

Pinzamiento isquiofemoral: evaluación mediante RM.

Tipo: Presentación Electrónica Educativa

Autores: **Raquel Seijo Rodríguez**, Mónica Fernández Blanco, Ana María Afonso Centeno, Sabela Barreiro Villalustre, Juan Manuel Vieito Fuentes, Mercedes Arias González

Objetivos Docentes

Descripción de los hallazgos radiológicos claves para el diagnóstico del síndrome de pinzamiento isquiofemoral, el cual debe ser sospechado en pacientes con dolor inguinal o de cadera no justificado por patología intra/extraarticular común.

Repaso anatómico del espacio isquiofemoral (Fig 1).

Imágenes en esta sección:

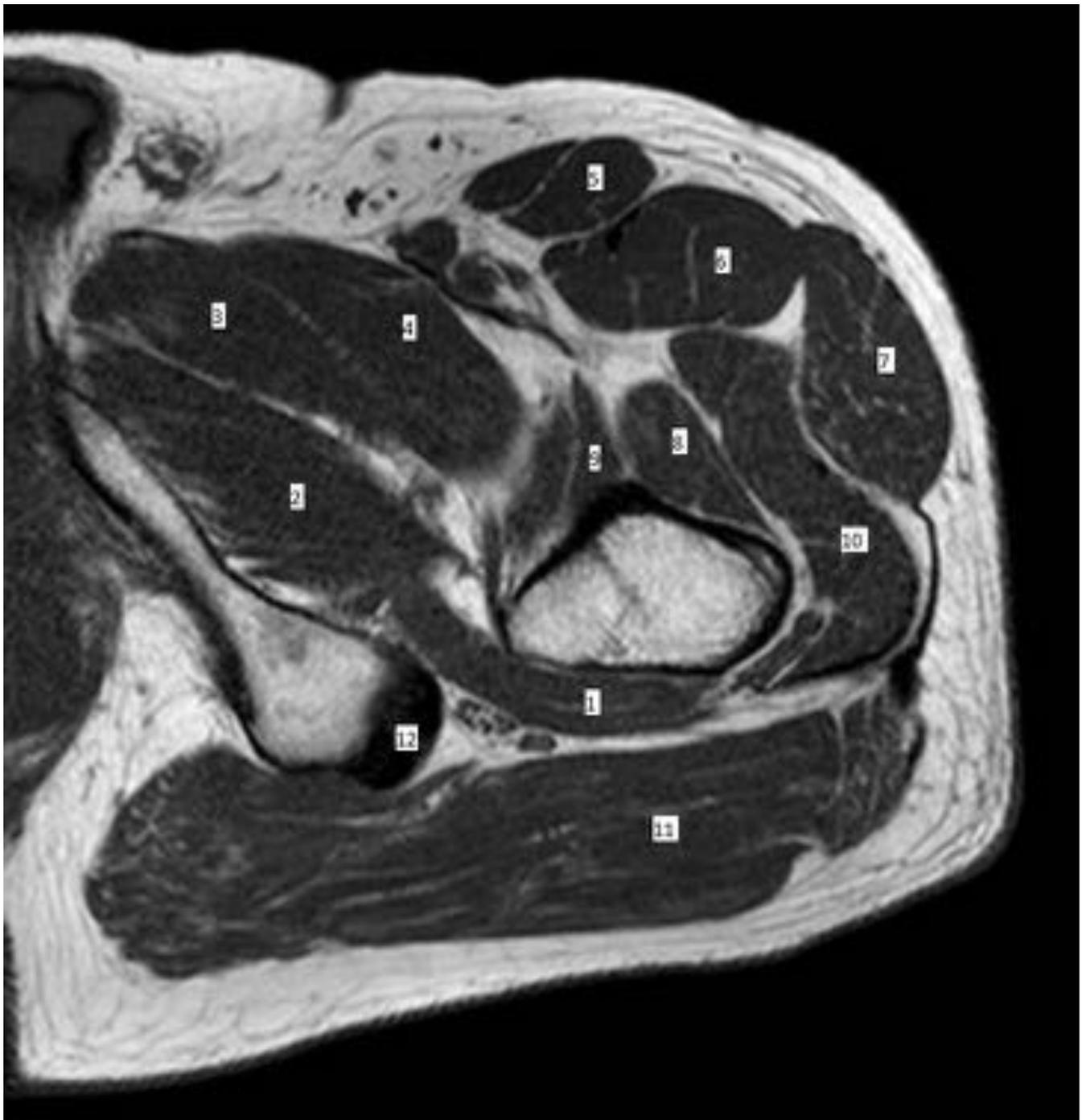


Fig. 1: 1. M. Cuadrado femoral; 2. M. Adductor menor; 3. M. adductor corto; 4. M. Adductor largo; 5. M. Sartorio; 6. M. Recto femoral; 7. M. Tensor de la fascia lata; 8. M. Vasto intermedio; 9. M. Iliopsoas; 10. M. Vasto lateral; 11. M. Glúteo mayor; 12. Tendones del semimembranoso, semitendinoso y bíceps femoral.

Revisión del tema

El dolor de cadera es causa frecuente de demanda sanitaria, pudiendo ser justificada por gran variedad de procesos, algunos no tan conocidos como es el caso de “impingement” isquiofemoral, síndrome de fricción en los cuales alteraciones anatómicas y/o biomecánicas de estructuras musculoesqueléticas y su uso continuado en la vida diaria, conlleva un rozamiento excesivo u anómalo entre estas con la consiguiente repercusión clínica.

