



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

---

---



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

LESIONES ASOCIADAS AL USO DE PIERCING  
INTRAORAL.

**T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**C I R U J A N A   D E N T I S T A**

P R E S E N T A:

KARLA PAOLA NIETO HERAS

TUTORA: Mtra. AMALIA CRUZ CHÁVEZ

MÉXICO, D.F.

2014



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.

---

*A mis padres Lulú y Amado por ser el pilar y el motor de mi vida, por guiarme, acompañarme, aconsejarme, estar conmigo siempre, por ser mis mejores amigos, maestros y compañeros de aventuras, por no dejar que me rindiera jamás por mas difícil que se pusiera el camino, porque juntos llegamos a la meta...una meta que no fue nada fácil de alcanzar ya que tuvimos uno que otro obstáculo en el camino, pero que juntos fue más fácil librarlos...porque simple y sencillamente sin ustedes esto no habría sido posible, porque por ustedes hoy soy quien soy...porque son lo mejor de mi vida y los amo infinitamente.*  
**MUCHAS GRACIAS POR SER COMO SON!**

*A mis amigos Eli y Jacobo por formar parte de esta aventura y hacer mas divertido el trayecto...porque en estos años de amistad hemos vivido de todo y seguimos siendo un fabuloso equipo...los adoro!! Gracias por estar ahí siempre.*

*A mi hermano por ser un buen conejillo de indias...te quiero!*

*A mis maestros por enseñarme no solo Odontología...si no a AMAR la Odontología!!*

*A la UNAM por permitirme formar parte de la Máxima casa de estudios...porque formar parte de la Facultad de Odontología ha sido la mejor experiencia de mi vida...porque soy **ORGULLOSAMENTE UNAM!!***

*A los amigos que hice en la Clínica Vallejo y que hoy forman parte de mi vida...por hacer el último año de la carrera una experiencia fabulosa.*

*A cada una de las personas que fueron mis pacientes, porque sin ellos el aprendizaje no habría sido completo.*

*A mi tutora porque sin ella cumplir esta meta no habría sido una realidad... **MUCHAS GRACIAS!!***

---

## INDICE

1.	INTRODUCCIÓN.....	5
2.	OBJETIVOS.....	7
3.	MUCOSA ORAL .....	8
3.1	Clasificación.....	9
4.	ENCÍA.....	13
4.1	Aspecto macroscópico.....	13
4.2	Aspecto microscópico.....	15
5.	ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL PIERCING.....	27
5.1	Definición de piercing.....	28
6.	CLASIFICACIÓN DEL PIERCING .....	32
6.1	Por su composición.....	32
6.2	Por su forma.....	33
6.3	Por su localización.....	34

---

7. LESIONES Y COMPLICACIONES ASOCIADAS AL USO DE PIERCING INTRAORAL.....	37
7.1 En lengua.....	37
7.2 En labio.....	45
7.3 En frenillo.....	48
7.4 En mejillas.....	49
7.5 En úvula.....	49
7.6 Complicaciones generales.....	50
8. RECESIONES GINGIVALES ASOCIADAS AL PIERCING INTRAORAL.....	52
8.1 Definición.....	52
8.2 Etiología.....	54
8.3 Tratamiento.....	56
9. FIBROMA TRAUMÁTICO ASOCIADO AL USO DE PIERCING EN LENGUA (CASO CLÍNICO).....	66
10. CONCLUSIONES.....	71
11. FUENTES DE INFORMACIÓN.....	73

---

## 1. INTRODUCCIÓN

El ser humano ha ido decorando su cuerpo de diversas formas a través de los años y cada una de ellas ha tenido una evolución diferente con base en la cultura, la religión y la situación geográfica en la que se encuentre.

Actualmente el decorado corporal se ha convertido en una moda y un ejemplo claro de esto es el uso de el piercing en diferentes partes del cuerpo, ya que su uso no es exclusivo de un nivel socioeconómico, cultural o religioso si no que es por gusto.

El uso de los piercings pueden causar diversas complicaciones y lesiones en cualquier parte del cuerpo, sin embargo utilizarlos en la cavidad oral resulta más evidente.

La cavidad oral está formada por un conjunto de órganos asociados que realizan en común múltiples funciones específicas, como la masticación, la deglución, la fonación, etc. Cualquier cuerpo extraño, como el piercing, al ser detectado en esta cavidad puede ocasionar una respuesta, incluso de rechazo, favoreciendo lesiones y complicaciones, que pueden llegar a ser muy graves, ya que la mayoría de las veces éste es colocado por personal no capacitado y en condiciones sépticas.

El piercing en la boca, colocado sobre todo en lengua o mucosa labial se ha convertido en el lugar más popular entre los jóvenes. La persistencia de estos aditamentos puede ocasionar inflamación, sialorrea, fracturas dentarias, galvanismo, fibroma traumático, parestesia, desgarros, etc.

Desde el punto de vista periodontal se ha observado que el piercing lingual y labial también pueden ocasionar recesiones gingivales en ciertas zonas, esto debido a la fricción constante que ejerce éste sobre la encía.

---

Finalmente este trabajo tiene como propósito que los Cirujanos Dentistas conozcan los diferentes problemas que pueden presentarse en la cavidad oral, debido al uso de un piercing y de cómo deben ser tratadas algunas de las lesiones provocadas por dicho aditamento; o bien en casos específicos saber remitir al paciente con el especialista adecuado para que lleve a cabo una ruta clínica satisfactoria y recuperar la salud integral del paciente.

---

## 2. OBJETIVOS

- Conocer y determinar las diferentes lesiones y complicaciones que se pueden presentar en pacientes portadores de piercing intraoral y que pueden ocurrir durante o post inserción del piercing.
- Saber las consecuencias que trae consigo el uso de piercing intraoral y como dar tratamiento a algunas de estas lesiones.

---

### 3. MUCOSA ORAL

Se denomina mucosa oral al conjunto de tejidos blandos que recubren la cavidad bucal, se clasifican de acuerdo a su función y localización, puede o no estar unida a la submucosa dependiendo la zona de la que estemos hablando; cada mucosa está compuesta por un epitelio y un tejido conectivo denominado lámina propia que cumplen una función específica cada uno de ellos dependiendo el tipo de mucosa de la que forman parte. El epitelio de la mucosa oral es un epitelio estratificado plano que puede ser queratinizado, paraqueratinizado o no queratinizado; esto forma una barrera de protección entre el medio bucal y el tejido conectivo<sup>1</sup>.

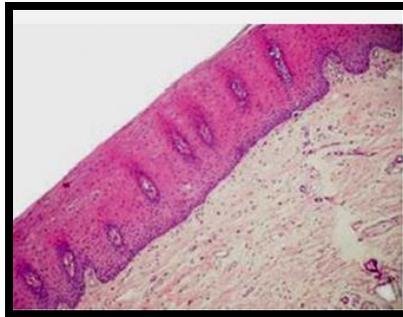


Fig. 1 Imagen histológica de mucosa oral en tinción H-E<sup>2</sup>

La unión que existe entre el epitelio y el tejido conectivo la realiza la membrana basal, que es una estructura que además de otorgar la adhesión mecánica, cumple con múltiples funciones, entre las que se encuentra ser guía o armazón de células epiteliales que se encuentran en proliferación durante la reparación y regeneración tisular<sup>1</sup>.

La lámina propia es una capa gruesa de tejido conectivo de espesor variable que da soporte y nutrición al epitelio; encontramos papilas donde atraviesan

---

vasos y nervios (terminaciones nerviosas sensoriales) que se encargan de la percepción del dolor (nocirreceptores), la temperatura (termorreceptores), y el tacto y la presión (mecanorreceptores); igualmente encontramos células, fibras y sustancia fundamental. El tejido conectivo puede ser laxo, denso o semidenso dependiendo la región<sup>2</sup>.

La submucosa está constituida por tejido conectivo laxo que une la mucosa a los tejidos subyacentes, en la submucosa encontramos glándulas salivales, vasos sanguíneos, nervios y tejido adiposo<sup>2</sup>.

### **3.1 Clasificación**

Para poder hablar de mucosa propiamente es necesario clasificarla en:

- Mucosa de revestimiento
- Mucosa masticatoria
- Mucosa especializada

Esta clasificación nos permite determinar su ubicación en la cavidad oral así como la función que desempeña cada una, ya que tienen una adaptación funcional diferente con base en la influencia mecánica que actúa sobre cada una de ellas en las diferentes regiones de la cavidad oral<sup>1</sup>.

#### **Mucosa de revestimiento**

Esta mucosa la encontramos en la cara interna del labio, paladar blando, cara ventral de la lengua, mejillas y piso de boca. Su función es de protección y es una mucosa con un epitelio no queratinizado; se adapta a la

---

contracción y relajación de las mejillas, labios y lengua durante los movimientos que se producen en la masticación<sup>1</sup> (fig. 2).



Fig. 2 Ejemplos clínicos de mucosa de revestimiento (fuente directa)

### **Mucosa masticatoria**

Como su nombre lo dice está directamente involucrada con las fuerzas de fricción y presión originadas por la masticación. Su fijación es a hueso y no sufre estiramiento. La encontramos en encía y paladar duro. Tiene epitelio queratinizado, muchas crestas epiteliales y un corion denso<sup>2</sup>.



Fig. 3 Ejemplos clínicos de mucosa masticatoria (fuente directa)

### **Mucosa especializada**

Recibe este nombre debido a que en ella encontramos botones gustativos intraepiteliales que tienen como función primordial la recepción de estímulos gustativos, estos botones gustativos se encuentran en el epitelio de las

---

papilas gustativas; que pueden ser: fungiformes, foliadas y caliciformes. Esta mucosa solo podemos encontrarla en la cara dorsal de la lengua<sup>2</sup> (fig. 4).



Fig. 4 Imagen clínica de mucosa especializada (fuente directa)

La lengua es un órgano muscular que tiene como función especial la percepción gustativa. Histológicamente está constituida por mucosa, submucosa y tejido muscular estriado. El epitelio que la constituye es plano estratificado parcialmente queratinizado; la lámina propia está formada por tejido conectivo laxo con células adiposas. Existe una separación de la mucosa con la submucosa que está formada por tejido conectivo denso y firme, sobre todo en la punta de la lengua. En esta porción de la lengua la superficie tiene un aspecto aterciopelado ya que existen proyecciones llamadas *papilas linguales*<sup>2</sup>.

Encontramos 4 tipos de papilas:

- Filiformes: son las más numerosas, se descaman con regularidad ya que están sujetas a cambios nutricionales, suelen ser paraqueratinizadas y carecen de botones gustativos<sup>2</sup>.
- Fungiformes: se encuentran en mayor proporción en la punta de la lengua y en los bordes laterales. Se visualizan como pequeños puntos de intenso color rojo; por lo general tienen entre 3 a 5 botones gustativos en cada una. Por su localización y por su alto contenido de

corion, son las más afectadas en los procesos inflamatorios provocados por irritaciones<sup>2</sup>.

- Caliciformes o circunvaladas: son las más grandes y hay de 7 a 12 distribuidas a lo largo de la V lingual. No sobresalen en la superficie lingual. Están rodeadas por un surco profundo llamado surco circunvalador en cuyo fondo se abren los conductos de pequeñas glándulas de von Ebner que fabrican una saliva que se vierte en el fondo del surco; la secreción disuelve los alimentos facilitando la recepción del gusto y también lava el surco, lo que facilita la captación de nuevos estímulos<sup>2</sup>.
- Foliadas: las encontramos de 3 a 8 en la región lateral posterior de la lengua, tienen lámina propia y corpúsculos gustativos, están separadas entre sí por el surco interpapilar. Son muy abundantes en el recién nacido y escasas en los adultos<sup>2</sup>.

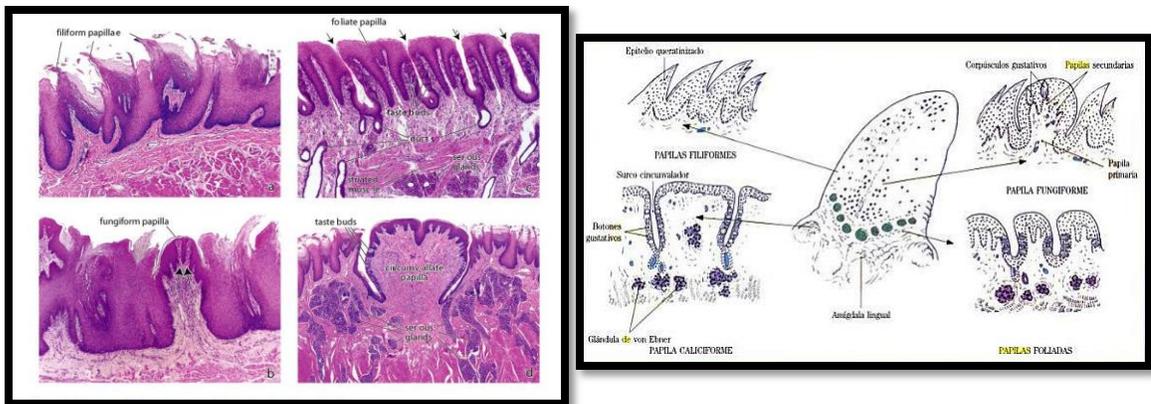


Fig. 5 Distintos tipos de papilas, forma, localización e histología<sup>2</sup>.

