REVISTA CIENTÍFICA INTERNACIONAL DE CIENCIAS DE LA SALUD

VOLUMEN 2 NÚMERO 3 ABRIL - JUNIO DE 2025

Versión Digital: ISSN: 3028-9505 | Versión Impresa: ISSN: 3028-9491
WEB: https://revistas.untumbes.edu.pe/index.php/RICSA

REPORTE DE CASO

Reporte de caso de úvula bífida en la costa norte del Perú

Case report of Bifid Uvula in the northern coast of Peru.

Roly P. Gonzaga Vilchez[1,2]; Edgardo J. Carrillo Rueda[1,2]; Raquel Mendoza[3]; Luz M. Moyano[1]

DOI
https://doi.org/10.57188/ricsa.2025.019

RESUMEN

Introducción: La fusión incompleta de las apófisis palatinas durante el embarazo da lugar a una úvula bífida, a menudo identificada de forma incidental. Predomina en niños y puede asociarse a molestias otológicas, aneurismas o ciertos síndromes genéticos, por lo que requiere una evaluación clínica exhaustiva. Su prevalencia comunicada varía ampliamente, oscilando entre el 0,18% y el 10,3%. Las posibles asociaciones sistémicas subrayan aún más la importancia de una evaluación exhaustiva. **Caso clínico**: A una niña mestiza de 5 años con antecedentes de molestias recurrentes en la garganta se le diagnosticó faringitis aguda e hipertrofia amigdalar. El examen oral reveló una úvula bífida, sin anomalías orales adicionales. El diagnóstico de úvula bífida aislada no sindrómica fue confirmado tanto por un gastroenterólogo como por un otorrinolaringólogo. La única manifestación clínica fue un habla nasal leve sin deterioro funcional, por lo que no se consideró necesario ningún tratamiento. **Conclusiones**: Este caso ilustra una variante anatómica benigna sin consecuencias clínicas, resaltando la importancia del manejo individualizado.

Palabras clave:
Úvula; anomalías congénitas; faringitis; lenguaje; niño (Fuente: DeCS-BIREME)

ABSTRACT

Introduction: The incomplete fusion of the palatal processes during pregnancy results in bifid uvula, often identified incidentally. Children predominantly observe it, and it may be associated with otologic discomfort, aneurysms, or certain genetic syndromes, requiring a thorough clinical evaluation. Its reported prevalence varies widely, ranging from 0.18% to 10.3%. The potential systemic associations further emphasize the importance of comprehensive assessment. **Case Report**: A 5-year-old mestizo girl with a history of recurrent throat discomfort was diagnosed with acute pharyngitis and tonsillar hypertrophy. Oral examination revealed a bifid uvula, with no additional oral anomalies. The diagnosis of isolated, non-syndromic bifid uvula was confirmed by both a gastroenterologist and an otolaryngologist. The only clinical manifestation was mild nasal speech without functional impairment, and thus, no treatment was deemed necessary. **Conclusions**: This case illustrates a benign anatomical variant with no clinical consequences, highlighting the importance of individualized management.

Keywords:
Uvula; Congenital abnormalities; Pharyngitis; Language; Child (Source: DeCS-BIREME)

FILIACIÓN

1.Escuela Profesional de Medicina Humana, Facultad de ciencias de la salud. Universidad Nacional de Tumbes, Tumbes, Perú
2. Sociedad científica de estudiantes de medicina, Universidad nacional de Tumbes, Tumbes, Perú
3. Colegio Médico Tumbes, Tumbes, Perú

ORCID

1. Roly P. Gonzaga Vilchez. https://orcid.org/0000-0001-7504-4583
2. Edgardo J. Carrillo Rueda. https://orcid.org/0009-0009-6365-2747
3. Raquel Mendoza. https://orcid.org/
4. Luz M. Moyano. https://orcid.org/0000-0002-5878-5782

CORRESPONDENCIA

Roly P. Gonzaga Vilchez
email: 190167221@untumbes.edu.pe

Conflictos de interés: Los autores declaran que no existen conflictos de interés
Financiamiento: Autofinanciamiento

Declaración de autoría: Los autores declaran cumplir con los criterios de autoría.

