

¿Neoplasia o simulador? Esa es la cuestión. Grandes imitadores en cavidad abdominal y sus claves diferenciales.

Autoría: *Jessica Arocas Leal, María Mohedano García, Blanca Guirao Sandoval, Jonathan Jiménez Aguilera.*

Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Doctor Peset de Valencia

Objetivo Docente

- ✓ Familiarizar al radiólogo con entidades infecciosas e inflamatorias que simulan neoplasias en la cavidad abdominal.
- ✓ Destacar sus características radiológicas diferenciales y enfatizar la relevancia clínica dado el impacto pronóstico y terapéutico de un diagnóstico erróneo.

Patologías revisadas:

1. Actinomicosis abdominopélvica
 2. Endometriosis profunda rectosigmoidea
 3. Tuberculosis peritoneal
 4. Colitis por citomegalovirus (CMV)
 5. Esquistosomiasis hepática
-

Actinomicosis Abdominopélvica

Infección granulomatosa crónica infrecuente causada por *Actinomyces israelii*.

Factores predisponentes:

- Uso prolongado de DIU (80%)
- Perforación gastrointestinal (apendicitis, EII, diverticulitis, posquirúrgicas)
- Inmunosupresión

Fisiopatología

La infección se propaga localmente por secreción de enzimas proteolíticas.

Clínica

El curso indolente y muchas veces subclínico durante meses lleva al **retraso diagnóstico** y al diagnóstico **erróneo** de **neoplasias pélvicas**.

Diagnóstico

El diagnóstico definitivo se realiza mediante cultivos, no obstante, dado que solo un 30-50% de los casos resultan positivos.

Actinomicosis - Hallazgos Radiológicos

Hallazgos en TC:

- Masas pélvicas quísticas o sólido-quísticas.
- Paredes gruesas e irregulares con realce heterogéneo e intenso.
- Cambios inflamatorios prominentes y extensa fibrosis perilesional.
- Formación de abscesos/microabscesos y fístulas.
- Infiltración locorregional extensa (retroperitoneo, músculo psoas).

Hallazgos en RM:

- Señal intermedia en T1 e intermedia/baja en T2 (componente fibrótico).
- Realce heterogéneo intenso y restricción a la difusión.

Diferenciación con neoplasia:

- Adenopatías locorregionales infrecuentes.
 - Ausencia de extensión peritoneal difusa, afectación a distancia y ascitis.
 - Suele requerir confirmación histopatológica.
-

Actinomicosis - Caso Clínico

Caso clínico:

Mujer de 45 años portadora de DIU con distensión abdominal, náuseas, vómitos y estreñimiento de una semana de evolución.

Hallazgos en RX y TC:

RX de abdomen compatible con obstrucción intestinal. Múltiples colecciones pélvicas parauterinas izquierdas que condicionan obstrucción intestinal con cambio de calibre en sigma.

Resultado: Cultivo positivo para *Actinomyces Turicensis*.

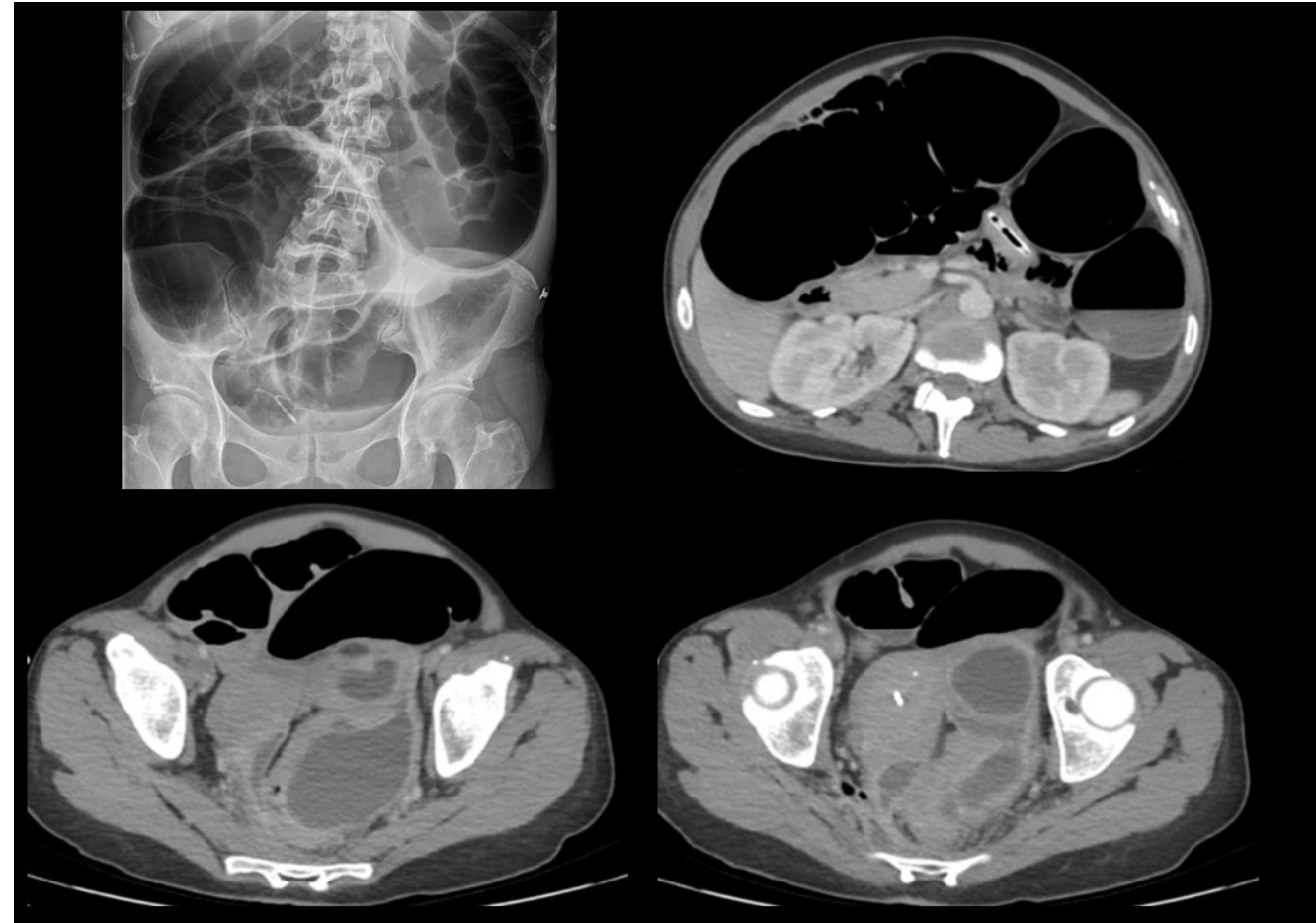


Figura 1.

