

TRAUMATISMOS DESPORTIVOS NA FACE

Ten. Cel. Méd. Angelo Aversa Marzano — Inst. da EsEFE

Dr. Jorge da Silva Rezende — Prof. da UERJ

54 1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo alertar a todos que estejam, direta ou indiretamente, ligados à prática desportiva, no sentido de orientar quanto à prestação dos primeiros socorros ao traumatizado de face. Há necessidade premente de um diagnóstico imediato para facilitar o tratamento.

Fraturas dos ossos da face se consolidam com muita rapidez e só posteriormente observaremos as seqüelas, cuja solução é mais difícil, por falta de um atendimento inicial correto.

2. PRINCIPAIS TRAUMATISMOS DESPORTIVOS DA FACE

Podemos dividir os traumatismos da face, relativos aos desportos em:

- a) Contusão
- b) Ferida: contusa
- Incisa
- c) Luxação: articulação têmporo-mandibular (ATM) dental
- d) Fraturas zigomático (malar)

ossos próprios do nariz
mandíbula — côndilo

 ramo ascendente ara-
 corpo (sinfisária e
 parasinfisária)
 rebordo alveolar

Maxilar superior — tipos: Lefort I
 Lefort II
 Lefort III

3. COMO EXAMINAR UM TRAUMATIZADO DE FACE NA EMERGÊNCIA

A. INSPEÇÃO

a) Assimetria Facial — Na inspeção verificamos em primeiro plano se há ou não assimetria facial. Em caso positivo, será um sinal de suspeita de fratura.

b) Identificação do Local Traumatizado — Identificamos a região atingida para orientar melhor nossas observações.

B. PALPAÇÃO

A palpação deve ser feita com a polpa digital, com leve pressão, bilateralmente, para que possamos sentir ou não a presença de desnivelamentos e crepitações ósseas, que confirmarão ou negarão a presença de fratura.

C. MOVIMENTAÇÃO DA ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR (ATM)

a) Verificar a abertura e fechamento da boca. Quando estes movimentos estiverem prejudicados ou se processarem com dificuldade, acompanhados de dor ou não, estando a oclusão cêntrica, suspeitar-se-á de fratura.

b) Sialorréia — O paciente poderá apresentar sialorréia (babando), em consequência da dificuldade em deglutir, constituindo-se este quadro como mais um sinal de suspeita de fratura.

D. DIPLOPIA

O paciente poderá ver do lado afetado duas imagens, sintoma quase sempre conclusivo de fratura ou lesão nervosa central.

Em presença de qualquer sinal suspeito de fratura, deverá ser o paciente encaminhado a um serviço especializado, para esclarecimento.

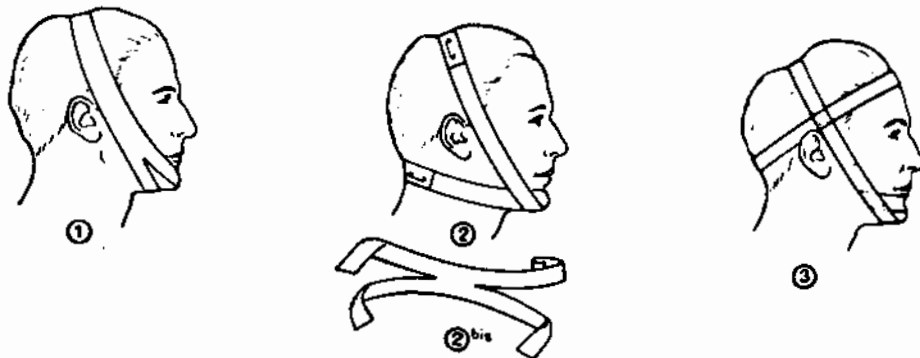
Há casos de fratura parassinfisária bilateral em que o segmento mediano da mandíbula é tracionado para trás, pela musculatura, podendo ocasionar queda da língua e morte por asfixia. Neste caso o tratamento "heróico" será tracionar a língua para fora e mantê-la deste modo até chegar a um serviço especializado.

4. TRATAMENTO DE EMERGÊNCIA

A) GELO — Deverá ser aplicado no local do traumatismo uma bolsa de gelo ou um saco plástico contendo gelo picado.

B) ANALGÉSICO — Se houver condição deverá ser administrado um analgésico, via oral ou injetável.

C) IMOBILIZAÇÃO — Deverá ser feita utilizando-se desde um lenço ou cinto até uma atadura de crepom, cuja finalidade é não deixar que os fragmentos ósseos se movimentem com facilidade.



5. ILUSTRAÇÃO

1.º CASO — Paciente vítima de queda em futebol de salão.

Diagnóstico inicial: Escoriações na face. Por esta razão, o paciente ficou sem um atendimento mais eficaz. (Fig. 2).

Diagnóstico definitivo: Fratura de LeFort II (fratura completa do terço médio da face), complicada com enfisema cervical e supra escapular bilateral, instalada pela falta de diagnóstico e atendimento inicial corretos (imobilização por bandagem).