RICSA publica sus contenidos bajo licencia CC BY 4.0
ISSN: 3028-9505 (electrónico); 3028-9491(impreso)
DOI: 10.57188/ricsa, Universidad Nacional de Tumbes, Av. universitaria S/N Tumbes, Perú.
Contacto: revistaallikay@untumbes.edu.pe

INTRODUCCIÓN

La úvula bífida consiste en una bifurcación parcial o completa de la úvula, producida por un fallo en la fusión de los procesos palatinos, que sucede entre la semana 7 y 12 de la gestación, de igual manera también se le denomina una variante anatómica leve de paladar hendido, el diagnóstico de esta variante suele ser accidental[1,2]. Se presenta comúnmente en niños y rara vez en adultos, suele presentar molestia en el oído y estar asociada a problemas como aneurismas, su tasa de detección prenatal es muy baja (0,1%-4%) lo que resalta la importancia de una evaluación exhaustiva cuando se presenta en un paciente[3,4]. La prevalencia de úvula bífida oscila entre el 0,18% y el 10,3%, estudios realizados en una escuela primaria de Ginebra, Suiza entre el 2014 y 2015 se encontró que 100/23961 (0,42%) de los niños examinados presentó esta condición [5]. Sales et al en el estado de Minas Gerais, Brasil, reportó que de 1206 niños evaluados (media 3,72 años), el 0,5% presentó úvula bífida pero no buscaron otras anomalías asociadas[6]. Hasta el momento, no se ha encontrado ningún estudio de prevalencia hospitalaria ni comunitaria sobre la prevalencia de úvula bífida en nuestro país; a pesar de que el Síndrome de Loeys-Dietz es uno de los síndromes congénitos donde con mayor frecuencia se presenta una úvula bífida (72%), lo que subraya la importancia de asegurar que esta variante anatómica no esté asociada a ninguna patología[7].

REPORTE DE CASO

Paciente de sexo femenino mestiza hispanohablante de 5 años llegó a un establecimiento de salud I-2 de la región fronteriza de Tumbes, la madre refirió recurrentes molestias en la garganta en los últimos 3 días, sin asociación de fiebre, durante la evaluación oral se evidenció una hipertrofia amigdalina, siendo diagnosticada con faringitis aguda. Posterior a eso se realizó un examen de parasitología para descartar parasitosis, cuya prueba de Graham salió

Figura 1. Úvula bífida en la paciente, Tumbes, Perú.

negativa. En su historial médico, la madre no reportó antecedentes quirúrgicos ni hospitalizaciones recientes ni antiguas, no reportó antecedentes de disfagia o disartria, niega alergias medicamentosas, y sin antecedentes familiares de enfermedades congénitas cercanas, según su historia familiar cumplió con todo el calendario de vacunación y nació por cesárea.

Durante la evaluación por la médica general en servicio urbano marginal encontró una úvula bífida (ver Figura 1), a la palpación de velo de paladar este estuvo indemne, no reportándose otra anomalía agregada en la cavidad oral y/o craneana. La médico serumistas refirió a la paciente a un hospital de mayor respuesta resolutiva nivel II-2 (Hospital Regional JAMO II-2), dónde el gastroenterólogo confirmó la anomalía congénita de úvula bífida aislada, sin asociación sindrómica congénita u otra complicación. El especialista evaluó en la paciente la emisión de sonidos donde se involucre el uso de la lengua, así como de la úvula; durante su evaluación percibió una leve voz nasal; interconsultando a la especialidad de Otorrinolaringología, quien corroboró el diagnóstico de úvula bífida sin complicaciones sistémicas. (ver Figura 1).

