

Asimetría facial en un recién nacido. Reporte de un caso

Facial asymmetry in a newborn: a case report

Rodrigo Sempértegui-Moscoso¹ , Michelle Vázquez-Herrera¹ 

¹Universidad Internacional del Ecuador, Hospital Humanitario Fundación Pablo Jaramillo Crespo. Cuenca, Ecuador.

RESUMEN

Introducción: La facies asimétrica al llanto (FAC) es una anomalía congénita leve, caracterizada por una asimetría del movimiento labial durante el llanto en un neonato cuya cara permanece simétrica en reposo. Puede estar relacionada con hipoplasia del músculo depresor del ángulo de la boca (HDAOM) o con una parálisis periférica. **Descripción del caso clínico:** Se presenta el caso de un recién nacido con facies asimétrica al llanto, sin otras alteraciones estructurales evidentes, con una evolución clínica favorable y sin compromiso funcional. **Discusión:** Este reporte resalta la importancia del examen físico neonatal y la necesidad de un enfoque diagnóstico racional que permita descartar asociaciones sindrómicas, evitando estudios innecesarios en casos aislados.

Palabras clave: Asimetría facial, recién nacido, malformaciones faciales, facies asimétrica, síndrome de cayler.

ABSTRACT

Introduction: Asymmetrical facies during crying (AFC) is a mild congenital anomaly characterized by asymmetry in lip movement during crying in a newborn whose face remains symmetrical at rest. It may be related to hypoplasia of the depressor anguli oris muscle (DAOM) or peripheral paralysis. **Case Description:** We present the case of a newborn with asymmetrical facies during crying, without other evident structural abnormalities, with a favorable clinical course and no functional impairment.

Discussion: This report highlights the importance of the neonatal physical examination and the need for a rational diagnostic approach that allows for the exclusion of syndromic associations, avoiding unnecessary studies in isolated cases.

Keywords: Facial asymmetry, newborn, facial malformations, asymmetrical facies, Cayler syndrome.

Correspondencia: Rodrigo Sempértegui Moscoso **Correo:** rosemperteguimo@uide.edu.ec

Financiamiento: Este trabajo no recibió aporte de fondos de ninguna institución, pública, privada, comercial ni sin fines de lucro

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Editor responsable: Leticia Ramírez Pastore , Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Cátedra de Clínica Pediátrica, Medicina Interna. San Lorenzo, Paraguay.

Recibido: 26/08/2025 **Aceptado:** 03/12/2025

DOI: <https://doi.org/10.31698/ped.52032025010>

 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons CC-BY 4.0

INTRODUCCIÓN

La facies de llanto asimétrica (FAC) hace referencia a un neonato o lactante cuyo rostro aparece simétrico en reposo y asimétrico durante el llanto, ya que la boca se inclina hacia abajo en un lado y permanece inmóvil en el otro. Se estima que ocurre en 1 de cada 160 nacidos vivos y puede deberse a HDAOM, o por compresión de alguna rama del nervio facial. Se han descrito malformaciones y deformaciones asociadas, tanto mayores como menores⁽¹⁾. El objetivo del presente artículo es reportar un caso clínico de asimetría facial en un recién nacido y discutir su abordaje.

CASO CLÍNICO

Paciente recién nacido con antecedentes prenatales de madre primigesta de quince años que cursa embarazo de 39.1 semanas de gestación por FUM, y qué por tratarse de embarazo adolescente, no se realiza controles durante el primer trimestre de gestación e inicia con hierro y ácido fólico de manera tardía a las 20 semanas de gestación. Posteriormente se realizó seis controles prenatales con ginecólogo particular con dos ecografías que no reportaron alteraciones morfológicas.

Fue recibido por cesárea debido a un diámetro biparietal de 97 mm y edad materna. Recién nacido vivo, sexo masculino, con antropometría adecuada, APGAR 8-9, y edad gestacional por Capurro 38 semanas. No requiere maniobras adicionales de reanimación. En reposo, paciente asintomático (Figura 1); sin embargo, al momento del llanto se observa la desviación de la comisura del labio inferior hacia la derecha (Figura 2), y no interfiere con el inicio de la lactancia temprana.

