



“Análisis del conocimiento y la actitud de la población respecto a los piercings y perforaciones bucales”

Trabajo final para la obtención del título de odontólogo

Carrera de Odontología

Autor: *Ezequiel Santalla Claros*

Tutor: *Marcos Esteban Bruno*

27/09/2021

Ciudad autónoma de Buenos Aires, Capital Federal, Argentina

AGRADECIMIENTOS:

En primer lugar, quiero agradecer a la Universidad Abierta Interamericana por abrirme sus puertas para formarme, tanto a nivel personal como profesional, y por incluirme en su comunidad, de la cual estoy orgulloso de ser parte. Así mismo extendiendo el agradecimiento a todos y cada uno de los educadores que fueron fuente de sabiduría e inspiración todo este tiempo. Esto incluye a las autoridades, docentes, auxiliares y ayudantes que tanto me motivaron en este recorrido, cuyo nivel de compromiso con nuestra formación queda demostrado en el día a día, ya sea en la presencialidad como en la virtualidad.

En segundo lugar, quiero agradecer a mi tutor, el Dr. Marcos Bruno, quien puso a disposición su tiempo, capacidad, conocimiento y paciencia para guiarme durante la confección de este trabajo final. No puedo más que agradecer a quien se ofreció voluntariamente para llevar a cabo este trabajo cuando no era más que un proyecto, y que tras mucha dedicación logró el resultado que esperaba.

No puedo dejar de mencionar a aquellos quienes caminaron a la par mía en este trayecto: Mis compañeros de cursada, muchos de los cuales se convirtieron en amigos, y a todos los miembros de mi familia. Quiero destacar entre estos dos ámbitos, que en muchos casos son paralelos e independientes, a Yanina Claros; familiar, amiga, compañera de trabajo y futura colega. Agradezco poder contar con una persona que me guio y apoyó de forma incondicional en todos los ámbitos.

Gracias a todos ellos que, desde su posición, ya sea educando, acompañando o conteniendo, aportaron para que finalmente pueda llegar esta satisfacción.

Finalmente, agradezco la oportunidad que me dio la vida de poder estudiar lo que me apasiona y poder ejercer una profesión tan gratificante como lo es la odontología.

DEDICATORIA:

Quiero dedicar este trabajo a mis padres, Marina y Jorge, quienes se esforzaron para poder darme la oportunidad de estudiar esta carrera y fueron pilares fundamentales en este proceso.

Gracias por ser el mejor ejemplo y mi mayor inspiración.

RESUMEN:

Los piercings bucales, cuyo origen se remonta a la antigüedad, han mutado y se convirtieron en una forma de expresión o modismo destacados entre la población adolescente y joven. Sin embargo, el hecho de ser difundido en la actualidad y socialmente aceptado no lo exime de contraindicaciones, riesgos y complicaciones a corto y largo plazo. Es por eso que se enviaron encuestas semiabiertas dirigidas a aquellos que porten o hayan portado piercings bucales, con el fin de determinar qué factores contemplaron a la hora de llevar a cabo el procedimiento. Participaron 44 individuos cuyas respuestas se tabularon y estudiaron de forma transversal y observacional.

Los resultados indican que la mayoría de la población portadora de piercing bucal desconoce los riesgos, contraindicaciones y complicaciones y en caso de saberlas, las desestiman, priorizando su deseo personal ante su salud bucal y general. A la hora de mantenerlo y resolver imprevistos, no existe un criterio unificado, lo que nos indica la necesidad de más información disponible al resto. En este sentido, se dictó una videoconferencia dirigida a los encuestados, con el fin de divulgar información valiosa sobre el tema y destacar criterios básicos de salud/enfermedad asociados al *piercing* bucal.

Palabras clave: *Piercings*, conocimiento, complicaciones, divulgación.

ABSTRACT:

Buccal piercings, whose origin dates back to ancient times, have mutated and became a prominent form of expression or idiom among the adolescent and young population. However, the fact that it is currently disseminated and socially accepted does not exempt it from contraindications, risks and complications in the short and long term. That is why semi-open surveys were sent to those who wear or have worn mouth piercings, in order to determine what factors they considered when carrying out the procedure. Forty-four individuals participated whose responses were tabulated and studied in a cross-sectional and observational way.

The results indicate that the majority of the oral piercing population is unaware of the risks, contraindications and complications and if they do, they dismiss them, prioritizing their personal desire over their oral and general health. When it comes to maintaining it and solving unforeseen events, there is no unified criterion, which indicates the need for more information available to the rest. In this sense, a videoconference was held for those surveyed, in order to disseminate valuable information on the subject and highlight basic health / disease criteria associated with buccal piercing.

Keywords: *Piercings, awareness, complications, release.*

ÍNDICE

1.	Introducción	7
1.1.	Planteamiento del problema	7
1.2.	Marco teórico:.....	9
1.2.1.	Historia	9
1.2.2.	Actualidad	11
1.2.3.	Sitio de inserción.....	12
1.2.4.	Tipos de piercing	12
1.2.5.	Materiales	13
1.2.6.	Posibles complicaciones asociadas	14
1.2.7.	Precauciones y mantenimiento	24
1.2.8.	Legislación actual y marco regulatorio.	24
1.2.9.	Justificación.....	25
2.	Objetivos e hipótesis.....	26
2.1.	General.....	26
2.2.	Específicos.....	26
2.3.	Hipótesis.....	27
3.	Materiales y métodos	27
4.	Resultados.....	28
5.	Discusión	45
6.	Conclusiones	54
7.	Bibliografía	55
8.	Anexos.....	59
8.1.	Anexo 1: Encuesta voluntaria y anónima.....	59
8.2.	Anexo 2: Consentimiento informado.....	64
8.3.	Anexo 3: Descripción de cambios auto percibidos.	67
8.4.	Anexo 4: Personal encargado de resolver la complicación	68
8.5.	Anexo 5:Conducta adoptada frente a la complicación en cuestión.	69

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Planteamiento del problema

En la actualidad el uso de los *piercings* se ha convertido en un accesorio muy llamativo para la sociedad, diferentes razones motivan su utilización: moda, satisfacción personal, aceptación de un grupo social, etc.

La información sobre aquellos *piercings* insertados en regiones extrabucales, como lo son los aplicados en los lóbulos de las orejas, por ejemplo, es trascendente y las consultas o posibles complicaciones acerca de ellos son respondidas por la especialidad médica correspondiente (dermatología). Llamativamente, distinto es el caso de los insertados dentro de la cavidad bucal. Tal como exponen Covello *et al* [1], a pesar de la gran cantidad de personas interesadas en portar un piercing bucal o peribucal, todavía no hay suficiente divulgación del conocimiento sobre las complicaciones que envuelven esta práctica ni sobre el mantenimiento que exige el llevar este tipo de accesorios en la cavidad bucal. En este sentido, y por la gran aceptación social y utilización del *piercing* bucal, requiere para sus usuarios una explicación razonada de las distintas complicaciones, en función de evitarlas y tomar las medidas necesarias en función de su aparición.

Los *piercings* bucales pueden ser elementos de riesgo. Su potencial dañino radica en que estos no son fijos y justamente esa inestabilidad es la que afecta al tejido donde está colocado y su bioentorno, mediante microtraumas a repetición. Sumado a esto, el uso de *piercing* en boca puede provocar infecciones si no se logra tener una buena higiene bucal, favoreciendo la formación de biofilm.

Si bien Bensen *et al* presentaron en su estudio una técnica de inserción y el instrumental necesario para llevarla a cabo [2], no existe mucha información sobre el equipo de perforación ni el procedimiento que se emplea en este procedimiento. Por otro lado, la tensión que presenta el paciente en la cita para colocar el *piercing*, como también en el período de cicatrización varían según la localización, salud general y hábitos del individuo. Al no existir

consenso en estos tópicos, es posible que el procedimiento y las precauciones que se tomen eventualmente varíen mucho entre profesionales. Esto deja en evidencia la falta de formalidad en cuanto a la colocación de los *piercings*, lo que puede generar numerosas complicaciones, las cuales tampoco cuentan con un protocolo de resolución por parte de los perforadores.

Asimismo, la falta de una ley nacional regulatoria de estas actividades [3] deja librado al criterio de cada legislación provincial el hecho de dictar normas sanitarias básicas y medios de capacitación para ejercer como perforador. Es por esto que en muchos casos los perforadores no cuentan con la formación necesaria para abordar un medio de tan compleja anatomía como es el caso de la cavidad bucal, ni mucho menos con el criterio quirúrgico para llevar a cabo este tipo de procedimientos. Cabe destacar que a día de hoy existen leyes que regulan esta actividad en cada una de las provincias, pero la ausencia de una ley nacional unificada hace que existan importantes variaciones entre una región y otra. A todo ello se le suman las medidas de bioseguridad y antisepsia, que adquieren especial importancia, como en todo procedimiento quirúrgico, y han de extremarse dada la situación sanitaria actual.

Dicho esto, mediante el registro estadístico de las encuestas y la divulgación del conocimiento, adaptado a un nivel comprensible para la muestra poblacional, se busca la concientización sobre estos procedimientos y todo lo que ellos implican. De esta forma, se le da la posibilidad a la población de tomar la decisión desde una perspectiva completa y objetiva, siendo totalmente conscientes de los riesgos de esta práctica. Así, al momento de dar la aceptación previa a la inserción, los futuros portadores podrán poner en la balanza muchos factores que previamente no consideraban.

1.2. Marco teórico:

1.2.1. Historia

El término “*piercing*” es un anglicismo que se refiere a la práctica de perforar partes blandas del cuerpo (tales como lóbulos de las orejas, nariz, ombligo, pezones, etc.) mediante una aguja o catéter para luego insertar un elemento ornamental o decorativo [1].

Resulta imposible establecer en qué momento exacto apareció el *piercing* en la historia de la humanidad, aunque lo cierto es que se originan en la antigüedad. Por una gran variedad de motivos es un arte antiguo y venerable que en las últimas décadas parece haber emergido nuevamente.

El ombligo anillado era un signo de la antigua realeza egipcia y estaba prohibido a todos aquellos que no fuesen nobles. En aquellos tiempos, los ombligos muy profundos eran los más preciados. Por otro lado, en la India muchas mujeres se anillaban en la nariz desde muy pequeñas. Esta tradición la solían llevar a cabo las abuelas, que debían anillar a sus nietas antes de que se casaran. Se piensa que originariamente se hacía como signo de sumisión y devoción de la mujer hacia su marido. Este *piercing* se realiza en uno u otro lado de la nariz, según la etnia a la que pertenezca la mujer [29]. Grupos étnicos de diversas partes del mundo, como en Papua, Nueva Guinea, Polinesia, África y la India todavía lo siguen utilizando. En un principio su función era defensiva ya que daba un aspecto más feroz a quien lo llevaba, aunque sus fines actualmente son también estéticos y permiten a los distintos grupos tribales diferenciarse entre ellos y conocer el estatus social del que lo lleva. [4]

Algunas mujeres de Rajastán, India, llevan en su septum grandes aros de oro finamente trabajados con una finalidad cultural y estética [5].

En unos jeroglíficos mayas que datan del año 709 A.C. (Fig. 1) se observa el "rito de la sangre" practicado por la reina consorte maya de Yaxchilán, Lady Xoc. Ésta, arrodillada ante su marido, tira de una cuerda a la que se han insertado espinas a través de su lengua. Quizás este rito tan antiguo tiene que ver con los orígenes del *piercing* en

la lengua, tal y como lo conocemos, aunque la técnica utilizada, afortunadamente, ha cambiado mucho.

Todavía hoy, entre algunos grupos étnicos de Brasil, existe la costumbre de hacer una pequeña incisión bajo el labio que progresivamente se irá agrandando hasta alcanzar el tamaño deseado. En él se colocará una pieza circular por lo que la modificación corporal es impresionante. También suele realizarse este tipo de agrandamiento en los lóbulos de las orejas.

Asimismo, en muchas tribus de África (poblados Suya, Sara, Lobi y Kirdi) es muy común esta práctica y existe la tradición de que las jóvenes solteras empiecen a "agrandar" su labio en el momento en que se comprometen. Este proceso dura todo el noviazgo y hasta el momento de la boda. Es la prometida la que realiza un plato de barro cocido que progresivamente irá cambiando por otro más grande. A mayor tamaño del plato, mayor será la dote que la familia del novio pagará a la de la novia. [5, 6]

Estas prácticas también forman parte de la cultura árabe, siendo la portación motivo de orgullo para algunos el día que llegan a la edad adulta. Todos los miembros de sexo masculino de la comunidad, amigos y familiares, le preparan una gran fiesta a modo de "rito de paso" y uno de los regalos que le van a hacer será un pendiente,



Figura 1. Jeroglífico correspondiente al año 709 A.C. Se considera uno de los primeros registros del procedimiento de perforación lingual. La imagen retrata el ritual de sangre realizado por Lady Xoc (derecha), a quien se la ilustra pasando una cuerda con púas a través de su lengua, luego de haberla perforado con una lámina de obsidiana. La sangre que brotaba de la herida se almacenó en un jarrón y fue ofrecido a sus dioses como agradecimiento por el nacimiento de su heredero.

concretamente un aro que se le colocará al joven durante la ceremonia, en el lado izquierdo del escroto, entre los testículos y la base del pene. Existe la creencia de que así los testículos no podrán volver a subir al sitio de dónde descendieron durante la infancia. El “hafada”, que así es cómo se llama este *piercing*, da evidencia de que el joven es a partir de ahora y para siempre un hombre. Algunos árabes ricos ponen eventualmente en su hafada pendientes con piedras preciosas siendo la más preciada, por lo menos en la zona del Golfo Pérsico, la perla Kuwaití [7].

1.2.2. Actualidad

Hoy en día existe un abanico de motivaciones que impulsan su inserción y permanencia en boca [8, 12], que pueden agruparse dentro de las siguientes categorías:

- Belleza, arte y moda: embellecimiento.
- Individualidad: distinguirse del resto.
- Historia personal: catarsis personal o expresión de valores o experiencias importantes.
- Resistencia física: querer superar el propio umbral del dolor.
- Afilación a grupos.
- Protesta: especialmente en adolescentes, contra padres, autoridades o sociedad.
- Espiritualidad y tradición cultural: pertenecer a culturas o etnias donde estas modificaciones corporales tienen significado.
- Motivaciones sexuales: perforaciones en pezones o genitales para lograr mayor placer sexual.
- Sin razones específicas: incluye amplio grupo de personas que actúan sin una razón específica y/o de manera impulsiva.

1.2.3. Sitio de inserción

Se ha demostrado que la región anatómica predilecta para la inserción del *piercing* dentro de la cavidad bucal es en la lengua. Tomando en cuenta que esta presenta más complejidad para perforar, debido a la inervación motora y sensitiva, la irrigación que está dada por la arteria lingual y de la vena lingual, en la revista de odontólogos británicos *British Dental Journal* se menciona que es la zona en la que se presentan mayor número de complicaciones y revistiendo mayor gravedad. Han sido reportados casos de hemorragias, infecciones sobreagregadas y cicatrices, entre otros [13].

En Inglaterra, en 2008 encontraron una prevalencia de 1.5% de la población con *piercing* lingual y tan solo del 0.6% en labios. En Colombia, en el 2012 encontraron que el 91.3% de los *piercings* bucales se realizaron en lengua, el 8.2% en labios y el 1% en úvula. Con respecto a la distribución por género, es mayor la prevalencia de estos aditamentos en mujeres que en hombres, según estudios realizados en Estados Unidos de América, Inglaterra y Colombia [14, 15, 17].

1.2.4. Tipos de piercing

En la actualidad podemos clasificar los *piercings* dentro de 3 categorías, según su forma.

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 (Fig. 1-A)

2. Barbell: Barra recta o curva limitada en sus dos extremos por objetos esféricos, en la que uno de ellos hace de cierre. Utilizada generalmente en la lengua. En el momento de la perforación la longitud de la barra no debe ser menor de unos 20 mm, con el fin de liberar el espacio para no comprimir la respuesta inflamatoria de la lengua. Transcurridas dos semanas desde su colocación se podrá cambiar la barra a una de menor longitud (Fig. 1-B)

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. 1-C y D) [8].

