Rev Colomb Cir. 2026;41:1293-300
https://doi.org/10.30944/20117582.3222

PRESENTACIÓN DE CASO

Hallazgo incidental de lipoma glúteo gigante: Reporte de caso

Incidental finding of a giant gluteal lipoma: Case report

Óscar Alberto Andrade-Otaiza, MD[1], Miqueas Vega-Rojas, MD[1],
Sergio Andrés Gaona-Tovar, MD, MSc[1]

1 Departamento de Cirugía General, Clínica Meta, Villavicencio, Colombia.

Resumen

Introducción. Los lipomas son tumores benignos formados por tejido adiposo maduro. Aunque son frecuentes, su presentación como lipomas gigantes, definidos por un tamaño superior a 10 centímetros, en localizaciones profundas, como la región glútea, es excepcional. Estas lesiones suelen crecer lentamente y pueden ser asintomáticas o causar dolor por compresión neurovascular.

Caso clínico. Se describe el caso de un hombre de 43 años con hallazgo incidental durante una ecografía abdominal de una masa gigante en la región glútea derecha. El examen físico reveló la asimetría glútea y una masa blanda, indolora, sin signos de afectación del nervio ciático. La resonancia magnética nuclear confirmó un lipoma de 18×8,4×10 centímetros, ubicado entre los músculos glúteo mayor y medio.

Resultados. Se hizo resección quirúrgica completa mediante abordaje transglúteo, una técnica que ofrece adecuada exposición y menor disrupción en lesiones bien delimitadas. Durante el procedimiento se separaron fibras del glúteo mayor para extraer la masa encapsulada. El espécimen pesó 508 gramos y el análisis histopatológico confirmó un lipoma intermuscular. La evolución postoperatoria fue favorable, con reinicio de actividades a los 15 días y sin recidiva en controles ecográficos al año.

Conclusión. El abordaje transglúteo es una opción segura y eficiente para la exéresis de lipomas profundos, ya que permite una visualización directa y la protección de estructuras críticas, como el nervio ciático.

Palabras clave: lipoma; neoplasias de tejido adiposo; glúteos; hallazgos incidentales; procedimientos quirúrgicos operativos.

Fecha de recibido: 01/03/2026 - Fecha de aceptación: 01/04/2026 - Publicación en línea: 15/10/2026
Correspondencia: Sergio Andrés Gaona-Tovar, Carrera 59 # 44-100, Tejares del norte Casa 33, Villavicencio, Colombia. Teléfono: +57 3058290572. Dirección electrónica: sergiogaonat@gmail.com
Citar como: Andrade-Otaiza ÓA, Vega-Rojas M, Gaona-Tovar SA. Hallazgo incidental de lipoma glúteo gigante: Reporte de caso. Rev Colomb Cir. 2026;41:1293-300. https://doi.org/10.30944/20117582.3222

Este es un artículo de acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons - BY-NC-ND https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es

Abstract

Introduction. Lipomas are benign tumors composed of mature adipose tissue. Although common, their presentation as giant lipomas, defined as exceeding 10 centimeters in size, in deep locations such as the gluteal region is rare. These lesions typically grow slowly and may be asymptomatic or cause pain due to neurovascular compression.

Clinical case. We describe the case of a 43-year-old man with an incidental finding of a giant mass in the right gluteal region during an abdominal ultrasound. Physical examination revealed gluteal asymmetry and a soft, painless mass, with no signs of sciatic nerve involvement. Magnetic resonance imaging confirmed an 18 × 8.4 × 10 cm lipoma located between the gluteus maximus and gluteus medius muscles.

Results. Complete surgical resection was performed via a transgluteal approach, a technique offering adequate exposure and minimal disruption for well-defined lesions. During the procedure, the fibers of the gluteus maximus were separated to excise the encapsulated mass. The specimen weighed 508 grams, and histopathological analysis confirmed an intermuscular lipoma. The postoperative course was favorable; the patient resumed activities after 15 days, and ultrasound follow-up at one year showed no recurrence.

Conclusion. The transgluteal approach is a safe and efficient option for the excision of deep lipomas, as it allows for direct visualization and the protection of critical structures, such as the sciatic nerve.

