

CASO CLÍNICO

Bump coriónico: hallazgo ecográfico infrecuente de la membrana coriodecidual de resolución espontánea

Salus

Salus.2026; 30(2):47-51

Chorionic bump: an infrequent ultrasound finding of the choriodecidual membrane with spontaneous resolution

Gabriel Naranjo M ¹  Carmen López ¹  Airam Díaz ¹  Mardorys Díaz ²  Carlos García Curda ^{1,2}  María Santiago ² 

RESUMEN

Introducción: El bump coriónico es una masa ecogénica convexa que protruye desde la membrana coriodecidual hacia el saco gestacional. Su prevalencia es 0.5 a 1% en el primer trimestre del embarazo, asociado principalmente a hematomas subcoriónicos. Inicialmente se vinculó con aborto espontáneo y la progresión típica es la resolución espontánea hacia el segundo trimestre. **Caso clínico:** Paciente de 28 años, II gestas, I parto, referida por hallazgo ecográfico incidental de masa intrauterina. La evaluación ecográfica transvaginal bidimensional a las 9 semanas reveló imagen redondeada, de bordes regulares, ecomixta, en superficie corial de 27 x 29 mm, avascular al Doppler compatible con bump coriónico. Se realizó seguimiento seriado, a las 12 semanas imagen de similar característica ecográfica mide 29 x 30 mm, luego estudio tridimensional a las 16 semanas de gestación con medidas 27 x 29 mm, observándose prácticamente las mismas medidas de las anteriores, finaliza con resolución espontánea completa de la lesión a las 20 semanas. **Discusión:** El bump coriónico es un desafío diagnóstico y factor de ansiedad en etapas tempranas de la gestación, se debe promover la desmitificación de la condición como signo invariable de mal pronóstico, evitar clasificaciones como "aborto inminente", requiere vigilancia estrecha durante todo el embarazo para prevenir complicaciones a largo plazo y proporcionar asesoramiento adecuado. **Conclusión:** Se resalta la importancia del diagnóstico y se respalda el manejo expectante frente a intervenciones invasivas prematuras, el uso sistemático de la ecografía transvaginal detallada y el seguimiento longitudinal riguroso constituyen el estándar de oro para el manejo de estas pacientes.

Palabras clave: Bump coriónico; primer trimestre; ecografía perinatal; hematoma coriónico.

ABSTRACT

Introduction: A chorionid bump is a convex echogenic mass that protrudes from the chorionic-decidual membrane into the gestational sac. Its prevalence is 0.5–1% in the first trimester of pregnancy, and it is mainly associated with subchorionic haematomas. It was initially linked to spontaneous abortion, and the typical course is spontaneous resolution by the second trimester. **Clinical case:** A 28-year-old patient, second pregnancy, first delivery, referred following an incidental ultrasound finding of an intrauterine mass. A two-dimensional transvaginal ultrasound scan at 9 weeks revealed a rounded, ecomixed mass with regular margins on the chorionic surface, measuring 27 × 29 mm, which was avascular on Doppler imaging, consistent with a chorionic bump. Serial follow-up was performed; at 12 weeks, an image with similar ultrasound characteristics measured 29 × 30 mm; subsequently, a three-dimensional scan at 16 weeks' gestation showed measurements of 27 × 29 mm, practically the same as the previous ones; the condition resolved spontaneously and completely by 20 weeks. **Discussion:** A chorionic bump presents a diagnostic challenge and is a source of anxiety in the early stages of pregnancy. Efforts should be made to dispel the myth that this condition invariably indicates a poor prognosis and to avoid classifications such as 'imminent miscarriage'. Close monitoring throughout pregnancy is required to prevent long-term complications and to provide appropriate counselling. **Conclusion:** The importance of diagnosis is emphasised, and a watch-and-wait approach is recommended over premature invasive interventions; the systematic use of detailed transvaginal ultrasound and rigorous long-term follow-up constitute the gold standard for the management of these patients.

Key words: Chorionic bump; first trimester; perinatal ultrasound; chorionic hematoma.

¹ Postgrado de Perinatología - Medicina materno fetal. Unidad de Perinatología. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo.

² Unidad de Perinatología. Hospital Materno Infantil "Dr. José María Vargas" Valencia, Carabobo, Venezuela.

