

LOS CORDALES EN ODONTOLOGÍA DEL DEPORTE

THE WISDMON TEETH IN ODONTOLOGY OF SPORT

Juan José
Arana
Ochoa

Odontología
del Deporte

INTRODUCCIÓN

Uno de los problemas que con relativa frecuencia se nos presentan en el quehacer diario dentro del campo de la Odontología del Deporte, son aquellos relacionados con la escala sintomatológica de los terceros molares, o muelas del juicio (cordales).

Dentro de su desarrollo eruptivo, tenemos que tener en cuenta que las citadas piezas dentales son las últimos molares en aflorar en boca, cuando sin ningún otro impedimento así lo hacen, y que esto se lleva a efecto en edades comprendidas entre los 16 y 22 años, época coincidente con una intensa actividad deportiva y con una demanda fisiológica de alto rendimiento, propias de la etapa evolutiva de la especie humana actualmente identificada con el cuidado físico y el deporte.

Si nos detenemos en una valoración estadística sobre la incidencia de patología loco-regional o a distancia, hay que resaltar que los cordales inferiores son los que más alto grado de incidencia sintomática representan, en comparación con los superiores, a los cuales se les puede imputar, en algunas ocasiones, alteraciones sinusales por proximidad y/o de repercusiones oftalmológicas (uveítis, iridociclitis).

El campo de trabajo, a nivel humano, sobre el que se centra prioritariamente la Odontología del Deporte nos demanda una actitud de alerta

ante la incidencia de patología que generan estos molares, ya que la población diana que demanda una atención de carácter dental en el terreno deportivo se encuentra dentro del abanico comprendido entre los 18 años de edad, que como ya sabemos representa el punto de inflexión en cuanto al caudal clínico que puede generar las ya famosas “muelas del juicio”.

Reconociendo a deportistas de alto rendimiento, se ha venido comprobando estadísticamente que, con mayor frecuencia, estos episodios relacionados con los cordales se producen en periodos de estrés psicológico intenso, bien ante una prueba eliminatoria, una final, etc., cuando la demanda de concentración y esfuerzo, tanto físico como psicológico, alcanza cotas muy altas y curiosamente en particular con ocasión de desplazamientos rápidos y de largo recorrido practicados en avión (sirva como recordatorio, aunque sea tema de otro trabajo, la incidencia de odontalgias por barotraumatismos), lo cual lleva a cambiar de una manera brusca el entorno vital del atleta, así como una severa modificación de su ritmo nictameral.

PATOLOGÍA

En primer lugar destacaremos, por su incidencia, la patología propia derivada de la erupción del cordal, sobre todo, como ya hemos indicado, los inferiores, dando lugar a un episodio inflamato-

CORRESPONDENCIA:

Juan José Arana Ochoa. Arrandi, 24 1°C. 48901 Barakaldo (Vicaya)
E-mail: juanjose.aranaochoa@osakidetza.net

Aceptado: 15.12.2006 / Formación Continua n° 186

rio agudo, bien conocido por todos (dolor basal con irradiación hacia el oído, trismo, fiebre, disfagia, adenopatías dolorosas en cuello, tumefacción en región del ángulo de la mandíbula) y muchas veces acompañado de una higiene dental bastante deficiente.

Dentro de este capítulo hay que constatar igualmente, por la influencia que ejerce sobre el sistema músculo-tendinoso (miofascitis, tendinitis, capsulitis, rotura fibrilar espontánea), la fase crónica y más solapada de la patología inflamatoria del cordal, con fetidez de aliento, piofagia, gingivoestomatitis, estando en ocasión asociado con amigdalitis y/o anginas de repetición. Todo lo cual quedaría englobado dentro del capítulo del “foco dental” y sus repercusiones a distancia (Figura 1).

El siguiente apartado con el que debemos de sopesar nuestra futura labor de actuación es la posibilidad de una mayor fragilidad y riesgo de fractura maxilar, sobre todo a nivel del ángulo goniaco, por la impactación del cordal en esa zona, el cual ejercería un efecto “cuña” ante la incidencia de un módulo de choque traumático.

