



# COSTILLA O DEDO (FALANGE) PÉLVICO: UNA SERIE DE CASOS

Pelvic Rib or Pelvic Digit: A Series of Cases



## Palabras clave (DeCS)

Desarrollo óseo  
 Calcificación fisiológica  
 Articulación de la cadera  
 Huesos pélvicos

## Key words (MeSH)

Bone development  
 Calcification physiologic  
 Pelvic bones  
 Hip joint

*Vanessa Murad Gutiérrez<sup>1</sup>  
 David Fernando Torres Cortés<sup>2</sup>  
 Nelson David Bedoya Murillo<sup>3</sup>  
 Aníbal José Morillo Zárate<sup>3</sup>*

## Resumen

El dedo (falange) pélvico es una alteración benigna resultante de una anomalía en el desarrollo óseo, donde se encuentra una estructura ósea con apariencia radiológica característica en los tejidos blandos, especialmente en relación con la articulación coxofemoral, aunque puede tener otras localizaciones. Se trata de una entidad benigna que usualmente es asintomática y se encuentra como hallazgo incidental. Conocer su origen y características imaginológicas es de gran importancia para poderla diferenciar de otras lesiones como osificaciones postraumáticas o lesiones por avulsión, que son frecuentes en esta misma localización. Se presentan seis casos con hallazgo incidental de dedo pélvico en diferentes modalidades diagnósticas.

## Summary

The pelvic digit is a benign entity resulting from an abnormality in bone development, where a bony structure with a characteristic radiological appearance is found in the soft tissues, especially in relation to the hip joint, although it may be found at other locations. It is usually asymptomatic and is found as an incidental finding. Knowing its origin and imaging characteristics is of great importance to differentiate it from other injuries such as post-traumatic ossification or avulsion injuries, which are frequent in this same location. Six cases, from the institution, with incidental finding of pelvic digit in different diagnostic modalities are presented.

## Introducción

El dedo pélvico o costilla pélvica se considera una anomalía congénita rara del desarrollo óseo; puede estar asociado con una o más pseudoarticulaciones y el hueso ilíaco es el lugar más frecuente de aparición. En la mayoría de las ocasiones se encuentra como un hallazgo incidental, sin significado patológico; sin embargo, puede manifestarse con dolor lumbar o dolor crónico de cadera, motivo por el cual es importante que el médico radiólogo esté familiarizado con sus formas de presentación típica y atípica, así como con las características más importantes, con el fin de lograr el adecuado enfoque diagnóstico que repercuta en un manejo conveniente y en mejora de la calidad de vida de los pacientes sintomáticos.

## Metodología

Este estudio corresponde a una serie de informes de casos de pacientes en quienes se realizó diagnóstico imaginológico incidental de un dedo o falange pélvico. Se recogieron datos de seis pacientes, después de una revisión del sistema PACS, en un periodo de seis meses y las imágenes realizadas corresponden a: radiografía (siemens Multix Top), tomografía computarizada (General Electrics VCT light speed 64 detectores) y resonancia magnética (General Electrics Signa 1.5T).

## Comité de ética

Según la Resolución 8430 de 1993 este proyecto se clasifica como investigación sin riesgo, ya que es

<sup>1</sup>Médica radióloga, Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá. Departamento de Radiología e Imágenes Diagnósticas. Bogotá, Colombia.

<sup>2</sup>Médico, residente de segundo año. Universidad El Bosque. Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá. Departamento de Radiología e Imágenes Diagnósticas. Bogotá, Colombia.

<sup>3</sup>Médico radiólogo institucional, Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá. Departamento de Radiología e Imágenes Diagnósticas. Bogotá, Colombia.

un estudio que emplea técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y no se realiza ninguna intervención o modificación de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos.

Toda la información obtenida de las historias clínicas será manejada únicamente por los investigadores, en calidad de información confidencial y en ningún momento se hará público el nombre de los pacientes ni algún tipo de dato que pueda revelar la identidad de los mismos. Para garantizar el anonimato de los pacientes se tendrá la base de datos codificada, sin ninguna variable que los identifique, y estará almacenada en una USB con contraseña, a su vez se tendrá copia de la base en el computador del Servicio.