Si bien existe una intervención quirúrgica llamada uvuloplastía, esta se realiza a criterio del médico y en la mayoría de los casos cuando se presenta una úvula trífida o con implicancias craneofaciales.[8] Los médicos especialistas no consideraron tratamiento farmacológico o quirúrgico porque la úvula bífida no causaba molestias o un impedimento mayor al habla.

DISCUSIÓN

La úvula bífida (UB) es considerada una variante mínima de la hendidura palatina submucosa y puede provocar insuficiencia velofaringeal, regurgitación y entonación nasal[4,9]. Aunque a menudo es aislada y una variante anatómica sin repercusiones clínicas significativas puede asociarse con problemas mentales como con varios síndromes genéticos que pueden causar problemas mayores[2]. La UB puede estar asociada con el síndrome de Loeys-Dietzs con una frecuencia de 72%[7]; El síndrome de Cornelia de Lange es una enfermedad genética asociada con anomalía en el desarrollo del rostro y del cráneo y el 30% de ellos paladar alto y arqueado con úvula bífida, que puede provocar dificultades respiratorias debido a alteraciones anatómicas[10]; el síndrome Cardio Velo facial que afecta aproximadamente a 1 de cada 4000 nacidos vivos, que se asocia con defectos faciales, cardiopatías congénitas, hipoplasia tímica, hipoparatiroidismo, así como alteraciones renales, inmunológicas y psiquiátricas[11]; el síndrome de Marfan, cuya incidencia se reporta en 1 de cada 10000 individuos y se caracteriza por trastornos orofaciales, como paladar ojival, hipotónica, dientes largos y estrechos, úvula bífida, prognatismo mandibular y trastornos temporomandibulares[12] y El síndrome de Stickler que es un trastorno del tejido conectivo que afecta a 1/7500 recién nacidos vivos y también se asocia a la UB[3].

La UB tiene una prevalencia variable (0,18-10,3%), que está en relación con la región geográfica de estudio.[5] Si estas prevalencias la extrapoláramos a números reales de nuestra población tumbesina (INEI 2025,Pop: 269,639)[13], las frecuencias de UB oscilarían en la región de Tumbes entre 4,853 hasta 26,639 casos, siendo importante hacer un screening completo oral y ótico de posibles en poblaciones escolares para poder a) determinar prevalencias de UB en población escolar y b) evaluar factores asociadas a esta condición y c) la frecuencia de complicaciones tempranas[14].

La úvula bífida reportada en la paciente se clasificó como un tipo leve (tipo C) según la clasificación de Meskin et al. (1964)[15]. La leve voz nasal que se reportó nos habla de una posible asociación indirecta con el síndrome de paladar hendido submucoso, que no ocasiona mayores contratiempos en la pequeña, quien toma a sus “dos campanitas” como algo muy característico de ella.

