

Revisão da literatura

O que o dentista deve saber sobre piercings bucal e perioral: revisão da literatura

What a dentist should know about oral and perioral piercings: literature review

Daniella Malhães de Souza¹
Carolina Ferreira Soares¹
Ana Carolina Santos de Carvalho¹
Jéssica da Costa Matos Vieira¹
Mirian de Waele Souchois de Marsillac¹

Autora correspondente:

Mirian de Waele Souchois de Marsillac
Boulevard 28 de Setembro, 157, sala 226 – Vila Isabel
CEP 20551-030 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil
E-mail: mwsm36@gmail.com

¹ Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – RJ – Brasil.

Data de recebimento: 3 dez. 2020. Data de aceite: 24 fev. 2021.

Palavras-chave: boca;
piercing corporal;
odontologia.

Resumo

Introdução: Atualmente, os piercings bucal e perioral são vistos com frequência nos consultórios odontológicos. **Objetivo:** Esta revisão de literatura teve como objetivo atualizar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre os piercings bucais e periorais. **Material e métodos:** Uma busca (sem filtro) foi feita, em junho de 2019, na base de dados do Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE), mediante as palavras-chave: “mouth” AND “body piercing” AND “body modification, non-therapeutic”. Também foram usadas as seguintes palavras-chave: “boca” e “piercing corporal”, nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, já que o último termo não é indexado na língua portuguesa. **Resultados:** Essa busca resultou em 124 artigos. Após a remoção de artigos em duplicata, a sequência de exclusão adotou os critérios de leitura de título e resumo. Em seguida, alguns artigos com temas semelhantes (tipo de estudo ou relato de caso) foram excluídos. O principal fator de desempate considerado para tal foi a abrangência do artigo. Foram utilizados 39 artigos nesta revisão. Estudos relataram que vários indivíduos com piercings bucal e/ou perioral não têm conhecimento sobre as possíveis complicações dessa prática nem de como manter a higiene ideal da perfuração e dos adornos. **Conclusão:** Os profissionais de

saúde bucal devem estar aptos a orientar os indivíduos que possuem *piercings* bucal e/ou perioral a retirá-los e a cessar o uso desses adornos ou joias por causa de potenciais complicações a médio e longo prazo para o sistema estomatognático. Também devem orientar os indivíduos que mesmo assim não os desejam remover sobre os cuidados relativos à higiene e alertá-los para que não desenvolvam hábitos deletérios com o uso desses adornos.

Abstract

Keywords:

mouth; body piercing; dentistry.

Introduction: Nowadays, oral and perioral piercings are often seen in dental offices. **Objective:** The purpose of this literature review was to update dentists' knowledge about oral and perioral piercings. **Material and methods:** A search (without filter) was made, in June of 2019, in Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) database using the following keywords: "mouth" AND "body piercing" AND "body modification, non-therapeutic". The Portuguese keywords "boca" and "piercing corporal" were also used at the Biblioteca Virtual em Saúde database, whereas the last term is not indexed in Portuguese language. **Results:** This search resulted in 124 articles. After exclusion of duplicates, the following criteria was adopted in the sequential order after reeding the titles and abstracts. The next step was to exclude articles that covered the same subject (types of study or case reports). The main considered tiebreaker fator was the comprehensiveness of the article. This literature review utilized 39 articles. Descriptive studies reported that the individuals with oral and/or perioral piercings do not have knowledge about possible complications of this practice and also do not know how to maintain ideal piercing and jewelry hygiene. **Conclusion:** Oral health professionals should be able to guide individuals with oral and/or perioral piercings to remove and discontinue this practice, due to potential medium- to long-term complications to the stomatognathic system. These professionals should also guide the individuals that even so do not wish to remove their piercings about local hygiene and alert them to not develop deleterious oral habits due to the use of this adornment.

Introdução

A definição da palavra inglesa *piercing* é uma perfuração feita na pele, na mucosa ou em outros tecidos corporais, exceto no lóbulo da orelha, de maneira que um adorno ou joia seja colocado nela [4]. O uso de *piercing* corporal é uma antiga tradição, e seu surgimento ocorreu há milhares de anos em várias culturas como de grupos da Ásia, da Europa, da África e das Américas. Como exemplo de *piercings* bucal e/ou perioral, há que se citar os índios brasileiros como os caiapó e os zoé. O *piercing* de lábio inferior é realizado pelos índios caiapó poucos dias após o nascimento de meninos, que estão destinados a se tornarem líderes na sua sociedade. Na tribo zoé mulheres e homens

utilizam cilindros de madeira no lábio inferior com diâmetro de até 4 cm e comprimento de 12-15 cm, de acordo com a idade do indivíduo [15].

Em geral a perfuração corporal do *piercing* é feita sem anestesia tópica ou local. No caso do *piercing* lingual é utilizada uma agulha de calibre 12 [23] ou 14 [24], cerca de sete vezes mais calibrosa do que a agulha usada rotineiramente para anestesia dentária [24]. Algumas pessoas optam por receber anestesia local para realizar essa perfuração [12, 23], como no caso em que o adorno do *piercing* lingual funciona como parte do sistema de acionamento de uma tecnologia assistiva para tetraplégicos poderem exercer funções básicas do dia a dia [23].

