

Rhumatologie 1957;1

Las Entorsis Costales

Signos. Diagnóstico. Tratamiento

Robert Maigne

Traducción F. Colell (GBMOIM)

I) Introducción

Sucede con frecuencia que tras un traumatismo torácico, o más a menudo tras un esfuerzo o un falso movimiento, los pacientes se quejan de dolores a lo largo del trayecto de una costilla.

El alivio inmediato y definitivo que se puede obtener con una simple maniobra que solo apunta y toca la costilla, parece demostrar que estos dolores torácicos se deben a un esguince costal reducible.

A propósito de 43 observaciones queremos llamar la atención de este origen desconocido, pero no raro, de dolores torácicos agudos o crónicos; y mostrar como el diagnóstico puede afirmarse con un solo signo indispensable pero suficiente para éste.

El interés de este diagnóstico reside por una parte en el hecho de que el esguince costal se beneficia de un tratamiento con manipulación simple que conduce a un alivio inmediato, y por otra en el hecho de que un cierto número de estos esguinces costales crónicos conducen a la práctica de investigaciones inútiles, predominantemente renales, cuando son desconocidos.

En la práctica, ¿cómo se presentan los esguinces de estas costillas?

II) Observaciones

Observación N° 1: Mme L., 42 años, aqueja un dolor violento como un navajazo en el flanco derecho mientras hace la cama. El dolor es máximo en la zona de las falsas costillas, irradia hacia el ano, incluso según dice, hacia la cara interna del muslo. Sufre mucho y se ha de acostar. Poco a poco el dolor se amortigua a condición de quedarse inmóvil. Tras tres días encamada se encuentra un poco mejor, y viene a la consulta. Los movimientos del tronco y la respiración profunda provocan el dolor.

No hay actitud antiálgica. La flexión del raquis es libre; la extensión, rotación y lateroflexión derechas provocan el dolor.

Sin puntos dolorosos a la presión de las espinosas. Un punto neto de dolor a dos traveses de dedo a la derecha de D12. La presión sobre la última costilla es dolorosa en todo su trayecto, mientras que no lo es en la del lado opuesto o en la costilla superior.

Un año antes había sufrido un episodio idéntico. Remitida a un servicio de Urología le hicieron todo tipo de exploraciones renales y radiografías de la columna que no mostraron anomalías.

El dolor desapareció poco a poco al cabo de 5-6 meses, y fue verdaderamente molesto durante un mes.

Observación N° 4: M. B., 30 años, durante un combate de judo sufre una «presa» en el cuerpo (la base del tórax aprisionada entre las rodillas del adversario); se ve obligado a abandonar por un dolor extremadamente vivo. Doblado en dos, sostiene sus dos manos en el lado izquierdo a la altura de las costillas flotantes. Respira con dificultad ya que cada movimiento es muy doloroso.

Examinado de inmediato se constata que no existe punto doloroso en el raquis, pero el máximo de dolor asienta en la última costilla izquierda que es hipersensible en todo su trayecto y sobretodo en su extremo distal.

Manipulación: alivio instantáneo.

Observación N° 7: M. M., segundo siente un dolor súbito y vivo en la fosa lumbar izquierda. El dolor persiste con violencia. Entra en su casa a duras penas, plegado en dos. Su médico le practica una infiltración de novocaína en la zona sensible (articulación costovertebral T12 izquierda) que lo alivia parcialmente. Tres infiltraciones provocan franca mejoría. Lo remite entonces para completar el resultado. Aquí tampoco presenta ningún signo de sufrimiento del raquis, que es flexible e indoloro. Por el contrario el dolor es muy vivo en el trayecto de la 12ª costilla.

Todo cede inmediatamente tras la manipulación de la costilla.

Estos tres enfermos han podido ser aliviados instantáneamente con una maniobra sobre la costilla sensible.

Pero ¿qué sucederá si no se reduce este « esguince costal »?

La mayoría de las veces el dolor desaparecerá al cabo de unos días y no reaparecerá jamás. Quizás se desencadene un ligero destello doloroso con un movimiento forzado en rotación o lateroflexión del tronco, o en un acceso de tos.

Pero puede suceder que la molestia se haga más tenaz e importante, como en los casos siguientes:

Observación N° 3: Mme D. desde hace un año sufre dolor en la región lumbar alta izquierda, motivo por el que nos consulta. El dolor tuvo una aparición brutal al levantar una olla. Pero el dolor ha sido tal y en forma de crisis durante los días siguientes, que su médico pensó en una crisis de cólicos nefríticos.

