

Piercing oral e perioral: a moda que marca

Oral and perioral piercing: the fashion that marks

Jefferson Vinicius Bozelli *
Roberto Hiroshi Matsui *
Kurt Faltin Jr. **
Cristina Feijó Ortolani **
Adolpho Chelloti ***

Resumo

Com o acréscimo de portadores de *piercings* orais e periorais, principalmente na população jovem, o cirurgião-dentista deve estar preparado para diagnosticar e tratar as possíveis seqüelas causadas pelo uso desses *piercings*, e principalmente orientar seus pacientes sobre as injúrias que estes ornamentos podem lhes acarretar, como: dor, edema, inflamação, inchaço, aumento do fluxo salivar, fraturas e traumas dentários, trauma no tecido periodontal e mucosa, infecção por bactérias, fungos e vírus, obstrução das vias aéreas, dificuldade na fala, deglutição e mastigação. O intuito deste trabalho é apresentar os diferentes tipos de *piercings* orais e periorais e seus efeitos adversos.

Palavras-chave: Ornamentação corporal – Corpos estranhos, complicações – Língua, lesões – Lábio, lesões – Fraturas dos dentes, complicações

Abstract

With the increment of carriers of oral and perioral piercing, mainly in the young population, the dentist should be prepared to diagnose and to treat the possible sequels caused by the use of those piercing, and mainly to guide these patients on the hazards that these ornaments as: pain, edema, inflammation, swelling, increase of the flow to salivate, chipping and cracking of the teeth, injury in the periodontal tissue, all of types of infections, airway obstruction, difficulty in the speech, swallowing and mastication. The aim of this work is to present the different types of oral piercing and its adverse effects.

Key words: Body ornamentation – Foreign bodies, complications – Tongue, injuries – Lip, injuries – Tooth fractures, complications

Introdução

A humanidade faz uso de ornamentos corporais há séculos, a razão mais comum para isso deve-se a uma correlação entre beleza, religiosidade e a aspiração no incremento da fertilidade. Atualmente a procura por esse tipo de adereço cresce exponencialmente, pois se acredita que estes diferentes tipos de ornamentação corporal utilizadas pela população, preferencialmente jovem, lhes proporcionarão a ruptura dos estigmas sociais vigentes, e também lhes tornarão sensualmente mais atraentes. Os *piercings* (perfurações) mais comuns no corpo se encontram nos lóbulos, no nariz, nas sobrancelhas, no umbigo, nos mamilos e na genitália. Entretanto, os locais de interesse ao cirurgião-dentista são: nas bochechas, nos lábios, no freio, na úvula e na língua.

Com o acréscimo de pacientes portadores de *piercings* orais e periorais, o cirurgião-dentista deve estar atento para suas complicações nos tecidos bucais. Entre as complicações mais observadas in-

cluem-se: dor, inflamação, aumento do fluxo salivar, fraturas dos dentes trauma no tecido periodontal e mucosa, infecções, obstrução das vias aéreas, dificuldade na fala, deglutição e mastigação.

O intuito deste trabalho é apresentar os diferentes tipos de *piercings* orais e periorais e seus efeitos adversos, assim informando os cirurgiões-dentistas sobre o risco do uso desses ornamentos.

Revisão da literatura

Diversos autores descrevem os diferentes tipos de *piercings* orais e periorais utilizados pela população mundial, seus efeitos adversos e complicações, como em 1998, Farah e Harmon⁸ apresentaram um relato de caso clínico de um paciente portador de *piercing* lingual. O paciente apresentava diversos efeitos colaterais decorrentes do uso desse ornamento, como: inchaço, interferência na fala, deglutição e mastigação; durante semanas e especialmente durante ininterruptas conversações e atividades físicas.

* Mestrando em Clínica Infantil – Ortodontia pela Universidade Paulista (UNIP). E-mail: jefferson@bozelli.com.br

** Professor Titular da Disciplina de Ortodontia da UNIP.

*** Professor Titular da Disciplina de Odontopediatria da UNIP.

Os autores também mencionam a possibilidade de diversas infecções, por falta de controle de higiene oral e pela não esterilização dos materiais utilizados pelos profissionais realizadores dos *piercings*, normalmente tatuadores. Os autores expõem diversos tipos de efeitos causados pelos *piercings* linguais. Concluíram que os cirurgiões-dentistas devem estar preparados para diagnosticar e tratar os diversos tipos de ocorrências maléficas que os *piercings* podem ocasionar.