---

## 4. ENCÍA

La encía es la parte de la mucosa masticatoria que recubre la apófisis alveolar y rodea la porción cervical de los dientes. La encía adquiere su forma y textura finales con la erupción de los dientes; posee un doble origen embriológico, el tejido epitelial de revestimiento deriva del ectodermo y el tejido conectivo subyacente del mesénquima<sup>3</sup>.

La encía en sentido coronario termina en el margen gingival libre, lo que clínicamente nos permite observar un festoneado de ésta alrededor de los dientes<sup>3</sup>.



Fig. 6 Imagen clínica de encía sana (fuente directa)

### **4.1 Características macroscópicas**

La encía anatómicamente se divide en:

- Encía libre o marginal
- Encía insertada o adherida
- Encía interdental

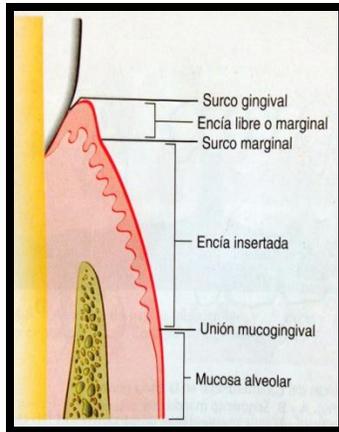


Fig. 7 Esquema de los puntos anatómicos de referencia de la encía<sup>3</sup>

### **Encía libre o marginal**

Es la porción que corresponde al surco gingival y termina en el surco marginal (línea imaginaria), no está unida a hueso. Es el margen terminal o borde de la encía que rodea los dientes a manera de collar. En dirección coronal forma por debajo del área de contacto la papila interdental. Suele tener un 1mm de ancho; forma la pared de tejido blando del surco gingiva<sup>3</sup>.

El surco gingival es un surco poco profundo o el espacio alrededor del diente que conforma la superficie dental y el revestimiento epitelial del margen libre de la encía libre. Tiene forma de V y apenas permite el paso de una sonda periodontal. Y la determinación de su profundidad es un parámetro de diagnóstico básico. En la encía clínicamente sana su profundidad es de 2 a 3mm<sup>3</sup>.

### **Encía insertada o adherida**

Es la continuación de la encía marginal. Está firmemente adherida al periostio del hueso alveolar y a la superficie radicular. Se extiende desde el

---

surco marginal hasta la línea mucogingival y está delimitada por la unión mucogingival<sup>3</sup>.

Su medida varía desde 1-9mm de acuerdo al sitio anatómico, esta medida se obtiene midiendo desde el margen gingival hasta la línea mucogingival, restándole la profundidad del surco; encontrando que en dientes anteriores es más ancha<sup>1</sup>.

### Encía interdental

Ocupa el espacio interproximal debajo del área de contacto del diente. Puede ser piramidal, en donde la punta de la papila se localiza inmediatamente abajo del punto de contacto; o puede ser en forma de “col”, en donde observamos una depresión en forma de valle que conecta una papila vestibular y otra lingual y se adapta a la forma del contacto interproximal que existe. La forma de este tipo de encía depende del punto de contacto entre los dientes contiguos y si existe o no una recesión<sup>3</sup>.

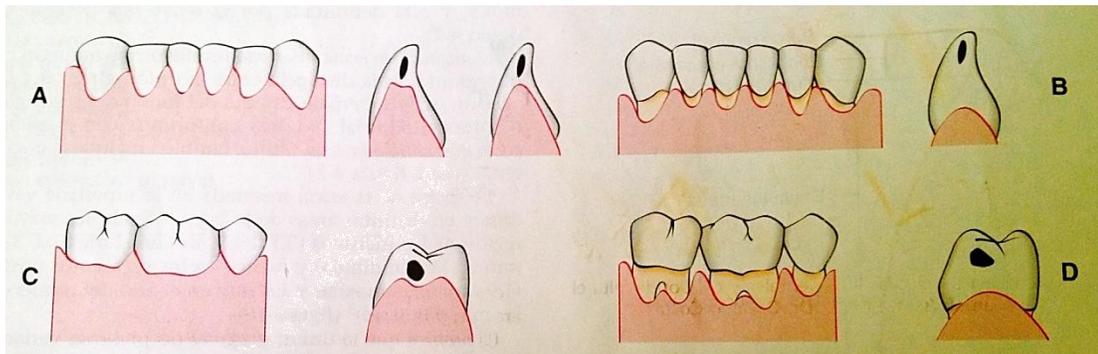


Fig. 8 Variaciones anatómicas del col interdental<sup>3</sup>.

---

## **4.2 Características microscópicas**

La encía está compuesta por tejidos epiteliales y tejido conjuntivo (fig. 12), y el epitelio que recubre la encía puede ser diferenciado en tres tipos; Epitelio bucal, Epitelio del surco y Epitelio de unión.

### ***Epitelio bucal***

Está conectado al tejido conectivo debido a las proyecciones papilares que envía el tejido conectivo hacia el epitelio y la presencia de crestas epiteliales interpapilares, su presencia es un rasgo histológico característico del epitelio bucal. Puede ser queratinizado o paraqueratinizado y ser dividido en estratos celulares<sup>2</sup>

- Capa basal** (estrato basal o germinativo)
- Capa de células espinosas** (estrato espinoso)
- Capa de células granulosa** (estrato granuloso)
- Capa de células queratinizadas** (estrato córneo)

Además de encontrar queratinocitos (células productoras de queratina) que constituyen aproximadamente el 90% de la población celular, el epitelio contiene células como: melanocitos, células de Langerhans, células de Merkel y células inflamatorias<sup>1</sup>.

Los melanocitos se encargan de la producción de melanina que es la responsable de la pigmentación, las células de Langerhans se encargan de la defensa de la mucosa oral; se ha afirmado que estas células reaccionan con los antígenos en proceso de penetración del epitelio, iniciando una respuesta inmunitaria temprana y las células de Merkel tienen una función sensitiva<sup>1</sup>.

---

Las células basales tienen la capacidad de dividirse por mitosis; es por ello que a este estrato que también se le denomina estrato *germinativo*. En un tiempo determinado la cantidad de células que se dividen en la capa basal iguala a la cantidad de células que se desprenden en la superficie y por ello es que en circunstancias normales la renovación celular y la pérdida de células se hallan en equilibrio y el grosor del epitelio es constante<sup>1</sup>.

En el estrato espinoso encontramos queratinocitos que conforme atraviesan el epitelio atraviesan por una diferenciación y especialización continua; van aumentando los tonofilamentos en el citoplasma y la cantidad de desmosomas, mientras que la cantidad de organelos; como las mitocondrias, complejo de Golgi y retículo endoplasmico rugoso va disminuyendo conforme avanza en su recorrido<sup>1</sup>.

En el estrato granuloso hay cuerpos electrodensos de queratohialina y grupos de gránulos de colágeno; aquí ocurre la queratinización de una manera súbita. El citoplasma de las células del estrato corneo está lleno de queratina y se ha perdido todo el aparato para la síntesis de proteínas y la producción de energía<sup>1</sup>.

### **Epitelio del surco**

Este epitelio reviste el surco gingival. Es un epitelio escamoso estratificado fino, no queratinizado, sin prolongaciones epiteliales y se extiende desde el límite coronal del epitelio de unión hasta la cresta del margen gingival. Este epitelio carece de estrato granuloso y córneo, así como de citoqueratinas, normalmente no contiene células de Merkel<sup>2</sup>.

El epitelio del surco tiene el potencial de queratinizarse si es expuesto a la cavidad bucal o si la flora bacteriana del surco se elimina por completo<sup>2</sup>.

---

El epitelio del surco es muy importante porque puede actuar como membrana semipermeable a través del cual los productos bacterianos perjudiciales pasan a la encía y el líquido del tejido de la encía se filtra dentro del surco. Este epitelio no es muy permeado por leucocitos neutrófilos polimorfonucleares (PMN)<sup>3</sup>.

### ***Epitelio de unión***

El epitelio de unión consta de una banda similar a un collar de epitelio escamoso estratificado no queratinizado. Tiene de 3 a 4 capas de espesor en los primeros años de vida, pero el número de estas capas aumenta con la edad hasta 10 o incluso 20 capas. El epitelio de unión se afila desde su extremo coronal, que puede tener el ancho de 10 a 29 células hasta 1 o 2 células en su extremo apical, ubicado en la unión amelocementaria en tejido sano. Estas células se pueden agrupar en dos estratos: la capa basal que da hacia el tejido conjuntivo y la capa suprabasal que se extiende hasta la superficie del diente. La longitud de este epitelio va de 0.25 a 1.35 mm. El epitelio de unión se forma por la confluencia del epitelio bucal y el epitelio reducido del esmalte, sin embargo es totalmente restaurado después de una cirugía o de la instrumentación de la bolsa periodontal y se forma alrededor de un implante<sup>3</sup>.

El epitelio de unión se adhiere a la superficie del diente (adherencia epitelial) mediante una lámina lúcida, a la que se unen los hemidesmosomas. Los hemidesmosomas tienen un papel decisivo en la inserción firme de las células contra la lámina basal interna en la superficie del diente; la adherencia del epitelio de unión al diente es reforzada por las fibras gingivales, que dan apoyo a la encía marginal contra la superficie del diente. Por esta razón, el epitelio de unión y las fibras gingivales forman una unidad funcional, denominada *unión dentogingival*. El epitelio de unión exhibe varias

---

características estructurales y funcionales únicas que contribuyen a prevenir que la flora bacteriana patógena colonice la superficie dental subgingival. En primer lugar, el epitelio de unión se encuentra adherido con firmeza a la superficie del diente, formando una barrera de epitelio contra las bacterias de la placa dentobacteriana; en segundo lugar, permite el acceso del líquido gingival, células inflamatorias y componentes de la defensa inmunológica del huésped al margen gingival y en tercer lugar, las células del epitelio de unión presentan rápida renovación, que contribuye al equilibrio entre huésped y parásito y a la reparación rápida del tejido dañado<sup>3</sup>.

### ***Tejido conectivo o lámina propia***

Esto es tejido denso y posee una gran cantidad de fibras y células; como fibroblastos, células cebadas y macrófagos. Los componentes principales del tejido conectivo gingival son fibras colágenas (60%), fibroblastos (5%), vasos sanguíneos, nervios y matriz (35%)<sup>3</sup>.

El tejido conectivo de la encía es conocido como lámina propia y consiste de 2 capas: una capa papilar subyacente al epitelio, constituida por proyecciones papilares entre las proyecciones interpapilares del epitelio; y otra capa reticular contigua al periostio del hueso alveolar. Tiene un compartimiento celular y uno extracelular compuestos por fibras y sustancia fundamental. Por lo tanto el tejido conectivo gingival es en gran parte un tejido conjuntivo fibroso. La *sustancia fundamental* llena el espacio entre las fibras y las células, es amorfa y tiene un alto contenido de agua. Se compone de proteoglicanos, ácido hialurónico y sulfato de fibronectina<sup>3</sup>.

Los tres tipos de fibras del tejido conectivo son colágeno, reticular y elástico. El colágeno tipo I forma la mayor parte de la lámina propia y proporciona resistencia a la tracción en el tejido gingival. El colágeno tipo IV se ramifica

---

entre los haces de colágeno tipo I y continúa en las fibras de la membrana basal y las paredes de los vasos sanguíneos. El sistema de fibras elásticas está compuesto por fibras de oxitalán, elaunina y elastina distribuidas entre las fibras colágenas. Por lo tanto los haces del colágeno densamente compactados que se encuentran anclados en el cemento acelular con fibras extrínsecas inmediatamente por debajo del punto terminal del epitelio de unión forman la inserción de tejido conectivo. La estabilidad de esta inserción es un factor determinante para la limitación de la migración del epitelio de unión<sup>3</sup>.

En el tejido conectivo de la zona correspondiente a la conexión entre la encía adherida y la marginal se encuentran mezclados gruesos haces de fibras colágenas provenientes del periostio y el ligamento periodontal<sup>2</sup>. En una vista vestibulolingual, las fibras se ordenan en grupos (fig. 13):

**-Gingivodentales:** se extienden desde la encía al cemento dental.

**-Gingivoalveolares:** se extienden desde la encía al periostio de la cresta alveolar

**-Circulares:** forman una banda o anillo alrededor del cuello del diente entrecruzándose con las gingivoalveolares.

**-Periostiodentales:** se dirigen desde el periostio de la vertiente externa de la cresta alveolar hacia el cemento.

**-Transeptales:** se encuentran en la encía interdental y parten del cemento cervical del diente, atraviesan el tejido conectivo y se insertan en el cemento cervical del diente contiguo por encima de la cresta alveolar.

Estas fibras gingivales tienen las siguientes funciones:

- Mantener la encía marginal adosada al diente.
- Proporcionar la rigidez necesaria que apoye las fuerzas de la masticación sin separarse de la superficie dentaria.

- Unir la encía marginal libre con el cemento de la raíz y la encía insertada adyacente.

