

# BMJ Best Practice

## Epistaxe

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



# Tabela de Conteúdos

<b>Resumo</b>	<b>3</b>
<b>Fundamentos</b>	<b>4</b>
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	5
Classificação	5
<b>Prevenção</b>	<b>7</b>
Prevenção primária	7
Prevenção secundária	7
<b>Diagnóstico</b>	<b>8</b>
Caso clínico	8
Abordagem passo a passo do diagnóstico	8
Fatores de risco	12
Anamnese e exame físico	14
Exames diagnóstico	16
Diagnóstico diferencial	18
Critérios de diagnóstico	18
<b>Tratamento</b>	<b>20</b>
Abordagem passo a passo do tratamento	20
Visão geral do tratamento	30
Opções de tratamento	32
<b>Acompanhamento</b>	<b>39</b>
Recomendações	39
Complicações	40
Prognóstico	42
<b>Nível de evidência</b>	<b>44</b>
<b>Referências</b>	<b>45</b>
<b>Imagens</b>	<b>48</b>
<b>Aviso legal</b>	<b>56</b>

## Resumo

- ◇ Condição comum com uma distribuição etária bimodal, ocorrendo com maior frequência em jovens e idosos.
- ◇ 90% dos casos surgem na área de Little do septo nasal anterior que contém o plexo de Kiesselbach.
- ◇ Os fatores desencadeantes incluem tempo seco e outras causas de inflamação da mucosa nasal ou hiperemia, como alergia, rinite viral, rinossinusite bacteriana, poeira ou substâncias químicas. Embora seja raro, uma neoplasia também pode causar epistaxe.
- ◇ Anestesia tópica e vasoconstricção são essenciais para o tratamento inicial de sangramento ativo. Se as medidas iniciais falharem, quase todos os episódios podem ser controlados com técnicas de estancamento com tampão anterior ou anteroposterior.
- ◇ O sangramento pode ser refratário na presença de coagulopatia.

## Definição

A epistaxe, ou sangramento nasal, é o sangramento da cavidade nasal e/ou da nasofaringe e pode ser classificado como anterior ou posterior.<sup>[1] [2] [3] [4]</sup>

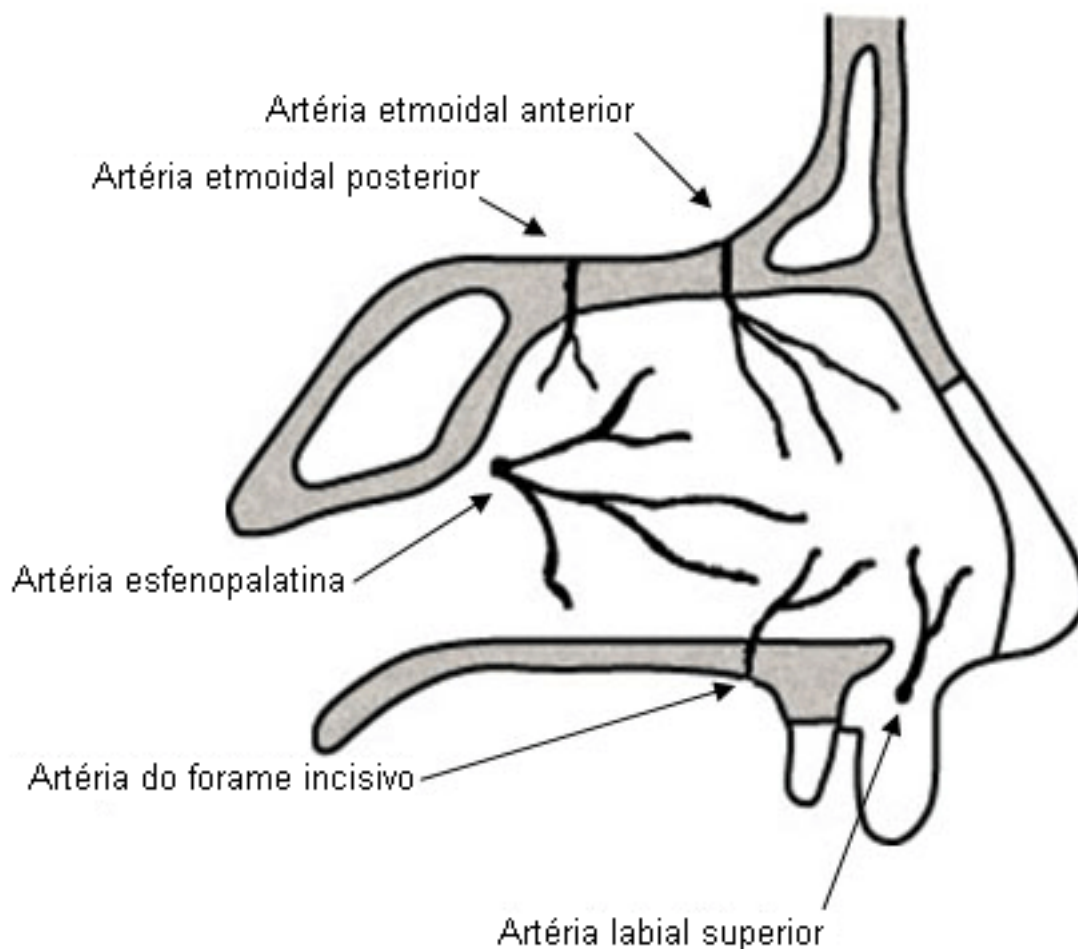
## Epidemiologia

A maioria das pessoas apresentará epistaxe em algum momento da vida. Há uma distribuição etária bimodal com prevalência elevada em crianças e idosos. Não há predileção de raça ou gênero, exceto pelo fato de os homens terem maior probabilidade de sofrer trauma e, assim, há uma probabilidade algo aumentada por meio desse mecanismo.

As epistaxes ocorrem com maior frequência em meses mais frios e secos, e em ambientes menos úmidos. A razão disso é que o ar seco facilita a escoriação e a rachadura da mucosa nasal, o trauma dos vasos e a subsequente epistaxe.<sup>[1] [2] [3] [4] [5]</sup>

## Etiologia

Noventa por cento dos casos de epistaxe são causados por sangramento originado de vasos sanguíneos na área de Little, localizada no septo inferior anterior. Essa área contém uma confluência de vasos de várias origens dentro do nariz, o assim chamado plexo de Kiesselbach.



*Vasculatura nasal demonstrando os vasos que formam o plexo de Kiesselbach*

*Do acervo de David A. Randall, Springfield Ear Nose Throat and Facial Plastic Surgery, MO*

A epistaxe posterior origina-se da cavidade nasal posterior ou da nasofaringe.[3] [4]

Os vasos podem sangrar devido a:

- Comprometimento da mucosa
- Deficiência da vasoconstrição e ativação inadequada do mecanismo de coagulação.

A neoplasia representa uma causa atípica da epistaxe e, caso esteja localizada em um seio paranasal, difícil de encontrar, e inclui:

- Tumores do seio: associados à exposição ao pó de madeira e certas substâncias químicas
- Angiofibroma nasal juvenil: tumor nasofaríngeo raro dos homens jovens, que pode produzir hemorragia posterior significativa.[6] [7]

Adultos com sangramento nasal, frequentemente têm pressão arterial (PA) elevada, embora haja dificuldade para determinar se a hipertensão é um fator causal ou se a PA elevada é secundária à ansiedade. Não há provas conclusivas.[8] [9] [10] [11] [12]

Além disso, também é discutível se a alteração aterosclerótica, secundária à hipertensão, aumenta a fragilidade dos vasos. Assim como a PA elevada prejudica a hemostasia cirúrgica intraoperatória, pode ser razoável inferir que ela prolongaria e pioraria, da mesma forma, o sangramento ativo.[8] [9] [10] [11] [12]

## Fisiopatologia

As demandas fisiológicas do nariz requerem um suprimento de sangue substancial. A perda da integridade da mucosa, por qualquer razão, expõe os vasos subjacentes, os quais podem ser rompidos e sangrar.

A vasoconstrição e a ativação do mecanismo de coagulação normalmente restabelecem a hemostasia. O comprometimento desses processos pode prolongar o sangramento.

## Classificação

### Classificação comumente usada de acordo com o local da fonte de sangramento

Epistaxe anterior:

- É responsável por aproximadamente 90% dos casos de epistaxe
- Geralmente se origina do plexo de Kiesselbach, uma anastomose vascular complexa localizada no septo nasal anterior; essa região é chamada de área de Little.

Epistaxe posterior:

- Origina-se da cavidade nasal posterior ou nasofaringe[3] [4]
- Os vasos nasais e nasofaríngeos posteriores geralmente têm um calibre maior e podem produzir mais sangramento ativo.

## **Classificação comumente usada de acordo com a causa do sangramento**

- Erosão ou lesão da mucosa que resultam em exposição dos vasos sanguíneos e sangramento.
- Fratura ou outro trauma que rompe a mucosa em áreas atípicas do nariz, como a parede nasal lateral com fratura nasal.
- Neoplasia: causa incomum de sangramento nasal. O diagnóstico deve ser considerado quando a epistaxe ocorre sem uma origem típica anterior ou posterior.

## Prevenção primária

As medidas de prevenção primária incluem:

- Evitar cutucar ou esfregar o interior do nariz
- Umidificação caseira
- Aplicação de vaselina, spray de soro fisiológico ou géis nasais de soro fisiológico, a fim de minimizar a escoriação intranasal e, assim, ajudar a preservar a integridade da mucosa.

## Prevenção secundária

As medidas preventivas secundárias são as mesmas que as primárias.

Medidas preventivas adicionais incluem evitar, se possível, medicamentos que prejudicam a coagulação, como medicamentos para a gripe que contêm aspirina e anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), particularmente em pessoas que apresentam epistaxe recorrente. Esses medicamentos não provocam epistaxes, mas podem prolongar o sangramento.

Medicamentos que afetam a coagulação também devem ser evitados, se possível, durante a cicatrização.<sup>[1]</sup>  
<sup>[2]</sup> <sup>[17]</sup>

## Caso clínico

### Caso clínico #1

Uma garota de 7 anos de idade apresenta epistaxe frequente, pior do lado esquerdo. Não há sangramento ativo na apresentação. A mãe relata tratamento prévio com cauterização clínica usando nitrato de prata. Ela está preocupada em ter que repetir a cauterização, já que foi dolorosa para a criança. O exame físico mostra pequenos vasos sanguíneos na maior parte da mucosa septal anterior, bilateralmente.

### Caso clínico #2

Um homem de 50 anos de idade chega ao pronto-socorro com uma epistaxe ativa. O sangramento começou no lado direito, mas agora ele tem sangue em ambas as narinas e também na garganta. Ele carrega uma toalha parcialmente coberta de sangue, que usa para limpar o sangue gotejante do nariz e expectorado da garganta. Ele parece ansioso, com pulsação de 96 bpm e pressão arterial (PA) de 165/95 mmHg.

### Outras apresentações

Raramente, as epistaxes podem drenar posteriormente e causar hemoptise ou hematêmese.

## Abordagem passo a passo do diagnóstico

O diagnóstico de epistaxe geralmente é prontamente visível, já que o paciente manifesta sangramento pelo nariz. Entretanto, às vezes a epistaxe pode ser inicialmente confundida com hematêmese ou hemoptise.

É melhor reunir o equipamento e outros tratamentos necessários antes de iniciar o exame físico, já que o exame físico e o tratamento ocorrem ao mesmo tempo.

### Preparação para avaliação e tratamento da epistaxe aguda

O equipamento apropriado é essencial para a avaliação e o tratamento da epistaxe. Várias medidas iniciais são necessárias como preparação para a avaliação do paciente:

- A equipe médica deve usar luvas, óculos de segurança e roupas protetoras
- As roupas do paciente devem ser cobertas com uma bata para evitar manchas
- O paciente recebe um grande balde ou bacia, além de lenços de papel absorventes para coletar o sangue
- O paciente se senta em posição ereta e pode inclinar-se para frente ou para trás, seja qual for a posição mais confortável
- Como medida inicial, e enquanto se reúne o equipamento, toda a porção cartilaginosa comprimível inferior do nariz é comprimida para abranger uma potencial fonte de sangramento anterior
- O paciente é solicitado a assoar o nariz para remover coágulos das vias aéreas nasais.

As medidas subsequentes incluem:



- Lanterna de cabeça e aspiração (cânula de aspiração Frazier 12): são essenciais
- Aplicação de um anestésico local misturado com vasoconstritor: facilita a inspeção do nariz enquanto também abrandando a hemorragia
- A identificação de um ponto de sangramento pode ser seguida por aplicação imediata de cauterização com nitrato de prata.

## Considerações de urgência

A epistaxe quase sempre é um processo localizado. Entretanto, o médico deve se lembrar que, em casos muito raros, pode ocorrer anemia ou hipovolemia. Isso é mais provável se:

- Houver sangramento intenso
- O paciente for idoso
- O paciente não passa bem ou está frágil.

Novamente, isso é raro, mas tais pacientes precisam de ressuscitação de urgência. Suplementação com oxigênio, acesso intravenoso, hemograma completo urgente, estudos de coagulação e tipo sanguíneo para transfusão são necessários, juntamente com a manutenção das vias aéreas, da respiração e da circulação (ABC). Esses pacientes podem apresentar:

- Tontura
- Tontura
- Síncope
- Hipotensão
- Taquicardia
- Palidez.

Geralmente, essas medidas não são necessárias para a maioria dos pacientes que apresentam epistaxe.

## Presença de fatores de risco

Fatores de risco fortemente associados à epistaxe incluem: clima seco, baixa umidade, dependência de oxigênio, irritação mecânica no nariz, corpos estranhos intranasais e trauma nasal ou facial. Pode haver história de sangramento excessivo que sugira a possibilidade de uma coagulopatia. Pacientes podem estar tomando medicamentos, incluindo ervas medicinais,<sup>[16]</sup> que atrasam a coagulação ou que interferem com medicamentos anticoagulantes. Os medicamentos antiplaquetários como a aspirina constituem um fator de risco para a epistaxe, e os pacientes que estiverem tomando aspirina precisam de intervenção cirúrgica com maior frequência para estancar o sangramento.<sup>[13]</sup> Deve-se questionar sobre outros sintomas nasais relacionados que possam sugerir rinossinusite bacteriana ou história de pólipos nasais.

Ocasionalmente, a epistaxe pode estar associada a doenças granulomatosas, como a sarcoidose e a granulomatose de Wegener.