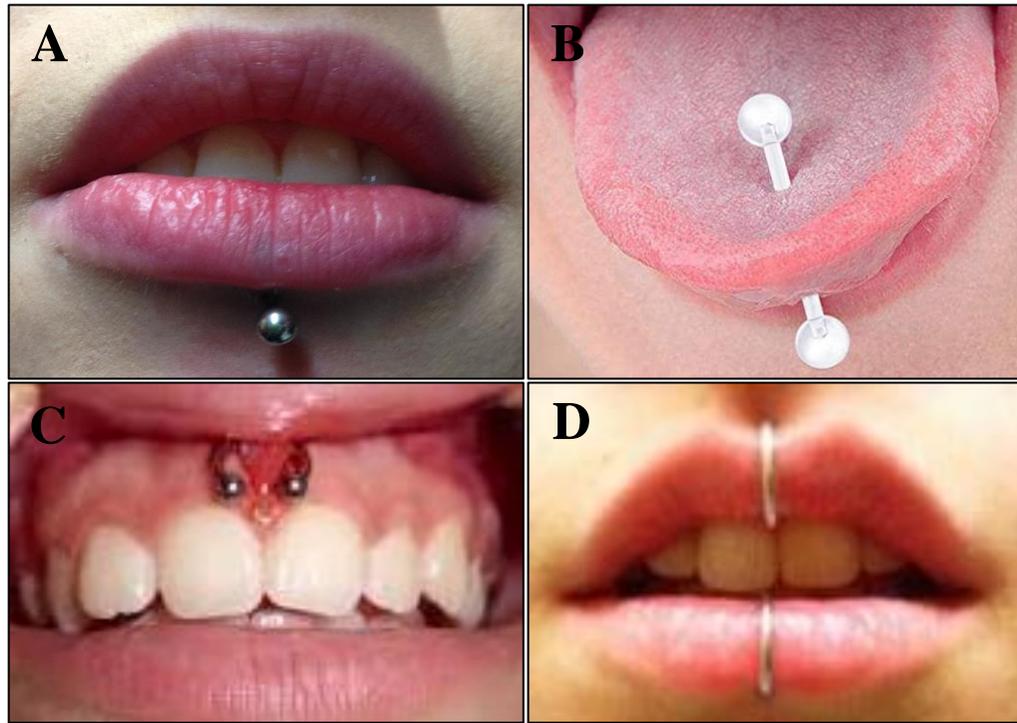


Figura 2. Tipos de *piercings* según su forma. **A.** *Piercing* tipo Labret/ Labrette en labio inferior. **B.** *Piercing* tipo Barbell recto en lengua. **C.** *Piercing* tipo anillo en frenillo labial superior. **D.** *Piercings* tipo anillos en labio superior e inferior. Ejemplos tomados de “Escudero Castaño N, Bascones Martínez A. Posibles alteraciones locales y sistémicas de los *piercings* orales y periorales. Avances en Odontostomatología. Feb 2007; 21-33”.

1.2.5. Materiales

Lo ideal es el uso de materiales hipoalérgicos 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. [12]

El oro es un material con escasa toxicidad, aunque determinadas personas presentan algún tipo de sensibilidad. El titanio no presenta 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 *piercings* bucales y peribucales. El acero inoxidable también 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 [12].

A pesar de que todos los metales empleados para este fin son biocompatibles, ninguno es completamente inerte en medio bucal, ya que iones o partículas metálicas pueden ser liberadas al medio como resultado de la corrosión de la superficie del metal [17]. Estos iones o partículas pueden estar implicados en el desarrollo de lesiones de la mucosa bucal. Además, estas partículas no sólo se depositan en los tejidos adyacentes, sino que pueden migrar hacia otras partes del organismo mediante vasos sanguíneos o linfáticos [17, 18].

Llamativamente, según exponen Olmedo *et al* [18], la práctica cotidiana se aleja de lo ideal, mostrando cambios significativos en la composición química de los materiales utilizados. Tal es así que en un total de 18 joyas estudiadas, ninguna cumplió con el mínimo requerimiento de cromo y níquel de acuerdo a ISO 5832-1. Por otra parte, el molibdeno (Mo), otro componente del acero quirúrgico, solo fue detectado en 3 de 11 piezas estudiadas. A esto se le suma el agregado de materiales que normalmente no forman parte de la composición del acero quirúrgico como lo son el aluminio (Al), sílice (Si) y fósforo (P). Estas modificaciones se expresan en los tejidos circundantes causando alteraciones en la mucosa debido a la disolución de estos metales y a la consecuente liberación de iones citotóxicos dentro del medio bucal.

1.2.6. Posibles complicaciones asociadas

Los expertos anuncian que uno de cada cinco personas que se perforan la cavidad bucal, padecerá una complicación asociada [21]. Esto no hace más que resaltar la importancia sobre la divulgación y conocimiento de este tema, teniendo en cuenta que no solo se producen durante la perforación, sino también en cualquier momento a lo largo de la vida de la joya en el cuerpo. Según Troye *et al* [22] estas alteraciones podrían llegar a ocurrir durante el procedimiento, a corto y a largo plazo.

Durante el proceso de perforación:

1. Hemorragia: 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, sobre las que deben practicarse métodos de hemostasia local inmediatamente. [15, 23]

2. Daño neurológico: la lengua está ampliamente innervada por el nervio trigémino. Tiene dos tipos de innervación, la motora, que procede de los nervios hipogloso mayor y glossofaríngeo, y la sensitiva, proveniente de los nervios lingual, glossofaríngeo y neumogástrico. Es posible lesionar un cordón nervioso durante el proceso, más frecuentemente cuando se perfora la parte dorso lateral que la dorsoventral. Si esto ocurriese, podría crear daños sensoriales o motores en función del nervio dañado, que tendrán mejor o peor pronóstico según el grado en el que se haya comprometido el nervio en cuestión [24].

3. Enfermedades transmisibles: todo el material, equipos y suplementos, debe estar correctamente estéril para evitar transmisión de enfermedades tales como hepatitis B y C (las más transmitidas), herpes simple, mononucleosis, tétanos, sífilis y tuberculosis, entre otras. [8,25].

A corto plazo:

1. Inflamación, dolor e infección local: 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 pico a las 72 hs. 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 del *piercing* era común en la mitad de los casos [27]. El tiempo necesario para que remitan totalmente los síntomas de dolor tras una perforación lingual

se calcula entre 4 y 6 semanas, siempre y cuando evolucione sin complicaciones. Otro factor que hay que tener en cuenta es la proximidad de las cadenas ganglionares submaxilares y submentonianas a la zona, ya que en caso de producirse una infección se podría diseminar fácilmente, provocando un deterioro en el habla e incluso obstruyendo la vía aérea (Fig. 2-A) [28].

2. Alteraciones imagenológicas: por protocolo, todo adorno metálico próximo al área de estudio debe de ser removido previo a la obtención de las imágenes, sobre todo en radiografías, resonancias magnéticas y tomografías. Esto es debido a que estos elementos pueden interferir con el estudio, provocando alteraciones a la hora de evaluar el sitio de asentamiento y estructuras vecinas. Esto no hace más que impedir o dificultar un correcto diagnóstico por imágenes. Llevando esto a la práctica odontológica cotidiana, en las radiografías panorámicas, por ejemplo, debe de retirarse cualquier objeto metálico por encima del cuello. También deben de ser quitados antes de obtener radiografías periapicales o bite-wing (Fig. 2-B) [9, 29].

3. Trauma sobre la encía/ mucosas: el eritema y edema localizados en la encía y/o mucosa adyacente representan las afecciones más encontradas en perforaciones bucales con una incidencia de 23% según Maresma Frómata *et al* (Fig. 2-C) [39].

4. Alergia: el metal del que está constituida la joya podría ocasionar una reacción alérgica o angioedema, actuando como alérgeno. Es así 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. Metales o aleaciones como el níquel, cromo o el níquel-cobalto no son de elección para conformar las joyas intrabucales debido a la elevada probabilidad de reacciones alérgicas. Un estudio realizado por Lhotka *et al* [31] mostró una hipersensibilidad al níquel en el 18% de hombres y en el 23% de mujeres junto con elevados índices de hipersensibilidad a otras sustancias como el cromo, que hasta ese momento formaban parte de la mayoría de los *piercings* bucales y peribucales

5. Bacteriemia: se define bacteriemia como la invasión del torrente circulatorio por bacterias, diagnosticándose mediante la realización de hemocultivos. La mayor parte de estas son transitorias, a excepción de las infecciones endovasculares (entre las cuales se incluye a la endocarditis), que tienen un comportamiento sostenido. La valoración de la gravedad y el pronóstico pueden ser adelantados ante la presencia o ausencia de ciertos factores relacionados con mayor mortalidad. Factores mencionados en distintos estudios como pronósticos de mortalidad son la adquisición nosocomial, la edad superior a 65 años, el desarrollo de shock séptico, la aparición de coagulación intravascular diseminada, enfermedad de base grave (incluyendo factores predisponentes como neutropenia, el uso de esteroides, etc.) y el tratamiento antibiótico inadecuado [32]. Tras una colocación reciente del *piercing* y ante la presencia de síntomas como fiebre, escalofríos, temblores y eritema circundante a la perforación, se deberá solicitar atención inmediata. [33]

6. Angina de Ludwig: es un tipo de celulitis aguda bilateral que cursa con una inflamación en la región sub maxilar y submental e infección bacteriana aguda, agresiva, de instauración y diseminación rápidas y progresiva. 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. Cursa con dificultad al deglutir y en la fonación. Puede desarrollarse 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 [26, 29].

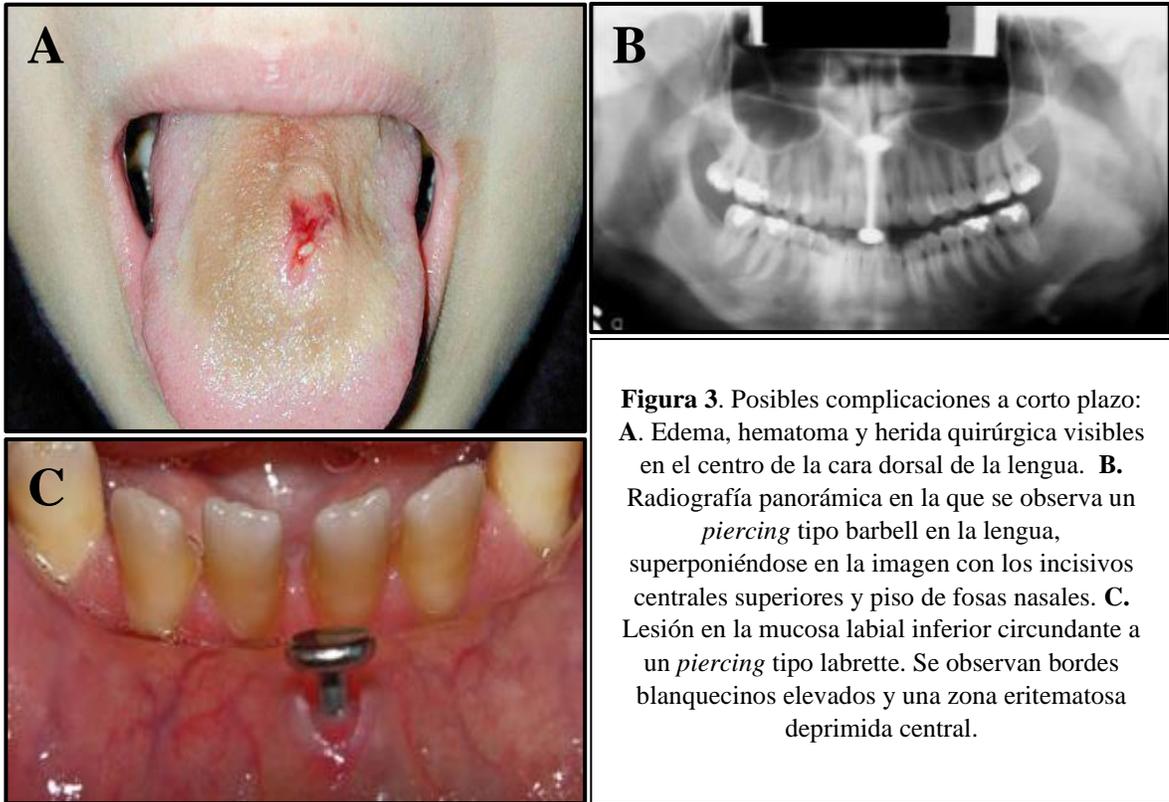


Figura 3. Posibles complicaciones a corto plazo: **A.** Edema, hematoma y herida quirúrgica visibles en el centro de la cara dorsal de la lengua. **B.** Radiografía panorámica en la que se observa un *piercing* tipo barbell en la lengua, superponiéndose en la imagen con los incisivos centrales superiores y piso de fosas nasales. **C.** Lesión en la mucosa labial inferior circundante a un *piercing* tipo labrette. Se observan bordes blanquecinos elevados y una zona eritematosa deprimida central.

Ejemplos tomados de De Urbiola, A. Viñals Iglesias, H. “Algunas consideraciones acerca de los *piercings* orales”. Avances en Odontostomatología [Internet]. 2005. Octubre. Vol. 5: 259-269

A largo plazo:

1. Biopelícula y cálculo: el *piercing* actúa como elemento retentivo de restos alimenticios, lo que complejiza la higiene cotidiana y por ello es un foco de bacterias. Esto es percibido por el portador mediante el signo de halitosis, lo cual es motivo de consulta. Restos de comida y cálculo se acumulan en el área del *piercing* y en la cara de la joya promoviendo la formación de biopelícula bacteriana con potencial patogénico. La perforación lingual con un barbell puede provocar la maduración de biofilm oral, además de cálculo supra y subgingival en dientes anteroinferiores debido a que la esfera inferior del *piercing* contacta continuamente con los dientes durante la masticación, deglución y fonación (Fig. 3-A) [27, 29].

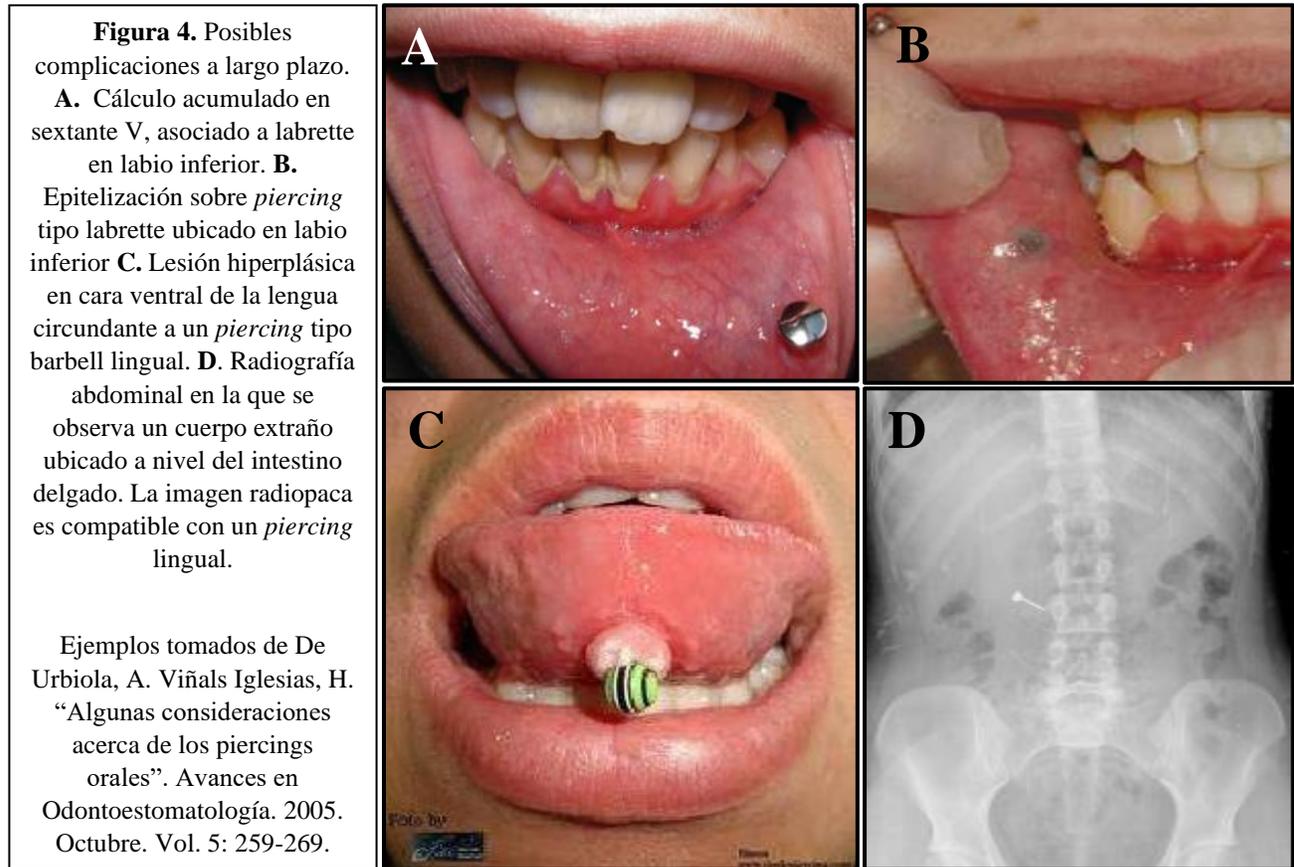
2. Alteraciones del habla y la masticación: con los *piercings* puede ser habitual, en lugares como la lengua, que haya una mayor dificultad al masticar, hablar y pronunciar, sobre todo letras como la s, sh, th, ph, t y v [12].

