

Diagnóstico ecográfico de protuberancia coriónica. Reporte de caso.

 Maira Sarmiento Piña,¹  Eduardo Reyna-Villasmil.²

RESUMEN

La protuberancia coriónica es un hallazgo ecográfico poco común en el embarazo, siendo crucial una evaluación detallada para evitar confusiones diagnósticas. Su incidencia varía entre 1,5 y 7 por cada 1000 embarazos. Se ha propuesto que su etiología se relaciona con hematomas en la placenta. La diferenciación del protuberancia coriónica de otras condiciones como la muerte embrionaria, hemorragia subcoriónica y mola hidatiforme es esencial para garantizar un manejo adecuado y evitar tratamientos inapropiados. A pesar de su asociación con un mayor riesgo de aborto espontáneo, estudios recientes indican que muchos embarazos con protuberancia coriónica pueden avanzar sin complicaciones significativas. La identificación precisa y el seguimiento ecográfico son fundamentales para la salud del embarazo y la confianza de las pacientes. Se presenta un caso de diagnóstico ecográfico de protuberancia coriónica.

Palabras clave: Protuberancia coriónica; Ecografía; Diagnóstico; Embarazo; Pronóstico.

Ultrasound diagnosis of chorionic bump. Case report.

SUMMARY

Chorionic bump is an uncommon ultrasound finding in pregnancy, making a detailed evaluation crucial to avoid diagnostic confusion. Its incidence ranges from 1.5 to 7 per 1,000 pregnancies. Its etiology has been proposed to be related to hematomas in the placenta. Differentiating chorionic bump from other conditions such as embryonic demise, subchorionic hemorrhage, and molar pregnancy is essential to ensure appropriate management and avoid inappropriate treatments. Despite its association with an increased risk of spontaneous abortion, recent studies indicate that many pregnancies with a chorionic bump can progress without significant complications. Accurate identification and ultrasound follow-up are fundamental for the health of the pregnancy and the confidence of patients. A case of ultrasound diagnosis of a chorionic bump is presented.

Keywords: Chorionic bump; Ultrasound; Diagnosis; Pregnancy; Prognosis.

INTRODUCCIÓN

La protuberancia coriónica (PC) es un hallazgo poco común en las ecografías. Se caracteriza por ser una protrusión irregular y convexa que surge de la superficie coriodecidual y se extiende hacia el interior del saco gestacional durante el primer trimestre (1, 2). A pesar de su aspecto particular, su diagnóstico puede ser complicado. Debido a su rara aparición y

a las variaciones en su tamaño y forma, es difícil que los médicos se familiaricen con ella lo suficiente como para reconocerla de inmediato en las imágenes. Esto puede llevar a malentendidos, donde, si no se identifica correctamente, se pueden emitir diagnósticos erróneos y ofrecer un tratamiento o asesoramiento inadecuados a la paciente (3).

Además, su apariencia se asemeja a otras condiciones que podrían conducir a problemas durante el embarazo, lo que hace aún más crucial realizar una evaluación ecográfica cuidadosa y meticulosa (2, 3). Esta evaluación debe incluir un análisis completo del estado del embrión, del saco vitelino y del saco gestacional (4). Se presenta un caso de diagnóstico ecográfico de protuberancia coriónica.

¹Especialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital Central "Dr. Urquinaona", Maracaibo, VENEZUELA. ²Doctor en Ciencias Médicas. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital Central "Dr. Urquinaona", Maracaibo, VENEZUELA. Correo para correspondencia: sippenbauch@gmail.com

Forma de citar este artículo: Sarmiento M, Reyna-Villasmil E. Diagnóstico ecográfico de protuberancia coriónica. Reporte de caso. Rev Obstet Ginecol Venez. 2025;85(4):694-698. DOI: 10.51288/00850422.

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de 21 años de edad, II gestas, I para, quien acudió a la emergencia obstétrica por presentar sangrado genital en escasa cantidad. El embarazo había sido logrado de forma espontánea. La paciente negaba antecedentes personales o familiares de importancia y no había vínculos de consanguinidad con la pareja.