Dicha entidad continúa siendo una patología poco conocida, a diferencia del impingement femoroacetabular, ampliamente extendida por su predisposición a alteraciones condrolabiales y artrosis precoz.

De etiología desconocida y con mayor mayor frecuencia en mujeres, atendiendo a potenciales causas congénitas o adquiridas, es consecuencia de una disminución del espacio isquiofemoral con el consiguiente atrapamiento intermitente del músculo cuadrado femoral entre la tuberosidad isquiática y el trocánter menor femoral (figuras 2 y 3), pudiendo, un sutil edema en el músculo cuadrado femoral ser nuestra primera señal de alarma (fig 5), siendo el grado de edema inversamente proporcional al espacio isquiofemoral. clasificando el grado de edema en secuencias STIR como leve-moderado-severo (según exista aumento de señal limitado al músculo < o > al 50%, o > 50% con extensión a tejidos circundantes)

Otro hallazgo radiológico además del estrechamiento y/o asimetría del espacio isquiofemoral ($N > 2$ cm) y el edema secundario al atrapamiento del músculo cuadrado femoral, sería la atrofia muscular, siendo el grado de infiltración grasa inversamente proporcional al espacio isquiofemoral.

Cualquier patología que afecte a este músculo, se manifestará con dolor de cadera o inguinal con o sin irradiación a región posterior del glúteo. (Fig 6, 7, 8)

Imágenes en esta sección:

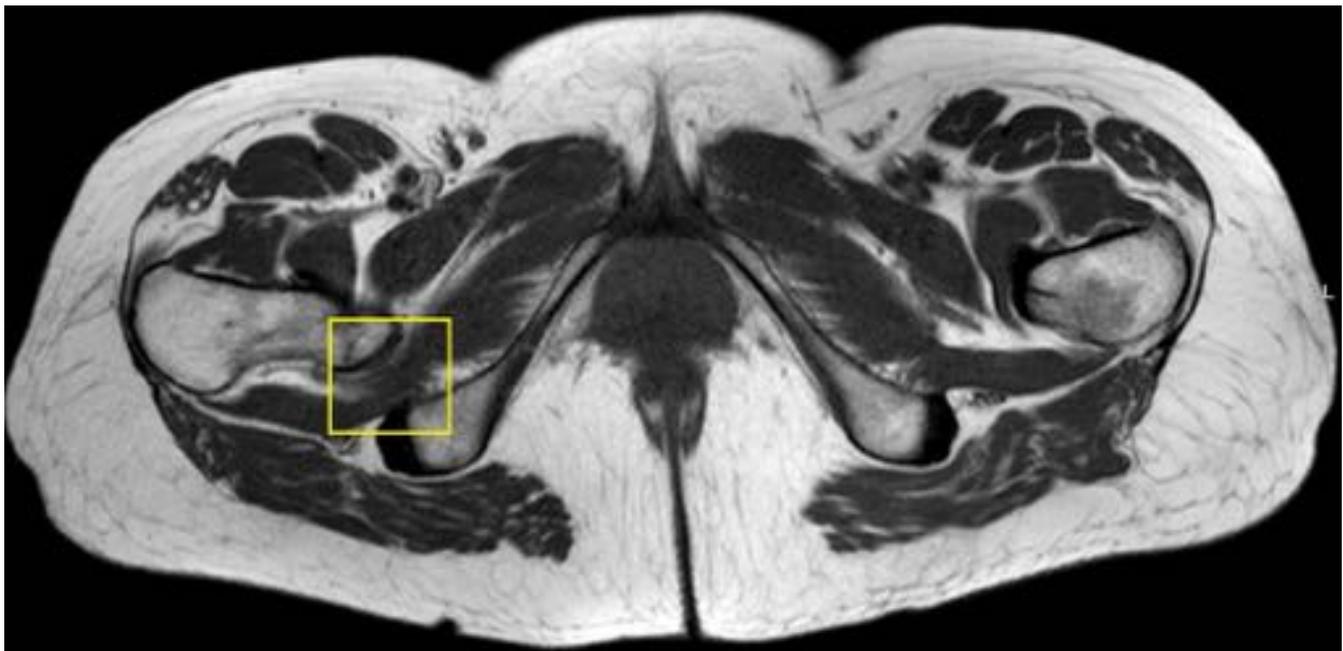


Fig. 2: RM. Secuencia TSE-T2 axial. Asimetría entre ambos espacios isquiofemorales con disminución de la distancia entre la tuberosidad izquiática y el trocánter menor femoral derechos con el consiguiente atrapamiento del músculo cuadrado femoral.

