

Carlos Placer\*, Araceli Rodríguez, Izaskun Markinez, Aintzane Lizarazu y José María Enríquez Navascués

Sección de Cirugía Colorrectal, Departamento de Cirugía, Hospital Donostia, San Sebastián, España

doi:10.1016/j.ciresp.2009.12.021

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carlos.placergalan@osakidetza.net (C. Placer).

## Hibernoma retroperitoneal

### Retroperitoneal hibernoma

El hibernoma o lipoma de la grasa parda es un tumor benigno poco frecuente, constituyendo el 1% de las masas tumorales del adulto. Fue descrito por primera vez por Merkel<sup>1</sup> en 1906 quién lo denominó pseudolipoma. En 1924, Gery le dio el nombre de hibernoma debido al parecido que posee con las glándulas de hibernación de los animales. La serie publicada más extensa es la del Dr. Furlong con 170 casos en 2001<sup>2</sup>. Su edad de presentación varía desde los 2-72 años, con una media de 38 años de edad<sup>3</sup>.

Se presenta el caso de una mujer de 46 años, con antecedentes de lumbalgia de repetición con irradiación derecha, y en estudio por el Servicio de Reumatología por sacroileitis incipiente izquierda. Se realiza RNM para descartar una espondiloartropatía, detectándose de forma casual una gran tumoración retroperitoneal sugerente de liposarcoma, de unos 17 cm de diámetro craneocaudal (fig. 1).

Es intervenida por el Servicio de Cirugía General de este hospital hallándose gran tumoración retroperitoneal localizada sobre el músculo psoas izquierdo. Presentaba forma de reloj de arena y ocupaba desde el tercio medio del psoas hasta la laguna musculorum en el muslo, pasando por debajo del ligamento inguinal. Se encuentra en íntimo contacto con el nervio femoral, el uréter izquierdo y los vasos ilíacos internos,

externos y femorales, lo cual dificulta la disección y extirpación de toda la masa.

El resultado del estudio anatomopatológico demostró que se trataba de un hibernoma o tumor de la grasa parda (fig. 2).

La evolución postoperatoria fue satisfactoria salvo por la afectación motora y sensitiva del miembro inferior izquierdo confirmada por electromiografía que ponía de manifiesto afectación de nervios femorocutáneo, femoral y safeno.

Se distinguen dos tipos de tejido adiposo: blanco y pardo. El tejido adiposo pardo participa en la regulación del metabolismo y la termogénesis, por lo que es abundante en los animales que hibernan, aunque también se ha descrito en el hombre, principalmente en recién nacidos y lactantes<sup>3</sup>. En el humano disminuye de forma considerable después de la 8.<sup>a</sup> semana de vida, representando el 1% de la masa corporal y localizándose principalmente en axilas, región interescapular e inglés. En algunas series se describe el muslo como el lugar más frecuente de aparición. No obstante, se han presentado casos de hibernomas localizados en mandíbula, cuello, hombro, espalda, mediastino, retroperitoneo y alrededor de los uréteres<sup>3,4</sup>.

Su presentación clínica suele ser asintomático y cuando presentan síntomas suelen ser secundarios a la compresión

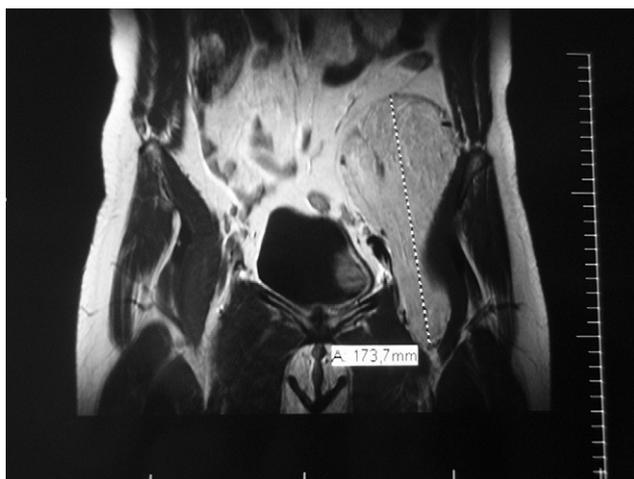


Figura 1 - RNM: masa retroperitoneal hiperintensa en T1 y T2 de morfología ovoidea y bordes lisos con morfología en reloj de arena.