En la evaluación ecográfica, se reveló un único saco gestacional intrauterino con un embrión único cuya longitud craneocaudal era compatible con un embarazo de aproximadamente 5 semanas, sin evidencia de actividad cardíaca. En las proximidades del embrión, se identificó una masa redonda ecogénica que sobresalía de la superficie coriódécidual, con un diámetro de 12 milímetros, adyacente a un saco vitelino aumentado de tamaño (Figura 1A). Se consideró la posibilidad diagnóstica de embrión muerto y se programó una nueva evaluación ecográfica de seguimiento 7 días después para confirmar los hallazgos.

En la siguiente exploración, se observó un embarazo intrauterino con un embrión cuya longitud craneocaudal equivalía a 6 semanas de gestación y presentaba actividad cardíaca. En el saco gestacional persistía una estructura irregular convexa de tejido blando, de aproximadamente 14 milímetros de diámetro, con ecos internos móviles que se proyectaban desde

la superficie coriódécidual hacia su interior. Esta estructura, observada previamente, se encontraba separada del embrión, con ecogenicidad periférica y centro hiperecogénico, aspecto clásico de la PC (Figura 1B). La ecografía *doppler* color no mostró evidencia de flujo en su interior. Las pruebas prenatales no invasivas arrojaron un bajo riesgo de aneuploidía y la exploración morfológica fue normal. El estudio de trombofilias hereditarias resultó negativo.

Se programó una exploración rutinaria en el primer trimestre para detectar anomalías cromosómicas y estructurales importantes. En esta, se observó un feto vivo con edad gestacional compatible con un embarazo de 13 semanas. La frecuencia cardíaca fetal, el grosor de la translucencia nuchal, la evaluación del hueso nasal y los estudios *doppler* fetal y materno estaban dentro de los límites esperados para la edad gestacional. La PC había desaparecido (Figura 1C). Las ecografías seriadas realizadas a las 20 y 22 semanas revelaron anatomía fetal normal y un crecimiento adecuado, con ausencia de la PC.

El embarazo evolucionó con normalidad, sin complicaciones posteriores ni nuevos episodios de sangrado vaginal. La paciente presentó parto vaginal espontáneo a las 38 semanas, obteniéndose un recién nacido vivo masculino de 3200 gramos con APGAR al minuto y a los 5 minutos de 7 y 9 puntos, respectivamente. El examen anatomopatológico de la

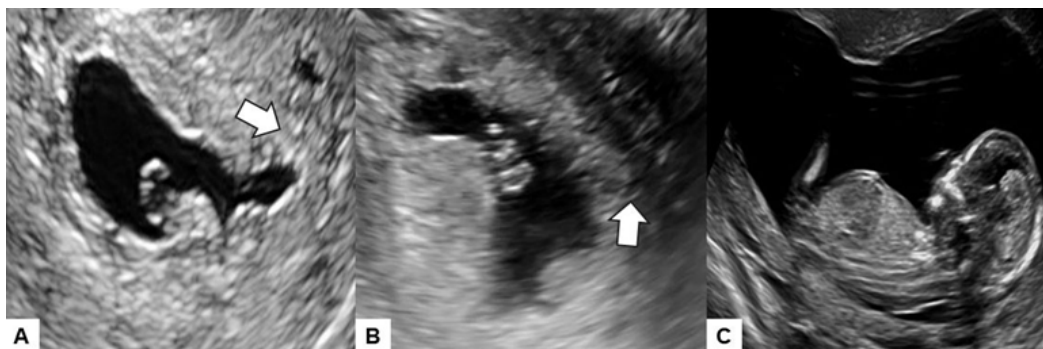


Figura 1. Imagen ecográfica de la protuberancia coriónica. La flecha indica su ubicación a las 5 semanas (A) y 6 semanas (B). La lesión había desaparecido a las 13 semanas (C).

placenta no reveló ninguna alteración. El desarrollo posnatal, un año después del nacimiento, ha sido normal.

DISCUSIÓN

La PC constituye un hallazgo ecográfico poco frecuente. La incidencia de este fenómeno fluctúa entre 1,5 y 7 casos por cada 1000 embarazos (1). La escasa frecuencia de esta observación contribuye a la limitada familiaridad entre los profesionales, lo que complica el diagnóstico preciso (2, 3).

