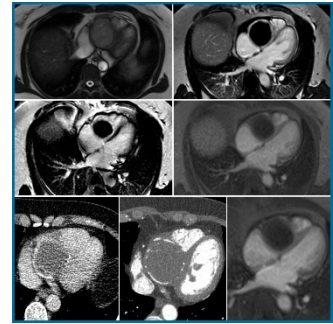


CARACTERÍSTICAS IMAGENOLÓGICAS DE UN QUISTE HIDATÍDICO INTRACARDÍACO: UN REPORTE DE CASO CON CORRELACION TC-RM



Imaging features of an intracardiac hydatid cyst: a case report with ct–mri correlation.

Altamirano Mollisaca, Ronald Angel¹; Quillay Florecin, Maria Eulalia Celeste²

1. Médico Residente de Radiología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

2. Médico Residente de Radiología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren.



Palabras clave:

Hidatidosis cardíaca; masa intracardíaca; caso clínico.

RESUMEN

Introducción: La hidatidosis cardíaca es una manifestación excepcional de la infección por *Echinococcus granulosus*, con una incidencia de apenas 0,02–2% de los casos. Su presentación clínica suele ser inespecífica, dificultando el diagnóstico oportuno.

Caso Clínico: Mujer de 52 años, inicialmente evaluada por dolor lumbar, en quien se identificó incidentalmente una masa calcificada en ventrículo derecho. Los estudios ecocardiográficos confirmaron una lesión de 5 × 6 cm adherida al tabique interventricular, con compromiso del velo tricúspideo y con correlación en TC-RM cardíaca. La serología (Western blot e inmunoblot) fue positiva para hidatidosis. Aunque inicialmente se planteó cirugía y albendazol, la evaluación multidisciplinaria concluyó que se trataba de un quiste no viable, optándose por manejo conservador con seguimiento clínico e imagenológico.

Conclusiones: Este caso resalta la importancia de incluir la hidatidosis en el diagnóstico diferencial de masas intracardíacas calcificadas.



Keywords:

Cardiac hidatidosis; intracardiac mass; case report.

ABSTRACT

Introduction: Cardiac hydatidosis is an exceptional manifestation of *Echinococcus granulosus* infection, with an incidence of only 0.02–2% of cases. Its clinical presentation is often nonspecific, making timely diagnosis challenging.

Clinical Case: A 52-year-old woman, initially evaluated for lumbar pain, was found to have an incidental calcified mass in the right ventricle. Echocardiography confirmed a 5 × 6 cm lesion attached to the interventricular septum and involving the tricuspid valve leaflet and with correlation cardiac CT-MRI. Serology (Western blot and immunoblot) was positive for hydatidosis. Although surgery and albendazole therapy were initially considered, a multidisciplinary team concluded the cyst was non-viable, and conservative management with clinical and imaging follow-up was chosen.

Conclusions: This case emphasizes the importance of considering hydatidosis in the differential diagnosis of calcified intracardiac masses.

1. Médico Residente de Radiología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

2. Médico Residente de Radiología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren.

Correspondencia:

Ronald Angel Altamirano Mollisaca
E-mail: ronald.altamirano@unmsm.edu.pe

Disponible en internet:
2810-6654 / © 2026 Sociedad Peruana de Radiología

INTRODUCCIÓN

La hidatidosis cardíaca es una zoonosis parasitaria causada por la larva del cestodo *Echinococcus granulosus*. Es una entidad de excepcional rareza, pero de extrema gravedad y potencial letal. Aunque los quistes hidatídicos se localizan con mayor frecuencia en el hígado y el pulmón, el compromiso cardíaco solo se presenta en un 0,02% al 2% de los casos documentados. Esta baja incidencia y la inespecificidad de la presentación clínica dificultan su diagnóstico oportuno, por lo que el personal médico debe mantener un alto índice de sospecha en regiones endémicas^{1,2}.

