

# Síndrome de la costilla deslizante

Carlos Llano Gómez<sup>a</sup>, Carlos Martínez de la Torre<sup>b</sup>, Luis Azcue Muñoz<sup>c</sup> y Sara Córcoles García<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Médico Interno Residente en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona VIII. Albacete

<sup>b</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Zona VIII. Servicio de Urgencias, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

<sup>c</sup> Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación. Servicio de Rehabilitación, Hospital General de Almansa. Unidad del Dolor, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

<sup>d</sup> Médica interna residente en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona VIII. Albacete

## CORRESPONDENCIA:

Carlos Llano Gómez. Centro de Salud Zona VIII. Calle Graduados, s/n. 02006 Albacete (España)

## CORREO ELECTRÓNICO:

carlosllano.gomezz@gmail.com

Recibido el 28 de abril de 2023. Aceptado para su publicación el 6 de junio de 2023



El contenido de la Revista Clínica de Medicina de Familia está sujeto a las condiciones de la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0

## RESUMEN

Presentamos el caso de una mujer de 45 años que acudió a nuestra consulta de Medicina Familiar por dolor costal y abdominal alto intenso de 2 años de evolución, acompañado de chasquido con movimientos torácicos.

El síndrome de la costilla deslizante (SCD) es un cuadro clínico causado por un exceso de movilidad de los arcos costales inferiores que provoca dolor torácico bajo o abdominal alto de características crónicas y limitantes. El diagnóstico es fundamentalmente clínico, mediante la exploración física general y —un hallazgo clave— la positividad de la maniobra del gancho (*hook maneuver*). La ecografía clínica dinámica puede confirmar el exceso de movilidad costal. Las opciones terapéuticas —conservadora, intervencionista y quirúrgica— dependen de la intensidad de los síntomas y las preferencias de la persona. Por su baja frecuencia, el amplio diagnóstico diferencial y la posible falta de conocimiento sobre su existencia, el diagnóstico puede demorarse.

**Palabras clave:** costillas, lesiones torácicas, ultrasonografía, Atención Primaria de Salud, informes de casos, dolor crónico, diagnóstico clínico

## SLIDING RIB SYNDROME

## ABSTRACT

We report the case of a 45-year-old woman who came to our family medicine consultation for intense rib and upper abdominal pain of two years' clinical course, as well as clicking with accompanying chest movement.

Sliding rib syndrome (SRS) is a clinical condition caused by excess mobility of the lower ribs. This leads to chronic and limiting lower chest or upper abdominal pain. Diagnosis is essentially clinical by means of general physical examination and —a key finding— a positive hook manoeuvre. Clinical ultrasound can confirm rib hypermobility. Among therapeutic options, according to symptom intensity and patient preference, there are conservative, interventional and surgical alternatives. Due to its low prevalence, the broad spectrum of differential diagnoses and healthcare professionals' possible lack of knowledge about its existence, diagnosis may be delayed.

**Keywords:** Case Reports, Clinical Diagnosis, Chronic Pain, Primary Health Care, Ribs, Thoracic Injuries, Ultrasonography.

## INTRODUCCIÓN

El síndrome de la costilla deslizante (SCD) es un cuadro clínico poco común que provoca dolor costal bajo y/o abdominal que puede ser intenso y limitante<sup>1</sup>. Fisiopatológicamente, se aprecia una movilidad excesiva de las costillas falsas (octava, novena y décima)<sup>1</sup>, se ha descrito también su presentación en los niveles sexto y séptimo<sup>2</sup>.

Esta hipermovilidad predispone al pinzamiento doloroso del nervio intercostal<sup>3</sup>, que suele describirse como agudo, punzante e intenso, con irradiación anteroposterior, relacionándose con ciertos movimientos torácicos<sup>4</sup>. Con frecuencia, también se aprecia un clic o chasquido tras hacer determinados movimientos<sup>4</sup>.

Debido a su probable infradiagnóstico, no hay datos claros sobre la prevalencia<sup>1</sup>. Se estima es del 1% de las personas que acuden a una consulta de medicina general<sup>5</sup>. Puede afectar a pacientes de cualquier edad, predominantemente en mujeres<sup>6</sup>. Su localización es con frecuencia unilateral, no obstante es posible la bilateralidad<sup>6</sup>.

