



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

---

---



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**MANIFESTACIONES BUCO-DENTALES OCASIONADAS  
POR UNA MODA: PIERCING Y SUS REPERCUSIONES  
EN ODONTOLOGÍA.**

**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:

XIMENA MORFÍN FIGUEROA

TUTOR: Esp. JAIME ALBERTO GONZÁLEZ OREA



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.

Este trabajo es para mis padres, porque sin ellos no hubiera sido posible esto.

A mi mamá, porque toda mi vida me ha motivado a ser mejor cada día y aguantarme durante todo este tiempo, seguro no es nada fácil. Eres la mejor persona de este mundo, agradezco y me siento orgullosa de ser tu hija. Gracias por apoyarme, en todos los sentidos y en todos los aspectos. Te admiro.

A mi papá por siempre decirme “No te preocupes mi vida, tú puedes, échale ganas”. También me apoyas siempre y gracias por heredarme ese gusto por el trabajo y hacer lo que me gusta.

A mi hermano por ayudarme con la redacción y corrección de este trabajo. Quiero ser como tú e intentar siempre superarme para ser mejor académicamente.

A las familias: Gómez – Pedroso Morfín, Arellano Morfín, Reyes Arellano. A mis abuelos.

A mi Sofi y Regi que las amo y trajeron tanta felicidad a la familia.

A mi tío Paco y a mi tía Milagros porque siempre están cuando los necesito y apoyarme en el transcurso de mi vida educativa. A mi tío Augusto por sus consejos y motivaciones.

A mis amigas: Mariana Boy, no sé por qué no nos conocimos antes; gracias por aguantarme tantos malos humores y ayudarme siempre. A Isabel y a Iris porque me di cuenta que las amistades no tienen fecha de caducidad. A Iliana y Elena que desde la prepa están presentes.

A Laura Alquicira que es mi ejemplo a seguir y me enseñó muchísimas cosas. A Julio Jiménez por confiar en mí. A Diana Solano por ayudarme y brindarme siempre su apoyo.

A la familia Solano Bravo: Manuel, Yolanda (†) , Diana, Sergio y “Dixie” por su apoyo y cariño.

A Sergio por formar parte y acompañarme en tantas cosas importantes de mi vida.  
Gracias por tanto en tan poco tiempo.

Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México por tener la dicha de cursar y caminar en sus instalaciones.

A la Facultad de Odontología por tanto aprendizaje.

Al Esp. Jaime Alberto González Orea por su paciencia y apoyo para realizar este trabajo.

## Contenido

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>7</b>
<b>1 ANTECEDENTES</b> .....	<b>8</b>
1.1 Definición de moda .....	9
<b>2 ANATOMÍA DE LA BOCA</b> .....	<b>10</b>
<b>3 NERVIOS TRIGÉMINO</b> .....	<b>12</b>
3.1 Inervación .....	12
3.2 Nervio Oftálmico (V1) .....	12
3.3 Nervio Maxilar (V2) .....	13
3.4 Nervio Mandibular (V3).....	13
<b>4 NERVIOS FACIALES</b> .....	<b>14</b>
<b>5 MÚSCULOS FACIALES</b> .....	<b>16</b>
5.1 Grupo inferior de músculos orales .....	18
5.2 Grupo superior de músculos orales .....	19
5.3 Glándula parótida .....	19
<b>6 LENGUA</b> .....	<b>20</b>
6.1 Papilas.....	22
6.2 Superficie inferior de la lengua .....	23
6.3 Superficie faríngea.....	24
6.4 Músculos de la lengua .....	24
<b>7 TÉCNICAS DE EXPLORACIÓN EN LA BOCA</b> .....	<b>26</b>
<b>8 LUGARES DE MAYOR PREVALENCIA EN LA COLOCACIÓN DE UN PIERCING</b> .....	<b>28</b>
<b>9 PIERCING</b> .....	<b>32</b>
9.1 Composición del piercing.....	33
<b>10 TIPOS DE PIERCINGS</b> .....	<b>34</b>
<b>11 TÉCNICAS PARA LA COLOCACIÓN DE PIERCING</b> .....	<b>35</b>
11.1 Colocación en lengua .....	35
11.2 Colocación en labio .....	36
11.3 Colocación en úvula .....	36

11.4 Colocación en frenillo .....	37
11.5 Colocación en mejilla.....	38
11.6 Material para realizar una perforación .....	38
<b>12 CONTRAINDICACIONES.....</b>	<b>40</b>
12.1 Cuidados .....	40
12.2 Cuidados posteriores a la colocación de un piercing.....	41
12.3 Mantenimiento del piercing.....	41
12.4 Afectaciones .....	42
i. Durante: .....	42
ii. A corto plazo: .....	43
iii. A largo plazo: .....	45
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>49</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>51</b>

## INTRODUCCIÓN

Un piercing es definido como la perforación de alguna parte del cuerpo, colocando una joya que servirá como adorno; puede ser de metal, plástico, madera o piedra. Los piercings orales y corporales se han realizado en varias sociedades desde hace unos 6000 años como un ritual religioso o mítico; una señal de sexualidad; un símbolo identitario de castas, etnias; también es realizado con fines estéticos o como parte de un rito luctuoso. Los lugares más comunes para la práctica del piercing son la oreja, boca y nariz.

Los motivos para usar piercings orales pueden ser varios, entre ellos: inclusión en un grupo social; búsqueda de una individualidad, belleza; y también como expresión de arte, sexual, corporal, resistencia, adicción, espiritualidad; y, por último, es también evidencia de la transición cultural e influencia de medios de comunicación en la sociedad.

Schetter y cols. en 2012 encontraron que la mayoría de las personas que utilizan piercings no conocen los riesgos a la salud que causa el uso de éstos. Los profesionales de la salud deben conocer las complicaciones que se pueden presentar al tener un piercing en la boca, para que esa información sea transmitida a los pacientes y se reduzca el riesgo de lesiones, pues su popularidad ha incrementado en los últimas décadas, en especial entre la juventud. Cerca del 80% de los piercings se llevan a cabo en personas menores de 29 años.

La realización de tatuajes, piercing, escarificaciones, etc., se denomina "body art"; este concepto se refiere a la manera de ser, vivir o percibir el mundo.

Sin embargo, un problema relevante que ha surgido a raíz de esta práctica es la poca capacitación del personal que la practica y la escasa



información que se le brinda al cliente con respecto a las posibles complicaciones.

La finalidad de este trabajo es exponer las repercusiones que se presentan ante la moda actual como piercing en boca, así como la actitud y profesionalismo que actuaría el profesional de la salud como odontólogo ante las patologías o manifestaciones bucales involucradas en cavidad bucal. La "moda" de los piercings sigue creciendo y tanto los pacientes, los profesionales de la salud y los que realizan este trabajo deben conocer a detalle todo lo relacionado con estructuras bucales y lo relacionado a esta moda; los tipos de joyería, el material del que está hecho, las consecuencias de traer un piercing, las complicaciones que se podrían presentar, los cuidados y las contraindicaciones.

## **1 ANTECEDENTES**

Los piercings son perforaciones que se realizan en diferentes partes del cuerpo. Los jóvenes son los que, generalmente, perforan su cuerpo por "moda" sin tener conocimiento de las consecuencias que esto originará en el futuro. Sin embargo, los piercings se han usado desde hace mucho tiempo. Los egipcios se perforaban el ombligo como símbolo de nobleza. Los mayas los usaban como símbolo de espiritualidad, virilidad y coraje, pues los sacerdotes se perforaban la lengua como signo de comunicación con los dioses. Los reyes aztecas usaban expansores en el lóbulo de la oreja. Los esquimales colocaban piercings en el labio inferior a los hombres que se encontraban en proceso de pubertad a la adolescencia y a las mujeres recién nacidas como símbolo de pureza. También se usan en la cultura hindú y china. En el sur de India se realiza un voto de silencio colocando un piercing en la lengua. Existen algunas tribus en África que siguen utilizando piercings por motivos religiosos o culturales. Los materiales con los que se fabricaban

los piercings antiguamente eran: hueso, marfil o piedra. Sin embargo, con la llegada del cristianismo, el piercing tuvo una época de decadencia.<sup>1, 2</sup>

En la actualidad el uso de estos “adornos” es sobre todo en adolescentes por motivos de rebeldía o moda. Los materiales de los cuales están hechos estos elementos son muy diferentes. Lo ideal sería el uso de materiales biocompatibles, no tóxicos e hipoalergénicos; tales como oro de 14 a 24 K, titanio, plástico como el (tygon), hueso, marfil.<sup>1</sup> (Figura 3)



Figura 3. De izquierda a derecha se muestran los diferentes materiales de los que pueden estar compuestas las joyas: 1 acero inoxidable, 2 madera, 3 hueso, 4 marfil, 5 piedra, 6 tygon.