La localización intracardíaca más frecuente es el ventrículo izquierdo, seguido por el ventrículo derecho y el tabique interventricular. La sintomatología es muy variable; mientras algunos casos son asintomáticos, otros pueden manifestarse con dolor torácico, palpitaciones, disnea, o complicaciones graves como arritmias severas, insuficiencia cardíaca, fenómenos embólicos sistémicos o muerte súbita. El diagnóstico se basa en la integración de estudios de imagen avanzada. La ecocardiografía es la piedra angular y se complementa con tomografía computarizada (TC) y resonancia magnética (RM) cardíaca para determinar las características morfológicas. El apoyo serológico es útil, aunque presenta limitaciones en sensibilidad.^{3,4,5}

El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica completa del quiste, generalmente acompañada de tratamiento médico antiparasitario con albendazol antes y después de la cirugía para reducir el riesgo de recurrencia y diseminación intraoperatoria. La farmacoterapia exclusiva se reserva para casos en los que la cirugía está contraindicada. La intervención temprana es crucial para prevenir desenlaces fatales, requiriéndose un seguimiento clínico-imagenológico prolongado por el riesgo de recidiva. No obstante, la literatura sobre el manejo conservador de quistes hidatídicos cardíacos no viables - definidos mediante criterios imagenológicos estrictos de TC y RM - es escasa. Este vacío de conocimiento otorga valor excepcional a documentar casos en los que la integración de hallazgos multimodales permite evitar una intervención quirúrgica de alto riesgo sin comprometer la seguridad del paciente^{6,7}.

CASO CLÍNICO

Mujer de 52 años, sin antecedentes médicos relevantes, con ingresos recurrentes desde

noviembre de 2022 por dolor lumbar derecho. El 15 de junio de 2023 se solicitó urotomografía sin contraste para descartar litiasis renal, donde incidentalmente se identificó en ventrículo derecho una imagen ovoide calcificada de 53,5 × 50,8 mm, confirmada en informe del 20 de julio de 2023. Los exámenes de laboratorio realizados, como hemograma, examen de orina, bioquímica analítica y anticuerpos contra CMV, herpes virus y toxoplasma, el 1 de julio fueron normales. Sin embargo, la prueba de anticuerpos antinucleares indicó un sustrato celular HEp-2 (Human Epithelioma type 2) positivo de patrón nuclear moteado con títulos en 1/80. Este hallazgo fue interpretado por el equipo clínico como un resultado incidental sin relevancia diagnóstica directa para el caso, dado que títulos bajos de ANA pueden observarse en población general sin enfermedad autoinmune definida y no guardan relación fisiopatológica conocida con la hidatidosis.

En septiembre de 2023, una nueva tomografía describió la misma lesión con características calcificadas, recomendando estudio cardíaco específico. El 16 de septiembre la paciente acudió a emergencia por dolor torácico agudo, que cedió con analgésicos. El ecocardiograma del 26 de octubre mostró una masa en ventrículo derecho de 4,8 × 4,5 cm, sin obstrucción del flujo. Posteriormente, la ecocardiografía realizada en diciembre en hospital de referencia informó una masa de 5x6 cm con bordes calcificados en el ventrículo derecho, adherida al tabique interventricular y con compromiso del velo de la válvula tricúspide, con fracción de eyección del ventrículo izquierdo conservada (50%) y sin valvulopatías significativas, lo que motivó hospitalización.

Ante la sospecha de etiología parasitaria, el 22 de diciembre se solicitó estudio serológico, resultando Western blot positivo para hidatidosis. La tomografía contrastada del 26 de diciembre confirmó una masa intracavitaria, bien delimitada, con densidad homogénea y calcificación periférica, sin realce tras contraste, compatible con quiste hidatídico (Figura 1 y 2). Se envió la muestra al Instituto Nacional de Salud (INS) y el 28 de diciembre el inmunoblot confirmó el diagnóstico.

En enero de 2024 se realizaron juntas médicas de cardiología, infectología y cirugía cardiovascular. Inicialmente se indicó albendazol y planteó resección quirúrgica; sin embargo, infectología concluyó que la lesión era no viable basándose en

criterios imagenológicos y serológicos: calcificación periférica extensa indicativa de degeneración parasitaria, ausencia total de realce con contraste en TC y RM (concordante con ausencia de actividad metabólica), contenido homogéneo sin vesículas hijas ni tabiques internos, estabilidad morfológica en estudios seriados, y ausencia de compromiso hemodinámico. En consecuencia, la lesión no se beneficiaría del tratamiento antiparasitario. Tras discusión

multidisciplinaria se decidió manejo conservador con seguimiento clínico e imagenológico. La paciente se encuentra en seguimiento y no ha presentado nuevos episodios de dolor torácico ni compromiso hemodinámico. La resonancia cardíaca realizada en marzo de 2025 permitió caracterizar de manera más precisa el quiste hídrico, sirviendo como línea basal para seguimiento (Figura 3, 4 y 5).

