



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE CUENCA

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE MEDICINA**

**EMBARAZO ÍSTMICO CERVICAL CON SUPERVIVENCIA**

**FETAL HASTA LAS 32 SEMANAS: REPORTE DE CASO**

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

**TÍTULO DE MÉDICO**

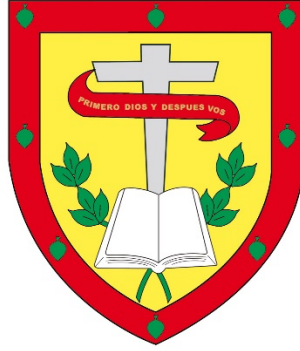
**AUTOR: RICHARD DÍAZ GÓMEZ**

**DIRECTOR: DR. OSWALDO JAIR DURÁN VEGA**

**CUENCA - ECUADOR**

**2025**

**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 ÍSTMICO CERVICAL CON SUPERVIVENCIA  
FETAL HASTA LAS 32 SEMANAS: REPORTE DE CASO**

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

**AUTOR: RICHARD DÍAZ GÓMEZ**

**DIRECTOR: DR. OSWALDO JAIR DURÁN VEGA**

**CUENCA - ECUADOR**

**2025**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**

## DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD

Yo, Richard Díaz Gómez portador de la cédula de ciudadanía No. 1756972160. Declaro se el autor de la obra: “Embarazo ístmico cervical con supervivencia fetal hasta las 32 semanas: 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, 04 de marzo de 2025

F:

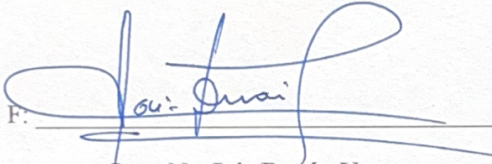


**Richard Díaz Gómez**

## CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR / TUTOR

Certifico que el presente trabajo denominado “Embarazo ístmico cervical con supervivencia fetal hasta las 32 semanas: Reporte de caso” realizado por Richard Díaz Gómez con documento de identidad No. 1756972160, 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, 04 de marzo de 2025

F: 

**Oswaldo Jair Durán Vega**

**DIRECTOR / TUTOR**

## **DEDICATORIA**

Dedico esta tesis, en primer lugar, a mis padres, quienes con su amor, esfuerzo y dedicación han sido el pilar fundamental en mi vida. Gracias por enseñarme con su ejemplo el valor del trabajo, la constancia y la honestidad. Su apoyo incondicional y su confianza en mí me han impulsado a superar cada obstáculo y a alcanzar mis metas. Sin sus sacrificios, este logro no habría sido posible.

A mi tutor, por su guía, paciencia y dedicación durante todo este proceso. Sus valiosos consejos, su disposición para resolver mis dudas y su constante motivación fueron clave en la realización de este trabajo. Su compromiso con mi desarrollo profesional ha dejado una profunda huella en mi formación, y le estoy profundamente agradecido.

A mis docentes, quienes, a lo largo de mi trayectoria académica, compartieron su conocimiento y su experiencia conmigo. Gracias por transmitir su pasión por el aprendizaje y por fomentar en mí una mentalidad crítica y analítica. Cada uno de ustedes ha contribuido a mi formación, y les agradezco profundamente por haber sido parte de mi desarrollo como profesional y como persona.

Finalmente, dedico este trabajo a mis amigos, que estuvieron a mi lado en cada momento de alegría y en cada desafío. Su apoyo y amistad hicieron de este camino una experiencia enriquecedora, y sus palabras de ánimo fueron una constante fuente de energía. A todos ellos, quienes de una u otra forma han sido parte de esta etapa de mi vida, les dedico este esfuerzo, con todo mi agradecimiento y cariño.

## **AGRADECIMIENTO**

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas y organizaciones que hicieron posible este trabajo. A mis padres, por su apoyo incondicional, amor y sacrificio, que han sido mi inspiración constante y mi fortaleza en cada paso de este camino. Sin su ejemplo de dedicación y esfuerzo, este logro no habría sido posible.

A mis amigos, quienes me acompañaron con su amistad y comprensión en momentos de estrés y alegría, recordándome siempre la importancia de la perseverancia y el optimismo. Gracias por estar ahí y motivarme a seguir adelante.

A mi universidad, por brindarme la oportunidad de crecer académica y personalmente. A mis profesores y tutores, quienes compartieron conmigo su conocimiento y me guiaron en mi formación profesional, desafiándome a alcanzar mi máximo potencial. Su apoyo y orientación fueron fundamentales en la realización de esta tesis.

A cada persona que contribuyó, directa o indirectamente, a que este proyecto se convirtiera en realidad: gracias por ser parte de este logro.

