

ALTERACIONES CLÍNICAS PRESENTES EN CAVIDAD ORAL, PRODUCIDAS POR LOS PIERCINGS Y ACCESORIOS.

*Barragán V, Bejarano G, Patarroyo A, Reyes D, Sánchez M, Varón T.

**Alarcón M.

***Caycedo M.

****López C.

Área: Ciencias Básicas

Modalidad: Oral

Categoría: Pregrado

RESUMEN

Objetivo: Identificar las alteraciones clínicas presentes en cavidad oral, producidas piercing y accesorios, estableciendo su ubicación, tipo, material del piercing, higiene oral y hábitos, en pacientes del Colegio Odontológico Colombiano durante el 2007.

Materiales y métodos: se examinaron 62 pacientes portadores de piercing y luego del registro del Instrumento No. 1, se realizó el examen clínico por un mismo investigador, quien procedió a observar la ubicación del piercing, el tipo y los tejidos alrededor de éste; para identificar las alteraciones clínicas presentes. La información fue tabulada en una hoja de Microsoft Excel, se procesó en el software estadístico SPSS versión 14.0, se realizó análisis bivariado aplicando la chi cuadrado para proporciones y multivariado, mediante un modelo de regresión ordinal múltiple. Se consideró significativo $p < 0.05$, todas las pruebas son realizadas con un nivel de significancia de 0.05.

Resultados: las alteraciones más frecuentes: hiperqueratosis e hiperplasia; el piercing más frecuente fue el barbell, con una sola perforación, en acero quirúrgico y la alteración más frecuente la hiperqueratosis; el hábito más frecuente fue el de juego con la joya; la hiperqueratosis, fue la alteración que se presentó con mayor frecuencia durante el periodo de 3 a 36 meses, seguido por la hiperplasia.

Conclusiones: las alteraciones más frecuentes fueron: la hiperqueratosis y la hiperplasia; con el piercing barbell, con una sola perforación, en acero quirúrgico y la alteración más frecuente la hiperqueratosis. El hábito que se reportó con mayor frecuencia fue el de juego con la joya. La hiperqueratosis, fue la alteración que se presentó con mayor frecuencia durante el periodo de 3 a 36 meses, mientras que la hiperplasia se presentó en un periodo mayor a 36 meses la hiperplasia fue la alteración más común.

Palabras Claves: piercing, joya, recesión gingival, fractura dental, hiperplasia, hiperqueratosis, inflamación.

ABSTRACT

Objective: To identify the clinical present in the oral cavity, piercing and accessories produced by establishing their location, type, material piercing and oral hygiene habits, in patients Colombian Dental College in 2007.

Materials and methods: Examined 62 patients with piercing and then registry of the Instrument. 1, the clinical examination was performed by one investigator, who proceeded to observe the location of the piercing type and examine the tissues around it; to identify clinical present. Data was tabulated in a Microsoft Excel spreadsheet, is procó in SPSS statistical software version 14.0, and bivariate analyses applying for the chi square proportions and multivariate regression model using a multiple ordinal. It was considered significant $p < 0.05$, all tests are conducted with a level of significance of 0.05.

Results: most frequent alterations: hyperkeratosis and hyperplasia, the most common was the piercing barbell, with one drill steel surgical alteration and more frequent hyperkeratosis, and the most common was the habit of playing with the jewel; hyperkeratosis, was alteration to be made more frequently during the period of 3 to 36 months, followed by hyperplasia.

Conclusions: The most frequent alterations were: hyperkeratosis and hyperplasia; with piercing barbell, with one drill steel surgical alteration and more frequent hyperkeratosis. The habit which was reported with greater frequency was playing with the jewel. The hyperkeratosis, the alteration was to be introduced more frequently during the period of 3 to 36 months, while the hyperplasia was present in a period longer than 36 months hyperplasia was the most common change.

* Estudiantes IX semestre del C.O.C.

** Asesor Científico. Especialista en Cirugía, Patología e Implantología Oral. M.S. Educación.

**** Asesor Metodológico. Odontólogo General -Especialista en Depidemiología

***** Asesor Estadístico

INTRODUCCIÓN

En los últimos 10 años, se ha visto un notable incremento en el adorno del cuerpo por medio de tatuajes y colocación de piercing. De los aditamentos que se colocan en cavidad oral y perioral, se encuentra que el sitio más frecuente son los labios con un 38%, seguido por la lengua en un 8% ^(1,2). Los sitios menos frecuentes de la cavidad oral son la mejilla, úvula y frenillo lingual ^(3,4).