La etiología exacta permanece incierta. La hipótesis más respaldada sugiere que se trata de un hematoma arterial ubicado en la placa coriónica o en el espacio coriodecidual, que sobresale en el saco gestacional. Las evidencias que sustentan esta hipótesis incluyen la morfología ecográfica del bulto, que puede cambiar en consonancia con la resolución de un coágulo, así como los hallazgos de hemorragia observados en estudios histopatológicos (1). Su naturaleza avascular, evidente en estudios de ecografía *doppler*, se alinea más con las características de un hematoma que con las de un tejido vascularizado (5). Este hallazgo suele resolverse de manera espontánea a medida que avanza el primer trimestre del embarazo y, a menudo, deja de ser visible en exploraciones posteriores, lo que respalda la hipótesis de la presencia de hematomas transitorios que se reabsorben (6).

Existen también hipótesis alternativas que sugieren que la PC podría ser ocasionada por necrosis extensa en el endometrio decidualizado, reabsorción de un embarazo anembrionario o la desaparición de un embrión en un embarazo múltiple (3, 5). Algunos casos han mostrado características patológicas en la placenta, como la presencia de vellosidades hidrópicas, que pueden observarse en embarazos molares parciales o con aneuploidías (7). La identificación de estas alteraciones

sugiere que la causa subyacente de la PC podría influir en el desenlace gestacional. Además, algunos investigadores han propuesto que esta condición es más frecuente en pacientes sometidas a tratamientos de infertilidad y con antecedentes de hemorragia vaginal, aunque la relación causal no se ha establecido de manera definitiva (4).

El aspecto típico de la PC consiste en una protrusión focal y redondeada del corion (8). Estas protuberancias no son uniformes y pueden diferir tanto en tamaño como en aspecto general. Las más pequeñas pueden simular el aspecto de un embrión temprano (1). Una característica distintiva crucial es la capacidad de diferenciarlas del saco vitelino y del polo fetal cuando estas estructuras están presentes (1, 2). Su localización se encuentra a lo largo de la superficie coriodecidual, a menudo surgiendo del corion frondoso (3). Aunque su apariencia puede variar, la descripción clásica incluye un núcleo central hipoecoico rodeado por un borde periférico ecogénico (8). Esta morfología también es característica de un hematoma que penetra en la pared del saco gestacional (1). No obstante, los estudios de ecografía *doppler* indican que la PC carece de flujo sanguíneo interno (4). La correlación entre este aspecto ecográfico clásico y las características conocidas respalda indirectamente la hipótesis predominante sobre el origen de la PC. Los exámenes ecográficos seriados pueden revelar cambios evolutivos a lo largo del tiempo. Esta evaluación dinámica no solo sirve para controlar el pronóstico, sino que también actúa como una herramienta diagnóstica esencial en sí misma (1).

Los principales diagnósticos diferenciales de la PC incluyen la muerte embrionaria precoz, la hemorragia subcoriónica, la mola hidatiforme parcial y el síndrome del gemelo evanescente. En el caso de la muerte embrionaria precoz, la PC puede confundirse con un embrión no viable, por lo que resulta fundamental buscar estructuras embrionarias como el saco vitelino y el polo fetal, así como evaluar la actividad cardíaca. La ecografía seriada se considera la herramienta definitiva para diferenciarlos (1). En la hemorragia subcoriónica, la principal característica distintiva reside en la localización. La PC aparece como

una estructura focal y convexa en el saco gestacional desde la superficie coriodecidual, mientras que la hemorragia subcoriónica separa la membrana coriónica de la decidua y suele manifestarse en forma de medialuna a lo largo de la periferia del saco gestacional (3). Las molas parciales a menudo muestran rasgos ecográficos característicos, como espacios placentarios quísticos y partes fetales, aunque estas pueden presentarse de forma anormal (9). La PC típica rara vez presenta cambios quísticos difusos en todo el corion (6). En el síndrome del gemelo evanescente, la exploración inicial puede mostrar dos sacos gestacionales o embriones, uno de los cuales no llega a desarrollarse y se reabsorbe. Aunque el feto reabsorbido puede aparecer como una zona irregular, es necesario analizar las exploraciones ecográficas previas y evaluar la presencia de un segundo saco gestacional o los restos de un segundo embrión (2, 10). Otras condiciones menos comunes que podrían distorsionar el aspecto del saco gestacional incluyen los fibromas y las anomalías uterinas congénitas (8).

