



MOGmentum

Serie #4

Vamos a ganar

MOGmentum

Una serie producida en colaboración por The MOG Project y The Sumaira Foundation for NMO

¿CUALES SON LOS SINTOMAS DE LA ENFERMEDAD ASOCIADA CON EL ANTICUERPO MOG?

¡Esa es una pregunta complicada!

Depende de que parte del sistema nervioso central este afectada. Generalmente, las áreas afectadas en la enfermedad asociada con el anticuerpo MOG (MOG-AD) incluyen las siguientes:

- Cerebro
- Nervio óptico
- Medula espinal

La inflamación causada por MOG-AD en estas áreas causa:

- En el cerebro causa encefalitis
- En el nervio óptico causa neuritis óptica
- En la médula espinal causa mielitis transversa

La encefalitis, neuritis óptica o mielitis transversa pueden ocurrir de forma aislada, a la vez, o en ocasiones separadas (por ejemplo, se puede tener inicialmente neuritis óptica y meses o años más tarde desarrollar mielitis transversa).

Cuando hay inflamación en el cerebro y la médula espinal al mismo tiempo (con o sin afectación del nervio óptico), se llama encefalomielitis. Esto es más frecuente en niños con MOG-AD, mientras que los adultos normalmente tienen neuritis óptica y/o mielitis transversa.

¿Qué partes del cerebro están asociadas con mis síntomas?

Cerebro:

- Desorientación/confusión/estado de consciencia alterado (por ejemplo, confusión, estupor, letargo y coma).
- Cambios de la visión.
- Crisis epilépticas (los síntomas pueden variar, e incluyen un cambio brusco en el nivel de consciencia, sensaciones o pensamientos inusuales, contracciones o rigidez del cuerpo, o rigidez severa y movimientos involuntarios de las extremidades).
- Incapacidad o dificultad para comunicarse (de forma verbal y/o escrita).
- Dificultad para moverse.
- Incapacidad para pensar, concentrarse y recordar nueva información (disfunción cognitiva).
- Síntomas psiquiátricos (por ejemplo, ansiedad, apatía, irritabilidad, alucinaciones, hiperactividad, comportamiento agresivo, cambios de humor).
- Debilidad, espasmos musculares, rigidez.
- Pérdida de sensibilidad y otros cambios de sensación en el cuerpo.

Cerebelo:

- Falta de coordinación.
- Dificultad para hablar.
- Dificultades para comer o tragar.
- Dificultades para caminar.
- Problemas con los movimientos de los ojos.
- Temblores.
- Visión saltante (oscilopsia).

Tronco del encéfalo:

- Problemas de movimiento y sensibilidad.
- Náusea, vómitos y/o hipo.
- Visión doble (diplopia).
- Pérdida de sensibilidad de la cara y/o dolor (incluyendo quemazón, sensación eléctrica, hormigueo, sensibilidad al tacto).
- Alteración del sentido del gusto (disgeusia).
- Pitido o zumbido en los oídos (tinnitus).
- Pérdida de audición.
- Sensación de movimiento, o de que toda gira a su alrededor (vértigo).
- Pérdida de equilibrio, dificultades para caminar.
- Dificultad para tragar comida o líquidos (disfagia).
- Dificultad para hablar (disartria).
- Dificultad para respirar.

Una persona diagnosticada con neuritis óptica puede experimentar...

Advertencia:

Los síntomas pueden o no estar relacionados con MOG-AD. Solo su médico puede determinar la causa. Los síntomas en esta lista se han recopilado de estudios clínicos la lista de referencias. A medida que la investigación en MOG-AD avanza, se identifican nuevos síntomas.

Puede ser un ataque (monofásico) o ataques múltiples (multifásico)

- Visión borrosa.
- Pérdida completa de visión.
- Dificultad para ver colores.
- Sensibilidad a la luz (fotofobia).
- Pérdida parcial de visión o punto ciego (escotomas y otros defectos del campo visual).
- Dolor alrededor o detrás del ojo, que generalmente empeora con el movimiento.

Una persona diagnosticada con mielitis transversa puede experimentar...

Puede ser un ataque (monofásico) o ataques múltiples (multifásico)

Si tiene problemas de sensibilidad:

- Hormigueo, sensación eléctrica, adormecimiento, y/o quemazón/sensación de frío (parestias).
- Sensibilidad al tacto.
- Dolor de espalda que baja por la cadera y las piernas (dolor radicular).
- Sensación de electricidad que ocurre con la flexión del cuello y baja por la espalda (fenómeno de Lhermitte's).
- Sensación de una banda alrededor del abdomen o del pecho.

