

# HIPOTIROIDISMO REVISION DE 3 CASOS Y COMPARACIÓN CON LA LITERATURA

Autores: Rodríguez María de Lourdes<sup>1</sup> - Delgado Javier Santiago<sup>2</sup> - Monsalve Erika Mishelle<sup>3</sup> - Ordóñez María Gracia<sup>4</sup>

Recibido: 02/07/2015

Aprobado: 12/08/2015

Pág. 143-149

---

## RESUMEN

El hipotiroidismo es el más común de los trastornos de la tiroides, se debe a un déficit de secreción de hormonas tiroideas que se producen por alteración orgánica de la glándula. Puede ser congénito si la glándula tiroides no se desarrolla correctamente o adquirido si se alteran las hormonas ya sea por extirpación de la glándula, por déficit de yodo, autoinmune o idiopática.

Predomina en el sexo femenino, con una relación 5:1 con relación al sexo masculino. El HT congénito o cretinismo es un defecto desde el nacimiento. El HT de la edad adulta o mixedema tiene una prevalencia en personas >40 años. Sin predilección racial ni geográfica.

Entre las manifestaciones bucales del hipotiroidismo se observan: macroqueilia, macroglosia, la gran mayoría de las veces la dentición temporal y permanente presentan un retardo eruptivo característico y, aunque los dientes son de tamaño normal, suelen estar apiñados por el tamaño pequeño de los maxilares.

**Palabras clave:** hipotiroidismo, comparación, tiroides.

## OBJETIVO

El motivo principal de nuestra investigación es identificar las diferentes manifestaciones tanto clínicas como bucales en pacientes que padecen de hipotiroidismo, comparar dichas manifestaciones encontradas con lo que la literatura expone al respecto y plantear un plan de abordaje dental ya que esta es nuestra área.

---

<sup>1</sup> Especialista en Estomatología Clínica, Facultad de Odontología, Universidad de Cuenca, Cuenca-Ecuador

<sup>2-3-4</sup> Facultad de Odontología, Universidad de Cuenca, Cuenca-Ecuador

## INTRODUCCIÓN

La tiroides es una glándula ubicada en la parte anterior del cuello justo debajo de la laringe y produce dos hormonas, la triyodotironina (T3) y la tiroxina (T4), que controlan el metabolismo. 1, 2

El hipotiroidismo es el más común de los trastornos de la tiroides, significa que existe una insuficiencia de la hormona tiroidea; ocurre con más frecuencia en las mujeres, aumenta con la edad y tiende a producirse en familias. 3

Las alteraciones en la función tiroidea son la causa más común de enfermedad endocrinológica, afectando a pacientes de todas las edades y presentando un gran espectro de cursos clínicos, que va desde cuadros asintomáticos, falla multisistémica, neoplasias y, en ocasiones, la muerte. 3

Cuando se presenta en la infancia, éste se manifiesta como cretinismo, y si ocurre en adultos es conocido como mixedema.

El hipotiroidismo congénito (cretinismo) es un defecto al nacimiento que constituye una urgencia pediátrica; cuando no recibe un tratamiento oportuno, puede tener consecuencias graves, entre las que se destaca el retraso mental irreversible. 4

En los adultos (mixedema) esta condición puede ser clasificada en dos categorías: hipotiroidismo primario, en el que el defecto es intratiroideo; o hipotiroidismo secundario, en el que

otra patología puede causar de manera indirecta la disminución en la circulación de la hormona. 5

Hipotiroidismo primario cuando es causado por un problema de la glándula tiroides en sí, que no es capaz de producir la cantidad de hormonas que la hipófisis lo ordena. Las causas de este son: deficiencia de yodo, tiroiditis crónica, postquirúrgico, agentes anti-tiroideos y déficit de yodo. 5

Hipotiroidismo secundario cuando proviene de un mal funcionamiento de la hipófisis o del hipotálamo, la tiroides no recibe estímulos de la pituitaria para producir hormonas. Las causas de este son: hipofisarios o hipotalámico. 5

Hipotiroidismo transitorio cuando tras la retirada del tratamiento durante las 4 semanas las concentraciones hormonales

permanecen normales se establece que el hipotiroidismo fue transitorio y no se reanuda el tratamiento. 5

