

# Dolor centrotorácico en varón de 58 años con carcinoma escamoso de pulmón en tratamiento con quimioterapia

## *Chest pain in 58 years old male with lung squamous carcinoma undergoing chemotherapy*

Lorena Manglano Martínez, Álvaro Alejandro de Oña

Servicio de Medicina Interna, Hospital de Manises, Valencia

### ABSTRACT

58 years old male, with a history of lung squamous carcinoma undergoing chemotherapy, is admitted to the Internal Medicine ward due to chest pain that radiate to the cervical area and increases with ingestion. The pain is accompanied by low-grade fever, nausea, and general malaise. Differential diagnoses are ruled out by performing various complementary tests. Various differential diagnoses are ruled out by performing various complementary tests. Finally, a diagnosis is made.

**Keyword:** chest pain, chemotherapy, immunocompromised patient.

### RESUMEN

Varón de 58 años con carcinoma escamoso de pulmón en tratamiento con quimioterapia, que ingresa en el servicio de Medicina Interna por dolor centrotorácico que irradia a la zona cervical y aumenta con la ingesta. Se acompaña de febrícula, náuseas y malestar general. Diversos diagnósticos diferenciales son descartados mediante la realización de diversas pruebas complementarias, llegándose finalmente a un diagnóstico.

**Palabras clave:** dolor torácico, quimioterapia, paciente inmunodeprimido.

### CASO CLÍNICO

Varón de 58 años, alérgico a betalactámicos, fumador activo, con antecedentes personales de espondilitis anquilosante, espondiloartritis psoriásica y carcinoma escamoso de pulmón en tratamiento quimioterápico en segundo ciclo de carboplatino y vinorelbina, pendiente del inicio de radioterapia. Acude a Urgencias por dolor centrotorácico de irradiación a zona cervical de dos días de evolución, acompañado de disnea de moderados esfuerzos, diaforesis, náuseas, febrícula ocasional y malestar general. El paciente niega palpitaciones, síncope u otra sintomatología. El dolor no aumenta con la inspiración, sí con la ingesta.

En la exploración física presenta una temperatura de 37°C, tensión arterial 108/80 mmHg, frecuencia cardíaca de 126 latidos por minuto, con una saturación de oxígeno del 100% a aire ambiente. La auscultación cardiopulmonar, así como la exploración abdominal y neurológica no evidencia alteraciones. No presenta edema en miembros inferiores ni lesiones en piel.

En la analítica de sangre de Urgencias destaca una proteína C reactiva de 223.76 mg/L, creatinina 1.51 mg/dL, GGT 114 UI/L, bilirrubina total 1.6 mg/dL, LDH 292 UI/L, proBNP 1006.44 pg/mL, troponina de alta sensibilidad 161.14 ng/L, dímero D 1200 ng/dL, leucocitos en rango y gasometría venosa sin alteraciones.

Ante el caso planteado de un varón de 58 años inmunodeprimido con dolor centrotorácico, se decide ingreso en Medicina Interna para completar el estudio.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial se centra en las distintas patologías que puedan desencadenar dolor centrotorácico. Esto nos ofrece un am-

plio abanico de posibilidades, suponiendo un gran reto diagnóstico ya que las posibles causas pueden ser desde patologías relativamente benignas hasta situaciones que pueden poner en riesgo la vida del paciente<sup>1,2</sup>.

Ante un dolor centrotorácico se debe descartar un síndrome coronario agudo (SCA), solicitando un electrocardiograma y analítica de sangre con marcadores de daño miocárdico<sup>2</sup>. En el caso que nos incumbe, el dolor no impresiona de características isquémicas. Tampoco de características pleuríticas, sin embargo, habría que incluir la pericarditis aguda como parte del diagnóstico diferencial inicial.

Ante la disnea que presenta el paciente, se podría plantear la posibilidad de descartarse un tromboembolismo pulmonar (TEP) mediante un angioTAC de arterias pulmonares, así como un neumotórax a tensión, para esto último solicitaríamos una radiografía de tórax. Ésta también podría ayudar al diagnóstico de neumonía como otro posible diagnóstico<sup>3</sup>.

