

RADIOLOGIA

HALLAZGO RADIOLÓGICO DE ORIFICIO POR HERNIACIÓN SINOVIAL (SYNOVIAL HERNIATION PIT) EN EL CUELLO FEMORAL

(Reporte de Caso y **Revisión Bibliográfica**)

Jeannina Ugalde Elizondo*

SUMMARY

Synovial herniation pit were considered an incidental finding without clinical significance, however a recent study revealed a close relationship between this entity and femoroacetabular impingement. In order to know this entity and make differential diagnosis of lytic images, a case is reported and recent literature is reviewed.

INTRODUCCIÓN

En la consulta diaria es frecuente que los pacientes consulten por dolor uni o bilateral de caderas. Esto se presenta en todas las edades, de modo que son las radiografías una de las primeras

herramientas de valoración. Asimismo, cuando se controlan pacientes por algún tipo de neoplasia en busca de afectación ósea metastásica, es habitual que en la valoración se indique una serie ósea metastásica que incluye entre las incidencias, una de pelvis ósea que abarca ambas caderas. Así, si aparece una lesión de aspecto lítico en la radiografía es importante determinar su potencial de malignidad o si está asociado a una entidad diferente. El orificio por herniación del cuello femoral (traducción propia), también conocido como orificio de Pitt (*"Pitt's pit"*) o

quiste sinovial del cuello femoral, es una alteración que se encuentra actualmente en un abismo entre haber sido considerada como una variante de la normalidad⁷ versus un efecto erosivo de la cápsula articular o una manifestación radiológica secundaria de la compresión femoroacetabular de cadera. A continuación se presenta un caso y se discute la literatura radiológica actual.

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente femenina de 54 años con antecedente de CA ductal infiltrante multifocal

* Médico General, Prestación de servicios médicos para Dispensario INS consulta de Choque.

PALABRAS CLAVE

Orificio por herniación sinovial, cadera, compresión femoroacetabular, imageneología musculoesquelética.

KEYWORDS

Synovial herniation pit, hip, femoroacetabular impingement, musculoskeletal imaging.

de mama izquierda operada, T3N0M0 que en un gamma óseo total con tecnecio HDP se observa aumentó de captación a nivel de ambos hombros predominantemente derecho, que se sugiere podría ser por artropatía crónica. A nivel de arco anterior de la onceava costilla izquierda se detecta un foco de 2cm de captación aumentada que se sugiere correlacionar radiológicamente, pero se indica que puede ser de origen traumático, sin observar otras anomalías en el estudio. Tras cinco meses se realiza una serie ósea metastásica. Se evidencia en el cuello femoral izquierdo una imagen radiolúcida, redondeada, de borde esclerótico fino y definido de 8x7mm, compatible con un orificio por herniación sinovial (ver figura 1).



Fig 1. Radiografía de pelvis mostrando cadera izquierda.

DISCUSIÓN

Aunque estos orificios habían sido descritos inicialmente

como un hallazgo incidental sin significancia clínica, de predominio en adultos⁷, asociándolos a restos cartilaginosos, infartos, fibromas o nombrándolos defectos de conversión; no fue sino hasta 1982 cuando Michael J. Pitt¹³ realizó la descripción radiológica, sugirió el nombre “*herniation pit*” e intentó describir la relación entre el orificio y la radiolucencia en el cuello femoral. Además, indicó que contrario a lo que se creía anteriormente, estas lesiones podían presentar crecimiento e incluso asociar dolor, siendo confirmado en reportes de casos posteriores también en jóvenes atletas como maratonistas y bailarinas². En estudios previos se había observado que es frecuente encontrar en adultos una elevación plana en la fosa cervical de

Allen, ubicada en el cuadrante anterosuperior del cuello femoral, inmediatamente lateral a la unión cuello-cabeza femoral o inmediatamente inferior o sobrepuesta a la eminencia articular del cuello femoral. Dicha elevación fue llamada área reactiva por Angel (1964) quién encontró una prevalencia de 74% en mujeres y 83% en hombres¹³. Al analizar esta área histológicamente se encontró un tejido colagenoso, hipocelular, denso que cubre neo-cartílago, con una capa profunda