## História e quadro clínico da epistaxe aguda

Identificação do local de sangramento:

- Com frequência os pacientes apresentam sangue nos dois lados do nariz, além de sangue escorrendo das narinas e do fundo da garganta

- Deve-se questionar em qual dos lados o sangramento começou, e se teve origem nas narinas anteriores (sugerindo local anterior) ou na garganta (sugerindo local posterior)
- Caso o sangramento ocorra durante o sono ou em posição supina, a maior parte ou todo o sangue é drenado para a garganta, sendo a origem tanto na porção frontal quanto dorsal do nariz
- Embora os pacientes possam sentir que o sangramento tenha se originado no alto ou na parte de trás do nariz, é válido lembrar que 90% das epistaxes ocorrem no septo anterior, apesar da história do paciente
- É importante observar a presença de qualquer desvio de septo. Isso pode aumentar o risco de epistaxe, seja no lado do desvio (por deixar a mucosa septal mais exposta) ou no lado oposto (a mucosa pode se tornar ressecada se esta narina proporcionar a maior parte do fluxo aéreo). O desvio de septo também pode tornar mais difícil a colocação do tampão nasal.

Identificação da causa do sangramento:

- Os fatores de risco fortemente associados à epistaxe precisam ser considerados
- Pode-se pensar em neoplasia (causa extremamente rara de epistaxe) se houver hipoestesia na distribuição do segundo ramo do nervo trigêmeo ou dor na lesão ou na mesma distribuição.

## Exame na epistaxe aguda

- O paciente assoa o nariz gentilmente para limpar o sangue antigo e os coágulos grandes. O exame com luz e espéculo nasal (rinoscopia anterior) é realizado. A sucção nasal com sucção de Frazier facilita a inspeção. Na ausência de espéculo nasal, simplesmente eleve a ponta do nariz com um dedo para ter uma visão razoável da parte frontal da cavidade nasal.
- Um sangramento ativo pode impedir a avaliação. Nesse caso, a vasoconstricção mucosa (descongestionamento) é útil tanto para fins diagnósticos quanto terapêuticos. Um vasoconstritor tópico, como a oximetazolina a 0.05%, pode ser aplicado. Algumas vezes, o sangramento impede a instilação para dentro do nariz. Pode ser necessário alternar rapidamente entre a sucção nasal (ou o ato de assoar do nariz) e a aplicação intranasal desse medicamento. Isso excede a posologia típica apresentada na bula do fabricante. Entretanto, o sangramento ativo impede que a maior parte do medicamento chegue à mucosa. Além disso, essas doses muito mais altas são rotineiramente usadas em cirurgia nasal ou do seio nasal via spray e cotonoides, conforme descrito, sem dificuldade.
- O vasoconstritor também pode ser aplicado abundantemente a faixas de algodão ou a cotonoides neurocirúrgicos, que são colocados no nariz após a aplicação inicial do spray. Tipicamente, 3 faixas de algodão ou cotonoides são colocados em cada lado.

[Fig-2]

- Para o conforto do paciente durante o exame físico e o tratamento subsequentes, é útil a inclusão de um anestésico tópico. Se a fonte do sangramento for visível, pode ser possível o tratamento local. Se a fonte não for visível, um tampão nasal é colocado.
- Se houver suspeita de epistaxe posterior, o exame das cavidades nasais posteriores e da nasofaringe pode ser realizado com um endoscópio rígido de 0-grau e 4 mm ou com um rinolaringoscópio de fibra óptica flexível, dependendo da experiência do médico com cada procedimento. O endoscópio rígido pode ser mais difícil de passar se houver um desvio de septo, mas pode ser usado para o tratamento durante a sucção, já que apenas uma mão é necessária para a operação.

## Investigações para epistaxe aguda

Investigações laboratoriais geralmente não são necessárias, embora possam ser úteis em determinadas circunstâncias específicas:

- O hematócrito ou o hemograma completo devem ser obtidos se houver preocupação em relação a anemia decorrente de sangramento excessivo ou de anormalidade na coagulação
- Estudos de coagulação (tempo de protrombina [TP], tempo de tromboplastina parcial ativada, testes de função plaquetária) só são necessários na presença de persistência atípica, recorrência ou resistência ao tratamento
- Ureia, creatinina sérica e testes da função hepática geralmente são realizados se houver preocupação quanto ao quadro clínico geral do paciente. A insuficiência na função hepática pode resultar em comprometimento da coagulação.

Exames de imagem também não são necessários normalmente, mas são indicados após o controle do sangramento em circunstâncias específicas:

- Se houver suspeita de tumor, uma ressonância nuclear magnética (RNM) deve ser realizada. Ela tem a capacidade de diferenciar os tecidos moles da neoplasia de fluidos (por exemplo, sangue ou muco)
- A tomografia computadorizada (TC) dos seios paranasais é a modalidade de escolha quando a epistaxe é secundária a trauma facial. As estruturas ósseas podem ser visualizadas claramente com a TC facial axial e coronal. O contraste pode ser usado com a TC se houver suspeita de tumor, mas esse tipo de imagem não é tão boa quanto uma RNM, pois exhibe apenas a densidade intermediária do tecido e dos fluidos. Portanto, em geral, ela não é capaz de diferenciar uma sinusite de uma neoplasia
- A radiografia simples do seio nasal exhibe poucas informações, exceto achados inespecíficos de opacificação do seio nasal, e geralmente não é recomendada. Raramente, um achado tardio de erosão óssea ou de deslocamento de um tumor pode ser encontrado.[\[1\]](#) [\[2\]](#) [\[3\]](#) [\[4\]](#) [\[5\]](#)

## Investigações especializadas subsequentes para epistaxe aguda

Não apenas recomenda-se a endoscopia nasal e a nasofaringoscopia quando uma origem óbvia da epistaxe não foi observada, mas elas também são usadas para o exame de tumor. Quando realizadas por um especialista treinado, elas também fornecem a oportunidade de intervenção terapêutica na forma de cauterização endonasal ou ablação por laser (laser para vasos de telangiectasia hemorrágica hereditária). Se houver necessidade de mais que uma simples cauterização da porção anterior ou média do nariz, o procedimento exigirá anestesia geral ou sedação intravenosa.

A angiografia carotídea interna e externa é considerada para casos de epistaxe refratária ou complicada apesar do envolvimento da otorrinolaringologia. Ela é indicada se houver epistaxe persistente apesar do tampão nasal. O suprimento de sangue no nariz é exibido e as anormalidades podem ser identificadas. O procedimento permite a embolização intervencionista dos vasos alimentadores.

## Epistaxe recorrente

O paciente pode apresentar epistaxe recorrente que não está ativa no momento. Esse é um cenário comum em crianças. Os pacientes podem apresentar história de sangramento nos dois lados do nariz. Nesse caso, o médico precisa determinar qual o lado com o pior sangramento, já que este seria o lado

selecionado para a cauterização. O tratamento similar do outro lado precisa ser adiado por cerca de 4 semanas até a cicatrização do primeiro local cauterizado.

Episódios recorrentes também podem ocorrer em pessoas com transtornos da coagulação, neoplasias e telangiectasia hemorrágica hereditária familiar. É necessário colher uma história detalhada e perguntar sobre essas doenças. Se houver suspeita de alguma, são indicadas as investigações apropriadas, conforme descrito no caso de epistaxe aguda.

**[VIDEO: Venopunção e flebotomia – Vídeo de demonstração ]**

## Fatores de risco

### Fortes

#### **tempo seco e baixa umidade**

- Ocorre frequentemente em meses mais frios.
- Pode ressecar a mucosa nasal, resultando em escoriação e rachaduras.
- Os vasos sanguíneos subjacentes são expostos e traumatizados, de modo que podem rachar e sangrar.[1] [2] [3] [4] [5]

#### **dependência de oxigênio**

- O oxigênio via cânulas nasais (particularmente se não umidificadas) pode causar ressecamento do septo nasal anterior.
- As pontas das cânulas podem provocar trauma direto da mucosa quando entram em atrito com a superfície septal.

#### **fratura nasal ou outra fratura facial**

- Podem ocorrer laceração e avulsão dos tecidos intranasais em uma fratura nasal e em um trauma maxilofacial.
- Resultam em locais de sangramento atípicos, como a parede nasal lateral.
- As fraturas faciais (mesmo se sem deslocamento) podem produzir sangramento na mucosa sinusal lacerada.[1] [2] [3] [4] [5]

#### **outros traumas nasais**

- Cutucar o nariz ou o atrito muito vigoroso ao assoar o nariz podem escoriar a mucosa (principalmente no septo).
- Impedem a cicatrização de qualquer lesão existente.

#### **coagulopatia primária (por exemplo, hemofilia)**

- Não é um fator causador primário, mas é clinicamente muito significativo.
- Provoca epistaxe persistente, a qual requer atendimento médico.
- Geralmente recalcitrante no tratamento inicial.

#### **telangiectasia hemorrágica hereditária familiar**

- Condição autossômica dominante.
- Os vasos sanguíneos não têm a camada elástica e muscular normalmente presente em suas paredes.

- Os pacientes apresentam telangiectasias múltiplas em todas as superfícies mucosas aerodigestivas.
- Os vasos não têm a capacidade normal de vasoconstricção na presença de trauma e sangramento.[14] [15]

### **angiofibroma nasal juvenil**

- Doença rara de homens jovens (geralmente adolescentes), com obstrução nasal e epistaxe grave.[6] [7]

## **Fracos**

### **desvio de septo**

- Pode aumentar a probabilidade de epistaxe.
- A mucosa septal pode ser exposta ao ressecamento e à irritação no lado do desvio, se houver uma deflexão anterior acentuada.
- Se o desvio causar obstrução unilateral, o lado contralateral pode apresentar ressecamento, pois ele contém a maioria do fluxo aéreo.[1] [2] [3] [4] [5]

### **corpo estranho no nariz**

- Causa irritação direta.
- Mais comum em crianças e em pessoas com comprometimento cognitivo ou transtornos psiquiátricos.
- Classicamente se manifesta com rinorreia unilateral purulenta em vez de sangramento.
- A inflamação e a ulceração da mucosa podem resultar em sangramento.[1] [2]

### **rinite**

- A rinite alérgica e a rinossinusite infecciosa podem causar hiperemia, estimulando o sangramento.

### **pólipo nasal**

- Produz irritação da mucosa, o que aumenta a vascularidade e a oportunidade de sangramento.
- O trauma em um pólipo ou sua amputação podem causar sangramento.

### **agentes irritantes ambientais**

- A exposição a pó, substâncias químicas e fumaça de cigarro pode resultar em hiperemia, friabilidade e escoriação da mucosa, aumentando o potencial de sangramento.

### **medicamentos nasais tópicos**

- O uso de medicamentos prescritos (por exemplo, corticosteroide nasal) e de drogas ilícitas (por exemplo, cocaína) pode resultar em irritação da mucosa e sangramento.

### **coagulopatia adquirida (por exemplo, pelo uso de aspirina, anticoagulantes, anti-inflamatórios não esteroidais [AINEs])**

- A aspirina demonstrou ser um fator de risco para a epistaxe.[13] Outros agentes que promovem sangramento, como o clopidogrel e a varfarina (especialmente em superdosagem) também podem ser implicados.
- Provoca epistaxe persistente, a qual requer atendimento médico.
- Pode ser recalcitrante no tratamento inicial.

**barotrauma**

- Alterações de pressão, como ocorre durante viagens aéreas ou mergulho, estão associadas à epistaxe.

**ulceração secundária à infecção (por exemplo, herpes-zóster ou infecção bacteriana)**

- Pode haver história pregressa de infecção herpética, se recorrente.
- A cultura de bactérias e vírus pode auxiliar a confirmar o diagnóstico.

**tosse vigorosa**

- Causa incomum de epistaxe.

**neoplasia sinonasal**

- Embora seja raro, pode causar sangramento.
- Associada à exposição a pó de serragem e certas substâncias químicas.[\[3\]](#) [\[4\]](#)
- O exame físico e a endoscopia nasal geralmente se destacam pela ausência de quaisquer vasos evidentes.
- Pode haver algum preenchimento de uma das paredes nasais laterais.

**doença granulomatosa crônica**

- Embora não seja uma causa comum, doenças como granulomatose de Wegener e sarcoidose podem estar associadas à epistaxe.
- Geralmente observada como múltiplos pontos de sangramento em conjunto com alterações disseminadas na mucosa e perfuração septal.

## Anamnese e exame físico

### Principais fatores de diagnóstico

#### presença de fatores de risco (comum)

- Os fatores de risco fortemente associados à epistaxe incluem clima seco, baixa umidade, dependência de oxigênio, irritação mecânica do nariz, corpos estranhos intranasais e trauma do nariz ou da face.
- Também fortemente associada à epistaxe, a coagulopatia (sugerida por história de menstruação excessiva, sangramento após cirurgia ou facilidade de formação de hematomas) pode resultar em epistaxe recorrente e resistente ao tratamento.
- Pode haver história familiar de sangramento ou história de medicamentos que prejudicam a coagulação.

#### sangue nos dois lados do nariz (comum)

- Geralmente, o sangue é encontrado nos dois lados do nariz no momento em que o paciente é examinado com epistaxe ativa.
- O lado inicial do sangramento deve ser identificado.
- Para a cauterização clínica de rotina da epistaxe quiescente, o pior lado é selecionado, já que apenas um dos lados pode ser tratado a fim de evitar a perfuração septal.

## **Outros fatores de diagnóstico**

### **sangramento com início nas narinas (comum)**

- Sugere um local anterior como a fonte do sangramento.
- A epistaxe anterior rapidamente produz sangue na faringe, de modo que é útil identificar se o sangramento começou na parte frontal ou embaixo da garganta.
- A epistaxe anterior irá se manifestar na garganta se tiver começado enquanto o paciente estava em uma posição supina.

### **epistaxe recorrente (comum)**

- A epistaxe ocasional e autolimitada é comum e provavelmente inespecífica.
- A epistaxe recorrente significativa sugere vasos anteriores no lado afetado.
- É uma manifestação comum em crianças.

### **desvio de septo (comum)**

- Pode aumentar a probabilidade da epistaxe.
- Deve ser observado porque o desvio pode dificultar o tamponamento, ou pode ocorrer dano na mucosa devido à abrasão no momento da colocação do tampão.

### **taquicardia (comum)**

- Pode ser decorrente de hipovolemia, anemia, ansiedade ou dor (devido à cauterização ou ao tamponamento).

### **sangramento com início na garganta (incomum)**

- Sugere um local posterior como a fonte do sangramento.
- A epistaxe anterior irá se manifestar na garganta se tiver começado enquanto o paciente estava em uma posição supina.

### **hipotensão (incomum)**

- Indica sangramento significativo.

### **síncope (incomum)**

- Indica sangramento significativo.

### **tonturas ou sensação de desfalecimento (incomum)**

- Sugere sangramento significativo.

### **palidez (incomum)**

- Pode ser decorrente de anemia, hipovolemia ou resposta vasovagal.

### **hipoestesia e dor na distribuição do segundo ramo do nervo trigêmeo (incomum)**

- Sugere neoplasia como causa para a epistaxe.
- A neoplasia é uma causa extremamente rara de epistaxe.



