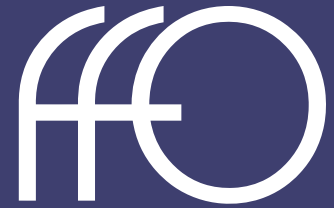


COMPLICAÇÕES DECORRENTES DA COLOCAÇÃO DE PIERCINGS EM CAVIDADE ORAL - RELATO DE CASO



Fundação Faculdade
de Odontologia
conveniada à Fousp

Autores: Alini Salera Leandrino, Renata Matalon Negreiros, José Roberto Piteri, Rafael Belmonte, Waldyr Antonio Jorge

A correção da má oclusão em crianças deve se O termo piercing, que provém do inglês “to Pierce”, significa perfurar^(1,7). Este hábito vem se perpetuando desde civilizações mais antigas, que usavam diferentes materiais, com diversas representações. Índios de várias tribos, como os da Amazônia, perfuravam os lábios com pedaços de madeira como simbologia cultural. Chineses e hindus, como manifestação religiosa, além dos lábios, perfuravam também bochechas e língua. Para os egípcios, que faziam uso dos enfeites principalmente no umbigo, a prática era sinal de realeza. Os romanos aplicavam nos mamilos; para os maias, o significado era espiritual, colocavam jóias na língua⁽⁶⁾ e já confeccionavam cavidades também no esmalte dental para a colocação de pedras preciosas.^(1,2,7)

Suspeita-se que a origem do piercing labial se deu com os esquimós e povos das Aleutas, no Alasca, onde era utilizado para representar marcos importantes na vida das pessoas, como o começo da puberdade, o casamento e a iniciação no mundo da caça⁽²⁾.

A partir das décadas de 1960 e 1970, com o movimento “hippie”, a prática cresceu e posteriormente, nos anos 80, os piercings começaram a ser utilizados como forma de protesto pelos “punks”⁽¹⁴⁾. Hoje, ganhou sentido de ornamentação, especialmente, entre adultos jovens e adolescentes⁽³⁾ com faixa etária predominante entre 18 e 35 anos, de diversas classes sociais e ambos os gêneros, mais prevalente no feminino^(1,6). A maioria faz uso indiscriminado destes artefatos, sem cautela, desconhecendo as prováveis consequências e complicações decorrentes de seu uso⁽⁴⁾.

Atualmente, os piercings são confeccionados em diversos materiais, com feitios mais definidos e padronizados, e aplicados em diferentes regiões do corpo e da face⁽²⁾.

O perfil dos usuários de piercing, hoje, indica que a maioria utiliza por ser um meio de expressão de identidade. O segundo principal motivo diz respeito à beleza e moda. O terceiro, à rebeldia e influência

dos amigos. Uma minoria relaciona o uso destes ornamentos com a identificação com o grupo⁽¹²⁾.

Em região oral, os piercings geralmente têm formato de argola (Fig.1) (que pode incluir em sua estrutura uma ou duas esferas delimitando extremidades), “labret” (mais usualmente colocado em lábio inferior – uma esfera, uma haste e uma base plana em formato de disco), que transfixa o lábio, a língua ou a bochecha (Fig.2) e “barbell”, que difere deste último pelo fato de possuir esferas nos dois extremos, uma delas rosqueável, com haste reta ou curva (Fig.3). São constituídos, mais comumente de materiais como prata, ouro, aço inoxidável (aço cirúrgico), teflon, acrílico e titânio^(1,2,3). O barbell é o mais utilizado na região oral⁽¹³⁾.



Fig. 1: Piercing do tipo Argola



Fig. 2: Piercing do tipo Labret



Fig. 3: Piercing do tipo Barbell

A literatura odontológica sobre piercings bucais é relativamente escassa e recente, tendo os primeiros relatos na década de 90. O assunto ainda é, de certa forma, novo para os profissionais da Odontologia⁽¹⁾.

