

USO DE PROTECTORES BUCALES EN BALONMANO: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA SOBRE CONCIENTIZACIÓN Y PREVENCIÓN DE TRAUMAS OROFACIALES

Jóice Célia Soares dos Santos¹

Louise Oliveira Liidtke²

Ana Luiza Mendes Pinheiros da Silva Gomes³

RESUMEN: Los protectores bucales deportivos se recomiendan principalmente para modalidades de contacto, desempeñando un papel fundamental en la protección del sistema estomatognático y en la reducción del riesgo de lesiones en dientes, maxilar, articulaciones temporomandibulares (ATM) y tejidos blandos adyacentes. El presente estudio tiene como objetivo realizar una revisión de la literatura sobre la importancia del uso de protectores bucales por atletas de balonmano, modalidad caracterizada por intenso contacto físico y elevada incidencia de traumatismos orofaciales. Se discute la relación entre los beneficios y posibles limitaciones del uso de estos dispositivos, así como la adhesión de los atletas y las conductas frente a las lesiones traumáticas descritas en la literatura. Se trata de una investigación cualitativa y descriptiva, basada en el análisis de publicaciones científicas recientes. Se concluye que el uso de protectores bucales, especialmente los individualizados, constituye una medida eficaz en la prevención de lesiones orofaciales, siendo necesaria una mayor concienciación entre atletas, entrenadores y equipos técnicos.

Palabras clave: Protectores bucales. Balonmano. Traumatismo dental. Prevención. Odontología del deporte.

RESUMO: Os protetores bucais esportivos são recomendados principalmente para modalidades de contato, exercendo papel fundamental na proteção do sistema estomatognático e na redução do risco de lesões em dentes, maxila, articulações temporomandibulares (ATM) e tecidos moles adjacentes. O presente estudo tem como objetivo realizar uma revisão de literatura acerca da importância do uso de protetores bucais por atletas de handebol, modalidade caracterizada por intenso contato físico e elevada incidência de traumas orofaciais. Discute-se a relação entre os benefícios e possíveis limitações do uso desses dispositivos, bem como a adesão dos atletas e as condutas frente às lesões traumáticas descritas na literatura. Trata-se de uma pesquisa qualitativa e descritiva, baseada na análise de publicações científicas recentes. Conclui-se que o uso de protetores bucais, especialmente os individualizados, constitui medida eficaz na prevenção de lesões orofaciais, sendo necessária maior conscientização entre atletas, treinadores e equipes técnicas.

Palavras-chave: Protetores bucais. Handebol. Traumatismo dentário. Prevenção. Odontologia do esporte.

¹Acadêmica do curso de Odontologia. Universidade Anhanguera – Unidade Linhares/ES.

²Acadêmica do curso de Odontologia. Universidade Anhanguera – Unidade Linhares/ES.

³Orientadora do curso em odontologia na Faculdade Anhanguera de Linhares-ES. Cirurgiã Dentista formada pela Universidade do estado do Rio de Janeiro, Mestre em ciências odontológicas pela Universidade de Cuiabá, Professora titular do colegiado de Odontologia da faculdade Anhanguera de Linhares-ES.

I INTRODUCCIÓN

Con el aumento de la participación de atletas en deportes de contacto y, por consiguiente, con el incremento de la competitividad en estas actividades, se observa un aumento en los reportes de lesiones orofaciales. Los traumatismos en dientes y en la cara ocurren con frecuencia, especialmente en deportes de contacto. Las lesiones traumáticas en el deporte alcanzan un alto índice, variando según la disciplina practicada (Botelho et al., 2018).

Al analizar el balonmano como objeto de estudio, se puede afirmar que se trata de un deporte que exige una gran intensidad en su práctica. La modalidad implica contactos físicos frecuentes, colisiones y saltos que pueden afectar la integridad física de los atletas. Además, la complejidad del juego se manifiesta no solo en los movimientos de aterrizaje tras los saltos, sino también en las técnicas utilizadas para el ataque, como las fintas, y en las estrategias adoptadas para la organización defensiva de los jugadores.