## 1.1 Definición de moda

Moda: La moda según Lipovetsky<sup>4</sup> se define como una búsqueda frenética de la novedad y una forma de venerar el presente. Estos conceptos se encuentran relacionados entre sí y acordes a una sociedad abierta en una cultura en la cual los valores primordiales son el placer, la búsqueda permanente de pertenecer a un grupo y al mismo tiempo ser diferente, y único. Esta exclusividad conlleva a tener o desarrollar un estilo específico. El estilo se define como un modo de expresión básico y distintivo, la relación del estilo con las modas, es del orden de lo general con lo particular. La moda en estos casos toma una posición de imperante y de regidora del mundo del

buen gusto, pero aún así, hay pequeñas modas que se instauran dentro de otras esferas de no tanta envergadura y que son denominadas: estilos. Por otro lado, el *Diccionario de la Real Academia Española* define a la moda (del fr. *mode*) como "uso, modo o costumbre que está en boga durante algún tiempo, o en determinado país, con especialidad en los trajes, telas y adornos, principalmente los recién introducidos"

## 2 ANATOMÍA DE LA BOCA

La boca es la puerta de entrada del tubo digestivo y cumple también funciones importantes en el aparato respiratorio. La mucosa oral tapiza el interior de la boca, distinguiéndose tres tipos:

- **Mucosa móvil:** Mucosa de revestimiento que se encuentra en las mejillas (mucosa yugal), suelo de la boca, encía no adherida, vientre lingual, paladar blando y pilares faríngeos. Se trata de un epitelio poliestratificado no queratinizado.
- **Mucosa masticatoria o queratinizada:** es la mucosa del paladar duro y la encía adherida. Se trata de un poliestratificado queratinizado.
- **Mucosa gustatoria:** es un epitelio poliestratificado queratinizado con órganos sensoriales gustativos especializados. Recubre el dorso lingual.

**Dientes:** Intervienen en la masticación. En el adulto existen 32 dientes que se dividen según su función en incisivos, caninos, premolares y molares.

Están compuestos por cuatro tejidos:

- *Dentina:* tejido conectivo rico en colágeno, situada entre la cámara pulpar y el esmalte.<sup>5</sup>

- *Esmalte*: de naturaleza mineral y formado por cristales de hidroxiapatita. Recubre a la dentina y es el tejido más duro del diente.
- *Cemento*: recubre a la dentina en las raíces de los dientes.
- *Cámara pulpar*: contiene vasos y nervios.

**Lengua**: es un órgano muscular que interviene en la función masticatoria, en la deglución, fonación y función gustativa. Sus dos tercios anteriores se localizan en la boca y el tercio posterior en la faringe (base de la lengua). Los dos tercios anteriores de la lengua son móviles (lengua móvil). Anatómicamente se divide en dorso, punta y bordes laterales. Los músculos de la lengua se dividen en intrínsecos y extrínsecos.

**Suelo de la boca**: es una superficie mucosa en forma de media luna. Discurre entre la lengua móvil y la cara lingual del proceso alveolar mandibular. En su parte más anterior y a ambos lados del frenillo lingual se encuentran las carúnculas de drenaje de los conductos de Wharton. Las glándulas sublinguales se sitúan a ambos lados del frenillo por debajo de la lengua.

La mucosa descansa sobre un diafragma muscular formado por dos músculos milohioides. En el borde posterior de este diafragma se refleja el conducto de la glándula submaxilar para acceder al suelo de la boca.<sup>5</sup>

La vascularización y el drenaje linfático son los mismos que los de la lengua.

## 3 NERVIOS TRIGÉMINO

### 3.1 Inervación

El nervio trigémino es el nervio sensitivo más importante de la cabeza y también inerva los músculos encargados del movimiento de la mandíbula.

Las tres divisiones terminales del nervio trigémino emergen del borde anterior del ganglio del trigémino. En sentido descendente, se distinguen tres puntos:

- El nervio oftálmico (división oftálmica) V1
- El nervio maxilar (división maxilar) V2
- El nervio mandibular (división mandibular) V3

### 3.2 Nervio Oftálmico (V1)

El nervio oftálmico V1 se dirige en dirección anterior en la duramadre de la pared lateral del seno cavernoso, abandona la cavidad craneal y alcanza la órbita a través de la fisura orbitaria superior.

El nervio oftálmico (V1) transporta los ramos sensitivos de los globos oculares, la conjuntiva y el contenido orbitario, incluida la glándula lagrimal. También recibe ramos sensitivos de la cavidad nasal, el seno frontal, el seno etmoidal, la hoz del cerebro, la duramadre de la fosa craneal anterior y la parte superior de la tienda del cerebelo, el párpado superior, el dorso de la nariz y la zona anterior del cuero cabelludo.<sup>6</sup>

### 3.3 Nervio Maxilar (V2)

Se dirige hacia delante en la duramadre de la pared lateral del seno cavernoso, justo por debajo del nervio oftálmico (V1), abandona la cavidad craneal por el agujero redondo y penetra en la fosa pterigoidea palatina.

El nervio maxilar (V2) recibe ramos sensitivos de la duramadre de la fosa craneal media, la nasofaringe, el paladar, la cavidad nasal, las piezas dentarias del maxilar, el seno maxilar, la piel que cubre la región lateral de la nariz, el párpado inferior, la mejilla y el labio superior.

### 3.4 Nervio Mandibular (V3)

Sale del margen inferior del ganglio del trigémino y abandona el cráneo a través del agujero oval. La raíz motora del trigémino también discurre por el agujero oval y se une al componente sensitivo del nervio mandibular (V3) fuera del cráneo. Por tanto, el nervio mandibular (V3) es la única división del nervio trigémino que contiene un componente motor.

Ya una vez fuera del cráneo, las fibras motoras inervan los cuatro músculos masticadores (el músculo temporal, el masetero, el pterigoideo lateral y el pterigoideo medial), así como el músculo tensor del tímpano, el tensor del velo del paladar, el vientre anterior del digástrico y el milohiideo.

El nervio mandibular (V3) también recibe ramos sensitivos de la piel de la región inferior de la cara, la mejilla, el labio inferior, la parte anterior del pabellón auricular, parte del conducto auditivo externo y de la región del temporal, los dos tercios anteriores de la lengua, las piezas dentarias de la mandíbula, las celdillas mastoideas, la mucosa de la mejilla, la mandíbula y la duramadre de la fosa craneal media (figura 7) <sup>6</sup>.

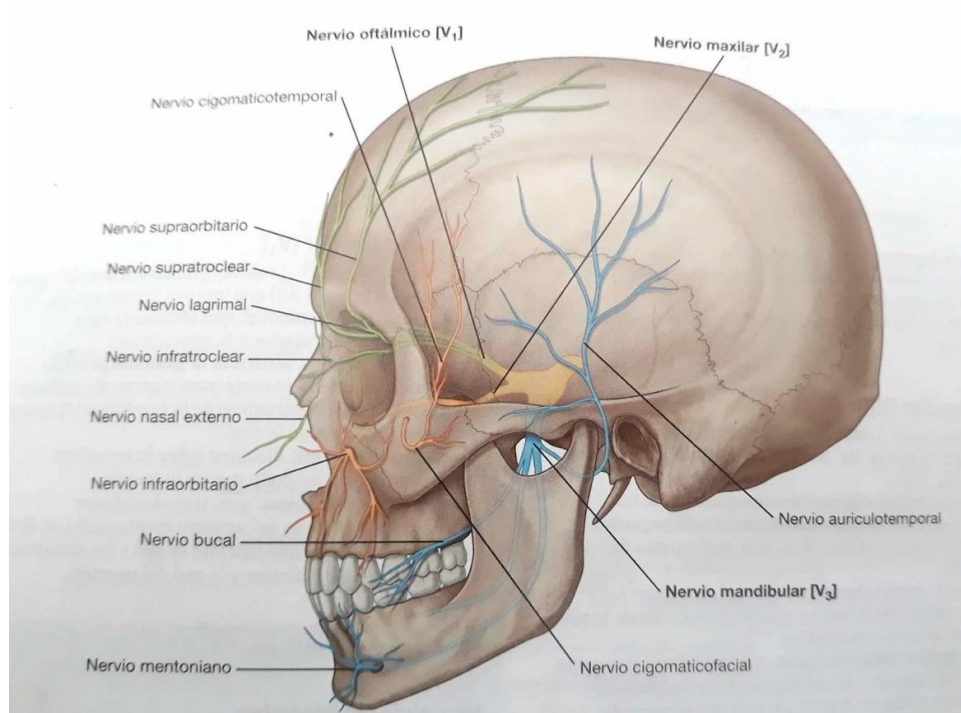


Figura 7. Trayectoria y ramas del nervio trigémino.

