



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE CUENCA

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE MEDICINA**

**EMBARAZO ECTÓPICO BILATERAL. REPORTE DE CASO**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MÉDICO**

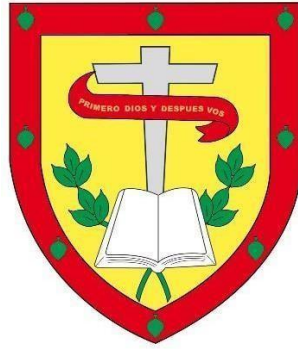
**AUTOR: STEVE MANUEL CALLE REINOSO**

**DIRECTOR: DRA. ZOILA KATHERINE SALAZAR**

**CUENCA - ECUADOR**

**2026**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE MEDICINA**

**EMBARAZO ECTÓPICO BILATERAL. REPORTE DE CASO**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MÉDICO**

**AUTOR: STEVE MANUEL CALLE REINOSO**

**DIRECTOR: DRA. ZOILA KATHERINE SALAZAR**

**CUENCA - ECUADOR**

**2026**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**

## DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD

Yo, **Steve Manuel Calle Reinoso** portador de la cédula de ciudadanía No. **03023314289**. Declaro ser el autor de la obra: **“Embarazo Ectópico Bilateral. Reporte de caso”** sobre el cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, 27 de mayo del 2026

F: .....  .....  
Validar Únicamente en FirmaEC.  
STEVE MANUEL CALLE  
REINOSO

Steve Manuel Calle Reinoso

**C.I. 0302334289**

## CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR / TUTOR

Certifico que el presente trabajo denominado **“Embarazo Ectópico Bilateral. Reporte de caso”** realizado por **Steve Manuel Calle Reinoso** con documento de identidad **No. 0302334289** previo a la obtención del título profesional de Médico, ha sido asesorado, supervisado y desarrollado bajo mi tutoría en todo su proceso, cumpliendo con la reglamentación pertinente que exige la Universidad Católica de Cuenca y los requisitos que determina la investigación científica.

Cuenca, 27 de mayo del 2026



F:.....

Zoila Katherine Salazar Torres  
**C.I. 714669981**  
**DIRECTOR/TUTOR**

## **DEDICATORIA**

A mi mamá, quien con su amor incondicional y fortaleza me enseñó que los sueños se construyen con esfuerzo, dedicación y fe. Tus palabras de aliento y tus abrazos en los momentos más difíciles me dieron la seguridad de que podía lograrlo. Gracias por cada sacrificio, por cada noche en vela preocupándote por mí y por ser mi mayor inspiración. Eres el ejemplo de valentía y dedicación que siempre llevaré conmigo.

A mi papá, por ser mi guía y mi soporte en cada paso de este camino. Tus consejos llenos de sabiduría, tu paciencia y tu constante apoyo me mostraron que no hay meta inalcanzable si se lucha con perseverancia. Gracias por estar siempre a mi lado, impulsándome a dar lo mejor de mí misma, incluso en los momentos más complicados.

A mis hermanos, quienes con su amor y compañía hicieron que este trayecto fuera más llevadero. Gracias por las risas que aligeraron mis días, por las palabras de aliento que me dieron fuerzas y por ser mi refugio en los momentos de incertidumbre. Cada uno de ustedes ha sido una pieza fundamental en este logro, y les agradezco profundamente por estar siempre ahí, sin importar la distancia o las circunstancias.

Y a mi querido Bruno, mi fiel compañero de cuatro patas, quien estuvo a mi lado en cada noche de estudio y en cada momento de cansancio. Tu presencia silenciosa, tus ojos llenos de ternura y tu energía contagiosa fueron un bálsamo para mi alma. Gracias por recordarme siempre la importancia de detenerme un momento y simplemente disfrutar del presente.

A todos ustedes, que fueron mi motor, mi inspiración y mi fortaleza, les dedico este trabajo con todo mi corazón. Este logro no es solo mío, es de todos nosotros, porque juntos enfrentamos los desafíos y juntos celebramos este triunfo. Gracias por ser mi familia y por hacerme sentir siempre tan amada y apoyada.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, por ser mi luz y mi guía en cada paso de este camino. Gracias por darme la fortaleza en los momentos de dificultad, la sabiduría para tomar decisiones y la paciencia para perseverar. En cada logro y en cada desafío superado, siempre sentí Tu presencia acompañándome y recordándome que con fe todo es posible.

A la Dra. Katherine Salazar, por su invaluable apoyo, dedicación y paciencia durante la realización de esta tesis. Su orientación no solo me permitió completar este trabajo de manera correcta, sino que también me enseñó la importancia de la excelencia y el compromiso en cada detalle. Gracias por compartir su conocimiento y por ser una mentora que inspira a alcanzar siempre lo mejor.

A la universidad, por brindarme el conocimiento y las herramientas necesarias para crecer tanto académica como profesionalmente. Agradezco a los profesores que, con su entrega y pasión, marcaron mi formación, y a la institución que me permitió cumplir este sueño.

A todos ustedes, les expreso mi más sincero agradecimiento por ser parte fundamental en este logro. Su influencia y apoyo han dejado una huella imborrable en mi vida y en mi carrera.

## RESUMEN

**Introducción:** el embarazo ectópico bilateral es la forma más rara de embarazo extrauterino y es extremadamente difícil de diagnosticar, llegando a presentar entre el 1% de los embarazos. La primera publicación de embarazo ectópico bilateral fue reportada hace muchos años atrás reportando hasta la actualidad alrededor de 200 casos, algunos de los países que han reportado estos casos clínicos son: Chile, México, Colombia entre otros. Además, el diagnóstico se basa en la clínica pruebas de laboratorio (gonadotropina coriónica humana, progesterona, etc.) y ecografía transvaginal.