3. Hiperplasia tisular y epitelizaciones: puede ir acompañado de dolor y edema, inherentes a la lesión provocada durante el procedimiento. La perforación de los tejidos blandos puede cicatrizar de forma hiperplásica. Un factor que puede contribuir a las lesiones hiperplásicas es el movimiento continuo del *piercing* en el tejido sobre el que se inserta. Por otro lado, la herida causada por la colocación del *piercing* puede evolucionar, tras varios meses, con el recubrimiento epitelial del mismo, causando dolor al mover el adorno y complicando el momento de su retiro (Fig. 3-B y C) [12, 28].

4. 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. (Fig. 3-D) [27].

5. Fibroma traumático, hiperplasia fibrosa inflamatoria, quiste de retención mucosa: Plessas *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 [34].

6. Sialorrea: El *piercing* bucal provoca hipersalivación según autores, tales como Vent *et al* [35], que comprobó con un estudio de 234 alumnos del primer año de universidad de Helsinki, que el 63% de estos tenían *piercing* bucal tenían un incremento en el índice de saliva.



7. Traumas, fisuras y fracturas de piezas dentarias: Son las lesiones más frecuentes descritas por el uso de los *piercings* intrabucales. 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 [24]. Estas complicaciones dentarias son más frecuentes en los portadores de barbells linguales, sobre todo en la zona de molares e incisivos inferiores; que en los *piercings* labiales. En los portadores de coronas de

porcelana o con hábitos parafuncionales como el bruxismo, aumenta mucho el riesgo de fracturas o desgastes. También la joya puede provocar daño a las restauraciones preexistentes (Fig. 4 -A) [36,37].

8. Recesión gingival: Estudios indican 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 [8,20]. En estos artículos se describen una serie de casos de recesión gingival por *piercings*; los colocados en la lengua provocaban la recesión en la cara lingual de los incisivos anteroinferiores junto con un aumento en la profundidad de las bolsas periodontales; los *piercings* colocados en el labio inferior provocaron recesiones en la cara vestibular de los incisivos inferiores sin aumentar la profundidad de las bolsas periodontales. El desarrollo de las recesiones en la cara vestibular de los incisivos inferiores puede desarrollarse entre los 6 meses y los dos años tras la colocación del *piercing*. Vent *et al* comprobaron en su estudio que la recesión gingival se producía con mayor incidencia a partir de los dos años, sobre todo si el barbell era largo (Fig 4-B) [35].

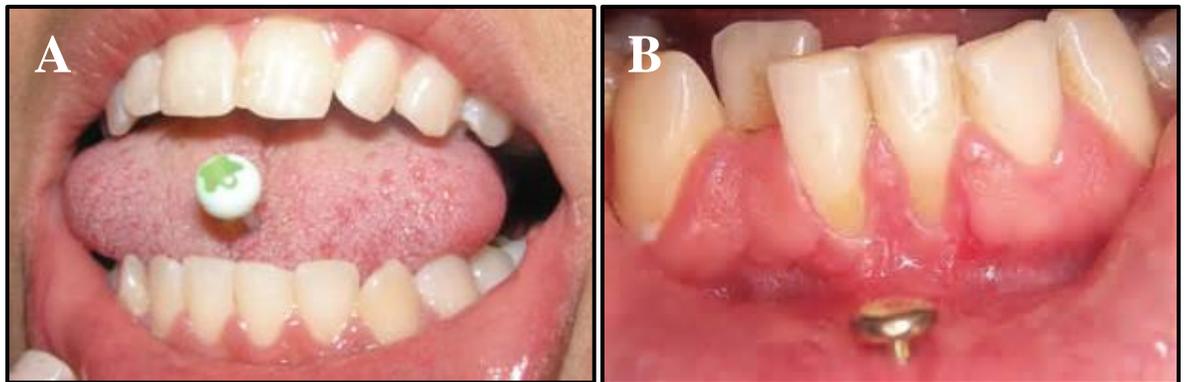
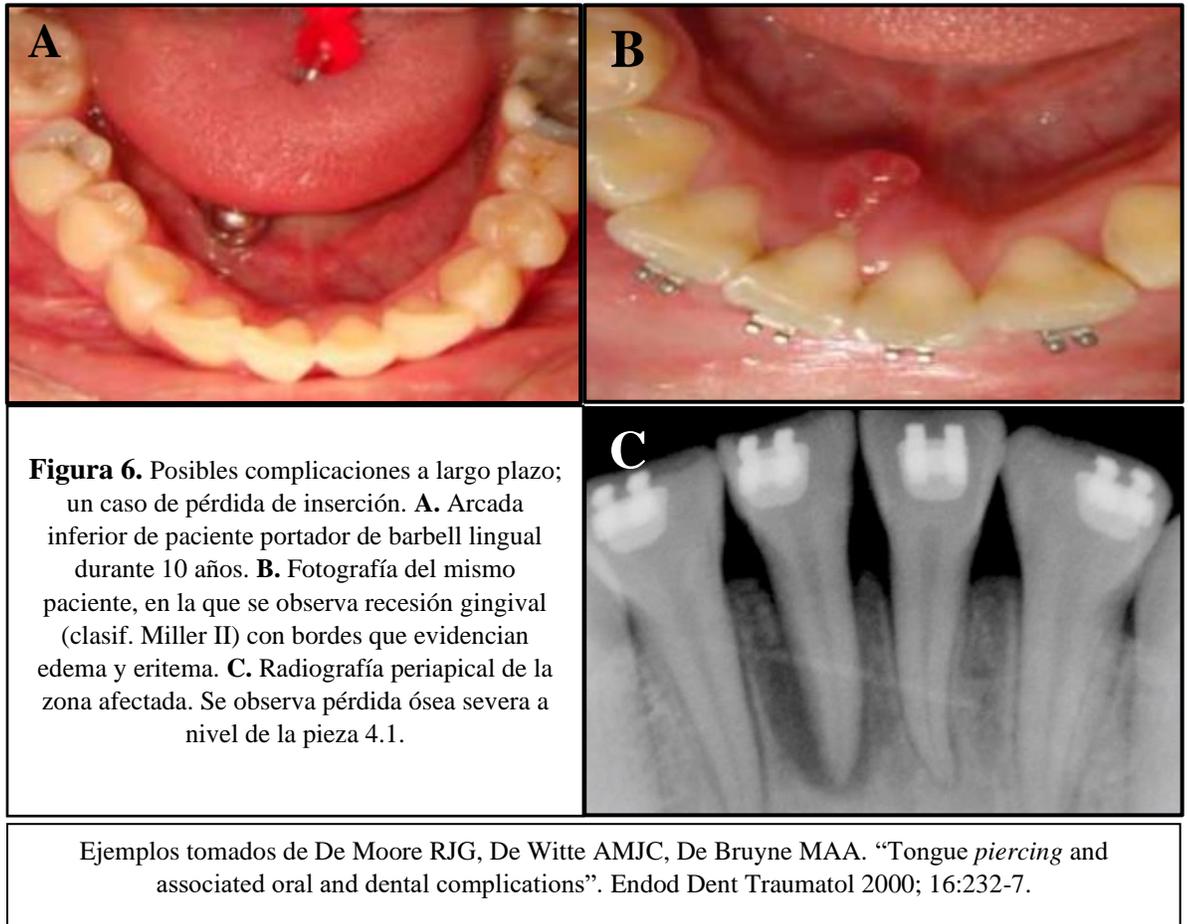


Figura 5. Posibles complicaciones a largo plazo. **A.** Fractura de ángulo mesioincisal de pieza dentaria 2.1 y ángulo distoincisal de 3.1. como consecuencia de uso de *piercing* lingual.
B. Recesión gingival (Clasif. Miller I) ocasionada por la fricción persistente de un *piercing* tipo labrette. Ejemplos tomados de De Urbiola, A. Viñals Iglesias, H. “Algunas consideraciones acerca de los *piercings* orales”. Avances en Odontoestomatología. 2005. Octubre. Vol. 5: 259-269.

9. Dehiscencia y pérdida ósea: Un *piercing* puede llegar a provocar una pérdida ósea horizontal localizada por el trauma constante que hace la joya [8]. La bola del labret o del barbell puede estar en continuo roce contra la encía mandibular provocando una dehiscencia ósea (Fig. 5) [3].



10. Endocarditis: Los *piercings* pueden provocar una grave infección del endocardio valvular en personas que sufren alteraciones cardiacas previas, siendo este antecedente médico una contraindicación absoluta para realizarse perforaciones [33, 34].

En su estudio [13], Jach Ravelo *et al* buscaron determinar y cuantificar las complicaciones ocasionadas por las perforaciones y el uso de los *piercings* bucales en personas portadoras de estos aditamentos, en el año 2016.

La población objeto de estudio estuvo integrada por 46 pacientes, entre ellos adolescentes, jóvenes y adultos de ambos sexos, pertenecientes al municipio de Güines (La Habana, Cuba), tanto del área urbana como del área rural, que acudieron a consulta estomatológica portando *piercing*.

Los resultados, expresados en las tablas 1 y 2, arrojan que las perforaciones asociadas a mayor número de complicaciones, tanto a corto como a largo plazo, son las realizadas en la lengua. Dentro de estas alteraciones, destacan la inflamación y el dolor como las más frecuentes a corto plazo, y la sialorrea y la dislalia a largo plazo.

Tabla 1. Distribución porcentual de las complicaciones a corto plazo, según zona de perforación.

Complicaciones inmediatas	Zona de perforación						Total	
	Labios		Mejillas		Lengua			
	No	%	No	%	No	%	No	%
Hemorragia	-	-	-	-	5	6.75	5	6.75
Inflamación	10	13.51	2	2.70	21	28.37	33	44.59
Dolor	12	16.21	2	2.70	22	29.72	36	48.64
total	22	29.72	4	5.40	48	64.86	74	100

Tabla 2. Distribución porcentual de las complicaciones a mediano y largo plazo, según zona de perforación.

Complicaciones mediatas	Zona de perforación						Total	
	Labios		Mejillas		Lengua			
	No	%	No	%	No	%	No	%
Infecciones	8	9.41	1	1.17	11	12.94	20	23.52
Alergias	3	3.52	-	-	4	4.70	7	8.23
Traumatismos	-	-	-	-	5	5.88	5	5.88
Alteraciones periodontales	6	7.05	-	-	1	1.17	7	8.23
Mal posición dentaria	2	2.35	-	-	-	-	2	2.35
Sialorrea	-	-	-	-	23	27.05	23	27.05
Dislalia	-	-	-	-	21	24.70	21	24.70
Total	19	22.35	1	1.17	65	76.47	85	100

1.2.7. Precauciones y mantenimiento

Inmediatamente después de realizar la perforación, se debe evitar el consumo de tabaco, alcohol, grasas, alimentos picantes, etc, puesto que son irritantes y retrasan la cicatrización; así como se aconseja cambiar de cepillo, ya que podrían permanecer en el mismo bacterias residuales que provocasen infecciones. Asimismo, el paciente deberá seguir una dieta líquida y fría por las primeras 24 horas, seguida de una dieta blanda. Dolor, edema e hinchazón son comunes en el corto plazo, para combatirlos es útil aplicar frío en la zona e ingerir analgésicos/antiinflamatorios de venta libre [2,22].

Como medida preventiva, la higiene adopta un papel fundamental. Es por esto que durante al menos 6 semanas se debe higienizar la cavidad bucal exhaustivamente después de comidas y bebidas, estando indicada la aplicación tópica de antisépticos (gel de clorhexidina en la superficie afectada 2 veces al día por no más de 7 días). También es necesario que el paciente remueva regularmente la joya, debiendo higienizarla con un cepillo suave o sumergirla en una solución con clorhexidina [38].

Por último, es pertinente dedicar especial atención a los signos de infección tanto a nivel local como sistémico: olor desagradable, enrojecimiento, hinchazón, supuración en el área perforada o alrededor de ella y fiebre. Si se halla alguno de estos signos, se deberá concurrir al odontólogo inmediatamente [37, 38].

1.2.8. Legislación actual y marco regulatorio.

A pesar de que la descripción al detalle de la normativa actual en cada provincia del país se escapa de los objetivos de este trabajo, es pertinente comentar los artículos más relevantes de la legislación en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, localización en donde se llevará a cabo este proyecto. En el marco de la ley N° 1897 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires [39], sancionada el 06/12/2005, se regula la práctica de tatuajes en la piel, perforaciones, micropigmentación y otras similares. Esta tiene por objeto establecer normas sanitarias básicas para la práctica del tatuaje y perforaciones,

en el ámbito de dicha ciudad, con la finalidad de prevenir y proteger la salud de los usuarios de este servicio y a los profesionales que la realicen.

La autoridad de aplicación es la Secretaría de Salud. Se dictan cursos de capacitación de carácter obligatorio para los tatuadores y perforadores, con el asesoramiento de las entidades acreditadas para tal fin, los cuales incluyen: normas sanitarias, esterilización, higiene y bioseguridad, anatomía de la dermis y nociones generales, primeros Auxilios, nociones generales sobre materiales y uso de materiales/herramientas.

Además, se dicta que “los artesanos del tatuaje y perforación”, tal como los nomina dicha ley, deben contar con una licencia que los habilite para poder ejercer su actividad. Dicha autorización será revalidada cada dos años, en tanto no hayan infringido ninguna de las normas de fondo ni procedimientos de la presente ley. En tal caso, deberán enfrentar una multa determinada según la gravedad de la transgresión.

Por último, en su artículo 11, se dictamina que todo sujeto que desee realizarse cualquier práctica de las contempladas en la presente ley, deberá firmar el consentimiento informado, por sí mismo o por sus representantes legales.

1.2.9. Justificación

La presente investigación tiene como fin determinar el conocimiento de la población en general acerca de las precauciones, contraindicaciones y riesgos que existen durante la aplicación y uso de los *piercings* bucales. El grupo encuestado será informado sobre las consecuencias que provoca el uso del *piercing* en la cavidad bucal realizando una videoconferencia como mecanismo de prevención y concientización.

El enfoque que se le da a esta investigación no es meramente estadístico, sino que busca cumplir el rol social del profesional odontólogo, como promotor de la salud bucal y cómo se ve afectada por estas prácticas. Esto surge desde la necesidad de informar a la población sobre los riesgos a los que se expone al perforarse y al portar un *piercing*, ya que las personas que se

han perforado alguna zona de la cavidad bucal no toman en cuenta las consecuencias que puede producir esto, las cuales se manifiestan como complicaciones inmediatas y mediatas.

Los odontólogos y los encargados de realizar la perforación deben conocer a la perfección las posibles complicaciones para informar a los clientes/pacientes de futuras consecuencias. Aquellos que persistan en su decisión de colocarse *piercing* bucal deberán firmar un consentimiento informado, para tomar conocimiento de las indicaciones y recomendaciones correspondientes dadas por el odontólogo y perforador.

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

2.1. General

- Determinar el nivel de conocimiento de la población sobre contraindicaciones, complicaciones y cuidados a tener en cuenta con respecto a los *piercings* bucales.

2.2. Específicos

- Descubrir los conocimientos previos, conductas y actitudes de los portadores respecto a su nivel de riesgo de la colocación de un *piercing* bucal.
- Reconocer variaciones dentro de este nivel de conocimiento general de la población, comparándolo con estudios ya publicados.
- Definir la incidencia de complicaciones y los métodos empleados para resolverlas.
- Informar a los participantes sobre las potenciales consecuencias surgidas durante la inserción y el uso mantenido de *piercings* bucales en la salud general y local.

2.3. Hipótesis

La población desconoce en qué medida la inserción y portación de *piercings* bucales incide negativamente en su salud bucodental.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal, observacional con fines descriptivos. En primera instancia, se formularon encuestas [Anexo 1], en base a las empleadas en el trabajo de González Ciani [40]. Las mismas fueron dirigidas a adolescentes mayores y adultos de ambos sexos, que sean o hayan sido portadores de piercings en la cavidad bucal. En estos cuestionarios se evaluó nivel de instrucción, hábitos relacionados, sitio de inserción, edad al momento de inserción, motivo de uso, tiempo de uso, persona y sitio escogidos para realizar la perforación, cambios que haya notado en sí mismo desde que se efectuó el procedimiento, conocimientos previos sobre riesgos y contraindicaciones, complicaciones asociadas y conductas adoptadas para su resolución. Fueron excluidos de las condiciones basales los factores sexo, ocupación, ubicación geográfica y alimentación ya que los considero irrelevantes para los fines de este estudio. Para formularlas y tabularlas se utilizó el software Google Forms y para distribuir las se usaron correo electrónico y Whatsapp.

