

Manifestaciones a nivel de cavidad oral de los trastornos endocrinos

*Hilda Nora Jaramillo L.**

Resumen

Se pretende con esta somera revisión resaltar los principales síntomas y signos que se presentan en la cavidad oral en el paciente afecto de una endocrinopatía particular.

Introducción

Las hormonas desempeñan un papel importante en el crecimiento y en el desarrollo de las estructuras orales.

Salvo pocas excepciones ningún trastorno oral es patognomónico de una endocrinopatía particular; las anomalías de la boca y los dientes, tales como la dentición retardada o precoz, la desmineralización de los tejidos dentales o de las estructuras óseas, la formación anormal de raíces, etc., son inespecíficas; sin embargo, las alteraciones patológicas dentales y orales, en asociación con otros signos y síntomas de los trastornos endocrinos pueden ser de gran valor diagnóstico.

La odontogénesis se afecta por trastornos endocrinos, así como por muchos otros factores entre la quinta semana de vida fetal y el final de la pubertad. Los tejidos periodontales, en cam-

bio, pueden afectarse durante todas las etapas de la vida.

Algunas hormonas ejercen marcados efectos sobre los tejidos dentales y periodontales, otras por el contrario desempeñan un papel menos importante en este sentido.

Gigantismo

En el gigantismo se aprecia compromiso tanto de los tejidos blandos como de los huesos y de los dientes, hay erupción temprana de la dentición definitiva y caída precoz de los dientes de leche. Hay macrodontias aproximadamente en el 50% de los casos, en un número mayor hay hiperementosis, hay agrandamiento de ambos maxilares y macroglosia.

Acromegalia

El hallazgo sobresaliente en la acromegalia es la macroglosia y la macroquilia inferior, al igual que la hipertrofia de papilas linguales, los dientes, tanto su tamaño como su forma, son normales. El prognatismo que se observa es causa frecuente de maloclusión y los diastemas son frecuentes.

* Profesora titular de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

Enanismo hipofisiario

Hay retardo en el crecimiento óseo de ambos maxilares al igual que retardo en la erupción dentaria, que compromete ambas denticiones, pero predominantemente la dentición definitiva, la microcontia suele ser frecuente y la hipoce-mentosis es una característica común.

Hipertiroidismo

Una importante manifestación bucal de hipertiroidismo es la osteoporosis del cráneo y de los maxilares, en la tirotoxicosis extrema la desmineralización puede ser extensa, con una rápida resorción del hueso.

Los enfermos jóvenes pueden presentar una caída prematura de los dientes de leche y una erupción precoz de la dentición definitiva. Muchos enfermos presentan destrucción dental precoz y enfermedad periodontal agresiva. Los tejidos blandos restantes de la boca no se afectan en el hipertiroidismo.

Hipotiroidismo

Los cambios bucales más espectaculares se observan en la forma congénita del hipotiroidismo. La intensidad de los cambios disminuyen en la forma juvenil, la forma adulta del hipotiroidismo queda generalmente libre de alteraciones dentales asociadas.

Generalmente hay prognatismo maxilar debido al poco desarrollo del mentón. Puede haber falta de unión de la sínfisis mandibular; los estudios radiológicos pueden mostrar hipocalcificación.

La característica más constante en el hipotiroidismo es el retraso en la salida y en la caída de la dentición de leche, así como el retraso en la formación y en el brote de la dentición definitiva, los dientes deciduos no se exfolian siguiendo un orden adecuado, por lo que el enfermo puede tener una curiosa combinación de dientes de la primera y segunda dentición no relacionada con su edad cronológica.

En cuanto a los dientes pueden estar poco desarrollados, desviados y poco calcificados, generalmente quedan espacios dentro de los dientes.

Se aumenta la susceptibilidad a las caries. El periodonto también se ve afectado, y los adultos están predispuestos a enfermedad periodontal de tipo agresivo y avanzado.

La lengua y los labios del cretino están agrandados debido a la acumulación de material proteico.

Síndrome de Cushing

En la enfermedad o síndrome de Cushing es frecuente encontrar osteoporosis de los maxilares lo cual está relacionado con el efecto metabólico de la glucocorticoides.

Debido al exceso de los esteroides circulantes, los pacientes afectados por la enfermedad de Cushing son susceptibles a procesos periodontales y a candidiasis.