Endometriosis profunda rectosigmoidea

Manifestación intestinal de la endometriosis: 4-37% de los casos

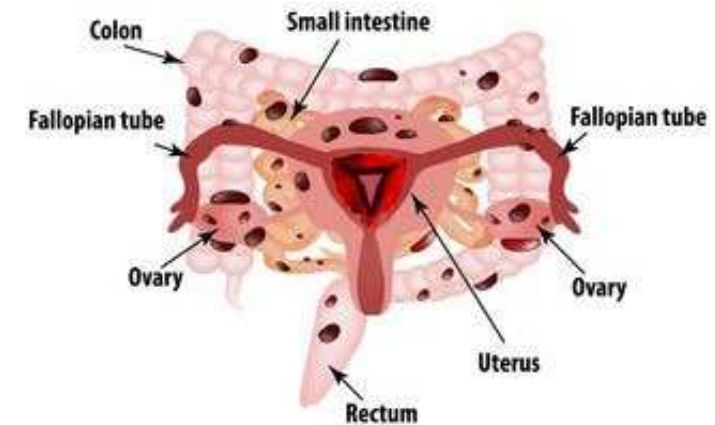
Afectación preferente de recto y sigma en cara anterior.

Formas de presentación:

- Implantes superficiales en serosa (configuración en abanico).
- Patrón endofítico con estenosis significativa de la luz intestinal.
- Debut como cuadro obstructivo (diagnóstico diferencial con neoplasia colónica).

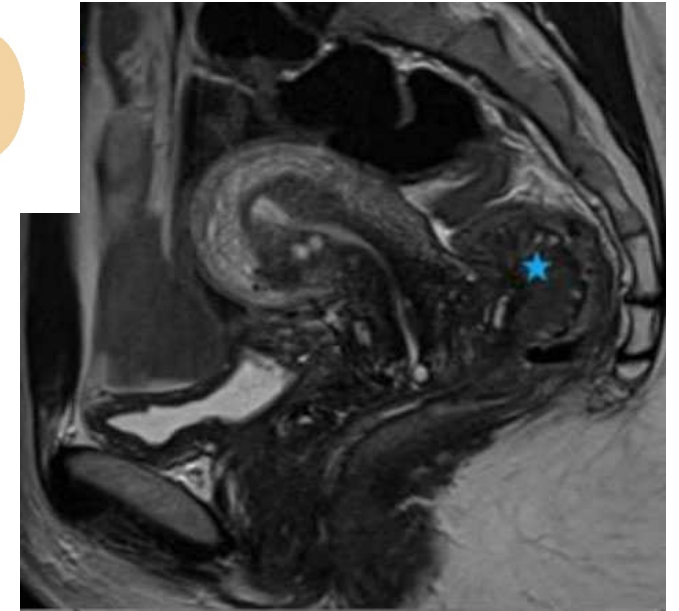
Fisiopatología:

La endometriosis infiltra de forma centrípeta desde la capa serosa y muscular, respetando la mucosa en la mayoría de casos. Esto contrasta con la neoplasia colónica, que crece desde la mucosa con frecuente afectación transmural.



Endometriosis - Hallazgos en RM

- **Signo del champiñón:** Altamente sugestivo de endometriosis rectosigmoidea.
La morfología del implante recuerda a un champiñón:
 - ✓ Base hipointensa en T2: hipertrofia de la muscular propia y fibrosis.
 - ✓ Periferia hiperintensa: mucosa y submucosa desplazadas hacia la luz.
- Afectación de cara anterior de sigma con preservación de la mucosa.
- Coexistencia de implantes profundos en localizaciones típicas (ligamentos redondos, uterosacros, tabique rectovaginal).
- Ausencia de componente adenopático significativo.
- Realce progresivo y tardío (fibrosis).



Papel de la RM:

No solo diagnóstico sino fundamental en el mapeo prequirúrgico de la endometriosis profunda.

Endometriosis - Caso 1: Obstrucción Ureteral

Caso clínico:

Mujer de 50 años, con antecedente de histerectomía y nefrectomía izquierda. Debut con ureterohidronefrosis derecha sin causa objetivable en TC.

Hallazgos en RM:

Lesión de bordes espiculados, mayormente hipointensa en T2 con pequeños focos hiperintensos, que condiciona retracción del uréter derecho adyacente.

Clave diagnóstica:

El realce progresivo y tardío en T1 con contraste es característico del componente fibrótico de la endometriosis. La suma de hallazgos es consistente con implante endometriósico ureteral derecho como causa de la obstrucción.

