

# Perforaciones inconscientes. Breve descripción del fenómeno de *piercing* y sus posibles complicaciones

S. Pérez Cachafeiro<sup>a</sup>, A. Atitar de la Fuente<sup>a</sup>, M.D. Díez Pérez<sup>a</sup> y N. Montero Vacas<sup>b</sup>

## Introducción

Se calcula que 7-20 millones de ciudadanos de Estados Unidos portan alguna forma de arte corporal (*piercing*, tatuajes...)<sup>1</sup>. Hoy día, mientras paseamos por la calle, podemos ver numerosos *piercing* en localizaciones muy diversas en individuos muy heterogéneos. Todavía se halla por establecer el origen de esta moda, ya presente en la antigüedad y en tribus indígenas de distintas áreas del mundo<sup>2,3</sup>; sin embargo, queda patente la no inocuidad de tal práctica, ya que cada vez son más las publicaciones en torno de las complicaciones que origina, tanto infecciosas como traumáticas o casuales (tabla 1), la mayor parte de las cuales tiene su origen en la falta de medidas higiénicas, ya sea en la colocación del *piercing*, en la limpieza y/o en el cuidado posterior a dicha inserción<sup>2,6</sup>.

## Normas de colocación

Distintas comunidades autónomas han aprobado leyes que regulan los establecimientos donde se realiza este tipo de prácticas, así como los cursos exigibles al personal encargado de la colocación del *piercing* (denominado *piercer* en la literatura anglosajona)<sup>7,8</sup>. De manera general,

queda claro que la inserción de una pieza en el organismo ha de realizarse con instrumentos estériles y en condiciones asépticas. Enfermedades como sida, tuberculosis, hepatitis B, C, D y/o G pueden transmitirse por la reutilización del material sin una limpieza adecuada<sup>9,10</sup>. Distintas organizaciones de *piercer* y organismos sanitarios dan una serie de detalles que han de observarse en los establecimientos antes de colocarse un *piercing* (tabla 2)<sup>11</sup>.

## Normas higiénicas generales

Tras la colocación del *piercing* se debe recomendar la irrigación de la herida dos veces al día, girando al mismo tiempo la pieza en varios sentidos<sup>12</sup>, con antisépticos incoloros como la clorhexidina, que garantizan un mejor cumplimiento de las curas<sup>2,6</sup>. Hay que tener en cuenta que una limpieza excesiva, así como las medidas compresivas o la ropa ajustada, pueden producir cicatrices anómalas (incluso queloides) e infección de la herida.

Cuando un paciente consulte acerca de la posibilidad de colocarse un *piercing*, debería ser informado de las posibles complicaciones en función del lugar de implantación y de las medidas que deberá adoptar en relación con el *piercing* tras aquella (tabla 3)<sup>12</sup>.

Es importante tener en cuenta las características de cada paciente, ya que aunque el uso de nuevos materiales hace que las complicaciones alérgicas sean raras, algunas patologías se pueden agravar como puede ser el caso de la esclerodermia, o complicar, caso de la infección de prótesis (valvulares, ortopédicas...), por lo que en estos casos la implantación estaría contraindicada<sup>13</sup>. Una de las complicaciones más frecuentes citadas en la bibliografía es la endocarditis, que se puede producir incluso en pacientes jóvenes sin prótesis valvulares<sup>14,15</sup>.

En mujeres embarazadas hay que tener en cuenta que la distensión abdominal puede

### LECTURA RÁPIDA

▼ El *piercing* es una forma de arte corporal cada vez más extendida.

▼ Las complicaciones de esta técnica son numerosas (infecciosas, traumáticas...) y están poco estudiadas.

▼ El médico de atención primaria debe estar preparado para afrontar las dudas de los portadores de *piercing*.

▼ La retirada del *piercing* por sistema puede generar pérdida de confianza del paciente.

▼ El consejo médico es el principal arma en estos casos (debe razonarse la retirada).

▼ La profilaxis antibiótica debe ser considerada en determinados casos (prótesis, malformaciones cardíacas...).

### Introducción

7-20 millones de ciudadanos de Estados Unidos portan alguna forma de arte corporal.

