



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**PREVALENCIA DE LESIONES BUCALES MÁS FRECUENTES EN
ADOLESCENTES PORTADORES DE PIERCING LINGUAL.
FO. 2006**

T E S I S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

SONIA DÍAZ MIJANGOS

No Bo Concupio Inmortalis

DIRECTORA: C. D. MARÍA CONCEPCIÓN RAMÍREZ SOBÉRÓN

ASESORA: C. D. NANCY ANTONIETA JACQUES MEDINA

MÉXICO, D. F.

NOVIEMBRE 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**PREVALENCIA DE LESIONES BUCALES MAS FRECUENTES
EN ADOLESCENTES PORTADORES DE PIERCING LINGUAL.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

SONIA DIAZ MIJANGOS

DIRECTORA: C. D. MARIA CONCEPCION RAMIREZ SOBERON

ASESORA: C. D. NANCY ANTONIETA JACQUES MEDINA

MÉXICO D. F.

FECHA ACTUAL

INDICE

Página

1. INTRODUCCIÓN	
2. ANTECEDENTES	
3. GENERALIDADES	
4. LESIONES BUCALES	
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
6. JUSTIFICACIÓN	
7. OBJETIVOS	
8.1 General	
8.2 Específicos	
8. METODOLOGÍA	
9.1 Material y método	
9.2 Tipo de estudio	
9.3 Población de estudio	
9.4 Muestra	
9.5 Criterios de inclusión	
9.6 Criterios de exclusión	
9.7 Variables de estudio	
9.8 Variable independiente y variable dependiente	
9.9 Operacionalización de las variables	
9.10 Análisis de la información	
10.- RESULTADOS	
11. CONCLUSIONES	
12.-BIBLIOGRAFIA	

13. ANEXOS

13. Cuestionario

13.1. Recomendaciones

13.2 Cuidados del Piercing

13.3. Glosario



1. INTRODUCCIÓN

El uso indiscriminado de la perforación en la lengua ha aumentado considerablemente en los últimos tiempos. Las personas –sobre todo los jóvenes- lo utilizan sin conocer el riesgo que se encuentra oculto en la práctica de esta perforación; por tal motivo, al empezar a investigar sobre los efectos nocivos que ocasiona el piercing lingual, encontramos que lo que pareciera ser un simple adorno bucal puede convertirse en un verdadero peligro que atenta contra la salud ocasionando daños importantes que son objeto de estudio de la Odontología. (1, 3, 5, 6, 10).

En la actualidad es muy común la utilización de piercing en cualquier superficie convexa pequeña o en las partes colgantes del cuerpo. (12, 15, 25)

Los sitios normalmente perforados incluyen; orejas, cejas, nariz, lengua, pezones, ombligo, escroto, labios y clítoris. En la cavidad bucal tiende a usarse en los labios, mejillas, lengua y úvula o una combinación de sitios, sin embargo, el lugar donde se colocan con mayor frecuencia es en la cara dorsal de la lengua. (16)

La perforación de los tejidos de la cavidad oral con ayuda de anillos, troncos de metal corre el riesgo de causar fracturas en los dientes, dañar el esmalte y el interior de las mejillas. En cuanto a la perforación de la lengua, implica a veces entumecimientos permanentes y, si se perfora accidentalmente un nervio, puede afectar la movilidad o el sentido parcial o total del gusto. Se observan incluso, hemorragias persistentes a la formación de coágulos duros potencialmente mortales. Tras la perforación los labios permanecen tumefactos, además pueden dañarse también los canales excretorios de las glándulas salivales. (22, 25, 30).

2. ANTECEDENTES

El piercing en la última década se ha convertido en una forma de expresión social en cierto grupo de personas, pero las perforaciones son tan viejas como la cultura misma del hombre que ha existido prácticamente en la totalidad de las civilizaciones.⁽³⁵⁾ En occidente, durante casi todo el siglo veinte quedó reducido a la simple perforación de los lóbulos de las orejas para colocar pendientes. Pero en la última década se ha difundido enormemente, sobre todo entre los jóvenes, hasta el punto de ser tan común encontrar a una persona con un pendiente en la oreja como otra que lleve uno o varios piercings en el ombligo, labio o la lengua. ¿La razón? Puede ser simplemente el decorarse el cuerpo, o identificarse dentro de un grupo social. ⁽¹⁾

Resulta imposible establecer el momento exacto que apareció el anillado corporal o piercing en la historia de la humanidad aunque lo cierto es que su origen es tan antiguo como la misma piel. Por una gran variedad de motivos es un arte antiguo y venerable que en las últimas décadas parece haber emergido de nuevo.

Ya en la Roma de los centuriones, los miembros de la guardia del Cesar llevaban aros en los pezones como muestra de su virilidad y coraje así como un accesorio de sus vestimentas ya que les permitían colgar en ellos las cortas capas que usaban. Esta práctica también fue muy común entre las chicas de la alta sociedad de la era victoriana. Lo hacían para realzar el volumen de sus pezones. El ombligo anillado era un signo de la antigua realeza egipcia y prohibida a todos aquellos que no fuesen nobles ⁽²⁾. En aquellos tiempos, los ombligos muy profundos eran los más apreciados. Es de todos bien sabido que en la India muchas mujeres han sido anilladas en la nariz desde muy pequeñas, esta tradición la suelen llevar a cabo las abuelas, que deberán anillar a sus nietas antes de casarse. Se piensa que originalmente se hacía como signo de sumisión y devoción de la mujer hacia su marido⁽³⁴⁾. Este piercing se realiza en uno otro lado de la nariz en función de la etnia a la que pertenezca la mujer. Cuando el pendiente se coloca en el espacio entre las dos fosas nasales recibe el nombre de Septum, grupos étnicos de distintas partes

del mundo lo han utilizado y muchos de ellos todavía hoy siguen practicándolos, como en Papua Nueva Guinea, Polinesia, África, India, en un principio su función era defensiva ya que daba un aspecto mas feroz a quien lo llevaba sus fines actualmente son estéticos, y permiten a los distintos grupos tribales diferenciarse entre ellos, conocer el estatus social del que lo lleva, etc. Algunas mujeres de Rajastan (India) llevan en su Septum grandes aros de oro finamente trabajados con una finalidad cultural y estética.⁽³⁾ En algunos jeroglíficos mayas que datan del año 709 a.C. aparece el "Jaguar Protector", cinco días después de haber asumido el titulo de Señor de la sangre de Yaxchilan. En estos jeroglíficos y dibujos se observa el "rito de la sangre" practicado por su esposa principal, Lady Xoc. Ella arrodillada ante su marido, tira de una cuerda a la que se han insertado espinaza través de su lengua. *Quizás este rito tan antiguo tiene que ver con los orígenes del piercing en la lengua como hoy lo conocemos.* ⁽⁴⁾ Todavía hoy, entre algunos grupos étnicos de Brasil, existe la costumbre de hacer una pequeña incisión bajo el labio que progresivamente se irá agrandando hasta alcanzar el tamaño deseado⁽⁶⁾. En el se colocará una pieza circular por lo que la modificación corporal es impresionante. También suelen realizarse este tipo de agrandamientos en los lóbulos de las orejas. En muchas tribus de África es muy común esta práctica y existe la tradición que las jóvenes solteras comiencen a agrandar su avio en el momento en que se prometen. Este proceso dura todo el noviazgo y hasta el momento de la boda. ⁽⁵⁾

Así vemos que las diferentes culturas del mundo, a veces desconocidas por las sociedades más avanzadas, resultan ser la cuna de esta practica, el piercing, ya sea como rito o como señal de pertenencia de alguna tribu, muy diferente del destino del piercing en la actualidad.⁽³⁾

3.- GENERALIDADES

La lengua es un órgano móvil situado en el interior de boca, impar, medio y simétrico, que desempeña importantes funciones como la masticación, la deglución, el lenguaje y el sentido del gusto.

Conformación exterior

La lengua tiene forma de cono, presenta un cuerpo, una V lingual y una raíz. El cuerpo o porción bucal comprende los 2/3 anteriores, la raíz o porción faríngea, el 1/3 posterior, separados ambos por la V lingual o istmo de las fauces. Las partes de la lengua son:

- Cara superior: También llamado dorso de la lengua, que presenta la V lingual, abierta hacia delante, formada por las papilas caliciformes. La superficie del dorso de la lengua por delante de la V lingual, está en relación con el paladar, suele ser lisa y poseer unos surcos congénitos y otros adquiridos que diferencian las lenguas de los individuos. Un tipo de lengua con surcos irregulares es la *lengua escrotal*. La mayoría de las personas poseen una línea central que es el surco central. La superficie de la parte posterior de la lengua es más irregular y comprende a la amígdala lingual, que está en relación con la faringe. Más abajo se encuentra la epiglotis y los repliegues glosopiglóticos.
- Cara inferior: Descansa en el suelo de la boca. En la línea media se encuentra el frenillo o filete lingual, de forma semilunar, muy resistente que limita los movimientos de la lengua. A ambos lados del *frenillo de la lengua*, en su parte más anterior, aparecen dos tubérculos perforados en su centro que son los orificios de los *conductos de Wharton* u orificios de salida de las glándulas salivales submaxilares. Más posteriores se encuentran los orificios de salida de las glándulas sublinguales. Las *venas raninas* se visualizan azuladas en la cara inferior de la lengua, a ambos lados del frenillo.
- Bordes linguales: Son libres, redondeados y en relación con los arcos dentarios.

- Base de la lengua: Es gruesa y ancha y está en relación de delante hacia atrás con los músculos milohioideos y genihioideos, con el hueso hioides y con la epiglótis a la que se halla unida por los tres repliegues glosoepiglóticos.
- Punta lingual: También se llama vértice lingual.

Constitución de la lengua

- Esqueleto de la lengua: Es un armazón osteofibroso formado por el hueso hioides, la membrana hioglosa y el septum medio que son dos láminas fibrosas, sobre los que se insertan los músculos de la lengua.
- Músculos de la lengua: La musculatura lingual permite a la lengua gran movilidad. Esta musculatura consiste en músculos extrínsecos, originados fuera de la lengua, y músculos intrínsecos, originados dentro de ella. Todas las fibras musculares de la lengua son esqueléticas. La lengua tiene 17 músculos que son:
 1. Músculo geniogloso: Se inserta en la apófisis geni de la mandíbula y se dirige en forma de abanico a la lengua.
 2. Músculo estilogloso: Se inserta en la apófisis estiloides del hueso temporal.
 3. Músculo hiogloso: Se inserta en el hueso hioides.
 4. Músculo palatogloso: También se llama músculo glosoestafilino y constituye el espesor del pilar anterior del velo del paladar.
 5. Músculo faringogloso.
 6. Músculo amigdalogloso.
 7. Músculo lingual superior: Es un músculo impar y medio.
 8. Músculo lingual inferior:
 9. Músculo transverso de la lengua:
 10. Músculos accesorios
- Mucosa de la lengua: La mucosa que reviste el dorso del cuerpo es una mucosa especializada. La mucosa que está detrás de la V lingual constituye la amígdala lingual. La mucosa del dorso lingual presenta tres tipos de papilas:

- Papilas filiformes.
- Papilas fungiformes.
- Papilas caliciformes.
- Papilas foliadas.

Los corpúsculos gustatorios presenta cinco tipos de células:

- I: Células oscuras.
- II: Células claras.
- III: Células intermedias.
- IV: Células basales e internas.
- V: Células de sostén.

Irrigación e inervación de la lengua

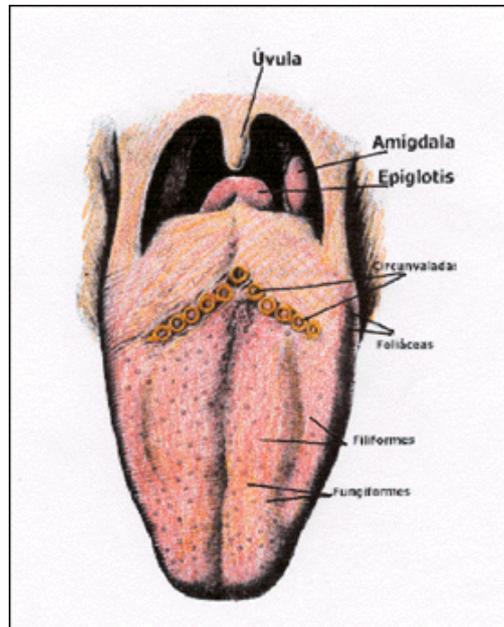
La mucosa especializada lingual es ricamente irrigada, y la lengua en general es ampliamente inervada.