Si tiene problemas motores o del movimiento:

- Debilidad de extremidades (puede ser de los dos lados, o solo un lado).
- Rigidez de los músculos, contracciones (Espasticidad de las extremidades).
- Contracciones musculares dolorosas involuntarias (espasmos tónicos dolorosos).
- Problemas intestinales (estreñimiento, incontinencia o urgencia).
- Problemas urinarios (urgencia y/o frecuencia, dificultad para vaciar la vejiga, incontinencia).
- Dificultad para respirar (disnea).

Otros síntomas generales que pueden ocurrir en MOG-AD incluyen...

- Dolor de cabeza.
- Rigidez del cuello.
- Fiebre.
- Fatiga.
- Mareos.
- Sensibilidad al calor, ejercicio y/o, estrés (fenómeno de Uhthoff's).
- Irritabilidad.
- Ansiedad.
- Pérdida de apetito.

Advertencia:

Los síntomas pueden o no estar relacionados con MOG-AD. Solo su médico puede determinar la causa. Los síntomas en esta lista se han recopilado de estudios clínicos la lista de referencias. A medida que la investigación en MOG-AD avanza, se identifican nuevos síntomas.

¡Qué complicado!

¿Cómo puede mi médico diagnosticar que tipo tengo?

Afortunadamente, su médico no solo tiene experiencia y entrenamiento suficiente para diagnosticar qué enfermedad tiene, sino que además tiene varias herramientas que incluyen:

- Teniendo en cuenta tus síntomas más importantes y más prominentes
- Tu imagen por resonancia magnética (MRI), tomografía de coherencia óptica (OCT), y otros test diagnósticos
- Tus análisis:
 - Incluyendo los anticuerpos anti-AQP4 y anti-MOG
 - Análisis del líquido cefalorraquídeo (no siempre necesario)
 - Otros análisis de sangre, que varían dependiendo del cuadro clínico
- Su respuesta al tratamiento a corto plazo y a largo plazo
 - Sus síntomas si tiene recaídas
 - Los cambios en sus pruebas de imagen o análisis

¿Qué significan los títulos (niveles) de anticuerpo anti-MOG para mi doctor?

- Actualmente, los resultados de la prueba principalmente indican que tu problema está causado por MOG-AD y esto ayuda en tu diagnóstico y plan de tratamiento.
- Los títulos de anticuerpo anti-MOG generalmente son más altos durante una recaída que durante la remisión; sin embargo, muchos pacientes tienen recaídas con títulos estables o con títulos más bajos.
- Incluso en algunos casos, los pacientes han tenido recaídas con títulos bajos o negativos.
- Un grupo de pacientes muestran títulos decrecientes o negativos entre 8 y 36 meses después del ataque inicial; esto podría asociarse con un curso monofásico.
- Sin embargo, después de una prueba negativa algunos pacientes pueden volver a tener una prueba positiva.
- Debido a la posibilidad de que los títulos fluctúen, o a que sean negativos en algunos pacientes, algunos especialistas recomiendan reevaluar los títulos cada 6-12 meses, pero la utilidad clínica de monitorizar los títulos no está clara.

Advertencia:

Los síntomas pueden o no estar relacionados con MOG-AD. Solo su médico puede determinar la causa. Los síntomas en esta lista se han recopilado de estudios clínicos la lista de referencias. A medida que la investigación en MOG-AD avanza, se identifican nuevos síntomas.

¿Qué es una recaída vs una pseudo-recaída?

- Una recaída se identifica de forma objetiva cuando vas a tu médico u hospital con síntomas del sistema nervioso central nuevos o que empeoran. Generalmente, si tus síntomas empeoran gradualmente durante 24-48 horas, esto sugiere una recaída.
 - La presencia de nuevas lesiones o inflamación en la MRI confirma una recaída. Sin embargo, la ausencia de cambios en la MRI no elimina la posibilidad de una recaída. Aquí es donde tu médico tendrá que decidir usando su experiencia.
 - Por ejemplo, en la mayoría de pacientes con MOG-AD que tienen neuritis óptica, el primer indicador de una verdadera recaída vs pseudo-recaída es la pérdida de visión.
- Una pseudo-recaída es la recurrencia de síntomas neurológicos debido a un factor desencadenante, como el calor, el estrés u otra la enfermedad.
 - Las pseudo-recaídas a menudo se diferencian clínicamente de las recaídas por la fluctuación en su severidad, y la mejoría en 24-48 h. Las pseudo recaídas nunca muestran lesiones nuevas o empeoramiento en la MRI.