Os locais de escolha para colocação de piercings em região oral são a língua, lábios, freios lingual e labial (os mais prevalentes, nesta ordem, sendo os dois primeiros os principais sítios onde ocorrem as

complicações orais)^(1, 6, 11, 12). Também são perfuradas com menor frequência as bochechas (mucosa jugal) e, ainda mais raramente, a úvula⁽¹¹⁾. Tecidos duros (esmalte dental), da mesma forma, são usualmente adornados por meio da confecção de cavidades onde são inseridas pedras preciosas ou semipreciosas^(1, 2, 3, 5, 6, 11, 13) ou, sem a execução de cavidades, por meio da aderência dessas pedras com resina composta, não prejudicial, dessa forma, à cavidade oral, ou ao esmalte dental⁽¹¹⁾.

Devido à falta de conhecimento técnico e anatômico específicos por parte do profissional que faz a colocação dos piercings (os Piercers)^(1, 7, 4), à ausência de uma prática de biossegurança (esterilização da joia e antissepsia) adequada para tal e do próprio uso desses ornamentos, ocorrem complicações, além dos riscos e transtornos de ordem sistêmica. Entre eles, doenças como tétano, hepatite, HIV, herpes, bacteremia, septicemia, endocardite, angina de Ludwig, alterações em níveis leucocitários, assim como o desenvolvimento de neoplasias devido à hiperplasia e alteração de células inflamatórias decorrentes de hábitos parafuncionais^(1, 2, 7, 14, 15).

Hábitos que são considerados um trauma crônico de baixa intensidade, associados a fatores como o tabagismo, etilismo, radiação ionizante e susceptibilidade genética potencializam o risco de o tecido desenvolver alterações pré-malignas. Contribuem também para essas alterações o fato de o piercing oral favorecer o ocasionamento de lesões e a possibilidade de liberar substâncias carcinogênicas devido à toxicidade dos metais utilizados em sua confecção^(1, 2, 7, 14, 15). Por se tratar de um meio úmido, ricamente vascularizado e possuir uma flora bacteriana muito diversa e dinâmica, complicações pela colocação de piercings em mucosa oral são ainda mais preocupantes⁽⁷⁾.

As complicações dos piercings orais podem ser classificadas em imediatas ou tardias. Dentre as imediatas, as principais são a possibilidade de aspiração ou deglutição de parte ou de toda a joia, hemorragias, lesão de feixes vâsculo-nervosos e laceração de tecidos^(1, 5). Pode, ainda, ocorrer fratura da agulha de perfuração no ato da colocação do piercing⁽⁹⁾ ou mesmo da joia.

As tardias se referem a reações alérgicas devido ao contato com o metal do piercing, acúmulo de tártaro ao redor da joia, sialorreia, dor, edema (que em casos mais extremos podem comprometer as vias aéreas), infecção - complicação muito frequente, que leva à necrose tecidual -, danos à fonação, fratura dental, distúrbios da função mastigatória e deglutição, perda óssea, desenvolvimento de hábitos parafuncionais, hiperatividade muscular, parestesia, problemas periodontais, retração gengival, ageusia (perda da gustação), bem como

os transtornos sistêmicos já citados. Nesses últimos, destaca-se a susceptibilidade ao desenvolvimento de neoplasias à qual o indivíduo fica exposto por trauma, liberação de metais ou alteração celular, potencializados ou não pelos hábitos^(2, 5, 6).

Em estudo realizado em pacientes portadores de piercing lingual, nos quais foi realizada biópsia no local de inserção do piercing, todos apresentaram algum tipo de alteração histológica que variaram desde um simples processo inflamatório a lesões cancerizáveis⁽¹⁴⁾.

Se o paciente estiver decidido a usar o piercing oral - trata-se de uma escolha indiscutível, a opção é individual e deve ser respeitada⁽⁷⁾, a colocação do ornamento deve ser considerada um ato médico e os profissionais da saúde devem aconselhar o paciente a procurarem estabelecimentos seguros, onde as devidas precauções sejam seguidas e respeitadas, assim como a anatomia do local seja conhecida⁽¹¹⁾.