Ocupa la parte media del piso de la boca. Su cara superior está dividida en dos partes, una anterior o bucal y otra posterior o faríngea, por un surco en forma de V abierta hacia delante llamada surco terminal o V lingual.

La parte faríngea de la cara dorsal de la lengua presenta pequeñas prominencias dispuestas oblicuamente, que son debidas a la presencia en la capa superficial de la mucosa de folículos cuyo conjunto constituye las papilas de la V lingual. y el foramen caecum, que es el remanente del conducto Tirogloso. En el tercio posterior se encuentran las amígdalas linguales.

Existen diferentes tipos de papilas linguales que se distribuyen característicamente en la superficie de la lengua. Las papilas filiformes contienen aferencias táctiles, son abundantes, rugosas, con forma de filamento y se ubican en la región central. Las fungiformes, son pequeñas y tienen forma de hongo, se observan como manchas rojizas a la inspección. Las caliciformes son las de mayor tamaño y están ubicadas por delante del surco terminal, ellas

están rodeadas por una depresión profunda que posee abundantes cálices gustativos. Las foliáceas están hacia los bordes laterales y en el ser humano no están muy desarrolladas. Las circunvaladas, foliáceas y fungiformes contienen receptores para el gusto en los cálculos gustativos.



Ocupa la parte media del piso de la boca. Su cara superior está dividida en dos partes, una anterior o bucal y otra posterior o faríngea, por un surco en forma de V abierta hacia delante llamada surco terminal o V lingual.

La inervación motora de la lengua procede del nervio Hipogloso(XII) y del Glossofaríngeo(IX). La sensación del gusto de los dos tercios anteriores es conducida por la cuerda del tímpano, rama del nervio Facial(VII), y la del tercio posterior, por los nervios Glossofaríngeo y Vago(X). La sensibilidad lingual está dada por la rama lingual de la división mandibular del Trigémino(V) y los nervios Glossofaríngeo y Laríngeo interno.(57, 58)

El **piercing** es una moda, y debería ser regulada con niveles de información, técnica de colocación e higiene, además de contar con el consentimiento informado de los posibles riesgos y complicaciones y nunca aplicarse en menores de 18 años. (1)



Existen alternativas para adolescentes que deseen colocarse piercing esta deberían ser siempre bajo estrictas medidas sanitarias.

Podríamos definir al piercing como la colocación de “joyas” o “aditamentos con cierto carácter distintivo” (marginalidad, pertenencia a un grupo o tendencia, rol social, moda, “estética” embellecimiento atractivo/tendencia sexual, rebeldía expresión de carencias personales; “religión/ magia” etc.), en lugares no comunes como es el territorio oral.(5,7,34).

Es origen de diferentes efectos unos reversibles otros irreversibles y hasta graves. En la cavidad oral se colocan estos aditamentos en zonas como: mejillas, labios, frenillos, lengua, e incluso en la úvula siendo la lengua el lugar mas frecuente. Así se pueden encontrar ciertas complicaciones de las cuales señalaremos algunas:

1. Dolor
2. Edemas (peligro del edema lingual y repercusión respiratoria) en inflamaciones. (pueden llegar a ser granulomatosas)
3. Infecciones (existe descrito un caso de angina de Ludwin en paciente de 25 años)
4. Halitosis
5. Transmisión de enfermedades e infecciones (bacteremias, endocarditis, hepatitis, B, C, D, G, VIH, Herpes, pseudomonas, tétanos, tuberculosos, etc.).
6. Hemorragias
7. Desgarros y perforaciones

8. Fractura y fisura de dientes. (golpeo, jugueteo, morder contra otros dientes, riesgo en traumatismo, riesgo en deportes,) y obturaciones.
9. Sensibilidad pulpar, (galvanismos).
10. Cicatrices (retracciones, queloides).
11. Reacciones de hipersensibilidad.
12. Obstrucciones de imágenes radiográficas (alteración, dificultad de diagnósticos).
13. Daño en nervios (parestesias).
14. Peligro de desprendimiento (riesgo respiratorio y digestivo).
15. Trauma gingival (periodontitis, hasta llegar a resecciones gingivales).
16. Trauma de mucosa.
17. Interferencias oclusales.
18. Interferencias en deglución.
19. Impedimentos en el habla (fonación).
20. Hipersalivación.
21. Formación y retención de placa dentobacteriana y cálculos en las superficies metálicas.
22. Dificultad de higiene oral.

El alta prevalencia de las perforaciones ha convertido en comunes zonas muy poco convencionales:

LA LENGUA: Es la zona más común de uso. La perforación se realiza de manera central y en partes laterales de la lengua. La lengua puede ser objeto de varias perforaciones en diferentes zonas las perforaciones centrales respecto las laterales son de menor riesgo si se evita tocar el paquete vasculonervioso (25,35).



EL LABIO: puede perforarse en cualquier punto de su perímetro alrededor del borde del bermellón. En algunas ocasiones se colocan en la comisura labial o en el centro del labio inferior. Dichas perforaciones se realizan de afuera hacia adentro de la cavidad bucal.(15,18, 26).



EL FRENILLO LINGUAL: son poco comunes debido a que es una zona demasiado sensible y poco visible.(23)



LA UVULA: La colocación de piercings en esta zona es muy rara debido al elevado riesgo de complicaciones y por la dificultad de realizar la perforación.(28)

En los últimos años el empleo de perforaciones aumentó en popularidad notablemente predominando en adolescentes, sin tomar en cuenta que la mayoría de las veces conllevan a diferentes complicaciones.(45, 54, 36, 50)

Los médicos no suelen fijarse en este tipo de eventos sobre todo por ser una práctica muy poco controlada y son los dentistas quienes regularmente tienen la responsabilidad de diagnosticar y tratar a los pacientes que acuden al consultorio bajo alguna complicación producida por la colocación del piercing. Es necesario tomar en cuenta que las complicaciones son de aparición tardía, sobre todo cuando se trata de infecciones.(26,45,32,14)



Algunas de las complicaciones más comunes son:

1.- LESIONES VASCULARES.

Las hemorragias son una complicación posible durante la perforación, especialmente en un órgano tan vascularizado como lo es la lengua, que contiene la arteria y la vena lingual con sus diferentes vasos. Si la aguja traspasa alguna estructura vascular pueden producirse sangrados extremos que precisen atención sanitaria inmediata. (1,8,10,12).



2.- INFLAMACIÓN: La inflamación es la forma de manifestarse de muchas enfermedades. Se trata de una respuesta inespecífica frente a las agresiones del medio, y está generada por los agentes inflamatorios. La respuesta inflamatoria ocurre sólo en tejidos conectivos vascularizados y surge con el fin defensivo de aislar y destruir al agente dañino, así como reparar el tejido u órgano dañado.(60,) La inflamación se denomina en [medicina](#) con el sufijo -itis ([faringitis](#), [laringitis](#), [colitis](#)...).(57,58,59,60). El mayor problema que surge de la inflamación es que la defensa se dirija tanto hacia agentes dañinos como a no dañinos, de manera que provoque [lesión](#) en [tejidos](#) u [órganos](#) sanos.

Agentes inflamatorios

- Agentes vivos: bacterias, virus, parásitos, hongos.
- Agentes físicos: radiaciones, frío, calor, ultravioletas.
- Agentes químicos: venenos, toxinas.
- Traumatismos y cuerpos extraños.
- Alteraciones vasculares: como por ejemplo las que producen isquemia.
- Alteraciones inmunitarias: Reacciones de hipersensibilidad.

INFLAMACIÓN AGUDA

Los cambios que se producen tras la lesión tisular se deben a tres procesos:

1. Cambios en el flujo y calibre vascular, que hacen que aumente el flujo sanguíneo
2. Cambios estructurales en los vasos sanguíneos que aumentan la permeabilidad vascular e inducen la formación de exudado inflamatorio
3. Paso de los leucocitos del espacio vascular al extravascular alcanzando así el foco de las lesiones.

En los primeros 10-15 minutos se produce una hiperhemia por dilatación de arteriolas y vénulas y apertura de los vasos de pequeño calibre. Tras esta fase aumenta la viscosidad de la sangre, lo que reduce la velocidad del flujo sanguíneo, originando el exudado inflamatorio

INFLAMACIÓN CRÓNICA

Se caracteriza por una duración prolongada, daño tisular reparado por tejido de cicatrización. Se debe a la persistencia del agente inflamatorio o a agentes inflamatorios que desde el principio producen inflamación crónica.

INFLAMACIÓN CRÓNICA GRANULOMATOSA

Es un tipo específico de reacción inflamatoria crónica, y que está iniciada por diversos agentes infecciosos y no infecciosos. Para la formación de granulomas es necesaria la presencia de productos irritantes no digeribles, de una reacción frente al agente irritante.

Tras una perforación lingual los tejidos circundantes empiezan a inflamarse, incrementándose el proceso durante los tres o cuatro días siguientes. Los ganglios submentonianos y submandibulares también pueden agrandarse por el proceso inflamatorio. Estos efectos pueden prolongarse algunas semanas.(4,



Una lengua edematosa debida a la perforación con un objeto metálico puede dificultar la alimentación, comprometer el habla o incluso la respiración, requiriendo una rápida atención médica, (1, 25, 28,32, 36) los labios igualmente pueden inflamarse tras la colocación de un piercing.



3.- DOLOR. Los tejidos que rodean la herida causada por el piercing, debido a la inflamación o ulceración provocan dolor. La inflamación y el dolor son las complicaciones más comunes (2, 10, 11,15, 23)

4.- LESIONES NERVIOSAS: la lengua es un órgano inervado por diferentes pares craneales como el nervio trigémino, el facial, el hipogloso y el glosos faríngeo. Existe el riesgo de lesionar algún nervio durante la colocación del piercing, pudiéndose alterar el sentido del gusto o la función motora (en forma de parestesia) según el nervio afectado (2, 5, 23, 26). Este tipo de lesiones son mas frecuentes en la zona dorso lateral que con los dorsoventrales, (1,8 y 12). La pulpa dentaria también puede afectarse. El proceso vendrá determinado por el continuo movimiento del piercing sobre el diente pudiendo producir una fractura que ocasione finalmente pulpitis (13, 16,24).

Como la boca contiene millones de bacterias, la infección es una complicación común en las perforaciones orales, como abscesos y bacteremia entre otras mas (3,9,24,31). Aunado a esto si la persona que se realiza la perforación toma medicamentos que modifican la inmunidad o padece enfermedades como diabetes, cardiopatías congénitas, presenta mas riesgo de sufrir una infección o agravaria. Sí, además el instrumental empleado (agujas, punzones, sondas, o lancetas) no está esterilizado o no es desechable, el riesgo de adquirir una

grave enfermedad contagiosa como hepatitis, sífilis, herpes, verrugas, genitales o sida, es mas elevado. (27, 28, 29)

5.- ALERGIAS A LOS METALES: en función al tipo de metal el piercing puede aumentar el riesgo a irritaciones crónicas. Es importante una adecuada elección del tipo de material para evitar posibles complicaciones, siendo el níquel una buena opción.(4, 5,24, 31)

6.- TRAUMATISMOS Y FRACTURAS DENTARIAS: Son las lesiones más frecuentes por el uso de piercings linguales (2,3,6,8,9). El hábito de empujar y jugar con el pendiente contra los dientes o, simplemente, el hecho de tener un objeto extraño en la boca puede ocasionar fracturas, fisuras, abrasiones o desprendimientos de espículas de esmalte, provocando sobre todo implicaciones pulpares. (4,5,7,33).



7.-ALTERACIONES PERIODONTALES: el traumatismo metálico contra el periodonto puede causar una leve moderada o severa recesión gingival, y traumas en los tejidos vecinos (2,18,20,26,27). En ocasiones puede aparecer una hiperplasia de los tejidos afectados con edema y dolor como consecuencia de la lesión.

