

Piercings orais e periorais e suas complicações

Fábio Maltez Correia da Silva Ribeiro

**PIERCINGS ORAIS E PERIORAIS E
SUAS COMPLICAÇÕES**

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA
FACULDADE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Porto, 2012

Piercings orais e periorais e suas complicações

Piercings orais e periorais e suas complicações

Fábio Maltez Correia da Silva Ribeiro

**PIERCINGS ORAIS E PERIORAIS E
SUAS COMPLICAÇÕES**

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA
FACULDADE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Porto, 2012

Piercings orais e periorais e suas complicações

Fábio Maltez Correia da Silva Ribeiro

PIERCINGS ORAIS E PERIORAIS E SUAS COMPLICAÇÕES

“Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para a obtenção do grau de mestrado integrado em Medicina Dentária”.

RESUMO

O presente estudo tem como objectivo, através de uma revisão de literatura, despertar e alertar os médicos dentistas para as possíveis complicações do uso contínuo do *piercing* oral/perioral.

O uso do *piercing* tem sido realizado, por várias civilizações, com objetivos estéticos, culturais, políticos e religiosos.

Na sociedade actual, o seu uso está ligado à adolescência, tendo conotações de cariz sexual, provocação social, rebeldia e estética.

Os *piercings* localizados dentro e em torno da cavidade oral, são comuns na língua, lábios, dentes, bochecha e úvula, podendo provocar inúmeras condições patológicas.

As complicações decorrentes da utilização do *piercing* oral/perioral, podem ser imediatas ou tardias, dando uma atenção especial aos possíveis efeitos nocivos e traumáticos tanto nos tecidos duros como nos tecidos moles da cavidade oral.

Após a colocação do *piercing* oral/perioral, deve ser tido em conta um conjunto de medidas e cuidados de modo a reduzir a probabilidade de complicações decorrentes do seu uso.

Convém salientar que o *piercing* oral favorece a acumulação de restos alimentares e dificulta a higiene oral. A contínua utilização tem inúmeras consequências que podem ir desde fracturas dentárias e infecções até mesmo a condições pré-malignas.

Usualmente, pode tornar-se necessário o emprego de terapêutica medicamentosa analgésica, anti-inflamatória ou antibiótica no período pós-colocação. Assim sendo, o médico dentista, tem o dever de alertar e esclarecer o paciente sobre o uso e manutenção do *piercing* oral explicando as suas devidas complicações.

ABSTRACT

It is the purpose of this study to inform dentists, through a review in medical literature, of the possible complications of the continuous use of the oral/perioral piercing.

Different civilizations have been using piercings due to aesthetic, cultural, political and religious motivations.

Today, its use is mainly associated with the process of growing up in adolescence, carrying with it sexual connotations, the desire to be socially provocative and also attitudes of rebellion and aesthetic beliefs.

Piercings inserted inside and around the mouth are common in the tongue, lips, teeth, cheeks and uvula, being, all of them, likely to cause several pathological conditions.

Complications deriving from the use of oral/perioral piercings can be immediate or arrive later in life. Special attention should be given to the possible harmful and traumatic effects either in the soft or in the bone tissues of the mouth.

A lot of care must be taken after inserting the oral/perioral piercing so as to reduce the possible complications of its use.

It is important to emphasize the fact that the oral piercing favours the heaping of food items and makes oral hygiene more difficult. Its continuous use brings with it several consequences, from tooth fractures and infections to even pre-malignant conditions.

The use of analgesic, anti-inflammatory or antibiotic therapy may prove to be necessary immediately after the piercings' insertion; therefore, the dentist must give the patient all the details about the use and preservation of the oral piercing, making clear that some complications may also take place.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a toda a minha família em especial aos meus pais e irmão que acima de tudo souberam ser pacientes e amigos nos momentos mais difíceis da minha vida, e sei que sempre contarei com eles.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Prof. Dr. Abel Salgado por toda a paciência e interesse demonstrado a longo de todo o trabalho e pela sua máxima disponibilidade.

À Universidade Fernando Pessoa e a todo o seu corpo docente por me ter transmitido todos os valores e conteúdos para vir a ser um excelente Médico Dentista, fazendo-me sentir orgulhoso de ter representado as cores desta instituição.

A todos os meus amigos que passaram esta fase muito importante da minha vida e me motivaram sempre que quebrei e desmotivei um pouco, a todos eles o meu muito obrigado.

ÍNDICE

I - Introdução	4
II - Desenvolvimento	6
II.1 - Formas de <i>piercings</i>	6
II.1.1 - Técnicas de colocação	7
II.1.2 - Localizações orais.....	8
II.2 – Complicações ao nível da cavidade oral.....	10
II.2.1 - Primárias ou agudas.....	10
II.2.1.1 – Inflamação local.....	10
II.2.1.2 – Infecção.....	11
II.2.1.3 – Endocardite Bacteriana.....	11
II.2.1.4 – Angina de Ludwig.....	13
II.2.1.5 – Hemorragias.....	14
II.2.1.6 – Reacções alérgicas.....	15
II.2.1.7 - Lesões pré-malignas.....	16
II.2.1.8 – Interferência na fonação, deglutição e mastigação.....	16
II.2.1.9 – Lesões nervosas.....	17
II.2.1.10 – Limitações radiográficas.....	17
II.2.1.11 – Sialorreia.....	18
II.2.1.12 – Galvanismo.....	18
II.2.1.13 – Acumulação de placa bacteriana.....	18
II.2.2 – Complicações secundárias ou tardias.....	19
II.2.2.1 – Complicações nos tecidos moles.....	19
II.2.2.2 – Complicações da estrutura dentária.....	21
II.2.2.3 – Aspiração do <i>piercing</i>	22
II.3 – Cuidados e manutenção.....	23
II.4 – Tratamento.....	26
III - Conclusão	30
IV - Bibliografia	32

Índice de figuras:

Figura 1- Labrette.....6
Figura 2 – Barbell.....6
Figura 3 – Argola.....7

I - INTRODUÇÃO

Este trabalho monográfico, propõe-se abordar as possíveis complicações do uso de *piercing* oral/perioral, servindo como alerta para o médico dentista.

Historicamente, a prática do *piercing* (do inglês: perfuração), tem sido realizada por várias civilizações. Há relatos do uso entre os egípcios, romanos, maias, tendo conotações espirituais, sexuais, estéticas e em rituais de passagem. Na sociedade actual ele apresenta uma ligação com a adolescência e a vontade de ser diferente.

A moda do *piercing* ganhou força com o movimento Hippie dos anos 60 e 70 e, posteriormente, e com os Punks nos anos 80 e 90 (Costa, 2004).

Os *piercings* mais prevalentes no corpo encontram-se no lóbulo da orelha, no nariz, nas sobrancelhas, no umbigo e nos órgãos genitais. No entanto os locais de interesse para o médico dentista são as bochechas, lábios, freios, úvula e língua (Bozelli, 2005).

Segundo Price e Lewis 1997 o *piercing* na língua, no lábio superior e na bochecha foram inventados pelas sociedades modernas ocidentais.

As jóias utilizadas para a perfuração do corpo podem ser confeccionadas em aço cirúrgico, titânio, ouro, prata ou níquel. Sendo o níquel o maior causador das reacções alérgicas e inflamatórias (Santiago, 2005).

Piercers são pessoas sem habilitação profissional, autodidactas, que muitas vezes desconhecem a anatomia humana, as condições sistémicas do paciente e os parâmetros correctos de esterilização e assepsia, expondo o paciente, ou cliente, a doenças como tétano, hepatite, HIV e herpes. (Marquezan et al 2008)

Tendo em conta estes riscos e possíveis complicações, decidimos abordar esta temática, esclarecendo, no universo geral dos *piercings*, quais as complicações e como o médico dentista deve actuar perante um portador deste artefacto.

Com o aumento de pacientes portadores de *piercings* orais e periorais, o médico dentista deve estar atento às suas complicações mais observadas, onde se incluem: dor,

inflamação, infecção, obstrução das vias aéreas, dificuldade na fala, deglutição e mastigação (Bozelli e tal, 2004).

Os objectivos específicos deste trabalho científico assentam no desenvolvimento dos seguintes temas: Considerações históricas. Quais os tipos de *piercings* orais/periorais existentes? Quais as complicações mais frequentes decorrentes do seu uso? Qual o papel do médico dentista perante tais artefactos? Quais os *piercings* mais comuns? Quais os que causam mais complicações?

