

TUMOR DE GRASA PARDA. HIBERNOMA

C. SPAGNOLI*

Recibimos solicitud para realización de RMN de hombro a una paciente de 45 años por tumoración. Ésta es visible, blanda y móvil a la palpación, no dolorosa, sin flogosis, de meses de evolución y lento crecimiento. La paciente refiere cirugía de tendinoplastia de manguito rotador y niega otros antecedentes de jerarquía. Trae el informe de ecografía previa que describe *“detrás del músculo deltoides se observa una formación nodular ecogénica, de aspecto sólido, de contornos lobulados, con vasos de gran calibre en su interior con flujo pulsátil al examen Doppler color”*.

La RMN muestra una formación polilobulada, en íntimo contacto con la cortical humeral (a la cual no altera), por dentro del músculo deltoides, y por detrás y medial al músculo pectoral mayor (fig. 1, 2 y 3). La señal de resonancia sugiere contenido graso, evidenciándose hiperintensa en T1 y T2 con importante supresión de la grasa en secuencia específica de saturación grasa, FatSat, sin embargo en todas las secuencias su brillo fue menor que el de la grasa subcutánea (fig.1). En su interior presenta septos lineales (fig. 1, 2 y 3) y estructuras vasculares centrales y periféricas (fig. 1). Se destacan sus medidas de 105 x 120 x 60 mm (fig. 3). Estos hallazgos plantean como diagnósticos diferenciales tumores de origen adiposo (lipoma, angioliopoma, liposarcoma), muscular y hematomas en resolución, aunque éste menos probablemente. Suge-

rimos punción biopsia de la lesión, teniendo en cuenta que el sitio esté dentro de los márgenes probables de resección en potencial cirugía posterior, y la extensa vascularización por el riesgo de sangrado. El resultado anatomopatológico arrojó como resultado *hibernoma*. Éste es un raro tumor benigno originado en remanentes de la grasa parda fetal, su incidencia predomina en mujeres hasta los 50 años y se localiza en cuello, hombros, mediastino, ingle y retroperitoneo. Usualmente mide entre 5 y 10 cm, llegando a 20 cm los de ubicación retroperitoneal. El tratamiento de elección es la resección completa; no habiéndose reportado recidivas locales. Finalmente la paciente y su médico tratante decidieron la extirpación completa obteniendo resultados muy satisfactorios. Podemos examinarlo y caracterizarlo mediante varios métodos de imágenes (ultrasonido, TC, RMN y PET/CT), la elección de cada uno de ellos dependerá principalmente de la disponibilidad y utilidad, siendo la ecografía probablemente el más accesible y el que nos podrá orientar en la búsqueda del diagnóstico, la RMN quien aporte más particularidades de su tejido, la TC similar a la anterior aunque menos minuciosa pero sí una excelente guía para la punción, y el PET/CT quizás el de menor utilidad por ser muy sensible pero poco específico.

* Correo electrónico: carina.spagnoli@gmail.com

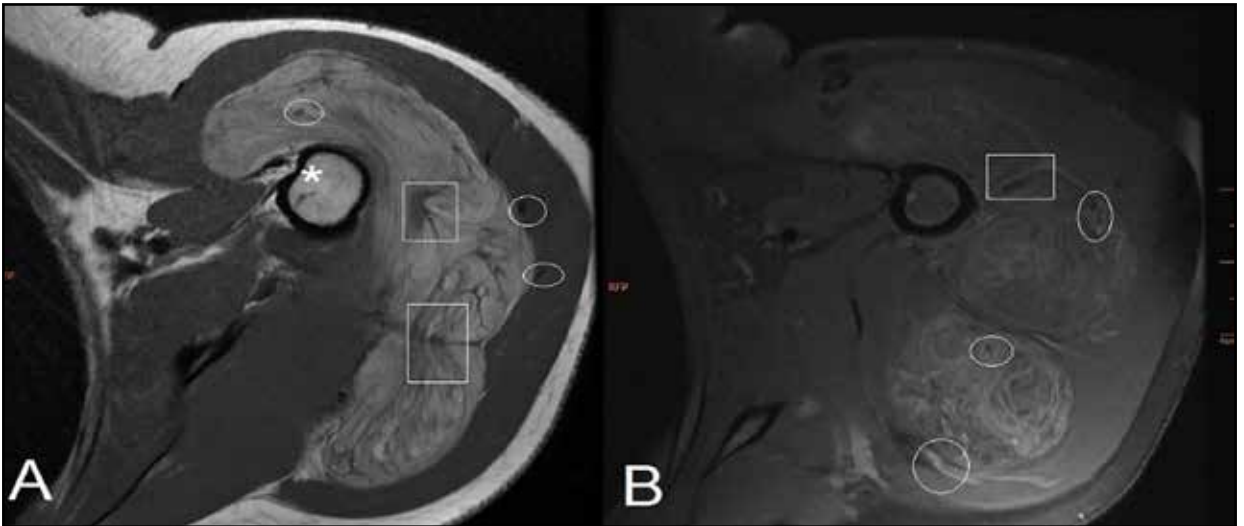


Figura 1A. Secuencia T1 plano axial. 1B. Secuencia DP FatSat plano axial. Ref. *: Húmero, círculos: vasos; cuadriláteros: septos. Nótese en A el menor brillo comparado con la grasa subcutánea.