Ingresada para exámenes renales, éstos se muestran dentro de la normalidad, así como las radiografías vertebrales. En la actualidad está molesta, particularmente levantando cualquier peso y al darse la vuelta en la cama. A veces el dolor se reagudiza, tras hacer la limpieza de casa o tras un tiempo en mala postura.

El examen clínico raquídeo muestra una ligera escoliosis dorsolumbar. La columna es flexible pero la lateroflexión izquierda molesta y le duele. El dolor se sitúa en las costillas flotantes izquierdas, la última muy sensible a la presión. La manipulación es difícil al ser obesa la paciente. No obstante se consigue, ya que inmediatamente después, la costilla deja de ser dolorosa a la presión. Revisada a los cinco meses, no había sufrido dolor en absoluto.

Observación N° 17: M. M., 44 años. Hace tres meses, al hacer un falso movimiento para evitar un accidente, sintió un dolor vivo en la región lumbocostal derecha. Muy molesta durante algunos días, tuvo que encamarse. Posteriormente sufre de vez en cuando, y ciertos movimientos de torsión del tronco desencadenan un dolor intenso que dura algunos minutos, inmovilizándolo.

Se trata de un esguince de la 11ª costilla que se reduce inmediatamente.

Observación N° 22: M. M., 18 años, presenta dolores lumbocostales derechos desde hace 8 meses, aparecidos de manera brutal durante una carrera de cien metros lisos. El dolor reaparece cuando quiere hacer un esfuerzo o durante algunos movimientos del tronco, difíciles de precisar. Dura algunas horas, muy molesto, y se calma progresivamente al transcurrir el día. A veces el dolor dura mucho más.

A pesar del inicio traumático, se le practicaron muchas radiografías pulmonares. Al igual que las del raquis, no mostraron anormalidades.

Se trataba de un esguince de la 10ª costilla.

Observación N° 25: M. B., 55 años, padece lumbalgias altas desde hace 9 años. Hizo un esfuerzo al levantar un saco que le produjo un dolor muy vivo en la base del tórax. Posteriormente el dolor reaparecía con la fatiga, al estar mucho tiempo sentado, o al trabajar inclinado hacia adelante. No puede levantar pesos. Se le ha aconsejado un lumbostato que no puede soportar, ya que se apoya sobre la costilla sensible. Con algunos movimientos el dolor se hace agudo y dura varias horas. No irradia, se localiza en las costillas izquierdas; y la presión incluso moderada, sobre la 9ª costilla es muy dolorosa.

Se trata de un esguince de esta costilla que responde inmediatamente a la manipulación.

Observación N° 43: Las molestias de nuestro último enfermo duran aún desde hace mucho más tiempo. Se trata de un paciente de 28 años que consulta porque desde la edad de 8 años padece crisis dolorosas que duran de algunos segundos a varios días. Aparecen inopinadamente, pero casi siempre relacionados con ciertos movimientos del tronco en rotación y lateroflexión. Localizados siempre en la zona subcostal derecha, e irradiando al ano en las crisis fuertes. La primera crisis tuvo lugar cuando tenía 8 años, por lo que ha olvidado como se inició. Pero recuerda múltiples hospitalizaciones de pequeño por las crisis que podían durar 4 o 5 días. Recientemente ha sufrido otra hospitalización. En cada ocasión se le practicaban estudios renales, exámenes neurológicos concienzudos, que no aportaban elementos positivos de diagnóstico.

En el examen el dolor se localizaba en la última costilla derecha, exquisitamente sensible a la presión. Al sujetarla con el pulpejo de los dedos y empujarla hacia arriba, se reproducían exactamente los dolores de la crisis. La maniobra inversa, costilla hacia abajo era indolora.

La manipulación de reducción hecha inmediatamente provocó la curación completa del paciente. No ha vuelto a repetir ninguna crisis.

Para finalizar, una observación de esguince costal anterior situado en la unión condrocostal.

Observación N° 2: M. P. P., 38 años, caída sobre una gran piedra que la golpea en la cara anterior del tórax, bajo el pecho izquierdo. Dolor intenso, síncope. Un cirujano diagnostica fractura costal. El vendaje alivia poco. El dolor persiste, exacerbado por los movimientos y la tos. El mero hecho de tocar la región traumatizada provoca un dolor sincopal en la zona situada justo bajo y por fuera del pecho izquierdo. Después el dolor se suaviza pero permanece molesto; dos meses más tarde el cirujano se ve obligado a rehacer el examen radiológico y clínico. Entonces piensa que se trata de un dolor intercostal secuela de una fractura. El dolor se atenúa en los meses siguientes, pero los esfuerzos son imposibles; y un punto bajo el pecho izquierdo es extremadamente doloroso al mínimo contacto. La paciente cuida permanentemente proteger esta región, y no tolera llevar sujetador.

