



Caso clínico. Revista OACTIVA. Vol. 11, No. 1, Año 2026, pp. 35-42.
p-ISSN 2477-8915 / e-ISSN 2588-0624. Unidad Académica de Salud y Bienestar. Universidad Católica de Cuenca

Granuloma periférico de células gigantes en paciente pediátrico: Reporte de caso con acompañamiento sin presencia de recidiva

Peripheral Giant Cell Granuloma in a pediatric patient:
Case report with follow-up without recurrence

Recibido: 25 de septiembre 2025 | Aceptado: 06 de marzo 2026 | Publicado: 26 de marzo 2026

Lozada-Fuentes Karelys Maribel

Universidad Autónoma de Guadalajara, Facultad de Odontología, C.P. 45129, Jalisco, México

De La Mora-Cabrera Diana Julia

Universidad Autónoma de Guadalajara, Facultad de Odontología, C.P. 45129, Jalisco, México

López-Ortega Carlos Fernando

Universidad Autónoma de Guadalajara, Facultad de Odontología, C.P. 45129, Jalisco, México

Guardado-Luevanos Israel

Universidad Autónoma de Guadalajara, Facultad de Odontología, C.P. 45129, Jalisco, México

Gutiérrez-Córtés Evangelina

Universidad Autónoma de Guadalajara, Facultad de Odontología, C.P. 45129, Jalisco, México

Valdivia Andrea Dolores Correia Miranda

Universidad Autónoma de Guadalajara, Facultad de Odontología, C.P. 45129, Jalisco, México

DOI: <https://doi.org/10.31984/oactiva.v11i1.1199>

RESUMEN

El granuloma periférico de células gigantes (GPCG) constituye un proceso proliferativo de carácter benigno, con predilección en el sexo femenino representando en la población infantil el 9% de los casos. Este artículo tiene como objetivo presentar el caso clínico de un paciente pediátrico con características clínicas, radiográficas e histopatológicas tratado con escisión quirúrgica y curetaje exhaustivo, sin signos de recidiva. Se documenta el caso de un paciente masculino de seis años con nódulo bilobulado en el sector anterior del maxilar. Las imágenes radiográficas no muestran afectaciones óseas. Se realizó biopsia excisional con estudio histopatológico que confirmó diagnóstico de GPCG. En el seguimiento de un año no se observa recidiva.

El presente caso clínico, resalta la importancia del correcto tratamiento y diagnóstico diferencial para evitar recidivas en pacientes pediátricos con un abordaje multidisciplinar.

Palabras Clave: Granuloma, Células gigantes, Odontología pediátrica

ABSTRACT

Peripheral giant cell granuloma (PGCG) is a benign proliferative process that predominantly affects women, accounting for 9% of cases in the pediatric population. This article presents the clinical case of a pediatric patient with clinical, radiographic, and histopathological characteristics who was treated with surgical excision and thorough curettage, with no signs of recurrence. We document the case of a six-year-old male pediatric patient with a bilobulated nodule in the anterior maxilla. Radiographic images show no bone involvement. An excisional biopsy with histopathological study was performed, confirming the diagnosis of GPCG. No recurrence was observed during the patient's follow-up. This clinical case highlights the importance of correct treatment and differential diagnosis to prevent recurrence in pediatric patients with a multidisciplinary approach.

Key Words: Granuloma, Giant Cells, Pediatric Dentistry

Introducción

Las hiperplasias reactivas gingivales se definen como proliferaciones localizadas en distintas áreas de la mucosa ante estímulos locales o sistémicos como factores irritantes, inflamatorios o relacionados con acumulación de placa dentobacteriana.^{1,2} Clínicamente son muy similares, manifestándose como un aumento de volumen en la cavidad oral, estas pueden ser ulceradas o mantener la integridad de la mucosa y generalmente son asintomáticas siendo su signo principal la inflamación y el sangrado.¹ Entre estas lesiones destaca GPCG, por su origen y comportamiento clínico característico.

