

LOS GRÁNULOS DE FORDYCE - REPORTE DE UN CASO

Recibido para arbitraje: 21/04/2005

Aceptado para publicación: 01/08/2005

- Leira Lárez, Odontólogo egresada de La **Faculta de Odontología U.C.V.**
Dirección Electrónica: leirale@cantv.net

RESUMEN

Se expone el caso clínico de un paciente de 67 años de edad el cual presenta múltiples lesiones papulares, redondeadas, de color amarillento, ubicadas en la mucosa de ambos carrillos (a la altura de los molares superiores y en cercanía con el conducto excretor Stenon de la glándula parótida) y en el fondo de ambos vestíbulos de la mandíbula. A estas lesiones se les dio el diagnóstico definitivo de: Gránulos de Fordyce. De igual manera, en este estudio y basándose en la bibliografía, se señalan en detalle las características clínicas e histológicas más relevantes de estas lesiones, a objeto de orientar al odontólogo en el diagnóstico de las mismas para evitar que las confunda con verdaderas patologías.

Palabras Clave: Gránulos de Fordyce, mucosa bucal, glándulas sebáceas ectópicas, coristomas.

SUMMARY

The clinical case of a 67 year old patient is presented. He suffers from multiple papule injuries, rounded, of yellowish color, located in the mucous of both cheeks (at the height of the superior molars and close to the Stenon excretory way of the parotid gland) and at heart of both lobbies of the jaw. These injuries were diagnosed as Fordyce Grains. Likewise, in this study and based on the literature, the clinical and histological details of these injuries are described in detail, in order to guide dentists in their diagnosis and so they do not confuse them with real pathologies.

Key words: Fordyce Grains, buccal mucous, ectopic sebaceous glands, choristoma.

INTRODUCCIÓN

Los Gránulos de Fordyce (GF), no son considerados un padecimiento de la cavidad bucal o de otras regiones, simplemente se manifiestan como una anomalía del desarrollo, donde se presentan en forma única o múltiples, glándulas sebáceas ectópicas o coristomas sebáceos (tejido normal en localización anormal), que carecen de folículo piloso y se distribuyen dispersamente sobre mucosas de diferentes sitios (1); en el caso en estudio, se encontraban sobre la mucosa bucal. Aparecen en forma bilateral y simétrica. La mucosa que los cubre y rodea es de característica normal. Los GF son lesiones de carácter benigno, porque no poseen significado patológico. Sin embargo, muy rara vez puede desarrollarse un adenoma glandular sebáceo benigno de estas estructuras intrabucales (2). Existen diversas formas de denominar estas lesiones, empleando sinonimias como: Manchas (3), Puntos (4,5), Gránulos (1,6,7) ó Granilos (1) de Fordyce, *Seboglandulia buccalis* (8) y Enfermedad de Fordyce (9).

Grispan (4), comenta que fue Fordyce (1896), quien dio la primera descripción clínica de estas lesiones, aseverando que su etiología se debía a una modificación en las células epiteliales que sufrían transformación de sus protoplasmas en una sustancia vecina a la queratohialina. Sin embargo, investigaciones posteriores realizadas por Montgomery y Hay en 1899 y más tarde por Cahan en 1938, citadas también por Grispan (4), lograron discernir que estos gránulos eran el resultado de la presencia de glándulas sebáceas en la mucosa bucal y en la de otros órganos. Finalmente, en 1905 White publicó un resumen de los trabajos antes mencionados, incluyendo uno realizado por Audry y su discípulo Rozieres (1901), donde estableció contundentemente la relación entre los GF y las glándulas sebáceas (4).

No obstante, resulta difícil obtener información adicional a esta, porque hay muy poca literatura de apoyo vinculada con el tema. Sin embargo, a pesar de la limitante, se considera conveniente difundir estudios y/o artículos como este, para evitar que por desconocimiento de información el odontólogo, realice diagnósticos errados de estas lesiones, trayendo como potencial consecuencia el temor en el paciente, cuando no es orientado correctamente.

ETIOLOGÍA

Los GF son glándulas sebáceas ectópicas que se presentan diseminadas en la mucosa de la boca y en las mucosas de otras partes del cuerpo humano.