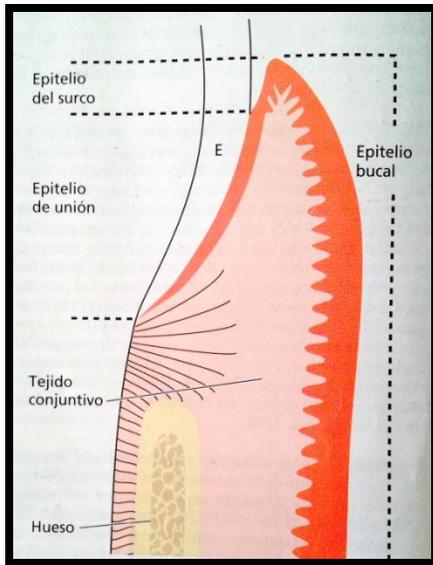


Fig. 9 Composición de la encía<sup>1</sup>.

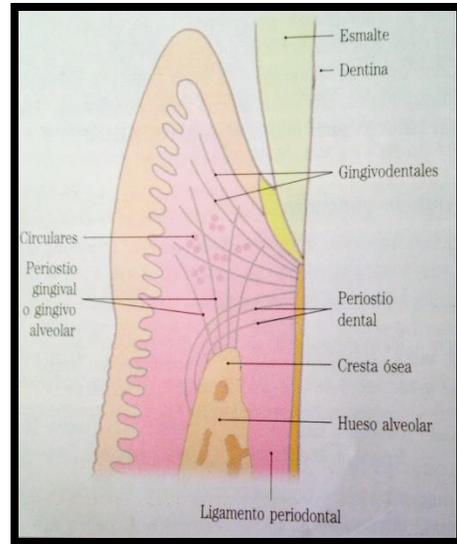


Fig. 10 Fibras gingivales<sup>2</sup>.

### Elementos celulares

El elemento celular preponderante en el tejido conjuntivo gingival es el fibroblasto. Se originan en los tejidos mesenquimatosos y juegan un papel importante en el desarrollo, mantenimiento y reparación del tejido conjuntivo gingival; sintetizan colágeno y fibras elásticas, así como las glicoproteínas en glicosaminoglicanos de la sustancia intercelular amorfa. Los fibroblastos también regulan la degradación del colágeno a través de la fagocitosis y secreción de colagenasas<sup>3</sup>.

Los mastocitos, que se distribuyen en todo el cuerpo, son numerosos en el tejido conectivo de la mucosa bucal y en la encía. Macrófagos fijos e histiocitos se encuentran presentes en el tejido conectivo gingival como componentes del sistema fagocítico mononuclear y se derivan de los

---

monocitos sanguíneos. Las células adiposas y eosinófilas, aunque escasas, también se encuentran presentes en la lámina propia<sup>3</sup>.

En encía clínicamente normal, se encuentran pequeños focos de células plasmáticas y linfocitos en el tejido conectivo, cerca de la base del surco<sup>3</sup>. Los neutrófilos pueden verse en un número relativamente elevado en el tejido conectivo gingival y el surco. Estas células inflamatorias generalmente están presentes en pequeñas cantidades en encía clínicamente sana<sup>3</sup>.

El infiltrado en el área por debajo del epitelio de unión de la encía sana en dientes recién erupcionados en niños se compone principalmente de linfocitos T y por tanto puede interpretarse como un tejido linfoide normal en el sistema de reconocimiento temprano de defensa. A medida que pasa el tiempo, los linfocitos B y las células plasmáticas surgen en mayor proporción para elaborar anticuerpos específicos contra antígenos reconocidos que siempre están presentes en el surco de la encía clínicamente sana<sup>3</sup>.

### **Irrigación e inervación de la encía**

Los vasos sanguíneos y los vasos linfáticos juegan un papel muy importante en el drenaje del líquido del tejido y la propagación de la inflamación. En la gingivitis y la periodontitis, la microcirculación y la formación vascular cambian mucho en la red vascular directamente bajo el epitelio del surco gingival y el epitelio de unión<sup>3</sup>.

Las siguientes son tres fuentes de suministro de sangre de la encía:

1.- Arteriolas suprapariólicas: a lo largo de las superficies vestibulares y linguales del hueso alveolar, desde las cuales se extienden los capilares por el epitelio del surco y entre las proyecciones interpapilares de la superficie gingival externa<sup>3</sup>.

---

2.- Vasos del ligamento periodontal: se extienden hacia la encía y se anastomosan con capilares en el área del surco<sup>3</sup>.

3.- Arteriolas: emergen de la cresta del tabique interdental y se extienden en forma paralela a la cresta del hueso para anastomosarse con vasos del ligamento periodontal, capilares en la zona de la hendidura gingival y con los vasos que se extienden sobre la cresta alveolar<sup>3</sup>.

Debajo del epitelio en la superficie externa de la encía, los capilares se extienden hacia el tejido conectivo papilar entre las proyecciones interpapilares epiteliales. Por todo el epitelio del surco, los capilares están organizados en un plexo anastomosado plano que se extiende paralelo al esmalte, desde la base del surco hasta el margen gingival<sup>3</sup>.

El papel del sistema linfático en la eliminación de exceso de líquidos, residuos celulares y de proteínas, microorganismos y otros elementos es importante el control de la difusión y la resolución de los procesos inflamatorios. El *drenaje linfático* de la encía incorpora los vasos linfáticos del tejido conectivo de las papilas, progresa hacia la red recolectora externa del periostio del proceso alveolar, luego a los ganglios linfáticos regionales<sup>3</sup>.

La *inervación gingival* se deriva de fibras que surgen de los nervios del ligamento periodontal y de los nervios labiales, vestibulares y palatinos<sup>3</sup>.

### **Correlación de las características macroscópicas y microscópicas**

Son las características con las cuales debe describirse todo tejido para determinar su estado de salud y en la que participan tanto las características macroscópicas como las microscópicas.

- ✓ *Color*
- ✓ *Forma*

- 
- ✓ *Consistencia*
  - ✓ *Textura*
  - ✓ *Tamaño*
  - ✓ *Contorno*

### **Color:**

El color es producido por el suministro vascular, el espesor y grado de queratinización del epitelio y la presencia de células con un contenido de pigmento. El color de la encía depende del color de piel del individuo es decir depende casi en su totalidad de la melanina que es la encargada de dar color a los tejidos. Suele describirse como “rosa coral” pero el color varía de persona en persona y suele ser una característica racial ya que la pigmentación con melanina en la cavidad bucal es prominente en individuos negros, aunque no es una regla<sup>3</sup>.



Fig. 11 Melanosis racial en encía (fuente directa)

### **Forma:**

La forma se rige por el contorno de las superficies proximales de los dientes y por la ubicación y la forma de las troneras gingivales. Se relaciona con la forma y posición de la unión cemento esmalte con respecto al margen óseo. Su terminación es en forma de filo de cuchillo. En el área interproximal encontramos el col o collado que es una depresión cóncava entre las dos alturas (vestibular y lingual/palatino) de la papila interdental<sup>3</sup>.



Fig. 12 Imagen clínica que ejemplifica las formas de encía<sup>3</sup>.

**Consistencia:**

Puede ser firme o resiliente y esta característica está dada por las fibras gingivales y la consistencia de la sustancia fundamental del tejido conectivo subyacente<sup>2</sup>.

**Textura:**

La encía tiene un puntilleo característico (puede o no ser muy evidente) debido a la interdigitación del epitelio con el tejido conectivo, ya que mientras más prominentes sean las interdigitaciones y los clavos epiteliales, más evidente será el puntilleo que observemos en la encía (fig. 13)<sup>3</sup>.



Fig. 13 Tipos de textura de encía, imagen clínica (fuente directa)

---

**Tamaño:**

El tamaño de la encía corresponde con la suma total del volumen de los elementos celulares e intercelulares y su suministro vascular. La alteración en el tamaño es una característica común de la enfermedad gingival<sup>3</sup>.

**Contorno:**

El contorno varía considerablemente y depende de la forma de los dientes y su alineación en el arco, ubicación y tamaño del área de contacto y las dimensiones de las troneras gingivales vestibulares y linguales. La encía marginal envuelve los dientes a manera de collar y sigue un contorno festoneado en las superficies vestibulares y linguales<sup>3</sup>.

---

## 5. ANTECEDENTES HISTORICOS DEL PIERCING

A lo largo de la historia, la sociedad ha ido decorando su cuerpo de diferentes formas, dependiendo el lugar, la cultura, la época, la religión y de cierta manera la moda que predomine en ese momento; un ejemplo es el piercing; que en los últimos años se ha convertido en una tendencia y que ha incrementado su uso en los jóvenes de todas clases sociales. Históricamente el piercing oral ha existido a lo largo de muchas culturas como un rito y ha sido una antigua forma de modificación del cuerpo que conlleva significados religiosos, culturales y sociales; aunque hoy en día es más como una expresión o una moda<sup>4</sup>.

El “body piercing” no es un invento de nuestro siglo, esta práctica es empleada desde hace unos 60000 años<sup>5</sup>.



Fig. 14 Es una de las primeras representaciones pictóricas de los piercings, que data de 1500 a.C. en el antiguo Egipto. Se trata de un perro egipcio que porta un piercing, como símbolo de su realeza<sup>4</sup>.

---

## 5.1 Definición

La palabra piercing viene del inglés *pierce*, que significa atravesar, perforar, agujerar, consiste en perforar un tejido del cuerpo; es decir, la piel y capas adyacentes, con el propósito de insertar un objeto metálico que le sirva de adorno. Los esquimales fueron los que originalmente emplearon e identificaron el piercing llamándolo “*labret*”<sup>5</sup>.

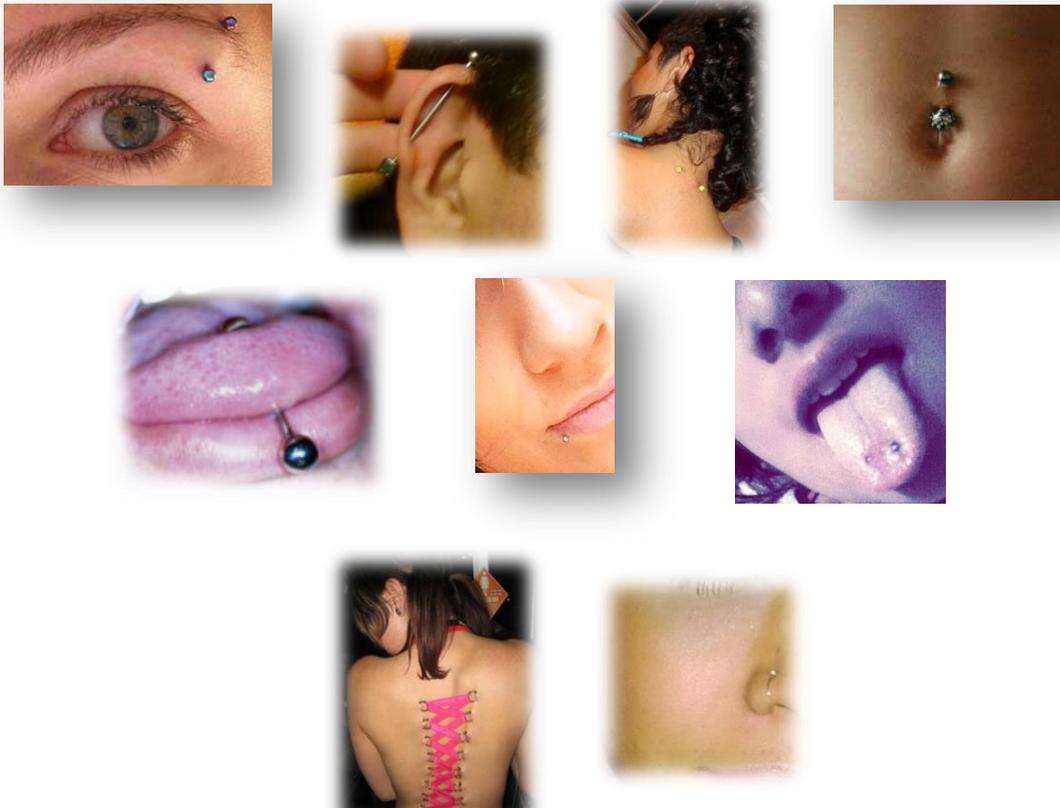


Fig. 15 Imágenes clínicas de piercing en diferentes áreas del cuerpo (fuente directa)

Actualmente es considerado como una forma convencional de joyería. La filosofía actual del piercing es que cualquier superficie convexa, pequeña o las partes colgantes del cuerpo pueden agujerarse para llevar joyas. Hoy en día las personas que se dedican al “*body art*” son llamados “*piercers*” y son muy pocos los que realmente son profesionales<sup>5</sup>.

---

En la antigüedad los **mayas** se perforaban labio, lengua, nariz y orejas con las joyas más valiosas que conocían como señal de espiritualidad, virilidad y coraje. En jeroglíficos que datan del año 709 a.C. aparece el “Jaguar Protector”, donde se observa el “Rito de la sangre”, en donde su esposa Lady Xoc le perfora la lengua<sup>4</sup>.



Fig. 16 Representación de los mayas realizando perforaciones<sup>4</sup>.