Durante su seguimiento en el área de alojamiento conjunto se continúa observando dicha desviación y se ausculta un soplo cardíaco por lo cual se decide realizar el abordaje diagnóstico con ecografía de abdomen superior sin evidencia de alteración, y una ecografía lumbosacra ecografía lumbosacra con hallazgos normales salvo quiste filar de 2 mm.

Debido a un alta temprana no se pudo realizar el abordaje por los otros servicios por lo que fue visto

por el servicio de cardiología pediátrica a las 48 horas en consulta externa; no se encontró alteraciones en el ecocardiograma: corazón estructuralmente normal, presión sistólica pulmonar 17 mmHg, función biventricular conservada y ya no se auscultaba el soplo.

Al realizar el seguimiento posterior en 96 horas, aún se evidencia, pero menos notoria, la desviación al llanto y se comprueba succión adecuada. La familia decidió no continuar estudios adicionales ni evaluación por Genética, tras valoración de profesionales externos.



Figura 1. Paciente recién nacido en reposo sin evidencia de asimetría facial. Obsérvese la simetría de comisuras.



Figura 2. Paciente recién nacido al llanto donde se evidencia de forma notoria la asimetría facial

DISCUSIÓN

La FAC puede tener origen traumático o congénito. En el primer caso, la compresión de una de las ramas del nervio facial durante el parto particularmente la rama marginal mandibular es una causa frecuente, dado que este nervio es superficial en su trayecto por el borde mandibular y puede lesionarse por presión contra la pelvis materna⁽¹⁾. Esta forma adquirida se manifiesta típicamente en neonatos tras un parto difícil, pero conserva la función del resto de los músculos faciales, incluyendo arrugas frontales, cierre palpebral y pliegues nasolabiales.

En el caso congénito, la etiología se atribuye a la hipoplasia o agenesia de los músculos depresores del labio, especialmente el depresor del ángulo de la boca (*anguli oris*) y el depresor del labio inferior (*labii inferioris*)⁽²⁾. Estos músculos son responsables del movimiento descendente del labio inferior, y su ausencia o desarrollo incompleto da lugar a una asimetría facial limitada que puede simular parálisis nerviosa. La hipoplasia congénita suele ser más frecuente del lado derecho, a diferencia de la

parálisis traumática, que afecta más comúnmente el lado izquierdo⁽²⁾, lo cual coincide con nuestro paciente, quien presentó afectación del lado derecho con persistencia de la asimetría al llanto.

La HDAOM es una anomalía congénita reconocida desde 1931 como una forma inusual de debilidad facial evidenciada durante el llanto del recién nacido. Esta condición se caracteriza por una desviación de la comisura labial hacia abajo en un solo lado al llorar, mientras que la cara parece simétrica en reposo. El músculo depresor angular se origina en la línea oblicua de la mandíbula y se extiende hacia el músculo orbicular, permitiendo el descenso de la comisura labial y la eversión del labio inferior. En su ausencia, la acción sin oposición del lado sano genera la asimetría característica^(3,4).

La incidencia reportada de esta condición varía ampliamente, desde 3–6 por cada 1000 nacidos vivos hasta 1 por cada 160^(5,6), probablemente debido a un subregistro, ya que muchas veces pasa desapercibida al nacimiento y sólo se manifiesta en etapas posteriores. En aproximadamente el 80% de los casos, la afectación es unilateral^(4,5). Se ha descrito con mayor frecuencia en neonatos con bajo peso al nacer (2.2 - 3 kilogramos), y en madres primigestas de entre 22 y 30 años⁽⁴⁾. En algunos reportes se ha documentado la coexistencia de cefalohematomas u otras condiciones neonatales sin relación causal directa⁽⁶⁾.

La semiología adecuada para neonatos con sospecha de asimetría facial (facies de llanto asimétrico) se centra en la observación dinámica durante el llanto, evaluando simetría facial en reposo versus expresión, junto con búsqueda activa de malformaciones asociadas como cardiopatías conotruncales, anomalías palatinas e hipocalcemia. Los signos faciales clave a reconocer son la asimetría evidente solo al llorar con caída unilateral del ángulo bucal inferior por hipoplasia del músculo depresor del ángulo de la boca, y la cara simétrica en reposo. También se deben buscar dismorfias menores como mentón hipo/desarrollado, orejas bajas/anormales, ojos antimongoloides, ptosis palpebral, nariz bulbosa o hipoplasia malar⁽⁷⁾.