Este reporte no contempló la realización de estudios genéticos, siendo esta una de las limitaciones principales de este reporte de caso, pero nos dejó algunas lecciones aprendidas: a) La escasa información que se tiene sobre este trastorno congénito en población mestiza peruana y b) lo imperante en realizar un estudio epidemiológico con adecuada metodología en población escolar de la región de Tumbes, para evaluar la real presencia de UB en poblaciones mestizas hispanoparlantes como la nuestra, y complicaciones asociadas; así como tener datos que puedan servir al ministerio de salud (MINSA) para un abordaje adecuado sobre este trastorno congénito de la región perioral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pedrazas López D, García Font D, Márquez B de P. Úvula bífida. FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria. 1 de febrero de 2016;23(2):e18. DOI: 10.1016/j.fmc.2015.01.016
2. Prasad P, Khalil E, Desai VB, Varma SR, Gunasekaran L, Kumar K, et al. Bifid Uvula-An Enigma. J Pharm Bioallied Sci. julio de 2023;15(Suppl 1):S806-9. DOI: 10.4103/jpbs.jpbs_464_22.
3. Lituania M, Tonni G. Bifid uvula and familial Stickler syndrome diagnosed prenatally before the sonographic "equals sign" landmark. Arch Gynecol Obstet. 1 de septiembre de 2013;288(3):483-7. DOI: 10.1007/s00404-013-2920-y
4. Samanta S, Samanta S. Bifid uvula: Anesthetist don't take it lightly! Saudi J Anaesth. octubre de 2013;7(4):482-4. DOI: 10.4103/1658-354X.121061
5. Feka P, Banon J, Leuchter I, La Scala GC. Prevalence of bifid uvula in primary school children. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 1 de enero de 2019;116:88-91. DOI: 10.1016/j.ijporl.2018.10.026
6. Sales SAG, Santos ML, Machado RA, Dias VO, Nascimento JE, Swerts MSO, et al. Incidence of bifid uvula and its relationship to submucous cleft palate and a family history of oral cleft in the Brazilian population. Brazilian Journal of Otorhinolaryngology. 1 de noviembre de 2018;84(6):687-90. DOI: 10.1016/j.bjorl.2017.08.004.
7. Van Laer, L., Dietz, H., Loeys, B. (2014). Loeys-Dietz Syndrome. In: Halper, J. (eds) Progress in Heritable Soft Connective Tissue Diseases. Advances in Experimental Medicine and Biology, vol 802. Springer, Dordrecht. https://doi.org/10.1007/978-94-007-7893-1_7
8. Mohapatra, Devi Prasad; Chittoria, Ravi Kumar; Thiruvoth, Friji Meethale; Kumar, Sudhanva Hemant. Trifid Uvula. Journal of Cleft Lip Palate and Craniofacial Anomalies 3(1):p 56-57, Jan–Jun 2016. DOI: 10.4103/2348-2125.176011
9. Archer, Kaete MD*; Marrinan, Eileen MS, CCC*; Stearns, Susan PhD†; Tatum, Sherard MD*. Uvular Malformation in the Presence of Deformational Plagiocephaly. Journal of Craniofacial Surgery 26(3):p 836-839, May 2015. DOI: 10.1097/SCS.0000000000001572
10. Khasbage SD (2017) Bifid Uvula in three members of a family. Int J Oral Craniofac Sci 3(2): 017-019. DOI: http://doi.org/10.17352/2455-4634.000027
11. Sierra Santos Lucía, Casaseca García Pilar, García Moreno Alfonso, Martín Gutiérrez Vicente. Síndrome de diGeorge. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2014 Junio [citado 2025 Abr 25] ; 7(2): 141-143. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2014000200010&lng=en . https://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2014000200010.
12. Milewicz, D.M., Braverman, A.C., De Backer, J. et al. Marfan syndrome. Nat Rev Dis Primers 7, 64 (2021). https://doi.org/10.1038/s41572-021-00298-7
13. Población Estimada Tumbes 2025 [Internet]. [citado 19 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/regiontumbes-diresa/informes-publicaciones/6488534-poblacion-estimada-tumbes-2025
14. Saad, E.F. (1975), The bifid uvula in ear, nose and throat practice. The Laryngoscope, 85: 734-737. https://doi.org/10.1288/00005537-197504000-00017
15. Meskin LH, Gorlin RJ, Isaacson Rj. Abnormal morphology of the soft palate. I. The prevalence of cleft uvula. Cleft palate j. Julio de 1964;35:342-6.

REVISTA CIENTÍFICA INTERNACIONAL DE CIENCIAS DE LA SALUD

VOLUMEN 2 NÚMERO 2 ABRIL - JUNIO DE 2025

Versión Digital: ISSN: 3028-9505 | Versión Impresa: ISSN: 3028-9491
WEB: https://revistas.untumbes.edu.pe/index.php/RICSA

GALERÍA FOTOGRÁFICA

Microfotografía: Piojos y liendres, retratos de un huésped no deseado.