## 4 NERVIO FACIAL

Transporta fibras ASG, AE, EVG, y EB:

- Las fibras ASG (*aferentes somáticas generales*), transportan aferencias sensitivas de parte del conducto auditivo externo y de las regiones más profundas de la oreja.
- Las fibras AE (*aferencia especial*) se encargan del gusto de los dos tercios anteriores de la lengua.
- Las fibras EVG (*eferencia visceral general*) forman parte de la región parasimpática de la división autónoma del SNP y estimulan la actividad secretora de la glándula lagrimal, las glándulas salivales,

submandibular y sublingual, las glándulas de las mucosas de la cavidad nasal, el paladar duro y el paladar blando.

- Las fibras EB (*fibras eferentes branquiales*) inervan los músculos de la cara (músculos de la expresión facial) y del cuero cabelludo derivados del segundo arco faríngeo, el músculos estapedio, el vientre posterior del digástrico y el estilohiideo.

El nervio facial (VII) emerge por la superficie lateral del tronco del encéfalo, entre la protuberancia y el bulbo raquídeo. Se compone de una raíz motora de gran tamaño y una sensitiva más pequeña (el nervio intermedio):

- El nervio intermedio contiene las fibras AE, encargadas del gusto, las fibras EVG parasimpáticas y las fibras ASG.
- La raíz motora, de mayor tamaño, contiene las fibras EB.

Las raíces sensitivas y motoras cruzan la fosa craneal posterior y abandonan la cavidad craneal a través del conducto auditivo interno. Tras entrar en el conducto del nervio facial, en la porción petrosa del hueso temporal, las dos raíces se fusionan, dando lugar al nervio facial (VII). Próximo a este punto el nervio aumenta de tamaño y forma el ganglio geniculado, similar a un ganglio espinal, que contiene los cuerpos celulares de las neuronas sensitivas.<sup>6</sup>

La cuerda del tímpano transporta las fibras (AE) encargadas del gusto de los dos tercios anteriores de la lengua, así como las fibras parasimpáticas preganglionares (EVG) destinadas al ganglio submandibular. (Figura 8)<sup>9</sup>



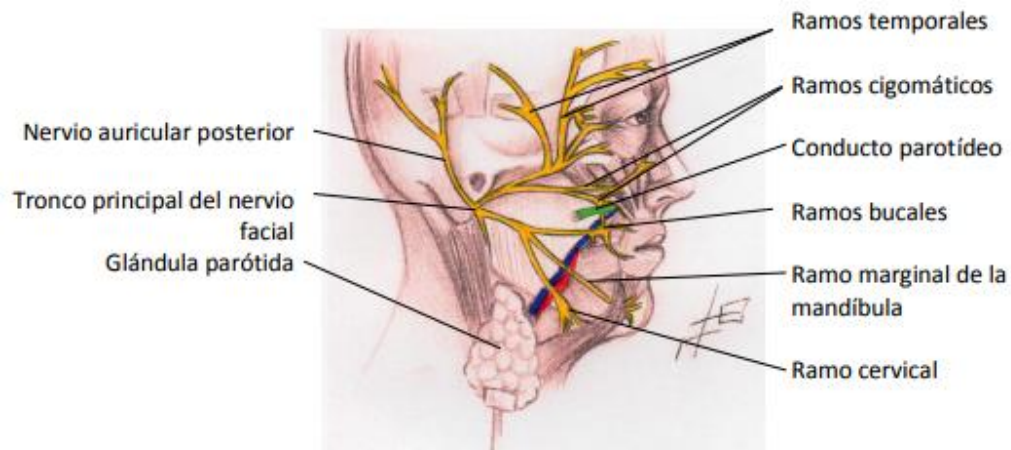


Figura 8. Trayectoria y ramas del nervio facial <sup>9</sup>

## 5 MÚSCULOS FACIALES

El grupo de músculos orales mueven los labios y las mejillas. En este grupo se incluyen el músculo orbicular de la boca, el buccinador y un grupo de músculos superiores e inferiores.

Muchos de estos músculos se entrecruzan inmediatamente por fuera de las comisuras bucales, en una estructura denominada modiollo.

- El músculo **orbicular de la boca** es un músculo complejo compuesto por fibras que rodean la boca por completo. Su acción se pone de manifiesto cuando se “fruncen” los labios, como ocurre cuando se silba.
- El **músculo buccinador** forma el componente muscular de la mejilla y se emplea siempre que se desea expulsar enérgicamente el aire de las mejillas. <sup>6</sup>

<b>Grupo oral</b>				
Depresor del ángulo de la boca	Línea oblicua mandibular por debajo del canino, el premolar y el primer molar	Piel del ángulo de la boca, en unión con el orbicular de la boca	Nervio facial (VII)	Desplazamiento de las comisuras bucales inferior y lateralmente
Depresor del labio inferior	Porción anterior de la línea oblicua mandibular	Línea media del labio inferior; se fusiona con el músculo contralateral	Nervio facial (VII)	Desplazamiento del labio inferior inferior y lateralmente
Mentoniano	Mandíbula hasta los dientes incisivos	Piel del mentón	Nervio facial (VII)	Elevación y protrusión del labio inferior, formación de pliegues en la piel del mentón
Risorio	Fascia del músculo masetero	Piel del ángulo de la boca	Nervio facial (VII)	Retracción del ángulo de la boca
Cigomático mayor	Porción posterior de la superficie lateral del hueso cigomático	Piel del ángulo de la boca	Nervio facial (VII)	Desplazamiento superolateral del ángulo de la boca
Cigomático menor	Porción anterior de la superficie lateral del hueso cigomático	Labio superior, medial a la comisura bucal	Nervio facial (VII)	Desplazamiento superior del labio superior
Elevador del labio superior	Borde infraorbitario del maxilar	Piel de la mitad lateral superior del labio superior	Nervio facial (VII)	Elevación del labio superior; contribuye a la formación del surco nasolabial
Elevador del ala de la nariz y del labio superior	Apófisis frontal del maxilar	Cartilago alar de la nariz y el labio superior	Nervio facial (VII)	Elevación del labio superior y apertura de las narinas
Elevador del ángulo de la boca	Maxilar por debajo del agujero infraorbitario	Piel del ángulo de la boca	Nervio facial (VII)	Elevación del ángulo de la boca; contribuye a la formación del surco nasolabial
Orbicular de la boca	A partir de músculos locales; maxilar y mandíbula en la línea media	Forma una elipse alrededor de la boca	Nervio facial (VII)	Oclusión labial; protrusión labial
Buccinador	Porciones posteriores del maxilar y de la mandíbula; rafe pterigomandibular	Se fusiona con el orbicular de la boca y los labios	Nervio facial (VII)	Presiona las mejillas contra los dientes; comprime las mejillas distendidas
<b>Otros músculos o grupos</b>				
Auricular anterior	Región anterior de la fascia temporal	En el hélix de la oreja	Nervio facial (VII)	Tracción de las orejas hacia arriba y hacia delante
Auricular superior	Aponeurosis epicraneana, a cada lado de la cabeza	Parte superior de la oreja	Nervio facial (VII)	Elevación de las orejas
Auricular posterior	Apófisis mastoides del hueso temporal	Convexidad de la concha de la oreja	Nervio facial (VII)	Tracción de las orejas hacia arriba y hacia atrás
Occipitofrontal – Vientre frontal	Piel de las cejas	Aponeurosis epicraneana	Nervio facial (VII)	Formación de pliegues frontales; elevación de las cejas
– Vientre occipital	Porción lateral de la línea nuchal superior del hueso occipital y apófisis mastoides del hueso temporal	Aponeurosis epicraneana	Nervio facial (VII)	Tracción posterior del cuero cabelludo
Platisma	Bajo la clavícula, en la parte superior del tórax	Asciende por el cuello hasta la mandíbula. Las fibras más mediales se insertan en la mandíbula; las fibras más laterales se unen con músculos peribucales	Nervio facial (VII)	Tensa la piel del cuello y mueve el labio inferior y las comisuras de la boca hacia abajo

Figura 10 Músculos de la cara.

## 5.1 Grupo inferior de músculos orales

Los músculos del grupo inferior son el músculo depresor del ángulo de la boca, el músculo depresor del labio inferior y el músculo mentoniano.

- El músculo **depresor de la boca** se contrae cuando se frunce el ceño.
- El **músculo depresor del labio inferior** deprime el labio inferior y lo mueve lateralmente.
- El **músculo mentoniano** ayuda a mantener la posición del labio cuando se bebe de una taza o cuando se gesticula haciendo una mueca o gesto de disgusto.



Figura 11 Músculos faciales. Grupo oral.

## 5.2 Grupo superior de músculos orales

Al grupo superior de músculos orales pertenecen el músculo risorio, el cigomático mayor, el cigomático menor, el elevador del labio superior; el elevador del ala de la nariz y el labio superior; y el elevador del ángulo de la boca.

- El **músculo risorio** participa en la producción de la risa franca.
- Los **músculos cigomático mayor y cigomático menor** contribuyen a la producción de la sonrisa.
- El **músculo elevador del labio superior** profundiza el surco existente entre la nariz y el ángulo de la boca durante la expresión de tristeza.
- El **músculo elevador del ala de la nariz y del labio superior** puede contribuir al ensanchamiento de las narinas.
- El **músculo elevador del ángulo de la boca** se encarga de elevar la comisura de la boca y puede contribuir a profundizar el surco existente entre la nariz y el ángulo de la boca durante la expresión de tristeza.

