

Actualización: Epistaxis

Epistaxis

Jorge Kontos*

Resumen

La epistaxis, problema de frecuente manejo en atención primaria, suele ser un proceso banal y autolimitado, aunque a veces puede ser difícil de controlar e incluso, comprometer el estado general del paciente. En este artículo el autor enumera sus principales causas y las indicación de estudios complementarios. Además, busca conocer la evidencia actual sobre las diferentes opciones de tratamiento en niños y adultos, en el consultorio y/o sala de emergencias, así como la necesidad de consulta con el especialista. Se detallan los pasos a seguir para su control efectivo mediante el taponamiento nasal y/o la cauterización química o eléctrica. Por último, se detallan las indicaciones generales al alta del paciente.

Abstract

Epistaxis, an autolimited and primary care frequently managed process, occasionally can be difficult to control, and can compromise the state of the patient. In this article the author enumerates the main causes and indications of complementary studies. Moreover, the article looks for recent evidence about the different treatment options for adult and pediatric patients in the office and/or the emergency room. It also considers the need for a specialized follow-up. Then describes the main steps for an effective control of epistaxis by means of nasal packing or chemical/electrical cautery. Finally the general discharge indications for the patients are detailed.

Palabras claves: epistaxis, cauterización, taponaje nasal. **Key words:** cautery, nasal packing.

Kontos J. Epistaxis. Evid. actual. práct. ambul; 10(4): 115-117 Jul-Ago 2007.

Introducción

El término epistaxis define a toda hemorragia proveniente de fosas nasales. Deriva del griego y significa "que fluye gota a gota". Por lo general es un proceso banal y autolimitado, fácilmente manejado desde la atención primaria, pero a veces puede comprometer el estado general del paciente, principalmente en mayores, en los que siempre hay que estar atentos. Constituye el motivo de consulta otorrinolaringológico (ORL) más frecuente¹. Datos de algunos estudios informan que el 60-70% de la población padeció epistaxis al menos una vez en su vida, aunque solo un 10% de los afectados buscó atención

médica². Su incidencia es máxima en los niños, adolescentes y ancianos, mayoritariamente de sexo masculino. Se observan variaciones estacionales, con mayor incidencia de episodios durante los meses de invierno (relacionados con infecciones respiratorias altas)³, así como también cambios circadianos⁴.

Etiología

Dentro de las causas posibles, estas pueden clasificarse teniendo en cuenta un criterio fisiopatológico o anatómico^{1,5-12}.

Tabla 1: clasificación de la epistaxis según el mecanismo de sangrado.

	Mecanismos	Causas y comentarios
Locales	Traumático	Introducción de dedos en fosa nasal
Acción directa sobre la mucosa nasal	Inflamatorio	Rinitis alérgica o viral, sinusitis, granuloma teleangiectasio septal
	Cuerpo extraño	Sospecharlo ante rinorrea purulenta fétida unilateral
	Vasodilatación	En verano y por exposición al sol
	Neoplasias	Pólipos, fibroangiomas
	Ulceración	Úlcera trófica idiopática, uso crónico de aerosoles para el tratamiento de la rinitis crónica
	Postquirúrgico	Polipectomias, septoplastia, punción sinusal
	Enfermedades específicas	Lepra, leishmaniasis, sífilis, micosis, rinoscleroma
Generales	Enfermedades febriles	Generan congestión y desecación de las mucosas
Enfermedades que modifican las estructuras normales de las mucosas, los vasos que las irrigan o los factores de coagulación	Vasculopatías	Cualquier enfermedad que provoque fragilidad vascular, sea de capilares o grandes vasos
	Enfermedades hematológicas	Leucemias, Purpuras (Enf. de Rendu Osler Weber), Enf. de Von Willebrand, hemofilia
	Fármacos y drogas	Anticoagulantes, Alcohol
	Enfermedades endocrinológicas	Diabetes, feocromocitoma
	Otros	Embarazo, aire seco, desviación septal severa, irritantes químicos, contaminación ambiental, esfuerzos físicos

La evidencia que asocia la hipertensión arterial y el uso de aspirina con a un riesgo incrementado de epistaxis es controvertida, por lo cual no se la ha incluido en el listado anterior.

Tabla 2: clasificación de la epistaxis según el sitio de sangrado.