Já em 2000, Peticolas *et al.*¹² fizeram uma revisão criteriosa dos diferentes tipos de *piercings* orais e periorais, suas implicações para seus portadores e para os profissionais da Saúde. Os *piercings* podem ser: *piercing* lingual (tipo Barbell), que pode estar localizado no dorso ventral (o mais comum) e lateral da língua; o *piercing* labial (tipo Labrette) – este se encontra no lábio inferior abaixo do vermelhão labial; os *piercings* de bochecha e de freio também foram apresentados. Os autores discorreram sobre as complicações durante a instalação dos *piercings*, como: hemorragia durante o procedimento, transtornos ao nervo hipoglossal e glossofaríngeo, infecções (HIV, Hepatite, Tetanus etc) causadas por impróprias esterilizações e desinfecções, e complicações conseguintes a instalação dos *piercings*, são elas: inflamação local da língua, infecção localizada, traumas gengivais, bacteremia, Angina de Ludwig, hiperplasia tecidual, deiscência, quebra e fraturas dos dentes, recessão gengival, abrasão dentária, aspiração ou ingestão do *piercing*. Os autores também enfatizaram a manutenção da saúde oral e perioral do paciente com *piercing*, como controle, manutenção e prevenção de possíveis transtornos causados por esses ornamentos.

Segundo De Moor *et al.*⁶ (2000) a inserção de metais dentro e ao redor da boca está crescendo em popularidade, entretanto, numerosas complicações estão associadas aos *piercings*. O estudo utilizou quinze pacientes portadores de *piercing* lingual com ou sem complicação e estes foram examinados e radiografados. Os problemas mais observados foram fraturas dos dentes e recessão na gengiva lingual anterior, pelo contato constante do *piercing*. Os autores concluíram que os pacientes necessitam de melhores informações sobre as complicações associadas com *piercing* lingual e *piercing* periorais, e os cirurgiões-dentistas devem estar aptos para realizar isto.

Bassiouny *et al.*² (2001) discutiram as possibilidades restauradoras e protéticas em pacientes portadores de *piercing* lingual, pois estes apresentam corriqueiramente fraturas e perdas de estrutura dentária. Descreveram as possibilidades restauradoras para as diferentes perdas de estrutura dentária. Apresentaram um relato de caso clínico, onde o paciente destruiu uma grande parte da estrutura de esmalte do primeiro molar inferior direito permanente resultante da interferência do *piercing* lingual com a oclusão dentária. Os autores optaram pela reconstrução anatômica e funcional do referido dente com uma coroa metálica, pois o portador do *piercing* era relutante na sua remoção.

Kretchmer e Moriarty⁹ (2001), relatando um caso clí-

nico em que o paciente possuía um *piercing* lingual e onde o ornamento obtinha íntima ligação com a mucosa e o dente, observaram a presença de bolsa periodontal, sangramento à sondagem, presença de placa bacteriana e cálculo dentário, associado à deficiência de controle de higiene do paciente. Entretanto, outras áreas contíguas a esta afetada não apresentavam bolsa e recessão periodontal. Os autores propuseram uma terapia para essa manifestação: controle de higiene do paciente, raspagem periodontal, remoção do *piercing*, cirurgia plástica periodontal. Assim, com a remoção do ornamento e controle da placa bacteriana, a recessão gengival e do osso alveolar se estabilizaram. Os autores afirmam que o *piercing* lingual é o principal fator pela ocorrência de trauma periodontal localizado, no caso relatado.

Já relatando uma recessão gengival causada por um botão labial localizado assimetricamente no lábio inferior, O'Dwyer e Holmes¹¹ (2002) relacionaram a utilização desse *piercing* como única e exclusiva causa dos danos periodontais localizados. Os autores salientaram que pacientes portadores de *piercing* labiais devem ser orientados sobre os riscos que estes adereços trazem aos tecidos periodontais.

