

## Fractura costal múltiple

Toribio González MC, Galnares García E

Centro de Salud "Dobra". Torrelavega (Cantabria)

Mujer de 82 años, con antecedentes de arritmia cardiaca por fibrilación auricular e hipertiroidismo, que solicita ser vista en su domicilio por dolor en costado derecho, tras caída en la bañera.

Autónoma para las actividades de la vida diaria y con buena calidad de vida, en raras ocasiones sale de su domicilio, hábito establecido desde hace años.

Interrogada sobre sus limitaciones tras la caída, refiere que ha continuado con sus actividades habituales de labores del hogar.

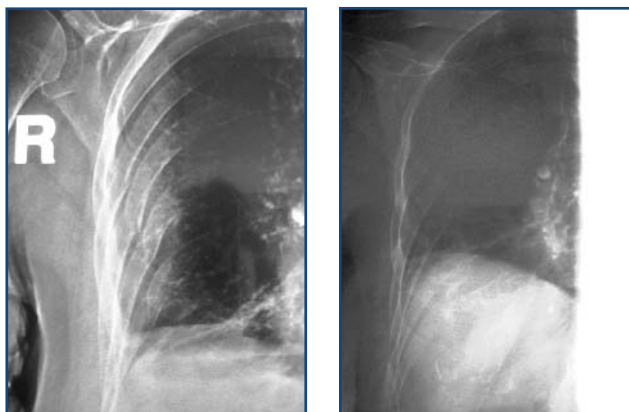
Se explora la zona costal derecha anterior y posterior y no se objetiva crepitación; destaca leve dolor a la palpación en parte media del costado y presenta movilidad de tronco y hombro derecho no dolorosa. Se pauta reposo relativo y tratamiento analgésico con paracetamol (paciente en tratamiento con sintrom) y se diagnostica de contusión costal.

Por persistir dolor torácico, sobre todo en decúbito supino, la familia la traslada al servicio de urgencias del hospital de referencia, donde, tras el estudio radiológico, se le diagnostica de fractura de 5ª, 6ª y 7ª costillas derechas (*figura 1*). Así mismo, se instaura tratamiento con tramadol.

Se realiza nuevo estudio de parrilla costal un mes y medio después, en el que presenta correcta unión de las líneas de fracturas costales (*figura 2*).

### COMENTARIO

Las costillas, con forma arqueada y en su mayor parte constituidas por tejido óseo compacto, gozan de



*Figura 1. Fractura de 5ª, 6ª y 7ª costillas derechas.  
Figura 2. Consolidación de fracturas costales tras seis semanas de evolución*

bastante grado de flexibilidad que las protege contra los traumatismos externos. Sin embargo, en los últimos tiempos estamos viviendo un incremento de las fracturas costales debido a una doble circunstancia:

- Los accidentes de circulación, que implican compresión torácica, y en los que, lógicamente, hay un predominio de fracturas penetrantes (presentan lesión pulmonar).
- Las fracturas en ancianos (como es nuestro caso), debidas incluso a traumatismos mínimos, a veces tan insignificantes como un acceso de tos o el simple apoyo sobre las costillas, debidas a la presencia de osteoporosis que con la edad debilita el tejido óseo y también lo hace menos flexible.

La osteoporosis es una enfermedad metabólica asintomática que aumenta en incidencia y prevalencia a medida que la población envejece. Un 30-40% de las mujeres mayores de 75 años la sufren.

Tanto los hombres como las mujeres tienen una disminución constante de la densidad mineral ósea después de conseguir el máximo, a partir de los 30-35 años.

Nuestro país se sitúa en una posición intermedia con relación a otros países de su entorno en cuanto a prevalencia de osteoporosis. Las causas que explican este dato pueden ser la dieta mediterránea, una actividad física más alta y un mayor número de días soleados. El ejercicio regular (nuestra paciente llevaba una vida sedentaria) contribuye al desarrollo de un pico de masa ósea que puede reducir el riesgo de fracturas en ancianos.

La principal manifestación clínica de la enfermedad son las fracturas. Suelen producirse tras traumatismos de intensidad moderada, generalmente tras caída al suelo. Los obstáculos del entorno son directamente responsables de un tercio de las caídas: superficies deslizantes, alfombras móviles y escalones.

El cribado exhaustivo de osteoporosis por encima de una determinada edad supondría un elevado coste y una sobresaturación de enfermos en los servicios de densitometría. Es necesario realizar profilaxis primaria y secundaria. En este último caso, la opinión general es la de iniciar un tratamiento médico (fármacos y medidas higiénico-dietéticas) tras la fractura, incluso sin confirmación densitométrica.

El diagnóstico de una fractura costal implica un traumatismo normalmente directo sobre la caja torácica. El accidentado señala con precisión el punto doloroso (no en nuestro caso), que, al mismo tiempo, se exacerba con la presión y con la respiración y se hace insoportable con accesos de tos o estornudos. En la auscultación puede notarse una disminución de la amplitud de los movimientos de la base pulmonar homolateral con la inspiración profunda; en la inspección de la base pulmonar en inspiración

y espiración profunda, normalmente el movimiento se encuentra abolido.

Las pruebas complementarias incluyen una radiografía convencional (en el caso de fisuras simples o fracturas bien alineadas puede ser muy difícil su observación) y la gammagrafía ósea, en la que se observa hipercaptación del radiofármaco en las costillas fracturadas (ésta última se realiza en los casos en que el dolor no se corresponde con la ausencia o con mínimas lesiones óseas, y en especial en personas de edad avanzada).

En la mayoría de los casos, aun con varias fracturas sin desviación o mínimamente desviadas, el pronóstico es bueno. Éste cambia cuando existe penetración pulmonar o irritación pleural. Así mismo, puede ser comprometido si existe hundimiento costal (bolet costal); en estos casos el tratamiento es siempre quirúrgico.

En el caso de fracturas simples el tratamiento es médico: antiálgicos, antiinflamatorios y relajantes musculares. Es conveniente colocar una faja torácica: venda adhesiva o fajas de ortopedia de neopreno autoadhesivas, más higiénicas, por permitir el aseo. Es prudencial suponer que en seis semanas se haya producido la recuperación; no obstante, existen casos en que ésta es más lenta.

Como secuela más importante destaca la neuritis intercostal, que con el tiempo y tratamiento (antiinflamatorios, vitaminas del complejo B, infiltraciones anestésicas locales) acaba cediendo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Zwart Milego JJ. Fracturas costales. *Jano* 2003; 64(1467):38-43.
2. Rodríguez Merchán EC, Ortega Andreu M, Alonso Carro G. Fracturas osteoporóticas. Prevención y tratamiento. Madrid: Editorial Médica Panamericana 2003.