El GPCG es una lesión benigna y de carácter reactivo, suele ubicarse en el hueso alveolar y a nivel gingival, especialmente en la región anterior de la mandíbula.¹ Se manifiesta en pacientes de todos los grupos etarios, desde los dos años hasta los ochenta años², aunque puede presentarse en ambos sexos, tiene mayor prevalencia en mujeres entre los cuarenta y sesenta años.³ Estas lesiones representan menos del 10% de las patologías reactivas y en pacientes pediátricos, es poco común, representando aproximadamente el 20-33% de los casos^{3,4}, es más vulnerable durante el recambio de dentición sobre todo en incisivos y molares.^{3,5} Clínicamente, el GPCG se manifiesta como un nódulo lobulado, exofítico y bien definido, de base sésil o pediculada. Su tamaño es variable³ y limitado.⁶ La coloración oscila entre rosado y púrpura azulado.¹ La superficie típicamente

es lobulada, ulcerada y muestra mayor facilidad al sangrado. Es de consistencia firme, indolora y pueden ocasionar reabsorción ósea leve siendo una lesión asintomática.⁶ La etiología de esta patología es desconocida,⁷ sin embargo, surge del tejido conectivo proveniente del ligamento periodontal o periostio, como consecuencia de irritaciones mecánicas locales, infecciones o traumatismos, como extracciones e incluso desequilibrio hormonal⁸ relacionado con el hiperparatiroidismo.⁹ El principal factor de riesgo es la deficiente higiene oral y el acúmulo de alimentos que permite la formación de placa dentobacteriana en el área afectada.⁵ Sin embargo, el diagnóstico debe ser confirmado por el examen histopatológico.

La histopatología de esta lesión incluye las células gigantes multinucleadas tipo osteoclasto¹, en combinación con células mesenquimales fusiformes y ovals, así como células inflamatorias.^{3,10} Por lo que, el diagnóstico diferencial histológico, incluye otras patologías asociadas a la presencia de células gigantes multinucleadas, entre ellas, el tumor pardo relacionado con el hiperparatiroidismo⁹ o querubismo que es más frecuente en paciente pediátricos. Clínicamente, el granuloma piógeno y fibroma osificante periférico debido a su localización y aspecto clínico.^{2,3} El diagnóstico temprano es de mucha ayuda para evitar problemas dentales y óseos, como desplazamientos dentales o reabsorciones óseas.^{2,11} El tratamiento adecuado de esta patología es la escisión completa de la lesión, además de eliminar

el factor causal^{3,10}, posteriormente la rehabilitación de la zona afectada, en caso de ser necesario.

El objetivo de este reporte de caso es presentar las características clínicas, radiográficas e histopatológicas de un GPCG en un paciente pediátrico de seis años, tratado con escisión quirúrgica y curetaje exhaustivo, sin signos de recurrencia.

Reporte del caso

paciente masculino de seis años acudió por primera vez al Departamento de Odontopediatría de la Universidad Autónoma de Guadalajara, se realizó la historia clínica, donde sus padres no reportan antecedentes sistémicos ni comorbilidades, no refieren antecedentes familiares de importancia. En el contexto psicosocial los padres refieren limitaciones en

el acompañamiento odontológico, relacionado con el ámbito laboral y un nivel socioeconómico bajo. Asimismo, mantiene una dieta alta en azúcares y carbohidratos correlacionándolo con la presencia de lesiones cariosas. El motivo de consulta fue: "Mi hijo tiene una bola muy grande". Después de firmado el consentimiento informado se procedió al examen intraoral donde se observó un nódulo bilobulado con superficie lisa, base sésil, asintomático, eritematoso, que abarca encía vestibular desde el órgano dental (O.D) 5.3 a 5.5 y zona oclusal de O.D 5.4 ausente, midiendo aproximadamente 15x10 mm (Figura 1), con evolución rápida de tres meses, posterior a una extracción dental, además de la presencia de múltiples lesiones cariosas. La Tabla 1 resume de forma cronológica la evolución clínica y el tratamiento odontológico que se llevó a cabo en el paciente.