Esta paciente padece desde hace un año. Al examen se constata dolor a la inspiración forzada, y al reseguir el trayecto de la costilla, ésta es sensible en su totalidad; mientras que las vecinas no lo son.

El examen muestra que se trata de un esguince costal anterior. La manipulación procura un alivio inmediato.

III) Presentación clínica

El esguince costal se presenta como un dolor torácico o lumbar alto. Sobreviene tras una contusión, un esfuerzo, o un falso movimiento. Cuanto más asienta este dolor en una costilla, más difícil se hace precisarlo, sobretodo para las flotantes en las que acostumbra a irradiar a los lomos y al ano.

Pero en el examen no hay puntos raquídeos, y por el contrario, el dolor a la presión asienta únicamente en una costilla, mientras que las vecinas y las del lado opuesto son indoloras. Este dolor a la palpación provoca el dolor espontáneo referido por el paciente.

En ausencia de tratamiento con manipulación, que conlleva el alivio inmediato, la evolución tiende a la curación en algunos días. Pero sucede que estos esguinces pueden cronificarse y provocan dolores torácicos o lumbares, causa de errores diagnósticos, sobretodo cuando se trata de las costillas flotantes.

1) Localización

De los 43 casos, 40 eran esguinces posteriores; solo 3 eran anteriores (en la unión condrocostal) y debidas a contusiones directas (3ª y 6ª costillas).

De las 40 posteriores, 31 interesaban las costillas flotantes; y 6 la 8ª, 9ª, y 10ª costillas.

Los esguinces de costillas medias o altas son, sin duda, más frecuentes de lo que harían pensar las cifras. Pero se acompañan reglamentariamente con esguinces vertebrales; y las manipulaciones para tratamiento no son puramente costales.

Anatómicamente las costillas se articulan con el raquis con dos articulaciones, la costovertebral y la costotransversa. Las únicas articulaciones del organismo que desde el nacimiento hasta la muerte no conocen el descanso.

El movimiento costal: recordemos que fisiológicamente las costillas se elevan y descienden durante la respiración. Al elevarse la costilla va hacia delante, hacia fuera, y su cara interna se inclina hacia abajo. Al descender, va hacia atrás, hacia adentro, y su cara interna se gira hacia adentro.

¿Dónde se produce el esguince? En las flotantes no existe duda, ya que no hay articulación costotransversa.

¿Pero, y las otras? Teóricamente podríamos imaginar dos tipos de esguinces, los situados en la costovertebral con la costotransversa como punto fijo; y los de mecanismo inverso, situados en la costotransversa con la costovertebral como punto fijo. Este último mecanismo parece anatómicamente el menos probable.

2) Causas

a) Traumatismos directos:

- Contusión torácica, golpe en el tórax; lo más frecuente, son esguinces anteriores, condrocostales.
- El esguince vertebral puede asociarse a una fractura costal o vertebral. Cierta número de dolores torácicos, tras la fractura de costillas, se deben a esguinces residuales, y se curan con la reducción del esguince.
- En el judo, los esguinces costales son frecuentes, sobretudo en las costillas flotantes. Existe una presa muy utilizada que consiste en atrapar la base del tórax del adversario entre las rodillas aumentando la presión al máximo obligándolo a abandonar. El que recibe tal presa, resiste bloqueando la respiración y contrayendo el diafragma, y los músculos abdominales y lumbares. Pero sucede que se relaja un poco, mientras el adversario mantiene la presa, y entonces siente un dolor extremadamente intenso en la fosa lumbar. Este dolor se atenúa generalmente en varios días, pero reaparece durante ciertos movimientos o posiciones; de todas formas, el judoka no podrá soportar

esta presa a partir de ese momento, con la costilla sensible a la presión durante mucho tiempo mientras no se le practique la manipulación que la reduzca.

b) Movimientos en falso o esfuerzos:

Casi siempre se trata (entre nuestros 43 casos) de movimientos en falso con rotación, a veces mínimos. Dos casos segundo, un atleta en la salida de los 100 metros lisos (un brazo se proyecta violentamente hacia adelante, mientras que el otro se proyecta hacia atrás); tres casos haciendo la cama, un caso apaleando, etc. Muchos casos girándose estando sentado (por ejemplo, el conductor que quiere cerrar la puerta trasera de su automóvil, causa frecuente, 4 casos).

También lo provoca una contracción muscular violenta, levantando pesos o estornudando.

3) Diagnostico

Es fácil en presencia de un paciente que presenta un dolor torácico agudo tras un movimiento en falso o un esfuerzo.