8.- ACUMULO DE PLACA BACTERIANA Y FORMACIÓN DE CALCULO: Krtchmer et al. (26,) describe que la perforación de lengua puede provocar acúmulo de placa y cálculo supra y subgingival en dientes inferiores debido a que el piercing contacta ligeramente con los dientes.(27, 48, 52)



9.-MALPOSICIÓN DENTARIA: la mal posición se explica por un desequilibrio de las fuerzas musculares de la lengua frente al orbicular y el anillo del buccinador (5, 24,32,).

10.- ASPIRACIONES E INGESTIONES: la mala fijación del piercing puede provocar su aspiración o deglución, ocasionando lesiones en el aparato respiratorio o digestivo. Estas también pueden deberse a la manipulación durante la colocación o a movimientos de los que se ejerce gran presión por ejemplo en las comidas (8)

11.-SIALORREA: El contacto de un artefacto metálico en la boca puede estimular la producción de saliva que incluso puede ser más fluida (12,26)

12.-ALTERACIONES DEL HABLA MASTICACIÓN O DEGLUSIÓN: el piercing puede obstaculizar el habla al interferir los movimientos normales de la boca provocando defectos en la pronunciación. También la masticación y deglución pueden estar comprometidas debido a la interposición del objeto (8, 12, 13, 26,54).

13.- LESIONES HIPERPLÁSICAS Y HEPITELIZACIONES DEL PIERCING: la perforación de los tejidos blandos puede cicatrizar de forma hiperplásica (4, 10,15). Un factor que puede contribuir a las lesiones hiperplásicas es el movimiento continuado del piercing en el tejido sobre el que se inserta (6,32, 34,52).

14.- CICATRIZACION. Es toda solución de continuidad en la cubierta cutánea, en la que con frecuencia se produce una simultánea o diferida pérdida de sustancias, por la acción de diversos agentes causantes y que puede extenderse a los tejidos y órganos.

ETIOLOGIA

Agentes Perforantes: Producen heridas punzantes. Ejemplo: espinas, agujas, clavos, etc.

Agentes Cortantes: En general son de estructura metálica provistos de un borde cortante. Ejemplo: cuchillo, bisturí. También el vidrio, la hoja de papel, el hilo, pueden producir cortes.

Agentes Perforo-Cortantes: Son instrumentos metálicos en los que uno de sus extremos está conformado por una lámina alargada y la otra termina en punta. Ejemplo: El puñal, el sable, el cuchillo, etc.

Agentes Contundentes: El agente causante tiene una superficie roma (martillo), que produce generalmente un traumatismo de tipo cerrado. Si el golpe es muy violento se producirá una herida de tipo contusa. Ejemplo: Golpe con martillo.

Por lo tanto podemos entender que cicatrización es el reemplazamiento, por células del mismo tipo de tejido desaparecido por causas fisiológicas o patológicas. La sustitución de un tejido por un sistema u otro depende de la capacidad de regeneración de las células.

El tiempo para que una perforación quede totalmente cicatrizada depende de la zona del cuerpo en que se llevó a cabo y varía de persona a persona, según el tipo de alimentación, las horas de descanso, el estado físico, etc.

Las perforaciones cicatrizan al formarse unas células epiteliales en la parte inferior de las mismas que tienen como función proteger el cuerpo de agentes extraños. En este caso, las piezas de joyería. Dichas células forman una capa tubular dentro de la perforación. Cuando ésta se ha formado completamente comienza a estrechase poco a poco alrededor de la joyería. Sin embargo, al ser una capa ligera puede romperse con facilidad, por este motivo no debe girarse ni moverse el pendiente.

Durante el proceso de curación, las perforaciones producen una secreción blanca y pegajosa que al secarse crea un recubrimiento alrededor de la perforación. Esta secreción no se debe confundir con pus, el cual es

amarillento o verdoso. Ante cualquier duda, acude a su perforador, no te automediques.

Por otro lado, en algunas ocasiones, la perforación parece curada a los pocos días de haberla realizado, siendo esto no cierto ya que cada perforación requiere un amplio periodo de tiempo, para que esté totalmente curada. Se considera curada, cuando la piel recobra toda su flexibilidad, ya no está dura, ni inflamada, el pendiente se mueve con facilidad y no supura ni está enrojecido.

4.- LESIONES BUCALES

Es de fundamental importancia el conocimiento de las estructuras clínicamente sanas, así como alteraciones anatómicas de los patrones de normalidad a fin de identificarse y distinguirlas de las manifestaciones patológicas que ocurren en boca. (24,35,41,46)

De esta manera podremos describir las alteraciones de los diferentes tejidos bucales dentro de los patrones de normalidad de mayor trascendencia. (11,12,16,23)

Las lesiones bucales son alteraciones morfológicas que ocurren en la mucosa de la cavidad bucal con determinadas características, individualizadas, con patrones a partir de los cuales y junto con otros datos clínicos se pueden identificar como una enfermedad. (15, 24, 34,37,46.)

Deben ser denominadas, identificadas y clasificadas según sus características. Son el fundamento básico para poderse diagnosticar, tratar y acompañar la evolución de las enfermedades.

Las úlceras bucales son con frecuencia causadas por irritaciones mecánicas, herpes labial (ampollas febriles) o aftas dolorosas. Las irritaciones pueden ser por:

- Morder accidentalmente el carrillo, la lengua o los labios
- Masticar tabaco
- Usar frenillos
- Un diente quebrado o afilado o una prótesis dental que no tienen un buen ajuste
- Quemarse la boca con alimentos o bebidas calientes

El herpes labial es causado por el virus del herpes simple y es muy contagioso. Antes de que aparezca la lesión real, generalmente se presenta sensibilidad, hormigueo o sensación urente. Las lesiones por herpes comienzan como ampollas y luego forman costra. (57, 58)

El virus del herpes puede vivir en el organismo por años, solamente apareciendo como úlceras bucales cuando algo las provoca. Estas

circunstancias pueden incluir otra enfermedad, especialmente si existe fiebre, estrés, cambios hormonales (como la menstruación) y exposición al sol. (60)

Las aftas dolorosas no son contagiosas y pueden aparecer como una única úlcera pálida o amarillenta con bordes rojizos o como grupos de estas lesiones. La causa de las aftas dolorosas no está completamente clara, pero puede estar relacionada con:

- Un virus
- Debilidad temporal del sistema inmune (por ejemplo, por gripe o resfrío)
- Cambios hormonales
- Irritación mecánica
- Estrés
- Niveles bajos de vitamina B12 o ácido fólico

Por razones desconocidas, las aftas dolorosas parecen presentarse con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres, lo cual puede estar relacionado con cambios hormonales.(35. 46,56,64)

Con menos frecuencia, las úlceras bucales pueden ser un signo de una enfermedad subyacente, un tumor o una reacción a algún medicamento. Estas enfermedades potenciales se pueden agrupar en varias categorías:

- Infección (como el síndrome mano-pie-boca)
- Trastornos autoinmunes
- Trastornos sanguíneos
- Malignidad
- Inmunosupresión (cuando está comprometido el sistema inmune; por ejemplo, si se tiene SIDA o se están tomando medicamentos después de un trasplante).
-

Las aftas constituyen la alteración bucal más frecuente junto con la caries y la enfermedad periodontal. Estas úlceras superficiales afectan al 25 por ciento de la población pero sus causas todavía se desconocen.

Las aftas bucales son heridas en cualquier superficie mucosa de la boca. Suelen tener una forma redondeada u oval con bordes rojizos y el centro blanquecino. Sus dimensiones no superan los 5 milímetros de diámetro. Si adquieren un tamaño mayor es debido a la unión de varias aftas.

La aparición de las aftas suele estar precedida de ardor o picor intenso. Si se une una gran cantidad de ellas, son muy dolorosas e incluso pueden afectar a las actividades diarias de la persona. El dolor puede extenderse incluso a otras zonas próximas, produciendo dolores en el oído, la garganta o incluso en la cabeza.

Las lesiones aftosas no pueden curarse a través de ningún tratamiento. Lo único que puede conseguirse es mitigar el dolor y el escozor o incluso reducir el tiempo de evolución de la lesión.⁽⁶¹⁾

ÚLCERAS OCASIONADAS POR TRAUMATISMO: Úlcera irregular que afecta la mucosa bucal provocada por agentes traumáticos, generalmente irregular en lo que se refiere al contorno y forma con extensión y profundidad variable.



ÚLCERAS CAUSADAS POR INFECCIÓN: Son lesiones que se presentan bajo la forma de una úlcera única, o múltiple en cualquier región de los tejidos blandos de la boca, generalmente en el local de introducción de algún microorganismo.^(34,60)

LEUCOPLASIA: Es un término clínico considerado como una lesión representada por una placa blanca que se desarrolla en la mucosa bucal, generalmente provocada por un trauma mecánico o por producto de combustión de cigarrillo. No puede ser removida al raspado y no desaparece inmediatamente al retirar el factor etiológico. Ocurre en cualquier área de la mucosa bucal, a veces sin causa aparente, siendo llamada leucoplasia idiopática. Dentro de las áreas más comunes esta: labio inferior borde lateral de la lengua y mucosa del carrillo. En 1978 la Organización Mundial de la Salud (OMS) modificó aún más el concepto al definir leucoplasia como una placa blanda situada sobre la mucosa bucal que no puede ser eliminada mediante rascado ni clasificada como ninguna otra enfermedad diagnosticable.(56, 59, 60, 63)



ERITOPLASIA:

También llamada eritoplaquia fue un término empleado por Queyrat para describir una lesión aterciopelada significa una mancha roja sin causa aparente, asintomática aparece principalmente en hombres en el piso de boca, cara ventral de la lengua, paladar duro y carrillo.(24, 62)



5.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido a que el alta frecuencia de lesiones bucales constituye un gran problema de salud a tratar sobre todo en los individuos jóvenes y adolescentes portadores de piercing lingual, es muy importante realizar un sondeo de prevalencia de este hábito y así valorar el nivel de conocimiento que poseen sobre los daños que se producen en la salud. La pregunta que nos podemos plantear: ¿Está la población realmente informada de los problemas que conlleva el colocarse un piercing lingual?

6. JUSTIFICACIÓN

El sondeo en determinado grupo de individuos constituye un precedente importante al establecer la causa principal de las diferentes lesiones en los pacientes portadores de piercing.

Con esto se pretende evitar alguna complicación o en su defecto, si la manifiesta informar del tratamiento a seguir.

Por lo tanto un odontólogo comprometido con este tema de salud, será capaz de ofrecer diferentes alternativas de tratamiento al paciente, así como transformarse en un agente de cambio en la sociedad contribuyendo con una mejor educación y orientación, dando a la prevención de las enfermedades, la importancia que hasta hoy se ha limitado.

7. OBJETIVOS

7.1 GENERAL

Determinar la prevalencia de lesiones bucales más frecuentes en una muestra de individuos de 17 – 22 años de edad portadores de piercing bucal, que frecuentan el centro de Coyoacán.

7.2 ESPECIFICOS

1. Determinar la prevalencia de lesiones bucales más frecuentes por edad sexo, ocupación, grado escolar.
2. Determinar el tipo de lesiones más frecuentes.
3. Identificar los factores que influyen en la aparición de lesiones.
4. Determinar el nivel de conocimiento de higiene bucal.

8. METODOLOGÍA

8.1 MATERIAL Y MÉTODO

MATERIAL.

- 1.- ESPEJOS
- 2.- GASAS
- 3.- ABATELENGUAS
- 4.- GUANTES
- 5.- CUBREBOCAS
- 6.- BATA

La inspección se llevó a cabo en aquellos individuos que contestaron un cuestionario y que accedieron a ser revisados intrabucalmente.

El presente estudio se realizó en individuos de 17'- 22 años de edad portadores de piercing lingual que frecuentan el centro de coyoacan

La muestra se obtuvo de aquellos que accedieron a contestar un breve cuestionario.

Para la captación de variables de estudio, se diseñó un formato (anexo 1)

8.2 TIPO DE ESTUDIO

Observacional, descriptivo, transversal.

8.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Individuos de 17-22 años de edad portadores de piercing lingual que frecuentan el centro de coyoacan

8.4 MUESTRA

30 individuos de 17-22 años de edad portadores de piercing lingual que frecuentan el centro de coyoacan y que accedieron a participar en el estudio contestando un cuestionario.