En América del Norte los **esquimales y los aleuts** fueron los primeros que denominaron a los piercing “*labrets*” y los realizaban en el labio inferior de los adolescentes en el paso de niño a adulto, lo cual indicaba que estaba apto para salir de caza con sus mayores; en las niñas recién nacidas lo realizaban en los labios como símbolo de purificación<sup>4</sup>.

Se dice que en la Roma de los centuriones, los miembros de la guardia del Cesar se colocaban aros en los pezones como muestra de su virilidad y coraje<sup>4</sup>.

En la época de la inquisición las comunidades religiosas utilizaban el anillo genital como un método de castidad y de expiación de culpas. Un castigo especial era el Franey Cage; en el que amarraban el frenum a una segunda perforación colocada en la base del pene y así evitar la masturbación<sup>4</sup>.

En el sur de la **India** se acostumbra colocar una pieza en la lengua como voto de silencio; muchas mujeres se han realizado perforaciones en la nariz

---

desde muy pequeñas como símbolo de sumisión y devoción de la mujer hacia el hombre. En esta cultura el piercing es considerado un elemento de estatus, belleza, sumisión, poder o fuerza<sup>4</sup>.



Fig. 17 Imágenes de las perforaciones realizadas en la India<sup>4</sup>.

Los **chinos** se perforan labios, mejillas y lengua como una práctica religiosa. El ombligo anillado era un signo de la antigua realeza **egipcia** y era una práctica prohibida para aquellos que no fueran nobles. La tribu **Surma de Etiopía** se coloca grandes platos de madera en el labio inferior como símbolo marital<sup>5</sup>.



Fig. 18 Imagen de las perforaciones-expansiones que se realizan en Etiopía<sup>4</sup>

En las tribus de **África** (Suya, Sara, Lobi, Kirdi y Masai) las perforaciones son una práctica muy común; las jóvenes solteras comienzan a agrandar su labio inferior con platos de barro en el momento en que se comprometen en matrimonio, este proceso dura todo el noviazgo hasta el momento de la boda; a mayor tamaño del plato, mayor será la dote que la familia del novio tenga que pagar a la familia de ella<sup>4</sup>.

---

Las jóvenes de otra tribu se perforan las orejas, la nariz y el labio con ornamentos que las identifican de su tribu y que las protegerán contra los malos espíritus<sup>5</sup>.



Fig. 19 Imágenes de las perforaciones que se realizan en África<sup>4</sup>.

---

## 6. CLASIFICACIÓN

Debido a que existen diversos tipos de piercing, así como varios sitios donde las personas deciden colocarlos, es necesario clasificarlos para poder identificar cada uno de ellos. A lo largo de los años desde su primer uso los piercing fueron hechos con diversos materiales con los que la población contaba en ese momento.



Fig. 20 De izquierda a derecha tenemos los diferentes materiales de los que puede estar compuesta la joya: (1) piercing de acero inoxidable, (2) piercing de madera, (3) piercing de hueso (4) piercing de marfil, (5) piercing de piedra, (6) piercing de plástico<sup>4</sup>.

### 6.1 Por su composición

Aunque los piercing parecen ser todos iguales, lo cierto es que son fabricados de diferentes materiales, aplicados de diferentes formas y con distintos métodos<sup>4</sup>.

- **Acero inoxidable quirúrgico con niobio y titanio**
- **Platino y paladio**
- **Oro**

## 6.2 Por su forma

Dependiendo de la zona en la que se va a colocar el piercing tiene una forma específica, encontrando diferentes tipos:

- **Labret:** está formado por una barra con un extremo limitado por una bola, disco, lanza, punta o un aditamento y en el otro lado un cierre en forma de disco plano y liso. Es usada principalmente en los labios<sup>7</sup>.

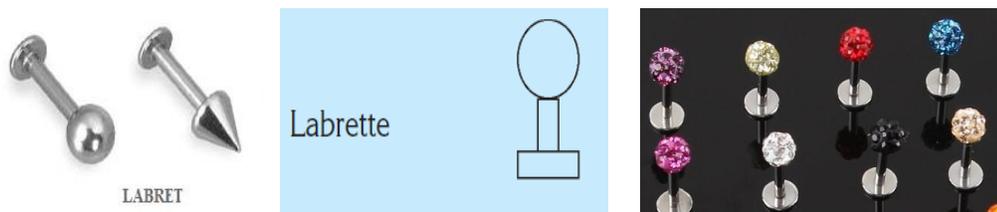


Fig. 21 Ejemplos de Labret, un tipo de piercing (fuente directa y <sup>7</sup>)

- **Barbell:** es una barra recta o curva dependiendo de la zona donde se vaya a insertar, que está limitada en sus dos extremos por objetos esféricos y uno de ellos es el que realiza el cierre de la pieza. Normalmente se colocan en la lengua y en el frenillo lingual; inicialmente se dejan con un tallo largo de aproximadamente 20mm debido a la inflamación que se produce en la zona, después de dos semanas se puede cambiar por un piercing de menor longitud<sup>4,7</sup>.

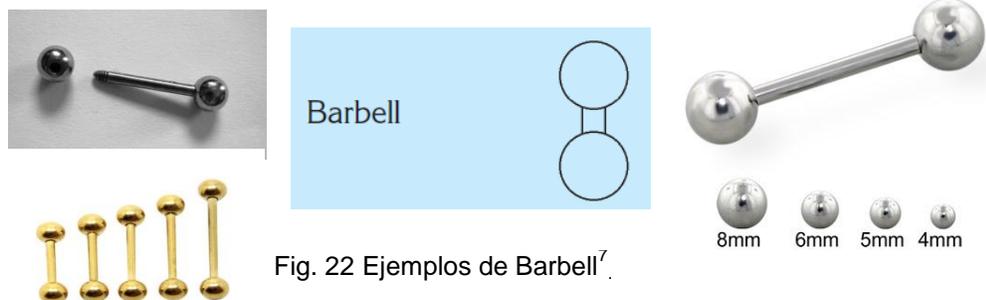


Fig. 22 Ejemplos de Barbell<sup>7</sup>.

- **Anillo:** es una barra de forma semicircular con una o dos esferas en su o sus extremos. Normalmente se colocan en los labios y en la punta de la lengua<sup>7</sup>.



Fig. 23 Ejemplos de piercing de anillo (fuente directa y <sup>7</sup>)

### 6.3 Por su localización

En la actualidad los jóvenes les han otorgado diferentes nombres a cada uno de los diferentes tipos de piercing que existen dependiendo la zona en donde éste se encuentre insertado.

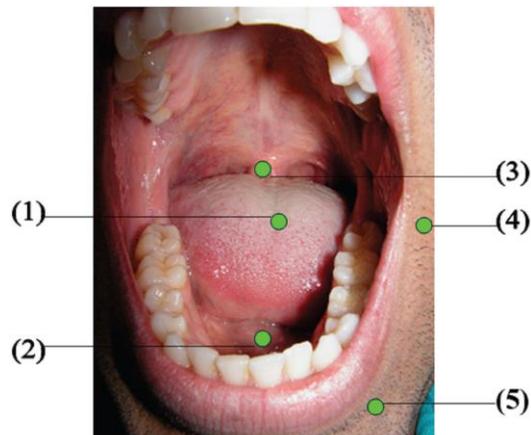


Fig. 24 Diferentes localizaciones de los piercing orales: (1) lengua, (2) frenillo lingual, (3) úvula, (4) mejilla, (5) labio<sup>4</sup>.

Entre los más comunes y populares en la cavidad oral encontramos:

- 
- **“Rim”**: es el piercing que se coloca en la lengua y el más popular de todos, puede ser de dos tipos; dorsoventral o dorsolateral, aunque también se llegan a colocar un anillo en la punta de la lengua<sup>4</sup>.



Fig. 25 Ejemplo de piercing “Rim”  
(fuente directa)

- **“Medusa, Monroe, Mordida de serpiente, Labrum”**: estos son nombres que se le asignan a los piercing que se localizan en el labio alrededor del bermellón. Estas perforaciones se hacen de afuera hacia el interior de la cavidad<sup>7</sup>.



Fig.26 Imágenes de piercing en labio (fuente directa)

- 
- **“Tag o Dimples”**: se colocan en la mejilla y muchos lo utilizan para crear o simular los “hoyuelos” de las mejillas; esta perforación llega hasta la mucosa yugal y es un piercing externo<sup>7</sup>.



Fig. 27 Imagen del piercing “dimples” (fuente directa)

- **“Web”**: son poco frecuentes y van insertados en el frenillo lingual o labial<sup>7</sup>.



Fig. 28 Ejemplos de piercing “web” (fuente directa)

- **Úvula**: son los menos frecuentes de todos por la complejidad de su localización y el alto riesgo de la obstrucción de vías aéreas. Se colocan anillos y barbells<sup>7</sup>.



Fig. 29 Piercing insertado en úvula (fuente directa)

---

## 7. LESIONES Y COMPLICACIONES ASOCIADAS AL USO DE PIERCING INTRAORAL

El uso de un piercing en cualquier parte de la cavidad oral puede tener repercusiones en la salud, ocasionando lesiones reversibles e irreversibles; incluso algunas pueden llegar a ser mortales, muchas de ellas ocasionadas por complicaciones que surgen por malos cuidados.

### **7.1 En Lengua**

#### ***Sangrado incontrolado:***

La mucosa especializada está ampliamente vascularizada, si el operador no realiza la “técnica adecuada” puede lesionar o perforar algún vaso, arteria o la vena lingual y ocasionar una fuerte hemorragia. El tratamiento a seguir es recibir atención médica inmediata y ligar o cauterizar el vaso o arteria lesionado<sup>4,5</sup>.

#### ***Nervio dañado:***

La lengua está inervada por el nervio trigémino y tiene 2 tipos de funciones: sensitiva del nervio lingual y motora del hipogloso y glosofaríngeo. Es una lesión poco frecuente pero es posible que el operador “atraviese” un nervio durante el proceso y es más común que ocurra cuando se realiza la perforación en la parte dorso-lateral. Si esto ocurre se podrían crear daños sensoriales o motores en función del nervio dañado e incluso puede llegar a ocasionar una parestesia<sup>4,5</sup>.

---

### ***Inflamación y dolor:***

La inflamación es un proceso de respuesta con el que el organismo reacciona frente a una lesión o el ataque de agentes nocivos, procurando superarlos. Los tejidos que rodean al piercing después de la perforación se encuentran inflamados y ulcerados, lo que ocasiona dolor y éstas son las complicaciones más frecuentes. Tras 6-8 horas del procedimiento comienza el proceso inflamatorio local y puede durar hasta varias semanas, si esto se prolonga se debe retirar el piercing y realizar enjuagues con colutorios como clorhexidina y tomar antiinflamatorios sistémicos<sup>4,7</sup>.

### ***Infección local***

Una infección es un proceso morboso que consiste en la penetración y multiplicación de agentes patógenos dentro del organismo. Los agentes causales más frecuentes de las infecciones son los estafilococos aureus, los estreptococos del grupo A y pseudomonas. Esto ocurre cuando no se tiene un buen cuidado de la higiene bucal y de la zona perforada que al final de cuentas es una herida y se debe tener limpia esa zona ya que hay que tener en cuenta la proximidad con las cadenas ganglionares submentonianas a la zona y se puede diseminar fácilmente la infección. Se debe retirar el piercing y acudir al médico quien recetará los antibióticos necesarios<sup>7</sup>.

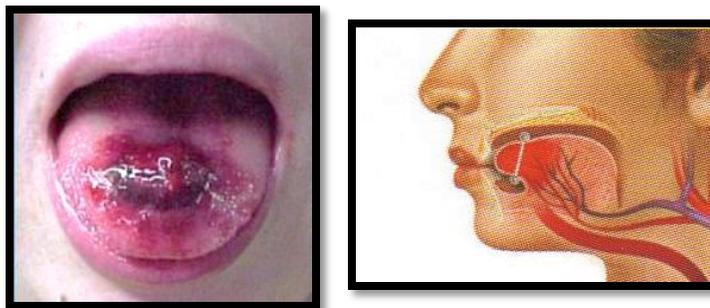


Fig. 30 Imágenes clínicas y gráficas de una infección local en lengua<sup>7</sup>

---

### ***Angina de Ludwing:***

Las infecciones de los espacios aponeuróticos son una forma de celulitis en la que, a diferencia de los abscesos, las bacterias se propagan por los tejidos blandos. Si no se logra localizar la infección, el exudado inflamatorio abre los espacios aponeuróticos y lleva a las bacterias hasta los planos del tejido, extendiéndose desde la base del cráneo al mediastino. De esta forma el exudado de la celulitis se convierte en un vehículo para la propagación de la infección. La Angina de Ludwing es un tipo de celulitis que cursa con una inflamación en la región sublingual y submandibular e infección bacteriana aguda, agresiva, de instauración y diseminación rápida y progresiva. Las manifestaciones típicas son tumefacción difusa, dolor, fiebre, cefalea y malestar general. El edema es tenso y sensible a la palpación, con una dureza característica similar a la madera. La piel está tensa y brillante. El dolor y el edema limitan la abertura de la boca, a menudo provocan disfagia y la lengua puede quedar comprimida contra el paladar blando, lo que agrava la obstrucción de las vías respiratorias. El malestar general es intenso con fiebre creciente, toxemia y leucocitosis. Los ganglios linfáticos regionales son grandes y dolorosos a la palpación. Posee una fácil comunicación con espacios pterigomandibulares y perifaríngeos lo que facilita la diseminación de la infección a zonas cervicales vecinas y puede llegar a dañar el mediastino. Se presenta con induración de tejidos situados debajo de la lengua, provocando un desplazamiento del piercing hacia arriba y atrás, sin fluctuación ni dolor inicial, existe dificultad al deglutir y al hablar y temperaturas superiores a los 40°C. El tratamiento debe ser hospitalario, enérgico y multidisciplinario, con antibiótico (terapia intensa) dependiendo de la gravedad, como es el desbridamiento profiláctico de todos los espacios afectados (drenaje del edema para reducir la presión) y el control del grado de dificultad respiratoria (fig. 31)<sup>7, 8, 9</sup>.

