



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

MANIFESTACIONES BUCALES CAUSADAS POR EL USO
DE PIERCING EN CAVIDAD ORAL.

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:

LADY LAURA LÓPEZ HERNÁNDEZ

TUTOR: C.D. MARÍA EUGENIA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.



Agradezco y dedico este trabajo a Dios y a la vida por permitirme llegar hasta aquí, por ver concluido este sueño que parecía inalcanzable, aunque el camino no fue fácil y en algunas ocasiones estuve a punto de desistir, hoy sé que cada esfuerzo y sacrificio valió la pena.

A la universidad nacional autónoma de México y facultad de odontología, las cuales me abrieron sus puertas para formarme profesionalmente.

A mis padres Irma y Félix por darme la vida, cuidarme y guiarme por el buen camino, por enseñarme siempre que a pesar de las adversidades de la vida todo se puede lograr y hacer de mí una mujer de bien, por cada esfuerzo que realizaron para que pudiera cumplir esta meta, por estar presentes en todos los momentos, buenos y malos, por su apoyo, muestras de amor y cariño incondicional.

A mi hijo Rodrigo quien es mi orgullo y mayor motivación, el regalo más grande que Dios me pudo dar, me impulsa cada día a superarme para ofrecerle siempre lo mejor y verlo eternamente feliz, alegras mis días grises con tan solo una sonrisa.

A mi esposo Ismael (†) por ser parte importante de mi vida, por su compañía, apoyo, comprensión y amor, por hacer tuyo este sueño, por creer siempre en mí y motivarme a ser mejor, aunque hoy ya no estés aquí sé que desde el cielo seguirás guiándome. Gracias por enseñarme lo que es el amor.

“Y no se muere quien se va, solo muere el que se olvida”

A mi hermano Emmanuel quien es mi ejemplo a seguir, me ha demostrado que con esfuerzo y dedicación todo se puede lograr, por su amor y apoyo incondicional en cada paso de mi vida, por creer siempre en mí.

A mi abuelita Julia por su amor, cariño, confianza y cuidar siempre de mí, por tu paciencia y enseñarme el camino de la vida.

A mi Sobrino Manolito por su cariño y enseñarme a ver la vida de diferente manera, por contagiarme su alegría en los momentos más difíciles.



A mi cuñada Perla, por su tolerancia y respeto, por el apoyo incondicional que me ha brindado sin importar la situación.

A mis tíos Maternos, quienes han creído en mí siempre, dándome ejemplo de superación y humildad, son una familia maravillosa.

A mi tutora la Dra. Maru, por compartir sus conocimientos conmigo, por la paciencia, apoyo y comprensión para poder realizar este trabajo.

A mis amigas Karina Moreno y Karen Martínez, por brindarme su amistad y cariño.

“LOS AMO”

A mis maestros y compañeros que fueron parte fundamental en mi formación académica.

Y a todas aquellas personas que de una u otra forma colaboraron o participaron en mi desarrollo profesional aun sin conocerme.

¡ORGULLOSAMENTE UNAM!

“POR MI RAZA HABLARA EL ESPÍRITU”



ÍNDICE

1.-INTRODUCCIÓN	5
2.-OBJETIVO.....	6
3.-DEFINICIÓN PIERCING.....	7
3.1.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	8
3.2.-TIPOS DE PIERCING ORALES.....	14
3.2.1.-De acuerdo a su forma.....	14
3.2.2.-De acuerdo a su localización.....	16
3.3.-MATERIAL DE FABRICACIÓN DE UN PIERCING.....	19
4.-ANATOMÍA DE LA CAVIDAD ORAL.....	21
5.-ALTERACIONES CAUSADAS EN CAVIDAD ORAL.....	32
6.-MANEJO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE	42
CONCLUSIÓN.....	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	46



1.-INTRODUCCIÓN:

El piercing consiste en el procedimiento realizado para colocar objetos decorativos al cuerpo, atravesando la piel, mucosa o tejidos corporales.

Desde la antigüedad el ser humano a tenido la costumbre de adornar por medio de perforaciones su cuerpo, sin pensar en las consecuencias que esto le puede generar.

Si bien esta costumbre es muy común en diferentes culturas ya sea por algún rito, rango, imitación, moda o por sentirse aceptado en una sociedad.

Esta practica cayo en desuso y hasta cierto punto fue discriminada, con el movimiento hippie y punk vuelve a reaparecer hasta nuestros días.

Estos aditamentos son colocados por personas que no poseen los conocimientos necesarios para resolver los problemas que pueden surgir durante el acto o después del mismo tomando en cuenta, que aun sin complicaciones la cicatrización y las reacciones adversas a consecuencia de los piercings son numerosas.



2.-OBJETIVO

Conocer e identificar los tipos de piercing, los riesgos o complicaciones que pueden causar en la cavidad oral y elegir el tratamiento ideal para cada tipo de paciente.



3.-DEFINICIÓN DE PIERCING

-La palabra piercing viene del inglés pierce, que significa atravesar, perforar, agujerear.¹ El piercing consiste en la perforación con una aguja de una o varias regiones blandas o cartilagosas del cuerpo (orejas, nariz, cejas, párpados, labios, mejillas, lengua, pezones, ombligo y genitales) para colocar un adorno.²

-Es el procedimiento realizado para colocar objetos decorativos (joyas) al cuerpo, atravesando la piel, mucosas o tejidos corporales; excluyendo de la perforación de la oreja para la sujeción de pendientes de forma automática, estéril y de un sólo uso.^{3,4}



Figura: 1 piercing en lengua ⁸



3.1.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Desde épocas ancestrales se practicaba la perforación de diferentes partes del cuerpo para llevar pendientes. Un pendiente es un elemento decorativo colocado en la oreja -o menos a menudo- en otra parte del cuerpo. La realización y el uso de tatuajes, piercings, escarificaciones y marcas con hierro candente han pasado a denominarse “body art” y es una moda que ha ido ganando terreno de forma espectacular entre jóvenes en los últimos años. En la antigüedad, era una costumbre de ciertas poblaciones que podían estar alejadas de nuestra cultura, pero actualmente se está prologando en el mundo occidental.⁵

El significado del “body art” normalmente responde a demandas estéticas, pero en ocasiones supera el simple deseo de mejorar la imagen, siendo otros los motivos como la búsqueda de la propia identidad, la provocación, el riesgo, la osadía, la rebelión, placer sexual y los trastornos mentales que en ocasiones llevan a perforarse zonas muy sensibles del cuerpo.⁶

El uso de estos instrumentos punzante se remonta a las civilizaciones antiguas:

Cultura: egipcia, maya, china, inca, entre otras, determinada connotación social y cultural.

En esta civilización representaba un elemento para distinguir a determinadas clase social o rango militar dentro de la sociedad.⁷



Figura 2. Ornamentaciones múltiples.



Figura 3. 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 uso piercing como símbolo de su realeza⁸

Muchas etnias se reconocían por collares u otras ornamentaciones; de esta forma se diferenciaban diversos grupos dentro de una misma población: los cazadores, la mujer del jefe de la tribu, los brujos, los guerreros, sacerdotes, etc. En ocasiones era un símbolo de virilidad, coraje y realeza, mientras que en otras tenía un sentido puramente estético.

En el antiguo **Egipto** un pendiente en el ombligo significaba formar parte de la realeza.



Figura 4. Piercing en el ombligo.

Los antiguos **mayas** practicaban el piercing perforando el labio, la nariz y las orejas, con las joyas más caras que poseían.⁷



Figura 5. Piercing en lengua.

En los templos **Maya y Azteca** los sacerdotes se colocaban un piercing en la lengua como signo de comunicación con los dioses.⁵

En la **época romana** los centuriones llevaban piercings en el pezón como símbolo de virilidad y coraje.



Figura 6. Piercing en pezón.

Las diferentes culturas del mundo antiguo fueron la cuna de esta práctica, valorada como rito o señal de pertenencia a una u otra tribu. En ocasiones servía para indicar que una persona era ya madura.



Los **esquimales** emplearon piercing en los jóvenes que pasaban de ser niños a adultos responsables con cualidades y aptitudes ya para salir a cazar con sus mayores.

Los **esquimales y los Aleuts** fueron los primeros que denominaron a los piercings "labrets".⁸

Colocaban piercings en el labio inferior de las niñas recién nacidas como parte de un ritual de purificación y en los varones adolescentes como ritual de tránsito hacia la pubertad. Los materiales empleados podían ser piedras, huesos y marfil.⁵



Figura 7. Labret en esquimales.

Se ha encontrado que en las tribus **Masai**, la mujer perforaba su cavidad bucal con discos para aumentar de tamaño la boca y alargar sus lóbulos llevando unos carretes metálicos de gran tamaño.⁸

En **Mesoamérica**, los piercings labiales eran conocidos como bezotes y constituían un símbolo de jerarquía masculina.

En **Sudamérica** se llamaban tembetás o barbotes, Eran una varilla de metal u otra sustancia que llevaban en el labio inferior los miembros de algunas tribus amerindias.



Los piercings, sobre todo en el labio, suelen ser muestras de poder, de querer crecer. Actualmente, algunas tribus han heredado dicha práctica de antaño.

Los **guerreros Potok** portan en su boca un disco labial y se atraviesan el tabique nasal con una hoja de árbol.



