

MANIFESTACIONES DERMATOLÓGICAS DE TRASTORNOS TIROIDEOS



Piedad Marcela Guavita Falla
RII Dermatología
Universidad Nacional de Colombia

Trastornos tiroideos

- Hormonas tiroideas influyen en la diferenciación, maduración y crecimiento de muchos tejidos
- Influyen en gasto energético total del organismo
- Epidermis → consumo de O₂
síntesis de proteínas
mitosis, diferenciación queratinocitos
↑ grosor

Trastornos tiroideos

- Dermis → estimulación de fibroblastos
síntesis de proteoglicanos
- Cabello → formación y crecimiento
- Secreción sebácea

Trastornos tiroideos

- Estados de deficiencia o exceso son más notorios en la piel
- Mayoría de cambios cutáneos no son exclusivos ni patognomónicos
- Manifestaciones cutáneas de alteraciones tiroideas:
 - lesiones específicas que contienen tejido tiroideo
 - signos y síntomas de estados hiper/hipotiroideos
 - otras anomalías cutáneas asociadas a t. tiroideos

CLASIFICACIÓN

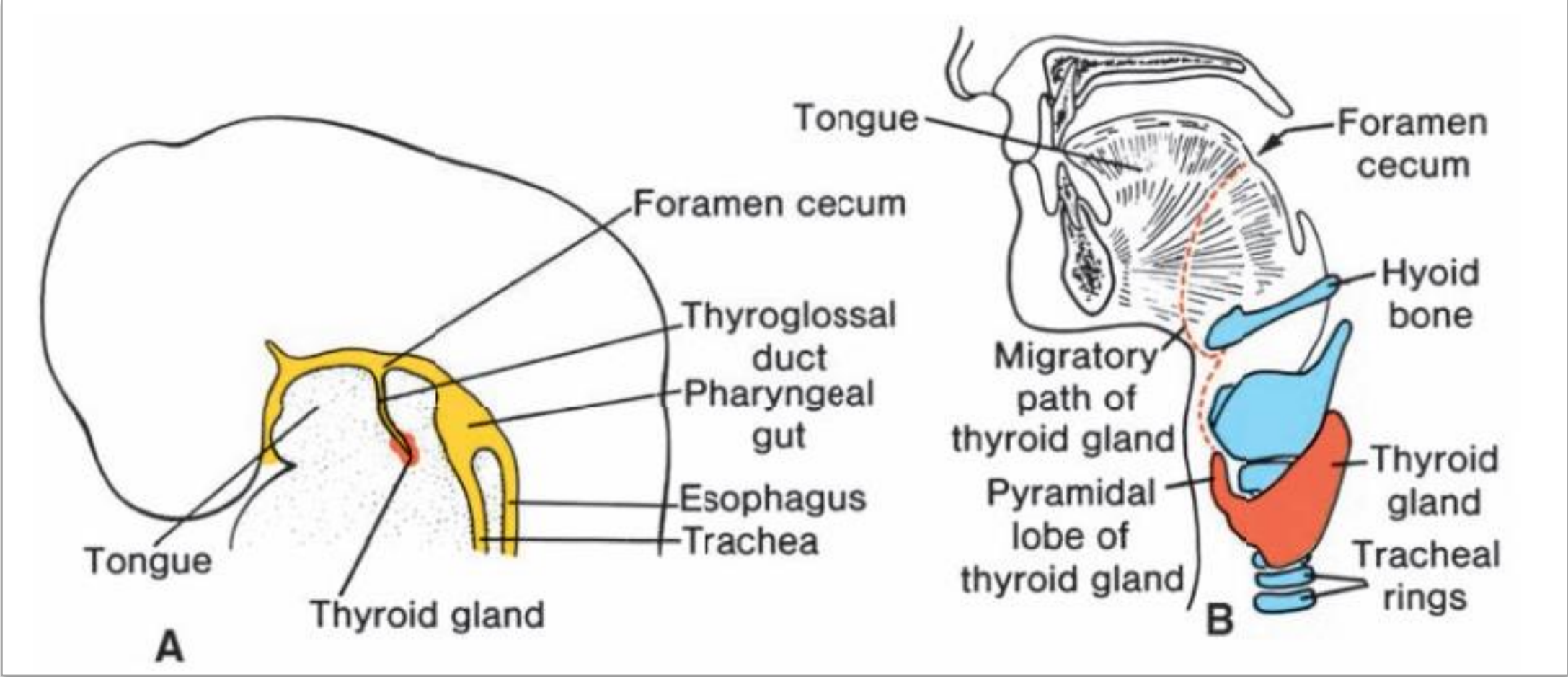
Trastornos tiroideos

Lesiones específicas que contienen tejido tiroideo

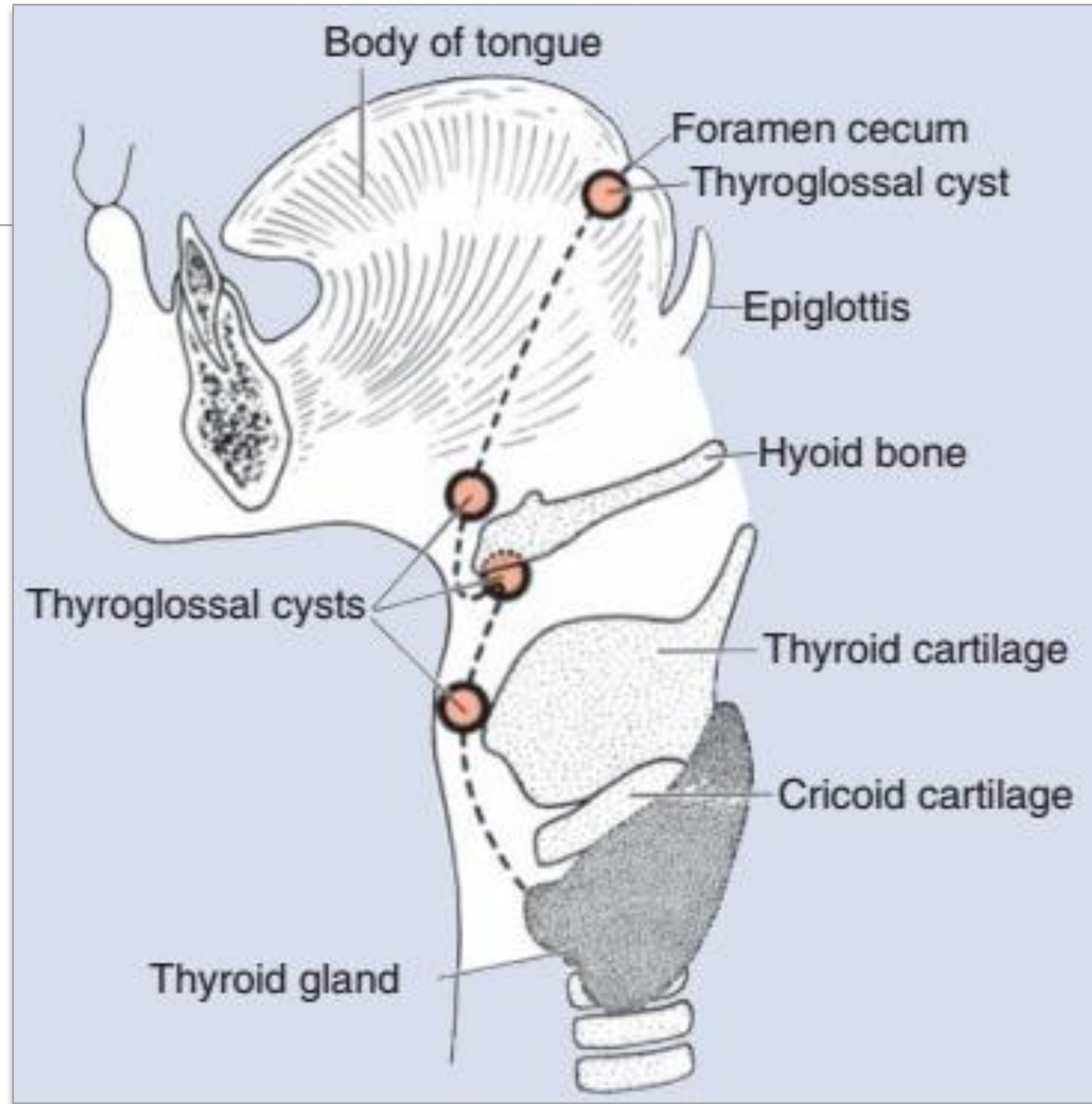


- Quistes del conducto tirogloso
