

Defectos mucogingivales severos y problemas del habla como secuelas de la colocación de un piercing intraoral

Severe mucogingival defects and speech problems as consequences of the placement of an intra-oral piercing

Minerva Villareal Guerra*
Gabriela Garza Covarrubias*
Sergio Salazar Marioni**
Gerardo Rivera Silva**
Guadalupe Treviño Alanís**
Héctor Martínez Mechaca***

*Departamento de Odontología y Estomatología, Universidad de Monterrey

**Laboratorio de Ingeniería Tisular y Medicina Regenerativa, Universidad de Monterrey

***Departamento de Odontología y Estomatología. Laboratorio de Ingeniería Tisular y Medicina Regenerativa. Autor responsable
Departamento de Ciencias Básicas, Universidad de Monterrey

Recibido: Marzo, 2011. Aceptado: Marzo, 2012

Descriptor: piercing intraoral; defectos mucogingivales; trastornos del habla

Keyword: intraoral piercing; mucogingival defects; speech troubles

- Villareal, G.M., Garza, C.G., Salazar, M.S., Treviño, A.G., Rivera, S.G., Martínez, M.H. Defectos mucogingivales severos y problemas del habla como secuelas de la colocación de un piercing intraoral. Oral Año 13. Núm. 42. 2012. 899-901

resumen

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

abstract

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

Introducción

Las perforaciones orales se han realizado de forma ritualista en varias culturas desde tiempos remotos. El creciente interés por el adorno corporal ha motivado una expansión muy marcada en la práctica de perforaciones intraorales. La mayoría de las piezas, hechas de acero inoxidable, plata u oro, se presentan en formas de anillo o de barra.² El primer caso reportado de una angina de Ludwig como complicación ante una infección, se describió hace 15 años.³ Nuestro reporte aborda una paciente con defectos mucogingivales severos y dificultad para el habla.

Caso clínico

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



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

La examinación oral reveló una pérdida de entre 7mm y 8mm de inserción en el área lingual y no había movilidad asociada con ninguno de sus dientes. Una radiografía periapical reveló pérdida ósea localizada horizontal asociada con los dientes 3.1 y 4.1 (Figura 2). Por la condición periodontal y deformidades mucogingivales fue necesaria una resección tisular gingival (Figura 3). Posteriormente se estableció un plan de tratamiento; como primer paso, se removió el piercing para facilitar la colocación del injerto de tejido conectivo y la profilaxis antibiótica con amoxicilina y metronidazol.



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



Figura 3.
Se realizó un colgajo de espesor total.

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

Un injerto de tejido conectivo de 8mm x 7mm se tomó del paladar posterior. Manteniendo el collar epitelial, el injerto se posicionó sobre la cama del mucoperiostio de la cara lingual de los dientes núm. 3.2 al 4.2 usando suturas crómicas de 4-0 (Figura 4).



Figura 4.
El injerto fue sujetado en el lugar lesionado mediante una sutura ininterrumpida utilizando cat-gut de 4-0.

El paciente regresó después de una semana de la cirugía para control, sin presentar problemas del habla. Se le especificó el uso de enjuague a base de glucoronato de clorhexidina al 0.12% dos veces al día por 30 segundos y no cepillarse o usar hilo dental sobre el injerto. Dos semanas después se realizó una segunda profilaxis. Finalmente, el mantenimiento periodontal fue cada cuatro meses.

La profundidad de la examinación fue de 2 a 4mm sobre la cara lingual de los dientes número 3.2 al 4.2; la movilidad permaneció inexistente, mientras que el ancho gingival sobre la cara lingual del diente número 4.1 midió 3.5mm, y la recesión fue de 0.45mm dos semanas después de cirugía. Esto denotó una expansión en el ancho gingival de niveles pre-quirúrgicos de 3.5mm y una mejora en la recesión de 4.45mm (Figura 5).



