

INFORME DE CASOS

# Hibernoma cervicofacial. Presentación de un paciente

Dr. Rubén Rodríguez Jiménez<sup>1</sup>

Dr. Eric Kofi Ngyedu<sup>2</sup>

Dr. Daniel Artiles Martínez<sup>3</sup>

## RESUMEN

Se presenta un caso poco común de un hibernoma cervicofacial recidivante. Se realiza una revisión actualizada de la enfermedad y se exponen las características clínicas y la evolución del paciente.

**DeCS:**

NEOPLASMAS DE CABEZA Y CUELLO

## SUMMARY

An unusual case is presented, diagnosed as recidivant cervicofacial hibernoma. An updated literature review is performed, exposing clinical features and outcome.

**MeSH:**

HEAD AND NECK NEOPLASMS

El hibernoma es una neoplasia benigna poco común, derivada del tejido graso pardo fetal remanente. Fue descrito por primera vez en 1906 por Merkel, como un tumor benigno compuesto de tejido adiposo pardo. El término hibernoma fue propuesto por Gery en 1914, debido a su similitud morfológica con las células multivacuoladas de las glándulas llamadas de hibernación de los animales. La localización más frecuente es la región inter escapular; sin embargo, los han descrito en sitios donde la grasa parda está habitualmente ausente. Muchos tumores son subcutáneos, aunque también se pueden ver profundamente.<sup>1-3</sup>

El hibernoma cervicofacial es muy raro; se han informado pocos casos con esta localización, y nunca como tumores recidivantes.

## PRESENTACIÓN DEL PACIENTE

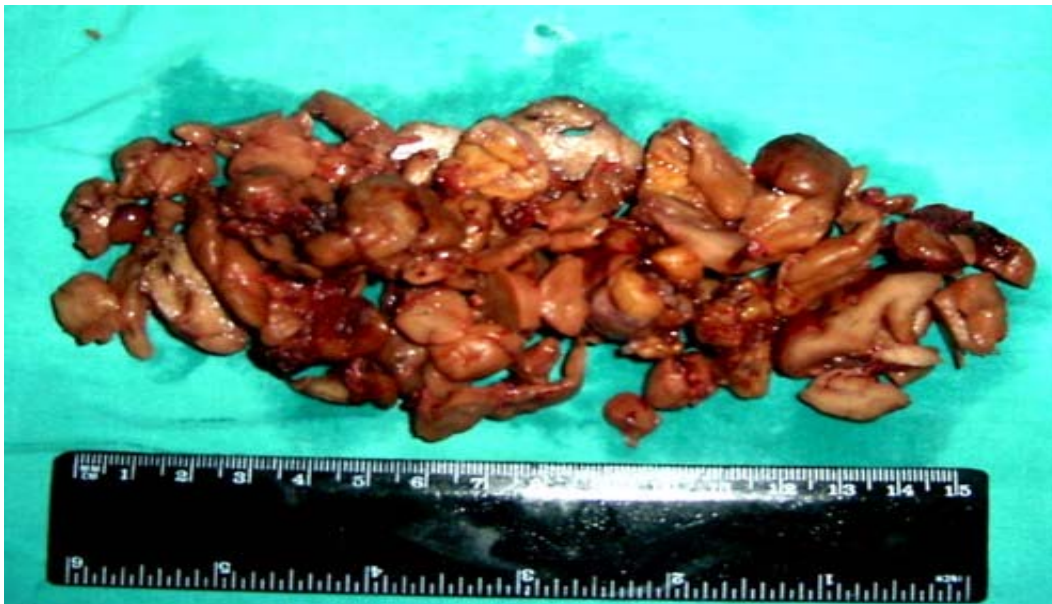
Se trata de un paciente masculino, blanco, de 71 años de edad, que acude a nuestra consulta porque presenta dificultad para deglutir los alimentos. En el transcurso de cinco años fue operado en dos ocasiones de un tumor submandibular derecho y en esta región observamos un moderado aumento de volumen, de aproximadamente seis meses de evolución.

Al realizar el examen físico se comprobó un efecto de masa multilobulada a nivel de la región submandibular derecha, de límites poco precisos, consistencia blanda, móvil, de un diámetro aproximado de 6cm.

Se realizaron los exámenes complementarios habituales y Rx, que no aportaron datos de interés. La biopsia por aspiración no fue útil para diagnóstico.

Se decidió practicar cervicotomía para reseca el tumor submandibular derecho. Al realizar laringoscopia para la intubación endotraqueal se precisó que una masa vegetante ocupaba parcialmente la luz de la laringe, lo que imposibilitaba la maniobra planificada; por ello se efectuó traqueostomía para administrar la anestesia.

El procedimiento quirúrgico se realizó a través de una incisión arciforme en la región submandibular; se incluyó en la pieza operatoria la glándula submaxilar, lo que hizo posible la extirpación de los múltiples lóbulos tumorales situados hacia los planos profundos del cuello (figura 1).

