

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



TESIS:

**“LESIONES MAS FRECUENTES EN LOS TEJIDOS DUROS Y TEJIDOS
BLANDOS RELACIONADOS AL USO DE PIERCINGS ORALES EN
POBLADORES DE IQUITOS 2014”**

AUTORES:

Frescia Hidalgo Palacios

Terry Antony Lozano Rodríguez

ASESOR:

C. D. Rafael Fernando Sologuren Anchante, Dr.

INFORME FINAL DE TESIS

**Requisito para optar el Título Profesional de
CIRUJANO DENTISTA**

IQUITOS – PERÚ

2015

TESIS:
**“LESIONES MAS FRECUENTES EN LOS TEJIDOS DUROS Y LOS TEJIDOS
BLANDOS RELACIONADOS AL USO DE PIERCINGS ORALES EN
POBLADORES DE IQUITOS 2014”**

FECHA DE SUSTENTACIÓN: Miércoles 11 del mes de Marzo del 2015

CD. ALEJANDRO CHAVEZ PAREDES, Dr.

Presidente Jurado de Tesis

CD. JAIRO RAFAEL VIDAURRE URRELO, Dr.

Miembro

CD. RUBEN DARIO MELENDEZ RUIZ

Miembro

CD. RAFAEL SOLOGUREN ANCHANTE, Dr.

ASESOR

CD. RAFAEL FERNANDO SOLOGUREN ANCHANTE, Dr.

ASESOR DE LA TESIS

INFORMO:

Que, los bachilleres Frescia Hidalgo Palacios y Terry Antony Lozano Rodríguez , han realizado bajo mi dirección, el trabajo contenido en el Informe Final de Tesis titulado **“lesiones más frecuentes en los dientes y tejidos blando relacionados al uso de los piercing orales”** considerando que el mismo reúne los requisitos necesarios para ser presentado al Jurado Calificador.

AUTORIZO:

A los citados bachilleres a presentar el Informe Final de Tesis, para proceder a su sustentación cumpliendo así con la normativa vigente que regula los Grados y Títulos en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana.

DEDICATORIA

A la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana en cuyas aulas logre mi formación profesional y humana.

A la Facultad de Odontología y a su personal docente por su calidad educativa y profesional que guiaron mi aprendizaje.

A mis padres Saúl y Rossana, por el amor, el esfuerzo y la confianza que depositaron en mí.

A mi abuelita sadhit por su paciencia y gran comprensión.

A mi abuelita Elvira por estar pendiente de mí a pesar de la distancia.

A mi tía Lidia por el gran apoyo y confianza que me brindó en todo momento.

A mis hermanas Thalía, scarlet, Nilda Mishel, Sebastián y Mía con mucho cariño.

Gracias.

AGRADECIMIENTO

Al C.D. Rafael Sologuren Anchante por haberme brindado su tiempo y su asesoría en la realización de este trabajo, dándole el respectivo peso científico.

A los Drs. Miembros del Jurado Evaluador del Proyecto de Tesis y de la Tesis por sus acertadas correcciones y oportunos consejos.

A las personas con piercing orales de los diferentes lugares de la ciudad de Iquitos”, por brindarnos su colaboración en la ejecución de este estudio.

A nuestro estimado futuro colega Wagner Romero Navarro, gracias a su valioso apoyo y dedicación que brindó para el cumplimiento de los objetivos de este estudio.

A mis compañeros, amigas y profesores con quienes compartimos tantos años de crecimiento, trabajo, penas y alegrías.

Agradezco a todas aquellas personas que de una u otra forma contribuyeron a la elaboración culminación de esta investigación.

Gracias.

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
CAPITULO I.	13
1.1 Introducción.....	13
1.2 Objetivo de la Investigación.....	15
1.2.1 Objetivo General	
1.2.2 Objetivos Específicos	
CAPITULO II.	16
2.1. Antecedentes.....	16
2.1.1. Estudios relacionados al tema	
2.2. Fundamento Teórico.....	24
2.2.1. Concepto de Piercing orales	
2.2.2. Tipos de piercings orales y periorales	
2.2.3. Riesgos y enfermedades relacionados con el piercing oral	
2.3. Marco Conceptual.....	43
2.3.1. Lesiones de tejidos duros	
2.3.2. Lesiones de tejidos blandos	
2.4. Hipótesis.....	46
2.5. Operacionalización de Variables.....	47
2.6. Indicadores e Índices.....	47
CAPITULO III.	48
3.1. Metodología	48
3.1.1. Tipo de Investigación.....	48
3.1.2. Diseño de Investigación.....	48
3.1.3. Población y Muestra.....	48
3.1.3.1. Población	
3.1.3.2. Muestra	
3.1.4. Procedimientos, técnica e instrumentos de recolección de datos.....	48
3.1.5. Recolección de Datos.....	48
3.1.6. Procesamiento de la Información.....	49
3.1.7. Protección de Derechos Humanos.....	49

CAPITULO IV.	
RESULTADOS.....	50
CAPITULO V.	
DISCUSIÓN.....	66
CAPITULO VI.	
CONCLUSIONES.....	68
CAPITULO VII.	
RECOMENDACIONES.....	70
CAPITULO VIII.	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71
CAPITULO IX.	
ANEXOS.....	73

INDICE DE CUADROS

Nº	Pág.
01. Distribución de la muestra de acuerdo al sexo de portadores de piercing oral....	50
02. Distribución de la muestra de acuerdo al tiempo de uso del piercing oral.....	51
03. Distribución de la muestra de acuerdo al tipo de piercing oral.....	52
04. Distribución de la muestra de acuerdo a la localización del piercing oral.....	53
05. Distribución de la muestra de acuerdo a la presencia de recesión gingival.....	54
06. Distribución de la muestra de acuerdo a la presencia de edema en portadores de piercing oral.....	55
07. Distribución de la muestra de acuerdo a la presencia de inflamación en portadores de piercing oral.....	56
08. Distribución de la muestra de acuerdo a la presencia de ulcera en portadores de piercing oral.....	57
09. Distribución de la muestra de acuerdo a la presencia de abrasión en portadores de piercing oral.....	57
10. Distribución de la muestra de acuerdo a la presencia de fractura en portadores de piercing oral.....	57
11. Distribución de la muestra de acuerdo a la presencia de dificultad a la masticación en portadores de piercing oral.....	58

12. Distribución de la muestra de acuerdo a la presencia de dificultad a la deglución en portadores de piercing oral.....	58
13. Distribución de la muestra de acuerdo a la presencia de dificultad al habla en portadores de piercing oral.....	58
14. Distribución de la muestra de acuerdo a la acumulación de placa en portadores de piercing oral.....	59
15. Distribución de la muestra de acuerdo a la presencia de alguna lesión en portadores de piercing oral.....	59
16. Distribución de la muestra de acuerdo a la presencia de alguna dificultad en portadores de piercing oral.....	59
17. Relación entre recesión gingival y tiempo de uso del piercing oral.....	60
18. Relación entre presencia de edema y tiempo de uso del piercing oral.....	60
19. Relación entre presencia de inflamación y tiempo de uso del piercing oral.....	61
20. Relación entre la presencia de ulcera y el tiempo de uso del piercing oral.....	61
21. Relación entre abrasión y tiempo de uso del piercing oral.....	62
22. Relación entre fractura dentaria y tiempo de uso del piercing oral.....	62
23. Relación entre abrasión y tiempo de uso del piercing oral.....	63
24. Prueba de Spearman's para relacionar las variables.....	64
25. Prueba de Spearman's para relacionar las variables.....	65

INDICE DE GRÁFICOS

Nº	Pág.
01. Distribución de la muestra de acuerdo al sexo de portadores de piercing oral	50
02. Distribución de la muestra de acuerdo al tiempo de uso del piercing oral	51
03. Distribución de la muestra de acuerdo al tipo de piercing oral	52
04. Distribución de la muestra de acuerdo a la localización del piercing oral	53
05. Distribución de la muestra de acuerdo a la presencia de recesión gingival	54
06. Distribución de la muestra de acuerdo a la presencia de edema en portadores de piercing oral	55
07. Distribución de la muestra de acuerdo a la presencia de inflamación en portadores de piercing oral	56

**“LESIONES MAS FRECUENTES EN LOS TEJIDOS DUROS Y TEJIDOS
BLANDOS RELACIONADAS AL USO DE PIERCINGS ORALES EN
POBLADORES DE IQUITOS, 2014”**

Frescia Hidalgo Palacios, Terry Antony Lozano Rodríguez.

RESUMEN

El presente estudio, tuvo como objetivo identificar las lesiones en los tejidos duros y tejidos blandos más frecuentes en pacientes portadores de piercings orales en la ciudad de Iquitos. El tipo de Investigación fue cuantitativo; su diseño fue no experimental, descriptivo simple. La muestra estuvo conformada por 45 personas. El instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos de pacientes portadores de piercings orales.

Los resultados fueron: El uso de piercing oral es mayor en el sexo masculino con 57.8%. El tipo de piercing más usado fue el labrette con 46%, segundo del barbelle con 31,1% y anillo con 15,6% y los que usan los dos tipos a la vez 6,7%. El lugar de uso más frecuente fue el labio inferior con 62,2% seguido de la lengua con 26,7%, labio superior con 4,4% y frenillo 2,2%. El 62,2% presentaron recesión gingival, el 8,9% presentaron edema, el 40% presentaron inflamación en la zona de inserción y el 24% presentó ulcera. El 24,4% de los portadores presento abrasión en la pieza vecina a la zona de inserción y el 20% presento fractura de cúspides en las piezas vecinas. El 5,7 % presento dificultad para masticar, el 20% dificultad para la deglución y el 4,4% dificultad para el habla. El 24,4% presento acumulación de la placa bacteriana en la zona del piercing. El 93,3% de los portadores de piercing presento algún tipo de lesión. El 62,2% presento alguna dificultad. El 31,1% que presentó recesión gingival tuvieron un tiempo de uso de 1 a 2 años. El 6,9% que presentó edema tuvo un tiempo de uso menor de un año. El 24,4% que presentó inflamación tuvo un tiempo de uso menor de 1 año. El 13,3 % que presentó ulcera tuvo un tiempo de uso menor de 1 año. El 17,8% que presentó fractura tuvo tiempo de uso de 2 a más años. El 17,8% que presentó abrasión tienen un tiempo de uso menor de 2 años. Existe relación entre el tipo de piercing oral y su localización e inflamación. Existe relación entre la localización del piercing, la inflamación y fractura de las cúspides. Existe relación entre la recesión gingival e inflamación, entre edema e inflamación y entre inflamación y presencia de ulcera. Existe relación entre el tipo de piercing y su localización, entre el tipo de piercing y fractura de cúspides y entre la localización del piercing oral y fractura de las cúspides.

Palabras clave: Piercing oral, lesiones.

**"FREQUENTLY INJURY IN THE TEETH AND SOFT TISSUE RELATED TO
THE USE OF ORAL PIERCING IN POBLADORE IQUITOS, 2014"**

Frescia Hidalgo Palacios, Terry Antony Rodriguez Lozano.

ABSTRACT

The present study aimed to identify the most common injuries in patients with oral piercings in the city of Iquitos hard tissue and soft tissue. The type of research was quantitative; its design was not experimental, descriptive simple. The sample consisted of 45 people. The instrument used was the record data collection of patients with oral piercings.

The results were: The use of oral piercing is greater in males 57.8%. The type of piercing more labrette used was 46%, barbelle second with 31.1% and 15.6% ring and using the two types while 6.7%. Its most frequent use was lower lip with 62.2% followed by 26.7% tongue, upper lip frenulum 4.4% and 2.2%. 62.2% had gingival recession, 8.9% had edema, 40% had inflammation in the insertion and 24% had ulcer. 24.4% of carriers present in neighboring abrasion piece to the insertion and the 20% fracture present in at least one tooth cusps. 5.7% present difficulty chewing, 20% difficulty swallowing and 4.4% difficulty speaking. 24.4% showed accumulation of plaque in the area of the piercing. 93.3% of carriers of piercing introduce some kind of injury. 62.2% presented some difficulty. 31.1% presented gingival recession had a usage time 1-2 years. 6.9% I present edema had a time of less use than a year. 24.4% I present inflammation had a time of less use than 1 year. 13.3% I present ulcer had a time of less use than 1 year. 17.8% presented fracture had time to use 2 or more years. 17.8% presented abrasion have a shorter use of 2 years. There is a relationship between the type of oral piercing and location and inflammation. There is a relationship between the location of piercing, inflammation and fractured cusps. There relationship between gingival recession and inflammation, including edema and inflammation and between inflammation and presence of ulceration. There is a relationship between the type of piercing and its location, between the type of piercing and fractured cusps and between the location of oral piercing and fractured cusps.

Keywords: Piercing oral, lesions.

CAPITULO I

1.1. INTRODUCCIÓN

Los piercings bucales están incrementando su popularidad en los últimos años, la inserción de objetos de metal en los tejidos de la cavidad bucal y faciales han alcanzado gran difusión en la población de jóvenes del mundo entero y nuestro país no está exento de este furor. Se denomina piercing a la perforación de la piel y capas adyacentes con el propósito de insertar un objeto metálico.

El auge de la moda del piercing está haciendo que cada vez más personas de “todo tipo” los estén usando. Estadísticas estiman que actualmente un 8 por ciento de la población mayor de 14 años lleva un piercing en alguna parte de su cuerpo.