**Presentación caso clínico:** paciente femenina de 33 años de edad, AGO: G: 1, P: 1, C: 0, A: 0, refiere cuadro clínico de 15 días de sangrado transvaginal moderado, acompañado por dolor en la región de hipogastrio, con intensidad de 7/10 en la escala de EVA, acude con una ecografía de embarazo ectópico con saco amniótico, se valora y decide ingreso con expectativa quirúrgica. se realizó laparotomía exploratoria, con hallazgos de hemoperitoneo de aproximadamente 300 ml, embarazo ectópico derecho accidentado, presentando una masa anexial en fase de emplastamiento +/- 8 cm, embarazo ectópico tubárico izquierdo no accidentado +/- 3cm, ovario izquierdo macroscópicamente normal, sangrado aproximado de 350 ml, diagnosticando embarazo ectópico bilateral resuelto por anexectomía tubal derecha más salpingectomía parcial izquierda.

**Conclusiones:** el embarazo ectópico bilateral es una patología poco común a nivel mundial y en nuestro medio, el diagnóstico se basa en la clínica, pruebas de laboratorio (gonadotropina coriónica humana y progesterona), ecografía transvaginal y su tratamiento consiste en cirugía.

**Palabras clave:** Diagnostico, Embarazo ectópico, Salpingectomía.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Bilateral ectopic pregnancy is the rarest form of extrauterine pregnancy and is extremely difficult to diagnose, occurring in 1% of pregnancies. The first publication of bilateral ectopic pregnancy was reported many years ago, reporting around 200 cases to date. Some of the countries that have reported these clinical cases are Chile, Mexico, and Colombia, among others. Furthermore, the diagnosis is based on clinical laboratory tests (human chorionic gonadotropin, progesterone, and others) and transvaginal ultrasound.

**Clinical case presentation:** Female patient, 33 years old, AGO [Gynecology and Obstetrics Antecedents by its Spanish acronym]: G: 1, P: 1, C: 0, A: 0, referred clinical picture of 15 days of moderate transvaginal bleeding, accompanied by pain in the hypogastric region with an intensity of 7/10 on the VAS scale, attended with ultrasound of ectopic pregnancy with amniotic sac, was evaluated and it was decided to admit her with surgical expectation. An exploratory laparotomy was performed, with findings of hemoperitoneum of approximately 300 ml, an injured right ectopic pregnancy, presenting an adnexal mass in the plastering phase +/- 8 cm, an uninjured left tubal ectopic pregnancy +/- 3cm, a macroscopically normal left ovary, hemorrhage of approximately 350 ml, diagnosing bilateral ectopic pregnancy resolved by right tubal adnexectomy plus partial left salpingectomy.

**Conclusions:** Bilateral ectopic pregnancy is a rare pathology worldwide, and in our environment, the diagnosis is based on clinical symptoms, laboratory tests (human chorionic gonadotropin and progesterone), transvaginal ultrasound, and its treatment consists of surgery.

**Keywords:** Diagnosis, Ectopic pregnancy, Salpingectomy.

## ÍNDICE

<i>RESUMEN</i> .....	7
<i>ABSTRACT</i> .....	8
<i>INTRODUCCIÓN</i> .....	10
<i>OBJETIVOS</i> .....	12
Objetivo General .....	12
Objetivos Específicos.....	12
<i>REPORTE DEL CASO</i> .....	13
Información del paciente .....	13
Hallazgos clínicos .....	13
Línea de tiempo .....	14
Evaluación diagnóstica.....	15
Intervención terapéutica .....	19
Seguimiento y resultados .....	21
<i>DISCUSIÓN</i> .....	22
<i>PERSPECTIVA DEL PACIENTE</i> .....	26
<i>CONCLUSIONES</i> .....	27
<i>BIBLIOGRAFÍA</i> .....	30
<i>ANEXOS</i> .....	33

## INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico es una condición obstétrica de alto riesgo en la que un óvulo fertilizado se implanta fuera de la cavidad uterina, generalmente en las trompas de Falopio, aunque también puede ocurrir en otros lugares como el cuello uterino, los ovarios o la cavidad abdominal. Afecta entre el 1% y el 2% de todos los embarazos y constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna en el primer trimestre del embarazo (1,2). En los Estados Unidos, se estima que es responsable del 9% de las muertes relacionadas con el embarazo, lo que subraya la gravedad de esta patología en mujeres en edad reproductiva (2). En el Reino Unido, se registran alrededor de 12,000 casos de embarazo ectópico al año, lo que equivale a 30 casos diarios. Aunque las tasas de mortalidad relacionadas con esta afección han disminuido en las últimas décadas gracias a los avances en el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno, sigue siendo un desafío clínico importante. Se estima que en 5 de cada 9 mujeres fallecidas por complicaciones obstétricas no se consideró el embarazo ectópico como diagnóstico inicial (3).

En Latinoamérica, la incidencia del embarazo ectópico es similar a la de otras regiones, con una tasa aproximada de 1 por cada 10,000 nacimientos vivos. En Ecuador, según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), esta patología representó el 1.6% de las defunciones maternas por causas gineco-obstétricas en el año 2020, ocupando el noveno lugar entre las principales causas de mortalidad materna (4,5).

El embarazo ectópico tubárico bilateral, una de las formas más raras de embarazo extrauterino, plantea un desafío aún mayor para el diagnóstico debido a que su presentación clínica inicial es casi indistinguible del embarazo ectópico unilateral (6). La presentación clínica suele incluir la tríada clásica de sangrado vaginal, amenorrea y dolor abdominal, lo que puede retrasar el diagnóstico diferencial de esta condición

poco frecuente (7).

El tratamiento del embarazo ectópico bilateral puede ser quirúrgico o médico, dependiendo de varios factores, incluyendo la estabilidad hemodinámica de la paciente, la extensión de la afección, el deseo de preservar la fertilidad y el estado funcional de las trompas. La cirugía sigue siendo la opción más común y puede realizarse a través de una laparoscopia (8, 9).

Desde el primer reporte de un embarazo ectópico bilateral en 1918, se han documentado más de 200 casos en la literatura médica mundial. Países de América Latina, como Chile, México y Colombia, han informado de casos clínicos, aunque no se han registrado informes sobre casos bilaterales simultáneos en países como Bolivia. Varias teorías han sido propuestas para explicar la aparición de estos embarazos, desde la ovulación múltiple con implantación en sitios de daño tubárico, hasta la migración transperitoneal de células trofoblásticas o la superfetación, un evento extremadamente raro en el que se fertiliza un segundo ovocito en una mujer ya embarazada (9).

