

Hibernoma de pared abdominal, un tumor poco frecuente: reporte de caso

Miguel Magdaleno-García¹, Oliver A. Bautista-Ley^{2*}, Karen A. Luna-Montaña²,
Jorge A. Rodríguez-Ruiz² y Citlalli Magdaleno-Meléndez³

¹Departamento de Cirugía Ambulatoria, Servicio de Cirugía General, Unidad Médica de Atención Ambulatoria No. 55, IMSS, León, Gto.; ²Departamento de Cirugía, Servicio de Cirugía General, Hospital General Regional No. 2 El Marqués, IMSS, Santiago de Querétaro, Qro.; ³Departamento de Medicina, Universidad Autónoma de Guadalajara, Guadalajara, Jal. México

Resumen

Se presenta el caso de un paciente con el diagnóstico de hibernoma o tumor de grasa parda, un subtipo raro y poco documentado de los tumores lipomatosos. Usualmente son asintomáticos, sin embargo la clínica puede variar en función del tamaño y localización del tumor. En este paciente se presenta como un tumor recidivante de rápido crecimiento. Se diagnosticó por ultrasonido, donde se identificó importante vascularización central y periférica. Se decide realizar extirpación quirúrgica y, como parte del abordaje diagnóstico, envió a estudio histopatológico definitivo.

Palabras clave: Hibernoma. Grasa parda. Tumor lipomatoso. Reporte de caso.

Abdominal wall hibernoma, a rare tumor: case report

Abstract

The case of a patient with the diagnosis of hibernoma (or brown fat tumor) is presented, it is a rare and lightly documented subtype of lipomatous tumors. It is usually asymptomatic, however, the symptoms can vary depending on the size and location of the tumor. In this patient, it presents as a rapidly growing recurrent tumor. Ultrasound diagnosis reveals significant central and peripheral vascularization. It was decided to perform surgical excision, and as part of the diagnostic approach, it was sent for definitive histopathological study.

Keywords: Hibernoma. Brown fat. Lipomatous tumor. Case report.

*Correspondencia:

Oliver A. Bautista-Ley
E-mail: oliver_bautista_ley@hotmail.com

Fecha de recepción: 10-10-2024
Fecha de aceptación: 13-04-2025
DOI: 10.24875/j.gamo.25000078

Disponible en internet: 13-08-2025
Gac Mex Oncol. 2025;24(Supl):57-61
www.gamo-smeo.com

2565-005X/© 2025 Sociedad Mexicana de Oncología. Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Los tumores lipomatosos representan una de las patologías más frecuentes en la práctica clínica. Estas lesiones constituyen aproximadamente el 20% de todos los tumores de tejidos blandos¹. El hibernoma representa apenas el 1% de todas las lesiones. Es un subtipo poco común de carácter benigno, denominado «hibernoma» por Gery en 1914, por su similitud histológica con la grasa parda observada en animales durante la hibernación. La presentación típica de los hibernomas se sitúa en el rango de edad entre los 30 y 50 años². Suelen manifestarse como un tumor de crecimiento lento, palpable, blando y móvil. Debido a su marcada vascularidad, en ocasiones los hibernomas pueden provocar un aumento perceptible en la temperatura cutánea. Su tamaño puede alcanzar hasta los 20 cm, lo que potencialmente desencadena síntomas secundarios derivados de la compresión de estructuras adyacentes³.

Usualmente, otros tipos de tumores lipomatosos benignos se abordan de manera similar, con un enfoque conservador para pacientes asintomáticos. Para aquellos sintomáticos se opta por escisión quirúrgica completa junto con el estudio histopatológico posterior. Los tumores superficiales menores de 5 cm generalmente no requieren estudios de imagen, mientras que en aquellos que superan los 0.5 cm de profundidad que pueden involucrar tejidos profundos siempre se recomienda complementar con estudios de imagen, antes de la intervención quirúrgica^{4,5}. En la ecografía, los hibernomas suelen presentar una apariencia uniformemente hiperecoica con evidencia de vascularidad

periférica en modo Doppler. En estudios completos como la tomografía con contraste intravenoso y angiografía, estos tumores exhiben una vascularización abundante, pudiendo encontrar cortocircuitos arteriovenosos perilesionales. En imágenes de resonancia magnética, se observa alta intensidad de señal ponderada en T1 con escasos septos delgados y discretos, así como bandas de fibras musculares^{6,7}. Sin embargo, a pesar de la abundante vascularización característica de los hibernomas, estos tienden a ser benignos⁸.