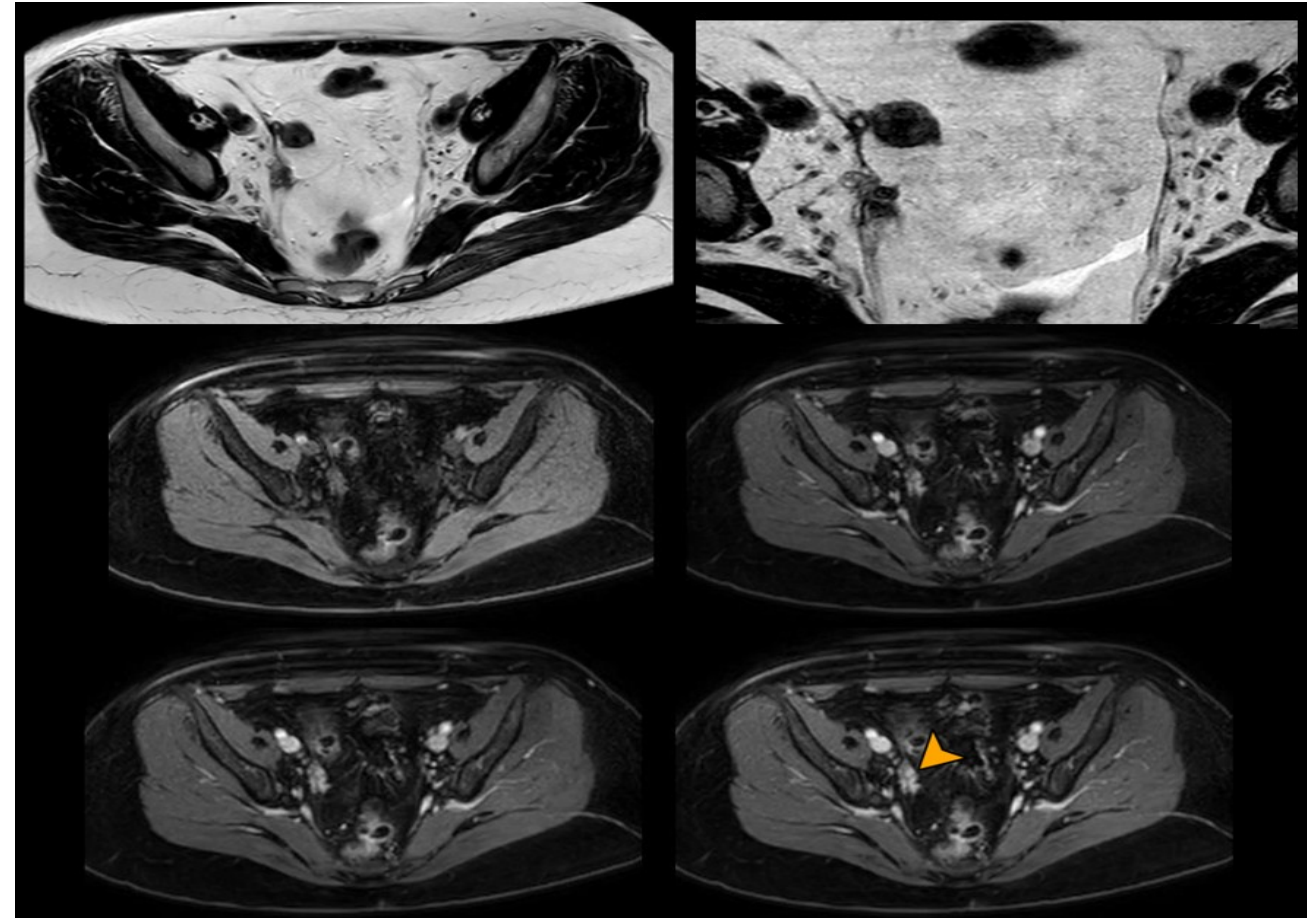


Figura 2. Caso clínico propio. Servicio de Radiodiagnóstico Hospital Doctor Peset

Endometriosis - Caso 2: Obstrucción intestinal

Caso clínico:

Mujer multípara de 38 años sin antecedentes de interés. Debut con cuadro de obstrucción intestinal.

Hallazgos en RM:

Voluminoso implante de endometriosis profunda en torus uterino con marcada infiltración de la pared anterior del recto, condicionando estenosis marcada de la luz intestinal.

Hallazgos asociados:

- Retracción y medialización anexial bilateral
- Hematosalpinx izquierdo
- Endometrioma derecho

La coexistencia de estos hallazgos es altamente sugestiva de endometriosis profunda y permite diferenciarlo de neoplasia colónica estenosante.

