

DOLOR TORÁCICO ATÍPICO COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE CARCINOMA RENAL METASTÁSICO DE RÁPIDA PROGRESIÓN: REPORTE DE UN CASO

Dra. Laura Muntaner Veloso

Especialista de Atención Primaria. Centro de Salud de Sarrión. Teruel

RESUMEN

El dolor torácico es un motivo de consulta frecuente en atención primaria y urgencias, siendo la etiología cardíaca una de las principales preocupaciones iniciales. Presentamos el caso de un varón de 61 años con dolor torácico bilateral opresivo y nocturno, inicialmente sin hallazgos cardiológicos ni radiológicos, cuya persistencia motivó estudio neumológico que reveló fractura costal, micronódulos pulmonares y adenopatías mediastínicas. El estudio de extensión evidenció una masa renal derecha de gran tamaño con múltiples metástasis hepáticas, óseas y vertebrales. La evolución clínica fue rápidamente progresiva, falleciendo el paciente dos meses después del diagnóstico.

Este caso pone de relieve la importancia de reevaluar síntomas persistentes y plantea la reflexión sobre el equilibrio entre intervenciones invasivas y cuidados paliativos en pacientes con enfermedades oncológicas avanzadas.

PALABRAS CLAVE

carcinoma renal metastásico; dolor torácico atípico; diagnóstico tardío; fractura patológica; cuidados paliativos

ABSTRACT

Chest pain is a frequent reason for consultation in primary care and emergency settings, with cardiac etiology being one of the main initial concerns. We present the case of a 61-year-old man with bilateral oppressive nocturnal chest pain, initially without cardiological or radiological findings, whose persistence prompted a pulmonary evaluation that revealed a rib fracture, pulmonary micronodules, and mediastinal lymphadenopathy. The staging study showed a large right renal mass with multiple hepatic, bone, and vertebral metastases. The clinical course was rapidly progressive, and the patient died two months after diagnosis.

This case highlights the importance of reassessing persistent symptoms and raises reflection on the balance between invasive interventions and palliative care in patients with advanced oncological diseases.

KEYWORDS

metastatic renal carcinoma; atypical chest pain; late diagnosis; pathological fracture; palliative care

INTRODUCCIÓN

El dolor torácico constituye uno de los principales motivos de consulta en atención primaria y servicios de urgencias. Aunque la prioridad diagnóstica suele centrarse en causas cardiovasculares, otras etiologías menos frecuentes pueden presentarse con características semejantes, retrasando el diagnóstico definitivo. El carcinoma renal, en especial en estadios avanzados, puede manifestarse de forma insidiosa y atípica, incluyendo afectación metastásica ósea o pulmonar como primera pista diagnóstica. Presentamos un caso en el que un dolor torácico persistente y de características poco específicas condujo finalmente al diagnóstico de un carcinoma renal metastásico de rápida evolución.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Varón de 61 años, fumador de 10 cigarrillos/día, sin otros antecedentes personales relevantes, sin cirugías previas ni alergias medicamentosas conocidas.

El paciente acudió por primera vez a urgencias de atención primaria en marzo de 2025 por dolor torácico bilateral opresivo, nocturno, descrito “como si le apretasen desde dentro”. El episodio lo despertaba por las noches y no guardaba relación con el esfuerzo. Se remitió al hospital para descartar etiología cardíaca. Tanto el electrocardiograma como las troponinas resultaron normales, por lo que fue dado de alta.

En junio de 2025 consultó a su médico de familia por persistencia del dolor, sin mejoría. Se repitió electrocardiograma, nuevamente sin hallazgos. El paciente continuaba refiriendo dolor con la inspiración profunda, con ciertos movimientos y a palpación selectiva del 7.º arco costal derecho, pese a analgesia con primer escalón. Se solicitó radiografía de tórax que no mostró alteraciones significativas y una radiografía de parrilla costal que mostró fractura de 7º arco costal. El paciente negaba traumatismo, caída o sobreesfuerzo.

Dada la sintomatología persistente y la escasa respuesta a analgesia y la imagen de fractura costal, en julio de 2025 se solicitó una

TC torácico preferente, que mostró:

- micronódulos pulmonares y subpleurales bilaterales,
- adenopatías mediastínicas subcentimétricas,
- fractura del 7.º arco costal izquierdo.

Se consultó con Neumología, que recomendó estudio de extensión mediante TC abdominopélvico. En agosto de 2025, se identificó:

- masa sólida en polo renal derecho de 9 cm compatible con neoplasia renal,
- múltiples lesiones compatibles con metástasis hepáticas y vertebrales lumbares.

Se derivó de forma preferente a Urología, que solicitó PET-TAC, el cual mostró múltiples lesiones hipermetabólicas en pulmón, hígado y hueso, destacando una metástasis lítica vertebral en C3 con compromiso significativo.

El paciente inició tratamiento analgésico con parches de fentanilo y rescates sublinguales, y recibió radioterapia en septiembre de 2025 para control del dolor cervical. Se programó biopsia renal, cuyo resultado fue poco concluyente. Con intención de tratamiento quirúrgico, se programó ingreso para nefrectomía el 6/11/2025.

Durante octubre y principios de noviembre, el paciente consultó en varias ocasiones a su médico de familia para ajuste de tratamiento ansiolítico debido a insomnio y ansiedad nocturna. Lo hizo siempre de forma telefónica porque “no quiero molestar”, pese a la insistencia de acudir y hablar de lo que pudiese necesitar.

El 4/11/2025 acudió a urgencias por empeoramiento clínico con disnea. EL TC mostró progresión tumoral con derrame pleural. Se intentó obtener muestra del derrame, sin éxito, causándole esta técnica dolor. El 8/11/2025, el paciente expresó su deseo de no continuar con pruebas invasivas ni intervenciones que aumentaran su sufrimiento. Se suspendieron las medidas cruentas y se indicó inicio de tratamiento subcutáneo continuo para control sintomático. Minutos antes de la colocación del infusor, el paciente falleció.

DISCUSIÓN

Este caso ilustra cómo un síntoma aparentemente común y de presentación atípica, como un dolor torácico bilateral nocturno no relacionado con el esfuerzo, puede corresponder a una enfermedad neoplásica avanzada. La normalidad inicial de las pruebas cardiológicas y radiográficas puede retrasar el diagnóstico en pacientes que, como este, presentan lesiones metastásicas no detectables en estudios básicos.

La fractura costal identificada en el TC torácico podría corresponder a una fractura patológica secundaria a metástasis ósea, hecho que explicaría la persistencia y características del dolor.

Un aspecto relevante es la rápida progresión clínica, que limitó la posibilidad de un tratamiento oncológico específico. En este contexto, resulta fundamental la reevaluación continua del abordaje terapéutico, valorando cuidadosamente el beneficio real de procedimientos invasivos frente al sufrimiento que pueden ocasionar al paciente.

Este caso también invita a reflexionar sobre la toma de decisiones compartida, especialmente en pacientes relativamente jóvenes pero con enfermedad avanzada y pronóstico irreversible. El acompañamiento clínico, la escucha activa y la adecuación del esfuerzo terapéutico son pilares esenciales para garantizar una atención centrada en la persona y respetuosa con sus valores.

CONCLUSIÓN

El dolor torácico persistente y atípico requiere una reevaluación diagnóstica sistemática, incluso ante estudios iniciales normales. El carcinoma renal metastásico puede manifestarse con síntomas inespecíficos y progresar de forma rápida. Reconocer situaciones de futilidad terapéutica y priorizar los cuidados paliativos resulta fundamental para preservar la calidad de vida del paciente.