Reporte de caso

Paciente de sexo masculino de 46 años con antecedentes familiares de rama paterna de cáncer de colon, diabetes *mellitus* tipo 2 e hipertensión arterial sistémica. Como antecedentes personales patológicos, refiere instrumentación lumbar por antecedente traumático, así como resección de tumor tipo lipomatoso en hipocondrio izquierdo hace 18 meses. El paciente acude a nuestra consulta angustiado por la presencia de un tumor recidivante de crecimiento rápido, sin otra sintomatología agregada. Presenta reporte histopatológico (RHP: Q18-11336) con la siguiente descripción macroscópica: estructura irregular con dimensiones aproximadas de 5 x 3 x 3 cm de color amarillo con aspecto adiposo; se incluyen cortes representativos en dos cápsulas. Dentro de la descripción microscópica destaca lo siguiente: tumor de tejido adiposo multinodular de 5 cm de eje mayor. Estableciéndose el diagnóstico de tumor de grasa parda «hibernoma».

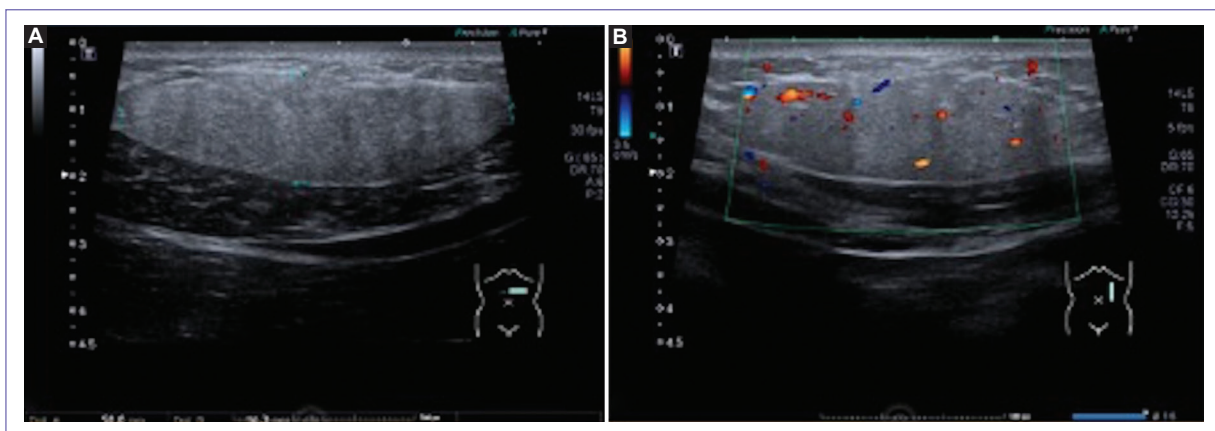


Figura 1. A: ultrasonido con transductor lineal; se aprecia imagen fusiforme, homogénea, bien definida, con tamaño de distancia A de 58.8 mm y tamaño distancia B 16.3 mm. **B:** a la aplicación Doppler, se aprecia vascularidad central y periférica de la lesión.



Figura 2. **A:** fotografía preoperatoria con paciente en decúbito supino en la cual se aprecia tumor en flanco izquierdo. Además, se observa cicatriz de abordaje quirúrgico previo (flecha). **B:** fotografía preoperatoria en la cual se observa tumor con pérdida de la armonía de la silueta de la pared abdominal.

Durante la exploración física se aprecia un tumor blando, móvil, caliente a la palpación, sin cambios de coloración perilesional, no doloroso a la palpación, de aproximadamente 5 x 5 cm en sitio de cicatriz quirúrgica previa. Se decide realizar ultrasonido de pared abdominal, a nivel de flanco izquierdo se observa, en tejido celular subcutáneo, imagen fusiforme, homogénea, bien definida, de aproximadamente 58 x 54 x 16 mm, hiperecogénica al tejido adiposo adyacente. Presenta vascularidad central y periférica. Planos musculares conservados. Se establece el diagnóstico de tumor lipomatoso de la pared abdominal (Fig. 1 A y B).

En este caso se presentó un desafío relevante durante el proceso diagnóstico, debido a la limitada disponibilidad de estudios de imagen avanzados, como la tomografía computarizada con medio de contraste. Esta limitación restringió la posibilidad de una evaluación más precisa de la lesión y del descarte oportuno de diagnósticos diferenciales. Ello obligó al equipo médico a tomar decisiones basadas en la información clínica, los antecedentes del paciente y los hallazgos ecográficos. Se optó por la intervención quirúrgica como medida diagnóstica y terapéutica.

La intervención se realizó bajo los lineamientos establecidos para cirugía ambulatoria en México, cumpliendo con los protocolos de seguridad quirúrgica. El procedimiento se llevó a cabo con anestesia local, tuvo una duración aproximada de 20 minutos y transcurrió sin complicaciones. El abordaje se realizó a través de

la cicatriz de la intervención previa, lo cual permitió acceder a la lesión y diferenciarla del tejido adiposo circundante. No obstante, se identificaron dificultades técnicas atribuibles a cambios anatómicos posquirúrgicos, lo que representó un reto para la delimitación macroscópica del tumor. A pesar de ello, se logró una resección completa, sin eventos adversos intraoperatorios. Como parte del protocolo de lesiones tumorales, se realizó envío a estudio histopatológico (Fig. 2 A y B).