Na fase inicial, decidimos elaborar, a partir da pesquisa de inúmeros artigos científicos, um índice para a monografia de forma a criar um desenho que direccionasse a pesquisa.

A pesquisa bibliográfica, compreendeu os meses de Outubro de 2011 e Dezembro de 2011. Recorreu-se a motores de busca na Internet, tais como o Google Scholar e Pubmed, e em bibliotecas como a da Universidade Fernando Pessoa e da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto.

Assim sendo, com este trabalho alcançou-se uma maior extensão do tema em estudo, esclarecendo-se questões relacionadas com o papel do médico dentista nesta temática, das complicações e riscos e dos procedimentos que envolvem *piercings* orais e periorais.

Palavras-chave: Oral piercing (*Piercing* oral), Complications of oral piercing (complicações do piercing oral), Body art (arte corporal)

II - DESENVOLVIMENTO

II.1 - Formas de *piercings*

Segundo alguns autores (Canto et al. 2002), os materiais e acessórios são de diferentes estilos e tamanhos, podendo medir, aproximadamente 30mm; o material utilizado na sua confecção pode ser aço inoxidável, ouro, prata, teflon, acrílico ou titânio, usado inclusive nos implantes dentários. Além disso existem acessórios de diferentes formas disponíveis para poderem ser adaptados ao *piercing*.

- O *Labrette* (fig.1), é constituído por uma barra com um extremo limitado por uma bola ou lança e por outro por um disco plano e liso. Normalmente localizado no lábio inferior e mento (Alis e Iglésias, 2005).

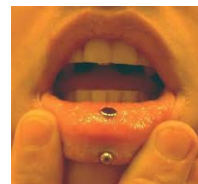


Figura 1 *Labrette*

- O *Barbell* (Fig.2), é uma barra recta ou curva limitada nas suas extremidades por objectos esféricos em que uma delas é rosqueada para fechar o dispositivo. No momento da perfuração o comprimento da barra não deve ser menor que 20mm, devido à inflamação lingual; após 2 semanas pode-se trocar a barra por uma de menor comprimento. É colocado normalmente na língua, freio lingual e, com menos frequência, na úvula (Castaño, 2007).



Figura 2 *Barbell*

- A *Argola*, barra em forma circunferencial com uma ou duas esferas nas extremidades. São colocados nos lábios e com menos frequência em zonas laterais da língua (Castaño, 2007). Consiste numa esfera metálica que se adapta às duas extremidades da argola, é mantido apenas pela tensão (Khanna et al, 1999).

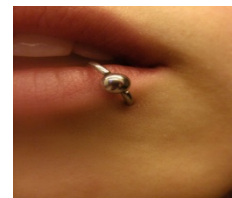


Figura 3 Argola

II.1.1 – Técnicas de colocação

O *labrette* é um brinco que apresenta duas extremidades, sendo que uma se situa na região intra-oral enquanto a outra fica, geralmente, abaixo do lábio inferior em posição extra oral (Alis e Iglésias, 2005).

O *barbell* atravessa a língua, do dorso ao ventre, de maneira a expor as suas extremidades (Levin et al 2005).

A técnica de colocação, consiste na determinação do local pelo usuário, higiene com gaze embebida em PVPI (polivinil pirrolidona iodada) e bochechos com solução anti-séptica. O *piercing* é encaixado na agulha, que tem o mesmo calibre da jóia. A agulha é inserida. Pinça e agulha são removidas. A outra parte do brinco é, então, rosqueada.

Na língua uma barra mais longa é utilizada para melhor acomodação da jóia durante o período do edema. Após a cicatrização, uma jóia menor substituirá a primeira. O tempo de cicatrização no lábio é de aproximadamente cinco semanas e na língua 4 semanas. Se o paciente apresentar dor, inflamação e, conseqüente aumento do período de cicatrização, deve-se realizar desbridamento local, uso de clorhexidina e antibioticoterapia. Neste caso, o paciente deverá ser acompanhado e o artefacto removido (Boardman e Smith, 1997).

Na região lingual, após limpeza e desinfecção, é feita a marcação, geralmente na linha média, desde que, artérias, veias e nervos se situem lateralmente, evitando deste modo complicações. É utilizada uma agulha hipodérmica para a perfuração. Na região labial, o local é determinado pela estética e após ser colocado, deve ser limpa toda a região com PVPI (polivinil pirrolidona iodada) e realizar bochechos anti-sépticos (Trindade et al 2003).

Íman - A moda dos *piercings* também já chegou às crianças! Os denominados *piercings* magnéticos servem de adorno e, apesar de não necessitarem de perfuração, oferecem riscos, principalmente para a população infantil (American Dental Association – ADA, 2003). Os ímans utilizados na confecção dos piercings são diferentes dos ímans de ferro convencionais e possuem uma menor força de atração. O risco de aspiração e ingestão que esses artefactos oferecem às crianças é grande. O acesso aos *piercings* magnéticos é simples, pois são baratos e vendidos em lojas que estão ao alcance de todos (Silva et al, 2005).

II.1.2 – Localizações orais

Língua – É a zona mais usual. Existem dois tipos de perfurações: o dorsoventral e o dorsolateral. No *piercing* dorsoventral, a jóia é inserida do dorso para a superfície ventral da língua. O formato da jóia mais popular neste tipo é o *barbell* (Silva et al, 2005).

O *piercing* dorsolateral não possui um procedimento muito seguro durante a sua execução devido à topografia da vascularização lingual e por isso a perfuração dorsolateral não é feita com tanta frequência pelos “*piercers*”. No *piercing* dorsolateral ambas as esferas das jóias estão no dorso da língua, lateralmente com orientação anterior.

No *piercing* lingual é comum haver edema devido à alta vascularização da língua (Levin et al, 2005).

A cicatrização após colocação, ocorre em quatro a 6 semanas. Os sintomas comuns após o furo, incluem dor, edema, sialorreia e trauma gengival.

Outra consequência séria do *piercing* na língua é o comprometimento da via respiratória, resultante do edema da língua ou da aspiração da jóia (Kuczkowski e Benumof, 2002).

A consequência mais óbvia do *piercing* na boca é a dor, pois, o procedimento é feito sem anestesia. O aumento da vascularização pode causar um edema após a colocação e o risco de um sangramento prolongado, se os vasos de maior calibre forem atingidos (Botchway e Kuc 1998).

Piercing dentário – O *piercing* no dente, é um procedimento extremamente simples e não constitui perigo para a mucosa oral. Por ser de fácil remoção, oferece a possibilidade de ser retirado a qualquer momento, sem deixar vestígios (Feuser et al, 2007).

Pode ser um cristal ou uma jóia de ouro ou pedra preciosa, fixado no dente por meio de sistemas adesivos e resinas compostas, e que não danifica o esmalte dentário nem necessita de uso anestésico, por não gerar dor; pode ser removido sem danificar o dente, quando não houver mais interesse e não oferece, por outro lado, riscos à saúde do paciente (Marquezan et al, 2008).

Somente os médicos dentistas estão capacitados para colocar e retirar o *piercing* dentário (Silva et al, 2005).

O termo *piercing* dentário tornou-se popular, porém empregue incorrectamente, visto que nos dentes não há perfuração. Funciona como um braquete ortodôntico e o cuidado principal é relacionado com a desorganização da placa, uma vez que existe maior acumulação de sobre a jóia, levando à preocupação com cáries (Feuser et al, 2007).

Úvula – São muito raros pelo elevado risco de complicações e pela dificuldade de perfuração, muitos “*piercers*” recusam colocá-los (Alis e Iglésias, 2005).

A estimulação da úvula acentua o reflexo do vômito, que é um factor muito importante durante a perfuração e deve ser evitado a todo o custo.

Se a pessoa a quem está a ser colocado este brinco vomitar, existe a possibilidade de a agulha ou a jóia ser deglutida. Em certos casos este *piercing* pode resultar na biseção da úvula (Singh e Tuli, 2011).

Bochecha – Os piercings das bochechas são coincidentes com a região das “covinhas”. A localização intraoral da jóia, pode levar a uma recessão gengival ou, até, a fracturas dentárias (Silva et al).

É uma região pouco utilizada. A perfuração é realizada até à mucosa jugal e o brinco é externo (Alis e Iglésias 2005).

Freio lingual – Das diferentes localizações orais este *piercing* também é popular, mas pode resultar em complicações. *Piercing* lingual que é um artefacto que atravessa o

freio localizado na face ventral da língua, é também conhecido como *piercing* de “rede” (Singh e Tuli, 2011).