Este reporte de caso analiza la presentación clínica, diagnóstico y tratamiento de un embarazo ectópico bilateral, destacando la importancia del diagnóstico precoz y la selección de una terapia adecuada para minimizar las complicaciones y preservar la salud reproductiva de la paciente (10).

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Analizar un caso clínico de embarazo ectópico bilateral en una paciente femenina, con el propósito de contribuir al conocimiento científico sobre esta condición rara, describiendo sus características clínicas, manejo quirúrgico y evolución postoperatoria.

### **Objetivos Específicos**

- Describir las características clínicas y antecedentes médicos de la paciente, incluyendo los factores de riesgo asociados al embarazo ectópico bilateral.
- Detallar los hallazgos imagenológicos y quirúrgicos que permitieron el diagnóstico preciso del embarazo ectópico bilateral, así como el tratamiento implementado.
- Desarrollar la evolución postoperatoria de la paciente, discutiendo las posibles complicaciones, pronóstico y recomendaciones para el seguimiento en casos similares.

## **REPORTE DEL CASO**

### **Información del paciente**

Paciente femenina de 33 años de edad refiere cuadro clínico de 15 días de sangrado transvaginal moderado, acompañado por dolor en la región de hipogastrio, con intensidad de 7/10 en la escala de EVA, acude con una ecografía de embarazo ectópico con saco amniótico, se valora y decide ingreso con expectativa quirúrgica.

Antecedentes gineco obstétricos: Gestantes 1, Partos 1, Cesaría 0, Aborto 0.

### **Hallazgos clínicos**

Signos vitales: Presión arterial 132/80 mmhg, Frecuencia cardiaca 80 lpm, Frecuencia respiratoria 20 rpm, Saturación de oxígeno 95%, Temperatura 36 °C.

La paciente presenta dolor abdominal en la región del hipogastrio a la palpación profunda y sangrado vaginal en moderada cantidad.

SCORE MAMA:0

## Línea de tiempo



Figura 1. Línea de tiempo del embarazo ectópico bilateral. Elaboración propia

### Evaluación diagnóstica

La biometría hemática y las pruebas de coagulación están dentro de los límites normales (TABLA 1)

TABLA 1. Biometría hemática realizada el día del ingreso de la paciente. Elaboración propia

<b>Determinaciones</b>	<b>Resultado</b>	<b>Rango de normalidad</b>
<b>Hemoglobina</b>	12.6 g/dl	11- 13 g/dl
<b>Monocitos</b>	8.8 %	6.0-7.4 %
<b>Hematocrito</b>	35.8 %	39.0-51.0 %
<b>Tiempo de protrombina</b>	10.9 s	10-13 s
<b>Actividad protrombínica</b>	102.5 %	70-120 %
<b>INR</b>	1.05	0.8-1.2
<b>Tiempo parcial de tromboplastina</b>	17.9 s	20.0- 40.0 s

TABLA 2. Bioquímica sanguínea realizada el día del ingreso de la paciente. Elaboración propia

<b>Parámetro</b>	<b>Resultado</b>	<b>Valores de referencia</b>
<b>Glucosa basal</b>	95 mg/dl	74–106 mg/dl
<b>Urea</b>	18.7 mg/dl	17.0–43.0 mg/dl
<b>Creatinina</b>	0.73 mg/dl	0.67–1.17 mg/dl

TABLA 3. Exámenes hormonales realizada el día del ingreso de la paciente. Elaboración propia

<b>Parámetro</b>	<b>Resultado</b>	<b>Valores de referencia</b>
<b>Beta-HCG cuantificada</b>	24 609.00 mUI/ml	6–8 semanas: 1 500–200 000 mUI/ml

La paciente se realizó una ecografía transvaginal como parte del diagnóstico inicial, observando las siguientes características.



Figura 2. Ecografía. Ovario derecho se evidencia saco gestacional con presencia de producto embrionario mide CRL 1,78cm. Fuente: imagen de la historia clínica del paciente.



Figura 3. Ecografía. Útero, ecogenicidad heterogénea mide 7.40x5.27x5.64cm con volumen de 114 gramos, endometrio engrosado mide 12mm limpio. Fuente: imagen de la historia clínica del paciente.



Figura 4. Ecografía. Presencia de producto embrionario de 8 semanas y 2 días.  
Fuente: imagen de la historia clínica del paciente.

### **Intervención terapéutica**

Durante la estancia hospitalaria, se instauraron medidas terapéuticas orientadas a estabilizar a la paciente y prevenir complicaciones infecciosas y hemorrágicas. Se administró solución de cloruro de sodio al 0,9% (1000 cc) por vía intravenosa a 30 gotas por minuto para la hidratación y la reposición de líquidos. Como profilaxis antibiótica y tratamiento de infecciones potenciales, se administró cefazolina 1 g intravenosa cada 8 horas, gentamicina 160 mg intravenosa en una sola dosis, y óvulos de metronidazol por vía vaginal. Además, se complementó el manejo con ácido ascórbico 1 g intravenoso, con el objetivo de potenciar la respuesta antioxidante y mejorar la recuperación tisular. Para el manejo del dolor, se indicó ketorolaco 30 mg intravenoso cada 8 horas, y para el control de náuseas, se utilizó metoclopramida 10 mg intravenosa cada 8 horas. Estas intervenciones aseguraron una atención integral que abordó tanto los aspectos hemodinámicos como el control sintomático de la paciente.

Se le realiza a paciente anexectomía total derecha más salpingectomía parcial izquierda, se puede observar en la (FIGURA 5) y (FIGURA 6).



Figura 5. Embarazo ectópico tubárico izquierdo +/- 3cm no accidentado. Fuente: imagen de la historia clínica del paciente.