El análisis macroscópico (RHP: Q24-208) describió un fragmento adiposo acompañado de huso de piel, con dimensiones de 7 x 6 x 3.5 cm, superficie lisa y coloración amarilla. Al corte, se identificó una lesión de tono amarillo pardo de 6 x 6 x 3 cm, en contacto con los márgenes superior e inferior, a 0.4 cm del borde medial y a 2 cm del lateral. No se observaron características histopatológicas sugestivas de malignidad (Fig. 3 A-C). Estos hallazgos permitieron confirmar el diagnóstico de hibernoma recidivante.

El seguimiento clínico durante seis meses mostró adecuada evolución postoperatoria, sin signos de recurrencia local ni evidencia de crecimiento metacrónico, lo que reafirma la importancia del abordaje quirúrgico oportuno y el seguimiento médico continuo (Fig. 4).

Discusión

El caso presentado describe la recurrencia de un hibernoma en el mismo sitio quirúrgico, con un tamaño

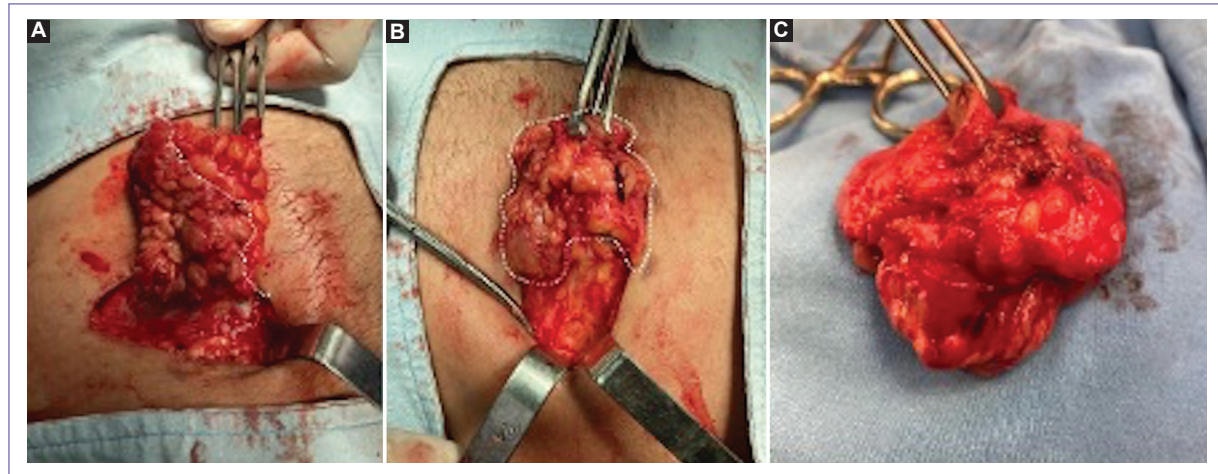


Figura 3. **A:** fotografía transoperatoria donde se aprecia diferencia macroscópica entre grasa parda y tejido adiposo blanco. **B:** fotografía transoperatoria evidenciándose los límites de la lesión tumoral. **C:** fotografía macroscópica de pieza quirúrgica posterior a la extracción completa.



Figura 4. Fotografía de cicatriz quirúrgica 6 meses posteriores a evento quirúrgico.

mayor y un crecimiento más acelerado en comparación con el tumor previamente resecado. Este hallazgo representa una situación clínica inusual, considerando la naturaleza típicamente benigna y no recidivante de este tipo de neoplasias tras una escisión completa. Según lo reportado por Beals et al. (2014)³ y Greenbaum et al. (2016)⁵, la recurrencia de hibernomas es excepcional. Por lo tanto, el presente informe pretende enriquecer la literatura científica al documentar un comportamiento atípico, constituyendo una fortaleza significativa del reporte.

Desde el punto de vista diagnóstico, se resalta la dificultad para diferenciar clínicamente a los hibernomas de otras lesiones lipomatosas, como lipomas o liposarcomas bien diferenciados. Esta dificultad se ha reconocido ampliamente en revisiones como la de Johnson et al. (2018)⁴, quienes señalan que los hallazgos clínicos suelen ser inespecíficos. Asimismo,

estudios por imagen, como los de Dursun et al. (2008)⁶ y Lee et al. (2006)⁷, han demostrado que los hibernomas presentan características particulares en resonancia magnética, tales como mayor vascularización y un patrón de señal heterogéneo, sin otras irregularidades intralesionales, lo cual puede contribuir a diferenciarlos de tumores malignos. Sin embargo, una limitación importante en este caso fue la imposibilidad de realizar estudios de imagen avanzados debido a restricciones de recursos, lo que condicionó el diagnóstico preoperatorio y complicó la planificación quirúrgica.