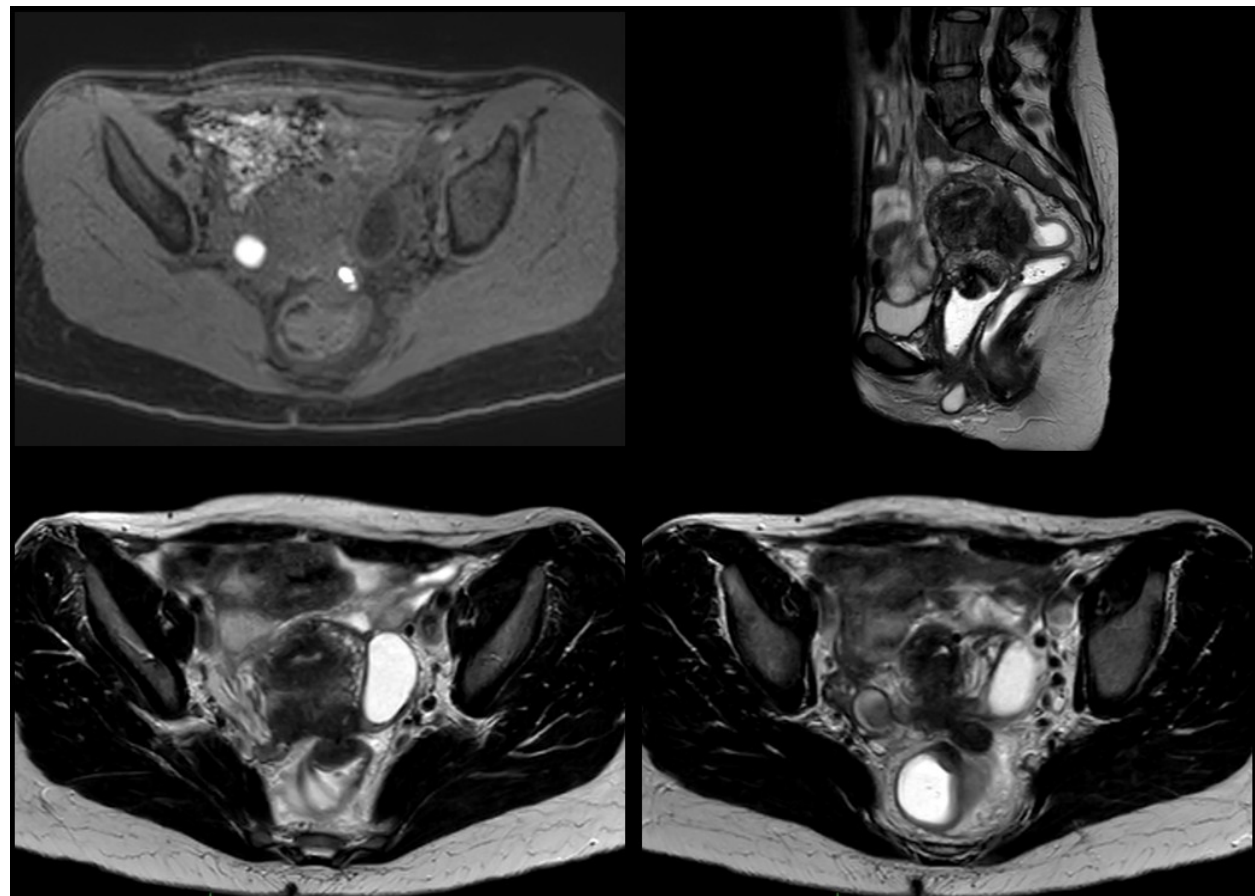


Figura 3. Caso clínico propio. Servicio de Radiodiagnóstico Hospital Doctor Peset

Tuberculosis Peritoneal

Infección por *Mycobacterium tuberculosis* - principal causa de mortalidad infecciosa mundial.

La afectación **abdominal** es la **manifestación** extrapulmonar **más frecuente**.

Formas clínicas (frecuentemente superpuestas):

- Forma **húmeda** (90%): ascitis abundante, difusa o loculada, densa (25-40 UH).
- Forma **seca**: adherencias, engrosamiento del epiplón y mesenterio, nódulos caseosos.
- Forma **fibrótica**: masas mesentéricas/omentalas hipodensas, ascitis encapsulada.

Relevancia clínica:

Puede mimetizar linfoma, mesotelioma, pseudomixoma peritoneal y carcinomatosis peritoneal.

Cuadro clínico **larvado e inespecífico** (fiebre, dolor abdominal difuso, ascitis) junto con pruebas de laboratorio poco concluyentes contribuyen al retraso diagnóstico.

TBC peritoneal - Hallazgos radiológicos

Hallazgos orientativos a TBC:

- Engrosamiento peritoneal liso, difuso y con realce marcado.
- Ascitis libre o loculada de alta densidad.
- Adenopatías de aspecto necrótico (sin obstrucción, a diferencia de las metastásicas).
- Esplenomegalia, microabscesos hepáticos o esplénicos, calcificaciones ganglionares.
- Engrosamiento del íleon terminal o del ciego.
- Ausencia de tumor primario.

Diferenciación con carcinomatosis peritoneal:

Implantes nodulares irregulares, "omental cake" prominente y engrosamiento peritoneal infiltrativo.

Integrar hallazgos de imagen con datos clínicos, epidemiológicos, determinación de ADA y biopsia peritoneal.



Casos clínicos TBC

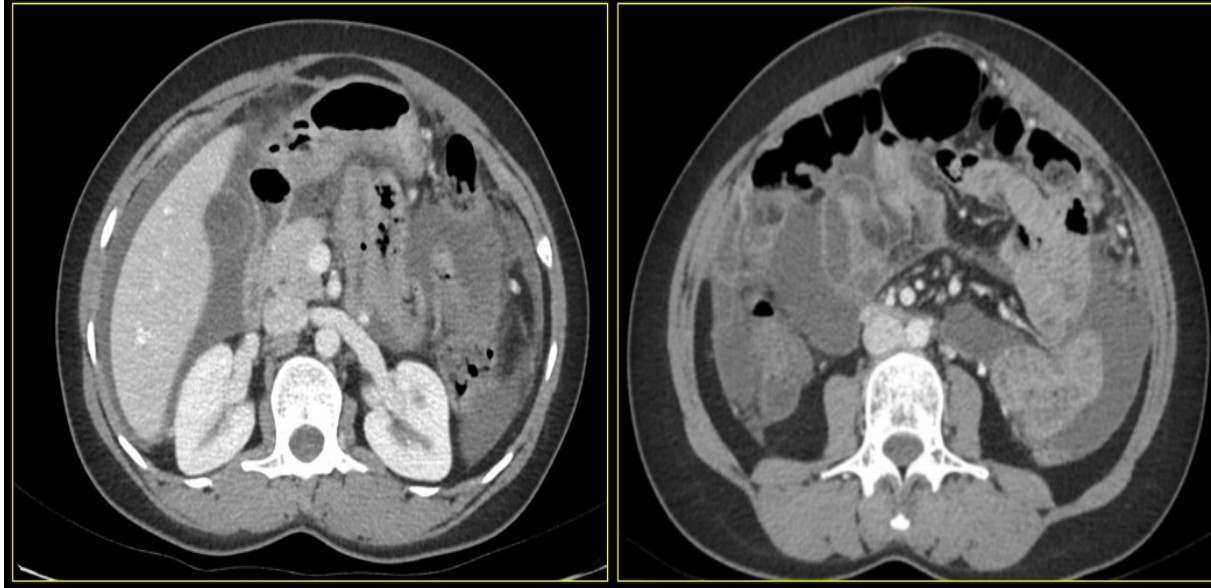


Figura 4. TBC peritoneal: hallazgos superponibles a carcinomatosis con abundante ascitis y engrosamientos nodulares en omento y aislados en peritoneo.