<sup>a</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. UDMFYC. Área 7 IMSALUD. Madrid. España.

<sup>b</sup>Diplomada en Enfermería. Hospital Clínico Universitario San Carlos. Madrid. España.

Correspondencia:  
Santiago Pérez Cachafeiro.  
c/ Divino Pastor, 27, 1.º pta. 4.  
28004 Madrid. España.  
Correo electrónico: perezcachafeiro@yahoo.com

Manuscrito recibido el 3 de julio de 2003.  
Manuscrito aceptado para su publicación el 9 de julio de 2003.

**Palabras clave:** Técnicas estéticas. Infección de la herida. Punciones. Legislación. Factores de riesgo. Seguridad.

LECTURA RÁPIDA

Cada vez son más las publicaciones en torno de las complicaciones que origina, tanto infecciosas como traumáticas o casuales, la mayor parte de las cuales tiene su origen en la falta de medidas higiénicas.

Enfermedades como sida, tuberculosis, hepatitis B, C, D y/o G pueden transmitirse por la reutilización del material sin una limpieza adecuada.

**Normas higiénicas generales**

Tras la colocación del *piercing* se debe recomendar la irrigación de la herida dos veces al día, girando al mismo tiempo la pieza en varios sentidos, con antisépticos incoloros como la clorhexidina, que garantizan un mejor cumplimiento de las curas.

Algunas patologías se pueden agravar: como la esclerodermia, o complicar; caso de la infección de prótesis por lo que en estos casos la implantación estaría contraindicada. Una de las complicaciones más frecuentes citadas en la bibliografía es la endocarditis, que se puede producir incluso en pacientes jóvenes sin prótesis valvulares.

**TABLA 1**

		Complicaciones	Localización
Infecciosas	Locales	Absceso	
		Flemón	
		Linfadenitis	
		Sialadenitis	Boca
		Angina de Ludwig	Boca
		Condritis/pericondritis	Oreja, nariz
	A distancia	Mastitis	Pezón
		Uretritis/prostatitis	Genitales masculinos
		Uretritis/vaginitis	Genitales femeninos
		Síndrome shock tóxico (no menstrual)	Oreja
		Endocarditis	Nariz, boca, ombligo
		Absceso cerebeloso	Nariz, boca
		Tétanos cefálico	Oreja
Transmisibles	Glomerulonefritis postestreptocócica	Oreja, nariz, boca	
	VIH		
	Hepatitis B, C, D, G		
	Tuberculosis		
	Tétanos		
	Lepra		
Accidentales	Traumáticas	Desgarros	
		Retracción gingival	Boca
		Rotura dentaria	Boca
		Perforación cutaneomucosa	
		Perforación digestiva	Nariz, boca
	Atraumáticas	Parafimosis	Pene
		Ingesta	Nariz, boca
		Obstrucción de la vía aérea	Nariz, boca
		Obstrucción de la vía digestiva	Nariz, boca
		Oclusión CAE	Oreja
Otras	Hipotensión (en el momento de la implantación)		
	Hemorragia persistente (mayor de 2 semanas tras la implantación)		
	Eccema de contacto		
	Reacciones alérgicas		
	Reacciones sarcoidóticas		
	Granuloma de cuerpo extraño		
	Angiedema	Boca	
	Hiperprolactinemia	Pezón	
	Priapismo	Pene	

Quando la complicación se relaciona con el lugar de implantación del *piercing*, éste se muestra en la columna correspondiente a localización; el resto son complicaciones que se pueden producir independientemente de la situación de la pieza

rechazar un *piercing* umbilical; y que uno practicado en un pezón debe ser retirado al sexto mes y no reponerse antes de 3 meses de finalizar la lactancia<sup>6</sup>.

