

Importancia de la aerodoncia en Medicina Deportiva

DR. J. M. FREIXAS - OTO.

Se pretende con esta exposición, la revisión que creemos de interés, del cuadro de las Aerodoncias y su traducción clínica las Aerodontalgias, descrito desde hace varios decenios en distintos trabajos y reiteradamente citado a partir de entonces en los textos de Estomatología y concretamente en su rama de Endodoncia, para destacar la importancia e incluso trascendencia de dicha entidad nosológica dentro del ámbito de la Medicina Deportiva.

Así pues, sería nuestro deseo que la lectura de estas líneas sirviera para recordar al Médico Especialista de la Educación Física y el Deporte la existencia de la citada entidad, explicando con ello la aparición en los deportistas de unos trastornos no graves pero sí sumamente molestos, que al ocasionar un desequilibrio subjetivo podrían ser la causa de algún lamentable accidente.

Importantes lesiones de la pulpa y por consiguiente manifestaciones violentas, caracterizadas por crisis de dolor agudo, pueden ser imputadas a cambios más o menos bruscos de la presión y la temperatura.

En efecto, MILLER y GROSSMAN citan que ya en el año 1937, AMSTRONG DREYFUS y HUBER describieron la intervención de las variaciones de presión y temperatura en la etiopatogenia de las lesiones pulpares.

La producción de estas aerodoncias según HARVEY, KENNON y OSBORN, autores citados por LASALA, tienen lugar primordialmente en piezas dentarias en el curso de preparación de cavidades o sometidas recientemente a obturaciones por tratamiento de caries. Los distintos trabajos sobre el tema, coinciden en que 65 % de los casos se observaron en dientes obturados dentro de un período no mayor de doce meses previo a la aparición del dolor.

Revisadas detenidamente las características de

tales casos, se pensó que el factor desencadenante de la lesión pulpar, serían pequeñas embolias originadas por el gas nitrógeno liberado de la descompresión al disminuir la presión. Asimismo, según parece, el descenso de la presión en alturas elevadas o a consecuencia de la diferencia de alturas, da lugar a que la hipermia localizada en aquellas piezas afectadas y que a nivel del suelo permanecía asintomática, se exacerbe entonces.

Teniendo en cuenta que las lesiones pulpares mínimas de comienzo, originadas en la preparación de algunas cavidades, como la hipermia simple, pueden continuarse con una degeneración grasa y que el nitrógeno tiene tendencia a solubilizarse en aquella por su apetencia por las sustancias grasas, es posible aceptar que en dientes recientemente sometidos a la terapéutica para el tratamiento de una caries profunda o la obturación metálica de la misma sin base protectora, se origine, en primer lugar una hipermia, que a su vez desencadena la degeneración grasa y ésta sometida a un descenso más o menos súbito de presión y temperatura, provocaría el aeroembolismo, que ejerciendo un aumento de tensión y comprimiendo a la pulpa cameral, daría lugar a algias violentas.

Así pues, pueden ser causa de tales fenómenos, caries amplias y profundas, obturaciones deficientemente realizadas en las cuales se han dejado espacios de aire entre la obturación y la dentina, los dientes despulpados con características semejantes a las señaladas en las obturaciones deficientes, y por último, los dientes necróticos. Por el contrario, según asevera GROSSMAN las piezas dentarias despulpadas mediante el empleo de una técnica correcta no ocasiona

nan aerodontalgias. Referente a la influencia de la exposición pulpar como desencadenante de aerodontalgias, LASALA le atribuye importancia como factor nosológico, mientras que para GROSSMAN no la tendría en los casos de pulpa expuesta comunicada con la cavidad bucal.

En los vuelos acrobáticos, a los factores citados se suma la acción de las aceleraciones y la fuerza centrífuga creciente que actúan sobre los centros craneales sensoriales, dando lugar a un déficit circulatorio de la cara y del cráneo que se traduciría en una congestión de los dientes del maxilar inferior y en una anoxia local a nivel de los del maxilar superior, trastornos que se suman a la hiperemia y degeneración. Según KRIVINE y HES se interesan particularmente los dientes del maxilar superior, en lo cual influirían las causas citadas.