Tabla 1: Cronología de eventos importantes del caso

Tiempo	Evento
3 meses previos	Presencia de nódulo asintomático de rápida evolución
Día 0	Examen clínico y radiográfico de la lesión
Día 7	Remisión al área de Periodoncia para extirpación, curetaje y toma de muestra para biopsia.
Día 14	Informe histopatológico confirma GPCG
Día 17	Revisión post- quirúrgica con proceso de cicatrización adecuado
1 mes	Rehabilitación preventiva de pieza ausente con mantenedor de espacio
1 año	Seguimiento exitoso sin presencia de recidiva.

Al análisis radiográfico, no presenta afectación ósea, siendo una lesión exclusiva de tejidos blandos (Figura 1- C) El paciente fue remitido al Departamento de Periodoncia e Implantología para realizar la extirpación quirúrgica de la lesión, la cual fue enviada posteriormente al área de histopatología para la evaluación y confirmación del diagnóstica definitivo, considerando como diagnóstico presuntivo un

hemangioma lobular capilar. Bajo anestesia local, con técnica troncular al nervio alveolar posterior y medio, así como al nervio palatino mayor, se realizó la extirpación excisional de la lesión, utilizando una hoja de bisturí 15C. Posteriormente se llevó a cabo un curetaje minucioso del área comprometida para minimizar el riesgo de recurrencia de la patología (Figura 2A).

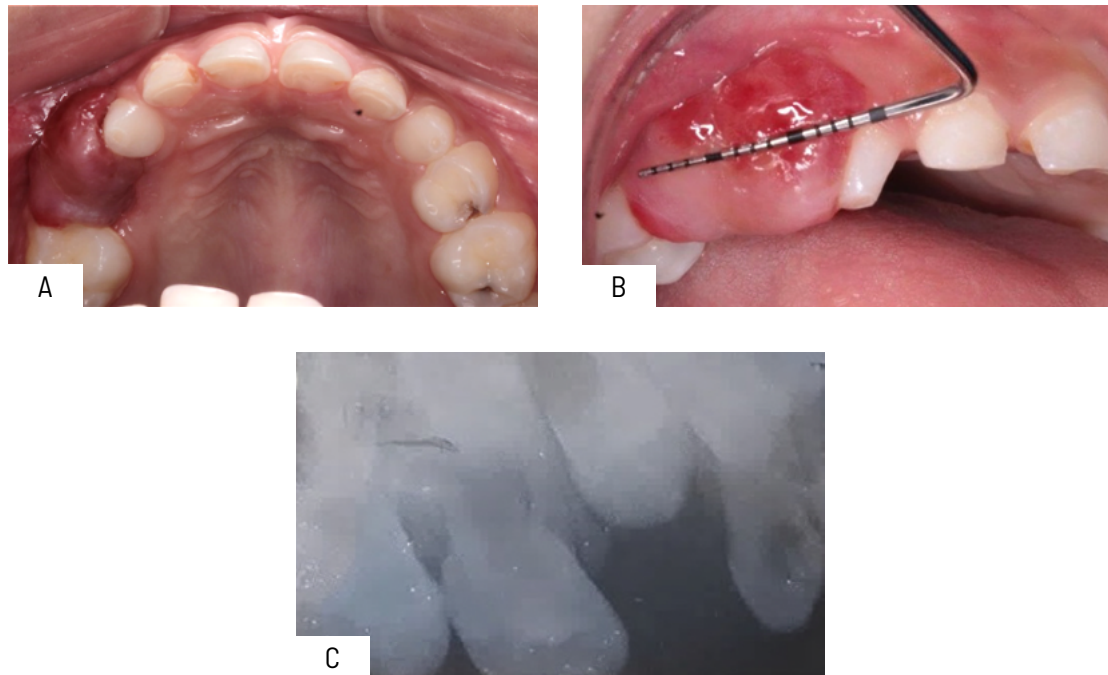


Figura 1: Examen clínico y radiográfico. A: Vista oclusal derecha de la lesión, B: Vista lateral derecha de la lesión, C: Radiografía periapical, no se observa afectación ósea.