Sin embargo, la moda del piercing ha traído consigo complicaciones y diversos problemas de salud que cada vez son más frecuentes especialmente en el área de la salud bucodental. Se ha visto un incremento significativo en el uso de los piercings orales. La perforación oral y corporal es una práctica que se adoptó en muchas tribus de todo el mundo con motivos místicos, religiosos, sexuales, estéticos o luctuosos. Actualmente, esta actividad responde a una especie de moda llamada arte corporal, que no es más que la expresión de una forma de ser, vivir o percibir el mundo a través de tatuajes, perforaciones o cortaduras en la piel. La práctica de colocación de joyerías y piercings en distintas partes del cuerpo es muy antigua, argollas, anillos, aretes y botones de oro, plata y acero eran utilizado como adornos en diferentes partes del cuerpo desde hace muchos años y es una práctica de rutina en algunas culturas. En la actualidad es bastante común, el uso de uno o varios adornos colocados en varias sitios del cuerpo y es considerado como una forma convencional de joyería.

Sin embargo a pesar de que en los países desarrollados y en vía de desarrollo esta práctica es poco usual, las perforaciones en la lengua y en los labios está actualmente ganando popularidad. La filosofía actual del Piercing es que cualquier superficie convexa pequeña, o las partes colgantes del cuerpo pueden agujerarse para llevar joyas. Los sitios normalmente perforados incluyen orejas, cejas, nariz, lengua, pezones, ombligos, pene, escroto, labios y el clítoris.

Lo que realmente es interesante del tema es que 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 piercing son numerosas.

La Asociación Dental Americana se opone totalmente a la colocación de los piercings bucales y faciales por los riesgos para la salud general del paciente y de los operadores que puedan colocarlos y, en otros países de la Unión Europea se han aprobado medidas para regular su uso y proteger a los pacientes.

En estos momentos en el que la práctica de este tipo de body art ha ido ganando terreno de forma espectacular entre los jóvenes, considerando que generalmente son personas “intrusas” en la profesión quienes realizan las perforaciones, sin condiciones higiénico-sanitarias o conocimientos científicos para ello, y sin pensar en las consecuencias que origina a la salud.

En nuestra región es la primera vez que se realiza el estudio sobre este tipo de problemas; es así, basados en la información mencionada nos motivamos a realizar el siguiente estudio ya que urge la necesidad y la importancia, que nos llevó a responder el siguiente problema de investigación: ***¿Cuáles son las lesiones más frecuentes en los tejidos duros y los tejidos blandos relacionadas al uso de piercings orales?***

Ante esta situación, el resultado del presente estudio es necesario, porque permitirá proporcionar información a los odontólogos, población en general especialmente a las personas que usan o que estén pensando usar algunos de estos tipos de aditamentos.

Los odontólogos tienen la responsabilidad de incorporar a su quehacer diario los tratamientos convencionales para cada complicación que pueda surgir por la colocación de los piercings bucales y faciales que puedan llegarles a consulta y por supuesto trazar estrategias de prevención para evitar el uso de los mismos divulgando las consecuencias que puede traer para la salud de los pacientes la colocación de estos aditamentos.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1. Objetivo General

Identificar las lesiones en los tejidos duros y tejidos blandos más frecuentes en pacientes portadores de piercing orales en la ciudad de Iquitos.

1.2.2. Objetivos Específicos

1. Identificar las lesiones de tejidos duros más frecuentes en pacientes portadores de piercing orales en la ciudad de Iquitos.
2. Identificar las lesiones de tejidos blandos más frecuentes en pacientes portadores de piercing orales en la ciudad de Iquitos.
3. Identificar las molestias causadas por el uso de piercing oral.

CAPITULO II

2.1 ANTECEDENTES

2.1.1. Estudios relacionados al tema

VILLARREAL, M; et al. (2011). Indican que después que un piercing es colocado en la cavidad bucal varios problemas han sido descritos incluyendo dolor ,sangrado, obstrucción de vías aéreas y daño de la mucosa o de la superficie dental, presentaron un caso de una paciente de 25 años de edad que mostro diversos defectos mucogingivales y problemas del habla como consecuencia de la perforación de la lengua hacia 15 días, al examen oral se revelo una pérdida de entre 7mm y 8 mm de inserción en el área lingual y no había movilidad asociada con ningunos de sus dientes , una radiografía periapical mostro la perdida ósea localizada horizontal asociada con los dientes 3.1 y 4.1

ALEGRIA, G; et al. (2008). Realizó una revisión bibliográfica en el buscador de Pubmed, acotando la búsqueda a artículos publicados en los últimos 10 años. Las complicaciones que se pueden presentar por el uso de piercing orales pueden ser de compromiso local o sistémico que pueden llegar a poner en riesgo la vida del paciente o afectar algunos de sus órganos. Las alteraciones locales son las de mayor frecuencia, destacan: fractura dental, periodontitis, recesión gingival, lesiones en la mucosa e infecciones. En cuanto a las complicaciones sistémicas, encontramos: absceso cerebral, tromboflebitis e infecciones sistémicas. La aparición de las alteraciones por piercing oral puede tener una evolución aguda o crónica, los síntomas pueden aparecer al día siguiente de la implantación del piercing o pueden aparecer después de varios años de uso, es por ello que el odontólogo debe estar preparado y consciente de las posibles complicaciones que pueda presentar ese paciente al momento de realizar su inspección clínica.

CIDONCHA, G; et al. (2008). La colocación de piercing oral es hoy en día muy frecuente en la población por una cuestión de moda. Las complicaciones que puede ocasionar esta práctica son numerosas y cada vez más frecuentes debido principalmente a que se lleva a cabo por personal no sanitario, el cual carece de conocimientos médicos y anatómicos, ya que el portador del piercing no es informado adecuadamente sobre las complicaciones y los posibles riesgos que puede acarrear esta práctica en la salud oral.

ARDILA, C. (2003). Presentó dos casos clínicos reportados en donde la única complicación evidente que tuvo fue la presencia de una recesión gingival localizada, ya que ningún otro factor etiológico como interferencia oclusal o fuerzas mucogingivales fueron observados. La recesión fue restringida al área gingival que estaba en estrecha relación al piercing, determinando que ella está directamente asociada al elemento intraoral como es reportado por otros autores; el tiempo de uso de uno de ellos era de 6 meses y el otro de 9 meses, donde se encontraron recesiones y traumas mucogingivales debido a metales y aditamentos orales como piercing.

SECCHI, D; ET AL (2013). Indica que El piercing intra-oral más popular entre los jóvenes es el que se coloca en la lengua. Las complicaciones orales más frecuentes, por el uso de joyería como el piercing, son el daño de los elementos dentarios y del periodonto.

JIMENES, C; et al (2004). Indican que los piercings intraorales están incrementando su popularidad en los últimos años, la inserción de objetos de metal en los tejidos intra y peribucal han alcanzado una gran difusión en la población de adolescentes y adultos jóvenes en los países en vías de desarrollo como Venezuela. Además, presentaron un artículo que se describen 3 casos de piercing en adolescentes cuyas edades oscilan entre los 14 y 16 años. Se describen las lesiones bucales que a consecuencia de los mismos se presentan en lengua y labio inferior, que son los sitios donde fueron colocados, así mismo se enfatiza en las complicaciones que esta práctica trae en los tejidos bucales y dentales.

Macchiavello, C; et al (2014). Indican que los piercing corporales son una práctica habitual en la sociedad actual, y consisten en la perforación de un tejido para insertar un aro u otro elemento ornamental. Este procedimiento implica la creación de una puerta de entrada cutánea o mucosa que puede permitir el ingreso de microorganismos, además de la posible formación de cicatrices anómalas. Asimismo, el aro puede predisponer a otras complicaciones como reacciones de hipersensibilidad, desplazamientos o aspiración.

Calero, L; et al (2011). El objetivo del estudio fue conocer en una muestra poblacional de bachilleres entre 6° y 12° de cuatro colegios de Cali, Colombia, de diferentes estratos socioeconómicos, las variables sociodemográficas que lo caracterizan y los factores que los motivaron a usar piercing. Se aplicó una encuesta con quince preguntas a 219 estudiantes bachilleres que manifestaron tener piercing y se realizó una entrevista en profundidad de forma aleatoria al 10% de la muestra. De los 2120 estudiantes matriculados en bachillerato en los cuatro colegios de diferentes estratos sociales que cumplieron con los criterios de exclusión del estudio, 219 estudiantes (10.3%) utilizaban piercing coincidiendo en los estratos alto, medio, bajo. Los factores que influyeron en la decisión de usar piercing fue el gusto por estos, mejorar su imagen, la moda y el deseo de explorar nuevas experiencias. Recientemente, el uso de aretes faciales y orales se ha incrementado en forma notable. Algunos informes de casos y pocos estudios clínicos han presentado los daños asociados a estos aditamentos orales. **En la cavidad bucal, los aretes se usan principalmente en el labio inferior y la lengua.** En concreto de la lengua, que es el más común (81%), provoca daños en los incisivos inferiores, principalmente por lingual a nivel periodontal. El del labio (58%), afectó la parte vestibular del mismo segmento, el piercing oral provocó la caída de los dientes. Diferentes condiciones patológicas están asociadas al uso de los aretes bucales, incluyendo edema, dolor, inflamación, reacciones de cuerpo extraño, Angina de Lutwin, dientes fracturados, infecciones, pérdidas Oseas y dehiscencia entre otro.

VILLARROEL, M; et al (2007). El objetivo de este estudio tuvo como objetivo identificar los cambios histopatológicos de la mucosa oral tras la colocación de un piercing lingual; se estudiaron cinco conejos *oryctolagus cuniculus*. Un conejo fue incluido como control sin perforación. A cuatro conejos se les colocó un piercing de titanio lingual utilizando la técnica convencional y fueron sacrificados a las 24 horas, 1 semana, 5 semanas, y 9 semanas tras la colocación del piercing, las lenguas fueron removidas, sumergidas en parafina, seccionadas y teñidas con hematoxilina y eosina. Los cortes fueron observados histológicamente al microscopio de luz, donde los resultados fueron: a las 24 horas de la colocación del piercing la zona central muscular estriada fue suplantada por un área de necrosis acompañada de un intenso infiltrado inflamatorio. A la semana después se hacía evidente el intento de epitelización de la zona. A las 5 semanas se observó una completa epitelización de la zona circundante al piercing con persistencia de un intenso infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario, necrosis tisular y formación de numerosos vasos sanguíneos. Transcurridas 9 semanas la inflamación crónica de la zona central se extendió hacia el tejido muscular estriado de toda la lengua. Conclusiones: El piercing lingual estimula la epitelización de la zona perforada, sin embargo los cambios inflamatorios persisten después de las 9 semanas y se extienden a la totalidad de la lengua. Estas alteraciones podrían ser la razón de las múltiples complicaciones asociadas a esta práctica.

Tenorio, F. (2011). El objetivo de este estudio fue determinar diferencias en el grado de recesión gingival localizada en adolescentes comprendidos entre 15 y 25 años de edad que utilizaban piercing en labio. Para este estudio se comprendió una muestra de 40 adolescentes con piercing en labio. Fueron evaluados según sexo, tipo de piercing en labio, condición bucal, tiempo de uso del piercing: (6-12 meses), (1-2 años) y (mayor a 2 años). Los resultados obtenidos fueron: el 55,5% de los pacientes correspondían al sexo femenino y 45,5% en el sexo masculino. Recesión gingival presentó clase I de Miller 70,5%; clase II Miller 22,5% y clase III de Miller 2,5%. Para el uso de piercing según el tipo presentó 57,5 para labret, y 42,5% para argollas. Para el

análisis entre el tiempo de uso del piercing y el avance de la enfermedad presentó: para el primer año de uso del accesorio solo clase I de Miller con 27,5%; en el segundo año de uso se presentó clase I de Miller 30% y clase II de Miller con 2,5%; y en los que usaban el accesorio por más de 2 años se presentó clase I de Miller 17,5%; clase II de Miller en 20% y clase III de Miller en 2,5%. Al análisis Estadístico de Chi cuadrado existen diferencias significativas en relación a la recesión gingival con respecto al tiempo de uso del piercing. Para cual se concluye que mientras más sea el tiempo de uso, habrá mayor recesión gingival.

SOBRINO, J. (2008). Realizó un estudio en la universidad Rey Juan Carlos (URJC) sobre la influencia que tienen los piercing orales en la salud bucodental. Se estudió 52 sujetos portadores de piercings intraorales y extraorales de 18 a 25 años. El trabajo arrojó datos preocupantes, como que el 96% de los portadores ha sufrido fisuras y el 48% ha tenido lesiones periodontales. Los resultados siempre fueron voluntarios captados a través de la página web de la universidad y por la invitación de dos estudiantes que hicieron aula por aula. Lo más destacables son las lesiones en tejidos blandos, las recesiones gingivales en relación a los piercings colocados en los labios; también hubo un alto porcentaje de fracturas del esmalte y alguna pérdida dentaria producidos sobre todos por los piercing alojados en la lengua. La cosa que llamo la atención y que se destaca, es la falta de información previa a la colocación del piercing oral. Nadie cuenta a los portadores que el hecho de llevarlos no es una cuestión de estética. Muchos de los jóvenes encuestados no eran conscientes de que colocarse un piercing les podría producir algún tipo de lesión.

NEIVA, S. (2012). El objetivo del estudio fue analizar la prevalencia de complicaciones en la cavidad oral en las personas que utilizan piercing oral. Este es un estudio exploratorio, realizado el 2009, con 57 usuarios de piercing oral, en Teresina-PI-Brasil, a través de examen clínico de la cavidad oral y entrevista. Los resultados indicaron que la edad de los sujetos varió de 18 a 35 años y que 49.1% de los sujetos utilizan la perforación del labio, 36.8% de

la lengua, 8,8% en el frenillo labial, 1.8% en el frenillo de la lengua y 3,5% en otras regiones de la cavidad oral. La complicación más prevalente fue la inflamación con 36,84%, seguida por recesión gingival con 29,82%, aspiración con 21,05%, queloides con 17,54%, fracturas dentales con 17,74%, pérdida del gusto con 12,28%, infección con 10,53% y alergia con 1,75%. Se concluye que la mayoría de los cambios causados por el uso de piercing orales son perjudiciales para la salud de los usuarios y los conduce a daños permanentes o provisorios.