El uso de la llamada Joyería, en sitios poco comunes se ha denominado piercing corporal ⁽⁵⁾, que últimamente ha incrementado su popularidad. El uso del piercing es una práctica que no sólo se asocia a la juventud, sino que también está relacionada con tendencias culturales y religiosas. La población universitaria, es la que con mayor frecuencia usa este tipo de aditamentos ⁽⁶⁾.

Actualmente, hace parte de una tendencia denominada arte corporal, que ha sido usada como una forma de expresión y es reflejo de la forma de vivir y de ver el mundo de las personas que lo practican. Se denomina piercing a la perforación de la piel o capas adyacentes, con el propósito de insertar un objeto metálico ⁽⁷⁾. La mayoría de los piercings vienen en forma de barbells, anillos o barras que son hechos en oro, plata o acero inoxidable. ^(5,8)

El tipo de piercing usado con más frecuencia en la lengua, consiste de una barra con dos esferas que se encuentran atornilladas a cada extremo. Éste, es insertado en el centro o en los bordes y a veces involucra el frenillo lingual, en donde puede ocasionar daños en los nervios si no se realiza con cuidado. ⁽⁶⁾ Las complicaciones clínicas, pueden presentarse durante la colocación del piercing, un poco tiempo después o a largo plazo ⁽⁸⁾.

Desde 1992, se han reportado casos con diferentes complicaciones, relacionadas con el uso de joyería en los tejidos blandos de la boca por un período largo de tiempo. ⁽⁶⁾

Entre los piercing corporales, es común la preferencia por los tejidos orales y existen diferentes reportes mostrando varias condiciones patológicas incluyendo: edema, dolor, inflamación, reacciones de cuerpo extraño, dientes fracturados, infecciones, trauma mucoso y recesión gingival, todos ellos asociados a piercing orales ^(1,6,9,10,8,11,12,13,14,15,16).

El primer reporte de las complicaciones que comprometan la salud oral, aparecen algunos años después e involucran infección de espacios aéreos resultando en angina de Ludwig y compromiso de las vías aéreas ⁽¹⁷⁾. Igualmente, se ha reportado absceso cerebral y endocarditis bacteriana. ^(12,18, 19)

La mayoría de las veces, el piercing oral involucra los labios, mejillas, lengua, úvula o algunas combinaciones de estos sitios, siendo la lengua el sitio más frecuentemente perforado. ^(12,20,21)

Algunas entidades han emitido comunicados en oposición a esta práctica, entre ellos la ADA

(Asociación Dental Americana), la cual objeta en especial el piercing en la lengua, debido a que es una zona muy vascularizada y puede sangrar mucho más fácil, que en otros lugares del cuerpo. Por lo anterior, la ADA, promueve una ley que requiere el consentimiento de los padres para la colocación del piercing intraoral ⁽¹²⁾.

Sin embargo, a pesar de la apariencia insignificante, el piercing no está exento de riesgos, como lo demuestran las numerosas publicaciones de los últimos años, en las que se destaca la revisión de (Boistelle, 2000), sobre los peligros de esta práctica, y la más reciente de (Campbell, 2002), quien hace una revisión de las publicaciones sobre el tema, destacando la presencia de complicaciones en el 70% de los casos. ^(9,22)

Teniendo en cuenta que, los piercing son ornamentos decorativos, colocados en una perforación hecha en algún sitio de la boca, en especial en la lengua, se quiere llegar a identificar las diferentes lesiones que se pueden presentar en la cavidad oral, por un proceso traumático como lo es una perforación en la mucosa oral, de acuerdo con lo anterior es preciso establecer ¿Cuáles son las alteraciones bucales diagnosticadas clínicamente, causadas por el piercing oral en pacientes del Colegio Odontológico Colombiano en el año 2007?

El estudio de las alteraciones en cavidad oral, producidas por los piercing y accesorios en una población de 18 a 30 años, permitirá a la profesión odontológica conocer las alteraciones que se producen en los tejidos blandos y duros, con los factores de riesgo que pueden traer consigo el uso inadecuado de un accesorio, antecedido por una perforación en los tejidos blandos de la cavidad oral.

Estableciendo al mismo tiempo, un estado de conciencia, como una forma de alerta a la ignorancia sobre futuras complicaciones en estas personas, que han sufrido, sufren o sufrirán alteraciones inesperadas. Por consiguiente, se busca crear conciencia en las personas que portan este tipo de aditamentos y así mismo prevenir cada una de las alteraciones posibles que produzcan estos accesorios, y tratar las modificaciones patológicas y futuras infecciones orales.