En segundo lugar, se envió a la dirección de correo que les fue solicitada como contacto durante la encuesta, un consentimiento informado [Anexo 2] que detallará los términos y condiciones de esta investigación.

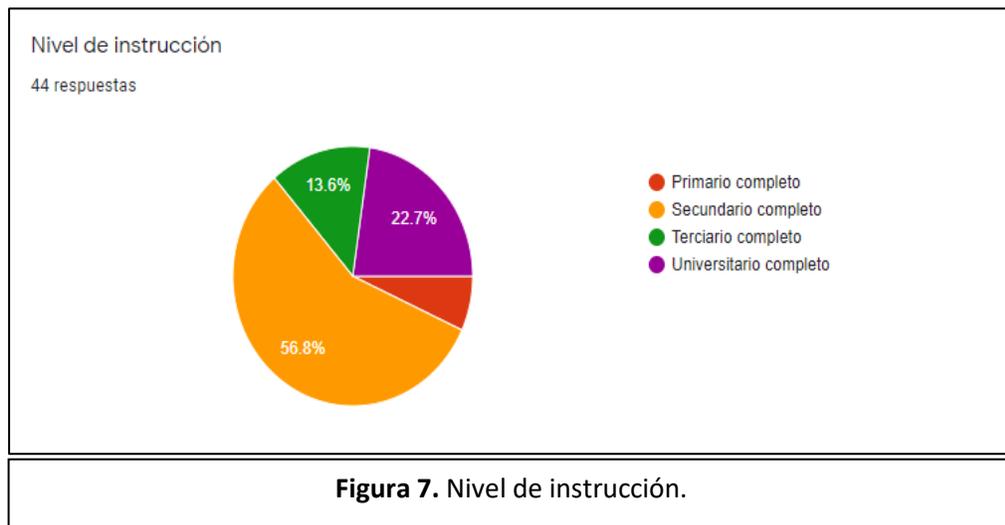
Por último, una vez obtenidos y analizados los resultados, se realizó una videoconferencia dirigida hacia los participantes, por medio de la plataforma virtual “zoom”, reproduciendo diapositivas mediante Power Point, las cuales están elaboradas a partir de la información expuesta dentro del marco teórico.

Esto último es con fines educativos y motivacionales, resultado útil como primera medida de prevención de complicaciones.

4. RESULTADOS

Se realizó una encuesta de forma virtual a 44 participantes, en el período comprendido entre Junio y Julio de 2021, cuyos resultados se verán reflejados en los gráficos que se presentan a continuación.

Para comenzar, la primera pregunta es relevante como indicador del nivel de instrucción que posee la población.



De la población encuestada, un 7% completó únicamente el ciclo primario. Por otro lado, la mayoría (55%) finalizó el ciclo secundario completo y aproximadamente el 35% continuaron su formación con estudios superiores (terciario o universitarios). No hubo registros de analfabetismo (Fig. 7).

Se tuvo también en cuenta los hábitos de los encuestados, ya que los considero invaluable para determinar la evolución post-quirúrgica y la incidencia de complicaciones. El hecho de asistir a su consulta odontológica también puede repercutir en el nivel de conocimiento que tengan sobre las complicaciones y cuidados de sus *piercings*, resultado de la comunicación habitual con su profesional.

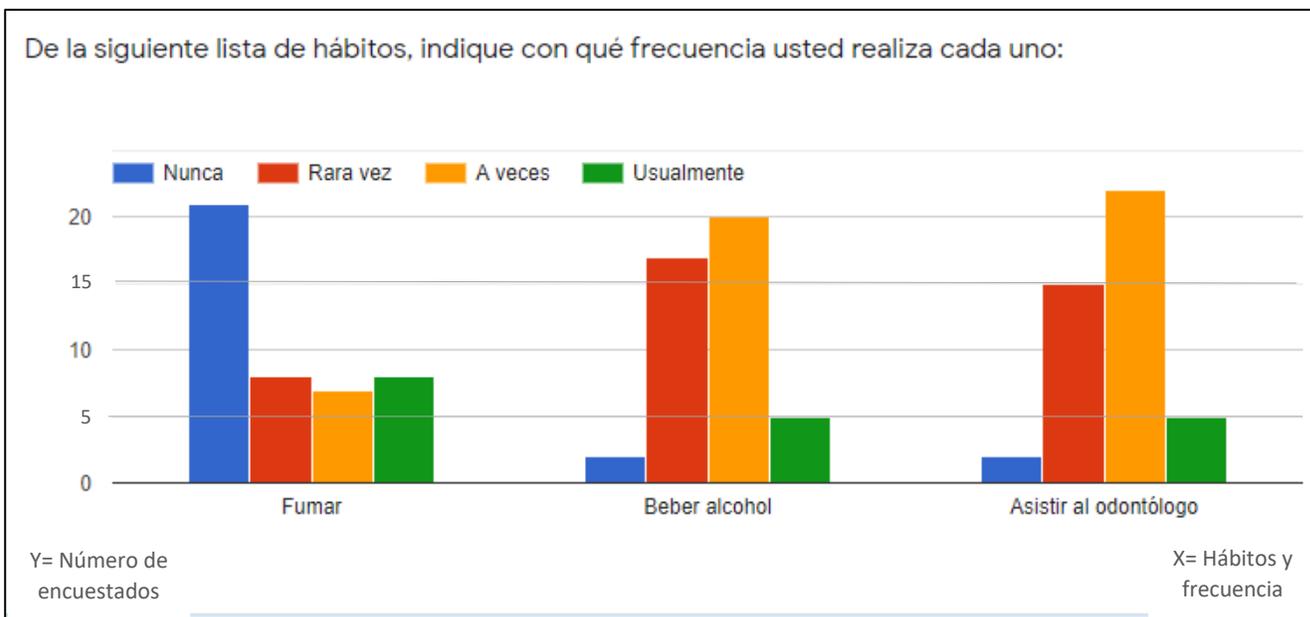


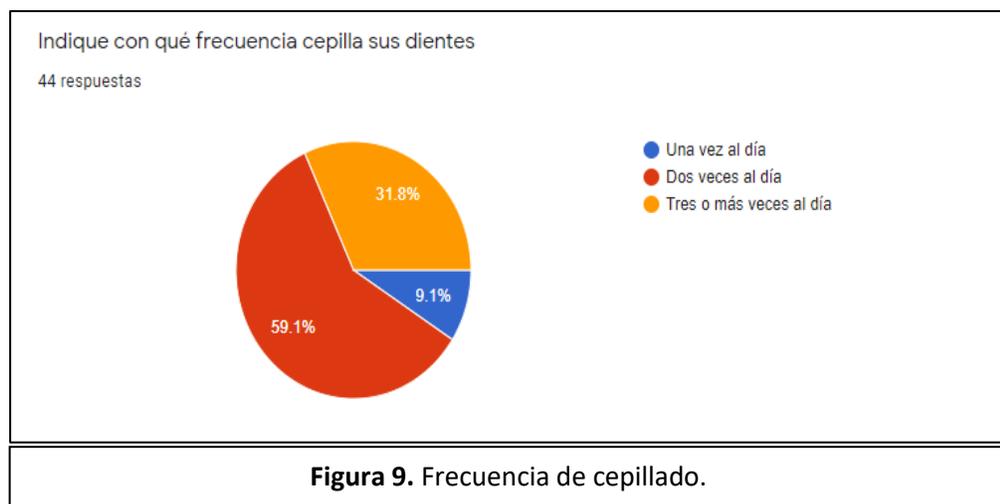
Figura 8. Hábitos y frecuencia.

Aquí se registraron los hábitos de fumar, beber alcohol y asistir al odontólogo. Respecto al tabaquismo, 47% refieren no fumar nunca, 18% hacerlo en raras ocasiones, 16% ocasionalmente y 18% de manera usual.

En cuanto al consumo de alcohol, nada más que el 4% declararon no beber jamás, 39% en raras ocasiones, 45% ocasionalmente y 11% de forma usual.

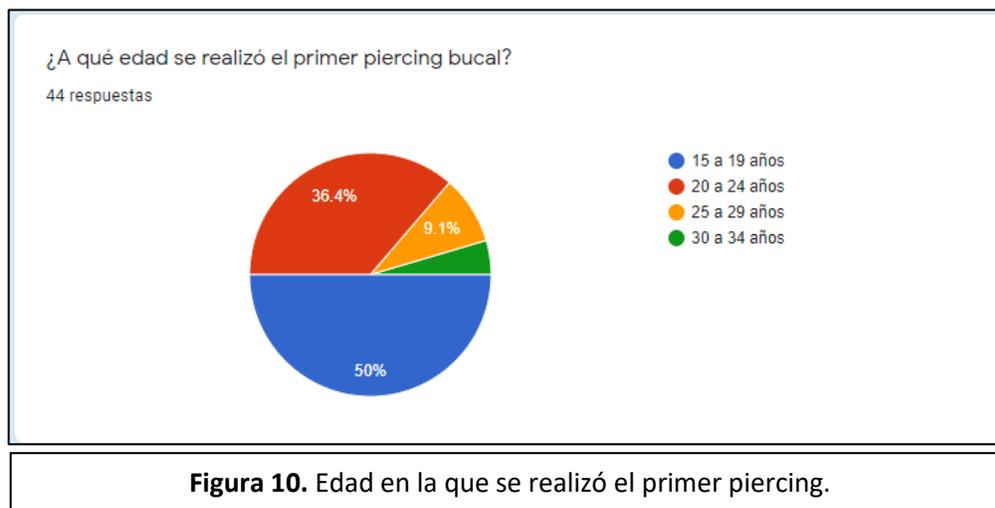
Por último, como puede verse en el gráfico, la asistencia al odontólogo tuvo una distribución similar al del consumo de alcohol; 4% afirmaron no asistir a la consulta odontológica bajo ninguna circunstancia, mientras que 34% contestaron “rara vez”, 50% “a veces” y tan sólo 11% refirieron hacerlo usualmente (Fig. 8).

Para continuar indagando acerca de los hábitos, incluí una pregunta respecto a la frecuencia del cepillado, la cual arrojó que la mayoría (59%) lo hace 2 veces al día. El 32% de los encuestados lo hacen 3 o más veces por día y el porcentaje restante (9%), sólo una vez al día (Fig. 9).



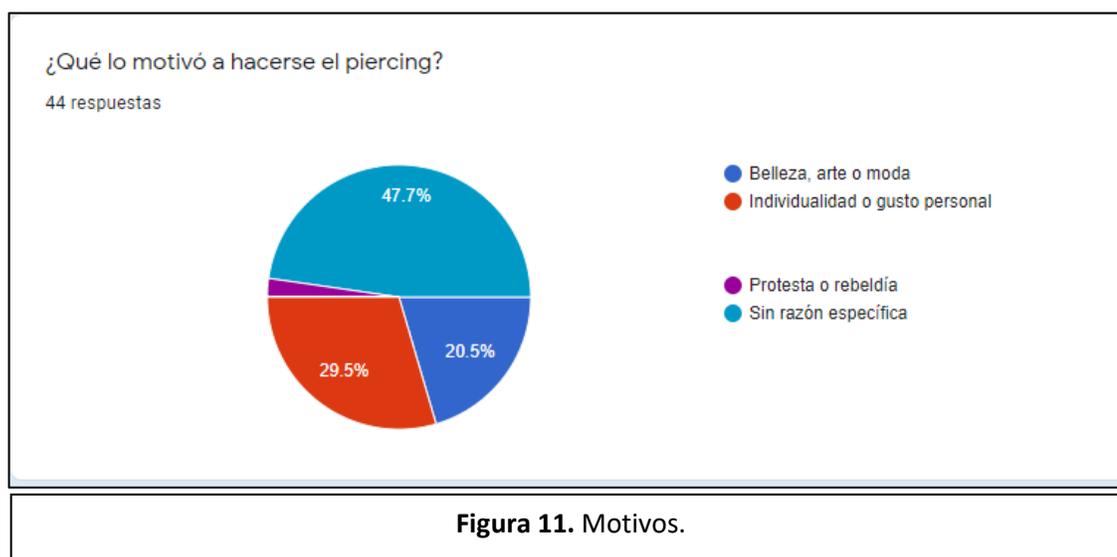
La importancia de estos últimos ítems reside en que la ausencia de hábitos nocivos, como lo son el tabaquismo, alcoholismo e higiene bucal defectuosa, influyen negativamente en el proceso de cicatrización de las perforaciones para piercings bucales y aumentan la cantidad y gravedad de complicaciones asociadas a corto mediano y largo plazo.

A su vez, incorporé al cuestionario una pregunta sobre la edad en la que se realizó el primer piercing. Resulta un dato a tener en cuenta, para asociar el primer contacto con estas prácticas con algún rango etario.



De los 44 encuestados, 50% refirieron haberse tatuado entre sus 15 y 19 años de edad. Por otro lado, el 36% los que eligieron realizar la perforación bucal en el periodo de 20 a 24 años de edad. 9% de las personas dijeron haberse perforado teniendo de 25 a 29 años, y sólo el 4% lo hicieron teniendo de 30 a 34 años de edad (Fig. 10). No se registraron personas que se hayan colocado piercing de 35 años en adelante.

Por otro lado, indagué sobre el motivo que los impulsó a portar un piercing.



En cuanto a este tópico, 48% de los encuestados reflejaron que en su momento lo hicieron sin una razón específica. Por su parte, 29,5% afirmaron que fue por individualidad o gusto personal, 20,5% que los motivó la belleza, arte o moda y el 2% participante seleccionó “protesta o rebeldía” como la principal razón por la que se colocaron el piercing (Fig. 11). Ningún encuestado eligió las opciones “afiliación a grupos” ni “espiritualidad o tradición cultural”.

Asimismo, la cantidad de piercing bucales realizados adquiere importancia para saber la adhesión que tienen los encuestados hacia estas prácticas, determinando si la colocación de un primer piercing bucal vendría acompañada por otros subsiguientes.

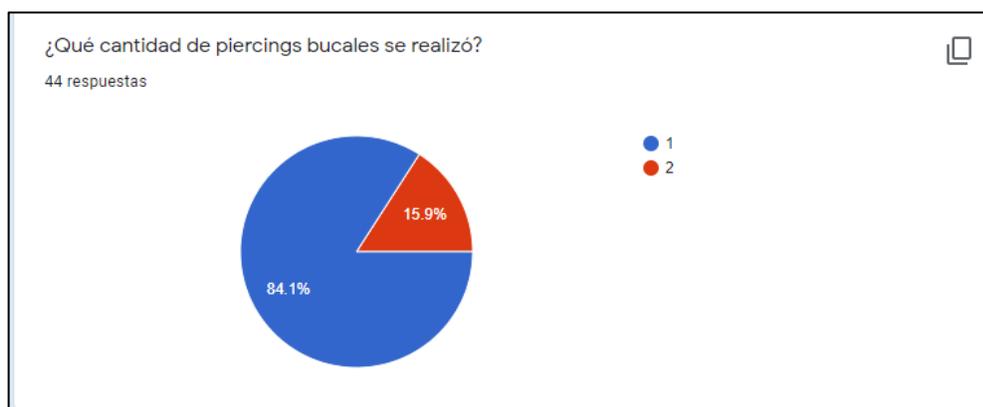


Figura 12. Cantidad de piercing bucales realizados.

En cuanto a la cantidad de piercing bucales que se realizaron, el 84% de los encuestados han respondido que solo se realizaron una perforación bucal, mientras que el 16% restante utilizó 2 perforaciones (Fig. 12). No se registró nadie que porte 3 o más piercings.

Además, resulta interesante determinar si dichos piercings bucales son acompañados por otras expresiones del *Body Art*, en este caso los piercings extraorales, o si se comportan como una elección independiente, por fuera de proyectos de transformación o arte corporal.

