



## Caso clínico

## Dolor abdominal de diagnóstico desafiante: síndrome de la costilla deslizante



Maria del Mar Diaz Alcazar\*, Alicia Martin-Lagos Maldonado y Eloisa Cervilla Saez de Tejada

Unidad de Gestión Clínica del Aparato Digestivo, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

## Historia del artículo:

Recibido el 17 de octubre de 2019  
Aceptado el 30 de octubre de 2019

## Palabras clave:

Dolor abdominal  
Dolor epigástrico  
Síndrome de la costilla deslizante

## RESUMEN

El síndrome de la costilla deslizante causa dolor intenso en los pacientes por otra parte sanos. Se presenta el caso de una mujer de 24 años con dolor abdominal y vómitos diagnosticada de este síndrome. Esta enfermedad consiste en hiper movilidad de las costillas falsas anteriores por fijación ligamentosa inadecuada. Se produce subluxación repetitiva de los cartílagos costales y una costilla se desliza por detrás de la superior. El diagnóstico es de exclusión, según la clínica y la maniobra «del gancho». Frecuentemente el diagnóstico es tardío por desconocimiento de las afecciones de la pared toracoabdominal, centrando los esfuerzos en el origen visceral. Puede llevar a pruebas diagnósticas innecesarias, por lo que conocer este síndrome es determinante para su diagnóstico y su manejo apropiado.

© 2019 Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Challenging diagnosis of abdominal pain: Slipped rib syndrome

## ABSTRACT

Slipped rib syndrome causes intense pain in otherwise healthy patients. The case is presented of a 24 year-old woman with abdominal pain and vomiting, who was diagnosed with this syndrome. This pathology consists of the hyper mobility of the false anterior ribs due to inadequate ligament fixation. Subluxation of the costal cartilages occurs and a rib slides behind the upper one. The diagnosis is one of exclusion, according to the clinical picture and the “hooking” manoeuvre. The diagnosis is often delayed due to lack of knowledge of thoracoabdominal wall disorders, focusing efforts on the visceral origin. This may lead to unnecessary diagnostic tests, which is why being aware of this syndrome is a determining factors for its successful diagnosis and proper management.

© 2019 Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Keywords:

Abdominal pain  
Epigastric pain  
Slipped rib syndrome

## Caso clínico

El síndrome de la costilla deslizante es una enfermedad infrecuente por hiper movilidad de las costillas falsas anteriores, habitualmente en individuos sin otra enfermedad previa<sup>1-4</sup>.

Se presenta el caso de una mujer de 24 años sin otros antecedentes que la consulta por dolor abdominal y vómitos con intolerancia oral. Refiere epigastralgia continua que irradia al resto del abdomen y espalda. Empeora con la ingesta. Estable hemodinámicamente. Requiere morfínicos para control del dolor. Análítica de sangre y ecografía y tomografía computarizada abdominal sin hallazgos.

Esofagogastroduodenoscopia muestra divertículo en fundus gástrico y datos de gastritis crónica en antro, confirmada con biopsias. *Helicobacter pylori* negativo. Resonancia magnética abdominal y colangiografía resonancia objetivan *pectus excavatum*, por lo que se realiza ecografía torácica dinámica (fig. 1). Se evidencian alteraciones en la situación y movilidad de los cartílagos de la octava y novena costillas en hemitórax izquierdo. Se decide escisión del cartílago costal. Posteriormente la paciente se encuentra asintomática.

Este caso muestra la presentación típica del síndrome de la costilla deslizante. La hiper movilidad costal desencadena subluxación de los cartílagos costales, y la costilla afectada se desliza por detrás de la costilla superior<sup>1-4</sup>. El dolor se origina por compresión del nervio intercostal. Habitualmente se afectan las costillas octava a décima, ya que están unidas anteriormente por cartílago en niños y una banda fibrosa en adultos<sup>1,3-7</sup>. Se puede acompañar de

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [mmardiazalcazar@gmail.com](mailto:mmardiazalcazar@gmail.com) (M.M. Diaz Alcazar).