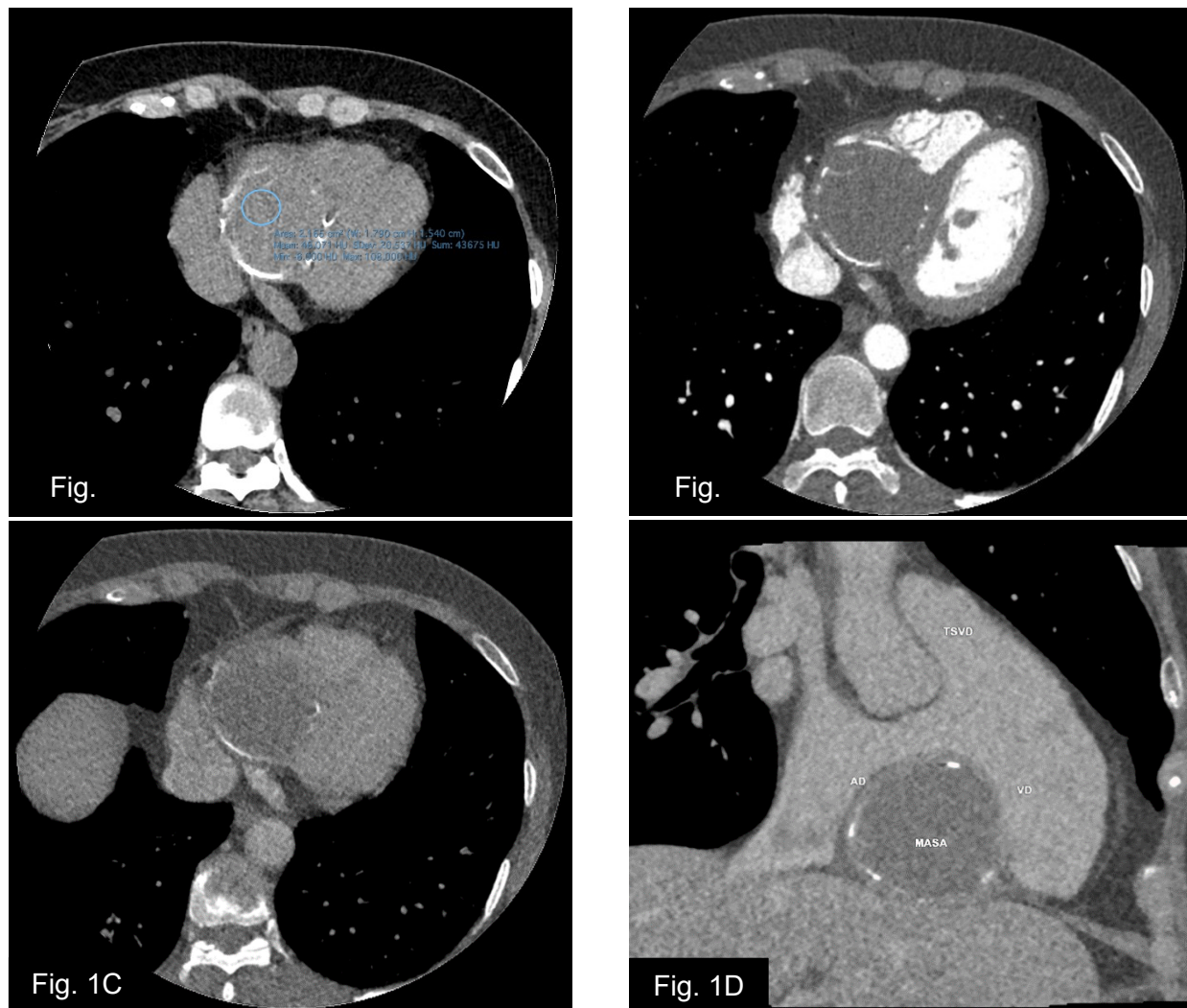


Figura 1. Tomografía Computarizada Cardíaca, corte axial (espesor de corte reconstruido 1,5 mm; contraste iodado no iónico 370 mgI/mL a 1,5 mL/kg, fases sin contraste, arterial y venosa). **A.** En fase sin contraste, se observa una formación quística de paredes finas, de contornos bien definidos con calcificación y morfología ovalada. La densidad del interior de la lesión es de 46 UH (círculo). **B.** En fase arterial, se muestra que la lesión quística no realza con contraste y está localizada en el ventrículo derecho a nivel del tracto de entrada, adherida al tabique interventricular, de aproximadamente 49 mm × 48 mm (DT × DAP; cabeza de flecha). **C-D.** En fase venosa, la lesión se encuentra adherida a la pared inferior ventricular sin obstrucción de tracto de salida del ventrículo derecho (TSVD), no muestra realce con el contraste y presenta un contenido hipodenso en relación a la sangre cardíaca (flechas).