Keywords: lipoma; adipose tissue neoplasms; buttocks; incidental findings; operative surgical procedures.

Introducción

Los lipomas son tumores benignos de origen mesenquimal, compuestos por adipocitos maduros [1,2]. Generalmente se manifiestan como masas subcutáneas, blandas, móviles e indoloras, de crecimiento lento. Aunque pueden surgir en cualquier parte del cuerpo, por lo que son denominados "tumores universales", se localizan predominantemente en el tronco y las extremidades [2,3]. Cuando son profundos, pueden situarse inter o intramusculares y alcanzar dimensiones significativas [2,4]. En la práctica clínica, las lesiones que se encuentran bajo la piel suelen medir menos de 5 cm, mientras que los lipomas profundos pueden exceder los 10 cm, lo que plantea un desafío diagnóstico diferencial con el liposarcoma [3-5].

La etiología exacta es desconocida. Se ha sugerido un vínculo con traumatismos, que podrían inducir la liberación de citocinas responsables de la diferenciación de preadipocitos. Algunos factores genéticos también influyen en una minoría de pacientes, con mutaciones descritas en el cromosoma 12 y en el gen HMGA2-LPP. Además, la incidencia aumenta en personas con obesidad, hiperlipidemia y diabetes mellitus [1-3].

Los lipomas son los tumores benignos de tejidos blandos más frecuentes, con una prevalencia aproximada de 2 % en la población y cerca del 50 % de los tumores musculoesqueléticos de partes blandas. Son más comunes en hombres y suelen aparecer entre la cuarta y sexta década de vida [1,2].

El diagnóstico es clínico cuando la presentación es típica (nódulos blandos, móviles) y el crecimiento es lento. Sin embargo, en lesiones profundas, mayores de 10 cm o con características atípicas, se recomiendan los estudios de imágenes para definir la extensión y las relaciones anatómicas. La confirmación histológica tras la resección continúa siendo el estándar de oro [2,4].

El tratamiento de elección es la exéresis completa, preferiblemente con planificación de abordaje según el plano y las estructuras comprometidas; el seguimiento busca detectar recidivas o progresión sintomática [1-4,6].

En la región glútea, los tumores lipomatosos pueden presentar cuadros atípicos (*atypical lipomatous tumour*) [5,7]. Los lipomas en el compartimento glúteo profundo representan una consideración especial. Su potencial para

extenderse a través de los forámenes pélvicos, con extensión intrapelviana y extrapelviana [8,9], puede generar síntomas compresivos, como dolor glúteo y alteraciones en la micción o defecación [10,11].

El diagnóstico diferencial con el liposarcoma bien diferenciado (*well-differentiated liposarcoma*) es crucial, especialmente en presencia de atipia, lipoblastos o características imagenológicas que superan lo esperado para un lipoma simple, lo que hace imprescindible una evaluación radiológica específica y dirigida. La resonancia magnética nuclear (RMN) o la tomografía computarizada (TC), junto con la evaluación clínica de la profundidad y el comportamiento de la lesión, son esenciales para guiar la conducta terapéutica [4,7].

El objetivo de este artículo fue documentar un caso de rara ocurrencia y describir detalladamente la técnica quirúrgica transglútea empleada para la escisión de un lipoma gigante ubicado en la región glútea profunda.

Caso clínico

Paciente masculino de 43 años que consultó por el hallazgo incidental de una masa gigante en la región glútea derecha durante una ecografía abdominal solicitada por dolor en los cuadrantes superiores. Negaba síntomas o antecedentes de traumatismo en la región glútea y cirugías previas. Al examen físico se observó asimetría de la región glútea derecha, con una masa blanda no dolorosa a la palpación, más evidente en decúbito lateral izquierdo, sin signos de compresión del nervio ciático.

Se ordenó una RMN en la que se identificó una masa de contornos bien delimitados, lobulada, entre los músculos glúteo mayor y glúteo medio derechos, con señal de grasa en todas las secuencias, septos gruesos de hasta 2,5 mm, hiperintensos en T2 y con realce tras contraste, sin restricción a la difusión, que medía 18×8,4×10 cm, sugestiva de una masa lipomatosa en glúteo derecho. Las articulaciones coxofemorales, estructuras óseas, articulaciones sacroilíacas, raíces sacras y nervios ciáticos mayores, cadenas ganglionares, estructuras vasculares y tejido celular subcutáneo no tenían alteraciones (Figura 1).