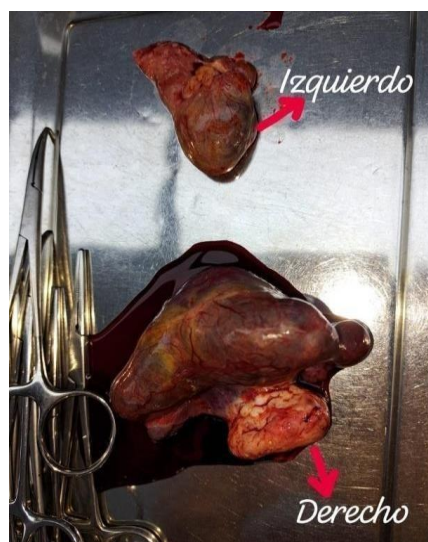


Figura 6. Anexectomía total derecha más salpingectomía parcial izquierda. Fuente: imagen de la historia clínica del paciente.

### **Seguimiento y resultados**

La paciente se mantiene estable, con un sangrado leve, al siguiente día, la paciente se seguía manteniendo tranquila y estable, deambula y refiere cefalea de leve intensidad, con presencia de dolor de moderada intensidad en la herida quirúrgica, presenta sus signos vitales estables y la herida quirúrgica sin signos, ni síntomas de infección, 72 horas postoperatorio, al momento se refiere mantenerse tranquila, micción espontánea. Se solicita e indica alta hospitalaria tras revisión.

- Alta intrahospitalaria:
- Cefalexina 500 mg vía oral cada 8 horas por 5 días.
- Gentamicina 160 mg intramuscular por 5 días.
- Ibuprofeno 400 mg vía oral cada 8 horas
- Retiro de puntos a los 8 día

## DISCUSIÓN

El embarazo ectópico, especialmente en su forma bilateral, representa una emergencia ginecológica rara y de alta complejidad que requiere un diagnóstico temprano y un abordaje terapéutico adecuado para prevenir complicaciones potencialmente mortales como ruptura tubárica y hemorragia interna (1). En este caso, la paciente de 33 años presentó signos característicos, como sangrado vaginal y dolor en el hipogastrio, coincidiendo con el dolor abdominal bajo y sangrado que Martínez et al. identificaron como síntomas clave del embarazo ectópico (1). Asimismo, Domínguez y colaboradores refieren que la evaluación inicial debe incluir un examen pélvico detallado para determinar la extensión de la afección, particularmente en embarazos ectópicos sospechosos (2).

La ecografía transvaginal realizada fue fundamental para confirmar la presencia de un saco amniótico y evaluar la necesidad de intervención quirúrgica. Ouyang et al. subrayan que la ecografía transvaginal es el método más preciso para el diagnóstico de embarazo ectópico debido a su alta sensibilidad y especificidad en la detección temprana de embarazos fuera del útero (3). Espinoza et al., además, enfatizan la importancia de la ecografía en el diagnóstico diferencial, destacando su utilidad en la evaluación de estructuras ováricas y tubáricas comprometidas en este tipo de embarazos (4).

El tratamiento inicial de la paciente incluyó la administración de soluciones intravenosas y antibióticos profilácticos, como cefazolina y gentamicina, siguiendo las recomendaciones para reducir el riesgo de infecciones postoperatorias en cirugías ginecológicas invasivas (5). Según Benz et al., el uso de antibióticos profilácticos es esencial en procedimientos de emergencia para prevenir infecciones postoperatorias que podrían complicar la recuperación de la paciente (6). Rocabado menciona además que el uso de analgésicos como el ketorolaco en el manejo del dolor agudo

postoperatorio es clave para mejorar el bienestar del paciente durante las primeras horas tras la cirugía (7).

Para el manejo quirúrgico, la paciente fue sometida a una anexectomía total derecha y una salpingectomía parcial izquierda. Toneut señala que, en casos complejos como los embarazos ectópicos bilaterales, estos procedimientos son efectivos para eliminar tejido afectado y reducir la posibilidad de recurrencia (8). En línea con estas recomendaciones, Hoffmann et al. documentan que la anexectomía es frecuentemente la mejor opción cuando el embarazo ectópico bilateral compromete las trompas de Falopio y no es viable el manejo conservador (9).

El manejo postoperatorio incluyó la administración de cefalexina y gentamicina, un régimen antibiótico recomendado para prevenir infecciones a largo plazo en pacientes sometidas a cirugía pélvica. Nyakura y sus colegas afirman que el uso prolongado de antibióticos en el postoperatorio de embarazos ectópicos es particularmente importante cuando el procedimiento quirúrgico es invasivo (10). Además, el uso de ibuprofeno para el manejo del dolor se ajusta a las pautas de Jena et al., quienes argumentan que los antiinflamatorios no esteroides (AINE) ayudan a controlar el dolor sin comprometer la recuperación (11).

Otro aspecto relevante fue la indicación de metronidazol en óvulos para profilaxis vaginal, lo cual se ha sugerido en la literatura como una medida preventiva para infecciones vaginales en pacientes con cirugías ginecológicas complejas (12). En su análisis, Masten et al. encontraron que la administración de metronidazol vaginal reduce el riesgo de infecciones bacterianas en el tracto genital bajo tras procedimientos quirúrgicos invasivos, lo cual es consistente con la ausencia de infección en este caso (13).

La evolución favorable de la paciente en el postoperatorio inmediato, caracterizada por la estabilidad de sus signos vitales y ausencia de complicaciones graves, es coherente con estudios que muestran que el tratamiento quirúrgico temprano en embarazos ectópicos resulta en una recuperación más rápida y menos complicaciones (14,15). Damiani et al. sostienen que la intervención quirúrgica en embarazos ectópicos bilaterales, en particular, tiene un pronóstico favorable cuando se realiza de manera oportuna y con control adecuado del dolor postoperatorio (16).

La indicación de alta hospitalaria tras 72 horas de monitoreo postoperatorio responde a protocolos actuales que priorizan la recuperación ambulatoria siempre que la paciente esté estable, según sugieren Murphy et al. en sus recomendaciones para la gestión de pacientes tras cirugía de emergencia (17). Hu y Liang destacan que, en ausencia de signos de infección o complicación, el alta temprana permite un manejo efectivo y seguro en el hogar (18).