A pesar del gran impacto que ha generado el uso de la joyería intraoral, se debe tener en cuenta que solo con el paso del tiempo saldrán a relucir las múltiples consecuencias que esta práctica trae para la cavidad oral, por lo cual el odontólogo debe conocerlas y así estar preparado para enfrentarlas, de la misma manera la comunidad debe tener un conocimiento básico sobre estas alteraciones, su frecuencia y características clínicas.

De tal manera que, el objetivo de la presente investigación pretende: Identificar las alteraciones clínicas, presentes en cavidad oral en pacientes que usan piercing y accesorios, estableciendo su ubicación, tipo, material del piercing, higiene oral y hábitos, en

pacientes del Colegio Odontológico Colombiano durante el 2007.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para realizar la investigación, se hizo un estudio Descriptivo de corte transversal. El proyecto de investigación, fue analizado y aprobado por el Comité de Ética del Colegio Odontológico Colombiano. La realización de la misma, se adecua a las recomendaciones para la investigación biomédica de la declaración de Helsinki, de la Asociación Médica Mundial y las normas científico técnicas y administrativas para la investigación en salud de Colombia. De tal manera que, se clasifica dentro de las investigaciones contempladas dentro del riesgo menor que el mínimo, de acuerdo con la Resolución No. 008430.

Al inicio del estudio, se realizó una prueba piloto con estudiantes del Colegio Odontológico Colombiano, con el fin de estandarizar a los investigadores.

Para ejecutar el estudio, se seleccionó a la clínica del Colegio Odontológico Colombiano, sede centro, debido a la mayor afluencia de pacientes a la misma. Se seleccionaron 62 pacientes, portadores de piercing en cavidad oral, que asistían a la consulta odontológica y cumplieran con los criterios de selección. A continuación, se procedió a informar a los pacientes, sobre el estudio que se estaba realizando y si aceptaba participar en el mismo, se le enseñaba el consentimiento informado, para que lo leyera y lo firmara. Para la recolección de la información, se diseñó un instrumento donde se consignaron los datos de cada uno de los pacientes examinados, la característica del piercing y las alteraciones.

Para realizar el examen clínico, se hizo en una unidad odontológica, manteniendo las normas de bioseguridad, con la ayuda de un espejo No 5, luz día y la lámpara de la unidad. Así mismo, se utilizó la pinza algodónera, y rollos de algodón para secar el área y manipular el piercing y facilitar el examen.

Posteriormente, se registraron los datos del paciente, en la hoja denominada Instrumento No 1, diseñada para el estudio. El examen clínico, fue ejecutado por un mismo investigador, el cual tenía especialidad en Patología Oral, quien procedió a observar la ubicación del piercing, el tipo del mismo y examinar los tejidos alrededor de éste; para así, identificar las alteraciones clínicas presentes, y seguidamente proceder a tomar las fotografías pertinentes de los accesorios y alteraciones, de cada uno de los pacientes examinados.

Después de realizar la recolección de la información, se procedió a la tabulación de estos, para así realizar el análisis de los mismos. Se elaboró una base de datos en Microsoft Excel, para luego ser procesada en el programa estadístico SPSS versión 14.0, para realizar análisis bivariado aplicando la chi cuadrado para proporciones y multivariado, mediante un modelo de regresión ordinal múltiple, teniendo en cuenta la

variable dependiente, presencia de alteraciones y patologías orales e independientes tipo, número, localización de los piercing en cavidad oral. Se consideró significativo $p < 0.05$.

RESULTADOS

Alteraciones Clínicas

Se examinaron 62 pacientes que asistieron a las clínicas del Colegio Odontológico Colombiano, distribuidos en ambos sexos (Figura 1), con un rango de edad de 18 a 30 años y un promedio de 21 ± 3 años.

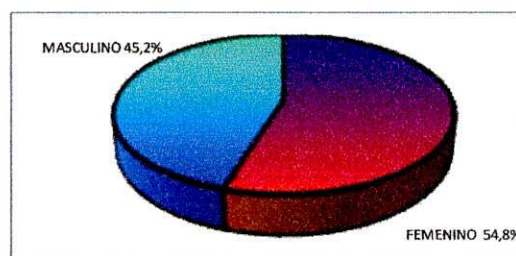


Figura 1. Distribución porcentual de pacientes según género.