Este estudio se ciñe a los postulados de la Declaración de Helsinki ya que cumple con las pautas de confidencialidad, y no necesita consentimiento informado, no supone además ningún tipo de intervención en los pacientes y el protocolo será revisado por el personal de la Subdirección de Estudios Clínicos y Epidemiología Clínica y por el Comité Corporativo de Ética en Investigación de la Fundación Santa Fe de Bogotá.

Los datos obtenidos de los participantes de esta investigación serán utilizados solamente para cumplir los objetivos de la misma.

**Caso 1.** Paciente masculino de 65 años de edad, asintomático, a quien se le realiza radiografía de cadera para seguimiento de lesiones líticas en la pelvis por compromiso neoplásico secundario a cáncer de próstata reseca (figuras 1 y 2).

**Caso 2.** Paciente masculino de 56 años de edad, sin antecedentes relevantes, que consulta por cuadro clínico de 6 meses de evolución consistente en dolor de cadera izquierda que se exacerba con los movimientos y cede en reposo (figuras 3 y 4).

**Caso 3.** Paciente masculino de 53 años de edad que consulta por cuadro de 3 meses de evolución consistente en dolor inguinal derecho irradiado a la pierna. Niega antecedentes relevantes (figura 5).

**Caso 4.** Paciente masculino de 49 años de edad que consulta por dolor abdominal. Como parte del estudio en urgencias se realiza TC de abdomen, y se encuentra un dedo pélvico como hallazgo incidental, no relacionado con su cuadro clínico (figuras 6 y 7).

**Caso 5.** Paciente masculino de 33 años de edad remitido para RM de cadera derecha por dolor persistente sin antecedente de trauma (figuras 8, 9 y 10).

**Caso 6.** Paciente masculino de 56 años de edad a quien se le realizó estudio de serie esquelética como parte de la valoración para mieloma múltiple. Como hallazgo incidental se encontró un dedo pélvico completamente asintomático (figura 11).



Figura 1. a) Radiografía antero-posterior de cadera: se observa extenso compromiso lítico del acetábulo izquierdo por metástasis de cáncer de próstata ya conocido (flecha recta). b) Acercamiento de la cadera derecha: se identifica hacia el aspecto lateral del acetábulo una imagen lineal osificada con una pseudoarticulación que le da un aspecto similar al de una falange, hallazgo común en dedo pélvico (flechas curvas).

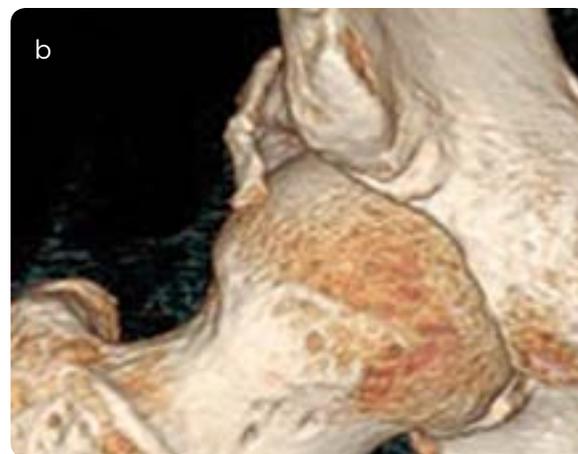
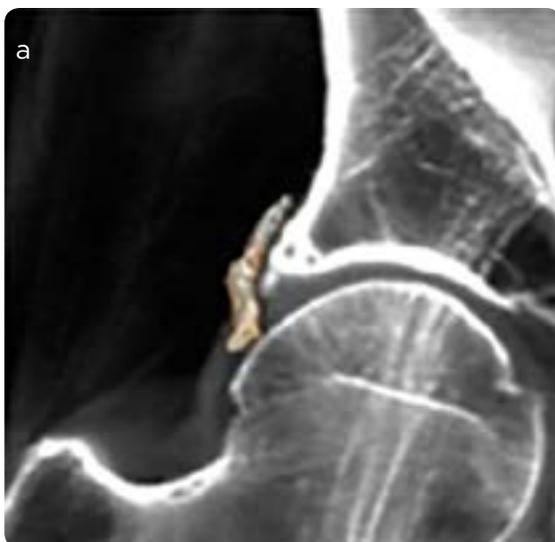


Figura 2. a) Corte tomográfico y b) reconstrucción tridimensional: se identifica más claramente la lesión y la pseudoarticulación. Adicionalmente, se observa claramente cómo este segmento óseo se articula con el techo acetabular.



