



REVISTA ODONTOLOGÍA

Rehabilitación integral a paciente con síndrome de Kelly e Hipotiroidismo reporte de caso

Comprehensive rehabilitation of a patient with Kelly syndrome and hypothyroidism: case report

María José Dávila Iñiguez^{1-a} | Ximena Betancourt Guerrero^{1-b} | Esthelvia Carolina Guzmán^{1-c}
Flores

¹ iD | Facultad de Ciencias Médicas de la Salud y de la Vida, UIDE. Quito, Ecuador.

HISTORIAL DEL ARTÍCULO

Recepción: 04-04-2024
Aceptación: 30-05-2024
Publicación: 30-06-2024

PALABRAS CLAVE

hipotiroidismo,
síndrome de Kelly,
manifestaciones orales,
rehabilitación oral.

KEY WORDS

hypothyroidism,
Kelly syndrome, oral
manifestations, oral
rehabilitation.

ORCID

^a <https://orcid.org/0009-0008-9882-6789>
^b <https://orcid.org/0009-0004-6369-2267>
^c <https://orcid.org/0000-0002-3440-6266>

CORRESPONDENCIA AUTOR

JORGE FERNÁNDEZ S/N, QUITO 170411

E-MAIL: MAJODAVILA3199@GMAIL

RESUMEN

Introducción: La rehabilitación oral en adultos mayores con síndrome de Kelly y enfermedad tiroidea presenta desafíos multidimensionales para los odontólogos. Esto incluye aspectos clínicos, fisiológicos, estéticos, consideraciones personales y de edad. Tratar a pacientes con enfermedad tiroidea implica comprender las manifestaciones orales y sistémicas de la enfermedad; por otro lado, el síndrome de Kelly se caracteriza clínicamente observando un maxilar edéntulo total y dientes únicamente en la zona anterior de la mandíbula lo cual genera una carga adicional en estos afectando especialmente la región anterior del maxilar y provocando una posible atrofia ósea a lo largo del tiempo. **Objetivos:** Destacando la importancia de abordar el caso clínico de manera integral, recuperar función masticatoria, dimensión vertical, estética y autoestima de la paciente, al igual identificar las características clínicas del síndrome de Kelly y manifestaciones orales del hipotiroidismo. **Materiales y métodos:** Paciente femenino de 68 años acude a consulta de la clínica de especialidades odontológicas de la UIDE refiriendo molestia en el maxilar y desadaptación de su prótesis total superior, también desea tener dientes posteriores inferiores para poder comer mejor. **Conclusiones:** El síndrome de Kelly en la cavidad oral presenta cambios destructivos específicos. Sin embargo, con un buen manejo odontológico, a los seis meses de seguimiento, se logró recuperar salud oral en la paciente. Además, es importante reconocer las manifestaciones clínicas orales del hipotiroidismo.

ABSTRACT

Introduction: Oral rehabilitation in older adults with Kelly syndrome and thyroid disease presents multidimensional challenges for dentists. These include clinical, physiological, aesthetic, personal and age considerations. Treating patients with thyroid disease involves understanding the oral and systemic manifestations of the disease; on the other hand, Kelly syndrome is clinically characterized by a totally edentulous maxilla and teeth only in the anterior area of the mandible, which generates an additional load on these, especially affecting the anterior region of the maxilla and causing possible bone atrophy over time. **Objectives:** Highlighting the importance of addressing the clinical case in a comprehensive manner, recovering masticatory function, vertical dimension, aesthetics and self-esteem of the patient, as well as identifying the clinical characteristics of Kelly syndrome and oral manifestations of hypothyroidism. **Materials and methods:** A 68-year-old female patient attended the dental specialty clinic at UIDE, complaining of discomfort in the maxilla and maladjustment of her upper complete prosthesis. She also wanted to have lower posterior teeth in order to be able to eat better. **Conclusions:** Kelly's syndrome in the oral cavity presents specific destructive changes. However, with good dental management, after six months of follow-up, the patient was able to recover her oral health. In addition, it is important to recognize the oral clinical manifestations of hypothyroidism.