O indivíduo que efetua o procedimento de *piercing* trabalha em estúdios [4, 9] e é chamado de *body piercer* ou *piercer* [9], em português perfurador corporal [4]. Embora o *piercing* bucal e/ou perioral geralmente seja feito em estúdios [20, 21, 33], há relatos de serem realizados: em lojas de joias [33], por médico [23] ou dentista [21], ou até mesmo pela própria pessoa [20, 27, 33]. Um relato de caso destaca que o dentista removeu parte de uma agulha de costura fraturada da língua de um adolescente de 17 anos de idade, após a tentativa frustrada por parte dele de fazer um *piercing* em sua residência [27]. Também existe a possibilidade de que os *piercings* sejam feitos por jovens em outros jovens, sendo a maioria malsucedida [24].

Alguns estudos verificaram que a prevalência de uso de *piercings* bucal e/ou perioral é mais comum no sexo feminino [21, 34], porém há autores que não relatam diferença significativa [33]. Quanto à faixa etária, seu uso parece mais comum em adolescentes e adultos jovens (16-25 anos) [21, 34], com média de idade de 20 ou 21 anos [14, 18, 33].

A revisão sistemática de 2012 verificou a prevalência média de 5,2% em indivíduos jovens com *piercings* bucal e/ou perioral (n = 11.249) oriundos de vários locais, como Alemanha, Canadá, Brasil, Espanha, Estados Unidos da América, Finlândia, Israel, Nova Zelândia e Reino Unido [18]. Vale ressaltar que diferentes cidades e estados da Federação Brasileira possuem leis que regulamentam a prática do *piercing* (Brasília, Espírito Santo, Santa Catarina, São Paulo, Goiás, Rio Grande do Sul, Belo Horizonte, entre outros). O estado do Rio de Janeiro possui a Lei n.º 2.907, de 1998 [3], que proíbe a realização de tatuagens ou colocação de adornos, não importa se brincos, argolas, alfinetes, algo que perfure a pele ou o membro do corpo humano, em menores de idade (18 anos), com exceção dos brincos nos lóbulos das orelhas. Nos Estados Unidos a prática do *piercing* corporal é regulamentada em alguns estados [38]. No País de Gales e na Escócia é proibido que menores de 16 anos façam *piercing* corporal sem a autorização de seus responsáveis. Já na Inglaterra o mesmo não ocorre [22].

A Academia Norte-Americana de Odontopediatria [1] e a Associação Norte-Americana de Odontologia [2] são contra qualquer tipo de prática cosmética de *piercings* bucal e/ou perioral. Esse procedimento é considerado invasivo, por causa do potencial para o desenvolvimento de condições patológicas e sequelas negativas à saúde, que excede qualquer benefício potencial.

O artigo de Garve *et al.* [15] ressalta que a prática do uso de *piercing* bucal por povos indígenas

da África e do Brasil modifica estruturas ósseas, musculares, do tecido conjuntivo e, por vezes, a exodontia de alguns dentes. No caso dos indivíduos que utilizam placas labiais, como os seus lábios permanecem abertos, há aumento da salivagem e da respiração bucal, diminuindo a filtração do ar pelo nariz, podendo levar ao aumento de infecções respiratórias. Como os incisivos não podem exercer sua função natural, o ato de morder alimentos é prejudicado. Existe pressão de alguns governos, organizações, etnologistas, médicos, pesquisadores da área biomédica e/ou benfeitores para que cesse o uso desses tipos de *piercing*. Essas pessoas compreendem as tradições desses povos, porém preocupam-se com a mutilação ou a alteração da formação adequada do sistema estomatognático, principalmente em crianças de tenra idade.

Cada vez mais se pode observar que um número maior de pacientes comparece às consultas odontológicas utilizando *piercings* bucais e periorais [9], a ponto de a prática se destacar como um fenômeno contemporâneo [31]. Embora os dentistas sejam, com frequência, os primeiros a notar qualquer efeito negativo no processo de perfuração ou no próprio adorno [22], uma revisão de literatura de 2014 [32] constatou que eles desconheciam os possíveis problemas locais e sistêmicos decorrentes desses acessórios corporais. Essa revisão de literatura teve como objetivo atualizar o conhecimento do dentista sobre a prática do uso de *piercings* bucal e/ou perioral.

Material e métodos e resultados

Uma busca (sem filtro) foi feita, em junho de 2019, na base de dados do Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE), mediante as palavras-chave: “mouth” AND “body piercing” AND “body modification, non-therapeutic”; e na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) utilizando as palavras-chave: “boca” AND “piercing corporal”. Também foram consultados o *guideline* da Academia Norte-Americana de Odontopediatria [1] e o da Academia Norte-Americana de Odontologia [2], bem como o *site* da Associação de Piercers Profissionais [35].

Dois avaliadores participaram da busca dos artigos, primeiramente com base no título (121 artigos) e em seguida pela leitura do resumo (63 artigos). Após essas duas etapas, foram excluídos os artigos com temas semelhantes, como ocorreu com alguns relatos de caso e também em estudos do tipo seccional ou descritivo. Nesses casos, o fator de desempate para os relatos de caso foi o

detalhamento (relato, diagnóstico e tratamento). No caso dos estudos seccionais ou descritivos, foram considerados a abrangência (apenas um tipo ou mais de *piercing* oral e/ou perioral) e o rigor na explanação da metodologia e da interpretação dos resultados em detrimento do ano de publicação. Foi utilizado o total de 39 artigos.