Autor de Correspondencia: Gabriel Naranjo M 

e-mail: gnaranjo09@gmail.com

Recibido: 13/06/2026

Aprobado: 29/07/2026

INTRODUCCIÓN

El primer trimestre del embarazo es un periodo frágil en términos de viabilidad, sobre todo si consideramos que hasta 25% de embarazos terminan en aborto espontáneo, especialmente si durante la evaluación perinatal encontramos signos ecográficos ampliamente reconocidos, como irregularidades en el saco gestacional, tamaño y ecogenicidad anormales del saco vitelino, y bradicardia fetal que pueden predecir un mal resultado en el embarazo temprano.¹

El Bump Coriónico (BC), también llamado protuberancia coriónica, fue reportada por primera vez por Harris y colaboradores² en 2006. Se describe como una convexidad o abultamiento focal e irregular en la región coriodesidual circundante hacia el interior del saco gestacional temprano. La incidencia está entre 1,5 y 7 por cada 1000 embarazos. El bump coriónico se atribuye a un hematoma que tiende a disminuir de tamaño y ecogenicidad con el tiempo. Histopatológicamente, muestra grandes áreas de hemorragia entre los cito-sincitiotrofoblastos que recubren la vellosidad y la decidua.³

Es importante comprender los hallazgos histopatológicos y el mecanismo de formación del bump coriónico porque en algunas series de casos prenatales se ha relacionado con malos desenlaces, aunque no de manera consistente. Wax y cols.⁴ encontraron que el hallazgo ecográfico de protuberancia corial podría aumentar la probabilidad de una aneuploidia fetal, lo que es valioso para el asesoramiento de la paciente y la toma de decisiones clínicas.⁵

Otro mecanismo subyacente en la formación del bump coriónico es una necrosis extensa dentro del endometrio decidualizado. Esta necrosis explica por qué se extiende hacia el saco gestacional y no distorsiona sustancialmente la anatomía extraembrionaria.⁵ Este suele disminuir de tamaño con el tiempo y rara vez persiste más allá del primer trimestre.⁶

Los hallazgos ecográficos se han descrito como una protuberancia convexa, focal, de la superficie coriodesidual que sobresale en el saco gestacional. Los grados de ecogenicidad van desde una región periférica hiperecoica hasta una región central hipoecoica o totalmente hiperecoica. Está demostrado que la protuberancia corial es avascular en las imágenes Doppler color y de potencia.⁷

La correlación entre el bump coriónico y los resultados perinatales continúa siendo objeto de debate en la literatura médica. La mayoría de las investigaciones actuales se centran en evaluar variables ecográficas como el número, el tamaño y el momento de aparición de estas lesiones, comparando los resultados entre los grupos afectados y controles sanos. Históricamente, diversos estudios han sugerido que la detección temprana de un bump coriónico se asocia con un mayor riesgo de muerte embrionaria o anomalías cromosómicas fetales. Sin embargo, la evidencia reciente contradice esta postura, argumentando que este hallazgo no predice necesariamente un resultado adverso del embarazo, sino que muchas veces representa una condición benigna y autolimitada.⁸

DESCRIPCION DE CASO CLINICO

Gestante de 28 años, III gestas, II partos, sin comorbilidades médicas ni hábitos tabáquicos o alcohólicos conocidos, gestación lograda naturalmente, acude a la Unidad de Perinatología del Hospital Materno Infantil Dr. José María Vargas de Valencia, estado Carabobo, referida de consulta privada por sospecha diagnóstica de "quiste placentario complejo" tras hallazgo en ecografía de rutina a las 9 semanas más 4 días de gestación. (Figura 1A y 1B)



Figura 1A. Embrión con latido cardíaco normal, LCR: 27.6 mm. (9 Semanas + 4 días)

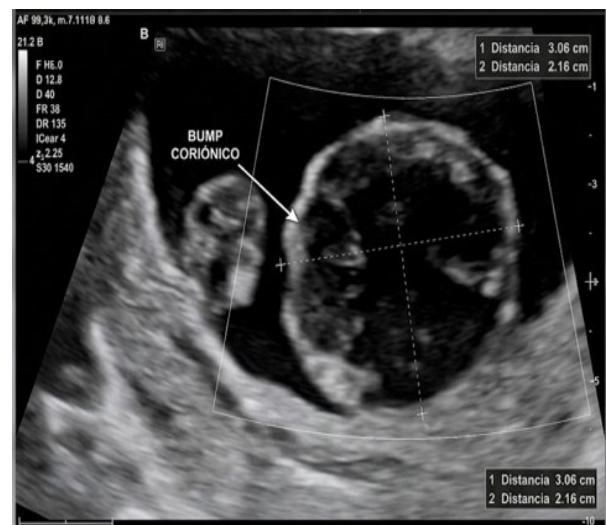


Figura 1B. Bump Coriónico en 2D mide 27 x 29 mm.