Es de sobra conocido, en la casuística traumática deportiva, que una pieza incluida en el ángulo mandibular hace más vulnerable su consistencia ósea, creando áreas muy susceptibles a la fractura (Figura 2).

Otro factor que hay que constatar es la presión que a veces realizan los cordales en posición mesio-angular sobre el resto de las piezas dentarias. Esta fuerza vectorial en sentido mesial, en determinadas ocasiones puede dar lugar a versiones, gresiones o giros con apiñamiento en el resto de la dentadura, lo que implicaría un factor desencadenante de contactos prematuros o interferencias parafuncionales y trauma oclusal con las consecuencias no sólo de orden estrictamente ortodóncico que genera, sino de cara también a un estado de forma mermado en cuanto a equilibrio postural y sobrecarga muscular de etiología ocluso-dental, repercutiendo de una manera negativa a nivel de lesiones y también en la fisiología del esfuerzo, tan necesario para

cualquier atleta en las diferentes modalidades deportivas que se trate.

Este tipo de contratiempos, eruptivos, traumáticos, oclusales se pueden desarrollar en cualquier momento y de una manera intempestiva; nuestra labor se centra, como especialistas en el terreno odontológico deportivo, en tenerlos siempre presente afín de evitar en lo posible sus consecuencias de cara a una temporada competitiva.

VALORACIÓN RADIOGRÁFICA

Siguiendo el protocolo habitual medico-clínico, una vez concluidos los parámetros de la historia, anamnesis y exploración, para llegar a unas conclusiones diagnósticas con el fin de establecer una orientación y/o tratamiento correcto, es del

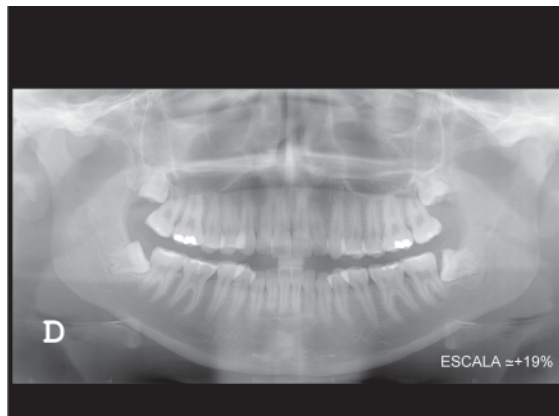


FIGURA 1.



FIGURA 2.

todo esencial la exploración complementaria mediante la radiografía (Ortopantomografía), en la cual veremos la situación de los cordales, entre otros detalles odontológicos, en base al espacio disponible y orientación de los mismos, la relación de los gérmenes (8-10 años) condicionada a su futura erupción, la existencia o no de radiolucidez pericoronar ligada a una posible etiología de foco dental por el saco embrionario, y la situación con respecto a otras estructuras anatómicas (senos, nervio dentario inferior, nivel de inclusión óseo).

Por todo lo cual optaremos hacia un criterio diferente de actuación, de cara no sólo a una sintomatología eminente de carácter agudo, sino también con la perspectiva a corto plazo de “salvar” los próximos compromisos deportivos del calendario, bajo un prisma profiláctico-preventivo en cuanto al estado de forma física, que pudiera llevar implícito la recomendación de exodoncia de cordales.

CRITERIOS DE ACTUACIÓN

En nuestra labor diaria con deportistas, la sintomatología ligada a la erupción del cordal es un hecho que nos podemos encontrar con relativa frecuencia, cuanto más debido a la propia idiosincrasia del desarrollo evolutivo del individuo.

La actitud terapéutica ante tales circunstancias puede que no se asemeje al posicionamiento

expectante que pudiéramos tener frente a un paciente no comprometido en el terreno deportivo, bien competitivo o no, el cual no genera una demanda tanto física como psicológica semejante a la práctica deportiva, sobre todo en el terreno profesional.