Discussão

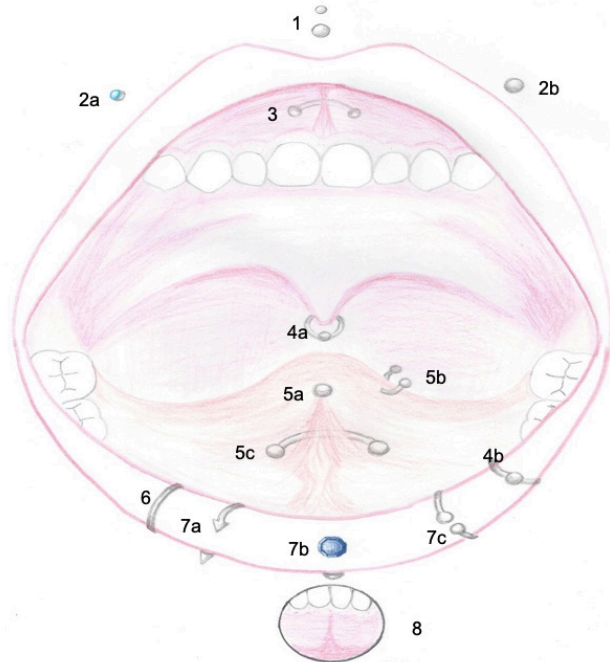
Vários são os motivos para a realização dos *piercings* bucais, periorais e corporais, sendo os mais relatados: pertencimento a um grupo ideológico [7, 33], moda [7, 33, 34], uma forma de expressar a identidade [7, 33, 34], culto ao corpo [7, 12, 33], ato de rebeldia [7] ou de ousadia [31], para marcar a lembrança de um evento [7], pelas sensações físicas propiciadas [7], influências étnicas e tribais [7, 15], distinguir-se de outras pessoas [34], aumento da estimulação sexual [31, 33].

Basicamente existem quatro tipos de adorno mais utilizados nos *piercings* bucal e perioral:

- *Labret*: haste reta com um disco em uma extremidade e na outra uma esfera ou outro ornamento;
- *Barbell*: haste reta ou curva com esferas nas extremidades;
- Expansor ou alargador: mantido no local por si mesmo, podendo ter acessórios, como plugues;
- Anel: mantido firme por tensão do próprio anel ou por uma esfera.

Esse último tipo de adorno pode requerer o uso de um alicate específico para realizar sua abertura e seu fechamento. Todos esses tipos de adorno devem ser verificados diariamente quanto ao seu fechamento preciso, sem folgas, e com as mãos devidamente limpas [35]. Isso evitará que parte ou todo o adorno seja deglutido [9, 19, 33.] ou até mesmo aspirado [19].

O local mais comum da face para o uso de *piercing* bucal e/ou perioral segundo a revisão sistemática de 2012 [18] é a língua (5,6%), seguida do lábio (1,5%), entretanto os *piercings* bucal e/ou perioral também podem ser realizados em bochechas, freio lingual e úvula [31]. Um indivíduo pode utilizar um *piercing* bucal juntamente com um perioral, ou seja, possuir dois adornos em sítios diferentes [33], como representado no desenho esquemático da Figura 1.



1: *labret* no *filtrum* ou tipo medusa (único ou múltiplo); 2: *labret* com (A) pedra preciosa ou (B) em metal; 3: *barbell* no freio de lábio ou tipo *smile*; 4: anel fechado (*captive ring*) em (A) úvula ou em (B) lábio; 5: barbel de (A) língua dorsoventral, (B) dorsolateral e (C) em freio lingual; 6: anel tipo infinito em lábio inferior; 7: *barbell* de lábio; 8: expansor translúcido (*clear lens*).

Figura 1 - Diferentes exemplos de tipos de *piercing* bucais e periorais

O *piercing* de lábio pode ser colocado em qualquer lugar em volta da borda (como indicado em 1, 2A, 2B, 4B, 6, 7A e 7C na Figura 1) ou no vermelhão (7C da Figura 1), porém é mais comum no lábio inferior próximo à comissura [31]. O *piercing* de freio labial superior é conhecido como *smile* (3 da Figura 1), porque só aparece quando o indivíduo sorri, e não é encontrado com muita frequência [29, 30]. O *piercing* de bochecha é conhecido como covinha, com referência à localização do adorno. A úvula (4A da Figura 1) não é um local muito comum para *piercing* por causa da dificuldade de perfurar e colocar o adorno, além de questões funcionais envolvendo reflexo de êmese, irritação da garganta e deglutição, as quais não podem ser negligenciadas [31].

Em relação aos tipos de *piercing* de língua, existem o dorsoventral, o dorsolateral e o do

freio lingual (5A, 5B e 5C da Figura 1). O mais seguro e mais comum é o dorsoventral, localizado comumente no meio da língua, e o tipo de adorno mais utilizado é o *barbell*. O *piercing* do tipo dorsolateral situa-se cerca de meio caminho na direção anteroposterior da borda lateral da língua, não sendo considerado um procedimento seguro em função da grande vascularização desse órgão. Usa-se mais o anel quando o *piercing* é colocado nesse local ou próximo à ponta da língua [31]. Já o *piercing* do freio lingual não é observado com tanta frequência [22, 31].

Os adornos empregados em *piercings* bucal e/ou perioral podem ser de diferentes materiais. Os povos indígenas utilizam madeira, penas e pinos de cristais de quartzo [15], e os povos modernos, uma variedade de materiais, como titânio [23, 31, 35], ouro 14 ou 18 k [31], platina [35], ouro branco ou amarelo [35], aço inoxidável cirúrgico [31, 35], nióbio [31, 35], polímeros biocompatíveis [35], tipos específicos de vidro [35]. O ideal é que os adornos sejam de um material com polimento excelente, livre de irregularidades, evitando que as novas células formadas durante o processo de cicatrização cresçam em tais irregularidades. Nessas circunstâncias a movimentação do adorno prejudica a cicatrização, porque as irregulares rompem os tecidos e podem servir de nichos para bactérias que causam infecção na ferida [35].