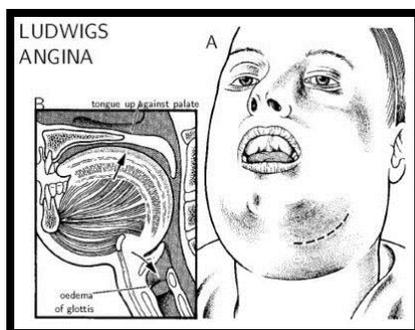


Fig. 31 Esquema de Angina de Ludwig<sup>9</sup>

### ***Alteraciones del habla***

Es habitual que exista una mayor dificultad al masticar, hablar y pronunciar, sobretodo letras como la *s*, *sh*, *th*, *ph* y *r*; debido a la ubicación del piercing y de la posición de tiene que adoptar la lengua en el paladar para poder pronunciar las palabras que involucren estas letras y en las cuales el piercing es un obstáculo y es necesario retirarlo para solucionar este problema<sup>9</sup>.

### ***Recesiones gingivales***

El piercing en lengua puede provocar recesiones gingivales en la superficie lingual de los incisivos inferiores. Esto ocasionado por el continuo choque y/o jugueteo del piercing con la encía. El tratamiento es primero retirar el piercing y posteriormente realizar una cirugía mucogingival<sup>4</sup>.



Fig. 32 Recesión gingival en arcada inferior (fuente directa)

---

### ***Fibroma traumático***

El fibroma traumático es una lesión reactiva producida en forma usual por traumatismo crónico de la mucosa bucal. La reparación excesiva del tejido conectivo fibroso provoca una masa submucosa evidente. Es una hiperplasia reactiva frecuente que se presenta en áreas traumatizadas como la mucosa oral, la lengua y el labio inferior. Es una tumoración indolora, de base amplia; poseen un limitado potencial de crecimiento que por lo general no excede 1cm de diámetro. Histológicamente observaremos una sobreproducción de colágeno, encontramos fibroblastos maduros, podemos detectar células inflamatorias dispersas. La perforación de los tejidos blandos puede cicatrizar de forma hiperplásica, un factor que contribuye a la formación de la lesión hiperplásica es el movimiento continuo del piercing en el tejido sobre el que está insertado; la herida causada por la inserción del piercing puede evolucionar después de varios meses, con el recubrimiento epitelial del mismo, complicando el momento en el que se deseé retirarlo<sup>6, 7, 9</sup>.

### ***Desgarros***

Son las lesiones más comunes en las perforaciones linguales, ocurren frecuentemente durante la colocación de una prenda de vestir, con el rozamiento de objetos en forma incidental, por el movimiento de la lengua, el jugueteo con el piercing y por un accidente que ocasione morder la lengua muy fuerte o cause un esfuerzo excesivo de la persona, originando que jale fuertemente el piercing y este desgarre la lengua. Inmediatamente se debe retirar el piercing, curar la herida provocada para evitar hemorragias y una infección; debido a que la lengua está formada por 3 tubérculos es muy complicado juntar los bordes para unirla y que se repare el daño; este procedimiento es quirúrgico y debe realizarlo un cirujano maxilofacial experto, por lo cual es común que cuando ocurre este tipo de lesión quede como

---

rasgo de ésta una lengua bífida en la mayoría si no es que en todos los casos<sup>7</sup>.



Fig. 33 Lengua bífida por desgarro<sup>7</sup>

### ***Malposición dentaria***

Observamos una linguoversión de los incisivos de la arcada inferior debido al trauma continuo del labrette cubre la superficie dentaria. La malposición se explica por un desequilibrio de las fuerzas musculares de la lengua frente al orbicular de los labios y el anillo del buccinador<sup>9</sup>.

### ***Fracturas dentarias***

Se han registrado fracturas o estallido de diente que involucra fractura a nivel del esmalte, y en el peor de los casos fracturas complicadas y no complicadas de la corona, que involucran cúspides, afectando principalmente incisivos y molares. La pulpa dentaria también puede afectarse ya que el continuo movimiento del piercing sobre el diente provoca la fractura que finalmente ocasione una pulpitis irreversible. El diente puede presentar este problema la masticación, el habla o por hábito adquirido del paciente de morder el piercing. El tratamiento conservador deberá restaurar la superficie afectada y realizar un tratamiento endodóncico si hay afectación pulpar; tras la restauración dentaria la fractura puede recidivar, esto ocasionado por la fractura de la restauración o incrementarse en poco tiempo si no se retira el piercing<sup>9</sup>.

---

### ***Pérdida ósea***

Un piercing puede llegar a provocar una pérdida ósea localizada por el trauma constante que hace la pieza, pues está en constante roce contra la encía mandibular provocando la pérdida de la densidad ósea; es decir es un proceso crónico, lo notaremos por medio de radiografías después de unos meses o años de haber colocado el piercing<sup>5</sup>.

### ***Sialorrea***

La presencia de un cuerpo extraño en la cavidad oral puede llegar a producir una hipersalivación, que puede resultar muy incómoda y molesta para el portador. Esta lesión la sufren más del 60% de los portadores de piercings intraorales<sup>10</sup>.

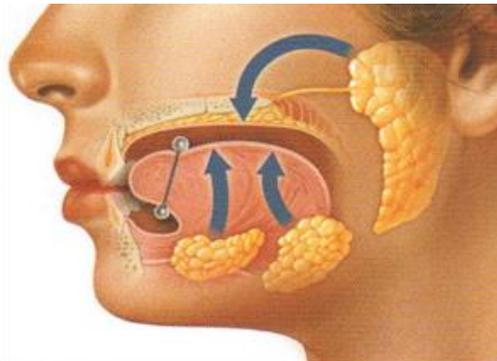


Fig. 34 Esquema que representa la hipersalivación por uso de piercing<sup>10</sup>.

### ***Galvanismo***

El galvanismo es la producción de corriente eléctrica por medio de una reacción química, como la que se produce en presencia de 2 metales distintos sumergidos en un medio líquido. Las corrientes galvánicas son provocadas por el contacto de una amalgama de plata con el piercing de acero inoxidable. La corriente galvánica del piercing metálico en contacto

---

con restauraciones metálicas podría producir sensibilidad pulpar y puede ser un factor etiológico en ciertos casos de algunas lesiones de la mucosa<sup>4</sup>.

### ***Tromboflebitis***

La tromboflebitis es una condición inflamatoria de la pared de una vena capaz de provocar una trombosis secundaria a ésta. Puede ser consecutiva a un proceso séptico en el que se rompe el trombo; las embolias sépticas pueden ser transportadas a distintas partes del cuerpo. A pesar de que es inusual, se han reportado un par de casos que desarrollaron tromboflebitis asociada a neumonía después de 15 días de la inserción de un piercing en la lengua, los pacientes tuvieron manifestaciones como fiebre, dolor, inflamación de la lengua; éste desarrolló una celulitis que comprometió el drenaje venoso por seno sigmoideo, a través de las venas que se encuentran en el interior de la lengua, se complicó y desencadenó un absceso pulmonar<sup>9</sup>.

### ***Endocarditis***

La endocarditis es la inflamación de la membrana que tapiza el interior de las cavidades del corazón. Puede ser generalizada o limitada. Según su evolución pueden ser agudas, subagudas o crónicas. Suele ser una secuela de la fiebre reumática o de alguna enfermedad febril. Las personas con enfermedades cardíacas congénitas corren el riesgo de caer en una endocarditis si han sufrido una alteración cardíaca con anterioridad y no estaban medicados, ya que el piercing pueden provocar una grave infección del miocardio valvular<sup>11</sup>.

---

### ***Absceso cerebral***

El absceso cerebral es un proceso supurativo focal dentro del parénquima cerebral con una patogenia y etiología diversa, siendo la cerebritis el estadio clínico más precoz. El diagnóstico del absceso cerebral es a menudo difícil de establecer al comienzo del curso de la enfermedad. No obstante, es importante hacer el diagnóstico. El inicio de los síntomas suele ser insidioso, evolucionando a lo largo de días o semanas; la duración de los síntomas es de dos semanas o menos aproximadamente en el 75% de los pacientes. En la mayoría de los casos, los síntomas más llamativos reflejan la existencia de una lesión ocupante intracerebral y la elevación de la PIC (presión intracraneal) más que los signos sistémicos de infección. Richard A. Martinello y Elizabeth L. Cooneya del Departamento de Medicina Interna, de la Escuela Universitaria de Medicina de Yale, reportaron en 2008 dos casos de absceso cerebral asociado a la utilización de un piercing en la lengua, la infección ocurrió cuatro semanas después de que el paciente se realizó una perforación intraoral, el cual generó una infección local que se diseminó e invadió tejido cerebral a través de las comunicaciones venosas de la región, los síntomas iniciales fueron dolor, inflamación y posterior presencia de material purulento, acompañado de cefalea aguda, náuseas, vómitos y vértigo<sup>12</sup>.

### **7.2 En labio**

#### ***Traumatismos***

El edema y eritema localizado es la afección más encontrada en implantaciones de piercing en esta zona<sup>13</sup>.

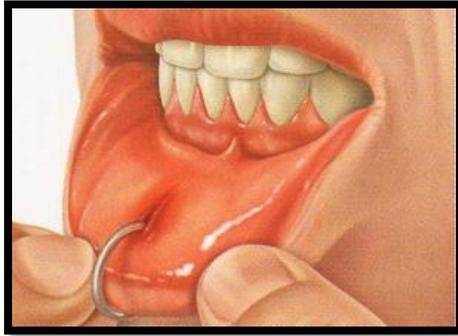


Fig. 35 Ejemplo traumatismo sobre la mucosa<sup>10</sup>.

### ***Acúmulo de placa dentobacteriana***

El piercing es una zona de retención de restos alimenticios y de higiene más compleja y por ello es un foco de bacterias que llegan a causar halitosis, provocando acumulación de placa dentobacteriana y cálculo. Los restos de comida y cálculo se acumulan en el contorno del piercing y pueden promover la infección, así como provocar halitosis o mal aliento, que se caracteriza por tener un olor fétido, puede provocarlo todo factor bucal que ocasione fermentaciones, en este caso el responsable de ello es el piercing intraoral<sup>13</sup>.

### ***Fracturas y fisuras dentales***

Con los piercing se puede crear el hábito del jugueteo con él y empujarlo contra el diente, ocasionando pequeñas fisuras y fracturas del esmalte dental, que a su vez ocasionan hipersensibilidad dental. El 80% de los portadores de piercing intraoral sufren algún tipo de pérdida de estructura dentaria<sup>13</sup>.

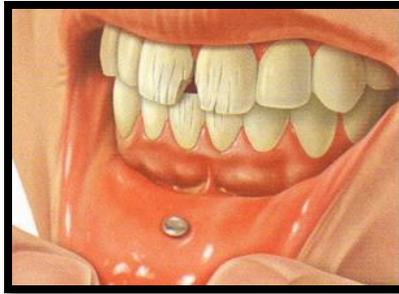


Fig. 36 Ejemplo de fractura dental por uso de piercing labial<sup>10</sup>.

### ***Cicatrices queloides***

Una cicatriz queloide es una neoformación fibrosa del tejido conectivo. Son cicatrices hipertróficas, abultadas y fibrosas que se originan por una proliferación exagerada del tejido de granulación. Son tumoraciones grandes, rojizas (aunque con el tiempo se vuelven del color de la piel) y dolorosas al tacto. No es posible removerlas quirúrgicamente<sup>14</sup>.



Fig. 37 Ejemplo de cicatriz queloide por piercing<sup>10</sup>.

### ***Recesiones gingivales***

Los piercings colocados en el labio inferior provocan recesiones en la cara vestibular de los incisivos interiores. Puede desarrollarse entre los 6 meses y los 2 años tras la colocación del piercing<sup>14</sup>.

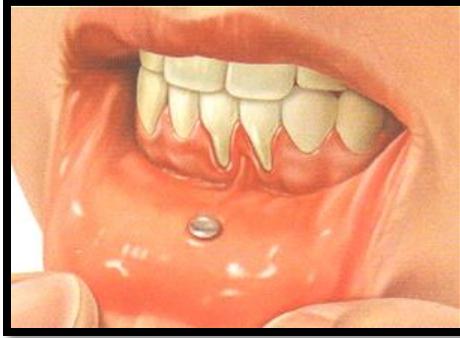


Fig. 38 Esquema de recesiones gingivales por uso de piercing en labio<sup>10</sup>.