## 5.3 Glándula parótida

Es la mayor de tres glándulas salivales principales de la cabeza y a través de ella discurren numerosas estructuras. A través de la glándula parótida, o profundas a la misma discurren diversas estructuras importantes, entre las que se incluye el nervio facial (VII), la arteria carótida externa, sus ramas, la vena retromandibular y sus venas tributarias.<sup>6</sup> (figura 12)

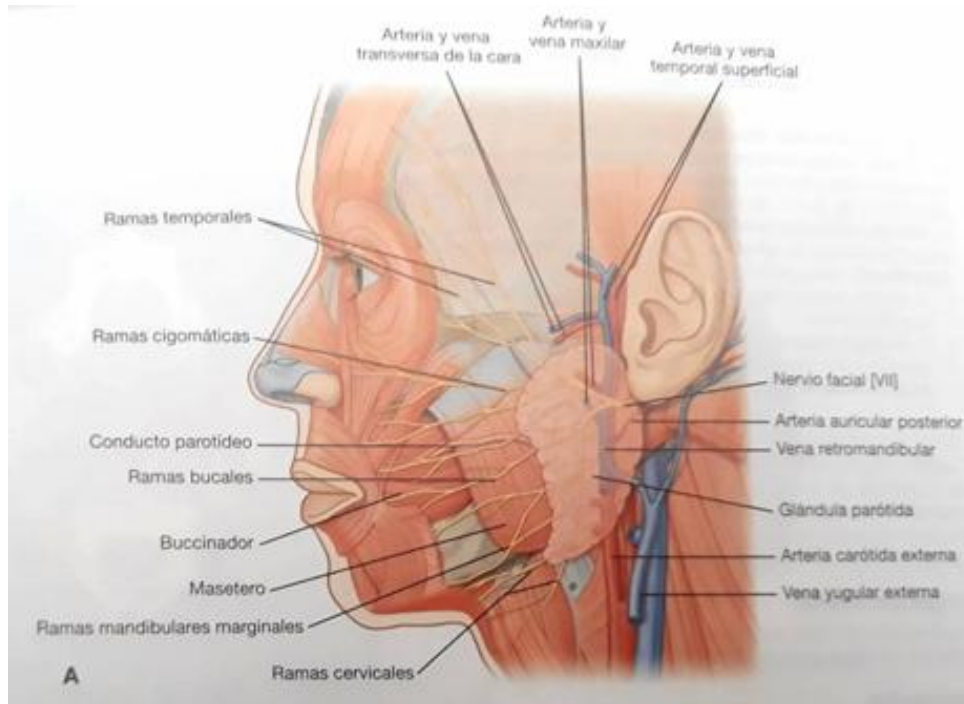


Figura 12 Glándula parótida.

## 6 LENGUA

La lengua es la estructura muscular que forma parte del suelo de la cavidad oral y parte de la pared anterior de la orofaringe. Su parte anterior (oral) está en la cavidad oral y su forma es algo triangular, con una punta de la lengua roma. La punta se dirige anteriormente y se apoya inmediatamente detrás de los dientes incisivos. La raíz de la lengua está unida a la mandíbula y al hueso hioides. <sup>6</sup> (Figura 13)



Figura 13. Dibujo de lengua.

La superficie superior de los dos tercios anteriores de la lengua está orientada en el plano horizontal.

La superficie faríngea o posterior de la lengua se curva inferiormente y se orienta más en el plano vertical. Las superficies oral y faríngea están separadas por un surco terminal de la lengua con forma de V. Este surco terminal forma el límite inferior del istmo de las fauces entre las cavidades oral y faríngea. En el vértice del surco con forma de V hay una pequeña depresión (el agujero ciego de la lengua) que marca el lugar embrionario donde el epitelio se invagina para formar la glándula tiroides.<sup>6</sup>

## 6.1 Papilas

La superficie de la parte oral de la lengua está cubierta por cientos de papilas.<sup>6</sup> (Figura 14)<sup>15</sup>

- Las papilas filiformes son pequeñas proyecciones de la mucosa con forma de cono que terminan en uno o más puntos.
- Las papilas fungiformes son más redondeadas y grandes que las papilas filiformes y suelen concentrarse a lo largo de los bordes de la lengua.
- Las papilas grandes son las papilas circunvaladas , que son papilas cilíndricas con terminaciones romas en invaginaciones en la superficie de la lengua; sólo hay cerca de 8 a 12 papilas circunvaladas en una única línea con forma de V inmediatamente anterior al surco terminal de la lengua.
- Las papilas foliadas son pliegues lineales de mucosa sobre la cara de la lengua cerca del surco terminal de la lengua.

En general, las papilas aumentan la zona de contacto entre la superficie de la lengua y el contenido de la cavidad oral. Todas, excepto las papilas filiformes, tienen botones gustativos en sus superficies.<sup>6</sup>

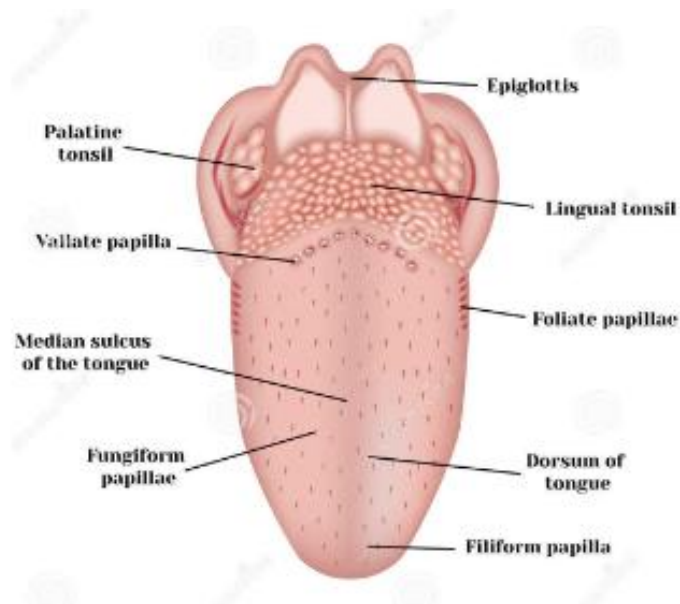


Figura 14 Papilas gustativas <sup>15</sup>

## 6.2 Superficie inferior de la lengua

La superficie inferior de la parte oral de la lengua carece de papilas, pero tiene algunos pliegues mucosos lineales. Un único pliegue mediano (el frenillo de la lengua) se continúa con la mucosa que cubre el suelo de la cavidad oral y está sobre el borde inferior de un tabique sagital de la línea media, que internamente separa los lados derecho e izquierdo de la lengua. Sobre cada cara del frenillo hay una vena lingual y lateral a cada vena hay un pliegue fimbriado rugoso.



### 6.3 Superficie faríngea

La mucosa que cubre la superficie faríngea de la lengua tiene un contorno irregular debido a que hay muchos pequeños nódulos de tejido linfático en la submucosa. Estos nódulos son en conjunto la amígdala lingual.

No hay papilas sobre la superficie faríngea.

### 6.4 Músculos de la lengua

La mayor parte de la lengua está formada por músculo.

La lengua está dividida completamente en una mitad izquierda y otra derecha por un tabique sagital medio compuesto por tejido conjuntivo. Por ello, todos los músculos de la lengua son pares. Hay músculos linguales intrínsecos y extrínsecos.

Músculo	Origen	Inserción	Inervación	Función
Milohioideo	Línea milohioidea de la mandíbula	Rafe fibroso medio y parte adyacente del hueso hioides	Nervio hasta el milohioideo desde el ramo alveolar inferior del nervio mandibular [V <sub>3</sub> ]	Soporta y eleva el suelo de la cavidad oral; eleva y desplaza hacia delante el hioides, así como la laringe unida al mismo, durante las fases iniciales de la deglución; deprime la mandíbula cuando el hioides está fijo
Geniohioides	Espinas mentonianas inferiores de la mandíbula	Cuerpo del hioides	C1	Deprime la mandíbula cuando el hioides está fijo; eleva y tira hacia delante del hioides cuando la mandíbula está fija

Figura 18. Músculos del suelo de la cavidad oral.

Los músculos intrínsecos se originan y se insertan dentro de la lengua. Se dividen en músculo longitudinal superior, longitudinal inferior, transverso y vertical y modifican la forma de la lengua (figura 19)<sup>6</sup>.

Los músculos extrínsecos se originan en estructuras externas a la lengua y se insertan en la lengua. Hay cuatro músculos extrínsecos principales en cada lado, el geniogloso, el hiogloso, el estilogloso y el palatogloso. Estos músculos propulsan, retraen, deprimen y elevan la lengua. ( figura 19)<sup>6</sup>.