Quando o adorno não está bem adaptado ao local do *piercing*, aumenta a possibilidade de inchaço, incorporação do adorno ao tecido e outras complicações [35]. Para que o *piercing* tenha boa cicatrização, é importante que o adorno seja pequeno, desenhado de forma a caber no local e que a parte do corpo onde ele foi inserido não mude de formato repentinamente [12]. A espessura do adorno também deve ser adequada ao diâmetro do *piercing*. Caso seja muito fina, pode resultar em migração ou rejeição, e, se o calibre for grande, não permitirá que o sangue nem o ar circulem, possibilitando a exsudação das secreções. O local corporal em que o *piercing* é feito afeta o tempo de sua cicatrização. Os *piercings* faciais levam pelo menos de quatro a seis semanas, no mínimo, para cicatrizar. Na mucosa da bochecha a cicatrização acontece em 25 dias, e a pele leva de 52 a 75 dias para tal [35]. A língua demora de seis a oito semanas para cicatrizar [35], e o *piercer* experiente coloca primeiramente um ornamento com a haste mais longa. Quando o indivíduo retorna após o período de cicatrização, é colocado um adorno de haste menor [23, 35].

O *piercing* bucal não é um procedimento isento de riscos, nem para a saúde bucal nem para a sistêmica [19]. Alguns autores relatam que os participantes de suas pesquisas estavam cientes

dos riscos relacionados à prática de tatuagens e *piercings* e, mesmo assim, se submetiam a esses procedimentos [33, 34]. Na presente revisão as possíveis complicações advindas de *piercings* bucal e/ou perioral foram divididas em: complicações locais no momento da realização do *piercing*, como sintomas subjetivos e complicações locais mais relatados; complicações locais a médio e longo prazo após a realização do *piercing*; e, por fim, as complicações sistêmicas advindas da realização do *piercing*.

São possíveis sintomas locais subjetivos logo após a realização de *piercings* bucal e/ou perioral: alteração de fala ou na mastigação [9, 33], disfagia [9, 37], alteração no paladar [33] e aumento de salivação [33]. É importante destacar que alguns participantes de um dos estudos [9] citados não relataram problemas de fala, mastigação ou deglutição, não por serem considerados impedimentos reais, mas sim consequências normais e temporárias do *piercing* (desaparecendo em cerca de duas semanas).

Entre possíveis complicações locais mais relatadas no momento da realização de *piercings* bucal e/ou perioral, estão: edema [6, 9, 21], hemorragia [6, 9, 33], infecção [9, 21], dor [9, 21, 33], hematoma [9], linfadenopatia [21], dilaceração do tecido [9] e distúrbio na cicatrização [9].

Quanto às possíveis complicações locais a médio e longo prazo mais observadas após a realização de *piercings* bucal e/ou perioral, são elas: desgaste dentário [9, 21, 33], fratura dentária por morder o *piercing* inadvertidamente [20], dano à papila interdental de incisivos superiores [29], recobrimento do adorno por crescimento do tecido adjacente a ele [37], tecido hiperplasiado na mucosa bucal no local do fechamento do adorno [6, 20, 23], fraturas [5, 9], trincas (rachaduras) [9] ou lascas dentárias [9, 33], retração gengival lingual e labial [6, 9, 21, 33], língua bífida [13], laceração da língua [9], hipersensibilidade dentinária [5, 33], choque galvânico [33], diastema entre os incisivos centrais superiores por hábito de brincar com o *piercing* lingual [39], neuralgia de trigêmeo [16] e hemorragia persistente levando a choque hipovolêmico [36].

A retração gengival [6, 20, 21, 33] e os danos aos tecidos duros dentais [6, 20, 33] são as complicações mais relatadas na literatura. Segundo a revisão sistemática de 2016 [17], o *piercing* de língua e o de lábio são altamente associados com o risco de retração gengival vestibular dos dentes que estão diretamente em contato com o fechamento do adorno, assim como o *piercing* de língua está significativamente ligado a trincas e fraturas de esmalte dentário.

Para avaliar corretamente a saúde periodontal e a retração gengival, é importante saber o tempo de uso do *piercing* e a idade do paciente. Alguns

autores verificaram que a idade [6, 21] do indivíduo e o tempo de uso [33] do *piercing* foram preditores significativos da prevalência de retração gengival na face lingual dos dentes no uso de *piercing* de língua. Dois desses estudos perceberam que o adorno do tipo *barbell* com a haste longa apresentou diferença estatística maior para retração gengival lingual quando utilizado por mais de dois anos [6, 33]. O estudo de Kieser *et al.* [21] não relatou o tempo de uso do *piercing* bucal, porém constatou que a maioria dos participantes com *piercing* labial (80%) tinha um ou mais sítios vestibulares com retração gengival, e quase 1/3 dos indivíduos com *piercing* na língua tinha pelo menos um sítio lingual com retração gengival. A idade foi um preditor expressivo da prevalência de retração lingual, com chance de aumentar em 1,17 vezes para cada ano a mais a partir dos 14 anos de idade.