INTRODUCCIÓN

En 1972, Ellsworth Kelly observó por primera vez que había algunos cambios clínicos en pacientes portadores de una prótesis total en maxilar opuesta a los dientes anteriores mandibulares y PPR con extensión distal bilateral¹. Después de monitorear a estos pacientes durante 3 años, específicamente fueron 6 pacientes que participaron en su investigación, Kelly describió cinco cambios clínicos principales que ocurrieron en estos individuos:

1. Resorción ósea en la región anterior del maxilar.
2. Tuberosidades agrandadas.
3. Hiperplasia papilar en el paladar duro.
4. Aumento de la resorción ósea debajo de las bases de las prótesis parciales removibles
5. Extrusión de los dientes anteriores inferiores¹.

Este conjunto de cambios clínicos se le conoce en la literatura odontológica como un síndrome combinado, pero también como "síndrome de Kelly". Posteriormente Saunders et al., amplió la descripción del síndrome, añadiendo cuatro características adicionales como:

1. Cambios en el periodonto.
2. Pérdida de dimensión vertical.
3. Mala adaptación de las prótesis y discrepancia en el plano de oclusión
4. Posicionamiento mandibular anterior².

A pesar de lo anteriormente descrito para solucionar el edentulismo parcial y total el uso frecuente de dispositivos protésicos móviles, como la prótesis dental total y la prótesis parcial removible (PPR), sigue siendo común³. En ciertas situaciones clínicas su uso prolongado puede ocasionar alteraciones significativas en el contorno óseo y los tejidos blandos circundantes⁴, así como también alteraciones en la arquitectura oclusal, e inestabilidad oclusal, y cambios en la dimensión vertical, sobrecargando la región de los arcos maxilares, sin embargo; su funcionalidad permite devolver la salud oral al paciente^{4,5}.

La rehabilitación oral en pacientes con anomalías óseas por la pérdida dental es un desafío para los odontólogos. Los objetivos principales son recuperar la eficiencia masticatoria y mejorar la calidad de vida, especialmente en pacientes de edad avanzada con condiciones sistémicas como el hipotiroidismo y odontológicamente el síndrome de Kelly. Estos pacientes enfrentan problemas fisiológicos, estéticos y de adaptación a las prótesis^{6,7}. Además, es crucial considerar su salud oral y sistémica, incluyendo la higiene bucal y las complicaciones óseas⁸. Dentro de las condiciones sistémicas, los pacientes que presentan disfunción de la glándula tiroidea son un desafío terapéutico para el dentista⁹, ya que el profesional de la salud oral debe familiarizarse con las manifestaciones bucales de estos pacientes, identificar cualquier complicación y evaluar el nivel de la afección ante un tratamiento¹⁰.

Los pacientes con enfermedades tiroideas deben recibir una evaluación cuidadosa y cuidados que minimicen el estrés y las infecciones. Se recomienda una consulta previa con un médico de atención primaria o un endocrinólogo para evaluar síntomas de enfermedad tiroidea. En casos de procedimientos dentales de emergencia durante el tratamiento tiroideo, es esencial una revisión detallada con el endocrinólogo¹⁰.

Manifestaciones orales pacientes hipotiroides

En pacientes con hipotiroidismo, se observan hallazgos orales comunes cuadro 1 como la macroglosia característica, disgeusia, erupción tardía, problemas periodontales, alteraciones en la morfología dental y retraso en la cicatrización de heridas. Antes de iniciar el tratamiento dental en pacientes con historial de enfermedad tiroidea, es crucial obtener un diagnóstico preciso de la afección y su etiología, así como comprender las complicaciones médicas previas y la terapia recibida^{10,11}.