Lábio – Pode perfurar-se em qualquer ponto do seu perímetro ao redor do vermelho do lábio (Boardman e Smith, 1997).

É possível encontrar argolas em volta da comissura labial ou no centro do lábio inferior, mas neste caso, normalmente, são colocados *labrettes*.

O *piercing* labial, geralmente é colocado no lábio inferior, por esta razão, quem sofre mais lesões associadas à presença deste *piercing* é o tecido da mucosa gengival inferior (Carvalho et al 2004).

As prevalências da agressividade da fractura e da recessão gengival estão na proporção directa de tempo do uso de *piercing* bem como, do seu tamanho (Campbell et al, 2002).

A jóia utilizada neste tipo de *piercing* pode contribuir para a recessão gengival na superfície vestibular anterior da mandíbula, devido a trauma do tecido. Os *piercings* vão desde a parte externa do lábio até ao interior da cavidade oral (Silva et al, 2005).

Após o procedimento, o bochecho com uma solução anti-séptica é recomendado, devendo o consumo de álcool e tabaco ser evitado (Robert et al, 2007).

II.2 – Complicações ao nível da cavidade oral

II.2.1 – Primárias ou agudas

II.2.1.1 – Inflamação local

Passadas 6 a 8 horas da perfuração lingual, os tecidos circundantes inflamam, mantendo-se a inflamação durante 3 a 4 dias (Alis e Iglésias, 2005).

Os gânglios linfáticos sub-mandibulares e sub-mentonianos podem inchar, desencadeando os processos inflamatórios, levando aos sinais característicos da inflamação (dor, rubor e edema), e desta forma interferir na fala, na mastigação e na deglutição (Bozelli et al, 2004).

Uma língua edemaciada, devido à perfuração com um objecto metálico, pode dificultar a alimentação, comprometer a fala e até a respiração, devido à obstrução da via aérea no caso de se formar uma Angina de Ludwig, requerendo uma rápida actuação do médico dentista (Botchway e Kuc, 1998).

Os tecidos que rodeiam a ferida causada pelo *piercing*, devido à inflamação e ulceração, provocam dor. A inflamação e a dor são de facto as complicações mais frequentes. O tempo necessário para que haja reversão dos sintomas de uma perfuração lingual é estimado entre 3 a 5 semanas (Alis e Iglesias, 2005).

II.2.1.2 – Infecção

Os profissionais de *piercings*, geralmente, não são orientados quanto à esterilização e desinfecção dos materiais perfurantes para a realização desse procedimento, levando assim o usuário a correr o risco de contrair diversas doenças como: Sida, hepatite, tétano e outras doenças infecto-contagiosas (Farah e Harmon, 1998; Theodossy, 2003).

A micro flora oral é rica em microrganismos patogénicos, assim, os pacientes portadores de *piercing* lingual que apresentam maus hábitos de higiene oral, podem desenvolver uma infecção localizada, acentuando o risco de uma infecção generalizada como: bacteriémia, endocardite bacteriana, Angina de Ludwig (O'Dwyer e Holmes, 2002).

A utilização de instrumentos contaminados para a perfuração levará, conseqüentemente; a um quadro de infecção ou transmissão de doenças como: Sida, sífilis e hepatite, entre outras (Bozelli, 2005).

Após uma perfuração recente deve prestar-se especial atenção a sintomas de bacteriémia como febre, calafrios, tremores e uma ruborização da zona circundante do *piercing* (Alis e Iglesias, 2005).

II.2.1.3 – Endocardite

Endocardite bacteriana é um processo infeccioso, envolvendo geralmente as válvulas cardíacas, doença que era, uniformemente, fatal antes da administração antibiótica (Andrade et al, 1998).

Os *piercings* orais foram associados a um potencial risco de endocardite. O ferimento criado durante o *piercing* oral, oferece oportunidade para as bactérias da boca entrarem na corrente sanguínea, se deslocarem até ao coração e, se o indivíduo apresentar susceptibilidade, poderá ocorrer colonização (Silva et al, 2005).

Toste *et al.* em 2009, relatam o primeiro caso descrito em literatura de endocardite infecciosa de *pacemaker* relacionado com *piercing* oral. A influência do local da perfuração no risco de endocardite infecciosa e no agente causador está pouco esclarecida. A recomendação da profilaxia antibiótica aquando da colocação do *piercing* em doentes de alto risco não é consensual (Toste *et al.* 2009).

O tempo desde a realização da perfuração até ao aparecimento de endocardite, na maior parte das vezes, varia de 3 semanas a 3 meses, e é possível que, por vezes, estas endocardites bacterianas se devam a bacteriémias tardias, uma vez que o local do *piercing* pode funcionar como reservatório de microrganismos, e nesse contexto a duração de profilaxia antibiótica fica também por esclarecer (Toste *et al.* 2009).

Os agentes causais são na sua maioria *Estafilococos aureus*, seguidos de uma variedade de géneros, incluindo *Neisseria*, *Haemophilus* e *Streptococos*, mas seguindo o tratamento antibiótico adequado, os pacientes podem recuperar (Millar e Moore, 2003).

Os *piercings* corporais devem ser tomados em conta como um elevado factor de risco para a endocardite infecciosa, por diversas razões, incluindo: processo físico invasivo, a flora microbiana do local do *piercing* funcionar como um reservatório possuindo na superfície da mucosa da cavidade oral *Estafilococos viridans*; o longo tempo de cicatrização, associada a trauma na mucosa à volta do *piercing*; procedimentos não realizados por pessoal médico com qualificações e executados com fracas condições de higiene; a formação de biofilme e a dificuldade de higienização devida a trauma (Millar e Moore, 2003).

A profilaxia antibiótica é recomendada pelos serviços de saúde para a prevenção da endocardite, contudo não existem regras específicas que descrevam a necessidade de profilaxia antibiótica associadas ao *piercing* corporal para indivíduos suscetíveis (Millar e More, 2003).

Ramage e Thompson em 1997, referem um caso de Estafilococos e endocardite num paciente sem nenhum defeito valvular, associado a um *piercing* nasal.

Nos casos em que o paciente deseje prosseguir com a colocação do brinco, o aconselhamento é importante e, por precaução, o uso de profilaxia antibiótica deve ser recomendado (Millar e More, 2003).

Foram relatados casos de *Estafilococos* e endocardite da válvula mitral após um *piercing* nasal, *Neisseria* após *piercing* lingual e *Estafilococos epidermidis* depois de *piercing* no mamilo. Apesar de esta correlação ser consistente não há uma relação clara entre *piercing* e endocardite, apesar do número de casos ter vindo a aumentar (Akhondi e Rahimi, 2002).

Pessoas com alto risco de complicações deveriam ser tratadas com profilaxia antibiótica, tal como os pacientes com elevado risco de complicações são tratados antes de certos procedimentos dentários. Nos últimos anos, temos assistido a um número crescente de publicações de endocardite infecciosa associadas a *piercings* corporais, estando actualmente descritos 24 casos (Toste *et al.* 1998).

II.2.1.4 – Angina Ludwig

É uma infecção bacteriana causada principalmente por um estreptococo beta hemolítico (Alis e Iglesias, 2005).

A Angina de Ludwig consiste numa celulite de disseminação rápida dos tecidos do pavimento da boca e abrange os espaços sub-mandibulares e, secundariamente, o espaço sub-mentoniano, promovendo um aumento de volume, firme, consistente e não flutuante, acompanhado de elevação e deslocamento posterior da língua, frequentemente acometendo a via aérea (Moura *et al.* 2010).

Pode apresentar-se imediatamente, após à colocação do *piercing* intra-oral, provocando celulite difusa do pavimento da boca e da região suprahioideia que afecta os tecidos e se estende-se rapidamente à região sub-mandibular, sub-mentoniana e sub-lingual. Esta infecção pode dificultar a fala, a deglutição e a respiração, chegando a comprometer a vida do paciente, pelo que é urgente o seu tratamento (Alis e Iglesias, 2005).

Em casos isolados, a falta de assépsia, pode induzir a septicemia, levando a graves complicações. A Angina de Ludwig pode aparecer pela presença de micro-organismos relacionados com *piercing* oral (Castaño *et al.* 2008).

Perkins *et al.*, em 1997, referem um caso de Angina de Ludwig que se desenvolveu posteriormente à colocação de um *piercing* lingual. Não houve resposta à administração antibiótica e o paciente foi entubado para assegurar a respiração.