Caso clínico propio. Servicio de Radiodiagnóstico Hospital Doctor Peset

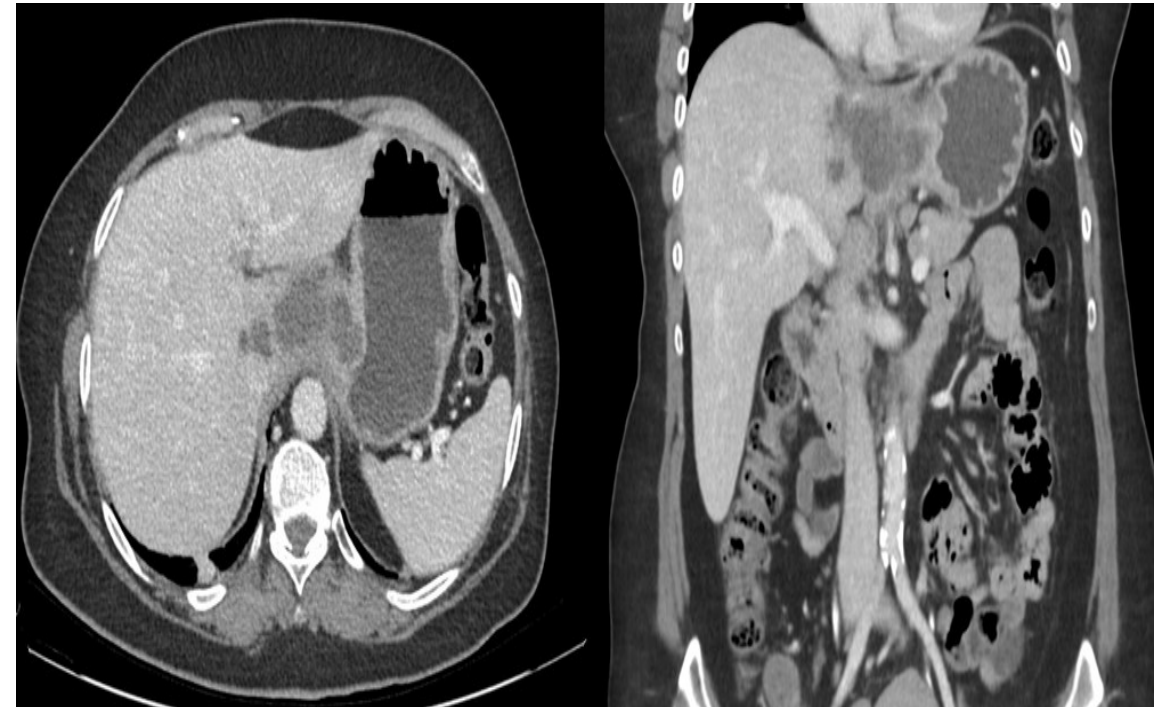


Figura 5. TBC simulando masa gástrica en TC. Importante considerar el contexto clínico-epidemiológico e integrar con pruebas específicas (ADA, biopsia peritoneal).

Caso clínico propio. Servicio de Radiodiagnóstico Hospital Doctor Peset

Colitis por Citomegalovirus (CMV)

Infección infrecuente pero relevante en pacientes inmunocomprometidos.

Se manifiesta hasta en el 10% de los pacientes con SIDA.

Cuadro clínico:

- Diarrea, fiebre y dolor abdominal de larga evolución (forma típica).
- Ocasionalmente molestias abdominales sin diarrea.

Formas de presentación en TC:

- Engrosamiento parietal segmentario y concéntrico con patrón de doble halo (edema submucoso + realce mucoso).
- Ascitis, trabeculación de grasa mesorrectal, adenopatías locorregionales.
- Engrosamientos focales y circunferenciales con estenosis.
- Masas exofíticas y ulceradas que simulan carcinoma de colon.

Mensaje clave:

- No estadificar por RM sin anatomía patológica aunque los hallazgos sugieran neoplasia rectal, ya que la proctitis por CMV o rádica pueden ser simuladoras radiológicas.
-

Colitis por CMV - RM actual

Caso clínico:

Varon de 28 anos, VIH+. RM de recto con hallazgos que plantean diagnostico diferencial con neoplasia rectal.

Hallazgos en RM actual:

- Engrosamiento rectal excéntrico en vertiente lateral izquierda.
- Ulceración-fistulización en vertiente derecha.
- Realce difuso y restricción a la difusión.
- Alteración de grasa mesorrectal y adenopatías asociadas.

Diagnóstico diferencial:

Sin poder descartar malignidad por imagen, el contexto clínico (VIH+) y la evolución temporal fueron claves para orientar hacia proctitis por CMV.