Microphotography: Lice and nits, portraits of an unwelcome guest.

Angel Anderson Suyon Castillo[1, a]

DOI
https://doi.org/10.57188/ricsa.2025.020

Se presenta el caso de una paciente femenina de 8 años de edad, que acude al laboratorio con prurito intenso en la región occipital del cuero cabelludo, irritabilidad nocturna y presencia de excoriaciones secundarias al rascado. A la inspección clínica se observa infestación activa por Pediculus humanus capitis, con múltiples liendres adheridas a la base del tallo piloso.

La muestra fue obtenida mediante peinado fino con peine metálico especializado, recolectando cabellos con liendres y ejemplares del parásito. Las muestras fueron colocadas en el equipo y observadas sin tratamiento adicional.

Las imágenes fueron obtenidas utilizando un estereoscopio de luz reflejada a 40x de aumento, lo que permitió la observación detallada de las estructuras externas del parásito sin necesidad de cortes histológicos ni tinciones.

En las imágenes se observa claramente la morfología externa de Pediculus humanus capitis, destacando el cuerpo segmentado, las patas prensiles adaptadas al anclaje en el cabello. También se visualizan liendres ovaladas, firmemente adheridas al tallo piloso por una sustancia cementante, en diferentes etapas de desarrollo.

FILIACIÓN

1. Escuela Profesional de Medicina Humana, Universidad Nacional de Tumbes, Tumbes, Perú.
a) Tecnólogo Médico de Laboratorio Clínico.

ORCID

1. Angel Anderson Suyon Castillo. https://orcid.org/0000-0002-7251-5850

CORRESPONDENCIA

Ángel Anderson Suyon Castillo
asuyonc@untumbes.edu.pe

Conflictos de interés: El autor declara que no existen conflictos de interés que puedan influir en la interpretación de los datos o en la presentación de este estudio.

Financiamiento: Este estudio fue autofinanciado.

Declaración de autoría: El autor contribuye significativamente a la concepción, diseño, recopilación de datos, análisis y redacción del manuscrito.

Agradecimiento: Por su asistencia, al Técnico de Laboratorio José Evelio Herrera Palacios – Laboratorio de Fisiología y Fisiopatología de la Escuela de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Tumbes.

RICSA publica sus contenidos bajo licencia CC BY 4.0
ISSN: 3028-9505 (electrónico); 3028-9491(impreso)
DOI: 10.57188/ricsa, Universidad Nacional de Tumbes, Av. universitaria S/N Tumbes, Perú.
Contacto: revistaallikay@untumbes.edu.pe

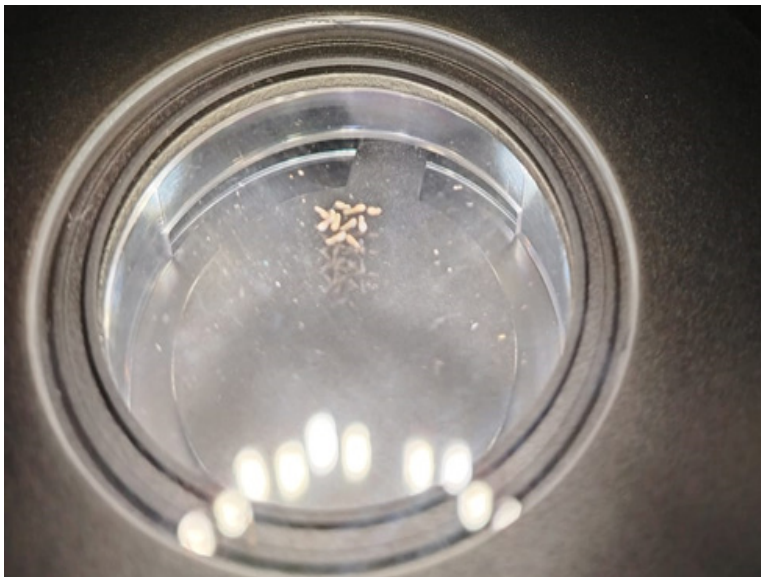

Figura 1. La muestra mediante peinado fino se coloca en un frasco estéril y se pone a disposición en la platina para observación directa.