Entre los síntomas y signos del hipotiroidismo se encuentran: el cansancio, depresión mental, debilidad, caída de cabello, sensación de frío, dificultad para concentrarse, mala memoria, estreñimiento, aumento de peso, escaso apetito, disnea, voz ronca, menorragia, parestesias y déficit auditivo, sequedad de la piel y el cabello, engrosamiento de la piel, extremidades frías, cara, pies y manos hinchados, alopecia difusa, bradicardia, cardiomegalia, edema periférico, ictericia, llanto ronco, hipotermia, somnolencia, hiporeflexia, luego retraso psicomotor y deficiencia mental, entre otras, aunque muchas personas hipotiroideas pueden presentar solamente uno o dos de los síntomas. 6, 7

## DETERMINACIONES HORMONALES

**Tabla 1. Harrison. Principios de medicina interna.**

HIPOTIROIDISMO 1RIO	TSH: elevada T4 LIBRE: baja
HIPOTIROIDISMO 2DARIO	TSH: normal o baja T4 LIBRE: baja
HIPOTIROIDISMO SUBCLINICO	TSH: normal o baja T4 LIBRE: normal
VALORES NORMALES	TSH: 0.4-4.2 UI T3: 1.8-4.7Ng T4: 0.8-2Ng

## MÉTODOS

### CASOS CLÍNICOS

#### Caso 1

Paciente masculino de 84 años de edad, acude a consulta con el endocrinólogo para control de rutina por patología tiroidea.

Antecedentes familiares: relata que su padre sufría de hipertensión, en antecedentes personales generales no refiere y regionales exodoncias múltiples para colocación de prótesis total removible.

Actualmente este paciente sufre de hipertensión arterial controlada con Losartan de 100 mg

además presenta hipotiroidismo controlado con levotiroxina de 50 mcgr.

Al examen físico general: paciente ambulante, consciente y orientado en tiempo y espacio, con un biotipo pícnico-brevilíneo, su estado general es bueno, signos vitales normales: FR: 20 FC: 88 T: 37 TA: 120/74.

Al examen físico regional:

- Cráneo: mesocráneo – enencéfalo. (Img. 1 y 2)
- Cara: facies compuesta/senil. (Img. 1)
- Perfil: cóncavo.
- Piel seca y engrosada, presencia de nevus faciales.
- ATM: Apertura bucal limitada.
- Pérdida de dimensión vertical. (Img. 1)
- Ausencia de bocio. (Img. 3)

Al examen intrabucal:

- Labios: labio inferior aumentado de tamaño en grosor en relación al superior.
- Lengua: lengua comprometiendo toda su extensión engrosamiento, de igual manera en toda su extensión pero solo comprometiendo la línea media presencia de grietas. (Img. 4)
- Mucosas normales.

El diagnóstico odontológico al que se llegó: macroglosia y lengua escrotal.

Según los estudios de laboratorio realizados los resultados fueron los siguientes:

**RESULTADO DE LOS EXÁMENES**

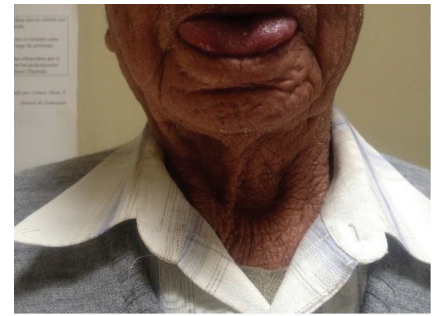
FECHA	TIPO
21/05/2014	GB: 8.73mil/mm3
	HTO: 39.29%
	HB: 13
	GR: 5.2
	MHC: 25.4
	MCHC: 30.6
	VCM: 83.10
21/05/2014	TSH: 2.06
	T3: 3.98
	T4: 1.01



**Imagen 1. Facies compuesta-senil.**



**Imagen 2. Perfil cóncavo.**



**Imagen 3. Ausencia de bocio.**



**Imagen 4. Macrogllosia.**

**Caso 2**

Paciente masculino de 92 años de edad, acude a consulta por presentar dolor y disfunción de la pierna derecha debido a una caída hace 15 días, además presenta tos con expectoración amarillenta desde aproximadamente 5 días atrás.

Antecedentes familiares no refiere, antecedentes personales generales fue sometido a una cirugía de pierna derecha con colocación de prótesis y regionales, paciente portador de prótesis total removible.

Actualmente el paciente diagnosticado con hipotiroidismo primario, anemia leve y neumonía.

Al examen físico general paciente en decúbito dorsal pasivo, somnoliento y desorientado en tiempo y espacio. Estado general malo, biotipo: pícnico brevili-

neo, signos vitales: TA: 140/80, FC: 74 FR: 20 T: 37.5.