¿Qué tener en cuenta para decidir si debo llamar a mi médico?

- Síntomas nuevos o empeoramiento de síntomas de tu estado basal que duran más de 24 horas.
 - Tu estado basal es dónde te encontrabas en cuanto a síntomas diarios antes del cambio.
 - Por ejemplo: si normalmente eres capaz de ver un objeto de forma clara, y de repente no puedes, podrías estar experimentando una recaída.
 - Distinguir síntomas nuevos o que empeoran es muy importante para determinar si estás teniendo una recaída.
 - Solo tú y tu médico sois familiares con tu estado basal
 - La recuperación después de un ataque puede llevar meses coma y no siempre es completa.
 - Algunos síntomas pueden ser permanentes y se necesitan medicamentos para aliviarlos.
- Entender lo que tu cuerpo está intentando decirte puede llevar un poco de práctica
 - Hay muchos miembros de la comunidad MOG-AD disponibles para apoyarte y aconsejarte.
 - con el tiempo entenderás el patrón de tus síntomas.
 - El Mapa de Progresión de MOG te ayudará a entender cómo pueden evolucionar tus síntomas, en base a los síntomas iniciales que tuviste.
[<https://mogproject.org/resources/mogmomentum/mogmomentum-series-2/>]
 - Los pacientes/cuidadores con MOG-AD experimentados pueden saberlo de forma inmediata.

Advertencia:

Los síntomas pueden o no estar relacionados con MOG-AD. Solo su médico puede determinar la causa. Los síntomas en esta lista se han recopilado de estudios clínicos la lista de referencias. A medida que la investigación en MOG-AD avanza, se identifican nuevos síntomas.

¿Qué escuchan los médicos de los pacientes con problemas del nervio óptico?

- ¿Está oscuro aquí?
- Veo manchas grises
- Veo todo borroso
- Veo todo pálido y pixelado
- Siento como un cuchillo se clava en mi cabeza cerca de mis ojos
- ¡No puedo ver nada! ¡Está todo oscuro!
- Me duelen los ojos cuando miro alrededor
- Es como si hubiera humo
- Los colores no son tan brillantes

¿Qué escuchan los médicos de los pacientes con problemas del cerebro y tronco del encéfalo?

- Esta incoherente
- Siento mucha presión con este dolor de cabeza
- No puedo concentrarme
- Tropiezo y pierdo el equilibrio
- Tiene rabietas de la nada. Siempre está enfadada
- las crisis epilépticas están empeorando
- Estoy muy cansado. No puedo continuar el día sin una siesta
- ¡Tengo MOG FOG (niebla)! No puedo recordar nada
- Estoy perdiendo la audición
- No me contesta cuando le hago una pregunta
- tengo tantas náuseas que no puedo comer
- No tengo fuerza para moverme

¿Qué escuchan los médicos de los pacientes con problemas de la médula espinal?

- Tengo miedo de tener un accidente. No puedo salir de mi casa
- me duele la espalda
- Siento escozor
- Siento quemazón
- Me han salido moratones de los espasmos
- De repente su forma de caminar era muy rara

Advertencia:

Los síntomas pueden o no estar relacionados con MOG-AD. Solo su médico puede determinar la causa. Los síntomas en esta lista se han recopilado de estudios clínicos la lista de referencias. A medida que la investigación en MOG-AD avanza, se identifican nuevos síntomas.

- Me duele la barriga. No he ido al baño en días
- El dolor en el pecho es horrible
- Me duele mucho la pierna
- Tengo debilidad en las piernas
- Es como si me apretaran las costillas

Vamos a ayudarte a comunicarte un poco mejor con tu médico ...

Categorizar la gravedad de tu situación en niveles Verde, Amarillo y Rojo de preocupación es una manera sencilla de determinar cómo reaccionar:

Nivel de preocupación:

- Verde (bajo) Probablemente una pseudo-recaída.

¿Es un síntoma nuevo?

