

FUNDAMENTOS EN ODONTOLOGÍA DEL DEPORTE

FOUNDATIONS IN ODONTOLOGY OF THE SPORT

Concebir hoy en día un equipo de medicina del deporte sin la figura del odontoestomatólogo está fuera de todo concepto clínico razonable. El dentista actúa como asesor para el equipo, debiendo estar en todo momento disponible para realizar tratamientos de urgencia y cuidado de primeros auxilios. Las áreas de responsabilidad, dentro del equipo, son las siguientes:

- Organizar y realizar la exploración dental en pretemporada.
- Proporcionar cuidados de urgencia cuando sea necesario (Figura 1).
- Adaptar y/o realizar la aparatología preventiva en base a los protectores bucales a los deportistas, así como otro tipo de aparatología de acuerdo a la modalidad y disciplina deportiva pertinente.
- Control y vigilancia buco-dental en el plan médico-deportivo.

La importancia y las repercusiones de afecciones bucodentarias en los deportistas dictaminan la puesta en marcha de un programa de prevención en esta área. Tanto las caries como las parodontopatías pueden ser el exponente de un foco dental (Figura 2). Las afecciones focales a distancia de origen bucodental pueden alcanzar los aparatos circulatorio, urinario, digestivo, respiratorio, nervioso, ocular y locomotor (lesiones musculares, articulares y tendinosas, como consecuencia de los metabolitos, prostaglandina, interleucina, que

tienen afinidad por estos órganos). Estas afecciones, generalmente latentes, se manifiestan con mayor claridad y exuberancia cuando el organismo es sometido a un esfuerzo, lo cual

Juan José Arana Ochoa

Odonto-
estomatología
del Deporte
(FEMEDE)



FIGURA 1.
Traumatismo
dento-alveolar



FIGURA 2.
Periodontitis aguda

CORRESPONDENCIA:

Juan José Arana Ochoa. Arrandi 24, 1º C. 48901 Baracaldo. Vizcaya

Aceptado: 26-02-2004 / Formación continuada nº 178

puede constituir un auténtico handicap para un entrenamiento intenso y a veces causa de abandono de la competición. Por estas y otras razones es importante la vigilancia del estado de salud bucodental en los deportistas. Nuestro potencial de lucha es muy amplio y lo podemos encuadrar en una serie de sectores diferentes pero afines entre sí como son: la alimentación, la profilaxis, la higiene y el diagnóstico.

LA ALIMENTACIÓN

Es por todos conocido que los glúcidos son particularmente utilizados por la célula nerviosa y el músculo, más aún durante el esfuerzo, motivo por el cual los deportistas tienden a ingerir demasiado azúcar. Lo observamos principalmente en la ingesta de bebidas energizantes. Su proporción en sacarosa, cuya importancia fermentada en la iniciación y desarrollo de la caries dental es evidente, dan cantidades tales que en una simple naranjada de distribuidor automático aparecen proporciones de 141,60 gr/litro. En el caso de bebidas muy ácidas, el límite común admitido por corrosión del esmalte dental superficial es de un Ph.-5,7. Si nos molestáramos en hacer mediciones de las bebidas habituales, quedaríamos más que sorprendidos de los resultados obtenidos. Es menester también no dejar pasar por alto el efecto tampón salival y la fisiología glandular de producción y secreción de saliva en cada individuo.

Más importante que la cantidad absorbida es la frecuencia de tomas azucaradas, sobre todo entre las principales comidas, siendo los alimentos más nocivos los chocolates y ciertas bebidas gaseosas glucosadas y ácidas. Para un deportista es menester que comprenda que el mantenimiento de su forma física y el mejoramiento de los resultados deportivos está en función del equilibrio en su ración alimenticia, para lo cual es un elemento importante el estado de su dentadura, ya que entre otras funciones interviene como primer elemento mecánico de la digestión.

LA PROFILAXIS

Este aspecto lo podemos desglosar en dos ámbitos de trabajo que son:

- profilaxis de la patología careógena y/o paradental, y
- profilaxis de la patología traumática.

Los fluoruros tienen la capacidad de aumentar la resistencia del esmalte dentario y la de limitar o anular la proliferación de bacterias en la placa dental. Se puede mezclar el flúor con agua mineral ingerida por los deportistas, algunas de ellas ya lo contienen, o recurrir a otros procedimientos como la distribución sistémica de comprimidos fluorados, masticables o diluibles en boca. También existen preparados vitamínicos fluorados que quizás sean admitidos más fácilmente por los deportistas. El método más simple y más utilizado por nosotros consiste en recurrir a las aplicaciones locales de flúor que aumentan la resistencia del esmalte (fluorhidroxiapatita) y a la vez lo protegen. Esto lo conseguimos mediante la prescripción y la aplicación de dentríficos y colutorios fluorados, reforzando la dosis mediante geles tópicos en gabinete en aquellos deportistas que consideramos de alto riesgo dental.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, resulta útil poner a disposición de los deportistas, sobre todo en periodo competitivo largo (carrera ciclista por etapas, olimpiadas, campeonatos fuera del hábitat común, etc.), pastas dentales y lavados de boca suficientemente fluorados, así como masticables fluorados y no azucarados. Aparte de este aspecto preventivo, los problemas bucodentarios de los deportistas pueden situarse en dos esferas complementarias, la puramente traumatológica y las secuelas psicológicas que pudieran generar. Un deportista perjudicado en un accidente quedará forzosamente en una minusvalía, ya que a nivel dentario no hay nunca una reconstrucción *ad integrum*.