Analizando el área que nos compete, se puede explicar el origen de estas lesiones, cuando se sugiere que aparecen como consecuencia de la presencia del ectodermo en la cavidad bucal, teniendo algunas de las potencialidades de la piel en el curso

del desarrollo de los procesos maxilares y mandibulares durante la vida embrionaria (10). Igualmente, Regezi (1) apoya la teoría de que estos gránulos se originan en las etapas del desarrollo.

Los GF, aparecen después de la pubertad debido al aumento vertiginoso de andrógenos y progesterona (desarrollo endocrino), que hace que estas lesiones aumenten en número, evidenciándolas con mayor facilidad (4). Por esta relación existente entre la etiología de estos gránulos y el desarrollo endocrino, es que podemos entender su involución en la menopausia femenina (8).

EPIDEMIOLOGÍA

- El 70 a 80 % de la población adulta y los adolescentes los presentan
- Predominan en el sexo masculino (11)
- Son considerados cambios propios del envejecimiento a nivel de la mucosa bucal, junto a otras lesiones como: las várices sublinguales y el aumento de la pigmentación melánica racial (12)
- El ser humano es el único reservorio
- No tiene predilección por raza (11)

ASPECTOS CLÍNICOS

Los GF suelen ser bien delimitados, se presentan como múltiples lesiones papulares de color amarillo o blanco-amarillento; su diámetro es del tamaño de la cabeza de un alfiler, aproximadamente 1 a 2 mm (10,13). Su ubicación más frecuente es a nivel de la mucosa de los carrillos, el bermellón de los labios y la región retromolar lateral al pilar facial anterior (9,13); y con menos frecuencia, pueden aparecer en la lengua, encías, frenillos y paladar. No obstante, también se sabe, pueden aflorar en otras partes de la economía corporal, como: el esófago, la laringe, los genitales femeninos, y masculinos, las palmas de las manos y las plantas de los pies. Son asintomáticos y de carácter benigno (10). Se observan mejor estirando la mucosa que los cubre (13).

ASPECTOS HISTOLÓGICOS

Vistos a través de un microscopio, los GF, presentan las mismas características de una glándula sebácea normal, solo que no están asociados a folículos pilosos (13). Por lo general, estas glándulas se ubican superficialmente y se componen de muchos o pocos lóbulos (uno a cinco), agrupados en vecindad a los ductos, que se abren en la superficie de la mucosa (6). Los ductos excretores contienen desperdicios sebáceos y queratinosos (1). Las células secretoras que poseen están formadas por un citoplasma amplio y claro con un núcleo centralizado (Lámina 1). De igual forma, se aprecia que no hay evidencia de epitelio y se distingue la salida del ducto de la glándula, que sirve como vía de secreción del contenido sebáceo al exterior. (Lámina 2) (14).



Lámina 1
GF (HE, 100 X)

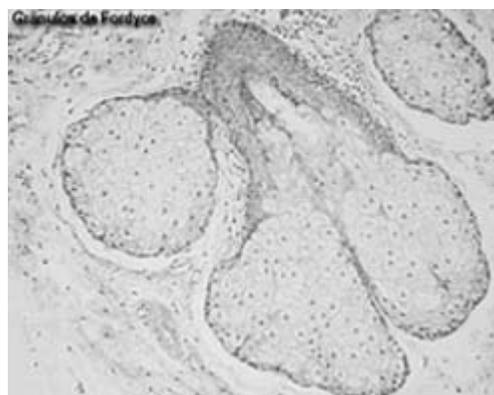


Lámina 2
GF (HE, 200X)

Fuente Electrónica: <http://www.fo.usp.br/estomato/patobucal/gradfordycehh.htm#lam1>

DIAGNÓSTICO

La identificación de Los GF se descubre en la mayoría de los casos "casualmente" como un hallazgo clínico por parte del odontólogo al momento de la exploración de la cavidad bucal del paciente o por parte del mismo paciente, que acude a consulta temiendo que sea un cáncer u otra enfermedad (15).

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

- Manchas de Koplick
- Pequeños Lipomas de localizaciones múltiples (Lipoblastomatosis)
- Pequeñas colonias del hongo: *Candida albicans* (7).

