

**CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO JOSÉ  
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**BRUNNO PEREIRA CAVALCANTE  
PROFA. DRA. PRISCILA PAVAN VIDAL**

**PIERCING ORAL: ESTÉTICA, COMPLICAÇÕES E O PAPEL DO  
CIRURGIÃO-DENTISTA**

Rio de Janeiro

2019

# **PIERCING ORAL: ESTÉTICA, COMPLICAÇÕES E O PAPEL DO CIRURGIÃO-DENTISTA**

## **TÍTULO DO TRABALHO EM INGLÊS**

**Brunno Pereira Cavalcante**

Acadêmico

**Profa. Dra. Priscila Pavan Vidal**

Mestre

### **RESUMO**

Piercings são adornos inseridos no corpo através de perfuração historicamente a muito tempo, e até hoje seu uso é algo popular (principalmente entre os jovens). Hoje se tem uma tendência verificada da presença desses adornos em regiões orais e peri orais, principalmente entre as mulheres. O ato desde a perfuração e seu simples uso podem causar problemas à saúde deste paciente. Dessa forma o cirurgião dentista se torna responsável para informar o paciente sobre possíveis riscos, malefícios e ter o conhecimento necessário sobre as complicações decorrentes do uso dos piercings oral e peri oral.

**Palavras-chave: piercings, cirurgião dentista e oral.**

### **ABSTRACT**

Piercings are adornments inserted into the body through historically long piercing, and to this day their use is popular (especially among young people). Today there is a verified tendency of the presence of these adornments in oral and peri-oral regions, especially among women. The act of perforation and its simple use can cause health problems to this patient. Thus the dentist becomes responsible to

inform the patient about possible risks, harms and to have the necessary knowledge about the complications arising from the use of oral and oral piercings. peri oral.

**Key-words: piercings, dentist, oral.**

## **INTRODUÇÃO:**

Não se tem uma data e local de origem exata do uso de piercings. Há textos datados de pelo menos há 4000 anos A.C. Esse tipo de ornamento foi usado por diversas civilizações durante a história com distintos significados, como por exemplo, Astecas e Maias usavam com finalidades religiosas, confeccionavam cavidades no esmalte dental para a colocação de pedras preciosas, além de também usarem jóias na língua como sinal de nobreza. Já egípcios e indianos perfuravam partes do corpo para demarcar suas posições de hierarquia na sociedade ou suas castas e o povo romano usava por vaidade. No século XIX, a prática caiu em desuso e começou, inclusive, a ser discriminada. Foi renascer somente com o movimento hippie, durante os anos 60. Na sociedade atual, piercings tornaram-se populares em todas as idades, ocupações e classes sociais (HUXLEY; GROGAN, 2005)<sup>1</sup>, sendo considerados uma forma de expressão, arte corporal (BRENNAN; O'CONNELL; O'SULLIVAN, 2006)<sup>2</sup>

Nos últimos anos, as regiões oral e perioral têm figurado como áreas bastante utilizadas para a colocação de piercings, e isso culminou com o aparecimento de consequências indesejáveis (PANAGAKOS; LINFANTE; PASCUZZI, 2000)<sup>3</sup>. Assim, a preocupação do ponto de vista odontológico deve aumentar no que se refere a lesões tanto em tecidos moles, quanto mineralizados causadas devido à prática do uso de piercings na cavidade bucal e em tecidos adjacentes. Como exemplos de consequências indesejáveis existem a formação de cicatrizes, fratura dental, sangramentos excessivos, reações alérgicas ao metal até graves infecções (ARMSTRONG 1996; FOLZ ET. al., 2000 KOENIG; CARNES, 1999)<sup>4</sup>.

Dessa forma, é importante o entendimento sobre o uso do piercing na região oral e perioral, as possíveis consequências advindas desta utilização, assim como seus riscos e complicações e, ainda, enfatizar o papel do cirurgião-dentista em alertar sobre esses riscos, atuando principalmente na conscientização do não uso dos piercings orais e periorais.

## FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O hábito de inserção de piercings tem origem em civilizações antigas e sem uma data precisa. Desde quando começou tal hábito de adorno corporal, que até hoje está enraizado na nossa sociedade, sendo comumente presente entre adolescentes e jovens (DE MOOR; DE WITTE; DE BRUYNE, 2000; CANTO et al., 2001)<sup>5</sup>. As razões que levavam as populações antigas a utilizarem *piercings* não diferem daqueles que atualmente induzem a escolha por essa prática. Sendo que o modismo, a identificação com o grupo ou simplesmente uma forma para chamar a atenção figuram como os principais fatores (CANTO et al., 2001)<sup>6</sup>. O body piercer o profissional responsável por fazer a perfuração corporal. Eles não possuem o conhecimento anatômico necessário para fazer a perfuração e não tem competência legal para prescrição medicamentosa, com isso a cicatrização acaba não sendo ideal, já que o recomendável é a antibioticoterapia e uso de clorexidina nos piercings orais e periorais (LIMA ICA., 2000;35(522):37-8)<sup>7</sup>.