Figura 8. Piercing Disco labial.

En **Brasil** existen tribus cuya costumbre es hacerse un pequeño corte bajo el labio o en los lóbulos de las orejas, para aumentar el tamaño de estas.

En **Suya de Brasil**, los hombres casados que se quedan viudos colocan discos de madera pintados. Otras tribus colocan ganchos en labios superiores o inferiores.⁷

Chinos e hindúes, perforaban los labios, mejillas o lengua con una idea de práctica religiosa.⁸



Figura 9. Perforación en lengua.



Todavía en la actualidad en algunas **zonas del Tercer Mundo** utilizan piercings orales por razones religiosas, tribales, sexuales o maritales.

La **tribu Surma** de Etiopía se coloca grandes platos en el labio inferior y en igual ubicación una tribu brasileña, los Suya, lucen discos de madera.



Figura 10. Plato en el labio inferior.

Algunos pueblos del **sur de la India** se perforan la lengua con una broca para mantener un voto de silencio.

En **países del Primer Mundo** y hacia los **años 80** estas tendencias fueron aumentando de forma vertiginosa entre la juventud debido a diferentes factores: grupos de música de rock, la moda de la exageración, la anormalidad, lo monstruoso, los modelos sociales a seguir.⁵

Aquellas prácticas difieren de las actuales, cuando el piercing se coloca normalmente por cuestión de moda.⁷



3.2.-Tipos de piercing orales

En 1994 se describió por primera vez las complicaciones asociadas al uso del piercing lingual.⁹

Se clasifican de acuerdo a su forma y localización.

3.2.1.- De acuerdo a su forma

Principalmente se distinguen tres tipos de piercing de acuerdo a su forma:

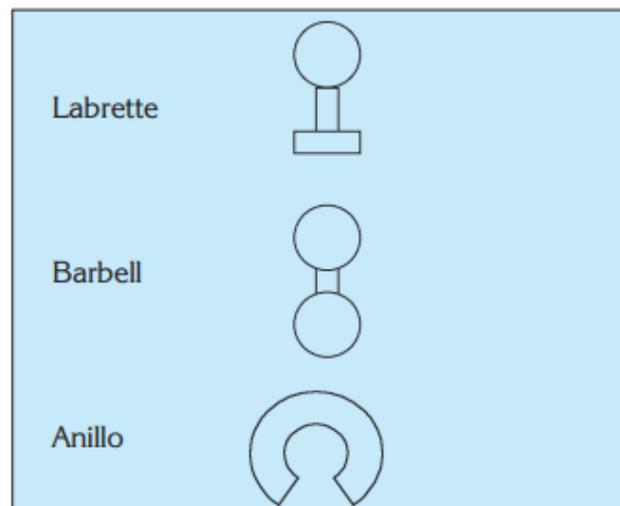


Figura 11. Tipos de piercing.⁵

1. **Labret:** Constituido por una barra con un extremo limitado por una bola o disco o lanza o punta y en el otro por un cierre en forma de un disco plano y liso. Normalmente localizado en el labio inferior y mentón.⁸



Figura 12. Labret.⁵

2. **Barbell:** es una barra limitada por dos esferas, una en cada extremo, siendo una de ellas el cierre; las barras pueden ser rectas o curvas.³

En el momento de la perforación la longitud de la barra no debe ser menor de 20 mm, por la inflamación de la lengua, a las 2 semanas se podrá cambiar la barra a una de menor longitud, normalmente se coloca en lengua y frenillo lingual y con menos frecuencia en úvula.⁸



Figura 13. Barbell.⁵



3. **Anillo:** Barra de forma circunferencial con 1 ó 2 bolas en su o sus extremos. Se colocan en los labios y en menor frecuencia en zonas laterales de la lengua y úvula.⁸



Figura 14. Anillo.⁸

3.2.2.- De acuerdo a su localización

Las áreas de predilección en la boca son:

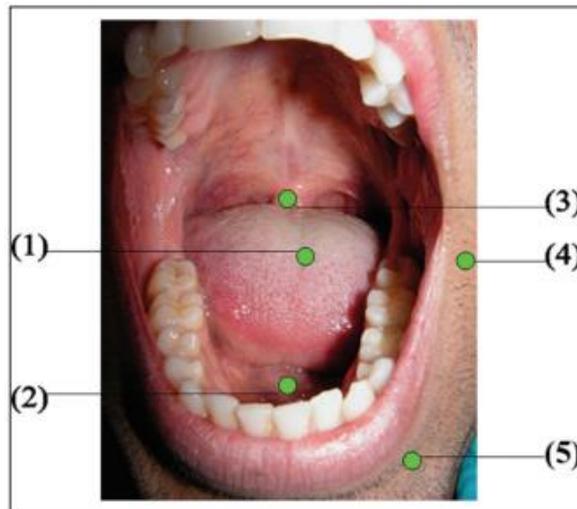


Figura 15. Localización de los piercings orales (1) Lengua, (2) Frenillo lingual, (3) Úvula, (4) Mejilla, (5) Labio.⁸



1. **Lengua:** es la zona más usual. Se pueden hacer dos tipos de perforaciones: dorsoventral o dorsolateral. En la zona dorsoventral, la perforación se realiza en esta dirección, normalmente es central y suelen colocarse barbells; en partes más laterales de la lengua y en la punta se colocan sobre todo anillos. La lengua puede ser objeto de varias perforaciones en diferentes zonas. En las perforaciones centrales, respecto a las laterales, hay menos riesgo de sangrado si se evitan los vasos sanguíneos mayores.⁵ El tiempo de cicatrización de la perforación en la lengua es aproximadamente entre 4-6 semanas después del proceso, si no ha habido ningún tipo de complicación.¹⁰

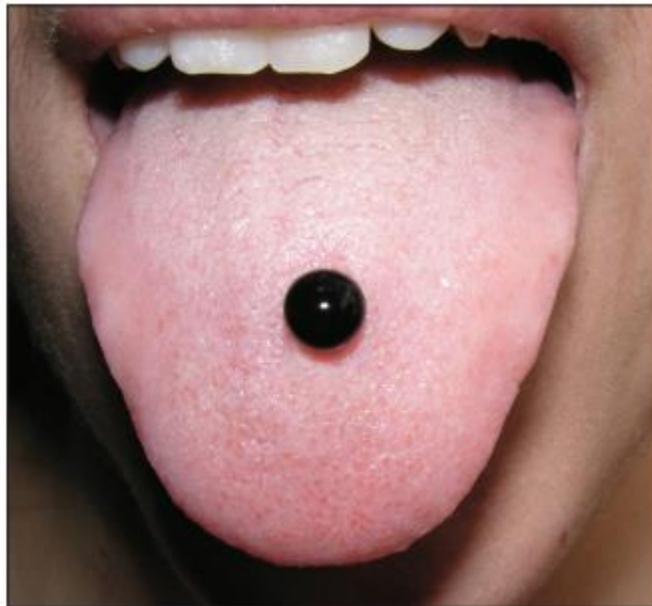


Figura 16. Perforación dorsoventral en lengua.⁸

2. **Labio:** Es la segunda localización más frecuente. Puede ser perforado en múltiples localizaciones alrededor del bermellón. El piercing más usado en esta localización son los anillos, aunque también se podía colocar un labret. Las perforaciones se realizan desde fuera hacia el interior de la cavidad oral. El tiempo promedio de cicatrización es de aproximadamente 6 semanas.⁸



Figura 17. Perforación múltiple labial.⁵

3. **Mejilla:** También conocidos como "dimples": Son poco frecuentes. La perforación llega hasta la mucosa yugal y el piercing es externo.



Figura 18. Piercing en mejilla.¹⁸

4. **Frenillo lingual:** Denominados también "Web" piercing. Son poco frecuentes. La joya en esta localización contribuye a recesiones gingivales en la región antero inferior causadas por un trauma físico sobre el tejido.⁸



Figura 19. Piercing en frenillo lingual.



5. **Úvula:** Son los menos frecuentes de todos debido a la oposición de algunos profesionales en hacerlos y por los altos riesgos a obstrucción de vías aéreas. Se pueden ver piercing de anillo y también barbells.¹¹



Figura 20. Piercing en uvula.18

3.3 MATERIAL DE FABRICACIÓN DE UN PIERCING

Es importante una adecuada elección del tipo de material para evitar posibles complicaciones y una sustancia a evitar es el níquel. Un estudio realizado por Lhotka et al.¹² presentó una hipersensibilidad al níquel en el 18% de hombres y en el 23% de mujeres junto con elevados índices de hipersensibilidades a otras sustancias como el cromo que hasta entonces formaban parte de la mayoría de los piercings.^{12,13}

Según una directiva de la Unión Europea, a mediados de la década de los noventa, se restringió el uso de níquel en todos los productos que estuvieran en contacto directo con los tejidos humanos.⁵

Las sustancias metálicas más inertes y menos tóxicas inicialmente recomendadas para formar parte de los piercings eran el oro de 14K o 18K, el niobio, el acero inoxidable y el titanio.¹⁴ El acero inoxidable ha demostrado una buena biocompatibilidad, pero una de sus principales limitaciones en el uso clínico es su tendencia a la corrosión por su contenido en cromo y níquel, elementos conocidos por sus efectos tóxicos y carcinogénicos.