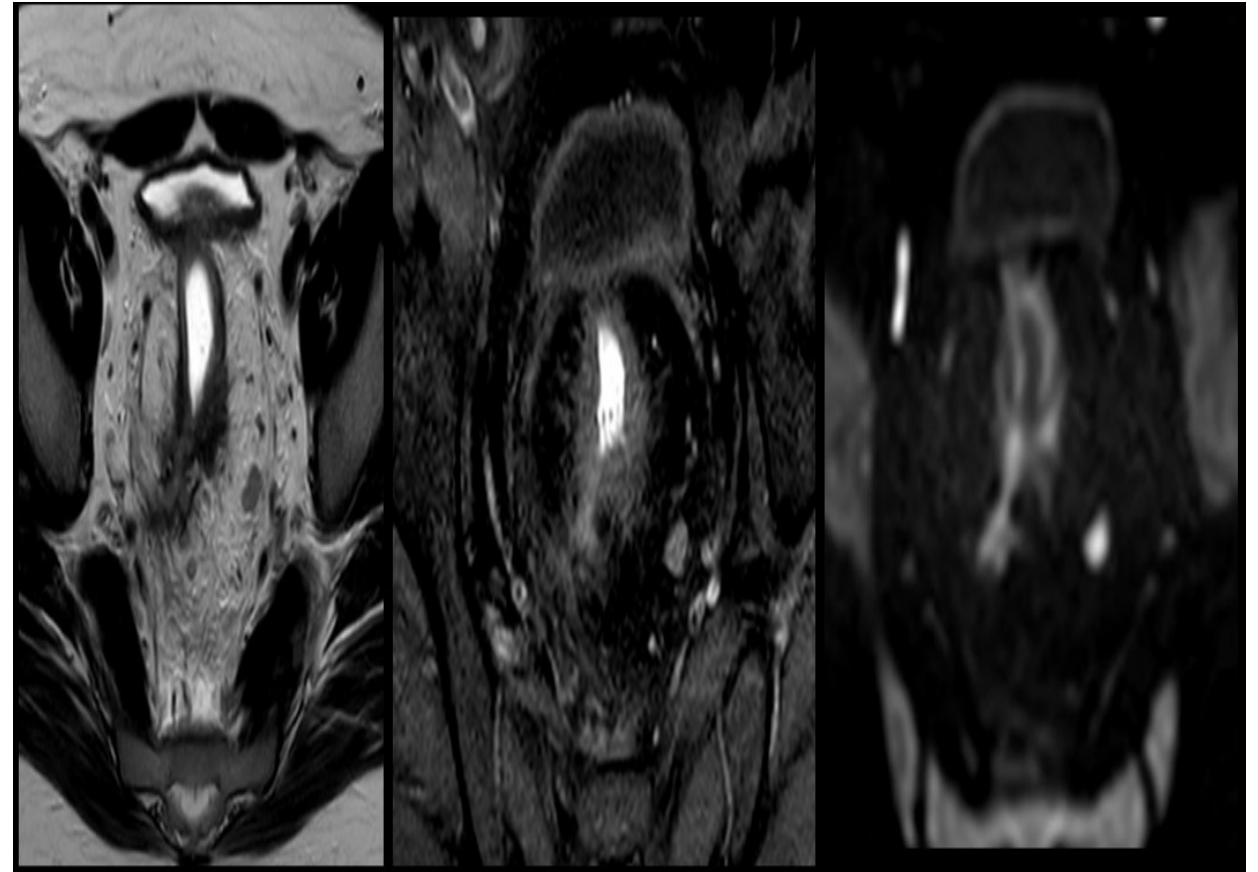


Figura 6. Caso clínico propio. Servicio de Radiodiagnóstico Hospital Doctor Peset

Colitis por CMV - RM previa (1 año antes)

Claves diagnósticas:

- Hiperintensidad y restricción difusa de la mucosa.
- Engrosamiento parietal concéntrico y difuso con preservación de capas: orienta a colitis infecciosa-inflamatoria.

Conclusion del caso:

La comparación con la RM previa, el contexto clínico (VIH+) y la evolución temporal orientaron el diagnóstico a proctitis por CMV, evitando la estadificación errónea de neoplasia rectal.

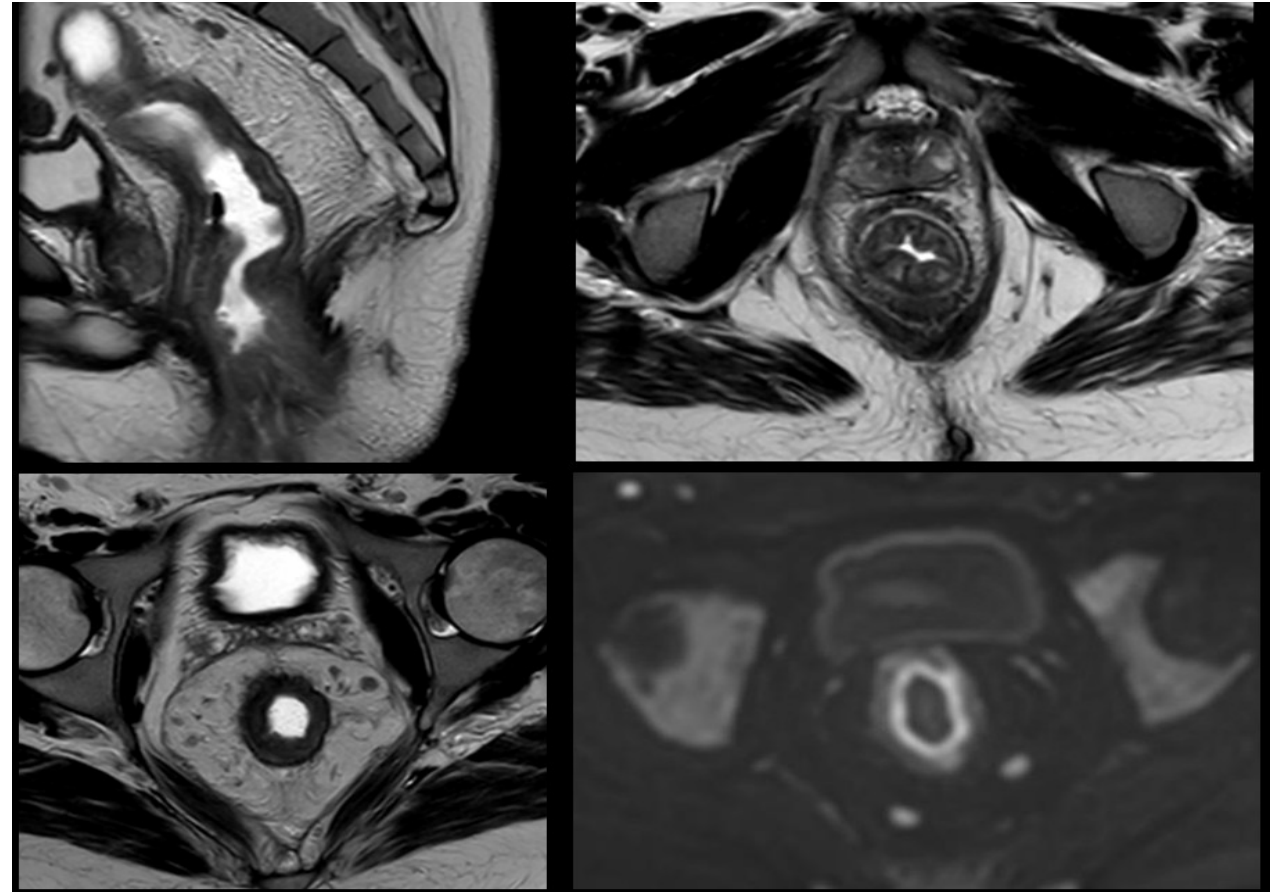


Figura 7. Caso clínico propio. Servicio de Radiodiagnóstico Hospital Doctor Peset

Esquistosomiasis Hepatica

Segunda parasitosis mundial más frecuente tras el paludismo.

