

LABIO LEPORINO

Girvent M., Palau J., Astor J., Álvarez V., Cano S., Lineros E., Ojeda F.

Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Granollers.

Barcelona.

mgirvent@fhag.com

Introducción

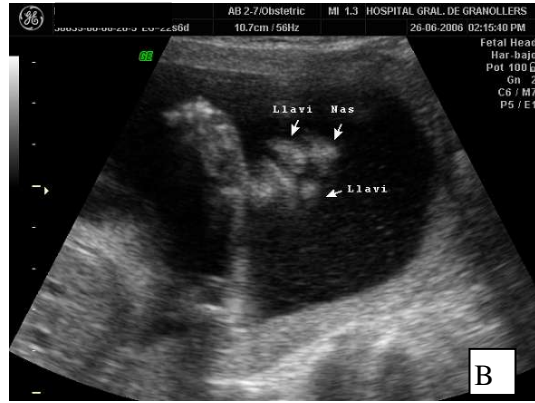
El labio leporino, afectación de la línea facial media, esta originado por la fusión incompleta de los procesos nasales mediales.

Esta anomalía va acompañada por lo general por un surco profundo entre los lados derecho e izquierdo de la nariz.

Caso clínico

Se presenta un caso clínico de una malformación fetal que corresponde al estadio de fisura labial unilateral y de paladar combinada, observada en nuestro centro en julio de 2006.

- Antecedentes personales: sin interés.
- Embarazo actual: Seguimiento de la gestación correcto, todas las pruebas habituales de diagnóstico prenatal hasta el momento dentro de la normalidad.
- Acude a nuestro centro para la realización de la ecografía de las 20 semanas, donde se detecta **labio leporino y paladar hendido** asociado a una **ectasia piélica bilateral**.
- Debido a estos hallazgos se realiza **amniocentesis** para determinar el cariotipo del feto: **47, XX, +21** correspondiendo a un síndrome de Down.
- La paciente se decide por la interrupción legal del embarazo.
- Se induce el aborto con prostaglandinas intravaginales que producen la expulsión del feto y de la placenta, sin requerir legrado uterino posterior.



Ecografía a las 20 semanas de amenorrea.

A,B. Labio leporino
C. Hendidura palatina
D, E. Ectasia piélica bilateral





Imágenes del feto después del parto.

- F. Fenotipo completo.
- G. Labio leporino
- H. Paladar hendido



Discusión

La mayoría de casos de labio leporino y fisura del paladar tienen un origen multifactorial.

El labio leporino tiene una frecuencia aproximada de 1 cada 1000 nacimientos y se observa más en varones (80%) que en mujeres; su frecuencia es algo mayor según aumenta la edad de la madre y varía en distintos grupos de población.

La frecuencia de fisura de paladar es menor que la de labio leporino aislado, de 1 cada 2500 nacimientos. Se observa más en mujeres (67%) que en varones y no tiene relación alguna con la edad de la madre. La administración de drogas anticonvulsivantes como el fenobarbital y difenilhidantoína durante el embarazo aumenta el riesgo de fisura de paladar.¹

También se ha encontrado relación con los resfriados en las madres entre el segundo y el tercer mes presentando un aumento de frecuencia de labio leporino.³ En cuanto a la consanguinidad entre padres, ya es sabido que pueden dar lugar a diversas malformaciones congénitas, entre ellas el labio leporino y el paladar hendido (también la hidrocefalia y polidactilia).⁴

El diagnóstico de sospecha se obtiene mediante ecografía. Durante la exploración sistemática, en la ecografía morfológica del segundo trimestre, es posible la visualización de un labio leporino en la revisión de la cara del feto. En cambio, la detección del paladar resulta más complicada debido a que este no es tan visible. En un estudio retrospectivo realizado en Bristol, el análisis de todos los casos durante 8 años, atribuye a la ecografía para la detección de esta anomalía una sensibilidad del 50% (el 70% de los labios leporinos y ninguno de los paladares hendidos). Así, concluye que la ecografía es una herramienta útil para la detección del labio leporino con o sin paladar hendido, aunque no para los paladares hendidos aislados.⁵

Los artículos actuales comparan la ecografía en dos dimensiones con la de 3, y varios de ellos encuentran diferencia en la detección de labios leporinos y sobretodo de paladares hendidos con los dos métodos.^{7,8} Así, un estudio prospectivo de San Diego detecta el 100 % de labios leporinos mediante 3D respecto a la convencional que detecta el 91%. Cuando se intenta identificar el paladar hendido los resultados son 91% y 89% respectivamente.⁹

Ya mencionamos la relación entre malformaciones congénitas y fisura labial.² Un estudio sueco de 5581 niños con síndrome de Down encuentra un riesgo aumentado entre 3 y 5 veces, de labio leporino y paladar hendido. En cambio no detecta asociación con defectos del tubo neural, hidrocefalia o agenesia renal.⁶ Algunos autores ingleses encuentran una relación entre los casos de labio leporino y paladar hendido con otras anomalías cromosómicas, entre ellas el síndrome de Down, como en el caso que presentamos.⁵

Como **conclusión** los defectos morfológicos hallados en una ecografía deben ponernos en alerta y hacer que investiguemos posibles alteraciones cromosómicas, ya que su frecuencia, en estos casos, puede estar aumentada. También tener presente que el diagnóstico de estas malformaciones es más preciso mediante la ecografía en 3D y por lo tanto ésta debería ser la de elección.

REFERENCIAS

1. Langman. Embriología médica. Ed. Panamericana. 7ª. México, 1998.
2. Cabero L., Carreras E., Toran N. Atlas de malformaciones fetales congénitas. Ediciones Mayo. 2005(1).
3. Acs N., Banhdy F. Population-based case-control study of the common cold during pregnancy and congenital abnormalities. Eur J Epidemiol. 2006;21(1):65-75.
4. Rittler M., Liascovich R., Lopez-Camelo J. Parental consanguinity in specific types of congenital anomalies. Am J Genet. 2001 Jul;102(1):36-43.
5. Sohan K., Freer M. Prenatal detection of facial clefts. Fetal Diagn Ther. 2001 Jul-Aug;16(4):169-9.
6. Kallen B., Mastroiacovo P. Major congenital malformations in Down syndrome. Am J Genet. 1997 Nov;73(1):91-2.
7. Min-Long Chenn, Chiung-Hsin Chang. Prenatal diagnosis of cleft palate by three dimensional ultrasound. Department of Obstetrics and Gynecology, National Cheng Kung University Medical College and Hospital, Tainan, Taiwan. Ultrasound in Medicine & Biology 2001 Aug;27: 1017-1023.
8. Ulm M., Kratochwil A. University Hospital of Vienna, Austria. Three-dimensional ultrasonographic imaging of fetal tooth buds for characterization of facial clefts. Early Human Development 1999 May;55 (1):67-75.
9. Chmait R., Pretorius D. San Diego, California. Prenatal evaluation of facial clefts with two dimensional and adjunctive three-dimensional ultrasonography: A prospective trial. Am J Obstet Gynecol; 187 (4): 946-949