Figura 3. Radiografías de cadera derecha, proyecciones a) anteroposterior y b) lateral: se observa una imagen lineal osificada en el aspecto anterior de la articulación coxofemoral, sobre el agujero obturador.

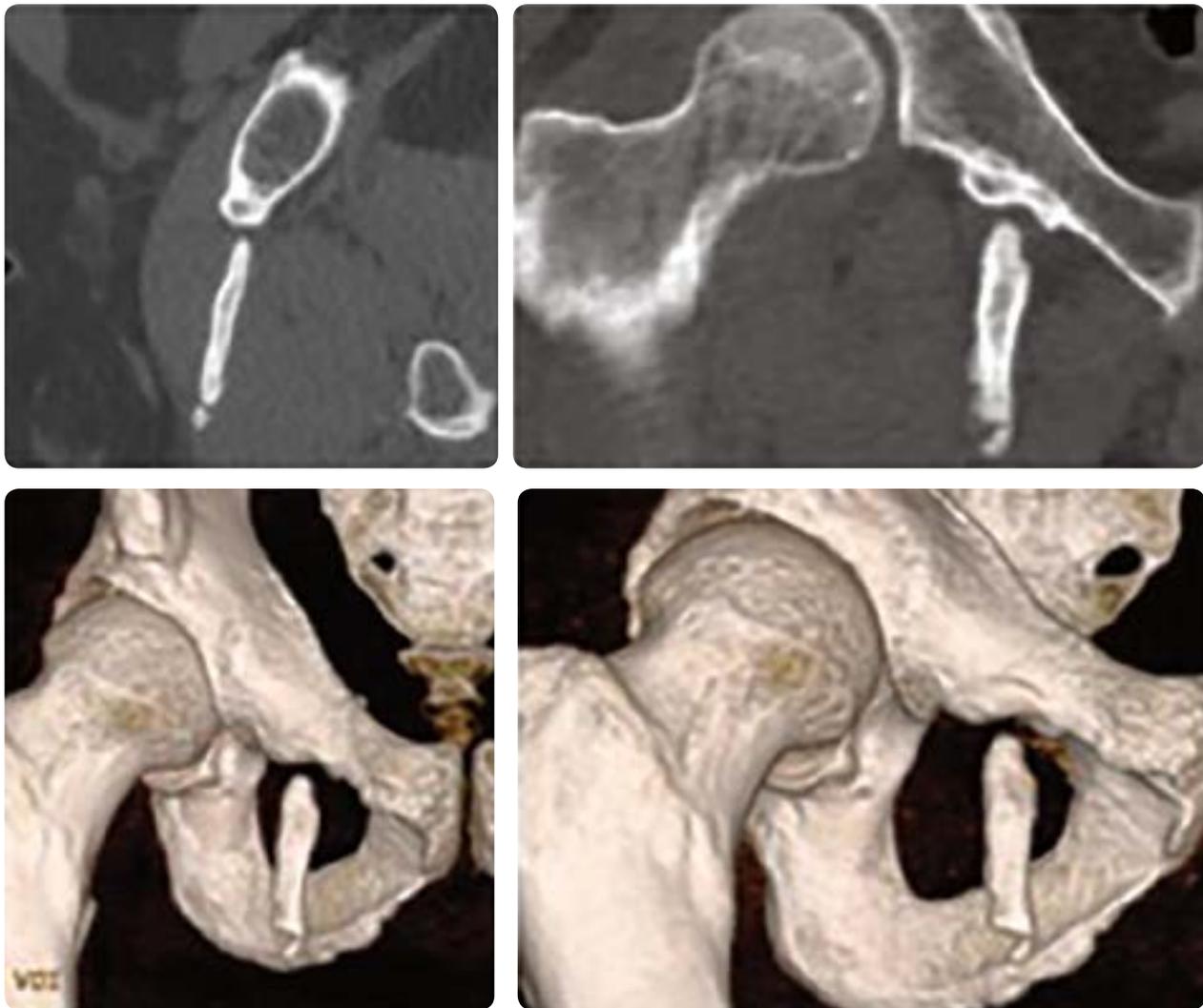


Figura 4. Cortes sagital y coronal de TC (superior) y reconstrucciones tridimensionales (inferior): se confirma la presencia de una estructura lineal osificada en los tejidos blandos del aspecto