- No.

¿Cómo de severo es este síntoma en comparación con tu estado basal?

- Lo noto, pero no tanto como en las recaídas previas o en el ataque inicial.

¿Hace cuántas horas empezó?

- Menos de 24 horas.

¿Hay algún factor de estrés corporal (por ejemplo, calor extremo)?

- Sí

¿Tienes o has tenido una infección o enfermedad, o no te encuentras bien?

- Sí o No.

Nivel de preocupación:

- Amarillo (medio) Posible recaída.

¿Es un síntoma nuevo?

- Sí o No.

¿Cómo de severo es este síntoma en comparación con tu estado basal?

- Leve y causa una leve pérdida de función.

¿Hace cuántas horas empezó?

- Más de 24 horas.

¿Hay algún factor de estrés corporal (por ejemplo, calor extremo)?

- No.

¿Tienes o has tenido una infección o enfermedad, o no te encuentras bien?

- Sí.

Nivel de preocupación:

- Rojo (alto) Muy preocupante, probable nueva recaída.

¿Es un síntoma nuevo?

- Sí.

¿Cómo de severo es este síntoma en comparación con tu estado basal?

- Severo y causa pérdida de función.

¿Hace cuántas horas empezó?

- Más de 24 horas y no mejora.

¿Hay algún factor de estrés corporal (por ejemplo, calor extremo)?

Advertencia:

Los síntomas pueden o no estar relacionados con MOG-AD. Solo su médico puede determinar la causa. Los síntomas en esta lista se han recopilado de estudios clínicos la lista de referencias. A medida que la investigación en MOG-AD avanza, se identifican nuevos síntomas.

- No.

¿Tienes o has tenido una infección o enfermedad, o no te encuentras bien?

- Sí.

¡Sospecho que tengo una recaída!

¿Qué debo hacer?

- Las recaídas en MOG-AD pueden ocurrir rápidamente. Depende de ti evitar daños nuevos y permanentes ocupándote de esto rápidamente.
- Llama a tu médico
 - Si no puedes ponerte en contacto con tu médico te recomendamos ir al departamento de urgencias
- Hay varias maneras de verificar si tienes una recaída, así que tu médico puede recomendar 1 o más de estas pruebas, después de hacer un examen físico, dependiendo de tus síntomas:
 - MRI.
 - Análisis de sangre.
 - Punción lumbar.
 - Examen oftalmológico.
 - Tomografía de coherencia óptica (OCT).
 - Test de campo visual.
 - Otros exámenes físicos y cognitivos.

Advertencia:

Los síntomas pueden o no estar relacionados con MOG-AD. Solo su médico puede determinar la causa. Los síntomas en esta lista se han recopilado de estudios clínicos la lista de referencias. A medida que la investigación en MOG-AD avanza, se identifican nuevos síntomas.

¡Preparémonos!

- Estar preparado para el próximo ataque es la mejor manera de vivir con confianza y saber qué hacer cuando quizá no puedas pensar tan rápidamente.
 - Involucrar a la familia o cuidadores en este plan es fundamental, porque puede que no seas capaz de ejecutar tu plan sin ayuda.

Nosotros sugerimos...

- Crea un plan de acción con la ayuda de tu médico, que es único para ti, tu cuidador y tu médico, y es un acuerdo sobre como vais a manejar las recaídas.
 - Este plan se basa en la tabla de niveles de preocupación Verde/Amarillo/Rojo, y para cada uno de estos niveles incluye:
 - Cómo interactuar con tu médico, incluyendo cuál es el mejor método de contacto
 - Cuál es el proceso una vez que el plan se pone en funcionamiento
 - El período de tiempo en el que puedes anticipar que el médico te responderá
 - En qué nivel debes plantearte ir a urgencias, y cómo tú médico va a interactuar con los médicos de urgencias
- Crear un plan para llevar al departamento de urgencias.
 - Es importante proporcionar al departamento de urgencias una guía de los tratamientos que han funcionado para ti anteriormente, en caso de que tu médico no esté disponible
 - Incluye tus informes médicos, medicamentos que tomas actualmente, pruebas importantes (por ejemplo, prueba del anticuerpo MOG), y alergias.
 - La información de contacto de tu médico.
- Una lista de tus recaídas puede ser importante en las conversaciones con cualquier médico sobre tus enfermedades.
 - Estos documentos pueden estar disponibles por ejemplo en tu teléfono o tablet
 - Si no tienes estos dispositivos, prepara una carpeta para llevar contigo

Plan de acción MOG-AD, plan de emergencia MOG-AD, y nuestro rastreador de recaídas MOG-AD
[HTTP://MOGPROJECT.ORG/RESOURCES/MOGMENTUM/MOGEMNTUM-SERIES-4](http://mogproject.org/resources/mogmentum/mogemntum-series-4)

¿Cuál es el mensaje para llevarse a casa?