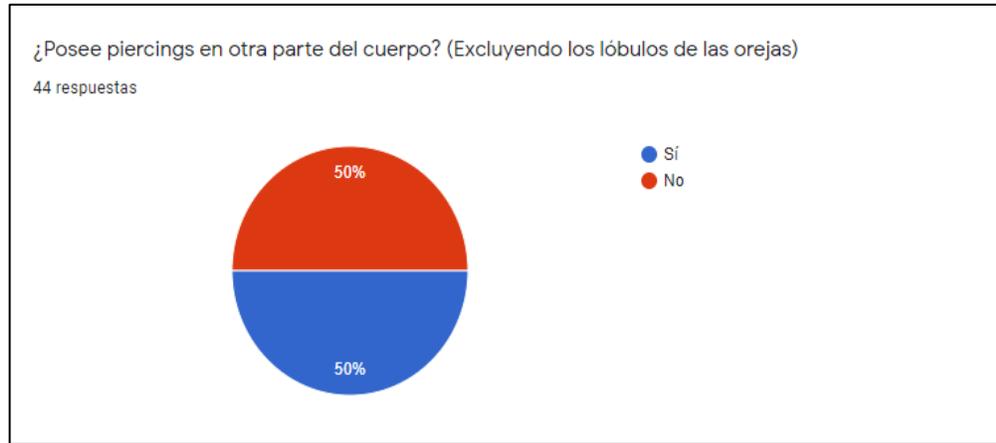


Figura 13. Piercings en otras partes del cuerpo.

En este caso la distribución fue equitativa, es decir, se manifestó en forma de 50/50. Tal como se ve en la Fig. 13, el 50% de los encuestados expresó utilizar piercings en otras partes del cuerpo, mientras que la mitad restante manifestó lo contrario.

Siempre que se porte un piercing bucal, es indispensable dar a conocer la localización dentro de la boca. Se consideraron para la siguiente pregunta las ubicaciones que se expresaron en materiales y métodos, es decir; lengua, labio superior, labio inferior, frenillos, mejillas y úvula.

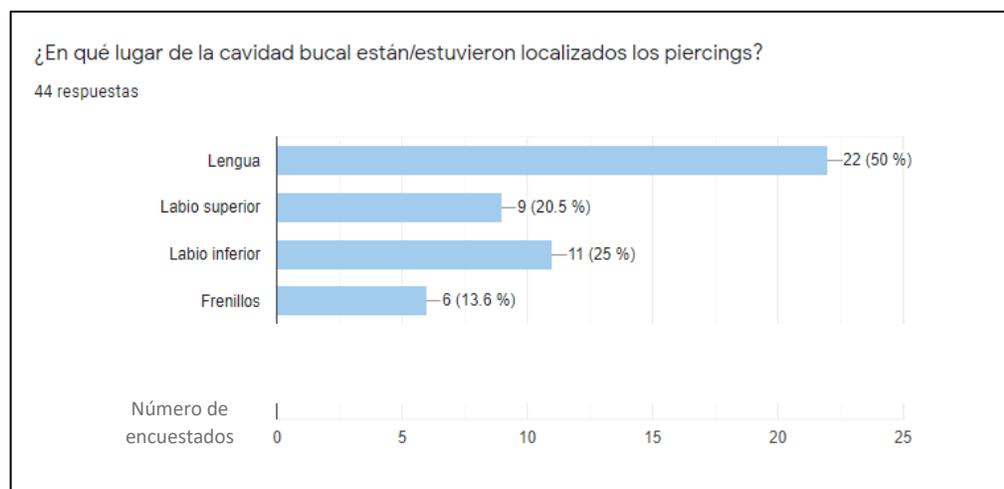
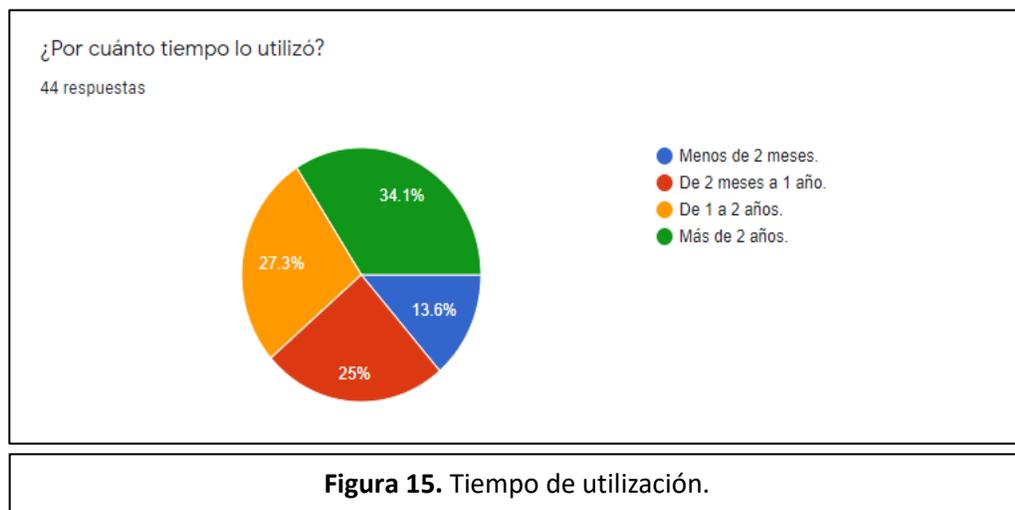


Figura 14. Localización intrabucal.

Tal y como se observa en la figura 14, el 50% de los participantes porta piercing lingual, 25% lo portan en labio inferior, 20,5% en el labio superior y el 13,5% restante en frenillos. No se registraron portadores en mejillas ni úvula dentro de los participantes de esta encuesta.

Estos datos adquieren especial importancia si se relacionan con el número y gravedad de complicaciones, y con las conductas que se adoptaron para resolverlas.

El tiempo de utilización es valioso al relacionarlo con las complicaciones que puedan surgir a corto, mediano y largo plazo, así como su evolución y la gravedad que adquiere al perpetuar su uso.



En esta oportunidad, 13,5% aseguraron usarlo por menos de 2 meses, mientras que el 25% lo mantuvieron durante el plazo comprendido entre 2 meses a 1 año (fig 15). Además 27% afirmaron utilizarlo a lo largo de 1 o 2 años y el 34% perpetuó su uso por más de dos años (Fig. 15)

Siguiendo esta lógica, la autopercepción de anomalías es un tópico a considerar, porque será a partir de ella que se adoptarán las distintas actitudes terapéuticas, yendo desde el nihilismo hasta la intervención por parte del profesional odontólogo, incluyendo también la posibilidad de renunciar a la portación del piercing.



Figura 16. Cambios percibidos a nivel local a partir de su uso.

Los resultados hallados fueron parejos; el 52% nunca percibieron cambios a nivel local luego de la inserción del piercing, mientras que el 48% sí los han notado (Fig. 16). Dentro de este último grupo, les solicité que detallen qué cambios pudieron observar en su boca, por medio de una pregunta abierta.

Al ser las respuestas muy variadas, procedí a agruparlas para poder expresar más fácilmente los resultados, que se verán reflejados a continuación (Tabla 3). La figura a partir de la cual se formuló esta tabla, al ser muy extensa y poco clara, se encuentra incluida en el apartado de anexos (Anexo 3)

Tipo de alteración	Cantidad de encuestados que la percibieron
Hinchazón	6
Gingivitis	5
Halitosis	5
Dificultad para hablar/gesticular	3
Retracción gingival	3
Dificultad para comer	2
Sensibilidad dentaria	1
Hipersalivación	1
Abrasión	1
Fractura	1
Presencia de sarro	1
Movilidad dentaria	1
Total de alteraciones percibidas	30

Tabla 3. Descripción de cambios auto percibidos.

La hinchazón se mostró como la alteración más detectada, seguida por gingivitis y halitosis. Dentro de las alteraciones menos percibidas, se encuentran sensibilidad dentaria, hipersalivación, abrasión, fractura, presencia de sarro y movilidad dentaria

La población elige a su encargado de confianza en base a muchas variables, una de las cuales es la aptitud de la persona para realizar el procedimiento. Estos datos nos permitirán evaluar si la capacitación demostrable es realmente un parámetro que toman en cuenta, a nivel general, para seleccionar a la persona idónea, y qué lugar ocupa dentro de su escala de prioridades.

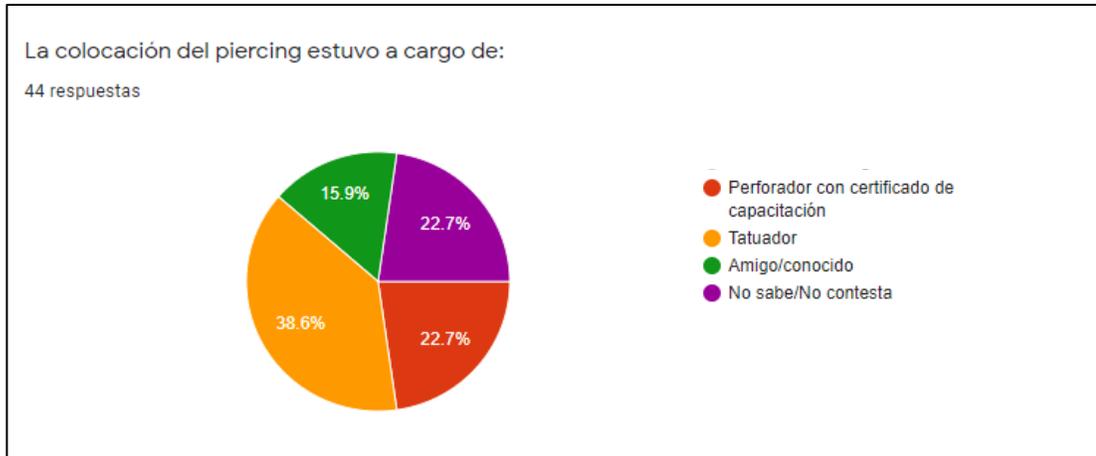


Figura 17. Personal encargado de la colocación del piercing.

Como se puede observar en la Figura 17, el 39% de los participantes respondieron que el procedimiento fue llevado a cabo por un tatuador. Además, 23% asistieron que el encargado fue un perforador con certificado de capacitación. El mismo porcentaje de personas eligieron la opción “no sabe/no contesta”. Finalmente, el 16% eligieron a un amigo o conocido como idóneo para llevarlo a cabo. No hay registro de personas que hayan seleccionado a un profesional de la salud para este tipo de intervenciones.

Siguiendo con el cuestionario, para poder cuantificar algo abstracto y subjetivo como lo es el dolor, se utilizó una escala aritmética del 1 al 10 en la que 1 es indoloro y 10 representa el peor dolor imaginable (Fig. 18).

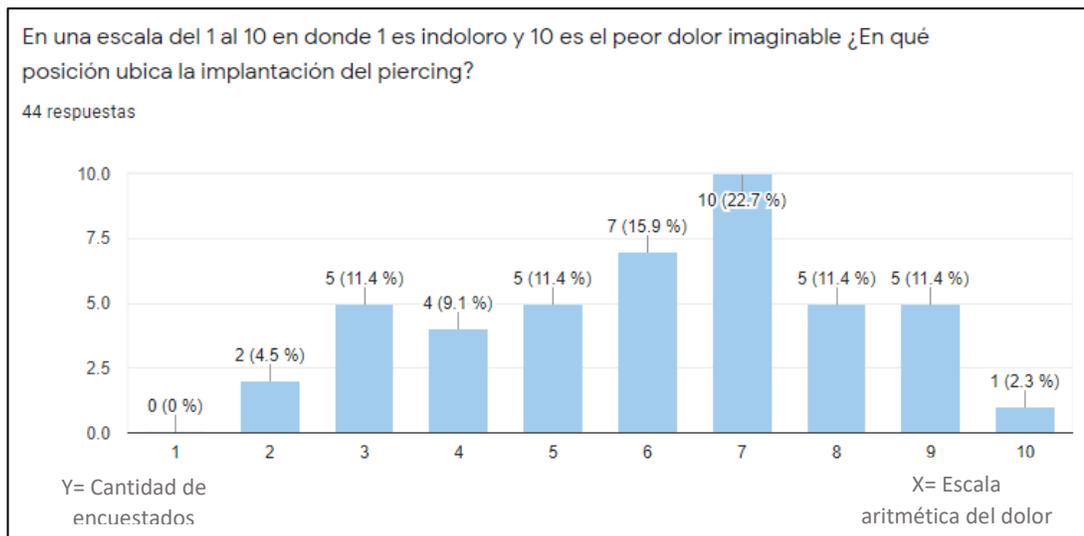


Figura 18. Escala de dolor durante inserción (1 al 10).

Los resultados obtenidos dieron como punto más alto el 10 y el más bajo el 2. El número más seleccionado fue el 7 (23%), seguido por el 6 (16%) y ningún encuestado manifestó que el procedimiento sea completamente indoloro. La media aritmética o promedio de este apartado dio como resultado 6,07.

Para continuar, consultamos sobre la contemplación de antecedentes personales de relevancia durante el preoperatorio. Es responsabilidad del operador indagar sobre antecedentes personales de interés que puedan interferir durante las distintas etapas del procedimiento, ya sea de forma intraoperatoria o postoperatoria. Por ello es que ahondamos en este tema.



Figura 19. Contemplación de antecedentes personales de relevancia.

De los 44 encuestados, sólo el 23% fueron interrogados previamente respecto a su estado de salud general. Al 77% restante no se les consultó acerca de su estado de salud general (Fig. 19)

Resulta básico en cualquier intervención respetar los principios de asepsia y antisepsia. La perforación no debe dejar de cumplirlos, por más simple que aparente ser.

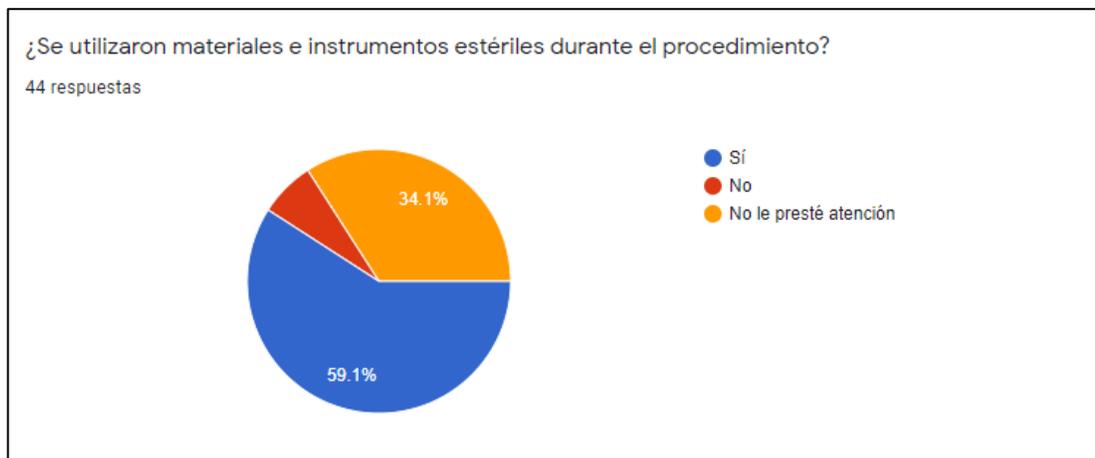


Figura 20. Uso de materiales e instrumentos estériles durante procedimiento.

Es por ello que un porcentaje 59% que la población encuestada observó que se cumpliesen estas normas. Por otro lado 34% declararon no haberle prestado atención a este asunto, mientras que el 7% manifestaron que no se utilizaron las medidas en cuestión (Fig. 20).

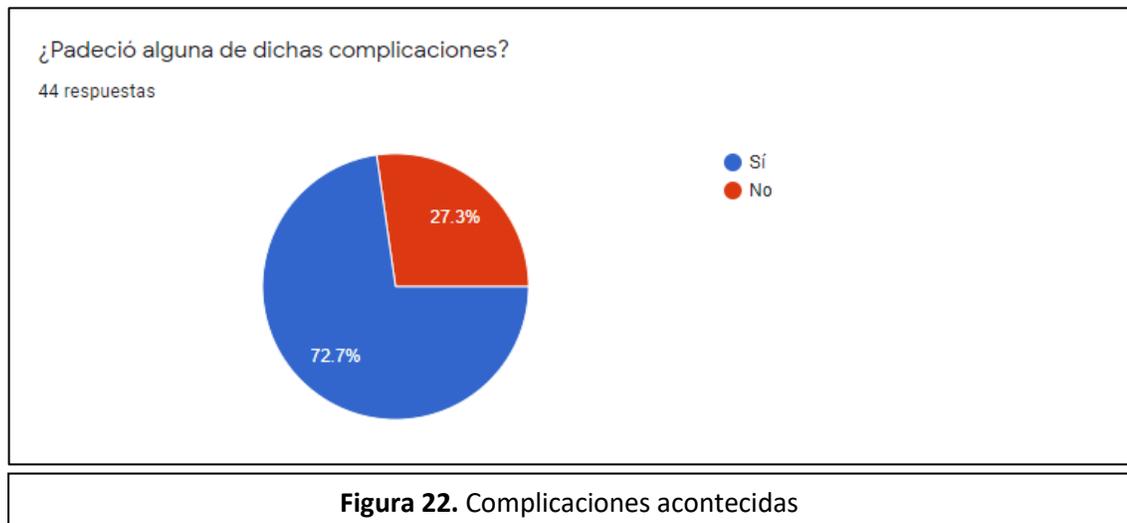
En la siguiente pregunta, se seleccionaron algunos puntos de los enumerados como complicaciones en el marco teórico y se elaboró el siguiente listado, en el cual los encuestados debían marcar todas las complicaciones que considerasen asociadas al uso del piercing bucal. Los resultados fueron los siguientes:



Figura 21. Complicaciones consideradas como posibles.