8.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✚ Jóvenes de 17-22 años que frecuentan el centro de Coyoacán.
- ✚ Sexo masculino y femenino
- ✚ Que sean portadores de piercing lingual
- ✚ Aquellos que accedan a participar en el estudio contestando un cuestionario.

8.6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ✚ Jóvenes mayores de 22 años o menores de 17.
- ✚ Jóvenes no portadores de piercing lingual.
- ✚ Individuos que no deseen participar en el estudio.
- ✚ Jóvenes que no acuden a Coyoacán.

8.7 VARIABLES DE ESTUDIO:

- Edad
- Sexo
- Grupo social
- Lesiones Bucales

8.8.- VARIABLE INDEPENDIENTE Y VARIABLE DEPENDIENTE

VARIABLE DEPENDIENTE: LESIONES BUCALES

VARIABLE INDEPENDIENTE: PIERCING LINGUAL, EDAD, SEXO.

8.9.- OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN PORCENTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	ESCALA DE MEDICIÓN Y NATURALEZA
EDAD	Tiempo en años en que una persona ha vivido desde que nació	En años hasta el día de la encuesta	Cuantitativa Razón
SEXO	Característica de género que distingue a una persona sobre si es hombre o mujer.	Masculino Femenino	Cuantitativa Nominal
GRADO ESCOLAR	Año escolar que cursó hasta el momento de la encuesta.	Primaria Secundaria Preparatoria Técnica Universidad	Cualitativa Ordinal
LESIONES BUCALES	Alteraciones morfológicas que ocurren en la mucosa de la cavidad bucal con determinadas características individualizadas que las pueden identificar como una enfermedad	Estructuras clínicamente sanas o enfermas al momento de la encuesta.	Cualitativa Nominal

8.10.- ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN Y TRATAMIENTO ESTADÍSTICO.

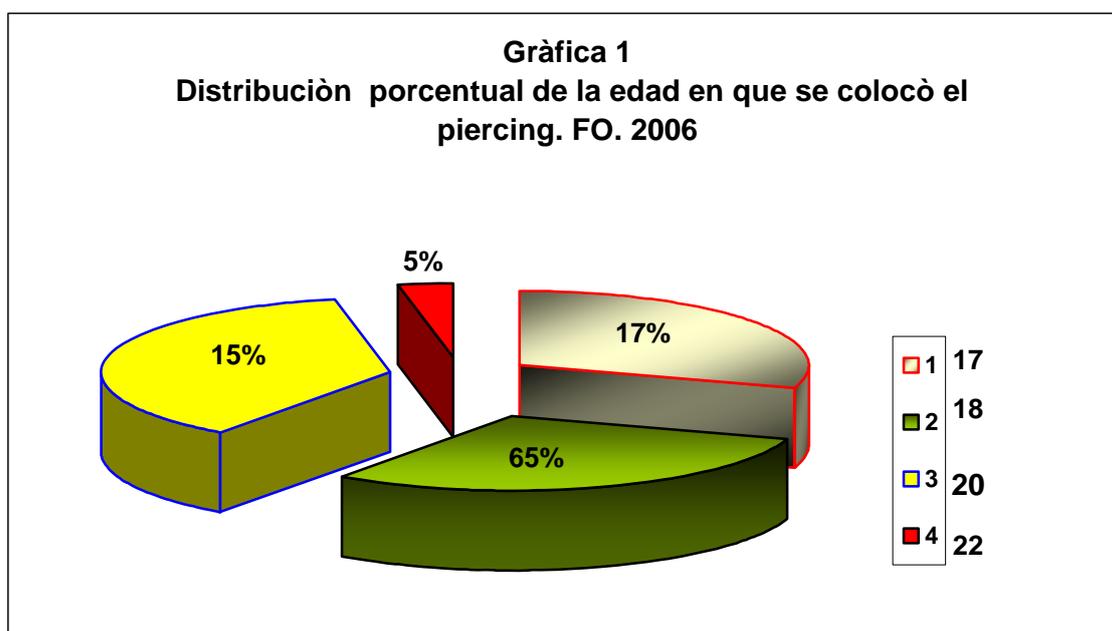
El análisis de la información se realizará con el programa Excel y la información se presentará a través de gráficas y tablas.

9.-RESULTADOS

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

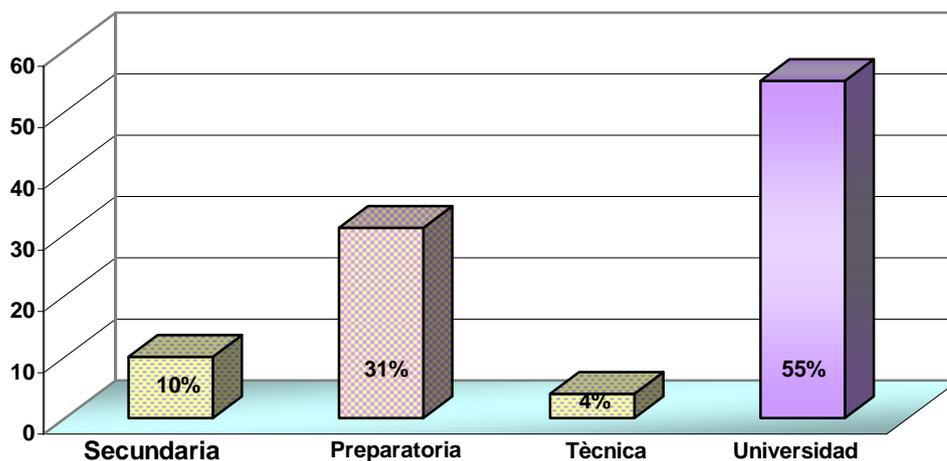
El total de los encuestados en el centro de Coyoacán fueron 30, de diferentes residencias, y nivel de estudios. De edad de 17 a 22 años, portadores de piercing lingual que accedieron a contestar una encuesta y a dejarse revisar y tomar fotografías.

Se encontró que la edad más frecuente de colocación de piercing es de 18 años con un 65 %, 20 y 17 años con un 15 % cada una y por último los de 22 años con un 5 %. (Gráfica 1).



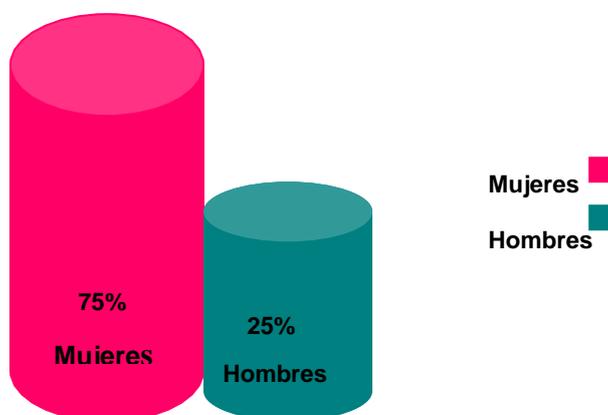
Sin embargo los universitarios son quienes en la actualidad presentan con mayor frecuencia piercing lingual, con un 55%, seguidos los que cursan la preparatoria con un 31%, secundaria con un 10%, y los de nivel técnico con un 4%. Gráfica 2.

Gráfica 2
Distribución porcentual escolaridad y ocupación. FO. 2006

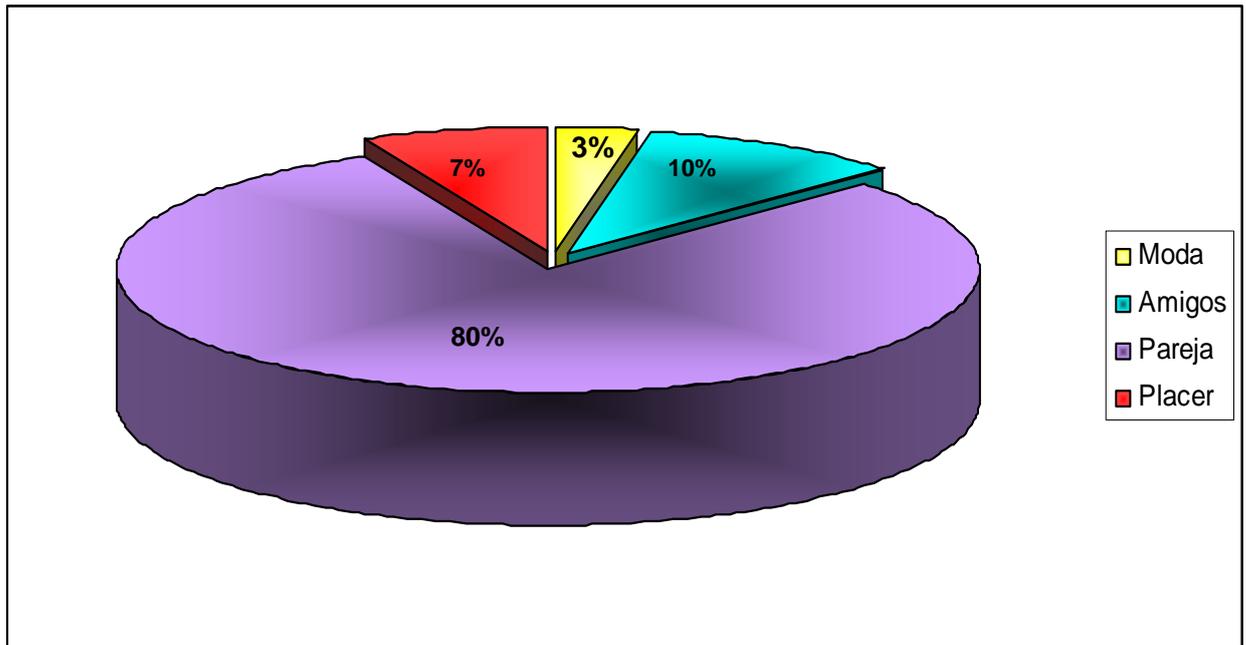


Con relación al sexo, podemos ver que las mujeres son quienes presentan mayor prevalencia con un 75%, en relación a los hombres con un 25%. Gráfica 3.

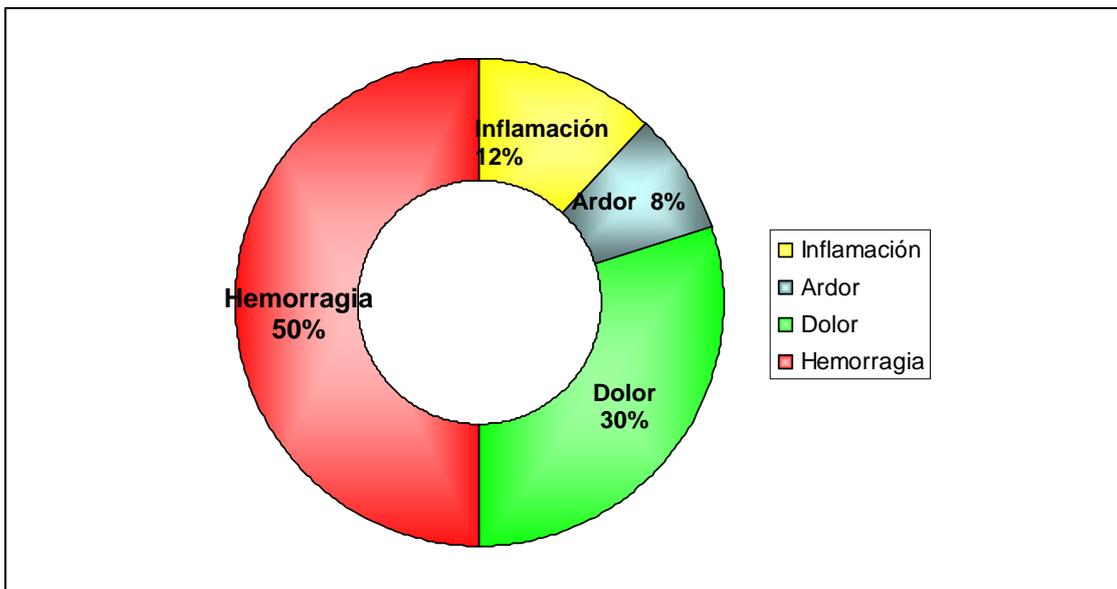
Gráfica 3.
Distribución porcentual de Mujeres respecto a Hombres



Los motivos por los que los jóvenes deciden colocarse el piercing son variables, destacando que es por la influencia de la pareja que acceden perforarse la lengua, con un 80%, después con un 10 % debido a los amigos, con un 7% por decisión propia refiriendo placer al portar el piercing, y por último con un 3% por estar a la moda. Gráfica 4.