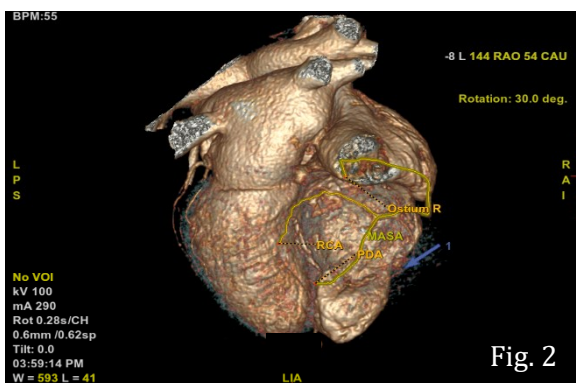


Figura 2. Reconstrucción tridimensional de la tomografía computarizada cardíaca (volume rendering, vista anterior). Se visualiza la masa quística calcificada localizada en el ventrículo derecho, adyacente al tabique interventricular, sin compromiso del tracto de salida del ventrículo derecho (TSVD). La calcificación periférica completa de la pared quística, signo de cronicidad y degeneración parasitaria (flecha).

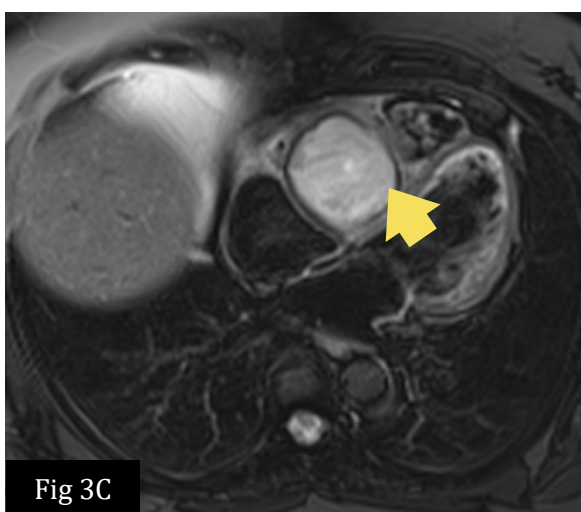
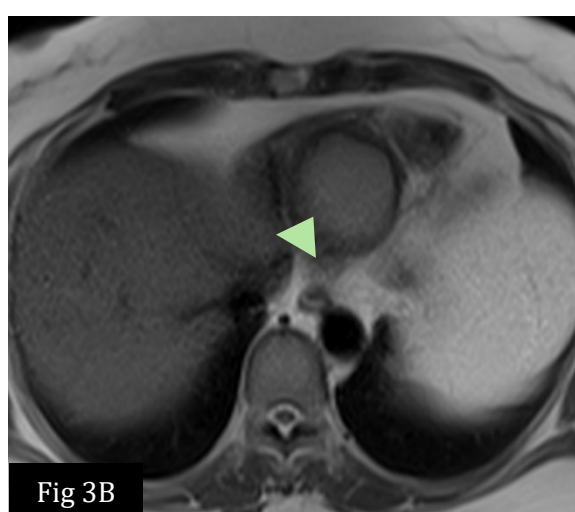
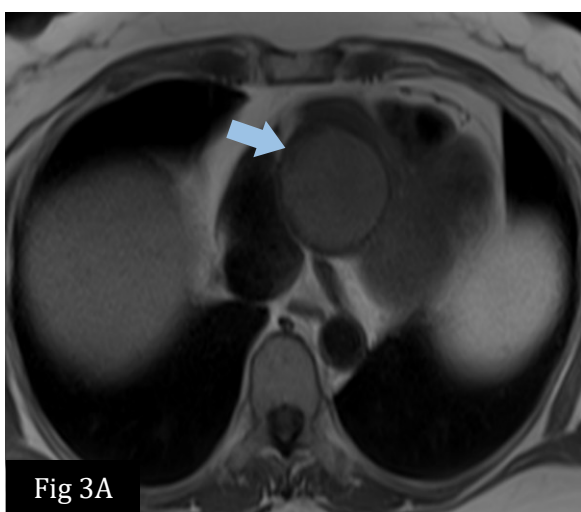


