

En los niños con dolor abdominal... por favor, exploren las costillas.

PÉREZ SANTOS JL, TEJÓN V, LLANEZA J, CASTAÑO A.
Servicio de Pediatría del Hospital de Cabueñes, Gijón

Fecha de publicación: octubre 2007

En el archivo de la memoria colectiva de un grupo de Pediatras que coincidimos trabajando en el Servicio de Pediatría del Hospital de Cabueñes, Gijón, almacenamos la nostalgia y el orgullo del diagnóstico del primer **Síndrome de la Costilla Deslizante** que realizó el Dr Benito Otero, el mejor de los nuestros, el más querido y respetado.

Bien avanzados los 80 nos enteramos - Benito averiguó - que existían niños cuyo dolor abdominal (en ocasiones torácico y lumbar) provenía del margen costal inferior y lo que es mejor, el diagnóstico no dependía de análisis bioquímicos ni extensas o complejas exploraciones instrumentales o radiológicas. El dolor podía reproducirse realizando la maniobra del "gancho" (1) En esta prueba, el paciente se coloca en decubito lateral sobre la zona no dolorosa, y el explorador, curvando los dedos de una mano engancha el borde costal inferior tirando hacia adelante (ventral) y arriba (cefálica). Un test positivo se define cuando se provoca dolor similar al que le aqueja y, en ocasiones, un click. Patognomónico, lo definen algunos. Sencillo. O al menos eso creíamos, ignorando que la mayoría de las veces, una verdad "simple y pura" rara vez es pura y nunca es simple.

Y una marea de optimismo se extendió entre nosotros cuando paulatinamente fueron apareciendo más niños. ¡Por fin sabíamos dar respuesta a ciertos críos con Dolor Abdominal Crónico o Intermitente que nos colocaban en un status de perplejidad! Objetivamente, existían tres hechos fundamentales para sustentar esta esperanza:

En primer lugar disponíamos de testimonios bibliográficos que, en inglés, venían a decir lo mismo aunque, eso sí, recibiendo diferentes nombres: slipping rib syndrome, rib-tip syndrome, painful rib syndrome, clicking rib..... Probablemente los más significativos para nosotros en aquel entonces fueron los 46 casos que describían en Lancet de 1980 (2) y los

tres niños que nos relataban en un Pediatrics de 1985 (3)

En segundo lugar, interpretamos que Stockman estaba de nuestra parte. El Dr James A. Stockman, en la actualidad Presidente de la American Board of Pediatrics, era en 1987 Director del Year Book de Pediatría y comentando el artículo del Pediatrics del 85 y otro sobre el mismo asunto en J. Pediatr. Surg 21: 199, 1986, decía textualmente: "En realidad si los pediatras conocieran más el síndrome de la costilla deslizante, los pacientes podrían ahorrarse numerosas investigaciones..... Supongo ahora que siempre que veamos a un niño con dolor abdominal tendremos que pensar en ello. Al menos deberíamos pensar en él hasta el punto de palpar la unión costocondral de las costillas inferiores... y estoy seguro que aquel de nosotros que no lo diagnostique quedará "marcado" por nuestros colegas"... Sólo nos faltó arrodillarnos ante las palabras de una de las voces pediátricas más prestigiosas del mundo aunque el tiempo nos diría que, como futurólogo, el Dr Stockman acertaba menos que un fabricante de horóscopos. Aquí, el que diagnostica un cuadro clínico de esta índole, no es precisamente una corona de laurel sobre las sienes lo que se le ofrece.

Pero, y en tercer lugar, nuestra baza fuerte en este asunto la teníamos en casa. El Dr Benito Otero. Neuropediatra, mejor dicho: el único Neuropediatra de toda Asturias hasta el 4 de Noviembre del 2006. Y además, Pediatra excepcional. Un singular entre los singulares que antes que Miller (4) describiera en 1990 los niveles de competencia, él había descubierto, probablemente de forma intuitiva, que la competencia se consigue cuando se "sabe" (en un contexto particular), se es "capaz de hacer" y, en el nivel superior, "se hace"... Y en esto, Benito Otero era un fenómeno. ¿Había que hacer la maniobra del gancho en críos con Dolor Abdominal de origen no aclarado? Pues se hace, y ¡claro está!, aparecían niños con este problema. Otra característica de Benito Otero es que entendía que el ejercicio de la Pediatría llevaba