## RESUMEN

**Introducción:** Este caso clínico describe un embarazo ístmico-cervical (EIC), una rara forma de embarazo ectópico con alta mortalidad y poco documentada en la literatura. Aporta conocimientos sobre el diagnóstico y manejo de esta condición, que representa un desafío debido al riesgo de complicaciones como acretismo placentario y hemorragia. La incidencia del EIC es aproximadamente de 1 en 10,000 gestaciones, y su desarrollo en una cicatriz uterina incrementa significativamente el riesgo para la madre y el feto. **Presentación del caso clínico:** La paciente, una mujer de 35 años con antecedentes de cesárea, presentó amenorrea de dos meses y dolor abdominal en la región hipogástrica. La evaluación inicial mediante ecografía reveló un embarazo ectópico en la cicatriz uterina. Durante la hospitalización, experimentó amenaza de aborto y un diagnóstico confirmado de EIC por resonancia magnética, que mostró implantación en la cicatriz cesárea. Diagnóstico definitivo, intervenciones terapéuticas y resultados:

El diagnóstico definitivo fue embarazo ístmico-cervical, confirmado por ecografía y resonancia magnética. El tratamiento consistió en reposo, progesterona, antibióticos y suplementos de ácido fólico. A las 32 semanas de gestación, se realizó una cesárea segmentaria con histerectomía total debido a la placenta acreta y el riesgo de hemorragia. Se obtuvo un recién nacido vivo, sin complicaciones significativas, y la madre tuvo una recuperación favorable.

**Conclusión:** La principal lección de este caso es la importancia de un diagnóstico temprano y un manejo interdisciplinario en embarazos ectópicos avanzados en cicatriz cesárea, lo cual mejora los resultados materno-fetales en comparación con enfoques menos invasivos.

**Palabras clave:** Amenorrea, Cesárea, Cicatriz, Embarazo Ectópico, Reporte de caso.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** This clinical case describes a cervico-isthmic pregnancy (CIP), a rare form of ectopic pregnancy with high mortality that is poorly documented in the literature. It provides insights into the diagnosis and management of this condition, which poses a challenge due to the risk of complications such as placental accreta and hemorrhage. The incidence of CIP is approximately 1 in 10,000 pregnancies, and its development into a uterine scar significantly increases the risk to both mother and fetus. **Case Presentation:** The patient, a 35-year-old woman with a history of cesarean section, presented with two months of amenorrhea and abdominal pain in the hypogastric region. Initial ultrasound evaluation revealed an ectopic pregnancy in the uterine scar. During hospitalization, she experienced a threatened miscarriage, and the diagnosis of CIP was confirmed by magnetic resonance imaging, which showed implantation in the cesarean scar. **Definitive Diagnosis, Therapeutic Interventions, and Results:** The definitive diagnosis was cervico-isthmic pregnancy, confirmed by ultrasound and magnetic resonance imaging. Treatment was based on bed rest, progesterone, antibiotics, and folic acid supplements. At 32 weeks gestation, a segmental cesarean section with total hysterectomy was performed due to placental accreta and the risk of hemorrhage. A live newborn was delivered without significant complications, and the mother had a favorable recovery. **Conclusion:** The main lesson of this case is the importance of early diagnosis and interdisciplinary management in advanced ectopic pregnancies in cesarean scars, which improves maternal-fetal outcomes compared to less invasive approaches.

**Keywords:** Amenorrhea, Cesarean, Scar, Ectopic Pregnancy, Case Report.

## ÍNDICE

<i>RESUMEN</i> .....	7
<i>ABSTRACT</i> .....	8
<i>INTRODUCCIÓN</i> .....	10
<i>OBJETIVOS</i> .....	12
<i>Objetivo General</i> .....	12
<i>Objetivos Específicos</i> .....	12
<i>REPORTE DEL CASO</i> .....	13
<i>Información del paciente</i> .....	13
<i>Hallazgos clínicos</i> .....	13
<i>Línea de tiempo</i> .....	13
<i>Evaluación diagnóstica</i> .....	13
<i>Intervención terapéutica</i> .....	16
<i>Seguimiento y resultados</i> .....	16
<i>DISCUSIÓN</i> .....	17
<i>PERSPECTIVA DEL PACIENTE</i> .....	22
<i>CONCLUSIONES</i> .....	23
<i>BIBLIOGRAFÍA</i> .....	25
<i>ANEXOS</i> .....	30

## INTRODUCCIÓN

El embarazo ístmico-cervical (EIC) es un fenómeno poco común y con alta tasa de mortalidad donde el óvulo fecundado se implanta en el istmo a nivel del orificio cervical interno (1). El sitio más frecuente de implantación fuera del útero son las trompas de Falopio, donde se presentan aproximadamente el 98% de los casos, siendo poco común un ectópico en el ovario un 0,15%, cuello del útero 0,15% y en abdomen con 1,4%, estas últimas representan mayor riesgo tanto para la madre como para el feto (2).

Además, se han reportado pocos casos de embarazo ectópico a nivel ístmico-cervical en los últimos 40 años (3). La incidencia aproximada del EIC es de 1 por cada 10 000 gestaciones. Aunque no existe un número exacto de casos en las últimas cuatro décadas, se han detallado 19 casos que sobrepasaron las 20 semanas (4), sin embargo, no existe una contabilidad de cuantos de estos casos pudieron progresar hasta nacer. Este tipo de embarazo puede simular un proceso neoplásico por su friabilidad y vascularidad aumentada (5). Estas pacientes con EIC tienen un mayor riesgo de desarrollar complicaciones tales como: acretismo placentario, perforación y hemorragia uterina, condiciones que ponen en riesgo la vida de la madre (6).