anterior y medial de la cadera derecha, que se extiende desde el pubis hasta la altura de los músculos aductores.

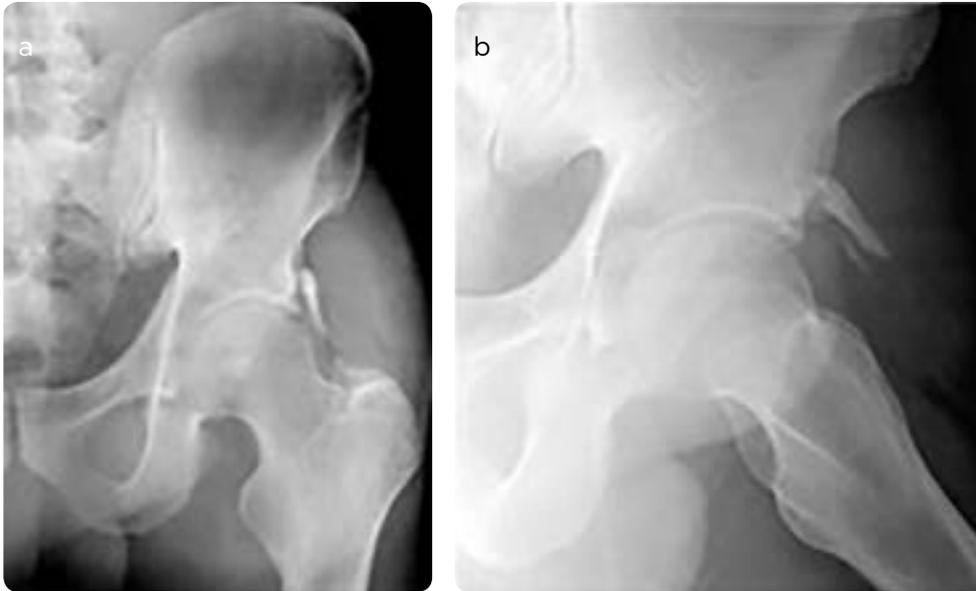


Figura 5. Radiografía de cadera izquierda, proyecciones a) anteroposterior y b) lateral. En los tejidos blandos adyacentes al borde externo del techo acetabular se identifican dos imágenes lineales calcificadas, con morfología similar a una falange, que corresponden a dedos pélvicos.