- Metástasis cutáneas

Desarrollo de la glándula tiroides



Localización de los quistes del conducto tirogloso





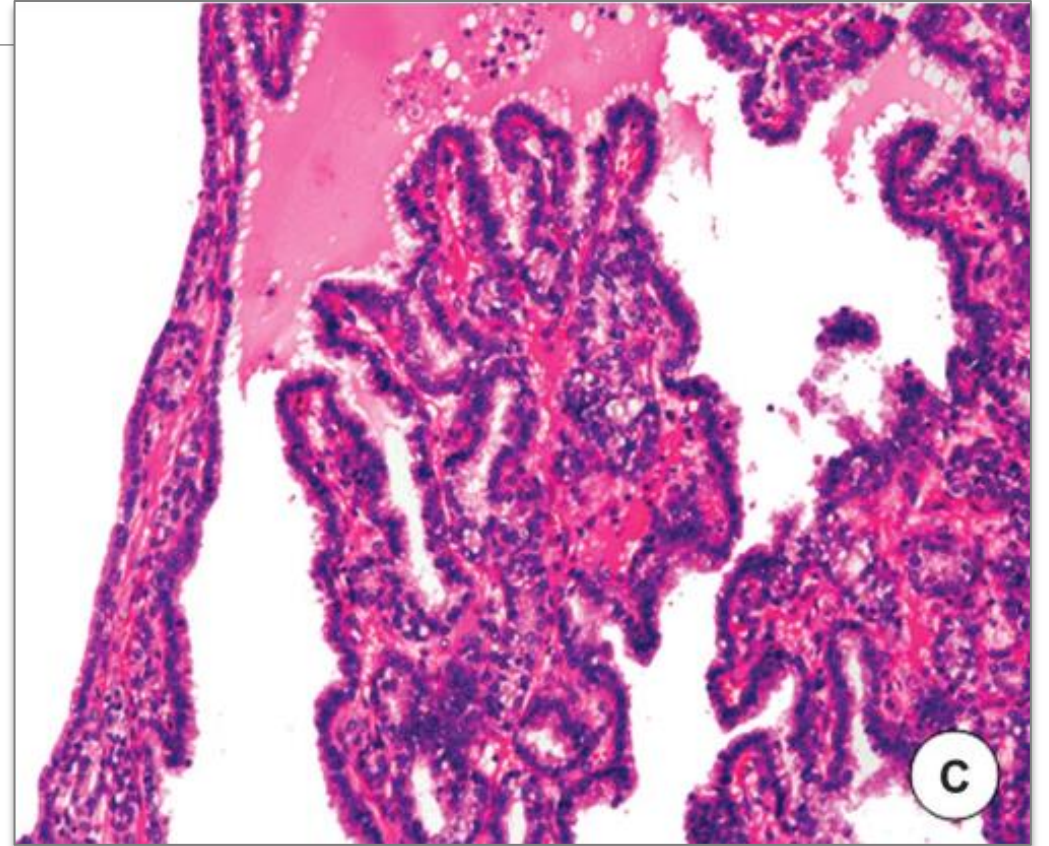
Thyroglossal cyst



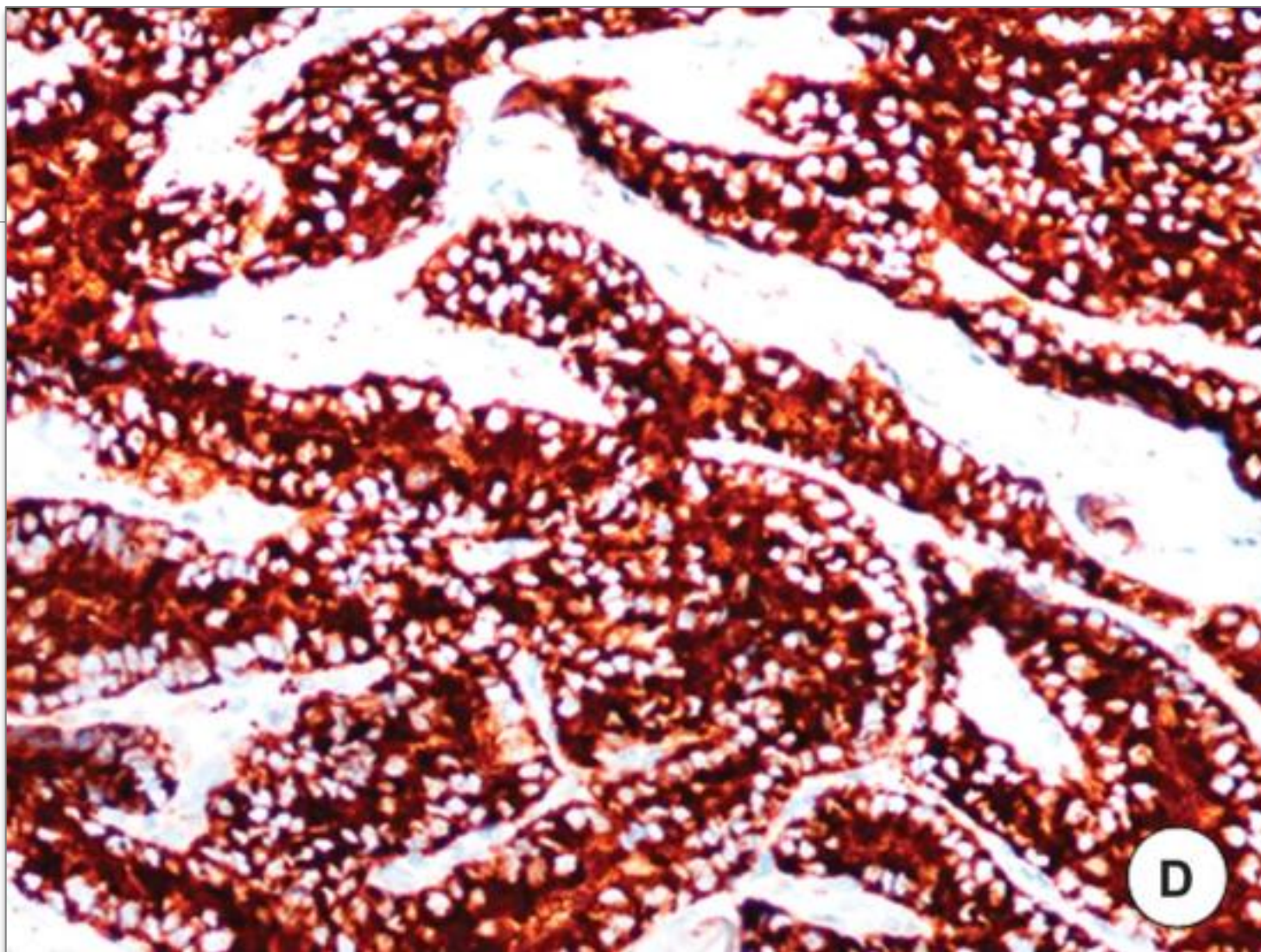
Metástasis cutáneas

- no son frecuentes
 - todos los tipos histológicos
 - más en cabeza y cuello
 - solitarias o múltiples
 - usualmente no dolorosas
 - entre 2 y 10 años después del dx
 - pueden ser la primera manifestación
 - si metástasis diseminadas → riesgo de hipertiroidismo (carga tumoral ↑)
- fenómeno raro