Sin embargo, el acero inoxidable conserva aún un importante lugar en la fabricación de piercings con un baño dorado.

El oro es un material bien aceptado al tener una escasa o nula toxicidad, sin embargo, algunos componentes pueden presentar cierta alergia o toxicidad en determinadas personas.¹³

El acero quirúrgico suele ser uno de los materiales más utilizado, sin embargo, el titanio tiene la ventaja de producir una cicatrización más rápida, tiene menos peso, mayor variedad de colores, y es el material con mayor biocompatibilidad con el tejido humano.¹⁵

El titanio no presenta citotoxicidad y tiene una elevada resistencia a la corrosión en contacto con los fluidos orgánicos, siendo un material recomendable en la fabricación de los piercings.⁵

No se recomienda usar plata debido a que facilita el ingreso de infecciones y retrasa el proceso de cicatrización, tiene la facilidad de volverse negra con el tiempo, y pigmentarse también la piel.

Para la perforación en cavidad bucal se recomienda usar piercing de silicona plástica, debido a su flexibilidad, ya que este podría reducir el riesgo de un traumatismo o fractura comparado con uno de metal. La desventaja es que tienen un tiempo de vida aproximado de dos meses.¹⁵



4.-ANATOMIA DE LA CAVIDAD ORAL

La boca está formada por la cavidad oral, paredes anexas, dientes, lengua y las glándulas salivales.

La boca es el espacio comprendido entre el orificio de la boca y el istmo de las fauces.¹⁶

Las arcadas dentarias y rebordes alveolares revestidos de mucosa (encías) dividen la cavidad bucal en dos partes: el **vestíbulo** y la **cavidad oral propiamente dicha**.

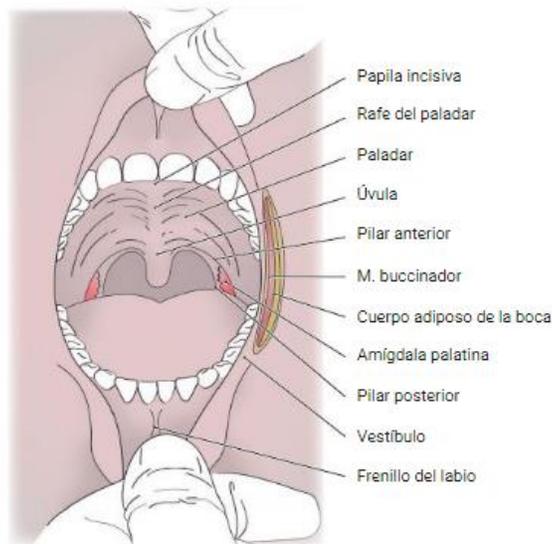


Figura 21. Cavidad bucal. A la derecha de la ilustración, la mejilla ha sido seccionada frontalmente para mostrar su estructura.¹⁷

Vestíbulo bucal:

Es un espacio estrecho en forma de herradura cóncava hacia atrás, comprendiendo entre los labios y las mejillas, y los arcos dentarios. el vestíbulo y la cavidad bucal solo se comunican por los espacios interdentarios y el espacio retromolar.¹⁷



Cavidad oral:

Es el espacio limitado anterior y lateralmente por los dientes y que se extiende hacia atrás hasta el istmo de las fauces.

Se estudian de manera sucesiva las paredes y el contenido de la cavidad bucal.

Paredes:

Se describen las paredes anteriores, laterales, posterior, superior e inferior.

Vestíbulo

Labios (pared anterior):

Los labios de la boca (labio oris) son dos formaciones musculo-mucosas situadas en la parte anterior de la cavidad bucal.

Comprenden un revestimiento de piel y de la mucosa, y están sostenidos por un armazón muscular. La piel es espesa, rica en folículos pilosos y en glándulas sebáceas. La mucosa reviste el borde libre y la cara posterior de los labios. Se continua sin la línea de demarcación con la mucosa de las mejillas y de las encías, formando el surco gingivolabial, interrumpido en la línea media por un pliegue mucoso triangular, sagital, visible cuando se tracciona el labio.



Figura 22. Vista anterior de los labios.¹⁸



Mejillas o Carrillos (paredes laterales):

Su elemento fundamental es el músculo buccinador, que forma su armazón esquelético. Por fuera del músculo se encuentra el cuerpo adiposo de la boca (cuerpo adiposo de Bichat), la terminación de algunos músculos faciales que se dirigen a la comisura labial y la piel.

La arteria y la vena facial recorren e irrigan la mejilla. Medial al músculo buccinador se dispone la mucosa; en ella se encuentran las pequeñas glándulas salivales bucales, y a nivel del segundo molar superior, el orificio de desembocadura del conducto parotideo.¹⁷

Cavidad oral

Paladar Duro (pared superior):

Es una pared o tabique que separa la cavidad bucal de la cavidad nasal y forma el techo de la boca. Esta importante estructura permite la masticación y la respiración al mismo tiempo.

El paladar duro está constituido por los huesos maxilar y palatino, se halla cubierto de mucosa; se adhiere al periostio y está formada por epitelio plano estratificado no queratinizado.^{17,19}

Tiene aspecto de bóveda y está constituido por la articulación de las apófisis palatinas de los maxilares y las láminas horizontales de los palatinos.

Paladar Blando (Pared posterior, velo del paladar):

Forma el tercio posterior.¹²

Es una composición fibromuscular tapizada en sus dos caras: anterior y posterior. Prolonga hacia atrás al paladar duro.



Su borde libre está en relación con la raíz de la lengua.

Lateralmente está unido a la faringe por los arcos palatogloso y palatofaríngeo.¹⁴

Úvula:

Pende desde el borde libre del paladar blando, es una estructura muscular en forma de uva, impide que la comida y los líquidos entren en la cavidad nasal.¹⁴

Piso de la boca (pared inferior):

Está formado por el conjunto de pares blandas circunscritas por el cuerpo de la mandíbula anterolateralmente y el hueso hioides por detrás. En la parte media y posterior por la lengua. El armazón del suelo bucal es sobre todo muscular y está constituido por los músculos del suelo de la boca (músculos suprahioides): milohiideo, genihiideo y vientre anterior del digástrico.^{12,14}

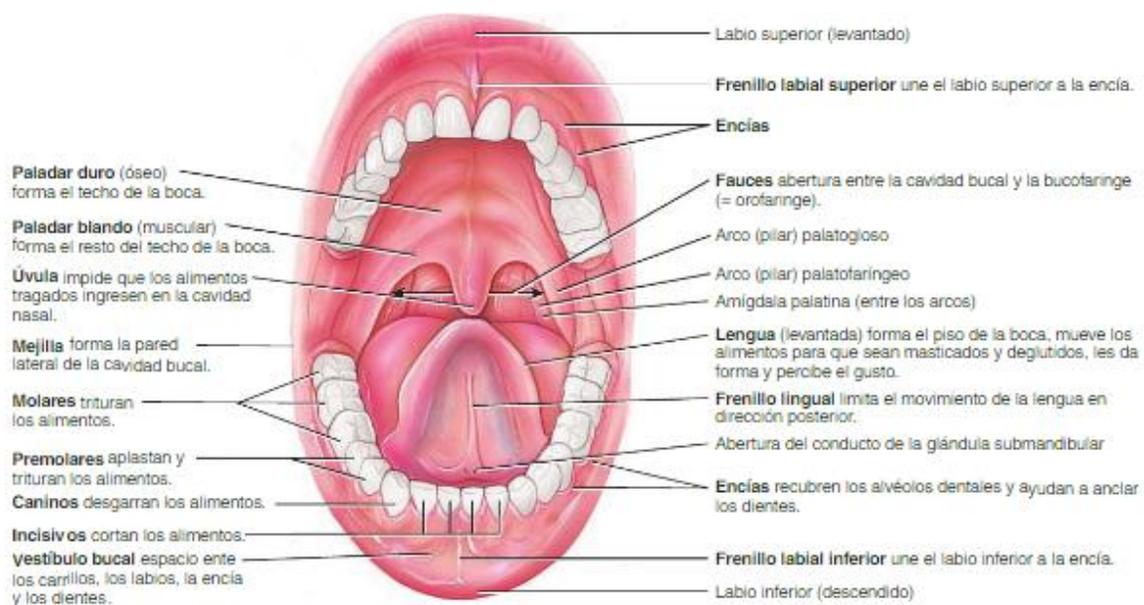


Figura 23. Vista anterior de la cavidad oral.¹⁴



Anexos de la boca:

Aparato masticador:

Destinado a movilizar la mandíbula (articulación temporomandibular y músculos masticadores).¹³

La apertura cefálica del tubo digestivo dispone de órganos, cuya función es la de triturar los alimentos para transformarlos en una masa accesible a las enzimas digestivas con las condiciones físicas necesarias para que pueda deslizarse hacia los segmentos más caudales del tubo.¹²

Los músculos de la masticación (tabla1):