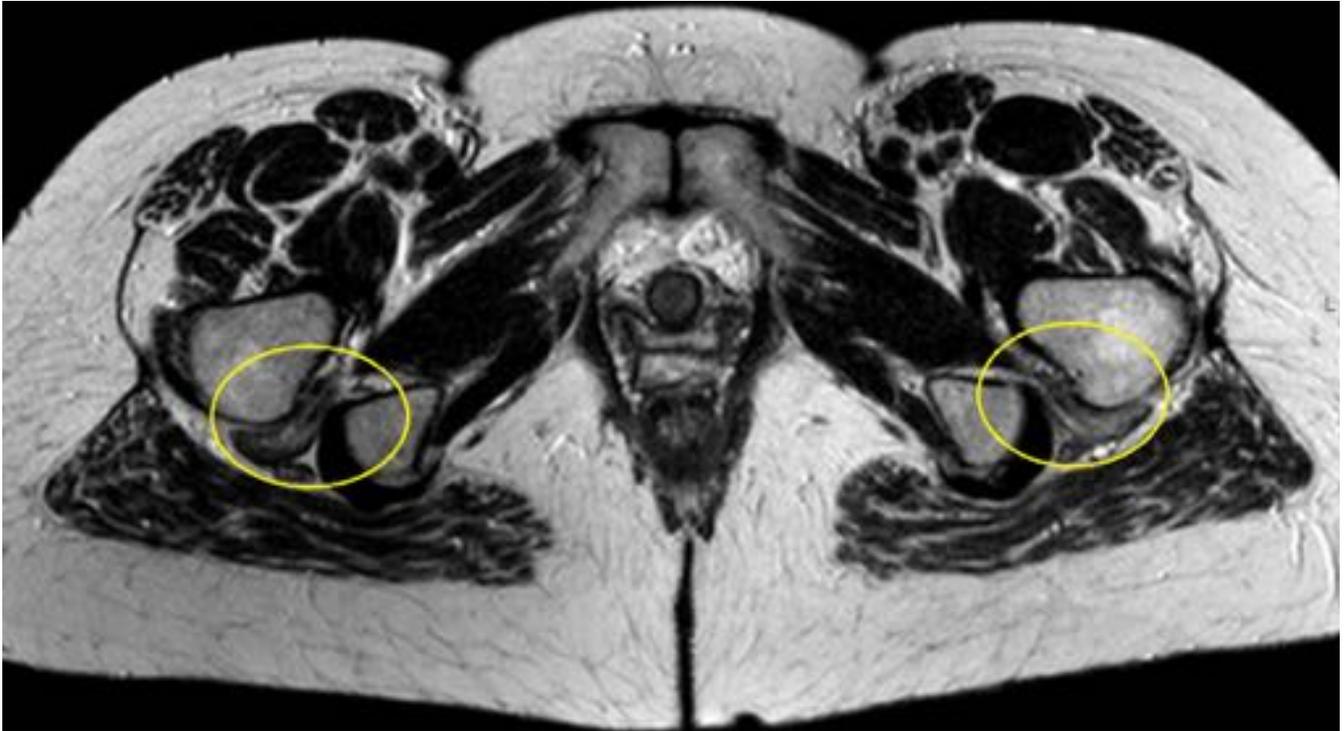


Fig. 3: RM. Secuencia TSE-T2 axial. Disminución de la distancia entre la tuberosidad isquiática y el trocánter menor femoral, de manera bilateral con atrapamiento secundario de ambos cuadrados femorales.

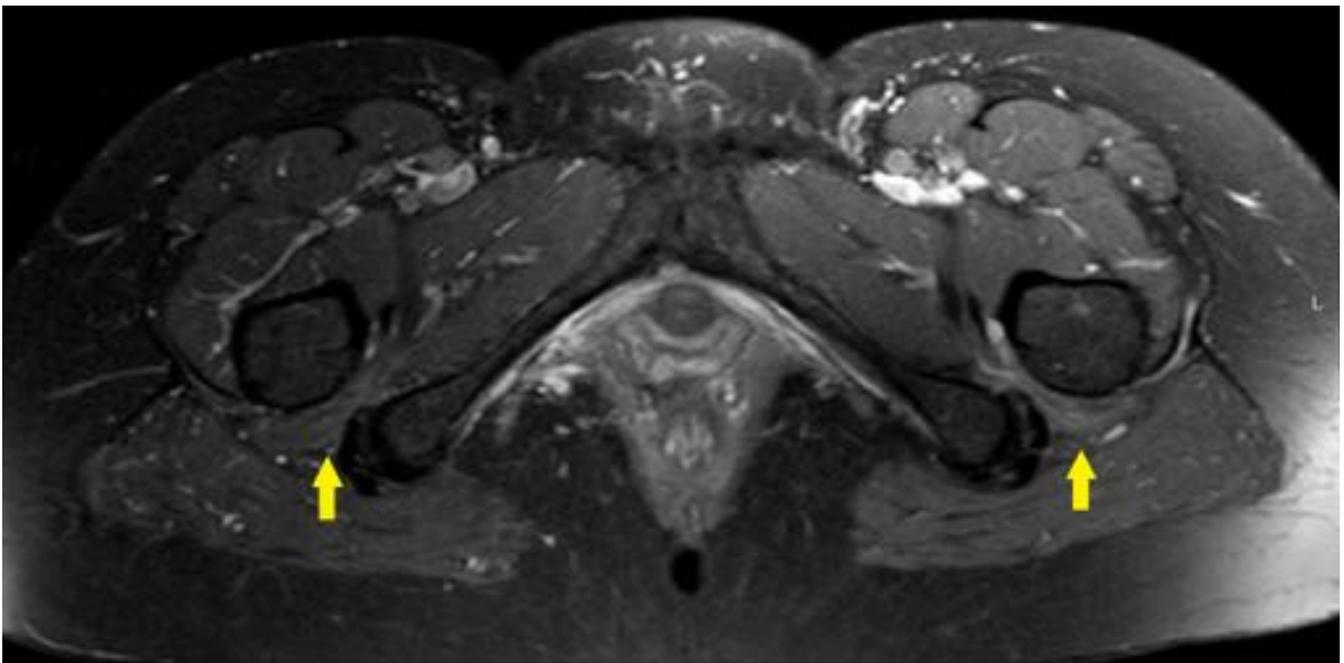


Fig. 4: RM. Secuencia DP-SPAIR axial. Disminución de la distancia entre la tuberosidad isquiática y el trocánter menor femoral, de manera bilateral con hiperseñal de ambos cuadrados femorales en secuencias con supresión grasa.