Metástasis de carcinoma papilar de tiroides –cuero cabelludo



Estructuras papilares en la dermis



Immunoreactividad para tiroglobulina

CLASIFICACIÓN

Trastornos tiroideos

**Signos y síntomas
dermatológicos**



- Estados hipertiroides
- Estados hipotiroideos

Tirotoxicosis

- incidencia 2.5% en ♀, <0.2% en ♂
- numerosas causas
- 85% → enfermedad de Graves
- manifestaciones dermatológicas
 - piel húmeda y caliente (vasodilatación, ↑ perfusión cutánea)
 - textura suave, lisa y aterciopelada (fina y lisa)
 - prurito
 - menor producción de sebo (↓ incidencia de acné)

Causas de tirotoxicosis

Autoinmunitario

Enfermedad de Graves

Inflamatorio/autodestructivo

Tiroiditis posparto

Tiroiditis indolora

Tiroiditis subaguda

Infarto tiroideo

Tiroiditis posradiación

Producción ectópica

Estruma ovárico

Desregulación del eje hipotalamohipofisario

Adenoma secretor de TSH

Resistencia tirotrópica a la hormona tiroidea

Tumor trofoblástico

Hiperemesis gravídica

Tirotoxicosis gestacional

Hipertiroidismo autosómico dominante

Causas de tirotoxicosis

Consumo extrínseco

Consumo tiroideo exógeno

Exceso de yodo en la dieta

Tiroiditis inducida por fármacos

Sobreproducción intrínseca

Carcinoma tiroideo

Adenoma tóxico

Bocio multinodular tóxico

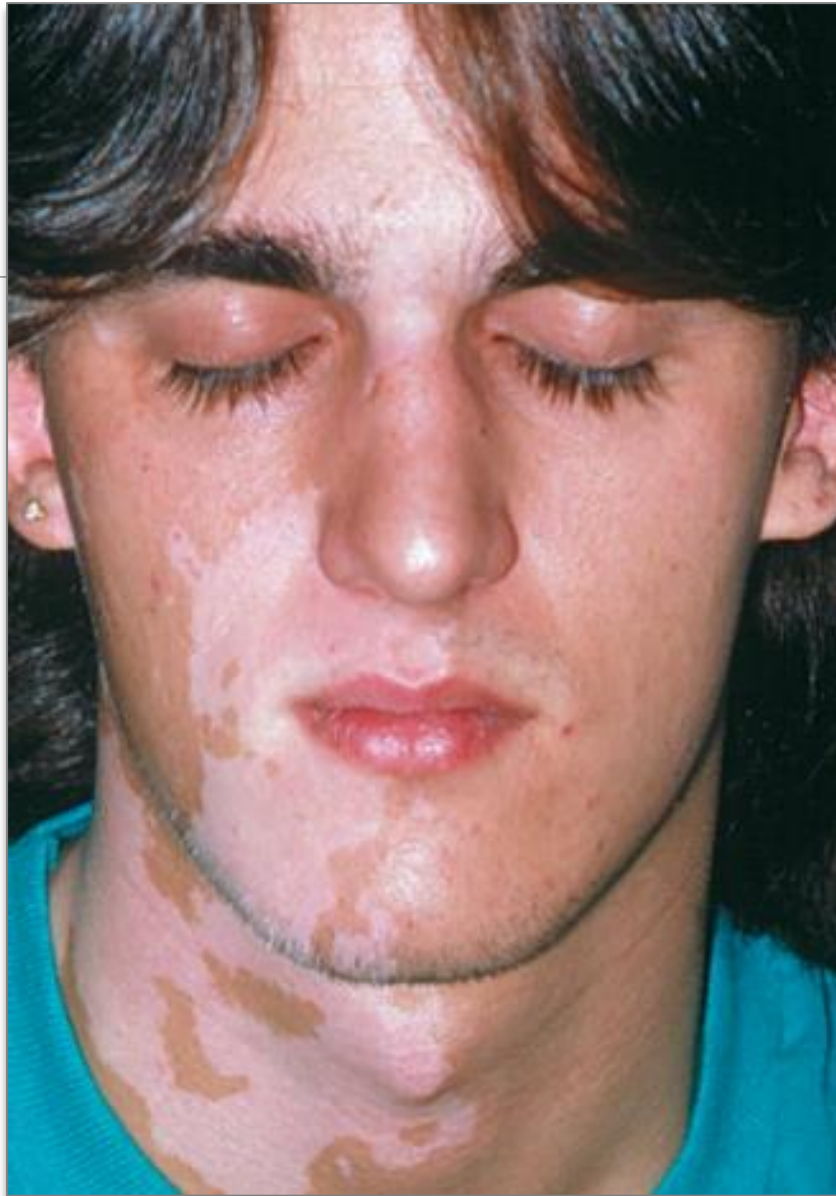


- eritema palmar
- episodios de rubor facial y torácico
- eritema persistente en los codos
- mayor fragilidad capilar
- hiperhidrosis generalizada o localizada en palmas/plantas



Hiperpigmentación

- 2% de casos
- localizada (cara, cicatrices, surcos palmares)
- generalizada: puede adoptar un patrón addisoniano
- causa: degradación ↑ de glucocorticoides a nivel hepático produce ↑ de secreción de ACTH