El paciente fue llevado a cirugía mediante el abordaje transglúteo por planos anatómicos (Figura 2) y se identificó una masa encapsulada que se extendía entre el glúteo mayor y el glúteo medio. Se logró la resección completa, sin



Figura 1. Resonancia magnética nuclear de la región glútea derecha, proyección axial y sagital, que reveló una masa bien definida, de configuración lobulada, localizada entre los músculos glúteo mayor y glúteo medio (circunferencia roja).

Fuente: propia de los autores.



Figura 2. El paciente fue sometido a resección quirúrgica mediante abordaje transglúteo. Se señala con la flecha azul la masa encapsulada entre el glúteo mayor y el glúteo medio.

Fuente: fotografías tomadas en cirugía por los autores.

complicaciones intraoperatorias. Se dejó un drenaje, el cual fue retirado a las 48 horas por ausencia de producido.

El espécimen fue enviado a estudio histopatológico (Figura 3) y la patología reportó un fragmento irregular amarillento de tejido adiposo, que pesó 508 g y medía 16x15x6,5 cm, con áreas hemorrágicas. Al corte era de aspecto adiposo, cruzado por algunas bandas fibrosas, confirmando el diagnóstico de tumor benigno lipomatoso.

En el postoperatorio refirió adecuada modulación del dolor y ausencia de molestias en la región glútea. A los 15 días, reinició sus actividades habituales sin limitaciones. En las consultas de control a los seis y doce meses se encontró en condiciones óptimas, con control ecográfico de la región glútea que descartó recidiva tumoral.

Discusión

Los lipomas pélvicos gigantes son extremadamente raros. En la revisión de la literatura publicada por Gecheva N, et al. [10], se identificaron solo 17 casos reportados desde 1980. La revisión de Liu DR, et al. [12], en China entre 1992 y 2012 identificó 13 pacientes con lipomas intermusculares gigantes en la región de la cadera, lo que confirma la rareza de estas presentaciones. Esta baja frecuencia contrasta con la descripción de una "hernia ciática invertida", término empleado para tumores originados en el compartimento glúteo que se hernian hacia la pelvis, como puede ocurrir con un lipoma intermuscular del glúteo que comprime el nervio ciático [5,8-10].

Entre los casos más llamativos, Litchinko A, et al. [6], documentaron en Suiza un tumor de 30×60 cm, con un peso de 20 kg. Estos tumores suelen actuar como la "punta de un iceberg". Aunque externamente parecen masas glúteas comunes, su verdadera magnitud y las complicaciones asociadas permanecen ocultas, por eso el manejo de estos tumores de gran tamaño representa un desafío quirúrgico complejo [7-9].

En la literatura se describen distintos tipos de abordajes quirúrgicos, seleccionados según la localización y extensión del tumor [10,13,14].

Cuando el tumor está confinado al músculo glúteo, se recomienda un abordaje transglúteo,



Figura 3. Fragmento irregular amarillento de tejido adiposo, con peso de 508 g y dimensiones de 16×15×6,5 cm, que presenta áreas hemorrágicas.

Fuente: propia de los autores.

pero cuando el tumor compromete el espacio profundo cercano al nervio ciático, se sugiere el abordaje infraglúteo (o interglúteo), que permite una exposición más amplia hacia el muslo. Este abordaje, descrito históricamente por Stookey en 1920 [15] y detallado por Henry en 1957 [16], es preferido por neurocirujanos para exploraciones extensas del nervio periférico y se considera superior para tumores subglúteos, ya que ofrece una disección más segura y con menor déficit funcional [13,14].