Figura 3. Resonancia Magnética Cardíaca. Secuencias con sangre “oscura” (sincronización ECG; FOV 350 mm). **A.** En T1W (TR 680 ms / TE 20 ms) se observa una lesión redondeada ubicada en el ventrículo derecho que mide 55 × 49 mm (DT × DAP) de bordes finos con ausencia de señal sugyente de calcificación parietal (flecha), así como contenido isoíntenso homogéneo respecto al miocardio. **B.** En T2W (TR 2000 ms / TE 80 ms) se observa el borde hipointenso calcificado y un contenido predominantemente hiperintenso con respecto al miocardio, de naturaleza quística (cabeza de flecha). **C-D.** En T2 FS a cuatro cámaras, en el plano axial se observa que la lesión se encuentra adherida al tabique interventricular y al anillo tricúspideo (flechas); su contenido interno se mantiene hiperintenso y no suprime. En el plano sagital, se muestra un pequeño lóbulo accesorio en su cara intraventricular dirigido hacia el tracto de salida del ventrículo derecho (TSVD; cabeza de flecha).

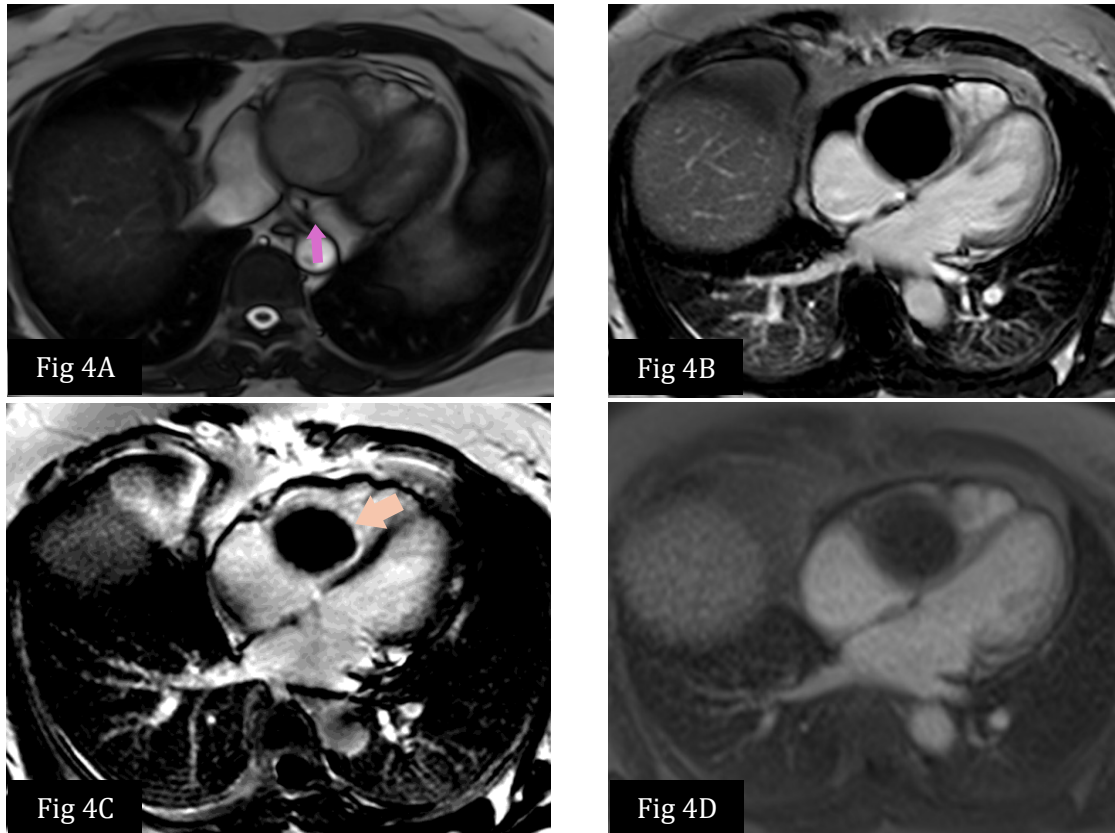


Figura 4. Resonancia Magnética Cardíaca. Secuencias con sangre “brillante” (sincronización ECG; FOV 350 mm). **A.** Secuencia Cine SSFP (TR 3,1 ms / TE 1,6 ms). Se muestra un quiste bien definido con contenido de señal intermedia homogénea sin tabiques internos y que presenta ligero movimiento durante el ciclo cardíaco sin obstrucción del tracto de salida del ventrículo derecho (flecha). **B.** Secuencia de realce precoz PSIR. La lesión no muestra realce con el contraste. **C.** Secuencia de realce tardío PSIR (10 min post-gadolinio 0,2 mmol/kg). Se identifica que el quiste muestra un realce circunferencial alrededor sugerente de fibrosis periférica (flecha). **D.** En la secuencia de perfusión la lesión quística se muestra como un defecto de perfusión sin realce con el contraste.