Vitiligo

-frecuente asociación con trastornos autoinmunes



tiropatías autoinmunes
Graves, Hashimoto



Cambios ungueales

- 5% de casos de hipertiroidismo
- crecimiento ungueal rápido
- uñas blandas y frágiles
- onicólisis (uñas de Plummer):
comienza en 4 y 5 dedos
- coiloniquia
- compromiso de uñas de dedos
y/o pies total o parcial
- sd de uñas amarillas: no lúnula ni
cutícula





Cambios del pelo

- pelo fino, delgado, suave, recto
- 20-40% alopecia difusa, leve
→ no correlación con gravedad
- Incidencia ↑ de alopecia areata



Mixedema pretibial

- 0.5-15% de casos de Graves
- “dermopatía tiroidea”
- puede aparecer en Hashimoto
- asociación frecuente con oftalmopatía
→ sigue su inicio
- Localización: pretibial, antebrazos, brazos, hombros, espalda superior, cuello, palmas, áreas de trauma, cicatrices, injertos cutáneos
- Cigarrillo → agrava proceso inmune



Mixedema pretibial

-causa: autoinmune → unión de Acs a receptores de TSH en fibroblastos cutáneos



diferenciación/proliferación fibroblastos
síntesis de glucosaminoglucanos



retención de fluido, separación de fibras
obstrucción microcirculación linfática
liberación de citoquinas, atracción de LT



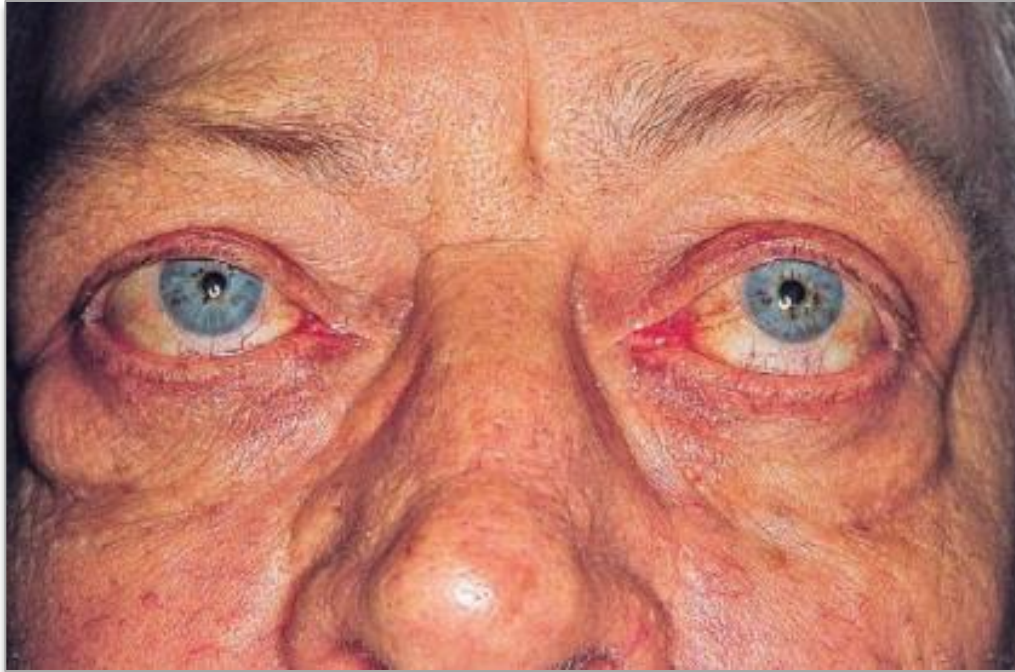
Mixedema pretibial

- placas y nódulos firmes, asimétricos, bilaterales, indoloros
- color rosado, amarillento, violáceo o eucrómico
- aspecto de piel de naranja, edematoso, no fóvea. Hiperhidrosis, hipertrichosis
- varios subtipos: sin fóvea, placa, nodular, polipoide/elefantiásico
- no relación directa con función tiroidea



Burman KD, McKinley-Grant L. Dermatological aspects of thyroid disease. *Clin Dermatol.* 2006; 24(4): 247-55

Callen JP, Jorizzo JL, Bologna JL, Piette WW, Zane JJ. *Signos cutáneos de las enfermedades sistémicas.* 4ª edición. 2011, p 365-373



Oftalmopatía

- 20-40% de pacientes con Graves
- causa: autoinmune
- depósito de mucopolisacáridos ácidos en músculos extraoculares y tejidos retrobulbares
- cigarrillo → factor agravante

- clínica: proptosis, edema periorbitario
- xeroftalmia, epífora (viento, aire frío, luces brillantes), visión borrosa, diplopía, malestar ocular/infraorbitario, pérdida visión



Oftalmopatía

-**signo de Dalrymple:** retracción del párpado superior

-**von Graefe** (signo del retraso del párpado): inmovilidad o retraso del párpado superior a la rotación inferior del ojo