De esta manera, la adopción de medidas preventivas se hace necesaria para minimizar estos riesgos y promover la seguridad de los deportistas. Una forma de prevención de estas lesiones es el uso de protectores bucales, que son dispositivos intraorales hechos de material resiliente que protegen los dientes, labios, mejillas y lengua durante la práctica deportiva. La importancia del uso de protectores bucales ha sido ampliamente discutida en la literatura y se considera una medida eficaz en la prevención de lesiones orofaciales en atletas, especialmente en deportes de contacto como fútbol americano, baloncesto, boxeo, MMA, entre otros. Dichas lesiones pueden incluir fracturas dentales, luxaciones, avulsiones dentales, contusiones e incluso traumatismos craneales (Mattos, 2023).

Aunque el uso de protectores bucales es recomendado por diversas organizaciones deportivas, muchos atletas todavía pueden no utilizarlos, ya sea por desconocimiento de su eficacia o por cuestiones de comodidad. Además, la calidad de los protectores bucales puede variar considerablemente, desde los modelos prefabricados y genéricos hasta los personalizados, que se realizan a medida para cada individuo (Carvalho et al., 2020).

Para no afectar la respiración ni la fonética, no comprometer el rendimiento físico del atleta y permitir un uso prolongado del equipo, debe confeccionarse de manera personalizada e individual por un odontólogo, utilizando el modelo de yeso del atleta, conforme a la norma ASTM 697-8048. Si el atleta está en tratamiento ortodóntico, por ejemplo, la fabricación del protector bucal debe considerar esta particularidad. En este caso, su uso debe ser prioritario, ya

que, además de ofrecer la protección mencionada, protege al atleta contra cualquier problema relacionado con su tratamiento (Única, 2020).

Una investigación realizada con siete equipos de balonmano suizos y alemanes, conformados por 112 atletas, presentó datos alarmantes: el 17,9% de los jugadores sufrió traumatismos dentales (LANG et al., 2002). La lesión más común derivada de los deportes de contacto es la fractura de la corona (CETINBAS et al., 2008); sin embargo, también se observan impactos frecuentes en los incisivos superiores, debido a la prominencia del maxilar en relación con la mandíbula (ALTUN et al., 2009).

Considerando el ritmo intenso y los aspectos culturales presentes en los partidos de balonmano, es evidente la frecuencia de traumatismos dentales derivados de fracturas durante el juego. Esto se debe a que, además de la alta intensidad característica de la modalidad, sus estrategias incluyen acciones como agarres y tirones, que frecuentemente resultan en colisiones corporales. Estas conductas buscan impedir el avance del adversario hacia la portería en situaciones ofensivas. Aunque estas acciones son técnicamente consideradas infracciones, muchas veces se utilizan deliberadamente como recurso táctico para obtener ventaja en determinadas jugadas.

Con el objetivo de conciliar el mantenimiento del rendimiento técnico con la preservación de la integridad física de los atletas, surge la necesidad de reflexionar sobre los factores que contribuyen a la alta incidencia de lesiones orofaciales entre los jugadores de balonmano y cómo pueden prevenirse.

3

2 METODOLOGÍA

Este trabajo consistió en una investigación cualitativa y descriptiva, del tipo revisión de literatura. El enfoque cualitativo se justifica por buscar comprender, a través del análisis de contenidos científicos, la importancia del uso de protectores bucales por atletas de balonmano en el contexto de la prevención y concienciación sobre traumatismos orofaciales. La investigación también fue descriptiva, dado que tuvo como objetivo presentar, de manera clara y fundamentada, la información disponible en la literatura sobre el tema, sin realizar experimentaciones ni intervenciones prácticas.

La selección del material bibliográfico se realizó mediante búsquedas en las bases de datos SciELO (Scientific Electronic Library Online), PubMed y Google Académico. Se consideraron artículos disponibles en portugués e inglés, publicados en los últimos diez años. Los criterios de inclusión involucraron materiales que trataran la relación entre deportes de

contacto, especialmente el balonmano, y la utilización de protectores bucales como recurso preventivo. Se excluyeron artículos sin contenido relevante, trabajos que no abordaran la odontología, y también estudios que analizaran otras modalidades deportivas sin relación directa con el tema propuesto.

Las palabras clave utilizadas para realizar las búsquedas fueron: “protectores bucales”, “balonmano”, “trauma orofacial”, “odontología del deporte” y “prevención”, con el objetivo de filtrar los resultados y localizar publicaciones más relevantes para el presente trabajo.