La gestación sobre el tejido cicatrizal uterino tiene una alta probabilidad de presentar placenta acreta que es la forma más frecuente con un 80% y lo que en su gran mayoría conlleva a la histerectomía, también representa un factor para desarrollar hemorragias (7). El síntoma más común en el EIC es el sangrado vaginal que no causa dolor (8). Se han mencionado algunos factores de riesgo que intervienen en el desarrollo del EIC como; enfermedad pélvica inflamatoria causada por la bacteria *Chlamydia trachomatis*, el consumo de tabaco, antecedentes de cirugía pélvica, antecedentes de embarazo ectópico y uso de dispositivos intrauterinos (9).

En la actualidad no hay un tratamiento específico para este tipo de circunstancia, pero uno de los métodos que se utiliza es la intervención quirúrgica (10). Además, puede ser expectante, con uso del metrotexate (11,12). Otro de los métodos que se usa actualmente es la técnica al vacío y de esta manera absorber con una presión negativa el embrión que se encuentra implantado en la cicatriz (13). Por este motivo, en la mayoría de los casos se opta por finalizar el embarazo de manera anticipada debido a las múltiples complicaciones que podrían poner en riesgo la salud de la madre y el desarrollo del feto. Este procedimiento se realiza siempre informando exhaustivamente a la madre sobre los posibles riesgos y consecuencias de continuar con este tipo de gestación, garantizando que comprenda la situación y las implicaciones médicas que conlleva (14).

Este caso representa una contribución significativa a la literatura médica, destacando el potencial de optimizar la atención médica dirigida a mujeres que padecen esta condición tan poco común. Su estudio detallado ofrece una visión más profunda de los desafíos y las posibles formas de tratamiento, lo cual puede beneficiar a pacientes y profesionales de la salud.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Reportar un caso de Embarazo Ístmico Cervical con supervivencia fetal hasta las 32 Semanas.

### **Objetivos Específicos**

1. Analizar las manifestaciones clínicas asociadas al embarazo ístmico cervical.
2. Detallar el enfoque diagnóstico utilizado para identificar el embarazo ectópico ístmico cervical.
3. Identificar el manejo terapéutico aplicado en el embarazo ístmico cervical.

## REPORTE DEL CASO

### Información del paciente

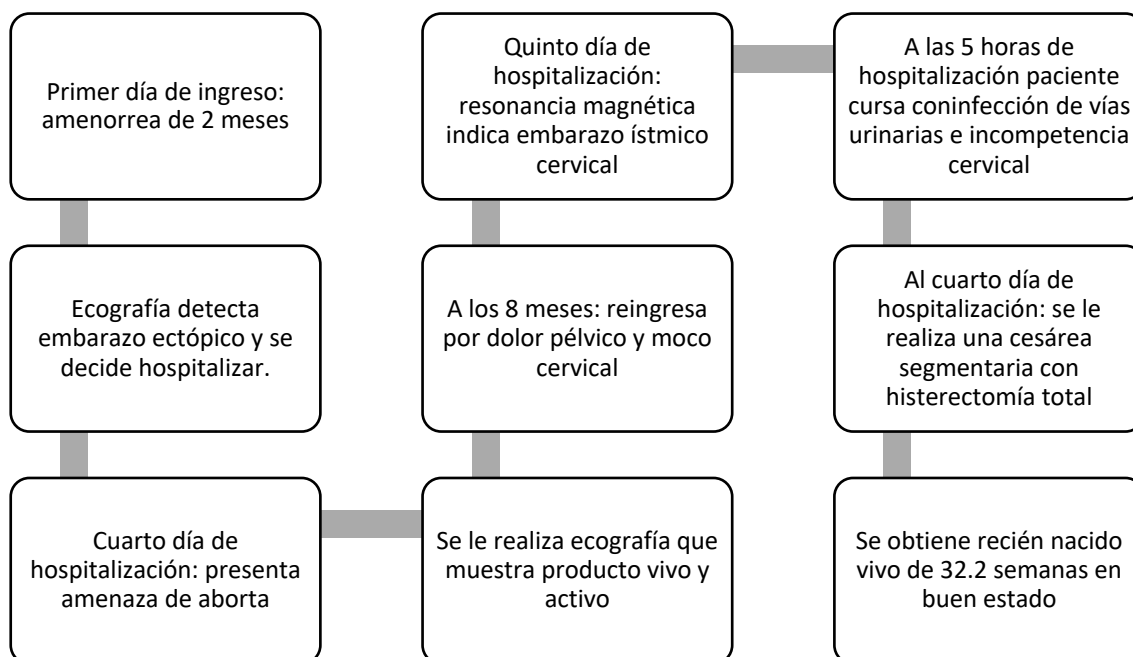
Paciente femenina de 35 años acude a consulta de ginecología por amenorrea de 2 meses y dolor abdominal a nivel de hipogastrio, en los antecedentes ginecológicos destacan 3 gestas, 1 aborto y 1 cesárea.

