

Lesiones superciliares y de los párpados de interés en Medicina Deportiva

J. BRUIX

R. BALIUS

Es importante que el médico deportivo conozca con cierta profundidad las lesiones de la región superciliar y de los párpados, ya que:

1. Su frecuencia es notable en la práctica deportiva.

2. En ocasiones estas lesiones pueden acompañarse de alteraciones del globo ocular o de otras complicaciones orbitarias que requieren un tratamiento especializado, siendo preciso descubrirlas precozmente.

3. Muchas veces estas alteraciones traumáticas superciliares y de los párpados, son reflejo de lesiones extraoculares importantes de localización cráneo-facial, tributarias de exploraciones en centros quirúrgicos.

Por otra parte el Médico Deportivo en los casos más simples puede y debe tratar estas lesiones por sí mismo y algunas veces se ve precisado a decidir sobre la conveniencia de que el deportista siga o no actuando en competición después de producirse la lesión.

ETIOLOGIA DEPORTIVA DE LAS LESIONES. — Pueden presentarse estas lesiones en la mayoría de deportes colectivos y en algunos de los individuales siendo los agentes vulnerantes los útiles deportivos o los propios deportistas.

La mayor frecuencia y gravedad de las lesiones se observa en aquellos deportes en los cuales los desplazamientos de los practicantes y de los útiles de juego son rápidos y principalmente imprevistos. Entre estos deportes destacan la mayoría de los jugados con pelota, en los cuales la importancia de la lesión está en relación con el tamaño y dureza de la misma; singularmente peligrosas son: la pelota-vasca y

el tenis por la velocidad y el pequeño tamaño de la pelota, y el fútbol y el baloncesto por los rebotes imprevisibles de ésta. Otros agentes traumatizantes pueden ser los sticks de hockey, las raquetas de tenis, las palas de pelota-vasca, etcétera.

En los deportes colectivos, las lesiones pueden también presentarse a causa de la colisión entre los practicantes, siendo las manos, los codos y la cabeza los que con más frecuencia producen los traumatismos; raramente se traumatiza la región orbitaria con la rodilla y los pies, siendo las lesiones ocasionadas con estos últimos de mayor gravedad debido a la dureza del calzado utilizado.

Algunos deportes pueden ocasionar lesiones superciliares y palpebrales típicas. Entre las primeras destacan las causadas en el boxeo por la cabeza y guantes del contendiente y entre las segundas, las producidas por el bastón de esquí.

REGION SUPERCILIAR. — Pueden observarse dos tipos principales de lesiones: contusiones y heridas.

A) *Contusiones.* — Se presentan contusiones de todos los grados, siendo muy frecuentes las de tercer grado, con atrición cutánea debida a la compresión de la piel entre el agente vulnerante y el reborde cortante del arco superficial. Se caracterizan generalmente por el importante edema y hematoma que tienden a extenderse rápidamente, singularmente el primero, hacia los párpados, impidiendo a veces la apertura activa y pasiva de los mismos.

Es importante cerciorarse de la *normalidad del globo ocular*, por lo cual en algunas ocasiones es imprescindible la instilación de unas gotas de colirio anestésico que permitan colocar unas pequeñas valvas atraumáticas con las cuales se consiga la separación de los párpados y la visualización del ojo; fácilmente pueden improvisarse unas valvas atraumáticas aprovechando por ejemplo, una aguja de moño doblada por el ángulo (fig. 1). En principio un globo ocular «blanco», con reflejo fotomotor conservado, parecen indicar no existe lesión concomitante del mismo, siempre y cuando se conserve una buena agudeza visual, con campo visual normal.