De los 62 pacientes examinados el 6% ($n=4$) se reportaron sanos y el 94% ($n=58$) presentaban una o más de una alteración, de las cuales se encontraron: Hiperqueratosis en un 35% ($n=22$), hiperplasia en 34% ($n=21$), deformación del tejido (figura 3.) en 32% ($n=20$), abrasión en 27% ($n=17$), eritema en 26% ($n=16$), inflamación en 18% ($n=11$), recesión gingival en 14% ($n=9$), fractura dental en 10% ($n=6$), supuración y presencia de placa en el piercing representaron el 6% ($n=4$) cada una, y la presencia de diastemas se observó un 2% ($n=1$).

La presencia de alteraciones clínicas fueron similares en hombres y mujeres sin diferencia estadísticamente significativa ($p=NS$) (Figura 2).

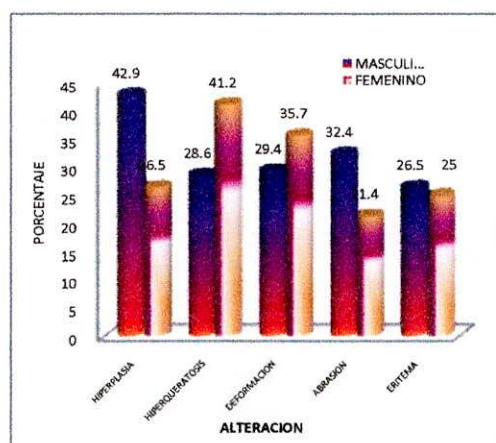


Figura 2. Distribución porcentual de pacientes con piercing según presencia de alteraciones clínicas y sexo.

Alteraciones Clínicas según número, tipo y material de piercing.

Al momento del examen clínico, el 100 % de los pacientes presentaban piercing en su cavidad oral. De los cuales el 69 % (n= 43) presentaban una perforación, el 19% (n=12) dos, el 6% (n=4) con 3 y el 5% (n=3) presentaban 4 perforaciones.

En relación con el número de piercing en boca, el 59% de las mujeres presentaron una perforación, dos perforaciones en un 23%, con tres y cuatro perforaciones 9% respectivamente; mientras que en los hombres el 82% con una perforación y 14% con dos y tres perforaciones un 4%.

El 39% (n=24) de los pacientes presentaron piercing de aro, 31% (n=19) tipo labrett y el barbell en un 43% (n=27). Para el tipo de piercing, las mujeres presentaron un 47% con barbell y 32% aro y labrett respectivamente, mientras que los hombres presentaron un 46% con aro, 39% barbell y labrett 29%.

Al analizar la presencia de alteraciones con el tipo de piercing, los pacientes que usan el tipo labrett, presentaron mayores alteraciones como deformidad del tejido (47,4%, n=9, p=0.09); inflamación (36,8%, n=7, p=0.009); supuración (21,1%, n=4, p=0.02). (Figura 3). En cuanto al uso de tipo barbell, solo encontró asociación con la presencia de hiperplasia (51,9%, n=14, p=0.09), es de anotar que en estos pacientes no se presentó supuración, ni eritema. En relación uso del tipo aro, el eritema estuvo presente en el (45,8%, n=11, p=0,04).



Figura 3. Supuración por uso de Labrett.

De acuerdo con el material (Figura 4), el que predominó en las mujeres fue el acero en un 65%, el titanio en un 35%, níquel en un 6%, cromo 3% y acrílico en un 6%; mientras que en los hombres fue del 61% para el acero y 39% titanio.

Teniendo en cuenta las alteraciones y el material usado en el piercing, la hiperplasia predominó con los piercing de acero, con el 47.6% (n=10; p=0.07), y para el titanio la hiperplasia se presentó, en un 22.7 % (n=5; p=0.08) y la inflamación en 52.4% (n=11; p=0.07).

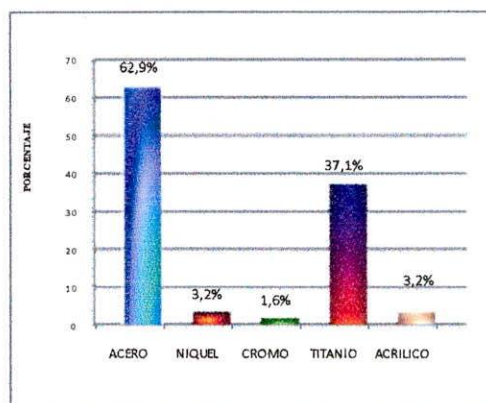


Figura 4. Distribución porcentual de material de piercing.

Alteraciones Clínicas según hábitos e higiene oral.