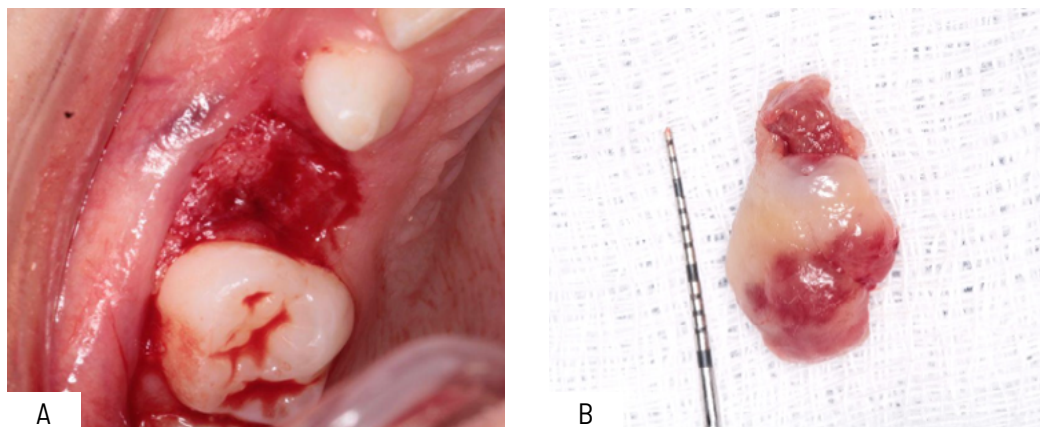


Figura 2: Biopsia excisional: vista clínica y espécimen quirúrgico A: Vista oclusal derecha post- biopsia excisional, B: Muestra quirúrgica con extensión de 15x 10 mm.

La muestra (Figura 2B) fue inmersa en formol al 10% y posteriormente se analizó histopatológicamente con el objetivo de verificar el diagnóstico y descartar otras posibles patologías. El resultado histopatológico reportó una hiperplasia reactiva con proliferación de células gigantes multinucleadas

dispersas en tejido conectivo fibroso, con marcada angiogénesis y extravasación eritrocitaria. El epitelio superficial escamoso estratificado paraqueratinizado con zonas extensas ulceradas y atrofia (Figura 3). Con estos hallazgos se llegó al diagnóstico de GPCG.