# Exames diagnóstico

## Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
<b>diagnóstico clínico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>O diagnóstico é baseado na história do paciente e no exame físico.</li> </ul>	<b>epistaxe atual ou história de epistaxes</b>

## Exames a serem considerados

Exame	Resultado
<b>Hemograma completo</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Geralmente necessário apenas na epistaxe incomum ou persistente/recorrente.</li> <li>Deve-se permitir tempo para o equilíbrio de volume, desde o momento do sangramento.</li> <li>O teste laboratorial remoto à beira do leito para hemoglobina pode ser usado para rastrear anemia.</li> </ul>	<b>hemoglobina e hematócrito geralmente normais; os níveis podem estar baixos se houver sangramento prolongado ou profuso</b>
<b>estudos de coagulação (tempo de protrombina [TP], tempo de tromboplastina parcial ativada [TTPa], testes da função plaquetária)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Realizados apenas se a epistaxe for atipicamente persistente, recorrente ou resistente ao tratamento.</li> <li>A coagulopatia pode ser decorrente de doença primária ou adquirida (como medicamentos que prejudicam os mecanismos de coagulação).</li> </ul>	<b>geralmente normais; podem estar anormais se houver coagulopatia</b>
<b>ureia, creatinina sérica</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Realizados apenas se houver preocupação quanto ao quadro clínico geral do paciente.</li> </ul>	<b>geralmente normais; podem estar anormais se houver doença hepática, doença renal, depleção de volume</b>
<b>TFHs</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>São realizados apenas se houver preocupação quanto ao quadro clínico geral do paciente ou se houver anormalidades de coagulação não explicadas. A medição da gamaglutamil transferase (GGT) pode ser útil se houver suspeita de alta ingestão de álcool.</li> </ul>	<b>geralmente normais; podem estar anormais se houver doença hepática subjacente</b>
<b>rastreamento autoimune/autoanticorpos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Os anticorpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA) podem ser usados para avaliar a presença de granulomatose de Wegener, enzima conversora da angiotensina (ECA) sérica (sarcoidose).</li> </ul>	<b>geralmente normal; pode estar anormal na presença de certas doenças granulomatosas</b>
<b>tomografia computadorizada (TC) dos seios paranasais</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Raramente indicada.</li> <li>Modalidade de exame de imagem preferencial para trauma para visualização das estruturas ósseas com a TC facial axial e coronal.</li> <li>O contraste pode ser usado se houver preocupação de neoplasia, mas em geral não é capaz de diferenciar uma sinusite de uma neoplasia.</li> </ul>	<b>normal; pode demonstrar: fratura; processo erosivo, expansível, sugerindo neoplasia; opacificação do seio, se houver sinusite ou neoplasia; densidade de tecidos moles intranasal, se houver polipose</b>



Exame	Resultado
<b>ressonância nuclear magnética (RNM) de crânio</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Muito raramente indicada.</li> <li>Útil para diferenciar a opacificação do seio nasal decorrente de sinusite da opacificação decorrente de neoplasia.</li> <li>Imagem de baixa qualidade de fraturas, já que o osso não é bem visualizado.</li> </ul>	<b>normal; pode demonstrar: neoplasia; opacificação do seio, se houver sinusite; densidade de tecidos moles intranasal, se houver polipose; fratura</b>
<b>angiografia carotídea interna e externa</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Indicada em casos de epistaxe refratária ou complicada, apesar do envolvimento da otorrinolaringologia.</li> <li>Indicada se houver epistaxe persistente apesar do tampão nasal.</li> <li>Obtida quando a embolização ou o manejo cirúrgico são necessários.</li> <li>A angiografia por ressonância magnética, a angiotomografia ou a angiografia tradicional são opções, embora esta última possa ser feita por um radiologista intervencionista enquanto a embolização é realizada.</li> </ul>	<b>a estrutura vascular do nariz é exibida, pode identificar anomalias vasculares</b>
<b>endoscopia nasal e nasofaringoscopia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Modalidade diagnóstica muito útil quando não é observada nenhuma fonte óbvia para a epistaxe e para exame de tumor.</li> <li>Opção terapêutica para cauterização endonasal ou ablação por laser (laser para vasos oriundos de telangiectasias hemorrágicas hereditárias).</li> <li>Requer anestesia geral ou sedação intravenosa, se houver necessidade de mais que uma simples cauterização da cavidade nasal anterior ou mesonasal.</li> </ul>	<b>demonstra o local do sangramento e pode revelar neoplasia</b>
<b>radiografia simples nasal ou do seio nasal</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Estudo radiográfico mais barato e mais facilmente encontrado, podendo ser realizada, mas geralmente não recomendada.</li> <li>A radiografia nasal não é útil para fratura, já que este é um diagnóstico clínico.</li> <li>A radiografia simples facial e do seio nasal não apresenta sensibilidade ideal para trauma ou neoplasia.</li> </ul>	<b>normal ou pode demonstrar fratura, ou ainda expansão ou erosão de estruturas em decorrência de neoplasia</b>

## Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
<b>Hemoptise</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os pacientes com hemoptise podem apresentar outros sinais e sintomas respiratórios, como tosse, dispneia, sibilos e ruídos adventícios na ausculta torácica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Geralmente, apenas uma confusão inicial, sendo clinicamente aparente após um exame físico mais detalhado do paciente.</li> <li>A radiografia ou tomografia computadorizada (TC) torácica podem ser anormais em pacientes com hemoptise. Algumas fontes de sangramento requerem uma broncoscopia para identificação (por exemplo, vasos sanguíneos pulmonares que não podem ser observados em exames de imagem).</li> </ul>
<b>Hematêmese</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pacientes com hematêmese mais propensos a ter outros sinais e sintomas gastrointestinais (GI), como dor abdominal, melena, história de úlcera péptica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Geralmente, apenas uma confusão inicial, sendo clinicamente aparente após um exame físico mais detalhado do paciente.</li> <li>A endoscopia digestiva alta é útil para detectar a fonte do sangramento.</li> </ul>

## Critérios de diagnóstico

### Persistência do sangramento

Epistaxe típica:

- Geralmente menos profusa e responde à pressão, à aplicação de vasoconstritor, à cauterização ou ao tampão nasal.

Epistaxe recalcitrante:

- Pode ser mais profusa; o sangramento persiste apesar do tampão nasal
- O paciente tem maior probabilidade de ter uma coagulopatia, a qual, embora não seja realmente a causa primária do sangramento, provoca um sangramento que é resistente à todas as medidas normais
- As possíveis causas da coagulopatia incluem doenças primárias de coagulação (por exemplo, hemofilia), doença hepática e medicamentos que prejudicam a coagulação (por exemplo, varfarina, aspirina, anti-inflamatórios não esteroidais [AINEs])
- Vasos sanguíneos anormais: pacientes de telangiectasia hemorrágica hereditária têm epistaxe frequente e mais persistente.



## Abordagem passo a passo do tratamento

Os principais objetivos do tratamento são:

- O controle imediato do atual sangramento
- O tratamento de qualquer causa subjacente
- A prevenção de recorrência.

O exame físico e o tratamento da epistaxe geralmente ocorrem simultaneamente.

### Considerações de urgência

Geralmente, a ressuscitação não é necessária para a maioria dos pacientes que apresentam epistaxe, mas é necessária no caso raro de comprometimento hemodinâmico. Isso é mais provável se:

- Houver sangramento intenso
- O paciente for idoso
- O paciente não passa bem ou está frágil.

Esses pacientes precisam de ressuscitação de urgência. Suplementação com oxigênio, acesso intravenoso, hemograma completo urgente, plaquetas, estudos de coagulação e tipo sanguíneo para transfusão são necessários, juntamente com a manutenção das vias aéreas, da respiração e da circulação (ABC). Esses pacientes podem apresentar:

- Tontura
- Tontura
- Síncope
- Hipotensão
- Taquicardia
- Palidez.

### Medidas iniciais para sangramento ativo agudo

Como medida inicial toda a porção cartilaginosa comprimível inferior do nariz é comprimida com o intuito de se aplicar pressão aos possíveis locais anteriores de sangramento. Além disso, a aplicação abundante de um vasoconstritor tópico (descongestionante), como a oximetazolina, pode ser realizada antes que a avaliação comece de fato.

A aplicação de um vasoconstritor (descongestionante) pode ser tanto diagnóstica quanto terapêutica, para ajudar a visualizar o local de epistaxe e estimular a hemostasia. Esses agentes também diminuem a espessura da mucosa, proporcionando um espaço nasal mais aberto para a colocação de um tampão se necessário. Isso pode reduzir o trauma da mucosa produzido durante a inserção de um tampão e, portanto, pode diminuir os locais de sangramento secundário da membrana mucosa rompida.

A avaliação inicial pode revelar uma causa subjacente óbvia ou um fator de exacerbação.

### Sangramento ativo persistente apesar das medidas iniciais

A aplicação de uma combinação de anestésico tópico, como lidocaína a 4%, e um vasoconstritor (descongestionante) é útil nesse estágio. O anestésico tópico torna o procedimento mais humano para os pacientes e menos estressante para o médico. Além disso, a colocação eficaz de um tampão pode ser

prejudicada se o procedimento for excessivamente doloroso e o paciente não cooperar. Alguns médicos podem preparar em outro momento uma mistura de anestésico e descongestionantes no consultório ou no pronto-socorro. A oximetazolina é sugerida em vez da fenilefrina, já que esta última parece apresentar maior probabilidade de causar hipertensão ou possivelmente angina em pacientes suscetíveis. Alguns médicos simplesmente removem a tampa de um frasco de spray de oximetazolina, adicionam um volume igual de lidocaína e fecham o frasco; no entanto, recomenda-se a orientação de um especialista.

O paciente assoa o nariz para limpar sangue e coágulos; pode-se usar sucção. Pode haver necessidade de se alternar rapidamente entre a limpeza do sangue e a aplicação abundante do vasoconstritor e anestésico tópicos, no caso de sangramento ativo. Em seguida, pequenos cotonoides neurocirúrgicos ou tiras de algodão são bastante saturados com a mistura e colocados horizontalmente no nariz com o fórceps em baioneta durante 10 a 15 minutos. O paciente deve comprimir o nariz, se necessário.

[Fig-2]

Causas subjacentes podem se tornar aparentes nesse estágio. Causas locais como corpo estranho, pólipos e ulceração na pele em torno do nariz são tratados de modo apropriado.[17]

## Fonte do sangramento visível

Embora usada com maior frequência no tratamento clínico de epistaxe recorrente quando o sangramento é quiescente, a cauterização com nitrato de prata pode ocasionalmente tratar casos de epistaxe anterior ativa de pequeno vulto se um local específico for identificado.1[B]Evidence

O nitrato de prata é aplicado via adesivos ou aplicadores disponíveis comercialmente. Esse composto se degrada ao longo do tempo e deve ser mantido em uma embalagem hermética e à prova de luz. A ausência de atividade evidente pode indicar a necessidade de se usar um nitrato de prata mais novo.

- O agente é aplicado nos vasos ou nas áreas de hemorragia relacionadas, e o excesso é removido com um aplicador com ponta de algodão.
- O tratamento pode ser desconfortável mesmo com a aplicação adequada de vasoconstritor e anestésico tópicos.
- Em seguida, é aplicada vaselina para hidratação.2[B]Evidence
- É importante evitar a cauterização no mesmo local nos dois lados do septo. Isso priva a cartilagem septal de seu suprimento de sangue (da cobertura da mucosa) e pode resultar em perfuração do septo, se feita bilateralmente.
- São fornecidas as instruções de rotina pós-tratamento.[1] [2] [19]

## Origem do sangramento visível, mas não responde à cauterização com nitrato de prata

A eletrocauterização é indicada para sangramentos mais intensos que são resistentes ao tratamento com nitrato de prata. Este procedimento geralmente é reservado para o otorrinolaringologista. Ele requer a injeção de um anestésico local associado a um vasoconstritor, como lidocaína a 1% ou 2% com epinefrina (adrenalina) 1:100,000, além do anestésico tópico. Tanto a cauterização monopolar quanto a bipolar são efetivas. A cauterização monopolar com sucção (se disponível) evacua o sangue e intensifica o efeito, uma vez que a cauterização é inefetiva em um campo úmido e cheio de sangue. São fornecidas as instruções de rotina pós-tratamento.

## Origem visível, mas a cauterização não controla o sangramento, ou origem não visível e sem suspeita de ser posterior

Quando a origem não pode ser visualizada ou tratada com a cauterização, um tampão nasal anterior é usado para o sangramento ativo. Há 2 tipos de método de tamponamento, o tampão tradicional e as esponjas nasais expansíveis.

O tampão tradicional envolve a colocação de camadas horizontais de gaze de algodão de 12-mm (meia polegada) saturada com vaselina ou pomada antibiótica.<sup>2[B]Evidence</sup> Como pode haver deslocamento do material do tampão, os pacientes são tratados no hospital. O tampão geralmente é removido em 24 horas, mas pode ser mantido por vários dias para permitir:

- A cicatrização do local original do sangramento
- A formação de nova mucosa em qualquer local secundário decorrente de trauma devido à inserção do tampão
- A regeneração das plaquetas funcionais ou dos fatores de coagulação em pacientes que tomam medicamentos que comprometem a coagulação.

As esponjas nasais expansíveis estão disponíveis em vários tamanhos e formas e são mais convenientes que os tampões tradicionais, particularmente para médicos que não têm muita experiência na colocação de tampões nasais, pois elas são mais fáceis de posicionar que o tradicional tampão de gaze. As esponjas nasais geralmente são mantidas no local por 24 horas. O paciente pode ser hospitalizado ou pode ir para casa, de acordo com os protocolos locais.<sup>[20]</sup>

Como as epistaxes geralmente têm origem em um dos lados, o tamponamento geralmente é unilateral. O tamponamento bilateral só é indicado na situação incomum de hemorragia verdadeira em ambos os lados, ou quando a história e o exame físico não conseguem identificar se o sangramento tem origem no lado direito ou esquerdo.

Embora não haja comprovação de benefícios, os antibióticos orais podem ser considerados pelo período em que o tampão for mantido. Há comprometimento da drenagem e da aeração do seio nasal, com risco concomitante de infecção. O tampão saturado de sangue pode (embora muito raramente) resultar em síndrome do choque tóxico. Antimicrobianos oferecem benefício potencial com risco mínimo. O medicamento selecionado deve agir contra patógenos típicos da sinusite e contra o *Staphylococcus aureus*. Sulfametoxazol/trimetoprima, amoxicilina/ácido clavulânico ou cefaclor podem ser usados. Macrolídeos ou quinolonas são outras opções no caso de alergia a penicilina ou cefalosporinas. Devem ser prescritos analgésicos, conforme a conveniência, para aliviar o desconforto: são recomendadas combinações de paracetamol e hidrocodona ou medicamentos similares. Medicamentos que contenham aspirina ou AINEs devem ser evitados. O ácido tranexâmico pode ser um adjunto útil. De fato, evidências de um ensaio clínico randomizado sugerem que o ácido tranexâmico tópico pode ser mais eficaz que o tamponamento anterior; porém, esse estudo precisa ser confirmado.<sup>[21]</sup>

## Detalhes do tampão nasal anterior de gaze tradicional

Para os tampões tradicionais, estão disponíveis tanto gazes saturadas com vaselina quanto secas.<sup>2[B]Evidence</sup>

Embora nenhum estudo tenha mostrado benefício protetor da aplicação de pomada antibiótica tópica contra a síndrome do choque tóxico, seu uso é razoável e comum. A pomada com mupirocina tem efeito contra o *Staphylococcus aureus*, uma cepa responsável pela síndrome do choque tóxico, e, portanto, ela é usada com frequência. Pode-se usar também creme de clorexidina-neomicina. A gaze deve ser

abundantemente revestida com pomada antibiótica ou pasta de parafina com iodofórmio e bismuto (PIIB) em vez de vaselina pura.