### ***Abrasiones***

Una abrasión es el desgaste de una superficie por su fricción con otra, en este caso la fricción continua que existe entre el diente y el piercing. El piercing labial puede provocar una abrasión en la superficie radicular, un aumento de la hipersensibilidad y una predisposición a caries en la zona expuesta<sup>14</sup>.

### **7.3 En frenillo**

#### ***Diastemas***

Un diastema es un intervalo natural, espacio libre o separación producida entre dos dientes correlativos como los incisivos o entre éstos y los caninos. En la clínica observamos pacientes con un piercing en el frenillo labial superior entre la línea media de los incisivos centrales superiores, resultando en un diastema entre estos dientes<sup>15</sup>.

---

## ***Desgarros***

El frenillo es una capa delgada de mucosa de revestimiento con fibras de colágeno que permiten su inserción y es por esto que al colocar un piercing en esta zona es muy fácil que ocurra un desgarro por jugueteo con la pieza, por la mala técnica de perforación en la zona o bien por una infección que se complica, debilita el tejido y ocasiona que se desgarre<sup>16, 19</sup>.

## ***Hiperplasia tisular***

La herida que se ocasiona en este tejido puede evolucionar con el recubrimiento epitelial de éste, complicando su extracción de la cavidad de manera manual y se tiene que realizar por medio de una cirugía<sup>16, 19</sup>.

## **7.4 En mejillas**

### ***Alteraciones en la masticación***

Este tipo de perforación se realiza del exterior hacia el interior de la cavidad y al existir este tipo de orificio que atraviesa toda la superficie, los líquidos o residuos de alimentos que la persona ingiere atraviesan por ahí, es decir existe una “fuga de alimento” por el orificio y es bastante incómodo<sup>16, 19</sup>.

## **7.5 En úvula**

### ***Ingestiones y aspiraciones***

Provocadas por una mala fijación, mala manipulación durante su colocación o por movimientos con gran presión, pueden ocasionar lesiones respiratorias

---

o digestivas. Para retirarlo se realiza un método simple que consiste en la colocación de un hilo de nylon o un catéter epidural muy fino a modo de anillo<sup>16</sup>.

### ***Alteraciones del habla y la deglución***

Esta zona es bastante complicada y presenta mayor dificultad al masticar y al hablar ya que obstaculiza esto al interferir los en los movimientos normales de la úvula durante estos procesos debido a la interposición del objeto<sup>16</sup>.

## **7.6 Complicaciones generales del piercing**

Las complicaciones que se derivan del uso del piercing no aparecen solamente durante la perforación, también pueden ocurrir a corto, mediano o largo plazo; es decir pueden presentarse en cualquier momento de la vida mientras el piercing esté en el cuerpo<sup>13</sup>. Algunas de las complicaciones que se pueden presentar en cualquiera de los diferentes tipos de colocación del piercing intraoral son aquellas que se asocian a virus, bacterias o a la reacción inmediata del organismo contra algo ajeno a nuestro cuerpo como son:

- **Enfermedades de transmisión:** tales como VIH, Hepatitis B y C, Herpes, sífilis, tuberculosis y tétanos; por mencionar algunas, estas enfermedades se contraen si los equipos, suplementos y material con el que se realizó la perforación no fueron debidamente desinfectados y esterilizados<sup>9, 17, 18</sup>.
- **Alergia:** el material del que está constituido el piercing puede desencadenar una reacción alérgica, haciendo que el organismo libere

---

histamina al torrente sanguíneo como respuesta del sistema inmunológico ante algo dañino o extraño para nuestro organismo<sup>17, 18</sup>.

- **Bacteremia:** es la presencia de bacterias en el torrente sanguíneo, es una situación frecuente en las perforaciones intraorales y se presentan síntomas como fiebre, escalofríos, temblores y enrojecimiento circundante a la perforación. En ciertos casos la cantidad de bacterias es demasiado grande para que los glóbulos blancos las eliminen fácilmente y aparece la infección que si no es atendida a tiempo puede desembocar en un Shock séptico y ocasionar la muerte<sup>17, 18</sup>.

Los irritantes locales persistentes lesionan el tejido, prolongan la inflamación, provocan permeabilidad vascular y exudación al mismo tiempo, pero se forman nuevas células conectivas, fibras colágenas, sustancia fundamental y vasos sanguíneos, en un continuo estímulo por reparar el daño de los tejidos, esta interacción afecta el color, el tamaño, la consistencia y la textura superficial de la encía, que tiene como característica el enrojecimiento, el edema, la sensibilidad y el sangrado gingival<sup>17</sup>.

Aunque la mayoría de estas alteraciones surgen debido a que son colocados por personas que no poseen los “conocimientos” necesarios para resolver los problemas que pueden surgir durante o después del proceso de colocación del piercing, tomando en cuenta que aún sin complicaciones la cicatrización y las reacciones adversas como consecuencia del uso de piercing intraoral son muy numerosas.

Por eso es importante que ante la aparición de cualquier síntoma de alguna de estas reacciones el piercing debe ser retirado inmediatamente.

---

## 8. RECESIONES GINGIVALES ASOCIADAS AL USO DE PIERCING INTRAORAL

### **8.1 Definición**

La **recesión gingival** es la migración del margen de la encía desde su posición normal en el límite corona raíz a lugares por debajo de este límite. Esto supone la exposición de la superficie de la raíz del diente.

La recesión del tejido marginal gingival es definida como el desplazamiento del margen gingival apical a la unión cemento-esmalte con la exposición de la superficie radicular al ambiente oral. Otros autores la definen como la migración apical del margen gingival a lo largo de la superficie radicular. Carranza menciona que la recesión consiste en la exposición de la superficie radicular por una desviación apical en la posición de la encía. Para comprender cuál es su significado, es preciso diferenciar entre las posturas real y aparente de la encía<sup>20</sup>.

La migración apical gradual es, con mucha probabilidad, el resultado del efecto acumulativo de una afección patológica menor, los traumatismos menores directos y repetidos a la encía, o ambos [20].

En 1985 Miller realizó una clasificación de estas recesiones para poder determinar el tratamiento a seguir y las características de cada una de ellas:

#### **Clasificación de Recesiones Gingivales<sup>20</sup>**

- **Clase I:** recesión del tejido marginal que no se extiende hasta la unión mucogingival, No hay pérdida periodontal (hueso o tejido blando) en la zona interdental y cobertura de la raíz 100% después del tratamiento.
- **Clase II:** recesión del tejido marginal que se extiende hasta o más allá de la unión mucogingival, No hay pérdida periodontal (hueso o tejido

blando) en la zona interdental y cobertura de la raíz 80-90% después del tratamiento.

- **Clase III:** recesión del tejido marginal que se extiende más allá de la unión mucogingival. Hueso o pérdida de tejidos blandos en la zona interdental está presente, que evita que la cobertura de la raíz sea del 100%. La cobertura parcial de la raíz se pueden anticipar se puede en un 50-60% después del tratamiento.
- **Clase IV:** recesión del tejido marginal que se extiende más allá de la unión mucogingival. La pérdida de hueso o tejido blando en la interdental área es severa, están presentes triángulos negros interpapilares por la pérdida de los tejidos, cobertura de la raíz no se puede anticipar ya que no tiene un buen pronóstico, la cobertura radicular es casi nula después del tratamiento.



Fig. 39 Imagen de la clasificación de las Recesiones gingivales según Miller<sup>20</sup>

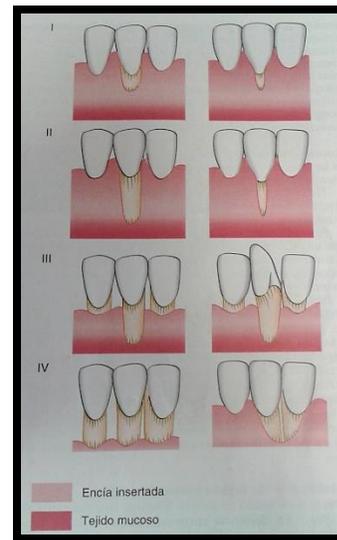


Fig. 40 Clasificación de Recesion gingival según Miller<sup>3</sup>

---

## **8.2 Etiología**

Se ha enfocado la atención en los aspectos etiológicos, implicando muchos factores en la recesión gingival. Al menos tres tipos de recesiones gingivales pueden considerarse<sup>21, 22, 23, 24</sup>:

- Recesiones asociadas a factores mecánicos: predominantemente técnicas de cepillado inadecuadas, frenillos traccionantes y factores iatrogénicos.
- Recesiones asociadas a lesiones inflamatorias inducidas por placa bacteriana: en casos de dehiscencias asociadas a periodonto delgado y en casos de dientes en malposición
- Recesiones asociadas a formas generalizadas de enfermedad periodontal destructiva

Su etiología está determinada por una serie de factores predisponentes y desencadenantes. Los factores predisponentes pueden ser anatómicos y asociados a trauma oclusal. Los anatómicos incluyen escasa encía adherida, malposición dentaria y apiñamiento, prominencia radicular, dehiscencias óseas e inserción alta de frenillos que causan la tracción del margen gingival<sup>21, 22, 23, 24</sup>.

Los asociados a trauma oclusal abarcan anatomía del tejido óseo alveolar circundante a la raíz del diente e intensidad y duración del trauma. Los factores desencadenantes abarcan inflamación, cepillado traumático, laceración gingival, iatrogenia, márgenes subgingivales, diseño inadecuado de aparatología removible y movimientos ortodónticos no controlados. Si bien el cepillado de los dientes es importante para la salud de la encía, realizarlo defectuosamente puede causar recesión gingival, con tendencia a ser más frecuente y grave en los pacientes con encía comparativamente sana, poca placa bacteriana e higiene bucal adecuada. La posición de los dientes en el arco, la angulación entre la raíz y el hueso y la curvatura

---

mesiodistal de la superficie dental, también tienen tendencia a la recesión<sup>21, 22, 23, 24</sup>.

Varios aspectos de la recesión gingival la hacen relevante en términos clínicos. Las superficies radiculares expuestas son susceptibles a la caries. El desgaste del cemento exhibido por la recesión deja una superficie dentinaria subyacente muy sensible, en especial al tacto. La hiperemia pulpar y los síntomas concomitantes pueden aparecer también por la exposición de la superficie radicular. La recesión interproximal crea espacios donde la placa, los alimentos y las bacterias pueden acumularse. Se considera que la encía queratinizada es necesaria para conservar la salud gingival, prevenir la recesión marginal gingival y mantener los niveles de inserción<sup>21, 22, 23, 24</sup>.

Dentro de las recesiones gingivales asociadas a factores mecánicos encontramos aquellas que son inducidas por el uso de piercing intraoral, ya sea en labio o en lengua, una probabilidad de recesión en personas portadoras de piercing es 7.5 veces mayor que en un individuo no perforado. La edad, el sexo y la configuración del piercing no influyen en el desarrollo de la recesión, pero en el tratamiento de dicha recesión la edad si es un factor que influye en los resultados de cobertura radicular. El uso de un piercing aumenta el riesgo de recesión a un 80.8%, la posición del mismo y el tiempo desde la perforación se asocian a una mayor prevalencia de recesión gingival; con esto queda demostrado que existe un vínculo claro entre la perforación, el uso de piercing y la recesión gingival (fig. 41 y 42)<sup>26, 27</sup>.

Para eliminar o disminuir la recesión gingival ocasionada por el uso de piercing intraoral es necesario retirarlo definitivamente previo a realizar un tratamiento quirúrgico, ya que si no se retira el factor irritativo que en este caso es el piercing tendremos una recidiva de la recesión gingival<sup>26, 27</sup>.



Fig. 41 Recesión Gingival por uso de piercing labial<sup>26</sup>



Fig. 42 Recesión Gingival por uso de piercing lingual<sup>27</sup>

### **8.3 Tratamiento de las recesiones gingivales**

#### **Indicaciones para el tratamiento de cobertura radicular:**

- Que el número de dientes involucrados sea mínimo.
- Que el paciente sea joven ya que la edad influye en la respuesta de reparación y recuperación del tejido.
- Que la recesión gingival sea clase I y II de Miller.
- Que la higiene del paciente sea muy buena ya que el riesgo de infección y fracaso del tratamiento es casi nulo; por lo que hay un pronóstico muy favorable.

#### **Contraindicaciones para el tratamiento de cobertura radicular:**

Las cirugías de cobertura radicular tienen como principal contraindicación que el paciente no pueda ser sometido a cirugía periodontal debido a:

- Pérdida de hueso interproximal, por ejemplo recesiones clase III y IV de Miller
- Cepillado traumático no controlado
- Mala higiene del paciente
- Pacientes no colaboradores

---

## **Técnicas quirúrgicas para cubrir recesiones gingivales**

### **Injerto gingival libre**

La técnica descrita originalmente por Sullivan y Atkins abarca la preparación de un lecho receptor usando disección supraperióstica para remover epitelio y tejido conectivo. Algunas de las áreas donantes comunes incluyen rebordes edéntulos, zonas retromolares y tejido gingival palatino. Dorfman y cols. realizaron un estudio de seguimiento con el fin de comparar sitios donde se ubicaron injertos epitelizados con sitios control donde no se ubicó ningún injerto. Estos autores reportaron que niveles bajos de placa bacteriana eran más importantes que la amplitud de la encía queratinizada para evitar la aparición de una recesión. Además encontraron que el injerto epitelizado es una técnica predecible para aumentar encía queratinizada<sup>21, 24</sup>.