Nieto, E; et al (2012). Objetivo de este estudio fue: Determinar la frecuencia de uso de adornos corporales y las motivaciones de los escolares para usar piercing oral. Materiales y Métodos: Estudio mixto. Descriptivo trasversal; cualitativo teoría fundada. Población, escolares de tres instituciones de Manizales. Muestra, 1053 escolares. Unidad de análisis, motivaciones para usar piercing oral; unidad de trabajo, experiencias de los estudiantes que usan piercing oral. Para recoger información cualitativa se usó el grupo de discusión. Resultados: El 19,7% tiene piercing oral, más de la mitad son mujeres. La mayoría se han hecho las perforaciones por sí mismos o por un amigo. Las motivaciones para el uso del piercing tienen como factor común la respuesta de los escolares a las disposiciones adultas de su mundo cotidiano. El uso de piercing oral es una práctica frecuente que puede convertirse en un problema de salud pública. Las motivaciones de los escolares para usar piercing muestran relación con la estética y erotismo.

LEÓN, C; ET AL (2004). El objetivo de este estudio fue establecer en una muestra de 100 sujetos, la proporción por edad y sexo de individuos con perforaciones en los tejidos blandos de la cavidad oral, las lesiones y complicaciones que se presentan por el uso del piercing, el tiempo de efectuada la perforación, el número de perforaciones realizadas por individuo, así como el tipo de tratamiento requerido dependiendo de la lesión ocasionada. Este estudio se desarrolló mediante la aplicación de un cuestionario y exploración clínica a 100 individuos portadores de perforaciones en la cavidad oral, tomados de forma aleatoria en población

abierta. Entre los resultados encontramos que el 62% de los individuos corresponden al sexo masculino y el 38% al femenino, lo cual señala una preferencia por parte de los hombres hacia esta moda. La complicación más frecuente fue la dificultad a la masticación; la cual se presentó en 58 casos. Se detectaron portadores con más de una lesión, sin embargo el 17% de los encuestados no presentó ningún tipo de alteración. Se concluye que la perforación en la cavidad bucal pudiera ser un factor de riesgo para la salud bucodental de quien lo porta.

HACES, M; ET AL (2012). El objetivo de este estudio fue caracterizar el uso del piercing en la cavidad bucal de los adolescentes desde el punto de vista clínico y epidemiológico. Se realizó un estudio descriptivo transversal en el policlínico Dr. "Modesto Gómez Rubio" del municipio San Juan y Martínez, Pinar del Río, en el período comprendido de septiembre del 2011 a enero del 2013. El universo estuvo conformado por 400 adolescentes que acudieron al servicio del policlínico de los cuales 250 constituyeron la muestra, seleccionada a través del método aleatorio simple. Se les realizó el examen bucal, como medida de resumen se utilizaron el número absoluto y el porcentaje. Se pudo constatar que de 250 adolescentes examinados 34 presentaban perforaciones intraorales para un 13,6%, de ellos 24 son masculinos para un 70,59% y 10 femeninas representando el 29,41%, la edad de mayor uso de 15 y 18 años con 31 para un 21,85%, los efectos nocivos de mayor frecuencia la gingivitis crónica con el 52,94%, seguidas por las fracturas dentarias con el 47,06%, el 97% respondieron que su motivación era la moda.

Gonzales, M; et al (2013). Realizó un estudio para determinar el uso de piercing en estudiantes de odontología, se muestrearon tres generaciones de una universidad privada y las facultades de la UNAM, determinándose en cavidad oral, ubicación, lesiones, trastornos de fonación; se aplicó un cuestionario para conocer las causas psicosociales de la colocación. Se encontraron 16.4% de gingivitis ,12.7% de fisuras ,7.5% de recesión gingival y 8% de fracturas. El 30.52% presentaron alteración de la fonación al analizar

los factores psicosociales, no se encontró mayor presencia en mujeres que en hombres. La universidad privada presentó mayor porcentaje de uso de piercing que las facultades de universidad pública.

GONZALES, M; ET AL (2002). Afirman que las consecuencias de una perforación lingual y/o labial han sido evaluadas en poblaciones extranjeras mientras que su repercusión en México está poco documentada. Este estudio se desarrolló mediante una exploración bucal armada en una muestra de estudiantes entre 16 y 21 años con un mínimo de un año de haberse realizado perforaciones lingual o labial, se determinó la presencia de lesiones en las estructuras blandas y duras de la boca. Encontrando movilidad dental del 22 al 16%, fracturas en el esmalte del 60 al 64%, fisuras en un 62%, sangrado periodontal del 2 al 12% y dolor en la misma estructura del 38 al 34%. También presentaron dolor en labio el 12% de la muestra y hasta en un 67% anomalías del lenguaje en la articulación del discurso. Se concluye que la inserción del arete causa deterioro de la salud bucal y dificultad de la comunicación oral.

2.2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.2.1. PIERCING ORAL

a. CONCEPTO

Clavería, R Y Col, (2009). La palabra piercing viene del inglés Pierce que significa atravesar, perforar, agujerear. El piercing consiste en perforar un tejido del cuerpo, es decir la piel y las capas adyacentes con el objetivo de insertar un objeto metálico (arete u otro) que le sirva de adorno.

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

Jiménez, C. et al (2004). Los Piercing en la boca son utilizados en algunos pueblos del tercer mundo. Así en algunas tribus Amazónicas y de Etiopia son usados de platos de madera en el labio inferior, y algunas tribus de Sudan utilizan tapones de madera en labio superior o anillos de alambre que atraviesan el labio inferior, tales costumbres tienen un significado religioso, sexual, tribal o marital.

Históricamente, el piercing oral y perioral han existido a lo largo de muchas culturas como un rito de paso, frecuentemente como componente religioso, tribal, sexual, o como norma de casta. Hoy en día, es más como una expresión de "independencia personal".

Ya desde el antiguo Egipto se perforaban el ombligo en señal de realeza. Los antiguos mayas perforaban el labio, lengua, nariz y orejas con las joyas más caras que podían permitirse en señal de espiritualidad, virilidad y coraje. Los esquimales y los aleuts fueron los primeros que denominaron a los piercing "labrets" y en su cultura se practicaba en el labio inferior de los adolescentes, durante el paso de niño a adulto con cualidades y aptitudes para salir de caza

con sus mayores. También se colocaban en los labios de las niñas recién nacidas como acto de purificación.

Otro de los orígenes de la perforación corporal está en las tribus masai, en concreto en la población femenina, que deforman su cavidad bucal con discos para aumentar de tamaño la boca y alargan sus lóbulos llevando unos aretes metálicos de gran tamaño. Otras personas, particularmente los chinos e hindúes, perforan los labios, mejillas o lengua con una idea de práctica religiosa.



Con la llegada del cristianismo a Europa y América los piercings tuvieron un periodo de decadencia.

En Norte América se colocaron piercings por tradiciones nativas americanas. Aun hoy en día, en los países orientales se perforan por causas religiosas y prácticas ceremoniales. En el sur de la India se colocaban en la lengua como voto silencio.

Hasta estos últimos años, en los países del tercer mundo se siguen perforando por motivos religiosos, tribales, mentales y sexuales. En tribus como la Sume de Etiopía colocaban grandes platos en labios inferiores. Por otra parte, en la Suya de Brasil, los hombres casados que se quedan viudos colocan discos de madera pintados. Otras tribus colocan ganchos en labios superiores o inferiores.

Podríamos continuar con referencias históricas del anillado corporal, aunque lo que nos parece realmente importante es el creciente interés que durante las últimas décadas ha cobrado dicha actividad.

Desde hace más de 20 años el movimiento punk de los años 70 puso de moda el piercing en países occidentales. Hoy en día el piercing se está convirtiendo en la forma más extendida de arte corporal y auto-expresión, así como superstición o simple moda. Cabe destacar que al referirnos a la palabra moda se hace alusión al tiempo en el que se está desarrollando dicha actividad, un tiempo que implica grandes cambios sociales.

Actualmente casi un 8% de la población que sobrepasa los 14 años lleva algún tipo de piercing corporal, excluyendo los del lóbulo de la oreja, llegando a tener significados tales como riesgo, moda, atrevimiento o sexual.

Al conjunto de tatuajes, piercings, escarificaciones y marcas con hierro candente han pasado a denominarse "body art". Sin embargo, esta práctica trae consigo una serie de riesgos y complicaciones. Desde 1992 se han reportado casos con diferentes complicaciones relacionadas con el uso de joyería en los tejidos blandos de la boca y el tiempo de uso.

Tipos de piercing orales y periorales

Según el material de su confección:

Lo ideal sería el uso de materiales hipo alérgicos y no tóxicos, es decir, metales no tóxicos como Oro 14 K y 18 K, Titanio, acero inoxidable, Niobio; y también el plástico (tygon), acrílico, piedra, madera, hueso, marfil u combinación de los anteriores. Evitar el uso de plata, bronce, cobre y chapados en oro por las posibles reacciones alérgicas y toxicidades que éstos pueden desarrollar.

El oro es un material con escasa toxicidad, aunque determinadas personas presentan algún tipo de sensibilidad. El titanio no presenta una gran citotoxicidad y tiene una elevada resistencia a la corrosión en contacto con los fluidos orgánicos, como la saliva o la sangre, siendo material de elección para los piercing orales y periorales. El acero inoxidable posee una buena biocompatibilidad, aunque una de sus principales limitaciones es su tendencia a la corrosión por su contenido en Cr y Ni, elementos con efectos tóxicos y carcinogénicos.

Según su forma los clasificaríamos en:

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.

2. Barbell: Barra recta o curva limitada en sus dos extremos por objetos esféricos, uno de ellos hace de cierre. En el momento de la perforación la longitud de la barra no debe ser menor de unos 20 mm, por la inflamación de la lengua, a las 2 semanas se podrá cambiar la barra a una de menor longitud. Se coloca normalmente en lengua y frenillo lingual y con menos frecuencia en úvula.

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.

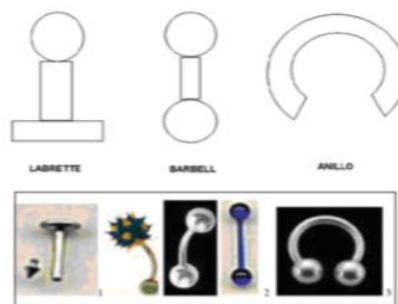


Fig. 19 1: labret; 2: barbell; 3: anillo.

Según su localización los clasificaríamos en:

1. Lengua: Es la localización más frecuente de piercing bucal. Se pueden realizar dos tipos de perforaciones: La primera en la zona dorsoventral, la perforación se realiza en esta dirección en la línea media, anterior al frenillo lingual, suelen colocarse barbells; el segundo tipo sería en partes más laterales de la lengua y en la punta se colocan más habitualmente anillos. El tiempo de cicatrización de la perforación en la lengua es aproximadamente entre 4-6 semanas después del proceso, si no ha habido ningún tipo de complicación. En un estudio de **MARESMA et al**, se apreció que la localización lateral de la lengua es la que se alza con mayor cantidad de hallazgos clínicos, para un 29,54% del total de 44 descubrimientos observados en su estudio.

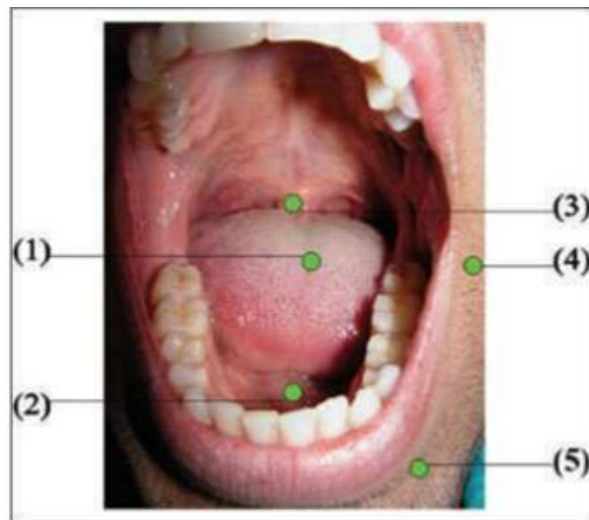


Fig . 20 Diferentes localizaciones de los piercing orales en la lengua:
(1) lengua, (2) frenillo lingual, (3) úvula, (4) mejilla, (5) labio.

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 unas 6 semanas.

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

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.

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.