Conviene tener presente que la extremidad cefálica ofrece un gran tributo traumático al deporte, ya que su perjuicio está en tercera posi-

ción, después de los miembros inferiores y superiores. Antes de "reparar" lo mejor será evidentemente "prevenir", para lo cual es prioritario el uso de protectores, sobre todo en los deportes de riesgo traumático en el macizo craneofacial (Figura 3).

Los deportes los podemos clasificar bajo este prisma en:

- Deportes de colisión: el deportista emplea su cuerpo como obstáculo para el contrario o como castigo del mismo (rugby, boxeo y hockey sobre hielo).
- Deportes de contacto: el deportista contacta físicamente, pero no con la intención a priori de producir lesiones corporales (fútbol, baloncesto, balonmano).
- Deportes sin contacto: no existe contacto físico (arco, remo, carreras) (Figura 4).

El uso del "protector dento-alveolar" no sólo estaría indicado para la práctica de deportes englobados dentro de la esfera de riesgo antes mencionados, ya que en su defecto existen indicaciones individuales, cualquiera que sea el deporte practicado, desde el instante en que hay peligro de recibir golpes (cabeza, hombro, codo, puño, rodilla, pie, etc.) y además que el interesado presente una fragilidad maxilar o dental, o bien sea portador de aparatología ortodóncica o protésica.

La protección dentomaxilar debe responder a los principios siguientes:

- Aislar los labios de los dientes.
- Proteger los dientes del maxilar superior contra los choques directos.
- Moderar o suprimir los choques indirectos (dientes inferiores contra superiores).
- Solidarizar ambos maxilares.
- Respirar por la boca, con los maxilares en máximo contacto con el protector.



FIGURA 3.
Protector buco-dental



FIGURA 4.
Regata de traineras

- Hablar (deportes de equipo)

En un reciente estudio para determinar si los protectores bucales no personalizados cumplen las normas de la NCAA, se ha determinado que un porcentaje (85%) de los jugadores universitarios de fútbol americano no tenían una protección adecuada, con el protector estándar formado en boca.

El protector, por todo esto, debe ser personal e incluir imperativamente un soporte rígido (Sametsky) o semirígido (Arana), siendo éste un requisito indispensable, lo cual garantiza la seguridad en materia traumática, presentando también ventajas de orden psicológico dando confianza al deportista ante la angustia del accidente.

La boca seca en los deportistas es un fenómeno preocupante asociado a la tensión y a veces a la espasmofilia (vigilancia y control en la dieta),

aunque en otras ocasiones es debido al bruxismo. A este respecto hay que subrayar acerca de este último síntoma que puede ser originado por una simple alteración de la oclusión, debido a un contacto prematuro y/o interferencia oclusal (dolores a nivel de ATM, dolores cervicales). Esto puede ser prevenido mediante un correcto chequeo oclusal y un tratamiento correctivo a través de tallados selectivos, equilibrando la oclusión (nosotros somos practicantes de la técnica de Rehabilitación Neuro Oclusal -RNO-, según las leyes del Dr. Pedro Planas)



FIGURA 5.
Técnica de
higiene dental



FIGURA 6.
Ortopantomografía

LA HIGIENE

El cepillo de dientes sigue siendo la mejor arma contra la placa dental. El cepillado de los dientes y parodonto sería de obligado cumplimiento después de cada comida y en especial por la noche antes de acostarse, ya que durante el sueño disminuye la secreción de saliva y se favorece el desarrollo de la placa dental (Figura 5). Deberá recomendarse también el uso del hilo/seda dental, poniéndose si es posible a disposición de los deportistas reveladores de placa, a fin de que puedan detectarla y eliminarla. Incitar a los deportistas a controles de su dentadura mediante visitas sistemáticas al dentista, principalmente en pretemporada, es un trabajo que compete al equipo de medicina del deporte, en el que, como ya dijimos al principio, el odontostomatólogo del deporte es una figura más de esta parcela de la medicina. Éste, por la proximidad y trato continuo con el individuo, disipará también ese fenómeno de ansiedad ante el tratamiento odontológico y su entorno.

EL DIAGNÓSTICO

Tendrá la ventaja de que si éste es precoz evitaremos grandes deterioros y una pérdida de piezas. Es necesario realizar una exploración radiológica (Ortopantomografía) (Figura 6) para descubrir focos dentales no asequibles al examen clínico habitual. Cuando el deportista sea un paciente de alto riesgo careógeno o presente molestias y/o lesiones músculo-tendinosas de tipo espontáneo, la radiografía se impone como primera medida de diagnóstico, ya que la relación foco-lesión es un binomio que no podemos ignorar.

Deberemos descartar siempre la etiología ante una odontalgia o proceso parodontal e instaurar o recomendar el tratamiento oportuno sin pérdida de tiempo, ya que la demora en este acto podría coincidir con fases importantes del calendario competitivo, frustrando unos resultados para los que se ha empleado mucho esfuerzo y preparación.

CONCLUSIÓN

El éxito de un programa de prevención en el área de la salud buco-dental dependerá particularmente de la motivación de los deportistas, que podrían ser sensibilizados mediante una campaña de informaciones (diarios especializados, medios audiovisuales charlas, proyec-

nes y contacto con el propio deportista y preparador/entrenador).

Es necesaria la colaboración de todo un equipo que informe y motive a los deportistas, bien sean profesionales o aficionados, para que la vigilancia y el cuidado de su dentadura y anexos no sea una materia que quede en el cesto del olvido.