

Villarreal et al. 2011. Defectos mucogingivales, defectos de habla secuelas piercing intraoral. MedULA 20: 73-76.

DEFECTOS MUCOGINGIVALES SEVEROS Y PROBLEMAS DEL HABLA COMO SECUELAS DE LA COLOCACIÓN DE UN PIERCING INTRAORAL: REPORTE DE CASO

Minerva Villarreal¹, Gabriela Garza¹, Guadalupe Treviño², Gerardo Rivera², Héctor Martínez¹.

¹Departamento de Odontología y Estomatología, Universidad de Monterrey. ²Laboratorio de Ingeniería Tisular y Medicina Regenerativa. Universidad de Monterrey, San Pedro Garza García, N. L., México.

Correspondencia: Héctor Martínez Menchaca. Departamento de Odontología y Estomatología, Universidad de Monterrey, Av. Morones Prieto 4500 Pte., 66238, San Pedro Garza García N. L., México. Tel. (81) 8215 1446.

hector.martinez@udem.edu.mx

Resumen

Después que un *piercing* es colocado dentro de la cavidad oral, varios problemas han sido descritos incluyendo dolor, sangrado, obstrucción de las vías aéreas y daño de la mucosa o de la superficie dental. Se presenta el caso de una paciente que presentó severos defectos mucogingivales después de la implantación de un *piercing* en la lengua. Una lista de secuelas potenciales se presenta. Los autores motivan a los clínicos para instruir a los pacientes acerca de los riesgos probables por el uso de *piercing* orales.

Palabras clave: *Piercing* intraoral; defectos mucogingivales; trastornos del habla

Abstract.

Severe mucogingival defects and speech problems after intraoral piercing: Case report

A diversity of problems have been described, including pain, bleeding, airway obstruction and damaged mucosal surfaces or teeth, after that an intraoral piercing is pierced. A patient who presented severe mucogingival defects and speech troubles following tongue piercing is presented. A list of written post piercing recommendations of potential sequelae is incorporated. The authors impulse clinicians to instruct patients about the probable risks concerning the practice of oral piercing.

Key words: Intraoral piercing; mucogingival defects; speech troubles.

INTRODUCCIÓN.

Las perforaciones orales se han realizado de forma ritualista en varias culturas desde tiempos remotos. El creciente interés por el adorno corporal ha motivado una expansión muy marcada en la práctica de perforaciones intraorales. La mayoría de las piezas, hechas de acero inoxidable, plata u oro, se presentan en formas de anillo o de barra (Cheng y Scully 1992). El primer caso reportado de una angina de Ludwig como complicación ante una infección, se describió hace 15 años (Perkins y Harrison 1997). Nuestro reporte aborda una paciente con defectos mucogingivales severos y dificultad para el habla.

REPORTE DE CASO.

Madre soltera de 25 años de edad, ingresó en calidad de urgencia a la clínica dental por dolor y sangrado oral, así como dificultad para hablar. Mencionó que se había realizado una perforación en la lengua y colocado una barra hacia 15 días (Figura 1). No había recibido ninguna instrucción para el control del dolor oral, el sangrado ni los problemas del habla. Ella había notado inflamación continua desde el momento de la perforación. Decidió acudir a la clínica a debido al impedimento total del habla. La examinación oral reveló una pérdida de entre 7

mm y 8 mm de inserción en el área lingual y no había movilidad asociada con ninguno de sus dientes. Una radiografía periapical reveló pérdida ósea localizada horizontal asociada con los dientes 3.1 y 4.1 (Figura 2). Por la condición periodontal y deformidades mucogingivales fue necesaria una resección tisular gingival (Figura 3). Posteriormente



Fig. 1. El piercing situado en la lengua afecta los tejidos de soporte de las piezas dentales 3.1 y 4.1.



Fig. 2. La radiografía muestra la pérdida horizontal ósea relacionada con los dientes número 3.1 y 4.1.



Fig. 3. Se realizó un colgajo de espesor total.



Fig. 4. El injerto fue sujetado en el lugar lesionado

mediante una sutura ininterrumpida utilizando catgut de 4-0.