También debería tenerse en cuenta la patología gastrointestinal como posible origen del dolor torácico, tanto de origen biliar como pancreático o esofágico. Para descartar los dos primero deberíamos guiarnos por los parámetros analíticos, y solicitar más pruebas complementarias de acuerdo con ellos. En cuanto al origen esofágico, si se sospechase, estaría indicada la realización de una endoscopia digestiva alta (EDA) para tomar muestra de las lesiones si las hubiera<sup>4</sup>.

Debería, así mismo, descartarse un posible origen psiquiátrico del dolor torácico<sup>5</sup>.

Tras haber expuesto las posibilidades diagnósticas, las características del dolor torácico, sobre todo el hecho de que se relacionase con la ingesta, se orienta el caso hacia un origen gastrointestinal.

## RESOLUCIÓN DEL CASO

### Pruebas realizadas durante el ingreso

Pese a que, como se ha comentado, la clínica del paciente orienta más hacia una causa gastrointestinal, debemos descartar el origen cardiopulmonar debido a su potencial morbimortalidad. En primer lugar, se descarta SCA por normalidad electrocardiográfica y mediante seriación de troponinas. Además, se realiza un cateterismo que no presenta alteraciones en las arterias coronarias. Mediante ecocardiograma se evidencia una fracción de eyección del ventrículo izquierdo conservada.

La radiografía de tórax no muestra cambios respecto a las radiografías previas, sin apreciarse alteraciones mediastínicas. De esta manera se descarta tanto el neumotórax a tensión, como un derrame pleural o una neumonía. Tampoco se aprecian fracturas costales.

Durante el ingreso, se solicita un angioTAC de arterias pulmonares que descarta TEP, derrame pleural y pericárdico.

Por otro lado, el paciente no presenta antecedentes psiquiátricos. Mediante la anamnesis no se apreciaron datos que hiciesen sospechar de un trastorno psiquiátrico que pudiera haber desencadenado el dolor.

Ante la posibilidad de espasmo esofágico, se decide administrar dil-tiazem, con mejoría leve.

En el caso de nuestro paciente, al sexto día del ingreso el dolor no remite, disminuyendo la ingesta por molestias. Además, continúa con febrícula. Se aprecian en paladar y región interna de mejilla lesiones blancas compatibles con candidiasis oral, por lo que se inicia fluconazol. Ante estos nuevos hallazgos en la exploración física y teniendo en cuenta que nuestro paciente está inmunodeprimido por el tratamiento con quimioterapia, debemos de plantearnos en el diagnóstico diferencial una esofagitis. Por lo tanto, se solicita una EDA que objetiva pequeñas lesiones eritematosas redondeadas menores de 5 mm en la mucosa del tercio proximal; y en tercio medio y distal mucosa congestiva con pequeños depósitos blanquecinos. Se toman biopsias bajo la sospecha de esofagitis infecciosa, para descartar origen fúngico (candidiasis esofágica) o viral. Se solicitan a su vez serologías, que resultan positivas frente a IgG de citomegalovirus (CMV) y IgG frente a virus de Epstein-Barr, siendo el resto de la serología infecciosa negativa. El estudio microbiológico de la biopsia revela, mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR), carga viral positiva para CMV. La PCR de Herpes simple 1 y 2 resulta negativa, así como el cultivo de hongos y el estudio de micobacterias mediante la tinción de Ziehl-Neelsen.

### Diagnóstico

Los antecedentes del paciente, su clínica, evolución y los resultados de las exploraciones complementarias constituyen pruebas suficientes para afirmar que el diagnóstico es compatible con esofagitis infecciosa por CMV.

### Evolución

Ante el diagnóstico de esofagitis por CMV, se inicia tratamiento con 425 mg de ganciclovir intravenoso cada 12 horas, resolviéndose la clínica. Como complicación, el paciente comienza con un cuadro de diarrea que se pone en contexto farmacológico. Tras ajuste de la do-