Al examen físico regional:

- Cráneo: mesocráneo–enencéfalo.
- Cara: facies hipotiroidea (Img. 5)
- Perfil: cóncavo.
- Piel seca y engrosada, presencia de nevus faciales, cabello seco.
- Presencia de bocio (Img. 6)
- ATM: Apertura bucal limitada.

Al examen intrabucal:

- Labios: labio inferior comprometiendo bermellón y mucosa presenta descamación, además los labios se presentan ligeramente cianóticos. A nivel de comisuras presenta grietas tanto en la comisura derecha como en la izquierda. (Img. 7)
- Lengua: lengua cara dorsal, comprometiendo hemisferio derecho e izquierdo. tercio anterior, medio y posterior, lengua atrófica, depapilada, presenta fisuras, coloración pálida, seca. Lengua cara ventral, seca. Lengua bordes laterales: atrófica y pálida. (Img. 8, 9) Además, familiar del paciente refiere que el mismo ha perdido el sentido del gusto y ha manifestado en varias ocasiones sentir ardor en la lengua.
- Mucosas secas.

El diagnóstico odontológico al que se llegó: Queilitis angular y glositis atrófica, SBA (Síndrome de boca ardiente).

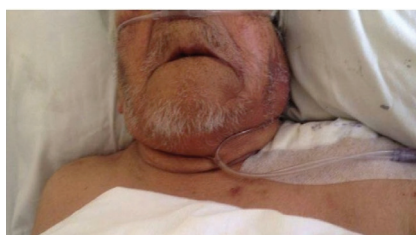
Según los estudios de laboratorio realizados los resultados fueron los siguientes:

## RESULTADO DE LOS EXÁMENES

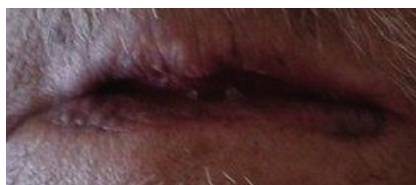
FECHA	TIPO	
21/05/2014	GB: 9.02	4.5-10mil/mm3
	GR: 4.72	4.5-5mil/mm3
	HB: 11	12-18gr/dL
	MHC: 28	28
	VCM: 86	80-94
	CHCM: 32%	32%
22/05/2014	HTO: 41%	40-50%
	TSH: 6	0.4-4.2mUI/L
	T3: 2.06	2-4-4pg/dL
	T4: 0.68	0.92-1.7ng/dL



**Imagen 5. Facies hipotiroidea.**



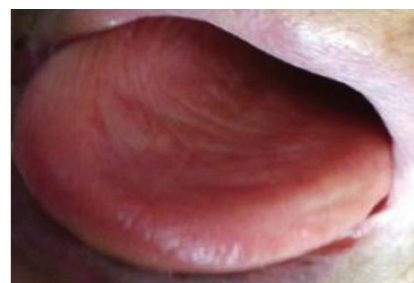
**Imagen 6. Presencia de bocio.**



**Imagen 7. Descamación y grietas.**



**Imagen 8. Descamación, lengua depapilada.**



**Imagen 9. Lengua depapilada y pálida.**

### Caso 3

Paciente femenino de 26 años de sexo femenino acude a la consulta general en el hospital Vicente Corral Moscoso por presentar coma mixedematoso. En la historia la madre de la paciente refiere que la misma cursa con déficit mental desde su infancia, además de retraso en su crecimiento y desarrollo, puede valerse por sí misma para tareas

como el vestirse, alimentarse y aseo personal.

Refiere además la madre que en varias ocasiones ha sido valorada en centros y subcentros de salud enviándosele medicamentos, que la paciente no se los administra, tampoco recuerda nombre, varias veces se le ha intentado referir a esta casa de salud sin éxito.

Al examen físico general el paciente se encuentra en estado conciente, desorientado en tiempo y espacio, el estado general es malo, el biotipo displásico (Img. 10). Los signos vitales TA: 60/40 mmHg, FR: 49/min, T: 35oC, FR: 14/min.

Al examen físico regional:

- Cráneo: mesocráneo – enencéfalo
- Cara: facies cretina (Imgs. 11, 12)
- Piel seca, cabello seco.
- Cuello: corto, tiroides se palpa pequeña de consistencia normal no se palpan nódulos, no adenopatías en cuello.

Al examen intrabucal:

- Lengua: lengua comprometiéndose toda su extensión, tanto cara dorsal como bordes laterales encontramos un engrosamiento y marcada palidez en toda su extensión. (Img. 13)
- Mucosas secas.