Essas jóias além dos locais mais comumente inseridos, como umbigo, nariz, sobrancelha, septo e orelha também são colocadas na cavidade oral, geralmente em região de língua, lábios, bochecha e úvula e podem levar à diversas complicações locais e sistêmicas que variam de leves até graves.

Foi verificado que as complicações vão desde a formação de cicatrizes, fratura dental, reações alérgicas ao metal até as infecções que negligenciadas, podem levar a hiperplasia tecidual e obstrução de vias aéreas (SILVA ER, OLIVEIRA Junior JP, MIRANDA S. 2005;21(2):115-22)<sup>8</sup>. Foi constatado em paciente portador de *piercing* lingual e labial, severa inflamação gengival com mobilidade dental, reabsorção óssea horizontal e presença de bolsa periodontal no dente afetado pelo *piercing* (BERENQUER G, FORREST A, HORNING GM, TOWLE HJ, KARPINIA K. 2006;27(1):24-7.)<sup>9</sup> Alertaram para a possibilidade de múltiplas fraturas dentárias causada pelo trauma contínuo provocado pelo *piercing* colocado na língua (BRENNAN M, O'CONNELL B, O'SULLIVAN M. 2006;22(1):41-3.)<sup>10</sup>.

As complicações são classificadas como imediatas à inserção: edemas, hemorragia, sialorréia, alterações na fonação, deglutição e mastigação, e como tardias: trauma dental, recessão gengival, problemas periodontais, lesões pré-malignas, etc. Além das complicações locais, existe o risco das complicações sistêmicas, incluindo infecções virais e bacterianas, como: hepatite, HIV, herpes, cândida, vírus Epstein-Barr. As estruturas orais perfuradas apresentam um grande risco de infecção por causa da grande quantidade de microorganismos existentes na boca (ARMSTRONG, 1996; FOLZ et al., 2000; KOENING; CARNES, 1999)<sup>4</sup>.

## **CORPO DO TRABALHO/DESENVOLVIMENTO**

A moda do piercing oral já é um risco desde o momento da perfuração propriamente dita, pois normalmente é feita pelos piercers não por um profissional que detenha um conhecimento anatômico necessário, como um cirurgião dentista. Piercers são pessoas sem habilitação profissional, autodidatas, que muitas vezes desconhecem a anatomia humana (SHACHAM et al., 2003). Há de se considerar que o uso de um piercing na epiderme é menos nocivo e preocupante do que na mucosa, visto que, são áreas anatomicamente distintas, histológica e fisiologicamente. A pele é mais espessa, menos vascularizada, mais protegida e estática. Por sua vez, a mucosa, principalmente a mucosa oral, é úmida, altamente vascularizada, possui uma flora bacteriana bastante exuberante e está em constante movimentação (DOUGLAS, 1998).

A literatura está repleta de relato de casos nos quais a inserção do piercing produziu alterações em tecidos orais mineralizados (DIANGELIS, 1997; MAIBAUM; MARGHERITA, 1997; CROLL, 1999; DE MOOR; DE WITTE; DE BRUYNE, 2000; BASSIOUNY; DEEM; DEEM, 2001) e não mineralizados (ER et al., 2000; SARDELLA et al., 2002, PANAGAKOS; LINFANTE; PASCUZZI, 2000; KIESER et al., 2005; LEICHTER; MONTEITH, 2006; KAPFERER et al., 2007).

**Quadro 1:** Consequências da utilização do piercing nas regiões oral e perioral

1.Dor	10.Impedimento na fala
2.Edema	11.Hipersalivação
3.Infecção	12.Formação de tecido hiperplásico ou cicatricial
4.Transmissão de doenças	13.Danos nos nervos e parestesia
5.Obstrução das vias aéreas secundárias por obstrução	14.Aspiração da jóia (piercing)
6.Sangramento prolongado	15.Incorporação de corpo estranho no local do piercing
7.Dentes lascados ou fraturados	16.Distorção de imagens radiográficas
8.Trauma na mucosa gengival	17.Formação de cálculos sobre as superfícies do metal
9.Interferência na mastigação ou salivação	18.Hipersensibilidade ao metal