- O fórceps em baioneta posiciona a gaze horizontalmente, primeiro no assoalho do nariz e depois na porção superior para preencher o nariz.
- Cada camada de tampão é comprimida para baixo após a colocação para aumentar a pressão nas paredes da cavidade nasal. Dependendo do tamanho do nariz, 2 m (72 polegadas) ou mais podem ser necessários para um lado do nariz. Após a colocação, a porção inferior e cartilaginosa do nariz parece distendida.

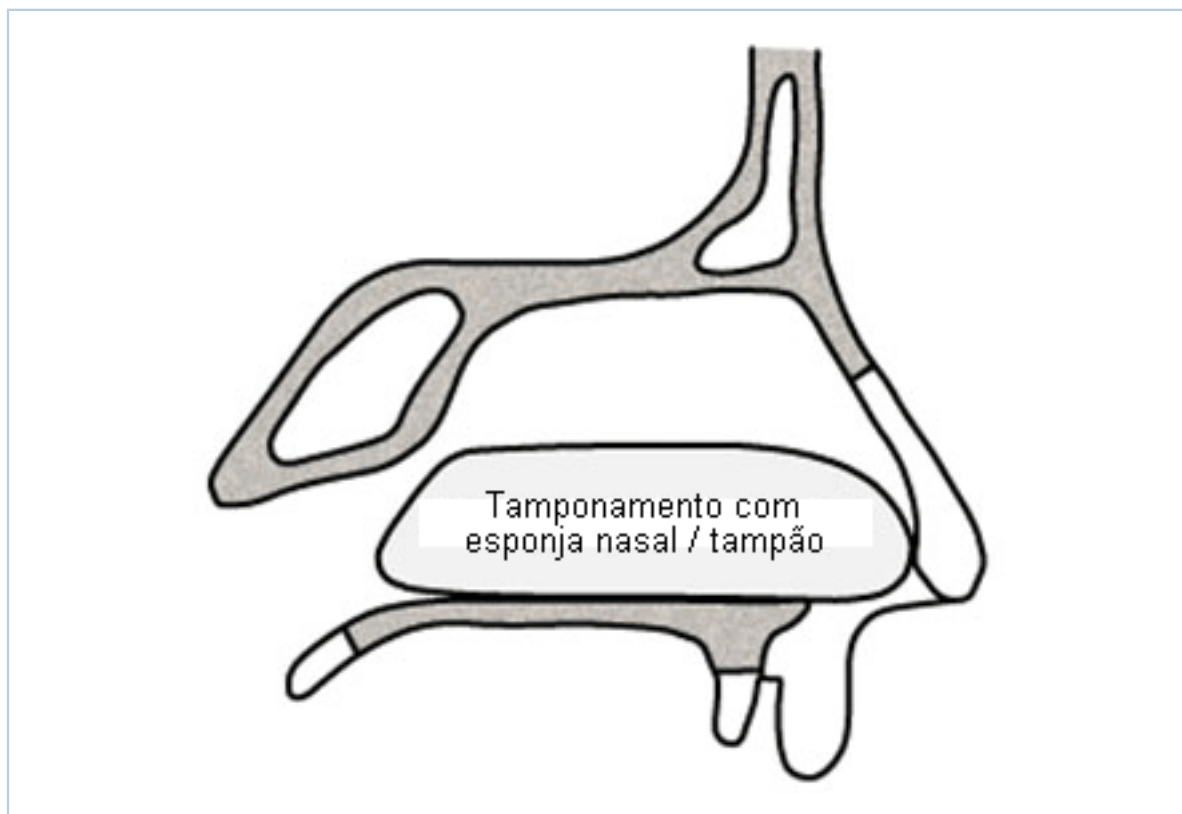
## Detalhes do tamponamento com esponja nasal expansível

A facilidade e a rapidez de colocação aumentaram a popularidade das esponjas nasais expansíveis. Elas são fabricadas com e sem tubo ou cânula longitudinal. As esponjas sem o tubo em geral têm 2 a 3 mm de espessura na forma comprimida, embora possam se expandir em até 1 cm quando saturadas de fluidos. A presença da palha aumenta a espessura seca para cerca de 5 mm. Os fabricantes oferecem uma variedade de formas e comprimentos. Os tamanhos de 1 cm x 8 cm ou 10 cm funcionam bem na maioria dos casos. O tubo longitudinal é destinado à descompressão da nasofaringe para impedir a pressurização desconfortável quando o palato mole se eleva durante a deglutição no tamponamento bilateral. Sua maior espessura tem a desvantagem de poder aumentar a dificuldade, a dor e a escoriação da mucosa durante a colocação. Certos tampões de esponja vêm com um aplicador do tipo seringa (por exemplo, o "Rhino Rocket"). Esse tipo de dispositivo é popular devido a sua fácil colocação, embora tenha menos espessura expandida que outros tampões e possa exercer menos pressão efetiva na mucosa.

[Fig-3]

Para inserir a esponja expansível:

- O nariz é inspecionado para verificar se há desvio de septo que possa dificultar a colocação; forçar um tampão ao longo do esporão ou da deflexão do septo pode resultar em lesão da mucosa e sangramento nesses locais secundários
- O tampão de esponja é cortado conforme necessário e revestido com vaselina ou pomada antibiótica e depois é deslizado posteriormente no nariz com um fórceps em baioneta
- No caso de um esporão ou deflexão horizontal, o tampão pode ser cortado longitudinalmente, e os dois pedaços podem ser colocados separadamente acima e abaixo do esporão.



*Tamponamento com esponja nasal expansível em posição*

*Do acervo de David A. Randall, Springfield Ear Nose Throat and Facial Plastic Surgery, MO*

## **Quando o tampão anterior falha em controlar o sangramento ou há suspeita de origem posterior**

O tampão nasal anteroposterior é indicado nos seguintes casos:

- Para sangramento posterior conhecido
- No caso da falha de um tampão anterior devidamente colocado para controlar a hemorragia.

O tamponamento anterior acompanha o tamponamento posterior para reforçar a pressão na área coanal posterior e evitar o fluxo sanguíneo anterior. Um maior desconforto do paciente justifica a consideração de um analgésico (narcótico) intravenoso e um antiemético antes do tamponamento. Os opiáceos devem ser usados com grande cautela em pacientes idosos e em choque.

Existem várias opções de tampões posteriores, embora os métodos descritos abaixo sejam efetivos e fáceis de colocar. São eles:

- Dispositivo de balão duplo para epistaxe
- Tampão anterior de gaze tradicional com cateter urinário de Foley colocado posteriormente.

## **Detalhes do dispositivo de balão duplo para epistaxe**

Comercialmente disponíveis, os cateteres de balão duplo têm um balão distal de 15 mL (similar ao do cateter de Foley) para o componente posterior do tamponamento e um balão proximal de 30 mL para realizar o tamponamento anterior do tampão e oclusão da narina. Sua popularidade reside na relativa facilidade de colocação. As desvantagens incluem a espessura e rigidez das hastes (que podem impedir



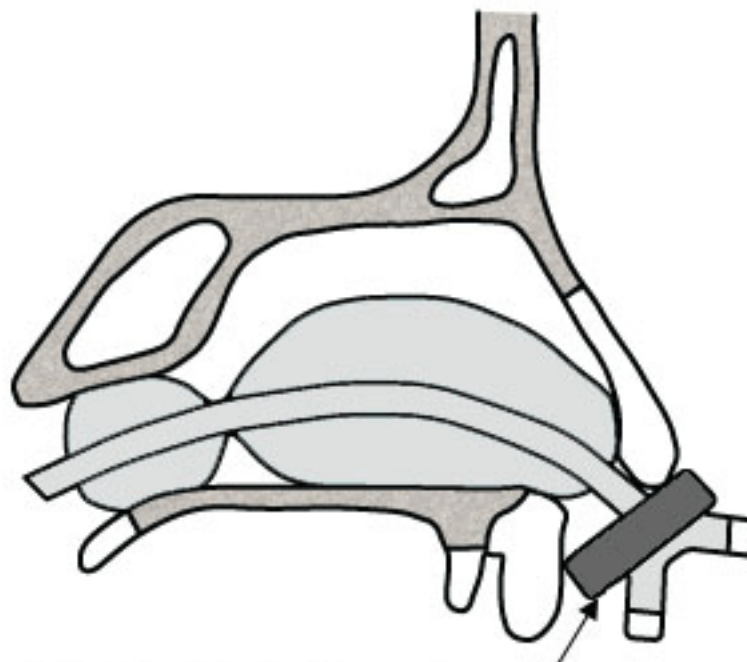
a passagem através de um lado mais estreito do nariz) e a pressão potencialmente menos efetiva na mucosa nasal.

[Fig-5]

A colocação desses dispositivos inclui:

- Lubrificação com vaselina, pomada antibiótica ou creme lubrificante à base de água<sup>2[B]</sup>Evidence
- Inserção, para que o balão distal entre na nasofaringe
- Insuflação do balão distal (normalmente com 7 a 8 mL de água), empurrando-o para frente para alojá-lo na coana posterior
- Enchimento do balão anterior com cerca de 15 mL de água até que ele oclua a narina.

É necessária bastante cautela para posicionar o tampão entre a porção externa do cateter e a narina. Isso gera tração anterior para manter o balão distal posicionado. Pode ocorrer deformidade cosmética significativa em função da incisão alar e columelar decorrente da pressão direta do cateter sobre o tecido. Um pedaço de gaze que envolva a haste entre o nariz e a junção Y do cateter resolve bem esse problema.



Narina bem acolchoada com gaze enrolada

*Cateter nasal de balão duplo em posição*

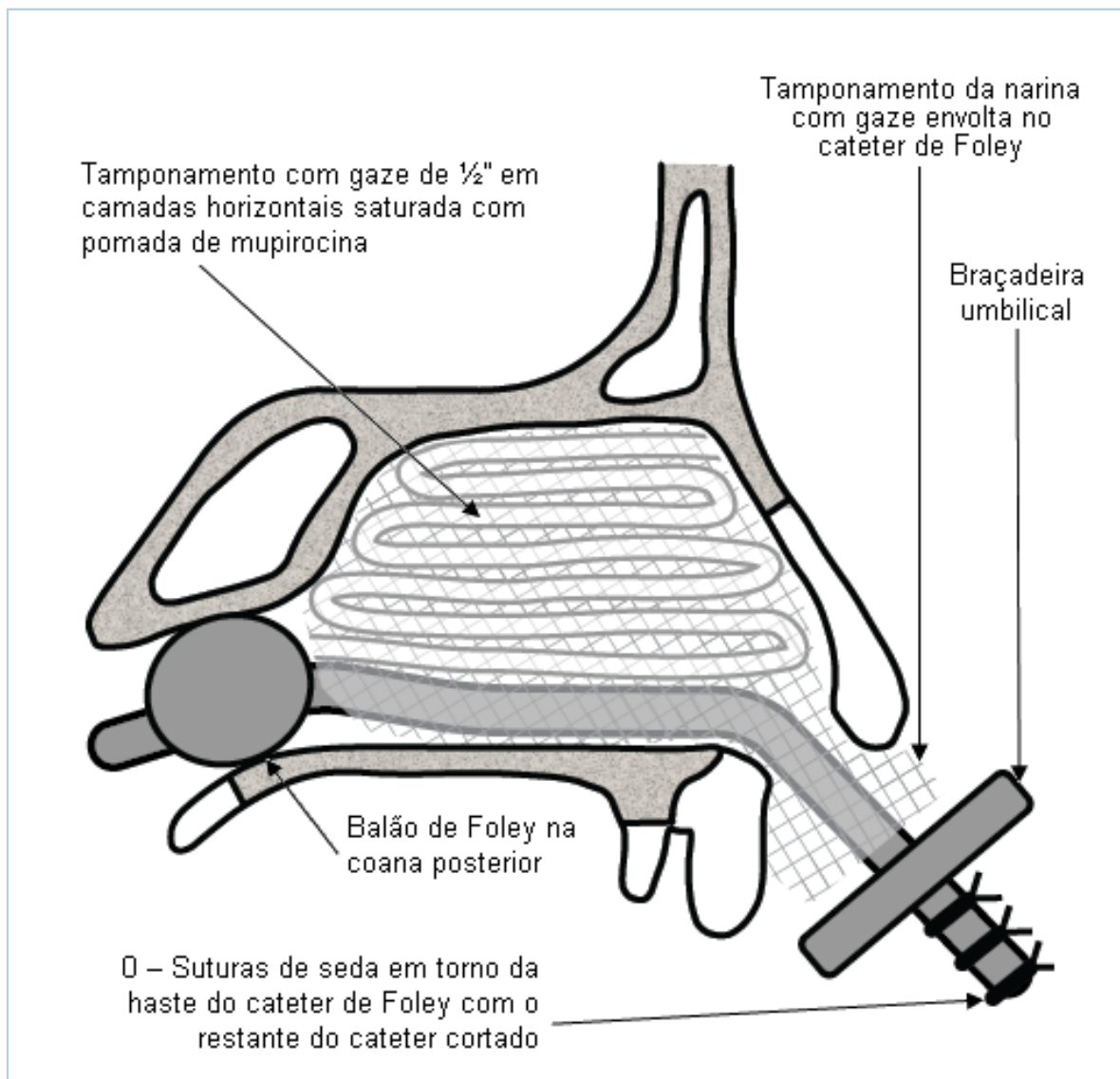
*Do acervo de David A. Randall, Springfield Ear Nose Throat and Facial Plastic Surgery, MO*

Às vezes o cateter de balão duplo pode ser insuficiente para controlar o sangramento, sendo necessária a substituição por um tampão anteroposterior tradicional. Como alternativa, uma cavidade nasal estreita devido a um desvio de septo pode impedir a passagem do cateter de balão duplo mais espesso, exigindo o uso de um cateter de Foley mais fino e flexível.

## **Detalhes do tampão anterior tradicional de gaze com cateter urinário de Foley colocado posteriormente**

O cateter urinário do tipo Foley provavelmente é o meio mais fácil de colocar um tampão anterior tradicional em uma posição posterior.