El diagnóstico odontológico al que se llegó: macroglosia.

Según los estudios de laboratorio realizados los resultados fueron los siguientes:

## RESULTADO DE LOS EXÁMENES

FECHA	TIPO
23/05/2014	TSH: >100
	T3: 0.20
	T4: 0.03
23/05/2014	HB: 4.0
	GR: 1.3
	MHC: 29.9
	MCHC: 31.5
	MCV: 94.8
	HTO: 12.7
	GB: 3.3



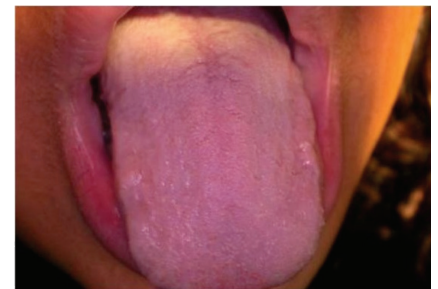
**Imagen 10. Enanismo por cretinismo.**



**Imagen 11. Cretinismo.**



**Imagen 12. Facies cretina.**



**Imagen 13. Macroglosia.**

## DISCUSIÓN

El conocimiento de las manifestaciones bucales del hipotiroidismo nos ayuda a identificar a los pacientes que presentan dicho padecimiento, para conformar un plan de tratamiento integral que facilite su atención.

Al comparar los casos analizados con la literatura tanto de Farreras Rozman, Harrison y de la Revista Odontológica Mexicana, coinciden en muchos aspectos, tanto en pacientes controlados, no controlados y en el caso de cretinismo.

Al analizar los casos antes expuestos podemos decir que la manifestación bucal más común es la macroglosia, la misma que coincide con la revisión bibliográfica de las fuentes citadas. Al revisar la literatura no se han encontrado referencias concretas y

claras sobre la fisiopatología de la macroglosia en pacientes hipotiroideos. 8

A demás en los dos pacientes descompensados (caso 2 y caso 3), coincide otra manifestación oral que es la xerostomía, cuya causa se debe a la disminución de hormonas tiroideas en la sangre lo que ocasiona una atrofia de las glándulas salivales con una consecuente producción escasa de saliva. Por este motivo y por la patología tiroidea que presenta el paciente se da el SBA que provoca una sensación de boca ardiente o quemante, alteración en el sentido del gusto y aumento de la sensación sensorial trigeminal. 9, 10, 11, 12

Y en cuanto a la manifestación clínica-sistémica más común encontrada en nuestros pacientes exclusivamente en descompensados (caso 2 y caso 3) es la anemia, que en estos casos fue normocítica-normocrómica cuya fisiopatología es el déficit endócrino que en el caso del hipotiroidismo lleva a una disminución en la producción de eritropoyetina. 13

En el caso de las manifestaciones clínicas las más comunes según la literatura y que coinciden con nuestros casos son:

- Debilidad muscular
- Sequedad de la piel
- Sensación de frío
- Caída de pelo
- Engrosamiento de la piel

- Voz ronca
- Aumento de peso (biotipo pícnico-brevilíneo)
- Menorragia
- Piel seca y áspera
- Cara, manos y pies hinchados
- Alopecia difusa
- Bradicardia
- Edema periférico

- Bradipnea 11

Las alteraciones citadas, junto con la tendencia a la somnolencia (Caso 2), y el déficit mental (Caso 3), producen cambios muy característicos en la facies de los pacientes. 12

Además de los signos y síntomas anteriormente enlistados, es necesario recalcar que se cita en la literatura una lista más grande tanto en manifestaciones clínicas como manifestaciones orales que se presentan a continuación.

**Tabla 2. Hipotiroidismo manifestaciones clínicas y bucales. Reinoso Rodríguez M., Monted García M., Sánchez Flores I.**

CARACTERISTICAS CLINICAS	MANIFESTACIONES ORALES
Anemia	Agrandamiento de las glándulas salivales
Cardiomegalia	Macroglosia
Intolerancia al calor	Glositis/Glosodinia
Constipación	Erupción dental retardada
Cretinismo	Salud periodontal comprometida
Cabello seco	Disgeusia
Elevado niveles de aspartato, transaminasa, alanina, deshidrogenasa y lactato	Protrusión del maxilar superior
Creatinina elevada	Mordida abierta anterior
Bocio	Hipoplasia de esmalte
Hiperlipidemia	Micrognatia
Hipertelorismo	Labios gruesos (Macroqueilia)
Hipotensión	Respiración bucal
Ondas T invertidas en el ECG	Permanencia de ápices abiertos
Mixedema	Apariencia de raíces cortas
Parestesias	Cámaras pulpares amplias
Reducción de la FR y FC	
Convulsiones	
Taquicardia	
Aumento de peso	

**CONCLUSIONES**

Las alteraciones en la función tiroidea son la causa más común de enfermedad endocrinológica,

por lo que es importante que el odontólogo reconozca las variaciones que se presentan tanto a nivel físico sistémico como a nivel bucal.