El seguimiento ambulatorio se basó en un régimen de cefalexina y gentamicina intramuscular, con retiro de puntos a los ocho días, una medida que se encuentra respaldada en la literatura para asegurar una adecuada cicatrización y prevenir infecciones en heridas quirúrgicas pélvicas (19). Sun y Huang enfatizan que la administración de antibióticos en el postoperatorio y el retiro de puntos a tiempo son factores clave en el pronóstico de pacientes que han pasado por cirugías ginecológicas de emergencia (20).

Este caso de embarazo ectópico bilateral ilustra la importancia de la capacitación de los profesionales de la salud en la identificación y manejo de condiciones poco frecuentes pero críticas en la ginecología (21). Olivero et al. destacan que la formación continua en temas de embarazo ectópico y complicaciones ginecológicas es crucial para la toma de decisiones oportunas y efectivas (22). En ese mismo sentido, De Los Ríos et al. subrayan que el conocimiento sobre los protocolos de emergencia en

ginecología, como la anexectomía y la salpingectomía, mejora los resultados clínicos en pacientes con embarazos ectópicos complejos (23).

Se destaca la rareza del embarazo ectópico bilateral y la necesidad de un tratamiento personalizado para estos casos, lo cual coincide con las observaciones de Acet et al., quienes sostienen que la elección del tratamiento debe basarse en factores como la estabilidad hemodinámica y la localización del embarazo ectópico (24). En algunos casos, cuando el diagnóstico es precoz, el tratamiento farmacológico con metotrexato puede ser viable; sin embargo, Ramadana et al. indican que el tratamiento quirúrgico es inevitable en embarazos ectópicos avanzados, como el presentado en este caso (25).

La estabilidad de la paciente al alta y su recuperación satisfactoria muestran que el manejo quirúrgico y postoperatorio fue adecuado y que se aplicaron correctamente las guías clínicas descritas en la literatura. En su revisión, Imshiria et al. señalan que la adherencia a protocolos de manejo quirúrgico y antibiótico en casos de emergencia ginecológica mejora significativamente los desenlaces clínicos y reduce las tasas de complicaciones (26). En este caso, la paciente se mantuvo estable y sin signos de infección, un desenlace que, según estudios de Ghosh et al., se asocia a un tratamiento quirúrgico adecuado y una profilaxis antibacteriana eficaz (27).

## **PERSPECTIVA DEL PACIENTE**

"Después de días de dolor y preocupación por el sangrado, finalmente me siento mejor. Saber qué estaba pasando y recibir el tratamiento adecuado me dio tranquilidad. Estoy agradecida de que se detectó a tiempo y de la atención que recibí. Aunque no ha sido fácil, hoy siento menos dolor y más esperanza. Ahora estoy enfocada en recuperarme y cuidarme mejor para superar su experiencia."

## CONCLUSIONES

**Objetivo general:** Analizar un caso clínico de embarazo ectópico bilateral en una paciente femenina, con el propósito de contribuir al conocimiento científico sobre esta condición rara, describiendo sus características clínicas, manejo quirúrgico y evolución postoperatoria.

El análisis del caso de embarazo ectópico bilateral en una paciente femenina de 33 años evidencia la importancia de reconocer y abordar esta condición rara pero de alto riesgo. La paciente presentó síntomas clásicos, como dolor hipogástrico intenso y sangrado transvaginal moderado, junto con hallazgos ecográficos que confirmaron la presencia de implantación ectópica bilateral, permitiendo un diagnóstico temprano y preciso.

El manejo quirúrgico mediante salpingectomía bilateral fue fundamental no solo para resolver el cuadro clínico, sino también para prevenir complicaciones graves, como hemorragias masivas o un compromiso hemodinámico severo. La intervención oportuna permitió una evolución postoperatoria favorable, con mejoría significativa de los síntomas y sin complicaciones en el periodo de recuperación. Este caso subraya la importancia de mantener un alto índice de sospecha clínica en mujeres con factores de riesgo o síntomas compatibles con embarazo ectópico, así como la relevancia del diagnóstico temprano y el manejo quirúrgico adecuado. Además, contribuye al conocimiento científico al documentar una condición extremadamente infrecuente, proporcionando una referencia útil para la identificación y tratamiento en futuros casos. Documentar estos casos enriquece la literatura médica y mejora las estrategias diagnósticas y terapéuticas para condiciones similares.

**Objetivo específico:** Describir las características clínicas y antecedentes médicos de la paciente, incluyendo los factores de riesgo asociados al embarazo ectópico bilateral.

1. El caso descrito permitió identificar las características clínicas y factores de riesgo asociados al embarazo ectópico bilateral, una condición rara. La paciente, de 33 años, presentó dolor hipogástrico, sangrado transvaginal y hemoperitoneo leve, signos que llevaron al diagnóstico mediante ecografía transvaginal. Entre los factores de riesgo destacaron la edad reproductiva y antecedentes gineco-obstétricos relevantes. Este caso subraya la importancia del diagnóstico temprano y el manejo integral para prevenir complicaciones graves en esta patología poco común.

**Objetivo específico:** Detallar los hallazgos imagenológicos y quirúrgicos que permitieron el diagnóstico preciso del embarazo ectópico bilateral, así como el tratamiento implementado.

2. El diagnóstico preciso del embarazo ectópico bilateral en este caso se basó en los hallazgos imagenológicos y quirúrgicos. La ecografía transvaginal fue clave al revelar la ausencia de saco gestacional intrauterino, la presencia de sacos gestacionales ectópicos bilaterales en los anexos, y líquido libre en el fondo de saco, sugestivo de hemoperitoneo. Durante la intervención quirúrgica, se confirmó el diagnóstico con la visualización directa de los sacos gestacionales en ambas trompas de Falopio, corroborando la naturaleza bilateral del caso. El tratamiento consistió en la estabilización inicial con medidas farmacológicas, seguido de manejo quirúrgico definitivo, asegurando el control de la hemorragia y la resolución de la condición. Este enfoque multidisciplinario demostró ser esencial para un manejo exitoso de esta patología poco frecuente.