Músculos	Inserciones	Inervación	Acción
<i>Temporal</i>	Línea temporal inferior, cresta infratemporal y fascia temporal; rafe pterigomandibular a la altura del plano oclusal	Nervios temporales profundos (ramos de V3)	Eleva y retrae la mandíbula. Fija la faringe durante la deglución
<i>Masetero</i>	<i>Porción superficial</i>	Nervio masetérico (ramo de V3)	Cierra la boca, es el principal músculo masticador. Regula la potencia de la mordida junto con los músculos pterigoideo medial y temporal
	<i>Porción profunda</i>		
<i>Pterigoideo medial</i>	Fosa pterigoidea y tuberosidad del maxilar; tuberosidad pterigoidea en la cara medial del ángulo de la mandíbula	Nervio pterigoideo medial (ramo de V3)	Sinergista con los músculos temporal y masetero. Lateraliza la mandíbula y colabora en su protrusión
<i>Pterigoideo lateral</i>	Cabeza superior: cara inferior del ala mayor del esfenoides y cresta infratemporal; cara frontal del sistema discocapsular de la ATM Cabeza inferior: cara lateral de la lámina lateral de la apófisis (proceso) pterigoides Y superficie inferior del ala mayor del esfenoides; fosita pterigoidea	Nervio pterigoideo lateral (ramo de V3)	Se contrae en la apertura bucal. La cabeza superior tracciona el disco articular hacia anterior y la cabeza inferior tracciona del cuello de la mandíbula. Protrusión de la mandíbula por contracción bilateral. Diducción (movimiento lateral)

Tabla 1: músculos de la masticación.¹¹

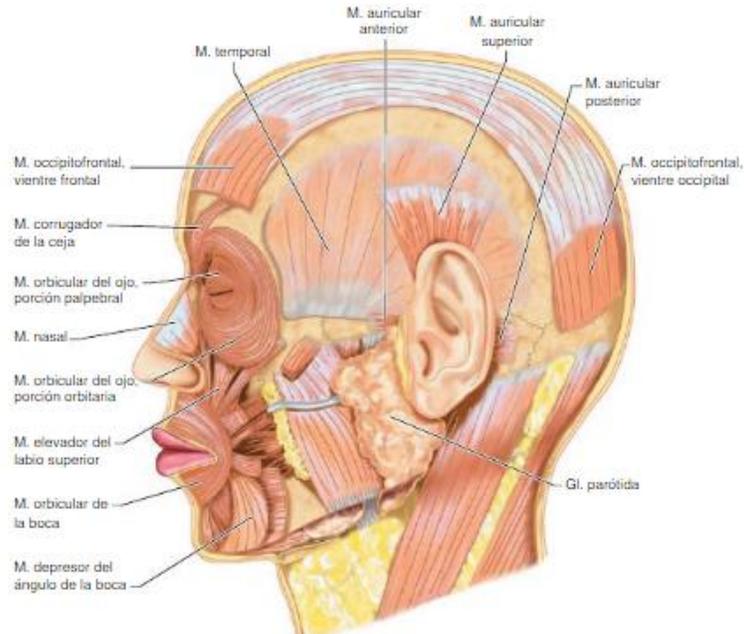


Figura 24. Músculos superficiales de la cara. 11

Articulación temporomandibular:

La articulación temporomandibular (ATM) es la articulación formada entre la mandíbula y la porción externa de la base del cráneo.

Constituida por:

-Superficies articulares: La articulación temporomandibular se forma por la articulación entre el hueso temporal y el cóndilo de la mandíbula del lado correspondiente.

-Disco articular: Es un disco bicóncavo formado por varias capas de tejido conectivo denso y fibrocartilaginoso. Está ubicado entre la fosa mandibular y el cóndilo de la mandíbula, adaptando las superficies articulares entre sí.



-Sinovial: El disco articular divide la articulación en de cavidades articulares, una superior y una inferior. La membrana sinovial superior recubre a la cavidad articular superior y la membrana sinovial inferior recubre a la cavidad articular inferior.

-Medios de unión: Las superficies articulares están unidas entre sí por la capsula articular, que a su vez esta reforzada por ligamentos intrínsecos y extrínsecos.

-Ligamentos intrínsecos: Ligamento lateral, ligamento medial, son espesamientos de la capsula a la que refuerzan de cada lado del cóndilo.

-Ligamentos extrínsecos: Son los ligamentos esfenomandibular y estilomandibular, y el rafe pterigomandibular.

Ligamento esfenomandibular, se extiende desde la espina del esfenoides hasta la línula del foramen mandibular, estando conectado a la cara medial del sistema discocapsular de la articulación temporomandibular.

Ligamento estilomandibular, se extiende desde la porción anterior de la apófisis estiloides hasta el ángulo de la mandíbula.

Rafe pterigomandibular, se extiende desde el gancho de la lámina medial de la apófisis pterigoides hasta la porción posterior del borde alveolar de la mandíbula. 11

-Capsula articular: Se inserta en las siguientes referencias óseas: arriba y atrás, se fija en el temporal, en el labio anterior de la fisura petroscamosa, medialmente, y en la fisura timpanoescamosa, más lateralmente. Arriba y lateralmente, en el borde lateral de la fosa mandibular del temporal. Arriba y medialmente, alcanza la base de la espina del esfenoides. Abajo, en la mandíbula se inserta en el cuello. 13

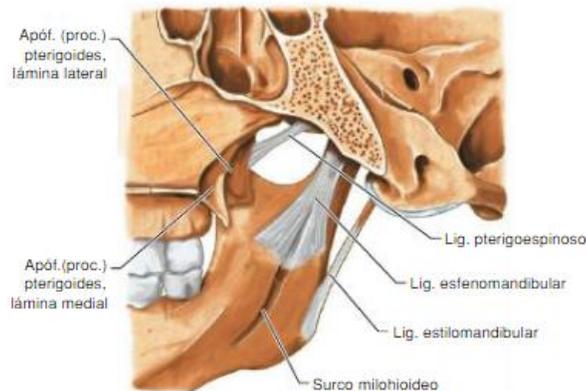


Figura 25. Articulación temporomandibular derecha, vista medial.¹¹

Dientes:

Son formaciones ectodérmicas duras, resistentes, implantadas por sus raíces en los alveolos del maxilar y la mandíbula y destinados a fragmentar los alimentos sólidos para constituir el bolo alimenticio y contribuir a la fonación.

Todos los dientes se componen de una corona, una raíz y un cuello anatómico (línea o borde cervical) y pueden describirse como dos prismas cuadrangulares opuestos por sus bases.

Están constituidos por dentina. Esta se encuentra excavada por una cavidad central, la cavidad pulpar o cavidad del diente, ocupada en estado fresco por la pulpa dentaria, parte blanda del diente.

A nivel de la corona y por fuera del diente, se encuentra el esmalte, y en la porción radicular por cemento. 13



Figura 26: Sección longitudinal de un diente incisivo para mostrar su estructura. ¹²

Lengua:

Es un órgano impar, medio y simétrico que forma la porción móvil de la cavidad bucal, está constituida por una importante masa muscular que le permite adoptar diversas formas y posiciones.²⁰

Es un órgano fundamental que tiene que ver con el lenguaje, la masticación, la deglución y la succión.²¹

La presencia de la mucosa especializada en su constitución y la inervación sensorial la convierten en el asiento de uno de los cinco sentidos básicos: el gusto.

Posee una disposición horizontal y, en reposo está ubicada sobre el piso de la boca, debajo y en contacto con el paladar, en tanto que los arcos alveolodentarios la rodean anterior y lateralmente.

La lengua consta de dos partes: la raíz y el cuerpo.

Se denomina raíz de la lengua a la zona de anclaje de su musculatura en la mandíbula y el hioides.

El cuerpo se extiende desde la raíz hasta la punta o vértice de la lengua. Consta de dos caras, dorsal y ventral, dos bordes laterales y un vértice o punta de la lengua.²⁰

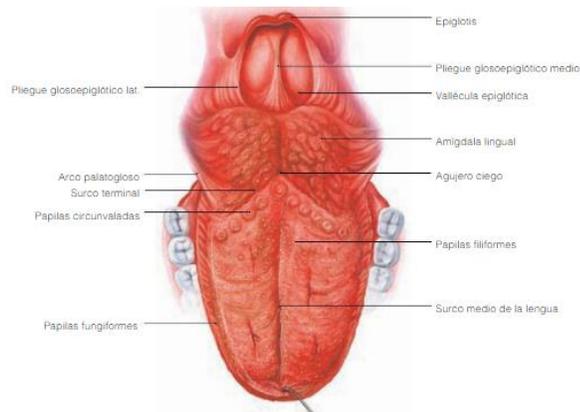


Figura 27. Lengua en reposo. ²¹

Glándulas salivales:

Las glándulas salivales son glándulas exocrinas que producen la saliva y la segregan a la cavidad bucal.

Las glándulas salivales se clasifican por su función y su morfología:

Clasificación funcional: Según el tipo de secreción que producen las glándulas pueden ser:

- Glándulas **serosas**, ricas en amilasa.
- Glándulas **mucosas**, ricas en mucina.
- Glándulas **mixtas**.

Clasificación morfológica: Según su tamaño, se distinguen glándulas pequeñas o menores, grandes o mayores.

Las glándulas salivales menores se distribuyen por la cara interna de los labios (glándulas labiales), las mejillas (glándulas bucales), la mucosa del paladar (glándulas palatinas), y la lengua (glándulas linguales).