Epistaxis anterior	El sangrado se origina en el plexo de Kiesselbach, área formada por anastomosis de ramas de la arteria carótida externa; la hemorragia sale al exterior por los orificios nasales. Es la forma de presentación más frecuente en adultos y niños.
Epistaxis posterior	Se origina en ramas posterolaterales de la arteria esfenopalatina y arterias etmoidales. Se manifiesta por sangrado que fluye por las coanas, presentando un control más problemático.

* Médico de Familia. Equipo de Salud Familiar Hospital Rawson. Provincia de Córdoba. jorgekontos@yahoo.com.ar

Evaluación y manejo inicial

Se deben conocer los antecedentes personales del paciente, interrogando sobre las circunstancias de aparición, duración, volumen y frecuencia del sangrado. Es importante valorar el estado hemodinámico del paciente, controlando la tensión arterial y frecuencia cardíaca. Si la epistaxis fue prolongada o se considera que el paciente lo requiere, se colocará una vía de perfusión intravenosa. Puede solicitarse en este caso hematocrito, pruebas de coagulación y recuento de plaquetas. No olvidar las medidas de bioseguridad, usando siempre guantes y gafas protectoras.

Debemos tranquilizar al paciente y la familia, y administrar de ser necesario, una pequeña dosis de ansiolíticos teniendo precaución en pacientes etilistas y con apnea del sueño. En niños hospitalizados como consecuencia de hemorragia severa, los estudios concluyen que la epistaxis aguda no es, en la mayoría de los casos, marcador de un desorden de la coagulación y que su resolución requiere una mínima intervención del médico¹³. Se debe actuar con serenidad y rapidez. La nasofaringe se debe anestésiar con dos torundas de algodón embebidas en lidocaína y epinefrina. Se coloca al paciente con la cabeza apoyada, restringiendo los movimientos de la misma, siendo fundamental una buena iluminación.

El paciente debe escupir la sangre de la faringe para evitar que esta provoque náuseas al ser tragada. A continuación, para detectar el sitio de sangrado y diferenciar epistaxis de una hematemesis o hemoptisis (por rotura de varices esofágicas o tumores naso-faríngeo-laríngeos) se practicará una rinoscopia anterior, que se puede realizar con un otoscopio si no disponemos de un espejuelo nasal. Se debe observar al plexo de Kiesselbach, buscar úlceras, excoriaciones o erosiones. Se puede remover el coágulo con suavidad por medio de una torunda para diferenciar el origen del sangrado¹⁴, también se le puede pedir al paciente que suavemente se suene la nariz para eliminar coágulos y facilitar el examen.

Tratamiento

Epistaxis anterior

Aun no existe consenso sobre cual es la práctica más efectiva para el tratamiento de la epistaxis, creemos que debe basarse en la experiencia del profesional con las diferentes técnicas y en los recursos disponibles en el lugar de trabajo. Presentamos a continuación diferentes alternativas.

Luego de haber realizado limpieza con aspirador (si se dispone de éste), se realiza compresión digital externa sobre las alas nasales durante cinco a diez minutos. Si el sangrado no cede se puede colocar un algodón empapado en agua oxigenada. Otras opciones son la colocación de oximetazolina al 0,05% o lidocaína al 2% con adrenalina 1:1000¹⁵ sin embargo esta última técnica no tiene evidencia sólida que la avale. Se vuelve a aplicar presión externa y se deja colocado el apósito por 15 minutos. Si luego de varios intentos no cesa el sangrado se procederá a realizar un taponamiento anterior.

Taponamiento anterior: es el tratamiento de elección en las salas de urgencia ante casos de sangrado recurrente¹³. Lo realizaremos con tiras de gasa normal de 10 cm de longitud impregnadas con vaselina estéril o pomada antibiótica. Hay que dejar un cabo de gasa colgando en el exterior de la fosa nasal el cual se sujeta con la mano izquierda, mientras que con unas pinzas de bayoneta, se dispone la gasa del suelo al techo y de atrás hacia delante (como un "acordeón") lo más ajustada

posible y rellenando la cavidad con la mayor cantidad de gasa entrante. El extremo sujeto con la mano izquierda es el último en introducirse, evitando así el deslizamiento de la gasa a rino-faringe. Por el exterior se debe fijar la gasa evitando la expulsión del tapón.

