

Manifestaciones comunes en la piel de enfermedades endocrinológicas

Néstor P. Sánchez, MD, FAAD

Profesor de Dermatología y Patología
Escuela de Medicina, Universidad de Puerto Rico
Profesor de Dermatología y Dermatopatología
Ponce Health Sciences University
Consultor, Hospital Menonita, Aibonito

Priscilla M. Rosa-Nieves, BS

Ponce Health Sciences University

Génesis Vega García, MSMS

Ponce Health Sciences University

Introducción

La piel es el órgano más grande del ser humano. En ella se expresan diferentes lesiones que pueden ser benignas, malignas o indicativas de condiciones sistémicas. Las enfermedades endocrinas no son la excepción, pues el exceso o la deficiencia de hormonas pueden causar cambios en la morfología, textura, color y temperatura de la piel. Algunos de estos cambios pueden ser difusos y, otros, específicos. Como médicos, es importante que sepamos reconocer las diversas manifestaciones cutáneas que pueden presentar diferentes condiciones, lo que puede ayudar a diagnosticar estos padecimientos y tratarlos con mayor brevedad. A continuación, mencionamos las enfermedades endocrinas más comunes y sus presentaciones dermatológicas más estudiadas.

Hipotiroidismo

La prevalencia de enfermedades tiroideas es alta en Puerto Rico y en los Estados Unidos. Específicamente, el hipotiroidismo afecta a más de 25 millones de estadounidenses que no siempre son diagnosticados,¹ siendo la tiroiditis autoinmune de Hashimoto la causa más común de hipotiroidismo (mundialmente, la causa más común es la deficiencia de yodo). El hipotiroidismo tiene manifestaciones características en la piel: una de ellas es la palidez que ocurre debido al aumento de agua y de mucopolisacáridos en la dermis. También se

puede apreciar frialdad por la vasoconstricción cutánea. En las palmas de las manos y plantas de los pies de algunos pacientes, se puede producir una matriz amarillenta por la acumulación de caroteno en estas áreas, debido a la conversión defectuosa de betacaroteno a vitaminas en el hígado. De igual manera, se puede observar resequedad y atrofia de la piel. Esta resequedad se puede asemejar a una ictiosis vulgar en la que la piel se torna áspera y escamosa.² Por otro lado, la *alopecia areata* es una condición autoinmune que se ha visto asociada a enfermedades tiroideas, siendo su síntoma más común los parchos de calvicie en el cuero cabelludo que también puede afectar el tercio lateral de las cejas³, un hallazgo clásico que se puede ver cuando la alopecia areata y el hipotiroidismo ocurren concomitantemente. Otra manera en la que el hipotiroidismo puede afectar el cabello es tornándolo fino por pérdida en el grosor.²

La manifestación dermatológica más característica del hipotiroidismo es el mixedema generalizado, en cuyo caso la piel se encuentra inflamada, seca, pálida y firme al tacto.² Esto es causado por el depósito de ácido hialurónico y condroitina en estas áreas, lo que se puede apreciar histológicamente. El mixedema generalizado, a diferencia del mixedema pretibial, mejora al normalizarse los niveles hormonales tiroideos. No obstante, si no se normalizan los niveles con el tratamiento o si

se vuelven a alterar, esta presentación cutánea puede recurrir.²

Hipertiroidismo

El hipertiroidismo afecta del 1% al 1.3% de la población estadounidense y es de 5 a 10 veces más común en mujeres que en hombres.¹ Además de presentarse con manifestaciones sistémicas, el hipertiroidismo puede tener también manifestaciones dermatológicas,² como un aumento en la temperatura, eritema e hiperhidrosis en las áreas acrales; el cabello se puede tornar más fino y débil y, en cerca del 40% de los pacientes, puede verse cierto grado de pérdida del mismo.⁴ En la uñas, aunque no es un hallazgo específico, es común ver fragilidad y cambios en el brillo. Asimismo, un 5% de los pacientes pueden presentar con coiloniquia u onicolisis, una concavidad o separación del plato ungueal de la uña, respectivamente.⁵

La manifestación dermatológica más específica del hipertiroidismo es el mixedema pretibial,⁶ también conocido como dermatopatía de tiroides, ya que en realidad puede ocurrir en cualquier área anatómica. Estas lesiones se describen como nódulos y placas bilaterales, asimétricas, firmes y endurecidas.⁷ Histológicamente, se observa acumulación de glucosaminoglicanos (o mucopolisacáridos) en la dermis; sin embargo, se desconoce su etiología.