En total, se seleccionaron inicialmente 50 artículos relacionados con el tema. Tras la lectura y análisis minucioso de cada uno, se mantuvieron 20 estudios que cumplieron con los criterios establecidos y ofrecieron información relevante para la elaboración del presente estudio.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

El objetivo general de este trabajo es realizar una revisión de literatura sobre los factores que contribuyen a una mayor incidencia de lesiones orofaciales en los atletas de balonmano y cómo se puede promover la concienciación y prevención de estas lesiones mediante el uso de protectores bucales.

4

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Presentar los tipos de protectores bucales existentes y su eficacia en deportes de alto impacto, como el balonmano.

Identificar los principales riesgos orofaciales asociados a la práctica del balonmano.

Analizar, con base en la literatura, la adhesión de los atletas de balonmano al uso de protectores bucales.

Discutir las conductas a seguir tras sufrir lesiones orofaciales destacadas en la literatura aplicables a la práctica deportiva del balonmano.

Abordar aspectos de concienciación y prevención.

4 REVISIÓN DE LA LITERATURA

4.1 ODONTOLOGÍA DEL DEPORTE

En 1958 comenzó en Brasil la historia de la Odontología del Deporte, cuando el cirujano dentista Mário Trigo se integró al equipo de la selección brasileña de fútbol, participando en cuatro Copas del Mundo: 1958, 1962, 1966 y 1970. A las vísperas de la Copa de 1958, fue necesario realizar 118 extracciones tras exámenes a 33 jugadores, siendo esta la opción elegida por la falta de tiempo para otro tipo de tratamiento. Con el inicio de la Copa, se evidenció que la salud bucal de los atletas no era considerada durante la preparación para la competencia. Trigo es considerado hasta hoy el padre de la Odontología del Deporte en Brasil. Sin embargo, solo en 1994 otro cirujano dentista, Carlos Sérgio Araújo, se integró a la comisión de la selección, participando también en 1998 y 2002 (PINTO, 2006).

En Brasil, desde 2015, la Odontología del Deporte está reconocida por el Consejo Federal de Odontología (CFO) como especialidad de un cirujano dentista con el objetivo de promover avances en la investigación y aumentar la aplicabilidad de la odontología en el deporte. Así, es esencial la integración de la odontología en el equipo multidisciplinario alrededor del deporte, que en la mayoría de los casos ya cuenta con profesionales de medicina, fisioterapia, nutrición, psicología, entre otros. Está comprobado que la salud bucal adecuada permite que el organismo funcione de manera efectiva, reflejándose en el funcionamiento sistémico (LEITE et al., 2011).

Se observa un interés creciente por la Odontología del Deporte como especialidad, lo que ha llevado a diversos Consejos Regionales de Odontología a incluirla en sus agendas institucionales. Actualmente, ya existen Comisiones de Odontología del Deporte en estados como Río Grande do Sul, São Paulo, Maranhão, Minas Gerais y Ceará, organizadas por sus respectivos Consejos Regionales (CROs). Estas comisiones tienen como objetivo presentar y consolidar esta nueva área de actuación entre la clase de cirujanos dentistas, promoviendo mayor reconocimiento y desarrollo de la especialidad (CFO, 2020).

4.2 TIPOS DE PROTECTORES BUCALES

Los protectores bucales surgieron en la década de 1920, utilizados por los boxeadores, siendo entre 1960 y 1965 cuando se produjo un mayor desarrollo del dispositivo. Los primeros protectores eran elaborados por los boxeadores modelando una bola de gutapercha ablandada en sus bocas. Desde entonces hasta la actualidad, se han desarrollado diversos materiales que se encuentran en uso actualmente (GOMES, I.A., et al., 2014).

Son dispositivos resilientes que previenen y reducen posibles lesiones en dientes, tejidos blandos y otras estructuras intraorales. Se trata de un equipo de protección cuya función es amortiguar el impacto y, de esta forma, distribuir la fuerza, protegiendo los tejidos blandos y los dientes anteriores en las arcadas dentales. Especialmente en la arcada inferior, previene contusiones o fracturas mandibulares, desplazamientos y traumas en la articulación temporomandibular (ATM) (DHILLON et al., 2014).

Existen tres tipos de protectores bucales disponibles en el mercado. El tipo I generalmente se encuentra en tiendas de material deportivo, denominado de stock o universal. El tipo II es un protector termoplástico o termoajustable, mientras que el tipo III corresponde a protectores individualizados elaborados por cirujanos dentistas, siendo este último el de mejor retención y comodidad al estar hecho a medida para cada deportista (CAVALVANTI et al., 2012).