Excepto el palatogloso, que está inervado por el nervio vago (X), todos los demás músculos de la lengua están inervados por el nervio hipogloso (XII).

Músculo	Origen	Inserción	Inervación	Función
<b>Intrínsecos</b>				
Longitudinal superior (debajo de la superficie de la lengua)	Tejido conjuntivo submucoso en la parte posterior de la lengua y desde el tabique medio de la lengua	Las fibras musculares pasan hacia delante y oblicuamente al tejido conjuntivo submucoso y la mucosa en los bordes de la lengua	Nervio hipogloso [XII]	Acorta la lengua; dobla la punta y los lados de la lengua
Longitudinal inferior (entre los músculos geniogloso e hiogloso)	Raíz de la lengua (algunas fibras desde el hioides)	Punta de la lengua	Nervio hipogloso [XII]	Acorta la lengua; desarrolla la punta y la dobla hacia abajo
Transverso	Tabique medio de la lengua	Tejido conjuntivo submucoso sobre los bordes laterales de la lengua	Nervio hipogloso [XII]	Estrecha y alarga la lengua
Vertical	Tejido conjuntivo submucoso del dorso de la lengua	Tejido conjuntivo en las regiones más ventrales de la lengua	Nervio hipogloso [XII]	Aplana y ensancha la lengua
<b>Extrínsecos</b>				
Geniogloso	Apófisis geni superiores	Cuerpo del hioides; toda la longitud de la lengua	Nervio hipogloso [XII]	Propulsión de la lengua; deprime el centro de la lengua
Hiogloso	Asta mayor y parte adyacente del cuerpo del hioides	Superficie lateral de la lengua	Nervio hipogloso [XII]	Deprime la lengua
Estilogloso	Apófisis estiloides (superficie anterolateral)	Superficie lateral de la lengua	Nervio hipogloso [XII]	Eleva y retrae la lengua
Palatogloso	Superficie inferior de la aponeurosis palatina	Borde lateral de la lengua	Nervio vago [X] (a través del ramo faríngeo al plexo faríngeo)	Deprime el paladar; mueve el pliegue palatogloso hacia la línea media; eleva la parte posterior de la lengua

Figura 19. Músculos de la lengua.

La lesión en el canal del facial, aparte de parálisis de los músculos cutáneos de la mitad de la cara, pérdida del gusto y secreción salival, sin modificarse la sensibilidad general de la mucosa de la lengua (tacto, dolor, temperatura) recordemos que la sensibilidad de la lengua está a cargo del nervio lingual de la rama mandibular del trigémino. También produce pérdida del gusto en los dos tercios anteriores de la lengua. El sitio de la lesión repercute en la sintomatología, si la lesión se efectúa en el nervio lingual, a parte de la pérdida de sensaciones gustativas se presentará pérdida de la sensibilidad general en la mucosa de la lengua y la secreción de las glándulas mucosas.<sup>6</sup>

Si se daña el nervio glossofaríngeo se pierde el reflejo nauseoso, es decir que al tocar la pared de la faringe no se produce náusea. La neuralgia es un dolor intenso en la interior de la faringe que se irradia a los lados del cuello, delante del oído y se exagera o desaparece con la protrusión de la lengua o deglución.

## 7 TÉCNICAS DE EXPLORACIÓN EN LA BOCA

Si el paciente utiliza prótesis dentales, se le ofrece una toalla de papel y se le pide que se las retire para poder ver la mucosa. Con los guantes colocados se puede detectar alguna úlcera o nódulo sospechoso, observando en particular cualquier engrosamiento o infiltración de los tejidos que pueda sugerir malignidad.<sup>13</sup>

Se debe inspeccionar lo siguiente:

- **Labios:** Observar el color y humedad, y cualquier nódulo, tumefacción o masa, úlcera, cisura o descamación.

- **Mucosa bucal:** Explorar la boca del paciente y, con una buena iluminación y la ayuda de un depresor lingual, inspeccione el color y la posible presencia de úlceras, manchas blancas o nódulos.
- **Encía y dientes:** Fijarse en el color de las encías, que normalmente es rosado. Puede haber manchas pardas, sobretodo en personas de raza negra, pero no es exclusivo de ellas.

Inspeccionar los bordes gingivales y las papilas interdentes en busca de tumefacciones o ulceraciones.

Inspeccionar los dientes, observar si falta alguna pieza, cambio de color, o formas o posiciones anómalas, revisar movilidad.

- **Paladar:** Inspeccionar color y arquitectura del paladar duro.
- **Lengua y piso de boca:** Pedir al paciente que saque la lengua. Fijarse en simetría, color y textura del dorso de la lengua, bordes laterales, cara ventral de la lengua y piso de boca (zonas donde suele desarrollarse con mayor frecuencia el cáncer oral). Con una gasa tomar la punta de la lengua y moverla hacia la derecha e izquierda, palpar para detectar alguna induración.

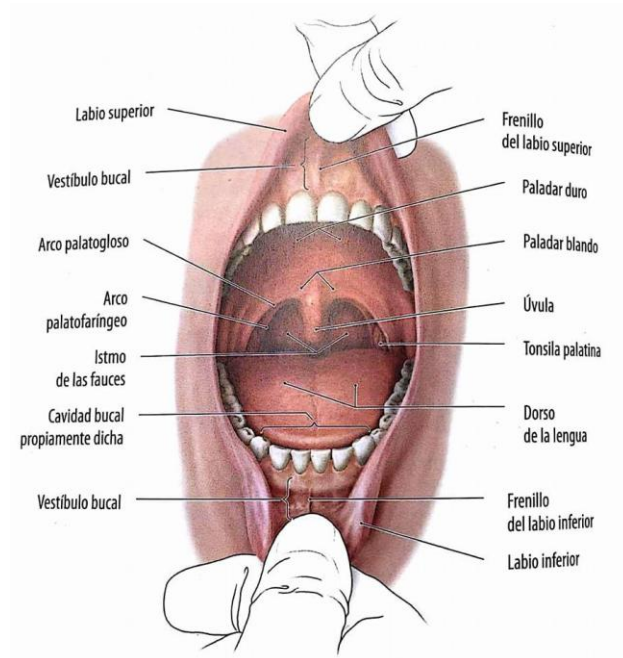


Figura 14. Exploración de boca

## 8 LUGARES DE MAYOR PREVALENCIA EN LA COLOCACIÓN DE UN PIERCING.

**Lengua:** localización más frecuente. Se realizan dos tipos uno en la zona dorso-ventral, anterior al frenillo lingual, suelen colocarse barbells, el segundo tipo sería en partes más laterales de la lengua y en la punta se colocan más habitualmente anillos. El tiempo de cicatrización es aproximadamente de 4-6 semanas. <sup>1</sup>

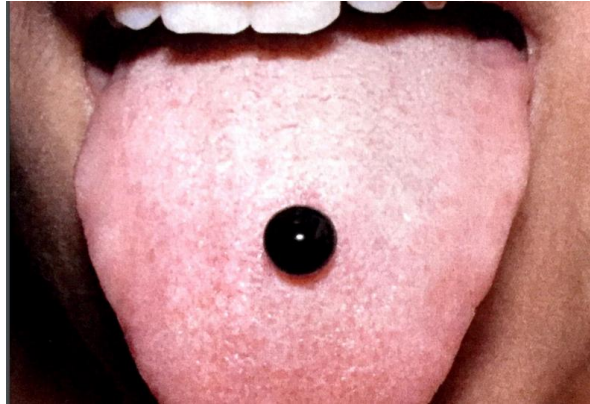


Figura 15 Piercing en lengua.

**Frenillo:** “web”. Poco frecuentes. Ésta contribuye a recesiones gingivales en la región antero-inferior causadas por trauma físico.

Inervado por el nervio trigémino (V), rama mandibular, nervio lingual.



Figura 16 Piercing en frenillo.

**Úvula:** los menos frecuentes, pocos profesionales los realizan por los riesgos a la obstrucción de las vías aéreas. Puede colocarse anillo y barbells.

Inervada por la rama faríngea del nervio vago X.

Si se llegara a dañar este nervio, la úvula se desvía hacia el lado opuesto de la lesión. (Figura 17)<sup>15</sup>



Figura 17. Piercing en úvula.

**Mejilla:** se conocen como “dimples”, son poco frecuentes. El piercing es externo y llega hasta la mucosa yugal.

Está inervada por el nervio trigémino (V) en su rama maxilar, por el nervio cigomático facial, recoge impulsos de la prominencia de la mejilla.

Por el nervio bucal de la rama mandibular del trigémino (V) recogiendo la sensibilidad de la piel de la mejilla.