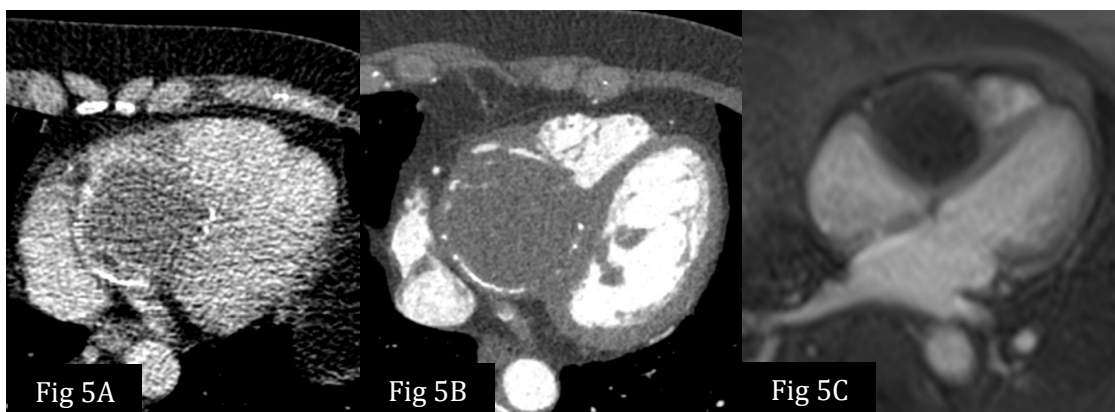


Figura 5. Comparación evolutiva del quiste hidatídico intracardíaco. Imágenes en TC sin contraste (corte axial) en dos tiempos: **(A)** basal (junio 2023), **(B)** control a los 3 meses (setiembre 2024) y **(C)** control por RM a los 12 meses (marzo 2025). Se evidencia estabilidad morfológica y dimensional de la lesión calcificada en ventrículo derecho, sin cambios en el patrón de calcificación periférica ni en el contenido interno, lo que respalda la decisión de manejo conservador.

DISCUSIÓN

El caso clínico presenta las características radiológicas similares a lo encontrado en estudio previo en Turquía donde enfatizaron la importancia de las técnicas de imagen cardíacas para el diagnóstico preciso y manejo terapéutico. El método de primera elección suele ser la ecocardiografía para identificar una masa cardíaca, pero su limitación principal es la caracterización tisular definitiva. Coincide con lo visto en el presente caso ya que la TC y RM cardíaca con contraste permitió una evaluación superior de la calcificación de la pared quística - un signo de cronicidad - y, lo que es más crítico, demostró la ausencia de realce tras la administración de medio de contraste, un hallazgo prácticamente patognomónico que diferencia a un quiste hidatídico de tumores cardíacos vasculares como los mixomas o los angiosarcomas.⁸

En el diagnóstico diferencial de una lesión localizada en el ventrículo derecho también deben considerarse los trombos intracavitarios, una de las masas cardíacas más frecuentes. A diferencia del quiste hidatídico, los trombos generalmente no presentan una pared calcificada propia y suelen asociarse con factores predisponentes, como alteraciones de la motilidad ventricular, dilatación de las cavidades o estados de hipercoagulabilidad. Asimismo, deben descartarse otras lesiones benignas y quísticas, como los quistes pericárdicos, los quistes broncogénicos y los teratomas. En este contexto, la TC proporciona una adecuada evaluación morfológica y permite identificar con mayor precisión las calcificaciones, mientras que la RM aporta una mejor caracterización tisular y valoración del comportamiento tras la administración de contraste. La identificación de una lesión quística con calcificación periférica, ausencia de realce y, cuando están presentes, membranas desprendidas o vesículas hijas, constituye un conjunto de hallazgos altamente sugestivo de infección por *Echinococcus granulosus*.⁹