- Um cateter de 12 French é lubrificado com vaselina, pomada antibiótica ou creme lubrificante à base de água, e é colocado na nasofaringe, onde o balão é inflado com 7 a 8 mL de água.
- A tração anterior posiciona e aloja o balão na coana nasal posterior.
- Um assistente mantém a tração anterior constante no cateter para manter sua posição, enquanto um tampão tradicional de gaze é colocado conforme descrito acima para o tamponamento anterior.
- Um pedaço de gaze em torno da haste do cateter fornece acolchoamento para evitar necrose por pressão na narina. Uma fita de seda, em volta desse acolchoamento, mantém a sua forma.
- Uma braçadeira umbilical é colocada contra o acolchoamento com uma tensão adequada para manter o balão na coana posterior.
- Várias suturas de seda são amarradas em torno da haste do cateter em frente à braçadeira umbilical para impedir o vazamento de água do cateter. Depois, o excesso de comprimento da haste pode ser cortado para maior conforto do paciente.
- O médico prescreve analgésicos e antibióticos similares aos do tamponamento anterior. Os antibióticos selecionados devem agir contra os patógenos típicos da sinusite e contra o *Staphylococcus aureus*. Sulfametoxazol/trimetoprima, amoxicilina/ácido clavulânico ou cefaclor podem ser usados. Macrolídeos ou quinolonas são outras opções no caso de alergia a penicilina ou cefalosporinas. São recomendadas combinações de analgésicos como paracetamol e hidrocodona. Medicamentos que contenham aspirina ou AINEs devem ser evitados.



*Tampão anteroposterior tradicional de gaze com cateter urinário de Foley*

*Do acervo de David A. Randall, Springfield Ear Nose Throat and Facial Plastic Surgery, MO*

Tem havido preocupação com tampões posteriores, causando hipóxia e a necessidade de monitoramento no contexto da unidade de terapia intensiva (UTI) enquanto os tampões permanecem aplicados. Alguns autores recomendam a observação dos pacientes na UTI enquanto o tamponamento posterior estiver presente. Outros acreditam que ela é apropriada especificamente para idosos e pacientes com comorbidades. Algumas vezes, o critério clínico quanto à condição de um paciente pode até sugerir hospitalização no caso de tamponamento anterior. Entretanto, isso não é necessário na maioria dos casos e pode não representar o melhor uso de valiosos recursos médicos.[1] [2] [4] [5] [17] [22] [23]

## Analgesia adicional e anestesia local

O tampão nasal é bastante desconfortável, mesmo com uma boa anestesia tópica. Se um acesso intravenoso estiver disponível, o uso de um analgésico opioide parenteral facilita o tamponamento do nariz, particularmente o posterior. Os opiáceos devem ser usados com grande cautela em pacientes idosos e em choque.

- O pré-tratamento com um antiemético evita náuseas e êmese. A ondansetrona evita a sedação associada a certos medicamentos, como a prometazina.
- O cetorolaco não deve ser usado, já que pode prejudicar a formação de plaquetas.
- Lidocaína a 1% ou 2% com epinefrina (adrenalina) 1:100,000 pode ser infiltrada nas proximidades do local de sangramento. Há um benefício hemostático da epinefrina (adrenalina) e possivelmente da pressão hidrostática do tecido do volume do medicamento infiltrado. Esse método é uma exigência antes da eletrocauterização, mas pode ser usado com outros tratamentos.
- A analgesia e a vasoconstrição subseqüentes podem ser facilitadas pela infiltração da anestesia local no forame palatino maior. Essa técnica de bloqueio deve ser usada com cuidado e apenas por médicos experientes, pois é dolorosa e apresenta o raro potencial de cegueira. Ela raramente é usada.

## Remoção do tampão nasal

Após o tamponamento nasal no pronto-socorro ou da atenção primária dada pelo médico no consultório, o acompanhamento do otorrinolaringologista permite a realização de endoscopia nasal e exames mais detalhados, conforme necessário. Além disso, o encaminhamento ao departamento de otorrinolaringologia para remoção do tampão nasal pode ser importante, já que a clínica de otorrinolaringologia mais provavelmente tem os itens necessários para o manejo de qualquer ocorrência de ressangramento, em comparação com o consultório médico de atenção primária.

A maioria das fontes recomenda a remoção do tampão após 3 a 5 dias para permitir a cicatrização dos locais de sangramento originais e possivelmente de locais secundários (decorrentes de escoriações na colocação do tampão). Isso também proporciona tempo para gerar plaquetas e fatores de coagulação funcionais em pacientes que tomam medicamentos anticoagulantes.

A aplicação de uma mistura de vasoconstritor tópico (oximetazolina a 0.05%) com lidocaína a 4% no tampão de esponja facilita a remoção. A saturação do tampão promove amaciamento e lubrificação, encolhe a mucosa adjacente via vasoconstrição e fornece certa analgesia. Isso parece reduzir o trauma na mucosa e o ressangramento na remoção do tampão.

A cauterização (geralmente com nitrato de prata) pode ser indicada após a remoção do tampão para vasos suspeitos ou para locais hemorrágicos friáveis.<sup>[17]</sup> <sup>1[B]</sup>Evidence

## Sangramento persistente apesar de tampão nasal anterior e posterior

O tampão nasal e a cauterização tratarão com sucesso a maioria das epistaxes. O encaminhamento ao otorrinolaringologista é indicado quando essas técnicas falham. Vários procedimentos podem ser usados para tratar o sangramento persistente. A escolha dependerá da disponibilidade de recursos apropriados e da experiência:<sup>[24]</sup> <sup>[25]</sup> <sup>[26]</sup> <sup>[27]</sup> <sup>[28]</sup> <sup>[29]</sup> <sup>[30]</sup>

- Manejo endoscópico de sítios de epistaxe
- Angiografia e embolização com radiologia intervencionista
- Ligadura cirúrgica aberta.

## Manejo endoscópico de sítios de epistaxe

O advento da endoscopia nasal rígida melhorou muito a visualização e o acesso ao nariz. A cauterização com sucção com visualização direta pode controlar certas epistaxes localizadas posteriormente. Da

mesma maneira, a dissecação cirúrgica e a ligadura com cliques cirúrgicos da artéria esfenopalatina (SPA) podem ser realizadas com visualização endoscópica direta.[26] [27] A ligadura da SPA é a base do tratamento quando o manejo conservador da epistaxe posterior falhou.[31] Geralmente, ela é realizada sob anestesia geral, mas pode ser feita sob sedação com anestesia local.

### [VIDEO: Canulação venosa periférica – Vídeo de demonstração ]

## Angiografia e embolização com radiologia intervencionista

Esse procedimento oferece outros meios de interromper o fornecimento arterial. Isso evita a necessidade de cirurgia, mas envolve um risco de oclusão dos vasos adjacentes e um potencial para acidente vascular cerebral. Se contemplada, essa técnica deve ser tentada antes da ligadura transantral, pois esta geralmente oclui os vasos de acesso necessários à embolização bem-sucedida.[29] [33] [30]

## Ligadura cirúrgica aberta

A ligadura cirúrgica aberta raramente é necessária, mas pode ser indicada quando a cirurgia endoscópica ou a angiografia com embolização falharam ou não estão disponíveis. As duas abordagens são descritas a seguir.

- Ligadura transantral de vasos: este é o meio tradicional para controle cirúrgico dos vasos que alimentam a cavidade nasal, que foi amplamente superado pela ligadura endoscópica de SPA. O acesso é obtido por meio de uma abordagem sublabial e pela remoção das paredes anteriores e posteriores do seio maxilar. Essa abordagem promove o acesso aos vasos maxilares internos, os quais são ligados com cliques vasculares cirúrgicos. A ligadura simples da artéria carótida externa pode não funcionar devido ao extenso fluxo colateral entre os vasos regionais e a conexão contralateral. O acesso é obtido por meio de uma abordagem sublabial e pela remoção das paredes anteriores e posteriores do seio maxilar. Isso promove o acesso aos vasos, os quais são ligados de maneira similar com cliques vasculares cirúrgicos.
- Ligadura da artéria etmoidal: o sangramento do alto do nariz pode responder a ligadura das artérias etmoidais anteriores e posteriores. Uma incisão de Lynch no aspecto lateral do nasion medial até a pálpebra superior e o canto medial fornece o acesso cirúrgico.[4] [24] [25] [28] [29]

## Epistaxe recorrente, mas quiescente

O paciente pode apresentar epistaxe recorrente que não está ativa no momento. Esse é um cenário comum em crianças. Pode ser usada a cauterização com nitrato de prata.1[B]Evidence Os pacientes podem apresentar história de sangramento nos dois lados do nariz. Nesse caso, o médico precisa determinar qual o lado com o pior sangramento, já que este seria o lado selecionado para a cauterização. É importante evitar a cauterização no mesmo local nos dois lados do septo. Isso priva a cartilagem septal de seu suprimento de sangue (da cobertura da mucosa) e pode resultar em perfuração do septo, se feita bilateralmente. O tratamento similar do outro lado precisa ser adiado por cerca de 4 semanas até a cicatrização do primeiro local cauterizado.

As crianças mais novas podem não tolerar a cauterização clínica simples, mesmo com uma boa anestesia tópica e, algumas vezes, a anestesia geral pode ser necessária.

A cauterização com nitrato de prata foi comparada com cremes antissépticos em crianças com epistaxe recorrente.[18] 3[B]Evidence Embora não seja conclusiva, uma revisão Cochrane de intervenções em crianças sugere que, se for realizada cauterização com nitrato de prata, uma preparação a 75%

pode ser mais eficaz e menos dolorosa que uma a 95%.<sup>[18]</sup> A vaselina foi comparada com a ausência de tratamento.<sup>2[B]</sup><sup>Evidence</sup> As evidências para os cremes antissépticos e para a vaselina ainda são limitadas, sendo necessários ensaios clínicos randomizados e controlados de alta qualidade com períodos de acompanhamento mais longos.<sup>[18]</sup> Um estudo duplo-cego mais recente sugere que a cauterização com nitrato de prata associada a creme antisséptico proporciona maior benefício que o creme antisséptico isolado.<sup>[35]</sup>

Episódios recorrentes também podem ocorrer em pessoas com transtornos da coagulação, neoplasias e telangiectasia hemorrágica hereditária familiar. A neoplasia exige o tratamento do tumor subjacente. A embolização pré-operatória reduz a perda sanguínea em alguns casos: por exemplo, no angiofibroma nasal juvenil.<sup>[6]</sup>

Os pacientes com telangiectasia hemorrágica hereditária têm uma tendência por toda a vida de apresentar sangramento nos vasos frágeis e dilatados da mucosa. Nitrato de prata profilático periódico, eletrocauterização ou tratamento com laser podem fazer a ablação dos vasos. Nesse caso, o septo nasal é realinhado com um enxerto de pele (dermoplastia septal).<sup>[14]</sup> <sup>[15]</sup> <sup>[36]</sup> Os distúrbios de coagulação requerem tratamento, dependendo da causa subjacente.

## Visão geral do tratamento

Consulte um banco de dados local de produtos farmacêuticos para informações detalhadas sobre contra-indicações, interações medicamentosas e posologia. ( ver [Aviso legal](#) )

Agudo		( resumo )
<b>epistaxe ativa: medidas iniciais</b>		
	<b>1a</b>	<b>pressão septal anterior associada a spray nasal vasoconstritor</b>
	<b>adjunto</b>	<b>ressuscitação e cuidados de suporte</b>
	<b>adjunto</b>	<b>tratamento da coagulopatia subjacente</b>
<b>epistaxe ativa: sangramento persistente, apesar das medidas iniciais</b>		
	<b>1a</b>	<b>anestésico tópico e vasoconstritor</b>
	<b>mais</b>	<b>tratamento da causa local subjacente</b>
	<b>adjunto</b>	<b>cauterização</b>
	<b>2a</b>	<b>tampão nasal anterior ou cateter de balão duplo ou tamponamento anteroposterior tradicional</b>
	<b>mais</b>	<b>antibióticos e analgesia</b>
	<b>adjunto</b>	<b>sedação intravenosa e antiemético</b>
	<b>adjunto</b>	<b>anestesia local</b>
	<b>3a</b>	<b>manejo endoscópico ou embolização com radiologista intervencionista</b>

Agudo ( resumo )	
.....	4a      ligadura cirúrgica aberta
Em curso ( resumo )	
epistaxe quiescente, mas recorrente	
.....	1a      tratamento específico de causa subjacente
.....	mais      cauterização com nitrato de prata



# Opções de tratamento

## Agudo

### epistaxe ativa: medidas iniciais

#### 1a pressão septal anterior associada a spray nasal vasoconstritor

##### Opções primárias

» **oximetazolina nasal**: (0.05%) aplicar na narina afetada abundantemente em dose única antes do exame local

» A aplicação abundante de um vasoconstritor tópico, como oximetazolina a 0.05%, pode ser realizada antes que a avaliação comece de fato. Esse método excede a dose apresentada na bula; no entanto, isso é sugerido para se obter uma vasoconstrição adequada no caso de sangue revestindo a mucosa e de efeito diluente do sangramento ativo.

» Pode começar com um sangramento lento.

» Toda a porção cartilaginosa comprimível inferior do nariz é comprimida com o intuito de se aplicar pressão aos possíveis locais anteriores de sangramento.

#### adjunto ressuscitação e cuidados de suporte

» O comprometimento hemodinâmico ocorre muito raramente com a epistaxe.

» Entretanto, quando ocorre, os pacientes podem se tornar pálidos e apresentar sinais de hipovolemia e comprometimento circulatório.

» É necessária a ressuscitação urgente com suplementação de oxigênio, acesso intravenoso, reposição de fluidos e possível transfusão de sangue.

» As vias aéreas, a respiração e a circulação (ABC) são mantidas.

» Isso tem maior probabilidade de ocorrer em idosos, pacientes frágeis e quando há sangramento intenso.

#### adjunto tratamento da coagulopatia subjacente

» A avaliação inicial pode revelar uma causa subjacente óbvia ou um fator de exacerbação, como a coagulopatia. Isso irá exigir um manejo específico.



## Agudo

**epistaxe ativa: sangramento persistente, apesar das medidas iniciais**

### 1a anestésico tópico e vasoconstritor

- » A aplicação de uma combinação de anestésico tópico, como lidocaína a 4%, e um vasoconstritor (descongestionante) é útil nesse estágio.
- » Vasoconstritores tópicos (descongestionantes), como oximetazolina a 0.05%, podem retardar o sangramento e facilitar o exame físico.
- » A anestesia tópica, como a lidocaína a 4%, é útil se a colocação do tampão for necessária, tornando o procedimento mais confortável para o paciente e menos estressante tanto para o paciente quanto para o médico.
- » Alguns médicos podem preparar em outro momento uma mistura de anestésico e descongestionantes no consultório ou no pronto-socorro. Alguns médicos simplesmente removem a tampa de um frasco de spray de oximetazolina, adicionam um volume igual de lidocaína e fecham o frasco; no entanto, recomenda-se a orientação de um especialista.
- » A mistura é pulverizada no nariz, ou pequenos cotonoides neurocirúrgicos ou faixas de algodão são bastante saturados com a mistura e, em seguida, colocados horizontalmente no nariz com o fórceps em baioneta durante 10 a 15 minutos.