El significado clínico de la PC ha sido objeto de un continuo análisis. Los primeros informes la asociaban con un pronóstico reservado y un mayor riesgo de aborto, indicando una tasa de nacidos vivos inferior al 50 % en esos embarazos (1). Sin embargo, estudios posteriores reportaron tasas globales de nacidos vivos que oscilaban entre el 62 % y el 67 % (4). El pronóstico mejora cuando se trata de un hallazgo aislado en un embarazo que presenta un saco gestacional, un saco vitelino y un embrión con actividad cardíaca normal (5). En este subgrupo de casos, la tasa de nacidos vivos alcanza el 83 % (8).

A pesar de la mejora en las tasas de nacidos vivos descritas, la presencia de la PC sigue asociándose con un mayor riesgo de aborto espontáneo en comparación con embarazos que no presentan este hallazgo. Investigaciones previas indican que el riesgo de aborto espontáneo es casi el doble en comparación con grupos de control (4, 11, 12).

Aunque la mayoría de los embarazos con PC que se prolongan más allá del primer trimestre no presentan

complicaciones a largo plazo, se han descrito casos en los que la protuberancia persiste y evoluciona hacia un hematoma subamniótico en el segundo trimestre (5, 13). No obstante, varios estudios no han encontrado una mayor incidencia de anomalías fetales asociadas a esta condición (4).

Existen varios factores asociados que pueden afectar el pronóstico de los embarazos con PC. La presencia de múltiples protuberancias coriónicas es un fuerte indicador de un pronóstico negativo. Los estudios han informado de una tasa de mortalidad fetal que puede llegar al 100 % en aquellos casos con dos o más protuberancias (4). La relación entre el tamaño de la protuberancia y el resultado del embarazo ha arrojado resultados contradictorios. Aunque algunos estudios sugirieron una asociación entre un mayor tamaño y la frecuencia de abortos, otros no han encontrado tal relación (1). Tampoco se ha observado que la localización influya significativamente en el resultado del embarazo (4). La presencia de otros hallazgos ecográficos, como un saco gestacional irregular, un aspecto o tamaño anormal del saco vitelino, o bradicardia embrionaria, empeora el pronóstico cuando se presentan simultáneamente con una PC (14).

No existen tratamientos médicos o quirúrgicos específicos y estandarizados para embarazos diagnosticados con PC (4). El manejo está orientado a la presentación clínica general y al estado del embarazo (15). La atención en estos casos implica un seguimiento estrecho mediante ecografías seriadas durante el primer trimestre (6). Esto tiene múltiples propósitos. En primer lugar, es necesario repetir las exploraciones ecográficas para confirmar el diagnóstico y diferenciar la PC, observando los cambios a lo largo del tiempo (1). En segundo lugar, las imágenes seriadas permiten monitorizar la viabilidad y el crecimiento embrionario/fetal, que son factores determinantes del pronóstico (8). En tercer lugar, las exploraciones seriadas posibilitan evaluar los cambios en la PC, incluidas las alteraciones en tamaño, forma y ecogenicidad, y permiten confirmar su posible resolución a medida que avanza el embarazo. La frecuencia de las exploraciones de seguimiento puede variar en función del juicio clínico y de los hallazgos de la exploración inicial.

*DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO DE PROTUBERANCIA CORIÓNICA.
REPORTE DE CASO.*

Sin embargo, se recomienda realizarlas en un plazo de 1 a 2 semanas, sobre todo si se observaron otros hallazgos relacionados con la viabilidad embrionaria (1).

Dado el conocimiento actual sobre el pronóstico de la PC, el asesoramiento debe matizarse cuidadosamente (1). Aunque es importante informar a las pacientes que su presencia está asociada a un mayor riesgo de aborto espontáneo, también es fundamental transmitirles que muchos de estos embarazos darán lugar a un recién nacido vivo (15).