Las glándulas salivales mayores tienen mayor significación anatómica y funcional. En cada lado hay tres pares de glándulas salivales: parótida, submandibular y sublingual.¹⁷



Glándula parótida: Es la más voluminosa, es de tipo seroso, aspecto lobulillado y coloración amarillenta, y produce una saliva muy acuosa. Están situadas debajo y delante de los oídos, entre la piel y el musculo masetero, secretan la saliva a través del conducto parotideo.¹⁹

Glándula submandibular: Es una glándula mixta con predominio de las células serosas sobre las mucosas, su tamaño es aproximadamente la mitad de la parótida, su coloración es rosáceo-amarillenta. Se hallan en el piso de la boca por medial y parcialmente por debajo del cuerpo de la mandíbula, sus conductos submandibulares discurren por debajo de la mucosa a cada lado de la línea media del piso de la boca e ingresan en la cavidad bucal propiamente dicha, lateral al frenillo lingual.

Glándula sublingual: Es la más pequeña de las glándulas mayores, es mixta, con predominio de la secreción mucosa, la saliva de esta glándula es muy viscosa. Están situadas debajo de la lengua y por encima de las glándulas submandibulares, sus conductos, los sublinguales menores desembocan en el piso de la boca.^{17,19}

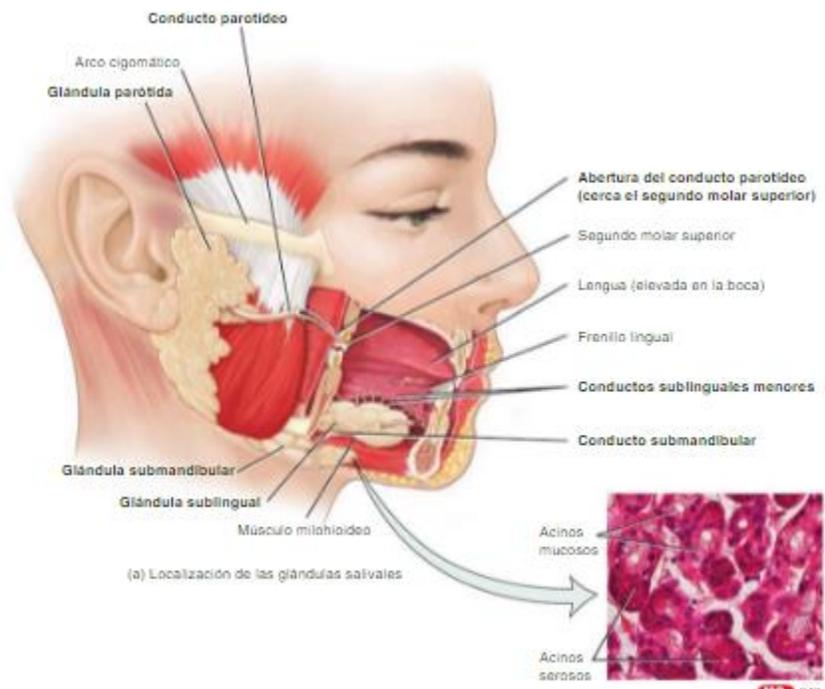


Figura 28. Glándulas salivales.¹⁹



5.-ALTERACIONES CAUSADAS EN CAVIDAD ORAL

Una problemática en este tipo de procedimientos, es que se llevan a cabo, en la mayor parte de los casos, por profesionales no calificados, sin conocimientos anatómicos suficientes y habitualmente sin anestesia, lo que fácilmente da lugar a las numerosas complicaciones.

Según Troye et al (3) estas alteraciones podrían llegar a ocurrir a durante el procedimiento, a corto plazo o largo plazo.

Alteraciones por uso de piercing:
Durante el proceso:
<ul style="list-style-type: none">-Dolor.-Hemorragia.-Lesión nerviosa o parestesia.-Enfermedades de transmisión (VIH, hepatitis B y C, <i>Candida albicans</i>, herpes simple, enf. Einster-Barr (mononucleosis), tétanos, sífilis, tuberculosis).
Corto plazo (Inmediatas a la colocación del piercing):
<ul style="list-style-type: none">-Inflamación, dolor e infección local de la lengua.-Trauma en mucosa: eritema y edema.-Alergia.-Angina de Ludwig.-Infección localizada.-Bacteriemia.
Largo plazo:
<ul style="list-style-type: none">-Acúmulo de placa bacteriana y sarro→ halitosis.-Ingestiones y aspiraciones.-Alteración del habla, masticación y deglución.-Hiperplasia tisular.-Hipersensibilidad.-Interferencia radiográfica.-Mal posición dentaria.-Dehiscencia y pérdida ósea.-Traumas, fisuras y fracturas.-Fibroma traumático, hiperplasia fibrosa inflamatoria.-Sialorrea.-Corrientes galvánicas.-Recesión gingival.-Endocarditis.

Tabla 2. Alteraciones por uso de piercing.^{8,22.}



Durante el proceso de perforación:

Dolor:

Los tejidos que rodean la herida causada por el piercing, debido a la inflamación o a la ulceración, provocan dolor. La inflamación y el dolor son las complicaciones más frecuentes. ya que es un procedimiento realizado generalmente sin anestesia. El tiempo necesario para que remitan totalmente los síntomas tras una perforación lingual se calcula entre 3 y 5 semanas.^{5,22}

Hemorragia:

Las hemorragias son una complicación posible durante la perforación especialmente en un órgano tan vascularizado como es la lengua, ya que contiene la arteria y la vena lingual y sus diferentes vasos.

Si la aguja traspasa alguna estructura vascular, la hemorragia se controla eficazmente, no obstante, pueden producirse sangrados extremos que requieran atención medica inmediata.⁵

Lesión nerviosa o parestesia:

La lengua es un órgano que está ampliamente inervada por el trigémino. Tiene dos tipos de inervación, la motora, que procede de los nervios hipogloso mayor y glossofaríngeo, y la sensitiva, que viene de los nervios lingual, glossofaríngeo y neumogástrico. Brennan lo clasificaría como una lesión poco frecuente. Es posible atravesar un nervio durante el proceso, es más frecuente cuando se perfora la parte dorso lateral que la dorsoventral, pero también podríamos dañar terminaciones sensoriales o motoras en función del nervio dañado e incluso llegar a crear una parestesia.²²

Enfermedades de Transmisión:

El contagio podría deberse a una mala higiene, a instrumentos mal esterilizados o a un mal aislamiento del campo. Podrían transmitirse virus como el HIV, la hepatitis



B, C y delta, el herpes simple, el Epstein-Barr, infecciones por cándidas o bacterias como el tétanos, sífilis, tuberculosis.^{5,8}

Corto plazo:

-Inflamación, dolor e infección local de la lengua:

Después de 6-8 horas de una perforación lingual los tejidos circundantes comienzan a inflamarse, aumentando en los días posteriores. Los ganglios submentonianos y submandibulares también pueden agrandarse por el proceso inflamatorio. Estos efectos pueden prolongarse por algunas semanas.⁵

Según Berenguer en el 2006 sería común encontrar inflamación severa tras la perforación y Levin calculó que la infección era común en un 9% de los portadores; y que el paciente presentase inflamación y sangrado después del piercing era casi común en la mitad de los casos. Los agentes causales más frecuentes de las infecciones son los estafilococos aureus, los estreptococos del grupo A y las pseudomonas. El tiempo necesario para que remitan totalmente los síntomas de dolor tras una perforación lingual se calcula entre 3 y 5 semanas.⁸

Trauma en mucosa: eritema y edema:

La predisposición a jugar el pendiente, frotándolo contra la encía lingual, produce erosiones y heridas en la mucosa tanto maxilar como mandibular, lo que puede llegar a provocar eritema y edema acompañados de una hemorragia.²



Figura 29. Trauma sobre la mucosa ⁸



Alergia:

El metal del que está constituido la joya podría ocasionar una reacción alérgica, angioedema, actuando como alérgeno, el cuerpo libera histamina y otras sustancias químicas al torrente sanguíneo como reacción del sistema inmune. Varios autores consideran que la reacción alérgica más común es la dermatitis de contacto, donde el níquel y cobalto juegan un papel importante.⁸

Es fundamental una adecuada elección del tipo de material para evitar posibles complicaciones y una sustancia a evitar es el níquel. Un estudio realizado por Lhotka et al. presentó una hipersensibilidad al níquel en el 18% de hombres y en el 23% de mujeres junto con elevados índices de hipersensibilidades a otras sustancias como el cromo que hasta entonces formaban parte de la mayoría de los piercings.⁵

Angina de Ludwig:

Es un tipo de celulitis aguda que cursa con una inflamación en la región submaxilar y submentoniana e infección bacteriana aguda, agresiva, de instauración y diseminación rápidas y progresiva. Bilateral. Camerer le dio ese nombre en 1837 designando a un caso clínico similar de W. F. von Ludwig 1 año antes. Caracterizada por su topografía y su clínica: induración de tejidos situados debajo de lengua, provocando un desplazamiento de ésta hacia arriba y atrás, sin fluctuación ni dolor inicial. Movilidad mandibular. Presenta dificultad al deglutir y en la fonación. Puede cursar con una grave afectación general, excediendo temperaturas superiores a 40°C. Posee una fácil comunicación con espacios pterigomandibular y perifaríngeos facilitando de esta forma la propagación de la infección a zonas cervicales vecinas, pudiendo llegar a afectar al mediastino.²³

Infección localizada:

El riesgo de presentar una infección por usar piercing es mínimo. Sin embargo, en Brasil Pires y cols. encontraron el 36.7% con infección en el sitio del piercing.