Uma complicação de *piercing* de língua, pondo em risco a vida do paciente, foi relatada em 1997 por Perkins *et al.* 1997. Uma jovem de 25 anos deu entrada no hospital para tratamento de Angina de Ludwig, 4 dias após colocação de *piercing* lingual. O paciente apresentava espessamento da língua e do pavimento da boca, assim como uma tumefacção na zona sub-mentoniana e sub-mandibular. Ficou hospitalizada com antibiótico intravenoso e teve necessidade de ser entubada para recuperar da tumefacção (Rosivack e Kao, 2003).

II.2.1.5 – Hemorragias

As hemorragias são uma complicação possível durante a perfuração, especialmente num órgão tão vascularizado como é a língua, possuindo a artéria lingual com suas ramificações. Se a agulha trespassa alguma estrutura vascular, a hemorragia é, geralmente controlável, mas podem ocorrer hemorragias extensas que necessitam uma pronta intervenção de um profissional de saúde (Theodossy, 2003).

Se o *piercing* não for colocado exactamente sobre a linha média da língua, poderá causar sangramento prolongado e/ou parestesia, devido à presença de feixes vasculo-nervosos localizados paralelamente a esta. (Lopez Jornet *et al.* 2003).

Rosivack e Kao, constataram que a hemorragia não é muito frequente no *piercing* lingual. Isto deve-se ao facto de que o *piercing* é realizado quase sempre na linha média da língua, e as suas artérias e veias normalmente encontram-se lateralmente à linha média. (Rosivack e Kao, 2003)

Hardee *et al.* , descrevem o caso de colapso hipotensivo, sendo causado por hemorragia incontrolável na região da língua após a tentativa de colocação de *piercing* lingual. (Hardee *et al.*)

Um outro facto que merece atenção quanto ao *piercing* lingual é a possibilidade de haver hemorragia prolongada, visto que, pelo facto de os *piercers* desconhecerem a anatomia da língua e poderem perfurar vasos sanguíneos ao colocar a jóia nesta região. Uma hemorragia não controlada pode levar o indivíduo ao estado de choque, e potencialmente, à morte (Botchway e Kuc, 1998).

II.2.1.6 – Reacções alérgicas

Uma reacção alérgica é uma resposta imune anormal a uma substância (alergénia) que, normalmente, não causaria reacção. Uma exposição inicial é necessária para resultar numa resposta inflamatória sistémica (Papameletiou *et al.*, 2003).

A alergia aos metais manifesta-se, rapidamente, após a colocação do *piercing*, notando-se o alargamento das zonas perfuradas e um claro sinal de resposta da histamina (Stewart, 2001).

Foram relatadas reacções de hipersensibilidade conhecidas, como dermatite alérgica ao metal, quando a jóia não é da melhor qualidade, ou contém níquel (Abromovits e Stevenson, 2004).

Dentro das reacções alérgicas provocadas pelos metais utilizados na fabricação do piercing, o aço cirúrgico, apesar da biocompatibilidade, pode sofrer processo de corrosão, libertando crómio e níquel como subprodutos. O crómio foi considerado cancerígeno e o níquel apresentou características alérgicas, bem como o ouro. O titânio apresentou-se como o mais biocompatível para a confeção de brincos e *piercings* (Pecora et al, 2010).

O titânio, especialmente, não apresenta reacções alérgicas e tem uma elevada resistência à corrosão em contacto com fluidos orgânicos, sendo um material recomendável na fabricação dos *piercings* (Rogerio et al, 2000).

II.2.1.7 – Lesões pré-malignas

Dado que o *piercing* consiste na perfuração da pele ou de membranas mucosas para a colocação de objectos metálicos, o trauma provocado pela permanência do *piercing* na cavidade oral pode ter implicações severas, já que consiste num processo crónico de baixa intensidade. No passado, o trauma crónico de baixa intensidade era considerado um factor de risco significativo para o cancro. Actualmente, sabe-se que o trauma crónico de baixa intensidade não é capaz de induzir alterações cancerígenas. Porém, quando associado a outros factores, tais como tabaco, álcool, radiação ionizante e susceptibilidade genética, potencia-se o risco de o tecido sofrer alterações pré-malignas (Santo et al. 2007).

A cicatrização no local do piercing é demorada, tornando-se uma via perigosa de entrada para agentes biológicos oncogénicos. Além do mais a própria peça decorativa é um elemento irritativo para a mucosa oral que é, extremamente, sensível a traumas. Os traumas, geralmente, são contínuos e de baixa intensidade, proporcionando mais um factor positivo para a carcinogénese (Carvalho et al. 2004).

II.2.1.8 – Interferência na fonação, deglutição e mastigação

O *piercing* pode ser um obstáculo à fala, ao interferir com os movimentos normais da cavidade oral, provocando defeitos fonéticos e também a mastigação e deglutição podem estar comprometidas devido à interposição do objeto (Botchway e Kuc, 1998).

A presença de um *piercing* na boca, especialmente na língua, prejudica a mastigação, fonação e origina má pronúncia de certos sons, ex: “s”, “sh”, “th”, “ph”, “t” ou “v” (Castaño *et al.* 2007).

Num estudo realizado por Saquet *et al.*, refere-se que, em 51 indivíduos em estudo, as principais modificações decorrentes do uso de *piercing* oral as mais citadas foram problemas na fonação 52% dos casos, seguidos de problemas na deglutição 22% dos entrevistados, principalmente nas primeiras semanas de uso da jóia. (Saquet *et al.*, 2009)

II.2.1.9 – Lesões nervosas

A língua é um órgão inervado por diferentes pares cranianos, como o nervo trigémio, facial, hipoglosso e glossofaríngeo. Existe o risco de lesionar algum deles durante a colocação do *piercing*, podendo alterar o paladar ou a função motora, dependendo do nervo afectado. Estes tipo de lesões é mais frequente com os *piercings* dorsolaterais que com os dorsosventrais, mas podem suceder com ambos (Alis e Iglesias, 2005).

Marquezan *et al.*, referem, se o *piercing* não for colocado, exactamente sobre a linha média lingual, poderá causar sangramento prolongado, e/ou parestesia, devido à presença de feixes vículo-nervosos localizados paralelamente a ela. (Marquezan *et al.* 2008)

II.2.1.10 – Limitações radiográficas

A presença da jóia na cavidade oral pode bloquear a transmissão de raio-X, os quais são essenciais para uma avaliação completa da saúde oral do paciente. A jóia pode também impedir a radiografia de mostrar anormalidades, como abscessos e tumores (Silva *et al.*, 2005).

Piercings orais e periorais produzem áreas radiopacas, e não devem ser usados durante as radiografias. Para realizar ortopantomografias, qualquer objecto de metal acima do pescoço deve ser retirado (Castaño et al, 2007).

II.2.1.11 – Sialorreia

A saliva é uma substância importante na integridade da mucosa oral e, conseqüentemente, na sua elasticidade: actua como um elemento antimicrobiano. O aumento do fluxo salivar, na presença de um *piercing* oral, poderia ser visto como um factor positivo, se não fosse o facto de que os componentes minerais que a compõem desencadearem a formação de cálculos nos dentes ou ficarem retidos nos ductos salivares, ou mesmo entre as próprias glândulas salivares, propiciando o desenvolvimento de patologias glandulares. (Carvalho et al, 2004).

Vários estudos confirmaram que *piercings* orais e periorais podem estimular o fluxo salivar (Alis e Iglesias, 2005; Levin et al, 2005).

II.2.1.12 – Galvanismo

Na cavidade oral, ou no sistema estomatognático, foram relatadas as reacções alérgicas decorrentes do contacto com o *piercing* metálico, a formação de corrente galvânica entre o *piercing* metálico e restaurações, acarretando desconforto e sialorreia (Pecora *et al.* 2010).

Os pacientes podem referir hipersensibilidade nas restaurações ao contacto com o metal da joia (Theodossy, 2003).

II.2.1.13 – Acumulação de placa bacteriana

Kretchmer *et al.*, descrevem que a perfuração lingual com um *barbell* pode provocar acumulação de placa e tártaro, supra e infragengival, em dentes anteriores inferiores, devido ao contacto permanente da esfera com os dentes.(Kretchmer *et al*,2001)

II.2.2 – Complicações secundárias ou tardias

II.2.2.1 – Complicações nos tecidos moles

O metal do *piercing* pode, tanto causar lesões nos tecidos moles, como causar recessões gengivais, quando em contacto permanente (Silva *et al.* 2005).