EL 97% (n=60) de los pacientes reportaron presentar los siguientes hábitos: fumar, consumir alcohol y jugar con la joya. El 81% (n=50) de los pacientes reportaron jugar con la joya, fumar 55% (n=34) y consumir alcohol en un 45% (n=28).

En los pacientes que reportaron consumir bebidas alcohólicas, se presentó hiperqueratosis con un 68%, los que no consumían alcohol fue 32%, la inflamación fue de 64% en pacientes con este hábito, y 36% los que no consumen alcohol; eritema, supuración y fractura se presentó en un 50%; abrasión se presentó un 47% de pacientes con el hábito de alcohol y en 53% los que no consumen alcohol; hiperplasia en un 43% que consumen alcohol y un 57% de los pacientes que no tomaban alcohol.

Los pacientes que reportaron el hábito de fumar, se observó: acúmulo de placa en un 75% y los que no fumaron en un 25%; fractura dental fue de 67% en pacientes con este hábito, a diferencia de los que no reportaron que fue de 33%; hiperplasia en un 62% y un 38% para los que no poseían el hábito; deformidad del tejido un 60% y en los que no presentaron el hábito fue de 40%; hiperqueratosis 59% mientras que no presentaban el hábito el 41% presentaban esta alteración (Figura 5).

Se observó que la frecuencia de hábitos en mujeres se distribuye en un 70% que reportan juego con la joya, 56% fuman y 53% consumen alcohol; en los hombres 93% juegan con la joya, 54% fuman y el 36% reportan el alcohol como hábito.

El 100% de los pacientes reportaron utilizar elementos de higiene oral como: cepillo, crema, seda dental y enjuague; el 100% usaba cepillo y crema, el 43% (n=27) usaba seda dental y 34% (n=21) usaban enjuague.

Teniendo en cuenta la higiene oral en las mujeres, el 100% usa cepillo y crema y de la misma forma los hombres. El uso de seda dental en mujeres fue 47% y enjuague 38%, en hombres fue de 39% la seda dental y 28% enjuague.

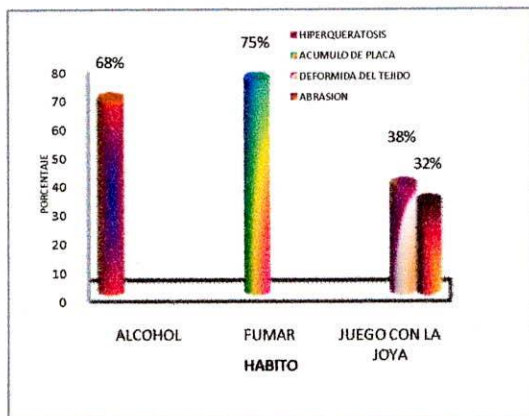


Figura 5. Distribución de las alteraciones según hábitos.

En relación a la presencia de la alteración con la higiene oral, no se encontró asociación ($p=NS$).

Alteraciones Clínicas según tiempo y ubicación.

El 16% ($n=10$) de los pacientes con piercing presentaron un periodo de uso de 3 a 7 meses, un 35% ($n=22$) de 8 a 12 meses el, 29% ($n=18$) de 13 a 36 meses y 19% ($n=12$) un tiempo mayor a 36 meses.

De acuerdo al tiempo del piercing en boca, las alteraciones más frecuentes que se encontraron fueron:

De 3 a 7 meses: la hiperqueratosis con un 50%, abrasión con un 40%, hiperplasia, la deformación de tejidos y eritema 30% cada una. En este mismo periodo, la inflamación se presentó en un 20%, la recesión en 10%. De 8 a 12 meses las alteraciones más predominantes encontradas fueron:

Hiperqueratosis con un 11%, la deformación de tejidos y abrasión 10% cada una. Además se presentó recesión en un 3%, inflamación y eritema en 5% cada uno, e hiperplasia en un 7%.

En los pacientes que reportaron un periodo de uso de piercing de 13 a 36 meses se observó hiperqueratosis en un 13%, eritema en un 11%, recesión, inflamación y abrasión en un 6% cada uno, y deformación de tejido e hiperplasia en un 10%.

En los pacientes con un tiempo mayor a 36 meses, la alteración más predominante fue la hiperplasia con un 12%, deformación del tejido con un 8%, recesión e inflamación en 3% respectivamente, eritema en un 5% y abrasión e hiperqueratosis en un 3%.