Pero también hay que pensar en él ante un dolor intercostal más antiguo, tipo precordialgia, o en punto de costilla (a menudo catalogado como « punto pleural »), o en neuralgias intercostales.

No es raro que un traumatismo que ha provocado una fractura costal haya creado en la misma costilla un esguince responsable del dolor duradero.

No obstante, es en la zona de la fosa lumbar donde los esguinces costales son responsables del mayor número de errores diagnósticos. De los 31 casos de esguinces de costillas flotantes, 9 eran agudos, 22 crónicos. De estos 22, 14 se habían sometido a exploraciones renales; 3 de ellos incluso habían sido hospitalizados varias veces en servicios de Urología.

Habitualmente existe un fondo doloroso, o mejor una sensibilidad permanente del ángulo costovertebral, agravándose durante ciertos movimientos o ciertas posturas; pudiendo tener todas las características, de la simple molestia hasta el penoso dolor de la lumbalgia crónica.

A veces sobrevienen crisis determinadas por movimientos en falso o un esfuerzo. Pero este elemento no siempre lo relata el paciente, y la integridad clínica y radiológica del raquis hace que siempre se orienten las pesquisas hacia el riñón (dos pacientes incluso se sometieron a nefropexias, sin éxito).

Todo ello debe conducir a pensar en la posibilidad de un esguince costal y a buscar el signo esencial, que nosotros llamamos la «maniotra de la costilla».

Maniobra de la costilla

- Con el paciente sentado, nos situamos tras él.
- Se le hace hacer una lateroflexión del lado opuesto al del dolor (el brazo del lado doloroso levantado con la mano sobre la cabeza).
- Con el pulpejo de los dedos se atrapa el borde superior de la costilla y se tira hacia abajo.
- Luego se hace la misma maniobra atrapando el borde inferior y tirando hacia arriba.

Si se trata de un esguince costal, una de las maniobras aumenta el dolor, la otra es indolora.

Este signo solo existe en caso de esguince costal.

Si hay fractura vertebral, las dos maniobras son igualmente dolorosas.

Si el dolor intercostal por irritación radicular es de origen raquídeo (esguince vertebral, vertebrodiscal, inflamación o tumor), esta maniobra no modifica el dolor del paciente.

Si el dolor es muscular, no se ve influenciado por la maniobra de la costilla.

Tampoco se modifica si se trata de un dolor referido, aunque hay que señalar que pueden existir dolores en el borde de la última costilla derecha en algunos hepatópatas; y en las dos costillas en algunos enfermos renales.

No se debe confundir el esguince costal anterior condrocostal o esternocostal con el síndrome de Tietze del que recordamos brevemente los signos: hinchazón progresiva de un cartílago costal que se vuelve espontáneamente sensible a la presión, en el que el mejor tratamiento es la inyección local de corticoide.

A veces el examen es difícil si el paciente es obeso, brevilíneo. Se hace difícil sujetar bien la costilla. Hay que exagerar al máximo la lateroflexión del tronco del paciente hacia el lado opuesto al dolor para separar bien la costilla.

IV) Tratamiento

Esta maniobra que permite el diagnóstico, es también la del tratamiento.

Se solicita al paciente que respire tranquilamente, al final de la espiración se tira de la costilla en el sentido en el que la maniobra de la costilla es indolora. Este movimiento se acompaña a menudo de un resalte, a veces un crujido. El alivio es inmediato

En realidad esta es la maniobra de base. Se deben utilizar otras que se adapten a los diferentes casos clínicos y morfologías de los pacientes. Existen muchas técnicas de manipulación con el paciente de pie, sentado, o acostado.

- Para las costillas bajas, la más simple es como sigue: paciente sentado con la mano del lado doloroso sobre la cabeza; médico tras de él, inclinándolo en lateroflexión hacia el lado opuesto al dolor, atrapando la costilla por su parte más externa con el pulpejo de los dedos, haciendo respirar lentamente al enfermo y tirar de la costilla hacia abajo al final de la espiración, o hacia arriba al final de la inspiración. El operador aumenta breve y rápidamente su tracción provocando la reducción del esguince.
- Para las costillas más altas que la sexta, la mejor técnica consiste en situar al paciente en decúbito lateral sobre el lado no doloroso, con el brazo del lado doloroso extendido sobre la cabeza. Se pide al paciente que respire lenta y profundamente. Sin brusquedad se exagera el movimiento, en el sentido de la reducción, de la costilla por presión directa con el borde externo del índice,
- Los esguinces anteriores se reducen con el paciente en decúbito supino. Con los pulgares apoyados en toda su longitud contra el borde de la costilla se presiona para la reducción (hacia arriba o hacia abajo, según indiquen los signos de los exámenes previos).