Las bacterias más comunes encontradas en las infecciones por piercings los estafilococos aureus, estreptococos y pseudomonas. No encontramos casos clínicos relacionados con piercings orales y endocarditis, pero puede ser un factor de riesgo en pacientes con cardiopatías congénitas o enfermedades cardíacas adquiridas. Martinello y Cooney reportan el caso de un absceso cerebral causado por un piercing lingual a las cuatro semanas de la colocación.²⁴



Bacteriemia:

La bacteriemia, presencia de bacterias en el flujo sanguíneo, es una situación frecuente y normalmente no provoca síntomas; aunque si se presentan síntomas como fiebre, escalofríos, temblores y un enrojecimiento circundante a la perforación. Las bacterias que entran en el flujo sanguíneo, por lo general, son rápidamente eliminadas por los glóbulos blancos. Sin embargo, en ciertos casos, la cantidad de bacterias es demasiado grande como para que puedan ser eliminadas fácilmente provocando una sepsis, causando síntomas graves.

En algunos casos, la sepsis desemboca en una situación que puede ser mortal y que recibe el nombre de shock séptico. Tras una colocación reciente, se deberá solicitar atención médica, si el paciente presenta síntomas acompañada de fiebre, escalofríos, temblores y un enrojecimiento circundante a la perforación.⁸

Largo plazo:

Acúmulo de placa bacteriana y sarro=halitosis:

El piercing es una zona de retención de restos alimenticios, y de higiene más compleja; por ello es un foco de bacterias que llegan a causar halitosis. El piercing provoca acumulación de placa y cálculo. Los restos de comida y cálculo se acumulan en el área del piercing y en la cara de este promoviendo la infección. La perforación lingual con un barbell puede provocar acúmulos de placa y cálculo supra y subgingival en dientes anteroinferiores debido a que la esfera inferior del piercing contacta continuamente con los dientes.²⁵



Figura 30. Placa en la zona anteroinferior donde está situado el piercing.⁸



Ingestiones y aspiraciones:

La mala fijación del piercing puede provocar su aspiración o deglución, ocasionando lesiones en el aparato respiratorio o digestivo. Éstas también pueden deberse a la manipulación durante la colocación o a movimientos en los que se ejerce gran presión, por ejemplo, en las comidas.⁵

Alteración del habla, masticación y deglución:

El piercing puede obstaculizar el habla al interferir los movimientos normales de la boca provocando defectos en la pronunciación. También la masticación y la deglución puede estar comprometidas debido a la interposición del objeto.²⁶

Hiperplasia tisular:

Puede ir acompañado de dolor y edema. La perforación de los tejidos blandos puede cicatrizar de forma hiperplásica. Un factor que puede contribuir a las lesiones hiperplásicas es el movimiento continuado del piercing en el tejido sobre el que se inserta. La herida causada por la colocación del piercing puede evolucionar, tras varios meses, con el recubrimiento epitelial del mismo, complicando el momento a la hora de retirarlo.⁸

Hipersensibilidad:

Aunque actualmente se utiliza titanio, por su excelente biocompatibilidad, en ocasiones, por el roce continuo, la piel y la mucosa se vuelven sensibles a determinados materiales metálicos presentes en el piercing como el níquel, vanadio y cobre.²²

Interferencia radiográfica:

Debe de retirarse previo a una exploración radiográfica, debido a las imágenes radio densas que puede producir en el frente anterior principalmente, provocando un impedimento a la hora de ver determinadas estructuras. En las radiografías panorámicas debe de retirarse cualquier objeto metálico por encima del cuello.



Los piercings de la mejilla o del labio deben ser retirados antes de realizar radiografías periapicales o de aleta de mordida.⁸

Mal posición dentaria:

El piercing lingual puede contribuir a la proinclinación de los incisivos superiores y puede aumentar la longitud del arco, si el piercing ha estado en cavidad oral mucho tiempo antes de iniciar el tratamiento de ortodoncia es recomendable realizar una interconsulta con el periodoncista. Tabba y cols. publicaron un caso clínico en el cual el uso de un barbel creó un diastema en línea media debido al habito de jugar con el piercing entre los incisivos centrales superiores²⁴



Figura 31. Mal posición dentaria por trauma continuado.⁵



Dehiscencia y pérdida ósea:

Un piercing puede llegar a provocar una pérdida ósea horizontal localizada por el trauma constante que hace la joya (8). La bola del lambret o del barbell puede estar en continuo roce contra la encía mandibular provocando una dehiscencia ósea.⁶



Figura 32. Dehiscencia ósea.

Traumas, fisuras y fracturas:

Son las lesiones más frecuentes por el uso de los piercings intraorales. El hábito de empujar y jugar con el pendiente contra los dientes o, simplemente, el hecho de tener un objeto extraño en la boca puede ocasionar fracturas, fisuras, abrasiones o desprendimientos de espículas de esmalte provocando, sobre todo si existe implicación pulpar, sensibilidad a sustancias frías o dulces o al respirar (5) y la aparición de dolor al ejercer una presión en el diente afectado. De Moore et al. registraron en un 80% de pacientes con un piercing lingual alguna pérdida en su estructura dentaria.²⁷ Podíamos clasificarlo también en complicaciones durante el tratamiento, ya que, durante la anestesia para la colocación del piercing en lengua, se provoca un bloqueo nervioso y ésta pierde sensibilidad y podía provocar una fractura de los dientes. Estas complicaciones dentarias son más frecuentes en los portadores de barbells linguales, sobre todo en la zona de molares e incisivos inferiores; que en los piercings labiales. En los portadores de coronas de porcelana o con hábitos parafuncionales como el bruxismo, aumenta mucho el riesgo de fracturas o desgastes. Levin et al en el año 2005 publicó que una de las complicaciones que podía ocasionar el piercing oral era las fracturas del diente y las abrasiones.⁸



Figura 33. Fractura de la cúspide mesiovestibular del primer molar inferior.⁸

Fibroma traumático, hiperplasia fibrosa inflamatoria:

Jiménez et al describe un caso de fibroma traumático causado por piercing lingual diagnosticado tras una biopsia excisional. La persistencia de estos aditamentos en boca da origen a lesiones que van desde un edema, hasta lesiones reactivas tipo Fibromas, mucocelos o hiperplasias fibrosas inflamatorias.²⁸

Sialorrea:

El piercing puede estimular una producción excesiva de saliva y afectar el habla en la pronunciación de algunas consonantes. Según autores como Venta I et al. (10), que comprobó con un estudio de 234 alumnos del primer año de UNIVERSIDAD DE HELSINKI, que el 63% de estos tenían piercing oral tenían un incremento en el índice de saliva.⁸

Deficiencias en la pronunciación:

De Moore y cols encontraron el 14% de los pacientes presentaba dificultades en el habla de forma temporal. Farah y Harmon reportan el caso de una paciente que incrementaron las molestias al hablar y masticar después de una semana. Stead y cols. encontraron un 9% con problemas de pronunciación después de una semana de colocación del piercing lingual.²⁶

Corrientes galvánicas:

Puede ser provocado por un piercing de acero y que el paciente presente restauraciones metálicas de diferentes componentes. De Moor, De Witte y De Bruyne reportaron el caso de un paciente con galvanismo provocado por el uso de piercing lingual.²⁶



La corriente galvánica del piercing metálico en contacto con restauraciones metálicas podría producir sensibilidad pulpar.⁸

Recesión gingival:

Leichter indica que hay más recesión en una persona con piercing que sin él y que los casos que se presentan son de personas con clases II y III de Miller.²⁹ En el estudio de Brooks et al. se describen una serie de casos de recesión gingival por piercings; los colocados en la lengua provocaban la recesión en la cara lingual de los incisivos anteroinferiores junto con un aumento en la profundidad de las bolsas periodontales; los piercings colocados en el labio inferior provocaron recesiones en la cara vestibular de los incisivos inferiores sin aumentar la profundidad de las bolsas periodontales. El desarrollo de las recesiones en la cara vestibular de los incisivos inferiores puede progresar entre los 6 meses y los dos años tras la colocación del piercing.

Según Agel et al, en un estudio de 52 adultos jóvenes se encontró recesión gingival en el 35% de los sujetos que tenían piercing en la lengua durante 4 años o más y 50 % que usaban piercing de barra larga (2,2 cm) durante 2 o más años.³⁰ Ventä et al comprobaron en su estudio que la recesión gingival se producía con mayor incidencia a partir de los dos años, sobre todo si el barbell era largo.⁸

Endocarditis:

Se han visto casos de endocarditis valvulares en pacientes que han sufrido una alteración cardíaca con anterioridad y no estaban medicados.⁸

El retirar o no el piercing ante una anestesia local dependerá del criterio de cada profesional. En las anestésicas tronculares que llegan a afectar hasta a la lengua, ésta podría llegar a producir una fractura o trauma. También la joya puede provocar daño a las restauraciones de piezas dentales.²⁷



6.MANEJO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE CON PIERCING

Los odontólogos deben conocer los posibles riesgos de la colocación y el mantenimiento de los piercings orales para informar a sus pacientes de las posibles complicaciones.