-**signo de Kocher:** apariencia de mirada fija

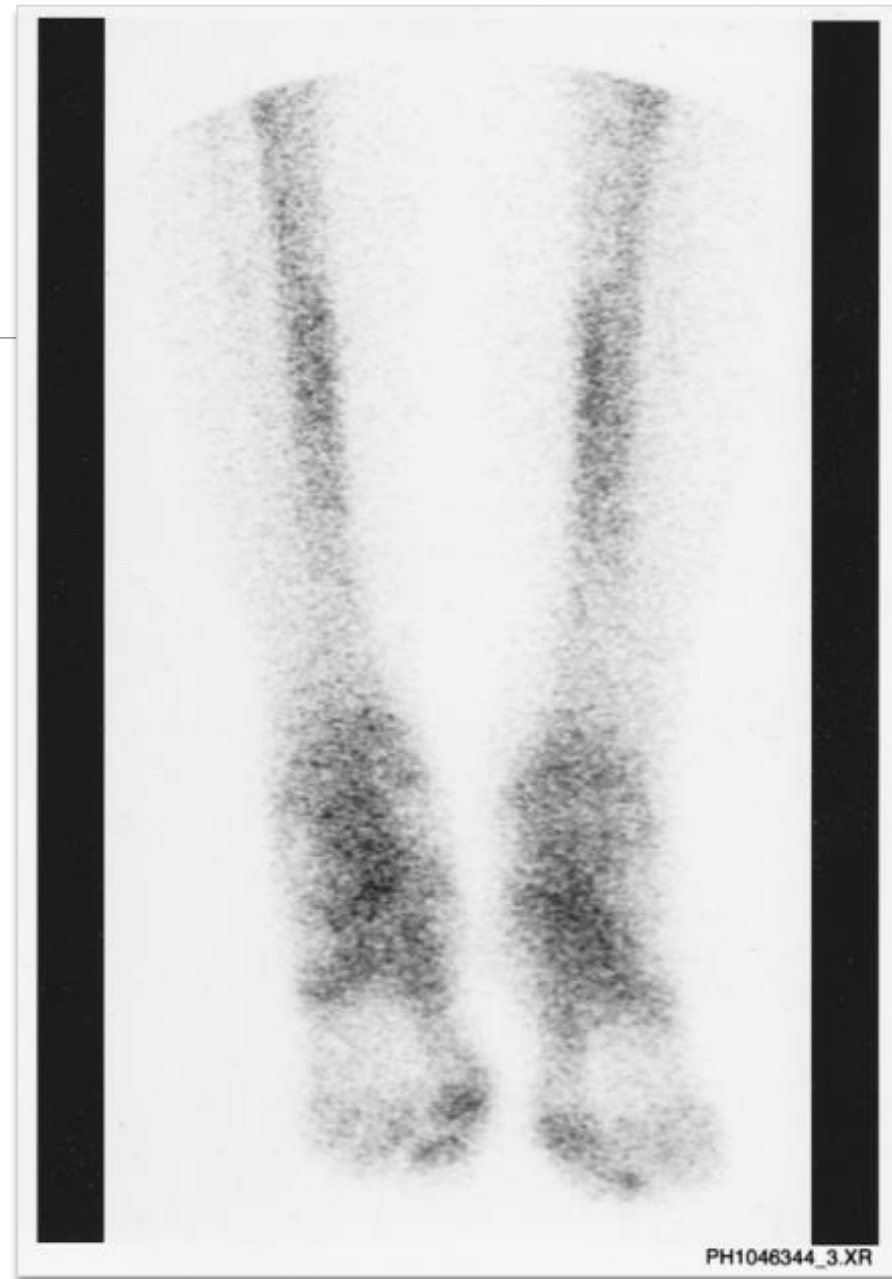
-**signo de Stellwag:** debilidad de la mirada superior