La alteración clínica que se asoció con el tiempo de uso fue la hiperplasia, como se observa en la Figura N.4, en donde a mayor tiempo mayor presencia de la alteración ($p=0.04$).

El 56% (35) de los pacientes presentaron el piercing en el labio inferior, el 29% ($n=18$) en la línea media de la lengua, el 18% ($n=11$) en la punta de la lengua, 13% ($n=8$) en el mentón, el 5% ($n=3$) lo portaban en el labio

superior, 5% ($n=3$) en el frenillo labial superior, el 3% ($n=2$) en el frenillo lingual y un 2% ($n=1$) en la parte lateral derecha de la lengua.

En cuanto a la ubicación, la población femenina presentó 53% con perforación en el labio inferior, el 35% en la línea media de la lengua, el 23% en el mentón, 18% en la punta de la lengua, un 6% en el frenillo labial superior, el 3% en el labio superior, frenillo lingual y en el borde lateral derecho respectivamente; en los hombres 61% tenían piercing en el labio inferior, el 21% en la línea media de la lengua, y el 18% en la punta de la lengua, 7% en el labio superior y en un 4% en el frenillo labial superior y frenillo lingual cada uno.

La hiperplasia en la línea media se observó, en un 57.1% ($n=12$; $p=0.001$), mientras que la hiperqueratosis se presentó en la punta de la lengua en un 4.5% ($n=1$; $p=0.04$).

Tipo	Ubicación	Material	Alteración
Barbell	Lengua línea media	Acero	Hiperplasia
Aro	Labio inferior	Acero	Eritema
Labrett	Labio inferior	Acero	Deformación de tejido

Figura 6. Resultados generales según el tipo de piercing.

DISCUSIÓN

De los casos presentados en el presente estudio, el promedio de edad fue de 21 años, con mayor frecuencia en mujeres, coincidiendo con el estudio de Leichter et al., relacionado con el género femenino, aunque la muestra de este estudio fue de 91 pacientes.

En el presente estudio, las lesiones más frecuentes fueron: hiperqueratosis, hiperplasia, deformación del tejido, abrasión dental, diastema, eritema, inflamación, recesión gingival, fractura dental, supuración y presencia de placa en el piercing. Lo anterior, permite observar que los pacientes portadores de este aditamento, por moda o en búsqueda de identidad, lo usan a pesar de los daños que éstos puedan ocasionar. Estos hallazgos coinciden con los estudios de: De Urbiola Alís y col.⁽⁷⁾, quienes encontraron las siguientes alteraciones: inflamación, fractura dentaria, alteración periodontal como recesión gingival, acúmulo de placa bacteriana, y lesiones hiperplásicas; Campbell y col. encontraron fractura dental y recesión gingival; De León Torres y col. inflamación, recesión gingival y abrasión dental; Brennan y col. fractura dental; Agell y col. recesión gingival; González y col. fractura dental y abrasión dental y Soares y col. recesiones gingivales.

En relación con, el tipo de piercing, en el presente estudio, la mayoría de los pacientes presentaron el de tipo aro, seguido por el labrett y barbell; aunque el de mayor frecuencia fue el barbell en mujeres. Brennan y

col. muestran que el tipo barbell, presenta complicaciones locales que incluye: fracturas dentales, recesión gingival y formación de cálculos. Así mismo, Shelia y col. reportan, que éste tipo de piercing produce infecciones, debido a la manipulación de que es objeto. El tipo labrett en nuestro estudio produjo: deformidad del tejido, inflamación y supuración en contraste con el estudio de Leichter y col. donde las características de éste tipo de aditamento, no influyen en el tipo de recesión de los pacientes que utilizan este piercing en el labio.

De acuerdo con, el número de piercing en cavidad oral, el presente estudio muestra más frecuencia de perforaciones en mujeres que en hombres, pero coincide con el estudio De León y col. donde el 52% porta un piercing, el 38% dos, 3% tres perforaciones, 3% cuatro y el 4% cinco o más.

En el estudio De Urbiola y col. el piercing tipo barbell, produce hiperplasia del tejido que lo rodea, debido al movimiento continuo sobre el tejido que lo porta, coincidiendo con el presente estudio donde el uso de este aditamento produce el 51.9% de hiperplasia debido al hábito del juego con la joya.

Los materiales de los piercing más usados son: acero quirúrgico, titanio, oro plata y níquel; aunque el acero quirúrgico es el más frecuente por su bajo costo. Las reacciones alérgicas o inflamatorias más comunes producidas por el níquel y el acero, cuando éste se corroe libera cromo y se puede considerar como una sustancia cariogénica. En nuestro estudio predominó el acero con el 62.9%, con la alteración hiperplasia, pero el titanio por ser biocompatible hace que se aumente el uso del mismo, según (López, 2004).