**Objetivo específico:** Desarrollar la evolución postoperatoria de la paciente, discutiendo las posibles complicaciones, pronóstico y recomendaciones para el

seguimiento en casos similares.

3. La evolución postoperatoria de la paciente fue favorable, sin complicaciones inmediatas como infección, hemorragia persistente o alteraciones hemodinámicas. El manejo integral, que incluyó profilaxis antibiótica y control del dolor, favoreció su pronta recuperación. Sin embargo, en casos de embarazo ectópico bilateral, las complicaciones potenciales incluyen adherencias pélvicas, infertilidad futura y riesgo de nuevos embarazos ectópicos, lo que subraya la importancia de un seguimiento cercano. El pronóstico depende de la detección oportuna, el tratamiento adecuado y la preservación de la salud reproductiva. En casos similares, se recomienda la educación a las pacientes sobre signos de alerta, valoración periódica con ecografía y, en situaciones de infertilidad, asesoramiento reproductivo oportuno para optimizar sus posibilidades futuras.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez NA. Journal of American Health [Internet]. 2023. [citado 2024 Nov 1]; Available from: <https://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/159/304>.
2. Domínguez MC. REPOSITORIO DE LA UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN [Internet]. 2022. [citado 2024 Nov 1]; Available from:  
[https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/5739/Maybee\\_Trabajo\\_Especialidad\\_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/5739/Maybee_Trabajo_Especialidad_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
3. Ouyang Z, Ma Z, Liu Z. European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology [Internet]. 2020. [citado 2024 Nov 1]; Available from: [https://www.ejog.org/article/S0301-2115\(20\)30557-1/abstract](https://www.ejog.org/article/S0301-2115(20)30557-1/abstract).
4. Espinoza Garita S, Arce J, García F. Revista Médica Sinergia [Internet]. 2021. [citado 2024 Nov 1]; Available from: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/670>.
5. Benz AM, Choi P, Fox C. Cureus Journal of Medical Science [Internet]. 2022. [citado 2024 Nov 1]; Available from: <https://www.cureus.com/articles/108089-bilateral-tubal-ectopic-pregnancy-following-clomipheneadministration-a-case-report#!/>.
6. Palenque Rocabado G. Gaceta Médica Boliviana [Internet]. 2023. [citado 2024 Nov 1]; Available from: <https://www.gacetamedicaboliviana.com/index.php/gmb/article/view/789/537>.
7. Jiménez Briceño C, Villegas C, López T. Ciencia Latina Internacional [Internet]. 2023. Available from: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/8478/12720>. Accessed April 21, 2024.
8. Nyakura M, Guo F, Majaliwa M. Pan African Medical Journal [Internet]. 2021. Available from: <https://www.panafrican-med-journal.com/content/article/38/395/full/>. Accessed April 21, 2024.
9. Kyejo W, Mwandira D, Juma A. ScienceDirect [Internet]. 2022. [citado 2024 Nov 1]; Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2210261222007167?via%3DiHub>.
10. Guevara C, Auriolos Z. Cureus Journal of Medical Science [Internet]. 2023. [citado 2024 Nov 2]; Available from: <https://www.cureus.com/articles/172541->

ectopic-pregnancy-in-the- round-ligament-followingbilateral-salpingectomy-a- case-report#!/.

11. Moya Toneut C. Revista del Hospital Clinico Quirurgico Arnaldo Milian Castro [Internet]. 2024; [citado 2024 Nov 2];18(1).  
<https://revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/1905>
12. Masten M, Al R, Lavi N. Cureus [Internet]. 2022; [citado 2024 Nov 2];Available from: <https://www.cureus.com/articles/109922-spontaneous-bilateral-ectopic-pregnancy-treated-with-combination-of-methotrexateunilateral-salpingectomy-and-unilateral-expulsion-of-pregnancy>.
13. Damiani GR, Fabbro G, Medici A. Springer Link [Internet]. 2021. [citado 2024 Nov 2];Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s13304-020-00778-7>. Accessed May 17, 2024.
14. Hu H, Liang J. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR-HSJD [Internet]. 2019; [citado 2024 Nov 2];9(1). <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/clinica>
15. Sun Y, Huang J. Lippincott [Internet]. 2019. [citado 2024 Nov 2];Available from:  
[https://journals.lww.com/mdjournal/fulltext/2019/11290/spontaneous\\_rupture\\_of\\_unscarred\\_uterus\\_in\\_the.80.aspx](https://journals.lww.com/mdjournal/fulltext/2019/11290/spontaneous_rupture_of_unscarred_uterus_in_the.80.aspx).
16. Abud-Flores SA, García A, González G. Revista de la Facultad de Medicina Humana [Internet]. 2024; [citado 2024 Nov 3];24(1).  
<https://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/citationstylelanguage/get/acm-sig-proceedings?submissionId=6076&publicationId=6189>
17. Mier Lobato L, Cabrera B. Elsevier [Internet]. 2019. [citado 2024 Nov 3]; Available from: <https://www.elsevier.es/en-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-embarazo-ectopico-bilateral-espontaneo-S1308762212000150>.
18. Olivero PO, González P. Scielo [Internet]. 2020; [citado 2024 Nov 3];85(1).  
<https://ve.scielo.org/pdf/pdg/v33n2/art07.pdf>
19. Murphy M. PubMed [Internet]. 2021. [citado 2024 Nov 4]; Available from:  
[https://www.jemjournal.com/article/S0736-4679\(21\)00396-6/abstract](https://www.jemjournal.com/article/S0736-4679(21)00396-6/abstract).
20. Eghbali E, Amiri A, Saadi H. BMC Pregnancy and Childbirth [Internet]. 2022. [citado 2024 Nov 4] Available from:  
<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/>.
21. Jena SK, Sahu S, Nayak S. Journal of Clinical and Diagnostic Research [Internet]. 2017; [citado 2024 Nov 4]10(3).

