

# TRAUMATISMES FACIALS AL FUTBOL

31 juliol, 2017



Les lesions de cap, cara i coll estan entre les més freqüents que es produeixen en la pràctica del futbol, ja que són les parts més vulnerables del cos.

Els traumatismes facials produïts per la pràctica de l'esport conformen una part molt important de les lesions totals. En relació al futbol, òbviament les lesions de les extremitats constitueixen la major freqüència de lesions que obliguen al jugador deixar de jugar però les de cap, cara i coll poden arribar a un percentatge alt dintre de totes les lesions.

Durant la temporada 2015-2017, la Mutualitat Catalana de Futbolistes va registrar un total de 1.039 lesions de cap. Tenint en compte, que van haver-hi casos que van requerir una llarga estada a l'hospital, encara que afortunadament tots es van recuperar d'aquestes temudes lesions.

La cara presenta una sèrie de característiques anatòmiques que la fan molt especial. Presenta uns límits molt clars. En la part superior la línia del cabell, en la part inferior el mentó i en la part posterior els pavellons auriculars. L'esquelet facial està compost per una sèrie d'ossos, tots ells fixes sense mobilitat malgrat la mandíbula que és l'únic os mòbil de l'esquelet craniofacial.

Aquest esquelet, i la cara en general, pot dividir-se en tres tercis.

- **El terci superior:** estaria format per l'os frontal i en la pell es limitaria des de la línia del cabell fins a l'arrel nasal.

- **El tercer mitjà:** va des de l'arrel nasal fins al llavi superior. L'os del terci mitjà seria **el maxil·lar superior**.
- **Terci inferior:** aniria fins el mentó, sent l'os que el defineix la **mandíbula**.

En l'esquelet és important ressaltar una sèrie de contraforts o pilars que aporten força a la cara. En concret, el pilar zigomàtic i el pilar caní. Però també tenen una sèrie de cavitats importants, com per exemple, les cavitats orbitàries, la cavitat nasal o els sinus maxil·lars. Però pot ser, el que més crida l'atenció de l'esquelet facial és la relació del maxil·lar superior i la mandíbula amb les peces dentals.

La irrigació de la cara corre a càrrec sobre tot de les branques de la caròtida externa i l'entorn venós a través de la jugular externa. És una irrigació molt rica que fa que qualsevol traumatisme pugui provocar un hematoma important o una hemorràgia molt abundant.

La pell que envolta als músculs que gestionen la mímica facial tenen unes línies de tensió en relació a l'acumulació amb les línies elàstiques i s'anomenen línies de Langer. Tenen una distribució especial i són molt importants de conèixer a l'hora de realitzar incisions o en el cas de ferides per aplicar correctament les sutures.

Tanmateix, altres estructures que són importants a tenir en compte són les glàndules paròtides amb el seu conducte d'excreció i el nervi facial que al ser un nervi motor és el que dona motilitat a tota la musculatura facial.

## **AVALUACIÓ DEL TRAUMATISME FACIAL**

- Una bona història clínica com sempre és molt important. Per exemple, historial sobre traumatismes fractures prèvies. Si succeeix a la cara no s'ha d'oblidar que un traumatisme de la cara pot produir un mal a nivell

cerebral o a nivell cervical. De fet, al ser els traumatismes facials molt aparatosos, en algunes ocasions s'obvien traumatismes encefàlics, medul·lars o toràcics que poden ser més importants.

- Si hi ha ferida és molt important rentar-la d'una forma profusa per evitar cossos estranys o evitar la infecció. S'ha de mantenir la via aèria completament impermeable i s'ha de tenir en compte tot el que pugui afectar-la. Per exemple, peces dentals, aparells dentals, pròtesis, saliva o vòmit.
- És important el control de l'hemorràgia. Al ser molt vascularitzat el territori facial les ferides són molt sagnants. Una pressió directa sobre la ferida o sobre l'arteria facial pot ser important. En qualsevol cas un embenat compressiu s'ha d'utilitzar. En el cas d'hemorràgies nasals, amb o sense fractures dels ossos nasals, la causa es deu a la ruptura dels capil·lars que conformen el Plexo de Kiesselbach. Per controlar aquest tipus d'hemorràgia és important el taponament nasal inclús amb l'aplicació d'un vasoconstrictor.
- L'avaluació neurològica és molt important. Una fractura facial en l'esport pot anar associada a un traumatisme medul·lar cervical fins en un 5 % dels casos i fins en un 28 % de traumatisme cranial.
- L'examen del terci superior facial comporta la integritat de la branca frontó temporal del nervi facial, la comprovació de l'estabilitat dels vorells supraorbitaris i el contorn del front. Simplement se li demana a l'esportista que aixequi les celles. Es palpen els contorns supraorbitaris i el front buscant dolor, crepitació o fins i tot la presència de fractures.
- L'examen del terci mitja facial és el més complex perquè inclou nas, ulls, malars i maxil·lar superior. L'examen dels ulls és extraordinàriament important buscant algun tipus de dèficit visual. Una gran discrepància o disminució de l'agudesia visual és molt indicativa d'una presència d'un problema seriós. La limitació del

moviment ocular poden ser indicatius d'una fractura orbitària. Per suposat s'han d'explorar les pupil·les i la resposta a la llum. Valorar les ferides al voltant de l'ull per una possible afectació del sistema lacrimal. L'examen del nas inclou els ossos nasals, l'envà nasal o els cartílags. S'ha de veure si hi ha una deformitat del nas produïda pel traumatisme de la que presentava prèviament l'esportista.