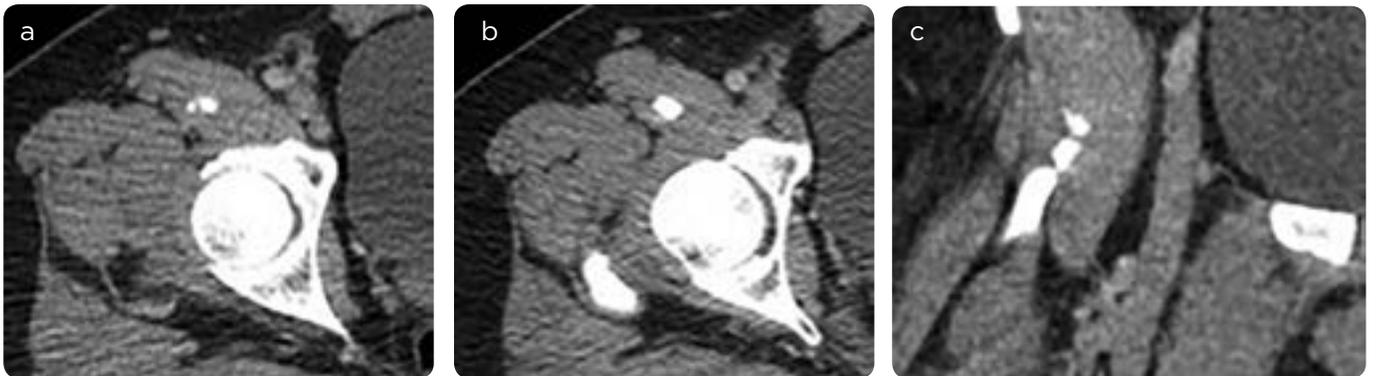


Figura 6. a y b) Cortes axiales, c) corte coronal de TC de abdomen a la altura de la cadera derecha. En los tejidos blandos anteriores de la cadera derecha se observa una imagen calcificada lineal con morfología de falange, correspondiente a dedo pélvico.



Figura 7. Radiografía de cadera, proyección única anteroposterior, realizada posteriormente, donde se confirman los hallazgos de la TC (flecha).

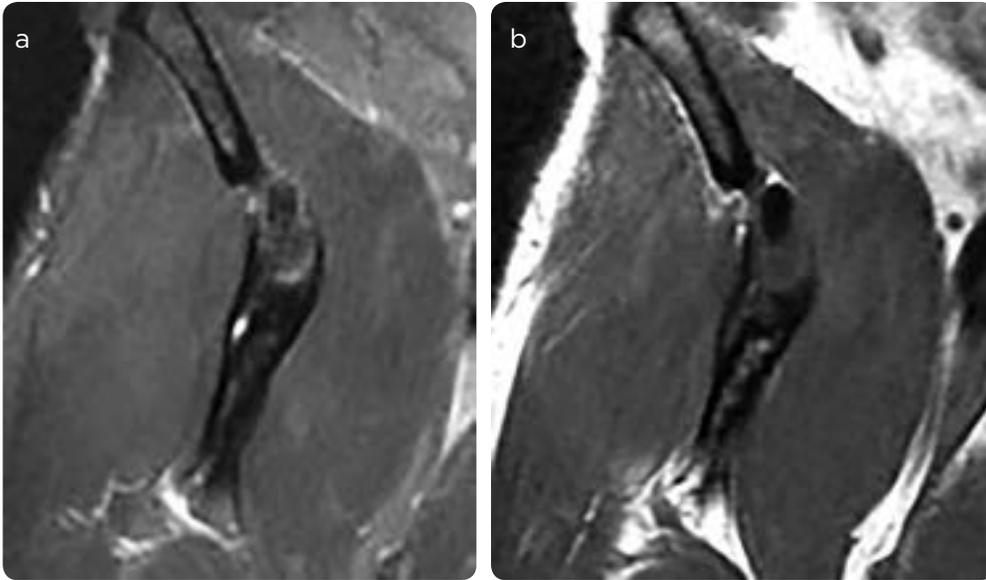


Figura 8. Cortes coronales de RM a la altura de la cadera derecha: se observa una imagen osificada, lineal, proyectada en los tejidos blandos anteriores, que se articula con la porción anterior del techo acetabular.



Figura 9. Ante los hallazgos de la RM, se realizaron imágenes complementarias. a) Radiografía de cadera, proyección única anteroposterior y b) TC, corte coronal a la altura de la cadera derecha, con las cuales se confirmó el diagnóstico de dedo pélvico prominente (flecha).