### CASO CLÍNICO

Mujer de 45 años que acude a nuestra consulta por un cuadro de 2 años de evolución caracterizado por dolor episódico de intensidad variable localizado en región lateral costal derecha y con irradiación hacia zona anterior. Se desencadena con algunos movimientos de flexión del tronco, tras los que en ocasiones escucha un chasquido o clic. Entre sus antecedentes, destacan un síndrome del túnel del carpo derecho y múltiples discopatías degenerativas cervicales.

La paciente niega traumatismos o sobreesfuerzos previos. Ha consultado en varias ocasiones, pero no ha obtenido diagnósticos precisos, por lo que acude preocupada ante la clínica y la incertidumbre del cuadro. Ha tomado ocasionalmente antiinflamatorios no esteroideos (AINE), sin mejoría clara.

La exploración física (EF) revela hiperalgesia anteromedial a la palpación en últimos arcos costales derechos. El dolor se reproduce con la maniobra del gancho (*hook maneuver*). En el resto de la exploración no se objetivan alteraciones. Se hace una ecografía clínica, donde se observa hipermovilidad de las costillas octava, novena, décima y undécima. De nuevo con la maniobra del gancho, se muestra deslizamiento de la décima costilla sobre la novena, lo que evoca la clínica.

Debido a la escasa efectividad del tratamiento analgésico, se deriva a la consulta de medicina física y rehabilitación, donde se hace un bloqueo del plano serrato-intercostal con 6 cc de mepivacaína al 2%, 2 cc de betametasona y 2 cc de suero salino fisiológico, que transcurre sin incidentes. Se programan revisiones de seguimiento en consultas de rehabilitación y Medicina Familiar, confirmando diagnóstico de SCD derecho (décima costilla sobre la novena). Tras dos meses, la evolución es favorable y se observa mejoría del dolor y funcionalidad.

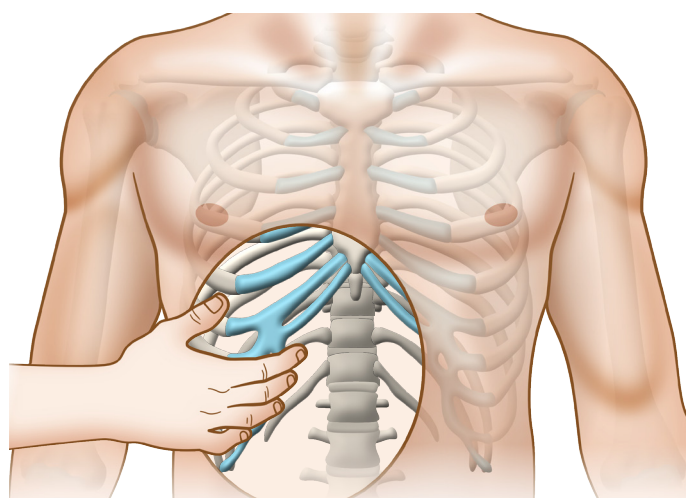
### DISCUSIÓN

El SCD es una causa de dolor torácico inferior o abdominal alto. Por su baja frecuencia y la amplitud de las causas posibles de sus síntomas, el diagnóstico puede volverse muy esquivo<sup>7</sup>, lo que aumenta el riesgo de iatrogenia<sup>8</sup>. En esto, resulta decisivo el papel del especialista en Medicina Familiar, quien, mediante la incorporación de la sospecha de SCD en la evaluación clínica y la adecuada EF, puede identificar el cuadro y mejorar la calidad de vida de estas personas.

Respecto al diagnóstico diferencial, se deben descartar causas osteomusculares (costocondritis, fracturas costales, dislocación costocondral, síndrome de Tietze, etc.) y viscerales (patología hepatobiliar, renal, esplénica, etc.)<sup>4</sup>.

En la EF, el signo más útil es la maniobra del gancho (*hook maneuver*)<sup>9</sup>1977. Para hacerla, el médico o la médica debe colocar sus manos sobre el borde inferior de los arcos costales inferiores del lado afectado y traccionar en sentido anterosuperior con ambas manos (**figura 1**). Se considera positiva si reproduce la clínica o el chasquido<sup>6</sup>.

