

Fisura de la cara

Facial Cleft

Amanda Breto Valdés^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-6900-8500>

Yanet García Fernández¹ <https://orcid.org/0000-0003-0684-5912>

Danuvys Leyva Marrero¹ <https://orcid.org/0000-0003-2900-6150>

Dayví Enríquez Nodarse¹ <https://orcid.org/0000-0001-7810-1280>

¹Hospital General Docente Comandante Ciro Redondo García, Departamento de Neonatología. Artemisa, Cuba.

*Autor para correspondencia: amandabreto95@gmail.com

RESUMEN

Introducción: Las fisuras oblicuas faciales son anomalías poco frecuentes, con una incidencia de entre 1,5 y 5 por cada 100 000 nacimientos.

Objetivo: Reportar un caso de fisura facial oblicua de considerable severidad.

Presentación del caso: Una recién nacida con fisura facial oblicua fue ingresada en el Hospital Ciro Redondo García de Artemisa. A los dos meses de vida egresó de la institución con adecuada ganancia ponderal. A los 11 meses ingresó en el Hospital Pediátrico Docente William Soler para recibir tratamiento quirúrgico y tuvo una evolución favorable.

Conclusiones: Este caso es el primer reporte en Cuba de fisura facial oblicua tratada quirúrgicamente y con una evolución favorable hasta el momento.

Palabras clave: fisura facial oblicua; fisura de Tessier; neonato.

ABSTRACT

Introduction: Oblique facial clefts are rare abnormalities, with an incidence of 1.5 to 5 per 100,000 births.

Objective: To report a case of oblique facial cleft of considerable severity.

Case report: A newborn with an oblique facial cleft was admitted to Ciro Redondo García Hospital in Artemisa. At two months of age, she was discharged from the institution with adequate weight gain. At 11 months, she was admitted to William Soler Pediatric Teaching Hospital for surgical treatment and had a favorable outcome.

Conclusions: This is the first reported case in Cuba of an oblique facial cleft treated surgically with a favorable outcome to date.

Keywords: oblique facial cleft; Tessier cleft; newborn.

Recibido: 07/04/2023

Aceptado: 17/05/2026

Introducción

En la evolución histórica del estudio de las malformaciones craneofaciales congénitas, estas se dividieron, desde el inicio, en tres vertientes:⁽¹⁾ los grandes síndromes craneofaciales,⁽²⁾ las craneosinostosis,⁽³⁾ y las fisuras faciales y craneales.⁽⁴⁾

En el siglo xx comenzó el interés por sistematizar el estudio de las fisuras craneales y faciales, lo cual permitió la aparición de las primeras clasificaciones. Sin embargo, fue Paul Tessier, en 1973, quien describió de forma más completa las deformidades en los tejidos blandos y óseos, según los hallazgos en los estudios radiográficos y quirúrgicos.⁽¹⁾

Esta clasificación tuvo como punto de referencia la órbita, sitio común entre cráneo y cara, de donde parten vectores o radios que se numeran del 0 al 14; el 0 corresponde a la fisura mediana y el resto se distribuye siguiendo las agujas del reloj.^(1,2) La clasificación revolucionó la concepción fisiopatológica de las deformidades embriogénicas faciales, al entenderse todas ellas como alteraciones fisurales con una fisiopatología común; sin embargo, posee la desventaja de no tener en cuenta las craneosinostosis.⁽³⁾

Las fisuras faciales son discontinuidades de partes blandas o partes duras, de mayor o menor grado. Resultan muy infrecuentes y tienen una etiología multifactorial. Pueden ser unilaterales o bilaterales, y asociarse varias en un mismo paciente.^(3,4,5)

Las fisuras faciales oblicuas son anormalidades extremadamente raras; su incidencia exacta se desconoce, aunque se reportan entre 1,5 y 5 casos por cada 100 000 nacimientos.⁽⁴⁾ Su tratamiento constituye un reto para los cirujanos.

El objetivo de este estudio fue reportar un caso de fisura facial oblicua de considerable severidad.

Presentación del caso

Un neonato de sexo femenino, hija de madre de 22 años con antecedentes personales de salud; sin antecedentes heredofamiliares para el padecimiento actual. La madre negó la ingesta de medicamentos teratogénos durante la gestación.