Protectores Bucles Universales Tipo I

Son de bajo costo y fácilmente encontrados en tiendas deportivas. Fabricados de goma, se presentan en tres tamaños: pequeño, mediano y grande. Se desaconsejan por su poca retención y por dificultar tanto el habla como la respiración, ya que su fijación depende de la fuerza de oclusión (ANTUNES, L.A.A., et al., 2021).



Figura 1: Protector Bucal Tipo I

Fuente: LOJA DO COMPETIDOR, 2025.

Protectores Bucles Universales Tipo II

Están confeccionados con material resiliente como el copolímero acetato-polietileno, en tamaño estándar. Se trata de un protector bucal que debe sumergirse en agua caliente durante 45 segundos y, luego, en agua fría durante 1 segundo. Posteriormente, se coloca en la boca y, con la ayuda de los dedos, la lengua y la presión de la mordida, se ajusta y personaliza a las arcadas

dentales del atleta. Debido a su bajo costo y mejor adaptación que el modelo anterior, son los dispositivos más utilizados (BERNARDON et al., 2006; BATISDA et al., 2010; JUNIOR et al., 2013).

Los protectores tipo II se diferencian del tipo I por poseer una mejor capacidad de adaptación. Sin embargo, aunque tienen propiedades que los hacen más adecuados para la cavidad bucal que el tipo I, el tipo II no es el más recomendable, ya que puede causar quemaduras si se coloca en la cavidad bucal a altas temperaturas y también puede generar disfunción temporomandibular al no respetar la posición condilar (BASTOS et al., 2013)



Figura 2: Protector Bucal Tipo II

Fuente: ORTHOLAB, 2016.

Protectores Bucales Universales del Tipo III

Los protectores individuales y personalizados, del tipo III, se confeccionan en etileno vinil acetato (EVA) o caucho de silicona por el cirujano dentista, sobre un modelo de yeso del maxilar. Son dispositivos que se adaptan perfectamente a la arcada dentaria de los atletas. Sin embargo, debido a su alto costo y a que requieren al menos dos visitas al odontólogo, son los menos utilizados. No obstante, son los más eficaces y cómodos, es decir, no interfieren en el habla, la respiración ni en la ingesta de líquidos (BERNARDON et al., 2006; BATISDA et al., 2010; JUNIOR et al., 2013; DHILLON et al., 2014).

Pueden ser indicados para deportistas de cualquier edad, incluyendo aquellos que utilizan aparatos ortodónticos fijos o que tienen dientes en erupción. Sin embargo, se usan menos por exigir un mayor gasto económico al atleta debido a los honorarios del cirujano dentista. Para los practicantes de deportes de contacto que usan aparatos ortodónticos fijos, el protector debe confeccionarse tanto para la arcada superior como inferior, dado que la

probabilidad de laceración de labios y mejillas es mayor en este grupo específico de atletas (GONÇALVES et al., 2012).



Figura 3: Protector Bucal Tipo III

Fuente: ORTHOLAB, 2016.

5 LESIONES OROFACIALES EN EL BALONMANO

Aunque el contacto entre jugadores en la mayoría de los casos era causa de traumatismos dentales, Sane y Ylipaavalniemi (1988) constataron que las lesiones en situaciones de colisión tendían a ser menos graves que aquellas causadas por golpes directos de otros jugadores. Por otro lado, las caídas, así como los impactos de la pelota, parecían causar lesiones más extensas y graves en los dientes.

Por lo tanto, ante un traumatismo orofacial, Marques (1998 apud PAIVA, 2012) señala que es fundamental identificar el tipo de lesión y reconocer su importancia, ya que las lesiones que clínicamente pueden parecer de poca extensión pueden ocasionar secuelas irreversibles en los tejidos de formación y soporte dental. Alteraciones en la vitalidad pulpar, procesos de necrosis pulpar, calcificaciones y reabsorciones radicales externas e internas son daños posteriores frecuentemente relacionados con antecedentes de lesiones traumáticas en los dientes. Según Newsome, Tran y Cooke (2001), se ha observado que la mayoría de las lesiones afectan el maxilar superior, siendo los incisivos superiores los más propensos, con aproximadamente un 80% de los casos.