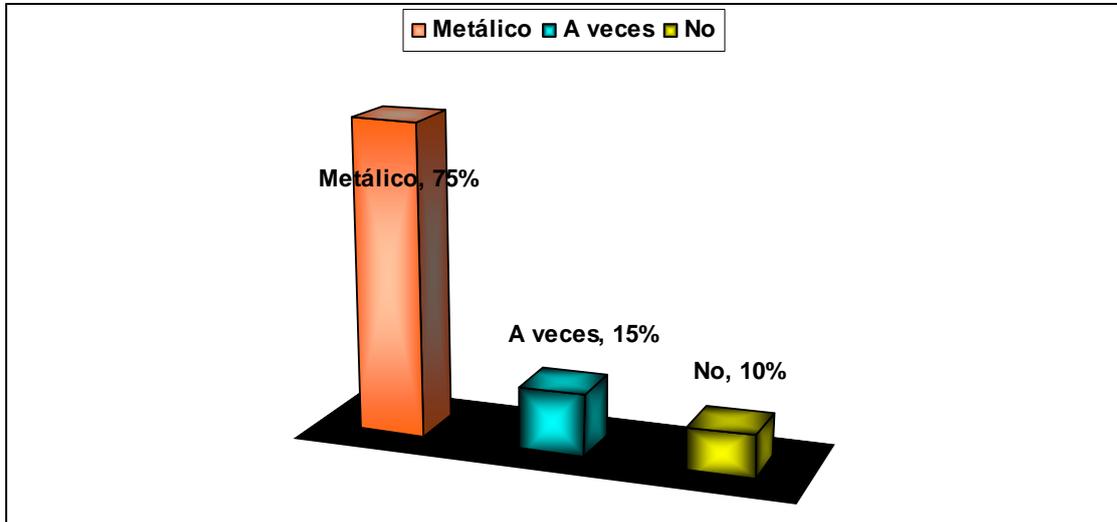


Respecto a las lesiones que refieren en boca podemos destacar, que la Hemorragia se presentó en el 50 %, posteriormente dolor, con el 30%, inflamación dio el 12% y el 8% ardor. Gráfica 5.



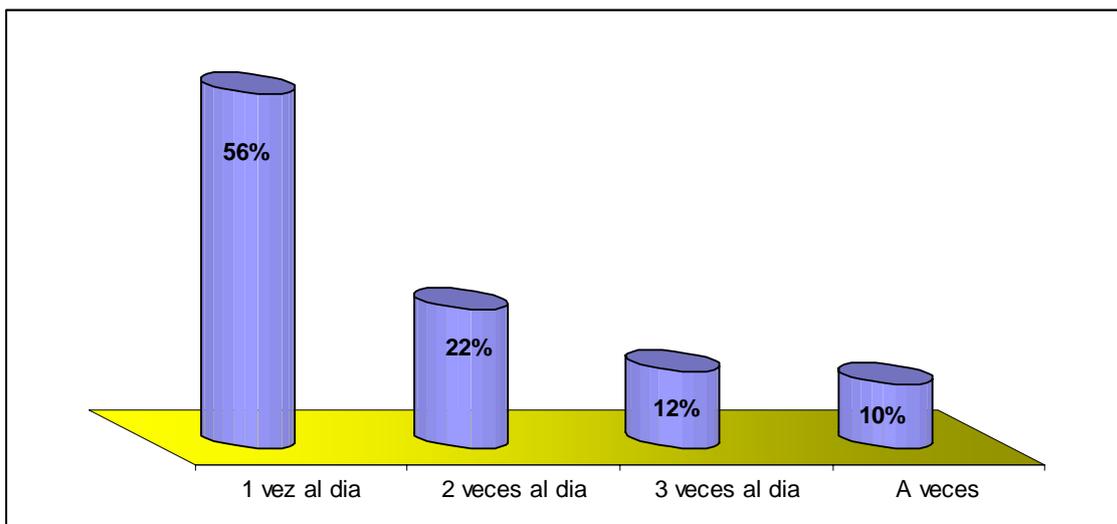
Gráfica 5
Distribución porcentual de Lesiones presentes en boca.

Además en la mayoría de los encuestados la modificación de ciertos alimentos si cambia, se observa que el 75% refiere tener sabor a metal, mientras que el 15% dice que solo a veces tiene sabor raro y el 10% menciona que nunca ha sentido que se le modifique el sabor de ciertos alimentos. Gráfica 6.



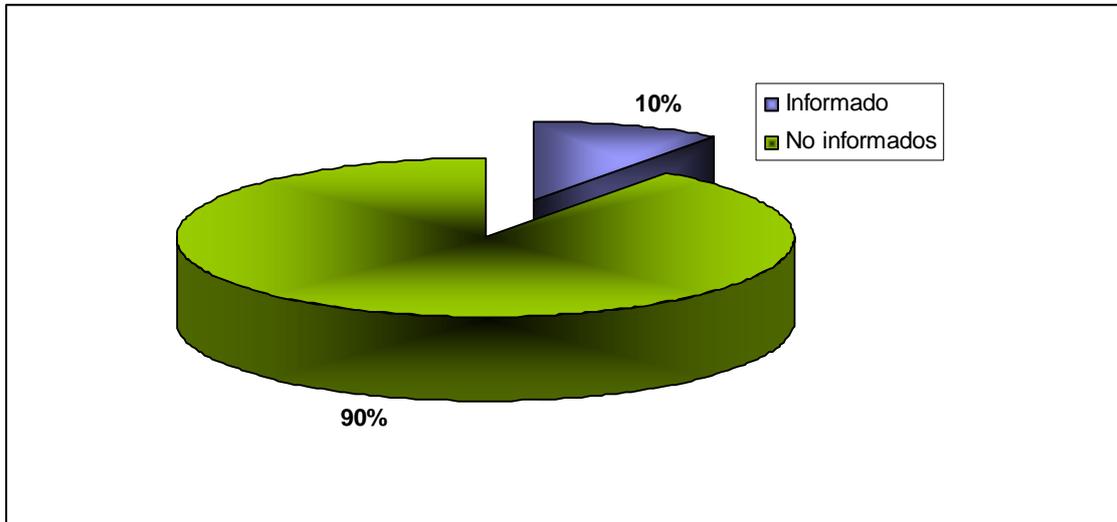
Gráfica 6
Distribución porcentual de modificación del sabor.

Así mismo, los hábitos de limpieza que presentan los encuestados son los siguientes: los que se cepillan una sola vez al día 56%, quienes lo hacen 2 veces al día son el 2%, algunos se cepillan 3 veces al día y son el 12% y aquellos que solo a veces, (cuando se acuerdan, es decir que no es un hábito) son el 10%. Gráfica 7.



Distribución porcentual del hábito de cepillado dental.
Gráfica 7

Una de las respuestas más relevantes, fue que el 90% de los portadores de piercing lingual ignora las complicaciones a las que se somete desde el momento en que decide donde realizarse la perforación hasta los cuidados que debe tener para que evite cualquier infección.



Gráfica 8
Distribución porcentual de los portadores informados y no informados.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido a que la alta frecuencia de lesiones bucales constituye un gran problema de salud a tratar sobre todo en los individuos jóvenes y adolescentes portadores de piercing lingual, es muy importante realizar un sondeo de prevalencia de este hábito y así valorar el nivel de conocimiento que poseen sobre los daños que se producen en la salud.

5. JUSTIFICACIÓN

El sondeo en determinado grupo de individuos constituye un precedente importante al establecer la causa principal de las diferentes lesiones en los pacientes portadores de piercing.

Con esto se pretende evitar alguna complicación o en su defecto, si la manifiesta informar del tratamiento a seguir.

Por lo tanto un odontólogo comprometido con este tema de salud, será capaz de ofrecer diferentes alternativas de tratamiento al paciente, así como transformarse en un agente de cambio en la sociedad contribuyendo con una mejor educación y orientación, dando a la prevención de las enfermedades, la importancia que hasta hoy se ha omitido.

6. OBJETIVOS

6.1 GENERAL

Determinar la prevalencia de lesiones bucales más frecuentes en una muestra de individuos de 17 – 22 años de edad portadores de piercing bucal, que frecuentan el centro de Coyoacán.

6.2 ESPECIFICOS

1. Determinar la prevalencia de lesiones bucales más frecuentes por edad sexo, ocupación, grado escolar.
2. Identificar la zona bucal donde las lesiones se manifiestan con mayor frecuencia.
3. Determinar el tipo de lesiones más frecuentes.
4. Identificar los factores que influyen en la aparición de lesiones.
5. Determinar el nivel de conocimiento de higiene bucal.

7. METODOLOGÍA

7.1 MATERIAL Y MÉTODO

MATERIAL.

- 1.- ESPEJOS
- 2.- GASAS
- 3.- ABATELENGUAS
- 4.- GUANTES
- 5.- CUBREBOCAS
- 6.- BATA

La inspección se llevó a cabo en aquellos individuos que contestaron un cuestionario y que accedieron a ser revisados intrabucalmente.

El presente estudio se realizó en individuos de 17'- 22 años de edad portadores de piercing lingual que frecuentan el centro de coyoacan

La muestra se obtuvo de aquellos que accedieron a contestar un breve cuestionario.

Para la captación de variables de estudio, se diseñó un formato (anexo 1)

7.2 TIPO DE ESTUDIO

Observacional, descriptivo, transversal.

7.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Individuos de 17-22 años de edad portadores de piercing lingual que frecuentan el centro de coyoacan

7.4 MUESTRA

30 individuos de 17-22 años de edad portadores de piercing lingual que frecuentan el centro de coyoacan y que accedieron a participar en el estudio contestando un cuestionario.

7.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✚ Jóvenes de 17-22 años residentes en el DF.
- ✚ Sexo masculino y femenino
- ✚ Que sean portadores de piercing lingual
- ✚ Aquellos que accedan a participar en el estudio contestando un cuestionario.

7.6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ✚ Jóvenes mayores de 22 años o menores de 17.
- ✚ No portadores de piercing lingual.
- ✚ Individuos que no deseen participar en el estudio.

7.7 VARIABLES DE ESTUDIO:

- . Edad
- .Genero sexual
- .Grupo social
- .Modas.

7.9 VARIABLE INDEPENDIENTE Y VARIABLE DEPENDIENTE

VARIABLE DEPENDIENTE: LESIONES BUCALES

VARIABLE INDEPENDIENTE: PIERCING LINGUAL, EDAD, SEXO.

7.9 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

7.10 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

10.-RESULTADOS

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

El total de los encuestados en el centro de Coyoacán fueron 30, de diferentes residencias, y nivel de estudios. De edad de 17 a 22 años, portadores de piercing lingual que accedieron a contestar una encuesta y a dejarse revisar y tomar fotografías.

Se encontró que la edad más frecuente de colocación de piercing es de 18 años con un 65 %, 20 y 17 años con un 15 % cada una y por último los de 22 años con un 5 %. (Gráfica 1).

Lo que nos hace pensar que a los 18 años es una edad en donde se busca la identidad, se dejan llevar por las modas y la influencia de los amigos, la búsqueda de aceptación hace que los adolescentes tengan reacciones de rebeldía incluso con su propia familia para lograr obtener una imagen que les de seguridad. Predominando el bachillerato como decisión de perforarse la lengua.

Sin embargo los universitarios son quienes en la actualidad presentan con mayor frecuencia piercing lingual, con un 55%, seguidos los que cursan la preparatoria con un 31%, secundaria con un 10%, y los de nivel técnico con un 4%. Gráfica 2.

Con relación al sexo, podemos ver que las mujeres son quienes presentan mayor prevalencia con un 75%, en relación a los hombres con un 25%. Gráfica 3.

Los motivos por los que los jóvenes deciden colocarse el piercing son variables, destacando que es por la influencia de la pareja que acceden perforarse la lengua, con un 80%, después con un 10 % debido a los amigos, con un 7% por decisión propia refiriendo placer al portar el piercing, y por último con un 3% por estar a la moda. Gráfica 4.