Conduta cirúrgica: 1. Redução com imobilização por bloqueio bi-maxilo-mandibular e suspensão no processo zigomático bi-lateral. 2. Drenagem do ar, via parede anterior dos seios maxilares.

Análise do exame radiológico:

Antes (Fig. 3)

Radiografia em perfil:

1. Retrusão do maxilar superior
2. Solução de continuidade óssea na tuberosidade maxilar
3. Oclusão dentária prejudicada
4. Diminuição da densidade radiográfica ao nível da região cervical e supra-escapular D e E, sugestiva de enfisema.



Fig. 2 — Operado por nós após um atendimento inicial incorreto



FIG. 3



FIG. 4

Depois (Fig. 4) — Radiografia mentonana

1. Retrusão corrigida
2. Oclusão dentária restabelecida (Fig. 4a)
3. Suspensão a fio metálico no processo zigomático bilateral.



Fig. 4A

2.º CASO — Paciente vítima de uma cutovelada em uma partida de basquetebol (Fig. 5)

Diagnóstico inicial: Fratura do processo zigomático E com afundamento.

Diagnóstico definitivo: Fratura do processo zigomático E com afundamento.

O diagnóstico inicial foi correto por terem sido realizadas corretamente a inspeção e a palpação.

Conduta cirúrgica: Redução por tração externa.

Análise do exame radiológico: Antes — Radiografia em Hirtz

1. Assimetria entre os processos zigomáticos D e E
2. Evidente afundamento do processo zigomático E

Depois (Fig. 7) — Observar a simetria dos processos zigomáticos D e E restabelecidos.

Durante o ato cirúrgico (Fig. 6) observa-se a aplicação correta do gancho de Volkmann.

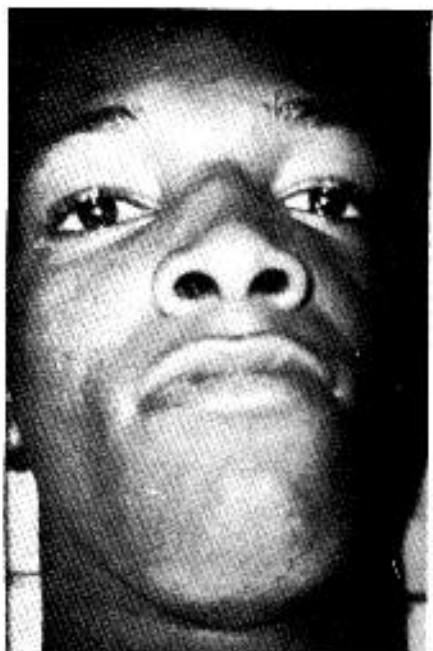


Fig. 5 — Operado por nós com um atendimento inicial correto.



FIG 6 - Aplicação do gancho de Volkman durante ato cirúrgico

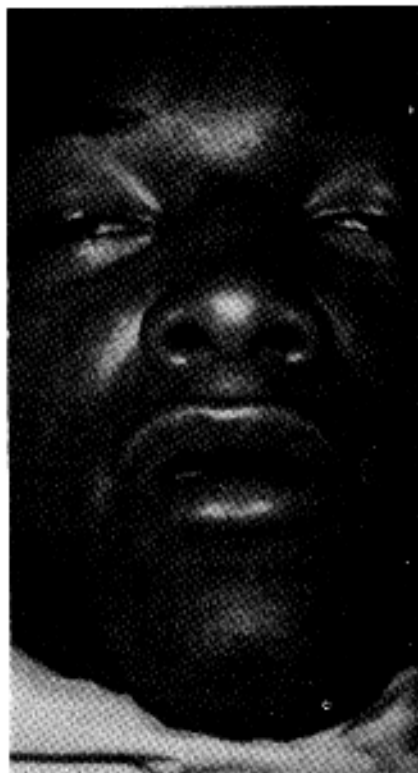


FIG 7 - Simetria dos processos zigomáticos D e E após o ato cirúrgico.

6 — CONCLUSÃO

Pelo exposto fica evidenciado que em fraturas do maciço facial o atendimento e o diagnóstico iniciais corretos facilitarão uma boa evolução e cura mais eficaz.

7 — BIBLIOGRAFIA

- Cirurgia Estomatológica y Maxilo Facial — DE GINESTET
Interpretation Radiografica para el Odontologo — S.N. BHASKAR
Roentgenodoncia Clínica — JUAN MAC CALL
Oral Pathology — BUNTING
Traumatic Injuries of Facial Bone — ERICH J. B. AND AUSTIN
Tratamiento Quirúrgico de las Anomalis de Desarrollo de los Maxilares — EDWARD C. HINDS & JOHN N. KENT
Radiologia Odontologica RECAREDO A. GOMEZ MATTALDI
Anatomia Odontologica — APRILE. H. FIGUN. M.F. & GARINO. R.R. 1967.