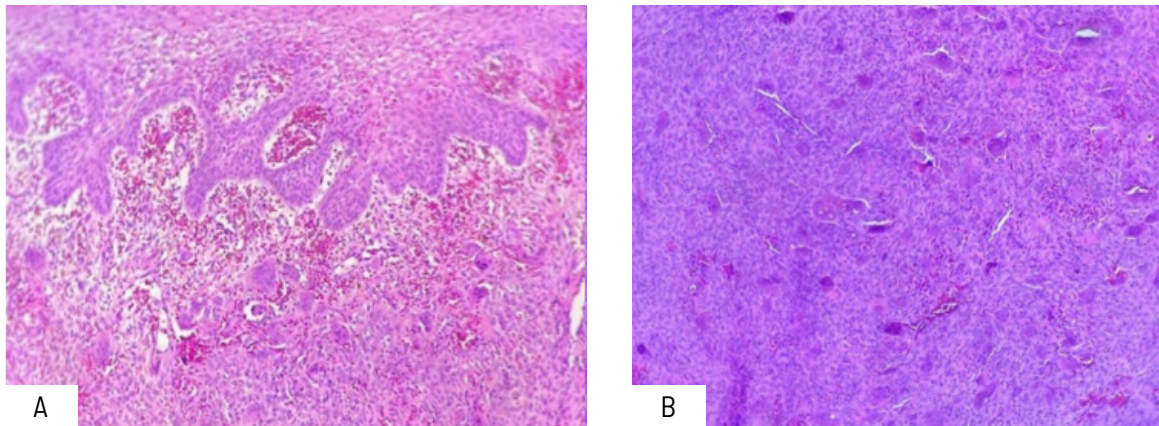


Figura 3: Hallazgos histopatológicos de la lesión. A: Fotomicrografías con tinción H&E - Aumento 10x, se observa áreas de ulceración y atrofia con extravasación eritrocitaria, B: Aumento 40x, presencia de células gigantes multinucleadas con abundantes fibroblastos, histocitos y focos de hueso metaplásico.

El postoperatorio se realizó a los diez días con una adecuada cicatrización (Figura 4), veinte días después, fue instalado mantenedor de espacio banda

ansa en O.D 5.5 como anclaje (Figura 4C) con la finalidad de salvaguardar el espacio de O.D 1.4 hasta su futura erupción.

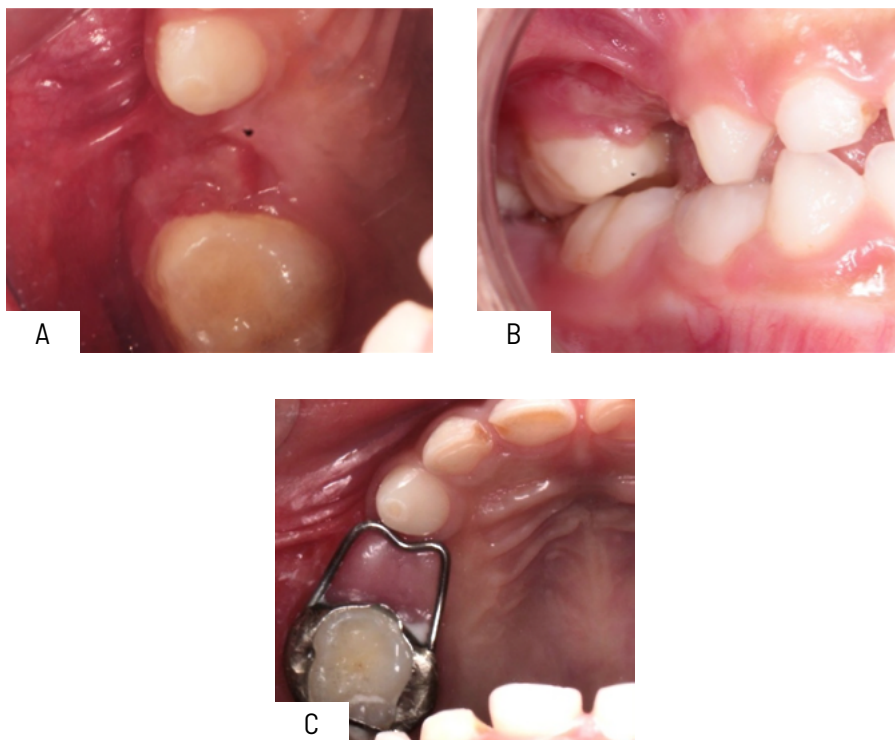


Figura 4: Seguimiento postoperatorio y colocación de mantenedor de espacio A: Vista Oclusal postoperatorio, B: Vista lateral postoperatorio a los 10 días, C: Cementación de mantenedor de espacio banda ansa.

Finalmente, a los 12 meses de seguimiento, se evidenció integridad tisular completa de la zona anteriormente afectada de manera óptima presentando mucosa y encía con coloración rosa coral, textura

lisa, consistencia firme y rebordes alveolares de piezas adyacentes bien definidos, sin ningún tipo de irregularidad que indique patología ni recidiva (Figura 5).