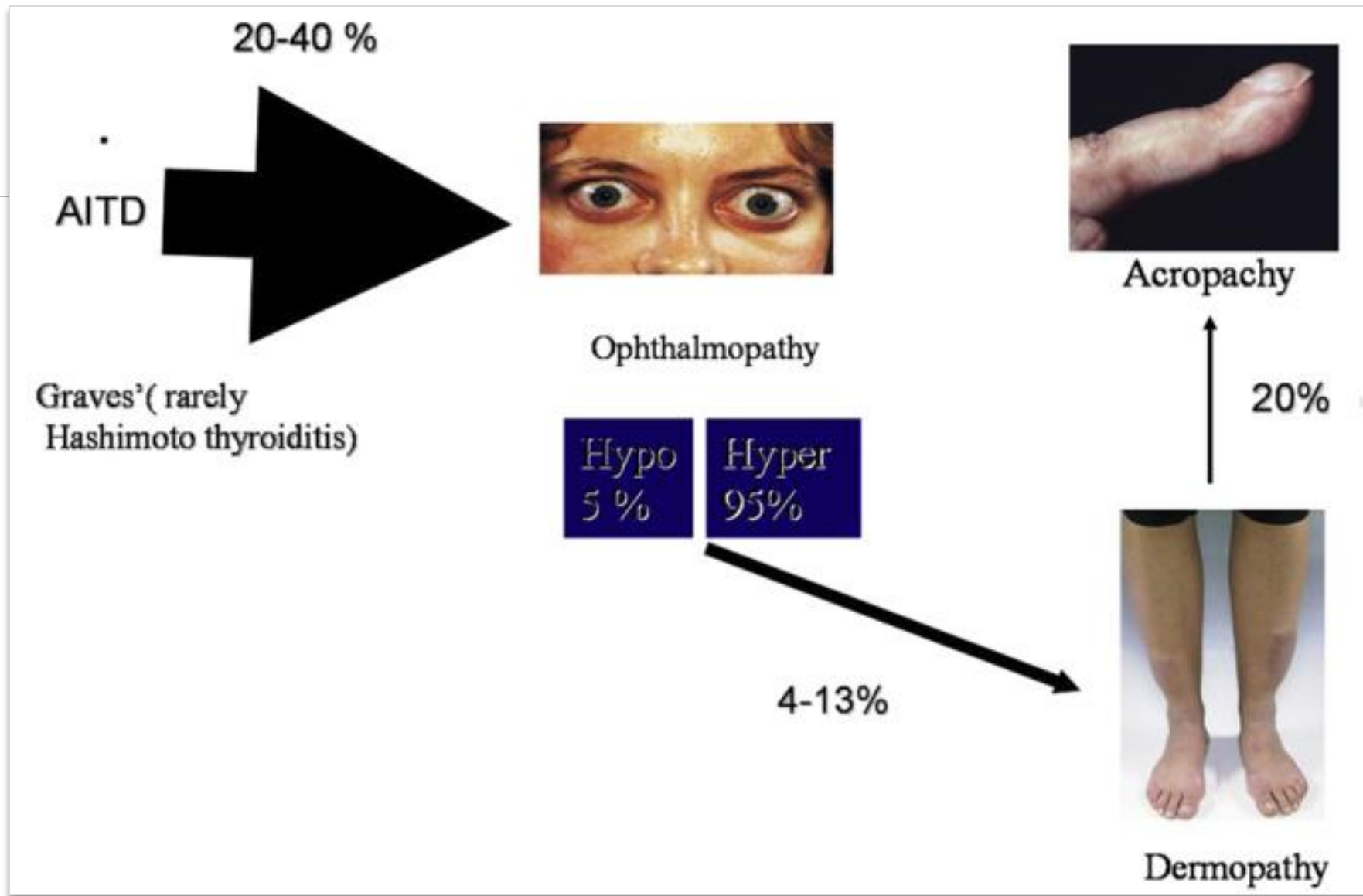


Acropachia tiroidea

- 1% de pacientes con Graves
- 20% de pacientes con dermatopatía tiroidea
- tríada: hipocratismo digital + edema de tejidos blandos manos y pies + reacción perióstica de huesos largos
- Huesos afectados: 1, 2 y 5to metacarpianos + falanges proximales y medias. 1er metatarsiano
- asintomático
- curso benigno
- resuelve con tto de enfermedad tiroidea







CLÍNICA

Hipotiroidismo

- deficiencia de hormona tiroidea
- múltiples causas → 95%, adquiridos primarios
- ♀:♂ = 7:1
- edad de presentación: 40-60 a
- clínica → desaceleración de procesos metabólicos
correlacionan con grado de hipotiroidismo
manifestaciones variables

Causas de hipotiroidismo

Primario	<p><u>Defectos en la biosíntesis de hormonas tiroideas</u></p> <ul style="list-style-type: none">Defectos congénitos en la síntesis hormonalDefectos enzimáticos hereditariosDeficiencia de yodoExceso de yodoFármacos antitiroideos (litio, amiodarona, bociógenos, bexaroteno)
	<p><u>Reducción del tejido tiroideo funcional</u></p> <ul style="list-style-type: none">Tiroiditis de Hashimoto (tiroiditis autoinmunitaria crónica)Cirugía tiroideaTratamiento con yodo radiactivo (I^{131})Irradiación de la cabeza y el cuelloEnfermedades infiltrativas: sarcoidosis, hemocromatosis, esclerosis sistémica, amiloidosis, tiroiditis de Riedel, cistinosisInfecciones víricas: tiroiditis subagudaTiroiditis pospartoDisgenesia/agenesia tiroidea

Causas de hipotiroidismo

Central
(hipofisario/
hipotalámico)

Reducción del tejido hipofisario/hipotalámico

Tumores: adenoma hipofisario,
craneofaringioma, meningioma, glioma,
metástasis

Causas vasculares: necrosis isquémica,
hemorragias (síndrome de Sheehan),
aneurisma de la arteria carótida interna,
compresión del tallo hipofisario

Traumatismos: lesiones cefálicas, radiación,
cirugía

Causas infecciosas: absceso cerebral,
tuberculosis, sífilis, toxoplasmosis

Procesos infiltrativos: sarcoidosis,
hemocromatosis, histiocitosis

Hipofisitis linfocítica crónica

Anomalías congénitas: hipoplasia hipofisaria,
encefalocele basal

Mutaciones genéticas en los receptores de TRH,
los receptores de TSH y Pit-1



Manifestaciones cutáneas

-piel fría, xerótica y pálida → zonas extensoras



vasoconstricción cutánea periférica por tasa
metabólica ↓ e hipotermia central
↓ síntesis de esterol epidérmico
↓ secreción de glándulas sebáceas
hipohidrosis (palmas, plantas)
depósito ↑ de agua y mucopolisacáridos dérmicos