### Hallazgos clínicos

En el examen físico la paciente presenta dolor abdominal a nivel de hipogastrio sin ningún otro hallazgo de relevancia.

### Línea de tiempo

*Figura 1. Cronología del embarazo.*



*Fuente.* Historia clínica de la paciente.

### Evaluación diagnóstica

El primer día de hospitalización se le realiza una ecografía la cual revela signos de embarazo ectópico en cicatriz uterina anterior, además se le procede a realizar un eco Doppler

complementario en el cual no se observaron estructuras cerebrales ni vasculares, por lo cual se le indica eco Doppler a partir de las 20 semanas. Al 4to día de hospitalización la paciente presenta amenaza de aborto con diagnóstico de embarazo ectópico en cicatriz uterina anterior de 8 SG por FUM. Sin alteraciones en exámenes de laboratorio. A la paciente se le indica una resonancia magnética la cual indica un embarazo Ístmico-cervical ubicado en cicatriz uterina anterior.

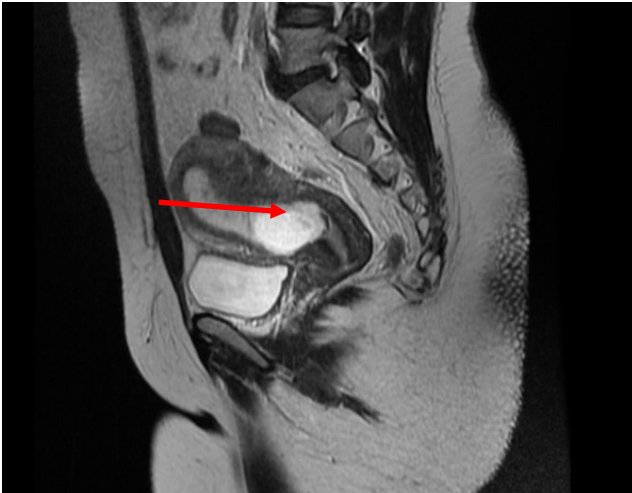
*Figura 2. Resonancia magnetica.*



*Descripción. Resonancia magnética en plano sagital. La flecha roja nos indica el producto que se encuentra en la región ístmico-cervical.*

*Fuente. Tomado del archivo médico de la paciente*

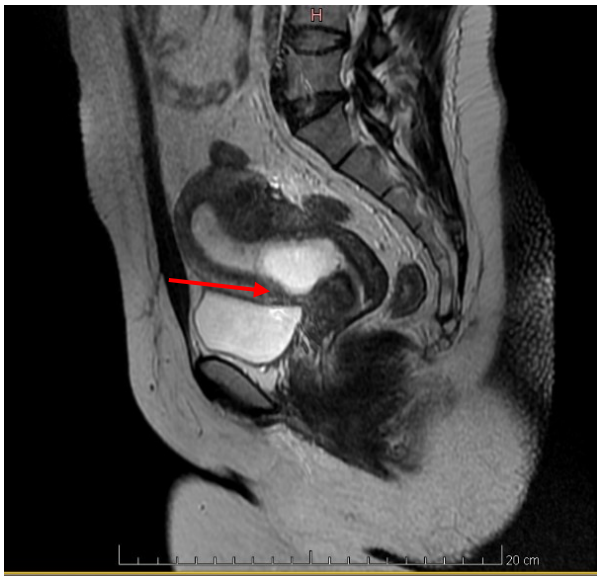
**Figura 3.** Resonancia magnetica contrastada



*Descripción.* Resonancia magnética en plano sagital. La flecha roja indica la zona de implantación.

*Fuente.* Tomado del archivo médico de la paciente

**Figura 4.** Resonancia magnética



*Descripción.* Resonancia magnética en plano sagital. La flecha roja nos indica la implantación de feto en la cicatriz uterina anterior.

*Fuente.* Tomado del archivo médico de la paciente

### **Intervención terapéutica**

A la paciente se le indica el alta médica con medidas de reposo y cuidados generales. En el tratamiento farmacológico se le mandó; progesterona 200mg vía oral cada 12 horas, paracetamol 1 gr IV, ácido fólico 1mg cada día en las mañanas, cefalexina 500 mg vía oral cada 6 horas. Se le indica una cesárea segmentaria con histerectomía total.

### **Seguimiento y resultados**

A los 8 meses la paciente ingresa a emergencia con dolor pélvico inflamatorio, cefalea y aparente moco vaginal. Se le realiza una ecografía la cual nos muestra un producto único, vivo y activo. Presentación cefálica dorso izquierdo. En cuanto al líquido amniótico presentaba un ILA 10 cc lo cual está en límites inferiores para la edad gestacional. Además, una circular simple de cordón umbilical en el cuello, la placenta corporal anterior grado 2 y el orificio cervical interno cerrado. A las 5 horas de hospitalización paciente cursa con diagnóstico de embarazo de 32.2 semanas de gestación por FUM acompañado de infección de vías urinarias e incompetencia cervical.