- L'examen del terci mitjà facial inclou llavis, llengua i galtes molt susceptibles a laceracions. La cavitat oral ha de ser valorada i examinada de forma minuciosa. Tanmateix s'ha d'inspeccionar l'oclusió dentària, es a dir la forma d'encaix de les dents superiors i inferiors, perquè una alteració de la mateixa pot suposa un signe indirecta de tractora del maxil·lar superior o mandíbula.

## **LESIONS DELS TEIXITS TOUS CONTUSIONS I ABRASIONS**

Les contusions representen la lesió existent entre les capes de teixits tous i l'esquelet facial i s'associa amb inflamació, edema o un hematoma. El tractament fonamental és mantenir el cap elevat aplicant gel durant 20 minuts cada mitja hora. Sol resoldre's en qüestió de dies o setmanes.

Les abrasions són pèrdues de pell produïdes per forces comprensives. S'ha de rentar amb un bon antisèptic. I sobre tot eliminar cossos estranys per evitar infeccions. Aquestes laceracions solen ser doloroses i l'aplicació d'anestèsia local pot facilitar la neteja. Ha de cobrir-se

## **LACERACIONS I AVULSIONS**

Les laceracions representen un tipus més comú de lesions facials en futbolistes. Es produeixen per un traumatisme directe sobre algun tipus de prominència òssia de l'esquelet facial i d'ells resulta algun tipus de ferida. Degut a l'abundant aportació sanguínia als teixits tous facials el

sagnat pot ser important. S'ha d'aplicar pressió directe sobre l'àrea afectada amb gases estèrils per obtenir l'hemostàsia. Una vegada obtinguda s'ha de fer una neteja amb sèrum salí estèril per remoure microorganismes i material de la ferida. Si no hi ha separació de les vores es poden aplicar embenats adhesius.

## HEMATOMES

Es tracta de la col·lecció de sang dins del múscul, fàscia o capes cutànies. Un lloc molt freqüent són les regions periorbitàries. Es resolen amb l'aplicació de gel i compressió. Però han de ser valorats de forma periòdica per evitar l'aparició de necrosi cutània o infecció. Els hematomes del envà nasal o de pavelló auricular tenen que ser vigilats pel potencial de desenvolupament d'una necrosi.

## FRACTURES NASALS

Degut a la seva localització, la fractura dels ossos nasals és el més freqüent en tots els esports i per tant en el futbol. Depèn de les estadístiques però aproximadament el 50 % de les fractures que hi ha al futbol són nasals. Aquesta fractura nasal maltractada pot comportar una deformitat nasal i algunes vegades dificultats respiratòries que poden alterar la capacitat competitiva del futbolista. EL diagnòstic d'una fractura nasal normalment és fet clínicament. Els símptomes i signes més freqüents, són l'epistaxi, la inflamació i la mobilitat de dors nasal. De vegades la inflamació no permet valorar la possible deformitat del nas. Per això, a vegades s'espera 4-7 dies abans de tractar-la de forma quirúrgica. Fins 4 a 8 setmanes després de la fractura hauria de jugar-se amb algun tipus de protecció.

## FRACTURA D'ÒRBITA

En aquest tipus de fractures és fonamental l'examen clínic. S'ha de palpar tot el rebot orbitari. Però, les fractures de rebot inferior són les més freqüents. En algunes ocasions

l'augment de pressió de l'ull per algun tipus de traumatisme (puny, colze, pilota) poden comportar un augment de la pressió dins de l'òrbita i d'aquesta manera trencar alguna de les parets de la mateixa. L'examen mitjançant TAC, en concret talls coronals, permet visualitzar on estaria localitzada la fractura. Amb cirurgia, el futbolista si torna a la competició abans de 4 a 8 setmanes s'ha de protegir.

### **FRACTURES CIGOMATICOORBITÀRIES:**

Aquestes fractures afecten a una de les regions més prominents de la cara: els pòmuls o malars. Es produeix quan una força significativa es dirigeix sobre la prominència malar. L'os malar es desplaça posteriorment i rota lateral e inferiorment. Per confirmar la lesió és obligatori la realització d'un TAC. No es pot practicar cap esport amb una fractura malar recent. El futbolista no podrà

tornar a la competició fins 6-8 setmanes del tractament.

### **FRACTURES MANDIBULARS**

El símptoma fonamental de aquestes fractures és la maloclusió dentària. A més a més és freqüent el dolor, la inflamació, els moviments anormals o la dificultat en l'apertura de la boca. No és necessari un TAC encara que en les fractures del còndil mandibular és aconsellable per decidir el tractament.