Tabla 1. Manifestaciones orales del hipotiroidismo.

Hipotiroidismo
Agrandamiento de las glándulas salivales
Salud periodontal comprometida (retraso en la resorción ósea)
Macroglosia
Glositis
Disgeusia
Retraso de la erupción dental
Hipoplasia del esmalte en ambas denticiones (siendo menos intenso en la dentición permanente)
Mordida abierta anterior
Micrognatia
Labios gruesos
Respiración por la boca

Chandna S, Bathla M. Oral manifestations of thyroid disorders and its management¹⁰

La Organización Mundial de la Salud (OMS), menciona que el hipotiroidismo es común en adultos mayores, es decir personas de 60 años o más¹². La disfunción tiroidea se vuelve frecuente con la edad, con una prevalencia cercana al 5%, y el hipotiroidismo subclínico afecta aproximadamente al 15% de los ancianos, siendo más notable en mujeres con una incidencia del 5% al 10% debido a la autoinmunidad¹³.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 68 años, acude a la consulta de la clínica de especialidades odontológicas de la UIDE con motivo de consulta "Quiero tener dientes para poder comer mejor". La anamnesis refiere tener antecedentes médicos de relevancia clínica como el hipotiroidismo desde hace 31 años. En el examen clínico intraoral se evidenció la ausencia de los órganos dentales: en inferior ausencia de los siguientes órganos dentales en el arco inferior: 44, 45, 46,47,48,34,35,36,37,38 y en el arco superior edentulismo total, mucosa irritada con tono rojizo, recesiones gingivales en todos los órganos dentales presentes en boca, movilidad dental grado III en los dientes 42 y 41, diente 43 gutapercha expuesta y caries *Figura 1.*



Figura 1. Fotografía intraoral frontal síndrome de Kelly.

Al examen radiográfico, se evidencia pérdida ósea horizontal que va hasta tercio medio y apical de los dientes presentes en boca y edentulismo superior. *Figura 2.*

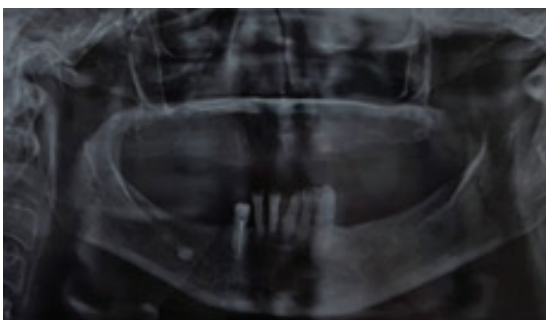


Figura 2. Radiografía panorámica.

Durante el diagnóstico periodontal, el paciente comenta que fue fumador activo durante 27 años, actualmente ya no consume cigarrillo. Al sondaje, se observaron profundidades que van de 4mm. a 6 mm. en los dientes afectados, finalmente como diagnóstico periodontal se logra inferir una "Periodontitis generalizada estadio IV, grado C". Adicional se presenta en los dientes 41y 42, grado de movilidad dental III, por lo cual se optó por extracción dental de estos dientes ya que no eran funcionales.

Endodónticamente el diente 43 presenta gutapercha expuesta, lo que provocó una contaminación cruzada, el tratamiento de elección para este elemento dental será el retratamiento.

Con todos los análisis anteriormente descritos se estableció el siguiente diagnóstico final:

- Paciente con síndrome de Kelly, se explicó a la paciente el plan de tratamiento y el paso a paso de cada uno en sus especialidades analizando las ventajas y desventajas, de igual forma se brindó otras opciones de tratamiento y una vez informado y aceptado por la paciente se firmó el consentimiento informado, por consiguiente; se realizará control periodontal, rehabilitación del diente 43, extracción diente 41 y 42, finalizando con prótesis total superior y prótesis removible de cromo cobalto en inferior.