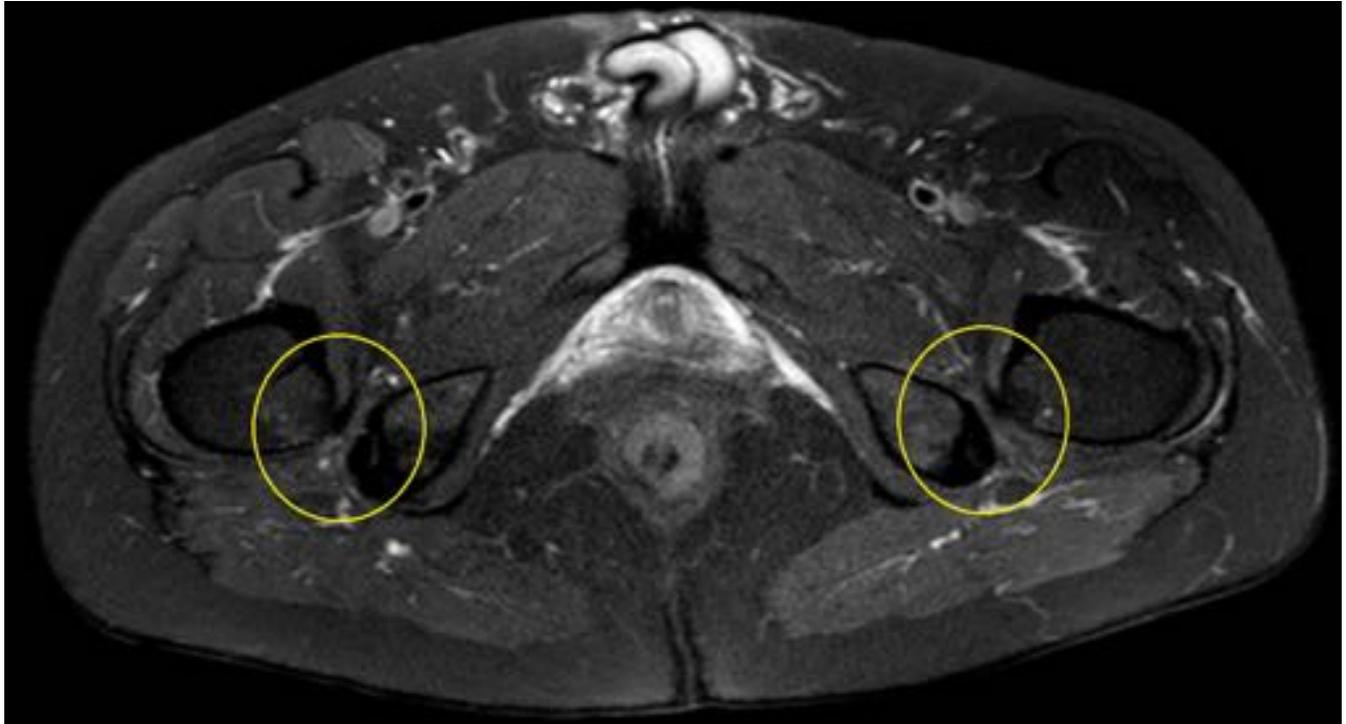


Fig. 5: RM. Secuencia DP-SPIR axial. Severa disminución del espacio isquiofemoral de manera bilateral con edema en ambos músculos cuadrado femoral.