No debemos ignorar que la población portadora de tales ornamentos es en muchas ocasiones reacia a quitárselos, por lo que también deberemos recomendar y ofrecer tratamientos alternativos a los usuarios de los mismos. Si el portador de un piercing consulta por una inflamación o un dolor grave, deberemos retirar el piercing y prescribir un colutorio o un gel de clorhexidina, un antiinflamatorio, en algunos casos dar una terapia antibiótica, y realizar un seguimiento posterior.⁵

Los efectos de la inflamación inmediata tras la colocación de un piercing pueden ser tratados con enjuagues de suero salino.

En los casos en que la inflamación de la lengua sea generalizada, afecte a la faringe o comprometa a la deglución o a la vía aérea, el tratamiento será urgente con la administración de antibióticos y corticoides sistémicos.³¹

Ante una Angina de Ludwig el tratamiento debe ser hospitalario, enérgico y multidisciplinario, con antibioticoterapia intensa acompañada de ciertas medidas, según la gravedad, como es el desbridamiento profiláctico de todos los espacios afectados y el control del grado de dificultad respiratoria.³²

Para evitar las fracturas y los desgastes dentarios lo ideal es recomendar al paciente retirar el piercing o como alternativa el uso de barbells linguales de tallo más corto; el tratamiento conservador deberá restaurar la superficie afectada y realizar una endodoncia si hay afectación pulpar; tras la restauración dentaria, la fractura puede recidivar en poco tiempo si no se retira el piercing o si persiste el hábito de golpear y jugar con él ; es importante advertir a los pacientes de tal posibilidad;



Ante la presencia de un acúmulo de placa bacteriana, cálculo supra o subgingival, recesiones gingivales y/ movilidad dentaria, deberemos aconsejar también la retirada del piercing; además daremos instrucciones de higiene oral, realizaremos una profilaxis y un raspado y alisado radicular en la región afectada con el fin de reducir la inflamación, el sangrado gingival y la posible pérdida de soporte óseo. La progresión de la recesión gingival se detiene con la retirada del piercing, aunque el tratamiento definitivo puede implicar la cirugía del defecto tisular y el posterior control del paciente.⁵

Es preciso realizar radiografías periapicales para valorar un posible ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal y/o un adelgazamiento de la lámina dura.⁸

Los pocos casos en que se presente un posible galvanismo, deben tratarse sustituyendo la obturación de amalgama por una resina como el composite; otra posibilidad es substituir el piercing metálico por otro material, ya sean sólo las esferas o los cierres o también la barra.⁸

La presencia de un piercing en la cavidad oral puede interferir la práctica odontológica en diferentes momentos:

-Ante una exploración radiográfica debe ser necesario retirarlo ya que si es metálico representa un artefacto radiográfico que puede impedir la visualización de algunas estructuras. Si se trata de una radiografía panorámica debe retirarse cualquier objeto metálico situado por encima del cuello.

Los piercings de la mejilla o del labio deben ser retirados antes de realizar radiografías periapicales o de aleta de mordida. Frente a un artefacto radiopaco en la radiografía deberemos plantearnos el diagnóstico diferencial con un piercing intraoral.⁸

– La necesidad o no de retirar el piercing para una anestesia local dependerá del criterio de cada profesional. En las anestésicas tronculares -al afectar la lengua- se incrementa el riesgo de fractura dentaria hasta la total desaparición de la misma.



Si se requiere anestesia general para una intervención quirúrgica existe la controversia sobre la necesidad o no de retirar el piercing (sobre todo los linguales); durante la anestesia el piercing podría ser aspirado, traumatizar los tejidos o ser un obstáculo en la intubación. Al retirarlo, un método simple para evitar que la perforación se cierre, es la colocación de un hilo de nylon o un catéter epidural muy fino a modo de anillo.⁵

Si la alteración del habla, fonación y la masticación son muy exageradas, habría que retirar el piercing para solucionar este problema. En el caso de provocar una dehiscencia o pérdida ósea habría que quitar el piercing de inmediato para evitar la inestabilidad del diente.

Si se produce un desgarramiento habrá que proceder a la retirada del piercing y a la cura de la herida provocada por este, con enjuagues para acelerar la cicatrización y evitar la infección de la zona.⁸



CONCLUSIÓN

Las perforaciones corporales en los últimos años han aumentado y se practican cada vez más en personas jóvenes sin distinguir géneros o estratos sociales, ya sea por una práctica cultural, tradicional o moda.

La utilización de aditamentos en la cavidad oral puede provocar diversos problemas orales.

El odontólogo es el encargado del tratamiento de las complicaciones que surgen a consecuencia del uso de dichos aditamentos, debe informar a los jóvenes y a quien esté interesado en colocar estos aditamentos, sobre el riesgo que se corre al colocar y utilizar este tipo de accesorios dentro de la cavidad oral, para evitar las posibles riesgos que implican los piercings orales, las localizaciones donde hay mayor incidencia de complicaciones, los cuidados que hay que llevar a cabo y las condiciones de asepsia e instrumental estéril en el espacio donde se colocan los piercing.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Clavería Clark RA, Ortiz Moncada C, Fouces Gutiérrez Y, Tabares Urdaneta RR, Muñoz Torres Y. ¡Cuidado con los piercings bucales! Medisan [Internet]. 2009 [citado el 26 de marzo de 2022];13(3):0–0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000300006
2. RITOS Y TENDENCIAS [Internet]. Uba.ar. [citado el 26 de marzo de 2022]. Disponible en: http://repositorioubasibbi.uba.ar/gsd/collect/encruci/index/assoc/HWA_722.dir/722.PDF
3. Mataix J, Silvestre JF. Reacciones cutáneas adversas por tatuajes y piercings. Actas Dermosifiliogr [Internet]. 2009 [citado el 26 de marzo de 2022];100(8):643–56. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-reacciones-cutaneas-adversas-por-tatuajes-articulo-S000173100972277X>
4. Mangas de Arriba C, Manuel Carrascosa Carrillo J, Ribera Pibernat M. Efectos secundarios de los piercings y los tatuajes. Piel (Barc, Internet) [Internet]. 2004;19(4):200–5. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0213-9251\(04\)72831-2](http://dx.doi.org/10.1016/s0213-9251(04)72831-2)
5. De Urbiola Alís I, Viñals Iglesias H. Algunas consideraciones acerca de los piercings orales. Av Odontoestomatol [Internet]. 2005 [citado el 26 de marzo de 2022];21(5):259–69. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852005000500005
6. Peticolas T, Tilliss T. Cross-Poline GN. Oral and perioral piercing: A unique form of self expression. J Contemp Dent Pract. 2000;1(3):1–10.
7. Hernández MG, Rodríguez DAP. Efectos negativos del uso de los piercings en la cavidad bucal. Universidad Médica Pinareña [Internet]. 2011 [citado el 27 de marzo de 2022];7(1). Disponible en: <http://www.revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/76>
8. Escudero Castaño N, Bascones Martínez A. Posibles alteraciones locales y sistémicas de los piercings orales y periorales. Av Odontoestomatol [Internet]. 2007 [citado el 27 de marzo de 2022];23(1):21–33. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852007000100003

9. Scully C, Chen M. Tongue piercing (oral body art). *Br J Oral Maxillofac Surg* [Internet]. 1994;32(1):37–8. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/0266-4356\(94\)90171-6](http://dx.doi.org/10.1016/0266-4356(94)90171-6)
10. Levin L, Zadik Y, Becker T. Oral and dental complications of intraoral piercing. *Dental Traumatology*. 2005;21:341–3.
11. Books JK, Hooper KA, Reynolds MA. Formation of mucogingival defects associated with intraoral and perioral piercing. *JADA*. 2003;134:837–43.
12. Lhotka CG, Zsekeres T, Fritzer-Zsekeres M, Schwraz G, Steffan I, Maschke M. Are Allergic to Skin Clips associated with delayed Wound Healing? *Am J Surg*. 1998;176(4):320-3.
13. Rogero SO, Higa OZ, Saiki M, Correa OV, Costa I. Citotoxicity due to corrosion of ear piercing studs. *Toxicology in vitro*. 2000;14(6):497–504.
14. Guiard-Schmid JB, Picard H, Slama L, Maslo C, Amiel C, Pialoux G, et al. Piercing and its infectious complications. A public health issue in France. *Presse Med*. 2000;29(35):1948–56.
15. Collantes JM. Antoniorondonlugo.com. [citado el 27 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://antoniorondonlugo.com/wp-content/uploads/2010/05/114-PIERCINGS.pdf>
16. Acceder a Anatomía Clínica [Internet]. Medicapanamericana.com. [citado el 27 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.medicapanamericana.com/VisorEbookV2/Ebook/9789500606431?token=3f94f115-2bd7-4445-ad2e-bd2c0032026a> :218-243.
17. Acceder a Anatomía Humana [Internet]. Medicapanamericana.com. [citado el 27 de marzo de 2022].:281-287 Disponible en: <https://www.medicapanamericana.com/VisorEbookV2/Ebook/9788491102113?token=8dfc6b1c-3bb1-4e11-b1c0-73383c7e603f>
18. Acceder a Colección Latarjet. Anatomía Humana [Internet]. Medicapanamericana.com. [citado el 27 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.medicapanamericana.com/VisorEbookV2/Ebook/9789500695916?token=579436e8-9552-4036-93c4-2ef04ff63a82> :1223-128
19. Acceder a Principios de Anatomía y Fisiología [Internet]. Medicapanamericana.com. [citado el 27 de marzo de 2022]. :905-910. Disponible en: <https://www.medicapanamericana.com/VisorEbookV2/Ebook/9786078546121?token=3111efe5-bbd2-48ba-bd8d-dd8eb629a3de>
20. Acceder a Anatomía de la Cabeza [Internet]. Medicapanamericana.com. [citado el 27 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.medicapanamericana.com/VisorEbookV2/Ebook/97884>