O'Dwyer e Holmes afirmaram que há uma íntima associação entre *piercing* intraoral e recessão gengival.(O'Dwyer e Holmes, 2002)

Boardman e Smith também verificaram que a ocorrência de recessão gengival, por causa do *piercing* lingual, foi mais prevalente que no caso do *piercing* labial.(Boardman e Smith,1997)

Chambrone e Chambrone, referem o caso de uma paciente portadora de *piercing* labial há 16 meses, que apresentava sintomas de hipersensibilidade dentária e recessão gengival. (Chambrone e Chambrone,2003)

O desenvolvimento da recessão gengival relacionado com o *piercing* labial foi descrito em dois casos. Os incisivos mandibulares foram afetados entre os 6 meses e os 2 anos de uso, mas não se observou abrasão dentária nestes casos (Campbell *et al.* 2002; Ozkavaf et al 2000, *cit in* Chambrone e Chambrone, 2003).

Também Koo e Silva, 2004 apresentam um caso de uma mulher cancerosa de 27 anos, com um *piercing* no lábio inferior e um *barbell* na língua. A paciente estava de boa saúde e não tinha nenhum historial médico grave. O exame oral não revelou presença de tártaro, cáries ou doença periodontal, à exceção de uma recessão gengival localizada no vestíbulo entre os dois centrais inferior, de 4mm. Esta paciente apresentava boa higiene oral, com escovagem regular. Não apresentava sinais crónicos de infecção. A paciente

estava a usar o *piercing* labial há 7 meses, sem ter notado esta recessão gengival antes da colocação da jóia. Curiosamente, recessão gengival localizada não existia quando a porção distal do *piercing* não coincidia direcção da junção amelocimentária.(Koo e Silva, 2004).

O trauma mecânico, causado por *piercing* oral, pode ser considerado factor etiológico para a existência de recessão gengival localizada (Koo e Silva, 2004).

Esta prática está directamente relacionada com lesões gengivais na face lingual dos dentes anteriores nos casos de *piercing* lingual e recessão gengival na face vestibular, no local onde é colocado o *piercing* labial (Boardman e Smith, 1997 *cit in* Chambrone e Chambrone).

Esta recessão situa-se, especialmente, nos dentes anteriores, quer por lingual quer por vestibular, na zona de contacto com o *piercing*; esta recessão pode ir de 2 a 3 mm, ou mais abaixo da linha mucogengival. Pacientes com *piercings* orais têm risco, também, de desenvolver defeitos periodontais que podem levar a perda dentária (Robert *et al.* 2007).

A formação de grandes bolsas periodontais pode desenvolver-se mesmo quando a recessão gengival é mínima, pois esta recessão não é detetada, por vezes, num exame periodontal regular; especialmente na zona lingual dos dentes anteriores, é recomendado a pacientes que possuem *piercings* ou que já possuíram (Campbell *et al* 2002; Knevel, 2004 *cit in* Robert, 2007).

Relativamente à perspetiva periodontal constatou-se que houve correlação positiva entre a presença de *piercings* orais/periorais e recessões gengivais.

Foi detectada a taxa de 7,5 vezes maior probabilidade de recessão gengival no paciente portador de *piercing*, em comparação com paciente sem *piercing* (Leichter e Monteith, 2006, *cit in* Pecora *et al* 2010).

Campbell *et al.*, 2002, avaliaram o efeito do tempo e do tamanho do *barbell* no *piercing* lingual relacionado com trauma gengival e fractura dentária. Observaram que o este pode ser um importante agente causador de recessão gengival nos dentes anteriores

mandibulares, e ainda associaram-no a abrasão dentária nos molares superiores e inferiores.

Concluindo, o uso das jóias orais pode levar ao desenvolvimento de defeitos mucogengivais severos e requer uma cuidadosa avaliação periodontal regular, para avaliar recessão gengival. Os pacientes devem ser educados e aconselhados sobre os riscos, quer pelo médico dentista quer mediante folhetos informativos (Soileau, 2005).

II.2.2.2 – Alterações da estrutura dentária

Traumatismos e fracturas dentárias são as lesões mais frequentemente descritas pelo uso dos *piercings* intraorais (Brooks et al 2003).

O hábito de empurrar e balançar o *piercing* contra os dentes, ou simplesmente, ter um objecto estranho, pode ocasionar fraturas, fissuras, abrasão ou desprendimento de espículas de esmalte. (Botchway e Kuc, 1998)

Maibaum e Margherite, 1997, *cit in* Trindade *et al.*, 2003, salientam os riscos do uso do *piercing* oral, relatando o caso de uma paciente de 19 anos apresentando fratura numa cúspide de um molar, decorrente do uso do *piercing* lingual, que mesmo após 7 meses ainda apresentava dificuldade na fala, deglutição e alimentação. Salientavam que o *piercing* lingual aumenta o risco de fractura de dentes, restaurações externas e próteses fixas em porcelana, e a possibilidade de produção de correntes galvânicas através do contacto de outros metais na boca, o que também poderia causar sensibilidade pulpar.

Este tipo de alterações é mais frequente em portadores de *barbells* linguais, especialmente, na zona de molares e pré-molares, (sendo as cúspides linguais as mais afetadas, e atingindo também os incisivos inferiores), do que alterações provocadas pelo *piercing* labial (Peticolas et al, 2000).

Portadores de coroas de porcelana têm um risco aumentado de fraturas, ou erosão, se possuírem *piercing* oral. Pacientes que tenham hábitos parafuncionais, como bruxismo, vêm o risco de fractura dentária aumentado (Botchway e Kuc, 1998).

As alterações dentárias estão, normalmente, limitadas ao esmalte e à dentina, mas podem ter, também, envolvimento pulpar. Podem ocorrer danos nos dentes ao longo do primeiro ano do uso da jóia, especialmente se o *barbell* longo lingual não for substituído nas primeiras 2 semanas. Existe uma relação entre a duração do uso de *piercing* lingual e o trauma de dentes posteriores (Robert *et al.*, 2007).

Outros factores para fratura dentária devido ao *piercing* lingual são o hábito de trincar a esfera do *piercing*, o comprimento do *barbell* e o tipo de material usado na sua confeção (Chambrone e Chambrone, 2004).

Recentemente, têm sido fabricadas joias em materiais como borracha e acrílico, e vistas como ideais para a redução de danos dentários. (Robert et al, 2007).

Os portadores de *piercing* necessitam ser informados do risco de lesar o tecido dentário, e que do seu uso podem resultar fraturas dentárias, com ou sem envolvimento pulpar (Botchway e Kuc, 1998).

II.2.2.3 – Aspiração do piercing

Piercing do tipo *barbell*, *labrett* ou argolas, podem ser ingeridos ou aspirados, levando a problemas digestivos ou respiratórios, devido a uma má fixação, a um descuido, manipulação durante a colocação do *piercing* ou devido a demasiada pressão exercida (Alis e Iglesias, 2005).

O risco de ingestão aumenta na presença de *piercings* magnéticos (Peticolas et al, 2000).

Também Botchway e Kuc afirmam que se deve ter em conta o risco de aspiração da jóia no *piercing* lingual. (Botchway e Kuc, 1998)

Silva *et al.*, 2005 *cit in* American Dental Association – ADA, 2003, afirmam que existe também a possibilidade da jóia se desprender, e saltar na boca pode oferecer risco de asfixia e ingestão, oferecendo neste caso possíveis lesões ao trato digestivo.

Existe ainda controvérsia quanto à necessidade de remoção do *piercing* oral durante actos cirúrgicos que envolvam anestesia geral, evitando o risco de ingestão/aspiração da jóia ou de a jóia traumatizar tecidos, o que poderá causar obstrução durante a entubação (Castaño *et al.*, 2007)

II.3 - Cuidados e manutenção

Há muitos dentistas nem sequer sabem como aconselhar os seus pacientes, que usam tais peças metálicas nos lábios ou na cavidade oral (De Moore *et al.*, 2000, *cit in* Carvalho *et al.*, 2004).

De Moor *et al.*, (2000) *cit in* Carvalho *et al.*, (2004), afirmaram que os profissionais da área da Medicina Dentária têm a responsabilidade de esclarecer as complicações associadas ao uso de *piercing* oral.

Esta tarefa é extremamente difícil, visto que muitos dos adeptos do uso de *piercing*, desconhecem os perigos para a saúde e resistem em remove-los os seus *piercings* (Dibart *et al.*, 2002).

Estudos demonstram um aumento de questões relacionadas com *piercings* orais e médicos dentistas, pois a maioria das pessoas que colocam *piercings* não possuem informação dos perigos, durante e após o procedimento de colocação do *piercing*. Os *Piercings* na cavidade oral devem ser avaliados durante o exame dentário, e os profissionais da área saúde devem aconselhar a remoção da jóia para otimizar a saúde oral (Levin *et al.*, 2005).