22. Hoffmann S, Alaboudy C. Spontaneous Bilateral Tubal Ectopic Pregnancy: Incidental Finding During Laparoscopy – Brief Report and Review of Literature. Thieme [Internet]. 2016; [citado 2024 Nov 5] 76(4).  
<https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0041-110394>
23. Xu H, Bo D, Zhang M. Medicine [Internet]. 2018; [citado 2024 Nov 6] 97(38).  
<https://www.mdpi.com/1999-5903/15/9/286>
24. De Los Ríos JF, Martínez A, Castañeda M. Bilateral ectopic pregnancy. Science Direct [Internet]. 2018; ; [citado 2024 Nov 7] 14(04).  
[https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2012000200012](https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2012000200012)
25. Murray K, Davis B. Spontaneous bilateral tubal ectopic pregnancy: A case report. Edorium Journals [Internet]. 2023; ; [citado 2024 Nov 7] 9(2).  
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9403351/>
26. Ghosh A, Banerjee D, Tanveer A. Springer Open [Internet]. 2017. [citado 2024 Nov 8] Available from:  
<https://gynecologyspringeropen.com/articles/10.1007/s10397-014-0849-1>.
27. Kyejo W, Rahman F. The Aga Khan University [Internet]. 2022. [citado 2024 Nov 8] Available from:  
[https://ecommons.aku.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1048&context=eastfrica\\_fhs\\_mc\\_fa\\_m\\_med](https://ecommons.aku.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1048&context=eastfrica_fhs_mc_fa_m_med).
28. Acet F, Güler I, Sağıroğlu E. A Rare Case of Bilateral Tubal Ectopic Pregnancy Following Intracytoplasmic Sperm Injection-Embryo Transfer (ICSI-ET). Scielo Brasil [Internet]. 2020; [citado 2024 Nov 8] 42(3).  
<https://journalrbgo.org/article/a-rare-case-of-bilateral-tubal-ectopic-pregnancy-following-intracytoplasmic-sperm-injection-embryo-transfer-icsi-et/>
29. Ramadana MK, Khaerani R, Ghazi M. Bilateral Tubal Pregnancy Following Spontaneous Conception: A Case Report and Literature Review. Journal of Clinical Gynecology & Obstetrics [Internet]. 2020; ; [citado 2024 Nov 9] 9(3).  
<https://jcgo.org/index.php/jcgo/article/view/642/419>
30. Imshiria N, Khatri V, Khan M. Bilateral Tubal Pregnancy Complicated by Rupture of the Left Fallopian Tube. Scientific [Internet]. 2022; [citado 2024 Nov 10] 8(3).  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2210261222007167?via%2Fihp>

## ANEXOS

Se debe adjuntar:

- a. Anexo 1. Consentimiento informado del paciente



Universidad  
Católica  
de Cuenca

---

**Anexo 13 B CONSENTIMIENTO INFORMADO POR PACIENTE / POR REPRESENTANTE LEGAL PARA REVISIÓN DE CASO CLÍNICO Y PUBLICACIÓN CIENTÍFICA**

**TÍTULO: Embarazo ectópico bilateral. Reporte de caso.**

Yo: Juliana Cero con cédula de identidad: 20.517.911

Leí la información contenida en este documento y autorizo a que se utilicen mis datos personales de historia clínica en las condiciones que se describen.

Se incluye fotografías de radiografías y tomografías computarizadas sin nombres del encabezado.

Deseo se me permita ver y leer la versión final del documento y autorizo su publicación científica resguardando la confidencialidad de mis datos personales

Deseo conocer el documento científico una vez que se haya publicado.

Firma.: EV la representante legal consentimiento 

Firma.: Investigador/a que solicita el 

b. Anexo 2. Ecografías



---

**HEMATOLOGIA**

Prueba	Resultado	Unidad	Intervalo de referencia**
<b>BIOMETRIA HEMATICA COMPLETA</b>			
Leucocitos	4.22	10 <sup>3</sup> /ul	5.00 - 10.00
Neutrófilos	45.9	%	36.0 - 66.0
Linfocitos	41.0	%	22.0 - 50.0
Monocitos	8.8	%	6.0 - 7.4
Eosinófilos	3.6	%	0.1 - 3.9
Basófilos	0.7	%	0.2 - 12.0
Gran. Inmaduros	0.0	%	
Neutrófilos	1.94	10 <sup>3</sup> /ul	1.30 - 6.60
Linfocitos	1.73	10 <sup>3</sup> /ul	1.0 - 3.7
Monocitos	0.37	10 <sup>3</sup> /ul	Menor a 0.7
Eosinófilos	0.15	10 <sup>3</sup> /ul	0.20 - 1.60
Basófilos	0.03	10 <sup>3</sup> /ul	Menor a 0.10
Gran. Inmaduros	0.02	10 <sup>3</sup>	
Hematies	4.04	10 <sup>6</sup> /ul	4.20 - 5.80
Hemoglobina	12.6	g/dl	13.0 - 17.0
Hematócrito	35.8	%	39.0 - 51.0
VCM.	88.6	fL	80 - 95
HCM	31.2	pg.	27.0 - 34.0
CHCM	35.2	%	31.0 - 35.0
RDW-SD	43.1	fL	37.0 - 54.0
RDW-CV	13.0	%	11.5 - 16.0
Plaquetas	270.0	10 <sup>3</sup> /ul	150.0 - 450.0
VPM	9.7	fL	7.2 - 11.1
Plaquetocrito	0.262	%	

Validado por: JESSICA DALILA ALVAREZ SUAREZ

**HEMOSTASIA Y COAGULACION**

Prueba	Resultado	Unidad	Intervalo de referencia**
T. Protrombina (TP)	10.9	segundos	10 - 13
<i>METODO: Foto-óptico</i>			
Actividad Protrombínica	102.5	%	70 - 120
INR	1.05		

**Nombres:** [REDACTED] **Identificación:** [REDACTED]  
**Historia:** [REDACTED] **Orden/Análisis:** 318743 **Edad:** 35 AÑOS **Sexo:** Femenino  
**Dr (a):** [REDACTED] **Fec.Nac.:** 08/mar/1989  
**Fecha ingreso / toma de muestra:** 17/oct/2023  
**Información clínica del paciente:**  
 (NINGUNA)