En este caso, “hinchazón”, “dificultad al comer”, “dificultad al hablar” e “infecciones” fueron las opciones tildadas con mayor frecuencia (Fig. 21). En contraparte, “movilidad dentaria”, “reacciones alérgicas” y “sangrado incontrolado”, fueron las opciones menos elegidas.

A continuación, se les consultó si habían padecido alguna de esas complicaciones.



La respuesta fue positiva en un 73% de los casos. El 27% sobrante de la muestra declaró no haber transitado ningún tipo de complicación asociada (Fig. 22)

A ese 73% de los encuestados, cuya respuesta a la pregunta anterior fue positiva, se les realizó una pregunta abierta, con el fin de precisar quién había sido el/la encargado/a de resolver la complicación en cuestión. Los resultados (Anexo 4) fueron muy variados y, con el fin de sintetizarlos, los enunciaré a continuación en formato de tabla (Tabla 4).

Encargado de resolver la complicación	Cantidad de encuestados
Ellos mismos	11
Odontólogo/a	6
Nadie	4
Tatuador	4
Médico/a	3
Total	28

Tabla 4. Encargados de resolver la complicación

La mayoría de los participantes expresaron haber resuelto la complicación por su cuenta, mientras que la consulta con el odontólogo ocupó el segundo lugar. Cabe destacar que se excluyeron dos respuestas consideradas no válidas por errores de interpretación por parte de los encuestados.

A su vez, a ese mismo estrato se le solicitó contestar otra pregunta más asociada a las complicaciones, en este caso buscando ahondar sobre el tratamiento mediante el cual se buscó darle solución a dicho inconveniente. Tal y como en el caso anterior, preferí una pregunta abierta (Anexo 5) que les permitiera expresarse libremente, para luego agrupar las respuestas con fines estadísticos. Los resultados fueron los siguientes:

Tratamiento empleado	Cantidad de encuestados
Crioterapia	6
Analgésico/Antiinflamatorio/Antipirético	5
Uso de sustancias tópicas	5
Dejar de usar el piercing	5
Nihilismo	5
Cambio de hábitos	4
Intervención odontológica	4
Medidas hemostáticas locales	1
Antibióticos	1
Total	36

Tabla 4. Tratamiento implementado.

La crioterapia, ya sea en forma de buches, aplicación directa de hielo o dieta fría fue la medida implementada con más frecuencia. Otras medidas a las que se recurrieron fueron el uso de sustancias tópicas, remisión del uso de la joya e indicación de Analgésicos, antiinflamatorios y antipiréticos.

Debo resaltar que en 19 casos las terapias elegidas fueron únicas, mientras que en 8 casos se combinaron diversas opciones de las arriba mencionadas, como parte de un único tratamiento para resolver la/s complicación/es.

Para proseguir con el enfoque en prevención de complicaciones, es destacable la importancia de las vacunas como barrera biológica de bioseguridad.

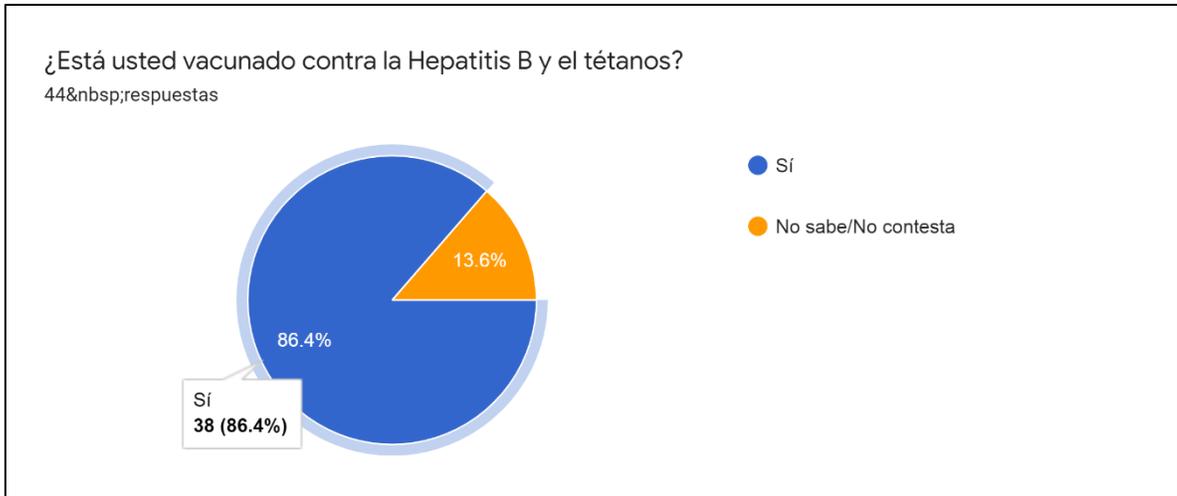


Figura 23. Vacunación (Hepatitis B y tétanos).

En el 86% de los casos registré una respuesta positiva, mientras que los restantes casos (14%) no sabían o no contestaron respecto a su estado de inmunización contra la hepatitis B y el tétanos (Fig. 23). No fueron registrados casos en los que la respuesta haya sido negativa.

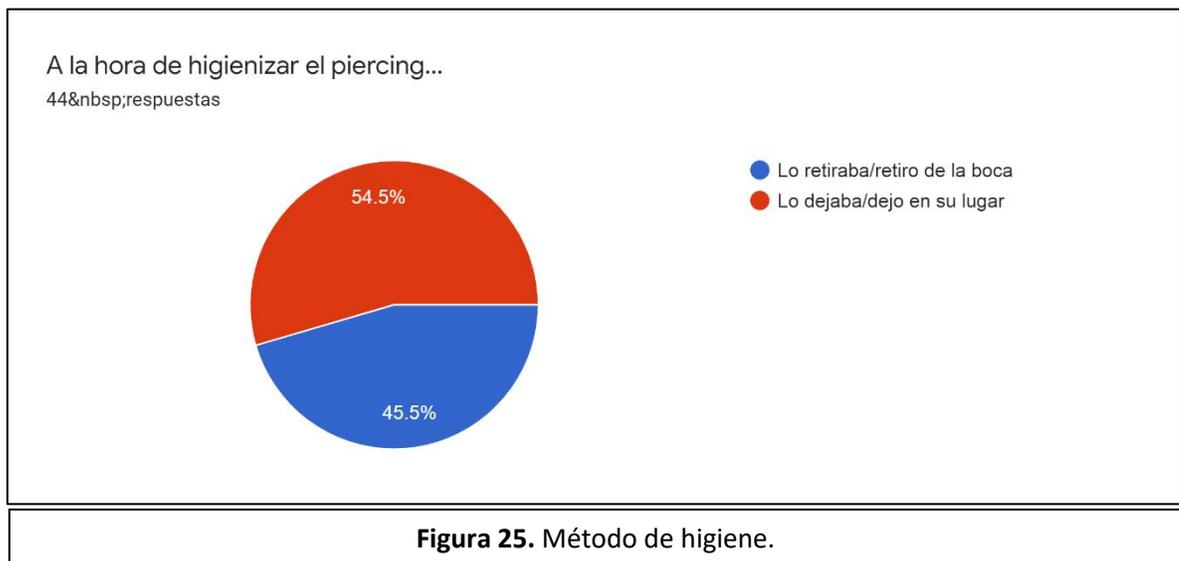
Prosiguiendo con el cuestionario, se ahondó sobre las medidas de mantenimiento especiales que fueron aplicadas mientras el piercing se mantuvo en posición, los resultados fueron los siguientes:



Figura 24. Medidas de mantenimiento empleadas.

Si bien debiera haber un consenso sobre las medidas de higiene a emplearse, vemos que la distribución de las respuestas fue heterogénea (Fig. 24). 27% respondió que empleaban como medida principal la higiene bucal cotidiana. 18% aplicó/aplicaba geles, enjuagues o colutorios de distintos antisépticos. Por otro lado, el 16% seleccionó la opción “remoción diaria y limpieza del piercing”. Además 23% declararon realizar todas las maniobras anteriores como medida de mantenimiento idónea. Asimismo, 14% de los individuos dijeron no tomar ningún tipo de medida en especial. Por último, se registró un caso en el que se retiraba el piercing de la boca y se lo sumergía en “pervinox” (yodopovidona) durante 15 minutos.

Para dar cierre al cuestionario, me interesé acerca del método de higiene empleado mientras el piercing estuvo en uso consultamos sobre la permanencia de la joya en la boca durante la higiene cotidiana.



En este caso la distribución fue pareja, en donde el 54,5% manifestó que lo dejan o dejaban en su lecho y el resto afirmó que lo retiran o retiraban del mismo al momento de realizar el mantenimiento periódico (Fig. 25)

5. DISCUSIÓN

Una vez concluido el estudio de las 44 encuestas realizadas a personas portadoras de piercing bucal, de forma virtual, durante el período comprendido entre Junio y Julio de 2021, se interpretaron los datos y se compararon con los resultados obtenidos de diversos estudios, realizados en distintas localizaciones geográficas y en diferentes épocas.

La primera pregunta de la encuesta refiere al nivel de instrucción de la población. Esto nos permite orientarnos sobre su situación socio-cultural y su nivel de comprensión, lo cual es determinante puesto que, en base a ellos, adaptamos la información que le brindaremos en la videoconferencia, con el fin de que sea interpretada correctamente por todos los participantes.

El nivel de instrucción reflejado en nuestra muestra poblacional indica que en su mayoría (57%), cuenta con estudios secundarios completos, seguidos por un 23% con estudios universitarios y por el 14% quienes completaron estudios de nivel terciario. El 7% de los encuestados completó estudios primarios. Los resultados nos indican un nivel de instrucción que se distingue del que reveló el censo llevado a cabo en la Ciudad de Buenos Aires en el marco del año 2020 [41]. Según estos últimos, el porcentaje de personas mayores de 25 años que no terminó sus estudios de nivel secundario asciende a 21%. A su vez, esa cifra se desglosa en 3 grupos; personas 25 a 29 años, de 30 a 64 y de 65 años o mayores. El porcentaje de adultos jóvenes que terminaron sus estudios secundarios (89%) es mayor que el de los adultos mayores (65%). Corresponde que haga una salvedad sobre este asunto; si bien este trabajo no toma como referencia parámetros de edad ni ubicación geográfica, es útil como referencia para comparar el nivel de instrucción de los sujetos participantes de este estudio, ya que los mismos son en su mayoría habitantes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

De los datos recopilados se interpreta que a pesar de que los adultos jóvenes son parte del grupo etario que posee un nivel educativo más elevado,

es también el que más se interesa por las prácticas del piercing y body art, siendo ellos los usuarios más frecuentes de piercings bucales, como mencionan Jach Ravelo *et al* y González Ciani en sus respectivos trabajos [13, 40]

A su vez, se desprende de lo expresado en la Fig. 8, que manifiesta los hábitos de los encuestados, que en la mayoría de los casos no se adoptan costumbres saludables. Sólo 2 de los 44 encuestados manifestaron no fumar ni beber alcohol en ninguna circunstancia, y 1 de ellos dijo asistir al odontólogo usualmente, mientras que el otro lo hace con menor frecuencia. Dadas estas condiciones, se confirma que la población, a pesar de tener un nivel de educación suficiente e información a su disposición, le resta importancia a los hábitos que repercuten negativamente en su salud bucal. Esto es de vital importancia dado que la sola presencia del piercing actúa como desencadenante y perpetuante de diversas afecciones incluso en un ámbito bucal saludable, por lo que, al coexistir hábitos nocivos como los mencionados con anterioridad, la prevalencia y gravedad de las mismas se incrementa.

Como dato a remarcar, la asistencia al odontólogo solo fue marcada como usual por un 11% de los encuestados. De esta manera, coincide con lo descrito por González y Rivas [43], quienes resaltan que en nuestro país la tasa asistencia al odontólogo se aleja del ideal y, una vez llegado el momento de concurrir al profesional, en un 97% de los casos es necesaria una intervención, por lo que, según concluyen, es preciso enfocar en programas que mejoren estas condiciones a futuro, ya que aquellos implementados hasta el momento demostraron ser ineficaces.

Dado el contexto sanitario en el que se realizó este trabajo final, se decidió no llevar a cabo educación para la salud bucal, ni ahondar sobre la técnica de cepillado que emplea cada uno de los participantes, lo cual hubiera sido de suma relevancia para los fines de este trabajo. Al no poder ser posible recolectar esta valiosa información, se tuvo en cuenta es la frecuencia del cepillado, observándose que el 91% se cepilla dos o más veces al día, siendo el 10% aquellos que refirieron hacerlo una vez por día.

Por otro lado, la edad de inicio de estas prácticas fue seleccionada por el 50% de los encuestados dentro de la segunda década de la vida, mientras que

el 36% afirmó haberse perforado dentro del plazo que discurre desde los 20 a 24 años. Esto concluye que los piercings se realizan en un 86% de los casos, previo a los 25 años de edad.

Estos últimos datos recopilados nos indican que la adolescencia, comprendida entre los 10 y 19 años, es la etapa en donde existe mayor predisposición a las modificaciones corporales. Esto es congruente con la revisión a cargo de Hechavarria Martínez *et al* [42], quienes confirman que es característica la aparición de ciertas actitudes tales como: rebeldía, descuido en los hábitos de aseo personal, rechazo a la autoridad, entre otras. Este conjunto de particularidades, que tiene repercusión en la salud bucal, hace que requieran especial atención de parte de su entorno íntimo y de parte del personal de salud a cargo.

También se desprende de los resultados el hecho de que en la mitad de los casos el *piercing* bucal es acompañado por otros, ubicados en diversas partes del cuerpo. Esto refleja que la portación de aditamentos bucales bien puede responder a una conducta o puede partir de un deseo puntual.

Además, en un estudio piloto, Cossio *et al* [9] concluyen que existe asociación entre patología psiquiátrica, consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas, e inicio de actividad sexual, y mayor prevalencia de tatuajes y perforaciones entre los adolescentes de Enseñanza Media en Santiago de Chile. Esto concuerda con lo evidenciado en los resultados de este estudio, en los que se refleja que de los 22 adolescentes que participaron, un único individuo declaró no fumar ni beber alcohol nunca. Además, del total mencionado con anterioridad, tan sólo 5 casos manifestaron asistir a consulta odontológica de forma usual.

Otro hallazgo interesante, es la actividad deportiva regular asociada a una menor prevalencia de perforaciones, lo que podría relacionarse con hábitos de vida más saludables.

Entonces, resta identificar los verdaderos motivos que impulsan estas prácticas, los cuales se ven graficados en la figura 11. Esta refleja que casi la mitad de los encuestados lo hace sin una razón específica. Aproximadamente un cuarto lo hace por individualidad o gusto personal y el cuarto restante lo

hace por belleza, arte o moda. Solo 1 persona manifestó realizarse el piercing a modo de protesta o rebeldía.

Otro hecho a considerar es que el procedimiento fue clasificado en un nivel de dolor intermedio-elevado por la mayoría de la población, hecho que aparentemente no influye en la decisión de portar el aditamento. En este apartado, la lengua resultó la ubicación más dolorosa con un promedio de 6,95 en la escala referenciada, lo que curiosamente no le impidió ser la ubicación más elegida, representando el 50% de lo evaluado dentro de la encuesta. Por su parte, los frenillos fueron los menos frecuentes y a su vez los que menor promedio obtuvieron dentro de la escala de dolor, con 3,75.

El advenimiento del arte corporal, que combina el *piercing* y el tatuaje, en conjunto con los métodos de difusión que existen en la actualidad, han transformado radicalmente la forma de ver y entender al *piercing*. El hecho de que no se hayan registrado participantes que afirmen haberse perforado por “espiritualidad o tradición cultural” ni “afiliación a grupos” pone en evidencia la transformación que han atravesado estas prácticas a lo largo de la historia ya que, si bien originalmente se iniciaron por estos motivos, hoy en día parecen estar obsoletos.

Estos valores coinciden con aquellos revelados por Wohlrab *et al* [10] en el año 2007, mostrando que las motivaciones permanecen inalterables en los últimos años.

Por su parte, la distribución heterogénea de las respuestas en la pregunta referida al encargado de realizar el procedimiento nos indica que dentro de la población no existe un consenso sobre quién es el idóneo para llevarlo a cabo.