Manifestaciones cutáneas

-carotenemia → palmas, plantas, pliegues nasolabiales

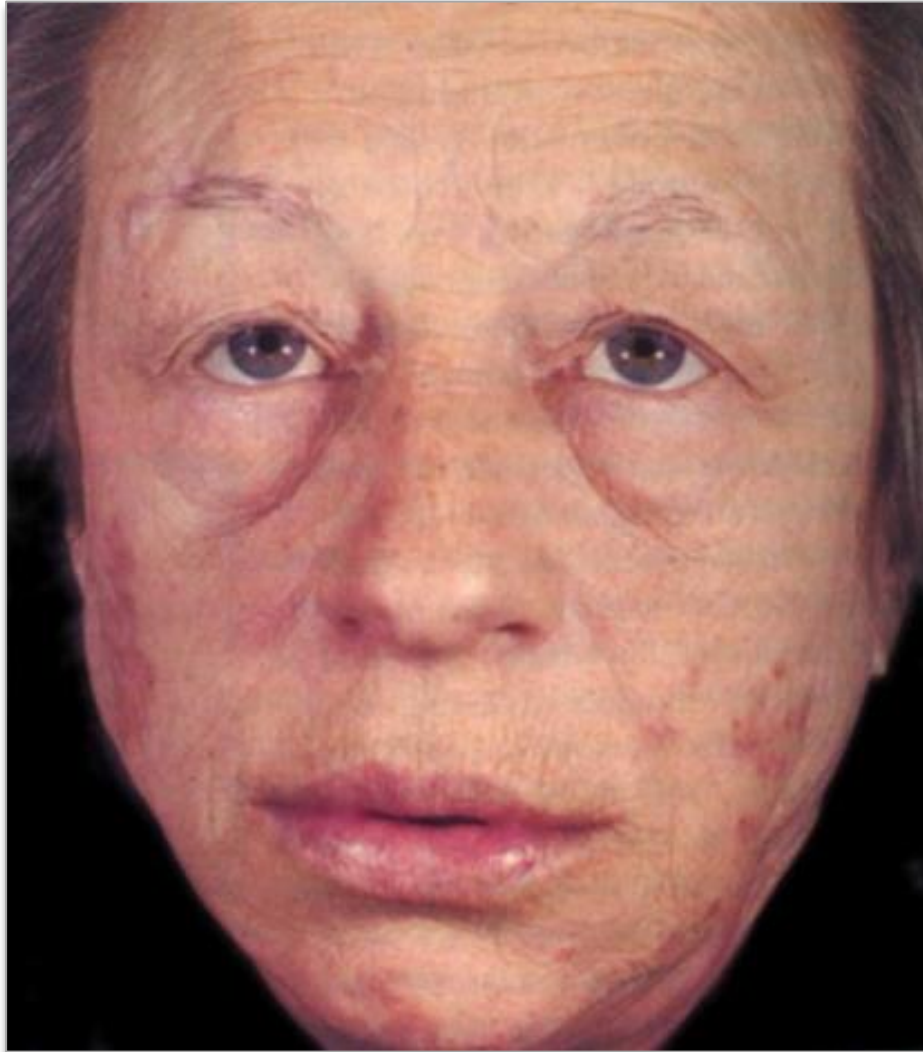


conversión hepática ↓ del β -caroteno a vitamina A y su acumulación en capa córnea



Manifestaciones cutáneas

- hematomas de fácil formación → fragilidad capilar
- livedo reticularis en las extremidades
- hipohidrosis palmar/plantar → queratodermia
- eccema craquelado
- cicatrización retardada



Mixedema generalizado

- hipotiroidismo severo o prolongado
- depósito dérmico y vascular de mucopolisacáridos ácidos hidrofílicos (ácido hialurónico, condroitín sulfato)



- alteración función barrera capilar y linfática:
pérdida de proteínas plasmáticas y LEC
deterioro drenaje de fluido/proteínas
- causa: deficiencia funcional o cuantitativa de tiroxina. Degradación deteriorada más que síntesis ↑



Mixedema generalizado

- edema periorbitario, pies, manos
- párpados gruesos, evertidos
- nariz ancha
- labios protuberantes
- macroglosia
- expresión facial plana
- piel fría, pálida, pastosa, áspera, no fóvea
- ptosis: ↓ estimulación simpática del músculo palpebral superior





Cambios del pelo

- pelo seco, áspero, quebradizo, opaco, ↑ tasa de caída (↑ telógeno), lento crecimiento
- pelo delgado (cuero cabelludo)
- pelo púbico y axilar escaso
- 50%: alopecia difusa o parcial
- pérdida del $\frac{1}{3}$ lateral de cejas
- foliculitis por *Candida*



Cambios ungueales

- 90% de pacientes
- uñas finas, secas, quebradizas, opacas
- crecimiento lento
- estriaciones longitudinales y transversas
- hapaloniquia
- onicólisis (raro)

Trastornos tiroideos

**Otras anomalías cutáneas
asociadas a trastornos
tiroideos**

- Alopecia areata, 8%
- Melasma
- Penfigoide ampoloso
- Psoriasis
- Dermatitis herpetiforme
- Dermatitis atópica
- Acantosis nigricans
- Urticaria idiopática crónica
- Síndrome de Sweet
- Granuloma anular generalizado
- Vitiligo



Burman KD, McKinley-Grant L. Dermatological aspects of thyroid disease. *Clin Dermatol.* 2006; 24(4): 247-55

Ai J, Leonhardt JM, Heymann WR. Autoimmune thyroid diseases: etiology, pathogenesis and dermatologic manifestations. *J Am Acad Dermatol.* 2003; 48(5): 641-659

Gracias