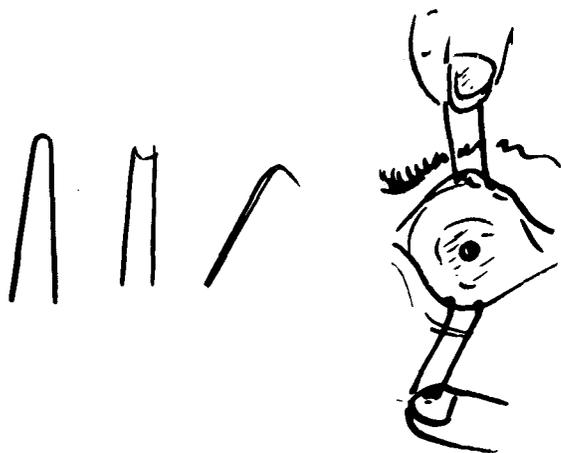


Fig. 1.— Improvisación de unas valvas atraumáticas para separar los párpados mediante una aguja de moño.

Aparte las lesiones del globo ocular, las contusiones superciliares pueden presentar como complicación la *ptosis palpebral*. Esta ptosis se hace patente una vez ha desaparecido el edema y el hematoma y es debida a la afectación del músculo elevador del párpado, cuyas relaciones con la región orbitaria superior son íntimas. Es necesario saber diferenciar entre la ptosis por lesión del elevador, de la debida a la lesión del motor ocular común, frecuente en los traumatismos cráneo-encefálicos, por afectación del mismo a nivel de la punta del peñasco del temporal; esta última se acompaña de midriasis y desviación del globo ocular hacia fuera.

En las contusiones de primer y de segundo grado se seguirán las normas clásicas de tratamiento, ligera compresión y frío durante las primeras horas; últimamente el arsenal terapéutico se ha enriquecido con la introducción de preparados derivados de la carolea papaya,

por vía general, cuya acción es en ocasiones espectacular. Las contusiones de tercer grado deben tratarse con las mismas técnicas que se citarán a propósito de las heridas, con lo cual se acorta el curso postoperatorio y se evitan cicatrices viciosas.

B) *Heridas*. — La mayoría de veces son heridas contusas y su mecanismo de producción es similar al de las contusiones, debido a lo cual se caracterizan por estar situadas a nivel de la arcada orbitaria, ser más extensas en su parte profunda y presentar unos bordes poco separados, quedando incluso en ocasiones zonas de tejido no seccionado. Es importante conocer esta mayor afectación en profundidad para no menospreciarlas y efectuar el tratamiento correcto.

El edema y equimosis no acostumbran a ser tan aparatosos como los debidos a las contusiones y en cuanto a las complicaciones no difieren a las ya expuestas en el anterior apartado.

A pesar de la poca importancia, no cierta, que se da a estas heridas, es necesario tratarlas siguiendo las normas de técnica más estricta ya que con facilidad se profunden deformida- que por refracción cicatricial que provocan trastornos funcionales y estéticos. En los boxeadores deben extremarse las precauciones del tratamiento, ya que con ello se evita que posteriormente, ante nuevos e inevitables traumatismos, se reproduzcan fácilmente las lesiones. Por todo lo expuesto, deben proscribirse terminantemente los agrafes como material de sutura.

El tratamiento consistirá en la limpieza quirúrgica, previo rasurado y anestesia local de la región, efectuando una correcta exeresis ósea subyacente, visual o táctil, para descubrir posibles fracturas de reborde orbitario y se procederá a la sutura con puntos sueltos simples que afronten perfectamente los bordes. Es aconsejable la utilización de seda fina atraumática y la prodigalidad en el número de puntos a colocar.

PARPADOS. — Los traumáticos deportivos de los párpados comprenden las contusiones y las heridas.

A) *Contusiones*. — Las contusiones se acompañan frecuentemente de equimosis y hematomas, pues debido a la laxitud de los tejidos palpebrales, la más mínima rotura vascular, provoca la infiltración sanguínea. Los párpados aparecen violáceos, hinchados, hasta llegar incluso a imposibilitar la apertura palpebral.

La significación de los equimosis y hematomas palpebrales es variable.