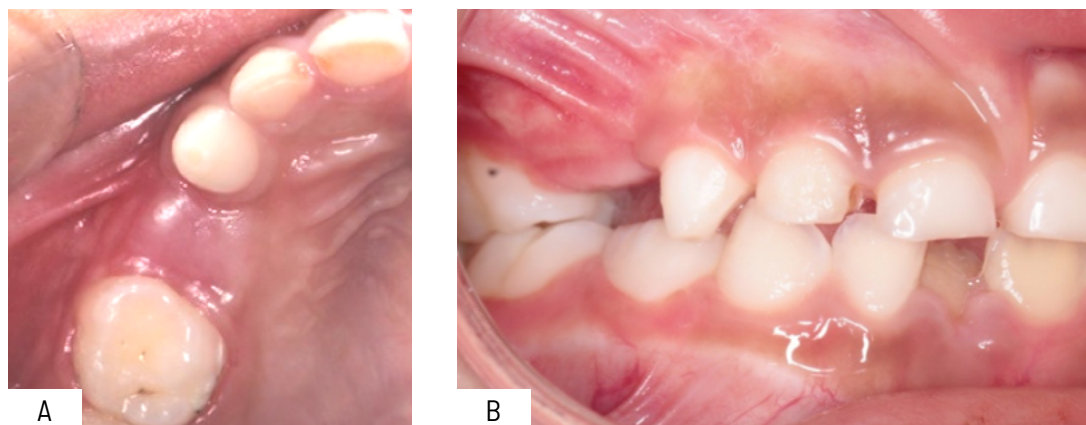


Figura 5: Seguimiento clínico a un año sin recidiva. A: Vista oclusal a un año sin recidiva, B: Vista lateral derecha a un año sin recidiva.

Discusión

El GPCG, es una lesión reactiva hiperplásica benigna^{12,13}, se desconoce su etiología principal pero puede ser causada por un traumatismo crónico o irritación de la zona afectada.¹³ La tasa de recurrencia se considera baja, si el tratamiento se realiza con éxito y se elimina completamente los factores causales locales.^{13,8} Esta hiperplasia es más común en adultos, estructuralmente tiene mayor incidencia en el sector anterior de la mandíbula que en maxilar.^{13,15} Es inusual en pacientes pediátricos, sin embargo, Chrcanovic y colaboradores, en un estudio de 2824 casos, reportaron la prevalencia en niños menores de 10 años en un 9,5%¹⁵ y entre el 20 y 30% durante la primera y segunda década de vida.¹⁶ Por otro lado, Giansanti y colaboradores realizaron un estudio de 720 casos, donde presentaron una recurrencia del 33% en pacientes menores de 20 años, equivalente al 34% de casos en un rango de 5 y 15 años.¹⁷ No obstante, este caso fue presentado en un infante de seis años, viéndose afectado el maxilar anterior, al igual que el caso de Chanda y colaboradores, siendo un contraste con la distribución habitual.

Estudios mencionan que el GPCG presenta un comportamiento más agresivo y tiende a crecer rápidamente en niños, presentando reabsorciones de cresta interproximal, infiltrar en hueso alveolar, desplazamiento o movilidad de piezas adyacentes, interferir en erupción y una tasa alta de recurrencia.^{13,16} Por ello, es fundamental el correcto diagnóstico, sobre todo en pacientes pediátricos, incluso en casos de agrandamiento gingival que pueda conllevar a tratamientos innecesarios. Se debe conside-

rar que la mala higiene, acumulación de placa dental puede agravar la situación.

En el presente caso, la patología se manifestó en un paciente de género masculino de seis años como un nódulo bilobulado, exofítico y de superficie lisa a nivel de encía vestibular, asintomático con presencia de sangrado ante algún estímulo como el cepillado. Como menciona la literatura, la inflamación fue uno de los signos más característicos, sin embargo, este no presentó movilidad de dientes vecinos.^{12,15} En el análisis radiográfico no se evidenció compromiso óseo significativo, observándose únicamente afectación de tejidos blandos. Doddawad y colaboradores, describen la presencia de reabsorciones cóncavas del hueso alveolar, término que hace referencia al fenómeno de nivelación ósea.⁷ Es crucial el estudio radiográfico en patologías de células gigantes, ya que permite determinar la extensión de la lesión y delimitar el compromiso a nivel óseo o únicamente de tejidos blandos.