Em 2002, Dibart *et al.*⁷ apresentaram um caso clínico de paciente portador de *piercing* lingual e labial. O paciente foi examinado e observou-se recessão gengival lingual nos dentes 31 e 41 (incisivo central inferior esquerdo e incisivo central inferior direito, respectivamente), e recessão gengival vestibular do dente 41, pois este possuía um íntimo contato com o *piercing* labial, e outras evidências patológicas periodontais foram descartadas. Os autores correlacionam a presença destes *piercings* com os traumas periodontais localizados. Concluíram que uma característica comum entre portadores de *piercing* oral parece ser a limitada preocupação com a saúde oral, por isso diversos pacientes portadores de *piercing* ficam relutantes à remoção desses ornamentos.

Campbell *et al.*⁴ (2002) avaliaram o efeito do tempo em pacientes usuários de *piercing* lingual, observando as complicações de recessão gengival e fratura do dente. Na pesquisa foram acompanhados 52 pacientes adultos, com idade média de 22 anos, e examinados para avaliar a condição gengival dos dentes anteriores superiores e inferiores e possíveis fraturas dos dentes. Os resultados demonstraram o não aparecimento de recessão gengival e traumas dentais nos pacientes que utilizaram *piercing* até dois anos. Nos casos acima de dois anos de uso, em 50% dos pacientes verificaram-se recessões gengivais nos incisivos inferiores. As fraturas dos dentes foram observadas em 47% dos pacientes com uso acima de quatro anos. Os autores concluem que o longo uso dos *piercings* pode acarretar diversas complicações ao tecido dentário e oral.

Akhondi e Rahimi¹ (2002) apresentaram um caso clínico de endocardite bacteriana decorrente da presença de *piercing* lingual, em um paciente portador de problema congênito de coração. Os autores observaram a colonização de *Haemophilus aphro-*

philus ao redor do botão do *piercing* lingual, causando ao paciente bacterímia e endocardite. Normalmente esta bactéria é encontrada no trato-respiratório superior de humanos e animais. Os autores indicam medidas profiláticas de controle para pacientes portadores de *piercing* e de problemas cardíacos.

Em 2002, Canto *et al.*⁵ relataram a antiga origem da ornamentação do corpo pelos humanos. Descreveram os diversos tipos de *piercings* e suas possíveis localizações. Os autores apresentaram as diversas situações adversas que os ornamentos podem causar a seus usuários.

Theodossy¹⁴ (2003) relatou um caso de complicação de *piercing* lingual que ficou encravado na língua da paciente, necessitando assim de remoção cirúrgica. O autor também relatou as diversas complicações que os portadores de *piercing* podem apresentar.

Discussão

A maioria dos autores denota a origem dos *piercings* orais e periorais a um resgate da beatificação corporal, que era praticada por diversos povos que habitaram a face da Terra, através dos séculos. Atualmente, o *piercing* é utilizado principalmente por jovens (Canto *et al.*⁵ (2002) e Dibart *et al.*⁷ (2002) por motivos de modismo, relacionados à música, à arte, a uma cultura alternativa e pela aspiração de confrontar padrões vigentes na sociedade atual.

Os *piercings* orais mais estudados são os *piercings* de língua e labial, entretanto pode-se encontrar os *piercings* em outras localizações (Peticolas *et al.*¹², 2000; Bassiouny *et al.*², 2001; Canto *et al.*⁵, 2002, como nas bochechas, na úvula e no freio labial (Figura 1).

O *piercing* lingual ou Barbell, atualmente é o mais utilizado por praticantes de perfurações orais. Normalmente este tipo de *piercing* é instalado no dorso-ventral da língua (Figuras 2 e 3), em outros formatos como anéis, curvos etc. (Peticolas *et al.*¹², 2000; Kretchmer e Moriart⁹, 2001; Canto *et al.*⁵, 2002; McGeary *et al.*¹⁰, 2002; Brooks *et al.*³, 2003; Theodossy¹⁴, 2003).