Fonte: Hardee, Mallya, and Hutchison, 2000

A dor e o edema relacionados à colocação de piercing fazem parte do quadro clínico de praticamente todos os pacientes que decidem por tal prática. Além dessas, que são mais comuns, hemorragia e infecção, também são inclusos na sintomatologia decorrente ao uso de piercings bucais (DE MOOR et al., 2005; 2007). A literatura aponta ainda fraturas dentais decorrentes ao hábito de morder o piercing, o que resulta em sensibilidade térmica, maior probabilidade de desenvolver lesões cariosas e dor à mastigação (DIAGNELIS, 1997; MAIBAUM; MARGHERITA, 1997; CROLL, 1999; BASSIOUNY; DEEM; DEEM, 2001). Além do mais, as fraturas do esmalte dentário, em alguns casos o uso de piercings pode causar comprometimento dentinário e pulpar, como fratura no assoalho da câmara pulpar, com formação de abscesso, trismo e resultar na perda do elemento dental (DE MOOR; DE WITTE; DE BRUYNE, 2000). Complicações periodontais também podem

ser provocados pelo uso do piercing. Como: mobilidade, inflamação e recessão gengival, alteração do ligamento periodontal, perda óssea e bolsas periodontais. Vale ressaltar que há um alto índice de pacientes que apresentam recessão gengival localizada decorrente ao uso de piercing, principalmente, nos lábios (ER et al., 2000; SARDELLA et al., 2002; KIESER et al., 2005; KAPFERER, et al., 2007; SLUTZKEY; LEVIN, 2008).

É de conhecimento que os índices de halitose podem ser maiores em usuários de piercing, visto que o ornamento torna-se, como citado, um fator retentor de placa (PRICE; LEVIS, 1997; DE MOOR; DE WITTE; DE BRUYNE, 2000). O aumento dos índices de placa permite maior atividade bacteriana, no sentido de produzir compostos sulfurados voláteis, responsáveis por odores desagradáveis, característicos da halitose (DOUGLAS, 1998). Além disso, pesquisas apontam que a intensa movimentação do piercing dentro dos tecidos provoca um processo reativo de células inflamatórias e hiperplasia tecidual, havendo a possibilidade de formação neoplásica (BOARDMAN; SMITH, 1997).

Além de todas essas situações mencionadas decorrentes do uso do piercing oral e peri oral tem as características mais visíveis. Como: alterações na fonação, na deglutição e na mastigação. Como também estar vulnerável a acidentes, como uma possível deglutição ou aspiração da jóia (piercing). No caso de aspiração, o indivíduo estaria sujeito à obstrução das vias aéreas, o sangue chegaria aos pulmões, contudo, não ocorreria a hematose, e conseqüentemente, a ausência de oxigênio culminaria em perda da homeostasia orgânica, principalmente no que se refere ao funcionamento dos órgãos vitais (SINGI, 1998).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso de piercing para somar beleza e estética, ocasionalmente pode ter um resultado reverso, particularmente na região peri-oral. É comum a permanência de cicatrizes ou mesmo o aparecimento de quelóides após a remoção do ornamento, que requerem cirurgias estéticas corretivas ((DE MOOR; DE WITTE; DE BRUYNE, 2000). Assim, a população que deseja utilizar esses ornamentos correm o risco de adquirir doenças infecciosas, como hepatite B e C, endocardite bacteriana e até mesmo o vírus da AIDS (FARAH; HARMON, 1998; THEODOSSY, 2003).

Sabe-se que converter comportamentos e atitudes, em adolescentes e/ou jovens e pessoas com raízes culturais e religiosas fortes, é bastante difícil. Dessa forma, é provável que o uso de piercing continue sendo uma prática cada vez mais comum. Com isso, é importante que o cirurgião dentista esteja preparado para amparar os pacientes quando consequências indesejáveis decorrentes da utilização de piercings nas regiões orais e peri-orais que forem diagnosticadas e aconselhar certos cuidados com o piercing oral e Peri oral. Como: remoção e limpeza diária do ornamento; execução de uma higienização bucal adequada, com especial atenção à língua quando da presença de um piercing lingual; evitar hábitos parafuncionais de morder o piercing; procurar auxílio odontológico caso perceba alterações em dentes ou mucosas e realizar consultas odontológicas periódicas para preservação.

O uso do piercing é uma opção pessoal, assim, o profissional deve respeitá-la e orientar o paciente da maneira mais objetiva possível, para evitar que surjam consequências negativas decorrente ao uso do ornamento.

## REFERÊNCIAS



1. ARMSTRONG, M.L. You pierced what? **Pediatr. Nurs.**, N.Y., v. 22, n.3, p. 236-238, May/June. 1996
  
2. BERENQUER G, FORREST A, HORNING GM, TOWLE HJ, KARPINIA K. Localized periodontitis as a long-term effect of oral piercing: a case report. **Compend Contin Educ Dent.** 2006;27(1):24-7.
  