En ultrasonidos prenatales se diagnosticó malformación facial compleja y se le dio la posibilidad a la madre, por parte de los miembros de la Red de Genética provincial de Artemisa, de interrumpir la gestación, a lo cual se negó.

Nació en 2018, por cesárea, debido a presentación pelviana, con Apgar 9\9 y peso de 3200 g.

El examen físico mostró los siguientes resultados:

- **Facies:** asimétrica, con fisura oro-ocular derecha, la cual comienza en el labio superior, respeta la nariz y se dirige hacia la porción media de párpado inferior, asociada con la presencia de coloboma y ptosis del párpado ipsilateral, pupilas y movimientos oculares normales y apéndice en mentón.
- **Boca:** fisura labial superior e inferior, y reborde alveolar superior fisurado del lado derecho, no compromiso de mandíbula. Hendidura en paladar blando con úvula bífida (figs. 1 y 2).



Fig. 1 - Aspecto facial al nacer.



Fig. 2 - Cavidad oral y paladar blando.

A los dos meses de vida egresó de la institución de Artemisa, con adecuada ganancia ponderal. A los 11 meses ingresó en el Hospital Pediátrico Docente William Soler para tratamiento quirúrgico y ha tenido una evolución favorable hasta el momento (fig. 3).



Fig. 3 - Aspecto posquirúrgico.

Discusión

La mayoría de las fisuras craneofaciales ocurre esporádicamente, como en el caso de la paciente descrita, donde no se detectaron factores ambientales que condicionaran esta malformación, como la edad materna avanzada, radiaciones, infecciones, desequilibrios metabólicos maternos y agentes químicos, que se han descrito como factores etiológicos en su aparición.⁽⁴⁾

Según la literatura revisada, son más frecuente en el sexo femenino, lo cual coincide con este caso y con un estudio realizado en la Universidad de Chile, donde, de siete casos con fisura tipo 7 de Tessier, cuatro correspondían al sexo femenino.⁽²⁾

Suelen estar relacionadas con malformaciones del sistema nervioso central; por ejemplo, las fisuras de la línea media, labio y paladar hendido se asocian con holoprosencefalia. El labio paladar hendido unilateral, que incluye defectos de los conductos lacrimonasales, se asocian con macroftalmia, colobomas bilaterales, hipertelorismo ocular, criptorquidia y micropene.⁽⁶⁾

El caso reportado en este estudio solo presentó coloboma del párpado inferior derecho, sin alteraciones de otros sistemas, lo que coincide con un caso de fisura facial oblicua con extensión nasoorbitaria, reportado en México.^(6,7)

Pueden ocurrir solas o combinadas con otras anomalías, lo que permite clasificarlas en simples o sindrómicas, y pueden ser, a su vez, unilaterales o bilaterales.^(5,6,7,8,9,10,11,12) Entre los síndromes y anomalías asociados con más frecuencia, se encuentran: disostosis mandíbulo-facial, microsomía hemifacial, síndrome de Goldenhar, anomalías de las extremidades, polidactilias, sindactilias, cardiopatía congénita, quiste dermoide nasal, micrognatia, dientes supernumerarios, defectos vertebrales y epignato. En la paciente presentada, el defecto era unilateral y no se detectó ninguna otra anomalía.⁽¹³⁾

Las fisuras faciales oblicuas de Tessier son malformaciones extremadamente raras, que se presentan con una gran variedad, tanto en situación como de profundidad, afectando partes blandas, óseas o ambas a la vez. En Cuba no hay reportes actuales de este tipo de fisuras tratadas quirúrgicamente. En 2010 se publicó un caso de fisura facial transversa tipo 7 de Tessier, en un neonato nacido en el Hospital Materno de Camagüey, el cual falleció antes de recibir tratamiento quirúrgico.⁽¹³⁾

En la actualidad, para la corrección del defecto, se considera la intervención quirúrgica. Esta debe realizarse en edades tempranas para obtener mejores resultados estéticos, funcionales y psicológicos.⁽⁵⁾ La edad promedio para el cierre de estas fisuras se considera entre los seis y ocho meses de edad.^(10,11) En el caso presentado, la cirugía se realizó a los 11 meses.