Al tercer día de hospitalización se le decide realizar una ecografía donde se encuentran los siguientes datos: ILA de 13 cc, tono de 2, movimiento fetal de 2. En cuanto a la cervicometría había un acortamiento del cérvix, longitud cervical de 6 mm y un OCI abierto 47 mm. Paciente con embarazo de alto riesgo, por incompetencia cervical, al momento con antibioticoterapia y maduración pulmonar completada en hospitalización anterior. Al cuarto día se le indica una cesárea segmentaria con histerectomía total, donde se obtiene recién nacido vivo de sexo masculino, de 32 semanas con APGAR 8-9, pesó 2430 gr. El cual es trasladado a UCI neonatal. En cuanto a la placenta tiene una implantación baja y queda adherida en un 40% a la pared posterior uterina, se evidencia un incretismo placentario con una inserción marginal de la misma. La paciente luego de la cirugía se mantiene estable y tuvo una recuperación favorable sin ninguna complicación.

## DISCUSIÓN

El embarazo ectópico, definido como una implantación anómala del blastocisto en un lugar distinto al útero, se convierte en una condición potencialmente peligrosa cuando se presenta en la cicatriz de una cesárea previa. Según Solano et al. (15) los embarazos ectópicos ubicados en la cicatriz cesárea representan un tipo raro de embarazo ectópico, con altas tasas de complicaciones severas debido a la invasión profunda de los tejidos. Este fue precisamente el caso de nuestra paciente, quien presentó una implantación en cicatriz uterina, confirmada mediante ultrasonido y resonancia magnética, técnicas que menciona el autor anteriormente citado y que destacan como esenciales para la identificación precisa de esta condición.

Larsen et al. (16) documentaron el primer caso de embarazo en cicatriz de cesárea en la literatura médica, y desde entonces, el manejo de estos casos ha evolucionado significativamente. Sin embargo, persiste un debate en torno a los métodos de intervención ideales. En el caso reportado, la resonancia magnética y el ultrasonido transvaginal se utilizaron para confirmar la ubicación del embrión, coincidiendo con el enfoque recomendado por Marchiolé et al. (17) para visualizar la invasión trofoblástica en los tejidos circundantes.

Martin et al. (18) refieren que el embarazo ectópico en cicatriz se ha convertido en un reto clínico creciente, con un aumento en los últimos años en su frecuencia debido a la mayor tasa de cesáreas. En este contexto, los antecedentes de la paciente (una cesárea previa) son consistentes con los factores de riesgo señalados, sugiriendo que las intervenciones uterinas previas, como en este caso, predisponen a la implantación anómala del blastocisto en el sitio de cicatrización.

Hosni et al. (19) refieren que el embarazo ectópico cervical representa una pequeña proporción de los embarazos ectópicos en general, con una prevalencia menor al 1%. Este dato

epidemiológico destaca la rareza del caso reportado, dado que la implantación se produjo en la cicatriz de una cesárea, una localización aún menos común dentro de los embarazos ectópicos.

Según Vora et al. (20) la incidencia de embarazo en cicatriz es de aproximadamente un caso por cada 10,000 embarazos, lo que subraya la importancia de una vigilancia adecuada en pacientes con cesáreas previas. La identificación temprana de la ubicación del embrión en esta paciente fue fundamental para evitar complicaciones mayores, lo cual resalta la importancia de la evaluación ecográfica en pacientes con antecedentes de cesárea, tal como sugieren el autor.

La clasificación de los embarazos en cicatriz cesárea en dos tipos, según Timor-Tritsch et al. (21) es relevante en este caso, ya que la implantación se encontraba en la zona ístmico-cervical y presentaba invasión hacia los tejidos adyacentes, consistente con un embarazo de tipo II. Este tipo de embarazo es conocido por invadir más profundamente, tal como se observó en la resonancia magnética realizada a la paciente.

Los síntomas de embarazo ectópico en cicatriz suelen aparecer entre las semanas 6 y 16, como lo señalan Murray et al. (22) quienes describen una triada clínica que incluye dolor abdominal, sangrado vaginal y amenorrea. En el caso reportado, la paciente presentó amenorrea y dolor en hipogastrio, sintomatología que corresponde a las observaciones de del autor antes citado y respalda la sospecha clínica inicial de un embarazo ectópico en la cicatriz uterina.

En cuanto a la patogenia, Gaur et al. (23) proponen que la implantación anómala se debe a una falla en la reparación completa de la cicatriz cesárea, lo que permite al blastocisto invadir la zona de menor resistencia. Esto podría explicar la ubicación del embrión en la cicatriz de nuestra paciente, ya que su historia obstétrica indica una cesárea previa, lo cual es un factor predisponente identificado por este autor en sus investigaciones.

Graesslin et al. (24) también sugieren que el proceso de cicatrización incompleta crea un microambiente favorable para la implantación del blastocisto, incrementando el riesgo de un embarazo ectópico en la cicatriz. En la paciente analizada, la implantación en la zona de la cicatriz es congruente con esta hipótesis, lo que resalta la relevancia de un control estricto de los procesos de cicatrización tras una cesárea.