El tratamiento para la dermatopatía tiroidea es complicado debido a que es posible que el mismo no sea efectivo luego de que el cuerpo logre una homeostasis en los niveles hormonales. Entre las alternativas más efectivas utilizadas, se incluyen las inmunoglobulinas intravenosas y la combinación de esteroides intravenosos y orales.⁸ A pesar del tratamiento, es importante destacar que esta condición puede durar desde meses y hasta años.

Una manifestación inusual relacionada con el hipertiroidismo es la acropaquia tiroidea. Esta suele presentarse en tríada junto a la oftalmopatía y la dermatopatía tiroidea.⁹ En esta, podemos ver los dedos en forma de palillos de tambor, hinchazón del tejido blando de las extremidades superiores e inferiores, y formación de nuevo periostio en los dedos. Esta manifestación no suele requerir tratamiento.⁹

Diabetes

Alrededor del 9.3% de la población estadounidense se ve afectada por diabetes mellitus (DM), ya sea tipo I o tipo II. De ellos, cerca de 30% desarrollarán algún tipo de manifestación dermatológica asociada.⁷ Una gran cantidad de individuos con DM desconocen de su condición, lo cual le da gran importancia al hecho de poder reconocer las presentaciones cutáneas que esta puede presentar, para así facilitar el diagnóstico de DM y poder iniciar el tratamiento apropiado. Entre las enfermedades cutáneas asociadas con la DM, se encuentran: acantosis nigricans, necrobiosis lipóidica diabetorum, escleroderma adutorum de Buschke y dermatopatía diabética.⁷

- **Acantosis nigricans (AN):** se caracteriza por un engrosamiento difuso aterciopelado e hiperchromía de la piel. Esto suele verse mayormente en áreas de las axilas y el cuello, y en surcos de la piel, ingle y perineo.⁷ A pesar de ser más común en personas de tez oscura,¹⁰ puede presentarse en todo tipo y color de pieles. La AN puede ser una presentación de otras enfermedades endocrinas o de malignidad.¹⁰ Sin embargo, es mayormente vista en pacientes con resistencia a la insulina que, eventualmente, pudieran desarrollar DM;
- **Necrobiosis lipóidica diabetorum:** llamada originalmente dermatitis atrophicans lipóidica diabética,¹¹ es una condición rara que se presenta mayormente en mujeres en las extremidades inferiores, específicamente en el área pretibial o posterolateral.¹² Las lesiones comienzan como pápulas firmes de color variable entre amarillo, marrón y rojizo, que se convierten en placas eritematosas y telangiectásicas, con borde violáceo elevado,¹³ que pueden progresar a tener una apariencia brillante parecida a la porcelana.¹¹ En estudios de inmunofluorescencia, se puede apreciar la presencia de anticuerpos y complementos en la unión dermoepidermal.⁷ Si bien entre el 10% y el 20% puede remitir espontáneamente, estas lesiones suelen ser crónicas y necesitar tratamiento;⁷
- **Escleroderma adutorum de Buschke:** es una condición que se ve mayormente en pacientes masculinos y/o que sufren de obesidad. Estas lesiones muestran engrosamiento de la piel, especialmente en áreas como la espalda, el cuello y los hombros, que luego pueden extenderse a la cara, los brazos y el pecho;⁵

- **Dermopatía diabética:** es una manifestación cutánea vista en más de 70% de los hombres de edad avanzada con DM. Las lesiones comienzan como pápulas rojas que luego producen atrofia e hiperpigmentación;⁵
- **Engrosamiento de los dígitos:** puede ocurrir en pacientes con DM tipo 1, o en pacientes que sufren retinopatías y/o nefropatías.¹⁴ Puede causar limitaciones en el movimiento articular y crear contracturas de las falanges.