En relación con los hábitos y la presencia de piercing en cavidad oral, el principal fue el juego con la joya, que produce deformación del tejido y abrasión dental. Concuerda con el estudio de Shinohara y col., donde el hábito que tienen los pacientes de golpear y presionar la esfera dorsal de la estructura del piercing, es la posible causa de la deformación del tejido que lo rodea. Así mismo, el hábito de jugar con la joya produce fracturas dentales siguiendo los estudios de. Kretchmer y col, Samplonius A. De igual manera, Urbiola y col. reporta que el hábito de empujar y jugar con el piercing, 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 sensibilidad y dolor a la presión. Igualmente, la acción constante del traumatismo metálico contra el periodonto puede causar una leve, moderada o severa recesión gingival junto con traumas a los tejidos vecinos.

Leichter y col, reportan que la mayor prevalencia de fumadores se observa en el grupo portador de piercing con un 46.2%, en comparación con el presente estudio que fue del 54.8% y junto con el cofactor de consumo de alcohol produce supuración.

La no asociación entre la alteración y la higiene oral y el tiempo, se presume, que sea debido a que la mayoría

de los pacientes pertenecían a una misma zona geográfica, que presumiblemente eran estudiantes universitarios, los cuales tienen acceso a medios económicos que les permite tener los elementos básicos de higiene oral.

En relación con la ubicación el sitio más frecuente, que reporta, De Urbiola y col. y Gonzáles y col. es la línea media, en la presente investigación la línea media se presentó en segundo lugar produciendo hiperplasia, debido a que el predominio fue en el labio inferior, no siendo significativo para la producción de alteraciones.

En el presente estudio, se encontró que la alteración más frecuente fue la hiperqueratosis en hombres, desde los 3 meses hasta los 36 meses, y la hiperplasia en mujeres, se presentó con un tiempo mayor a los 36 meses, lo cual se asocia con el juego con el piercing dado en un 80.6%, este hábito crónico permite que los tejidos circundantes sufran agrandamientos. En relación con, la fractura dental ésta se presentó por el juego con la joya, en el lapso de tiempo de 8 a 12 meses, coincidiendo con el estudio de Shacham y col. y Campbell y col., quienes en sus estudios encontraron que la prevalencia de las fracturas, se incrementa con la prevalencia de uso del piercing, en relación con el tiempo mayor a cuatro años.

CONCLUSIONES

- Las alteraciones más frecuentes fueron: la hiperqueratosis, abrasión, deformación del tejido, hiperplasia y eritema en mujeres. En hombres hiperplasia, deformación del tejido, hiperqueratosis, eritema e inflamación.
- El tipo de piercing más frecuente fue el barbell, con una sola perforación, en acero quirúrgico y la alteración más frecuente la hiperqueratosis. La alteración más frecuente para el tipo barbell fue la hiperplasia, para el labrett fue la deformidad del tejido y con el aro el eritema.
- El hábito que se reportó con mayor frecuencia fue el de juego con la joya, con el cuál se asociaron alteraciones como: la deformidad del tejido y la abrasión dental; los pacientes fumadores presentaron hiperplasia y deformidad del tejido y los que consumían alcohol hiperqueratosis e inflamación.
- La mayoría de los pacientes portaban el piercing durante un periodo de 8 a 12 meses en el labio inferior. La hiperqueratosis, fue la alteración que se presentó con mayor frecuencia durante el periodo de 3 a 36 meses, mientras que la hiperplasia se presentó en un periodo mayor a 36 meses la hiperplasia fue la alteración mas común.