Procedimiento

El tratamiento odontológico se realizó en tres fases:

1. Fase periodontal y endodóntica: se cumplió con el procedimiento de raspado y alisado radicular, se continuó con el procedimiento de endodoncia, retratamiento en el diente 43. *Figura 3.*

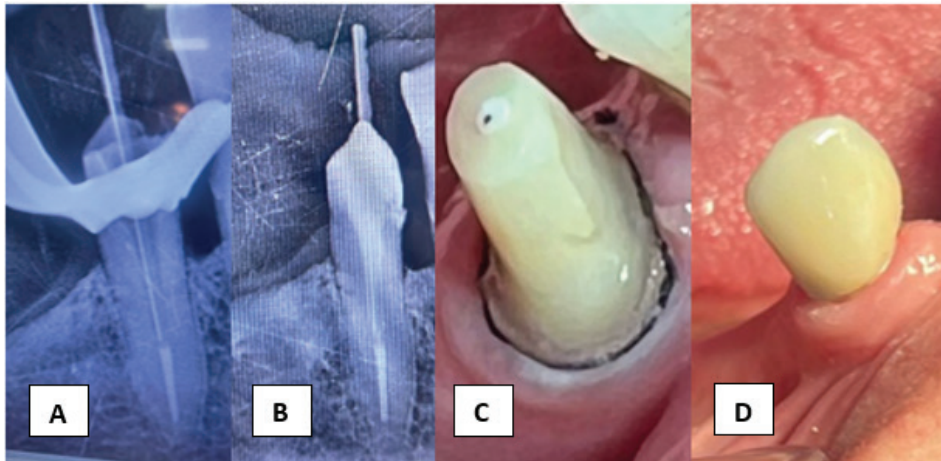


Figura 3. Rehabilitación corona metal porcelana diente 43. Desobturación gutapercha y prueba de perno de fibra de vidrio (A), cementación perno fibra de vidrio (B), tallado para corona (C) cementación corona metal porcelana (D).

2. Fase quirúrgica. - posterior a la extracción se colocó prótesis inmediata. **Figura 4.**



Figura 4. Prótesis inmediata. Extracción dientes 42 y 41 y colocación prótesis inmediata (A).

3. Fase de rehabilitación protésica. - se realizó la toma de impresión de diagnóstico para la prótesis total, a la cubeta individual; esta se hizo con técnica de ventana abierta, en donde se realizó una apertura total en la zona de mucosa móvil. Al detectar estas zonas, se colocó una capa de acrílico sobresaliendo de la cubeta individual sin ejercer presión, posterior se realiza el sellado periférico con material godiva exata (DFL INDUSTRIA E COMERCIO, Río de Janeiro-Brasil) realizando en conjunto movimientos musculares, para finalmente tomar las impresiones definitivas. **Figura 5.**

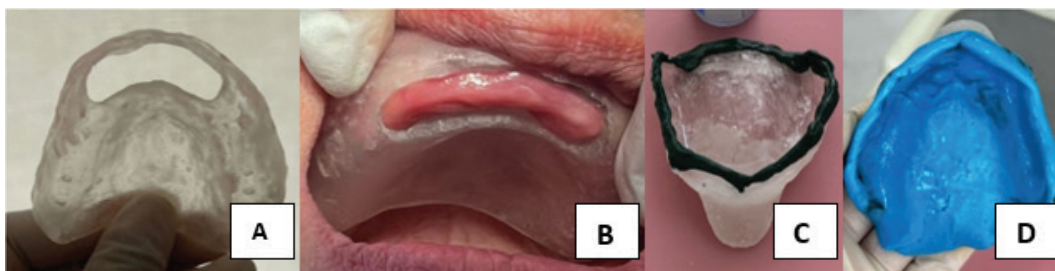


Figura 5. Impresión definitiva, técnica de ventana abierta. Cubeta individual con técnica de ventana abierta (A), prueba de cubeta individual en la zona con movilidad de la mucosa (B), sellado periférico (C), impresión definitiva con silicona regular (D).