Tabla 1. Distribución de los escolares que tienen y no tienen adornos corporales según las razones de uso, Manizales 2011

Razones para usar adornos corporales	Con adorno corporal		Sin adorno corporal	
	n	%	n	%
La moda	141	43,1	236	57,7
Creencias religiosas	1	0,3	1	0,24
Quiere imitar algún amigo, amiga o alguna persona	6	1,83	19	4,64
Tus padres o algún familiar te han animado a tenerlo	11	3,4	4	1,0
Haces parte de algún grupo juvenil o cultural	7	2,1	7	1,7
Crees que así llamas la atención de los demás	2	0,61	11	2,7
Es una forma de comunicarte con otras personas	4	1,22	5	1,22
Es una expresión de rebeldía	26	8,0	25	6,1
Por otra razón	129	39,44	101	24,7
Total	327	100	409	100

Riesgos y Enfermedades Relacionadas con los Piercing Orales

Posibles alteraciones causadas por piercings orales y periorales. Las complicaciones que pueden derivarse de los piercing orales y periorales no solo se producen durante la perforación, sino también en cualquier momento a lo largo de la vida de la joya en el cuerpo. Es importante, para la salud oral del paciente, el ponerle al corriente de todos los posibles efectos indeseables que puede llegar a producirle el piercing. Según **TROYE et al**, estas alteraciones podrían llegar a ocurrir durante el procedimiento, a corto plazo y a largo plazo, aprovechando su razonamiento, crearemos la siguiente tabla de clasificación de patologías locales y sistémicas que podrían llegar a crear los piercings orales y periorales. (Tabla 1):

TABLA 1	
Durante el proceso	
1.	Sangrado incontrolado.
2.	Nervio dañado o parestesias.
3.	Enfermedades de transmisión.
A corto plazo	
1.	Inflamación, dolor e infección local de la lengua.
2.	Alteraciones radiográficas.
3.	Trauma sobre la encía: Eritema y edema.
4.	Alergia.
5.	Bacteriemia.
6.	Angina de Ludwig.
A largo plazo	
1.	Acúmulo de placa bacteriana y sarro→ halitosis.
2.	Ingestiones y aspiraciones.
3.	Alteración del habla y la masticación.
4.	Hiperplasia tisular.
5.	Malposición dentaria.
6.	Dehiscencia y pérdida ósea.
7.	Traumas, fisuras y fracturas.
8.	Fibroma traumático, hiperplasia fibrosa inflamatoria, quiste de retención mucosa.
9.	Sialorrea.
10.	Corrientes galvánicas.
11.	Desgarros.
12.	Recesión gingival.
13.	Endocarditis.

DURANTE EL PROCESO DE PERFORACIÓN

1. Sangrado incontrolado: La mucosa especializada lingual esta ricamente irrigada principalmente la arteria y la vena lingual, y sus vasos. Normalmente es un sangrado controlado rápidamente, aunque se han descrito casos de hemorragias extremas, descritas por **Reichl y Harrison en 1997** y por **Hardee et al en 2003**, que deberían de recibir una atención inmediata.

2. Nervio dañado o parestesias: La lengua está ampliamente inervada por el trigémino. Tiene dos tipos de inervación, la motora, que procede de los nervios hipoglosos mayores y glossofaríngeos, 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 podría ocurrir, si esto ocurriese, podría crear daños sensoriales o motores en función de nervio dañado e incluso llegar a crear una parestesia.

3. Enfermedades de transmisión: Todo el material, equipos y suplementos, debe estar correctamente estéril para evitar transmisión de enfermedades tales como el Sida, hepatitis B y C (las más transmitidas), *Candida albicans*, herpes simple, enf. Einster-Barr (mononucleosis), tétanos, sífilis, tuberculosis.

A CORTO PLAZO

1. Inflamación, dolor e infección local de la lengua: Los tejidos que rodean al piercing tras la perforación, están inflamados y ulcerados creando dolor. La inflamación y el dolor son las complicaciones más frecuentes. Tras 6-8 horas post procedimiento comienza un proceso inflamatorio local, alcanzando su auge a los 3-4 días posteriores a la intervención. La inflamación puede alargarse varias semanas. 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 de la perforación por lo cual, 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. Otro factor que hay que tener en cuenta es la proximidad de las cadenas ganglionares submaxilares y submental a la zona y si se crea una infección se podría diseminar fácilmente, produciendo un deterioro en el habla e incluso obstruyendo la vía aérea.

2. Alteraciones radiográficas: Debe de retirarse previo a una exploración radiográfica, debido a las imágenes radio densa 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.

3. Trauma sobre la encía: Eritema y edema: El eritema localizado, resultó la afección más encontrada en implantaciones bucales con 23,80%.

4. 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. Como ya hemos esquematizado con anterioridad hay elementos como el níquel o el cromo o el níquel-cobalto, que son mejor no usarlos como material de elección para un piercing debido a la elevada probabilidad de reacciones alérgicas. Un estudio realizado por **LHOTKA et al.** Mostró 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 ese momento formaban parte de la mayoría de los piercing orales y periorales. 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. 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 y aparece una infección llamada sepsis, que causa 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 sanitaria si aparecen síntomas de bacteriemia como fiebre, escalofríos, temblores y un enrojecimiento circundante a la perforación.

6. Angina de Ludwig: Es un tipo de celulitis aguda que cursa con una inflamación en la región submaxilar y submental e infección bacteriana aguda, agresiva, de instauración y diseminación rápidas y progresivas. Bilateral. CAMENER 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.

A LARGO PLAZO

1. Acúmulo de placa bacteriana y sarro: 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 la joya promoviendo la infección. La perforación lingual con un barbell puede provocar acúmulos de placa y cálculo supra y subgingival en dientes antero inferior debido a que la esfera inferior del piercing contacta continuamente con los dientes.

2. Ingestiones y aspiraciones: Provocadas por una mala fijación, mala manipulación durante su colocación o por movimientos con gran presión, pueden ocasionar lesiones respiratorias o digestivas. 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.

- 3. Alteraciones del habla y la masticación:** Con los piercing puede ser habitual, en lugares como la lengua, que haya una mayor dificultad al masticar, hablar y pronunciar, sobre todo letras como la s, sh, th, ph, t y v.
- 4. Hiperplasia tisular y epitelizaciones:** 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 de su retirada.
- 5. Mal posición dentaria:** Sólo una revisión de la literatura consultada, de **URBIOLA et al**, ha relacionado el piercing oral, labret, con una linguoversión de incisivos inferiores debido a un desequilibrio de fuerzas musculares.
- 6. Dehiscencia y Pérdida ósea:** Un piercing puede llegar a provocar una pérdida ósea horizontal localizada por el trauma constante que hace la joya. La bola del labret o del barbell puede estar en continuo roce contra la encía mandibular provocando una dehiscencia ósea.
- 7. Traumas, fisuras y fracturas:** Son las lesiones más frecuentes descritas por el uso de los piercing 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, sensibilidades a sustancias frías o dulces o al

respirar 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. 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 hábito funcionales 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. El retirar o no el piercing ante una anestesia local dependerá del criterio de cada profesional. En las anestesia 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.

8. **Fibroma traumático, hiperplasia fibrosa inflamatoria, quiste de retención mucosa:** **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.
9. **Sialorrea:** El piercing oral provoca hipersalivación según autores, tales como **VENTA I et al.**, que comprobó con un estudio de 234 alumnos del primer año de universidad de Helsinki, que el 63% tenían piercing oral y tenían un incremento en el índice de saliva. Otros estudios también incluyen al aumento de flujo salivar como una de las posibles complicaciones causadas por éstos.

- 10. Corrientes galvánicas:** En el artículo de **LEVIN et al** comentan un caso de galvanismo provocado por el contacto de una amalgama de plata y piercing de acero inoxidable. La corriente galvánica del piercing metálico en contacto con restauraciones metálicas podría producir sensibilidad pulpar.
- 11. Desgarros:** Los desgarros fueron las complicaciones peri bucales más frecuentes (31,2%), en su estudio de 425 estudiantes de educación secundaria y preuniversitaria El Universo estuvo constituido por 425 estudiantes de Educación Secundaria y Preuniversitaria con edades entre 11 y 17 años.
- 12. Endocarditis:** Como ya hemos marcado con anterioridad en el apartado de contraindicaciones, se han visto casos de endocarditis valvulares en pacientes que han sufrido una alteración cardíaca con anterioridad y no estaban medicados.
- 13. 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. 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 antero inferiores 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 desarrollarse 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.

Tabla 1 Resumen de los estudios sobre piercing orales (PubMed: "lingual piercings and adverse effects")

Autor	Piercing	Muestra	Resultados
Kapfeler y cols. 2007	Labial	50 casos 50 control	Relación significativa entre: – Existencia de recesiones y ser portador del piercing: 68% de los casos frente a un 4% en el grupo control. – Tiempo colocación: a mayor tiempo mayor recesión. – Posición con respecto a la unión amelo-cementaria: los piercing colocados a nivel de la unión amelo-cementaria, tuvieron mayor presencia de recesiones. – No se encontraron diferencias en cuanto al tipo de material, la anchura de ancla queratinizada, tabaquismo, sexo, biotipo y tratamiento ortodóncico previo.
Campbell y cols. 2002	Lingual	52 casos	Relación significativa entre: – Tiempo de colocación: presencia de recesiones a partir de 2 años. – Longitud: más del 50% de sujetos con piercing largo (>1,59 mm) sufrieron recesiones. – Los dientes más afectados eran los incisivos inferiores (68% de los dientes afectados).
Kieser y cols. 2005	Lingual Labial	43 casos	– No se halló relación significativa entre el tipo de piercing y la presencia de daño dental. Se observaron alteraciones en la estructura dental de 12 participantes (27,9%). – La edad es un factor de predicción significativo en la prevalencia de recesión lingual, con un aumento de las probabilidades de 1,17 por cada año en sufrir recesiones. En el análisis de los datos obtenidos se obtuvo que la edad era el único factor predictivo en el número de recesiones linguales, pero no en las labiales. – No se obtuvo información sobre la aparición de la recesión gingival en otras partes de la boca, lo que impide la evaluación de la enfermedad periodontal como un factor potencial en la presencia de los defectos periodontales hallados.
López-Jamet y Camacho-Alonso 2006	Lingual Labial	97 casos	– El 14,3% percibió un aumento de la salivación; 4,1% percibió un aumento de la halitosis y 8,2% experimentó alteraciones en el gusto (sabor metálico). – De las 23 recesiones gingivales encontradas, éstas fueron más frecuentes en la región bucal (21 casos, 91,30%) que en lingual (2 casos, 8,70%). – Se obtuvo una relación significativa entre la antigüedad del piercing (la división se hizo en seis meses) y las complicaciones dentales. A mayor tiempo, mayores complicaciones.
Vibez Pérez y cols. 2009	Labial	50 casos	– Relación significativa entre ser portador de piercing labial y un menor nivel de ancla insertada, los niveles de ancla queratinizada y adherida fueron inferiores en la zona de la perforación. – A más tiempo, mayor pérdida de ancla adherida. – No hubo asociación entre los niveles de ancla insertada y la edad o el sexo. – Las fracturas dentales y las grietas fueron más frecuentes en el lado de la perforación (20%) en comparación con el control (4%).

Tabla 2 Resumen de lesiones derivadas de piercing linguales. Revisión de la literatura (PubMed)

Autor	Piercing	Sexo-Edad	Tiempo	Lesiones	Tratamiento-Evolución
Brennan y cols. 2006	Lingual	Mujer-18	1 año	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilidad al frío. - Asblamiento dental. - Múltiples fracturas dentales: 15, 24, 34 y 36; bordes incisales de 11 y 21. 	<ul style="list-style-type: none"> - Eliminación del piercing. - Restauración de las fracturas con composite.
Kretschmer y Moriarty 2001	Lingual	Mujer-22	No se específica	<ul style="list-style-type: none"> - Cara lingual de 31 y 41: pérdida de inserción de 8 mm. - Radiográficamente se aprecia una pérdida ósea horizontal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Eliminación del piercing. - Tartrectomía y RAR "a cielo abierto". - Tras 5 meses: sin signos de inflamación y pérdida tisular estabilizada.
Salleu 2005	Lingual	Mujer-20	4 años	<ul style="list-style-type: none"> - Cara lingual del 41: recesión de 8 mm; profundidad de sondaje de 8 mm. - Radiográficamente podía observarse un gran defecto óseo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Eliminación del piercing. - RAR; Fluoración Doxiciclina. - Tras 10 semanas: autoinjerto de tejido conectivo. - Tras 14 meses: aumento de la enca insertada en 4 mm, recesió de 1 mm.
Rawal y cols. 2004	Lingual	Mujer	No se específica	<ul style="list-style-type: none"> - Defecto periodontal en cara lingual del 44. - Zona eritematosa. - Sin bolsa periodontal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Eliminación piercing. - Tartrectomía. - Autoinjerto conectivo.
Brooks y cols. 2003	Lingual	Mujer-25	18 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Lesión asintomática en lingual del 41: recesión 1,5 mm y profundidad de sondaje de 5 mm. 	<ul style="list-style-type: none"> - No se específica.
López-Jamet y cols. 2005	Lingual	Hombre-28	4 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Bola superior del piercing enterrada en la mucosa lingual. - El color y aspecto del tejido mucoso eran normales. - La bola podía apreciarse a la palpación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Incisión y desbridamiento del tejido mucoso que cubre la parte superior del piercing. - Desenroscado de la bola y retirada del piercing.
Brooks y cols. 2003	Lingual	Mujer-19	12 meses	<ul style="list-style-type: none"> - En cara lingual del 41: recesión de 1,5 mm. - Profundidad de sondaje de 8 mm. 	<ul style="list-style-type: none"> - La paciente se niega a quitarse el piercing. - Tras 5 meses la lesión empeoró hasta llegar a 8 mm en profundidad de sondaje.
Brooks y cols. 2003	Lingual	Mujer-25	3 años	<ul style="list-style-type: none"> - Recesión moderada en lingual en los incisivos inferiores. - PS de 5 mm en ML del 41. Grado 1 de movilidad en 32 y 42. - Radiográficamente se observa ensanchamiento del ligamento periodontal y pérdida ósea de los dientes sometidos a un trauma continuo por el piercing. 	<ul style="list-style-type: none"> - No se específica.

E.- TRATAMIENTO

SIDONCHA, G. et al (2008). La recesión gingival producida por piercing labial o lingual debe ser tratada por uno o más de los siguientes motivos:

- Estética.
- Necesidad de recubrimiento radicular para evitar hipersensibilidad, caries radicular y abrasiones cervicales.
- Necesidad de recuperar una buena banda de encía insertada con el propósito de facilitar el control de placa y evitarla inflamación gingival.