Um estudo clínico posterior analisou a prevalência de complicações de *piercings* labial e lingual explorando os efeitos desses adornos não apenas com seu tempo de uso, como também com hábitos, morfologia do ornamento e biotipo periodontal [33]. O tempo médio de uso desses *piercings* foi de cerca de 30 meses, e isso aumentou a possibilidade de alteração gengival. A retração gengival foi detectada em 39,7% dos *piercings* avaliados, sendo o valor semelhante para ambos os tipos. Os sítios de dentes adjacentes aos *piercings* também apresentaram maior associação com a prevalência de retração gengival, perda de inserção e profundidade de sondagem de bolsa periodontal. No *piercing* de lábio, quanto mais próxima a altura do fechamento do adorno em relação à junção cimento esmalte do dente adjacente, maior é a associação com a prevalência de retração gengival. Quanto aos danos às estruturas duras dentárias, a presente revisão narrativa identificou que dois dos três estudos demonstraram associação significativa entre uso de *piercings* bucal e/ou perioral e esse tipo de dano [6, 33]. O tempo médio de uso de *piercings* labial [33] e lingual [6, 33] aumentou a possibilidade de alteração dentária (desgaste, lascas/rachaduras). Como um desses estudos avaliou os dois tipos de *piercing*, o que apresentou maior prevalência de alteração dentária foi o *piercing* lingual [33].

O paciente deve ser informado que, quanto maior o tempo de uso de *piercing*, maiores são as chances de ele apresentar complicações bucais e periorais [6, 33]. Alguns autores recomendam que o indivíduo que deseja realizar o procedimento de *piercing* bucal precisa assinar um termo de consentimento para garantir que foi esclarecido quanto à possibilidade de comprometimento de

sua saúde periodontal [21]. Plessas e Pepelassi [33] alertam para o fato de que uma porcentagem significativa dos participantes não estava ciente das consequências do uso de *piercings* bucal e/ou perioral. Os que estavam cientes estavam mais informados sobre as possíveis consequências deletérias para os dentes do que para a gengiva.

É importante ressaltar que os hábitos criados pelo paciente com o adorno do *piercing* aumentam a possibilidade de desenvolvimento de alterações dentárias e de retração gengival. Isso foi relatado em um caso clínico de hábito em que a paciente batia o *piercing* de plástico em seus dentes, o que provocou várias fraturas [5]. Todos os hábitos de morder, rolar e bater o adorno do *piercing* contra os dentes apresentaram associação estatística com alterações dentárias de desgaste e/ou lasca/rachadura. O hábito de sucção, registrado nos indivíduos com *piercing* de lábio, estava associado positivamente à retração gengival [33].

Quanto a possíveis reações alérgicas ao adorno de *piercings* bucal e/ou perioral, apenas um estudo afirmou que fez perguntas sobre isso, não encontrando relatos positivos para tal [9].

São possíveis complicações sistêmicas após a realização de *piercings* oral e/ou perioral: dor abdominal com náusea e emese [8], deglutição do adorno [33], deglutição de parte do adorno [9, 19], aspiração de parte do adorno ou dele como um todo [19], endocardite bacteriana [10, 41], hepatites B (HBV) e C (HCV) [11], infecção craniana [26] e tromboflebite do seio sigmoide [28].

É importante alertar que uma pessoa saudável não deve emprestar o adorno para um parceiro reabrir uma perfuração de *piercing*, pois existe um relato de uma jovem diagnosticada com endocardite bacteriana após ceder seu adorno lingual ao parceiro [10].

A revisão sistemática com metanálise de 2015 sugere que o *piercing* corporal está significativamente associado à transmissão do HBV, assim como do HCV [40]. Quando o indivíduo possui um *piercing*, o risco de se infectar é maior e mais provável.

Pontos relevantes para o dentista

O dentista deve estar alerta para os casos em que o indivíduo pode relutar em procurar aconselhamentos temendo possíveis advertências ou censura [18, 24, 31], e o profissional tem o papel importante de convencer os pacientes a removerem os adornos dos seus *piercings* bucais e/ou periorais. Caso o indivíduo concorde em não utilizar mais o *piercing* e remover o adorno, o orifício fechará.

Esse tempo de cicatrização é diferente entre as pessoas. A limpeza do local deve ser feita até a cicatrização completa. Na maioria dos casos, apenas uma pequena marca será vista [35].

Os dentistas estão na posição ideal para oferecer informações seguras sobre *piercings* e possíveis complicações locais e/ou sistêmicas aos indivíduos que querem ou que já possuem *piercings* bucal e/ou perioral. Ele pode sugerir adornos magnéticos. Os poderosos ímãs funcionam muito bem para orelhas, com a ressalva de que não sejam utilizados na língua nem nos lábios, pois podem ser deglutidos [23]. Mesmo assim, caso o paciente opte por manter seus *piercings* bucal e/ou perioral, o dentista deve aconselhá-lo na limpeza e fazer monitoramento regular para detecção precoce de problemas bucais e periorais [9, 11, 17, 22, 33], bem como orientar o indivíduo para que sempre verifique se o adorno está bem fechado, a fim de evitar a deglutição de parte ou de seu todo, ou, ainda pior, a aspiração de parte ou de todo o adorno. Rosquear o adorno para a direita o fecha e para a esquerda o abre [35]. O profissional precisa registrar as características do adorno em relação a localização, tempo de uso, limpeza, hábitos e comprimento da haste utilizada, em caso de *piercing* lingual [33].