Ash et al. (25) discuten la relación entre la baja presión de oxígeno en la cicatriz y la atracción del embrión hacia esta zona, lo cual representa una hipótesis plausible para la implantación en la cicatriz cesárea observada en este caso. Esta hipótesis es coherente con las observaciones en nuestra paciente, cuyo embrión se localizó precisamente en la zona de cicatriz, sugiriendo una posible atracción debido a las condiciones hipóxicas.

Genbacev et al. (26) destacan la similitud de los mecanismos de invasión del embarazo ectópico en cicatriz con los de la placenta accreta. En el caso actual, la paciente presentó adherencia placentaria y signos de inercismo, lo cual respalda la teoría de que los embarazos en cicatriz cesárea pueden actuar como precursores de patologías adherentes similares.

Jauniaux et al. (27) sugieren que la técnica de ultrasonido transvaginal es la mejor herramienta para un diagnóstico inicial en embarazos ectópicos en cicatriz, y su recomendación se corroboró en el caso reportado, donde esta modalidad permitió una evaluación temprana de la implantación anómala. En casos de incertidumbre diagnóstica, el uso de la resonancia magnética, como se hizo en este caso, es recomendado por Morlando et al. (28) debido a su alta precisión.

El riesgo de morbilidad en estos casos es alarmante. Labrador et al. (29) subrayan que este tipo de embarazo representa la primera causa de mortalidad en el primer trimestre gestacional y es un motivo frecuente de abdomen agudo. La paciente, quien presentó dolor abdominal y signos

de amenaza de aborto, manifiesta los síntomas clásicos que se asocian con esta condición. Su evolución clínica fue consistente con los hallazgos epidemiológicos y clínicos mencionados en la literatura, destacando el riesgo significativo de morbilidad cuando la gestación progresa en una cicatriz.

Stabile et al. (30) destacan la gravedad del embarazo ectópico en cicatriz cesárea, indicando que esta condición contribuye a un 4,9% de las muertes gestacionales. Esto coincide con el riesgo al que estuvo expuesta nuestra paciente, ya que, sin un diagnóstico temprano y manejo adecuado, la progresión del embarazo podría haber resultado en complicaciones potencialmente mortales.

En cuanto al manejo, Rotas et al. (31) describen el metotrexato como una alternativa viable para pacientes hemodinámicamente estables con embarazos ectópicos en cicatriz, aunque en este caso la cirugía fue preferida debido al riesgo elevado de hemorragia. Este enfoque es respaldado por Patel. (32) quien afirma que los embarazos ectópicos con alto riesgo de ruptura deben ser manejados mediante intervención quirúrgica.

Patel et al. (32) también sugieren que el uso de aspiración por vacío, en combinación con guía ecográfica, puede ser una técnica menos invasiva para extraer el embrión en embarazos ectópicos. No obstante, la presencia de placenta increta en nuestra paciente limitó esta opción, optándose por la cesárea segmentaria y la histerectomía, de acuerdo con las indicaciones de manejo quirúrgico recomendadas por Jayaram et al. (33).

La cesárea segmentaria y la histerectomía total fueron elegidas debido a la alta invasión de la placenta en la cicatriz, una complicación que los autores anteriormente citados, indican como justificable en casos de riesgo hemorrágico extremo. La extracción del neonato en estas

condiciones permitió mantener la estabilidad de la paciente y prevenir una hemorragia catastrófica.

Finalmente, Görker et al. (34) describen el uso de aspiración al vacío y las técnicas de preservación uterina como una opción para mujeres que desean mantener su fertilidad; sin embargo, el grado de invasión en este caso justificó el enfoque quirúrgico más agresivo, consistente con las recomendaciones para casos de alto riesgo de hemorragia.

## **PERSPECTIVA DEL PACIENTE**

Un embarazo puede llegar a ser el momento mas importante para la vida de una mujer e incluso su familia. Este caso fue un hito para la paciente debido a todo lo que tuvo que pasar y al final obtuvo buenos resultados que es el nacimiento de su hijo. Para ella el proceso a pesar de que no fue fácil logró superar los obstáculos empezando que se le hizo un seguimiento en el embarazo de manera exhaustiva para proporcionar un cuidado completo. Hasta que llega el momento de la cesárea donde por fin nace su hijo sin complicación y en la actualidad ambos viven de manera satisfactoria.

## CONCLUSIONES

1. Las manifestaciones clínicas del embarazo ístmico cervical en este caso incluyeron dolor abdominal en la región hipogástrica y amenorrea, síntomas que están alineados con los reportados en la literatura para este tipo de embarazo ectópico. Estos síntomas alertaron sobre una posible anomalía en el embarazo, especialmente considerando los antecedentes de cesárea de la paciente, lo cual incrementa el riesgo de esta complicación. Así, el cuadro clínico presentó signos característicos, reforzando la importancia de un diagnóstico temprano en mujeres con factores de riesgo.
2. El diagnóstico se basó en la utilización de técnicas de imagen de alta precisión, como la ecografía transvaginal y la resonancia magnética, para confirmar la ubicación del embarazo y diferenciarlo de otros posibles diagnósticos. La resonancia magnética, en particular, permitió una visualización detallada del saco gestacional implantado en la cicatriz uterina. Este abordaje diagnóstico es esencial para identificar de manera certera el embarazo ístmico cervical y planificar un tratamiento adecuado, evitando así complicaciones mayores.
3. Por último para el manejo terapéutico se empleó un enfoque combinado de tratamiento farmacológico y planificación de intervención quirúrgica definitiva. La administración de progesterona, antibióticos y folato en el contexto de un embarazo ectópico ayudó a controlar síntomas y reducir el riesgo de infecciones mientras se preparaba a la paciente para una cesárea segmentaria con histerectomía total. Este manejo interdisciplinario permitió un control exitoso del caso y destaca la importancia de un abordaje individualizado y completo en situaciones complejas de embarazo ístmico cervical. Es por eso que se debe seguir investigando casos como estos para tener un consenso sobre el manejo de este tipo de paciente.