De acuerdo con las características clínicas, se sugieren los siguientes diagnósticos diferenciales, como el hemangioma lobular capilar (granuloma piógeno) o fibroma osificante periférico por su similitud en morfología y agentes causales como la respuesta reactiva ante estímulos irritantes.¹⁹ Histológicamente se presenta el tumor de células gigantes, se considera una lesión intraósea con células gigantes multinucleadas; el granuloma central de células gigantes, que se diferencia por la destrucción ósea agresiva al igual que el condroblastoma, que provoca daño óseo de forma irregular. Otras patologías asociadas son los quistes odontogénicos, simulan-

do un volumen gingival similar. Es por ello, que un estudio completo tanto radiográfico como histopatológico nos ayudarán a un correcto diagnóstico.^{18,19}

Este caso presenta la correcta escisión quirúrgica del GPCG, sin presencia de recidiva con un año de acompañamiento, siendo, según algunos estudios, reportado más propenso la recidiva en la población infantil, con una tasa de 1,4% y el 22%¹⁰ aunque se han demostrado cifras más elevadas, oscilando entre el 5% y 70,6% en algunos casos.⁷ El estudio de Chrcanovic y colaboradores, encontró una recurrencia global del 9,5%¹⁶, atribuidas a factores como la supresión del periostio o del ligamento periodontal, escisión superficial o incompleta, falta de cooperación del paciente y efecto terapéutico conservador.^{16,13} Este tipo de patologías, aunque son asintomáticas pueden generar gran preocupación tanto en lo padres como en los niños que lo presentan, considerando su rápida evolución en esta población de pacientes. Por esta razón, se demuestra la relevancia del diagnóstico temprano y la excisión quirúrgica adecuada, las cuales adquieren gran importancia ya que resultan fundamentales para prevenir posibles recidivas y garantizar un tratamiento eficaz, como fue realizado en este caso clínico presentado.

Conclusiones

Dentro de las limitaciones de este caso clínico, es importante resaltar que no todas las lesiones nodulares de origen reactivo corresponden a GPCG, debido a la similitud clínica que puede presentar con otras patologías como fibroma osificante periférico o el hemangioma lóbulo capilar. Por ello, el estudio histopatológico constituye el método confirmatorio indispensable para establecer el diagnóstico definitivo y orientar un manejo terapéutico adecuado. Asimismo, una evaluación clínica y radiográfica integral junto con un adecuado control de los factores causales locales y el mantenimiento de una higiene oral estricta son fundamentales para reducir el riesgo de recurrencia y favorecer un pronóstico favorables.

Conflicto de interés: Los autores del presente estudio manifiestan que no existe ningún conflicto de intereses con relación al tema de estudio.