[Fig-2]

### mais tratamento da causa local subjacente

- » Causas subjacentes podem se tornar aparentes nesse estágio.
- » As causas locais (por exemplo, corpo estranho, pólipos e ulceração na pele em torno do nariz) são tratadas de modo apropriado.
- » São fornecidas as instruções de pós-tratamento da epistaxe.

### adjunto cauterização

- » Embora usada com maior frequência no tratamento clínico de epistaxe recorrente quando o sangramento é quiescente, a cauterização com nitrato de prata pode ocasionalmente tratar casos de epistaxe anterior ativa de

## Agudo

pequeno vulto se um local específico for identificado. [1\[B\]Evidence](#)

» O agente é aplicado nos vasos ou nas áreas de hemorragia relacionadas e o excesso é removido com um aplicador com ponta de algodão.

» O tratamento pode ser desconfortável mesmo com a aplicação adequada de vasoconstritor e anestésico tópicos.

» Em seguida, é aplicada vaselina para hidratação. [2\[B\]Evidence](#)

» É importante evitar a cauterização no mesmo local nos dois lados do septo. Isso priva a cartilagem septal de seu suprimento de sangue (da cobertura da mucosa) e pode resultar em perfuração do septo, se feita bilateralmente.

» São fornecidas as instruções de rotina pós-tratamento. [\[1\]](#) [\[2\]](#) [\[19\]](#)

» A eletrocauterização é indicada para sangramentos mais intensos que são resistentes ao tratamento com nitrato de prata. Este procedimento geralmente é reservado para o otorrinolaringologista.

### 2a **tampão nasal anterior ou cateter de balão duplo ou tamponamento anteroposterior tradicional**

» O tamponamento é o tratamento inicial para a maioria das epistaxes ativas anteriores.

» O tampão tradicional envolve a colocação de camadas horizontais de gaze de algodão de 12 mm (meia polegada) saturada com vaselina ou pomada antibiótica. [3\[B\]Evidence](#) [2\[B\]Evidence](#)

» As esponjas nasais expansíveis estão disponíveis em vários tamanhos e formas e são mais convenientes, particularmente para médicos que não têm muita experiência na colocação de tampões nasais, já que são mais fáceis de posicionar que o tradicional tampão de gaze.

[\[Fig-3\]](#)

[\[Fig-8\]](#)

» Existem várias opções de tampões posteriores, embora 2 métodos sejam efetivos e fáceis de colocar. Eles são o dispositivo de balão duplo para epistaxe e o tampão anterior tradicional de gaze com cateter urinário de Foley colocado posteriormente.

## Agudo

O tamponamento posterior tradicionalmente envolve hospitalização, embora na prática, isso seja indicado para pacientes que estão debilitados, frágeis ou com comprometimento pulmonar. Um maior desconforto do paciente justifica a consideração de um analgésico (narcótico) intravenoso e um antiemético antes do tamponamento posterior. Os opiáceos devem ser usados com grande cautela em pacientes idosos e em choque.

[Fig-9]

[Fig-10]

**mais antibióticos e analgesia**

### Opções primárias

- » **sulfametoxazol/trimetoprima**: 800/160 mg por via oral duas vezes ao dia por 5-7 dias
- ou-**
- » **amoxicilina/ácido clavulânico**: 500 mg por via oral duas vezes ao dia por 5-7 dias  
A dose se refere ao componente amoxicilina.
- ou-**
- » **cefuroxima**: 250-500 mg por via oral duas vezes ao dia por 5-7 dias

**--E--**

- » **paracetamol/hidrocodona**: 500-1000 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia  
A dose refere-se ao componente de paracetamol.

**--E--**

- » **mupirocina tópica**: (pomada a 2%) para saturar abundantemente o tampão nasal antes da colocação
- ou-**
- » **clorexidina/neomicina**: (creme a 0.1%/0.5%) para saturar abundantemente o tampão nasal antes da colocação

### Opções secundárias

- » **claritromicina**: 500 mg por via oral duas vezes ao dia por 4-7 dias
- ou-**
- » **azitromicina**: 500 mg por via oral uma vez ao dia no dia 1, seguidos por 250 mg uma vez ao dia por 4 dias
- ou-**
- » **levofloxacino**: 500 mg por via oral uma vez ao dia por 5-7 dias
- ou-**
- » **moxifloxacino**: 400 mg por via oral uma vez ao dia por 5-7 dias

## Agudo

--E--

» **paracetamol/hidrocodona**: 500-1000 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia  
A dose refere-se ao componente de paracetamol.

--E--

» **mupirocina tópica**: (pomada a 2%) para saturar abundantemente o tampão nasal antes da colocação

-ou-

» **clorexidina/neomicina**: (creme a 0.1%/0.5%) para saturar abundantemente o tampão nasal antes da colocação

» A mupirocina tópica e os antibióticos orais ativos contra o *Staphylococcus aureus* e contra patógenos da sinusite são recomendados, assim como os medicamentos para dor apropriados. Macrolídeos ou quinolonas podem ser usados se o paciente for alérgico a antibióticos betalactâmicos. A gaze deve ser abundantemente revestida com pomada antibiótica ou pasta de parafina com iodofórmio e bismuto (PPIB) em vez de vaselina pura.

**adjunto** **sedação intravenosa e antiemético**

### Opções primárias

» **sulfato de morfina**: 5-10 mg por via intravenosa a cada 2-4 horas quando necessário

-e-

» **ondansetrona**: 4-8 mg por via intravenosa a cada 8 horas quando necessário

» Um maior desconforto do paciente com o tampão nasal posterior justifica a consideração de um analgésico opioide intravenoso e um antiemético antes do tamponamento.

**adjunto** **anestesia local**

» Lidocaína a 1% ou 2% com epinefrina (adrenalina) 1:100,000 pode ser infiltrada nas proximidades do local de sangramento.

» Há um benefício hemostático da epinefrina (adrenalina) e possivelmente da pressão hidrostática do tecido do volume do medicamento infiltrado.

» A analgesia e a vasoconstrição subsequentes podem ser facilitadas pela infiltração da anestesia local no forame palatino maior. Essa técnica de bloqueio deve ser usada com cuidado e apenas por médicos experientes,

## Agudo

3a

pois é dolorosa e apresenta o raro potencial de cegueira. Raramente usada.

### **manejo endoscópico ou embolização com radiologista intervencionista**

» A epistaxe posterior pode ser contida por meio de eletrocauterização guiada endoscopicamente (geralmente cauterização monopolar com sucção). Da mesma maneira, a dissecação cirúrgica e a ligadura com cliques cirúrgicos da artéria esfenopalatina podem ser realizadas com visualização endoscópica direta. Esses procedimentos normalmente requerem anestesia geral ou pelo menos sedação consciente na sala de operação. O tamponamento é, portanto, a opção primária mais acessível.

» A angiografia e a embolização oferecem outros meios de interromper o suprimento arterial. Isso evita a necessidade de cirurgia, mas envolve um risco de oclusão dos vasos adjacentes e um potencial para acidente vascular cerebral. Se contemplada, essa técnica deve ser tentada antes da ligadura transantral, pois essa cirurgia geralmente oclui os vasos de acesso necessários à embolização bem-sucedida.

4a

### **ligadura cirúrgica aberta**

» A ligadura transantral de vaso ou a ligadura da artéria etmoidal podem ser realizadas.

## Em curso

### **epistaxe quiescente, mas recorrente**

1a

### **tratamento específico de causa subjacente**

» Telangiectasia hemorrágica hereditária: pode-se realizar a recomposição do septo (dermoplastia septal) e a ablação profilática periódica dos vasos nasais com laser vascular.<sup>[14] [15] [36]</sup>

» Neoplasias e trauma devem ser abordados de acordo com a natureza particular da doença do paciente.

» Pode ser necessário corrigir a coagulopatia com transfusão de plaquetas e fatores de coagulação.

mais

### **cauterização com nitrato de prata**

» Esse é um cenário comum em crianças.

## Em curso

» O médico precisa determinar qual o lado com o pior sangramento, já que este seria o lado selecionado para a cauterização. É importante evitar a cauterização no mesmo local nos dois lados do septo. Isso priva a cartilagem septal de seu suprimento de sangue (da cobertura da mucosa) e pode resultar em perfuração do septo, se feita bilateralmente. O tratamento similar do outro lado precisa ser adiado por cerca de 4 semanas até a cicatrização do primeiro local cauterizado.

» As crianças mais novas podem não tolerar a cauterização clínica simples, mesmo com uma boa anestesia tópica e, portanto, pode ser necessária a anestesia geral.

» A cauterização com nitrato de prata foi comparada com cremes antissépticos em crianças com epistaxe recorrente.<sup>[18]</sup> <sup>3[B]Evidence</sup> Embora não seja conclusiva, uma revisão Cochrane de intervenções em crianças sugere que, se for realizada cauterização com nitrato de prata, uma preparação a 75% pode ser mais eficaz e menos dolorosa que uma a 95%.<sup>[18]</sup> A vaselina foi comparada com a ausência de tratamento.<sup>2[B]Evidence</sup> As evidências para os cremes antissépticos e para a vaselina ainda são limitadas, sendo necessários ensaios clínicos randomizados e controlados de alta qualidade com períodos de acompanhamento mais longos.<sup>[18]</sup> <sup>[34]</sup> <sup>[37]</sup> Um estudo duplo-cego mais recente sugere que a cauterização com nitrato de prata associada a creme antisséptico proporciona maior benefício que o creme antisséptico isolado.<sup>[35]</sup>

## Recomendações

### Monitoramento

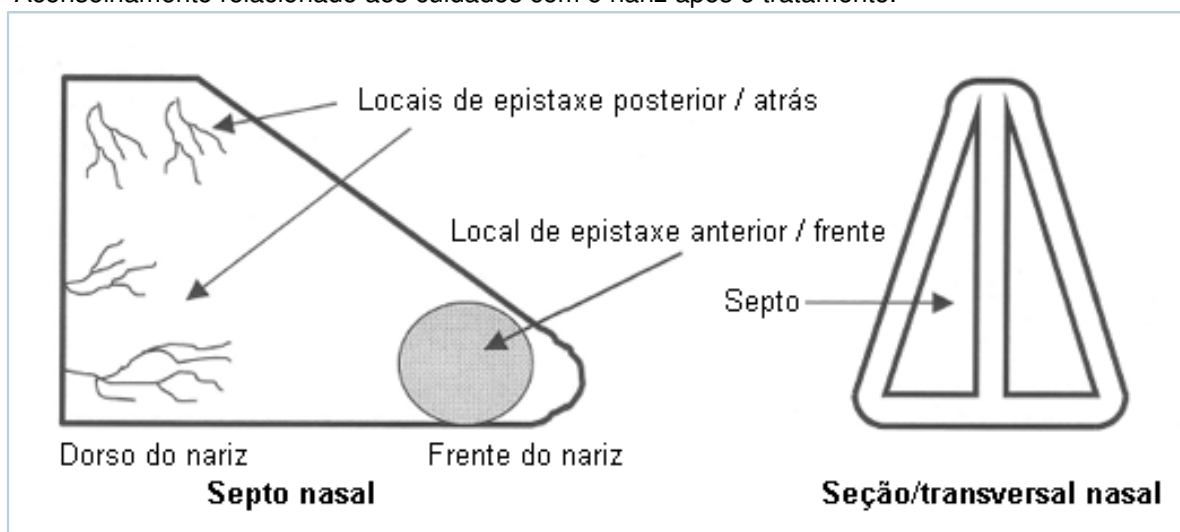
Após a investigação e o tratamento da epistaxe aguda, os pacientes não precisam de monitoramento periódico, exceto aqueles com telangiectasia hemorrágica hereditária. Esses pacientes podem precisar de cauterização periódica, à medida que as telangiectasias evoluem.

Alguns autores recomendam a observação em unidade de terapia intensiva (UTI) dos pacientes enquanto o tampão posterior estiver no lugar. Outros acreditam que ela é apropriada especificamente para idosos e pacientes com comorbidades.

### Instruções ao paciente

Os pacientes devem ser informados e educados sobre o assunto, com folhetos impressos, por exemplo. As informações mais comuns incluem:

- Detalhes das causas da epistaxe
- Anatomia nasal básica, incluindo o fato de a maioria das epistaxes surgir da parte frontal do nariz
- Conselhos sobre tratamento domiciliar do sangramento nasal: aperte as narinas ao mesmo tempo enquanto estiver sentado na posição vertical durante 20 minutos e, em seguida, use técnicas hidratantes
- Um resumo do tratamento médico das epistaxes
- Aconselhamento relacionado aos cuidados com o nariz após o tratamento.



*Diagrama dos locais de sangramento no nariz que deve acompanhar as informações escritas para o paciente*

*Produzido por David A. Randall, Springfield Ear Nose Throat and Facial Plastic Surgery, MO*

O aconselhamento sobre os cuidados com o nariz após o tratamento incluem:

- Vaselina: pode ser aplicada na frente do septo, dentro da narina, com um cotonete ou dedo, 4 vezes ao dia por cerca de 3 semanas
- Spray nasal de água salgada: pode ser comprado em farmácias ou lojas do gênero e pulverizado no nariz durante todo o dia para mantê-lo úmido
- Umidificador: colocar um umidificador perto da cama ajuda a prevenir o ressecamento à noite

- Pequeno sangramento: pode ser esperado durante o período inicial de cicatrização; os pacientes podem se tratar sozinhos com pressão e descongestionantes tópicos
- Spray descongestionante nasal: pode ser pulverizado sobre uma bola pequena de algodão e colocado na área do sangramento por 10 a 15 minutos, se a hemorragia persistir na frente do nariz
- Evitar aspirina ou AINEs e outros medicamentos anticoagulantes: por 3 a 4 semanas, conforme for clinicamente apropriado
- Trauma: evitar assoar, esfregar ou enfiar o dedo vigorosamente no nariz durante a cicatrização
- Alergia: se o sangramento nasal estiver relacionado à alergia, é importante tratar isto
- Acompanhamento: recomendado de acordo com a necessidade, contanto que não existam problemas permanentes.

Esse conselho é apropriado para todas as situações de epistaxe, tendo havido qualquer tratamento ou não. Da mesma maneira, o uso profilático de hidratação intensa durante os meses frios e secos pode reduzir a frequência de epistaxe em pacientes com história desse problema. Os pacientes são encorajados a manter as informações acessíveis para consulta futura.

## Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
<b>rinossinusite bacteriana aguda</b>	<b>curto prazo</b>	<b>média</b>
<p>O tampão nasal obstrui a depuração da mucosa do seio nasal e pode predispor à sinusite.</p> <p>Pode ocorrer na primeira semana após o tamponamento.</p>		
<b>comprometimento cardiovascular associado a sangramento extenso</b>	<b>curto prazo</b>	<b>baixa</b>
<p>Embora improvável, o sangramento e o estresse do tratamento podem desencadear hipotensão ou isquemia cardíaca na presença de doença arterial coronariana.</p> <p>A ressuscitação urgente e cuidados de suporte são necessários.</p>		
<b>perfuração septal associada à cauterização bilateral</b>	<b>curto prazo</b>	<b>baixa</b>
<p>É importante evitar a cauterização no mesmo local nos dois lados do septo. Isso priva a cartilagem septal de seu suprimento de sangue (da cobertura da mucosa) e pode resultar em perfuração do septo, se feita bilateralmente.</p> <p>Pode ocorrer no primeiro mês após a cauterização.</p>		
<b>síndrome do choque tóxico</b>	<b>curto prazo</b>	<b>baixa</b>



Complicações	Período de execução	Probabilidade
<p>Muito rara.</p> <p>Pode ocorrer na primeira semana após o tamponamento nasal.</p> <p>Mupirocina tópica e antibióticos orais são sugeridos como medida profilática, embora não tenham benefício comprovado.</p>		
<b>hipóxia</b>	<b>curto prazo</b>	<b>baixa</b>
<p>Pode ocorrer enquanto o tamponamento posterior estiver presente.</p> <p>O tamponamento posterior pode reduzir a respiração por obstrução nasal ou por um reflexo nasopulmonar à colocação.</p> <p>Alguns autores recomendam a observação em unidade de terapia intensiva (UTI) dos pacientes enquanto o tampão posterior estiver no lugar.</p>		
<b>pneumonia por aspiração ou pneumonite</b>	<b>curto prazo</b>	<b>baixa</b>
<p>A aspiração de sangue pode causar pneumonia ou pneumonite.</p> <p>Felizmente, essas graves complicações são extremamente incomuns.</p>		
<b>acidente vascular cerebral (AVC) associado com embolização intervencionista</b>	<b>curto prazo</b>	<b>baixa</b>
<p>A embolização oferece um baixo risco de AVC.</p> <p>Embora seja uma complicação grave, ela é extremamente incomum.</p>		
<b>epistaxe recorrente</b>	<b>variável</b>	<b>média</b>
<p>As crianças parecem mais propensas a precisar repetir a cauterização.</p> <p>Doenças subjacentes, como neoplasia, telangiectasia hemorrágica hereditária e distúrbios de coagulação têm maior probabilidade de resultar em sangramento recorrente.</p> <p>Os pacientes precisam de investigação para se excluir essas doenças subjacentes.</p>		
<b>ressangramento na remoção do tampão nasal</b>	<b>variável</b>	<b>baixa</b>
<p>O encaminhamento ao departamento de otorrinolaringologia para remoção do tampão nasal pode ser importante no caso de ocorrência de ressangramento.</p> <p>A aplicação de vasoconstritor tópico e lidocaína parece reduzir o trauma na mucosa e o ressangramento na remoção do tampão.</p> <p>A cauterização (geralmente com nitrato de prata) pode ser indicada após a remoção do tampão para vasos suspeitos ou para locais hemorrágicos friáveis.<sup>[17]</sup> <sup>1[B]</sup>Evidence</p>		

## Prognóstico

A maioria dos pacientes responde ao tratamento, particularmente ao tamponamento. Alguns precisam de cauterização periódica dos vasos sanguíneos anteriores ou cauterização planejada do lado oposto, agendada para 4 ou 6 semanas depois que o local inicial é tratado. As crianças parecem mais propensas a precisar repetir a cauterização.



## Nível de evidência

1. Reduzindo hemorragias nasais: há evidências clínicas de qualidade média de que a cauterização com nitrato de prata é tão eficaz quanto o creme antisséptico na redução do número de sangramentos nasais em 8 semanas em crianças com epistaxe recorrente.

**Nível de evidência B:** Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.

2. Controle completo de epistaxe recorrente em crianças: existe evidência de qualidade média sugerindo que não há diferença significativa na frequência de controle completo de epistaxe recorrente em 8 semanas quando a vaselina, aplicada nas narinas duas vezes ao dia por 4 semanas, é comparada com nenhum tratamento em crianças com epistaxe recorrente. As evidências são oriundas de um único ensaio clínico randomizado e controlado.<sup>[18]</sup>

**Nível de evidência B:** Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.

3. Controle parcialmente bem-sucedido da epistaxe recorrente em crianças: não há evidências de qualidade média de que o creme antisséptico (cloridrato de clorexidina 0,1%, sulfato de neomicina 3250 unidades/g), aplicado nas narinas duas vezes ao dia por 4 semanas possa ser tão eficaz para controlar parcialmente a hemorragia em 8 semanas nas crianças com epistaxe recorrente quanto a cauterização com nitrato de prata. Entretanto, essas evidências são oriundas de um pequeno e único ensaio clínico randomizado e controlado.<sup>[34]</sup>

**Nível de evidência B:** Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.

## Artigos principais

- Tan L, Calhoun K. Epistaxis. *Med Clin North Am.* 1999 Jan;83(1):43-56.
- Perretta L, Denslow B, Brown C. Emergency evaluation and management of epistaxis. *Emerg Med Clin North Am.* 1987 May;5(2):265-77.
- Santos P, Lepore M. Epistaxis. In: Bailey B, Healy G, Johnson J, et al., eds. *Head & neck surgery-otolaryngology*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2001:415-428.
- Massick D, Tobin E. Epistaxis. In: Cummings C, Flint P, Harker L, et al., eds. *Otolaryngology-head and neck surgery*. Philadelphia: Elsevier Mosby; 2005:942-961.
- Pond F, Sizeland A. Epistaxis: strategies for management. *Aust Fam Physician.* 2000 Oct;29(10):933-8.
- Randall DA. Epistaxis packing. Practical pointers for nosebleed control. *Postgrad Med.* 2006 Jun-Jul;119(1):77-82.
- Ruddy J, Proops DW, Pearman K, et al. Management of epistaxis in children. *Int J Paediatr Otorhinolaryngol.* 1991 Apr;21(2):139-42.

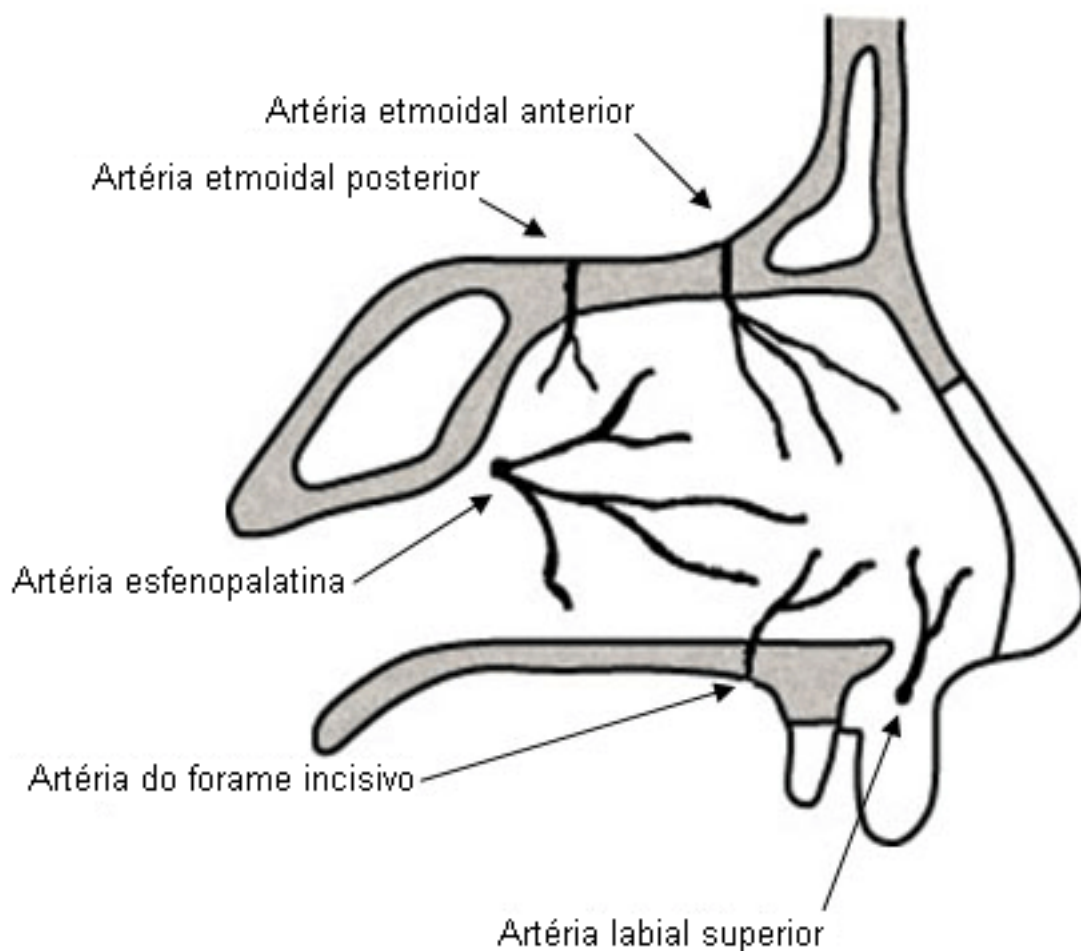
## Referências

1. Tan L, Calhoun K. Epistaxis. *Med Clin North Am.* 1999 Jan;83(1):43-56.
2. Perretta L, Denslow B, Brown C. Emergency evaluation and management of epistaxis. *Emerg Med Clin North Am.* 1987 May;5(2):265-77.
3. Santos P, Lepore M. Epistaxis. In: Bailey B, Healy G, Johnson J, et al., eds. *Head & neck surgery-otolaryngology*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2001:415-428.
4. Massick D, Tobin E. Epistaxis. In: Cummings C, Flint P, Harker L, et al., eds. *Otolaryngology-head and neck surgery*. Philadelphia: Elsevier Mosby; 2005:942-961.
5. Pond F, Sizeland A. Epistaxis: strategies for management. *Aust Fam Physician.* 2000 Oct;29(10):933-8.
6. Davis KR. Embolization of epistaxis and juvenile nasopharyngeal angiofibromas. *AJR Am J Roentgenol.* 1987 Jan;148(1):209-18. [Texto completo](#)
7. Pryor SG, Moore EJ, Kasperbauer JL. Endoscopic versus traditional approaches for excision of juvenile nasopharyngeal angiofibroma. *Laryngoscope.* 2005 Jul;115(7):1201-7.
8. Vidulich R, Blanda MP, Gerson LW. Posterior epistaxis: clinical features and acute complications. *Ann Emerg Med.* 1995 May;25(5):592-6.

9. Charles R, Corrigan E. Epistaxis and hypertension. *Postgrad Med J.* 1977 May;53(619):260-1. [Texto completo](#)
10. Ibrashi F, Sabri N, Eldawi M, et al. Effect of atherosclerosis and hypertension on arterial epistaxis. *J Laryngol Otol.* 1978 Oct;92(10):877-81.
11. Lubianca-Neto JF, Bredemeier M, Carvalhal EF, et al. A study of the association between epistaxis and the severity of hypertension. *Am J Rhinol.* 1998 Jul-Aug;12(4):269-72.
12. Herkner H, Havel C, Müllner M, et al. Active epistaxis at ED presentation is associated with arterial hypertension. *Am J Emerg Med.* 2002 Mar;20(2):92-5.
13. Soyka MB, Rufibach K, Huber A, et al. Is severe epistaxis associated with acetylsalicylic acid intake? *Laryngoscope.* 2010 Jan;120(1):200-7. [Texto completo](#)
14. Reibez EE, Bryan DJ, Ehrlichman RJ, et al. Surgical management of life threatening epistaxis in Osler-Weber-Rendu disease. *Ann Plast Surg.* 1995 Aug;35(2):208-13.
15. Lund VJ, Howard DJ. A treatment algorithm for the management of epistaxis in hereditary hemorrhagic telangiectasias. *Am J Rhinol.* 1999 Jul-Aug;13(4):319-22.
16. Javed F, Golagani A, Sharp H, et al. Potential effects of herbal medicines and nutritional supplements on coagulation in ENT practice. *J Laryngol Otol.* 2008 Feb;122(2):116-9.
17. Randall DA. Epistaxis packing. Practical pointers for nosebleed control. *Postgrad Med.* 2006 Jun-Jul;119(1):77-82.
18. Qureishi A, Burton MJ. Interventions for recurrent idiopathic epistaxis (nosebleeds) in children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(9):CD004461. [Texto completo](#)
19. Barr G. Silver nitrate cautery and epistaxis. *Arch Emerg Med.* 1989 Sep;6(3):233. [Texto completo](#)
20. Upile T, Jerjes W, Sipaul F, et al. A change in UK epistaxis management. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2008 Nov;265(11):1349-54.
21. Zahed R, Moharamzadeh P, Alizadeharasi S, et al. A new and rapid method for epistaxis treatment using injectable form of tranexamic acid topically: a randomized controlled trial. *Am J Emerg Med.* 2013 Sep;31(9):1389-92.
22. Mabry R. Management of epistaxis by packing. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1986 Mar;94(3):401-3.
23. Morris HD, Doyle PJ, Riding KH, et al. The effects of posterior packing on pulmonary function in posterior epistaxis. *Trans Sect Otolaryngol Am Acad Ophthalmol Otolaryngol.* 1976 Jul-Aug;82(4):ORL 504-8.
24. Morganstein S. Surgical management of epistaxis. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1987 Dec;113(12):1338.

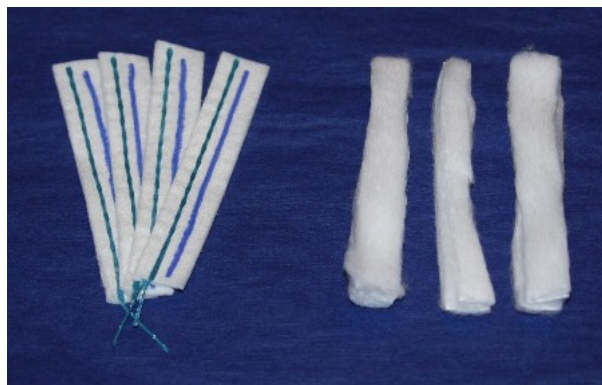
25. Moshaver A, Harris JR, Liu R, et al. Early operative intervention versus conventional treatment in epistaxis: randomized prospective trial. *J Otolaryngol*. 2004 Jun;33(3):185-8.
26. Durr DG. Endoscopic electrosurgical management of posterior epistaxis: shifting paradigm. *J Otolaryngol*. 2004 Aug;33(4):211-6.
27. Stankiewicz J. Nasal endoscopy and control of epistaxis. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2004 Feb;12(1):43-5.
28. Kumar S, Shetty A, Rockey J, et al. Contemporary surgical treatment of epistaxis: what is the evidence for sphenopalatine artery ligation? *Clin Otolaryngol Allied Sci*. 2003 Aug;28(4):360-3.
29. Strong E, Bell D, Johnson L, et al. Intractable epistaxis: transantral ligation vs embolization: efficacy review and cost analysis. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1995 Dec;113(6):674-8.
30. Christensen N, Smith D, Barnwell S, et al. Arterial embolization in the management of posterior epistaxis. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2005 Nov;133(5):748-53.
31. Douglas R, Wormald PJ. Update on epistaxis. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2007 Jun;15(3):180-3.
32. Webster J, Osborne S, Rickard CM, et al. Clinically-indicated replacement versus routine replacement of peripheral venous catheters. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Aug 14;(8):CD007798. [Texto completo](#)
33. Scaramuzzi N, Walsh R, Brennan P, et al. Treatment of intractable epistaxis using arterial embolization. *Clin Otolaryngol Allied Sci*. 2001 Aug;26(4):307-9.
34. Loughran S, Spinou E, Clement E, et al. A prospective, single blind, randomised controlled trial of petroleum jelly/Vaseline for recurrent paediatric epistaxis. *Clin Otolaryngol Allied Sci*. 2004 Jun;29(3):266-9.
35. Calder N, Kang S, Fraser L, et al. A double-blind randomized controlled trial of management of recurrent nosebleeds in children. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2009 May;140(5):670-4.
36. Zohar Y, Straus M. Epistaxis due to hereditary hemorrhagic telangiectasia. *Laryngoscope*. 1995 Apr;105(4 Pt 1):445-6.
37. Ruddy J, Proops DW, Pearman K, et al. Management of epistaxis in children. *Int J Paediatr Otorhinolaryngol*. 1991 Apr;21(2):139-42.

