

EPISTAXIS

Aurtor

Dra. Centeno Carmen Victoria M.P.N° 18351/6

Esp. en O.R.L. M.E.N° 5766

Integrante del Comité de Contralor de O.R.L. del CMPC

1. DEFINICION

Se llama epistaxis a la hemorragia proveniente de las fosas nasales que se exterioriza por los orificios anteriores y posteriores.

2. CUADRO CLÍNICO**Clasificación**

- **Según su etiología:**
 - a) Causas Locales, b) Causas Generales.
- **Según su localización:**
 - a) Anteriores, b) Posteriores.
- **Según su frecuencia:**
 - a) Aisladas (única), b) Reiterativas.
- **Según su repercusión general:**
 - a) Sin repercusión, b) Con repercusión.

Según Etiología:

a) Causas locales o de acción directa sobre la mucosa nasal:

- Traumatismos:
 - Internos: Se observa en niños por acción de rascado con el dedo. Costras. Hábito.
 - Externos: Golpes sobre la pirámide nasal.
- Inflamaciones: Rinitis y sinusitis, granuloma telangiectasico septal.
- Cuerpos extraños
- Vasodilatación, exposición prolongada al sol.
- Tumores benignos y malignos.
- Úlcera trófica simple o idiopática.
- Postquirúrgicas: Polipectomía, septumplastía, punción.
- Enfermedades específicas:
 - Leishmaniasis. Lesiones vegetantes en el tabique pueden ulcerar y sangrar.
 - Sífilis terciaria. Produce destrucción de huesos propios y tabique.
 - Lepra. Se manifiesta como una rinitis atrófica.
 - Micosis. Paracoccidioidomicosis, histoplasmosis nasooral rinosporidiosis.
 - Rinoscleroma. Rinitis atrófica simple, se extiende a labio superior y pirámide nasal.
- Lesiones químicas, quemaduras, etc.

b) Causas Generales:

Enfermedades que modifican estructuras normales de la mucosas y vasos sanguíneos o de los factores de coagulación:

- Hipertensión arterial, es la causa más frecuente
- Enfermedades febriles en general, período agudo.
- Vasculopatía, toda que produzca fragilidad vascular.
- Diátesis, leucemias, púrpuras, trastornos en la coagulación, hemofilia, insuficiencias hepática, anticoagulantes.
- Enfermedades profesionales, etc.

Según localización:

a) Anteriores:

La región sangrante más frecuente es la zona anterior del tabique nasal (área de Kiesselbach). piso de las fosas nasales, cornetes. Muchas veces ceden espontáneamente.

b) Posteriores:

Gran hemorragia por nariz y por boca. La hemorragia se debe a vasos de mayor calibre, como los troncos de la arteria esfenopalatina. Compromete el estado general del paciente y puede llevarlo a la muerte.

Según frecuencias:

a) Únicas

b) Reiterativas

Según repercusión:

a) Sin repercusión

b) Con repercusión

Se valorará la sangre perdida.

Las causas.

Otras patologías agregadas.

La posibilidad terapéutica: Local y general.

Diagnóstico

El diagnóstico de epistaxis es objetivo.

La anamnesis se realiza de la siguiente forma:

-Cómo y cuando empezó.

-Estimar la sangre que hubiere perdido por hemorragia anterior, o tragado (vómito o melena).

-Si es el primer episodio o no.

-Si hubo otros, describase si hubo tratamiento del estado general o no.

Si hubo tratamiento antes de nuestra intervención y cuál fue.

Si hubo traumatismo.

Antecedentes de obstrucción nasal.

3. ESTUDIOS A SOLICITAR

a) Obligatorios en casos sin repercusión general:

Valoración de signos vitales, examen clínico general, hematocrito, coagulación.

b) Obligatorios: En casos con repercusión general:

- Valoración de signos vitales.

Examen clínico general.

Hematocrito.

- Estudios de coagulación.

- TAC de senos paranasales

Laboratorios completo.

Interconsultar: Cardiólogo, Hematólogo, etc..

Exámenes a realizar

- Rinolaringofibroscopia
- Rinoscopia anterior.
- Examen de la faringe.