Para la PPR se realizó la impresión de diagnóstico, se diseñó el modelo de la PPR clase 1 de Kennedy mod. 1; se paralelizó, se talló los puntos de apoyo en los pilares y se tomó la impresión definitiva. En el diseño se eligió como conector mayor la placa lingual, ya que recubre todas las superficies linguales de los dientes restantes, ofrece protección y un efec-

to de férula, también contribuye a la retención indirecta en situaciones que se requieran y son utilizados en casos de pacientes con enfermedad periodontal. Se seleccionó conector menor RPY y apoyo en mesial en dientes 43 y 33, indicado en prótesis de extremos libres como lo es en este caso; al llegar la base metálica se hizo la prueba de adaptación.

En cuanto a la dimensión vertical afecta la estética, el funcionamiento adecuado de la musculatura, así como la estabilidad y eficacia al masticar¹⁴. Para este caso se empleó la técnica de índice de Willis en donde permite medir la distancia entre el punto Gabela al Subasal y del subnasal al Gnation obteniendo una medida en los dos de 6.3 cm y; en cuanto a la relación céntrica se empleó la técnica de chin-point, en donde el paciente se encuentra semisentado y el operador se posiciona por delante, colocando el dedo pulgar en el mentón y el dedo índice por detrás, se realizan

varios movimientos de apertura y cierre sin llegar a oclusión, posterior se verificó en los rodetes línea de sonrisa, línea media y canina y subjetivamente prominencia y cierre labial, armonía.

Siguiendo con el procedimiento, se envió el montaje en articulador semiajustable bioart para el enfilado, posterior se realizó la prueba en boca del enfilado, una vez acrilizado, se verificó la adaptación en la mucosa, y puntos de contacto logrando así un contacto bilateral balanceado, se entregaron las prótesis y finalmente los controles protésicos. *Figura 6.*

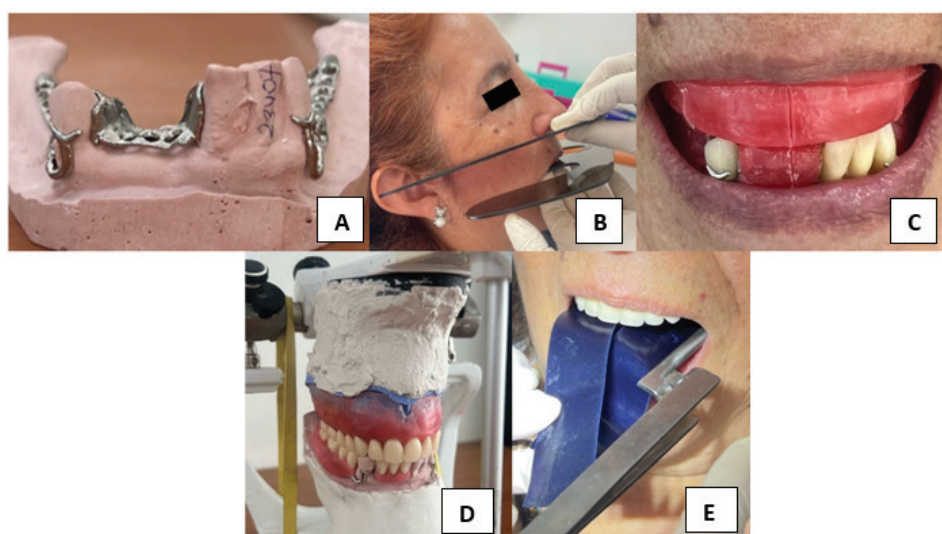


Figura 6. Rehabilitación protésica. Esqueleto metálico PPR inferior (A), plano de camper (B), prueba de rodetes superiores e inferiores, línea media, canina y sonrisa (C), montaje en articulador enfilado (D), contacto bilateral balanceado (E).