Quando o paciente está decidido a fazer *piercings* bucal e/ou perioral, o dentista deve conhecer os cuidados a serem recomendados logo após a sua realização [22, 35], como evitar a movimentação excessiva e/ou repetitiva do adorno (ou brincar com o acessório) enquanto não estiver totalmente cicatrizado; não mexer no adorno com as mãos sujas; fumar; entrar em lagos, piscinas e banheiras de hidromassagem enquanto o *piercing* não estiver totalmente cicatrizado – caso seja necessário, deve-se utilizar curativos à prova d'água –; não utilizar produtos de beleza ou de cuidados pessoais ao redor do *piercing*; evitar falar em demasia e a ingestão de alimentos pegajosos (como purês e papas), muito condimentados (salgados ou ácidos) ou muito quentes; e não usar com frequência colutórios à base de álcool, pois podem ser irritantes.

Existem várias bactérias na boca que podem contaminar a perfuração da língua para colocação do adorno. Além disso, a própria manipulação do adorno pelo indivíduo e a comida que acumula em volta do acessório podem causar a proliferação bacteriana, levando a uma infecção. A ferida criada durante a perfuração da boca ou dos tecidos periorais permite que as bactérias bucais entrem na corrente sanguínea, e isso pode estar associado com endocardite bacteriana [19]. O indivíduo deve ser orientado também para que evite que o *piercing*

entre em contato com fluidos corporais de outras pessoas, como saliva, enquanto está cicatrizando [35].

Segundo a Associação de Piercers Profissionais [35], a limpeza logo nos primeiros dias após a realização do *piercing* pode ser feita com solução salina estéril, uma mistura de 1/8 a 1/4 de colher de chá de sal não iodado e água morna. Não se deve colocar muito sal, pois pode ser irritante para o *piercing*. Antes de fazer a limpeza do *piercing*, é necessário higienizar as mãos e passar a solução salina no local do *piercing*, com uma gaze ou papel-toalha. Caso o *piercer* indique o uso de algum sabonete, deve-se ensaboar a região com cuidado e enxaguar o suficiente para remover o sabão completamente. Evite o uso de sabonetes ásperos, com corantes, fragrâncias ou triclosan. Não usar toalhas de tecido para secar a região, pois elas podem prender-se no adorno ou conter bactérias. Secar o local gentilmente, com papel absorvente limpo e descartável. Caso a limpeza do *piercing* não seja feita como rotina diária, durante o período de cicatrização, pode haver secreção e cheiro ruim na região. Não é necessário movimentar o *piercing* durante a higiene; esse movimento pode interferir na cicatrização.

A limpeza do adorno é descrita apenas por alguns participantes de dois estudos [9, 33]. Em um deles [33], menos de 1/3 dos indivíduos fazia a limpeza regular do adorno. Um estudo de boca dividida verificou maior acúmulo de biofilme dentário no dente teste (próximo ao fechamento do adorno no lábio inferior) do que no contralateral, o controle [20]. Por isso, o dentista deve recomendar a remoção do adorno para sua limpeza utilizando uma escova dental macia e dentífrico, além da higiene bucal cotidiana.

As radiografias odontológicas auxiliam no diagnóstico de cárie dentária, de doença gengival, de traumatismo dentário e na confirmação de anormalidades. O dentista e o técnico em radiologia devem alertar o paciente para remover o adorno dos *piercings* bucal e/ou perioral em exames com radiação X e tomografia computadorizada, porque o adorno pode promover interferências na imagem final [19, 35].

Caso seja necessário remover o adorno dos *piercings* bucal e/ou perioral durante os procedimentos odontológicos, Peticolas *et al.* [31] sugerem uma técnica para manter a patência da perfuração nesse meio-tempo, substituindo o adorno por um material não metálico [31, 35]. Além disso, o adorno pode ser removido para anestésias locais. Isso fica a critério do profissional, por causa da enorme possibilidade de danos aos tecidos bucais, e

o acessório só deverá ser recolocado quando o efeito anestésico tiver desaparecido completamente [31].

Um dentista bem informado é capaz de oferecer orientação ao indivíduo que deseja fazer um *piercing* ou para aquele que já tem algum. Só assim esses indivíduos terão conhecimento e possuirão empoderamento para julgar se querem adquirir um *piercing* bucal e/ou perioral ou se desejam remover o que já possuem. Essas decisões podem levar a uma vida mais saudável [25].