1. La mayoría de las veces traducen una contusión directa de los tejidos palpebrales, apareciendo inmediatamente después del golpe. Estos hematomas, sobrepasan los límites de los párpados y tienden a difundirse hacia la mejilla y en ocasiones hacia el lado opuesto, adoptando la llamada forma de «hematoma en antifaz»; es habitual la infiltración de la conjuntiva bulbar (fig. 2).

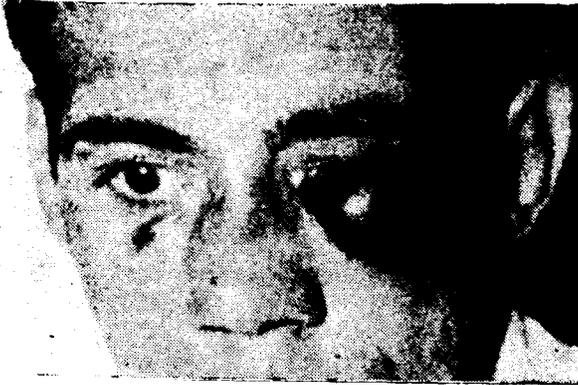


Fig. 2. — Hematoma palpebral por contusión directa, en un boxeador.

2. Los hematomas u equimosis traducen en ocasiones una lesión ósea profunda; en estos casos aparece más tardíamente y es posible hallar, por cuidadosa exploración, un punto de dolor selectivo a nivel del reborde orbitario, que indica la localización de la presunta fractura, generalmente no tributaria de tratamiento especial.

3. No es raro que una fractura de base de cráneo, compartimiento interior, se manifieste por la aparición más o menos precoz, entre 24 y 48 horas, de una equimosis palpebral (fig. 3).



Fig. 3. — Equimosis palpebral por fractura del compartimento anterior de la base del cráneo.

la cual se inicia por la conjuntiva bulbar y se extiende progresivamente hacia el párpado inferior y posteriormente al superior. Para el diagnóstico diferencial de estos equimosis y los debidos a contusión directa, es preciso conocer que los primeros se circunscriben únicamente a los párpados, por no sobrepasar la aponeurosis palpebral y que la afectación conjuntival es constante; este equimosis conjuntival es característico que se extienda hacia atrás, dada la procedencia del contenido hemático.

En cuanto al tratamiento de estos equimosis y hematoma por contusión de los párpados, únicamente es aconsejable efectuar una terapéutica a base de compresas frías y preparados que influyan en la reabsorción. En todos los casos, al igual que en las lesiones superciliares, es preciso descartar la existencia de lesión ocular, para lo cual se recomiendan las normas ya citadas. Se ha recomendado la inyección local de hialuronidasa, con objeto de acelerar la reabsorción hemática. Creemos que esta técnica aplicada precozmente deberá limitarse a casos muy especiales; estando contraindicada en aquellos individuos que inevitablemente deben sufrir nuevos e inmediatos traumatismos y en todos aquellos en los cuales no se ha realizado un correcto diagnóstico de la procedencia del hematoma. La aplicación tardía de la hialuronidasa local, tendrá indicación en los casos en los cuales la reabsorción espontánea no se realice con la rapidez normal.

En los párpados puede coleccionarse también aire, produciéndose el enfisema palpebral. Esta curiosa afección aparece posteriormente a un traumatismo cráneo-facial, a consecuencia del cual se fractura el seno frontal o más corrientemente la lámina papirácea del etmoides; se trata de fracturas inapreciables radiográficamente y cuya única manifestación es el enfisema, que no aparece inmediatamente después del traumatismo sino en ocasión de sonarse y hacerlo con oclusión total de los orificios nasales. La hipertensión, hace penetrar el aire rápidamente hacia el párpado, generalmente el superior, a través de la solución de continuidad ósea. Con bastante rapidez también, al presionar el párpado desaparece la tumefacción, percibiéndose claramente la clásica «crepitación de nieve». Como única medida terapéutica, se recomendará al lesionado se abstenga de sonarse durante ocho o diez días (fig. 4).