Fig. 6: Osteocondroma sésil en el margen medial del cuello femoral derecho,

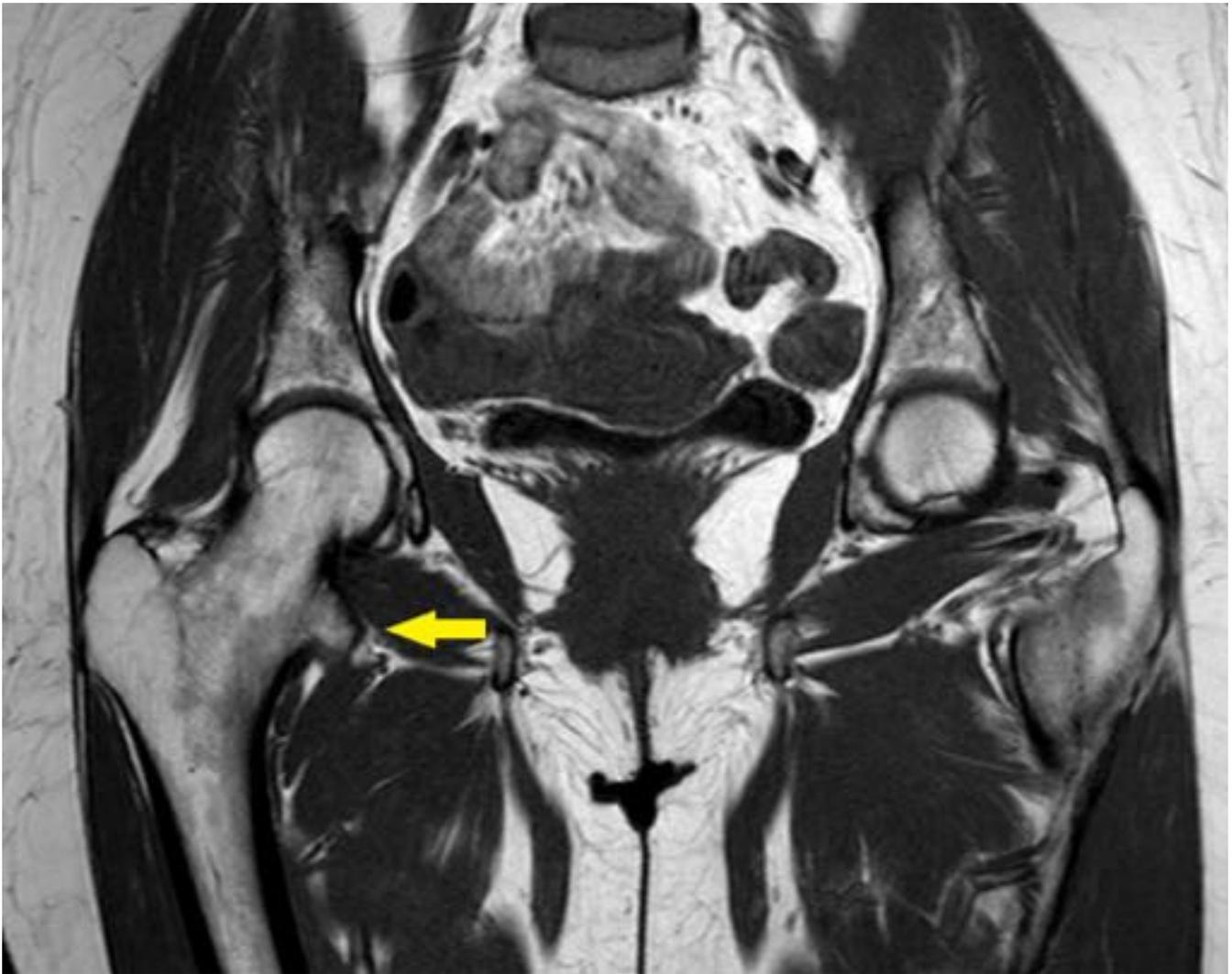


Fig. 7: RM. Secuencia TSE-T1 coronal. osteocondroma sésil con amplia base de implatación en el aspecto medial y distal del cuello femoral derecho que por su localización produce atrapameinto secundario del músculo cuadrado femoral.