A jóia deve ser removida antes de comer ou dormir, e durante o sono pode ocorrer trauma por mastigação ou hábitos parafuncionais. O local do *piercing* pode tornar-se

infetado por diversas razões, as mais comuns são o contacto com as mãos não lavadas, o consumo de comida ou bebida sem condições sanitárias, bactérias existentes na cavidade oral e contacto com materiais estranhos.

Se houver suspeita de infecção, é recomendável que o paciente contacte o seu médico, sempre que existir aumento dos gânglios linfáticos, febre ou edema em redor do local do *piercing* (Janssen e Cooper, 2008).

Durante o período de cicatrização dos *piercings* orais, os pacientes devem lavar as mãos antes de tocar ou lavar a área em redor; devem também observar se as extremidades do *piercing* não estão demasiado apertadas contra a mucosa, duas vezes ao dia, devem evitar piscinas públicas e usar o colutório oral que não contenha álcool após as refeições. Outros cuidados de higiene pessoal são, também, necessários (lavagem das mãos antes dos procedimentos de higiene do *piercing*), evitando a infecção; pode sugerir ao paciente a substituição do material metálico por outro, mais leve e flexível, evitando lesões maiores aos tecidos adjacentes. (Armstrong *et al.*, 2007; Chambrone e Chambrone, 2003)

Hardee *et al.*, 2000 sugerem as seguintes recomendações:

- . Reduzir o risco de tumefação chupando cubos de gelo de hora em hora durante o resto do dia, em que foi colocado o *piercing*;
- . Se a língua inchar, dificultando a respiração ou deglutição ir até ao hospital mais próximo;
- . Reduzir o risco de infeção usando água com sal, de 4 em 4 horas, e após as refeições;
- . Se a área em redor do *piercing* ficar vermelha e dolorosa, pode estar perante uma infecção: contactar o médico de família;
- . Se a zona do *piercing* sangrar, com uma compressa esterilizada, pressionar a área durante 30 minutos.
- . Se o sangramento não parar ir imediatamente a um Serviço de Urgência hospitalar e pedir para ser visto por um cirurgião maxilofacial.

Hernandez *et al.*, (2007), elaboram um quadro de recomendações para prevenir complicações da perfuração corporal:

- . Ter a vacina antitetânica em dia;
- . Não ter antecedentes de reacções alérgicas relevantes;

- . Tratando-se de uma argola, esta deverá ser, preferencialmente, em ouro, prata ou aço cirúrgico;
- . Informar-se sobre a capacidade do profissional e as condições do gabinete;
- . Verificar se utiliza luvas, material descartável e se possui dispositivos de esterilização.
- . Eventualmente, ser o cliente a levar as agulhas;
- . Depois da perfuração estar atento ao processo inflamatório. Aplicar creme antisséptico nas primeiras 48 horas e não expor o local da perfuração ao sol nos primeiros dias;
- . A cara e as mãos são as partes do corpo que não se deveriam nem perfurar nem tatuar, quer pelas suas consequências físicas quer pelas consequências sociais.

O paciente que fez recentemente um *piercing* lingual deve usar mãos lavadas ou garfo lavado para colocar a comida nos molares, começando com pequenas porções e mastigando com calma para evitar trincar a jóia. Quando o processo de cicatrização está completo o paciente deve trocar a barra lingual por uma mais pequena com terminações em acrílico reduzindo assim o risco de trauma nos dentes e estruturas adjacentes (*Oral piercing aftercare guidelines, 2008 cit in Janssen e Cooper, 2008*).

Com o uso de *piercing* labial, ou na bochecha, o paciente deve evitar abrir demasiado a boca, pois a jóia pode causar trauma nos dentes e gengiva quando os tecidos são alongados. Pacientes devem usar uma escova dos dentes nova, para evitar a passagem de bactérias da escova antiga. É recomendável a lavagem do *piercing* e do aro circundante muito ao de leve, durante a cicatrização. O ideal deverá ser limpar o *piercing* após todas as refeições (Janssen e Cooper, 2008).

“Associação Profissional do Piercing”, refere também o que devemos evitar:

- . Não brincar com a jóia. Os efeitos a longo prazo incluem danos permanentes nos dentes, gengivas e outras estruturas orais;
- . Evitar traumas indevidos: falar ou brincar com a jóia durante a cicatrização, pode causar a formação de cicatrizes inestéticas;
- . Evitar o sexo oral, incluindo o beijo francês (mesmo com um processo de longo prazo);
- . Evitar mastigar tabaco, gomas, unhas, lápis, óculos de sol e outros objetos estranhos que possam conter bactérias;
- . Evitar fumar (dado que isso aumenta os riscos e tempo de cicatrização);

- . Evitar *stress* e o uso de drogas;
- . Evitar aspirina, álcool e grandes quantidades de cafeína, enquanto houver sangramento ou tumefação;
- . Evitar frequentar piscinas públicas durante a cicatrização.

Little LT, 2008 recomenda:

- . Tentar dormir com a cabeça o mais elevado possível nas primeiras noites, evitando a tumefação noturna;
- . Diminuir a inflamação, tomando anti-inflamatórios não-esteróides, durante os primeiros dias;
- . Duas vezes ao dia verificar se o *piercing* está bem apertado, com as mãos lavadas;
- . Beber bastantes líquidos, preferencialmente água;
- . Durante as refeições, comer pequenas porções, para que haja uma melhor habituação à jóia. Comidas frias ajudam a diminuir a inflamação;
- . Dormir bastante e levar uma dieta regrada. Quanto mais saudável o estilo de vida, mais depressa ocorre a cicatrização;
- . Continuar a seguir todas as recomendações, durante o tempo de cicatrização, mesmo que a área do *piercing* pareça ter cicatrizado antes do tempo.

Segundo Bassiouny *et al.*, (2000), *cit in* Trindade *et al.*, 2003, o médico dentista deve recomendar ao paciente que utiliza *piercing* oral o seguinte:

- . Remover o *piercing* diariamente, limpando-o com detergente e álcool;
- . Considerar a possibilidade de trocar a bola metálica do *piercing* por uma não metálica (de borracha ou materiais leves);
- . Visitar periodicamente o médico dentista para consultas de controlo.

II.4 – Tratamento

Se o portador de um *piercing* se queixa de inflamação ou dor aguda, devemos retirar o *piercing* e prescrever um colutório de clorhexidina e um anti-inflamatório sistémico, e em alguns casos recorrer ao antibiótico e seguir o doente (Farah, 1998).

Os efeitos da inflamação imediata após a colocação de um *piercing* podem ser reduzidos pelo uso abundante de soro fisiológico ou com os tratamentos acima descritos (Peticolas *et al.*, 2000).

As infecções são, particularmente, comuns na colocação de *piercing* lingual. Um estudo recente estima que isto acontece em 20% dos casos. A acumulação de placa bacteriana em redor do *piercing* é um factor de desenvolvimento de infecções (Robert *et al.*, 2007).

A infecção pode ser em grande parte prevenida com cuidados pós-perfuração meticulosos. No caso de esta ocorrer, bochechar com clorhexidina, antibióticos, sistémicos e locais, podem ajudar à cura. Qualquer infecção que não diminua após um ou dois dias, deve receber cuidados profissionais, pois tais infecções podem tornar-se graves e provocar risco de vida (Peticolas *et al.*, 2000).

Para evitar infecções graves, pacientes com risco de endocardite bacteriana devem realizar profilaxia antibiótica antes da colocação do *piercing*, tal como aqueles com elevado risco de complicações realizam, antes de tratamentos dentários mais invasivos. (Robert *et al.*, 2007).

Um vasto número de medidas hemostáticas está disponível para os profissionais do *piercing* que achem necessário tratamento do sangramento de tecidos moles intra-orais. Normalmente a compressão com uma gaze é a primeira opção hemostática. Agentes tópicos como cloreto de alumínio, nitrato de prata, sulfato de ferro e trombina tópica, também podem ser usados em situações específicas. Anestesia local contendo vasoconstritor também ajuda, temporariamente, no controlo do sangramento. Electrocauterização ou laser podem ser os instrumentos de eleição para o controlo da hemorragia a nível hospitalar (Rosivack e Kao, 2003).

Angina de Ludwig.