Figura 2. Se utilizó un estereoscopio Labomed modelo Luxeo 6z con la técnica de luz reflejada. Se adiciona un adaptador en el ocular para ayudar a fijar los equipos de fotografía (Cel. Redmi Note 8).

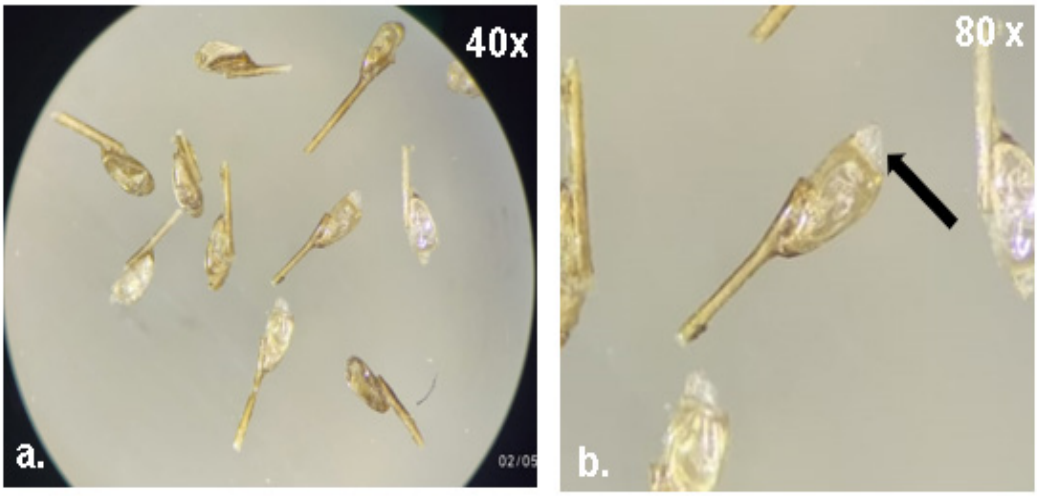

Figura 3. a. Se observa la primera forma evolutiva del piojo, el huevo o liendre de aproximadamente 0.8 mm de largo tiene una cubierta externa gruesa, con forma ovalada – alargada, de color blanquecino o ligeramente amarillento. Con Zoom digital a 80x **b.** Se muestra un extremo más estrecho llamado opérculo por donde salió la ninfa.