B) *Heridas.* — Las heridas palpebrales son generalmente causadas por agentes vulnerantes, que en deporte son los útiles deportivos, los dedos y uñas de la mano de los otros deportistas e incluso el calzado.

La situación de los párpados, permite hacerse cargo fácilmente de la importancia y naturaleza de la lesión, pero algunas veces es necesaria la eversión del párpado para darse cuenta de la profundidad de una herida; este movimiento en ocasiones es difícil de realizar por el edema y hematoma existentes.

Pueden distinguirse dos tipos de heridas: superficiales y profundas.

Las heridas superficiales lesionan únicamente la piel y el orbicular de los párpados, pudiendo existir varios grados y tipos de afectación según la dirección de la herida y su carácter lineal o estrellado, que se acompaña, en ocasiones, de pérdida de sustancia.

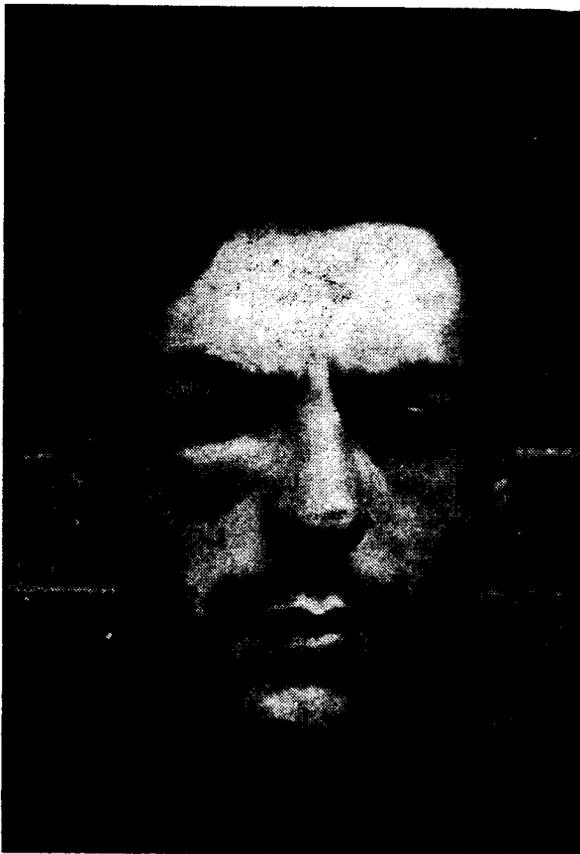


Fig. 4. — Enfisema palpebral aparecido posteriormente a un cabezazo contra otro jugador durante un partido de fútbol.

Las heridas profundas afectan la totalidad de los tejidos palpebrales. Si el borde libre se halla lesionado, los labios de la herida se separan por la acción del orbicular de los párpados,

dando la impresión de que existe pérdida de sustancia importante. Es de interés valorar cuidadosamente la extensión de la pérdida de sustancia, cuando existe, ya que si excede a la cuarta parte de la longitud total del párpado, la reparación quirúrgica precisa ser efectuada mediante técnicas especiales (blefaroplastias). Según la topografía, pueden distinguirse heridas medias, angulares externas o internas y totales, lo cual tiene interés con vistas al pronóstico.

El pronóstico de estas heridas profundas, si no son tratadas correctamente, es muy desfavorable ya que en la piel se produce una cicatrización fibrosa, el orbicular de los párpados se debilita o pierde su función y la conjuntiva destruida es capaz de determinar adherencias profundas (sinblefaron). Con un tratamiento correcto el pronóstico está en relación con la localización, pudiendo considerarse como de buen pronóstico las heridas medias y angulares externas, siendo más desfavorables las angulares internas por la presencia de los canalículos lagrimales, las comisurales por la posible afectación de los ligamentos palpebrales, y las totales por la mutilación que comportan.

Brevemente nos referiremos a las características de la lesión por palo de esquí, típicamente deportiva, según PILLAT que ha estudiado esta lesión. Se trata de una herida orbital contusa acompañada de un desgarramiento calpebral, que viniendo del ángulo interno del ojo discurre en forma de arco hacia abajo y afuera.