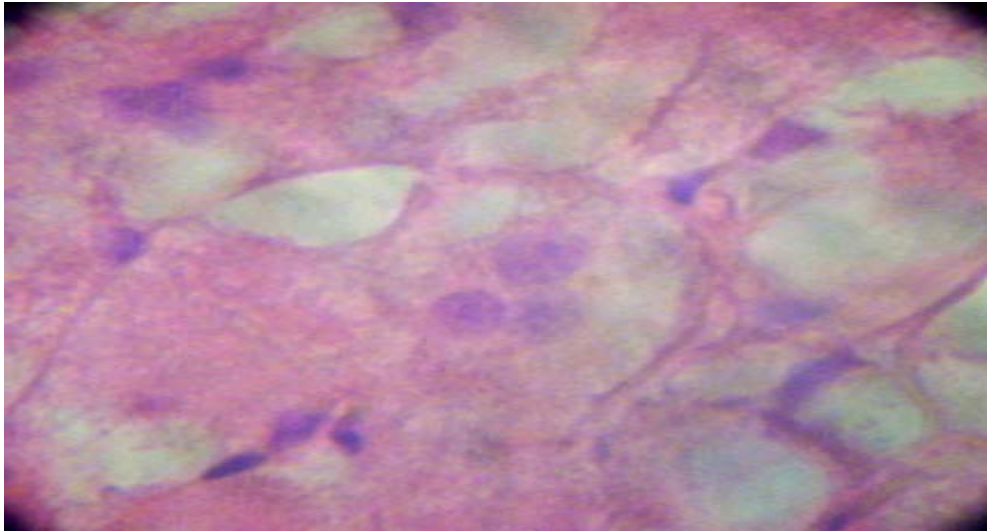


**Figura 1.** *Aspecto macroscópico: múltiples lóbulos de color pardo rojizo de consistencia blanda y aspecto racimoso. Las lobulaciones de mayor tamaño no sobrepasan los 3cm*

La evolución postoperatoria del paciente fue satisfactoria, no presentó hemorragia ni sepsis. Se retiró el drenaje a las 24 horas y la cánula de traqueostomía a las 72, fue egresado a los siete días.

El resultado de la biopsia por parafina informó la presencia de adipocitos con localización central del núcleo y un citoplasma granuloso eosinófilo compatible con el cuadro histológico de un hibernoma (figura 2).

El paciente abandonó el seguimiento por consulta externa a los seis meses, asintomático y sin aparente recidiva tumoral.



**Figura 2.** *Aspecto microscópico: se observan adipocitos con localización central del núcleo y un citoplasma granuloso eosinófilo que no se corresponde con los adipocitos encontrados en los lipomas típicos*

## COMENTARIO FINAL

La grasa parda se distribuye principalmente en la región interescapular, áreas del cuello, mediastino y retroperitoneo. Después de las ocho semanas de vida la misma va disminuyendo hasta desaparecer casi por completo en el adulto. Los sitios más comunes informados de hibernoma son el tejido celular subcutáneo de la espalda y el área interescapular. Asimismo, otras localizaciones mencionadas son la intracraneal, cervical, axilar, intratorácica, glútea y en la pared abdominal.<sup>1-5</sup>

Según algunos autores presenta un pico de incidencia en la tercera década de la vida, con un leve predominio del sexo femenino.<sup>2</sup>

La presentación clínica más común es una masa subcutánea de lento crecimiento, móvil, no dolorosa, y que puede tener aumento de la temperatura con respecto a los tejidos adyacentes.<sup>4</sup>

En el caso tratado hacemos referencia a los datos clínicos que presenta el enfermo, y es de destacar que muchas de estas características no coinciden con las expuestas por otros autores.<sup>2-4</sup> Tampoco en nuestra revisión encontramos informes sobre hibernomas recidivantes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rosai J. Tejidos blandos. En: Ackermans Surgical Pathology. 6ta ed. Minnesota: Mosby; 2000.
2. Lucini G, Kosub P, Jiménez CR, Villavicencio RL, Iriburu E, Ranalli JA. Características de dos casos de hibernoma de muslo en las IRM [serie en Internet]. [citado 22 sep 2005]: [aprox. 3p.]. Disponible en: <http://www.diagnostico.com.ar/diagnostico/dia096/d-ca096.html>

3. Andrés L, Etxegarai L, López JI, Bilbao FJ. Cambios vasculares en un hibernoma [serie en Internet]. [citado 22 sep 2005]:[aprox. 4p.]. Disponible en:  
<http://www.conganat.uninet.edu/autores/trabajos/t045.html>
4. Matanza-Rodríguez I, Álvarez-Canas C, Gómez-Ortega M, Fernández F, Blanco C, Garijo F, Val-Bernal F. Hibernoma: A new case in the submandibular región. [serie en internet]. [citado 26 sep 2005]:[aprox. 5p.]. Disponible en:  
<http://www.kfshrc.edu.ca/annals/166/cr95-348.html>
5. Congregado M, Jiménez-Merchán R, Arroyo A, Loscertales J. Pleural hibernoma. Treatment by video thoracoscopic surgery [Serie en internet]. [Citado 26 sep 2005]:[aprox. 3p.]. Disponible en:  
<http://www.elsevier.com/gej-ng/10/22/71/87/25/47/article.pdf>

## **DE LOS AUTORES**

1. Especialista de I y II Grado en Cirugía Máxilo Facial. Profesor Auxiliar. ISCM-VC.
2. Residente de 2<sup>do</sup> año de Cirugía Máxilo Facial.
3. Residente de 4<sup>to</sup> año de Anatomía Patológica.