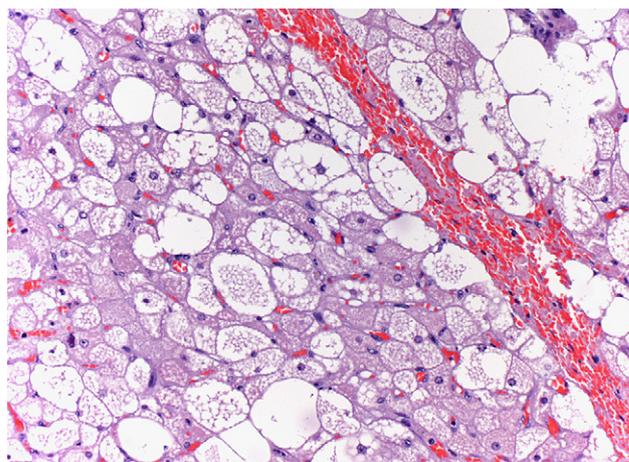


Figura 2 - Tumor formado por células redondeadas con citoplasma granular eosinofílico o multivacuoladas y adipocitos (HE × 40).

de estructuras adyacentes. Suelen ser lesiones subcutáneas, móviles e indoloras, de crecimiento lento y pueden alcanzar un diámetro mayor de 20 cm y superar los 900 g. En raras ocasiones la lesión es intramuscular. Existe un ligero predominio en mujeres<sup>2</sup>.

El diagnóstico diferencial hay que realizarlo con lipoma, fibroma, rabdomioma del adulto, neurofibroma, lipoma condroide, angioliipoma, liposarcoma, tumor de células granulares, carcinoma renal metastásico y hemangioma. En los liposarcomas mixoides se encuentran células similares a las encontradas en los hibernomas<sup>2</sup>.

Para el diagnóstico de las lesiones de partes blandas se dispone de varias técnicas de imagen. La ecografía mostraría una masa hiperecoica con aumento de la vascularización, que se observa con doppler. La angiografía revela las relaciones anatómicas del tumor así como un incrementado e irregular patrón vascular, con drenaje venoso temprano siendo difícil distinguirlo de otros tumores malignos, la ausencia de neovascularización y fistulas arteriovenosas sugiere benignidad. En la TAC se observa una masa de baja atenuación que puede tener tabiques internos y áreas de densidad aumentada, características similares al liposarcoma bien diferenciado. La prueba complementaria de elección es la RMN, en la cual el hibernoma se muestra como una imagen heterogénea, bien definida, marcadamente hipointensa al tejido subcutáneo en T1 o hiperintensa al músculo esquelético con bandas delgadas prominentes de baja señal a lo largo del tumor<sup>4</sup>.

Para decidir un tratamiento definitivo de las lesiones de partes blandas es necesario el diagnóstico preoperatorio, que se consigue mediante la realización de biopsias percutáneas, bien PAAF y biopsia con aguja gruesa (tipo «trucut»)<sup>4</sup>.

La inusual histología del hibernoma hace difícil su diagnóstico. Sus células son poligonales, redondas u ovoides, multivacuoladas, con citoplasma granular y núcleo esférico u ovoide situado centralmente; se disponen de forma lobulada, limitadas por tabiques de tejido conectivo. Se observan numerosos capilares sanguíneos. Su ultraestructura es única, con relativa alta concentración de mitocondrias y escasez de organelos (retículo endoplásmico y complejo de Golgi)<sup>2,4,5</sup>.

El tratamiento del hibernoma es la exéresis quirúrgica. No hay un acuerdo en cuanto al protocolo de seguimiento de estos pacientes, pero hay que saber que hasta el momento no se han descrito casos de recurrencia o transformación maligna<sup>3-5</sup>.

---

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

---

## BIBLIOGRAFÍA

1. Merkel H. Uber ein pseudolipom der mamma. Beitr Path Anat. 1906;36:152-7.
2. Fletcher Ch. Diagnostic histopathology of tumors. Soft tissue tumors. 3rd Edition. 2007; 24: 1534.
3. Furlong MA, Fanburg-Smith JC, Miettinen M. The morphologic spectrum of hibernoma: a clinicopathologic study of 170 cases. Am J Surg Pathol. 2001;25:809-14.
4. Feig B. Oncología Quirúrgica, Vol. 5. Anderson Cancer Center, Ediciones Marban; 2005 p. 92-95.
5. Casado I., Alonso M.J. Hibernoma: Presentación de un caso. II Congreso Virtual de Anatomía Patológica.

Ana Isabel Gómez Sotelo<sup>a,\*</sup>, Mercedes Caba Molina<sup>b</sup>,  
Ana Lucía Romera López<sup>a</sup>, Jose Antonio Pérez Ramón<sup>a</sup> y  
Diego Rodríguez Morillas<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo,  
Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España

<sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica,  
Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: anaisabelgomezotelo@gmail.com  
(A.I. Gómez Sotelo).