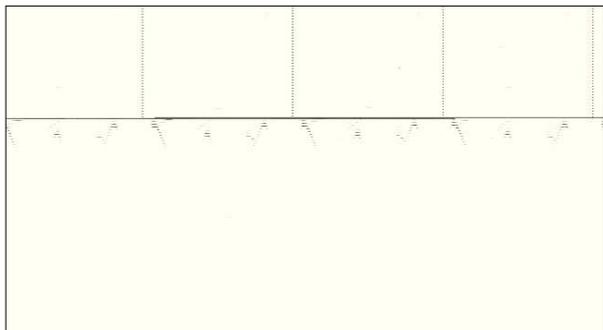


## Líneas de Beau y enfermedad de Kawasaki

*Sr. Editor:*

Un niño de 4 años y 7 meses de edad consulta por una historia de 2 días de evolución de fiebre hasta 39 °C y exantema generalizado puntiforme, rasposo, que blanquea a la presión. Es visto en otro centro sanitario, donde se realiza test rápido para la detección de estreptococo, que fue negativo. A los 3 días aparece una conjuntivitis bilateral no secretora, por lo que consulta de nuevo. Se repite el test rápido (negativo) y se realiza analítica (10.800 leucocitos/ $\mu$ l con 67% de neutrófilos; plaquetas, 292.000/ $\mu$ l; proteína C reactiva [PCR], 0,69 mg/dl), radiografía de tórax y electrocardiograma, que fueron normales. Un día más tarde cede la fiebre (5 días en total). Al séptimo día de evolución aparecen labios fisurados y lengua aframbuesada, y 24 h después consulta en nuestro centro por inicio de descamación de los dedos de las manos.

A su llegada, además de las alteraciones descritas, destaca una adenopatía cervical izquierda. Ante la sospecha de enfermedad de Kawasaki<sup>1</sup>, es ingresado y tratado con gammaglobulina IV (2 g/kg) y ácido acetilsalicílico (AAS) (80 mg/kg/día). Se realiza analítica sanguínea (hemoglobina, 13,4 g/dl; 8.700 leucocitos/ $\mu$ l con 60% de



**Figura 1.** Líneas de Beau.

neutrófilos; 506.000 plaquetas/ $\mu$ l; velocidad de sedimentación globular [VSG]: 18 mm/1ª hora; PCR, < 0,5 mg/dl; albúmina, transaminasas, urea y creatinina normales; sedimento urinario (normal) y urocultivo, cultivo de exudado faríngeo y serologías para citomegalovirus y virus de Epstein-Barr, que fueron negativos. El ecocardiograma resultó normal, por lo que se descartaron anomalías coronarias.

A los 3 días se da el alta con tratamiento con AAS (5 mg/kg/ día), que se retira al mes tras comprobar que el ecocardiograma de control era normal. A la semana del alta se objetiva descamación en los dedos de ambas manos, e inicio de la misma en los dedos de los pies. Se realiza analítica con plaquetas dentro de los límites normales. Vuelve a la consulta a los 2 meses del alta, porque refiere que la descamación duró unas 2 semanas y afectaba a la zona palmar de los dedos hasta la segunda falange, y en la parte dorsal hasta la raíz de las uñas, sin afectar a éstas. Al explorarle se observan uñas arrugadas en todos los dedos de las manos, con una línea transversal, deprimida, en todas las uñas, a unos 5 mm de la cutícula, compatibles con líneas de Beau (fig. 1).

Las líneas de Beau se describieron por primera vez en 1846, y desde entonces se han asociado con multitud de enfermedades en las que existe un daño sistémico suficiente como para interferir en el crecimiento normal de la uña por afectación de la matriz<sup>2,3</sup>. Este daño es reversible, el aspecto de la uña se normaliza una vez completado su crecimiento. Dado que las uñas crecen aproximadamente 1 mm cada 6-10 días<sup>2</sup>, parece lógico pensar que el daño ungueal se produjo en el contexto de la enfermedad de Kawasaki. En la literatura médica podemos encontrar otros ejemplos de afectación ungueal asociado a enfermedad de Kawasaki, tanto en forma de líneas de Beau<sup>4,5</sup> como en forma de onicomadesis (desprendimiento de la placa ungueal)<sup>6</sup> leuconiquia (lesiones blancas en las uñas)<sup>7</sup> u otras<sup>8,9</sup>, sin que exista un patrón específico de afectación.

Creemos que es interesante dar a conocer esta manifestación tardía que se puede observar en el síndrome de Kawasaki.

**A. López Neyra, J. Álvarez-Coca González,  
E. Pérez Suárez, J. Martínez Pérez  
y J.L. Rubio Villanueva**

Sección de Preescolares. Servicio de Pediatría. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. España.

**Correspondencia:** Dr. A. López Neyra. Servicio de Pediatría. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Avda. Menéndez Pelayo, 65. 28009 Madrid. España. Correo electrónico: alopezn@hotmail.com

## BIBLIOGRAFÍA

1. Newburger JW, Takahashi M, Gerber MA, Gewitz MH, Tani LY, Burns JC, et al. Diagnosis, treatment, and long-term management of Kawasaki disease: A statement for health professionals from the Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease, Council on Cardiovascular Disease in the Young, American Heart Association. *Pediatrics*. 2004;114:1708-33.
2. Fawcett RS, Linford S, Stulberg DL. Nail abnormalities: clues to systemic disease. *Am Fam Physician*. 2004;69:1417-24. Review.
3. Shearn MA. Nails and systemic disease (Medical Information). *West J Med*. 1978;129:358-63.
4. Bures FA. Beau's lines in mucocutaneous lymph node syndrome [letter]. *Am J Dis Child*. 1981;135:383.
5. Lindsley CB. Nail-bed lines in Kawasaki disease [letter]. *Am J Dis Child*. 1992;146:659-60.
6. Allen R, Ciastko. Onychomadesis and Kawasaki disease. *CMAJ*. 2002;166:1069.
7. Iosub S, Gromisch DS. Leukonychia partialis in Kawasaki disease. *J Infect Dis*. 1984;150:617-8.
8. Pilapil VR, Quizon DF. Nail shedding in Kawasaki syndrome [letter]. *Am J Dis Child*. 1990;144:142-3.
9. Vanderhooft SL, Vanderhooft JE. Pincer nail deformity after Kawasaki's disease. *J Am Acad Dermatol*. 1999;41:341-2.