inherente la Obligación de enseñar lo que se sabe y había llegado a ese nivel que reconoce no sólo la Obligación, sino también la Necesidad de dar docencia. Total: el conocimiento de la existencia de esta situación clínica nos llegó a todos de forma insistente y redoblada. (En los 10 últimos años no existe ningún Residente formado en nuestro Servicio que no haya escuchado las características de este Síndrome y, en algunos casos, la oportunidad de comprobarlo ante un enfermo)

Dicho esto, vamos a ver si somos capaces de sintetizar lo que a nuestro juicio, son los puntos más importantes.

¿EN QUÉ CONSISTE EL SÍNDROME DE LA COSTILLA DESLIZANTE?

Según los textos, las costillas de la 1ª a la 7ª están fijadas al esternón; pero la 8ª, 9ª y 10ª, no, están unidas unas a las otras por cartilago, lo que lleva consigo una gran movilidad y susceptibilidad a traumatismos (del que muchas veces ni se acuerdan ni se recoge en la historia porque puede ser tan nimio como el esfuerzo de flexionarse bruscamente para levantar un peso). El síndrome se produce cuando por un daño directo o indirecto, próximo o remoto en el tiempo, se alteran los ligamentos de esas tres costillas a nivel costoesternal, costovertebral o costocondral. Como resultado puede haber dolor abdominal - a veces torácico - , que se localiza fundamentalmente en el cuadrante abdominal superior, no es infrecuente la localización en epigástrico o incluso irradiado a cuadrante inferior. No está del todo claro si el dolor se produce por irritación del nervio intercostal, por lesión de musculatura intercostal o luxación del cartilago, aunque probablemente sea multifactorial

Pero doler, duele, habitualmente en forma de un dolor agudo, punzante, de minutos u horas, quedando después un dolor más o menos llevadero que puede durar días y que ciertos niños describen como persistente o intermitente y que a la exploración se reproduce con la maniobra del gancho costal o presionando sobre uno o varios puntos del borde costal inferior. No existe ninguna prueba de laboratorio o imagen que pueda ayudar al diagnóstico; todo descansa en las maniobras de exploración. En cuanto a la evolución, y en

nuestra experiencia (también la de otros), más de la mitad de los casos son leves, algunos moderados importantes y una minoría, totalmente incapacitados a pesar de los analgésicos y reposo.

¿POR QUÉ NO SE DIAGNOSTICA?

!Eso querríamos saber nosotros! Ninguno de los firmantes es experto en análisis de estos asuntos aunque no es preciso ser un Stockman para percibir ciertos hechos:

1 En las Consultas de Gastroenterología de adultos (2,5,6) se reconoce que entre el 1 al 5 por ciento de los que acuden por Dolor Abdominal Crónico padecen una costilla deslizando y a pesar de esto, raramente se cita en los Textos Clásicos o se enseña en las aulas universitarias, aunque si que se describe en la bibliografía osteopática (7). Es curioso.

2 Puede ser que en los niños la situación sea muy diferente y ocurra muchísimo menos que en adultos. Lo ignoramos porque, entre otras cosas, no hemos encontrado ninguna serie pediátrica de estudios similares realizados en los Servicios de Gastroenterología Infantil. Por consiguiente: se desconoce la prevalencia

3 Es preciso decir que en la bibliografía pediátrica que se refieren a este asunto (3,8-12) los artículos comienzan con la coletilla de que se trata de " una situación rara, escasamente descrita en Pediatría", aunque se apresuran a añadir que lo de raro no significa excepcionalidad, para terminar sugiriendo que esta entidad es "frequently overlooked", que traducido al román paladino quiere decir que pocas veces se considera el diagnóstico.

4 Otro hecho que nos llama la atención es que ninguno de los Residentes que llegan a nuestro Hospital haya oído hablar de este síndrome pero si que son capaces de reconocer (sobre todo si tienen reciente el examen MIR), al menos de nombre, otras causas de dolor Abdominal como el Chilaiditi, la Porfiria, la Fiebre Mediterránea Familiar y la Epilepsia Abdominal, por poner cuatro ejemplos de entidades de las que confesamos no haber sido capaces de diagnosticar ni una sola vez.