En la selección del tratamiento a realizar influye considerablemente la morfología y extensión (clasificación de Miller) del defecto a tratar, y debe tenerse en cuenta la estética y la función.

En el tratamiento de estas recesiones destaca la técnica de injerto libre de tejido conectivo.

Diversos estudios indican que la utilización de técnicas para lograr el recubrimiento de las raíces denudadas en sus caras vestibulares o labiales, son bastante predecibles, obteniéndose mejores resultados con aquellas que incorporan el tejido conectivo sub epitelial en combinación con el colgajo de reposición coronal.

Ante la presencia de sangrado incontrolado, el tratamiento correcto sería recibir una atención inmediata.

Si se transmiten enfermedades a través de la colocación del piercing el tratamiento irá en función de esa patología.

Si existiese el paciente presenta una inflamación y dolor fuertes de la lengua causada por el piercing prolongadamente habría que quitar la joya, prescribir enjuagues como la clorhexidina, antiinflamatorios sistémicos, en algunos casos, desbridamiento profiláctico de los espacios afectados y

recetar antibióticos; todo ello unido a un posterior seguimiento del paciente. Cuando la inflamación de la lengua se presenta de forma generalizada, afectando a la faringe u órganos contiguos o comprometa a la deglución o respiración, el tratamiento será urgente con la administración de antibióticos y corticoides sistémicos.

Para que no hubiese ningún tipo de alteraciones radiográficas sería recomendable que el paciente retire el piercing, avisándole previamente del riesgo de cierre de la perforación, o colocándole hilo de nylon o un catéter epidural para evitarlo; ya que, como hemos citado anteriormente, no nos dejaría ver determinadas estructuras, y si vamos a realizar una panorámica, todo objeto metálico por encima del cuello debe ser retirado.

Ante cualquier signo o síntoma de alergia, el piercing oral o perioral debe ser retirado.

Si el piercing provoca al paciente una angina de Ludwig, el tratamiento debe ser hospitalario, enérgico y multidisciplinario, con antibiótico terapia intensa acompañada de ciertas medidas, dependiendo de su gravedad, como es el desbridamiento profiláctico de todos los espacios afectados y el control del grado de dificultad respiratoria.

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 raspaje y alisado radicular en la región afectada con el fin de reducir la inflamación, el sangrado gingival y la posible pérdida de soporte óseo.

Si se requiere anestesia general existe el dilema sobre la necesidad o no de retirar el piercing, sobre todo en caso de tener piercing linguales ya que podrían ser aspirados, traumatizar los tejidos o ser un obstáculo en la intubación.

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.

El quitar o no el piercing para una anestesia troncular dependerá, como ya hemos mencionado anteriormente, del criterio del profesional, ya que la probabilidad de una fractura dentaria, por pérdida de sensibilidad de la lengua, se incrementa. Para evitar fracturas y desgastes dentarios diarios lo ideal sería recomendar al paciente la retirada del piercing o como alternativa el uso de barbells linguales de tallo más corto, ya que como hemos dicho con anterioridad hay menor incidencia de traumatismos que con los de tallos largos, o piercing de plástico antes que metálico. El tratamiento conservador deberá restaurar la superficie afectada y realizar una endodoncia si hay afectación pulpar; tras la restauración dentaria, la fractura puede recidivar, por fractura de la restauración, o incrementarse en poco tiempo si no se retira el piercing, pudiendo llegar a provocar pérdidas de cúspides o fracturas verticales de la pieza dental. El paciente puede tener un hábito jugando con el piercing y provocando un trauma continuo, si es así, se podría ofrecer al paciente la posibilidad de un protector dental.

Si se producen corrientes galvánicas las soluciones que tendría el paciente sería cambiar el material del empaste de amalgama de plata a composite, o bien cambiar el material del piercing por otro diferente al metal.

Si se produce un desgarro 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.

La progresión de la recesión gingival se detiene con la retirada del piercing, aunque el tratamiento definitivo implicaría cirugía mucogingival en los casos en los que necesitásemos un control de la inflamación gingival, debida

al micro traumatismo de repetición causado por el piercing; para evitar el avance de una recesión; si hubiese localizaciones con sensibilidad de tejidos blandos al cepillarse o a la masticación, requerimientos estéticos del paciente o hipersensibilidad radicular.

SIDONCHA, G. et al (2008). La Asociación Dental Americana se posiciona en contra de los piercing orales y en algunos países se han formulado leyes para regular su colocación.

Coincidiendo con la asociación Dental Americana, la Sociedad Española de Estomatología y Odontología se opone a la colocación de piercing en la cavidad oral, especialmente en niños y adolescentes. Los médicos y dentistas no suelen querer participar en su colocación.

En el país de Cataluña, Madrid y País Vasco tienen ciertas Reglas reguladoras. El Ministerio de Sanidad y Consumo señala el riesgo como donantes de sangre de las personas que llevan piercing.

Hoy en día la moda del piercing aumenta considerablemente entre la población adolescente que acude a centros no sanitarios, donde se realizan estas perforaciones, sin ser conscientes de las posibles complicaciones que pueden derivarse de esta práctica.

El odontólogo debe ser un punto de referencia para facilitar al paciente información sobre los posibles riesgos del piercing, para la prevención de las lesiones asociadas y para la planificación y realización del tratamiento de las mismas, si estas ya se hubieran producido.

2.3. MARCO CONCEPTUAL

Recientemente, el uso de piercing faciales y orales se ha incrementado en forma notable. Algunos informes de casos y muy pocos estudios clínicos han presentado los daños asociados a los piercing orales. En la cavidad bucal, los piercing se utilizan principalmente en el labio y la lengua. Diferentes condiciones patológicas están asociadas al uso de los piercing bucales, incluyendo edema, dolor, inflamación, trismus, reacciones de cuerpo extraño, angina de Ludwig, dientes fracturados, infecciones y traumatismo mucogingival. Es difícil identificar o predecir la prevalencia y frecuencia de complicaciones, así como las consecuencias adversas asociadas con el piercing lingual, debido a la poca literatura publicada al respecto. En este artículo, se informan dos casos de pacientes que portaban piercing linguales que ocasionaron recesiones gingivales linguales en incisivos inferiores. Un deber primordial del odontólogo, es advertir a los pacientes acerca de los efectos indeseables que pueden producir los piercing orales en diferentes partes de la cavidad bucal.

Piercing oral:

Podríamos definir el piercing como la perforación de la piel con el propósito de colocar joyas o aditamentos con cierto carácter distintivo (marginalidad, pertenencia a un grupo o tendencia, moda, “estética”, potenciación sexual, religión, etc.) en lugares poco comunes, como puede ser el territorio oral.

Lesiones de los tejidos duros.

- ✓ Fracturas dentales: Una fractura de diente es una rotura en la superficie dura del diente. La superficie externa del diente se denomina esmalte. Protege la pulpa interna blanda del diente, que contiene nervios y vasos sanguíneos. Según el tipo de fractura, es posible que el diente fracturado no cause problemas o provoque dolor.
- ✓ Fisuras dentales: se lo describe como una línea que rompe la continuidad o hace una hendidura en su superficie dentinaria pero no existe una separación perceptible de esa superficie.

- ✓ Malposiciones dentarias: es una desviación de la correcta oclusión dental, lo normal es que los dientes estén alineados, en la mal oclusión tenemos mal alineamiento de los dientes o la forma en que los dientes superiores e inferiores encajan entre sí.
- ✓ Pérdida ósea: se refiere a la descomposición del tejido óseo en las raíces de los dientes y la mandíbula que puede deberse a un proceso inflamatorio destructivo como es la periodontitis.
- ✓ Dehiscencia: exposición de la superficie de la raíz vestibular de los maxilares por falta de recubrimiento óseo en la porción coronal.

Lesiones de los tejidos blandos:

- Inflamación: La inflamación puede definirse como una reacción defensiva local integrada por alteración, exudación y proliferación. Se le ha llamado «el síndrome local de adaptación». La reacción es desencadenada por estímulos nocivos de muy diversa naturaleza: físicos, químicos y microorganismos como bacterias, hongos y parásitos. Tras una perforación lingual o labial los tejidos circundantes empiezan a inflamarse, incrementándose el proceso durante los 3-4 días siguientes. Los ganglio submentoniano y submandibulares también pueden agrandarse por el proceso inflamatorio. Estos efectos pueden prolongarse algunas semanas.
- Gingivitis: es una infección de las encías causada por placa dental, una película adherente que se acumula sobre las superficies de los dientes y las encías que producen ácidos y toxinas que pueden hacer que las encías sangren, se hinchen y enrojezcan.
- Recesión gingival: La recesión gingival es el desplazamiento del margen gingival en sentido apical a partir de la unión ameloementaria. Hasta el momento se consideran tres tipos diferentes de recesión gingival según su etiología:
 - Recesiones asociadas a factores mecánicos: técnicas de Cepillado inadecuadas, aditamentos, así como inserciones de frenillos.

- Recesiones asociadas con lesiones inflamatorias inducidas por placa, más frecuentes en casos de dehiscencias óseas con biotipo gingival fino o en casos de malposiciones dentarias.
- Recesiones asociadas a formas generalizadas de enfermedad periodontal destructiva.
- La recesión gingival representa un problema para el paciente debido a la estética deficiente, sensibilidad por exposición de la raíz y caries radicular.
- Eritema: el eritema es un término médico dermatológico para un enrojecimiento condicionado por una inflamación debida a un exceso de riego sanguíneo mediante vasodilatación. El eritema es un signo de distintas enfermedades infecciosas y de la piel.
- Edema: Es la hinchazón causada por la acumulación de líquido en los tejidos del cuerpo. Suele ocurrir en los pies, los tobillos y las piernas, pero puede afectar todo el cuerpo
- Laceraciones: aceración, del latín laceratio, es la acción y efecto de lacerar. Este verbo refiere a lastimar, herir, magullar, dañar, vulnerar o afligir.
- Desgarro: es la lesión de un tejido que va acompañada de hemorragia provocada por la rotura de los vasos sanguíneos que recorren el tejido afectado, provocando un dolor muy intenso que impide contraerlo.
- Fibroma traumático: El fibroma es una neoplasia mesenquimática benigna que aparece con mucha frecuencia en la cavidad bucal. El fibroma traumático surge como respuesta del tejido conjuntivo a una agresión o injuria constante.
- Hiperplasia tisular: multiplicación anormal de células o tejidos
- Sialorreas: es la excesiva producción de saliva. Se sugiere definirlo como una exacerbación del reflejo esófago-salivar.
- Nervio dañado o parestesia :se define como la sensación anormal de los sentidos o de la sensibilidad general que se traduce por una sensación de hormigueo, adormecimiento, acorchamiento, etc., producido por un patología en cualquier sector de las estructuras del sistema nervioso central o periférico

2.4. HIPÓTESIS

Las lesiones orales más prevalentes relacionadas con el uso de piercing oral son las lesiones no cariosas y la gingivitis.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

- 2.5.1 Variable 1** : Uso del piercing oral
2.5.2 Variable 2 : Lesiones de tejidos duros
2.5.3 Variable 3 : Lesiones de tejidos blandos

2.5. INDICADORES E ÍNDICES

Las variables dependientes tienen los siguientes indicadores e índices.

Variables	Indicadores
Piercing oral	Labrette
	Barbell
	Anillo o argolla
Lesiones de los tejidos duros	Fractura dentaria
	Fisuras dentales
	Abraciones
	Malposiciones dentales
	Pérdida ósea
	Dehiscencia
Lesiones de los tejidos blandos	Inflamación
	Gingivitis
	Recesión gingival
	Eritema
	Edema
	Laceraciones
	Ulceras
	Fibroma traumático
Hiperplasia tisular	

CAPITULO III

3.1. METODOLOGÍA

3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN:

El tipo de Investigación fue **Cuantitativo**. (*Polit “et al” (1997)*).

3.1.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:

No experimental, descriptivo simple, transversal. (*Polit “et al” (1997)*).

El esquema fue: M O

Donde:

M : Muestra

O : Observación de las variables.

3.1.3 POBLACIÓN Y MUESTRA:

3.1.3.1 Población

Adolescentes, jóvenes y adultos entre 14 y 40 años que usan accesorios metálicos (Piercing).

3.3.1. Muestra

La Muestra estuvo conformada por 45 personas que usan accesorios metálicos (Piercing) de la ciudad de Iquitos.

3.1.4 PROCEDIMIENTOS, TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

3.1.4.1 Procedimientos de recolección de datos:

- Se ubicó los pacientes portadores de piercings orales en la vía pública.
- Se solicitó su consentimiento informado. (Anexo 01)
- Se aplicó el instrumento N° 01(Anexo 02)

3.1.4.2 Técnica:

- Se ubicó los pacientes portadores de piercings orales.
- Se examinó los tejidos blandos.
- Se examinó los tejidos duros.
- Se registró en el instrumento.

3.1.4.3 Instrumento:

- Se utilizó la ficha de recolección de datos de pacientes portadores de piercing orales. (Anexo 02)

3.1.5 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:

Con los datos obtenidos y registrados en las respectivas fichas de recolección de datos, se procedió a la tabulación de datos y al análisis estadístico, el cual se realizó en forma automatizada empleando el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS Versión 17.0 en español.