En Brasil, se creó el Proyecto de Ley nº 5.391/2005, del Diputado Federal Gilmar Alves Machado (PT), en colaboración con la Asociación Brasileña de Odontología (ABO). La propuesta buscaba garantizar la integridad física, mental y sensorial, además de cuidados específicos de salud bucal para atletas, tanto profesionales como amateurs. El proyecto también establecía que las instituciones deportivas serían responsables de acciones de educación,

prevención y atención inicial en casos de traumatismos dentales, independientemente del tipo de vínculo con el atleta. Sin embargo, tras un largo período de tramitación, la propuesta fue archivada al término de la 54^a Legislatura por el Senado Federal, según consta en el Diario del Senado, Año LXIX - Sup. I al n° 210, publicado el 23 de diciembre de 2014 (Cámara de Diputados, 2019).

5.1 PRINCIPALES RIESGOS OROFACIALES

Un estudio realizado con jugadores y entrenadores de las principales ligas de balonmano de Suiza durante la temporada 2010-2011 indicó que aproximadamente el 19,7% de los atletas sufrieron o aún sufren lesiones orofaciales, siendo la fractura de corona la más común, representando el 40,8% de los casos. A pesar de que más de 300 participantes presenciaron accidentes con traumatismos dentales, solo una pequeña proporción tenía conocimiento adecuado sobre el almacenamiento correcto del diente avulsionado, almacenándose un 16,2% en leche y un 15,3% en recipientes secos (Universidad de Basilea, 2011).

Las principales causas de traumatismos dentales son las caídas y las colisiones con personas y objetos, factores muy frecuentes durante la práctica deportiva. Se ha demostrado que la práctica deportiva incrementa el riesgo de lesiones dentales, como el traumatismo dentario. En actividades donde comúnmente ocurre contacto entre atletas, hay mayor susceptibilidad a caídas o golpes peligrosos y, consecuentemente, a lesiones dentales. Las modalidades con mayor riesgo son los deportes de contacto, como la lucha libre y los deportes colectivos (DEMARCO et al., 2010, p. 572).

5.2 PROTECTORES BUCALES COMO REDUCTORES DE LESIONES DENTALES

Cabe destacar que la investigación realizada por estudiantes de la Universidad de Basilea, Suiza, publicada en la Revista Dental de SWISS SSO 126, indica que solo el 5,7% de los jugadores utilizaban protectores bucales en los partidos, es decir, aunque se trate de un equipo de protección individual, no hubo interés ni estímulo para su uso. Los estudiantes investigaron la razón y documentaron que el 70,0% de los entrevistados consideraba innecesario el uso, además de citar motivos estéticos como justificación para no usar el protector bucal (PETROVIĆ et al., 2015).

Según Bergman et al. (2017), el rostro es, en muchos deportes de contacto, una de las zonas del cuerpo menos protegidas, lo que también aplica al balonmano. Como se mencionó anteriormente, el uso de protectores bucales y faciales sigue siendo poco común, lo que

contribuye a la ocurrencia de traumatismos tanto en tejidos blandos como en fracturas dentales y óseas. Epstein (1962) ya había destacado que los impactos sobre los dientes y sus tejidos de protección y soporte pueden resultar en diversos tipos de lesiones, desde un simple golpe dental hasta la pérdida del diente, causada por fracturas en los tejidos de soporte o laceraciones en los tejidos protectores, siendo común la evolución hacia necrosis pulpar.

Según Andreasen et al. (2000), el mejor protector bucal es el individualizado, confeccionado a medida por un cirujano dentista, aunque tiene un costo más elevado que los otros modelos, pero no interfiere con el habla, la respiración y proporciona comodidad al atleta.

Ante este escenario, el uso de protectores bucales surge como una forma eficaz de reducir los traumatismos orofaciales en deportes de contacto. Este dispositivo es capaz de distribuir las fuerzas generadas en el momento del impacto, atenuando sus efectos sobre los tejidos y, consecuentemente, reduciendo tanto la cantidad como la gravedad de las lesiones (SANE & YLIPAAVALNIEMI, 1988; FERRARI et al., 2000).

5.3 CONDUCTAS ANTE LESIONES OROFACIALES DESTACADAS EN LA LITERATURA PARA LA PRÁCTICA DE BALONMANO

De acuerdo con Barbosa, Lacerda y Alves (2003), los traumatismos que afectan los dientes anteriores tienen un impacto significativo en el individuo, especialmente en el aspecto psicológico. Esto se debe a que lesiones de este tipo pueden resultar en fracturas, oscurecimiento o incluso pérdida del diente, causando daños estéticos y emocionales. Las tablas 1 y 2 presentan a continuación la clasificación de los diferentes tipos de traumatismos dentales.