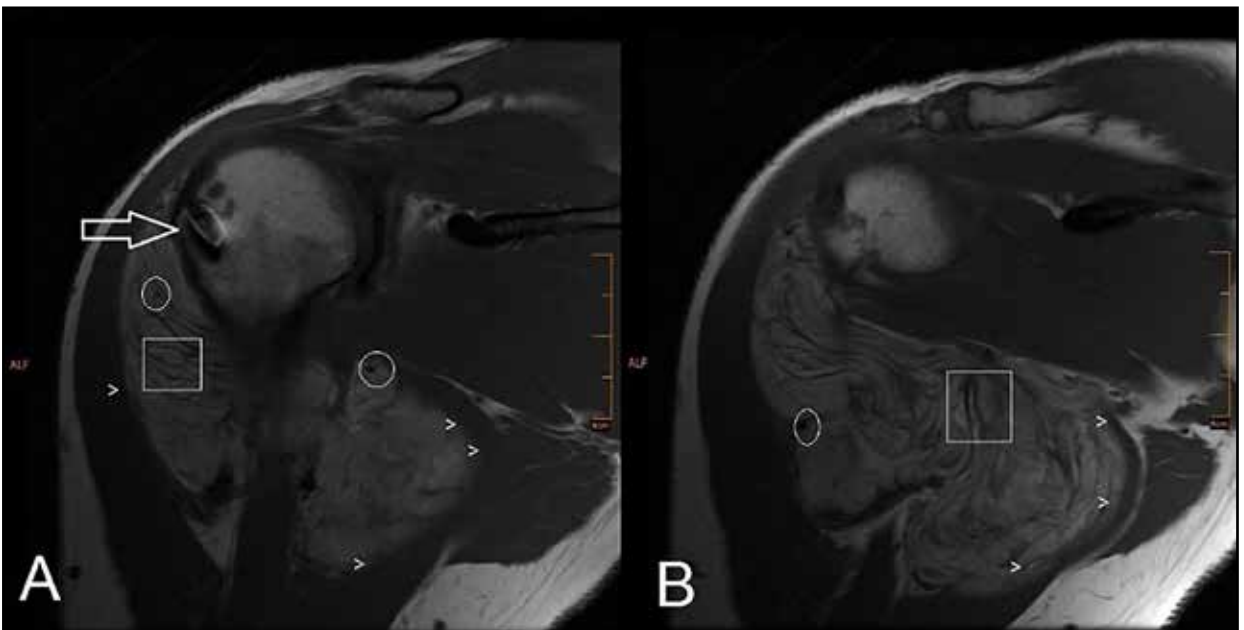


Figura 2 A y B. Secuencia T1 plano coronal. Flecha: arpones en troquíter; >: bordes lesionales, círculos: vasos, cuadriláteros: septos.

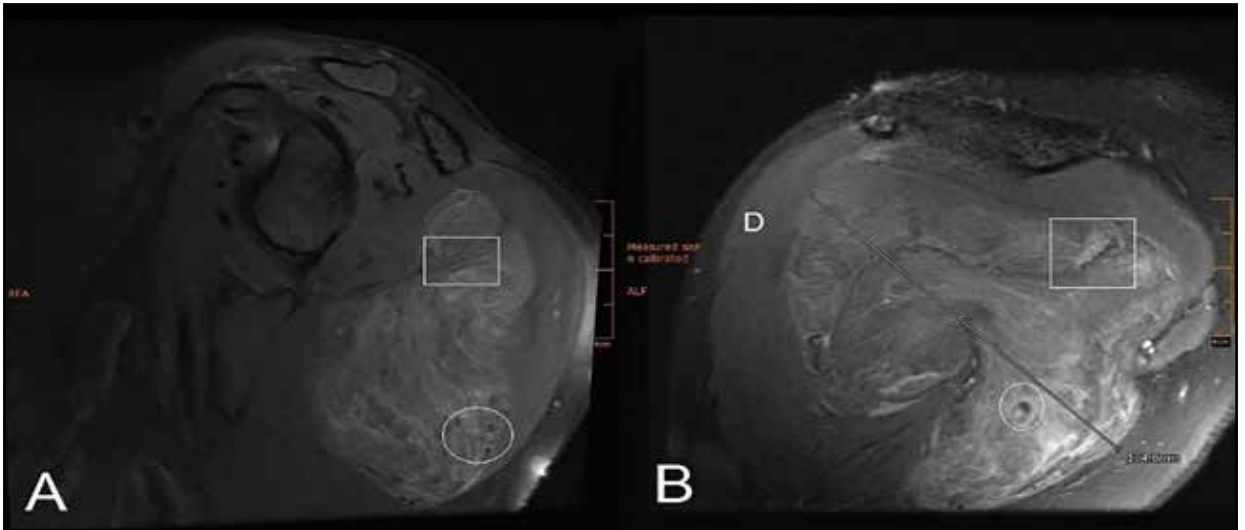


Figura 3A. Secuencia DP FatSat plano sagital a la altura de la cavidad glenoidea. 3B Secuencia DP FatSat plano coronal. Círculos: vasos, cuadriláteros: septos, D: músculo deltoides.

Bibliografía

1. Anderson SE, Schwab C, Stauffer E y col. *Hibernoma: imaging characteristics of a rare benign soft tissue tumour*. Skeletal Radiol 30: 590–5, 2001.
2. Cárdenas Centeno OM de, Marrero Riverón LO, Álvarez Cambras R y col.. *Hibernoma: Presentación de un caso*. Rev Cubana Ortop Traumatol 12:89-92, 1998.

Cuanto antes se aparte a los pacientes de la influencia deprimente del hospital, más rápida será su convalecencia.

CHARLES H. MAYO. 1865 – 1939