- Conoce tu cuerpo, rastrea los síntomas que experimentas con tus recaídas.
- Puedes hacer un diario de síntomas hasta que entiendas mejor tu patrón de síntomas.

Advertencia:

Los síntomas pueden o no estar relacionados con MOG-AD. Solo su médico puede determinar la causa. Los síntomas en esta lista se han recopilado de estudios clínicos la lista de referencias. A medida que la investigación en MOG-AD avanza, se identifican nuevos síntomas.

- Aprende sobre los posibles síntomas de MOG-AD (sí, sabemos que es mucho, ¡pero tú puedes!)
- Mantén una comunicación abierta con tus médicos y hazles saber lo importante que es para tu bienestar una acción coordinada y rápida.
 - Recuerda, ¡tú y tu médico sois un equipo!
- Únete a nuestra red de apoyo, o a nuestros compañeros; comparte con otros, y aprende lo que puede ocurrir con tus síntomas basado en las experiencias de otros – ¡la unión hace la fuerza!

Advertencia:

Los síntomas pueden o no estar relacionados con MOG-AD. Solo su médico puede determinar la causa. Los síntomas en esta lista se han recopilado de estudios clínicos la lista de referencias. A medida que la investigación en MOG-AD avanza, se identifican nuevos síntomas.

REFERENCIAS

- Lana-Peixoto MA, Talim N. Neuromyelitis Optica Spectrum Disorder and Anti-MOG Syndromes. *Biomedicines*. 2019 Jun 12;7(2):42. doi: 10.3390/biomedicines7020042. PMID: 31212763; PMCID: PMC6631227.
- Hacohen Y, Banwell B. Treatment Approaches for MOG-Ab-Associated Demyelination in Children. *Curr Treat Options Neurol*. 2019 Jan 22;21(1):2. doi: 10.1007/s11940-019-0541-x. PMID: 30671648; PMCID: PMC6342853.
- Ramanathan S, Mohammad S, Tantsis E on behalf of the Australasian and New Zealand MOG Study Group, et al Clinical course, therapeutic responses and outcomes in relapsing MOG antibody-associated demyelination *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* 2018;89:127-137.
- Ramanathan S, Dale RC, Brilot F. Anti-MOG antibody: The history, clinical phenotype, and pathogenicity of a serum biomarker for demyelination. *Autoimmun Rev*. 2016 Apr;15(4):307-24. doi: 10.1016/j.autrev.2015.12.004. Epub 2015 Dec 17. PMID: 26708342.
- Jarius S, Paul F, Aktas O, et al. MOG encephalomyelitis: international recommendations on diagnosis and antibody testing. *J Neuroinflammation* 15, 134 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12974-018-1144-2>
- Jurynczyk M, Messina S, Woodhall MR, Raza N, Everett R, Roca-Fernandez A, Tackley G, Hamid S, Sheard A, Reynolds G, Chandratte S, Hemingway C, Jacob A, Vincent A, Leite MJ, Waters P, Palace J. Clinical presentation and prognosis in MOG-antibody disease: a UK study. *Brain*. 2017 Dec 1;140(12):3128-3138. doi: 10.1093/brain/awx276. Erratum in: *Brain*. 2018 Apr 1;141(4):e31. PMID: 29136091.
- Ramanathan S, Mohammad S, Tantsis E on behalf of the Australasian and New Zealand MOG Study Group, et al Clinical course, therapeutic responses and outcomes in relapsing MOG antibody-associated demyelination *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* 2018;89:127-137.
- Hennes EM, Baumann M, Schanda K, Anlar B, Bajer-Kornek B, Blaschek A, Brantner-Inthaler S, Diepold K, Eisenkölbl A, Gotwald T, Kuchukhidze G, Gruber-Sedlmayr U, Häusler M, Höftberger R, Karenfort M, Klein A, Koch J, Kraus V, Lechner C, Leiz S, Leyboldt F, Mader S, Marquard K, Poggenburg I, Pohl D, Pritsch M, Raucherzauner M, Schimmel M, Thiels C, Tibussek D, Vieker S, Zeches C, Berger T, Reindl M, Rostásy K; BIOMARKER Study Group. Prognostic relevance of MOG antibodies in children with an acquired demyelinating syndrome. *Neurology*. 2017 Aug 29;89(9):900-908. doi: 10.1212/WNL.0000000000004312. Epub 2017 Aug 2. PMID: 28768844.