En el tratamiento distinguiremos entre las heridas superficiales y las profundas.

Heridas superficiales. — En general no precisan ningún tratamiento aun en los casos con pequeñas pérdidas de sustancia. La reparación es rápida y sin complicaciones y para lograrla basta la oclusión monocular para impedir la movilización palpebral durante 2 ó 3 días. Sin embargo no puede considerarse contraindicada la colocación de algún punto de seda atraumática, en los casos que existe tendencia a la eversión de los bordes, en heridas de aireación vertical.

Heridas profundas. — El tratamiento de estas heridas, deberá efectuarse con carácter urgente, siempre bajo anestesia; de realizarse con anestesia local se recomienda infiltrar a cierta distancia del párpado, restringiendo al máximo la cantidad de anestésico, para lo cual es útil la adición de hialuronidasa, para evitar el aumento de la tumefacción que dificultaría la reparación. La limpieza quirúrgica será cuidadosa,

respetando todo lo conservable y evitando escisiones amplias. La sutura de los bordes será realizada inmediatamente, con el afrontamiento más exacto posible y aquellos casos que precisen para su reparación técnicas especiales (blefaroplastias, plastias mucosas o blefaropoyesis) serán remitidos con urgencia al especialista adecuado, ya que es preciso lograr prontamente una buena cubierta cutánea; esta cubierta, evita las complicaciones infectivas, las cicatrices viciosas y acorta el tiempo de curación.

En las heridas lineales, tanto transversales como horizontales, bastará una sutura con seda atraumática, lo más rica posible, colocada a puntos sueltos, que serán retirados alrededor de los seis días. En las heridas anfractuosas, con pérdida de sustancia inferior a la cuarta parte de la extensión del párpado, se procurará afrontar sin tensión los tejidos aprovechando al máximo los pequeños colgajos existentes, ya que la buena irrigación de la región coadyuda a la bondad de los resultados. Si se observa la sección de los canaliculos lagrimales, hay que intentar la reparación de los mismos, lo cual aparte de ser dificultoso, pocas veces logra un resultado funcional satisfactorio, aún con técnicas especializadas.

En las heridas que afectan el borde libre, es necesario conocer que de la buena colocación de un punto depende la obtención de un buen resultado; este punto clave, se situará en el mismo borde libre y por detrás de la implantación de las pestañas y su cometido, será el de lograr el correcto afrontamiento a este nivel de los bordes de la herida; este punto será el primero en ser colocado, única forma de realizarlo con facilidad y servirá después como fia-

dor para el resto de la sutura, siendo también el último en ser retirado (fig. 5).

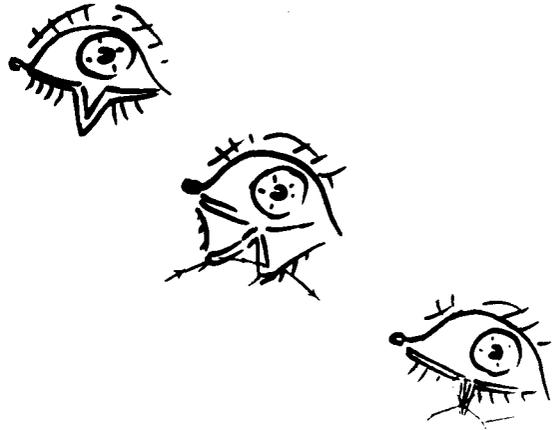


Fig. 5.— Situación en que debe colocarse el punto fundamental en las heridas palpebrales que afectan el borde libre.

Una vez realizada la sutura de estas heridas profundas, es aconsejable la colocación de un apósito monocular, ligeramente compresivo, previa lubricación del ojo con una pomada anti-biótica, (cloramfenicol, principalmente). Este apósito se renovará cada 48 horas hasta la extracción de los puntos.

La administración de antibióticos se subordinará a las características de la herida, no así la de S.A.T. que consideramos imprescindible en toda lesión.