RECOMENDACIONES

- Realizar un estudio con una muestra heterogénea, que incluya pacientes de diferentes niveles socioeconómicos.
- Crear una conciencia de alerta en la población, sobre las consecuencias que produce el uso de joyería en la cavidad oral.
- El odontólogo debe darle indicaciones a los pacientes que presentan aditamentos o perforaciones en su cavidad oral, sobre las formas de higiene oral y el cuidado que deben tener con estos aditamentos.
- Concientizar a los pacientes que presentan piercing y tienen alteraciones en su cavidad oral, para que sea retirado el aditamento por un tiempo y poder tratarlas de forma adecuada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. NURAY ER, ARZU Ozkavaf, ATILLA Berberoglu, and NERMIN Yamalik Y. An unusual Cause of Gingival Recession: Oral Piercing, J. Periodontol, 2000; 71; 1767-1769.
2. BOARDMAN R, Dental implications of oral piercing. J Calif Dent Assoc 1997; 25:200-7.
3. DE LEON Claudia, OCHOA Leonor, DUFOO Saul, DIAZ .Piercing en Cavidad Oral: La moda que arriesga la salud, Revista Odontológica Mexicana, 2004, Vol 8, No. 4; 112-116.
4. SHELIA S, PRICE D, MAURICE W, LEWIS D. Body piercing involving oral sites. JADA 1997; 128:1017-20.
5. CAMPBELL Allison, MOORE Alisa, WILLIAMS Elly, STEPHENS Joni and DIMITRIS N. Tongue Piercing: Impact and Barbell Stem Length on Lingual Gingival Recession and Tooth Chipping, J. Periodontol, Marzo 2002.
6. SOARES Livia, DE OLIVEIRA Marilia, FERREIRA Isis. Foreign body reaction caused by oral piercing, Revista Brasileira de Patología Oral, 2004, 3, 2; 8-91.
7. GARCIA Mary, LUGO Angélica, PAREDES Paola, VAZQUEZ Reyna, VILLEDA Verónica. Ageusia en personas con piercing lingual. Vol 1 N° 3 Diciembre 2000. Pp.77- 180.
8. GONZALEZ María, ROJO Hilda, GONZALEZ José, ARREDONDO Juan, BALDERAS Oyuky, CUEVAS Mildre, GARCIA Olga VARGAS María, ZUÑIGA Teresita. Piercing oral una tendencia peligrosa, ADM, vol LIX, No. 6, 2002, 202-206.
9. ORTEGA Vicente, PIA Jornet, YAÑEZ Josefa, CHIVA Fernando. Morfopatología Piercing Lingual, Revista Española de Odontología, Vol 36, No.2, 2003.
10. DE URBIOLA Alis, IGLESIAS Viñals. Algunas Consideraciones acerca de los Piercing Orales, Avenas en Odontoestomatología, 2005; 21-5: 259-269.
11. NEIBURGER Ellis. A large hypertrophic- keloid lesion Associated whit Tongue Piercing : case report. Revista Oral Medicine, Oral Diagnosis. Noviembre 2005.
12. AGELL, Adriana; ACOSTA Johanna; LONGOBARDI, Paul y SOGBE, Rosemary (2005). Piercing Labial factor etiológico de recesión gingival, en *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria*. disponible en [Http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2005/piercing_labial_recesion_gingival.asp](http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2005/piercing_labial_recesion_gingival.asp)
13. BOTCHWAY. Tongue piercing and associated tooth fracture, Journal of Canadian association, Vol 64, 1998, Págs 803-805.
14. CHAMBRONE Leandro. Gingival Ressections Caused By Lip Piercing, a Case Reported. Journal of Canadian dental association, Vol. 69, No 8 September 2003, Págs 505-508.
15. De MOORE RJG, De Witte AMJC, De Bruyne MAA. Tongue piercing and associated oral and dental complications, Endod dent Traumatol, Vol 16, 21 Enero 2000, Págs 232-237.
16. KRETCHMER Michael C., Metal piercing through the tongue and localized loss of attachment: a case report. Journal of Periodontology, Junio 2001, Vol. 72, No 6, Págs. 831-833.
17. HARDEE P.S.G.F, MALLYA L. R, and HUTCHISON I.L. Tongue Piercing Resulting in Hypotensive Collapse. British Dental Journal, Vol 188, No. 12, junio 24 2000.
18. MARTINELLO A. Richard AND COONEY Elizabeth. Cerebral Brain Abscess Associated with Tongue Piercing, published 3 January 2003, Págs 32-34.
19. DUBOSSE CAPT J. Victim of fashion: endocarditis after oral piercing. Oral Surge, Oral Radio, Oral Pathology, vol. 61, number 5, September/ October 2004, Págs 474-477.
20. LOPEZ, Pía- Jornet. A complication of lingual piercing: a case report, Oral Surge, Oral Med, Oral Pathol, Oral Radiol Endod, No vol. 99: October 14, 2005. E18-9.

21. SHACHAM R. Tongue piercing and its adverse effects. ORAL Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Vol. 95 No 3 march 2003. Págs 274-276.

22. THEODOSSY T. A Complication of Tongue Piercing. A Case Report and Review of the Literature. British Dental Journal, Vol. 194 No 10, May 24, 2003, Págs 551-552.