- Reindl, Markus, et al. "International Multicenter Examination of MOG Antibody Assays." *Neurology - Neuroimmunology Neuroinflammation*, vol. 7, no. 2, 2020, doi:10.1212/nxi.0000000000000674.
- Tea, F., Lopez, J.A., Ramanathan, S. et al. Characterization of the human myelin oligodendrocyte glycoprotein antibody response in demyelination. *acta neuropathol commun* 7, 145 (2019). <https://doi.org/10.1186/s40478-019-0786-3>
- Krupp LB, Tardieu M, Amato MP, et al. International Pediatric Multiple Sclerosis Study Group criteria for pediatric multiple sclerosis and immune-mediated central nervous system demyelinating disorders: revisions to the 2007 definitions. *Multiple Sclerosis Journal*. 2013;19(10):1261-1267. doi: 10.1177/1352458513484547
- Wingerchuk DM, Banwell B, Bennett JL, Cabre P, Carroll W, Chitnis T, de Seze J, Fujihara K, Greenberg B, Jacob A, Jarius S, Lana-Peixoto M, Levy M, Simon JH, Tenembaum S, Traboulsee AL, Waters P, Wellik KE, Weinschenker BG; International Panel for NMO Diagnosis. International consensus diagnostic criteria for neuromyelitis optica spectrum disorders. *Neurology*. 2015 Jul 14;85(2):177-89. doi: 10.1212/WNL.0000000000001729. Epub 2015 Jun 19. PMID: 26092914; PMCID: PMC4515040.
- Prabhu, M. M., & Agrawal, U. (2019). Intractable Vomiting and Hiccups: An Atypical Presentation of Neuromyelitis Optica. *Cureus*, 11(11), e6245. <https://doi.org/10.7759/cureus.6245>
- Enweluzo, C., & Yarra, P. (2013). Neuromyelitis optica: an often forgotten cause of intractable nausea and vomiting. *Case reports in gastroenterology*, 7(2), 281–286. <https://doi.org/10.1159/000354145>
- Hyun J-W, Kwon YN, Kim S-M, Lee HL, Jeong WK, Lee HJ, Kim BJ, Kim SW, Shin HY, Shin H-J, Oh S-Y, Huh S-Y, Kim W, Park MS, Oh J, Jang H, Park NY, Lee MY, Kim S-H and Kim HJ (2020) Value of Area Postrema Syndrome in Differentiating Adults With AQP4 vs. MOG Antibodies. *Front. Neurol.* 11:396. doi: 10.3389/fneur.2020.00396
- Pandit L. (2015). Neuromyelitis optica spectrum disorders: An update. *Annals of Indian Academy of Neurology*, 18(Suppl 1), S11–S15. <https://doi.org/10.4103/0972-2327.164816>
- Kim, H. J., Paul, F., Lana-Peixoto, M. A., Tenembaum, S., Asgari, N., Palace, J., Klawiter, E. C., Sato, D. K., de Seze, J., Wuerfel, J., Banwell, B. L., Villoslada, P., Saiz, A., Fujihara, K., Kim, S. H., & Guthy-Jackson Charitable Foundation NMO International Clinical Consortium & Biorepository (2015). MRI characteristics of neuromyelitis optica spectrum disorder: an international update. *Neurology*, 84(11), 1165–1173. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000001367>
- Liaqat Ali Chaudhry et al. Acute disseminated encephalomyelitis: a call to the clinicians for keeping this rare condition on clinical radar. *Pan African Medical Journal*. 2018;29:138. [doi: 10.11604/pamj.2018.29.138.13942]
- Lee YJ. Acute disseminated encephalomyelitis in children: differential diagnosis from multiple sclerosis on the basis of clinical course. *Korean J Pediatr*. 2011 Jun;54(6):234-40. doi: 10.3345/kjp.2011.54.6.234. Epub 2011 Jun 30. PMID: 21949517; PMCID: PMC3174358.