A su ingreso a la unidad, se realiza ecografía morfológica transvaginal utilizando un transductor endocavitario multifrecuencial de 5 Mhz, y se constata la presencia de un saco gestacional intrauterino normoinserito con feto único vivo. La longitud coronilla-rabadilla 70 mm, correspondiente a una edad gestacional de 12 semanas y 6 días, con actividad cardíaca rítmica de 144 latidos por minuto. (Figura 2).

Como hallazgo en la superficie placentaria se aprecia una protrusión focal, de bordes bien definidos y morfología cupuliforme que protruye hacia el espacio amniótico, midiendo 29 x 30 mm (Figura 3). La lesión exhibe un patrón ecogénico heterogéneo, con un centro marcadamente hipoecoico delimitado por un borde periférico hiperecoico continuo. Al mapeo con Doppler color y Doppler de poder (Power Doppler), no se demostró señal de flujo vascular ni interno ni periférico en el espesor de la lesión, descartando de esta manera formaciones corioangiomas o variantes de

enfermedad trofoblástica gestacional temprana. El espacio coriódécidual circundante no mostró desprendimientos ni colecciones líquidas organizadas.



Figura 2. Feto con latido cardíaco normal, LCR: 70 mm. (12 Semanas + 6 días). Bump coriónico con contacto con cara y abdomen fetal.

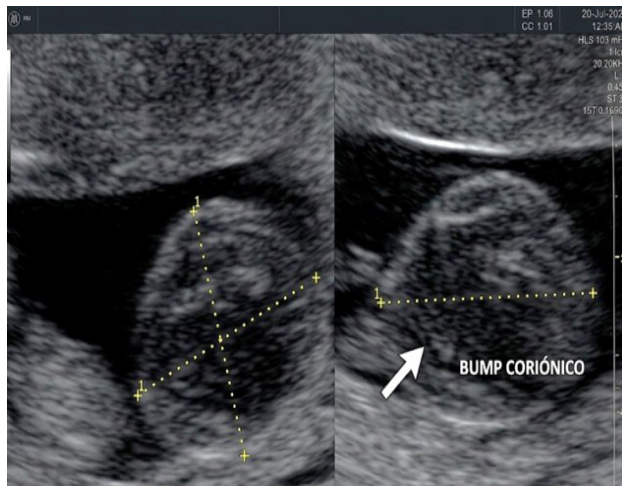


Figura 3. Bump coriónico, medidas 29 x 30 mm a las 12 semanas 6 días.

Evolución y Seguimiento Ecográfico

Dada la viabilidad embrionaria y la ausencia de sintomatología clínica (la paciente no manifestó dolor pélvico ni sangrado genital), se decide adoptar una conducta médica expectante con controles ecográficos seriados.

- **Semana 16 (Ultrasonido 3D):** El feto muestra un crecimiento acorde y dinámica cardíaca conservada. El bump coriónico permanece estático en dimensiones 27 x 29 mm, su ecogenidad es heterogénea con centro redondeado hiperecogénico irregular y halo anecoico rebordeando el 70% de dicha estructura interna, isoecoica respecto al tejido placentario en desarrollo y en contacto cercano al feto, resto de masa placentaria sin alteraciones, se obtienen imágenes en tercera dimensión. (Figura 4)



Figura 4. Bump coriónico delimitado en 3D con feto contiguo, medidas 27 x 29 mm

- **Semana 18:** Coincidiendo con la evaluación del cribado combinado del primer trimestre, el bump coriónico muestra una franca disminución de volumen, midiendo 12 x 19 mm. El pliegue nucal y el hueso nasal se encontraron normales. (Figura 5).

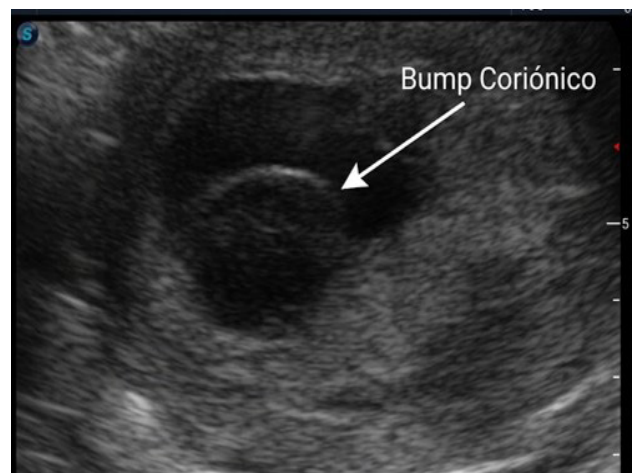


Figura 5. Regresión en medidas del bump coriónico 12 x 19 mm a las 18 semanas de gestación

- **Semana 20 (Ecotomografía):** Durante la realización de la ecografía de detalle anatómico precoz y cortes multiplanares (TUI) de 0.2mm, se evidenció la reabsorción y resolución espontánea completa del bump coriónico. La superficie de la placa coriónica se observó totalmente lisa y uniforme, sin distorsiones estructurales (Figura 6).