RESULTADO FINAL

Se recuperó aspectos fisiológicos y estéticos mencionados al inicio del proceso, paciente refiere posterior a la instalación de sus prótesis logro comer mejor, a nivel estético con la aceptación personal de su nueva sonrisa. *Figura 7* a nivel funcional del sistema estomatognático se rescató función masticatoria al obtener una adaptación protésica adecuada y una oclusión balanceada bilateral. *Figura 8.*



Figura 7. Antes y después del tratamiento. Fotografía inicial (A), fotografía final (B).



Figura 8. Fotografía intraoral después del tratamiento prótesis adaptadas.

Finalmente, a nivel bucal se mantuvo un seguimiento del tratamiento durante 6 meses en donde se controló la salud periodontal, observando una mejora en los hábitos de limpieza oral, por reducción de cálculo y placa bacteriana en sus dientes inferiores, correcta cicatrización de los tejidos en la zona de la extracción, y; en la especialidad de rehabilitación se logró recuperar dimensión vertical, correcta adaptación protésica en donde el paciente muestra los principios de masticación, fonética y deglución adecuada, cumpliéndose con cada paso. *Figura 9.*



Figura 9. Control y seguimiento del tratamiento a los seis meses. Adaptación protésica (A), fotografía lateral (B), fotografía intraoral seis meses después (C).

DISCUSIÓN

Es necesario mencionar para el análisis lo siguiente:

Las disfunciones de la glándula tiroides pueden desencadenar problemas dentales graves, como pérdida ósea, reabsorción de las raíces dentales y caída de los dientes asociada a enfermedades periodontales, lo que aumenta la susceptibilidad a otras infecciones bucales en estos pacientes¹⁵. Achanta y Khasbage (2022) identifican diversas alteraciones bucales comunes en pacientes con hipotiroidismo, que incluyen agrandamiento de la lengua, alteraciones en el gusto, debilitamiento de la salud periodontal, retraso en la erupción dental, síndrome de boca ardiente y sequedad bucal¹⁶.

De manera similar, Pedroso (2020) examinó la influencia de las hormonas tiroideas en la enfermedad periodontal (EP). En su revisión de la literatura, identificó hallazgos significativos como la pérdida de hueso alveolar y los bajos niveles de vitamina D en pacientes con trastornos tiroideos. La vitamina D desempeña un papel crucial en la respuesta inmunitaria al facilitar la liberación de células T y B y sus citocinas. La combinación de niveles bajos de vitamina D y hormonas tiroi-

deas aumenta considerablemente el riesgo de desarrollar enfermedad periodontal en estos pacientes¹⁷.

En tal virtud, considerando los tres aspectos analizados anteriormente, se demuestra que en el presente caso clínico, se identificó en la paciente manifestaciones orales clínicas, entre las principales las siguientes; enfermedad periodontal, pérdida de dientes, sequedad bucal y pérdida ósea; por esta razón Aoun (2021) destacó en su estudio la importancia de que los odontólogos, deben estar familiarizados con las manifestaciones orales para poder identificar posibles alteraciones o complicaciones. Además, subrayó la necesidad de posponer cualquier tratamiento dental hasta que se haya realizado una evaluación médica exhaustiva, además de resaltar la importancia de que los odontólogos estén preparados para tomar medidas de emergencia en caso de ser necesario¹⁸.