Figura 1. Maniobra del gancho (*hook maneuver*)



Se han publicado estudios que evalúan la capacidad de la ecografía clínica para confirmar la presencia de SCD<sup>1,2</sup> (**figura 2**). Se muestra de especial utilidad la maniobra del empuje, con una sensibilidad cuantificada en el 87%<sup>2</sup>. Para ejecutarla, la médica o el médico coloca el pulgar y los dedos índice y medio bajo la costilla de interés y hace una presión creciente en sentido posterior y superior para tratar de demostrar laxitud o desplazamiento. También resulta favorable la utilización de la maniobra de *crunch*. En ella, se pide al paciente que haga una contracción de los músculos abdominales mientras eleva lentamente la cabeza y el tronco.

Figura 2. Imagen ecográfica que demuestra desplazamiento de décima costilla sobre la novena al hacer la maniobra de empuje (*push maneuver*) durante la ecografía dinámica

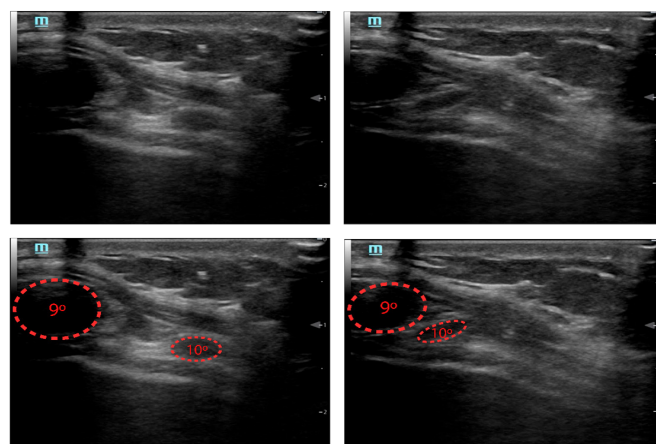
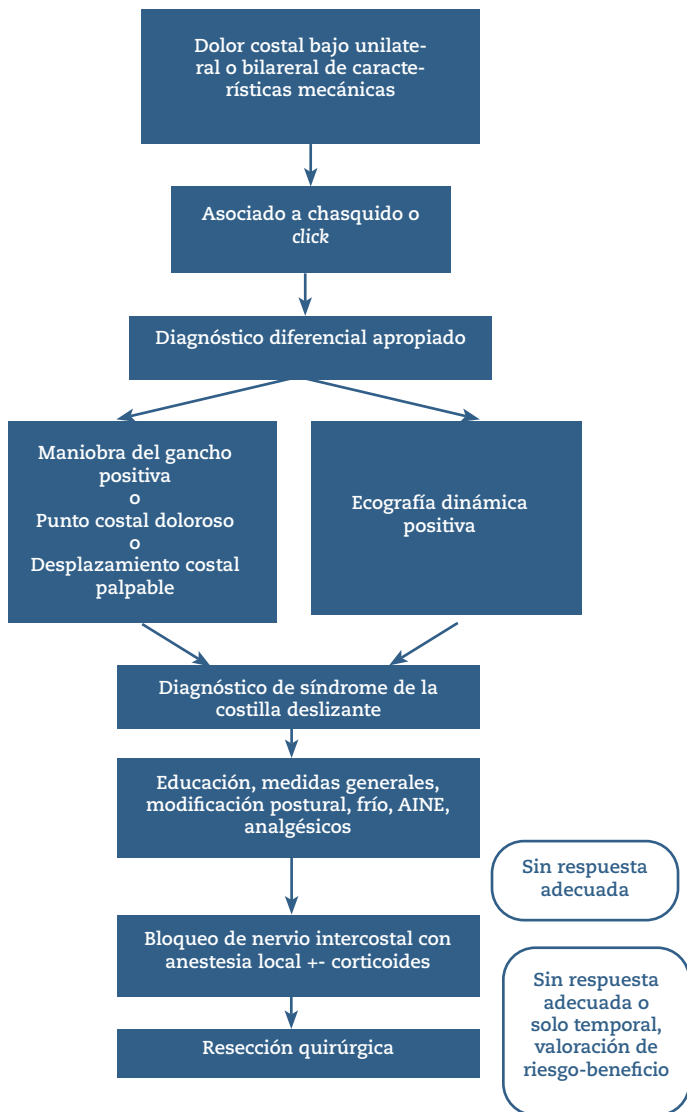


Figura 3. Algoritmo de manejo clínico del SCD



Modificada de: Chhipa I, Cheesman Q. Slipping rib syndrome in an adolescent wrestler. *BMJ Case Reports CP*. 2020;13(1):e232514

El manejo de la enfermedad depende de la intensidad de los síntomas, el tiempo de evolución, la respuesta al tratamiento y las preferencias de la persona<sup>1,3,4,6,8</sup> (figura 3).