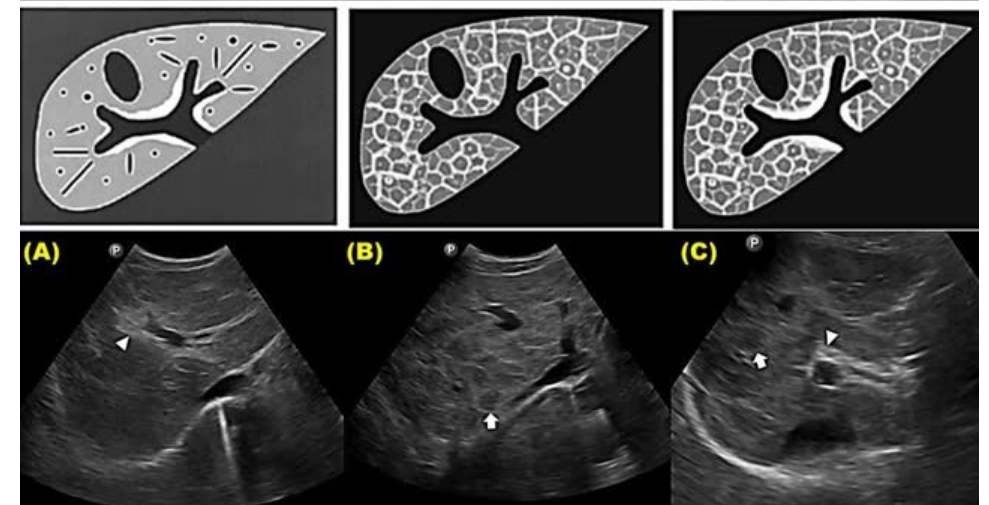
Causada por *Schistosoma mansoni* y *S. japonicum*.

Fisiopatología:

Los huevos viajan desde la luz intestinal por venas mesentéricas hasta el sistema portal, quedando atrapados en espacios presinusoidales. Esto genera respuesta granulomatosa crónica que induce fibrosis periportal, calcificaciones capsulares e hipertensión portal presinusoidal (5-15 años tras la infección). *Para una representación esquemática de la fisiopatología, véase Sailer et al. (RadioGraphics, 2023).*

Hallazgos más específicos:

- Patron de fibrosis hepática periportal y/o interseptal en "caparazón de tortuga".
- Nódulos esplénicos sideróticos.
- Coexistencia de hipertensión portal presinusoidal.



*Patrones de fibrosis hepática observados en la esquistosomiasis por *S. japonicum*.*

*(A) Fibrosis periportal (B) Fibrosis interseptal (en caparazón de tortuga).
(C) Fibrosis portal e interseptal concomitantemente (FP + FSI).*

Esquistosomiasis - Diagnostico diferencial

La apariencia fibrótica y multifocal con tendencia a la confluencia, junto con la hepatopatía crónica e hipertensión portal en TC pueden simular:

- Hepatocarcinoma difuso o infiltrativo (CHC).
- Colangiocarcinoma formador de masa.
- Afectación metastásica extensa.

Hallazgos que orientan a malignidad (ausentes en esquistosomiasis):

- Elevación de marcadores tumorales (AFP en CHC).
- Patrón de realce arterial con lavado precoz (wash-out) en estudio multifásico.
- Trombosis portal tumoral (especialmente frecuente en CHC).

Clave diagnóstica:

- Contexto clínico-epidemiológico compatible (procedencia de zona endémica, antecedente de exposición) junto con los hallazgos radiológicos específicos.
-

Esquistosomiasis - Caso clínico

Hallazgos en TC:

- Hígado de bordes nodulares.
- Múltiples lesiones infiltrativas subcapsulares.
- Calcificaciones distróficas y fibrosis.
- Hepatoesplenomegalia con hipertrofia compensadora de segmentos no afectados.

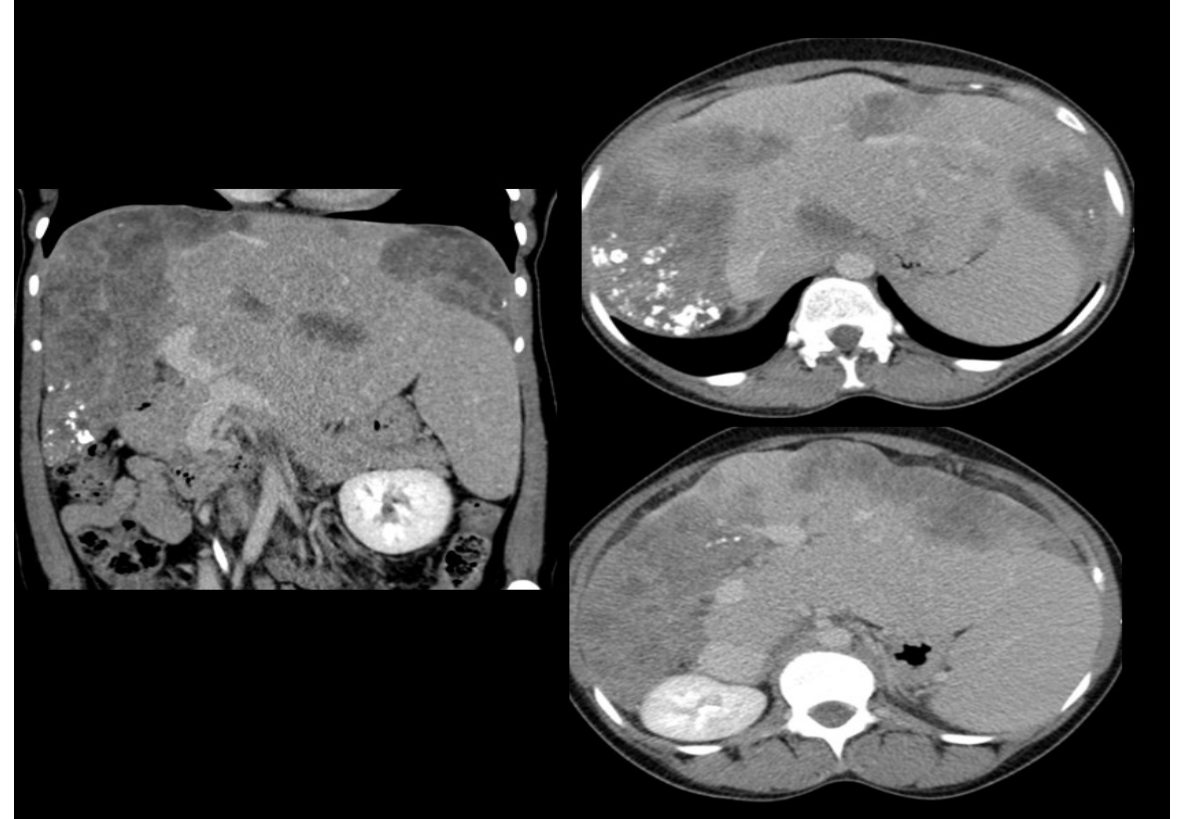


Figura 8. Caso clínico propio. Servicio de Radiodiagnóstico Hospital Doctor Peset