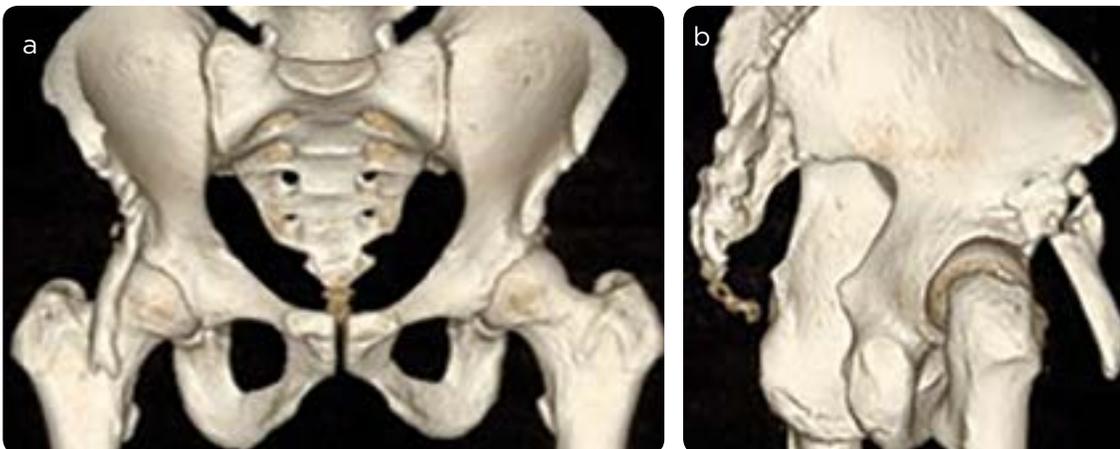


Figura 10. Reconstrucciones tridimensionales de TC de cadera: muestran una pseudoarticulación del dedo pélvico con el techo acetabular derecho.



Figura 11. Radiografía anteroposterior de caderas: se observa una imagen calcificada con morfología de falange adyacente al borde externo del techo acetabular derecho, correspondiente a dedo pélvico.

## Discusión

El dedo pélvico es una anomalía benigna del desarrollo óseo, en la cual se forma hueso en los tejidos blandos adyacentes al hueso esquelético normal. Aunque su causa no es clara, se cree que la alteración se presenta durante las primeras 6 semanas del desarrollo embrionario, donde el cartilago costal primordial de la primera vértebra coccígea no se fusiona como debería; entonces se forma una costilla rudimentaria en los tejidos blandos adyacentes, en la que se pueden fragmentar los centros de osificación, dándole la apariencia de “falange” (1,2). Otra teoría estudiada y menos aceptada, propone que se origina a partir de la migración de células del mesodermo a través de la membrana cloacal hacia la región coccígea, al final de la tercera semana del desarrollo (3,4).

Fue informado por primera vez en 1974 por Sullivan y Cornwell como una costilla pélvica, hallado en una pieza quirúrgica de una paciente de 15 años de edad con dolor pélvico. Desde entonces se ha descrito como una “costilla” o “falange”, por su composición histológica en la que se observa una cavidad medular normal rodeada de corteza bien formada (5,6).

La localización más frecuente es en los tejidos blandos adyacentes al hueso ilíaco o a la articulación coxofemoral como lo encontrado en todos los pacientes de esta serie. Sin embargo, se puede localizar alrededor del sacro, del cóccix, de la sínfisis púbica, incluso adyacente a la pared abdominal anterior. Usualmente, es único y unilateral, pero se han descrito algunos casos de dedo pélvico bilateral y múltiple, como es el caso del tercer paciente presentado (1,2,7).

La mayoría de pacientes, como los de la serie de casos, son asintomáticos y se trata de un hallazgo incidental (1,8). No obstante, existen casos que lo informan como causa de dolor lumbar o dolor crónico de cadera, probablemente por su proximidad con la articulación o porque en algunos casos puede formar pseudoarticulaciones con el esqueleto apendicular (2,9). En pacientes con antecedente de trauma en esta localización puede representar un reto diagnóstico (4).

En imágenes, como lo descrito en estos pacientes, aparece como una estructura ósea lineal similar a una costilla o una falange, caracterizada por una cortical bien definida con cavidad medular, y a menudo formando una o más pseudoarticulaciones con el hueso adyacente, casos en los que se asemeja más a una falange (caso 1). La TC es la modalidad de elección para confirmar el hallazgo, ya que permite identificar con claridad la corteza y la médula, así como determinar la relación de la lesión con las estructuras adyacentes (2,10). En pacientes sintomáticos la RM es de utilidad porque puede

demostrar edema de la médula ósea en el dedo pélvico y en la pseudoarticulación, como se ha informado en al menos dos casos de la literatura (5,11,12).