3.1.6 PROTECCIÓN DE DERECHOS HUMANOS:

Se utilizó una ficha para Protección de los Derechos Humanos (**Anexo N° 01**)

CAPITULO IV

RESULTADOS

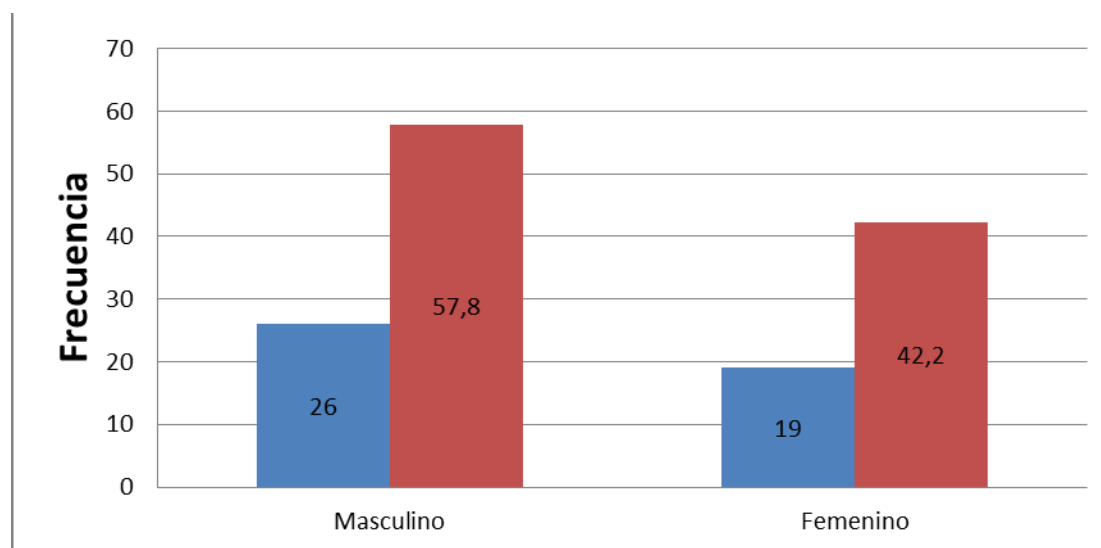
Después de realizar la recolección de la información mediante el instrumento ya descrito, se procedió a analizar los datos obtenidos, que se presentan a continuación:

De acuerdo al sexo de los que participaron en el presente estudio, se observó una mayor predisposición al uso del piercing oral del sexo masculino 26 (57,8) con respecto al sexo femenino 19(42,2%).

Cuadro N° 01. Distribución de la muestra de acuerdo al sexo de portadores de piercing oral.

Sexo	Personas que usan piercing	
	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	26	57,8
Femenino	19	42,2
Total	45	100,0

Gráfico. N° 01 Distribución de la muestra de acuerdo al sexo de portadores de piercing oral.

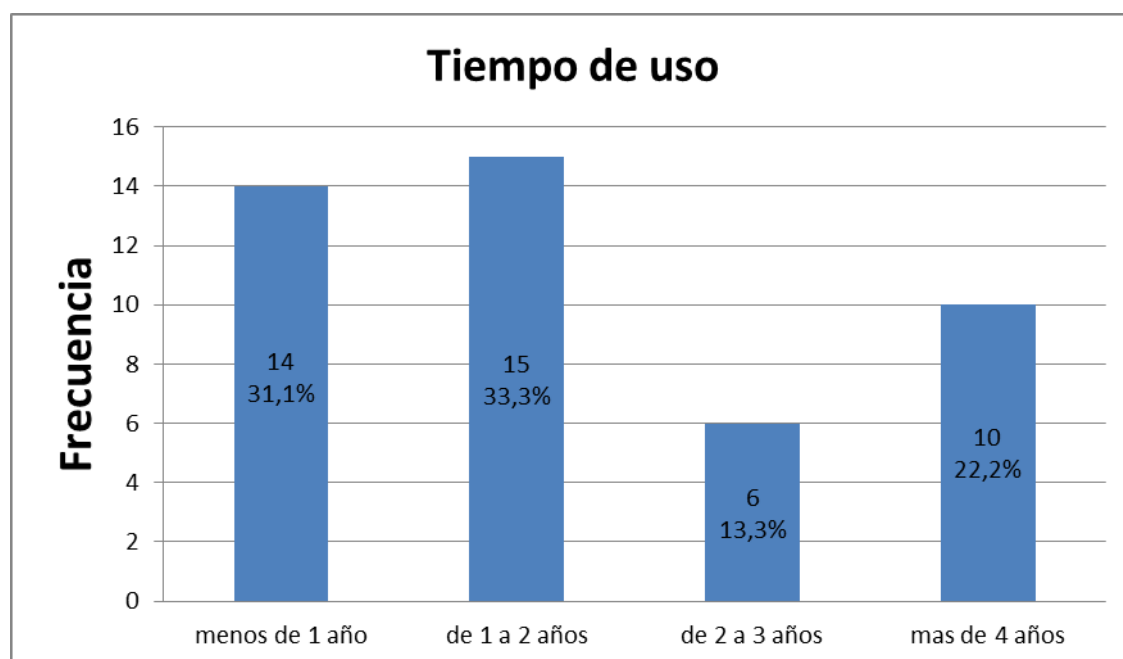


El mayor porcentaje de la muestra tiene entre 1 a 2 años de uso (33,3%), seguido de menos de un año (31,1%), más de 4 años (22,2%) y de 2 a 3 años (13,3%).

Cuadro N° 02. Distribución de la muestra de acuerdo al tiempo de uso del piercing oral.

Tiempo de uso	Personas que usan piercing	
	Frecuencia	Porcentaje
menos de 1 año	14	31,1
de 1 a 2 años	15	33,3
de 2 a 3 años	6	13,3
mas de 4 años	10	22,2
Total	45	100,0

Gráfico. N° 02. Distribución de la muestra de acuerdo al tiempo de uso del piercing oral.

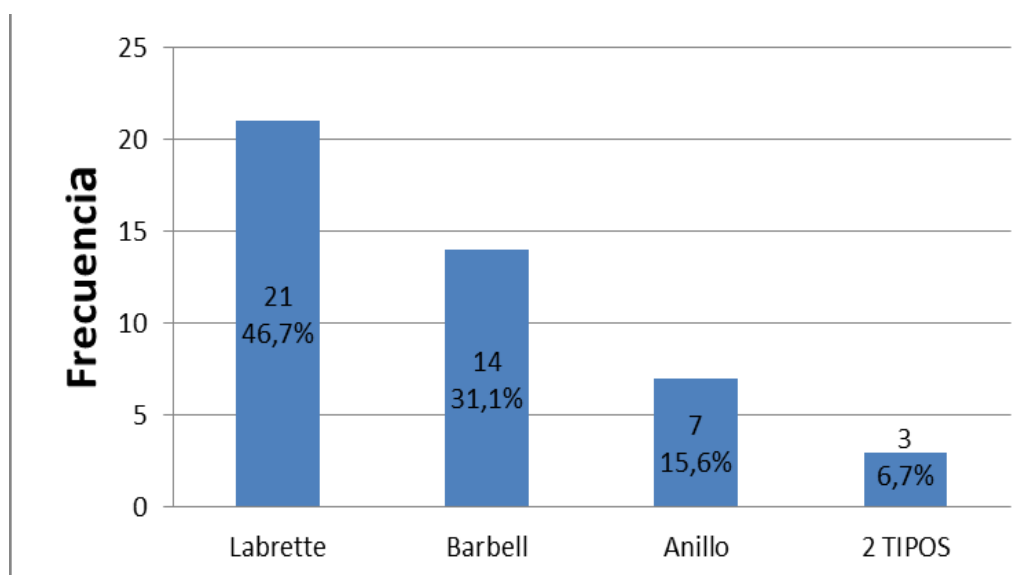


El tipo de piercing más usado fue labrette (46,7%), seguido de Barbell (31,1%), anillo (15,6) y los que usan 2 tipos a la vez (6,7%).

Cuadro N° 03. Distribución de la muestra de acuerdo al tipo de piercing oral.

Tipo de piercing	Personas que usan piercing	
	Frecuencia	Porcentaje
Labrette	21	46,7
Barbell	14	31,1
Anillo	7	15,6
2 TIPOS	3	6,7
Total	45	100,0

Gráfico. N° 03. Distribución de la muestra de acuerdo al tipo de piercing oral.

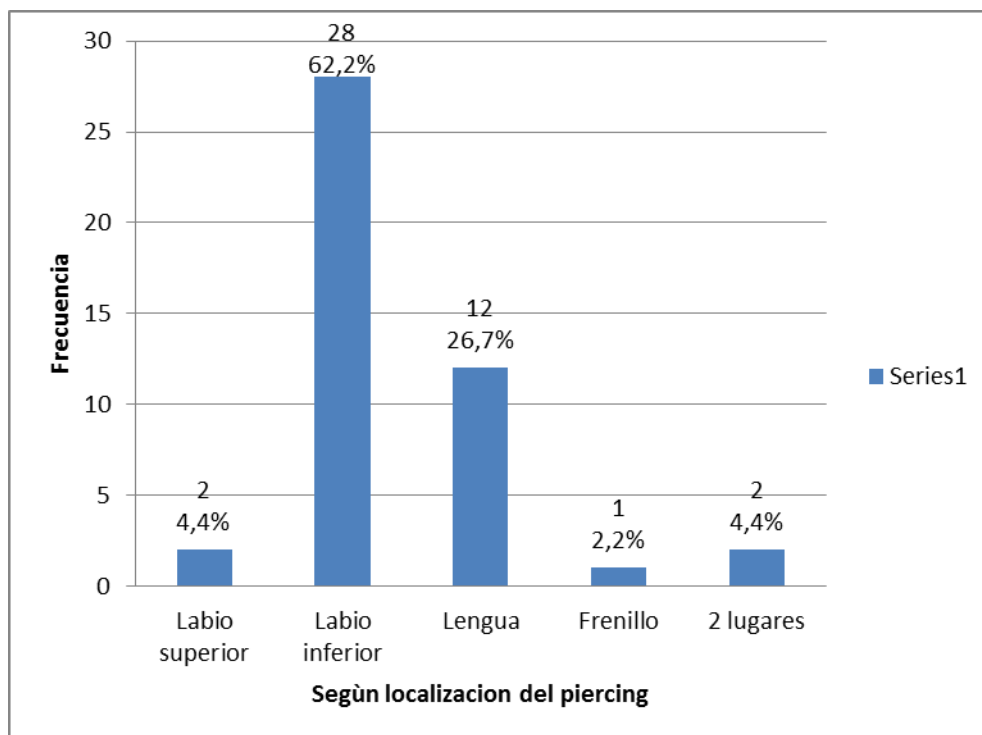


El lugar de uso más frecuente fue el labio inferior con el 62,2%, seguido de la lengua con el 26,7%, labio superior 4,4% y frenillo 2,2%.

Cuadro N° 04. Distribución de la muestra de acuerdo a la localización del piercing oral.

Ubicación del piercing	Pacientes con piercing	
	Frecuencia	Porcentaje
Labio superior	2	4,4
Labio inferior	28	62,2
Lengua	12	26,7
Frenillo	1	2,2
2 lugares	2	4,4
Total	45	100,0

Gráfico. N° 04. Distribución de la muestra de acuerdo a la localización del piercing oral.

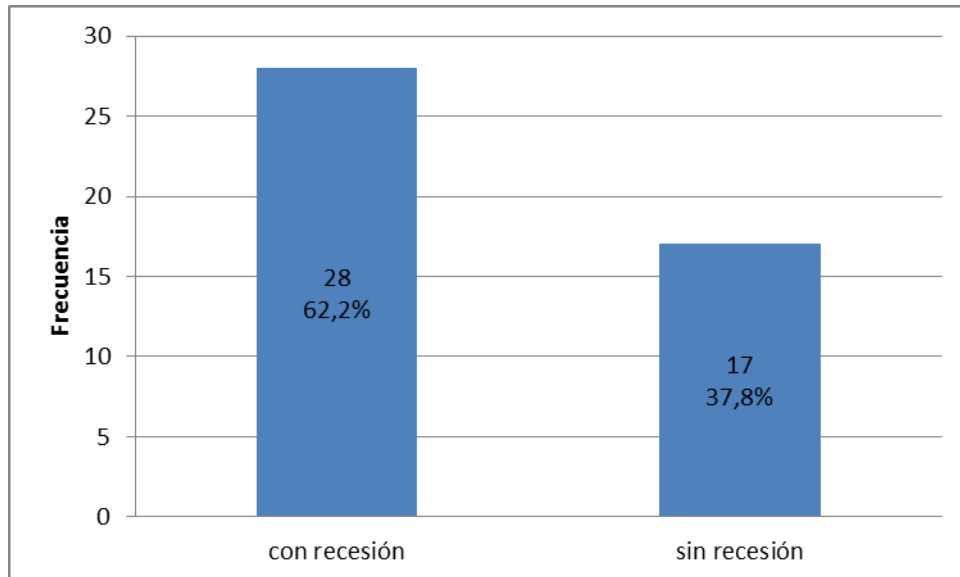


La mayoría de portadores de piercing presentó recesión gingival (62,2%).