**HEMATOLOGIA**

Prueba	Resultado	Unidad	Intervalo de referencia**
<b>BIOMETRIA HEMATICA COMPLETA</b>			
Leucocitos	6.83	10 <sup>9</sup> /ul	5.00 - 10.00
Neutrófilos	87.0	%	36.0 - 86.0
Linfocitos	10.2	%	22.0 - 50.0
Monocitos	2.5	%	6.0 - 7.4
Eosinófilos	0.0	%	0.1 - 3.9
Basófilos	0.0	%	0.2 - 12.0
Gran. Inmaduros	0.3	%	
Neutrófilos	5.94	10 <sup>9</sup> /ul	1.30 - 6.60
Linfocitos	0.70	10 <sup>9</sup> /ul	1.0 - 3.7
Monocitos	0.17	10 <sup>9</sup> /ul	Menor a 0.7
Eosinófilos	0.00	10 <sup>9</sup> /ul	0.20 - 1.60
Basófilos	0.00	10 <sup>9</sup> /ul	Menor a 0.10
Gran. Inmaduros	0.01	10 <sup>3</sup>	
Hematies	3.90	10 <sup>6</sup> /ul	4.20 - 5.80
Hemoglobina	12.2	g/dl	13.0 - 17.0
Hematócrito	34.0	%	39.0 - 51.0
VCM.	87.2	fL	80 - 95
HCM	31.3	pg.	27.0 - 34.0
CHCM	35.9	%	31.0 - 35.0
RDW-SD	41.6	fL	37.0 - 54.0
RDW-CV	12.9	%	11.5 - 16.0
Plaquetas	239.0	10 <sup>9</sup> /ul	150.0 - 450.0

**Nombres:** [REDACTED] **Identificación:** [REDACTED]  
**Historia:** [REDACTED] **Orden/Análisis:** 318689 **Edad:** 35 AÑOS **Sexo:** Femenino  
**Dr (a):** [REDACTED] **Fec.Nac.:** 08/mar/1989  
**Fecha ingreso / toma de muestra:** 16/oct/2023  
**Información clínica del paciente:**  
 (NINGUNA)

**SEROLOGIA**

Prueba	Resultado	Unidad	Intervalo de referencia**
Anti-HIV 1.2 Ac <i>METODO : Inmunoanálisis de membrana cualitativo</i>	NO REACTIVO		
Anti HIV 4ta P24 Ag <i>METODO : Inmunoanálisis de membrana cualitativo IV GENERACIÓN</i>	NO REACTIVO		
V.D.R.L. <i>METODO : Aglutinación de partículas</i>	NO REACTIVO		

Validado por: PAMELA ELIZABETH TIMBE CALLE

Informe emitido: 15/jun/2024 22:13

 Mgs. Cinthya Cuenca  
 COORDINADORA DE LABORATORIO CLINICO

Nombres: **OTTELLA, ANTONELLA CRISTINA** Identificación: **██████████**  
 Historia: **██████████** Orden/Análisis: 318384 Edad: 35 AÑOS Sexo: Femenino  
 Dr (a): **VILLASQUEZ, FERNANDA ESTER VILLASQUEZ** Fec.Nac.: 08/mar/1989  
 Fecha ingreso / toma de muestra: 15/oct/2023  
 Información clínica del paciente:  
 (NINGUNA)

#### HEMATOLOGIA

Prueba	Resultado	Unidad	Intervalo de referencia**
<b>BIOMETRIA HEMATICA COMPLETA</b>			
Leucocitos	4.22	10 <sup>9</sup> /ul	5.00 - 10.00
Neutrófilos	45.9	%	36.0 - 66.0
Linfocitos	41.0	%	22.0 - 50.0
Monocitos	8.8	%	6.0 - 7.4
Eosinófilos	3.6	%	0.1 - 3.9
Basófilos	0.7	%	0.2 - 12.0
Gran. Inmaduros	0.0	%	
Neutrófilos	1.94	10 <sup>9</sup> /ul	1.30 - 6.60
Linfocitos	1.73	10 <sup>9</sup> /ul	1.0 - 3.7
Monocitos	0.37	10 <sup>9</sup> /ul	Menor a 0.7
Eosinófilos	0.15	10 <sup>9</sup> /ul	0.20 - 1.60
Basófilos	0.03	10 <sup>9</sup> /ul	Menor a 0.10
Gran. Inmaduros	0.02	10 <sup>3</sup>	
Hemates	4.04	10 <sup>6</sup> /ul	4.20 - 5.80
Hemoglobina	12.6	g/dl	13.0 - 17.0
Hematócrito	35.8	%	39.0 - 51.0
VCM	88.6	fL	80 - 95
HCM	31.2	pg	27.0 - 34.0
CHCM	35.2	%	31.0 - 35.0
RDW-SD	43.1	fL	37.0 - 54.0
RDW-CV	13.0	%	11.5 - 16.0
Plaquetas	270.0	10 <sup>9</sup> /ul	150.0 - 450.0
VPM	9.7	fL	7.2 - 11.1
Plaquetocrita	0.262	%	

Validado por: JESSICA DALILA ALVAREZ SUAREZ

#### HEMOSTASIA Y COAGULACION

Prueba	Resultado	Unidad	Intervalo de referencia**
T. Protrombina (TP)	10.9	segundos	10 - 13
METODO: Foto-óptica			
Actividad Protrombínica	102.5	%	70 - 120
INR	1.05		

**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN**  
**EN EL REPOSITORIO**  
**INSTITUCIONAL**

**Steve Manuel Calle Reinoso** portador de la cédula de ciudadanía N° **03023314289**. En calidad de autor y titular de los derechos patrimoniales del Proyecto de Titulación “**Embarazo Ectópico Bilateral. Reporte de caso**” de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 27 de mayo del 2026

F .....  
Steve Manuel Calle Reinoso



Validar únicamente en FirmaEC.  
Firmado electrónicamente por:  
**STEVE MANUEL CALLE**  
**REINOSO**

**C.I. 0302334289**