Entre los diagnósticos diferenciales se deben tener en cuenta calcificaciones heterotópicas de otra causa y tumores óseos o de tejidos blandos. Se diferencia fácilmente de un osteocondroma por la ausencia de capuchón cartilaginoso, y dada una cortical bien definida, se puede diferenciar de calcificaciones postraumáticas, miositis osificante y lesiones por avulsión. Otro diagnóstico diferencial importante es la enfermedad de Fong, en la que los cuernos ilíacos usualmente son bilaterales y se originan en el aspecto central y posterior de los huesos ilíacos (1,13,14).

El manejo de estos pacientes es quirúrgico, únicamente si se confirma que la lesión es la causa de dolor. De lo contrario, se puede realizar seguimiento con imágenes según lo determine el médico tratante (2).

## Conclusiones

El dedo pélvico es una entidad benigna, usualmente asintomática y con hallazgos imagenológicos específicos. A pesar de tratarse de una lesión poco frecuente, es de gran importancia que los radiólogos la conozcan y la incluyan entre los diagnósticos diferenciales mencionados.

## Referencias

- Bouzaïdia K, Daghfousb A, Chahbania H, et al. L. Pelvic digit: A rare lesion. *Diagn Intervent Imag*. 2014;95:1117-20.
- Azevedo V, Grande MA. Pelvic finger an unusual cause of pelvic pain. *J Clin Rheumatol*. 2011;17(7):403-4.
- Maegle M. Pelvic digit as a rare cause of chronic hip pain and functional impairment: a case report and review of the literature. *J Med Case Rep*. 2009;3:139.
- Ulusan S. The pelvic digit anomaly in a patient with multiple fractures: does it mimic the fracture? *Am J Emerg Med*. 2013;3(10):1537.
- Balbaloglu O, Okur A, Erkoc F. Common symptom but rare etiology: hip pain caused by pelvic digit. *Rheumatol Int*. 2015;35:375-6.
- Pandey V, Thakur A, Acharya A, et al. The pelvic digit “eleventh finger”. *Indian J Orthop*. 2009;43(1):97-8.
- Goyen M, Barkhausen J, Marksches NA, et al. The pelvic digit - a rare developmental anomaly: A case report with CT correlation and review of the literature. *Acta Radiol*. 2009;41(4):317-9.
- Carnell J, Fee C. Images in emergency medicine: Pelvic digit. *Images Emerg Med*. 2008;9(3):180.
- Breuseghem I. The pelvic digit: a harmless eleventh finger. *Br J Radiol*. 2006;79(945):106-7.
- Kesser S, Bayar A, Savranlar A. Pelvic digit: a case report with reference to the differential diagnosis of pelvic abnormalities. *Acta Orthop Traumatol Turc*. 2003;37(5):414-6.
- Moreta-Suárez J, Ugarte-Sobron O, Sánchez-Sobron A. The pelvic digit: a rare congenital anomaly as cause of hip pain. *J Orthop Case Rep*. 2012;2(4).
- Derslice R, Gembala R, Zekavat P. Case report: pelvic Rib/digit. *Spine*. 1992;17(10):1264-6.
- Nguyen V, Matthes J, Wunderlich C. The pelvic digit: CT correlation and review of literature. *Comput Med Imaging Graph*. 1990;14 (2):127-31.
- Granieri G, Bacarini L. The pelvic digit: five new examples of an unusual anomaly. *Skeletal Radiol*. 1996;25(8):723-6.

## Correspondencia

David Fernando Torres Cortés  
Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá  
Departamento de Imágenes Diagnósticas  
Carrera 7 #117-15, tercer piso  
Bogotá, Colombia  
dftorrescortes@gmail.com

Recibido para evaluación: 1º de mayo de 2019

Aceptado para publicación: 30 de mayo de 2019