Apesar de raro, deve-se destacar que a cicatrização tecidual após a colocação do piercing na mucosa bucal é capaz de embutir a joia entre os tecidos, principalmente considerando que os indivíduos são instruídos a não remover o ornamento durante o processo de cicatrização. Isso pode culminar no desenvolvimento de uma reação de corpo estranho na região e requerer procedimentos cirúrgicos para tratá-la⁽⁷⁾.

A atuação do cirurgião- dentista, exercendo papel informativo, com a orientação de uma eficiente higienização bucal e do piercing ou da extinção de hábitos parafuncionais, como morder a joia ou batê-la contra os dentes, e preventivo, sobretudo com relação às neoplasias, é fundamental^(1, 2). A remoção dos piercings orais indicada por nós, odontólogos, será feita se já houver quaisquer complicações previstas ou alguma condição oral ou sistêmica instalada.

Melo et. al. ressalta que o dentista deve estar preparado para solucionar as principais complicações que o uso de piercing oral pode gerar e Pécora⁽²⁾ salienta que, a princípio, devemos recomendar a não instalação do piercing bucal ou, então, orientar com relação aos riscos e prevenção de complicações, por meio da manutenção e higiene. Nos casos em que o paciente não aceita a remoção, se instalada qualquer intercorrência, sua intervenção para correção ou atenuação do problema se faz necessária^(7, 4).

Após a remoção do piercing ainda podem surgir complicações estéticas, geradas pelas cicatrizes deixadas pela perfuração^(1, 2) e formação de queloides, que são lesões fibroelásticas, salientes, rosadas, avermelhadas ou escuras e às vezes brilhantes, causadas por uma desordem fibroproliferativa.

Geralmente crescem, e apesar de benignas, não contagiosas e muitas vezes indolores, podem se tornar um problema estético importante, pois recidivam com frequência mesmo após a cirurgia reparadora - excisão cirúrgica⁽⁶⁾.

O objetivo deste trabalho é mostrar as possíveis complicações da colocação de piercing em cavidade oral, ilustrando com caso clínico no qual houve encapsulamento dos objetos em região jugal bilateral, sendo removidos, de um lado, por acesso intraoral, e do outro, via extraoral.

RELATO DE CASO

O paciente B. D. B, do gênero masculino, 19 anos, ASA I, leucoderma, procurou a clínica do curso de especialização em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da FFO-USP. Relatou que após uma semana da colocação de dois piercings do tipo labret em mucosa jugal, dos lados direito e esquerdo, transfixantes, as peças invaginaram na bochecha, onde permaneceram por cerca de um ano até a data da consulta.

Apesar de não referir dor, nem outra sintomatologia significativa, o paciente foi orientado para a remoção dos objetos que, mesmo tardiamente, poderiam levar ao desenvolvimento de algum tipo de alteração celular.

Solicitou-se Tomografia Computadorizada (TC) com janela para tecidos moles e duros (Fig.4), para avaliar a relação dos piercings com estruturas nobres adjacentes à região perfurada, como o ducto da glândula parótida, artéria e nervo facial. Além disso, foram executadas radiografias interproximais (Fig. 5) e laterais de face para detecção dos objetos. Do lado esquerdo, averiguou-se que havia remanescido apenas uma esfera componente do piercing. Do lado direito, estava presente toda a estrutura.

