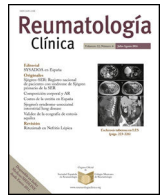




Sociedad Española  
de Reumatología -  
Colegio Mexicano  
de Reumatología

# Reumatología Clínica

[www.reumatologiaclinica.org](http://www.reumatologiaclinica.org)



Reumatología clínica en imágenes

## Síndrome de Rowell: las 2 caras de la verdad



### Rowell's syndrome: The two sides of the truth

Juan Francisco López Caleyá<sup>a,\*</sup>, Laura Martín Rodrigo<sup>b</sup>, Pablo Gonzalvo Rodríguez<sup>c</sup>  
e Yolanda Hidalgo García<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Medicina Interna, Hospital de Cabueñes, Gijón, Asturias, España

<sup>b</sup> Servicio de Medicina Interna, Fundación Hospital de Jove, Gijón, Asturias, España

<sup>c</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Hospital de Cabueñes, Gijón, Asturias, España

<sup>d</sup> Servicio de Dermatología, Hospital de Cabueñes, Gijón, Asturias, España

#### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

##### Historia del artículo:

Recibido el 18 de septiembre de 2015

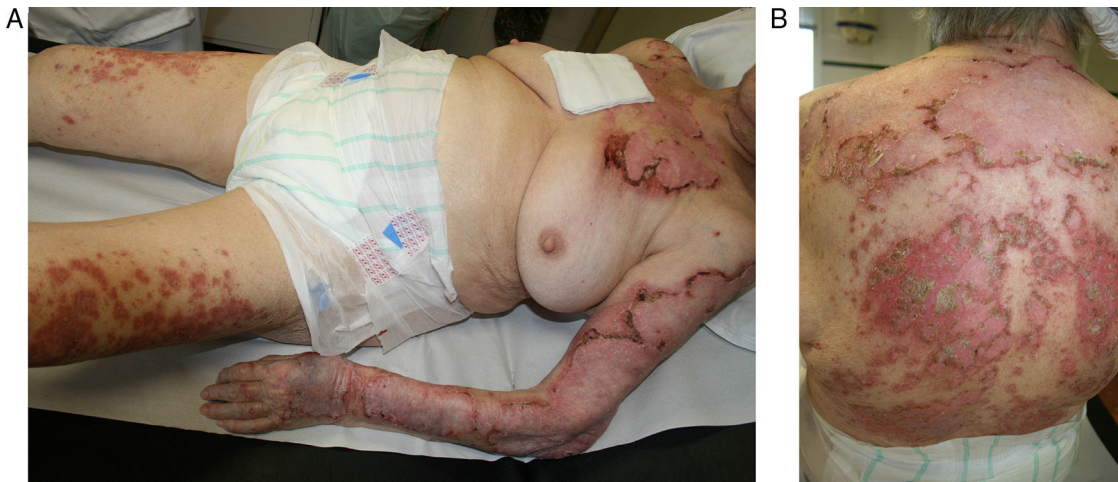
Aceptado el 5 de noviembre de 2015

On-line el 20 de enero de 2016

En el año 2000 Zeitouni et al. actualizaron los criterios diagnósticos del síndrome de Rowell<sup>1,2</sup>, que incluyen la aparición de: lupus eritematoso (LE) en sus formas sistémica, discoide y subcutánea aguda; lesiones tipo eritema multiforme (EM) y anticuerpos antinucleares (ANA) con patrón moteado, como criterios mayores. Además, asocia el factor reumatoide; los anticuerpos anti-Ro/SS-A o anti-La/SS-B positivos y el eritema pernicio, como criterios menores<sup>2</sup>.

Mujer de 91 años con cuadro de 2 meses de evolución de dermatitis generalizada, pruriginosa y dolorosa, con mala respuesta a corticoterapia. No asoció infecciones o uso de medicamentos previo.

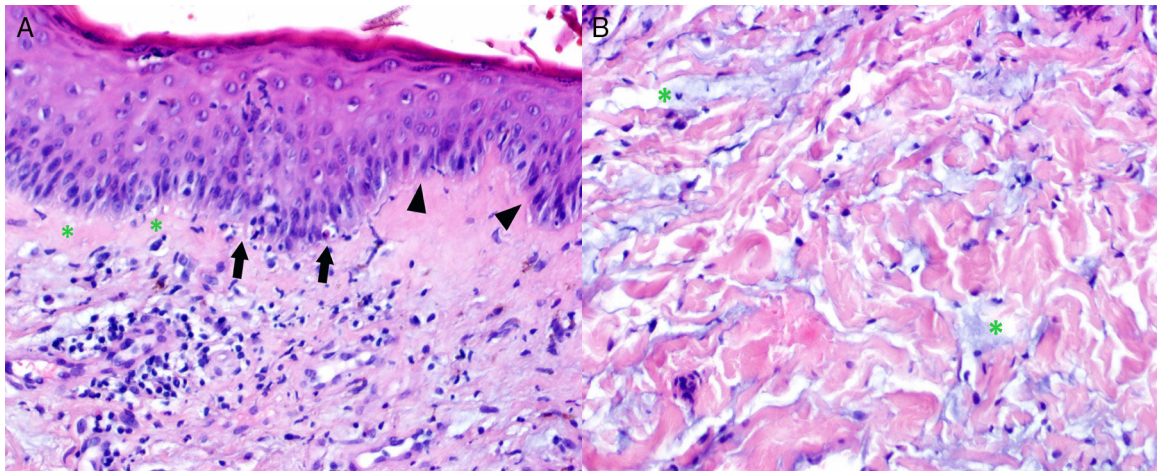
En la exploración destacaba un exantema máculo-papuloso, descamativo, con áreas costrosas en tronco y 4 extremidades, de tipo circinado (fig. 1A y B).