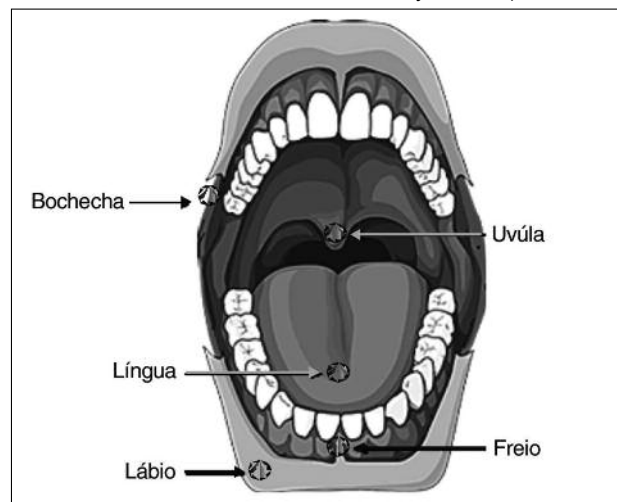


Figura 1. Diversas localizações de *piercings* orais e periorais (bochechas, úvula, língua, lábio e freio)

As complicações mais comuns apresentadas por usuários de *piercing* lingual (Barbell) e de outros tipos são:

Hemorragia e dor

A maior parte da literatura relata o excesso de sangramento no ato de instalação do ornamento lingual pela alta vascularização da língua e a dor ao desconforto pelo procedimento cruento (De Moor *et al.*⁶, 2000; Peticolas *et al.*¹², 2000; Bassiouny *et al.*², 2001; Akhondi e Rahimi¹, 2002; McGeary *et al.*¹⁰, 2002; Brooks *et al.*³, 2003; Theodossy¹⁴, 2003).

Risco a infecções

Os profissionais de *piercings*, geralmente não são orientados e precavidos quanto à esterilização e desinfecção dos materiais perfurantes para realização desse procedimento, levando assim o usuário a correr riscos de contrair diversas doenças, como: Aids, Hepatite, Tétano e outras doenças infecto-contagiosas (Farah e Harmon⁸, 1998; Peticolas *et al.*¹², 2000; Bassiouny *et al.*², 2001; Campbell *et al.*⁴, 2002; Shacham *et al.*¹³, 2003; Brooks *et al.*³, 2003; Theodossy¹⁴, 2003). Entretanto, a micro-flora bucal é rica em microrganismos patogênicos, assim os pacientes portadores de *piercing* lingual apresentando hábitos de higiene não condizentes, podem desenvolver uma infecção localizada, acentuando o risco de uma infecção generalizada, como: bacterêmia, endocardite (pacientes portadores de problemas cardíacos), Angina de Ludwig. (Peticolas *et al.*¹², 2000; Dibart *et al.*⁷, 2002; O'Dayer e Holmes¹¹, 2002; McGeary *et al.*¹⁰, 2002; Akhondi e Rahimi¹, 2002; Shacham *et al.*¹³, 2003; Brooks *et al.*³, 2003; Theodossy¹⁴, 2003).



Figura 2. *Piercing* lingual (barbell) de dorso-ventral de língua



Figura 3. *Piercing* lingual de dorso-lateral de língua, em forma de anel e outros formatos

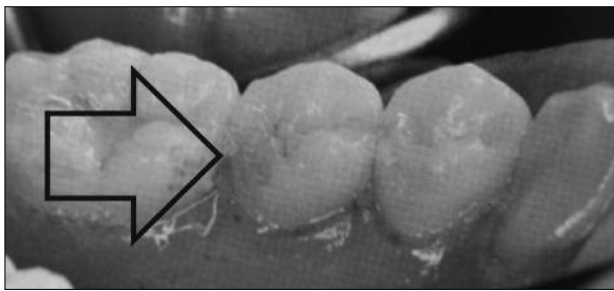


Figura 4. Fratura de cúspide lingual de pré-molar superior

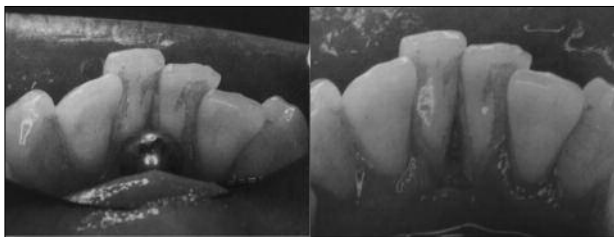


Figura 5. Recessão gengival localizada, usuário de *piercing* lingual



Figura 6. *Piercing* labial em botão e anel

Inflamação local da língua

Os linfonodos submandibulares podem inchar, em decorrência do ato invasivo da perfuração, desencadeando os processos inflamatórios, levando aos sinais característicos da inflamação (dor, rubor e edema), e desta forma, interferindo na fala, na mastigação e na deglutição (Farah e Harmon⁸, 1998; De Moor *et al.*⁶, 2000; Peticolas *et al.*¹², 2000; Bassiouny *et al.*², 2001; McGeary *et al.*¹⁰, 2002; Akhondi e Rahimi¹, 2002; Shacham *et al.*¹³, 2003; Brooks *et al.*³, 2003; Theodossy¹⁴, 2003), e aumentando significativamente o fluxo salivar, durante as primeiras semanas.