PRONÓSTICO

"Bueno", por tratarse de una lesión no patológica de la cavidad bucal que perdura invariable en el tiempo y no acarrea consecuencias negativas y/o malignas para la persona que los presenta; además tampoco manifiesta síntomas, lo cual contribuye a que dichos gránulos permanezcan casi imperceptibles (5).

TRATAMIENTO

Los GF, no tienen un tratamiento indicado como tal. Usualmente la apariencia clínica de estos gránulos es característica, lo que contribuye a determinar un diagnóstico rápido de las lesiones; por ende no resulta necesario realizar una biopsia (16). No obstante, las lesiones aisladas que por otras razones deban ser eliminadas, se tratarán a través de la congelación con bióxido de carbono, la fulguración o el cauterio (17).

REPORTE DEL CASO

Se trata de un paciente masculino de 67 años de edad, de raza mestiza, natural de Margarita, Edo. Nueva Esparta, Venezuela, de ocupación: Docente universitario (jubilado), quien acude el día 12/06/04 a consulta privada, para realizarse un chequeo odontológico.

Al momento de realizar el examen clínico de la cavidad bucal, se evidenciaron unas lesiones redondeadas, papulares, de color amarillento, ubicadas en la mucosa de ambos carrillos, a la altura de los molares superiores y en cercanía con el conducto excretor de la glándula parótida: Stenon (Fig. 1 y Fig. 2). También se detalló la existencia de las mismas lesiones en el fondo de los vestíbulos de la mandíbula (Fig. 3 y Fig. 4).



Fig. 1
GF en mucosa del carrillo derecho
(12/06/04)



Fig. 2.
GF en mucosa del fondo del vestíbulo derecho
(12/06/04)



Fig. 3
GF en mucosa del carrillo izquierdo
(12/06/04)



Fig. 4
GF en mucosa del fondo del vestíbulo izquierdo
(12/06/04)

A la anamnesis el paciente refiere presentar dichas lesiones desde aproximadamente más de treinta años. Se le interrogó acerca de si exteriorizaba lesiones similares en otras regiones (manos, pies, genitales, entre otros), con lo que respondió: "son

exclusivas de mi boca". No refirió sintomatología alguna y no se encontraron antecedentes personales y familiares contributorios; tampoco practica hábitos tabáquicos ni de otro tipo.

El diagnóstico definitivo fue de GF y se basó en el aspecto clínico y situación características de las lesiones. No se le realizaron exámenes complementarios, por ser una entidad de fácil diagnóstico.

Al paciente en estudio, no se le indicó tratamiento alguno, por tratarse de lesiones inocuas y sin significación patológica. Sin embargo se le sugirió estar atento frente a cualquier cambio o condición de anormalidad que ocurra en el tiempo.

DISCUSIÓN

Los GF no poseen mayor significación patológica, ya que se trata de glándulas sebáceas ectópicas sin importancia (1). La literatura no ha relatado casos de transformación cancerosa; sin embargo, existe la teoría de que algunos carcinomas sebáceos observados ocasionalmente en la mucosa bucal, podrían tener origen en los GF (4).

Según Grispan (4), los sitios intrabucales donde se aprecian con mayor frecuencia estas lesiones son en el labio superior y en la mucosa yugal, este último coincide con la ubicación de los GF del paciente en estudio. Los sitios de menor frecuencia en cuanto a la localización son: el labio inferior, las encías, los rebordes alveolares y la lengua. Burket (17), reporta que la situación anatómica de los GF a nivel de la boca solía distribuirse de la siguiente manera: 71% en la mucosa de las mejillas (coincidiendo con el caso aquí presentado), 53% en la región retromolar y en los labios, donde describe una distribución notablemente simétrica en cuanto a tamaño y a número de glándulas. Destacando finalmente que en los carrillos, las glándulas suelen formar pequeños acúmulos cerca de la abertura del conducto de Stenon, hecho que también coincide con el presente estudio clínico.