Figura 18. Piercing en mejilla.<sup>19</sup>

**Labio:** la segunda localización más frecuente. Se perfora en distintas localizaciones alrededor del bermellón. El piercing mas usado es el anillo, que se coloca cerca de la comisura del labio inferior o también se puede colocar un labret en el centro del labio inferior. Se realiza del exterior hacia el interior. El promedio de cicatrización es aproximadamente de unas 6 semanas. Este tipo de piercing es el que más contribuye a las recesiones gingivales del sector anteroinferior.<sup>1</sup>

Está inervado por el nervio trigémino (V), en su rama mandibular, por el nervio mentoniano.

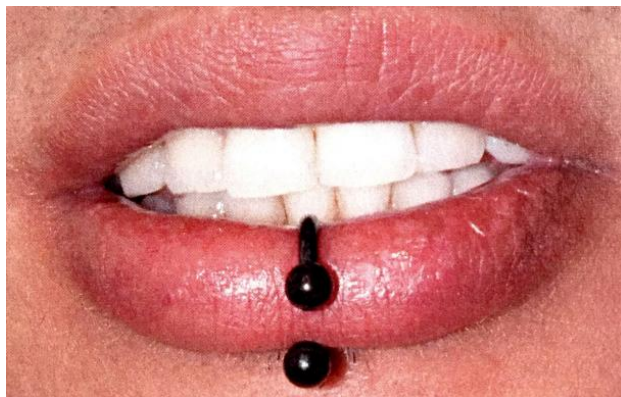


Figura 20 Piercing en labio



## Localizaciones de los piercings orales

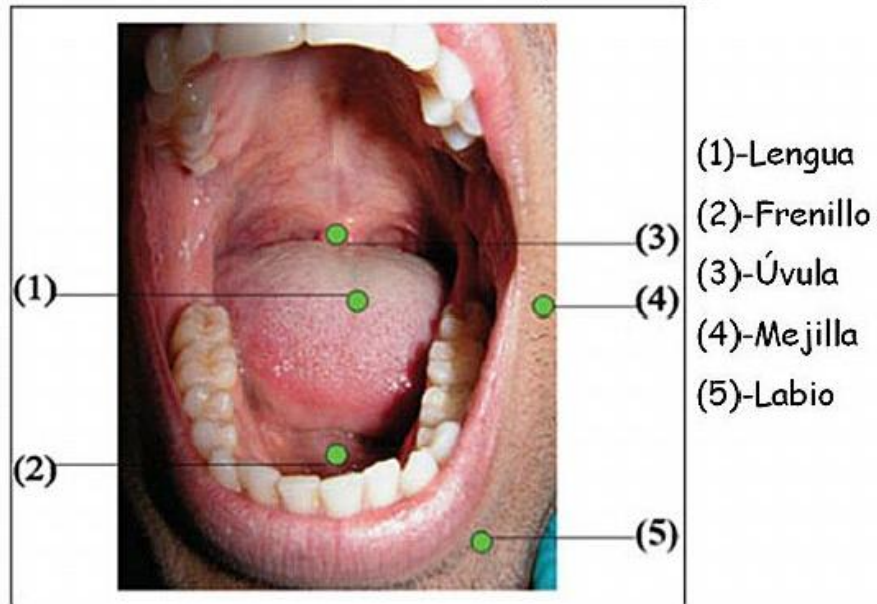


Figura 21 Diferentes localizaciones de piercings orales. (1) lengua, (2) frenillo lingual, (3) úvula, (4) mejilla, (5) labio.

## 9 PIERCING

Piercing: Pierce: atravesar, perforar.

El objetivo de éstos es perforar algún tejido del cuerpo, con el objetivo de insertar un objeto metálico, a manera de adorno.

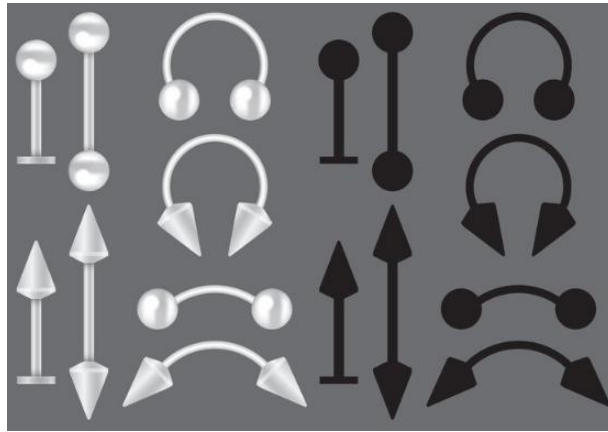


Figura 22. Diferentes tipos de piercings.

## 9.1 Composición del piercing

La resistencia a la corrosión se debe a una película delgada, adherente, estable de óxido de cromo o de óxido de níquel, que se forma con el oxígeno del aire y que protege al acero de los medios corrosivos. Esta propiedad no aparece en los aceros de bajo cromo, existe solo cuando el contenido de cromo excede el 10%. También, cuando más alto es el contenido de C, decae la propiedad de inoxidable en estos aceros, por este motivo el % de C debe ser lo más bajo posible

Los aceros inoxidables no son indestructibles, sin embargo con una selección cuidadosa, sometidos a procesos de transformación adecuados y realizando una limpieza periódica, algún integrante de la familia de los aceros inoxidables resistirá las condiciones corrosivas y de servicio más severas.

- Aceros Inoxidables Martensíticos. Se emplean después de un temple en aceite a 1000 – 1050 °C y un revenido a temperaturas de 180 – 200 °C. Son la primera rama de los aceros inoxidables, llamados

simplemente al Cromo y fueron los primeros desarrollados industrialmente (aplicados en cuchillería). Tienen un contenido de Carbono relativamente alto de 0.2 a 1.2% y de Cromo de 12 a 18%. Los tipos más comunes son el AISI 410, 420 – Dureza elevada. Alta resistencia mecánica. Baja resistencia a la corrosión y 431. Las propiedades básicas son: Elevada dureza (se puede incrementar por tratamiento térmico) y gran facilidad de maquinado, resistencia a la corrosión moderada. Principales aplicaciones: Ejes, flechas, instrumental quirúrgico y cuchillería.

- Martensíticos 420 12Cr. Dureza elevada, alta resistencia mecánica pero menor resistencia a la corrosión.<sup>20</sup>

Los piercings entran en la categoría de acero martensíticos derivándose en quirúrgico, el cual está compuesto por un 12% de Cromo y 14% Níquel. Éstos son estables en fluidos bucales, pero se corroen por cloro y fluoruro.

Hay pacientes que pueden presentar alergia al Cromo.

## **10 TIPOS DE PIERCINGS**

Por su forma:

- Labret: barra constituida por una barra en un extremo limitado por un disco, bola o punta, en el otro extremo un disco plano y liso. Localizado comúnmente en el labio inferior
- Barbell: barra recta o curva limitada en los dos extremos por bolas, uno de ellos ejerce el cierre. Se coloca normalmente en lengua o frenillo lingual.

- Anillo: con forma circunferencial con 1 o 2 bolas en los extremos. Se colocan en los labios regularmente. (Figura 23) <sup>1</sup>



Figura 23 Tipos de piercings: 1. Labret, 2. Barbell, 3. Anillo.

## 11 TÉCNICAS PARA LA COLOCACIÓN DE PIERCING.

Para la colocación de un piercing se llevan a cabo diversos pasos:

### 11.1 Colocación en lengua

1. Se le coloca un campo desechable al paciente debido a que salivará y se puede ensuciar.
2. Se le pide al cliente que realice un enjuague con un colutorio que contenga clorhexidina.
3. Se marca la lengua con un plumón indeleble de punto fino
4. Se colocan gasas, aguja, pinzas de mosco, barbell en la mesa de trabajo.
5. El perforador (persona que realiza la perforación) se coloca los guantes
6. Se detiene la lengua con la pinza mosco, se coloca en el centro el punto previamente marcado para la perforación.

7. Se “calcula” por donde entrará la aguja, debido a que se realiza desde vientre hacia el dorso, para que salga por el punto marcado.
8. Se introduce el piercing colocándolo en el extremo inferior de la aguja debido a que es hueca y deslizándolo hasta que queda en su lugar.
9. Se coloca la bolita de seguridad del barbell.

## 11.2 Colocación en labio

1. Se debe observar la anatomía de los labios (gruesos, delgados, etc) y basándonos en eso se elige la pieza correcta.
2. Con toallita impregnada con clorhexidina se limpia el labio.
3. Se marca el labio con un plumón indeleble de punto fino
4. Se coloca en la mesa de trabajo: campo, tijera, aguja, pinza de mosco y la pieza que se eligió.
5. El perforador (persona que realiza la perforación) se coloca los guantes
6. Se abre la pieza y la aguja.
7. Con la pinza mosco se centra el punto marcado
8. Se perfora del interior hacia el exterior
9. Se introduce el piercing colocándolo en el extremo inferior de la aguja debido a que es hueca y deslizándolo hasta que queda en su lugar.
10. Se coloca la bolita de seguridad de la pieza.