Lo que sí queda definido es que ningún profesional de la salud, es elegido para encargarse de la perforación. Para aclararlo, se debe considerar que, al no ser una práctica médico-odontológica habitual, se encuentra por fuera de la labor diaria tanto como de médicos como de odontólogos. Tal es así que la misma no se encuentra dentro de los programas de formación de grado ni posgrado de ambas carreras universitarias.

Asimismo, esta decisión es comprensible desde la perspectiva del paciente, ya que un trabajador sanitario, que responda desde la ética y moral

propias de la profesión, se negaría ante esta oportunidad y explicaría al paciente los riesgos que eso conlleva. Aquí es donde el paciente elige omitir la indicación fundamentada del profesional y antepone sus motivaciones personales, detalladas con anterioridad, en pos de seguir con su postura y finalmente realizar el procedimiento.

Complementando lo anterior, tal y como se observa en el gráfico correspondiente a la figura 17, sólo el 23% se enfocó en verificar que el perforador certifique su idoneidad para el procedimiento, mientras que el resto de los encuestados no lo verificó, ya sea por desconocer la existencia de un marco regulatorio, por desinterés o distracción.

Evaluando lo antes descrito, coincidimos con la Jach Ravelo y De Moor [13, 24], quienes hacen referencia a que estos aditamentos son colocados por personas que no poseen los conocimientos necesarios para encargarse de estas técnicas, ni mucho menos para resolver los problemas que pueden surgir durante el acto o después del mismo, tomando en cuenta que, aún sin complicaciones, la cicatrización y las reacciones adversas a consecuencia del uso de los piercings son significativamente numerosas.

Además, en un 77% de los casos los pacientes refieren que quien llevó a cabo la perforación no indagó sobre antecedentes personales de salud previo al procedimiento, con todos los riesgos que ello conlleva. El 23% restante, que refirió ser evaluado previamente, tuvo resultados dispares al momento de contestar quién llevó a cabo el procedimiento. De esas 10 personas, 4 fueron interrogadas por un perforador con certificado de capacitación, 3 por el tatuador, 1 por un amigo/conocido y 2 personas eligieron la opción “no sabe/no contesta”.

Siguiendo el hilo anterior, de los 10 encuestados que fueron atendidos por un perforador con certificado de capacitación, nada más el 40% fue interrogado sobre su salud general. Esto es un tema para remarcar y nos lleva a enfocarnos en la formación de los profesionales y en qué medida se lleva a la práctica lo expuesto en los cursos dictados por el Ministerio de Salud.

En cambio, cuando una complicación acontece, los resultados mostraron que los encuestados buscaron en estos casos la intervención de los

profesionales de la salud. Dentro de los que sufrieron algún tipo de complicación, 34% lo solucionó por sus propios medios, 19% asistió al odontólogo, 12,5% al tatuador, otro 12,5% refirió que la complicación resolvió sin que nadie lo atendiera y 9% asistió al médico. 12,5% de las respuestas fueron consideradas no válidas. De aquí se desprende que, en base a la gravedad y tipo de complicación, la población pasa a tomar en cuenta a los agentes de la salud, entre los que destacan los odontólogos.

Si hablamos de las complicaciones que la población considera como posibles tanto a corto como a largo plazo, destacamos que dentro de las más elegidas se encuentran Hinchazón, dificultad al comer y dificultad al hablar. Estas respuestas, que surgen desde el sentido común, corresponden a las complicaciones más esperables inmediatamente después de la intervención, siendo más frecuente su aparición en las perforaciones ubicadas en la lengua, tal y como expresan en sus trabajos Escudero Castaño [12] y Jiménez-Nieves [14]. Esto resulta un hecho llamativo para los fines de este estudio, ya que muestra que la población conoce en gran medida las complicaciones de mayor prevalencia tras estas prácticas a corto plazo, sin embargo, desestima los cuidados y las formas de mantener los aditamentos en condiciones.

Si bien lo anteriormente dicho se interpreta como positivo, existen otros puntos que no son tan alentadores. El ítem “enfermedades de transmisión” fue seleccionada por el 34% de la muestra, e “infecciones” por el 57%. Es interesante comparar estos porcentajes con los resultados de la pregunta que indaga acerca de la esterilidad de los materiales empleados, sabiendo que la población no reconoce las infecciones a las que expone al someterse a estas prácticas.

Yendo directamente a esa pregunta, únicamente el 59% de los encuestados valoró que se empleen las medidas de antisepsia pertinentes durante el procedimiento. En contraparte, un punto tan primordial como la esterilidad de los materiales no fue contemplado por el porcentaje restante de la muestra, lo que habla de una clara falta de conciencia generalizada sobre la importancia de la asepsia y antisepsia en todo tipo de intervención y la gravedad de las infecciones por las que pueden verse afectados. Esto va en contra a lo

enunciado por Cossio *et al* [9], en cuyo estudio remarca que la mayoría de la población pone atención a la cadena de esterilidad de los materiales y el manejo de los descartables, y llega a concluir que hubo un avance respecto a lo expresado años anteriores, en los que los pacientes se mostraban indiferentes frente a estos conceptos.

Recapitulando sobre las complicaciones que los encuestados ven como probables, vemos que las relacionadas con las piezas dentarias y periodonto ocupan un lugar de poco privilegio en esa lista. “Retracción de encías” ocupa el séptimo lugar en la lista, “Sensibilidad dentaria” el noveno, “Fisuras y fracturas dentarias” el décimo y “Movilidad dentaria” el decimotercero. Esto evidencia el poco nivel de conocimiento que posee la población sobre las complicaciones estrechamente relacionadas con nuestra profesión.

Para concluir con este tema, ninguno de los encuestados marcó como posibles todas las complicaciones de la lista y un 86% manifestó haber sufrido alguna de las allí nombradas. Esta elevada tasa de incidencia, superior a la registrada en otros estudios [12, 13, 14], se relaciona con que la mayoría de encuestados son portadores de *piercing* lingual, cuyos agravantes acontecen con mayor frecuencia.

A la hora de comparar los cambios auto percibidos con lo expuesto por Jach Ravello *et al* [13], visible en las tablas 1 y 2, vemos que las cifras correspondientes a las complicaciones a corto plazo son similares. Este hecho se relaciona a que la reacción que sucede en el organismo es propia del proceso inflamatorio ocurrido tras cualquier intervención, por lo que es esperable que se hagan evidentes en el post operatorio inmediato, presentándose a partir de las primeras 6 horas posteriores a la intervención y pudiendo perpetuarse durante 3 o 4 días [30].

En cambio, en lo que se refiere a las complicaciones mediatas, se han obtenido cifras dispares en relación al trabajo nombrado con anterioridad, reflejándose un mayor número de complicaciones en el presente estudio. Si profundizamos sobre ello, las relativas a enfermedad periodontal (gingivitis, retracción gingival, pérdida de inserción movilidad, biofilm dental) fueron las más frecuentes, seguidas por halitosis y dislalia.

Si bien estas cifras son comparables, este trabajo tiene como limitación la imposibilidad de llevar a cabo una inspección clínica de la muestra, por lo que se alude a la capacidad de autopercepción de los participantes, lo que puede dar lugar a variaciones en los resultados respecto al otro estudio, en donde sí se llevó a cabo una inspección completa.

En su trabajo, González Ciani [40], toma en cuenta diversos criterios en común con el presente estudio, por lo que resulta de sumo interés compararlo. Según los resultados de sus encuestas, en el año 2013 en la ciudad argentina de Rosario, sólo el 44% de 100 participantes consideró la desinfección como una medida preventiva necesaria, únicamente el 30% remarcó la importancia de la esterilidad del instrumental y el 9% hizo hincapié en medidas de bioseguridad. Además, 84% de la muestra elegida refirió conocer que estos procedimientos pueden ocasionarle alguna enfermedad, pero a la hora de nombrarlas los resultados fueron dispares. A su vez, dicho autor indagó sobre la cobertura de vacunación contra el tétanos y la hepatitis B y obtuvo resultados similares a los expresados *at supra*.

En base a dicho estudio, se demostró un estancamiento en el proceso de divulgación sobre este tema, dado no hubo avances significativos en la información con la que cuenta la población. Sin dudas, lo desarrollado a lo largo de ambos trabajos es evidencia de la falta de conciencia, a pesar de la gran cantidad de evidencia que existe y los incontables medios que resultan de utilidad para la promoción de hábitos más saludables a nivel bucal y general.

Para todas las dificultades contempladas, se encontraron un total de 36 resoluciones que variaron en función de la causa aparente, muchas de ellas combinadas entre sí. Las medidas empleadas pueden clasificarse en domésticas, que no necesiten la intervención de un profesional, y operatorias, en las que fue necesaria la intervención del odontólogo. Dentro de las 31 terapias domésticas que se indicaron, la crioterapia destaca como un método para resolver la complicación más común entre la población; la inflamación. Otro tratamiento que se aplicó en estos casos es la prescripción de analgésicos orales.

El uso de sustancias tópicas, como antisépticos, se empleó con

frecuencia, a la vez que se aconsejó a los encuestados sobre cambiar hábitos nocivos. También, se registraron individuos quienes optaron por el nihilismo o pasividad, esperando a la resolución espontánea.

Sin embargo, no todas las terapias prescindieron de la intervención de un profesional. En 5 casos, se requirieron las maniobras operatorias pertinentes por parte del odontólogo, dentro de las que encontramos terapia básica periodontal, arreglo, ferulización, injerto de tejido blando y prescripción de antibiótico. A su vez, los participantes refirieron que los profesionales que los atendieron identificaron al piercing como agente causal directo de las complicaciones y por ello indicaron en 5 oportunidades la remisión del uso del aditamento como principal solución a dichas dificultades.

A pesar de lo referenciado anteriormente, 34% de los encuestados expresaron portar o haber portado *piercings* por un período de dos años o más, siendo ellos los que mostraron complicaciones más graves, que incluso en 3 casos precisaron la intervención del odontólogo.

Hablando de las medidas de mantenimiento utilizadas durante el tiempo que lo mantuvieron en boca, los resultados son heterogéneos. La conducta ideal, es aquella que abarque higiene bucal cotidiana, remoción diaria y limpieza del piercing, complementado con aplicaciones de soluciones antisépticas locales en el corto plazo. Esta respuesta fue representada en la encuesta mediante la opción “Todas las anteriores”, la cual fue seleccionada por el 23% de los encuestados. El resto de opciones se desvían del mantenimiento ideal, por lo que vemos que la gran mayoría de los participantes (77%), no adhiere a estas medidas, no las emplea o no las comprende. Así es como deducimos que el 61% empleó parcialmente las medidas ideales, mientras que el 16% no tomó ninguna medida en especial, lo cual tuvo repercusión en la incidencia de complicaciones. Esto último se fundamenta en que los encuestados que cumplieron con la idoneidad de medidas, mostraron una menor tasa de cambios auto percibidos, compatibles con complicaciones a largo plazo (40%), mientras que aquellos que no tomaron las medidas adecuadas mostraron un mayor porcentaje de complicaciones (50%).

6. CONCLUSIONES

Este trabajo surgió a partir de la enorme popularidad que tienen los piercings bucales en la actualidad. Lamentablemente, el nivel conocimiento acerca de las contraindicaciones, riesgos y complicaciones del procedimiento al que aceptan someterse sus portadores es bajo, así como también el mantenimiento posterior al mismo.

Como quedó demostrado en nuestros resultados, las motivaciones que impulsan estas prácticas son multifactoriales, sin inclinarse por ninguna en particular. Esta práctica trasciende sexo, ocupación e incluso nivel de instrucción, mientras que la edad en la cual se tomó la decisión de colocar el *piercing* está vinculada directamente con la adolescencia. Como se pudo comprobar en este estudio, este grupo poblacional conoce en gran medida las complicaciones de mayor prevalencia que pueden darse luego de la implantación del piercing, pero no adopta hábitos saludables a nivel bucal ni las medidas de mantenimiento sugeridas para evitarlas.

En este sentido, la falta de conciencia, que impulsa a creer que al ser un procedimiento considerado sencillo no permite a los usuarios tomar los recaudos básicos necesarios, tales como ser atendidos por un profesional capacitado, esterilidad de materiales, barreras biológicas y medidas de bioseguridad.

Es de destacar que, si bien al momento de realizar la inserción del piercing bucal ninguno de los encuestados concurrió a un profesional de la salud, más de un tercio tomó la decisión de acudir a ellos para resolver las complicaciones surgidas.

A futuro, debemos proyectar más divulgación acerca del tema, así como la importancia de todas las medidas de bioseguridad implicadas. Esto debe ir acompañado de mejoras en la capacitación de los perforadores orientada a que articulen su tarea con los profesionales de la salud, comprometiéndose ambas partes a cumplir un protocolo que garantice al cliente/paciente un tránsito seguro durante y posterior a estas prácticas, logrando así un criterio unificado para la prevención y resolución de las posibles complicaciones descriptas.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Covello, F. Salerno, C. Giovannini y cols. “Piercing and Oral Health: A Study on the Knowledge of Risks and Complications”. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [Internet]. 2020. Vol 17. 259-269. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852005000500005&lng=es.
2. Bentsen, Bo. Gaihede, M. Lontis, R. “Medical tongue piercing - Development and evaluation of a surgical protocol and the perception of procedural discomfort of the participants” . *Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation*. 2014. Vol 11. 44.
3. Glikin I *et al* “Aspectos normativos acerca de la práctica de los tatuajes en la Argentina/ Dermatología Legal” *Dermatología Argentina* Vol. 25 N° 3 Julio-septiembre de 2019: 138-140 ISSN 1515-8411 (impresa) ISSN 1669-1636 (en línea).
4. Chimenos-Küstner, E. Batlle-Travé, I. Velásquez-Rengifo, S. García Carabaño, T y cols. “Estética y cultura: patología bucal asociada a ciertas modas actuales (tatuajes, perforaciones bucales, etc.)”. *Med Oral* 2003;8:197-206.
5. Mustelier Ferrer, HL. Gala Vidal, H. Bertrán Bahades, J.Ortiz Angulo, L. “Piercing: ¿moda inofensiva?”. *MEDISAN* [Internet]. 2007; Vol. 11. 28-47.
6. Mayers LB, Judelson DA, Moriarty BW, Rundell KW. “Prevalence of body art (body Piercingand tatooning) in university undergraduates and incidence of medical complications”. *Mayo Clin Proc* 2002. 77; 29-34.
7. Jiménez C, Perez C, Kilikan R, Avilés D, Pérez L. Piercings: Manifestaciones bucales. *Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría*. 2004. N. 6.
8. De Urbiola, A. Viñals Iglesias, H. “Algunas consideraciones acerca de los piercings orales”. *Avances en Odontoestomatología* [Internet]. 2005. Octubre. Vol. 5: 259-269. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852005000500005&lng=es
9. Cossio, ML. *et al* “Asociación entre tatuajes, perforaciones y conductas de riesgo en adolescentes” *Revista Médica de Chile*. 2012. 140: 198-206.
10. Wohlrab S, Stahl J, Kappeler P. “Modifying the body: motivations for getting tattooed and pierced”. *Body Image*. 2007; 4: 87-95.

11. Tiggemann M, Golder F. “Tattooing: an expression of uniqueness in the appearance domain”. *Body Image*. 2006; 3: 309-15.
12. Escudero Castaño, N. Bascones Martínez, A “Posibles alteraciones locales y sistémicas de los piercings orales y periorales” *Av. Odontoestomatol*. 2007; 23 (1): 21-33.
13. Jach Ravelo, M. *et al* “Los piercings orales y sus complicaciones en estomatología” *Revista de ciencias médicas La Habana*. 2016 23(2).
14. Jiménez-Nieves, HS. Córdova-Romero, IE. Gutiérrez-Rojo, JF. “Piercings orales- Revisión bibliográfica” *Revista Tamé* .2015; 4 (10):365-369.
15. Bone A, Ncube F, Nichils T, Noah N. “Body piercing in England: a survey of piercing at sites other than earlobe”. *BMJ*. 2008; 336:1426.
16. Nieto E, Cerezo M, Cifuentes O. “Frecuencia de uso de adornos corporales y motivaciones de los estudiantes para usar piercing oral”. *Rev Univ Salud*. 2012; 14 (2):147-60.
17. Matusiewicz H (2014) Potential release of in vivo trace metals from metallic medical implants in the human body: from ions to nanoparticles - a systematic analytical review. *Acta Biomater* 10:2379–2403 8.
18. Olmedo D, Tasat D, Duffó G, Cabrini R, Guglielmotti M (2012) Systemic and local tissue response to titanium corrosion. In Bensalah N (ed) *Pitting corrosion*. Rijeka, In Tech, pp 94–118
19. Domingo, M.G., Ferrari, L., Aguas, S. *et al* Oral exfoliative cytology and corrosion of metal piercings. Tissue implications. *Clin Oral Invest* 23, 1895–1904 (2019). Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00784-018-2626-4>.
20. Mayers L, Judelson D, Moriarty B, Rndell K. “Prevalence of body art (body piercing and ttoing) in University undergraduates and incidence of medical complication”. *Mayo Clin Proc*. 2002; 77:29-34.
21. Clavería Clar, RA. Ortiz Moncada, C. Fouces Gutiérrez, Y y cols. “¡Cuidado con los piercings bucales!” *MEDISAN* [Internet]. 2009. Vol 13. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000300006&lng=es.