O tratamento é feito baseado na tríade: manutenção das vias aéreas superiores, o que pode ser feito por entubação endotraqueal ou traqueostomia, antibióticoterapia intravenosa em altas doses, intervenção cirúrgica para descompressão dos espaços envolvidos e remoção do agente etiológico (Moura *et al.*, 2010).

Aspiração do piercing

Se bem que apenas existam casos isolados de aspiração do *piercing*, a sua potencial gravidade obriga a ter em mente esta complicação para que a sua deteção e tratamento sejam de imediato empreendidos, usando broncoscópio, o que na maioria dos casos resolve o problema com baixa morbilidade (Reyna *et al.*, 2008).

O trauma dos tecidos duros está directamente relacionado com o uso do *piercing*, assim, os de tipo lingual possuem a maior taxa de fraturas dentárias (Robert *et al.*, 2007).

Compbell *et al.*, 2002, concluem que fraturas de dentes posteriores, incluindo molares e pré-molares são frequentemente causados por *piercing* lingual.

Para evitar as fraturas e desgastes dentários é recomendável ao paciente a remoção do *piercing* lingual, e o uso *barbells* mais curtos como alternativa.

O tratamento conservador deverá restaurar com resinas compostas a superfície afectada e realizar tratamento endodontico, se existir atingimento pulpar; contudo o paciente deve ser avisado de que, se não remover o *piercing* a fratura poderá voltar a acontecer (Alis e Iglesias, 2005).

Onlays e coroas de porcelana, por exemplo, não têm bom prognóstico na presença de jóias linguais, devido à baixa resistência do impacto, as coroas metálicas totais e *onlays* metálicos, constituem uma boa solução quando os pacientes recusam remover o *piercing*, dadas as suas propriedades físicas, que lhe conferem maior resistência ao impacto (Lesser R., 2003 *cit in* Robert *et al.*, 2007).

De Moor *et al.*, 2000 dizem que os poucos casos existentes de galvanismo, se devem tratar substituindo a restauração em amálgama por uma em resina composta, outra possibilidade é substituir o *piercing* metálico por um de outro material.

O'Dwyer e Holmes, 2002 também referem que, atualmente, o tratamento da recessão gengival consiste, primeiramente, em eliminar o fator traumático. Isto vai evitar a progressão da recessão na maioria dos casos. O tratamento definitivo envolve cirurgia para reparação do defeito gengival. Estes podem ser levados a cabo com enxertos de tecido conjuntivo ou retalhos laterais pediculados.

Na presença de uma acumulação de placa bacteriana, cálculos supra ou infragengivais, recessões gengivais e mobilidade dentária, devemos aconselhar também a remoção do *piercing*; dar instruções de higiene oral, realizar profilaxia e raspagem e alisamento radicular na região afectada, com a finalidade de reduzir a inflamação, o sangramento gengival e a possível perda óssea (Alis e Iglesias, 2005).

É necessário realizar radiografias periapicais para observar um possível espessamento do ligamento periodontal, ou uma diminuição da lâmina dura (Divart *et al.*, 2002).

III – CONCLUSÃO

Com esta revisão bibliográfica, conseguimos concluir que a prática do *piercing* oral/perioral é uma prática que irá continuar, uma vez que são cada vez mais as pessoas que adoptam estes adornos, e é necessário que seja um assunto do interesse do médico dentista.

É claro que o melhor conselho a dar pelo médico dentista aos indivíduos que estejam a contemplar a colocação da jóia, é que evitem a sua colocação, demonstrando as potenciais complicações decorrentes do seu uso, desde as mais pequenas, às complicações que põem em risco a vida do indivíduo.

Se o indivíduo não for dissuadido da colocação do *piercing* oral, deve ser aconselhado a procurar estúdios credíveis e com boa reputação, onde as precauções universais, incluindo o uso de luvas esterilizadas e instrumentos esterilizados com agulhas descartáveis, sejam seguidas e respeitadas.

Salgado e César, 2011 concluem, num estudo realizado acerca da perspetiva de utilização de *piercings* e tatuagens por uma população de estudantes universitários na área da Medicina Dentária, que estes aparentemente, não teriam formação e conhecimento suficientes sobre as complicações negativas do uso de *piercings*, na saúde geral e, principalmente, na saúde oral.

São necessárias maior formação, conhecimento, atitude, e alteração de comportamentos em relação à utilização de *piercings* e tatuagens por parte do estudante de Medicina Dentária, uma vez que no futuro poderão, quer como utilizadores, quer como médicos, ter de “lidar” ou “saber lidar” bem com estes dispositivos no âmbito da clínica de medicina dentária e do aconselhamento em saúde oral.

A história médica deve ser avaliada antes do procedimento, para ter em conta alterações sanguíneas, pacientes imunodeprimidos ou a necessidade de efectuar profilaxia antibiótica (Millar e Moore, 2003)

O uso de folhetos informativos quer nos consultórios médicos quer nos estabelecimentos de colocação de *piercings*, deverá ser de uso obrigatório, tal como o licenciamento dos mesmos estabelecimentos, visto que a colocação destes ornamentos deverá ser um considerado um ato médico (AMERICAN DENTAL ASSOCIATION ADA, 2001).

Existe a necessidade urgente de dar um enquadramento médico-legal a esta prática, informando os pacientes dos riscos para os tecidos orais e peças dentárias e propor uma terapêutica direccionada para cada caso.

É necessária a existência de novos estudos para que se possam, no futuro, salvaguardar, por completo, a saúde oral e geral de todos os pacientes.

BIBLIOGRAFIA

ABRAMOVITS W, STEVENSON L.(2004). Hand eczema in a 22-year-old woman with piercing. *Bayl Univ Med Cent. 17*: 211-13.

ALEXANDRA TOSTE ET AL. (2009).Rev Port Cardiol 2009; 28: 1167-1175

AMERICAN DENTAL ASSOCIATION (ADA).(2001). Oral Piercing and Health. *J. Am. Dent. Assoc.*, Chicago, v. 132, n. 1, p. 127

ARMSTRONG ML, KOCH JR, SAUNDERS JC, ET AL.(2007). The hole picture: risks, decision making, purpose, regulations, and the future of body piercing. *Clin dermatol 25*(4):398-406.

ANDRADE E.D., MATTOS FILHO T.R., PASSERI L.A (1998). Prevenção da endocardite infecciosa. In: Andrade E.D. Terapêutica medicamentosa em odontologia. São Paulo: Artes Médicas. Cap.10, p.141-47.

AKHONDI H, RAHIMI A. R.(2002). Haemophilus aphrophilus endocarditis after tongue piercing. *Emerg Infect Dis*, **8**: 850-851.

BASSIOUNY MA, DEEM LP, DEEM TE.(2000). Tongue piercing: a restorative perspective. *Quintessence Int* , 32(6):477-81

BOARDMAN R, SMITH RA.(1997). Dental implications of oral piercing. *J Calif Dent Assoc* , 25(3): 200-7.

BOTCHWAY, C.; KUC, I. (1998).Tongue piercing and associated tooth fracture. *J Can Dent Assoc*, Ottawa, v.64, n.11, p.803-805.

BOZELLI, J V.(2005) Perigos do piercing oral: riscos são bem maiores que a extravagância visual. [Em linha]. Disponível em <<http://www.odontologia.com.br/noticias.asp?id=795&idesp=5&ler=s>>. [Consultado em01/09/2011].

BROOKS JK, HOOPER KA, REYNOLDS MA.(2003). Formation of mucogingival defects associated with intraoral and perioral piercing: case reports. *J Am Dent*

Assoc , 134(7):837–43.

CAMPBELL A, MOORE A, WILLIAMS E, STEPHENS J, TATAKIS DN.(2002). Tongue piercing: impact of time and barbell stem length on lingual gingival recession and tooth chipping. *J Periodontol* ,73(3):289–97.

CANTO, G. L. et al.(2002). “Piercing” bucal: o que os dentistas devem saber. **Revista da APCD**, v. 56, n.5, p. 345-349.

CARVALHO, THIAGO BITTENCOURT OTTONI DE, FERNANDES, ATÍLIO MAXIMINO, & SANCHES, RAPHAEL ANGELO. (2012). Abscesso de língua: relato de caso. *Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia*, 16(1), 126-129.

CHAMBRONE L, CHAMBRONE LA(2003) Gingival recessions caused by lip piercing: case report. *Dent Assist* , 73(5):14, 16–7, 19.

COSTA, L A L.(2004). Piercing Oral e suas complicações. [Em linha]. Disponível em <<http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=452> >. [Consultado em 06/09/2011].