Referencias Bibliográficas

1. Muela D, Díaz J, Gómez H, Hernández M. An unusually large peripheral giant cell granuloma: a case report. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac.* 2020; 42(2): 87-90.
2. Oliva L, Oliva M, Herrera N, Andrade R. Granuloma periférico de células gigantes. *Rev Odontol Mex.* 2014;18(3):185-190.
3. Regezzi. *Oral patología clínicas Pathologie correlations.* Philadelphia, PA: Elsevier - Health Sciences Division; 2017.
4. Chandna P, Srivastava N, Bansal V, Wadhwan V, Dubey P. Peripheral and Central Giant Cell Lesions in Children: Institutional Experience at Subharti Dental College and Hospital. *Indian J Med Paediatr Oncol.* 2017 Oct-Dec;38(4):440-446. doi: 10.4103/ijmpo.ijmpo_17_16. PMID: 29333009; PMCID: PMC5759061.
5. Sharma M, Sarma MK, Choudhury D, Rao SS, Santosh BS, Debnath A, Deka M. Peripheral Giant Cell Granuloma - A Case Report of a 9-Year-Old Male Child. *J Pharm Bioallied Sci.* 2024
6. Boj R, Catalina M, Mendoza A. *Odonto Pediatría bebés, niños y adolescentes.1ra.ed.* Odontología actual; 2019
7. Doddawad VG, Shivananda S, Girish MS, Bhuyan L. Delayed Eruption of Tooth Due to Peripheral Giant-Cell Granuloma: An Unusual Presentation and Treatment in 15-Year-Old Child Patient. *J Pharm Bioallied Sci.* 2022;14(Suppl 1):S1079-S1081. doi: 10.4103/jpbs.jpbs_791_
8. Yousefian M, Aghakouchakzadeh A, Torki S. Peripheral giant cell granuloma as a sign of hyperparathyroidism in a patient under hemodialysis: A case report and review of literature. *Clin Case Rep.* 2023 Aug 21;11(8):e7823. doi: 10.1002/ccr3.7823. PMID: 37614292; PMCID: PMC10442469.
9. Navarro J, González L, Zapata D, Lugo Benedith R, Espinoza A. Diagnóstico y manejo clínico de Granuloma Periférico de células gigantes. *Universitas.* 2025;16(2):16-21.
10. Alarcón A, Muñoz M, Schnettler K, Ulloa Marin C. Granuloma Periférico de Células Gigantes e Hiperparatiroidismo. Presentación de un Caso. *Int. J. Odontomat.* 2019

11. Bolli E, Schinini G, Romanelli H. Granuloma periférico de células gigantes asociado a un implante. Informe de un caso clínico con seguimiento a 5 años. *Rev Asoc Odontol Argent* 2020;108:68-74.
12. Jané E, Albuquerque R, Font A, González B, Estrugo Devesa A, López J. Pyogenic Granuloma/Peripheral Giant-Cell Granuloma Associated with Implants. *Int J Dent*. 2015;2015:839032. doi: 10.1155/2015/839032. Epub 2015
13. Cahuana P, Brunet L, Suñol M, Miranda J. Expansive Oral Giant Cell Granuloma in a Pediatric Patient. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2023 ;16(2):405-408. doi: 10.5005/jp-journals-10005-2572.
14. Kumar A, Srivastava VK, Sonal S, Bhati V. Peripheral giant cell granuloma in a child with ectrodactyly-ectodermal dysplasia-cleft lip/palate syndrome: a case report. *BMC Oral Health*. 2024; 24(1):936. doi: 10.1186/s12903-024-04585-z.
15. Patel, C; Diwanji, A; Mathur, J; Purani, J. Peripheral giant cell lesion of the oral cavity in a 12-year-old child: A rare case report. *Journal of Cancer Research and Therapeutics*. 2024;20(3):p 1032-1035..1905_22
16. Chrcanovic BR, Gomes CC, Gomez RS. Peripheral giant cell granuloma: An updated analysis of 2824 cases reported in the literature. *J Oral Pathol Med*. 2018;47(5):454-459. doi: 10.1111/jop.12706. Epub 2018 Apr 10.
17. Giansanti, JS y CA Waldron. "Granuloma periférico de células gigantes: revisión de 720 casos". *Journal of Oral Surgery (Asociación Dental Americana: 1965)* 27.10 (1969): 787-791.
18. Falaschini S, Ciavarella D, Mazzanti R, Di Cosola M, Turco M, Escudero N, Bascones A, Lo Muzio L. Granuloma periférico de células gigantes: análisis inmunohistoquímico de la población celular en tres casos clínicos. *Av. Odontoestomatol* 2007; 23 (4): 181-188
19. Nekouei A, Eshghi A, Jafarnejadi P, Enshaei Z. A Review and Report of Peripheral Giant Cell Granuloma in a 4-Year-Old Child. *Case Rep Dent*. 2016;2016:7536304. doi: 10.1155/2016/7536304. Epub 2016 Jun 15.