

ENFERMEDAD DESMIELIZANTE ANTI MOG POSITIVO EN PEDIATRIA

AUTORES: DELGADO, Paula; DI PIETRO,
Sabrina; CALVO, Maria Soledad; ARROPISDE,
Natalia.

Contacto: drapdelgado@gmail.com

Conflicto de intereses: ninguno por declarar.



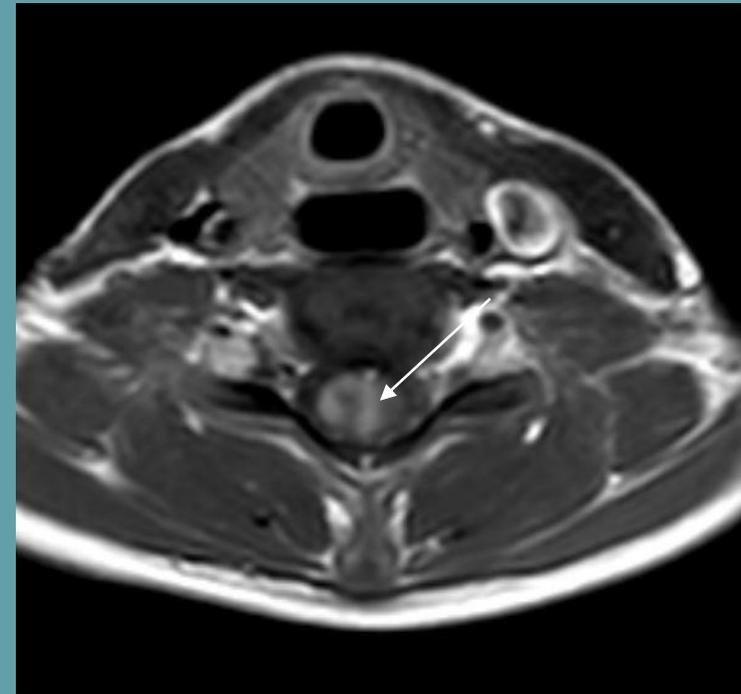
Caso Clínico:

Paciente de sexo femenino de 10 años de edad, comienza con debilidad de miembros inferiores y ataxia. Afebril, buen estado general. Laboratorio: Tóxicos en orina negativos. Líquido cefalorraquídeo: citofisicoquímico normal. Cultivos negativos (-). Bandas oligoclonales -. Hemograma, hepatograma, proteinograma electroforético : normal. Herpes y micobacterias no detectable, ANCA -, ANA -, CMV -, VDRL-, TOXO IG G+ IGM-, VDRL -, Hepatitis B y C AG-, HIV -. Factor Reumatoideo-Antiacuaporina -. Anticuerpos **antiMOG: Isotipo IgG POSITIVO.**

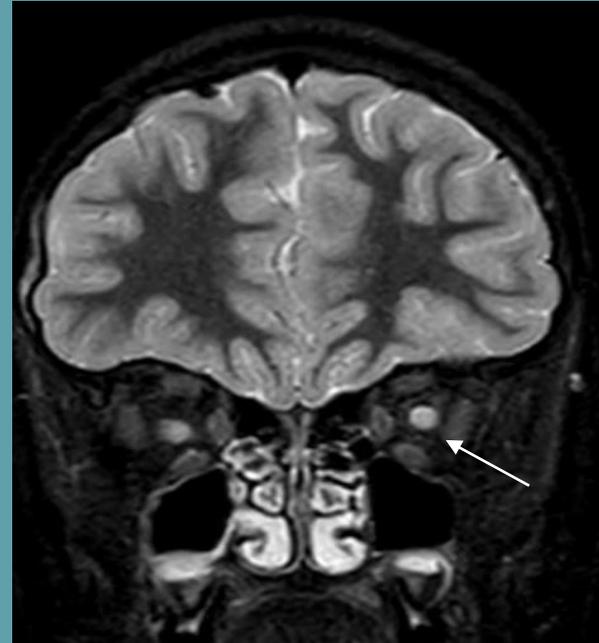
HALLAZGOS IMAGENOLOGICOS: Resonancia Magnética (RM) de médula cervical, dorsal y lumbosacra:

ensanchamiento medular a predominio cervical, con hiperintensidad en T2 y Stir de C3 a D11 y realce en “parches” tras la administración de gadolinio , compatible con mielitis transversa longitudinal extensa (MTLE).

RM de encéfalo normal



RM Órbitas: ensanchamiento y cambios de señal en T2 y
Stir en ambos nervios ópticos, predominantemente en su sector ant
erior y medial (neuritis óptica: NO)
sin expresión en quiasma y tractos ópticos.
Se interpreta como **Desorden del espectro neuromielitis óptica.(**
NMOSD).



Discusión: la enfermedad desmielinizante Anti MOG es generalmente monofásica, con NO bilateral del sector anterior y medial y realce perineural, MTLE toraco lumbar espinal, lesiones profundas de sustancia gris: similar a ADEM, lesiones esponjosas en protuberancia y pedúnculos cerebelosos y adyacente al cuarto ventrículo; áreas periependimarias raramente involucradas a diferencia de Anti AQ4, cuyas lesiones se relacionan con sitios con canales de agua con AQ4.

Conclusión: Enfermedad asociada a anticuerpos MOG ahora se considera una nueva entidad en el espectro de enfermedades inflamatorias desmielinizantes, mas frecuente en la infancia, distintas de la esclerosis múltiple (EM) y AQP4 espectro de neuromielitis óptica y debe ser sospechada por el neuroradiólogo por las características imagenológicas y topografía de las lesiones distintivas.

BIBLIOGRAFIA

-Understanding Pediatric Neuro-immune Disorder Conflicts: A Neuroradiologic Approach in the Molecular Era; Andres Server Alonso, MD, PhD, Tomas Sakinis, MD, Helle Cecilie V. Pfeiffer, MD, PhD, Inger Sandvig, MD, Jon Barlinn, MD, Pål B. Marthinsen, MD, *RadioGraphics* 2020; 40:1395–1411.

-Wingerchuk DM, Banwell B, Bennett JL, Cabre P, Carroll W, Chitnis T, *et al.* International consensus diagnostic criteria for neuromyelitis optica spectrum disorders. *Neurology* 2015; 85: 177-89.

-Lennon VA, Wingerchuk DM, Kryzer TJ, Pittock SJ, Lucchinetti CF, Fujihara K, *et al.* A serum autoantibody marker of neuromyelitis optica: distinction from multiple sclerosis. *Lancet* 2004; 364: 2106-12.

-Jarius S, Wildemann B. AQP4 antibodies in neuromyelitis optica: diagnostic and pathogenetic relevance. *Nat Rev Neurol* 2010; 6: 383-92.