Aspiração ou ingestão

Como os diferentes tipos de *piercings* apresentam em sua estrutura, conexões entre diferentes partes (usualmente uma barra com duas esferas rosqueáveis), estas podem se soltar, ou até mesmo durante a inserção do ornamento na perfuração realizada, levando o usuário a riscos de ingestão e aspiração das peças que compõem o adereço (Farah e Harmon⁸, 1998; De Moor *et al.*⁶, 2000; Peticolas *et al.*¹², 2000; Bassiouny *et al.*², 2001; McGeary *et al.*¹⁰, 2002; Akhondi e Rahimi¹, 2002; Shacham *et al.*¹⁰, 2003; Brooks *et al.*³, 2003; Theodossy¹⁴, 2003).



Figura 7. Recessão gengival localizada

Quebras, trincas ou fraturas dos dentes

São os problemas mais comuns observados (Figura 4) em pacientes portadores de *piercing* lingual (Farah e Harmon⁸, 1998; De Moor *et al.*⁶, 2000; Peticolas *et al.*¹², (2000); Bassiouny *et al.*², 2001; Canto *et al.*⁵, 2002; Dibart *et al.*⁷, 2002; Campbell *et al.*⁴, 2002; McGeary *et al.*¹⁰, (2002); Brooks *et al.*³, 2003; Shacham *et al.*¹³, 2003; Theodossy¹⁴, 2003). A esfera metálica encontrada no *piercing* lingual é a principal causa de injúrias às cúspides de pré-molares e molares, e responsável por grandes perdas de estrutura dentária nos molares, durante a mastigação, e conseqüentemente perda da vitalidade pulpar (De Moor *et al.*⁶, 2000; Campbell *et al.*⁴, 2002; McGeary¹⁰ *et al.*¹⁰, 2002).

Alguns autores indicam para pacientes relutantes na remoção destes ornamentos o uso de esferas de acrílico, menos nocivas a superfície dentária, contudo não menos irritantes aos tecidos periodontais.

Recessão gengival

O íntimo e constante contato entre a esfera do *piercing* lingual e o tecido gengival que protege os dentes anteriores inferiores, acarreta uma perda de inserção periodontal e conseqüentemente o desenvolvimento de uma recessão gengival (Figura 5), normalmente localizada (Farah e Harmon⁸, 1998; De Moor⁶ *et al.*, 2000; Peticolas *et al.*¹², 2000; Bassiouny *et al.*², 2001; Canto *et al.*⁵, 2002; Dibart *et al.*⁷, 2002; Campbell *et al.*⁴, 2002; Theodossy¹⁴, 2003). Entretanto, outros fatores podem contribuir para agravar essa injúria aos tecidos de sustentação, como acessórios dos *piercings* irregulares e não polidos, a presença de cálculo e placa bacteriana e principalmente a baixa eficiência na escovação do usuário deste adereço.

A maioria dos autores exprime uma grande preocupação com este grupo da população usuário de *piercing* oral, pois este adereço marca o usuário com seqüelas tanto locais como gerais. O controle da placa bacteriana, freqüente remoção do *piercing* lingual (2 a 3 vezes ao dia) para limpeza, uso de colutórios bucais (clorexidine 0,12%) como coadjuvantes na hi-

gienização e visitas ao cirurgião-dentista para controle são os cuidados necessários para minimizar as possíveis seqüelas Bassiouny *et al.*², 2001).

O *piercing* labial (Labrette) é um dos tipos de *piercings* orais muito utilizados. Este tipo de *piercing* pode se localizar no centro da comissura lábio-mental abaixo do vermelhão do lábio. Também pode ser encontrado em toda a extensão do vermelhão do lábio (Figura 6) (Peticolas *et al.*¹⁴, 2000; O'Dwyer e Holmes¹¹, 2002; Canto *et al.*⁵, 2002; Dibart *et al.*⁷, (2002); Brooks *et al.*³, (2003).

