Sanitas
Revista arbitrada de ciencias de la salud
Vol. 5(3), 71–76, 2026
https://doi.org/10.62574/tcb85d78

Labio leporino: factores de riesgo, diagnóstico prenatal y tratamiento

Cleft lip: risk factors, prenatal diagnosis and treatment

Melany Priscila Velásquez-Araujo
Melanyva87@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0004-5694-127X

Joselyn Stefanía Chamba-Jaramillo
joselyncj50@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0008-4677-9300

Andrea Natalia Ortiz-Jiménez
andreaoj97@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0005-6364-4334

RESUMEN

Objetivo: analizar la evidencia sobre los factores de riesgo, el diagnóstico prenatal y el tratamiento del labio leporino. **Método:** estudio documental descriptivo basado en 15 documentos indexados en PubMed, SciELO y LILACS, publicados entre 2007 y 2024. **Resultados:** las fisuras orofaciales afectan a 1 a 1,5 de cada 1000 nacidos vivos y su etiología combina factores genéticos y ambientales; la suplementación con ácido fólico se asoció con una reducción de alrededor de un tercio del riesgo de labio leporino; la ecografía prenatal detectó el 81,9 % de las fisuras, y la resonancia magnética mejoró la confianza diagnóstica; el tratamiento requiere intervenciones escalonadas hasta la adultez, incluida la cirugía ortognática en una proporción considerable de casos. **Conclusiones:** la prevención con ácido fólico, el diagnóstico prenatal y la atención multidisciplinaria continua son los pilares del manejo.

Descriptores: labio leporino; fisura del paladar; diagnóstico prenatal. (DeCS).

ABSTRACT

Objective: to analyze the evidence on risk factors, prenatal diagnosis and treatment of cleft lip. **Method:** descriptive documentary study based on 15 documents indexed in PubMed, SciELO and LILACS, published between 2007 and 2024. **Results:** orofacial clefts affect 1 to 1.5 per 1000 live births and their etiology combines genetic and environmental factors; folic acid supplementation was associated with a reduction of about one third in cleft lip risk; prenatal ultrasound detected 81.9% of clefts, and magnetic resonance imaging improved diagnostic confidence; treatment requires staged interventions into adulthood, including orthognathic surgery in a considerable proportion of cases. **Conclusions:** prevention with folic acid, prenatal diagnosis and continuous multidisciplinary care are the cornerstones of management.

Descriptors: cleft lip; cleft palate; prenatal diagnosis. (DeCS).

Recibido: 05/07/2026. Revisado: 06/08/2026. Aprobado: 12/08/2026. Publicado: 01/10/2026.

Original breve

INTRODUCCIÓN

Las fisuras del labio y del paladar suelen dividirse en dos grupos: la fisura palatina aislada y el labio leporino con o sin fisura palatina. Ambos constituyen un conjunto heterogéneo de trastornos que afectan los labios y la cavidad oral (1). En conjunto, se consideran el defecto congénito craneofacial más común, con una frecuencia aproximada de 1 a 1,5 por cada 1000 nacidos vivos en el mundo (2). En México, Lombardo-Aburto describe una incidencia de 1 por cada 750 recién nacidos vivos. En su serie, el labio leporino aislado representa el 21 % de los casos, la fisura palatina aislada el 33 % y la combinación de ambas el 46 %; además, solo en el 25 % de los casos se conoce la causa (3).

Desde el punto de vista clínico, la mayoría de los casos se diagnostica en el útero mediante ecografía después de la semana 20, y su manejo tradicional descansa en un equipo interprofesional que va más allá de la corrección quirúrgica (4). Las fisuras pueden ser sindrómicas o no sindrómicas, y su origen responde a interacciones entre genes y entre genes y ambiente (5,6). En tal sentido, el presente trabajo se propuso analizar la evidencia sobre los factores de riesgo, el diagnóstico prenatal y el tratamiento del labio leporino.

MÉTODO

Se desarrolló un estudio documental y descriptivo. Para ello, se consultaron PubMed, SciELO y LILACS con los descriptores Labio Leporino, Fisura del Paladar y Diagnóstico Prenatal, en español e inglés, combinados mediante operadores booleanos. Se incluyeron estudios de casos y controles, estudios de exactitud diagnóstica, revisiones sistemáticas, revisiones narrativas de autoría identificable y casos clínicos publicados en revistas indexadas. En cambio, se excluyeron libros, páginas institucionales sin autores, memorias de congresos, tesis y revistas no indexadas o de calidad editorial dudosa. En consecuencia, el corpus quedó

integrado por 15 documentos publicados entre 2007 y 2024, organizados en tres ejes: factores de riesgo, diagnóstico prenatal y tratamiento.