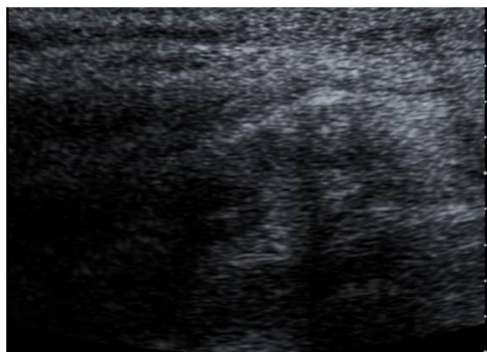


Figura 1.

náuseas y vómitos que dificultan el diagnóstico<sup>3</sup>. Normalmente hay un antecedente de traumatismo consciente o inconsciente<sup>1,3</sup>.

Es poco frecuente, pero origina dolor recurrente en tórax inferior, flanco o abdomen superior<sup>6,7</sup>. Su prevalencia real no se conoce por frecuente infradiagnóstico<sup>3,5,6</sup>. Puede ocurrir a cualquier edad, pero es más habitual en adultos de edad media, y se presenta en ambos géneros por igual<sup>3,5,7</sup>. A menudo se asocia con *pectus excavatum*<sup>3</sup>. Habitualmente es unilateral<sup>1</sup>.

La inervación de los nervios intercostales y el sistema simpático visceral converge en los mismo niveles medulares, por lo que puede simular enfermedad visceral, retrasando el diagnóstico y tratamiento<sup>3,6</sup>. El diagnóstico del síndrome de la costilla deslizante es de exclusión<sup>1</sup>, según los síntomas y la maniobra «del gancho»<sup>4-7</sup>. Las pruebas complementarias se suelen usar para descartar otras enfermedades<sup>7</sup>, aunque algunos autores<sup>3,5</sup> recomiendan la ecografía para confirmar casos difíciles. El manejo de la enfermedad depende de la gravedad de los síntomas<sup>1</sup>. Cuando el dolor es ligero o intermitente basta evitar ejercicios que aumentan el dolor, el frío y los analgésicos<sup>1,5</sup>. Si el dolor es moderado se requieren medidas más invasivas, incluso el bloqueo del nervio intercostal o la infiltración local de anestésico o esteroides<sup>1,5</sup>. Cuando falla el tratamiento conservador o está reducida la calidad de vida se realiza escisión del cartilago costal, con buenos resultados<sup>1-3,5</sup>. En casos refractarios se ha considerado la toxina botulínica<sup>1</sup>. Sin embargo, para algunos autores<sup>5</sup> recomiendan directamente la cirugía.

En conclusión, el diagnóstico del síndrome de la costilla deslizante frecuentemente es tardío porque los médicos no están

entrenados en enfermedad de la pared toraco-abdominal, y centran sus esfuerzos en la etiología visceral. La localización del dolor puede llevar a pruebas complementarias innecesarias, por lo que conocer esta enfermedad es fundamental para un diagnóstico y manejo apropiados.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Puntos clave

- El síndrome de la costilla deslizante es una enfermedad infrecuente por hipermovilidad de las costillas falsas anteriores.
- Habitualmente aparece en individuos sin otra enfermedad previa.
- Origina dolor recurrente en tórax inferior, flanco o abdomen superior.
- El diagnóstico del síndrome de la costilla deslizante es de exclusión, según los síntomas y la maniobra «del gancho».
- Conocer esta enfermedad es fundamental para evitar un diagnóstico tardío y para que el manejo sea apropiado.

### Bibliografía

- 1 Bolaños-Vergaray JJ, de la Gala García F, Obaya Rebollar JC, Bové Alvarez M. Slipping rib syndrome as persistent abdominal and chest pain. *A A Case Rep* 2015;5:167-8.
- 2 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;38:329-32.
- 3 McMahon LE. Slipping rib syndrome: A review of evaluation, diagnosis and treatment. *Semin in Pediatr Surg* 2018;27:183-8.
- 4 Bonasso PC, Petrus SN, Smith SD, Jackson RJ. Sternocostal slipping rib syndrome. *Pediatr Surg Int* 2018;34:331-3.
- 5 Gould JL, Rentea RM, Poola AS, Aguayo P, Peter STSD. The effectiveness of costal cartilage excision in children for slipping rib syndrome. *J Pediatr Surg* 2016;51:2030-2.
- 6 Turcios NL. Slipping rib syndrome: An elusive diagnosis. *Paediatr Respir Rev* 2017;22:44-6.
- 7 van Delft EAK, van Pul KM, Bloemers FW. The slipping rib syndrome: A case report. *Int J Surg Case Rep* 2016;23:23-4.