**Figura 1.** A: Exantema máculo-papuloso, descamativo con afectación de tronco y extremidades. B: Afectación de tronco.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jfcaleya@hotmail.com](mailto:jfcaleya@hotmail.com) (J.F. López Caleyá).



**Figura 2.** A) Epidermis con degeneración vacuolar de la basal (asterisco), queratinocitos necróticos aislados (flecha) e infiltrado linfocitario discreto asociado. Se observa verticalización de las células de la capa basal (cabeza de flecha), rasgo histológico asociado con frecuencia a eritema multiforme. Infiltrados linfoplasmocitarios y melanófagos en dermis papilar. B) Dermis reticular con infiltración intersticial de mucina ácida (asterisco).

En la analítica destacó: FR 83,1 UI/ml; ANA 1/2.560 patrón moteado; anti-Ro/SSA y anti-La/SSB positivos. La biopsia cutánea fue compatible con LE y EM (fig. 2A y B).

Para algunos autores, la coexistencia de LE y EM no es considerada una entidad aparte<sup>3</sup>.

Es difícil distinguir entre el LE subcutáneo (LESC) y el EM<sup>4,5</sup>. Otros precisan que el EM clásico es agudo, autolimitado, y con lesiones en diana. Está comúnmente asociado a infecciones o exposición a fármacos previa<sup>6,7</sup>.

En el SR lo típico son lesiones de tipo EM-like, recurrentes, sin factor desencadenante, con anticuerpos y FR positivos<sup>7</sup>.

El patrón moteado de los ANA es la característica inmunológica más consistente del SR, aparece en el 60,4% de los casos, aunque no es exclusivo de este cuadro<sup>8</sup>. Se debe iniciar terapia con corticoides, y puede asociarse hidroxicloquina. En algunos casos se obtuvo éxito con dapsona, ciclosporina o azatioprina<sup>9,10</sup>.

La anatomía patológica, aunque no es criterio diagnóstico, es imprescindible para el mismo.

Deberían revisarse los criterios diagnósticos, limitar las formas de LE y valorar como requisito imprescindible la aparición de lesiones EM-like sin agente desencadenante conocido.

### Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

### Conflicto de intereses

Los autores refieren no tener ningún conflicto de intereses a la hora de realizar este trabajo.

### Bibliografía

- Rowell NR, Beck S, Anderson JR. Lupus erythematosus and erythema multiforme-like lesions. *Arch Dermatol.* 1963;88:176–80.
- Zeitouni NC, Funaro D, Cloutier RA, Gagne E, Claveau J. Redefining Rowell's syndrome. *Br J Dermatol.* 2000;142:343–6.
- Tirado A. Síndrome de Rowell o lupus eritematoso sistémico y eritema multiforme: ¿correlación o concomitancia? *Reumatol Clin.* 2006;2:155–7.
- Aydogan K, Karadogan SK, Adim SB, Tunalit S. Lupus erythematosus associated with erythema multiforme: Report of two cases and review of the literature. *J EADV.* 2005;621–7.
- Pai VV, Naveen K, Athanikar SB, Dinesh U, Reshme P, Divyashree R. Subacute cutaneous lupus erythematosus presenting as erythroderma. *Indian J Dermatol.* 2014;59:634.
- Bhat RY, Varma C, Bhatt S, Balachandran C. Rowell syndrome. *Indian Dermatol Online J.* 2014;5 Suppl 1:S33–5.
- Kim SS, Magro C, Granstein RD, Bass A, Erkan D. Systemic lupus erythematosus associated with Rowell's syndrome. *HSS J.* 2013;9:289–92.
- Antiga E, Caproni M, Bonciani D, Bonciolini V, Fabbri P. The last word on the so-called Rowell's syndrome. *Lupus.* 2012;21:577–85.
- Cornelia SL, Müller MD, Louisa R, Hinterberger MD, Vogt T. Successful treatment of Rowell syndrome using oral cyclosporine A. *Int J Dermatol.* 2011;50:1020–2.
- Bhobe MR, Tambe S, Jindal S, Jerajani HR. Rowell's syndrome to ds-DNA negative lupus nephritis: A yet unreported progression. *Indian J Dermatol.* 2015;60:215.