Dado que 2 de los pacientes son varones llegamos con esto a la conclusión de que la epidemiología no coincide. Pero a pesar de esto varias de las manifestaciones clínicas y bucales encontradas están de acuerdo con la revisión bibliográfica realizada.

En esta enfermedad es muy importante el tratamiento del órgano dental:

En temporarios, debe estar basado en su conservación debido al retraso en la erupción de los permanentes.

En piezas permanentes hacer un plan preventivo con controles periódicos para evitar que los pacientes deban ser sometidos a tratamientos que los comprometan.

La actitud odontológica y el plan de tratamiento a seguir: interconsulta con el endocrinólogo, interconsulta con el estomatólogo por la posibilidad de los pacientes a desarrollar lesiones en boca como: caries, candidiasis, ulceraciones, disgeusia, glosodinia, dificultad para el habla, halitosis, entre otros, como consecuencia de la xerostomía. Realizar un plan de saneamiento básico y programar controles periódicos en portadores de prótesis removibles puesto que este es un medio de crecimiento micótico.

El tratamiento del paciente debe ser un trabajo multidisciplinario e interdisciplinario para que sea exitoso.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ascurra M., Rodríguez S., Valenzuela A., Blanco F., Ortiz L., Samudio M. Incidencia del hipotiroidismo congénito en 14 regiones sanitarias del Paraguay. *Rev Chil pediatr* (Chile) 2011. 82 (4): 360-361
- Diogo L Christina, Wickström Claes, Sonesson Mikael, Tapia L Pablo, Christersson Cecilia. (2012. Ago.). A systematic review of methods to diagnose oral dryness and salivary gland function. *BMC Oral Health* (EEUU) [PubMed].
- Farreras., Rozman. (2009). Medicina interna. Vol 2. P.e.: 10ma 6ta ed. España: *ELSEVIER*; p. 2068-2073.
- Godoy C., Acevedo M., Barrera A., Yismeyian A., Ugarte F. (2009). Hyperthyroidism in children and adolescents. *Chil Pediatr* (Chile) ; feb; 80 (1): 21-29.
- Grob L Francisca, Martínez A Alejandro. Hipotiroidismo congénito: un diagnóstico que no debemos olvidar. *Rev. Chil Pediatr* (Chile) 2012; oct; 83 (5): 482-491.
- Gurvits G., Tan A. (2013. Feb.). Burning mouth síndrome. *World J Gastroenterol*. 19(5): 665-672. [PubMed]
- Harrison. (2012). *Principios de medicina interna*. Vol 2. P.e.: 18va ed. México: McGRAW-HILL; . p. 2918-2925.
- Kumar V., Aster J., Fausto N., Abbas A. (2010). Patología estructural y funcional. P.e.: 8va ed. España: *ELSEVIER*;
- Parlá S Judith. Hipotiroidismo. *Sci* (Cuba) 2012; septic; Vol 23(3).
- Rastogi MV, LaFranchi HS. (2010). Congenital hypothyroidism. *Orphanet J Rare Dis*; 5: 17. doi: 10.1186/1750-1172-5-17.
- Reinoso M., Monted M., Sánchez I. (2014). Hipotiroidismo congénito y sus manifestaciones bucales *Rev. Odontol* (México); ab-jun; Vol 18. (num. 2): 132-137.
- Ros Lluch N, Chimenos Küstner E, López López J, Rodríguez de Rivera Campillo ME. Síndrome de ardor bucal: Actualización diagnóstica y terapéutica. *Av. Odontoestomatol* (Barcelona) 2008; 24 (5): 313-321
- Zanini M Léa, Teruko K Edna, Regina N Célia, Künzle R Patricia; Leal N Marilza. et al. Congenital hypothyroidism: recommendations of the Thyroid Department of the Brazilian Society of Endocrinology and Metabolism. *Sci* (Brazil) 2013; ab; Vol 57 (num. 3).