**Lugares de implantación**

La oreja, por tradición, es el lugar más frecuente de implantación. La condritis y la pericondritis sólo se producirán si el *piercing*

**TABLA 2**

Primera impresión de la sala de implantación
Las superficies deben ser lisas y estar limpias
No debe haber objetos punzantes a la vista
Zona de lavado de manos limpia y fácilmente accesible
Buena ventilación
Carteles visibles de «Prohibido fumar»
Equipamiento limpio y con claro circuito de higiene y limpieza
Joyería esterilizada envuelta adecuadamente
Existencia de pistolas para pendientes en tejidos blandos de oreja
Pasos apropiados en el momento de implantación
Explicación del proceso y de las posibles complicaciones
Lavado de manos
Gautes estériles y máscara protectora (pantalla que evita que la sangre salpique zonas sensibles — ojos, boca... — del personal)
Limpieza de la piel previa a la implantación
Alcohol etílico 80%
Clorhexidina
Povidona yodada
Uso de agujas estériles desechables
Anestesia previa a la implantación
Servicio posterior
Folleto informativo de complicaciones y cuidados postimplantación
Servicio de atención al cliente

atraviesa el cartílago. La infección de partes blandas en esta localización es muy rara<sup>6,16</sup>. Esto también es aplicable al cartílago nasal, donde se puede ocasionar la perforación del tabique o la necrosis de la pared nasal externa. La implantación interocular sobre el puente nasal no es recomendable, puesto que es una zona de paso de distintos fascículos vasculonerviosos<sup>6,17</sup>.

La supuración se considera normal el primer mes en la zona umbilical (tabla 4), y sus complicaciones más frecuentes son la cicatrización anómala y la formación de abscesos. Es importante saber que no se debe implantar un *piercing* en ombligos protuyentes, ya que una infección del *piercing* podría extenderse a órganos intraabdominales a través de los restos del cordón umbilical<sup>6</sup>.

Es difícil determinar cuál es el segundo lugar de implantación en frecuencia, aunque

**TABLA 3** Cuidado de un *piercing* (mientras la herida no cicatriza)

Medidas generales
Lavar las manos antes de tocar el <i>piercing</i>
Limpiar dos veces al día con solución antiséptica girando la pieza
Mantener el sitio limpio y aireado
Ducharse mejor que realizar baños
Secar con secador el lugar del <i>piercing</i> tras la ducha para mantenerlo seco
Evitar contacto de sangre y fluidos ajenos en el <i>piercing</i>
No ir a piscinas (el cloro puede irritar la herida) ni a jacuzzis (su ambiente favorece el crecimiento bacteriano)
No usar ropa ajustada sobre el <i>piercing</i> (puede alargar el proceso de cicatrización y favorecer el crecimiento bacteriano)
Acudir al médico de atención primaria en caso de dudas acerca del aspecto de la herida
Bajo ningún concepto:
Usar jabón sobre la herida
Usar cremas o <i>sprays</i> sobre el <i>piercing</i> (irritan la herida y retrasan la cicatrización)
Cambiar la pieza hasta que la herida haya cicatrizado
Manipular el <i>piercing</i> innecesariamente
Oral
Realizar enjuagues al menos tres veces al día con antiséptico (y después de cada ingesta, aunque sea fuera de horas)
Evitar sexo oral y beso francés (con lengua) al menos las dos primeras semanas tras la implantación del <i>piercing</i>
No fumar en esas primeras 2 semanas (y si se fuma, enjuague después de fumar)
No tomar comidas picantes porque irritan la herida
Abstinencia alcohólica; el alcohol irrita la herida y causa deshidratación, lo que prolonga el período de cicatrización y/o hemorragia además de dificultar la deglución
Si la dificultad para la deglución dura más de 10 días, va en aumento o se origina dificultad respiratoria, acudir al médico de atención primaria
<i>Piercing</i> genitourinario
Evitar actividad sexual durante, al menos, 2 semanas tras la implantación
Se recomienda el uso de doble preservativo en caso de mantener relaciones por el riesgo de rotura y transmisión de enfermedades sexuales
Beber gran cantidad de líquidos para diluir la orina (una orina concentrada puede resultar muy molesta tras el <i>piercing</i> )
Cambiar a menudo de ropa interior, que ha de ser holgada

LECTURA RÁPIDA

Las embarazadas pueden rechazar un *piercing* umbilical. Uno practicado en un pezón debe ser retirado al sexto mes y no reponerse antes de 3 meses de finalizar la lactancia.