Este caso refuerza las recomendaciones de la literatura en cuanto a la necesidad de una intervención quirúrgica en embarazos ístmico-cervicales avanzados o con acretismo placentario, lo cual puede mejorar los desenlaces materno-fetales en comparación con el manejo expectante o farmacológico.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Takeda A, Koike W, Hayashi S, Imoto S, Nakamura H. Cervico-isthmic pregnancy: early diagnostic imaging and successful dual therapy for uterine-sparing treatment. *J Minim Invasive Gynecol* [Internet]. 2015 [Citado el 28 de abril de 2024]. Disponible en: [10.1016/j.jmig.2015.01.019](https://doi.org/10.1016/j.jmig.2015.01.019)
2. Protocolos SEGO. Embarazo ectópico. *Prog Obstet Ginecol* [Internet]. 2007 [Citado el 28 de abril de 2024]. Disponible en: <https://sego.es>.
3. Bouyer J, Coste J, Fernandez H, Pouly JL, Job-Spira N. Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population-based study of 1800 cases. *Hum Reprod* [Internet]. 2002 [Citado el 28 de abril de 2024]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/humrep/17.12.3224>
4. Teixeira B, Peixoto C, Rocha A, Silva M, Machado AP. Cervico- isthmic pregnancy. *Visual Encyclopedia of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology* [Internet]. 2021 [Citado el 28 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.isuog.org/education/visuog/obstetrics/early-pregnancy/ectopic-pregnancy/uterine-ectopic-pregnancy/cervico-isthmic-pregnancy.html>
5. AguilarM, Charara A, Vázquez YE. Diagnóstico y manejo conservador del embarazo ectópico. *Rev Cuba Ginecol y Obstet* [Internet]. 2012 [Citado el 28 de abril de 2024]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138600X2012000100009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2012000100009&lng=es).
6. Fylstra DL. Ectopic pregnancy within a cesarean scar: a review. *Obstet Gynecol. Surv* [Internet]. 2002 [Citado el 28 de abril de 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/00006254-200208000-00024>
7. Briceño C, Alaña F, Briceño L, et al. Embarazo ístmico-cervical con invasión a región vésico-uterina. *Rev Obstet Ginecol Venez* [Internet]. 2002 [Citado el 28 de abril de 2024]. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S004877322002000400007&lng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004877322002000400007&lng=es).

8. Kochi K, Hidaka T, Yasoshima K, Yoneda K, Arai K, Arai T. Cervical pregnancy: A report of four cases. *J. Obs. Gynaecol. Res* [Internet]. 2013 [Citado el 28 de abril de 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jog.12185>
9. Ferrando Serrano M, Romeu Villarroya M, Valero Domínguez FJ, Jordá Cuevas M, Perales Marín A. Embarazo ectópico ovárico: a propósito de un caso. *Clin Invest Gin Obst* [Internet]. 2008 [Citado el 28 de abril de 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gine.2021.100707>
10. Troncoso J, Devoto L, Santamaría R, Fuentes A. Tratamiento médico del embarazo ectópico: evaluación prospectiva de la fertilidad. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2002 [Citado el 28 de abril de 2024]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262002000500004>
11. Jayaram PM, Okunoye GO, Konje J. Caesarean scar ectopic pregnancy: diagnostic challenges and management options. *Obstet Gynaecol* [Internet]. 2017 [Citado el 28 de abril de 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/tog.12355>
12. Maheux S, Li F, Bujold E, Nesbitt E, Deans R, Abbott J. Cesarean scar pregnancies: a systematic review of treatment options. *J Minim Invasive Gynecol* [Internet]. 2017 [Citado el 28 de abril de 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2017.05.019>
13. Görker S, Sadun S, Muge H, Mehemet IH. Successful management of cesarean scar pregnancy with vacuum extraction under ultrasound guidance. *Acute Med Surg* [Internet]. 2018 [Citado el 28 de abril de 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/ams2.362>
14. Kayem G, Deis S, Estrade S, Haddad B. Conservative management of a near-term cervico-isthmic pregnancy, followed by a successful subsequent pregnancy: a case report. *Fertil Steril* [Internet]. 2008 [Citado el 28 de abril de 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2007.06.007>