Cuadro N° 05. Distribución de la muestra de acuerdo a la presencia de recesión gingival

Presencia o no de recesión gingival	Pacientes con piercing	
	Frecuencia	Porcentaje
con recesión	28	62,2
sin recesión	17	37,8
Total	45	100,0

Gráfico. N° 05. Distribución de la muestra de acuerdo a la presencia de recesión gingival

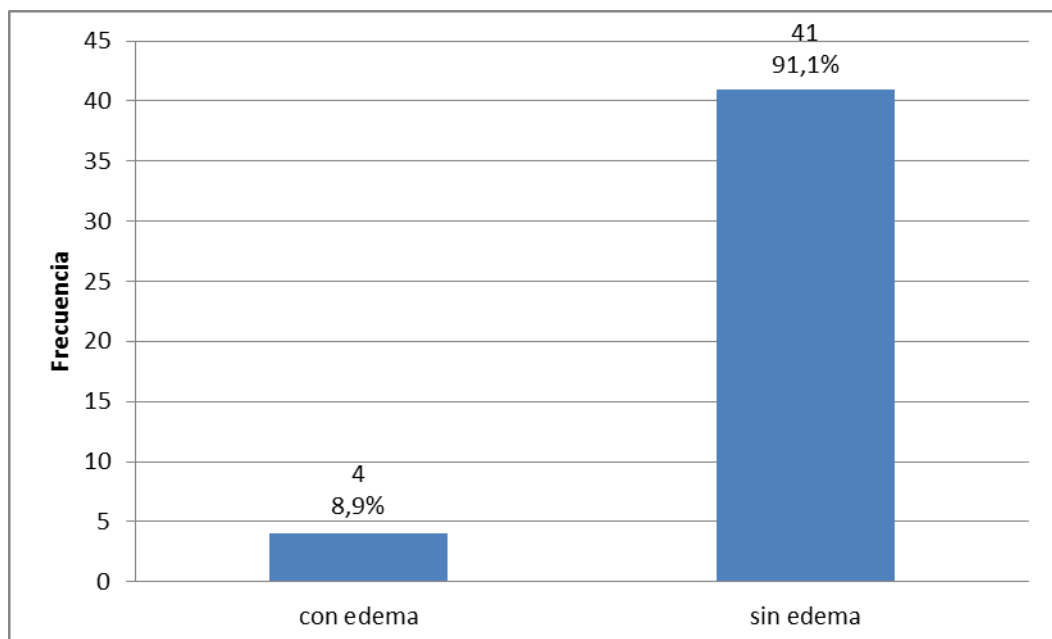


Algunos portadores de piercing presentaron edema (8,9%).

Cuadro N° 06. Distribución de la muestra de acuerdo a la presencia de edema en portadores de piercing oral

Presencia o no de edema	Pacientes con piercing	
	Frecuencia	Porcentaje
con edema	4	8,9
sin edema	41	91,1
Total	45	100,0

Gráfico. N° 06. Distribución de la muestra de acuerdo a la presencia de edema en portadores de piercing oral

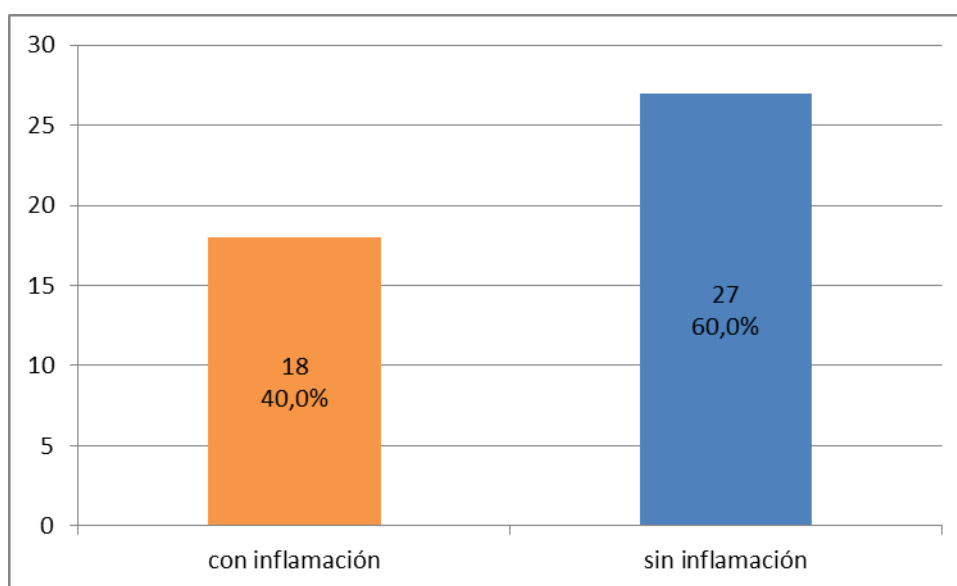


El 40% de los portadores de piercing presentó inflamación en la zona de inserción del piercing.

Cuadro N° 07. Distribución de la muestra de acuerdo a la presencia de inflamación en portadores de piercing oral.

Presencia o no de inflamación	Pacientes con piercing	
	Frecuencia	Porcentaje
con inflamación	18	40,0
sin inflamación	27	60,0
Total	45	100,0

Gráfico. N° 07. Distribución de la muestra de acuerdo a la presencia de inflamación en portadores de piercing oral



El 24% de los portadores de piercing presentó ulcera en la zona de inserción del piercing.

Cuadro N° 08. Distribución de la muestra de acuerdo a la presencia de ulcera en portadores de piercing oral.

Ulceras	Frecuencia	Porcentaje
con	11	24,4
Sin	34	75,6
Total	45	100,0

El 24,4% de los portadores de piercing presentó abrasión en las piezas vecinas a la zona de inserción del piercing.

Cuadro N° 09. Distribución de la muestra de acuerdo a la presencia de abrasión en portadores de piercing oral.

Abrasión	Frecuencia	Porcentaje
con	11	24,4
sin	34	75,6
Total	45	100,0

El 20% de los portadores de piercing presentó fractura de cúspides en las piezas vecinas a la zona de inserción del piercing.

Cuadro N° 10. Distribución de la muestra de acuerdo a la presencia de fractura en portadores de piercing oral.

Fractura	Frecuencia	Porcentaje
con	9	20,0
sin	36	80,0
Total	45	100,0

El 57,8% de los portadores de piercing presentó dificultad para masticar.

Cuadro N° 11. Distribución de la muestra de acuerdo a la presencia de dificultad a la masticación en portadores de piercing oral.

Dificultad masticación	Frecuencia	Porcentaje
Con	26	57,8
sin	19	42,2
Total	45	100,0

El 20% de los portadores de piercing presentó dificultad para la deglución.

Cuadro N° 12. Distribución de la muestra de acuerdo a la presencia de dificultad a la deglución en portadores de piercing oral.

Dificultad a la deglución	Frecuencia	Porcentaje
con	9	20,0
sin	36	80,0
Total	45	100,0

El 4,4% de los portadores de piercing presentó dificultad para en el habla.

Cuadro N° 13. Distribución de la muestra de acuerdo a la presencia de dificultad al habla en portadores de piercing oral.

dificultad al habla	Frecuencia	Porcentaje
con	2	4,4
Sin	43	95,6
Total	45	100,0

El 24,4% de los portadores de piercing presentó acumulación de placa bacteriana en la zona del piercing.

Cuadro N° 14. Distribución de la muestra de acuerdo a la acumulación de placa en portadores de piercing oral.

Acumulación de placa	Frecuencia	Porcentaje
Con	11	24,4
Sin	34	75,6
Total	45	100,0

El 93,3% de los portadores de piercing presentó algún tipo de lesión.

Cuadro N° 15. Distribución de la muestra de acuerdo a la presencia de alguna lesión en portadores de piercing oral.

Lesión	Frecuencia	Porcentaje
Con	42	93,3
Sin	3	6,7
Total	45	100,0

El 62,2% de los portadores de piercing presentó alguna dificultad.

Cuadro N° 16. Distribución de la muestra de acuerdo a la presencia de alguna dificultad en portadores de piercing oral.

Dificultad	Frecuencia	Porcentaje
Con	28	62,2
Sin	17	37,8
Total	45	100,0

El 62,2% de pacientes portadores de piercing presentaron recesión gingival, el 31,1% que presentó recesión gingival tuvo un tiempo de uso entre 1 a 2 años.

Cuadro N° 17. Relación entre recesión gingival y tiempo de uso del piercing oral.

			Tiempo de uso				Total
			< A 1	1A2	2A3	4 a+	
Recesión gingival	Con	Conteo	2	14	4	8	28
		% del Total	4,4%	31,1%	8,9%	17,8%	62,2%
	Sin	Conteo	12	1	2	2	17
		% del Total	26,7%	2,2%	4,4%	4,4%	37,8%
Total		Conteo	14	15	6	10	45
		% del Total	31,1%	33,3%	13,3%	22,2%	100,0%

El 8,9% de pacientes portadores de piercing presentaron edema, el 6,9% que presentó edema tuvo un tiempo de uso menor a 1 año.

Cuadro N° 18. Relación entre presencia de edema y tiempo de uso del piercing oral.

			Tiempo de uso				Total
			< A 1	1A2	2A3	4 a+	
Edema	Con	Conteo	3	1	0	0	4
		% del Total	6,7%	2,2%	,0%	,0%	8,9%
	Sin	Conteo	11	14	6	10	41
		% del Total	24,4%	31,1%	13,3%	22,2%	91,1%
Total		Conteo	14	15	6	10	45
		% del Total	31,1%	33,3%	13,3%	22,2%	100,0%

El 40% de pacientes portadores de piercing presentaron inflamación, el 24,4% que presentó inflamación tuvo un tiempo de uso menor a 1 año.

Cuadro N° 19. Relación entre presencia de inflamación y tiempo de uso del piercing oral

			Tiempo de uso				Total
			< A 1	1A2	2A3	4 a+	
Inflamación	Con	Conteo % del Total	11 24,4%	4 8,9%	1 2,2%	2 4,4%	18 40,0%
	Sin	Conteo % del Total	3 6,7%	11 24,4%	5 11,1%	8 17,8%	27 60,0%
Total		Conteo % del Total	14 31,1%	15 33,3%	6 13,3%	10 22,2%	45 100,0%

El 24,4% de pacientes portadores de piercing presentaron ulcera, el 13,3% que presentó ulcera tuvo un tiempo de uso menor a 1 año.

Cuadro N° 20. Relación entre la presencia de ulcera y el tiempo de uso del piercing oral.

			Tiempo de uso				Total
			< A 1	1A2	2A3	4 a+	
ULCERA AFTOSA	Con	Conteo % del Total	6 13,3%	4 8,9%	1 2,2%	0 ,0%	11 24,4%
	Sin	Conteo % del Total	8 17,8%	11 24,4%	5 11,1%	10 22,2%	34 75,6%
Total		Conteo % del Total	14 31,1%	15 33,3%	6 13,3%	10 22,2%	45 100,0%

El 24,4% de pacientes portadores de piercing presentaron abrasión, el 11,1% presentó abrasión tuvo un tiempo de uso más de 4 años.

Cuadro N° 21 Relación entre abrasión y tiempo de uso del piercing oral.

			Tiempo de uso				Total
			< A 1	1A2	2A3	4 a+	
ABRACION	Con	Conteo	0	4	2	5	11
		% del Total	,0%	8,9%	4,4%	11,1%	24,4%
	Sin	Conteo	14	11	4	5	34
		% del Total	31,1%	24,4%	8,9%	11,1%	75,6%
Total		Conteo	14	15	6	10	45
		% del Total	31,1%	33,3%	13,3%	22,2%	100,0%

El 20% de los portadores de piercing oral presento fractura y el 17,8% tuvo de 2 a más años de portador.

Cuadro N° 22 Relación entre fractura dentaria y tiempo de uso del piercing oral.

			Tiempo de uso				Total
			< A 1	1A2	2A3	4 a+	
FRACTURA DE CUSPIDES	Con	Conteo	0	1	4	4	9
		% del Total	,0%	2,2%	8,9%	8,9%	20,0%
	Sin	Conteo	14	14	2	6	36
		% del Total	31,1%	31,1%	4,4%	13,3%	80,0%
Total		Conteo	14	15	6	10	45
		% del Total	31,1%	33,3%	13,3%	22,2%	100,0%

Existe relación entre el tipo de piercing oral y la localización (0,001). Existe relación entre el tipo de piercing oral e inflamación (0,020). Existe relación entre la localización del piercing oral e inflamación (0,022). Existe relación entre recesión gingival e inflamación (0,046). Existe relación entre edema e inflamación (0,010). Existe relación entre inflamación y presencia de ulcera (0,000).

Cuadro N° 24. Prueba de Spearman's para relacionar las variables de tejidos blandos.

			TIPO DE PIERCING	LOCAL IZACIÓN	RECESIÓN GINGIVAL	EDEM A	INFLA MACIÓN	ULCERA AFTOSA
Spearman's rho	TIPO DE PIERCING	Correlation Coefficient Sig. (2- tailed) N	1,000 . 45	,469** , 001 45	-,065 , 674 45	,197 , 194 45	,346* , 020 45	,109 , 475 45
	LOCALIZ ACIÓN	Correlation Coefficient Sig. (2- tailed) N	,469** , 001 45	1,000 . 45	-,187 , 220 45	-,014 , 927 45	,341* , 022 45	,271 , 072 45
	RECESIÓN GINGIVAL	Correlation Coefficient Sig. (2- tailed) N	-,065 , 674 45	-,187 , 220 45	1,000 . 45	-,240 , 113 45	-,299* , 046 45	-,197 , 195 45
	EDEMA	Correlation Coefficient Sig. (2- tailed) N	,197 , 194 45	-,014 , 927 45	-,240 , 113 45	1,000 . 45	,383** , 010 45	,186 , 222 45
	INFLAMA CIÓN	Correlation Coefficient Sig. (2- tailed) N	,346* , 020 45	,341* , 022 45	-,299* , 046 45	,383** , 010 45	1,000 . 45	,591** , 000 45
	ULCERA AFTOSA	Correlation Coefficient Sig. (2- tailed) N	,109 , 475 45	,271 , 072 45	-,197 , 195 45	,186 , 222 45	,591** , 000 45	1,000 . 45

Existe relación entre tipo de piercing oral y la localización (0,001). Existe relación entre tipo de piercing oral y fractura de cúspides (0,007). Existe relación entre localización del piercing oral y fractura de cúspides (0,002).

Cuadro N° 25. Prueba de Spearman's para relacionar las variables de tejidos duros.