**Lugares de implantación**

La condritis y la pericondritis sólo se producirán si el *piercing* atraviesa el cartílago. La infección de partes blandas en esta localización es muy rara.

Está claro que el lugar con más complicaciones descritas en la literatura es la lengua.

Se hace imprescindible el uso de enjuagues antisépticos cada vez que se ingiera algo durante, al menos, esos 10 días de hinchazón inicial. Erosiones del esmalte, roturas dentarias y retracción gingival son complicaciones frecuentes de los *piercing* en labio, mejilla o lengua.

LECTURA RÁPIDA

Cuando un *piercing* es rechazado, hay que pensar en una implantación incorrecta por insuficiente tejido de sujeción o en un tamaño inadecuado de la pieza para el orificio y/o la zona en cuestión.

**Recomendaciones**

Ante un paciente con *piercing* que presente alguna complicación se debe realizar un planteamiento distinto en función de la gravedad de aquélla.

Ante los signos de alarma que se indican en la tabla 5 se debería proceder a retirar la pieza, así como al tratamiento sintomático de cada caso.

El empleo de profilaxis antibiótica para evitar las complicaciones infecciosas se debe pensar fundamentalmente en la flora saprofita de piel y de mucosas, por lo que la cloxacilina y la amoxicilina-clavulánico podrían ser opciones válidas, respectivamente.

**TABLA 4**

	Lugar de implantación	Tiempo de cicatrización
Oreja	Lóbulo	6-8 semanas
	Cartilago	4 meses (hasta 12)
Ceja		6-8 semanas
Nariz	Puente nasal	8-10 semanas
	Ala nasal	6 semanas a 4 meses
	Pared media	2 meses (hasta 12)
Lengua		3-6 semanas
Labio/mejilla		2-4 meses
Pezón		6 semanas a 6 meses
Ombiligo		4-6 meses
Genitales	Meato peneano	2 meses mínimo
	Glande	8 semanas (hasta 8 meses)
	Frenillo	2-3 meses
	Escroto	6-8 semanas
	Clítoris	4-10 semanas
	Labios menores	3-8 semanas
	Labios mayores	4-10 semanas

pudieran ser el ombligo o la lengua. Sin embargo, está claro que el lugar con más complicaciones descritas en la literatura es la lengua<sup>18,19</sup>.

Un *piercing* en la lengua ha de situarse en la línea media, un poco por delante del frenillo lingual y esquivando los orificios de salida de las glándulas salivales y vasos linguales principales. La hinchazón lingual inicial por inflamación puede durar hasta 10 días y dificulta tanto la ingesta como la dicción, por lo que se recomienda el consumo de productos fríos que no requieran masticación. Una variante es el *piercing* en el frenillo; y se pueden encontrar incluso *piercing* en úvula<sup>6,19</sup>.

Dado que la boca es un gran foco séptico, en este caso se hace imprescindible el uso de enjuagues antisépticos cada vez que se ingiera algo durante, al menos, esos 10 días de hinchazón inicial. Erosiones del esmalte, roturas dentarias y retracción gingival son complicaciones frecuentes de los *piercing* en labio, mejilla o lengua<sup>6,12,18</sup>.

En el pezón cabe destacar el efecto de protrusión (aumento de tamaño del pezón) que puede generar la implantación de un

**TABLA 5**

Complicaciones independientes de la localización
Signos inflamatorios persistentes a pesar de ciclo antibiótico en tejidos blandos
Formación de abscesos
Reacción alérgica o eccematosa (en este caso se puede probar otro material)
Granuloma de cuerpo extraño
Cicatriz queloidea
Previo a toda intervención quirúrgica
Complicaciones según lugar de implantación
Dolor y signos inflamatorios en torno a <i>piercing</i> sobre cartilago
Hinchazón lingual en cualquiera de las siguientes situaciones
Duración mayor de 10 días
Compromiso respiratorio
Aumento del tamaño lingual relacionado con la ingesta (con o sin dolor, implica obstrucción total o parcial de un conducto salival)
Diámetro de la lengua mayor que la longitud del <i>piercing</i>
Alteración hormonal (hiperprolactinemia)
Infecciones genitourinarias de repetición
El <i>piercing</i> en pezón ha de ser retirado al sexto mes de embarazo y se puede reponer 3 meses tras el fin de la lactancia

*piercing* en varones, mientras que en mujeres puede obstruir la salida de los conductos galactóforos<sup>2,6</sup> o alterar el sistema endocrino (e inducir la secreción de leche por hiperprolactinemia)<sup>6,20</sup>. También se han descrito casos de infección en prótesis mamarias secundarias a *piercing* en pezón.