También es importante fijarse dentro de la semiología sistémica asociada en el ámbito cardiovascular:

cianosis, pulsos femorales débiles; auscultación de soplos (tetralogía de Fallot, CIV); solicitar ecocardiograma ante sospecha. Paladar y otorrino: Palpación de hendidura sub-mucosa, voz hipernasal, otoscopía para malformaciones auriculares. Metabólico/inmunológico: Irritabilidad por hipocalcemia (calcio sérico), infecciones recurrentes o linfopenia. Esta evaluación integral durante la exploración neonatal inicial orienta pruebas genéticas oportunas⁷.

Dado que el cuadro clínico puede confundirse con una parálisis del nervio facial, el diagnóstico diferencial se basa en la preservación de otras funciones faciales: succión eficaz, ausencia de babeo, arrugas frontales intactas y movimientos palpebrales normales. El diagnóstico es esencialmente clínico, aunque puede complementarse con estudios electromiográficos, los cuales muestran escasez de unidades motoras sin evidencia de denervación activa, descartando enfermedad neurológica primaria⁴. Asimismo, Gupta y Prasad reportaron que el uso de la ecografía para observar los músculos faciales podría ser útil para el diagnóstico diferencial⁸.

Shapira propuso criterios diagnósticos para hipoplasia del DAOM que incluyen: asimetría labial exclusiva durante el llanto, adelgazamiento palpable del labio afectado, conservación de las demás funciones faciales, estudios neurofisiológicos normales y hallazgos ecográficos compatibles⁹.

Aunque en la mayoría de los casos son aislados, entre un 10–20% se asocian con anomalías sistémicas, en particular cardiopatías congénitas (comunicación interventricular, interauricular, tetralogía de Fallot), malformaciones craneofaciales, esqueléticas y genitourinarias⁶⁻⁸. Una proporción significativa corresponde a síndromes relacionados con delección 22q11.2, como el síndrome de Cayler, DiGeorge y velocardiofacial, presentes hasta en el 14% de los pacientes^{1,4}.

Las pruebas genéticas para el síndrome de asimetría facial neonatal, se recomiendan cuando hay sospecha de un síndrome subyacente, especialmente si coexisten anomalías cardíacas, familiares o múltiples malformaciones congénitas. Se pueden realizar pruebas genéticas específicas: de primera línea para anomalías congénitas múltiples o signos neurológicos,

como el microarray cromosómico (CMA o aCGH) ya que detecta delecciones/duplicaciones >5 Mb, aneuploidías y microdelecciones. O de segunda línea como FISH o MLPA: Para delecciones específicas de 22q11.2 o región 15q11-q13 en síndromes con dismorfismo facial; secuenciación genética, paneles multigénicos, NGS, exoma o genes específicos (ej. TCOF1 en disostosis mandibulofacial, PTPN11 en Noonan) si se sospecha síndromes craneofaciales; cariotipo, reservado para trisomías 13, 18, 21 o translocaciones. Estas pruebas confirman etiología genética en casos complejos, guiando manejo multidisciplinario en neonatos¹⁰.

En nuestro paciente, la ausencia de anomalías extracraneofaciales y los estudios complementarios normales disminuían la probabilidad de una etiología genética sindrómica, por lo que este tipo de pruebas no habrían aportado información clínica relevante.

La FAC es generalmente benigna, sin repercusión vital, neurológica o alimentaria. El manejo se centra en la orientación a los padres y en la contención psicológica, destacando su carácter estético. Habitualmente no se requiere tratamiento; sin embargo, en situaciones seleccionadas puede considerarse una intervención diferida por motivos estéticos⁶. La quimiodenervación del músculo contralateral con toxina botulínica A se considera un método seguro y mínimamente invasivo, esta técnica previene la contracción del músculo cuando se inyecta en las uniones neuromusculares e impide la liberación de acetilcolina de la membrana presináptica¹¹. Existen nuevas técnicas en estudio como la neurectomía selectiva del nervio marginal mandibular y la miectomía selectiva, actualmente en evaluación en estudios de mayor edad¹².