5 Compartirán con nosotros que resulta sumamente intrigante el hecho de que en la

bibliografía española solamente encontremos un artículo que haga referencia a esta situación.(8) La publicaron en 1990 los compañeros del Hospital de Sabadell . Ahora, añadimos la niña adolescente que nos presentan el Dr de Paz y J.Guerrero Vazquez, del Hospital Punta de Europa, Algeciras. Y aquí venimos nosotros, del Hospital de Cabueñes de Gijon a contar lo nuestro..... Sabadell, Algeciras, Gijón..... Ninguno de nuestros Hospitales juega la Champions, que se diga. Da que pensar..... en todas las direcciones que uno desee.

6 ¿Ustedes han visto alguna vez a un Pediatra, Gastroenterólogo Pediátrico o Cirujano Pediátrico que en la valoración de un dolor abdominal incluya la palpación de las costillas? Nosotros no. Y por lo que se escribe, todo hace pensar que las cosas seguirán igual. En un reciente estudio donde intentaron investigar la fiabilidad de la exploración en niños con dolor Abdominal agudo que acuden a urgencias (13) los datos que se analizaron fueron estos 6: distension abdominal, dolor a la percusión, dolor a la palpación, defensa abdominal, Blumberg y los ruidos. Ni más ni menos. Como curiosidad: la concordancia entre exploradores no fue muy buena, que digamos.

En fin: que somos incapaces de saber por qué no se diagnostica y es una lástima. Porque el conocimiento de este síndrome permite un diagnóstico rápido, evita el gasto e inconvenientes de pruebas complementarias, algunas de mucho coste, y en definitiva, ofrece la oportunidad de proporcionar al paciente un tratamiento adecuado.

¿CÓMO REALIZAMOS LA EXPLORACIÓN?

No siempre resulta tan facil en obesos o en aquellos niños que sienten tanto dolor que son incapaces de relajar la musculatura abdominal para que el explorador realice maniobras de provocación.

Cómo la mayoría de nuestros pacientes son niñas, habitualmente mayores de 10 - 11 años, aprendimos, con la experiencia, que la exploración comienza pidiendo al paciente que realice movimientos para ver si le producen dolor (los más rentables, la flexión y rotación del tronco, levantarse desde una silla e intentar recoger algo pesado depositado en el suelo, aunque la negatividad de todas estas maniobras

no excluye) y a continuación que se autoexplora el borde costal inferior, presionando centímetro a centímetro todo el trayecto, sin olvidar, y esto es importante, la apófisis xifoides. Algunos de los niños, muestran dolor en zona muy localizada y habitualmente de 2-3 cms. Si esto no basta, les solicitamos que ellos mismos se realicen la maniobra del gancho (otra agradable sorpresa, agradable para el Pediatra, se entiende)

Después de todo esto intervenimos, habitualmente en esta secuencia: lo primero que intentamos es presionar desde los laterales y hacia adentro las costillas inferiores, a nivel de la línea axilar media; en ocasiones, esta presión reproduce el dolor en una zona alejada de la manipulación. A continuación presionamos el borde costal inferior punto por punto, tratando de localizar el área de máxima hipersensibilidad, comenzando en xifoides y recorriendo todo el trayecto hasta el dorso. Por último, el "gancho": en decúbito lateral si es posible aunque a veces es más rentable realizarlo colocándose el niño en bipedestación, pidiéndole que flexione el tronco hacia adelante y el explorador, detrás del paciente, intenta enganchar las costillas. Por cierto: nunca hemos percibido el click del que hablan. Obviamente, cuando las pruebas son positivas, se comparan con los resultados del lado asintomático

¿CUALES SON LOS PROBLEMAS CON LOS QUE NOS HEMOS ENCONTRADO?