Nuestra primera misión es la de preveer, en un futuro inmediato, la incidencia de una sintomatología que nos pudiera acarrear complicaciones de cara al quehacer cotidiano del calendario deportivo.

Si nos atenemos a un orden cronológico, nos plantearemos la germenectomía de los cordales en pacientes deportistas con edades aproximadas de 14 años, en los que se pueda intuir problemas de espacio eruptivo y complicaciones a posteriori. Téngase presente que la edad de competición y centros de alto rendimiento en muchas disciplinas deportivas, están integradas por muchachos/as en edades infantiles.

Esta intervención es más benigna y menos traumática que la exodoncia quirúrgica de un cordal completamente desarrollado y quedaría justificada como una intervención “liberadora de riesgo”, cuando los estudios clínicos, radiográficos y socio-culturales así nos lo aconsejen (Figura 3).

Cordales incluidos en el ángulo mandibular, en deportistas de alto índice traumático maxilofacial (boxeo, artes marciales, fútbol americano, etc.), una fractura en el maxilar, les apartarían de la competición y actividad física completa por un periodo de tres a cuatro meses. Valorando este factor de riesgo, sería recomendable la extracción profiláctica del cordal, a poder ser al finalizar la temporada, para no interferir en el programa de preparación. Además, el riesgo de fractura durante la cicatrización es similar al de cuando el diente estaba retenido, por lo que se aconseja un intervalo de tres meses para estar de nuevo dispuesto a afrontar sin riesgo la fase competitiva. Ésta es una complicación, que fácilmente lo podemos prever.

Por lo que respecta al cordal incluido o seincluido asintomático clínicamente, pero que en la

FIGURA 3.



imagen radiográfica presenta una radiolucidez periconal, acompañado de una historia clínica de afecciones músculo-tendinosas y patología crónica con episodios repetitivos de lesiones espontáneas o diversas alteraciones de carácter muscular y/o articular sin determinar. Creemos oportuno aconsejar su extracción, ya que las consecuencias inmediatas son menos trascendentales, que el arrastre de unas lesiones invalidantes temporalmente y muy perjudiciales, sobre todo en el terreno de la alta competición. La evidencia nos lleva a menudo a dictaminar una actuación drástica.

Ni que decir tiene que una terapia preventiva, mediante el seguimiento clínico y radiográfico en deportistas, sobre todo en edad crítica de presentar una incidencia clínica del cordal, es del todo necesaria, si queremos conseguir el rendimiento y estado de salubridad deseado por todos. Una terapia analgésica/antiinflamatoria y antibiótico, totalmente justificable en un episodio agudo, dista mucho de la preparación necesaria para afrontar con éxito un compromiso de amplitud y demanda energética, como en el deporte se requiere.

Nuestro criterio, aunque a priori pudiera parecer nada conservador, con respecto a un enfoque odontológico del deporte y atendiendo a la

población con la que trabajamos, creemos totalmente indicado la actuación quirúrgica inmediata o programada por encima de una actitud de observación y espera.

Ante el interrogante de ¿es aconsejable la exodoncia sistemática de cordales o la germenectomía preventiva? La respuesta, que actualmente tenemos, basado principalmente en la experiencia, aconseja ser “prudentes” a la hora de prescribir un criterio conservador. Basta que existan sospechas razonables, por muy distantes que nos parezcan, la exodoncia-germenectomía del tercer molar en deportistas y sobre todo de alta competición, se ajusta a un criterio de actuación eminentemente quirúrgica, máxime en los diferentes casos expuestos en este trabajo, y por supuesto ante la existencia de síntomas, por muy banales que nos parezcan.

BIBLIOGRAFÍA

- **Clínicas Odontológicas de Norteamérica.** *Odontología del Deporte.* Vol 4. México: Edit. Interamericana 1991.
- **Lamendin H.** *Les dents et le sport.* París: Chiron 1994.
- **Lamendin H.** *Odontologie du Sport.* París: Editions CdP 2004

Las Normas de Publicación para los autores, se pueden obtener en la
página web de FEMEDE: www.femede.es