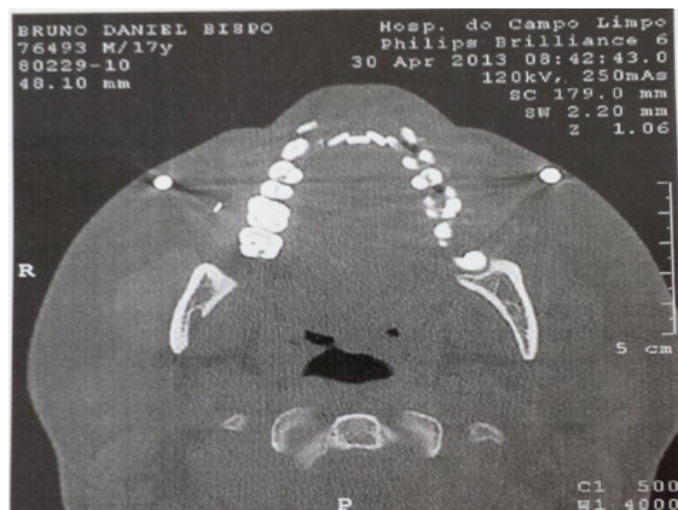


Fig.4: Tomografia Computadorizada (TC) em corte axial com janela para tecidos duros.

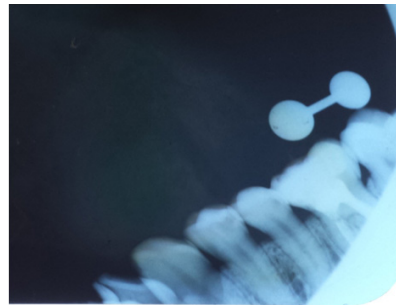


Fig.5: Radiografia lateral da face

Ao exame clínico, não foram percebidos sinais inflamatórios e, durante palpação, pôde-se perceber que a joia se apresentou mais táctil em mucosa jugal do lado direito, enquanto do lado esquerdo havia maior proximidade do piercing com a superfície externa, fatos também constatados na TC. Devido às localizações, foi planejada a remoção das peças por via intraoral, do lado direito, e por acesso extraoral, do lado esquerdo.

Realizou-se profilaxia antibiótica com 1 g de Amoxicilina e administração de anti-inflamatório (8 mg de Dexametasona uma hora antes do procedimento cirúrgico). A solução de iodopovidona a 2% foi utilizada para antissepsia extraoral e clorexidina 0,12% para antissepsia intraoral.

A cirurgia iniciou pela remoção do piercing do lado esquerdo. Foi realizada anestesia local, extraoral, ao redor da esfera do piercing, que se fez sobressaliente através de pressão bidigital. Seguiu-se com incisão de aproximadamente 7 mm sobre o piercing, apenas sobre a pele (Figs.6 e 7) e com leve divulsão. Com auxílio de pinça Kelly, a esfera foi removida (Fig.8), o tecido suturado com nylon 5.0 e recoberto por curativo.



Fig.6: Incisão de 7 milímetros sobre a pele



Fig.7: Tecido Epitelial incisado expondo a esfera do piercing

Do lado oposto, realizou-se anestesia infiltrativa terminal em mucosa jugal, com incisão de aproximadamente o mesmo tamanho da primeira (Fig.9), atingindo também o plano muscular, cuidadosamente, pois o local a ser incisado estava próximo à saída do ducto da glândula parótida. Divulsionou-se os tecidos até chegar à extremidade mais medial do piercing (Fig.10).



Fig.8: Remoção do piercing



Fig. 9: Mucosa jugal direita incisada



Fig. 10: Exposição de parte do piercing depois de divulsionados os tecidos

Nesse momento, foi constatado que, por se tratar de um corpo estranho, estruturou-se em torno do mesmo um tecido fibroso bem aderido. Depois de extirpado todo esse tecido, removeu-se o piercing (Fig. 11) e foi confeccionada a sutura por planos com fio reabsorvível. O paciente foi orientado a manter uma boa higiene nos locais onde houve a intervenção cirúrgica. Foi prescrito para o pós-operatório Amoxicilina 500 mg, a cada 8 horas por sete dias, Diclofenaco Sódico 50 mg, a cada 8 horas por três dias e Dipirona Sódica 500mg a cada 6 horas caso houvesse dor.

O material removido (Fig. 12) foi colocado em formol 10% e enviado para análise anatomopatológica que evidenciou células de processo inflamatório crônico inespecífico e hiperplasia fibroepitelial com presença de vasos sanguíneos e extravazamento de hemácias.