Tabla 1. Categoría, características y conductas en fracturas dentales y del hueso alveolar

CATEGORÍA	CARACTERÍSTICAS	CONDUCTAS
Fractura de esmalte	Pérdida parcial del esmalte	El fragmento dental debe almacenarse en solución salina para su adhesión (técnica de bajo costo y con resultados estéticos satisfactorios). También puede realizarse restauración convencional.
Fractura de esmalte y dentina	Pérdida parcial de esmalte y dentina, sin afectación pulpar	Proceder con adhesión o restauración convencional según el caso.
Fractura coronaria	Fractura dental que involucra esmalte, dentina y pulpa	Atención de urgencia en hasta tres horas tras el trauma, con intervenciones menos invasivas y mejor pronóstico. Si hay fragmentos, manejar como se describió anteriormente.

Fractura de corona y raíz	Fractura de esmalte, dentina, cemento y pulpa, puede ser axial o horizontal con movilidad	Fractura horizontal: conservar el diente mediante técnicas de reposicionamiento dental y realizar tratamiento endodóntico por riesgo de necrosis pulpar; atención rápida mejora pronóstico. Fractura vertical: extracción del diente.
Fractura radicular	Involucra dentina, cemento y pulpa; presencia de movilidad	Reposicionamiento dental y fijación rígida. Puede ser necesario tratamiento endodóntico en algunos casos.
Fractura de la pared y proceso alveolar	Fractura que involucra la pared ósea del alveolo, con o sin afectación dental	Reposicionamiento del fragmento y fijación rígida o semirrígida por cuatro semanas. Seguimiento odontológico a las 4, 8, 24 semanas y a 1 año.

Fuente: Sanabe et al., 2009.

Tabla 2. Clasificación, características y conductas para luxación y avulsión dental

CATEGORÍA	CARACTERÍSTICAS	CONDUCTAS
Concusión	Lesión de los tejidos de soporte sin pérdida ni desplazamiento del diente	Recomendar alimentos blandos; si la subluxación ocurre en más de dos dientes, puede indicarse contención semirrígida para comodidad del paciente.
Subluxación	Lesión de los tejidos de soporte con presencia de hemorragia gingival	Observación y contención si es necesario; higiene y control clínico periódico.
Luxación extrusiva	Desplazamiento parcial del diente en sentido axial del alveolo, con sangrado y aspecto alargado	Reposición del diente y contención semirrígida por dos semanas.
Luxación lateral	Desplazamiento irregular del diente, posible fractura o aplastamiento del hueso alveolar	Reposición dental y contención semirrígida por cuatro semanas; puede requerir tratamiento endodóntico.
Luxación intrusiva	Desplazamiento del diente hacia el hueso alveolar; la corona se ve acortada y hay sangrado gingival	Puede ocurrir re-erupción dental espontánea o requerir tracción ortodóntica.
Avulsión	Pérdida total del diente; alveolo vacío o con coágulo sanguíneo	El diente debe almacenarse inmediatamente en leche fría (4°C) para conservar los ligamentos; también se puede usar solución salina.

Fuente: Sanabe et al., 2009.

5.4 Relación de las posiciones de los jugadores de handbol con la incidencia de lesiones orofaciales

Edad (años)		24,46 ($\pm 4,60$)
Tiempo jugando balonmano (años)		9,62 ($\pm 4,35$)
Evaluación del riesgo de lesión dental en balonmano (escala de 1 a 10)		6,72 ($\pm 1,52$)
POSICIÓN DE LOS JUGADORES	N	%
Portero	13	13%
Pivote	18	18%
Central	23	23%
Extremo	31	31%
Defensor	15	15%

Fonte: Departamento de Prótesis Fija y de la Facultad de Medicina Dental de la Universidad de Zagreb, Croacia (Traducida al español).

12

Los jugadores que actúan como medios, centrales y pivotes son los que presentan mayor incidencia de lesiones orofaciales en el balonmano, ya que estas posiciones requieren contacto físico constante, fuerza y agilidad. Estas características favorecen la ocurrencia de faltas tácticas por parte de los adversarios, con el objetivo de interrumpir jugadas ofensivas. El pivote, por ejemplo, suele posicionarse entre los defensores para abrir espacios, quedando más susceptible a impactos faciales (ARAÚJO, 2020, p. 28).