Adicionalmente, no podemos dejar de lado y destacar al factor de la edad como un elemento asociado al desarrollo del Síndrome de Kelly; los adultos mayores de 60 años tienen un riesgo 1.8 veces mayor¹⁹ desarrollar esta condición en comparación con otros grupos de edad. De hecho, la mayoría de los

adultos mayores muestran una alta prevalencia de pérdida dental. Aunque el Síndrome de Kelly sigue siendo objeto de análisis, puede manifestarse en diversas condiciones clínicas como se había mencionado anteriormente y que son; edentulismo total superior, dientes anteriores en mandíbula, pérdida ósea, pérdida de la dimensión vertical, sin embargo; actualmente no existe evidencia epidemiológica clara que determine en qué condiciones, en qué combinación o en qué relación específica están asociadas con este síndrome¹⁹. En el presente caso clínico se han encontrado varias características clínicas orales principales como; paciente edéntula total superior, extrusión de los dientes anteriores inferiores, pérdida de la dimensión vertical, posicionamiento mandibular anterior, cambios del periodonto, lo cual evidencia un claro diagnóstico de síndrome de Kelly en la paciente.

CONCLUSIÓN

Presentado el caso clínico de la paciente de 68 años, con un diagnóstico médico de hipotiroidismo y odontológicamente con diagnóstico inicial de síndrome de Kelly, podemos establecer las siguientes conclusiones finales de estudio, en la paciente se evidenció que el hipotiroidismo puede manifestarse en la cavidad oral y considerando el ámbito clínico, los pacientes que presentan disfunción tiroidea

pueden ser tratados normalmente, siempre que estén controlados, también diferentes características clínicas bucales directamente relacionadas al síndrome de Kelly por la pérdida dental, recuperando en su totalidad los principios funcionales como también salud oral y autoestima en la paciente.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Todos los autores hicieron una contribución significativa al trabajo reportado, ya sea en la concepción, diseño del caso clínico, ejecución, adquisición de datos, análisis e interpretación, o en todas estas áreas; participación en la redacción, revisión o revisión crítica del artículo; Igualmente, dieron su aprobación final a la versión a publicar; y haber acordado la revista a la que se ha enviado el artículo; y acepta ser responsable de todos los aspectos del trabajo.

Aspectos éticos

El presente estudio se publicó bajo el consentimiento y autorización informada libre y voluntaria de los pacientes, respetando en todo momento la confidencialidad de sus datos personales.

REFERENCIAS

1. Kelly E. Changes caused by a mandibular removable partial denture opposing a maxillary complete denture. *J Prosthet Dent* [Internet]. 1972;27(2):140–50. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/0022-3913\(72\)90190-4](http://dx.doi.org/10.1016/0022-3913(72)90190-4)
2. Saunders TR, Gillis RE Jr, Desjardins RP. The maxillary complete denture opposing the mandibular bilateral distal-extension partial denture: Treatment considerations. *J Prosthet Dent* [Internet]. 1979;41(2):124–8. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/0022-3913\(79\)90292-0](http://dx.doi.org/10.1016/0022-3913(79)90292-0)
3. Cakan U, Yuzbasioglu E, Kurt H, Kara HB, Turunç R, Akbulut A, et al. Assessment of hygiene habits and attitudes among removable partial denture wearers in a university hospital. *Niger J Clin Pract* [Internet]. 2015;18(4):511. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4103/1119-3077.154224>
4. Salvador MCG, Valle AL do, Ribeiro MCM, Pereira JR. Assessment of the prevalence index on signs of combination syndrome in patients treated at Bauru School of Dentistry, University of Sao Paulo. *J Appl Oral Sci* [Internet]. 2007;15(1):9–13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/s1678-77572007000100003>
5. Preston KP. The bilateral distal extension removable partial denture: mechanical problems and solutions. *Eur J Prosthodont Restor Dent* [Internet]. 2007 [citado el 12 de marzo de 2024];15(3). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17970318/>
6. Penitente P, Freitas da Silva E, do Vale Souza J, de Freitas Jorge C, Bueno Carlini Bittencourt A, dos Santos D, et al. Combination syndrome: a literature review of general aspects and treatments. *Czas Stomatol* [Internet]. 2022;75(1):55–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5114/jos.2022.114503>
7. Ibis Piña Odio, Lizandra Sánchez Garrido, Odalys Téllez Veranes. Adaptación al tratamiento protésico, actualidades y desafíos en la odontología. *Sociedad Cubana de Ciencias Estomatológicas*, 2023;1-12. Disponible en: <https://odontosantiago.sld.cu/index.php/odontosantiago/2023/paper/viewFile/281/188>
8. Tabares Toro Luisa Fernanda, Espinal Cuadros Melisa Elena. Rehabilitación oral en adultos mayores estudio de caso clínico. Trabajo de grado, Corporación Universitaria Minuto de dios. Repositorio institucional UNIMINUTO. 2015; 1-39. Disponible en: <https://repository.uniminuto.edu/handle/10656/15550>