			TIPO DE PIERCING	LOCALIZA CIÓN	ABRA SIÓN	FRACTURS DE CUSPIDES
Spearman's rho	TIPO DE PIERCING	Correlation	1,000	,469**	-,212	-,396**
		Coefficient	.	,001	,162	,007
		Sig. (2- tailed)	.	,001	,162	,007
		N	45	45	45	45
	LOCALIZA CIÓN	Correlation	,469**	1,000	-,099	-,445**
		Coefficient	,001	.	,516	,002
		Sig. (2- tailed)	,001	.	,516	,002
		N	45	45	45	45
	ABRASIÓN	Correlation	-,212	-,099	1,000	,103
		Coefficient	,162	,516	.	,499
		Sig. (2- tailed)	,162	,516	.	,499
		N	45	45	45	45
FRACTURA DE CUSPIDES	Correlation	-,396**	-,445**	,103	1,000	
	Coefficient	,007	,002	,499	.	
	Sig. (2- tailed)	,007	,002	,499	.	
	N	45	45	45	45	

CAPITULO V

DISCUSION

La colocación de los piercing orales hoy en día es más frecuente y se realizan en todo el mundo, las personas no están informadas de las complicaciones que pueden comprometer directamente su salud. Iquitos no está exonerada de esta tendencia.

La importancia de este estudio fue determinar las lesiones más frecuentes causadas por estos aditamentos en la boca, si comparamos la predisposición de género de nuestro estudio revela el 57,8 % predispone el sexo masculino y el 42,2% sexo femenino. En contraste con **TENORIO, F (2011)** encontró 55% de los pacientes correspondían al sexo femenino y 45,5% al sexo masculino mientras que **LEÓN, C; ET AL (2004)** encontró que el 62% de los individuos corresponden al sexo masculino y el 38% al sexo femenino. **HACES, M; ET AL (2012)** encontró que el 70,59% correspondían a sexo masculino y el 29% para sexo femenino.

El tipo de piercing más usado fue el labrette 46,7% segundo barbell 31,1% anillo 15,6% y los que tienen dos tipos a la vez 6,7%; mientras que **TENORIO, F (2011)** encontró labrette en 57% y 42,5% para el argolla.

En nuestro estudio el lugar más frecuente fue en el labio inferior con 62,2% seguido de la lengua con 26,7%, labio superior con 4,4% y frenillo con 2,2 % mientras que **CALERO, L; ET AL (2011)** encontró el 81% en la lengua y 58% en el labio inferior. **SECCHI, D; ET AL (2013)** indica que el piercing oral más popular es el que se coloca en la lengua. **Neiva, s. (2012)** encontró que 49.1 % utilizan en el labio, el 36.8 % en la lengua, el 8,8% en el frenillo labial, el 1,8 % en el frenillo de la lengua y 3.5% en otras regiones de la cavidad oral.

En nuestro estudio el 62,2% de los pacientes portadores de piercing oral presentó **recesión gingival**, el 40% presentan inflamación en la zona de perforación, el 24,4 de los portadores **presentó abrasión** en las piezas vecinas a la zona de inserción del piercing el 24% de los portadores presentan úlceras en la zonas de inserción del piercing oral, el 20% de los

portadores presentan fractura de las cúspides de las piezas vecinas a la zona de inserción del piercing, 8,9% presentaron edema de la zona.

El 5.7% de los portadores presentan dificultad para masticar, el 20% presento dificultad para la deglución, el 4,4% presenta dificultad para el habla, el 24,4% de los portadores presento acumulación de placa bacteriana en la zona de los piercing, entonces podemos decir que el 93,3% de los portadores de piercing oral presento algún tipo de lesión, el 62,2% de los pacientes portadores presento alguna dificultad, mientras que para **SOBRINO, J. (2008)** mostro datos más generales como que el 96% ha sufrido fisuras y el 48% ha tenido lesiones periodontales, lo más destacable son las lesiones de tejidos blandos : las recesiones gingivales en relación a los piercing colocados en los labios , también hubo un alto porcentaje de fracturas del esmalte y alguna perdida dentaria producidos sobre todo por los piercing alojados en la lengua. **Neiva, (2012)**. Señala que la complicación más prevalente fue la inflamación con 36,84%, seguida por recesión gingival con 29,82%, aspiración con 21,05%, queiloide con 17,54%, fracturas dentales con 17,74%, perdida del gusto con 12,28%, infección con 10.53% y alergia con 1,75%. Concluye que la mayoría de cambios causados por el uso de piercing oral son perjudiciales para la salud de los usuarios y los conduce a daños permanentes o provisorios. Para **LEON, C; ET AL (2004)**. Señala que la complicación más frecuente fue la dificultad para la masticación y detecto portadores con más de una lesión, mientras que para **HACES, M; ET AL (2012)**. Encontró con mayor frecuencia gingivitis crónica con el 52,94% seguida por las fracturas dentarias con el 47,06%. **GONZALES, M; ET AL (2013)**. Encontró 16,4% de gingivitis, 12,7% de fisuras, 7,5% de recesión gingival, 8% de fracturas y el 30,52% presento alteración de la fonación. **GONZALES, M; ET AL (2002)**. Encontró movilidad dental al 16%, fracturas del esmalte del 60 al 64%, fisuras en un 62%, sangrado periodontal del 2 al 12% de la muestra y hasta un 67% anomalías del lenguaje en la articulación del discurso. Se concluye que la inserción del arete causa deterioro de la salud.

CONCLUSIONES

Después del análisis de los resultados, se llegó a las siguientes conclusiones:

1. El uso de piercing oral es mayor en el sexo masculino 57% con respecto al femenino 42,2 %.
2. El mayor porcentaje de portadores tiene 1 a 2 años de uso 33,3% segundo de 1 año con 31,1%, más de 4 años 22,2% y de 2 a 3 años 13,3%.
3. El tipo de piercing más usado fue el labrette con 46%, seguido del barbelle con 31,1%, anillo con 15,6% y los que usa los dos tipos a la vez 6,7%.
4. El lugar de uso más frecuente fue en el labio inferior con 62,2% seguido de la lengua con 26,7%, labio superior con 4,4% y frenillo 2,2%.
5. El 62,2% presentaron recesión gingival, el 8,9% presentaron edema, el 40% de portadores de piercing presentaron inflamación en la zona de inserción del piercing y el 24% presento ulcera.
6. El 24,4% de los portadores presento abrasión en la pieza vecina a la zona de inserción del piercing y el 20% presentó fractura de cúspides en las piezas vecinas a la zona de inserción del piercing oral.
7. El 5,7 % de los portadores de piercing oral presentó dificultad para masticar, el 20% presentó dificultad para la deglución y el 4,4% de los portadores de piercing presento dificultad para el habla.
8. El 24,4% de los portadores de los piercing presentó acumulación de la placa bacteriana en la zona de los piercing oral.
9. El 93,3% de los portadores de piercing oral presentó algún tipo de lesión.
10. El 62,2% de los portadores de piercing oral presentó alguna dificultad.
11. El 62,2% de pacientes portadores de piercing presentaron recesión gingival, el 31,1% que presentó recesión gingival tuvo un tiempo de uso entre 1 a 2 años.
12. El 8,9% de pacientes portadores de piercing presentaron edema, el 6,9% que presentó edema tuvo un tiempo de uso menor de un año.
13. El 40% de paciente portadores de piercing presentaron inflamación. El 24,4% que presento inflamación tuvo un tiempo de uso menor de 1 año.
14. El 24,4 % de los pacientes portadores de piercing presentaron ulcera, el 13,3 % que presento ulcera tuvo un tiempo de uso menor de 1 año.

15. El 24,4% de pacientes portadores de piercing presentaron abrasión, el 11.1% que presentó abrasión tuvo un tiempo de uso mayor de 4 años.
16. El 20% de los portadores de piercing orales presentan fractura y el 17,8% tuvo tiempo de uso de 2 a más años.
17. Existe relación entre el tipo de piercing oral y su localización e inflamación.
18. Existe relación entre la localización del piercing, la inflamación y fractura de las cúspides.
19. Existe relación entre la recesión gingival e inflamación, entre edema e inflamación y entre inflamación y presencia de ulcera.
20. Existe relación entre el tipo de piercing y su localización, entre el tipo de piercing y fractura de cúspides y entre la localización del piercing oral y fractura de las cúspides.

CAPITULO VII

RECOMENDACIONES

1. Realizar estudios de resorción ósea periodontal en pacientes con piercing.
2. Realizar estudios de piercing oral asociados a factores predisponentes de recesión gingival y severidad de recesión gingival.
3. Realizar estudios sobre el nivel de conocimiento en la población de Iquitos acerca del uso del piercing oral.
4. Realizar estudios de prevalencia y severidad de recesión por uso de accesorios metálicos en el Perú.
5. Los profesionales de salud oral tienen la responsabilidad de incorporar a su quehacer diario los tratamientos convencionales para cada complicación que pueda surgir por la colocación de los piercing bucales y faciales que puedan llegarles a consulta.
6. Diseñar programas preventivos fortalecidos con parámetros legales que permitan regular la colocación y disminuir las complicaciones orales producidas por el uso de los piercing orales.

CAPITULO VIII

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. NIETO, E; et al. “Frecuencia de uso de adornos corporales y motivaciones de los estudiantes para usar piercing oral”. (2012). Sección artículos originales revista universidad y salud, Vol. 14(2) Págs. 147 – 160.
2. NIEVA, S; et al. “la prevalencia de complicaciones en tejidos duros y blandos debido a la utilización de la perforación oral” (2012). Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, out/dez; 20(4):429-33. Disponible en la Web: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4512/3303>
3. CIDONCHA, G; et al. “Piercing oral: una amenaza para la salud periodontal”(2008). Cient. Dent., Vol. 5, Núm. 1. Págs. 21-29.. Disponible en la Web: <http://www.coem.org.es/sites/default/files/revista/cientifica/vol5-n1/21-29.pdf>
4. ANDRES. J. “Portadores de los piercings no preguntan por las consecuencias previamente a nadie, ni a quien se los coloca ni a los odontólogos”(2008).
5. ALEGRIA, G; et al. “Riesgos de la salud por el uso del piercing oral” (2008). Cient. Dent., vol. 5, núm. 2. Págs. 149-154. Disponible en la Web: <http://www.coem.org.es/sites/default/files/revista/cientifica/vol52/53%20a%2058.pdf>
6. VÍQUEZ, G; ET AL. “Pérdida de una pieza dental por el uso de joyería intraoral”. (2012). Revista electrónica de la Facultad de Odontología, ULACIT – Costa Rica, vol. 4 N°1. Pag. 2 – 7. Disponible en la Web: http://www.ulacit.ac.cr/files/revista/articulos/esp/articulo/44_1.viquezariasmgetal.pdf
7. VILLAREAL, M ; ET AL. “defectos mucogingivales y problemas del habla como secuelas de la utilización de un piercing intraoral: reporte de caso (2011) revista de la facultad de medicina, universidad de los andes vol. 20.n°1.2011.pag 73-75 Mérida. Venezuela
8. LEON, C; ET AL.” Piercing en cavidad oral: La moda que arriesga la salud” revista odontológica Mexicana vol. 8 n° 4 (diciembre – 2014) pag 112-116

9. TENORIO, F. “recesión gingival localizada por uso de accesorio metálico (piercing) en labio” tesis. **Universidad nacional mayor de san marcos** facultad de odontología lima –Perú 2012.
10. HACES, M; ET AL. “el uso del piercing en la cavidad bucal de adolescentes” **Rev. Ciencias médicas. Marzo-abril, 2014; 18(2):267-274**
11. GONZALES, M; ET AL (2013) “causas y consecuencias de procedimientos de moda que ponen en riesgo la salud en la cavidad oral Rev. Odontología actual/ año 10, num128, diciembre de 2013.

A N E X O 01

FICHA PARA PROTECCION DE DERECHOS HUMANOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr.(a).....quienes se dirigen a Ud. son bachilleres en odontología de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. La finalidad de esta solicitud es para darle a conocer que actualmente estamos realizando un trabajo de investigación para obtener el Título de Cirujano- Dentista. Para dicha trabajo se utilizara instrumental de examen dental (espejo, explorador) para diagnosticar clínicamente lesiones producidas por el accerorio metálico (piercings) en los tejidos blandos y duros de la cavidad bucal; además se tomaran fotografías extraorales e intraorales. Los instrumentos a utilizas no son dañinos para su salud.

Le solicitamos su colaboración y participación en todas las actividades. Su participación es libre y voluntaria. Le agradecemos de antemano su participación; que será por todo el tiempo que dure esta investigación. MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION.

Nombre del paciente
D.N.I.....

ANEXO 02

Instrumento N° 01

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE PACIENTES PORTADORES DE PIERCINGS ORALES.

I. PRESENTACIÓN

El presente instrumento tiene como objetivo identificar las lesiones dentarias y tejidos blandos más frecuentes relacionados al uso de piercing oral

II. INSTRUCCIONES

Para el llenado de la ficha se realiza un examen clínico oral del paciente en el cual se observa y se registra en el cuadro el tipo de piercing, tiempo de uso, localización, lesiones de tejidos blandos y lesiones de tejidos duros y dificultades que causa el uso.

III. CONTENIDO.

Datos generales:

Edad: _____

Sexo: (M) (F)

Sobre el uso del accesorio metálico

1. Tiempo de uso:

2. Tipo de piercing: Labret Barbell Anillo o argolla



3. Localización:

a. Lengua

b. Labio inferior

c. Labio superior

d. Otros



4. Lesiones de los tejidos blandos:

5. Lesiones de los tejidos duros:

6. Otras alteraciones:.....

7. Dificultades que presenta por el uso del piercing:.....

VALORACIÓN

De los datos registrados se obtuvo:

Lesiones:.....

Dificultades:.....