En conclusión, la PC es un hallazgo ecográfico infrecuente en el primer trimestre del embarazo, caracterizado por una protrusión irregular y convexa de la superficie coriódécidual en el saco gestacional. La etiología sigue siendo incierta y puede ser heterogénea, prevaleciendo la teoría que sugiere que representa un hematoma. La identificación precisa y la diferenciación de otras afecciones son cruciales para evitar diagnósticos erróneos y garantizar una atención clínica adecuada. Los exámenes ecográficos seriados son fundamentales en este proceso, ya que sirven como herramienta diagnóstica para esclarecer la naturaleza del hallazgo a lo largo del tiempo y como medio para monitorizar la viabilidad del embarazo.

Sin conflicto de interés.

REFERENCIAS

1. Younesi L, Shahnazari R. Chorionic bump in first-trimester sonography. *J Med Ultrasound*. 2017;25(4):221-226. DOI: 10.1016/j.jmu.2017.04.004.
2. Cignini P, Fabiani C, Spina V, Schiavi MC, Campanella L. Chorionic bump: A rare case series. *J Ultrasound Med*. 2025;44(7):1309-1313. DOI: 10.1002/jum.16670.
3. Carvalho RS, Osório M, Brito C, Valente F. Chorionic bump in a pregnant patient with a history of infertility. *BMJ Case Rep*. 2018;2018:bcr2018225091. DOI: 10.1136/bcr-2018-225091.
4. Sana Y, Appiah A, Davison A, Nicolaides KH, Johns J, Ross JA. Clinical significance of first-trimester chorionic bumps: a matched case-control study. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2013;42(5):585-589. DOI: 10.1002/uog.12528.
5. Sepulveda W. Chorionic bump at 11 to 13 weeks' gestation: Prevalence and clinical significance. *Prenat Diagn*. 2019;39(6):471-476. DOI: 10.1002/pd.5454.
6. Tan S, Ipek A, Akın Sivaslıoğlu A, Süngü N, Sarıcı OÜ, Karaoğlu M. The chorionic bump: Radiologic and pathologic correlation. *J Clin Ultrasound*. 2011;39(1):35-37. DOI: 10.1002/jcu.20755.
7. Hamed A, Alhourri R, Allahham N, Attallah R. New insight on etiology: A chorionic bump with partial mole pregnancy case report from Syria. *J Clin Ultrasound*. 2025;53(1):194-197. DOI: 10.1002/jcu.23812.
8. Arleo EK, Dunning A, Troiano RN. Chorionic bump in pregnant patients and associated live birth rate: a systematic review and meta-analysis. *J Ultrasound Med*. 2015;34(4):553-557. DOI: 10.7863/ultra.34.4.553.
9. Rozenova KA, Buza N, Hui P. Gestational trophoblastic disease: STR genotyping for precision diagnosis. *Expert Rev Mol Diagn*. 2025;25(1-3):1-19. DOI: 10.1080/14737159.2025.2453506.
10. Catalano R, Casey J, Stolte A, Lee H, Gemmill A, Bustos B, *et al*. Vanishing twins, selection in utero, and infant mortality in the United States. *Evol Med Public Health*. 2025;13(1):5-13. DOI: 10.1093/emph/eoae035.
11. Liu E, Noor A, Pereira N. Chorionic bump: An early marker for miscarriage and embryonic aneuploidy? *J Obstet Gynaecol Can*. 2024;46(7):102576. DOI: 10.1016/j.jogc.2024.102576.
12. McCarter K, Willson S, Shah N, Pereira N. Chorionic bump in early pregnancy associated with first-trimester miscarriage. *BMJ Case Rep*. 2020;13(7):e236624. DOI: 10.1136/bcr-2020-236624.
13. Galleguillos C, Sepulveda W. Chorionic bump: Progression to a subamniotic hematoma. *Ultrasound*. 2022;30(1):90-93. DOI: 10.1177/1742271X211008565.
14. Baalman CG, Galgano SJ, Pietryga JA, Novak L, Robbin ML. A case of a chorionic bump: New sonographic-histopathologic findings with review of the literature. *J Ultrasound Med*. 2017;36(9):1968-1970. DOI: 10.1002/jum.14240.
15. Yousaf A, Tayyab A, Anil MSU, Ahmed MMH, Ahmed SSHBA Sr, Alobadli A. Chorionic bump: Radiologic features and pregnancy outcomes. *Cureus*. 2020;12(11):e11480. DOI: 10.7759/cureus.11480.

Recibido 22 de junio de 2025

Aprobado para publicación 4 de septiembre de 2025