Dado que el abordaje quirúrgico, seguido del análisis histopatológico, constituye actualmente el método de referencia para el manejo de estas lesiones, como lo señalan AlQattan et al. (2020)¹, el análisis morfológico detallado realizado en este caso, que permitió identificar la variante histológica del hibernoma, representa otra fortaleza del informe. Esto posibilita una clasificación precisa de acuerdo con las variantes descritas por Daubner et al. (2015)² y documentadas en estudios clásicos como el de Angervall y Nilsson (1964)⁸.

Diversas revisiones morfológicas han identificado cuatro variantes histológicas de hibernomas: típica, mixoide, de células fusiformes y tipo lipoma, según lo reportado por Beals et al. (2014)³, quienes realizaron el seguimiento más prolongado a 20 años. No obstante, el presente informe no incluye estudios complementarios, como inmunohistoquímica o análisis genético, lo que constituye una limitación si se pretende una caracterización biológica más profunda de la lesión. Esta omisión resulta relevante, dado que ciertas alteraciones

moleculares podrían estar asociadas con un comportamiento biológicamente más agresivo o inusual.

En nuestra experiencia, estos hallazgos refuerzan la importancia de no subestimar el valor del análisis histopatológico en el diagnóstico y manejo de este tipo de lesiones. Finalmente, el caso subraya la relevancia de los informes clínicos bien estructurados. Seguir directrices como las propuestas por SCARE 2023 (Sohrabi et al., 2023)⁹ contribuye a la sistematización y la calidad de la documentación clínica, facilita la comparación entre casos y fortalece la práctica médica basada en la evidencia.

Conclusión

La incidencia de tumores lipomatosos constituye un fenómeno de relevancia significativa. Si bien dentro del gremio médico es una patología considerada benigna que no representa reto alguno para el personal de salud, no podemos olvidar que existe una nada despreciable incidencia de tumores de tipo lipomatoso de carácter maligno o con alto potencial de malignización. Además, la aparición de tumores poco comunes y por lo mismo poco conocidos como el hibernoma agrega una capa adicional de complejidad a este panorama nosológico. En consecuencia, se hace hincapié en la necesidad de que el personal médico mantenga una conciencia plena respecto a la importancia del estudio histopatológico exhaustivo de la totalidad de las lesiones, con el objetivo de garantizar un abordaje integral, preciso e individualizado en cada paciente.

Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores público, comercial o con fines de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. Los autores han seguido los protocolos de confidencialidad de su institución, han obtenido el consentimiento informado de los pacientes, y cuentan con la aprobación del Comité de Ética. Se han seguido las recomendaciones de las guías SAGER, según la naturaleza del estudio.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no utilizaron algún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

Bibliografía

1. AlQattan AS, Al Abdrabnabi AA, Al Duhleib MA, Ewies T, Mashhour M, Abbas A. A diagnostic dilemma of a subcutaneous hibernoma: Case report. *Am J Case Rep.* 2020;21:e921447.
2. Daubner D, Splieth S, Pablik J, Zöphel K, Paulus T, Laniado M. Hibernoma - two patients with a rare lipoid soft-tissue tumour. *BMC Med Imaging.* 2015;15(1):4.
3. Beals C, Rogers A, Wakely P, Mayerson JL, Scharschmidt TJ. Hibernomas: a single-institution experience and review of literature. *Med Oncol.* 2014;31(1):769.
4. Johnson CN, Ha AS, Chen E, Davidson D. Lipomatous soft-tissue tumors. *J Am Acad Orthop Surg.* 2018;26(22):779-88.
5. Greenbaum A, Coffman B, Rajput A. Hibernoma: diagnostic and surgical considerations of a rare benign tumour. *BMJ Case Rep.* 2016;2016:bcr2016217625.
6. Dursun M, Agayev A, Bakir B, Ozger H, Eralp L, Sirvanci M, et al. CT and MR characteristics of hibernoma: six cases. *Clin Imaging.* 2008;32(1):42-7.
7. Lee JC, Gupta A, Saifuddin A, Flanagan A, Skinner JA, Briggs TWR, et al. Hibernoma: MRI features in eight consecutive cases. *Clin Radiol.* 2006;61(12):1029-34.
8. Angervall L, Nilsson L, Stener B. Microangiographic and histological studies in 2 cases of hibernoma. *Cancer.* 1964;17(6):685-92.
9. Sohrabi C, Mathew G, Maria N, Kerwan A, Franchi T, Agha RA. The Scare 2023 guideline: Updating consensus surgical case report (SCARE) guidelines. *Int J Surg.* 2023;109(5):1136-40.