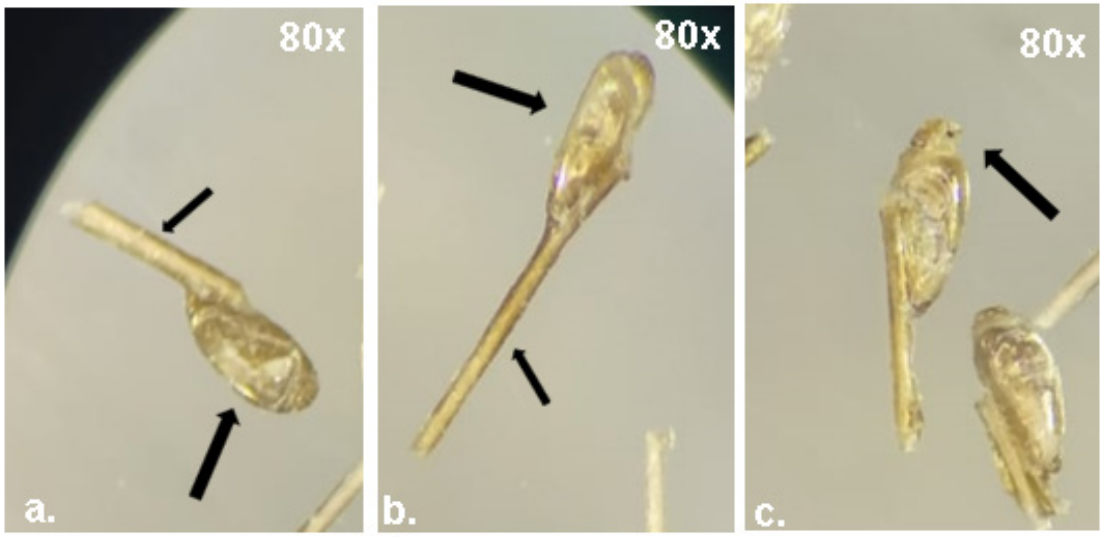

Figura 4. Observación a 40x más zoom digital obteniendo en total 80x de visualización. Se observa **a y b**. Huevos (liendre) del piojo, aún mantiene el opérculo intacto y se aprecia su contenido. La sustancia que utiliza para adherir los huevos toma forma del folículo piloso**. c.** Un piojo eclosionando del huevo

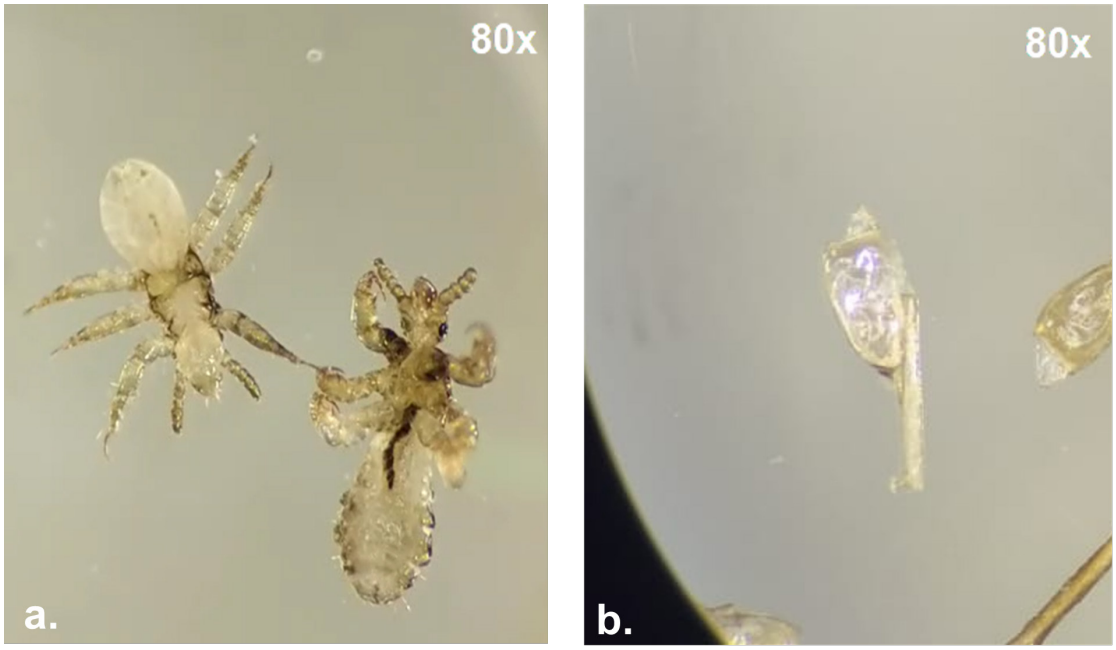

Figura 5. a. Se evidencia dos ninfas jóvenes, observándose a detalle sus estructuras. Llama mucho la atención sus garras prensoras, **b.** Un huevo ya vacío, nótese que la luz la atraviesa por completo y tiene el opérculo abierto.