Más allá de la confirmación diagnóstica, la estratificación del riesgo es un componente crítico en el manejo de la hidatidosis cardíaca. Como exhaustivamente revisan Odev et al., las complicaciones potencialmente letales de estos quistes están directamente relacionadas con su localización, tamaño e integridad estructural. En nuestro caso, la

localización en el ventrículo derecho con llevaba un riesgo latente de embolización pulmonar masiva, ya sea de vesículas hijas o del contenido del quiste en caso de ruptura, una complicación catastrófica ampliamente documentada. La TC demostró ser superior a otras modalidades para descartar calcificaciones groseras de la pared, las cuales, si bien sugieren cronicidad, no excluyen la posibilidad de ruptura. Asimismo, la capacidad de la angiotomografía cardíaca fue fundamental en nuestro paciente para evaluar la permeabilidad del tracto de salida del ventrículo derecho y la arteria pulmonar, descartando signos de embolización subclínica. La RM cardíaca, como señala la misma revisión, ofrece ventajas complementarias, particularmente en la caracterización tisular para diferenciar el contenido líquido simple de un quiste complicado con detrito o tabiques internos, y en la evaluación del edema o reacción inflamatoria en el miocardio circundante mediante secuencias de realce T2 o post-gadolinio.¹⁰

La singularidad topográfica de nuestro caso, con la localización del quiste en el ventrículo derecho, encuentra un contraste con el reporte de Kucuk et al., quienes describieron un quiste hidatídico en el tracto de salida del ventrículo derecho, una localización excepcionalmente rara. En dicho estudio, la proximidad del quiste al aparato valvular y al tracto de salida exigió una disección precisa bajo circulación extracorpórea para minimizar el riesgo de embolización intraoperatoria o de provocar una insuficiencia valvular iatrogénica. A diferencia del presente caso que no requirió intervención quirúrgica puesto que no ocasionaba obstrucción del tracto de salida del ventrículo derecho. La evolución favorable de nuestro paciente, sin recurrencia o complicaciones en el seguimiento a medio plazo, corrobora la eficacia de este abordaje conservador.¹¹ En particular, la declaración de no viabilidad del quiste no debe basarse exclusivamente en la presencia de calcificación periférica, la cual, si bien es un marcador de cronicidad, puede coexistir con actividad parasitaria residual. Los criterios que orientaron la decisión en nuestro caso incluyeron: (1) calcificación completa y confluyente de la pared quística en TC; (2) ausencia absoluta de realce post-contraste

tanto en fase arterial como venosa; (3) señal homogénea sin estructuras internas en todas las secuencias de RM; (4) ausencia de realce perilesional en secuencias de perfusión; y (5) estabilidad volumétrica entre estudios seriados. La integración de estos criterios multimodales de TC y RM constituye, a juicio del equipo multidisciplinario, el estándar de referencia para seleccionar pacientes candidatos a manejo conservador. En conclusión, la presentación de un quiste hidatídico cardíaco, aunque infrecuente, debe ser reconocida mediante un alto índice de sospecha clínica y el uso estratégico de la imagen en TC-RM. Estos casos refuerzan la noción de que el manejo óptimo reside en la combinación de un diagnóstico imagenológico preciso y una planificación

terapéutica, fundamentada en un conocimiento de las potenciales complicaciones.

CONCLUSIONES

Este caso resalta la importancia de mantener un alto índice de sospecha clínica frente a hallazgos incidentales de masas intracardíacas, especialmente en áreas endémicas de hidatidosis. La confirmación diagnóstica mediante estudios serológicos y de imagen avanzada permitió establecer la viabilidad del quiste y guiar la decisión de manejo conservador. La experiencia descrita enfatiza la necesidad de seguimiento clínico - imagenológico a largo plazo y de un abordaje multidisciplinario para optimizar el pronóstico del paciente y evitar intervenciones innecesarias.

Línea de tiempo del caso

Fecha	Evento / Hallazgo
Noviembre 2022	Inicio de consultas recurrentes por dolor lumbar derecho. Sin diagnóstico establecido.
Junio 2023	Urotomografía sin contraste por sospecha de litiasis renal: hallazgo incidental de masa ovoide calcificada en ventrículo derecho (53,5 × 50,8 mm). Confirmado en informe del 20-Jul-2023.
1 de julio 2023	Laboratorios generales normales. ANA positivo 1/80 (patrón nuclear moteado); interpretado como hallazgo incidental sin relevancia para el diagnóstico.
Septiembre 2023	Nueva TC con-firma la misma lesión calcificada. Se recomienda estudio cardíaco específico.
16-Sep-2023	Consulta a emergencia por dolor torácico agudo. Cede con analgésicos. Sin cambios hemodinámicos.
Octubre 2023	Ecocardiograma (26-Oct): masa en ventrículo derecho 4,8 × 4,5 cm, sin obstrucción del flujo.
Diciembre 2023	Ecocardiograma (hospital referencia): masa 5 × 6 cm, bordes calcificados, adherida al tabique interventricular, compromiso velo tricuspídeo; FEVI 50%. Hospitalización.
22-Dic-2023	Serología: Western blot positivo para hidatidosis.
26-Dic-2023	TC contrastada: masa intracavitaria sin realce, calcificación periférica; compatible con quiste hidatídico no viable (Figura 1).
28-Dic-2023	Inmunoblot confirmatorio en el Instituto Nacional de Salud (INS): positivo para hidatidosis.
Enero 2024	Juntas médicas multidisciplinarias (cardiología, infectología, cirugía cardiovascular). Decisión: manejo conservador por criterios imagenológicos de no viabilidad del quiste.
Marzo 2025	RM cardíaca (línea basal de seguimiento): quiste estable, sin cambios morfológicos, sin complicaciones hemodinámicas (Figuras 3–4).

