



FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EL FONENDOSCOPIO, CLAVE EN LA EVALUACIÓN INICIAL

INTRODUCCIÓN

La fiebre prolongada de causa desconocido es una entidad poco frecuente en Pediatría; sin embargo, es un motivo de **preocupación entre familiares y profesionales**. La definición de este proceso está en constante revisión, entendiéndose hoy por “fiebre de origen desconocido” (FOD) aquella de duración igual o superior a **8 días, sin causa** aparente tras una anamnesis y exploración física detalladas.

Aunque la etiología de la FOD varía entre publicaciones, la mayoría coinciden en las **infecciones como causa mayoritaria**. Entre ellas, es preciso incluir en el diagnóstico diferencial la **endocarditis**, infección con incidencia creciente entre la población pediátrica. Presentamos un caso de endocarditis infecciosa que incide en la importancia de la exploración física para el manejo diagnóstico y terapéutico de la FOD.

CASO CLÍNICO

Adolescente de 15 años sin antecedentes personales relevantes, madre sana, **padre con válvula aórtica bicúspide**, que consulta en su Hospital de referencia por fiebre de 8 días de duración sin otros síntomas, con **exploración física normal**. Ingresa para estudio, con **pruebas complementarias de primer escalón diagnóstico de FOD sin alteraciones**: hemograma (leucocitosis con neutrofilia, trombopenia), bioquímica (elevación de PCR), coagulación, serologías de VEB, CMV, toxoplasma y SARS-CoV-2, estudio inmunológico, frotis de sangre periférica, hemocultivo, sistemático y sedimento de orina, urocultivo, coprocultivo, radiografía de tórax y electrocardiograma, e inician tratamiento empírico intravenoso con cefotaxima.



Foto: cortesía del autor
Foto 1. Nódulos de Osler.

Dado los resultados inespecíficos de las pruebas mencionadas, reevalúan con exploración física completa, detectando un **soplo sistólico** y varias **máculas eritematovioláceas acrales** de reciente aparición.

Ante estos hallazgos, solicitan un **ecocardiograma**, objetivándose **válvula aórtica bicúspide con imagen verrugosa**, sugestiva de endocarditis infecciosa. Derivan a nuestro Hospital para tratamiento quirúrgico urgente e ingreso en UCIP.



Foto: cortesía del autor
Foto 2. Eje corto de ecocardiograma transesofágico donde se aprecia la válvula aórtica bicúspide.



Foto: cortesía del autor
Foto 3. Eje largo donde se aprecia engrosamiento de la unión mitroaórtica y una vegetación de 10 mm en la válvula aórtica.

Durante el periodo postoperatorio, desarrolla **glomerulonefritis aguda** y **síndrome postpericardiotomía**. Recibe tratamiento con cefotaxima, gentamicina y cloxacilina, hasta confirmación de **Aggregatibacter aphrophilus sensible a cefotaxima**, ajustando tratamiento con antibiótico en monoterapia. Finalmente, es dado de alta con **insuficiencia aórtica moderada-grave residual**, en seguimiento por Cardiología.

CONCLUSIONES

La endocarditis infecciosa es una patología con **incidencia creciente en la población pediátrica** que debemos sospechar en caso de FOD, considerando una “**red flag**” un **soplo previamente inexistente**. Por ello, debemos poner en valor la exploración física a pesar de contar con un gran arsenal terapéutico, pues probablemente ésta sea la clave que oriente hacia el diagnóstico final de dicha entidad.