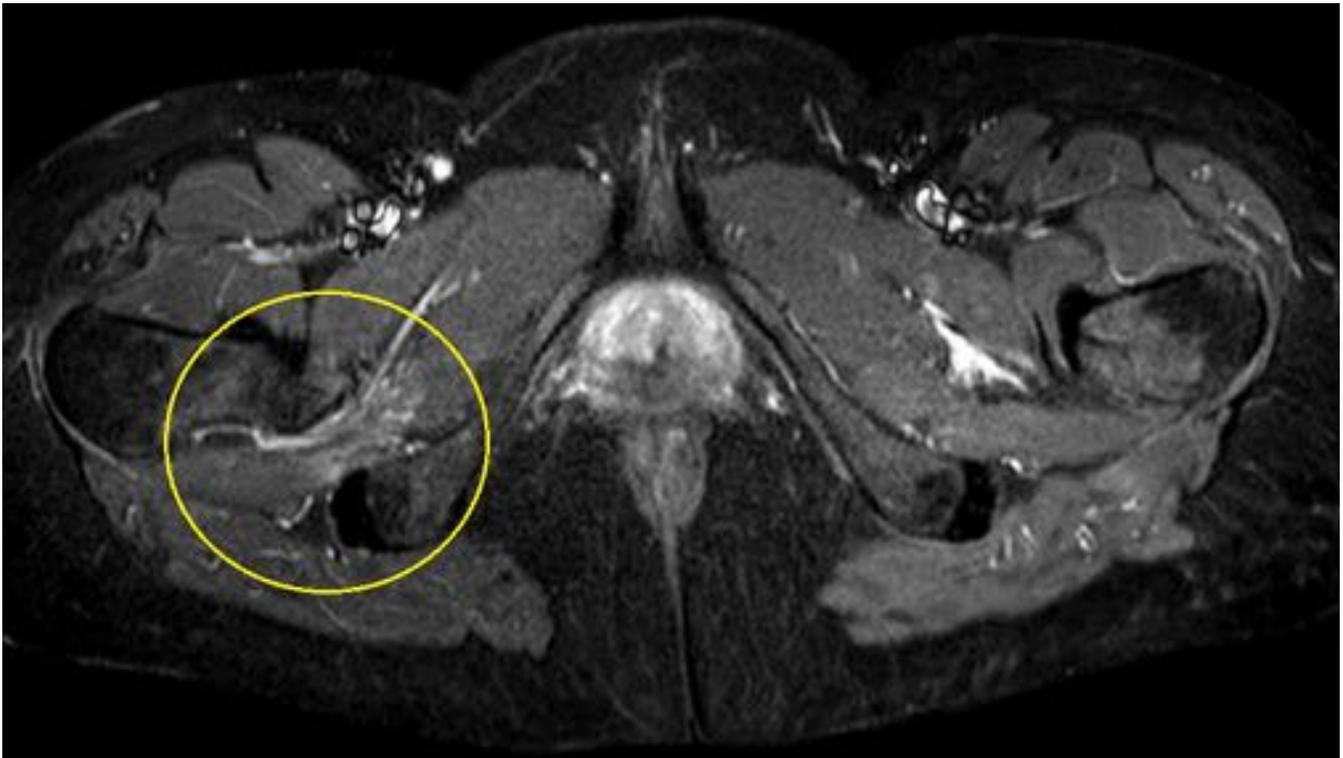


Fig. 8: RM. Secuencia STIR axial. Atrapamiento del músculo cuadrado femoral derecho mostrando hiperseñal, secundario a osteocondroma en el cuello femoral que disminuye el espacio isquiofemoral.

Conclusiones

Existe una gran dificultad en el diagnóstico de esta entidad dado que la historia clínica y el examen físico son imprecisos y difíciles de interpretar. Por ello, la resonancia magnética es esencial para realizar un diagnóstico correcto, pudiendo modificar el manejo terapéutico de estos pacientes.

Debemos pensar en este síndrome en aquellos paciente con clínica compatible, sin otra causa común que lo justifique y con hallazgos radiológicos concordantes favoreciendo su adecuado manejo terapéutico.

Bibliografía / Referencias

- Martin Torriani, Silvio C. L. Souto et als. Ischiofemoral Impingement Syndrome: An Entity with Hip Pain and Abnormalities of the Quadratus Femoris Muscle. AJR 2009; 193:186-190.
- Gregor Stenhouse, Scott Kaiser, Simon P. Kelley, and Jennifer Stimec. Ischiofemoral Impingement in Children : Imaging With Clinical Correlation. American Journal of Roentgenology 2016 206:2, 426-430
- O'Brien S. D., Bui-Mansfield L. T. MRI of Quadratus Femoris Muscle Tear: Another Cause of Hip Pain. AJR 2007: 189:1185-1189.

Reto Sutter and Christian W. A. Pfirrmann. Atypical Hip Impingement. American Journal of Roentgenology 2013 201:3, W437-W442