Enfermedad de Addison

El primer signo de la enfermedad puede ser la pigmentación café oscura de la mucosa oral, la localización más frecuente de dicha pigmentación es la mucosa bucal, pero puede verse en la lengua, las encías y el paladar.

Hiperparatiroidismo

En el hiperparatiroidismo la mandíbula y el maxilar presentan alteraciones radiológicas de gran importancia diagnóstica: radiotransparencia generalizada (por borramiento de trabéculas), aspecto de moteado granular, aparición de quistes óseos (localizados preferentemente en la zona posterior del maxilar), pérdida de la cortical ósea.

Los dientes completamente desarrollados no se afectan pero las estructuras que los sostienen pueden quedar muy débiles y los dientes presentan gran movilidad.

Se desconoce la causa de la asociación hiperparatiroidismo-tumor de células gigantes.

Hipoparatiroidismo

En el hipoparatiroidismo secundario de larga data, la mandíbula y el maxilar pueden mostrarse anormalmente densos, los dientes en desarrollo pueden mostrar hipoplasia del esmalte lo que

ocasiona coronas deformadas e irregulares. Las raíces en desarrollo tienden a ser anormalmente cortas.

Diabetes mellitus

Aunque no hay lesiones específicas de los tejidos blandos bucales o lesiones dentales que sean patognomónicas de la diabetes, el odontólogo puede recoger ciertos datos que le hagan sospechar la existencia de esta enfermedad. Estos datos son de dos tipos, los obtenidos en la historia y los obtenidos en la exploración.

El paciente aqueja frecuentemente sequedad de mucosa oral (xerostomía), ardor de mucosa bucal, parestesia lingual (glosodina), glositis, preferentemente del tercio posterior de la lengua, abscesos gingivales o periodontales recidivantes.

El odontólogo deberá sospechar una diabetes frente a: destrucción periodontal progresiva en una persona joven, destrucción periodontal que no responde a tratamiento adecuado e historia de abscesos periodontales o gingivales recidivantes.

La enfermedad es básicamente periodontal, influye sólo de forma indirecta sobre la caries. Hay una elevada proporción de caries en niños con dieta rica en carbohidratos y poca proporción de caries en niños diabéticos controlados en su dieta.

Manifestaciones orales durante el ciclo menstrual, el embarazo y la menopausia

El aumento de los niveles circulantes de progesterona que suele ocurrir durante la pubertad, la segunda mitad del ciclo menstrual, la preñez, el uso de anticonceptivos orales, torna la mucosa oral hiperémica y favorece la exudación dando como consecuencia la aparición frecuente de gingivitis.

Algunas manifestaciones son llamativas durante el embarazo, la gingivitis suele presentarse a partir de la 16a. a la 18a. semana; pueden observarse diferentes manifestaciones desde encías sangrantes, pasando por encías color grosella, hasta la hipertrofia gingival y el épuilis.

La sialorrea es otra manifestación frecuente que suele acompañar los vómitos gravídicos pero que puede existir independientemente. Suele aparecer entre la 20a. a 25a. semana, en ocasiones es bastante pertinaz. Cede durante el sueño y desaparece con el parto.

Durante la preñez aumenta la incidencia de caries dental y son frecuentes las odontalgias.

Durante la menopausia suelen ser frecuentes la glositis, la gingivitis y la estomatitis atrófica, al igual que las alteraciones gustativas y la sensación de quemaduras a nivel de cavidad oral, síntomas que desaparecen al prescribir estrógenos.

Bibliografía

- BERNE, R. M.; LEVY, M. N. *Fisiología*. 1a. ed. Ed. Médica Panamericana; Buenos Aires. 1986.
- GUYTON, A. C. *Tratado de fisiología médica*. 6a. ed. Ed. Interamericana; Madrid. 1983.
- LINDHE, J. *Periodontología clínica*. 1a. ed. Ed. Médica Panamericana; México. 1986.
- MEYER, P. *Fisiología humana*. 1a. ed. Ed. Salvat; Barcelona. 1985.
- REICHLIN, S. "Regulación del hipotálamo endocrino". *Clin. Med. de N. A.* 2: 243-258, 1978.
- WILLIAMS, R. H. *Tratado de endocrinología*. 5a. ed. Ed. Interamericana; Madrid. 1986.