Básicamente se reducen a los siguientes: inexperiencia personal, escepticismo de los demás, limitaciones inherentes a nuestro Hospital y "pérdida" de la evolución de nuestros pacientes

1 Inexperiencia. La nuestra. Lleva tiempo asumir que un diagnóstico de esta repercusión descansa exclusivamente en historia y maniobras de exploración. Y que no exista absolutamente ningún análisis bioquímico, imagen, endoscopia o lo que sea, que te permita demostrarlo. (En 2002 un trabajo suizo sobre la utilidad de la ECO nos hizo concebir esperanzas (14): se quedó en agua de borrajas) Así que en los primeros años añadíamos análisis y estudio radiográficos para "descartar", lo que fuera: desde la hepatitis, pasando por el páncreas, enfermedades del tracto biliar, riñón o enfermedad péptica, enfermedad inflamatoria

intestinal crónica o giardias, sin olvidar la ECO y la gammagrafía. Nunca descubrimos nada. En la actualidad y en la mayoría de estos niños nos limitamos a realizar una simple de abdomen y una Ecografía abdominal

2 Escepticismo de los demás..... médicos, especialmente aquellos que han perfeccionado el arte de señalar con un dedo. Sin embargo, no solemos tener ese problema con los padres de los niños, que suelen entender y aceptar el diagnóstico. Pero convencer a otros colegas, ya es otra historia. Y las razones que suelen esgrimirse es que la bibliografía pediátrica específica que es "raro". Y si es así, ¿cómo es posible que en nuestro Hospital y en las dos últimas décadas se diagnostique no menos de un par de veces al año? Esto puede llevar a discusiones barrocas y agotadoras donde el peso de la prueba descansa en el que diagnostica, jamás en el que pregunta. Nosotros sólo tenemos una respuesta: ¿conoce alguien otra causa de dolor abdominal que se reproduzca al explorar la costilla? y sobre todo: ¿tienen otro diagnóstico alternativo para aquel caso concreto? Siempre no hemos encontrado con el silencio.

Hemos admitido desde finales de los 90 que quizás no todo lo que diagnosticamos con este nombre se trate de una verdadera "costilla" y se deba a otro problema musculoesquelético que se manifiesta por dolor abdominal. De hecho, la maniobra del "gancho" no es específica de la costilla deslizante y puede deberse a una lesión muscular intercostal, una condritis o una lesión de pared. No lo discutimos y por esta razón, desde hace unos 8 años, hemos abandonado el nombre de Síndrome de la Costilla Deslizante y ahora lo denominamos Síndrome Doloroso Costal Inferior. Para efectos prácticos, da lo mismo.

3 Limitaciones de nuestro Hospital Comarcal donde la cirugía pediátrica está centralizada en el Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. Eso conlleva problemas:

En cuatro casos solicitamos de nuestro Servicio de Anestesia que nos hicieran un bloqueo de nervio intercostal. En las cuatro ocasiones, los niños quedaron sin dolor de forma transitoria. Cuando creíamos que a partir de ese momento íbamos a disponer de un argumento más que sustentara el diagnóstico, se nos acabó la gracia porque enseguida nos recordaron que la colaboración anestésica por parte de la única

Anestesiista que estaba por la labor, era un favor que nos dispensaban y si queríamos más, que recurriéramos a los anestesiistas del Hospital Central. Fin de la historia.

Más impresionante fue la respuesta de los Servicios de Cirugía Torácica de dos Ciudades Sanitarias de cuyo nombre preferimos olvidarnos y a los que remitimos tres niños con clínica muy importante e invalidante con la esperanza de que valorasen la posibilidad de resección del cartílago costal afectado. Omitimos la respuesta de esos cirujanos porque nos ponemos rojos como el cinabrio. "Eso no existe", fue la más suave de las expresiones. (Estos tres niños pasaron a los 14 años a servicios de adultos e ignoramos la evolución)

4 Y esta pérdida de la evolución a largo plazo de los niños, es la limitación más importante de nuestra experiencia no exenta de autocritica. Las tres cuartas partes de los pacientes que hemos diagnosticado, eran cuadros leves o moderados que cedieron con información, explicación a los padres de la naturaleza de este problema, analgesia con paracetamol, codeína o ibuprofeno, restricción temporal de ciertos ejercicios y advertencia de que estos problemas repetían a veces, durante meses..... o años. Los casos más importantes los trataba el Dr Benito Otero en Consultas externas, siguiéndolos durante tiempo. Los casos graves, los perdimos. Y como la mayoría de estos pacientes tienen edades próximas a los 14 años, al final, desaparecen en el tormentoso mar de la medicina de adultos. Bien es verdad, que tendríamos que haber programado alguna forma de seguimiento pero en este aspecto, tanto Benito Otero, como los abajo firmantes, reconocemos que somos un desastre.