Si se dispone de la esponja Meroceol®, cuya colocación es más rápida, primero se hace sonar cada fosa nasal, para luego insertar la esponja y seguidamente humedecerla con suero fisiológico hasta taponar totalmente la cavidad, a la que se amolda. Valoraremos varias veces la faringe asegurándonos de la ausencia de sangrado posterior. Es posible que sea necesario el taponamiento bilateral en caso que el sangrado persista a pesar del tratamiento inicial. Si a pesar de esta maniobra el sangrado continúa, la probabilidad de que el sangrado sea posterior aumenta enormemente, ya que el taponamiento en sangrado anterior tiene una efectividad de 90 a 95%. En estos casos es necesaria la consulta con el especialista en otorrinolaringología (ORL).

Se debe informar al paciente de las posibles molestias, las más frecuentes son: cefalea, sequedad bucal y epifora. En pacientes con patología pulmonar asociada se debe tener una mayor precaución por el riesgo de hipoxia.

Si los signos vitales y la función respiratoria son normales, el paciente debe ser citado con el especialista en 24 a 48 horas para control. El taponamiento se retira ambulatoriamente en 48 horas, aunque en ocasiones y sobre todo en anticoagulados, se deja de cuatro a siete días.

La incidencia del síndrome de shock tóxico en taponamientos anteriores no se conoce, no obstante se recomienda indicar un agente antiestafilococcico resistente a la penicilasa como amoxicilina mas ácido clavulánico (875mg/125mg) o trimetoprima-sulfametoxazol (800mg/160mg) en pacientes alérgicos durante la permanencia del taponaje¹³.

Cauterización: representa un tratamiento alternativo. Se puede hacer en forma química o eléctrica. La primera se logra utilizando nitrato de plata o, a veces, ácido tricloroacético. En el primer caso se coloca sobre una llama la punta de un portaalgodón y se toca con este una barra de nitrato de plata formando una perla. Se coloca entonces el aplicador en pequeñas áreas alrededor de la zona sangrante (esta sangrante no puede ser cauterizada directamente); se producirá una escara blanca. Se debe evitar la propagación del nitrato ya que puede provocar sinequias. En caso de ser necesaria su neutralización, se utiliza solución fisiológica. No hay diferencias de efectividad entre el procedimiento descripto y la cauterización eléctrica; esta última tampoco funciona en zonas húmedas.

Aun no contamos con evidencia sólida para recomendar una u otra técnica en pacientes con epistaxis anterior¹⁶, pero queda claro que el uso de la cauterización química o eléctrica requiere de personal entrenado lo cual no es muy común en las salas de emergencias, mientras que el taponamiento es más fácil de realizar por personal no entrenado pero es mas incomodo para el paciente.

Epistaxis posterior

El tratamiento de la hemorragia posterior es diferente y se basa en el principio de taponamiento mediante la introducción de una sonda foley (nº14) a la que se le corta la punta para evitar daño de las estructuras mucosas. Con esta se avanza por el piso de la nariz hasta hacerla visible en la boca, detrás del velo del paladar. Entonces se infla el balón con solución salina (5-7 cc.), y luego se retrae el catéter para que adhiera a la zona posterior de la nasofaringe. Finalmente se llena completamente el

balón con 5 cc mas. Si el paciente refiere dolor o distensión del paladar blando significa que este se encuentra sobreinflado. El catéter debe ser clampeado con una pinza umbilical, evitando la presión excesiva sobre el ala de la nariz para evitar necrosis. En los casos de falla a los tratamientos anteriormente descritos, se puede optar por alternativas quirúrgicas como la ligadura de la arteria maxilar interna o la arteria esfenopalatina, que se pueden realizar por vía endoscópica¹⁷. Otro procedimiento es la embolización con tasas de éxito del 90%¹⁸.

Se deberá considerar la internación en los pacientes que poco probablemente vuelvan a control, ya que la retención prolongada del catéter puede llevar necrosis de los tejidos, síndrome de shock tóxico, infecciones nasolacrimales y sinusales, y expulsión entre otras complicaciones potenciales.