- Ramanathan S, Mohammad SS, Brilot F, Dale RC. Autoimmune encephalitis: recent updates and emerging challenges. *J Clin Neurosci*. 2014 May;21(5):722-30. doi: 10.1016/j.jocn.2013.07.017. Epub 2013 Sep 15. PMID: 24246947.
- Menge T, Kieseler BC, Nessler S, Hemmer B, Hartung HP, Stüve O. Acute disseminated encephalomyelitis: an acute hit against the brain. *Curr Opin Neurol*. 2007 Jun;20(3):247-54. doi: 10.1097/WCO.0b013e3280f31b45. PMID: 17495616.
- Baumann M, Sahin K, Lechner C, Hennes EM, Schanda K, Mader S, Karenfort M, Selch C, Häusler M, Eisenkölbl A, Salandin M, Gruber-Sedlmayr U, Blaschek A, Kraus V, Leiz S, Finsterwalder J, Gotwald T, Kuchukhidze G, Berger T, Reindl M, Rostásy K. Clinical and neuroradiological differences of paediatric acute disseminating encephalomyelitis with and without antibodies to the myelin oligodendrocyte glycoprotein. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2015 Mar;86(3):265-72. doi: 10.1136/jnnp.2014-308346. Epub 2014 Aug 13. PMID: 25121570.
- Cohen O, Steiner-Birmanns B, Biran I, Abramsky O, Honigman S, Steiner I. Recurrence of acute disseminated encephalomyelitis at the previously affected brain site. *Arch Neurol*. 2001 May;58(5):797-801. doi: 10.1001/archneur.58.5.797. PMID: 11346375.
- Garg RK. Acute disseminated encephalomyelitis. *Postgrad Med J*. 2003 Jan;79(927):11-7. doi: 10.1136/pmj.79.927.11. PMID: 12566545; PMCID: PMC1742586.
- Ogawa R, Nakashima I, Takahashi T, Kaneko K, Akaishi T, Takai Y, Sato DK, Nishiyama S, Misu T, Kuroda H, Aoki M, Fujihara K. MOG antibody-positive, benign, unilateral, cerebral cortical encephalitis with epilepsy. *Neurol Neuroimmunol Neuroinflamm*. 2017 Jan 16;4(2):e322. doi: 10.1212/NXI.0000000000000322. PMID: 28105459; PMCID: PMC5241006.
- Jindahra P, Plant T. Update on neuromyelitis optica: natural history and management. *Eye Brain*. 2012 Mar 26;4:27-41. doi: 10.2147/EB.S8392. PMID: 28539779; PMCID: PMC5436187.
- Krupp LB, Banwell B, Tenembaum S; International Pediatric MS Study Group. Consensus definitions proposed for pediatric multiple sclerosis and related disorders. *Neurology*. 2007 Apr 17;68(16 Suppl 2):S7-12. doi: 10.1212/01.wnl.0000259422.44235.a8. PMID: 17438241.
- Young NP, Weinschenker BG, Lucchinetti CF. Acute disseminated encephalomyelitis: current understanding and controversies. *Semin Neurol*. 2008 Feb;28(1):84-94. doi: 10.1055/s-2007-1019130. PMID: 18256989.

Advertencia:

Los síntomas pueden o no estar relacionados con MOG-AD. Solo su médico puede determinar la causa. Los síntomas en esta lista se han recopilado de estudios clínicos la lista de referencias. A medida que la investigación en MOG-AD avanza, se identifican nuevos síntomas.

Estas series son presentadas por

THE MOG PROJECT

THE SUMAIRA FOUNDATION FOR NMO

Elias Sotirchos, MD

Profesor Asistente de Neurología en Johns Hopkins University

Director de la clínica de Neuromielitis Óptica Johns Hopkins

NOTA: El propósito de esta información es educativo y no debe reemplazar el consejo médico

Traducido de la versión original en inglés al español por Pat Ballentine y la Dra. Cristina Valencia-Sánchez.

Advertencia:

Los síntomas pueden o no estar relacionados con MOG-AD. Solo su médico puede determinar la causa. Los síntomas en esta lista se han recopilado de estudios clínicos la lista de referencias. A medida que la investigación en MOG-AD avanza, se identifican nuevos síntomas.