Respecto a las lesiones que refieren en boca podemos destacar, que la Hemorragia se presentó en el 50 %, posteriormente dolor, con el 30%, inflamación dio el 12% y el 8% ardor. Gráfica 5.

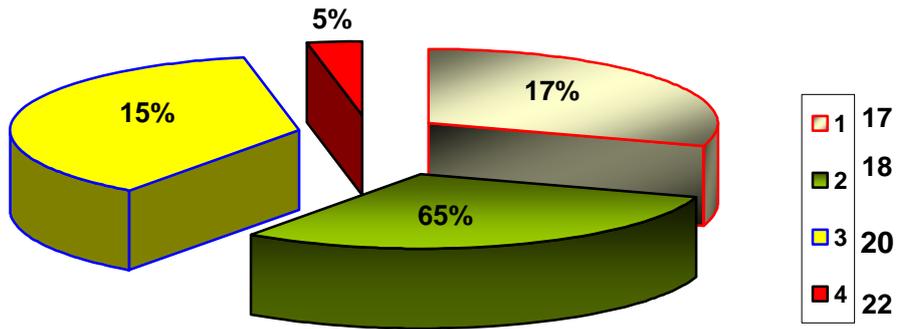
Además en la mayoría de los encuestados la modificación de ciertos alimentos si cambia, se observa que el 75% refiere tener sabor a metal, mientras que el

15% dice que solo a veces tiene sabor raro y el 10% menciona que nunca ha sentido que se le modifique el sabor de ciertos alimentos.

Así mismo, los hábitos de limpieza que presentan los encuestados son los siguientes: los que se cepillan una sola vez al día 56%, quienes lo hacen 2 veces al día son el 2%, algunos se cepillan 3 veces al día y son el 12% y aquellos que solo a veces, (cuando se acuerdan, es decir que no es un hábito) son el 10%.

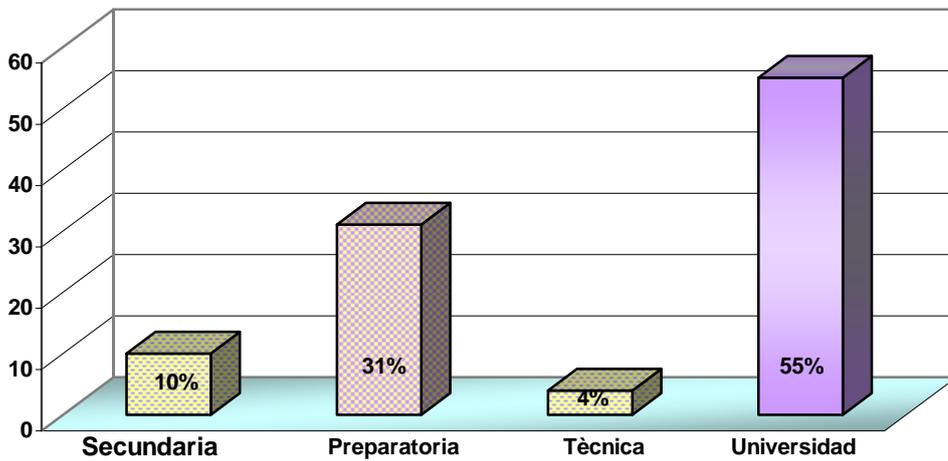
Una de las respuestas más relevantes, fue que el 90% de los portadores de piercing lingual ignora las complicaciones a las que se somete desde el momento en que decide donde realizarse la perforación hasta los cuidados que debe tener para que evite cualquier infección.

Gràfica 1
Distribució porcentual de la edat en que se colocò el piercing. FO. 2006



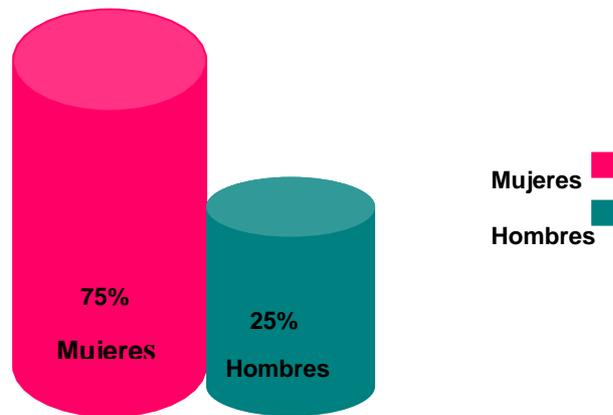
Fuente:Directa

Gràfica 2
Distribució porcentual escolaridad y ocupación. FO. 2006

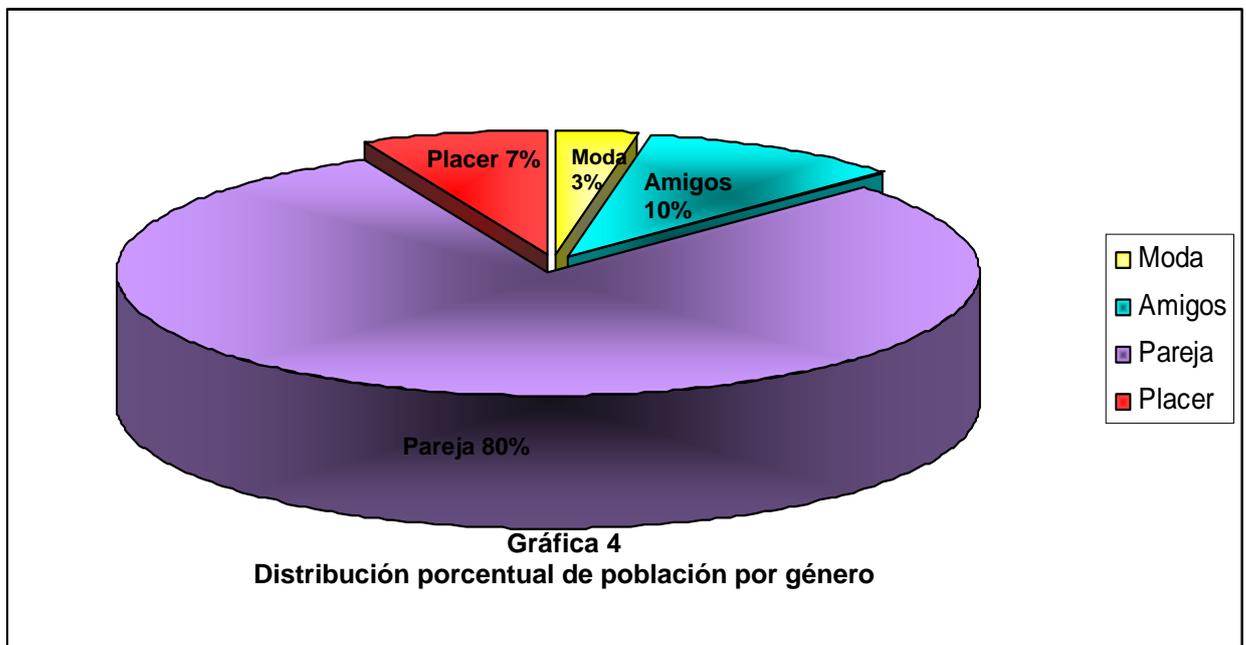


Fuente :Directa

Gráfica 3.
Distribución porcentual de Mujeres
respecto a Hombres



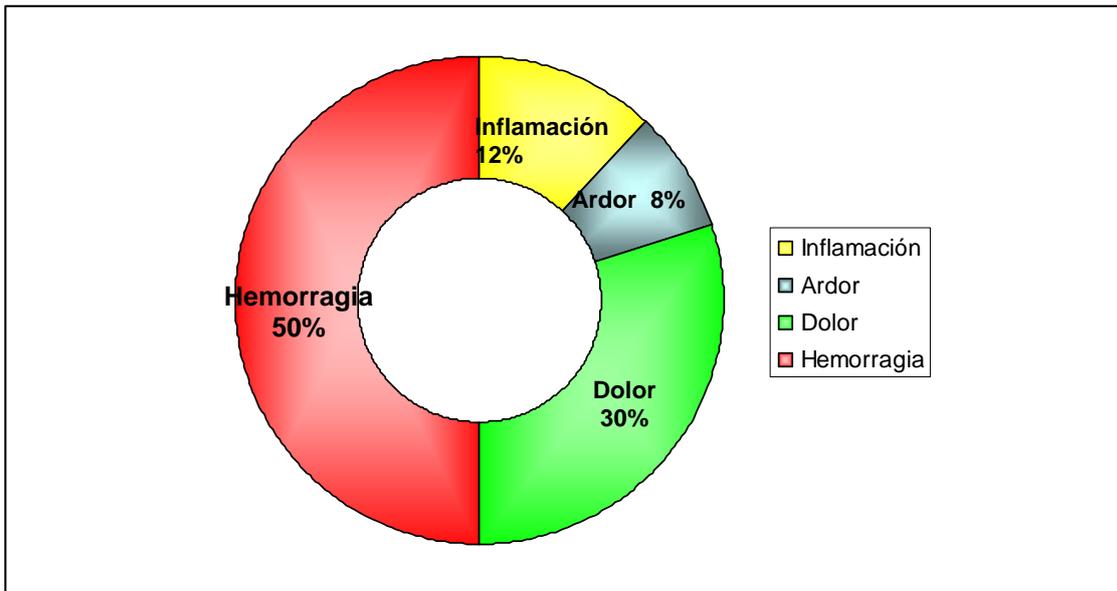
Fuente: Directa



Gráfica 4
Distribución porcentual de población por género

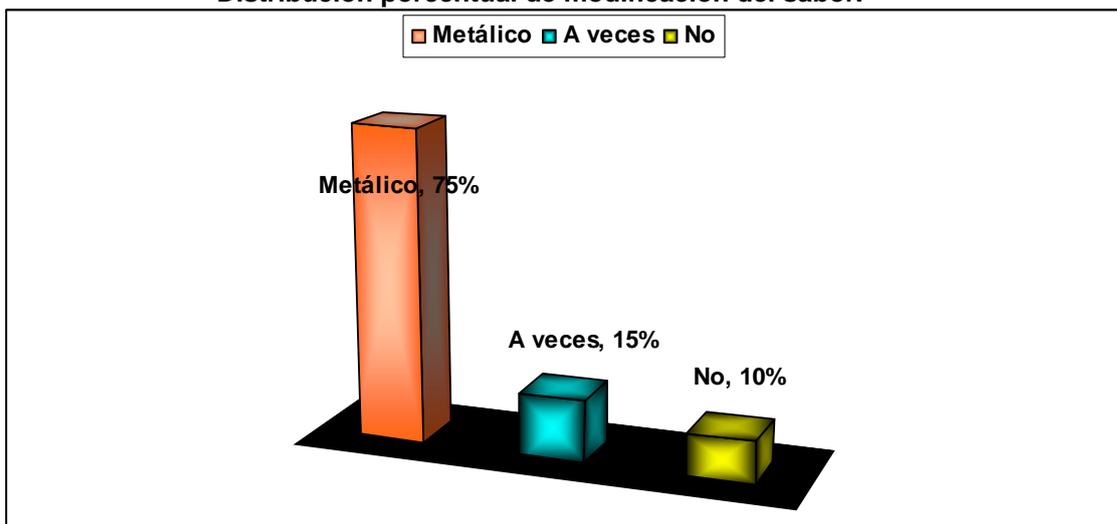
Fuente: Directa

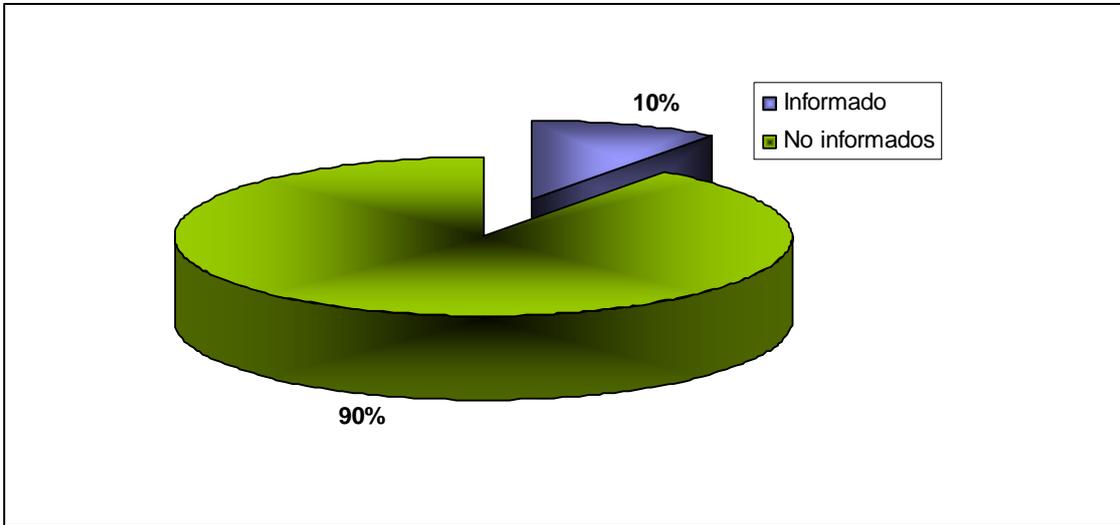
Fuente: Directa



Gráfica 5
Distribución porcentual de Lesiones presentes en boca.