Seguimiento

Los pacientes con un primer episodio de epistaxis sin complicaciones pueden ser controlados en 48 a 72 horas por el especialista en ORL. En ese momento se puede llevar a cabo un

examen más minucioso para detectar causas que se puedan haber pasado por alto.

Recomendaciones generales al alta

- Ingerir una dieta blanda y fría.
- Mantener una posición de sentado o semi-incorporado en cama.
- No realizar actividad física por unos días.
- Evitar estornudar enérgicamente y no limpiarse la nariz por unos días.
- En niños, cortar las uñas con frecuencia.
- Ante una nueva epistaxis, aplicar hielo protegido por un paño en la zona de la nuca o masticar hielo (produce vasoconstricción refleja) y colocar una gasa o algodón impregnados en agua oxigenada en la fosa nasal, comprimiendo digitalmente las alas de la nariz durante cinco a diez minutos, en forma firme y constante.
- Si el sangrado no cede, se asocia a un problema respiratorio, o hay un cuerpo extraño acudir al centro asistencial¹⁹.

Recibido el 02/05/07 y aceptado el 19/07/07

Bibliografía

1. Kotecha B, Fowler S, Harkness P, et al. Management of epistaxis: A national survey. *Ann R Coll Surg Engl* 1996; 78:444.
2. Petruson B, Rudin R. The frequency of epistaxis in a male population sample. *Rhinology* 1975; 13:129.
3. Nunez DA, McClymont LG, Evans RA. Epistaxis: A study of the relationship with weather. *Clin Otolaryngol* 1990; 15:49.
4. Manfredini R, Portaluppi RF, Salmi R. Circadian variation in onset of epistaxis: analysis of hospital admissions. *BMJ* 2000;321:1112.
5. Druce HM, Spector SL, Fireman P, et al. Double-blind study of intranasal ipratropium bromide in nonallergic perennial rhinitis. *Ann Allergy* 1992; 69:53
6. Beran M, Petruson B. Occurrence of epistaxis in habitual nose-bleeders and analysis of some etiological factors. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec* 1986; 48:297.
7. Schaitkin B, Strauss M, Houck JR. Epistaxis: Medical versus surgical therapy: A comparison of efficacy, complications, and economic considerations. *Laryngoscope* 1987; 97:1392
8. Lubianca Neto JF, Fuchs FD, Facco SR, et al. Is epistaxis evidence of end-organ damage in patients with hypertension?. *Laryngoscope* 1999; 109:1111.
9. Shah RK, Dhingra JK, Shapshay SM. Hereditary hemorrhagic telangiectasia: A review of 76 cases. *Laryngoscope* 2002; 112:767.
10. Fiorella ML, Ross D, Henderson KJ, White RI Jr. Outcome of septal dermoplasty in patients with hereditary hemorrhagic telangiectasia. *Laryngoscope* 2005; 115:301.
11. McGarry GW, Gatehouse S, Hinnie J. Relation between alcohol and nose bleeds. *BMJ* 1994; 309:640.
12. Hart RG, Pearce A. In vivo antithrombotic effect of aspirin: Dose versus nongastrointestinal bleeding [letter]. *Stroke* 1993; 24:138.
13. Bronwn N, Berkowitz R. Epistaxis in healthy children requiring hospital admission. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2004 Sep;68(9):1181-4
14. Manthey DE, Harrison BP. Otolaryngologic procedures. In: *Clinical Procedures in Emergency Medicine*, JR Roberts and JR Hedges (eds), WB Saunders, Philadelphia 1998, p 1135.
15. Alvi A, Joyner-Triplett N. Acute epistaxis. How to spot the source and stop the flow. *Postgrad Med* 1996; 99:83.
16. Toner JG, Walby AP. Comparison of electro and chemical cautery in the treatment of anterior epistaxis. *J Laryngol Otol* 1990;104:617-618.
17. Umaphaty N, Quadri A., Skinner DW. Persistent epistaxis: what is the best practice?. *Rhinology* 2005 Dec;43(4):305-8
18. Elden L, Montanera W, Terbrugge K, et al. Angiographic embolization for the treatment of epistaxis: A review of 108 cases. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1994; 111:44.
19. Garcia Vicente S, Baixauli Rubio A. *Guías Clínicas Epistaxis* fisterra 2004;4(48) Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/epistaxis.asp>