A partir de los 1.000 metros de altura pueden empezar a presentarse aerodontalgias, pero la mayor probabilidad existirá a los 3.000 ó más metros.

El síntoma fundamental de la aerodoncia es el dolor, cuyas características e intensidad varían. Puede, en algunos casos ser leve y momentáneo, pero en general la mayoría de las veces es constante e intenso. SHAFER aporta la observación, según la cual, una aerosinusitis puede ser confundida con una aerodontalgia, lo que debe ser tenido en cuenta para efectuar el diagnóstico diferencial.

Para el diagnóstico la inspección nos puede evidenciar la presencia de caries, obturaciones, líneas de fractura, trayectos fistulosos, edema, etcétera. Se completará con la palpación intrabucal con el dedo índice, que dará a conocer la posible existencia de dolor en la zona periapical de la pieza afectada, acompañado a veces de fluctuación o salida de exudados. Como norma general puede citarse el hecho de que la pieza responsable es sensible a los estímulos térmicos aplicados sobre ella por medio del frío y el calor. A la percusión con un mango metálico o similar se aprecia la obtención de un sonido mate y amortiguado, en contraste con el sonido agudo, firme y claro que se obtiene en piezas sanas, a la vez que la citada percusión provoca dolor en mayor o menor intensidad. Estos medios sencillos y prácticos son los que todo facultativo puede emplear en la semiología de la afección que tratamos.

¿En qué deportes pueden presentarse las aereodontalgias?

Corrientemente en todos aquellos en que el deportista que los practica se halle sometido a variaciones rápidas de presión atmosférica y temperatura. Citaremos así los vuelos a motor o en planeador, acrobacia aérea, aerostación, escalada, montañismo, submarinismo, espeleología, etc.

Creemos es de suma importancia que el Médico Deportivo encargado de controlar a los individuos que practican las especialidades citadas, piense en la posibilidad de la aparición de una aereodontalgia, cuando las condiciones de presión y temperatura sean idóneas y por ello considere la necesidad de efectuar un examen detenido de la boca de aquéllos, remitiendo al Estomatólogo los casos sospechosos, acompañados de una nota explicando el fin que se pretende, para que se realice una consciente y minuciosa exploración y correcto tratamiento, empleando los medios necesarios para obtener un buen aislamiento y una óptima obturación.

En las expediciones de escalada a alta montaña, la aparición de molestias dentarias de cierta intensidad en alguno de sus participantes deberá motivar el reconocimiento del paciente en el campamento base, si la expedición dispone del asesoramiento de un facultativo, el cual considerará las medidas que deban adoptarse, pero si no cuenta con el mismo, creo que los deportistas deben seguir el criterio de prescindir de la colaboración del compañero afectado, impidiendo su participación en cordadas o misiones de responsabilidad en la ascensión, pues el dolor agudo, lacinante, aparecido repentinamente en un momento determinado, quizás en el menos oportuno cuando las condiciones son críticas y exigen la máxima concentración y rendimiento, podría ocasionar un trastorno psíquico de tal naturaleza que rompiendo el equilibrio psicológico del sujeto y alterando su coordinación y sus reflejos, pudiera dar lugar a fallos responsables de catastróficas consecuencias para sí mismo o para el conjunto.

Lo expuesto en el párrafo precedente puede servir como norma de aplicación en los demás deportes, en donde la aparición de las aereodontalgias es uno de tantos tributos que el deportista está expuesto a rendir en aras del deporte, pero del cual puede recibir también, sin duda alguna, la recompensa de una buena forma física, bienestar fisiológico, placidez psíquica y satisfacción moral, unidas al éxito alcanzado cuando se logran las metas ansiadas.