6 DISCUSIÓN

En 2015, durante la III Asamblea Nacional de Especialidades Odontológicas (ANEO), realizada en São Paulo (SP), el Consejo Federal de Odontología (CFO) oficializó el reconocimiento de la Odontología del Deporte como especialidad odontológica, mediante la Resolución CFO n.º 160/2015 (CFO, 2015).

Oliveira (2000) destaca que la odontología deportiva tiene objetivos amplios, como promover la salud bucal, estimular la educación y la concienciación en las comunidades

deportivas, tratar factores que puedan causar lesiones y hasta ayudar a establecer normas para el uso correcto de los equipos de protección.

Costa (2009) complementa mostrando que la odontología en el deporte ha evolucionado, enfocándose también en medidas preventivas y tratamientos que eviten perjuicios al desempeño de los atletas. Además, refuerza la importancia de la salud bucal no solo para el rendimiento deportivo, sino también para la autoestima, autoconfianza y calidad de vida, aspectos fundamentales para el bienestar general del deportista.

De acuerdo con Tuna y Ozel (2014), el uso de dispositivos básicos de protección es el aspecto más significativo como medio de prevención de lesiones orofaciales durante la práctica deportiva, tales como cascos, máscaras faciales y protectores bucales adecuados. Los protectores bucales, cuando se colocan correctamente, evitan el contacto violento entre la dentición superior e inferior.

Los protectores bucales individuales, confeccionados a medida por un cirujano dentista, garantizan mejor ajuste, fijación y nivel de protección, además de ser más cómodos para quien los utiliza. Estos modelos no interfieren con el habla, la respiración ni la ingesta de líquidos, según lo destacan Bastida et al.

Según Duarte (2002), para que los protectores bucales tengan mayor durabilidad y se conserven mejor, se recomienda almacenarlos en cajas ventiladas con perforaciones. Además, su higiene debe realizarse usando cepillo dental y pasta dental, enjuagándose con agua fría. El autor también resalta que los protectores deben reemplazarse tan pronto como presenten alteraciones en la forma o dificultades de adaptación a la arcada dental.

Los accidentes dentales suelen tener consecuencias de por vida. Aunque las fracturas de corona son las lesiones más comunes entre los jugadores de balonmano, daños periodontales graves tras una luxación o avulsión pueden resultar en la pérdida del diente, ya sea por anquilosis, infección o reabsorción asociada. El balonmano pertenece a las actividades deportivas de riesgo medio a alto de traumatismo dental, con una tasa de 8,3 lesiones por cada 1.000 horas de juego en ligas profesionales sin uso de protectores bucales por los jugadores (JORGENSEN, 1984).

Las razones para no usar protectores bucales son variadas. En un estudio reciente, los atletas alegaron incomodidad, dificultad para respirar, hablar e incluso motivos estéticos como justificación para rechazar el equipo (COSTA, 2021; SANTOS et al., 2024). Esto demuestra la importancia de acciones educativas continuas y la adopción de protectores bucales

personalizados, que se moldean individualmente y ofrecen mayor confort, eficiencia y adherencia al uso (DEMARCO et al., 2010).

La práctica deportiva, ya sea individual o colectiva, en diferentes rangos etarios y niveles de competencia, evidencia la importancia de la actuación del cirujano dentista en la prevención de traumatismos dentales, los cuales pueden provocar consecuencias estéticas y psicológicas significativas (Barbosa, Lacerda & Alves, 2003).

El número de traumas orofaciales asociados a la práctica deportiva ha sido ampliamente registrado en la literatura nacional e internacional. Sin embargo, el uso de protectores bucales entre los atletas aún es poco difundido, a pesar de la alta prevalencia de estas lesiones (GLENDOR, 2009; CUNHA; MARZOLA, 2005).

Costa (2021) destaca la importancia de incluir al cirujano dentista en los equipos multidisciplinarios que trabajan con atletas, ya sean clubes, asociaciones o federaciones, así como en la atención de practicantes de deportes de contacto o de velocidad. El autor enfatiza que es responsabilidad del dentista orientar e indicar el uso de protectores bucales, además de convocar a la clase odontológica a movilizarse por el reconocimiento de la especialidad de Odontología del Deporte.