En casos con extensión intrapélvica o retroperitoneal significativa, se aconseja un abordaje transabdominal o combinado, que proporciona acceso adecuado para resecciones completas. Los pioneros en la descripción de este abordaje fueron Kerry RL, et al. [17], quienes en 1964 comunicaron el primer caso de un lipoma herniado a través del foramen ciático, denominado hernia ciática perineal "invertida". Desde entonces esta vía se ha utilizado en lipomas atípicos gigantes y sarcomas con extensión pélvica [7]. Finalmente, cuando existe compromiso perineal asociado a un tumor ciático, el abordaje indicado es el abdominoperineal, empleado en casos complejos que requieren disección combinada para asegurar la resección completa [7].

Para fines prácticos, la literatura enfatiza la elección entre los abordajes transglúteo e infraglúteo, dependiendo de la necesidad de visualización directa del nervio ciático y la extensión tumoral [13,14].

El abordaje transglúteo fue descrito originalmente por Bernhard von Langenbeck en 1874 [18] y modificado por Theodor Kocher a comienzos del siglo XX [19]. Posteriormente, Austin T. Moore lo popularizó en 1957 como el "*Southern approach*" para artroplastia de cadera, destacando su simplicidad y eficiencia [20]. Esta técnica consiste en una incisión curvilínea y la separación o división de las fibras del músculo glúteo mayor en la dirección de sus fibras para acceder a las estructuras profundas. Se considera un método seguro y rápido, ya que minimiza la disección y preserva las inserciones musculares. Sin embargo, Patil y Friedman advirtieron sobre el riesgo de daño de los paquetes neurovasculares glúteos, dado que no sigue un plano internervioso y atraviesa planos vasculares, lo que puede ocasionar atrofia muscular postoperatoria [13,14].

El abordaje infraglúteo es el estándar en neurocirugía de nervio periférico por la amplitud de exposición que ofrece. Fue discutido inicialmente por Byron Stookey en 1920 [15] y detallado por Arnold K. Henry en 1957 [16] en su obra "*Extensile Exposure"*, describiendo el desprendimiento y la reflexión medial del glúteo mayor como una "tapa glútea". Esta técnica utiliza una incisión en forma de signo de interrogación y permite una exposición más amplia y segura del nervio ciático, incluso hacia el muslo si es necesario. Patil & Friedman [14] señalaron que este abordaje proporciona mayor seguridad que el transglúteo, mientras que Bonaddio VA, et al. [13] respaldaron que la técnica de Henry ofrece menor riesgo de daño iatrogénico y menos déficit funcional.

La Tabla 1 resume las diferencias más relevantes entre los abordajes transglúteo e infraglúteo, considerando técnica, origen histórico, indicaciones, riesgos y aplicaciones quirúrgicas. En este paciente se seleccionó el abordaje transglúteo para la resección de un lipoma glúteo gigante por su trayecto directo hacia el plano subglúteo y la buena exposición que ofrece en lesiones bien delimitadas y focales. Este acceso emplea una incisión curvilínea sobre el trocánter mayor y la divulsión de las fibras del glúteo mayor en el sentido de su orientación, lo que permite avanzar al espacio profundo sin desinserciones musculares amplias, con menor disrupción de tejidos y manipulación segura del trayecto del nervio ciático.

La novedad del caso radica en priorizar el transglúteo frente al abordaje infraglúteo tradicional. En esta situación, la lesión era bien definida y localizada, y el transglúteo brindó una exposición suficiente con técnica simple

Tabla 1. Comparación entre abordajes transglúteo e infraglúteo.

Característica	Abordaje Transglúteo	Abordaje Infraglúteo
Definición y técnica muscular	Se basa en la divulsión de las fibras del glúteo mayor en la dirección de sus fibras	Implica desprendimiento y reflexión medial del glúteo mayor como colgajo miocutáneo completo ("tapa glútea")
Origen histórico	Descrito por von Langenbeck (1874) [18] y modificado por Kocher (1903) [19], panorama histórico y comparativo	Atribuido a Stookey [15] y detallado por Henry [16] como técnica extensible, discusión comparativa
Disciplina que lo prefiere	Predilecto en ortopedia (artroplastia total de cadera o cirugía acetabular)	Dominante en neurocirugía para exploración del nervio ciático proximal.
Tipo de incisión	Curvilínea o recta centrada sobre el trocánter mayor.	En forma de signo de interrogación rodeando el contorno superior y lateral del glúteo.
Grado de exposición	Focal y limitada, centrada en la articulación o lesión nerviosa específica.	Extensa y panorámica, permite visualizar el ciático desde la muesca ciática hasta el muslo posterior.
Riesgos y atrofia muscular	Mayor riesgo de atrofia y degeneración grasa (especialmente glúteo medio y vasto lateral) por denervación o trauma directo.	Más seguro desde el aspecto vascular: disección en plano avascular bajo el músculo.
Extensibilidad quirúrgica	Baja: difícil extender hacia muslo distal sin requerir una segunda incisión.	Alta: permite seguir el ciático hacia los isquiotibiales prolongando la incisión.
Indicación en tumores	Ideal para tumores localizados o intermusculares que no requieren llegar a la muesca ciática profunda.	De elección para tumores subglúteos grandes o profundos que comprimen el nervio ciático.