3. BOARDMAN, R.; SMITH R. Dental implications of oral piercing. **J Calif Dent Assoc**, v. 25, n. 3, p. 200-207, 1997.
  
4. BRENNAN, M.; O'CONNELL, B.; O'SULLIVAN, M. Multiple Dental Fractures Following Tongue Barbell Placement: a Case Report. **Dent. Traumatol., Copenhagen**, v. 22, no. 1, p. 41-43, Feb. 2006.
  
4. CANTO, G. L. et al. "Piercing" bucal: o que os dentistas devem saber. **Revista da APCD**, v. 56, n. 5, p. 345-349, 2001.
  
5. DE MOOR, R. J. G.; DE WITTE, A. M. J. C.; DE BRUYNE, M. A. A. Tongue piercing and associated oral and dental complications. **Endod Dent Traumatol**, v. 16, p. 232-237, 2000.
  
6. DE MOOR, R. J. G. et al. Dental and oral complications of lip and tongue piercings. **Br Dent J**, v. 199, n. 8, p. 506-509, 2005.
  
7. DE MOOR, R. J. G. et al. Dental and buccal complications of lip and tongue piercing. **Rev Belge Med Dent.** v. 62, n. 2, p. 104-112, 2007.
  
8. DIANGELIS, A. J. The lingual barbell: a new etiology for the cracked-tooth syndrome. **JADA**, v. 128, p. 1438-1439, 1997.

9. DOUGLAS, C. R. **Patofisiologia oral**: fisiologia normal e patológica aplicada à odontologia e fonoaudiologia. São Paulo: Pancast, 1998. 657 p.

10. ER, N. et al. An unusual cause of gingival recession: oral piercing. **J Periodontol**, v. 71, n. 11, p. 1767- 1769, 2000.

11. FARAH, C. S.; HARMON, D. M. Tongue piercing: case report and review of current practice. **Australian Dental Journal**, v. 43, n. 6, p. 387-389, 1998.

12. HARDEE, P. S. G. F.; MALLYA, L. R.; HUTCHISON, I. L. Tongue piercing resulting in hypotensive collapse. **British Dental Journal**, v. 188, n. 12, p. 657-658, 2000.

13. HUXLEY, C.; GROGAN, S. Tattooing, Piercing, Healthy Behaviours and Health Value. **J. Health Psychol., London**, v. 10, n. 6, p. 831-

14. KOENING, L.; CARNES, M. Body piercing medical concerns with cutting-edge fashion. **J. Gen. Intern. Med.**, Madison, v. 14, n. 6, p. 379-385, June 1999.

15. LIMA ICA. A moda do “piercing” pode ser perigosa **J Assoc Pau Cir Dent**. 2000; 35(522):37-8

16. PANAGAKOS, F. S.; LINFANTE, J.; PASCUZZI, J. N. Attachment loss associated with the presence of a tongue bar: a case report. **General Dentistry**, v. 48, n. 4, p. 454-456, 2000.

17. PRICE, S. S.; LEWIS, M. W. Body piercing involving oral sites. **J Am Dent Assoc**. v. 128, n. 7, p. 1017-1020, 1997.

18. SANTOS, JWM, PIRES DGH, NÚÑEZ MAG. Riscos e complicações do uso de *piercing* oral: uma revisão sistemática. **J Health Biol Sci**. 2017 Jan-Fev; 5(1):95-103.

19. . SHACHAM, R. et al. Tongue Piercing and its Adverse Effects. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.**, St. Louis, v. 95, n. 3, p. 274-276, Mar. 2003.
20. SILVA ER, OLIVEIRA Junior JP, MIRANDA S. Piercing intra e perioral. **Bjosc J.** 2005;21(2):115-22
21. SINGI, G. **Fisiologia para odontologia**: atendimento de pacientes especiais e primeiros socorros médicos. São Paulo: Guanabara Koogan. 1998. 155 p.
22. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 14, n. 2, p. 157-161, maio/ago. 2010
23. **Biosci. J.**, Uberlândia, v. 21, n. 2, p. 115-122, May/Aug. 2005
24. **J. Health BiolSci.** 2017; 5(1):95-103
25. **Rev. Fac. Odontol.** Porto Alegre., Porto Alegre, v. 49, n. 1, p. 12-15, jan./abr., 2008.
26. **RGO - Rev Gaúcha Odontol.**, Porto Alegre, v. 58, n. 4, p. 451-455, out./dez. 2010