PERSPECTIVA DE LA PACIENTE

La paciente comprendió y aceptó el plan de manejo conservador tras la explicación detallada del equipo multidisciplinario. Refirió alivio ante la decisión de evitar una cirugía de alto riesgo y manifestó compromiso con el seguimiento clínico e imagenológico periódico. Al momento del último control, la paciente se encontraba en buen estado general, sin síntomas cardiovasculares activos, y expresó satisfacción con la evolución de su caso. Se obtuvo consentimiento informado para la atención clínica, así como para la publicación del caso, incluyendo el uso de imágenes diagnósticas con fines académicos, de conformidad con las normas éticas institucionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Al-Falluji W, Naif A, Obaidy W. Hidatidosis cardíaca. *J Univ Babylon Pure Appl Sci*. 2019;27(2). doi:10.29196/jubpas.v27i2.2050
2. Neuville M, Grisoli D, Nicoud A, Jacquier A, Lagier J, Collart F, et al. Cardiac hydatidosis. *Am J Trop Med Hyg*. 2010;83(1):102-103. doi:10.4269/ajtmh.2010.10-0026
3. Parihar P, Bhosale M, Patil R, Nimodia D, Kataria G, Suryadevara M, et al. Quiste hidatídico cardíaco aislado: una presentación rara pero potencialmente mortal de la infección hidatídica. *Radiol Case Rep*. 2025;20:2123-2128. doi:10.1016/j.radcr.2024.12.060
4. Lu Y, Zhang L, Xing Q, Zhou X, Li Y, Zhang J, et al. Ventricular tachycardia as the initial symptom of cardiac hydatidosis. *Chin Med J*. 2019;132:2765-2766. doi:10.1097/CM9.0000000000000520
5. Aware B, Mahoungou N, Mamadou C, Abakar B, Seydou H, Adam F, et al. Rare Case of Cardiac Hydatidosis and Review of the Literature. *Cardiol Angiol Int J*. 2022;11(4):45-50. doi:10.9734/ca/2022/v11i430214
6. Tunçer E, Taş S, Mataracı I, Tuncer A, Donmez A, Aksut M, et al. Tratamiento quirúrgico de la hidatidosis cardíaca en 13 pacientes. *Tex Heart Inst J*. 2010;37(2):189-193.
7. Kudsi M, Sires A, Wardeh J, Ismail A, Azzawi T. Successful off-pump resection of apical cardiac hydatid cyst: A rare case report. *Medicine (Baltimore)*. 2025;104(2):e41811. doi:10.1097/MD.00000000000041811
8. Dursun M, Ege T, Yildiz B, Canga C, Onur I, Narin C, et al. Cardiac Hydatid Disease: CT and MRI Findings. *AJR Am J Roentgenol*. 2008;190(1):226-232.
9. Gatti M, D'Angelo T, Muscogiuri G, Dell'aversana S, Andreis A, Carisio A, et al. Cardiovascular magnetic resonance of cardiac tumors and masses. *World J Cardiol*. 2021;13(11):628-649. doi:10.4330/wjc.v13.i11.628
10. Odev K, Acu B, Aribas BK, Goktay AY, Karcaaltincaba M, Kiresi DA. Imaging of Cystic and Cysticlike Lesions of the Mediastinum with Pathologic Correlation. *Radiographics*. 2022;42(4):999-1022. doi:10.1148/rg.230041
11. Gupta A, Mishra S, Jaiswal S, Pande S. Intracardiac hydatid cyst located in right ventricular outflow tract: a rare site. *Indian J Thorac Cardiovasc Surg*. 2021;37(4):452-455. doi:10.1007/s12055-021-01165-6