RESULTADOS

Factores de riesgo. En Damasco, Darjazini Nahas et al. compararon 133 niños con fisura con 133 controles y evaluaron su relación con los antecedentes familiares, los síndromes asociados y diversos factores de riesgo. La fisura fue algo más frecuente en varones (51,9 %), la combinación de labio y paladar fue la presentación más común (42,1 %) y el 35,4 % de las fisuras labiales fueron bilaterales (7). En Corea, Kang et al. estudiaron 278 pacientes de ortodoncia con fisura frente a 51 sin ella, mediante cuestionarios sobre exposiciones ambientales durante el embarazo, con el fin de identificar factores de riesgo y de protección (8).

Por su parte, Francisco et al., en Portugal, pusieron a prueba la hipótesis de que el riesgo aumentaba con la edad parental o con el índice de masa corporal materno. En el análisis de los datos al nacer, la probabilidad de fisura disminuyó con cada kilogramo adicional de peso al nacer (OR 0,435) (9). En cuanto a la prevención, en un estudio poblacional noruego de Wilcox et al., la suplementación con ácido fólico de al menos 400 µg diarios al inicio del embarazo se asoció con menor riesgo de labio leporino aislado, con o sin fisura palatina (OR ajustado 0,61). El menor riesgo se observó en mujeres con dietas ricas en folatos que además tomaban suplementos (OR 0,36); sin embargo, el ácido fólico no protegió frente a la fisura palatina aislada (OR 1,07) (10).

Diagnóstico prenatal. La revisión sistemática de Baeza-Pagador et al. señaló que la fisura palatina aislada es difícil de detectar por ecografía y que la exactitud en atención primaria es insuficiente. No obstante, cuando se combinan la ecografía bidimensional y la resonancia magnética, los valores diagnósticos se sitúan entre el 90 % y el 100 % (11). Gai et al., con 334 lactantes con fisura, reportaron para la ecografía una tasa de verdaderos positivos del 81,9 % y un valor predictivo positivo

del 80,1 %; para la resonancia magnética, estas cifras fueron del 89,8 % y el 95,7 %, respectivamente (12). En la misma línea, Yan et al. hallaron que la confianza diagnóstica de la resonancia magnética (89,73 %) superó con claridad a la de la ecografía (43,59 %) (13). Divya et al., en una revisión de 10 estudios, observaron que la exactitud de la ecografía varió ampliamente y ha mejorado con el avance de los equipos (2).

Tratamiento. Fowler et al. subrayan que las fisuras que comprometen labio, alvéolo y paladar requieren intervenciones quirúrgicas y no quirúrgicas escalonadas y coordinadas, con una elevada carga asistencial que se extiende hasta la adultez; su reporte incluye la perspectiva de un coautor con fisura unilateral (14). Ko et al. describieron la planificación virtual de una cirugía ortognática en un paciente con fisura unilateral de labio y alvéolo reparada, operado del labio a los 3 meses de edad. Estos autores señalan que la cirugía ortognática se requiere en el 25 % al 60 % de los pacientes con fisura unilateral de labio y paladar, y en el 65,1 % al 69,5 % de aquellos con fisura bilateral (15).

DISCUSIÓN

Así las cosas, la evidencia confirma que el labio leporino tiene una etiología compleja, en la que interactúan genes y ambiente (5,6). Por lo tanto, la búsqueda de un factor único resulta poco productiva. De ello se desprende una implicación práctica para la obstetricia: el principal factor modificable con respaldo sólido es la suplementación periconcepcional con ácido fólico, cuyo efecto protector se observó sobre el labio leporino, pero no sobre la fisura palatina aislada (10). Esta diferencia coincide con la distinción entre ambos grupos de fisuras (1).

Respecto del diagnóstico, los datos muestran que la ecografía sigue siendo la herramienta de primera línea, pero con una sensibilidad limitada, sobre todo para la fisura palatina (11,12). Cabe destacar que las cifras de exactitud global superiores al 99 % dependen del gran número de fetos sanos y no deben interpretarse como

capacidad de detección (12). Por consiguiente, la resonancia magnética adquiere valor como complemento cuando la ecografía sugiere una fisura, ya que mejora la confianza diagnóstica y la caracterización del defecto (12,13). El diagnóstico prenatal permite, además, orientar a la familia y planificar la atención desde el nacimiento (4).

En cuanto al tratamiento, la literatura coincide en que no se limita a la reparación inicial del labio. Incluye un seguimiento prolongado en el que la cirugía ortognática es frecuente al terminar el crecimiento (14,15). Lombardo-Aburto propone que el pediatra actúe en los tres niveles de prevención dentro del equipo multidisciplinario (3). Entre las limitaciones de este trabajo figuran su naturaleza documental, la heterogeneidad de los diseños y la ausencia de registros ecuatorianos indexados sobre prevalencia.