## 11.3 Colocación en úvula

1. Se le coloca un campo desechable al paciente debido a que salivará y se puede ensuciar.

2. Se coloca en la mesa de trabajo la aguja, pinzas de mosco, campo, la pieza que se eligió y los guantes.
3. Se le pide al cliente que realice un enjuague con un colutorio que contenga clorhexidina.
4. Se abre la aguja.
5. Se sostiene la úvula con la pinza mosco y se introduce la aguja por el centro de la úvula. Se debe realizar con cuidado para no lastimar ninguna zona anatómica, debido al largo de la aguja y el difícil acceso a esta zona.
6. Se introduce el piercing colocándolo en el extremo inferior de la aguja debido a que es hueca y deslizándolo hasta que queda en su lugar.
7. Se coloca la bolita de seguridad de la pieza.



#### 11.4 Colocación en frenillo

1. Se utiliza un catéter 18G.
2. Se coloca en la mesa de trabajo la aguja, fórceps, pinzas de mosco, campo, la pieza que se eligió y los guantes.
3. Se eleva el labio
4. Se atraviesa con la aguja por la mitad del frenillo.
5. Se introduce el piercing colocándolo en el extremo inferior de la aguja debido a que es hueca y deslizándolo hasta que queda en su lugar.
6. Se coloca la bolita de seguridad de la pieza.

### 11.5 Colocación en mejilla

1. Se le pide al “cliente” que realiza un enjuague. Con un colutorio que contenga clorhexidina.
2. Se limpia con una toalla húmeda impregnada con clorhexidina la zona exterior.
3. Se mide con un calibrador el grosor del carrillo para saber qué tipo de pieza se coloca.
4. Regularmente se elije un labret.
5. Se abre la pieza
6. Se marca la lengua con un plumón indeleble de punto fino
7. Con la pinza de mosco se sostiene a manera que quede el punto en el centro.
8. Se introduce el piercing colocándolo en el extremo inferior de la aguja debido a que es hueca y deslizándolo hasta que queda en su lugar.
9. Se coloca la bolita de seguridad de la pieza.

### 11.6 Material para realizar una perforación

<p>Pinzas de mosco</p>  <p>Figura 24. Pinzas mosco</p>	<p>Calibrador</p>  <p>Figura 25. Calibrador</p>

Plumón indeleble



Figura 26 Plumón indeleble.

Aguja



Figura 27 Aguja

Guantes



Figura 28 Guantes estériles.

Campos



Figura 29 Campos desechables.

Gasas



Figura 30 Gasas estériles.

Piercing



Figura 31 Variedad de piercings



## 12 CONTRAINDICACIONES

- En mujeres embarazadas en caso de emergencia posparto presentaría dificultades a la hora del manejo de vías aérea como pueden ser el sangrado y el edema en el caso de laringoscopia o extubación. Generalmente se produce una mayor inflamación de las encías con lo que la presencia del piercing produciría un efecto traumático continuo con el consecuente sangrado de las encías. <sup>1</sup>
- En pacientes que tienen enfermedades que alteran la cicatrización, como la diabetes.
- Pacientes con infecciones en piel: herpes, verrugas o infecciones bacterianas.
- Pacientes con enfermedades en piel: psoriasis o vitíligo.
- Pacientes que presenten cicatrización queloide, hipertróficas, fibrosas y benignas.
- Pacientes alérgicos al material del piercing.
- Pacientes con enfermedades cardíacas.
- Pacientes con tratamiento de anticoagulantes por el riesgo de hemorragia.

### 12.1 Cuidados

El cuidado de un piercing no solo depende la persona que lo quiere en su cuerpo, sino del personal que lo coloca y las precauciones y reglas que se deben seguir para la colocación de éste. El personal debe estar capacitado para poder colocar un piercing en cualquier parte del cuerpo con higiene y precauciones para evitar complicaciones.

Todo el instrumental necesario para la colocación de un piercing debe ser previamente esterilizado y desinfectado.

- **Desinfección:** “Es un proceso por el cual se destruye la mayoría pero no todos los microorganismos patógenos sobre superficies inanimada (no vivas).
- **Esterilización:** Destrucción de todos los microorganismos en un objeto incluidas las esporas. En una sala de quirófano se usa para destruir todos los microorganismos sobre todos los objetos que se usan en el cuerpo, como instrumental, catéteres y agujas.
- **Asepsia:** Proceso que destruye la mayoría de los microorganismos patógenos sobre superficies animadas (vivientes).<sup>27</sup>

## 12.2 Cuidados posteriores a la colocación de un piercing

La limpieza es importante, durante al menos 6 semanas se deben limpiar exhaustivamente después de comidas, bebidas, tabaco, deben usar enjuagues antisépticos. Se recomienda hacer enjuagues bucales diarios.

Evitar el consumo de tabaco, alcohol, grasa, drogas, etc., puesto que son irritantes y retrasan la cicatrización. También se recomienda cambiar el cepillo dental, ya que podría quedar alguna bacteria residual que pudiera provocar infecciones.

Es necesario evitar el jugueteo o manoseo del piercing.

## 12.3 Mantenimiento del piercing.

Se debe prestar especial atención al enrojecimiento, hinchazón, supuración, olor desagradable, sarpullido en el área perforada o alrededor de la zona y fiebre.

Se recomiendan visitas constantes al dentista para vigilar posibles lesiones en boca.


## 12.4 Afectaciones


Se pueden presentar complicaciones durante, inmediatamente después o durante el tiempo que el piercing se mantenga en uso.

### i. Durante:

<b>Durante</b>	
Hemorragia	La mucosa está altamente irrigada, el sangrado puede controlarse rápidamente.
Nervios dañados	Los nervios trigémino, facial y el glossofaríngeo son comúnmente lesionados, si no se conoce la anatomía podría atravesarse una ramificación durante el proceso y provocar daños sensoriales, motores e incluso parestesia.
Enfermedades de transmisión	Al colocarse un piercing se podría presentar contaminación cruzada, algunas enfermedades transmisibles son: SIDA, hepatitis B y C, cándida albicans, herpes simple, tétanos, sífilis, tuberculosis. Debido a la mala higiene, instrumentos contaminados o a un mal aislamiento del campo local.

ii. A corto plazo:

<b>A corto plazo</b>	
Inflamación, dolor e infección local de la zona	<p>Los tejidos circundantes pueden inflamarse y presentar dolor e infección en caso de no cuidar la herida. La inflamación y el dolor son las complicaciones más frecuentes. Tras 6-8 horas post procedimiento comienza un proceso inflamatorio local, alcanzando su máximo a los 3-4 días. Posterior a la intervención, la inflamación puede alargarse varias semanas. Los agentes causales más frecuentes de las infecciones son los estafilococos aureus, los estreptococos del grupo A y las pseudomonas. Se debe tomar en cuenta la proximidad de las cadenas ganglionares submaxilares y submental a la zona y si se crea una infección se podría diseminar fácilmente, produciendo un deterioro en el habla e incluso obstruyendo la vía aérea.</p>  <p>Figura 32 Proceso infeccioso en el labio posterior a la colocación de un piercing.</p>

<p>Trauma sobre la encía</p>	<p>Eritema y edema.</p>  <p>Figura 33 Alteración de la mucosa producida por un piercing.</p>
<p>Alergia</p>	<p>El metal del que está constituido el aditamento podría desencadenar una reacción alérgica. La reacción alérgica más común es la dermatitis de contacto, el níquel es el material que presenta mayor reacción alérgica.</p>
<p>Bacteremia</p>	<p>Pueden originarse presencia de bacterias en el flujo sanguíneo. Normalmente no presenta síntomas, en caso de presentarse pueden ser: fiebre, escalofríos, temblores y un enrojecimiento circundante a la zona donde se realizó la perforación. En ciertos casos, la cantidad de bacterias es demasiado grande para eliminarlas fácilmente y se podría presentar una sepsis. En algunos casos, la sepsis desemboca en una situación que puede ser mortal y recibe el nombre de shock séptico.</p>


<p>Angina de Ludwig</p>	<p>Es un tipo de celulitis aguda que cursa una inflamación en la región submaxilar y submental e infección bacteriana, aguda, agresiva, de instauración y diseminación rápida y progresiva. Se recomienda evitar el níquel debido a su toxicidad, la cual se debe a su corrosión o alergia al contacto con tejidos humanos.</p> <div data-bbox="808 659 1216 926" data-label="Image"> </div> <p data-bbox="857 940 1170 968">Figura 34 Angina de Ludwig.</p>
-------------------------	--

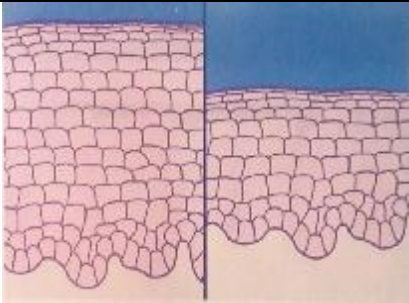

iii. A largo plazo:

A largo plazo	
<p>Acúmulo de placa bacteriana, cálculo, halitosis</p>	<p>El piercing es un foco de retención de restos alimenticios y su higiene es compleja, por ende, puede provocar la acumulación de placa y cálculo, promoviendo una infección.</p>






Figura 35 Cálculo en la zona anteroinferior donde está situado el piercing.