7 CONCLUSIÓN

14

La presente revisión evidenció la creciente relevancia del cirujano dentista en la prevención y manejo de los traumas orofaciales asociados a la práctica deportiva, así como su contribución al mantenimiento de la salud bucal y del desempeño funcional de los atletas, profesionales o recreativos. El uso de protectores bucales demostró ser una medida eficaz para reducir la frecuencia y gravedad de las lesiones dentales derivadas de deportes de contacto.

Se destaca, además, la necesidad de implementar programas socioeducativos coordinados por entidades de salud, incluyendo la clase odontológica, con el objetivo de informar y sensibilizar entrenadores, padres, atletas y la población general acerca de los riesgos de las lesiones dentales en el contexto deportivo. Campañas de concienciación que difundan los beneficios e indicaciones clínicas del uso de protectores bucales constituyen una estrategia relevante para la promoción de la salud bucal, con posibles impactos positivos en la salud pública nacional.

Se concluye que el balonmano es una modalidad con alto riesgo de traumatismos orofaciales, principalmente entre jugadores que actúan en posiciones ofensivas, como pivotes y centrales (ARAÚJO, 2020). En este contexto, el uso de protectores bucales individualizados

debe ser incentivado como medida preventiva eficaz y comfortable, adaptada a la anatomía bucal del atleta (DEMARCO et al., 2010). Se sugiere, por tanto, la implementación de programas educativos en categorías de base, con el fin de concienciar a atletas, técnicos y profesionales de la salud (SANTOS et al., 2024).

REFERENCIAS

ARAÚJO, Eline Ferreira de. Injúrias orofaciais em atletas de handebol: uma revisão de literatura. 2020. Trabalho de Fin de Curso (Grado en Odontología) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2020.

BARBOSA, T. S.; LACERDA, A. C. M.; ALVES, A. C. P. Impacto dos traumatismos dentários em dentes anteriores na qualidade de vida. *Revista Paulista de Pediatria*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 213–218, 2003.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Projeto de Lei n.º 5.391/2005. Disponible en: <https://www.camara.leg.br>. Acceso en: 10 jul. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO). Resolução CFO n.º 160, de 9 de septiembre de 2015. Reconoce la Odontología del Deporte como especialidad odontológica. Brasília, 2015. Disponible en: <https://website.cfo.org.br>. Acceso en: 10 jul. 2025.

COSTA, Karoline Lima. A importância do uso de protetores bucais na prática esportiva. *Revista da Associação Brasileira de Odontologia – Seção Paraná*, Curitiba, v. 41, n. 2, p. 76–80, 2021. Disponible en: <https://revista.abo-pr.org.br/index.php/revista/article/view/621>. Acceso en: 8 may. 2025.

CUNHA, M. C.; MARZOLA, C. Avaliação do conhecimento e da utilização de protetores bucais por atletas de esportes de contato. *Revista de Odontologia da UNESP*, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 81–86, 2005.

DEMARCO, Flávio Fernando et al. Survey on the occurrence of dental trauma and preventive strategies among Brazilian professional soccer players. *Journal of Applied Oral Science*, Bauru, v. 18, n. 6, p. 572–576, 2010. DOI: 10.1590/S1678-77572010000600007.

FERRARI, C. H.; FERRARI, D. S.; LEONARDI, G. R. O uso do protetor bucal nos esportes. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, Niterói, v. 6, n. 6, p. 231–236, 2000.

GLENDOR, U. Aetiology and risk factors related to traumatic dental injuries – a review of the literature. *Dental Traumatology*, Oxford, v. 25, n. 1, p. 19–31, 2009. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1600-9657.2008.00694.x>. Acceso en: 10 jul. 2025.

LOJA DO COMPETIDOR. Protetor bucal superior simples com estojo – Dogma. 2025. Disponible en: <https://www.lojadocompetidor.com.br/boxe-kickboxing/protetor-bucal-superior-simples-com-estodo-dogma>. Acceso en: 4 may. 2025.

SANTOS, Mariana Henrique dos et al. Prevalência de traumatismo dentário em atletas e conhecimento sobre condutas de emergência. *Revista da Associação Brasileira de Odontologia – Seção Paraná*, Curitiba, v. 42, n. 1, p. 38–44, 2024. Disponível em: <https://revista.abo-pr.org.br/index.php/revista/article/view/769>. Acesso em: 10 jul. 2025.

SANE, J.; YLIPAAVALNIEMI, P. Dental injuries during sport activities. *Proceedings of the Finnish Dental Society*, Helsinki, v. 84, p. 343–348, 1988.