de hueso nuevo reactivo. Walmsley (1915) propuso que esta reacción resultaba de efectos mecánicos y abrasivos por grosor de la cápsula articular suprayacente y la parte lateral del ligamento iliofemoral durante la extensión y rotación interna de la cadera¹³. En la minoría de los casos, se pueden presentar defectos en el área reactiva por los que Pitt propuso que los tejidos blandos, derivados del “*sinovium*” adyacente, penetraban formando una cavidad subcortical. Estimó la incidencia en 5% de los adultos normales, y rechazó que pudiera corresponder a un ganglión intraóseo debido a que estos son de ubicación subcondral. Leunig et al (2005)⁸, proponen una explicación distinta basándose en estudios de Fick (1904), Poirier y Charpy (1911) y Meyer (1924), quienes describieron imágenes similares secundarias a presión del hueso iliaco o del labrum, y que las posiciones en flexión extrema fueron la causa principal. El estudio publicado por Leunig evidencia una relación espacial entre estas lesiones y el sitio de compresión femoroacetabular, con una incidencia del 33% de cambios fibroquísticos, por lo que postula que el orificio por herniación es un signo secundario del síndrome de compresión femoroacetabular y que no es otra cosa más que un ganglión intraóseo.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico radiológico descansa en el aspecto típico y la localización. Se describe como una radiolucencia redondeada a oval, de bordes bien definidos, que puede tornarse lobulado cuando crece, localizado en el cuadrante anterosuperior proximal del cuello femoral, proyectada hasta por 5-15mm por debajo del margen superior del cuello femoral, que mide usualmente menos de 10mm y está rodeada por un borde esclerótico, delgado y organizado^{2,6,7,13}. En incidencia lateral o de rana se localiza inmediatamente inferior a la corteza anterior y cuando es bilateral las lesiones son asimétricas¹³. En tomografía computarizada la corteza suprayacente puede revelar un extenso adelgazamiento o una ruptura discreta de hasta 12mm de diámetro^{4,6}. El hallazgo típico en imagen de resonancia magnética es de una lesión de baja intensidad de bordes definidos en imágenes potenciadas en T1. En imágenes potenciadas T2 y *STIR* (Short TI Inversion Recovery) se observa uniformemente alta intensidad^{2,4,12}. El gamma óseo habitualmente no muestra aumento de captación¹³, aunque puede darlo en fases tardías en momentos de actividad ósea remodeladora². Histopatológicamente se encuentra tejido fibroalveolar y márgenes escleróticos reactivos.

El principal diagnóstico diferencial es el osteoma osteoide y es confundido en menor frecuencia con abscesos crónicos o fracturas por estrés.

CONCLUSIÓN

Es importante conocer el aspecto radiológico del orificio por herniación para no confundirlo con lesiones líticas malignas y además conocer su relación con el síndrome de compresión femoroacetabular.

RESUMEN

El orificio por herniación en el cuello femoral fue usualmente visto como un hallazgo incidental considerado sin significancia clínica, pero un estudio reciente reveló una relación estrecha entre esta entidad y la compresión femoroacetabular. Con el objetivo de conocer esta entidad y hacer diagnóstico diferencial de imágenes líticas, se presenta un caso y se revisa la literatura actual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bryant, L. (2008). Comparison of Planar Scintigraphy Alone and with SPECT for the Initial Evaluation of Femoral Neck Stress Fracture. *AJR*. 191,1010-1015.
2. Crabbe, J. (1992). Rapid growth of femoral herniation pit. *AJR*. 159,1038-1040.
3. Derek, R. (2006). Radiographic and MR Imaging of the Athletic Hip. *Clinics in Sports Medicine*, 25, 211-239.

4. Fang, C. (2003). Imaging of the hip. *Imaging*. 15(4), 205-216.
5. Greenspan, J. (2006). Radiología de Huesos y Articulaciones. España: Marban.
6. Keats, T. (2002). Atlas de Variables Radiológicas Normales Que Puedan Simular Estado Patológico. 7ª edición. España: Elsevier.
7. Kumar, R. (1990). Fibrous Lesions of Bones. *Radiographics*. 10, 237-256.
8. Leunig, M. (2005). Fibrocystic Changes at Anterosuperior Femoral Neck: Prevalence in Hips with Femoroacetabular Impingement. *Radiology*, 236, 237-245.
9. Manaster, B. (2000). Adult Chronic Hip Pain: Radiographic Evaluation of Adult Chronic Hip Pain: Radiographic Evaluation. *RadioGraphics*, 20, s1-s25.
10. Manaster, B. (2006). Imaging of Femoral Acetabular Impingement Syndrome. *Clinics In Sports Medicine*, 25, 635-657.
11. Newman, J. (2006). MRI of the Painful Hip in Athletes. *Clinics In Sports Medicine*, 25, 613-633.
12. Nokes, S. (1989). Herniation Pits of the Femoral neck Appearance at MR imaging. *Radiology*, 172, 231-234.
13. Pitt, M. (1982). Herniation pit of the Femoral neck. *AJR*. 138, 1115-1121.
14. Resnick, R. (2006). Huesos y Articulaciones en Imágenes Radiológicas. 3ª edición. España: Marban.
15. Tannast, M. (2007). Femoroacetabular Impingement: Radiographic Diagnosis—What the Radiologist Should Know. *AJR*. 188, 1540-1552.