DE URBIOLA ALÍS I, VIÑALS IGLESIAS H.(2005). Algunas consideraciones acerca de los **piercings** orales. *Av. Odontoestomatol* , 21-5: 259-269

DIBART S, DE FEO P, SURABIAN G *ET AL.*(2002). Oral piercing and gingival recession: review of the literature and a case report. *Quint Int* , **33**: 110-112.

ER N, OZKAVAF A, BERBEROGLU A, YAMALIK N.NA. (2000). Unusual Cause of Gingival Recession: Oral Piercing. *J Periodontol* , 71(11): 1767-1769

ESCUADERO-CASTAÑO N, PEREA-GARCÍA MA, CAMPO-TRAPERO J, CANO-SÁNCHEZ, BASCONES-MARTÍNEZ A.(2007). Oral and perioral piercing complications. *Open Dent J.*, 4(2):133-6.

FARAH CS, HARMON DM. (1998). Tongue piercing: case report and review of current practice. *Aust Dent J* 1; 43(6):387–9.

FRAGELLI, Camila Maria Bullio; CAMPOS, Juliana Alvares Duarte Bonini and GASPAR, Ana Maria Minarelli. Considerações sobre o uso do piercing lingual. *RGO, Rev. gaúch. odontol. (Online)* [online]. 2010, vol.58, n.4 [cited 2012-04-16], pp. 451-455 . Available from:

<http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-86372010000400004&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1981-8637.

GUILLERMO CAREAGA REYNA, FELIPE ALFARO GÓMEZ, RUBÉN ARGÜERO SÁNCHEZ (2008). Broncoaspiración de cuerpo extraño por "piercing" Lingual. *REV INST. NAL. ENF. RESP. MEX.* , Vol. 21 No 1

HARDEE PS, MALLYA LR, HUTCHISON IL.(2000). Tongue piercing resulting in hypotensive collapse. *Br Dent J* , 188(12):657–8.

JANSSEN, KM., COOPER, BR.(2008). Oral Piercing: An Overview. *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice.*, Volume 6 Number 3.

JEFFERSON VINICIUS BOZELLI , ROBERTO HIROSHI MATSUI , KURT FALTIN JR. , CRISTINA FEIJÓ ORTOLANI , ADOLPHO CHELOTI. (2004). *Piercing oral e perioral: a moda que marca. Rev Inst Ciênc Saúde out-dez; 22(4): 331-6*

KHANNA R, KUMAR SS, RAJU BS, KUMAR AV.(1999). Body piercing in the accident and emergency department. *J Accid Emerg Med.* ,16(6):418-21.

KOO S, SILVA JR AR.(2004). Localized gingival recession associated with oral *piercing*. *Rev Fac Odontologia Lins* , 16(1):13-6.

KRETCHMER MC, MORIARTY JD.(2001)Metal piercing through the tongue and localized loss of attachment: a case report. *J Periodontol* , 72(6):831–3.

KUCZKOWSKI KM, BENUMOF JL. (2002) Tongue piercing and obstetric anesthesia: is there cause for concern?. *J Clin Anesth.* ,14(6):447-8.

LÉO-FRANÇOIS MAHEU-ROBERT, DMD; ELISOA ANDRIAN, PHD; DANIEL GRENIER, PHD (2007). Overview of Complications Secondary to Tongue and Lip Piercings. *JCDA www.cda-adc.ca/jcda*, Vol. 73, No. 4

LEVIN L, ZADIK Y, BECKER T. (2005). Oral and dental complications of intra-oral piercing. *Dent Traumatol* , 21(6): 341-3.

LITTLE LT.(2008). Aftercare guidelines for oral piercing. *Dental Hygiene News* 2005. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ms-flossy.com/piercing.html>>. [Consultado em 11/11/2011].

LIZETTE FEUSER, SYLVIO MONTEIRO JUNIOR, ÉLITO ARAÚJO (2007). Piercing: um adorno para o corpo, um adorno para os dentes. *R Dental Press Estét, Maringá*, v. 4, n. 1, p. 50-62.

LOPEZ-JORNET P, CAMACHO-ALONSO F, PONS-FUSTER JM.(2003). A complication of lingual piercing: a case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* , 99(2):E18–19.

MARQUEZAN, M., SOUZA, L., TANAKA, O. (2008). Piercing oral: beleza, riscos e o papel da odontologia. *Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre.*, Porto Alegre, v. 49, n. 1, p. 12-15.

MILLER B.C, MOORE J.E. (2003). Antibiotic prophylaxis, body piercing and infective endocarditis. *J Antimicrob Chemother*, 53:123-6.

O'DWYER JJ, HOLMES A.(2002). Gingival recession due to trauma caused by a lower lip stud. *Br Dent J*, 192(11):615-6.

PAPAMELETIOU D, ZENIE A, SSCHWELA D. ET AL.(2003) Risks and health effects from tattoos, body piercing and related practices. European Commission Directorate General Joint Research Center: Institute for Health and Consumer Protection Physical and Chemical Exposure Unit

PAULA SOUZA MOURA, LUCIANA DIAS ALVARES, FABRÍCIO MESQUITA TUJI, JORGE SÁ ELIAS NOGUEIRA (2010). Complicação sistêmica de angina de ludwig: relato de caso. *revista paraense de medicina* v.24 (2).

PERKINS, C. S.; MEISNER, J.; HARRISON, J. M. (1997) A complication of tongue piercing. *British Dental Journal*, v. 182, n. 4, p. 147-148.

PETICOLAS T, TILLISS TSI, CROSS-POLINE, GN.(2000). Oral and perioral piercing. A unique form of selfexpression. *J Contemp Dent Pract* ,1(3):30-46.

RAMAGE IJ, WILSON N, THOMSON RB. (1997). Fashion victim: infective endocarditis after nasal piercing. *Arch Dis Child*, 77:187. doi: 10.1136/adc.77.2.183

RODRIGO ANDERSON DO ESPÍRITO SANTO ,LUIZ FELIPE GOMES DOS SANTOS ,JOANNA GOMES DA CONCEIÇÃO ,JOSÉ ROBERTO DE MENEZES PONTE2, MÔNICA SIMÕES ISRAEL , MARIA ELIZA BARBOSA RAMOS.(2007). Piercing oral: fator de risco para o câncer?. R. Ci. méd. biol., Salvador, v.6, n.2, p.233-239

ROGERO SO, HIGA OZ, SAIKI M, CORREA OV, COSTA I.(2000) Cytotoxicity due to corrosion of ear *piercing* study. *Toxicol In Vitro* , 14(6):497-504.

ROSIVACK RG, KAO JY. (2003). Prolonged bleeding following tongue piercing: a case report and review of complications. *Pediatr Dent*, 25(2):154–6.

Schaum, D. (1996). Blind Signature Technology and Digital Privacy. [Em linha]. Disponível em <<http://www.digicash.com/publish/sciam.htm>>. [Consultado em 06/09/1999].

SILVA, E., OLIVEIRA, J., MIRANDA, S. (2005). Piercing Intra e Peri Oral: Revisão Bibliográfica. *Biosci. J., Uberlândia*, v. 21, n. 2, p. 115-122.

Singh, A. , A. Tuli (2011). "Oral piercings and their dental implications: a mini review." *Journal of Investigative and Clinical Dentistry*.

SOILEAU KM.(2005). Treatment of a mucogingival defect associated with intraoral piercing. *J Am Dent Assoc* , 136(4):490–4.

STEWART C. (2001). Body piercing: seductions and medical complications a risk practice. *Human Sexuality* ,45-50.

THEODOSSY T. (2003). A complication of tongue piercing. A case report and review of the literature. *Br Dent J*; 194(10):551–2.

TRINDADE, C.P.; GUARÉ, R. de O.; BÖNECKER, M.J.S.(2003) *Piercing* oral: considerações gerais e relato de casos clínicos. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*, Curitiba, v.6, n.31, p.203-209.

ULISES REYES-HERNÁNDEZ, NORA PATRICIA SÁNCHEZ-CHÁVEZ, DIANA REYES-HERNÁNDEZ, ULISES REYES-GÓMEZ, ARMANDO QUERO-HERNÁNDEZ, FRANCISCO COLÓN-CUESTA.(2007). Sangrado Lingual Agudo

Secundario a Perforación Corporal (Body Piercing) en una Adolescente. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son* ,; 24(2): 93-97

VENTA I, LAKOMA A, HAAHTELA S, PELTOLA J, YLIPAAVALNIEMI P, TURTOLA L.(2005). Oral piercings among first-year university students. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* , 99(5):546–9.