Conclusiones

Este caso constituye el primero reportado en Cuba con una fisura facial oblicua de tal magnitud y tratado quirúrgicamente con una evolución favorable, lo cual fue posible gracias al trabajo conjunto de equipos multidisciplinares de especialistas tanto cubanos como internacionales.

Referencias bibliográficas

1. Tessier P. Anatomical classification of facial, cranio-facial and latero-facial clefts. *J Maxillofac Surg.* 1976;4:69-92. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0301-0503\(76\)80013-6](https://doi.org/10.1016/S0301-0503(76)80013-6)
2. Bisetty V, Pillay P, Omodan A, Madaree A, Lazarus L. Tessier cleft numbers 3 and 4: Presentation of soft tissue and bony deformities in a select South African population. *Trasl Res Anat.* 2022;29. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.tria.2022.100223>
3. Martínez E, Maldonado E, González L, Paradas I. Investigación en fisuras faciales. Quo vadis España? *Int J Morphol.* 2023;41(2):343-8. DOI: <https://doi.org/10.4067/S0717-95022023000200343>
4. Nasreddine G, El Hajj J, Ghassibe-Sabbagh M. Orofacial clefts embryology, classification, epidemiology, and genetics. *Rev Mutat Res.* 2021;787:108373. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mrrev.2021.108373>
5. Ruiz-Guillén A, Suso-Ribera C, Romero-Maroto M, Gallardo C, Peñacoba C. Perception of quality of life by children and adolescents with cleft lip/palate after orthodontic and surgical treatment: gender and age analysis. *Prog Orthod.* 2021;22(1):10. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40510-021-00354-8>
6. Viñas MJ, Galiotto-Barba F, Cortez-Lede MG, Rodríguez González MA, Moral I, Delso E, et al. Craniofacial and three-dimensional palatal analysis in cleft lip and palate patients treated in Spain. *Sci Rep.* 2022;12(1):18837. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-022-23584-0>
7. Modaboyina S, Agrawal S, Pushker N, Meel R, Bajaj M. Hendiduras craneofaciales de Tessier que se presentan en un centro de atención oftalmológica terciaria en el norte de la India: características oftalmológicas y una revisión del tratamiento. *Indian J Ophthalmol.* 2022;70(7):2552-8. DOI: https://doi.org/10.4103/ijo.IJO_86_22
8. Crespo Guerra MC, López del Castillo CA, Agüero Díaz A, Bastian Manso L. Fisura tipo 7 de Tessier: presentación de un caso. *AMC.* 2010 [acceso 07/04/2023];14(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000500013&lng=es

9. Ruiz-Guillén A, Olmo MJG, Puente CP, Romero-Maroto M. Personality and cognitive-emotional variables in Spanish children and adolescents with and without cleft lip and/or palate. *Cleft Palate Craniofac J.* 2021;58(7):872-80. DOI: <https://doi.org/10.1177/1055665620965114>
10. Ruiz-Guillén A, Suso-Ribera C, Romero-Maroto M, Gallardo C, Peñacoba C. Adaptation of the quality of life adolescent cleft questionnaire for Spanish children and adolescents with cleft lip and/or palate. *Int J Paediatr Dent.* 2022;32(2):157-68. DOI: <https://doi.org/10.1111/ipd.12840>
11. Salomon LJ, Alfirevic Z, Berghella V, Bilardo CM, Chalouhi GE, Da Silva Costa F, et al. Practice guidelines (updated): performance of the routine midtrimester fetal ultrasound scan. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2022;59(6):840-56. <https://doi.org/10.1002/uog.24888>
12. Swanson JW. Discussion: Global burden of orofacial clefts and the world surgical workforce. *Plast Reconstr Surg.* 2021;148(4):581e-582e. DOI: <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000008335>
13. Braila AD, Damian CM, Abu CC, Botoaca O, Dira LM, Abu SD, et al. Diagnóstico prenatal del labio y paladar hendido: un estudio retrospectivo. *J Clin Med.* 2024;13(16):4804. DOI: <https://doi.org/10.3390/jcm13164804>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.