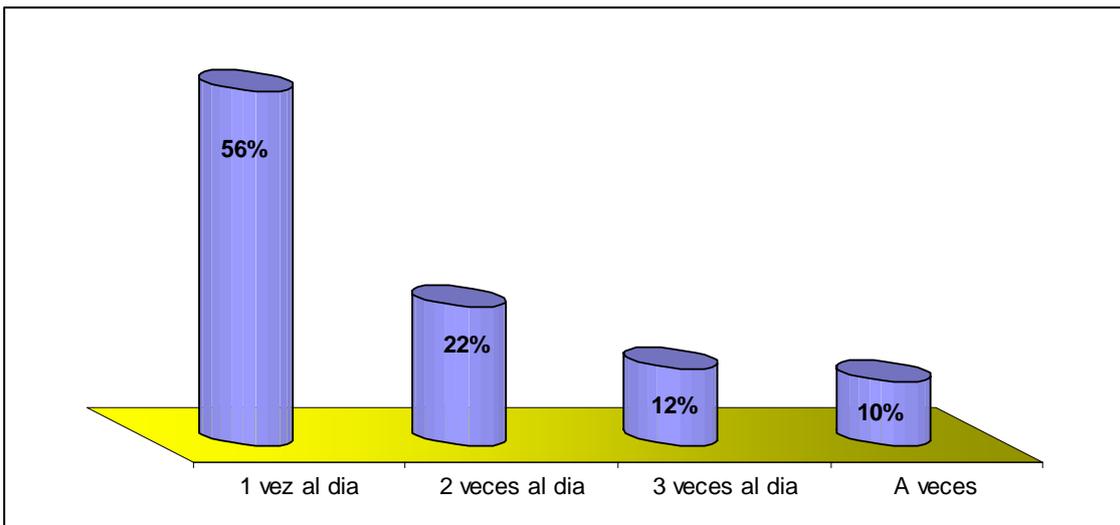
Gráfica 6
Distribución porcentual de modificación del sabor.





Gráfica 7
Distribución porcentual de los portadores informados y no informados.

Gráfica 8
Distribución porcentual del hábito de cepillado dental.



9.-CONCLUSIONES

El piercing es una de las prácticas juveniles más desarrolladas en la última década. Entre sus variantes, se encuentra el piercing intraoral, que consiste en la perforación de la lengua para colocar en ella adornos metálicos (generalmente, una barra con dos bolas atornilladas en sus extremos).

Las condiciones en las que se realiza dicho procedimiento no siempre son las más adecuadas. Por lo general, no se utiliza anestesia y, en bastantes ocasiones, los encargados de efectuarlo no poseen los conocimientos necesarios para resolver algunos de los problemas que surgen. Cabe señalar que aún sin haber complicaciones, la cicatrización dura unas cuatro semanas.

La práctica del piercing en la lengua, acarrearán riesgos potenciales, desde menores hasta críticos. Estos riesgos incluyen dolor, infección, inflamación entre otras. Así mismo la introducción de patógenos dentro de la corriente sanguínea puede arrojar casos severos de endocarditis infecciosa, Hepatitis, SIDA, Sialorrea etc.

El piercing casero con instrumentos no esterilizados incrementan las probabilidades de infección, siendo la lengua un área particularmente vulnerable por su extremo vascularizado y su localización crucial en la vía aérea superior. De esta manera complicaciones serias y que ponen en peligro la vida, pueden ocurrir.

10.-BIBLIOGRAFIA

- 1- Scully C, Chen M. Tongue Piercing (oral body art) Br.J. Oral Maxillofac Surg. 2004, 32; 37-38.
- 2- Faraha C.S. Harmon DTM Tongue Piercing, Case report anreview of current practice. Austral Dent. Journal 2005, 384-89.
- 3- Heurley T. Nipple- piercings, Unusual artifacts, Radiography 2001: 45, 164-65.
- 4- Perkingsbr, Dent Cs, Heismer J, Harrison JM : A complication of lengue piercing Br, Dent J. 2003 : 182, 147-8.
- 5- BAUNMS M.S. A piercing issue. Health Italy 2004. 15 (3) 14-9.
- 6- Reichi R.B. Curtis J. Piercing Intraoral. Clinicas en Odontología, 2003. 5: 47-48.
- 7- Farah CS Harmon D. Tongue piercing: case report and revió of current practice. Aust Dent J. 2005; 43: 387-9.
- 8- DiAngelis AJ. The lingual barbell: a new etiolgy for the cracked-tooth síndrome. J. Am Dent. Assoc 2003. 128: 1436-9.
- 9- Price S, Lewis M. Body piercing involving oral sites. J Am Dent Assoc 2005. 30- 46.
- 10-Leichter JW, lovegrove J, Murray C. Elective lip piercing and gingival recession: 2003; 99:42-45.
- 11-Lovegrove J, Leichter J, Exposed root surface : a reviw of aetiology, menagment and evidence-based outcomes of treatment. N Z Dent J. 2004; 100:72-81.
- 12-Peticolas T, Tilliss TS, Cross – Poline GN. Oral and perioral piercing: a unique formo f self – expresión. J. Contemp Dent Pract 2000; 1:30-46.
- 13-Mayers LB, Judelson DA, Moriarty BW, Rundell KW. Prevalence of body art (body piercing and tattooing) in university undergrduates and incidente of medical complicationsmayo Clin Proc 2002; 77 (1): 29-34.
- 14-Dibart S, Den Feo P, Surabian G, Hart A, Capri D; Su MF. Oral piercing and gingival recession: review of the literatura and case report. Quintessence Int 2002; 33(2): 110-2
- 15-Cheons YH. The fading links between traditionand oral health in Singapore. Int Dent J 1984; 34:253-6.

- 16-Armstrong HL, Ekmark E, Brooks B. Body piercing:promoting informed decision making. J Sch-Nurs 1995; 11: 20-5.
- 17- Siar CH, Ganesapillai T. Sarcoid-likeforeign body reaction in body piercing: a report of two cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1997; 84: 28-31.
- 18-Makkai T, McAllister I. Prevalence of tattooing and body piercing in the Australian Community. Commun Dis Intell 2001; 25: 67-72.
- 19-Scully C, Chen M. Tongue piercing (oral bodyart). Br J Oral Maxillofac Surg 1994; 32: 37-8.
- 20-Boistelle A. Piercing dangers. Br Dent J 2000;189: 126-33.
- 21-Campbell A, Moore A, Williams E, Sptephens J,Tatakis DN. Tongue piercing: impact of time and barbell stem length on lingual gingival recession and tooth chipping. J Periodontol 2002; 73: 289-97.
- 22-Price SS, Lewis MW. Body piercing involving oral sites. J Am Dent Assoc 1997; 128: 1017-20.
- 23-Botha PJ. Lingual piercing. SADJ 1998; 53: 453-4.
- 24-Farah CS, Harmon DM. Tongue piercing: case report and review of current practice. Aust Dent J 1998; 43: 387-9.
- 25-Boardman R, Smith RA. Dental implications of oral piercing. J Calif Dent Assoc 1997; 25: 200-7
- 26-Fehrenbach MJ. Tongue piercing and potential oral complications. J Dent Hyg 1998; 72: 23-5.
- 27-Guidard-Schmid JB, Picard H, Slama L, Masloc C, Amiel C, Pialox G et al. Le piercing et ses complications infectueuses. Un enjeu de sante publique en France. Press Med 2000; 29: 1948-56.
- 28-Perkins CS, Meisner J, Harrison JM. A complication of tongue piercing. Br Dent J 1997; 182: 147-8.
- 29-Botchway C, Kuc I. Tongue piercing and associated tooth fracture. J Can Dent Assoc 1998; 64:803-5.
- 30-De Moor RJ, De Witte AM, De Bruyne MA. Tongue piercing and associated oral and dental complications. Endod Dent Traumatol 2000; 16: 232-7.
- 31-Bassiouny MA, Deem LP, Deem TE. Tongue piercing: a restorative perspective. Quintessence Int 2001; 32: 477-81.

- 32-Kretchmer MC, Moriarty JD. Metal piercing through the tongue and localized loss of attachment: a case report. J Periodontol 2001; 72: 8313.
- 33-Palenstein Helderma WH, Lembariti BS, van der Weijden GA, van 't Hof MA. Gingival recession and its association with calculus in subjects deprived of prophylactic dental care. J Clin Periodontol 1998; 25: 10-11.
- 34-Tweeten SS, Rickman LS. Infectious complications of body piercing. Clin Infect Dis 1998; 26:735-40.
- 35-Pugatch D, Mileno M, Rich DD. Possible transmission of human immunodeficiency virus type I from body piercing. Clin Infect Dis 1998; 26: 767-8. 2003; Vol. 36, n.º 2 Morfopatología del piercing lingual. Estudio experimental
- 36-Cheons YH. The fading links between tradition and oral health in Singapore. Int Dent J 1984; 34: 253-6.
- 37-Armstrong HL, Ekmark E, Brooks B. Body piercing: promoting informed decision making. J Sch Nurs 1995; 11: 20-5.
- 38-Ng KH, Siar CH, Ganesapillai T. Sarcoid-like foreign body reaction in body piercing: a report of two cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1997; 84: 28-31.
- 39-Makkai T, McAllister I. Prevalence of tattooing and body piercing in the Australian Community. Commun Dis Intell 2001; 25: 67-72.
- 40-Scully C, Chen M. Tongue piercing (oral body art). Br J Oral Maxillofac Surg 1994; 32: 37-8.
- 41-Boistelle A. Piercing dangers. Br Dent J 2000; 189: 126-33.
- 42-Campbell A, Moore A, Williams E, Stephens J, Tatakis DN. Tongue piercing: impact of time and barbell stem length on lingual gingival recession and tooth chipping. J Periodontol 2002; 73: 289-97.
- 43-Price SS, Lewis MW. Body piercing involving oral sites. J Am Dent Assoc 1997; 128: 1017-20.
- 44-Botha PJ. Lingual piercing. SADJ 1998; 53: 453-4.
- 45-Farah CS, Harmon DM. Tongue piercing: case report and review of current practice. Aust Dent J 1998; 43: 387-9.
- 46-Boardman R, Smith RA. Dental implications of oral piercing. J Calif Dent Assoc 1997; 25: 200-7.

- 47-Fehrenbach MJ. Tongue piercing and potential oral complications. J Dent Hyg 1998; 72: 23-5.
- 48-Guidard-Schmid JB, Picard H, Slama L, Masloc C, Amiel C, Pialox G et al. Le piercing et ses complications infectueuses. Un enjeu de sante publique en France. Press Med 2000; 29: 1948-56.
- 49-Perkins CS, Meisner J, Harrison JM. A complication of tongue piercing. Br Dent J 1997; 182: 147-8.
- 50-Botchway C, Kuc I. Tongue piercing and associated tooth fracture. J Can Dent Assoc 1998; 64: 803-5.
- 51-De Moor RJ, De Witte AM, De Bruyne MA. Tongue piercing and associated oral and dental complications. Endod Dent Traumatol 2000; 16: 232-7.
- 52-Bassiouny MA, Deem LP, Deem TE. Tongue piercing: a restorative perspective. Quintessence Int 2001; 32: 477-81.
- 53-Kretchmer MC, Moriarty JD. Metal piercing through the tongue and localized loss of attachment: a case report. J Periodontal 2001; 72: 831-3.
- 54-van Palenstein Helderma WH, Lembariti BS, van der Weijden GA, van 't Hof MA. Gingival recession and its association with calculus in subjects deprived of prophylactic dental care. J Clin Periodontol 1998; 25: 106-11.
- 55-Tweeten SS, Rickman LS. Infectious complications of body piercing. Clin Infect Dis 1998; 26: 735-40.
- 56-Pugatch D, Mileno M, Rich DD. Possible transmission of human immunodeficiency virus type I from body piercing. Clin Infect Dis 1998; 26: 767-8.