15. Solano FJ, Castillo HF, Gonzales SD, Vivas MR, Hurtado SM, et al. Embarazo ectopico istmicocervical complicado con placenta increta: reporte de caso. A en Biomedicina [Internet]. 2012 [Citado el 20 de octubre de 2024]. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/biomedicina/article/view/4070>.
16. Larsen JV, Solomon MH: Pregnancy in a uterine scar sacculus--an unusual cause of postabortal haemorrhage. A case report. S Afr Med J [Internet]. 1978 [Citado el 20 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=2044224>
17. Marchiolé P, Gorlero F, de Caro G, et al. Intramural pregnancy embedded in a previous Cesarean section scar treated conservatively. Ultrasound Obstet Gynecol [Internet]. 2004 [Citado el 20 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/uog.981>
18. Martin RM, Raga F, Martin V, Bonilla- Musoles F. Gestación ectópica: evolución diagnóstica y terapéutica en la última década. Clin Invest Gin Obst [Internet]. 2007 [Citado el 20 de octubre de 2024]. Disponible en: [10.1016/S0210-573X\(07\)74502-1](https://doi.org/10.1016/S0210-573X(07)74502-1)
19. Hosni M, Herath R, Rashid M. Diagnostic and therapeutic dilemmas of cervical ectopic pregnancy, Obstet. Gynecol. Surv [Internet]. 2014 [Citado el 20 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/ogx.0000000000000062>
20. Vora PH, Jassawalla MJ, Bhalerao S, Nadkarni T. Cervical Ectopic Pregnancy: A Clinician's Dilemma. J Obstet Gynaecol India [Internet]. 2016 [Citado el 20 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s13224-016-0875-1>

21. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Cali G, et al. Cesarean scar pregnancy is a precursor of morbidly adherent placenta. *Ultrasound Obstet Gynecol* [internet]. 2014 [Citado el 20 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/uog.13426>
22. Murray H, Baakdah H, Bardell T, Tulandi T. Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *CMAJ* [Internet]. 2005 [Citado el 20 de octubre de 2024]. Disponible en: [10.1503/cmaj.050222](https://doi.org/10.1503/cmaj.050222)
23. Gaur Y, Jain R, Gurjar S.1 Case report - cesarean scar ectopic pregnancy. *Southeast Asian J Case Rep Rev.* [Internet]. 2023 [Citado el 20 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.18231/j.sajcrr.2022.020>
24. Graesslin, Olivier MD; Dedecker, Frédéric Jr; Quereux, Christian MD; Gabriel, René MD. Conservative Treatment of Ectopic Pregnancy in a Cesarean Scar. *Obstetrics & Gynecology* [Internet]. 2005 [Citado el 20 de octubre de 2024]. Disponible en: [10.1097/01.AOG.0000141569.75297.44](https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000141569.75297.44)
25. Ash A, Smith A, Maxwell D. Cesarean scar pregnancy [Internet]. 2007 [Citado el 20 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2006.01237.x>
26. Genbacev O, Miller RK. Post-implantation differentiation and proliferation of cytotrophoblast cells: in vitro models--a review [Internet]. 2000 [Citado el 20 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.1053/plac.1999.0523>
27. Jauniaux E, Jurkovic D, Hussein AM, Burton GJ. New insights into the etiopathology of placenta accreta spectrum. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2022 [Citado el 21 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.02.038>

28. Labrador MA, Martinez RJ, Ruiz GR, Ruiz OM, Fierro VC, et al. Estudio epidemiológico y clinicorradiológico de pacientes con embarazo ectopico en el Centro Medico ABC. *Anales Medicos* [Internet]. 2009 [Citado el 20 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=24141>
29. Stabile G, Mangino FP, Romano F, Zinicola G, Ricci G. Ectopic Cervical Pregnancy: Treatment Rou-te. *Medicina (Kaunas)* [Internet]. 2020 [Citado el 20 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/medicina56060293>
30. Rotas MA, Haberman S, Levгур M. Caesarean scar ectopic pregnan- . cies: etiology, diagnosis, and management. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2006 [Citado el 21 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/01.aog.0000218690.24494.ce>
31. Patel MA. Scar ectopic pregnancy. *J Obstet Gynaecol India* [Internet]. 2017 [Citado el 21 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s13224-015-0817-3>
32. Jayaram PM, Okunoye GO, Konje J. Caesarean scar ectopic pregnancy: diagnostic challenges and management options. *Obstet Gynaecol* [Internet]. 2017 [Citado el 21 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.1155/2019/4257696>
33. Morlando M, Buca D, Timor-Tritsch I, et al. Reproductive outcome after cesarean scar pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2020 [Citado el 21 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/aogs.13918>
34. Görker S, Sadun S, Muge H, Mehemet IH. Successful management of cesarean scar pregnancy with vacuum extraction under ultrasound guidance. *Acute Med Surg* [Internet]. 2018 [Citado el 21 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/ams2.362>

**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL  
REPOSITORIO INSTITUCIONAL**

**Richard Díaz Gómez** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **1756972160**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del Proyecto de Titulación “**Embarazo ístmico cervical con supervivencia fetal hasta las 32 semanas**” 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 éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 04 de marzo de 2025

F:  .....

**RICHARD DÍAZ GÓMEZ**  
C.I. 1756972160