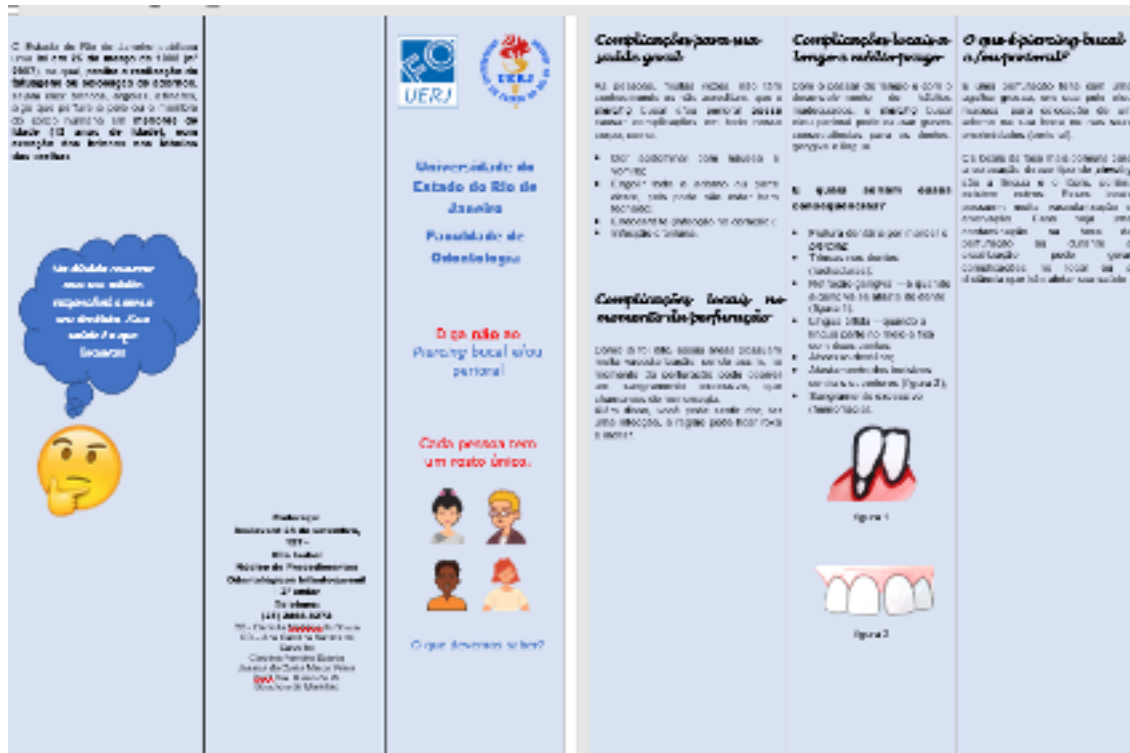
Conclusão

O profissional de saúde bucal deve estar ciente sobre os riscos do *piercing* e do uso de adorno(s) bucal(is) e/ou perioral(is), para informar a população-alvo quanto aos possíveis efeitos adversos ao sistema estomatognático e/ou à saúde geral (Anexo 1), desencorajando seu uso. O indivíduo deve ser examinado regularmente por um profissional de saúde bucal, que vai registrar no prontuário informações relativas ao *piercing*, como: motivação; quando e quem fez o procedimento; local(s), tipo(s) e material do(s) adorno(s); limpeza (como e a frequência) e rosqueamento do adorno, evitando sua deglutição ou aspiração parcial ou total; tempo de uso e algum tipo de movimento repetitivo com o adorno, quando for o caso; grau de conscientização de dano aos tecidos moles e mineralizados do sistema estomatognático, a curto, médio e longo prazo; e o grau e a extensão do dano (local ou sistêmico), caso haja.

Referências

- American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on intraoral/perioral piercing and oral jewelry/accessories. The reference manual of pediatric dentistry. American Academy of Pediatric Dentistry; 2019 [acessado em 20 jul. 2019]. Disponível em: <https://www.aapd.org/research/oral-health-policies-recommendations/intraoral-perioral-piercing-and-oral-jewelry-accessories/>.
- American Dental Association. Department of Scientific Information, ADA Science Institute. American Dental Association; 2019 [acessado em 13 jul. 2019]. Disponível em: <https://www.ada.org/en/member-center/oral-health-topics/oral-piercing>
- Brasil. Lei n.º 2.907, de 25 de março de 1998. Estabelece proibição quanto a aplicação de tatuagens e adornos, na forma que especifica. Brasil; 1998 [acessado em 16 jul. 2019]. Disponível em: <https://gov-rj.jusbrasil.com.br/legislacao/144062/lei-2907-98>
- Brasil. Lei n.º 4.398, de 27 de agosto de 2009. Institui normas para instalação e funcionamento de estabelecimentos que executam procedimentos inerentes à prática de tatuagem e body piercing e dá outras providências. Brasil; 2009 [acessado em 13 jul. 2019]. Disponível em: https://www.normasbrasil.com.br/norma/lei-4398-2009-df_124324.html
- Brennan M, O'Connell B, O'Sullivan M. Multiple dental fractures following tongue barbell placement: a case report. *Dent Traumatol.* 2006;22(1):41-3.
- Campbell A, Moore A, Williams E, Stephens J, Tatakis DN. Tongue piercing: impact of time and barbell stem length on lingual gingival recession and tooth chipping. *J Periodontol.* 2002;73(3):289-97.
- Chimenos-Küstner E, Batlle-Travé I, Velásquez-Rengijo S, García-Canabaño T, Viñals-Iglesias H, Roselló-Llabrés X. Appearance and culture: oral pathology associated with certain "fashions" (tattoos, piercings, etc.). *Med Oral.* 2003;8(3):197-206.
- Chung D, LaRicca PJ. Tongue piercing and chronic abdominal pain with nausea and vomiting: two cases. *Explore (NY).* 2015;11(1):59-62.
- De Moor RJ, De Witte AM, Delmé KI, De Bruyne MA, Hommez GM, Goyvaerts D. Dental and oral complications of lip and tongue piercings. *Br Dent J.* 2005;199(8):506-9.
- Dubose J, Pratt JW. Victim of fashion: endocarditis after oral piercing. *Curr Surg.* 2004;61(5):474-7.
- Escudero-Castaño N, Perea-García MA, Campo-Trapero J, Cano-Sánchez, Bascones-Martínez A. Oral and perioral piercing complications. *Open Dent J.* 2008;2:133-6.
- Ferguson H. Body piercing. *BMJ.* 1999;319(7225):1627-9.
- Fleming OS, Flood TR. Bifid tongue: a complication of tongue piercing. *Br Dent J.* 2005;198(5):265-6.
- Fragelli CMB, Campos JADB, Gaspar AMM. Considerações sobre o uso do piercing lingual. *Rev Gaúcha Odontol.* 2010;58(4):451-5.
- Garve R, Garve M, Türp JC, Meyer CG. Labrets in Africa and Amazonia: medical implications and cultural determinants. *Trop Med Int Health.* 2017;22(2):232-40.
- Gazzieri R, Mercuri S, Galarza M. Atypical trigeminal neuralgia associated with tongue piercing. *JAMA.* 2006;296(15):1840-2.
- Hennequin-Hoenderdos NL, Slot DE, Van der Weijden GA. The incidence of complications associated with lip and/or tongue piercings: a systematic review. *Int J Dent Hyg.* 2016;14(1):62-73