9. Chaudhary S, Goswami M, Manuja N. Dental management of hypothyroidism patient – risks and safety measures. *J Pierre Fauchard Acad* [Internet]. 2010;24(3):95–8. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0970-2199\(10\)43002-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0970-2199(10)43002-7)
10. Chandna S, Bathla M. Oral manifestations of thyroid disorders and its management. *Indian J Endocrinol Metab* [Internet]. 2011;15(6):113. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4103/2230-8210.83343>
11. Al-Yasiry A, Al-Jammali ZM. Oral manifestation for patients with thyroid dysfunction and it's management in dental clinic -A review. *Int J Drug Res Dental Sci* [Internet]. 2020; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.36437/ijdrd.2020.2.1.n>
12. Cooper DS, Biondi B. Subclinical thyroid disease. *Lancet* [Internet]. 2012;379(9821):1142–54. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60276-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60276-6)
13. Carlos García B. Enfermedades endocrinas en el adulto mayor. *Rev médica Clín Las Condes* [Internet]. 2013;24(5):866–73. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0716-8640\(13\)70234-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0716-8640(13)70234-7)
14. Aranci M. Técnicas de determinación de la dimensión vertical en base a registros craneomandibulares en pacientes desdentados totales. revisión de la literatura [Internet]. *Uft.cl*. [citado el 19 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.ufc.br/server/api/core/bitstreams/e15da533-cc72-4472-boec-68bcb7d2972c/content>
15. Kshirsagar M, Dodamani A, Karibasappa G, Vishwakarma P, Vathar J, Sonawane K. Assessment of oral health status and treatment needs among individuals with thyroid dysfunction in Nashik city (Maharashtra): A cross-sectional study. *Contemp Clin Dent* [Internet]. 2018;9(4):619. Disponible en: http://dx.doi.org/10.4103/ccd.ccd_574_18
16. Achanta A, Khasbage SD. Oral manifestations of thyroid disorders [Internet]. *Jrmds.in*. [citado el 12 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.jrmds.in/articles/oral-manifestations-of-thyroid-disorders.pdf>
17. Pedroso, Inês Sofia Prata. Influência da tiroidite de Hashimoto na doença periodontal. *Dissertação (Mestrado Integrativo em Medicina Dentária) – Instituto Universitário Egas Moniz, 2020;1-69* Disponible en: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/35531>
18. Aoun G. Thyroid dysfunction: Risk and management in dentistry. *Curr Res Dent* [Internet]. 2021;12(1):1–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3844/crdsp.2021.1.6>
19. García Orellana BA, León Vintimilla M de L, Cornejo Córdova MA, Chamba Montaña VC. Prevalencia del Síndrome de Combinación y sus factores asociados en la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca, periodo 2015-2016. *Rev Médica Hosp José Carrasco Arteaga* [Internet]. 2020;12(1):25–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14410/2020.12.1.a0.04>

COMO CITAR

Davila Iñiguez MJ, Betancourt Guerrero X, Guzmán Flores EC. Rehabilitación integral a paciente con síndrome de Kelly e Hipotiroidismo reporte de caso. *ODONTOLOGÍA*. 30 de junio de 2024; 26(2): 98-105. Disponible en: <https://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/odontologia/article/view/6653>