CONCLUSIÓN

La FAC es una condición poco frecuente y generalmente benigna. La semiología es el punto clínico más importante para guiarse ya que la presencia de los signos mencionados en la discusión debe motivar una valoración completa para descartar anomalías asociadas, en particular cardiopatías y síndromes genéticos. En casos aislados, el seguimiento clínico puede ser suficiente sin necesidad de estudios invasivos.

AGRADECIMIENTOS

Los autores desean expresar su agradecimiento a sus ex compañeras y docentes del posgrado, cuyo apoyo fue fundamental para el adecuado enfoque diagnóstico del presente caso.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Rodrigo Sempértegui-Moscoso: Concepción y diseño del tema, redacción del manuscrito, recolección de los datos, revisión y aprobación de la versión final, responsabilidad final.

Michelle Vázquez-Herrera: Redacción del manuscrito, recolección información.

REFERENCIAS

1. Gupta R, Prasad PL. Congenital Hypoplasia of Depressor Angularis Oris Muscle. *Med J Armed Forces India*. 2009 Apr;65(2):188-9. doi: 10.1016/S0377-1237(09)80146-9. Epub 2011 Jul 21. PMID: 27408237; PMCID: PMC4921422.
2. Saylam E, Arya K. Congenital Unilateral Lower Lip Palsy. [Updated 2023 Jul 10]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560695/>
3. Lahat E, Heyman E, Barkay A, Goldberg M. Asymmetric crying facies and associated congenital anomalies: prospective study and review of the literature. *J Child Neurol*. 2000 Dec;15(12):808-10. doi: 10.1177/088307380001501208.
4. Facial Palsy UK. Asymmetric crying facies (CULLP) [Sitio web]. Facial Palsy UK; 2024 [citado 11 nov 2025]. Disponible en: <https://www.facialpalsy.org.uk/causesanddiagnoses/asymmetric-crying-facies/>
5. Bhattacharya D, Angurana SK, Suthar R, Bharti B. Congenital hypoplasia of depressor anguli oris muscle (CHDAOM): an uncommon cause of asymmetric crying facies in childhood. *BMJ Case Rep*. 2018;2018:bcr2018227240. doi:10.1136/bcr-2018-227240.
6. Vasudeva A, Agrawal R, Bhardwaj A, Dwivedi S, Mishra V, Vardhan V. The Manifestation of Congenital Hypoplasia of the Depressor Anguli Oris: A Case Report of Asymmetric Crying Facies. *Cureus*. 2025;17(2):e78352. doi:10.7759/cureus.78352.
7. Ballesta Martínez MJ, Guillén Navarro E, López Expósito I, Bafalliu Vidal JA, Domingo Jiménez R, Guía Torrent JM, et al. Revisión de 22 casos de delección 22q11.2: espectro fenotípico. *An Pediatr (Barc)*. 2008;69(4):304-10. doi: 10.1157/13126553
8. Bhat PM, Kewat SS. Congenital asymmetric crying facies: a case report with review of the literature. *Indian J Case Reports*. 2020;6(9):517-9. doi:10.32677/IJCR.2020.v06.i09.010
9. Shapira M, Borochowitz ZU. Asymmetric crying facies. *NeoReviews*. 2009;10(10):e502-9. doi: 10.1542/neo.10-10-e502
10. Care in Turkey. Síndrome de Facies de Llanto Asimétrico Congénito (CULLP) [Internet]. Careinturkey.com.; 2025 [citado 3 dic 2025]. Disponible en: <https://careinturkey.com/es/facies-de-llanto-asimetrico>
11. Krane NA, Markey JD, Loyo M. Neuromodulator for the treatment of congenital unilateral lower lip palsy. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2019;128(1):62-5. doi:10.1177/0003489418807965.
12. Yi KH, Lee JH, Hu HW, Choi YJ, Lee K, Lee HJ, et al. Novel anatomical proposal for botulinum neurotoxin injection targeting depressor anguli oris for treating drooping mouth corner. *Anat Cell Biol*. 2023;56(2):161-5. doi:10.5115/acb.23.025