Cuando un *piercing* es rechazado (expulsión de la pieza de manera natural por la reacción inflamatoria que genera), hay que pensar en una implantación incorrecta por insuficiente tejido de sujeción o en un tamaño inadecuado de la pieza para el orificio y/o la zona en cuestión. Este fenómeno es frecuente tras implantación en la cola de la ceja, lo que además puede dar lugar a depilación de ésta<sup>6</sup>. Otra complicación a la larga del *piercing* en la ceja es el aumento de laxitud de los tejidos, que pueden llegar a caer sobre el párpado ocasionando molestias en la visión normal. No hay que olvidarse de la posibilidad de infección intra-orbitaria por proximidad. La implantación debe realizarse en la parte externa de la ce-

ja (mitad externa) para evitar las estructuras fasciculares, al igual que en el caso del puente nasal<sup>6</sup>.

La mala cicatrización y la hemorragia persistente son las complicaciones más frecuentes en el área genitourinaria. La implantación atravesando un seno cavernoso generará una hemorragia excesiva, que también puede desencadenarse postimplantación en caso de erección si se produce poco después de aquélla, por lo que habrá que evitarlas durante al menos 10 días<sup>2,12,21</sup>. Las razones que se suelen argumentar a favor de esa práctica pertenecen a la esfera de la sexualidad, sobre todo en cuanto a los *piercing* en clítoris, aunque existen *piercing* meramente decorativos, caso de los escrotales<sup>6,22</sup>.

### Recomendaciones

Ante un paciente con *piercing* que presente alguna complicación se debe realizar un planteamiento distinto en función de la gravedad de aquélla. No siempre estará indicada la retirada del *piercing*, como en el caso de la protrusión del pezón o de la supuración del ombligo durante el primer mes. Ante los signos de alarma que se indican en la tabla 5 se debería proceder a retirar la pieza, así como al tratamiento sintomático de cada caso.

En ocasiones la extracción del *piercing* se ve dificultada por su adherencia a estructuras vecinas; en estos casos la técnica de retirada es similar a la de la implantación, y consiste en realizar una nueva perforación, mediante un catéter intravenoso de diámetro ligeramente mayor al del *piercing* y extraerlo a través de la guía (que se puede dejar si la retirada va a ser temporal como, por ejemplo, a la hora de realizar exploraciones radiológicas o intervenciones quirúrgicas con anestesia general)<sup>23,24</sup>. El empleo de profilaxis antibiótica para evitar las complicaciones infecciosas requiere tener en cuenta la flora implicada en cada una de las localizaciones. En este sentido se debe pensar fundamentalmente en la flora saprofita de piel y de mucosas, por lo que la cloxacilina y la amoxicilina-clavulánico podrían ser opciones válidas, respectivamente<sup>2,4,6</sup>.

### Conclusiones

Hoy día no es recomendable oponerse directamente a la realización de una práctica

agresiva como es la implantación de un cuerpo extraño en el organismo cuando un paciente exprese tal determinación. La gran aceptación social del *piercing* requiere un enfoque más bien orientador, lo que puede hacerse mediante la explicación razonada de las distintas complicaciones y medidas a tomar para evitarlas en función del lugar de implantación de la pieza.

El conocimiento de los riesgos y su aceptación previamente a la implantación pueden evitar sufrimientos innecesarios para el futuro portador de un *piercing*.