Fig. 5. Aspecto general del injerto dos semanas después de la cirugía.

se estableció un plan de tratamiento; como primer paso, se removió el piercing para facilitar la colocación del injerto de tejido conectivo y la profilaxis antibiótica con amoxicilina y metronidazol.

Recibió tratamiento quirúrgico como era pertinente. Sus signos vitales fueron: pulso 71 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 15 por minuto, presión arterial 120/70 mm Hg y saturación de oxígeno del 97%. Se administró anestesia por infiltración local con un cartucho de lidocaína al 2% (20 mg/ml) con epinefrina a una dilución de 1:100.000 (0.01mg/ml) y un cartucho de bupivacaína 0,5% con 1:200.000 epinefrina, con uso previo de gel anestésico tópico. El colgajo mucoperiostico fue preparado con la eliminación de la capa epitelial en torno a la imperfección en la cara lingual del diente núm. 4.1 y la prolongación del corte a la encía de los dientes contiguos para mayor suministro de sangre al injerto utilizando una hoja 12B.

Un injerto de tejido conectivo de 8 mm x 7 mm se tomó del paladar posterior. Manteniendo el collar epitelial, el injerto se posicionó sobre la cama del mucoperiostio de la cara lingual de los dientes núm. 3.2 al 4.2 usando suturas crómicas de 4-0 (Figura 4). El paciente regresó después de una semana de la cirugía para control, sin presentar problemas del habla. Se le especificó el uso de enjuague a base de glucoronato de clorhexidina al 0.12% dos veces al día por 30 segundos y no cepillarse o usar hilo dental sobre el injerto. Dos semanas después se realizó una segunda profilaxis. Finalmente, el mantenimiento periodontal fue cada cuatro meses.

La profundidad de la examinación fue de 2 a 4 mm sobre la cara lingual del dientes número 3.2 al 4.2;

Villarreal et al. 2011. Defectos mucogingivales, defectos de habla secuelas piercing intraoral. MedULA 20: 73-76.

la movilidad permaneció inexistente, mientras que el ancho gingival sobre la cara lingual del diente núm. 4.1 midió 3.5 mm, y la recesión fue de 0.45 mm dos semanas después de cirugía. Esto denotó una expansión en el ancho gingival de niveles prequirúrgicos de 3.5 mm y una mejora en la recesión de 4.45 mm (Figura 5).

Tabla 1. Complicaciones de un piercing oral.

- Obstrucción de la vía aérea.
- Aspiración del piercing.
- Sangrado.
- Generación de cálculos sobre la superficie de metal.
- Dehiscencia.
- Diseminación de enfermedades (SIDA, Hepatitis, Endocarditis, etc.).
- Inclusión de cuerpo extraño dentro del sitio del piercing.
- Diente deformado o fracturado.
- Trauma de la mucosa o del tejido gingival.
- Desarrollo de tejido cicatrizal hiperplásico.
- Hiperplasia.
- Infección.
- Interferencia con la masticación y la deglución.
- Angina de Ludwig.
- Hipersensibilidad al Metal.
- Paraestesia y daño al nervio.
- Obstrucción para la toma de radiografías.
- Edema.
- Dolor oral.
- Dificultad para hablar.

DISCUSIÓN.

La popularidad de los *piercings* linguales ha ido en aumento en el mundo occidental. Entre los lugares corporales más frecuentemente perforados se encuentran la lengua (81%) y los labios (38%) (Boardman y Smith 1997). Se han propuesto numerosas posibles complicaciones en los casos de piercings orales (Tabla 1) (Farah y Harmon 1998). Los más comunes siguen siendo la inflamación y el dolor (Stroud 2002). Los problemas orales y dentales incluyen el agrietamiento y fraccionamiento de los dientes, lesión superficial, recesión o pérdida de firmeza gingival como resultado de trauma constante por la barra de metal (Kuhn et al. 2001, Diangelis 1997, Stirn 2003). Es sorprendente el hecho de que no se han reportado casos de problemas del habla secundarios a un piercing lingual, particularmente considerando el grosor de la lengua, su vascularización y la inflamación secundaria durante el proceso de perforación. Este caso se caracterizó por interferencia en el habla. La paciente recuperó su capacidad de comunicación normal siete días después de la colocación del injerto de tejido conectivo.