Fig. 11: Remoção total do piercing

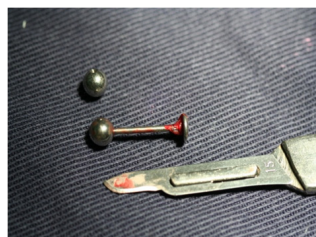


Fig. 12: Objetos removidos

O pós-operatório (P.O.) imediato do paciente foi muito satisfatório e após sete dias as feridas cirúrgicas encontravam-se em normalidade do processo cicatricial (Figs. 13 e 14), embora os cuidados do paciente com higienização fossem deficientes. No controle P.O. de um mês, os tecidos se apresentaram íntegros e sem cicatrizes evidentes.



Fig. 13: Pós-operatório de 7 dias, lado esquerdo



Fig. 14: Pós-operatório de 7 dias, lado direito

DISCUSSÃO

Diferentemente do caso relatado, no qual o gênero do paciente é o masculino, o gênero mais comum dentre os indivíduos que usam piercing é o feminino, segundo Melo. Já Marquezan, Eulálio e Cerri^(1, 6, 14) relataram que a idade mais comum varia de 19 a 35 anos, estando o nosso paciente nessa faixa etária.

Diferindo de nosso caso, em que o piercing estava localizado na região da bochecha, menos comum⁽¹³⁾, os locais mais comumente escolhidos para a perfuração em região oral são lábio e língua^(1, 6, 11).

As metamorfoses celulares do tecido fibroso formado ao redor do piercing encontradas em exame histopatológico coincidem com os achados dos estudos realizados por Cerri et.al.⁽¹⁴⁾ e corroboram com o autor quanto ao fato de que sempre há algum tipo de alteração celular no local onde houve a perfuração.

O objeto foi encapsulado em mucosa jugal e poderia ter sido agente etiológico de quaisquer alterações citadas neste artigo, contudo, nenhuma delas foi observada no caso apresentado, o que pode ser explicado pelo fato de que a localização do piercing não é a que mais provoca alterações orais⁽¹⁷⁾ e nem a escolha mais comum. O encarceramento da joia pode ter ocorrido pela orientação da não remoção do piercing, durante a cicatrização, confirmando o que Fenato et.al.⁽⁷⁾ diz em seu trabalho.

Uma vez que o adorno já havia perdido sua função estética e de modismo, motivo pelo qual o paciente colocou o adereço, a remoção dos piercings se deu, portanto, de forma preventiva, assim como foi observado em estudo de Saquet et.al.⁽¹⁷⁾. O paciente se sentiu vulnerável frente aos possíveis riscos de complicações a ele relatadas e a prevenção contra o câncer foi o motivo principal que o levou a concordar com a remoção dos artefatos.

CONCLUSÃO

Aos cirurgiões-dentistas compete a responsabilidade de esclarecer os pacientes sobre piercings orais, orientando sobre riscos decorrentes do uso deste tipo de ornamento e instruindo quanto aos cuidados a serem tomados, visto que a prática da colocação de piercings tem se tornado cada vez mais habitual e que seu uso é uma opção do indivíduo e deve ser respeitada.

As injúrias oriundas da colocação de piercings não são responsáveis, em primeira instância, por alterações sistêmicas, contudo, podem comprometer a saúde geral do indivíduo.

APLICAÇÃO CLÍNICA

Orientar o paciente quanto à higienização de piercings orais, alertando sobre os riscos de complicações durante e após a colocação. Permitir que o cirurgião-dentista possa orientar o paciente.