### Bibliografía

1. Mayers LB, Judelson DA, Moriarty BW, Rundell KW. Prevalence of body art (body piercing and tattooing) in university undergraduates and incidence of medical complications. *Mayo Clin Proc* 2002;77:29-34.
2. Ferguson H. Body piercing. *BMJ* 1999;319:1627-9.
3. Diego Núñez MA, González Menéndez A. Perforación corporal: ¿una moda inofensiva? *An Esp Pediatr* 1998;48:667-8.
4. Samantha S, Twetee M, Rickman LS. Infectious complications of body piercing. *Clinical Infect Dis* 1998;26:735-40.
5. Stewart C. Body piercing: seductions and medical complications of a risky practice. *Medical reports of human sexuality*. Jul 2001:45-50.
6. Stirn A. Body piercing: medical consequences and psychological motivations. *Lancet* 2003;361:1205-15.
7. Decreto 83/2002, de 23 de mayo, del Gobierno Valenciano, por el que se establecen las normas que rigen la práctica del tatuaje, la micropigmentación, el *piercing* u otras técnicas similares, así como los requisitos para la autorización y funcionamiento de los establecimientos donde se practican estas técnicas. *DOGV* núm 4259-29/05/2002.
8. Decreto 28/2001, de 23 de enero, del Parlamento de Cataluña, por el que se establecen las normas sanitarias aplicables a los establecimientos de tatuaje y/o *piercing*. *DOGC* núm. 3318-01/02/2001.
9. Botchway C. The need for standardization of practice among tongue piercing. *J Can Dent Assoc* 2001;67:18-9.
10. Pugatch D, Mileno M, Rich JD. Possible transmission of human immunodeficiency virus type 1 from body piercing. *Clin Infect Dis* 1998;26:767-8.
11. Morgan S. Infection control guidelines for body piercing and tattooing premises. *Carmarthenshire County Council*

#### LECTURA RÁPIDA



#### Conclusiones

La gran aceptación social del *piercing* requiere un enfoque más bien orientador, lo que puede hacerse mediante la explicación razonada de las distintas complicaciones y medidas a tomar para evitarlas en función del lugar de implantación de la pieza.



El conocimiento de los riesgos y su aceptación previamente a la implantación pueden evitar sufrimientos innecesarios para el futuro portador de un *piercing*.

- and Dyfed Powys Health Authority. September 2002.
12. Looking after your body piercing to prevent the risk of infection. Caerfyrddin Carmarthenshire County Council and Dyfed Powys Health Authority. September 2002.
  13. Carbone L, Myers L. Scleroderma and body piercing. *J Pediatr* 2002;140:241.
  14. Weinberg JB. Case report of *Staphylococcus aureus* endocarditis after navel *piercing*. *Ped Infect Dis J* Jan 2003;22:94-6.
  15. Ramage IJ, Wilson N, Thomson RB. Fashion victim: infective endocarditis after nasal piercing. *Arch Dis Child* 1997;77:183.
  16. Yahalom S, Eliashar R. Perichondritis: a complication of piercing auricular cartilage. *Postgrad Med J* 2003;79:29.
  17. García Callejo FJ, Martínez Benito MP, Ortega Navarro MC. Complicaciones del *piercing* en otorrinolaringología. *Acta Otorrinolaring Esp* 1998;49:338-9.
  18. González Arreaga ME, Rojo Botello H, González Villanueva JA, Arredondo Sánchez JC, Balderas Alcalá O, Cuevas Vázquez M, et al. *Piercing* oral: una tendencia peligrosa. *Rev ADM* 2002;49(6):202-6.
  19. Martinello RA, Cooney EL. Cerebellar brain abscess associated with tongue piercing. *Clin Infect Dis* 2003;36:32-4.
  20. Modest GA, Fangman JJW. Nipple piercing and hyperprolactinemia. *N Eng J Med* 2002;347(20):1626-7.
  21. Anderson WR, Summerton DJ, Sharma DM, Holmes SA. The urologist's guide to genital piercing. *BJU Int* 2003;91:245-51.
  22. Miller L, Edenhalm M. Genital piercing to enhance sexual satisfaction. *Gynecology* 1999;93:837.
  23. Wise H. Hipoxia caused by body piercing. *Anaesthesia* 1999;54:1129.
  24. Mackenzie I. Sleepers for body piercing. *Anaesthesia* 2000;55:1142.