En situaciones leves se recomienda reposo relativo, modificación postural y de actividades, frío local y AINE u otros analgésicos<sup>1,4</sup>. Pueden ser útiles también la pregabalina o gabapentina.

Si no hay respuesta o en sintomatología de intensidad moderada, se ha mostrado efectivo el bloqueo del nervio intercostal, aunque con una duración limitada<sup>1,5</sup>. Es posible la repetición de las infiltraciones<sup>1</sup> y el empleo de toxina botulínica<sup>8</sup>. Estudios más recientes muestran que podrían ser de utilidad los bloqueos fasciales a nivel torácico o abdominal, entre los que destacan el bloqueo TAP (*transversus abdominis plane block*; bloqueo T10-L1 o T8-T12)<sup>10</sup> y el bloqueo SAPB (*serratus anterior plane block*; ramas cutáneas laterales de nervios intercostales T2-T9), que implica mayor seguridad y cobertura de más niveles, por lo que podría ser útil en caso de hipermovilidad de varios segmentos. En pacientes con sintomatología refractaria

puede estar indicada la extirpación quirúrgica de la región anterior de la costilla afectada y el cartilago costal adyacente<sup>3,4,6,8</sup>.

En conclusión, el SCD es una entidad cuya importancia se reconoce crecientemente a pesar del actual probable infradiagnóstico. La valoración sistemática y la formación de los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria en la clínica de este cuadro puede acortar los tiempos diagnósticos, evitar iatrogenia, así como disminuir la preocupación y los síntomas de las/los pacientes mediante la planificación del manejo y tratamiento oportunos.

### AGRADECIMIENTOS

Se obtuvo el consentimiento escrito de la paciente para la publicación del manuscrito. Le agradecemos su disposición y colaboración.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Davelaar CMF. A Clinical Review of Slipping Rib Syndrome. *Curr Sports Med Rep*. 2021 Mar; 20(3):164-8.
2. Van Tassel D, McMahon LE, Riemann M, Wong K, Barnes CE. Dynamic ultrasound in the evaluation of patients with suspected slipping rib syndrome. *Skeletal Radiol*. 2019 May; 48(5):741-51.
3. González Temprano N, Ayuso González L, Hernández Martín S, Molina Caballero AY, Pisón Chacón J, Martínez Bermejo MA. Síndrome de la costilla deslizante: tratamiento agresivo pero eficaz. *An Sist Sanit Navar*. 2015 Aug; 38(2):329-32.
4. Chhipa I, Cheesman Q. Slipping rib syndrome in an adolescent wrestler. *BMJ Case Rep CP*. 2020 Jan 1; 13(1):e232514.
5. Wright J. Slipping-rib syndrome [Internet]. *Lancet*. 1980 [citado: 4 de enero de 2022]; 316(8195):632-4. Disponible en: <https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673680902949/fulltext>
6. McMahon LE. Slipping Rib Syndrome: A review of evaluation, diagnosis and treatment. *Semin Pediatr Surg*. 2018;27(3):183-8.
7. Baydar M, Akpınar E, Kokulu S, Turhan E, Tokar S. Slipping Rib Syndrome: An elusive diagnosis. *J Pediatr Surg Case Rep*. 2016;9:8-10.
8. Bolaños-Vergaray JJ, De la Gala García F, Obaya Rebollos JC, Bové Alvarez M. Slipping Rib Syndrome as Persistent Abdominal and Chest Pain. *A A Case Rep*. 2015 Nov 1; 5(9):167-8.
9. Heinz GJ III, Zavala DC. Slipping Rib Syndrome: Diagnosis Using the «Hooking Maneuver». *JAMA*. 1977 Feb 21; 237(8):794-5.
10. Lee TH, Barrington MJ, Tran TM, Wong D, Hebbard PD. Comparison of extent of sensory block following posterior and subcostal approaches to ultrasound-guided transversus abdominis plane block. *Anaesth Intensive Care*. 2010 May; 38(3):452-60. PMID: 20514952.