As principais seqüelas deixadas pelos *piercings* labiais são as recessões gengivais (Figura 7), normalmente localizadas no contato entre o material do ornamento com a mucosa oral e os tecidos de sustentação e proteção dos dentes (Peticolas *et al.*¹², 2000; O'Dwyer e Holmes¹¹, 2002; Canto *et al.*⁵, 2002; Dibart *et al.*⁷, 2002; Brooks *et al.*³, 2003).

As complicações com *piercing* oral podem não aparecer logo após a instalação do mesmo, mas a

qualquer momento pode ser observada (Peticolas *et al.*¹², 2000).

Conclusão

Através dos artigos compilados nesta revisão da literatura, pode-se concluir que com o acréscimo de pacientes portadores de *piercing* orais e periorais, o cirurgião-dentista deve estar atento para suas complicações e possíveis seqüelas nos tecidos bucais. Entre as complicações mais observadas pode-se citar: dor, edema, inflamação, inchaço, aumento do fluxo salivar, fraturas, trincas e traumas dentais, trauma no tecido periodontal e mucosa (recessão gengival), infecção por bactérias, fungos e vírus, obstrução das vias aéreas, dificuldade na fala, deglutição e mastigação. Portanto, o cirurgião-dentista deve estar preparado para diagnosticar e tratar as possíveis seqüelas de *piercings* orais e orientar estes pacientes sobre as injúrias que estes ornamentos podem lhes acarretar.

Referências

1. Akhondi H, Rahimi AR. *Haemophilus aphrophilus* endocarditis after tongue piercing. *Emerg Infect Dis* 2002 Aug.; 8(8):850-1.
2. Bassiouny MA, Deem LP, Deem TE. Tongue piercing: A restorative perspective. *Quintessence Int* 2001 Jun; 32(6):477-81.
3. Brooks JK, Hooper KA, Reynolds MA. Formation of mucogingival defects associated with intraoral and perioral piercing. *J Am Dent Assoc* 2003 Jul;134(7):837-43.
4. Campbell A, Moore A, Willians E, Stephens J, Tatakis DN. Tongue piercing: Impact of the time and barbell stem length of lingual gingival recession and tooth chipping. *J Periodontol* 2002 Mar;73(3):289-97.
5. Canto GL, Oliveira J, Ouriques KA, Wolff FL. *Piercing* bucal: o que os dentistas devem saber. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 2002 set-out; 56(5): 348-9.
6. De Moor RJG, De Witte AMJC, De Bruyne MAA. Tongue piercing and associated oral and dental complications. *Endod Dent Traumatol* 2000 Oct; 16(5): 232-7.
7. Dibart S, De Feo P, Surabian G, Hart A, Capri D, Su MF. Oral piercing and gingival recession: Review of the literature and a case report. *Quintessence Int* 2002 Feb; 33(2):110-2.
8. Farah CS, Harmon DM. Tongue piercing: Case report and review of current practice. *Aust Dent J* 1998; 43(6):387-9.
9. Kretchmer MC, Moriarty JD. Metal piercing through the tongue and localized loss of attachment. A case report. *J Periodontol* 2001 Jun;72(6):831-3.
10. McGearry SP, Studen-Pavlovich D, Ranalli DN. Oral piercing in athletes: Implications for general dentists. *Gen Dent* 2002 Mar-Apr; 50(2):168-72.
11. O'Dwyer JJ, Holmes A. Gingival recession due to trauma caused by a lower lip stud. *Br Dent J* 2002 Jun;192(11):615-6.
12. Peticolas T, Tilliss TSI, Cross-Poline, GN. Oral and perioral piercing. A unique form of self-expression. *J Contemp Dent Pract* 2000 Aug; 1(3):30-46.

13. Shacham R, Zaguri A, Librus HZ, Bar T, Eliav E, Nahlieli O. Tongue piercing and its adverse effects. *Oral Surg Oral Med Pathol Oral Radiol Endod* 2003 Mar;95(3): 274-6.
14. Theodossy T. A complication of tongue piercing. A case report and review of the literature. *Br Dent J* 2003 May;194(10): 551-2.

Recebido em 20/9/2004

Aceito em 22/11/2004