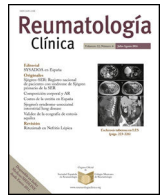




Sociedad Española
de Reumatología -
Colegio Mexicano
de Reumatología

Reumatología Clínica

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^{a,*}, Laura Martín Rodrigo^b, Pablo Gonzalvo Rodríguez^c
e Yolanda Hidalgo García^d

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital de Cabueñes, Gijón, Asturias, España

^b Servicio de Medicina Interna, Fundación Hospital de Jove, Gijón, Asturias, España

^c Servicio de Anatomía Patológica, Hospital de Cabueñes, Gijón, Asturias, España

^d 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^{1,2}, 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 menores².

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 (J.F. López Caleyá).

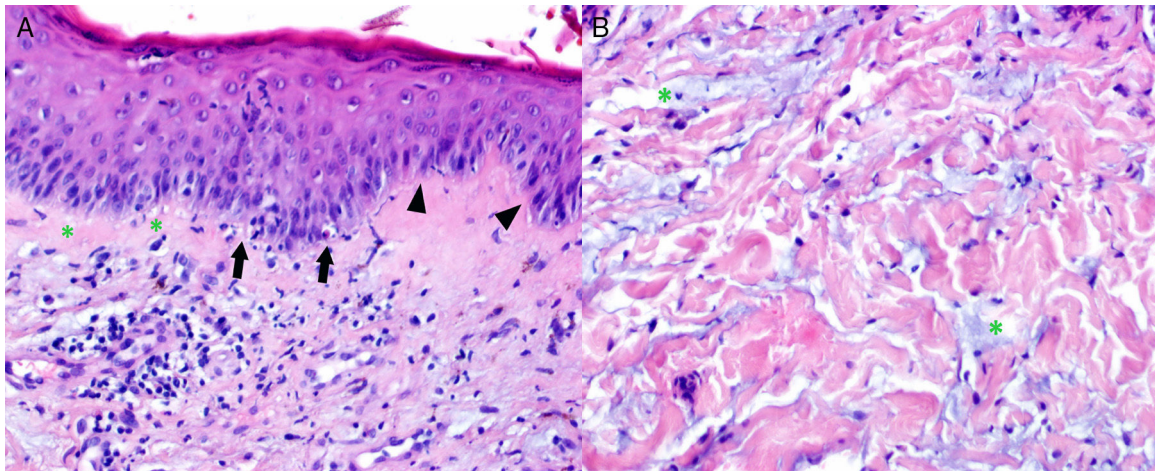


Figura 2. A) Epidermis con degeneración vacuolar de la basal (asterisco), queratinocitos necróticos aislados (flecha) e infiltrado linfocitario discreto asociado. Se observa verticalización de las células de la capa basal (cabeza de flecha), rasgo histológico asociado con frecuencia a eritema multiforme. 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 aparte³.

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

En el SR lo típico son lesiones de tipo EM-like, recurrentes, sin factor desencadenante, con anticuerpos y FR positivos⁷.

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 cuadro⁸. Se debe iniciar terapia con corticoides, y puede asociarse hidroxicloroquina. En algunos casos se obtuvo éxito con dapsona, ciclosporina o azatioprina^{9,10}.

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.