CONCLUSIÓN

En síntesis, el labio leporino es una malformación frecuente de origen multifactorial. La suplementación periconcepcional con ácido fólico se asocia con una reducción de alrededor de un tercio del riesgo de labio leporino, aunque no de la fisura palatina aislada. La ecografía prenatal es la base del diagnóstico, pero su sensibilidad es limitada, y la resonancia magnética mejora la caracterización cuando existe sospecha. El tratamiento exige una atención multidisciplinaria y escalonada que se prolonga hasta la adultez. A manera de colofón, el control prenatal con suplementación oportuna y una ecografía morfológica de calidad constituye el aporte central de la obstetricia a la prevención y al manejo de esta condición.

FINANCIAMIENTO: No monetario.
CONFLICTO DE INTERÉS: Los autores declaran no tener conflictos de interés.
AGRADECIMIENTOS: Se agradece a UNIANDES.

REFERENCIAS

1. Mossey PA, Little J, Munger RG, Dixon MJ, Shaw WC. Cleft lip and palate. Lancet. 2009;374(9703):1773-85. doi:10.1016/S0140-6736(09)60695-4
2. Divya K, Iyapparaja P, Raghavan A, Diwakar MP. Accuracy of prenatal ultrasound scans for screening cleft lip and palate: a systematic review. J Med Ultrasound. 2022;30(3):169-75. doi:10.4103/jmu.jmu_20_22
3. Lombardo-Aburto E. La intervención del pediatra en el niño con labio y paladar hendido. Acta Pediatr Mex. 2017;38(4):267-73. doi:10.18233/APM38No4pp267-2731435
4. Alois CI, Ruotolo RA. An overview of cleft lip and palate. JAAPA. 2020;33(12):17-20. doi:10.1097/01.JAA.0000721644.06681.06
5. Babai A, Irving M. Orofacial clefts: genetics of cleft lip and palate. Genes (Basel). 2023;14(8):1603. doi:10.3390/genes14081603
6. Dixon MJ, Marazita ML, Beaty TH, Murray JC. Cleft lip and palate: understanding genetic and environmental influences. Nat Rev Genet. 2011;12(3):167-78. doi:10.1038/nrg2933
7. Darjazini Nahas L, Alzamel O, Dali MY, Alsawah R, Hamsho A, Sulman R, et al. Distribution and risk factors of cleft lip and palate on patients from a sample of Damascus hospitals: a case-control study. Heliyon. 2021;7(9):e07957. doi:10.1016/j.heliyon.2021.e07957
8. Kang MJ, Li NP, Hong H, Park HS, Park JW, Tolarova MM, et al. Preliminary study of environmental risk and protective factors during pregnancy for cleft lip with or without palate in the Korean population. Korean J Orthod. 2024;54(6):411-21. doi:10.4041/kjod24.137
9. Francisco I, Caramelo F, Fernandes MH, Vale F. Parental risk factors and child birth data in a matched year and sex group cleft population: a case-control study. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(9):4615. doi:10.3390/ijerph18094615
10. Wilcox AJ, Lie RT, Solvoll K, Taylor J, McConnaughey DR, Abyholm F, et al. Folic acid supplements and risk of facial clefts: national population based case-control study. BMJ. 2007;334(7591):464. doi:10.1136/bmj.39079.618287.0B
11. Baeza-Pagador A, Tejero-Martínez A, Salom-Alonso L, Camañes-Gonzalvo S, García-Sanz V, Paredes-Gallardo V. Diagnostic methods for the prenatal detection of cleft lip and palate: a systematic review. J Clin Med. 2024;13(7):2090. doi:10.3390/jcm13072090
12. Gai S, Wang L, Zheng W. Comparison of prenatal ultrasound with MRI in the evaluation and prediction of fetal orofacial clefts. BMC Med Imaging. 2022;22(1):213. doi:10.1186/s12880-022-00929-9
13. Yan X, Xing G, Wang X, Li J, Sun Q, Shang X. Diagnostic value and application of prenatal MRI and ultrasound in fetal cleft lip and palate. Contrast Media Mol Imaging. 2022;2022:9410161. doi:10.1155/2022/9410161
14. Fowler P, Ardouin K, Haworth J, Snape L. Long-term treatment outcomes from the perspective of a patient with unilateral cleft lip and palate. BMJ Case Rep. 2021;14(12):e246582. doi:10.1136/bcr-2021-246582
15. Ko J, Urata MM, Hammoudeh JA, Yamashita DD, Yen SL. Reverse engineering orthognathic surgery and orthodontics in individuals with cleft lip and/or palate: a case report. Bioengineering (Basel). 2024;11(8):771. doi:10.3390/bioengineering11080771

Derechos de autor: 2026. Por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/