Fuente: elaboración propia.

y menor agresión estructural. La técnica se realizó con una incisión curvilínea centrada en el trocánter mayor, separación roma de las fibras del glúteo mayor y avance controlado hacia el plano subglúteo, identificando y protegiendo las estructuras neurovasculares. A diferencia del abordaje clásico de Kocher-Langenbeck, concebido para exposición acetabular amplia, esta variante posterior se enfocó en el compartimento subglúteo y permitió la resección en bloque sin desinsertar el músculo de su inserción femoral. El planteamiento fue coherente con la filosofía del abordaje posterior descrito por Moore, que favorece una exposición focal y el respeto de los planos, adaptada aquí a la localización tumoral subglútea [9,13,14,18-20].

La planificación quirúrgica se basó en la anatomía del caso, considerando tamaño, localización y relación con el nervio ciático, con el objetivo de lograr exposición suficiente, preservación funcional y ejecución eficiente. En este paciente, el abordaje transglúteo cumplió esos objetivos y permitió una recuperación posoperatoria ordenada.

Conclusiones

Este caso resalta que los lipomas en la región glútea son tumores benignos poco frecuentes cuyo tratamiento exige un abordaje diagnóstico y quirúrgico preciso. En este escenario, la resonancia magnética nuclear, combinada con el análisis histopatológico, aportó información clave para confirmar la naturaleza lipomatosa, delimitar la extensión anatómica y descartar patologías malignas, como el liposarcoma. La principal relevancia radica en mostrar que el abordaje transglúteo representa una opción técnica segura y menos invasiva frente al abordaje infraglúteo tradicional, cuando se trata de lesiones bien delimitadas. El desdoblamiento de las fibras del músculo glúteo mayor, sin desinserción, permitió una exposición focal adecuada, protegiendo estructuras críticas como el nervio ciático y las arterias glúteas, lo que favorece una recuperación postoperatoria acelerada.

Cumplimiento de normas éticas

Consentimiento informado: Este estudio cumple con lo establecido en la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. Se obtuvo el consentimiento informado del paciente para la publicación del caso clínico y de las imágenes.

Conflictos de interés: Los autores declararon no tener conflictos de interés.

Uso de herramientas de Inteligencia Artificial: Los autores certificaron que no se emplearon herramientas de Inteligencia Artificial en la realización, análisis ni redacción del caso clínico.

Fuentes de financiación: Los autores declararon no haber recibido financiación externa para la elaboración del manuscrito.

Contribución de los autores:

- Diseño y concepción del estudio: Óscar Alberto Andrade-Otaiza, Miqueas Vega-Rojas, Sergio Andrés Gaona-Tovar.
- Adquisición de datos: Óscar Alberto Andrade-Otaiza.
- Análisis e interpretación de datos: Óscar Alberto Andrade-Otaiza, Miqueas Vega-Rojas, Sergio Andrés Gaona-Tovar.
- Redacción del manuscrito: Óscar Alberto Andrade-Otaiza, Miqueas Vega-Rojas, Sergio Andrés Gaona-Tovar.
- Revisión crítica: Óscar Alberto Andrade-Otaiza, Miqueas Vega-Rojas, Sergio Andrés Gaona-Tovar.