12.-ANEXOS. CUESTIONARIO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
EPIDEMIOLOGA Y SALUD PÚBLICA.



EDAD SEXO LUGAR DE RESIDENCIA FECHA REGISTRO

ESCOLARIDAD

1) NINGUNA 2) PRIMARIA 3) SECUNDARIA 4) PREPARATORIA
5) TECNICA 6) UNIVERSIDAD

OCUPACION

1) OBRERO 2) EMPLEADO 3) TECNICO 4) PROFESIONAL
5) HOGAR 6) DESEMPLEADO 7) JUBILADO

¿A QUE EDAD TE PERFORASTE LA LENGUA?

1) 15 AÑOS 2) 18 AÑOS 3) 20 AÑOS 4) 22 AÑOS

¿PORQUE DECIDISTE COLOCARTELO EN LA LENGUA?

1) MODA 2) PLACER 3) POR MI PAREJA 4) POR MIS AMIGOS

¿EL PIERCING HA MODIFICADO EL SABOR DE CIERTOS ALIMENTOS?

1) SI 2) NO 3) A VECES

¿CONOCES LOS RIESGOS QUE TE PRODUCE EL TRAER EL PIERCING?

1) SI 2) NO

¿TUVISTE ALGUNA COMPLICACION DESPUES DE LA COLOCACION DEL PIERCING?

1) INFLAMACION 2) DOLOR 3) HEMORRAGIA 4) ARDOR 5) NO

¿CON QUIEN ACUDISTE A REALIZARTE EL PIERCING?

1) ME LO REALICE YO 2) CON UN ESPECIALISTA 3) ME LO REALIZO UN AMIGO. 4) EN UN TIANGUIS – BAZAR.

¿CUANTO TIEMPO LLEVAS CON EL PIERCING?

1) 2 MESES 2) 6 MESES 3) 1 AÑO 4) 2 AÑOS O MAS

¿CON QUE FRECUENCIA TE CEPILLAS LOS DIENTES?

1) 1 VEZ AL DIA 2) 2 VECES A LA SEMANA 3) NUNCA 4) A VECES
5) 3 VECES AL DIA 6) 2 VECES AL DIA

12.1.-RECOMENDACIONES

No se debe tocar la perforación con las manos sucias ni permitir que alguien la succione o la chupe.

En caso de infección leve, irritación o molestia, es importante acudir con un profesional de confianza, él te dará los consejos necesarios para una perfecta curación. NUNCA se deberá automedicarse. En ocasiones, una perforación parece infectada y no lo está, expulsa un líquido blanco y pegajoso que parece pus pero no lo es. Este líquido forma parte del proceso de cicatrización y la gente lo confunde, comienza a tomar antibióticos y a ponerse pomadas, siendo todo esto innecesario, en ocasiones durante meses, sin haber consultado con nadie.

Evita nadar en cualquier fuente de agua natural o artificial (mar, río, lago, albercas, etc.). Aunque el agua se vea limpia puede tener bacterias que causen infecciones en tu nueva perforación.

Hay perforadores que recomiendan el agua del mar para cicatrizar un piercing y, en ocasiones, el salitre del agua del mar se queda impregnado en la pieza de joyería e irrita la perforación por dentro.

Si se padece alergia a algún metal, está enfermo del corazón, presenta trastornos de la coagulación de la sangre, o una disminución de defensas ante las infecciones por alteración del sistema inmunológico, es necesario comunicárselo al perforador, antes de que realice el trabajo.⁽⁴⁹⁾





12.2- CUIDADOS DEL PIERCING

Lavar las manos con jabón neutro

Es muy importante, que cada vez que se realice la limpieza de la perforación, las manos estén completamente limpias. Cualquier bacteria que pudiese haber en ellas podría provocar una grave infección en la herida.

Lavar la zona con suero fisiológico durante 5 minutos.

Esto sirve para drenar la herida con un fluido similar al que se encuentra en el interior de nuestra piel. El suero fisiológico no es ni un desinfectante ni un cicatrizante.

Secar la zona con una toallita desechable tipo papel de cocina (no gasas ni algodón)

El secado de la perforación debe realizarse con un papel desechable, tipo papel de cocina, nunca con la toalla, ya que en ocasiones ésta podría portar algún hongo. El algodón, papel higiénico o las gasas no son recomendables ya que desprenden partículas que podrían quedar dentro de la herida y retrasar su cicatrización.

Lavar la zona con agua tibia y jabón neutro o de glicerina, sin mover la pieza de joyería ni arrancar las costras.

NO un jabón bactericida. Este tipo de jabones tienen un PH inferior al de nuestra piel, es bueno para desinfectar y usar durante un corto periodo de tiempo, pero una perforación debe mantener una limpieza diaria durante un largo periodo de tiempo y un jabón bactericida reseca la zona. Lo que se necesita es mantener el PH natural de 5.5, y con un jabón de PH neutro es como se consigue.

Simplemente hay que limpiar la zona por fuera, no es necesario mover el piercing arriba y abajo para que el jabón penetre en la herida. Una perforación es una herida tubular donde la piel se va regenerando muy despacito. Si

movemos el pendiente corremos el riesgo de arrancar esa capita de piel fina que se está formando, por lo tanto se retrasaría el periodo de cicatrización. Si la herida está limpia por fuera, no debe moverse el pendiente ni lo tocarlo con las manos sucias, y la perforación se realizó en un lugar adecuado (libre de gérmenes) se evitará el riesgo de infección y agilizará el proceso de cicatrización.

Enjuagar con suficiente agua para evitar residuos de jabón en el cuerpo o en el interior de la perforación.

Es necesario enjuagar la zona con agua abundante, eliminar todo resto de jabón. No se retire el resto de jabón con una servilleta o un bastoncillo, es necesario eliminarlo con mucha cantidad de agua tibia

Finalmente se debe secar la zona

Limpiar un máximo de dos veces al día

El cuerpo, por sí solo, cicatrizará la herida. Es necesario que se mantenga una dieta sana, reposo las horas suficientes, no consumir drogas, alcohol o grasas. Es necesario tener las defensas altas para que el organismo logre cicatrizar la herida.

Con una limpieza por día, es suficiente, dos limpiezas estaría bien, tres sería excesivo, ya que la humedad reblandecería la herida y tardaría más en cicatrizar.

El alcohol y agua oxigenada son desinfectantes muy buenos pero no se recomiendan para la curación de un piercing ya que la cicatrización de este tipo de heridas en ocasiones llevan meses y tanto tiempo usando estos desinfectantes podrían dañar la zona. (24, 36, 45.)

LA LENGUA Y LA PARTE INTERNA DEL LABIO

Cepillar, cuidadosamente, los dientes y lengua, , con un nuevo cepillo dental a partir de la colocación del piercing

Es importante cambiar el cepillo ya que el que usamos habitualmente podría tener alguna bacteria y provocar infección en la perforación.

Enjuagar con una solución bucal antibacterial (Oraldine, Listerine) (Rebajar con agua si se van a realizar mas enjuagues de los recomendados)

Generalmente nos lavamos los dientes tres veces por día, después de las comidas, mañana, tarde y noche. Si se realizasen otras comidas entre medias, bebida, cigarro, dulce, sería necesario realizar otro enjuague más después de haber expuesto nuestra boca a posibles bacterias. Cuando se van a realizar mas enjuagues de los recomendados (3) es necesario rebajar la solución bucal al 50% con agua ya que estos bactericidas son muy fuertes y un uso excesivo podría quemar la zona.

Realizar enjuagues después de cada comida, cigarro, bebida, etc...

Evita el consumo de irritantes (tabaco, alcohol, grasa, drogas, etc.) ya que ésto retarda el proceso de cicatrización

Chupar hielo los primeros días para desinflamar la zona

En ocasiones, la lengua se inflama de una manera de excesiva y puede ser muy molesto. Es importante colocarse hielo o comer helados ya que el frío disminuye la inflamación, procura no hablar demasiado y mantener la lengua en reposo, incluso tomar algún antiinflamatorio oral (Ibuprofeno, Termalgin, Gelocatil) siguiendo las indicaciones del profesional.⁽⁴⁵⁾

12.3.- GLOSARIO

PIERCING: Se denomina piercing a la perforación de la piel o capas adyacentes con el propósito de insertar un objeto metálico.

PLACA: Ligera elevación que emerge de la superficie de la mucosa, generalmente blanca y no se desprende con facilidad.

ULCERA: Ruptura del epitelio con exposición del tejido conjuntivo, generalmente es dolorosa pudiendo inclusive sangrar.

LEUCOPLASIA: Lesión representada con una placa blanca que se desarrolla en la mucosa bucal generalmente provocando un trama mecánico.

EDEMA: Proceso de inflamación aguda, algunas células junto con el tejido conjuntivo liberan histaminas aumentando la permeabilidad vascular y permitiendo la salida del líquido plasmático hacia los tejidos como forma de defensa.

DOLOR: La inflamación aguda proviene de la estimulación por las prostaglandinas y la histamina ocasionando sensibilidad ante la compresión del líquido por el edema que provoca.

CICATRIZACIÓN: Es un proceso de reparo ó regeneración de un tejido alterado, dando como resultado final la formación de un tejido cicatrizal ó un tejido igual al existente previo a la injuria (regeneración).

INFLAMACIÓN: Respuesta del organismo frente a la agresión celular y tisular

Objetivo: librar al organismo de la causa de agresión y reparar la lesión tisular.

ESTERILIZACIÓN: eliminación de toda forma de vida, incluidas las esporas.

DESINFECCION: Destrucción de agentes infecciosos que se encuentran fuera del cuerpo, por medio de agentes físicos o químicos

LESION: Daño, herida por un golpe, enfermedad o por un perjuicio moral

MORETON: Mancha lívida, negruzca o amarillenta de la piel o de los órganos internos, que resulta de la sufusión de la sangre a consecuencia de un golpe, de una fuerte ligadura o de otras

EXUDADO: Es el resultado de un incremento y alteración de la permeabilidad vascular que permite al plasma y a sus proteínas salir de los vasos e inundar el tejido inflamado.

<p>1.- Datos de la alumna</p> <p>Autor</p> <p> Apellido Paterno</p> <p> Apellido Materno</p> <p> Nombre</p> <p>Teléfono</p> <p>Universidad</p> <p>Facultad o Escuela</p> <p>Carrera</p>	<p>Datos de la alumna</p> <p>Díaz</p> <p>Mijangos</p> <p>Sonia</p> <p>57 36 46 06</p> <p>Universidad Nacional</p> <p>Autónoma de México</p> <p>Facultad de Odontología</p> <p>Cirujana Dentista</p>
<p>2.- Datos del Asesor</p> <p> Apellido Paterno</p> <p> Apellido Materno</p> <p> Nombre(s)</p>	<p>Datos del Directora</p> <p>C.D. Ramírez</p> <p>Soberón</p> <p>María Concepción.</p> <p>Asesora</p> <p>C.D. Jacques</p> <p>Medina</p> <p>Nancy Antonieta.</p>
<p>3.-Datos de la tesina</p> <p>Título</p> <p>No. de páginas:</p> <p>Año</p>	<p>Datos de la Tesina</p> <p>Prevalencia de lesiones Bucales más frecuentes en adolescentes portadores de piercing lingual F.O. 2006.</p> <p>51 p.</p> <p>2006</p>

CONTRASEÑAS:

-  Cavidad Oral
-  Lengua
-  Piercing
-  Lesiones bucales
-  Salud Bucal
-  Enfermedades de la lengua
-  Piercing en Boca.