	 <p>Figura 35 Cálculo en la zona anteroinferior donde está situado el piercing.</p>
<p>Ingestiones o aspiraciones</p>	<p>Se pueden presentar por una mala fijación del piercing, mala colocación o presión excesiva, pueden ocasionar lesiones respiratorias o digestivas.</p>
<p>Alteraciones del habla o la masticación</p>	<p>Los piercings provocan una mayor dificultad al masticar, hablar y pronunciar. El piercing puede obstaculizar el habla al interferir los movimientos normales de la boca provocando defectos en la pronunciación, sobre todo en las letras s, sh, th, ph, t y v. La masticación y la deglución también pueden estar comprometidas debido a la interposición del objeto.</p>
<p>Sialorrea</p>	<p>El piercing puede estimular a una producción de saliva excesiva y afectar a la pronunciación de algunas consonantes.</p>
	<p>Debido al constante movimiento de los tejidos en donde se colocan los piercings.</p>

<p>Hiperplasia tisular</p>	 <p>Figura 36 Hiperplasia: Número aumentado de células (izquierda), normal (derecha)</p>
<p>Mal posición dentaria</p>	<p>Sobre todo en los dientes anteriores inferiores, contribuyendo a la pro inclinación de éstos, en la parte superior se puede llegar a crear un diastema debido al juego con el piercing.</p>
<p>Dehiscencia y pérdida ósea</p>	<p>Puede fomentar la pérdida de hueso, mediante el jugueteo o golpeteo del piercing con los dientes.</p>  <p>Figura 37 Radiografía dentoalveolar que muestra la pérdida ósea severa de la pieza 41.</p>
	<p>Los incisivos y molares suelen ser los más afectados, ya que al masticar, hablar o estar “jugando” con el piercing pueden fracturarse los dientes.</p>



<p>Traumas, fisuras o fracturas</p>	 <p>Figura 38 Fractura del incisivo superior izquierdo provocada por piercing en lengua.</p>
<p>Corrientes galvánicas</p>	<p>Puede presentarse con un piercing de acero y restauraciones metálicas que el paciente tenga.</p>
<p>Recesión gingival</p>	<p>Pueden afectar a los incisivos inferiores. La localización del margen gingival libre apical a la unión cemento-esmalte, donde se caracteriza por la exposición progresiva de la superficie radicular, ocasionada por la migración apical de la encía marginal.</p>  <p>Figura 39 Recesión gingival localizada en anteriores inferiores provocada por piercing en labio.</p>
	<p>Puede ser una complicación de la perforación del</p>

Endocarditis	cuerpo, si el paciente presenta alteraciones cardiaca previas.
Diastema	<p>Es un espacio entre dientes anteriores, comúnmente entre incisivos centrales o laterales.</p>  <p>Figura 40 Diastema en centrales superiores provocado por jugueteo con piercing en lengua.</p>

## CONCLUSIONES

A manera de conclusión, los piercings en boca requieren muchos cuidados que la mayoría de las personas desconocen; empezando por el material del que debería ser la pieza. El colocarse estos adornos no tiene ninguna indicación, lo hacen por moda, siendo los jóvenes los que deciden colocarse estos adornos.

El personal que realiza estos procedimientos muchas veces no está capacitado, no tienen ningún conocimiento acerca de anatomía o barreras de protección. La esterilización y desinfección del material que se utiliza en la colocación de dichas piezas, a veces, es nula o mal realizada; usualmente,

los locales en donde realizan el procedimiento no cuentan con los cuidados adecuados. Estos procedimientos llegan a realizarse hasta en mercados sobre ruedas, donde la higiene es muy pobre. El personal encargado de realizar estos procedimientos debe estar 100 % capacitado; tener conocimientos de anatomía y comprometerse con los métodos de esterilización y desinfección.

Los piercings seguirán siendo parte de una moda, sobretodo en la gente joven, por lo cual se deben seguir los cuidados antes del procedimiento y después de éste. El material más compatible con los tejidos humanos es el oro de 14 - 24 K; al colocar estos adornos en la boca, se debe visitar regularmente al dentista para mantener vigilado el "piercing" en cuanto a infecciones; así como cuidados de tejidos duros y blandos.

Los jóvenes, al parecer, no se preocupan por las afectaciones que podrían existir debido a la presencia de estos adornos. Por el hecho de ser una moda, es probable que el "piercing" esté en la boca por un tiempo y no de manera permanentemente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Escudero Castaño N, Bascones Martínez A. Posibles alteraciones locales y sistémicas de los piercings orales y periorales. *Av. Odontoestomatol.* 2007; 23 (1): 21-33.
2. Jiménez-Nieves Hugo Salvador, Córdova-Romero Issey Estefanía, Gutiérrez-Rojo Jaime Fabián. Piercings Orales. 2015; 4 (10): 365-369.
3. Figura 3. De izquierda a derecha se muestran los diferentes materiales de los que pueden estar compuestas las joyas: 1 acero inoxidable, 2 madera, 3 hueso, 4 marfil, 5 piedra, 6 tygon.
4. Lipovetsky G., *El imperio de lo efímero: la moda y su destino en las sociedades modernas.*, Barcelona, Anagrama. 1996.
5. Raspall G., *Cirugía maxilofacial : patología quirúrgica de la cara, boca, cabeza y cuello.* Madrid. Editorial Médica Panamericana, 1997. Pp. 285 – 287.
6. Drake Richard L., *Gray: anatomía básica.* Madrid. Elsevier, 2013. Pp. 447-451,453,456,462,499,576,578
7. Figura 7. Trayectoria y ramas del nervio trigémino.
8. Figura 8. Trayectoria y ramas del nervio trigémino.<sup>9</sup>
9. Patiño A., *Revisión anatómica del nervio facial (VII Par Craneano), Morfolia,* 2016; 8 (2): 12 – 24.
10. Figura 10. Dibujo de lengua.
11. Smith D., Margolskee R., *Making Sense of Taste,* E. U. A. Scientific American, 2001.
12. Eriksen L., Álvarez M., Galarza G., Díaz E., *Anatomía Humana. Unidad II Fascículo 2 Vascularización, Linfáticos e Inervación de Cabeza y Cuello.* México. Universidad Nacional Autónoma de México, 2009. Pp. 80 – 83.
13. Bates B., *Guía de Exploración Física e Historia Clínica.* México. Lippincott. 2010. Pp. 115 – 208.

14. Schünke M., Prometheus : texto y atlas de Anatomía. México. Médica Panamericana, Pp. 126- 128.
15. De León C., Ochoa L., Dufoo S., Díaz J., *Piercing* en cavidad oral: La moda que arriesga la salud. Revista Odontológica Mexicana. 2004. 8 (4): 112-116.
16. <https://sites.google.com/a/uabc.edu.mx/egme-photography/piercings-en-la-cara>
17. Figura 17. Piercing en úvula.
18. Figura 18. Piercing en mejilla. <sup>19</sup>
19. <https://sites.google.com/a/uabc.edu.mx/egme-photography/piercings-en-la-cara>
20. <http://www.frt.utn.edu.ar/tecnoweb/imagenes/file/mecanica/Acero,%20Clasificaci%C3%B3n,%20Alumnos.pdf>
21. Figura 24. Pinzas mosco.  
<http://ar.melinterest.com/articulo/MLA608570280-pinza-mosquito-para-colocacion-de-piercing/>
22. Figura 25. Aguja.  
<http://www.worldwidetattoo.com/spanish/product/piercing-needles>
23. Figura 26 Guantes estériles. [https://articulo.mercadolibre.com.ar/MLA-609002645-guantes-esteriles-primera-calidad-\\_JM](https://articulo.mercadolibre.com.ar/MLA-609002645-guantes-esteriles-primera-calidad-_JM)
24. Figura 27 Campos desechables.  
<https://listado.mercadolibre.com.mx/campos-desechables-microblading>
25. Figura 28 Gasas estériles.  
<http://instrumentalenfermero.blogspot.mx/2012/12/gasas.html>
26. Figura 29 Variedad de piercings. <http://piercingweb.com/piercing-online/>
27. García J., Vicente J., Técnicas de Descontaminación. Limpieza, desinfección, esterilización. Madrid. Paraninfo. 2003. Pp. 47,48,88.
28. Langlais R., Miller C., Nield – Gehrig J., Atlas a color de enfermedades bucales. México. Manual Moderno. 2011. Pp 29, 83, 87, 123, 169.

29. Figura 29. Diastema en centrales superiores provocado por jugueteo con piercing en lengua. <sup>30</sup>

30. <http://orthohacker.com/2010/08/17/diastema-causado-por-piercing-lingual/>