Holbrook y Ochsenbein concluyeron en un reporte utilizando injertos epitelizados, que el cubrimiento de las recesiones marginales eran del 95,5% si su dimensión correspondía a menos de 3 mm, del 80,6% si las retracciones se encontraban entre 3 y 5 mm y del 76,6% si eran mayores a 5mm. En otro estudio, Miller empleando la misma técnica en 100 sitios, pero combinándola con ácido cítrico encontró 100% de cubrimiento radicular en recesiones Clase I y 88% en defectos clase II. Otros autores reportan cubrimientos radiculares de solamente 36% y 44% utilizando injertos epitelizados<sup>21, 24</sup>.

El injerto gingival libre ha reportado una cobertura radicular correcta y predecible, incluye la transferencia de una porción de encía queratinizada del mismo tamaño que el sitio receptor. El injerto debe constar de epitelio y una capa delgada de tejido conjuntivo. La técnica clásica nos dice que primero se debe realizar un raspado y alisado radicular con aplicación de ácido cítrico durante 5 minutos sobre la raíz (la ventaja de la aplicación no se ha confirmado en otros estudios pero numerosos especialistas la practica)<sup>3</sup>.

---

El grosor apropiado del injerto es importante para la supervivencia del injerto; debe ser lo suficientemente delgado para permitir la difusión fácil de líquido desde el sitio receptor, un injerto muy delgado puede necrosarse y exponer el sitio donante; si el injerto es muy grueso, se pone en peligro su capa periférica debido al excesivo tejido que lo separa de la nueva circulación y los nuevos nutrientes. El grosor ideal de un injerto es entre 1.0 y 1.5mm<sup>3</sup>.

Prepararemos el sitio receptor, realizando una incisión horizontal en las papilas interdentes, en ángulos rectos, para crear un margen contra el cual el injerto pueda yuxtaponerse con la incisión. Las incisiones verticales son perpendiculares a los dientes adyacentes y se elimina el tejido retraído. Se mantiene el periostio intacto en el área apical<sup>3</sup>.

Para transferir e inmovilizar el injerto se retira el exceso de coágulo ya que un coágulo grueso interfiere con la vascularización del injerto. Se coloca el injerto y se adapta con firmeza al sitio receptor, se sutura a los bordes laterales y el periostio, para asegurarlo; es necesario que el injerto quede inmovilizado ya que cualquier movimiento interfiere con la cicatrización<sup>3</sup>.

Es necesario proteger el sitio donante cubriéndolo con un apósito periodontal durante una semana y si es necesario se repite este proceso. Un retenedor de Hawley modificado es útil para cubrir el apósito sobre el paladar y los rebordes desdentados<sup>3</sup>.

Esta técnica produce una cobertura predecible de las raíces descubiertas.



Fig. 43 Técnica de injerto gingival libre<sup>28</sup>

#### Injerto libre de tejido conectivo

El injerto libre de tejido conjuntivo tiene las mismas indicaciones de la técnica anterior y sus resultados presentan una variabilidad predecible como ocurre con el injerto gingival libre. Presenta algunas ventajas con relación al injerto epitelizado pues el postoperatorio es menos incómodo principalmente por el hecho de permitir una cicatrización por primera intención en la región donante y el resultado es más estético debido a una mayor uniformidad en cuanto al color con relación a los tejidos adyacentes al área receptora<sup>21, 24</sup>.

Langer y Langer, en un estudio a 4 años, mostraron un cubrimiento radicular de 2 a 6 mm en 56 casos. Raetzke describió una técnica en sobre para obtener cubrimiento radicular usando injertos de tejido conectivo y encontró un cubrimiento del 80% de las superficies radiculares expuestas y Allen, utilizando esta misma técnica, logró un éxito del 84%. Jahnke y cols. compararon los resultados obtenidos al realizar injertos epitelizados libres e injertos de tejido conectivo y encontraron un cubrimiento radicular del 43% para los primeros y 80% para los de tejido conectivo. En un estudio similar, seguido durante 5 años y realizado por Paolantonio y cols., observaron que el injerto de tejido conectivo presentó un 85% de éxito comparado con un 53% del injerto epitelizado libre. Esto concluye que el injerto de tejido

---

conectivo es un procedimiento más predecible para cubrir recesiones gingivales<sup>21, 24</sup>.

La técnica de tejido conjuntivo libre fue descrita por Levine en 1991. La diferencia entre esta técnica y la de injerto gingival libre es que el tejido donante es de tejido conjuntivo. Primero se realizan incisiones verticales divergentes, que se trazan en aristas del diente que se pretende cubrir, creando un colgajo de espesor parcial a por lo menos 5mm del área de la recesión. Se sutura el borde mucoso apical al periostio. Se raspa y alisa la superficie radicular de manera minuciosa, reduciendo cualquier prominencia de la superficie radicular. Se obtiene un injerto de tejido conjuntivo del paladar y se sutura el sitio donante después de retirar el injerto. Se transfiere el injerto al sitio receptor y se sutura al periostio. Se debe conseguir una buena estabilidad del injerto con suturas adecuadas; se cubre el sitio del injerto con apósito quirúrgico periodontal<sup>3</sup>.

#### *Colgajo pediculado lateralmente*

Esta técnica descrita por Grupe y Warren es también muy predecible, menos dolorosa y relativamente fácil de realizar, fue el tratamiento estándar por muchos años y todavía está indicada en algunos casos. El colgajo desplazado lateralmente presenta una ventaja debido a que el área donante es próxima y adyacente al área receptora, evitando la necesidad de dos áreas quirúrgicas, pero requiere como área donante un área edéntula significativa adyacente a aquella que presenta el problema mucogingival<sup>21, 24</sup>.

Se utiliza para cubrir raíces descubiertas aisladas que tienen tejido donante adecuado en dirección lateral y profundidad vestibular. Se debe preparar el sitio receptor removiendo el epitelio alrededor de la superficie radicular descubierta. El tejido conjuntivo es el sitio receptor para el colgajo

---

desplazado en dirección lateral, se raspa la superficie radicular y se realiza un curetaje de manera minuciosa; para preparar el colgado es necesario que el periodonto del sitio donante tenga un ancho satisfactorio de encía insertada, sin dehiscencia o fenestración. Se realiza un colgajo de espesor parcial ya que existe una cicatrización más rápida; esto lo logramos haciendo una incisión vertical con una hoja #15 desde el margen gingival para delimitar un colgajo adyacente al sitio receptor. Se hace una incisión en el periostio y se extiende la incisión hacia la mucosa bucal a nivel de la base del sitio receptor, debe ser más ancho que el sitio receptor para cubrir la raíz y proporcionar un margen ancho para la inserción al borde de tejido conectivo alrededor de la raíz. Debe incluirse la papila interdental en el extremo distal de colgajo o una porción grande de ésta, para asegurar el colgajo en el espacio interproximal entre los dientes donantes y receptores<sup>3</sup>.

Se realiza una incisión vertical a lo largo del margen gingival y la papila interdental, y se separa un colgajo de epitelio y una capa delgada de tejido conjuntivo, dejando el periostio sobre el hueso. En ocasiones se necesita una incisión liberadora para evitar la tensión en la base del colgajo; para realizarla se hace una corta incisión oblicua en la mucosa alveolar, en el ángulo distal del colgajo, que apunte en dirección del sitio receptor<sup>3</sup>.

Para transferir el colgajo se desliza de manera lateral hacia la raíz adyacente, asegurándose de que se apoye con firmeza sin tensión excesiva a la base. Se fija el colgajo a la encía adyacente y la mucosa alveolar con puntos de sutura suspensorios. Por último se cubre la zona operada con apósito quirúrgico periodontal<sup>3</sup>.

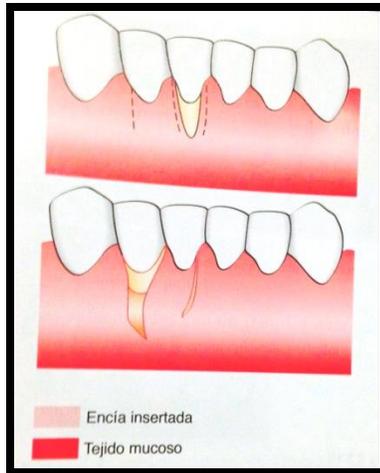


Fig. 44 Colgajo desplazado en sentido lateral<sup>3</sup>

### Colgajo desplazado coronalmente

Esta técnica, inicialmente descrita por Bernimoulin y cols. y posteriormente modificada por Liu y Solt, tiene como indicación el tratamiento de las recesiones gingivales localizadas cuando no existe área edéntula donante adyacente al área de la retracción. Consiste en colocar inicialmente un injerto gingival libre, esperando un período de cicatrización de 6 semanas para posteriormente elevar un colgajo y desplazarlo coronalmente. Méndes y cols., empleando esta técnica, mostraron una cobertura media de 72,17% en casos de retracciones periodontales extensas. Allen y Millar lograron un cubrimiento radicular del 84% y Harris mostró 98% de éxito en el cubrimiento de recesiones clase I de Miller usando colgajos desplazados coronalmente<sup>21, 24</sup>.

El propósito de esta técnica es crear un colgajo de espesor dividido el área apical con respecto a la raíz descubierta y colocarlo en sentido coronal para cubrir la raíz.

Primero se diseña el colgajo con dos incisiones verticales. Estas deben extenderse más allá de la unión mucogingival. Se hace una incisión a bisel interno desde el margen gingival hasta el fondo de la bolsa, para eliminar la

---

pared enferma de ésta, se separa un colgajo mucoperióstico usando una disección cuidadosa; posteriormente se realiza raspado y alisado radicular. Se regresa el colgajo y se sutura en un nivel más coronal con respecto a la posición anterior al tratamiento. Se cubre el área con apósito quirúrgico periodontal (fig.45)<sup>3</sup>.



Fig. 45 Colgajo desplazado en sentido lateral<sup>1</sup>

#### *Colgajo semilunar desplazado coronalmente*

Esta técnica puede ser considerada una variación de la anterior y fue descrita por Tarnow. En ella es necesaria la presencia de una buena banda de encía queratinizada, siendo ideal en casos de recesiones poco extensas<sup>21,24</sup>.

Se realiza una incisión semilunar siguiendo la curvatura del margen gingival con recesión y terminando a casi 2-3mm de la punta de las papilas. Esta ubicación es muy importante, porque el suministro de sangre del colgajo se deriva de las áreas papilares. Posteriormente realizamos una disección de espesor dividido en sentido coronal desde la incisión y se conecta con una incisión intrasulcular. El tejido colapsa coronalmente, cubriendo la raíz descubierta. Después se sostiene en su nueva posición durante un par de

---

minutos con una casa húmeda y terminamos colocando apósito quirúrgico periodontal, algunos casos no necesitan de apósito o sutura<sup>3</sup>.

Esta técnica es muy simple y proporciona de forma predecible de 2 a 3mm de cobertura radicular<sup>3</sup>.

### Colgajo desplazado de doble papila

Cohen y Ross propusieron un colgajo reposicionado de doble papila para cubrir defectos en los cuales está presente una insuficiente cantidad de encía. Las papilas de cada lado del diente son levantadas y rotadas sobre el aspecto medial facial del diente receptor y son suturadas. La única ventaja de esta técnica es el doble suministro sanguíneo y que se denuda únicamente el hueso interproximal. Las desventajas incluyen tracción exagerada de la sutura y desgarramiento de la papila gingival<sup>3</sup>.

### Regeneración tisular guiada (RTG)

Pini-Prato *et al.* Describieron una técnica basada en el principio de inducir la reconstrucción del aparato de inserción junto con la cobertura de la superficie radicular descubierta<sup>3</sup>.

Primero debemos levantar un colgajo de espesor total hacia la unión mucogingival y se continúa como un colgajo de espesor parcial 8mm en sentido apical con respecto a la unión mucogingival. Enseguida se coloca una membrana microporosa reabsorbible sobre la superficie radicular descubierta y el tejido adyacente; se recorta y adapta a la superficie radicular y se cubren por lo menos 2mm del periostio marginal. Después se para una sutura a través de la porción de la membrana que cubrirá el hueso, se anuda la sutura en el exterior y se ata para curvar la membrana, creando un

---

espacio entre la raíz y la membrana, permitiendo el crecimiento de tejido debajo de la membrana; por último se reposiciona el colgajo en dirección coronal y se sutura (fig. 46)<sup>3</sup>.



Fig. 46 Técnica de RTG para la cobertura radicular<sup>21</sup>

---

## 9. FIBROMA TRAUMÁTICO ASOCIADO AL USO DE PIERCING EN LENGUA (CASO CLÍNICO)

Paciente femenina de 26 años de edad que se presenta a la Clínica Periférica Vallejo de la F. O. en Febrero de 2014 para ser atendida de emergencia.