Desenlace Perinatal

El control prenatal subsiguiente se mantuvo dentro de los parámetros de la normalidad. La ecografía morfológica del segundo trimestre (semana 22) y la velocimetría Doppler de las arterias uterinas no demostraron alteraciones hemodinámicas ni predictoras de insuficiencia placentaria (Figura 6). La gestación se mantiene actualmente en curso con resultado de estudio morfológico del segundo trimestre con marcadores para cromosopatías negativos.

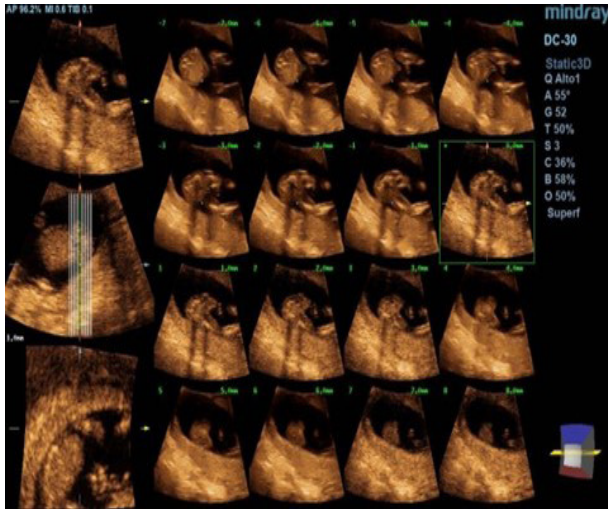


Figura 6. Superficie de la placa coriónica con bump coriónico reabsorbido a la exploración de 20 semanas. Feto activo con crecimiento normal. (Técnica TUI).

DISCUSIÓN

El bump coriónico continúa representando un desafío diagnóstico y un factor de ansiedad para el clínico y la paciente en las etapas tempranas de la gestación. Clásicamente, las cohortes de la década pasada estimaban que hasta el 40% de estos hallazgos culminaban en pérdidas reproductivas. No obstante, las investigaciones publicadas durante los últimos 5 años han modificado este paradigma interpretativo.⁷⁻⁹

Desde la perspectiva diagnóstica diferencial, el bump coriónico debe distinguirse claramente de los hematomas subcoriónicos retroplacentarios difusos, de los miomas uterinos submucosos degenerados, de los sacos gestacionales anembrionados evanescentes en contexto de embarazos múltiples y del corioangioma placentario inicial. La ausencia absoluta de señal vascular en el mapeo Doppler es el criterio definitivo para sospechar su origen hemorrágico local (hematoma intracorial encapsulado) en lugar de un proceso neoplásico o neovascular.^{10,3}

Los estudios multicéntricos más recientes demuestran que el factor pronóstico fundamental no es el volumen absoluto del bump, sino el número de lesiones presentes y si se acompaña de otras alteraciones biometrológicas (como bradicardia embrionaria o saco gestacional pequeño para la edad gestacional). Un bump coriónico único y aislado, tal como el documentado en este reporte, posee una probabilidad de resolución espontánea superior al 65% antes de finalizar el primer trimestre, correlacionándose fuertemente con nacimientos a término sanos¹¹. La fisiopatología de esta resolución obedece a la organización y lisis progresiva del coágulo atrapado bajo el corion frondoso, el cual es comprimido e integrado gradualmente por la expansión fisiológica de la cavidad amniótica. A pesar de concluir la resolución espontánea Vena F, concluye en su estudio mantener como un marcador de ecografía que requiere una vigilancia estrecha durante todo el embarazo para prevenir complicaciones a largo plazo y proporcionar asesoramiento adecuado a la paciente.^{12,13}

Este caso clínico aporta evidencia a la corriente médica contemporánea que promueve la desmitificación del bump coriónico como un signo invariable de mal pronóstico. Es imperativo evitar la clasificación apresurada de estas gestaciones como "abortos inminentes", limitando la indicación de reposo absoluto injustificado o terapias con progestágenos sin indicación clínica formal. En su lugar, el uso sistemático de la ecografía transvaginal detallada y el seguimiento longitudinal riguroso constituyen el estándar de oro para el manejo seguro de estas pacientes.^{7,14}