Trastornos de las glándulas adrenales


Hay varias condiciones que afectan las glándulas adrenales. Las más comunes son el síndrome de Cushing y la enfermedad de Addison. Ambas afectan los niveles de cortisol producidos por estas glándulas, causando exceso o deficiencia de cortisol en el cuerpo, respectivamente.⁷ Los niveles anormalmente altos de cortisol en la sangre vistos en el síndrome de Cushing pueden deberse a diversas causas, como los tumores en la hipófisis, adenomas o carcinomas adrenales, secreción ectópica de ACTH por tumores localizados en otras partes del cuerpo, o administración exógena de cortisol, por lo que un diagnóstico rápido es importante. Los niveles altos de cortisol pueden producir manifestaciones cutáneas muy clásicas como:

- **Obesidad centrípeta,** caracterizada por la cara *en forma de luna*, joroba de búfalo, almohadillas de grasa supraclaviculares y acumulación de grasa en área retroorbital, causando exoftalmos;⁵
- **Estrías purpúricas** usualmente localizadas en el abdomen y parte inferior de los flancos, pero también vistos en los senos, las axilas y los muslos;⁵
- **Fragilidad de la piel,** pérdida de su grosor y pérdida del tejido subcutáneo que, juntos, pueden resultar en hematomas luego de traumas mínimos, manifestación mejor conocida como el signo de Liddle;⁵
- **Hiperpigmentación difusa;** y
- **Hirsutismo,** acné y signos de virilización.⁵

Por otro lado, la deficiencia de cortisol en la enfermedad de Addison puede tener presentaciones dermatológicas como:

- **Hiperpigmentación,** vista mayormente en áreas expuestas al sol, áreas de fricción o de presión (codos, rodillas y nudillos) y en líneas palmares.⁷

Conclusión

El conocimiento de las expresiones cutáneas de algunas enfermedades endocrinas es importante para tratarlas y, sobre todo, para reconocerlas como señales de condiciones sistémicas más serias que requieren tratamiento inmediato. Estas condiciones tienen su presentación en la piel y, aunque a veces no son específicas, junto a otros síntomas nos dan una idea de lo que puede ocurrir en el cuerpo. Estas expresiones dermatológicas deben ser reconocidas para así poder ayudar a nuestros pacientes de la mejor manera y en forma oportuna. 

Referencias

1. American Association of Clinical Endocrinologists. Available at: www.Thyroidawareness.com.
2. Razi A, Goloroushan F, Nejad AB, Goldust M. (2013). Evaluation of dermal symptoms in hypothyroidism and hyperthyroidism. *Pakistan J Biol Sciences: PJBS*, 16(11), 541-544.
3. Donnelly A. Skin signs of systemic disease. *Aust Fam Physician* 1999; 28:1217-22.
4. Rook A. Endocrine influence on hair growth. *BrMJ*.1965; 1:609-14.
5. Jabbar SA. Cutaneous Manifestations of Endocrine Disorders. A guide for dermatologists. *Am J Clin Dermatol*. 2003; 4:315-31.
6. Fatourechhi V. Pretibial myxedema. *Am J Clin Dermatol*. 2005; 6(5), 295-309.
7. Sánchez NP, Hernández IM, Marrero Y, Sarriera-Lázaro CJ. Manifestaciones comunes en piel de enfermedades del sistema endocrino. In *Manual de Dermatología en Medicina* (pp. 124-136). 2019. Chapter, Puerto Rico.
8. Antonelli A, Navarranne A, Palla R, Alberti B, Saracino A, Mestre C, Baschieri L. Pretibial myxedema and high-dose intravenous immunoglobulin treatment. *Thyroid*. 1994; 4(4), 399-408.
9. Saraceno EF, Quaranta MA, Sanchez GF, Fadel AM. Acropaquia tiroidea. *Arch. Argent Dermatol*, 1990; 367-75.
10. Kapoor S. Diagnosis and Treatment of Acanthosis Nigricans. *SkinMed: 2010: Dermatology for the Clinician*, 8(3), 161-164.
11. Kota SK, Jammula S, Kota SK, et al. Necrobiosis lipoidica diabetorum: A case-based review of literature. *Indian J of Endocrinol and Metabol*. 2012 (07).
12. Sánchez NP, Rosa Nieves PM, Vega García G, Rodríguez Baisi K. Necrobiosis lipoidica diabetorum. Descripción y manejo. *Galenus: Revista Para Los Médicos De Puerto Rico*. 2021. 89(4): 28-30.
13. Korber A, Dissemond J. Necrobiosis lipoidica diabetorum. *Canadian Med Assoc J*. 2007;177(12):1498-1498.
14. Sibbald RG, Landol SJ, Toth D. Skin and Diabetes. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 1996;25;463-72.