- Hennequin-Hoenderdos NL, Slot DE, Van der Weijden GA. The prevalence of oral and peri-oral piercings in young adults: a systematic review. *Int J Dent Hyg.* 2012;10(3):223-8.
- Journal of the American Dental Association. For the dental patient: the piercing truth about tongue splitting and oral jewelry. *J Am Dent Assoc.* 2012;143(7):814.
- Kapferer I, Beier US. Lateral lower lip piercing—prevalence of associated oral complications: a split-mouth cross-sectional study. *Quintess Int.* 2012;43(9):747-52.
- Kieser JA, Thomson WM, Koopu P, Quick AN. Oral piercing and oral trauma in a New Zealand sample. *Dent Traumatol.* 2005;21(5):254-7.
- King EM, Brewer E, Brown P. A guide to oral piercings. *BDJ Team.* 2018;18106:17-25.
- Laumann A, Holbrook J, Minocha J, Rowles D, Nardone B, West D, et al. Safety and efficacy of medically performed tongue piercing in people with tetraplegia for use with tongue: operated assistive technology. *Top Spinal Cord Inj Rehabil.* 2015;21(1):61-76.
- Meskin HL. A few piercing thoughts. *J Am Dent Assoc.* 1998;129(11):1519-23.
- Miller JM, Fitzpatrick JJ. Piercing: does health education make a difference? *Nurse Pract.* 2010;35(6):48-52.
- Moazzam AA, Rajagopal SM, Sedghizadeh PP, Zada G, Habibian M. Intracranial bacterial infections of oral origin. *J Clin Neurosci.* 2015;22(5):800-6.
- Nedbalski TR, Laskin DM. Loss of a sewing needle in the tongue during attempted tongue piercing. *J Oral Maxillofac Surg.* 2006;64(1):135-7.
- Nicolas J, Soubeyrand E, Joubert M, Labbé D, Compère JF, Verdon R, et al. Thrombophlebitis of the sigmoid sinus after tongue piercing: a case report. *J Oral Maxillofac Surg.* 2007;65(6):1232-4.
- Oberholzer TG, George R. Awareness of complications of oral piercing in a group of adolescents and young South African adults. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2010;110(6):744-7.
- Pécora GA, Reyes A, Pedron IG, Utumi ER, Borsatti MA. Complicações decorrentes da utilização do piercing bucal: avaliação e conduta clínica. *Odonto.* 2010;18(36):51-7.
- Peticolas T, Tilliss TS, Cross-Poline GN. Oral and perioral piercing: a unique form of self-expression. *J Contemp Dent Pract.* 2000;1(3):30-46.
- Plastargias I, Sakellari D. The consequences of tongue piercing on oral and periodontal tissues. *ISRN Dent.* 2014;2014:876510.
- Plessas A, Pepelassi E. Dental and periodontal complications of lip and tongue piercing: prevalence and influencing factors. *Aust Dent.* 2012;57(1):71-8.
- Quaranta A, Napoli C, Fasano F, Montagna C, Caggiano G, Montagna MT. Body piercing and tattoos: a survey on young adults' knowledge of the risks and practices in body art. *BMC Public Health.* 2011;11:774-81.
- Safepiercing. Association of Professional Piercers. Safepiercing; 2019 [acessado em 111 jul. 2019]. Disponível em: <https://www.safepiercing.org/brochures.php>
- Sauer MW, Siano CJ, Simon HK. Presentation of an adolescent with delayed-onset massive hemorrhage and shock from a tongue piercing. *Am J Emerg Med.* 2011;29(9):1238.e5-7.
- Shacham R, Zaguri A, Librus HZ, Bar T, Eliav E, Nahlieli O. Tongue piercing and its adverse effects. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2003;95(3):274-6.
- Stein T, Jordan JD. Health considerations for oral piercing and the policies that influence them. *Tex Dent J.* 2012;129(7):687-93.
- Tabbaa S, Guigova IC, Preston B. Midline diastema caused by tongue piercing. *J Clin Orthod.* 2010;44(7):426-8.
- Yang S, Wang D, Zang Y, Yu C, Ren J, Xu K, et al. Transmission of hepatitis B and C virus infection through body piercing: a systematic review and meta-analysis. *Medicine.* 2015;94(47):e1893.
- Yu CH, Minnema BJ, Gold WL. Bacterial infections complicating tongue piercing. *Can J Infect Dis Med Microbiol.* 2010;21(1):e70-4.



Anexo 1 – Fôlder sobre os os possíveis efeitos adversos do *piercing* e do uso de adorno(s) bucal(is) e/ou perioral(is) ao sistema estomatognático e/ou à saúde geral. Imagens de indivíduos e de smiley: Canva.com