98356441?token=0f996572-a63f-4356-9429-0708ab9f674f :100-105

21. Sistema Estomatognático [Internet]. Medicapanamericana.com. [citado el 27 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.medicapanamericana.com/mx/libro/sistema-estomatognatico> :191-195
22. Dentistascadiz.com. [citado el 27 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://dentistascadiz.com/uploads/headers/Piercings.pdf>
23. Bascones Martínez A. Medicina bucal. Barcelona: Ariel. 2004:582.
24. Salvador J-NH, Romero C-., Estefanía I, Jaime G-R. Edu.mx. [citado el 27 de marzo de 2022]. Disponible en: https://www.uan.edu.mx/d/a/publicaciones/revista_tame/numero_10/Tam1510-08r.pdf
25. Dubose J, Pratt JW. Victim of fashion: Endocarditis after oral piercing. *Current Surgery*. 2004; 61(5):474-7
26. Salvador J-NH, Romero C-., Estefanía I, Jaime G-R. Edu.mx. [citado el 27 de marzo de 2022]. Disponible en: https://www.uan.edu.mx/d/a/publicaciones/revista_tame/numero_10/Tam1510-08r.pdf
27. De Moore R, Witte D, Bruyne D. Tongue piercing and associated oral and dental complications. *Endod Dent Traumatol*. 2000;16:232–7.
28. Jiménez C, Perez C, Kilikan R, Avilés D, Pérez L. Manifestaciones bucales. *Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría*.
29. Leichter JW, Monteith BD. Prevalence and risk of traumatic gingival recession following elective lip piercing. *Dent Traumatol* [Internet]. 2006;22(1):7–13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-9657.2006.00332.x>
30. Gel A, Acosta J, Longobardi P, Sorbe R. Piercing labial: Factor etiológico de recesión gingival. *Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría*. 2001.
31. Leary G. Serious complication of tongue piercing. *J Laryngol Otol*. 2001;115:233–4.
32. Gay Escoda C, Berini Aytes L. Normas Generales de tratamiento de la infección odontogénica. En *Tratado de Cirugía Bucal*. Ediciones Ergón 1999; p.636.:

FIGURAS

-Figura 2. Ornamentaciones multiples. Búsqueda de Google [Internet]. Google.com. [citado el 28 de marzo de 2022]. Disponible en:

[https://www.google.com/search?q=persona+con+muchos+piercing](https://www.google.com/search?q=persona+con+muchos+piercing&sxsrf=APq-)

[WBtfiVMGxWYP07AwAnh4yJjr82YhwQ:1648447175283&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwi368CikOj2AhWBCZ0JHT6PCdoQ_AUoAXoECAEQAw&biw=1365&bih=609&dpr=0.75](https://www.google.com/search?q=persona+con+muchos+piercing&sxsrf=APq-WBtfiVMGxWYP07AwAnh4yJjr82YhwQ:1648447175283&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwi368CikOj2AhWBCZ0JHT6PCdoQ_AUoAXoECAEQAw&biw=1365&bih=609&dpr=0.75)

Imagen 4. Piercing en el ombligo [Internet]. Google.com. [citado el 28 de marzo de 2022]. Disponible en:

<https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fwww.elcuerpo.es%2Fel-body->

[piercing%2F&psig=AOvVaw1SOVOLt5WX5ZqS9-](https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fwww.elcuerpo.es%2Fel-body-piercing%2F&psig=AOvVaw1SOVOLt5WX5ZqS9-)

[EN3Mv0&ust=1644034603224000&source=images&cd=vfe&ved=2ahUKEwjZ1bqQImQIHQQR4AhWBOK](https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fwww.elcuerpo.es%2Fel-body-piercing%2F&psig=AOvVaw1SOVOLt5WX5ZqS9-EN3Mv0&ust=1644034603224000&source=images&cd=vfe&ved=2ahUKEwjZ1bqQImQIHQQR4AhWBOK)

-Figura 5. Piercing en lengua Blogspot.com. [citado el 28 de marzo de 2022]. Disponible en:

http://4.bp.blogspot.com/_vKsruY8KIUc/StYiA6dltkl/AAAAAAAAAFQ/v-5LfN9qjYY/s320/ombli.jpg

-Figura. 6 Piercing en pezón Gstatic.com. [citado el 28 de marzo de 2022]. Disponible en:

<https://encryptedtbn0.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcSaPw1nAZ2tEHyRdqBL7bPGbT1tzFCTslmFlg&usqp=CAU>

-Figura 7. Labret en esquimales - Búsqueda de Google

[Internet]. Google.com. [citado el 28 de marzo de 2022]. Disponible en:

https://www.google.com/search?q=piercing+labret+en+esquimales&tbm=isch&ved=2ahUKEwiUoqvwm-X1AhVam2oFHTA8Cw4Q2-cCegQIABAA&oq=piercing+labret+en+esquimales&gs_lcp=CgNpbWcQAzoHCCMQ7wMQJzoECAAQzofCAAQgAQ6BggAEAgQHjoECAAQHIC8Blj6K2DpLWgAcAB4AIABIAGIAesNkgEEMC4xNZgBAKABAaoBC2d3cy13aXotaW1nwAEB&sclient=img&ei=baz8YdS3ltq2qtsPsPiscA&bih=440&biw=1007&hl=es-419

-Figura 8. Piercing disco labial - Búsqueda de Google

[Internet]. Google.com. [citado el 28 de marzo de 2022]. Disponible en:

https://www.google.com/search?q=piercing+disco+labial&tbm=isch&ved=2ahUKEwjA2qzMn932AhXHOM0KHRwhD6gQ2cCegQIABAA&oq=piercing+disco+labial&gs_lcp=CgNpbWcQAzoHCCMQ7wMQJzoGCAAQCBAeOggiABCABBCxAzoLCAAQgAQQsQMgE6BQgAEIAEOgQIABAEogYIABAFEB46BAgAEBM6CAgAEAUQHhATOggiABAIEB4QE1C6oAF

-Figura 9. Perforacion en lengua - Búsqueda de Google

[Internet]. Google.com. [citado el 28 de marzo de 2022]. Disponible en:

https://www.google.com/search?q=piercing+en+tribus+china+e+hindu&tbm=isch&ved=2ahUKEwjww67zoN32AhUxCJ0JHcchDvMQ2cCegQIABAA&oq=piercing+en+tribus+china+e+hindu&gs_lcp=CgNpb

bWcQAzoHCCMQ7wMQJzoKCCMQ7wMQ6glQJzoECAAQQzoLC
AAQgAQQsQMqgwE6BwgAELEDEEM6CAgAEIAEELEDOgUIAB
CABDoECAAQHjoGCAAQCBAeOgQIABAYUIUHWn97YOp_aAJw
AHgEgAGHBIGbh0OSAQwwLj1LjYuMi40LjKYAQCgAQQGqAQtnD3
Mtd2l6LWltZ7ABCsABAQ&sclient=img&ei=0ps7YvCSKrGQ9PwPx
8O4mA8&bih=457&biw=1024

-Figura 10. Plato en el labio inferior Búsqueda de Google
[Internet]. Google.com. [citado el 28 de marzo de 2022]. Disponible
en:

[https://www.google.com/search?q=piercing+disco+labial&tbm=isch
&ved=2ahUKEwjA2qzMn932AhXHOM0KHRwhD6gQ2cCegQIABA
A&oq=piercing+disco+labial&gs_lcp=CgNpbWcQAzoHCCMQ7w](https://www.google.com/search?q=piercing+disco+labial&tbm=isch&ved=2ahUKEwjA2qzMn932AhXHOM0KHRwhD6gQ2cCegQIABA&oq=piercing+disco+labial&gs_lcp=CgNpbWcQAzoHCCMQ7w)

-Figura 32 Dehiscencia ósea [citado el 28 de marzo de 2022].
Disponible en:

[https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Ffidus.us.es
%2Fbitstream%2Fhandle%2F11441%2F61345%2FTFG%2520SA
%25C3%259AL%2520CABALLERO.pdf&psig=AOvVaw0hfiX4GkG
DxkmBH26Hh5E3&ust=1648573194472000&source=images&cd=v
fe&ved=0CAwQjhXqFwoTCPDU7sik6fYCFQAAAAAdAAAAABAE](https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Ffidus.us.es%2Fbitstream%2Fhandle%2F11441%2F61345%2FTFG%2520SA%25C3%259AL%2520CABALLERO.pdf&psig=AOvVaw0hfiX4GkGDxkmBH26Hh5E3&ust=1648573194472000&source=images&cd=vefe&ved=0CAwQjhXqFwoTCPDU7sik6fYCFQAAAAAdAAAAABAE)