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

Discusión

La popularidad de los piercings linguales ha ido en aumento en el mundo occidental. Entre los lugares corporales más frecuentemente perforados se encuentran la lengua (81%) y los labios (38%).⁴ Se han propuesto numerosas posibles complicaciones en los casos de piercings orales (Tabla 1. Ver en la siguiente página).⁵ Los más comunes siguen siendo la inflamación y el dolor.⁶ Los problemas orales y dentales incluyen el agrietamiento y fraccionamiento de los dientes, lesión superficial, recesión o pérdida de firmeza gingival como resultado de trauma constante por la barra de metal.⁷⁻⁹ Es sorprendente el hecho de que no se han reportado casos de problemas del habla secundarios a un piercing lingual, particularmente considerando el grosor de la lengua, su vascularización y la inflamación secundaria durante el proceso de perforación. Este caso se caracteriza por interferencia en el habla. La paciente recuperó su capacidad de comunicación normal siete días después de la colocación del injerto de tejido conectivo.

La mayoría de las lesiones relacionadas a perforaciones orales son causadas por joyería en la lengua en un 64% y en los labios en un 34%. La zona de recesión más comúnmente relacionada con piercings linguales es la cara lingual de los dientes número 3.1 y 4.1 (75%). Las lesiones causadas por joyería labial están limitadas a la cara vestibular del diente número 4.1 (58% de los casos reportados) y de los dientes número 3.1 y 4.1 (42%).¹⁰

Tabla 1.
Complicaciones de un piercing oral.

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

Regularmente, se desarrollan imperfecciones estrechas, en forma de hendidura sobre la cara lingual de los incisivos mandibulares, con profundidades de recesión hasta de 2 o 3mm con prolongaciones que sobrepasan la unión mucogingival.^{11,12} El uso de injertos en la corrección de defectos mucogingivales ha demostrado ser una forma eficaz y segura a largo plazo, como se describe en este caso.

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

Bibliografía

- 1.-Kluger, N., Guillot, B. Complications des piercings. *Ann Dermatol Venereol* 2010; 137(2): 153-158.
- 2.-Chen, M., Scully, C. Tongue piercing: a new fad in body art. *Br Dent J* 1992; 172(3): 87.
- 3.-Perkins, C.S., Harrison, J.M. A complication of tongue piercing. *Br Dent J* 1997; 182(4): 147-148.
- 4.-Boardman, R., Smith, R.A. Dental implications of oral piercing. *J Calif Dent Assoc* 1997; 25(3):200-207.
- 5.-Farah, C.S., Harmon, D.M. Tongue piercing: case report and review of current practice. *Aust Dent J* 1998; 43: 387-389.
- 6.-Stroud, R. Tongue piercing (letter). *Br. Dent. J.* 2002; 193(3):3.
- 7.-Kuhn, S., Fadavi, S., Koerber, A. Dentist's awareness of intraoral body piercing (abstract). *Am Acad Ped Dent* 2001; 23(4):273.
- 8.-Diangelis, A.J. The lingual barbell: a new etiology for the crackedtooth syndrome. *J Am Dent Assoc* 1997; 128(10):1438-1439.
- 9.-Stirn, A. Body piercing: medical consequences and psychological motivations. *Lancet* 2003; 361(9364):1205-1215.
- 10.-Brooks, J.K., Hooper, K.A., Reynolds, M.A. Formation of mucogingival defects associated with intraoral and perioral piercing: case reports. *J Am Dent Assoc* 2003; 134(7):837843.
- 11.-Dibart, S., De Feo, P., Surabian, G., Hart, A., Capri, D., Su, M.F. Oral piercing and gingival recession: review of the literature and a case report. *Quintessence Int* 2002; 33(2):110112.
- 12.-Campbell, A., Moore, A., Williams, E., Stephens, J., Tatakis, D.N. Tongue piercing: impact of time and barbell stem length on lingual gingival recession and tooth chipping. *J Periodontol* 2002; 73(3):289297.