4. NIVELES DE ATENCIÓN

Primer nivel

En casos con repercusión general:

A sala:

El criterio de internación de un enfermo en sala se resolverá sobre los valores de análisis hematológicos teniendo en cuenta la necesidad de reponer la volemia del enfermo; como el tratamiento de la anemia que pudiera haber provocado la epistaxis o el tratamiento de la enfermedad de base que la produjo, etc.

Segundo nivel

En casos en que la hemorragia haya comprometido el medio interno de tal forma que se produzca un shock hipovolémico o el tratamiento de su enfermedad de base así lo requiera. (Hipertensión arterial, insuficiencia hepática, discrasias sanguíneas, traumatismos faciales importantes y graves, etc.).

Tratamiento

Específico:

a) Epistaxis anterior.

Si visualiza el vaso sangrante y está capacitado y tiene los elementos necesarios:

- a) Cauterización química con nitrato de plata.
- b) Cauterización galvánica (Galvanocauterio).

- Si no se puede cumplimentar el punto anterior: Taponamiento anterior. Si cohibe la hemorragia, dejar 48 hs.
- Si continúa el sangrado: Taponamiento pósterioanterior.
- Si continúa el sangrado: derivar.

b) Epistaxis posterior

Taponamiento postero anterior:

- Con sonda de Foley.
- Con gasa.

Si continúa el sangrado revisar.

Pensar en otra causa de sangrado extranasal.

Interconsulta. Valorar la necesidad, según el estado general, de realizar tratamiento quirúrgico de urgencia (ligadura de la carótida externa en primera instancia y en medio no especializado) o derivar el caso bajo control.

En la actualidad, se han reemplazado los taponajes de gasa por tapones inflables con aire, tanto anteriores como anteroposteriores con excelentes resultados por su fácil colocación y extracción.

General:

-*Sintomático:* Hemos de considerar un tratamiento inmediato destinado a restablecer la hemodinamia normal modificada por la hemorragia, o sea la anemia y el shock hipovolémico.

En la hemorragia aguda, si el valor del hematocrito es normal pero hay clínica de hipovolemia y/o anemia, se debe recurrir a la transfusión sanguínea o a los expansores plasmáticos.

Antibioticoterapia.
Analgésicos.

Tratamiento de la patología de base.
Tratamiento higiénico-dietético.

CRITERIOS DE ALTA (por la epistaxis)

Retirado el taponamiento, no hay epistaxis.
Hemodinamicamente compensado.

RECOMENDACIONES AL PACIENTE y AL MEDICO (al egreso)

La principal recomendación que se debe realizar al enfermo es reposo psicofísico y de acuerdo a evolución, durante siete días, evitar la exposición al calor, continuar con el tratamiento establecido y concurrir a los controles. Indicar el tratamiento de emergencia, si vuelve a sangrar, y a quién y en donde puede recurrir si así sucede.

5. BIBLIOGRAFIA

1. Suárez, C.; Gil Carcedo, L. M.; Marco J.; Medina, J.E.; Ortega, P.; Trinidad, J. Tratado de Otorrinolaringología y cirugía de Cabeza y Cuello. 2ª edición. Tomo I. 51: 627-635. 2008
2. Lipari Fiorella, García M, Dolores, Fernández Francisco. ¿Lo sabes todo sobre epistaxis? Rev. de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Vol. 76, nº2. Santiago, ago. 2016. <http://dx.doi.org/10.4067/s0718-48162016000200014>.
3. Martín Bailón María, López Mesa Paula, Dios Laureiro Cristina. Manejo de Epistaxis en pacientes con terapia antitrombótica. Rev. de Otorrinolaringología Vol. 12, nº2. Salamanca, abril 2021. <http://dx.doi.org/10.14201/orl.24097>.
4. Utrera Nicolás, Romero Hugo, Salvo Esperanza, Guana Felipe, Papuzinki Cristián. Epistaxis: Nuevos aspectos a considerar. Rev. Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Vol. 81, nº4. Santiago, diciembre 2021. <http://dx.doi.org/10.4067/s0718-48162021000400605>.