22. Troye Peticolas, RH. Terri, SI. N. Cross-Poline, RD. "Oral and Perioral Piercing: A unique form of self-expression". The journal of temporary dental practice. Summer Issue 2000.
23. Quintero Parada E, Sabater Recolons MM, Chimenos Kustner E, López López J. Hemostasia y tratamiento odontológico. Av Odontoestomatol [Internet]. 2004; 20 (5): 247-261. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852004000500005&lng=es.
24. De Moor RJG, De Witte AMJC, De Bruyne MAA. "Tongue piercing and associated oral and dental complications". Endod Dent Traumatol 2000; 16:232-7.
25. Tohme, RA. Holmberg, SD. "Transmission of Hepatitis C Virus Infection Through Tattooing and Piercing: A Critical Review". HEALTHCARE EPIDEMIOLOGY. 2012: 1167-1178
26. ChY, Yu. Minnema, BJ. Gold, WL. "Bacterial infections complicating tongue piercing". Can J infect dis Med Microbiol. 2010; 70-74.
27. Levin L, Zadik Y, Becker T. "Oral and dental complications of intraoral piercing". Dental Traumatology 2005; N. 21: 341-343.
28. Macchiavello, C. Alvo, A. Bravo, G. Naser, A. "Piercings en cabeza y cuello" Rev. Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. 2014; 61-66.
29. González Arreaga, ME. Rojo Botello, H. González Villanueva, JA. "Piercing oral- Una tendencia peligrosa" Revista de la Asociación Dental Mexicana. 2002. Vol. LIX; 202-206.
30. Maresma Frómeta R, Rodríguez D, Mainegra R, Navarrete H. "Hallazgos clínicos asociados al piercing bucal y peribucal". Progaleno.
31. Lhotka et al "Are Allergic Reactions to Skin Clips associated with delayed Wond Healing?" Am J Surg, 1998; 176 (4):320-3.
32. Ruiz-Giardin J. M., Noguerado Asensio A. "Bacteriemias". An. Med. Interna (Madrid) [Internet]. 2005; 22 (3): 5-9. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992005000300001&lng=es.
33. Lizarralde E, Gutiérrez A, Martínez P, Ibarria J, Miguel de la Villa F. "Pronóstico de las bacteriemias adquiridas en la comunidad ingresadas en un Servicio de Medicina Interna". An Med Interna (Madrid) 2005; 22: 108-113.

34. Plessas, A. Pepelassi, E. “Dental and periodontal complications of lip and tongue piercing, prevalence and influence factors” *Australian Dental Journal*. 2012. N 57: 71-78.
35. Vent I, Lakoma A, Haahtela S, Peltola J, Ylipaavalniemi P, Turtola L. “Oral piercings among first-year university students” *Oral Surgery Oral Med Oral Pathology Oral Radiology Endod*. 2005. N. 99: 546- 549
36. Brennan, M. O’Connell, B. O’Sullivan, M. “Multiple dental fractures following tongue barbell placement- a case report” *Dental Traumatology*. 2006. N. 22: 41–43.
37. García FJ, Martínez MP, Ortega MC. “Complicaciones del piercing en otorrinolaringología”. *Acta Otorrinolaringología Española* 1998; 9-38
38. Maspero C *et al* “The complication of oral piercing and the role of dentist in their prevention: a literature review” *Stomatologija, Baltic Dental and Maxillofacial Journal, Vol. 16: 118-24, 2014*.
39. Poder Legislativo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ley 1897/05: “Regulación de la práctica de tatuajes en la piel, perforaciones, micropigmentación y otras similares”. Sanción: 06/12/2005; Promulgación: 10/01/2006 Fecha de consulta: 17/03/2020. Disponible en: [http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=10506&word=.](http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=10506&word=)
40. González Ciani N. Conocimientos que posee sobre los riesgos a los que se expone la población que practica el arte del piercing y los tatuajes. Universidad Abierta Interamericana; 2013. Disponible en: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC114045.pdf>
41. Distribución porcentual de la población de 25 años y más por nivel de enseñanza alcanzado según sexo y grupo de edad. Ciudad de Buenos Aires. Dirección General de Estadística y Censos. Años 2015/2020. Disponible en: <https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?p=103347>
42. Hechavarria Martínez B *et al*. “Salud bucal en la adolescencia” *MEDISAN*. 2013; 17 (1): 117-125. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000100015&lng=es
43. González y Rivas M. La salud bucal en la República Argentina. Análisis del sector. *Univ Odontol*. 2019 ene-jun; 38(80). Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo38-80.sbra>

8. ANEXOS

8.1. Anexo 1: Encuesta voluntaria y anónima

Análisis del conocimiento y actitud de la población respecto a los piercings bucales.

Esta encuesta, voluntaria y anónima, es parte de un Trabajo Final de la carrera de la Odontología, de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad Abierta Interamericana. Tiene como objetivo determinar los conocimientos acerca de los riesgos que conlleva portar un piercing o perforación en la cavidad bucal. Será gracias a su aporte que se logrará determinar el nivel de conocimiento general sobre este tema y divulgar información relevante relacionada, la cual estará siempre disponible y será de fácil acceso, para el beneficio de nuestra sociedad.

Dado que la misma es anónima y sus resultados serán registrados bajo estricta confidencialidad, rogamos sea respondida con total sinceridad.

Luego de completar el cuestionario, se le enviará un documento a la dirección de correo electrónico que le será solicitada más adelante. Se trata de un consentimiento informado en el que se explicará con detalla las condiciones y objetivos de esta investigación. A su vez, en ese mismo correo se lo invitará a participar de una videoconferencia en la que se abordarán contraindicaciones, posibles riesgos, complicaciones y cuidados a tener en cuenta durante su uso. Al final de la misma, contarán con un espacio para resolver aquellas dudas que surjan al respecto.

Desde ya, lo invitamos a continuar y agradecemos su participación.

Correo electrónico:

Nivel de instrucción

- Analfabeta/o.
- Primario completo.
- Secundario completo.
- Terciario completo.
- Universitario completo.

De la siguiente lista de hábitos, indique con qué frecuencia usted realiza cada uno

	Nunca	Rara vez	A veces	Usualmente
Fumar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beber alcohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asistir al odontólogo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Indique con qué frecuencia usted cepilla sus dientes:

- Una vez al día.
- Dos veces al día.
- Tres o más veces al día.

¿A qué edad se realizó el primer piercing bucal?

- 15 a 19 años.
- 20 a 24 años.
- 25 a 29 años.
- 30 a 34 años.
- 35 a 39 años.
- 40 a 44 años.
- 45 años o más.

Análisis del conocimiento y la actitud de la población respecto a los piercings y perforaciones orales.

¿Qué lo motivó a hacerse el piercing?

- Belleza, arte o moda.
- Individualidad o gusto personal.
- Afiliación a grupos.
- Espiritualidad o tradición cultural.
- Protesta o rebeldía.
- Sin razón específica.

¿Qué cantidad de piercings bucales se realizó?

- 1.
- 2.
- 3 o más.

¿Posee piercings en otra parte del cuerpo? (Excluyendo los lóbulos de las orejas).

- Sí.
- No.

¿En qué lugar de la cavidad bucal están/estuvieron localizados los piercings?

- Lengua.
- Labio superior.
- Labio inferior.
- Frenillos.
- Mejillas.
- Úvula.

¿Por cuánto tiempo lo utilizó?

- Menos de 2 meses.
- De 2 meses a 1 año.
- De 1 a 2 años.
- Más de 2 años.

¿Pudo notar cambios en su boca desde que se colocó el piercing?

- Sí.
- No.

En el caso de que haya notado cambios en la zona, descríbalos brevemente

La colocación del piercing estuvo a cargo de:

- Médico/odontólogo.
- Perforador con certificado de capacitación.
- Tatuador.
- Amigo/conocido.
- No sabe/no contesta.

En una escala del 1 al 10 en donde 1 es indoloro y 10 es el peor dolor imaginable ¿En qué posición ubica la implantación del piercing?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Indoloro	<input type="radio"/>	Extremadamente doloroso									

Previo a realizar la perforación ¿Se le realizó un cuestionario respecto a su estado de salud general?

- Sí.
- No.

¿Se utilizaron materiales e instrumentos estériles durante el procedimiento?

- Sí.
- No.
- No le presté atención.

De la siguiente lista, seleccione las complicaciones que considere están asociadas a la colocación de un piercing bucal.

- Hinchazón.
- Sangrado incontrolado.
- Fiebre.
- Infecciones.
- Dificultad al hablar.
- Dificultad al comer.
- Fisuras y fracturas dentarias.
- Movilidad dentaria.
- Sensibilidad dentaria.
- Retracción de las encías.
- Reacciones alérgicas.
- Cicatrices.
- Enfermedades de transmisión (Sida, hepatitis, herpes, etc.)

¿Padeció alguna de dichas complicaciones?

- Sí.
- No.

En caso de haber padecido alguna complicación ¿Quién se encargó de resolverla?

En caso de haber padecido alguna complicación ¿Qué conducta se adoptó para resolverla?

¿Está usted vacunado contra la Hepatitis B y el tétanos?

- Sí.
- No.
- No sabe/no contesta.

¿Qué medidas toma/tomaba para mantener el piercing en buenas condiciones?

- Remoción diaria y limpieza del piercing.
- Higiene bucal cotidiana.
- Aplicación de geles, enjuagues o colutorios (Pervinox/Clorhexidina, otros antisépticos).
- Todas las anteriores.
- Ninguna medida en especial.
- Otra: _____ .

A la hora de higienizar el piercing...

- Lo retiraba/retiro de la boca.
- Lo dejaba/dejo en su lugar.

8.2. Anexo 2: Consentimiento informado

A. Propósito y Antecedentes

La facultad de Medicina y Cs. de la Salud, carrera de Odontología de la Universidad Abierta Interamericana estudiará el conocimiento general de la población acerca de piercing bucales. Usted colaborará con este estudio respondiendo una encuesta, gracias a su aporte se logrará determinar el nivel de conocimiento y se divulgará información sobre este tema en el futuro.

B. Procedimientos que se le aplicarán y condiciones para colaborar

Para participar de este estudio usted debe ser portador o haber portado uno o más piercings bucales.

Usted completará un cuestionario que no le demandará más de 10 minutos, a partir de ese momento los datos serán identificados con un código por el cual su identidad será protegida.

C. Riesgo y molestias

Análisis del conocimiento y la actitud de la población respecto a los piercings y perforaciones orales.



La encuesta es anónima y voluntaria, los datos solicitados no le producirán dificultad a la hora de responder.

D. Confidencialidad

Su nombre no se expondrá en ningún documento, informe o publicación. Los archivos con sus datos serán guardados con estricta confidencialidad y solo los doctores a cargo de esta investigación tendrán acceso a la información.

E. Beneficios

Esta información permitirá establecer el conocimiento general y facilitar el acceso a la información referida a este tema, previniendo las complicaciones asociadas a este procedimiento.

F. Consideraciones financieras

Usted no pagará por ninguno de los procedimientos, tampoco recibirá pagos o beneficios financieros

Ante la posibilidad de que le surja una consulta o quiera conocer más sobre este trabajo, le facilitamos a continuación el número de contacto de quienes participaron del mismo.

Tutor: Dr. Marcos Bruno. 11-2169-6572.

Alumno: Ezequiel Santalla Claros. 11-2325-0696.

Si Ud. Ha comprendido esta explicación y está de acuerdo en participar deberá firmar a continuación.

Nombre y Apellido

Fecha

Análisis del conocimiento y la actitud de la población respecto a los piercings y perforaciones orales.



(Escribir en letra Imprenta)

Firma del paciente

Fecha

Nombre y Apellido del Testigo

Fecha

8.3. Anexo 3: Descripción de cambios auto percibidos.

En el caso de que haya notado cambios en la zona, descríbalos brevemente

21 respuestas

Hinchazón en el labio los primeros meses

Se me hinchó la lengua y producía molestia al hablar

Malestar al ingerir comidas sólidas

Me dolía la encía

Mal aliento y encía inflamada

Dificultad al hablar y dolor al sonreír

sensibilidad en las paletas

enrojecimiento del paladar

retracción de las encías de abajo

mal aliento, cambio de color en la lengua

raíz de las paletas expuestas

más saliva, inflamación de encía, mal aliento

inflamación y dolor de encía

cambio en el gusto de la comida

mal aliento, raíces expuestas

Desgaste en la parte interior de los dientes

Más gruesa la zona

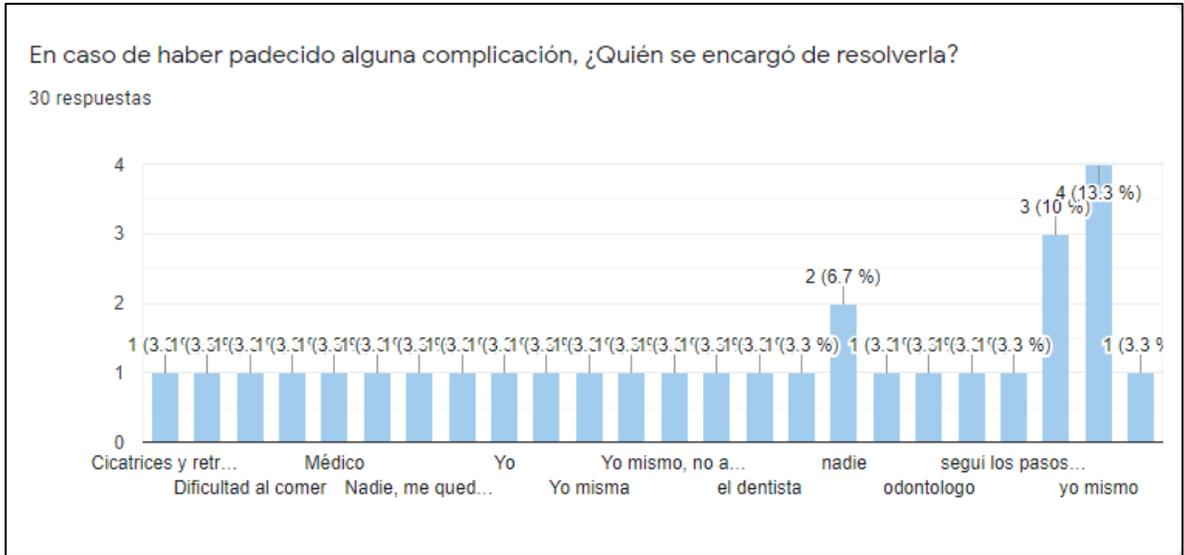
se me fracturaron las paletas

me costaba hablar

mas sarro, mal aliento y me sangran las encias

se me aflojo un diente

8.4. Anexo 4: Personal encargado de resolver la complicación



8.5. Anexo 5: Conducta adoptada frente a la complicación en cuestión.

En caso de haber padecido alguna complicación ¿Qué conducta se adoptó para resolverla?

29 respuestas

Tomé analgésicos y coloqué frío en la zona para bajar la hinchazón

Limpieza continua y cuidado en la alimentación

Fármacos

Miedo

Dejé de usar piercing (me recomendó mi dentista)

Buches con agua fría y presionar con gasas para frenar el sangrado

buches con agua fría, tomar ibuprofeno

Sensodine y me recomendo no usar mas piercings

Dieta blanda y fría, hielo en la lengua.

no jugar con el aro, limpieza dental y pasta para la sensibilidad

antibiótico, ibuprofeno

Ninguna

dejar de usar el piercing y controlar cada 3 meses

limpieza de la herida con cepillo suave

esperar a que baje la inflamacion, tomar antiinflamatorios

buches con listerine

buches con agua tibia y sal

lavarme los dientes más seguido y usar buches

ibuprofeno hasta que me deje de doler y me baje la fiebre

Me quedo una mancha en el labio superior

limpieza con "injerto de encía".

Esperar a bajar la hinchazon

Buscar en Internet

empastes y deje de usar ese aro

Coloque hielo en la zona

decidi dejar de usar el piercing

ninguna

comidas frías y blandas, desinfectar la zona

me arregló el diente y se dejo de mover