Conclusiones

- ✓ Los procesos infecciosos e inflamatorios pueden simular neoplasias abdominales, lo que supone un desafío diagnóstico con importantes implicaciones clínicas.
- ✓ La experiencia del radiólogo junto con el contexto clínico-epidemiológico son fundamentales para la correcta interpretación de las pruebas de imagen y evitar el diagnóstico erróneo.

TAKE HOME MESSAGES



- ✓ **Actinomicosis:** masa sólido-quística con infiltración local extensa, abscesos/fístulas; adenopatías y afectación a distancia infrecuentes. Asociación con DIU. Cultivos positivos solo hasta un 50%. Clave: alta sospecha clínica.
 - ✓ **Endometriosis profunda:** signo del champiñón en RM, infiltración centripeta respetando mucosa; incluir en diagnóstico diferencial en mujeres en edad reproductiva con cuadros obstructivos.
 - ✓ **TBC peritoneal:** engrosamiento peritoneal liso, ascitis densa, adenopatías necroticas sin obstrucción; contexto epidemiológico clave.
 - ✓ **Colitis por CMV:** engrosamiento rectal en doble halo o masa exofítica en paciente inmunocomprometido. No estadificar sin biopsia.
 - ✓ **Esquistosomiasis hepática:** patrón de *caparazón de tortuga* o *ojo de buey*; ausencia de trombosis portal tumoral ni lavado precoz y contexto clínico-epidemiológico compatible.
-

BIBLIOGRAFÍA

1. VanBuren W, Feldman M, Shenoy-Bhangle AS, Sakala MD, Young S, Chamie LP, Giudice L, Hindman NM, Tong A, Rabban JT, Yano M, Kilcoyne A, Dave HD, Poder L, Kho RM, Burnett TL, Khan Z, King C, Shen L, Colak C, Burk KS, Causa Andrieu PI, Franco IVP, Glanc P, Kielar AZ, Taffel MT, Kania LM, Bonde A, Pectasides M, Arif-Tiwari H, Laifer-Narin S, Nicola R, Jha P. Radiology state-of-the-art review: endometriosis imaging interpretation and reporting. *Radiology*. 2024 Sep;312(3):e233482. doi: 10.1148/radiol.233482
2. Rousset P, Florin M, Bharwani N, Touboul C, Monroc M, Golfier F, Nougaret S, Thomassin-Naggara I; ENDOVALIRM Group. Deep pelvic infiltrating endometriosis: MRI consensus lexicon and compartment-based approach from the ENDOVALIRM group. *Diagn Interv Imaging*. 2023 Mar;104(3):95–112. doi: 10.1016/j.diii.2022.09.004.
3. Shieh AC, Guler E, Tirumani SH, Dumot J, Ramaiya NH. Clinical, imaging, endoscopic findings, and management of patients with CMV colitis: a single-institute experience. *Emerg Radiol*. 2020 Jun;27(3):277–284. doi: 10.1007/s10140-020-01750-z.
4. Yeh PJ, Wu RC, Chen CL, Chiu CT, Lai MW, Chen CC, Chiu CH, Pan YB, Lin WR, Le PH. Cytomegalovirus diseases of the gastrointestinal tract in immunocompetent patients: a narrative review. *Viruses*. 2024 Feb 23;16(3):346. doi: 10.3390/v16030346.
5. Saad AA, Ragab Y, Ahmed ES, Emad Y, Alghamdi FA, Taha I, Rasker JJ, Saad AA. Pelvi-abdominal actinomyces as a complication of long-term use of intrauterine device (IUD): the important role of imaging in diagnosis and follow-up. *Radiology Case Reports*. 2022 Nov;17(11):4286–4290. doi: 10.1016/j.radcr.2022.08.035.
6. Heo SH, Shin SS, Kim JW, Lim HS, Seon HJ, Jung SI, Jeong YY, Kang HK. Imaging of actinomyces in various organs: a comprehensive review. *RadioGraphics*. 2014 Jan-Feb;34(1):19–33. doi: 10.1148/rg.341135077.
7. Sailer A, McDermott E, Huynh KN, Kearns C. Schistosomiasis. *RadioGraphics*. 2023 Feb;43(2):e220193. doi: 10.1148/rg.220193.
8. Jha DK, Gupta P, Neelam PB, Kumar R, Krishnaraju VS, Rohilla M, Prasad AS, Dutta U, Sharma V. Clinical and radiological parameters to discriminate tuberculous peritonitis and peritoneal carcinomatosis. *Diagnostics (Basel)*. 2023 Oct 13;13(20):3206. doi: 10.3390/diagnostics13203206.
9. Edo Prades MÁ, Revert Espí R, Troconis Vaamonde V, Casanovas Feliu E, Tomás Chenoll M, Rocafuerte Ávila C. Estudio de la endometriosis mediante resonancia magnética. *SERAM [Internet]*. 2021 [citado 2026 mar 19]. Disponible en: <https://pubs.seram.es/index.php/seram/article/view/3881>

Declaración sobre las figuras Las imágenes radiológicas incluidas en esta presentación (Figuras 1-8) corresponden a casos clínicos propios del Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Doctor Peset. Su uso ha sido autorizado conforme a la normativa de protección de datos vigente (Reglamento UE 2016/679) y los datos de los pacientes han sido anonimizados. No se ha requerido permiso adicional de terceros para su reproducción.