Referencias

1 Hombal PR. Giant gluteal lipoma: A case report and review of literature. Int J Surg Med. 2015;1:26-9. https://doi.org/10.5455/ijsm.20150513040337

2 McTighe S, Chernev I. Intramuscular lipoma: A review of the literature. Orthop Rev (Pavia). 2014;6:5618. https://doi.org/10.4081/or.2014.5618

3 Carriedo-Rico EG, García-Morato-Jorreto P. Lipoma gigante de muslo. Reporte de un caso. Acta Ortop Mex. 2017;31:248-51.

4 Nishida J, Morita T, Ogose A, Okada K, Kakizaki H, Tajino T, et al. Imaging characteristics of deep-seated lipomatous tumors: Intramuscular lipoma, intermuscular lipoma, and lipoma-like liposarcoma. J Orthop Sci. 2007;12:533-41. https://doi.org/10.1007/s00776-007-1177-3

5 Gomez-Seoane A, Oyasiji T. Gluteal liposarcoma presenting as sciatic hernia: A case report and review of literature. Int J Surg Case Rep. 2020;67:25-9. https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2020.01.015

6 Litchinko A, Cherbanyk F, Menth M, Egger B. Giant gluteal lipoma surgical management. BMJ Case Rep. 2019;12:e229842. https://doi.org/10.1136/bcr-2019-229842

7 Skipworth RJE, Smith GHM, Stewart KJ, Anderson DN. The tip of the iceberg: A giant pelvic atypical lipoma presenting as a sciatic hernia. World J Surg Oncol. 2006;4:33. https://doi.org/10.1186/1477-7819-4-33

8 Dulskas A, Poskus E, Jurevicius S, Strupas K. Giant gluteal lipoma presenting as a sciatic hernia. Hernia. 2015;19:857-60. https://doi.org/10.1007/s10029-013-1184-6

9 López-Tomassetti Fernández EM, Hernández-Hernández JR, Ceballos-Esparragon J, Turegano-García A, Nuñez JV. Intermuscular lipoma of the gluteus muscles compressing the sciatic nerve: An inverted sciatic hernia. J Neurosurg. 2012;117:795-9. https://doi.org/10.3171/2012.7.JNS111714

10 Gecheva N, Ilkov P, Uzunov K. Transgluteal approach for excision of pelvic lipoma causing sciatic pain. J Surg Case Rep. 2024;2024:rjae704. https://doi.org/10.1093/jscr/rjae704

11 Guerado E, Aguiar F. Rectum compression by a gluteal lipoma. Lancet. 2006;368:1893. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69779-1

12 Liu DR, Li C, Chen L. Management of giant intermuscular lipoma of hips: A case report and review of literature. Mol Clin Oncol. 2013;1:369-72. https://doi.org/10.3892/mco.2013.63

13 Bonaddio VA, Payne R, Harbaugh K, Rizk E, Fox E. Infragluteal exposure for resection of subgluteal tumors: A surgical technique for accessing the sciatic nerve and notch. Cureus. 2021;13:e19349. https://doi.org/10.7759/cureus.19349

14 Patil PG, Friedman AH. Surgical exposure of the sciatic nerve in the gluteal region: Anatomic and historical comparison of two approaches. Neurosurgery. 2005;56(1 Suppl):165-71. https://doi.org/10.1227/01.neu.0000144169.84261.9d

15 Stookey B. The technic of nerve suture. JAMA. 1920;74:1380-3. https://doi.org/10.1001/jama.1920.02620200020008

16 Henry AK. Extensile exposure. 2nd ed. Edinburgh: E. & S. Livingstone Limited; 1957. p. 180-3.

17 Kerry RL, Tygart RL, Glass WW. Lipoma: A "reversed" perineal sciatic hernia. Am J Surg. 1964;107:883-4. https://doi.org/10.1016/0002-9610(64)90183-7

18 von Langenbeck B. Über die Schussverletzungen des Hüftgelenks. Arch Klin Chir. 1874;16:263-70.

19 Kocher ET. Textbook of operative surgery. Stiles HJ, editor. Edinburgh: Adam and Charles Black; 1903.

20 Moore AT. The self-locking metal hip prosthesis. J Bone Joint Surg Am. 1957;39:811-27. https://doi.org/10.2106/00004623-195739040-00005