La mayoría de las lesiones relacionadas a perforaciones orales son causadas por joyería en la lengua en un 64% y en los labios en un 34%. La zona de recesión más comúnmente relacionada con

piercings linguales es la cara lingual de los dientes núm. 3.1 y 4.1 (75%). Las lesiones causadas por joyería labial están limitadas a la cara vestibular del diente núm. 4.1 (58% de los casos reportados) y de los dientes núm. 3.1 y 4.1 (42%) (Brooks et al. 2003).

Regularmente, se desarrollan imperfecciones estrechas, en forma de hendidura sobre la cara lingual de los incisivos mandibulares, con profundidades de recesión hasta de 2 o 3 mm con prolongaciones que sobrepasan la unión mucogingival (Dibart et al. 2002, Campbell et al. 2002). El uso de injertos en la corrección de defectos mucogingivales ha demostrado ser una forma eficaz y segura a largo plazo, como se describe en este caso.

Existe un riesgo elevado de desarrollar pérdidas de sujeción periodontal en la dentadura proximal en pacientes con perforaciones intraorales. Los profesionales de la salud dental necesitan crear conciencia en la población sobre los riesgos que representan las perforaciones orales, ya que aún en periodos relativamente cortos, pueden resultar en deformidades mucogingivales sustanciales que no ofrezcan un resultado quirúrgico satisfactorio y, de hecho, pueda llevar a pérdida dental. Se deben aumentar los esfuerzos para evitar complicaciones tanto médicas como dentales.

REFERENCIAS.

- Chen M, Scully C. 1992. Tongue piercing: a new fad in body art. Br Dent J 172: 87.
- Perkins C S, Harrison J M. 1997. A complication of tongue piercing. Br Dent J 182: 147-148.
- Boardman R, Smith RA. 1997. Dental implications of oral piercing. J Calif Dent Assoc 25: 200-207.
- Farah C S, Harmon D M. 1998. Tongue piercing: case report and review of current practice. Aust Dent J 43: 387-389.
- Stroud R. 2002. Tongue piercing (letter). Br. Dent. J. 193: 3.
- Kuhn S, Fadavi S, Koerber A. 2001. Dentist's awareness of intraoral body piercing (abstract). Am Acad Ped Dent 23: 273.
- Diangelis AJ. 1997. The lingual barbell: a new etiology for the cracked-tooth syndrome. J Am Dent Assoc 128: 1438-1439.
- Stirn A. Body piercing: medical consequences and psychological motivations. Lancet 2003; 361(9364):1205-1215.
- Brooks JK, Hooper KA, Reynolds MA, Formation of mucogingival defects associated with intraoral and perioral piercing: case reports. J Am Dent

Villarreal et al. 2011. Defectos mucogingivales, defectos de habla secuelas piercing intraoral. MedULA 20: 73-76.

Assoc 2003; 134: 837-843.

Dibart S, De Feo P, Surabian G et al. 2002. Oral piercing and gingival recession: review of the literature and a case report. Quintessence Int 33: 110-112.

Campbell A, Moore A, Williams E et al. 2002.

Tongue piercing: impact of time and barbell stem length on lingual gingival recession and tooth chipping. J Periodontol 73: 289-297.

Recibido: 30 abril 2011 Aceptado: 30 mayo 2011

MedULA en Internet

Usted puede acceder y descargar todos los contenidos de la revista **MedULA**, a texto completo con figuras a todo color, desde algunas de las siguientes páginas de la Web, entre otras:

www.saber.ula.ve/medula; www.latindex.org;
www.periodica.org; www.doaj.org;
www.freemedicaljournals.com; www.fj4d.com;
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/extrev?codigo=7642>;
www.portalesmedicos.com;
<http://web5.infotrac.galegroup.com>; www.ebsco.com;
www.monografias.com; www.imbiomed.com;
www.indexcopernicus.com

MedULA le invita a publicar en sus páginas, los resultados de sus investigaciones u otra información en ciencias de la salud.

Apartado 870. Mérida. Venezuela. medula@ula.ve