Tabla 1. Causas de dolor torácico<sup>6</sup>

|  |
|--|
| <b>ORIGEN CARDÍACO</b>   |
| Enfermedad coronaria   |
| Taponamiento cardíaco  |
| Disección aórtica  |
| Aneurisma aórtico  |
| Miocarditis  |
| Pericarditis   |
| Miocardopatía de Takotsubo   |
| <b>ORIGEN PULMONAR</b>   |
| Pleuritis  |
| Neumonía   |
| Tromboembolismo pulmonar   |
| Neumotórax a tensión   |
| <b>ORIGEN GASTROINTESTINAL</b>   |
| Origen biliar: colangitis, colecistitis, coledocolitiasis, cólico biliar                 |
| Origen esofágico: esofagitis, espasmo esofágico, reflujo, rotura o perforación esofágica |
| Pancreatitis   |
| Úlcera péptica (perforante o no perforante)  |
| <b>ORIGEN EN LA PARED TORÁCICA</b>   |
| Patologías en la columna   |
| Costocondritis   |
| Fibrositis   |
| Herpes Zoster  |
| Dolor neuropático  |
| Fractura costal  |
| Artritis esternoclavicular   |
| <b>ORIGEN PSIQUIÁTRICO</b>   |
| Trastornos afectivos   |
| Trastornos de ansiedad   |
| Trastorno somatomorfo  |
| Trastornos del pensamiento   |

sis de ganciclovir el cuadro diarreico se resuelve, permitiendo hacer el séptimo día de tratamiento antiviral secuencia oral a valganciclovir 900 mg, un comprimido cada 12 horas, hasta revisión en consultas externas.

El paciente presenta una gran mejoría tras el tratamiento antiviral por lo que es dado de alta, con control posterior en la consulta de Enfermedades Infecciosas.

## CONCLUSIONES

Ante un dolor torácico hay que tener en cuenta la esofagitis como parte del diagnóstico diferencial<sup>7</sup>, con especial atención a la causada por CMV, sobre todo en pacientes inmunodeprimidos, en quienes puede

producirse su reactivación o reinfección con mayor probabilidad de morbimortalidad<sup>8</sup>.

Es por ello que la infección por CMV debería considerarse una potencial complicación del tratamiento con quimioterapia. De esta manera se facilitarían un pronto diagnóstico con EDA y toma de biopsias, un tratamiento antiviral precoz y con ello una disminución de la morbimortalidad asociada<sup>7,9</sup>.

#### CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaramos que no existe ningún conflicto de intereses.

#### FINANCIACIÓN

Los autores de esta publicación no recibieron financiación.

#### CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la realización del presente trabajo se han cumplido las normas éticas del Comité de Investigación y de la Declaración de Helsinki de 1975. El paciente ha firmado consentimiento informado para participar en el estudio.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Adolph E, Ince H, Chatterjee T, Nienaber CA. Extra-cardiac chest pain. *Herz*. 2004;29(6):582-8.
2. Ruigómez A, Massó-González EL, Johansson S, Wallander MA, García-Rodríguez LA. Chest pain without established ischaemic heart disease in primary care patients: associated comorbidities and mortality. *Br J Gen Pract*. 2009;59(560):78-86.
3. Ryu JH, Pellikka PA, Froehling DA, Peters SG, Aughenbaugh GL. Saddle pulmonary embolism diagnosed by CT angiography: frequency, clinical features and outcome. *Respir Med*. 2007;101(7):1537-42.
4. Chaemsupaphan T, Limsrivilai J, Thongdee C, Sudcharoen A, Pongpaibul A, Pausawasdi N, et al. Patient characteristics, clinical manifestations, prognosis, and factors associated with gastrointestinal cytomegalovirus infection in immunocompetent patients. *BMC Gastroenterol*. 2020;20(1):22.
5. Eslick GD, Coulshed DS, Talley NJ. Diagnosis and treatment of noncardiac chest pain. *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol*. 2005;2(10):463-72.
6. Svavarsdóttir AE, Jónasson MR, Gudmundsson GH, Fjeldsted K. Chest pain in family practice. Diagnosis and long-term outcome in a community setting. *Can Fam Physician Med Fam Can*. 1996;42:1122-8.
7. Li L, Chakinala RC. Cytomegalovirus Esophagitis. *StatPearls* [Internet]. 2022 [Consultado 16 Feb 2023]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556110/>
8. Schlick K, Grundbichler M, Auberger J, Kern JM, Hell M, Hohla F, et al. Cytomegalovirus reactivation and its clinical impact in patients with solid tumors. *Infect Agent Cancer*. 2015;10:45.
9. Wang HW, Kuo CJ, Lin WR, Hsu CM, Ho YP, Lin CJ, et al. The clinical characteristics and manifestations of cytomegalovirus esophagitis. *Dis Esophagus*. 2016;29(4):392-9.