### **Motivo de consulta:**

La paciente quería que se le retire el piercing que tenía insertado en la lengua y ya no lo podía quitar ella sola

### **Antecedentes sistémicos:**

No refiere antecedentes patológicos

### **Antecedente traumático:**

La paciente refiere que hace aproximadamente 7 meses se realizó una perforación en el dorso de la lengua en un local callejero y se colocó un piercing, posteriormente presentó inflamación, dolor y ardor al comer, comenta que tenía unas semanas sin retirarlo para realizar su higiene bucal y que después descubrió que no lo podía retirar de su lengua, le costaba trabajo pronunciar ciertas palabras y le molestaba mucho para comer.

### **Exploración bucal:**

Se observan caries de múltiples grados en dientes posteriores superiores e inferiores, presencia de cálculo en dientes inferiores anteriores de canino a canino, restauraciones estéticas en OD 34, 44, 14 y 24. En lengua observamos inflamación de la zona que rodea el piercing y un tejido de consistencia fibrosa cubriendo parte del piercing en el dorso de la lengua.

---

**Diagnóstico presuntivo:**

Fibroma irritativo ocasionado por el constante roce del piercing metálico con la mucosa de la lengua

**Objetivo:**

Eliminar el factor irritativo que ocasionó el fibroma (retirar el piercing)

**Plan de tratamiento:**

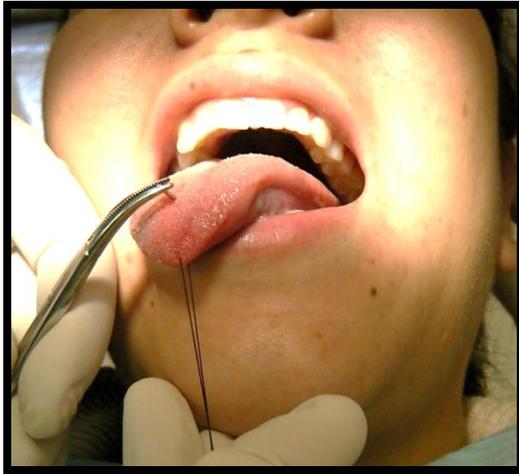
Remover la lesión en su totalidad quirúrgicamente, mediante una biopsia excisional.

**Técnica quirúrgica:**

Se colocó anestesia local con Mepivacaína al 3% con vasoconstrictor, utilizando aguja corta

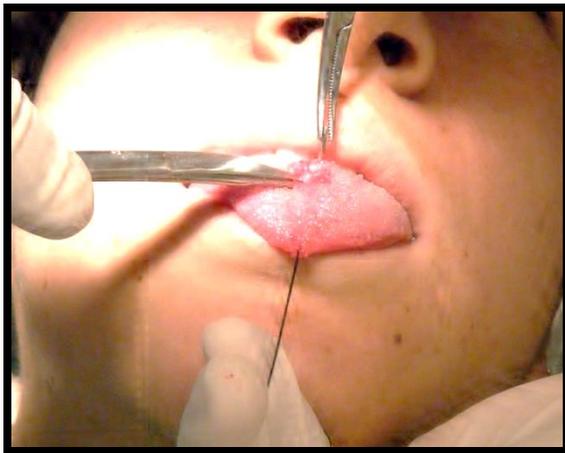
---

*Foto 1: Aplicación de anestesia (foto directa)*



*Foto 2: Fijación de la lengua para evitar que la paciente la moviera y sujeción del piercing para observar la lesión (foto directa)*

Se fijó el vértice de la lengua con sutura de seda negra tres ceros para evitar que la paciente la moviera involuntariamente durante el procedimiento y con unas pinzas de mosco curvas se sujetó el piercing y se levantó para observar la base de la lesión.



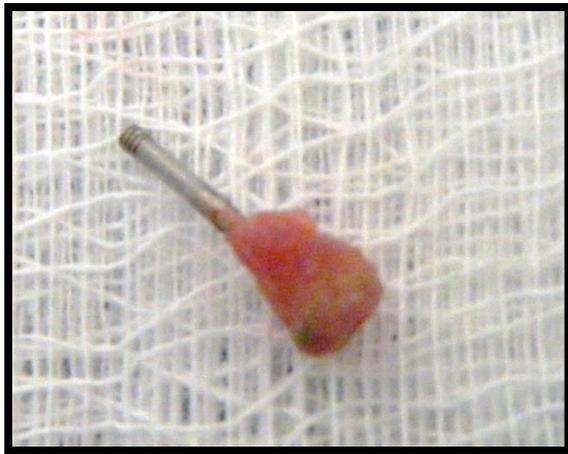
*Foto 3: Corte del tejido con tijeras de encía (foto directa)*

Con las tijeras de encía se realizaron cortes en el contorno de la lesión para ser retirada desde su base y en su totalidad.



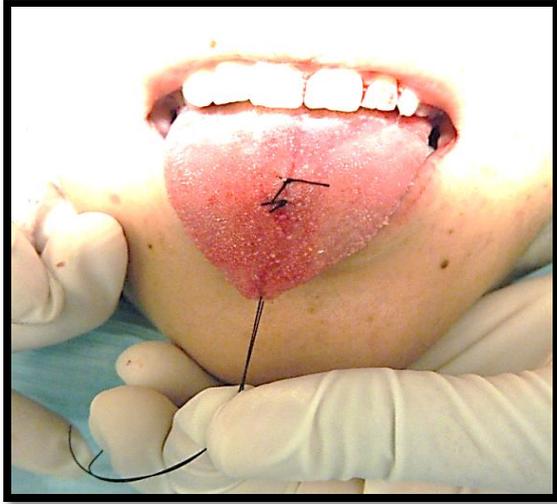
*Foto 4: Eliminación total de la lesión (foto directa)*

Una vez que se retiró la lesión en su totalidad se curetea la zona circundante donde se encontraba la lesión con bisturí para evitar que quedaran vestigios de ésta.



*Foto 5: Muestra obtenida de la biopsia excisional (foto directa)*

Al retirar el piercing observamos que el tejido rodeaba y cubría una parte de éste, lo que evitaba que la paciente lo retirara manualmente.



Se sutura la zona operada con sutura de seda negra tres ceros realizando puntos simples.

---

*Foto 6: Sutura de la zona operada (foto directa)*

---

## 10. CONCLUSIONES

El uso de piercing intraoral ha incrementado su popularidad y uso en los últimos años.

Hoy en día el piercing intraoral se ha convertido en un factor de riesgo importante para la aparición de ciertos tipos de lesiones y complicaciones bucales en algunos pacientes.

La ubicación y la técnica de colocación de un piercing en cualquier parte de la cavidad oral determina en gran parte el tipo de lesión y complicación que algunas pueden llegar a presentar.

La severidad y el tipo de la lesión dependerán de la zona en la que se encuentre insertado el piercing, ya que el tipo de mucosa en cada una de ellas es diferente así como la función que desempeñan.

Es fundamental que los jóvenes conozcan los riesgos que corren al realizarse una perforación en cualquier parte de su cuerpo.

Es importante que se concientice a los pacientes en relación a los problemas que se pueden presentar por el uso de un piercing, ya que cuando se colocan en la cavidad oral pueden desencadenarse diversos problemas de salud.

Una vez que conozcamos los diferentes tipos de lesiones y complicaciones que se llegan a presentar por el uso de un piercing intraoral y sus respectivos tratamientos sabremos cómo dar una atención adecuada a un paciente que se presente en el consultorio con este tipo de características, o bien remitirlas a un especialista.

---

Que sea una moda en la actualidad no quiere decir que todos los jóvenes deben realizarse algún tipo de decoración en su cuerpo, pues las modas pasan y la salud es para siempre y es muy importante que la cuidemos.

---

## 10. FUENTES DE INFORMACIÓN

1. LINDHE, Jan, Niklaus Lang; *“Periodontología clínica e implantología odontológica”* 5ª edición, Buenos Aires, Edit. Médica Panamericana, 2009. Pp. 5-24
2. GOMEZ, de Ferraris; A. Campos Muñoz *“Histología, Embriología e Ingeniería Tisular Bucodental”* 3ª edición, México, Edit. Médica Panamericana, 2009. Pp. 139, 140, 156-158, 162-165, 342-344
3. CARRANZA, Fermin A., Michael G. Newman; tr. Cervera Pacheco Claudia *“Periodontología clínica”* 10ª edición, México, Edit. Mc Graw Hill, 2010. Pp. 46-64
4. Escudero Castaño N, Bascones Martínez A. *“Posibles alteraciones locales y sistémicas de los piercings orales y periorales”* Avances en odontoestomatología. Madrid. 2007. 23 (1): 21-33
5. Mercedes Haces A., Juan Cardentey G. *“El uso del piercing en la cavidad bucal de adolescentes”* Rev. Ciencias Médicas. Pinar del Río, Cuba. 2014. 18 (2):267-274
6. Regezi, Joseph A., James J. Sciubba, Richard C. K. Jordan *“Oral pathology: clinical-pathologic correlations”*, 6ª Edición, St. Louis, Missouri. Elsevier/Saunders. 2012. Pp. 220

- 
7. De Urbiola Alís I., Viñals Iglesias H. *“Algunas consideraciones acerca de los piercings orales”* Avances en odontoestomatología. Barcelona. 2007. 21 (5): 259-269
  8. CAWSON, R. A.; E. W. Odell *“Medicina y patología oral”* 8ª Edición, Barcelona, España. Edit. Elsevier. 2009. Pp.106-108
  9. Alegria G., Samara G., López M.A., *“Health risks from the use oral piercing”*\_Cient. Dent. Barcelona. 2008. 5 (2):149-154
  10. [www.clinicadens.com/Problemasasociadosalospiercingenlazonadelaboca](http://www.clinicadens.com/Problemasasociadosalospiercingenlazonadelaboca)
  11. Tronel H., Chaudemanche H., Pechier N., *“Endocarditis due to Neisseria mucosa after tongue piercing”* Clinical Microbiology and infection. Francia. 2001. 7 (45): 275-281
  12. Richard A. Martinello and Elizabetg L. Cooney *“Cerebellar brain abscess associated with tongue piercing”* Clinical Infectious Diseases. U.S.A 2003. 39 (36): e32-e36
  13. Elma P. Vieira; Andre L. Ribeiro *“Oral Piercings: Immediate and Late Complications”* American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons J. Oral Maxillofac Surg U.S.A. 2011. 69:3032-3037
  14. Vilchez Perez MA.; Fuster-Torres Ma. *“Periodontal Health and lateral lower lip piercings: a Split-mouth cross-sectional study”*. Journal of Clinical Periodontology. Barcelona. 2009. 36:558-563

- 
15. Sawsan Tabbaa, DDS, MS Ivanka Guigova, *“Medline diastema caused by tongue piercing”*. Journal of Clinical Orthodontics. U.S.A. 2010. 7 (44):426-430
  16. A. Plessas; E. Pepelassi *“Dental and periodontal complications piercing: prevalence and influencing factors”*. Australian Dental Journal. Australia. 2011. 57:71-78
  17. Claudia S. de León Torres, Leonor O. García, Saúl D. Olvera, José A. D. Ramirez *“Piercing en cavidad oral: la moda que arriesga la salud”* Revista Odontológica Mexicana. México. 2009. 42 (38):112-116
  18. Kayla Marie Janssen, BSDH, Brigitte Rebecca Copper, RDH, MS. *“Oral piercing: an overview”*. The Internet Journal of Allied Sciences and Practice. U.S.A. 2008. 6 (3):1-4
  19. NL Hennequin-Hoenderdos, DE Slot, GA Van der Weijden; *“Complications of oral and peri-oral Piercings: a Summary of Case reports”*. International Journal of Dental Hygiene. Amsterdam. 2011. 9: 101-109.
  20. Preston D. Miller *“Root coverage with the free gingival graft factors associated with incomplete coverage”*. International Journal Periodontology. U.S.A. 1985. 5:9-674-681
  21. Ardila Medina CM *“Gingival recession: a review of it's a etiology, pathogenesis and treatment”* Avances en Periodoncia. Colombia. 2009. 21 (2):36-43

- 
22. Nikolaos A. Chrysanthakopoulos *“Ocurrence, Extension and Severity of the Gingival Recession in a greek adult population sample”* Journal of Periodontology & Implant Dentistry. Grecia. 2010. 2 (1):37-42
23. Gélvéz V. María *“Relationship between Occlusal and Gingival Recessions: a Systematic Review”*. Revista Javeriana. Colombia. 2009. 28 (61):101-117
24. Milena Guerrero MARINI, Sebastian Luiz Aguiar GREGHI, *“Gingival Recession: prevalence, extesion and severity in adults”* Journal of applied oral science. Brasil. 2008. 12 (3): 250-255
25. Raúl Arturo Castro Reyes, Ana Patricia Vargas Casillas, *“Tratamiento de recesiones gingivales mediante colgajo desplazado coronal modificado más injerto de tejido conectivo subepitelial. Serie de casos”* Revista Mexicana de Periodontología. México. 2012. 3 (1):15-23
26. Leichter J.W., Montelth B.D. *“Prevalence and risk of traumatic gingival recession following elective lip piercing”* PubMed Dent. Traumatol. 2008. 22 (1):7-13
27. Kapferer I., Benesch T., Gregoric N. *“Lip piercing: prevalence of associated gingival recession and contributing factors. A cross-sectional study”* Journal of Periodontal Research. 2007. 42 (2):177-183
28. <http://www.clinicaadvanceddental.com/especialidades/periodoncia/injerto-gingival-libre.html>