Respecto a la ubicación extrabucal, se mencionan sitios como: los genitales femeninos (labios mayores, himen, cerviz uterino y clítoris), los genitales masculinos (zona del glande y el prepucio). También se han reportado casos en la mucosa de los ojos (ángulo interno), parótidas, palmas y plantas de manos y pies, laringe y estómago (4). En el caso particular estudiado, no se evidenciaron otras lesiones de este tipo extrabucalmente.

En cuanto a la ubicación intrabucal, los GF se desarrollan de manera simétrica; los hombres muestran mayor número de lesiones (1); lo cual coincidió con el reporte del caso.

Otro aspecto de interés fue la concordancia de lo citado en la literatura por Burket (17) y lo expresado por el paciente en estudio, cuando se refirió al tiempo de aparición de estas lesiones. Dicho autor comenta que el trastorno es raro de la infancia y lo fundamenta con los estudios realizados por Halperin y col. (1953), quienes encontraron estas lesiones en el 83 a 88% de los adultos examinados.

CONCLUSIONES

Es de vital importancia orientar al odontólogo en la realización de historias y exploraciones clínicas más detalladas y extensas, a manera de agudizar la destreza visual con la finalidad de no pasar desapercibidas lesiones como estas, que aunque no redundan en una patología como tal, pueden alarmar al paciente que las presenta, por considerar las mismas como enfermedades graves o lesiones malignas.

REFERENCIAS

1. Regezi, J A, Sciuba J J. Patología Bucal. 3era ed. McGraw-Hill Interamericana. Mexico, 2000. p. 118-119.
2. Miller A S, McCrea M W. Sebaceous gland adenoma of the buccal mucous. J. Oral Surg. 1968; 26:593.
3. Conde F, Chiossone E. Otorrinolaringología. 1era ed. Científico-médica. Barcelona-España, 1972. p. 541-542.
4. Grispan D. Enfermedades de la Boca: semiología, patología, clínica y terapéutica de la mucosa bucal. 1era ed. Mundi S.A.C.I.F. Buenos Aires-Argentina, 1970. p. 1785-1789.
5. Portal: Hospital Virtual. Departamento de Odontología. Obtenible en: Consulta: 30 de Julio de 2004.

6. Sapp J P, Eversole L R, Wysocki G P. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. 3era ed. Elsevier España S.A. Madrid-España, 1998. p. 23.
7. Jiménez C. Condiciones No Patológicas de La Cavity bucal. Obtenible en: <http://www.actaodontologica.com/39_3_2001/198.asp> Consulta: 30 de Julio de 2004.
8. Günter W. Manual de Dermatología. 1era ed. Científico-médica. Barcelona-España, 1986. p. 407.
9. Pindborg J J. Atlas de Enfermedades de la Mucosa Oral. 3era ed. Salvat editores, S.A. Barcelona-España, 1981. p. 246.
10. Shafer W G, Hine M K, Levy B M. Tratado de Patología Bucal. 4ta ed. Interamericana. México, 1988. p. 22.
11. Valeron P. Lesiones Blancas de La Mucosa Oral. Obtenible en: Consulta: 30 de julio de 2004.
12. Camacho M E, Mosqueda A. Estomatología Geriátrica. Obtenible en: <http://www.drscope.com/pac/mg-2/7/mg2t7_p46.htm> Consulta: 30 de Julio de 2004.
13. Gorlin R J, Goldman H M. Thoma Patología Oral 1era ed. Salvat Editores S.A. Barcelona-España, 1973. p. 26-28.
14. Corrêa L. Distúrbios de Desenvolvimento - Gránulos de Fordyce. Obtenible en: <<http://www.fo.usp.br/estomato/patobucal/gradfordycehh.htm#lam1>> Consulta: 30 de Julio de 2004.
15. Lewis G M, Vilanova X, Mascaro J M. Dermatología Clínica. 2da ed. Salvat Editores S.A. Barcelona-España, 1961. p. 251.
16. Foros: Dental World. Obtenible en: <<http://www.dentalw.com/dw/foros/posts/9437.html>> Consulta: 30 de Julio de 2004.
17. Burket L W. Medicina Bucal: diagnóstico y tratamiento. 6ta ed. Interamericana. México, 1973. p. 110-111.