Referências Bibliográficas

- 1- Marquezan, M.; Souza, L. T.; Tanaka, O. Piercing oral: beleza, riscos e o papel da odontologia. *Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre. Porto Alegre*, v. 49, n. 1, p. 12-15, jan./abr., 2008.
- 2- Pécora, G. A.; Reyes, A.; Pedron, I. G.; Utumi, E. R.; Borsatti, M. A. Complicações decorrentes da utilização do piercing bucal - Avaliação e conduta. *Revista do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo - UMESP clínica/ Odonto* 2010; 18(36): 51-57.
- 3- Vieira, E. P.; Ribeiro, A. L.; Pinheiro, J. J. V.; Júnior, S. M. A.. Oral Piercings: Immediate and late complications. *American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. Journal of oral and maxillofacial Surgery* 69:3032-3037, 2011.
- 4- Melo A. R.; Abreu, T. C.; Barbosa, L. M.; Araújo, G. M.; Vasconcelos, B. C. Piercing labial como corpo estranho. *Rev. Cir. Traumatol. Bucomaxilofacial, Camaragibe* v.13, n.1, p. 83-88, jan./mar. 2013.
- 5- Trindade, C. P.; Guaré, R. de O.; Bonecker, M. J. S. Piercing oral: considerações gerais e relato de casos clínicos. *J Bras. Odontopediatria Odontol. Bebê, Curitiba*, v.6, n.31, p.203-209, maio/jun. 2003.
- 6- Eulálio, S. R. N.; Tapety, F. I.; Alves, E. L. M.; Brito, J. N. P. O. Prevalência de complicações em tecidos moles e duros devido ao uso de piercing oral. *Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro*, 2012 out/dez; 20(4): 429-33.
- 7- Fenato, M. C.; Miura, C. S. N.; Boleta-Ceranto, D. C. F. Piercing bucal: sua saúde vale esse modismo? *Arq. Ciênc. Saúde. UNIPAR, Umuarama*, v. 14, n. 2, p. 157-161, maio/ago. 2010.
- 8- Hennequin-Hoenderdos, N. L.; Slot, D. E.; Van der Weijden, G. A. Complications of oral and peri-oral piercings: a summary of case reports. *Int. J Dent Hygiene* 9, 2011; 101-109.
- 9- Nedbalski, T. R.; Laskin, D. M., Loss of a sewing needle in the tongue during attempted tongue piercing: report of a Case, *J Oral Maxillofacial. Surg.* 64:135-137, 2006.
- 10- Inchingolo, F.; Tatullo, M.; Abenavoli, F. M.; Marrelli, M.; Inch-ingolo, A. D.; Palladino, A.; Inchingolo, A. M.; Di Palma, G., Oral Piercing and Oral Diseases: A Short Time Retrospective Study. *International Journal of Medical Sciences* 2011; 8(8): 649-652.
- 11- Ribeiro, F. M. C. S., Piercings orais e periorais e suas complicações. *Monografia. Universidade Fernando Pessoa. Porto*, 2012.
- 12- Saquet, P. N.; Saleh, S. B.; Marchiori, J. C.; Pozzobon, R., Perfil dos usuários de piercing oral e implicações decorrentes de seu uso RGO, *Porto Alegre*, v. 57, n.1, p.41-45, jan./mar. 2009.
- 13- Bozelli, J. V.; Matsui, R. H.; Júnior, K. F.; Ortolani, C. F.; Chelloti, A. Piercing oral e perioral: a moda que marca. *Rev. Inst. Ciênc. Saúde* 2004 out-dez; 22(4): 331-6.
- 14- Cerri, A.; Silva, C. E. X. S. R. Estudo histopatológico das alterações teciduais causadas pelo uso de piercing na língua. *Rev. AssoC. Paul. Cir. Dent;* 62(6): 438-443 nov.-dez. 2008. Ilus.
- 15- Santo, R. A. E.; Santos, L. F. G.; Conceição, J. G.; Pontes, J. R. M.; Israel, M. S.; Ramos, M. E. B. Piercing oral: fator de risco para o câncer? *R. Ci. Méd. biol., Salvador*, v.6, n.2, p.233-239, mai./ago. 2007.
- 16- Fragelli, C. M. B.; Campos, J. A. D. B.; Gaspar, A. M. M. Considerações sobre o uso do piercing lingual. *RGO - Rev. Gaúcha Odontol., Porto Alegre*, v. 58, n. 4, p. 451-455, out./dez. 2010.