CONCLUSION

El bump coriónico es una entidad ecográfica infrecuente pero benigna en una proporción significativa de casos. Cuando se presenta como un hallazgo único, aislado y con vitalidad embrionaria conservada, la resolución espontánea a lo largo del primer trimestre es un escenario clínico altamente probable. Los especialistas en medicina materno-fetal deben apoyarse en el uso del Doppler color y el seguimiento ecográfico seriado para garantizar un manejo conservador eficiente, evitando intervenciones innecesarias y proporcionando asesoramiento perinatal adecuado y tranquilizador a la madre.

REFERENCIAS

- Gallegitos C, Sepulveda D. Bulto coriónico: Progresión a un hematoma subamniótico. *Ecografía*. 2022 Febrero;30(1):90-93. <https://doi.org/10.1002/jum.15783>
- Harris R, Couto C, Karpovsky C. The chorionic bump: a first-trimester pregnancy sonographic finding associated with a guarded prognosis. *J Ultrasound Med*. 2006 Junio;25(6):757-763. <https://doi.org/10.7863/jum.2006.25.6.757>
- Tan S, Ipek A. The chorionic bump: radiologic and pathologic correlation. *J Clin Ultrasound*. 2011 junio;39(1):35-37. DOI: 10.1002/jcu.20755
- Wax J, Cartin A, L'Ce. First-trimester chorionic bump: association with fetal aneuploidy in a high-risk population. *J Clin Ultrasound*. 2017 agosto;45(1):3-7. <https://doi.org/10.1002/jcu.22417>
- Martínez D, Rodríguez J, Sánchez I. Significadon clínico del diagnóstico prenatal de la protuberancia corial en el tamizaje del primer trimestre de la gestacion. *Ginecol Obstet Mex*. 2023 noviembre;91(3):155-165. <https://doi.org/10.24245/gom.v91i3.7277>
- Mighani H, Wadhwa N JF, Abdel Hak OW, U. Informe de caso: Se detectó bulto coriónico en el tercer trimestre. *Ecografía de J. Clin*. 2022 Enero;50(1):82-85. DOI: 10.1002/jcu.23027
- Arleo E, Dunning A, Troiano R. Bulto coriónico en pacientes embarazadas y tasa de nacidos vivos asociada: una revisión sistemática y metanálisis. *J Ultrasound Med*. 2015 Abril;34(4):553-561. <https://doi.org/10.7863/ultra.34.4.553>
- Feng Y, Liu S, Qin XL, Lin Z. Resultados del embarazo en casos de embarazo temprano con protuberancia coriónica: Serie de casos. *AJOG Glob Rep*. 2026 Mayo; 6(2):2-3. <https://doi.org/10.1016/j.xagr.2026.100617>

9. Silva Pinto M , Costa-Matias J, Guedes-Martins L. First-trimester chorionic bump: A case control series assessing determinants of perinatal prognosis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2022 julio; 59(5): 621-627. <https://doi.org/10.1002/uog.24872>
10. Rodríguez-Nogué J, Casanova-García G, Castro-Ríos M. Fisiopatología del hematoma intracoriónico focal (chorionic bump): Evaluación mediante ecografía tridimensional de alta resolución. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2023 enero; 88(2): 114-121. <https://doi.org/10.24875/RECHOG.22000035>
11. Piña sarmiento M, Villasmil E. Diagnóstico ecográfico de protuberancia coriónica. Reporte de caso. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2026 Marzo; 85(4). <https://doi.org/10.51288/00850422>
12. Liu E, Noor A, Pereira N. horionic bump: An early marker for miscarriage and embryonic aneuploidy? *J Obstet Gynaecol Can.* 2024 Abril;46(7):102576. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2024.102576>
13. Vena F, Bartolone M, D'Ambrosio V, Corno S, Loboizzo B. Resultados del embarazo y perinatales en el embarazo con diagnóstico de barriga coriónica en la ecografía del primer trimestre: una revisión sistemática y metaanálisis. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine.* 2022 Julio;35(25):8897–8904. <https://doi.org/10.1080/14767058.2021.1875440>
14. PMcCarter K, Willson S, Shah N, Pereira N. Chorionic bump in early pregnancy associated with first-trimester miscarriage. *BMJ Case Rep.* 2020 junio;13(7): e236624. <https://doi.org/10.1136/bcr-2020-236624>.

Salus