CONCLUSIÓN

1 En este asunto no se ha publicado nada con el rigor de la Medicina Basada en Pruebas. Lo que más se aproxima, se refiere a los adultos. " ¿Se puede identificar solamente por los síntomas a los pacientes con dolor abdominal de origen musculoesquelético?" (15) Al parecer, con muchas reservas. De los niños, ni palabra

2 Por consiguiente: es probable que todo lo que lean se base en opiniones....Y ese derecho, lo tenemos todos

3 No olvidamos que en un dolor abdominal agudo, lo prioritario y urgente es descartar lo quirúrgico

4 En el dolor abdominal recurrente y crónico sabemos que lo más probable es que se trate de un síndrome funcional y en este sentido, procuramos estar al día en los criterios de Roma III (16)

5 Pero en el resto, y si tienen dudas, sólo les aconsejamos una cosa: por favor, exploren las costillas.

Add: El Dr Benito Otero falleció el 4 de noviembre del 2006. Nos negamos a olvidarle. Porque si no está en el recuerdo, algunos nos tememos que entonces no esté en ningún sitio.

BIBLIOGRAFIA

1. Heinz GJ, Zavala DC. Slipping rib syndrome. JAMA 1977; 237 (8): 794-5
2. Wright JT. Slipping rib syndrome. Lancet 1980; ii: 632-4
3. Porter GE. Slipping rib syndrome: an infrequently recognized entity in children: a report of three cases and review of the literature. Pediatrics 1985; 76: 810±813
4. Miller GE. The assesment of clinical skills/competence/performance. Acad Med 1990;65(9 Suppl):S63-7
5. Scott EM, Scott BD. Painful rib syndrome a review of 76 cases. Gut 1993;34:1006-8.
6. Barki J. Painful rib syndrome (or Cyriax syndrome). Study of 100 patients. Presse Med 1996 Jun 15;25(21):973-6.
7. Greenman P. E. Principles of Manual Medicine, 2nd Ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996, 572 pp.
8. Gibert MA, de la Pardina JC, Font RU et al. Síndrome del la costilla deslizando como causa de dolor abdominal recidivante en la edad pediátrica An Esp Pediatr 1990;32: 349-351.
9. Daniel A. Saltzman, Michael L. Schmitz MD The slipping rib syndrome in children Pediatric Anesthesia 2001; 11 (6), 740-43
10. Mooney DP, Shorter NA. Slipping rib syndrome in childhood. J Pediatr Surg. 1997;32:1081-1082
11. Peterson LL, Cavanaugh DG. Two years of debilitating pain in a football spearing victim: slipping rib syndrome. Med Sci Sports Exerc. 2003;35:1634-1637
12. Brian E. Udermann, Daniel G. Cavanaugh, Mark H. Gibson. Slipping Rib Syndrome in a Collegiate Swimmer: A Case Report. J Athl Train. 2005 Jun;40(2):120-122.
13. Kenneth Yen, Anna Karpas, Heidi J. Pinkerton, Marc H. Gorelick. Interexaminer Reliability in Physical Examination of Pediatric Patients With Abdominal Pain. Arch Pediatr Adolesc Med. 2005;159:373-376
14. Meuwly Wicky S Schnyder P Lepori D. Slipping rib syndrome: a place for sonography in the diagnosis of a frequently overlooked cause of abdominal or low thoracic pain. J Ultrasound Med. 2002 Mar;21(3):339-43
15. Can Symptoms alone identify patients who are likely to have a musculoskeletal etiology for their abdominal pain? Evidence-Based Gastroenterology. 5(2):48-49, May 2004
16. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. Gastroenterology. 2006 Apr;130(5):1527-37