## Imagens



*Figura 1: Vasculatura nasal demonstrando os vasos que formam o plexo de Kiesselbach*

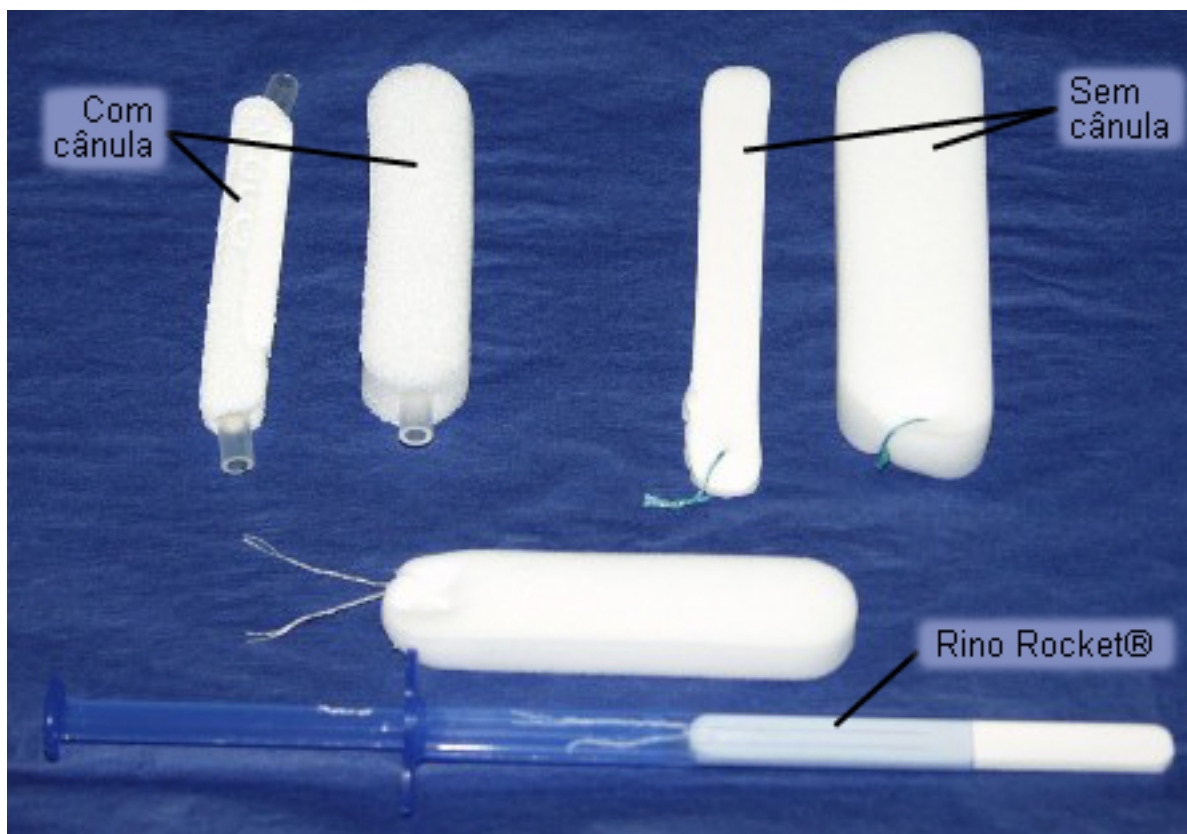
*Do acervo de David A. Randall, Springfield Ear Nose Throat and Facial Plastic Surgery, MO*



*Figura 2: Cotonoides nasais para aplicação de descongestionante e anestesia local*

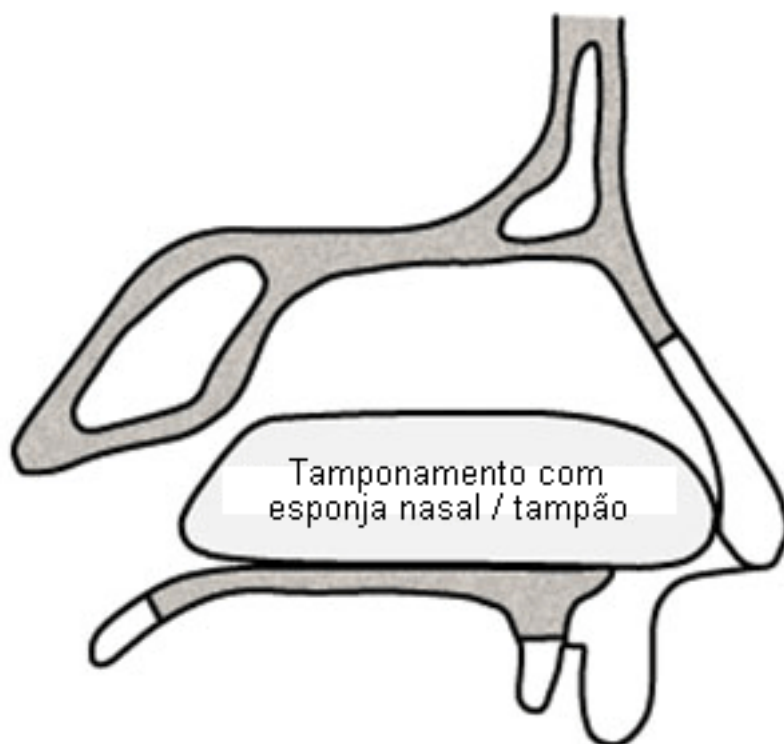


Do acervo de David A. Randall, Springfield Ear Nose Throat and Facial Plastic Surgery, MO



**Figura 3: Tampões de esponja nasal expansível**

Do acervo de David A. Randall, Springfield Ear Nose Throat and Facial Plastic Surgery, MO



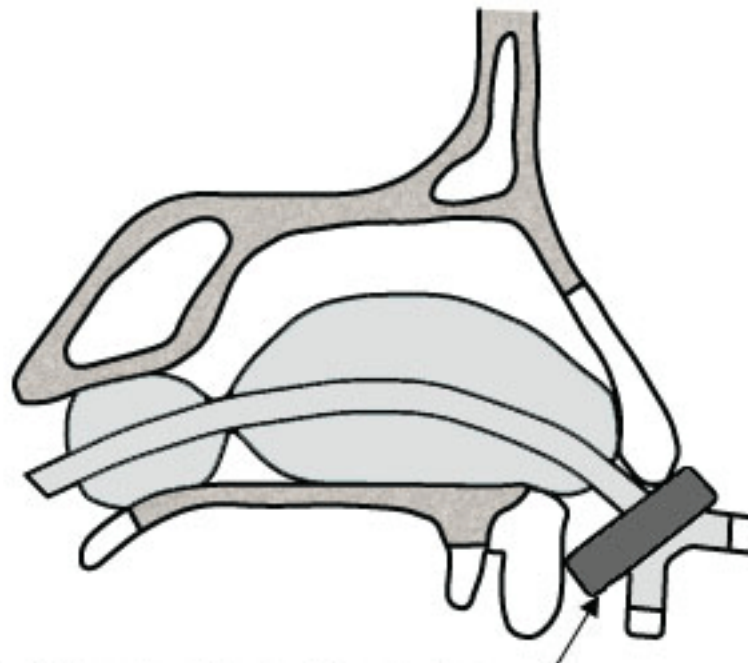
*Figura 4: Tamponamento com esponja nasal expansível em posição*

*Do acervo de David A. Randall, Springfield Ear Nose Throat and Facial Plastic Surgery, MO*



*Figura 5: Cateter nasal de balão duplo inflado e desinflado*

*Do acervo de David A. Randall, Springfield Ear Nose Throat and Facial Plastic Surgery, MO*



Narina bem acolchoada com gaze enrolada

*Figura 6: Cateter nasal de balão duplo em posição*

*Do acervo de David A. Randall, Springfield Ear Nose Throat and Facial Plastic Surgery, MO*

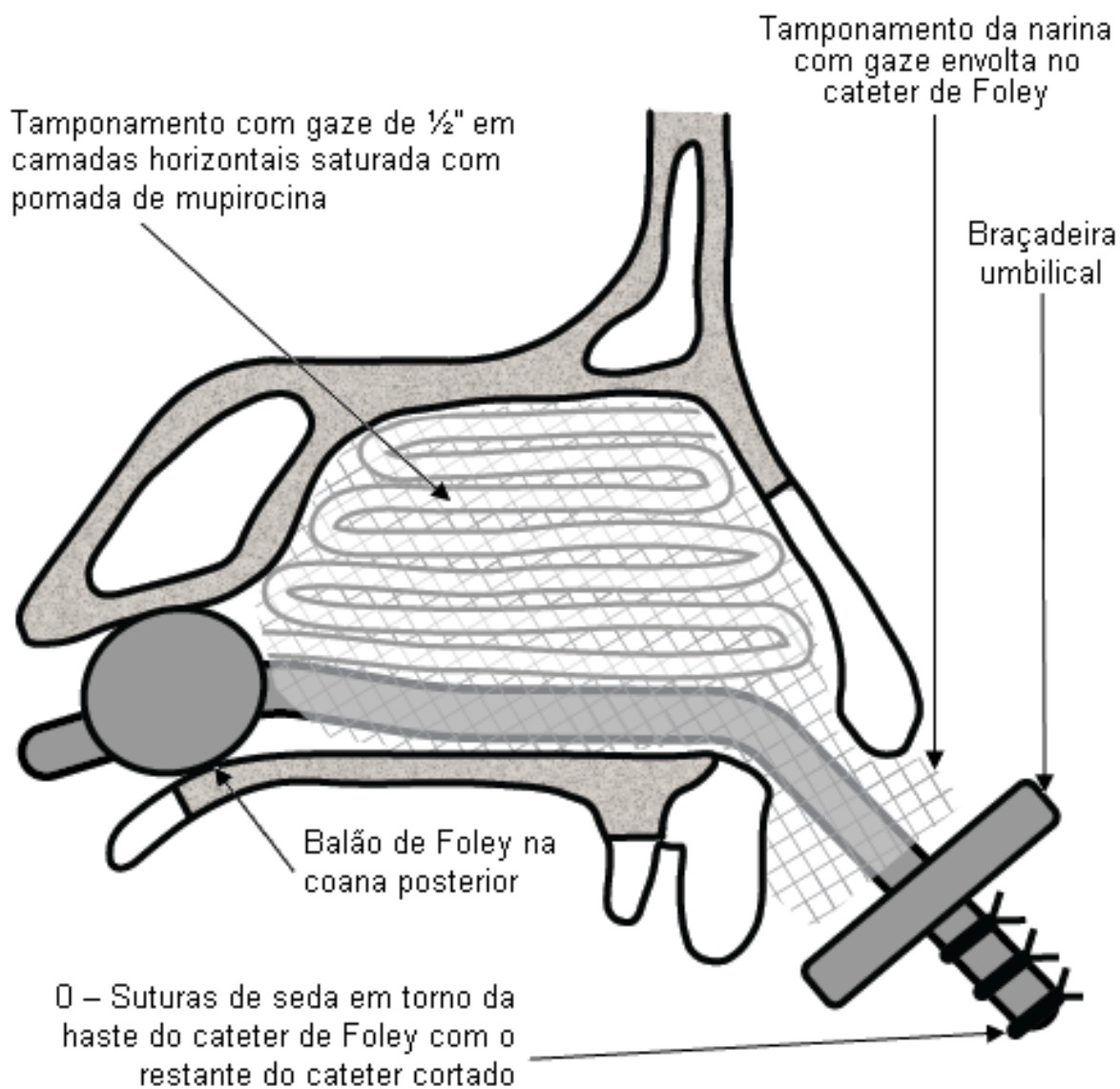
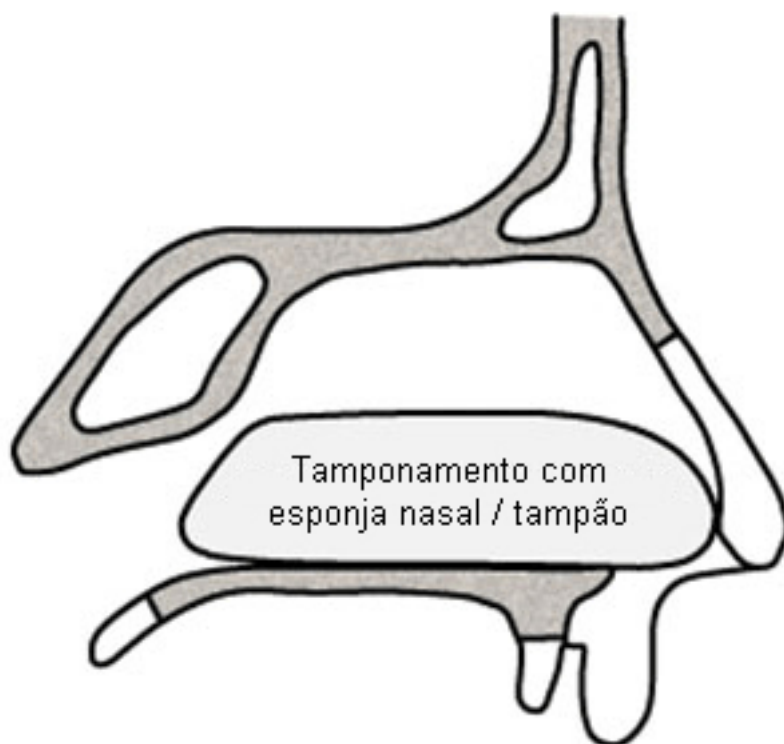


Figura 7: Tampão anteroposterior tradicional de gaze com cateter urinário de Foley

Do acervo de David A. Randall, Springfield Ear Nose Throat and Facial Plastic Surgery, MO



*Figura 8: Tamponamento com esponja nasal expansível em posição*

*Do acervo de David A. Randall, Springfield Ear Nose Throat and Facial Plastic Surgery, MO*

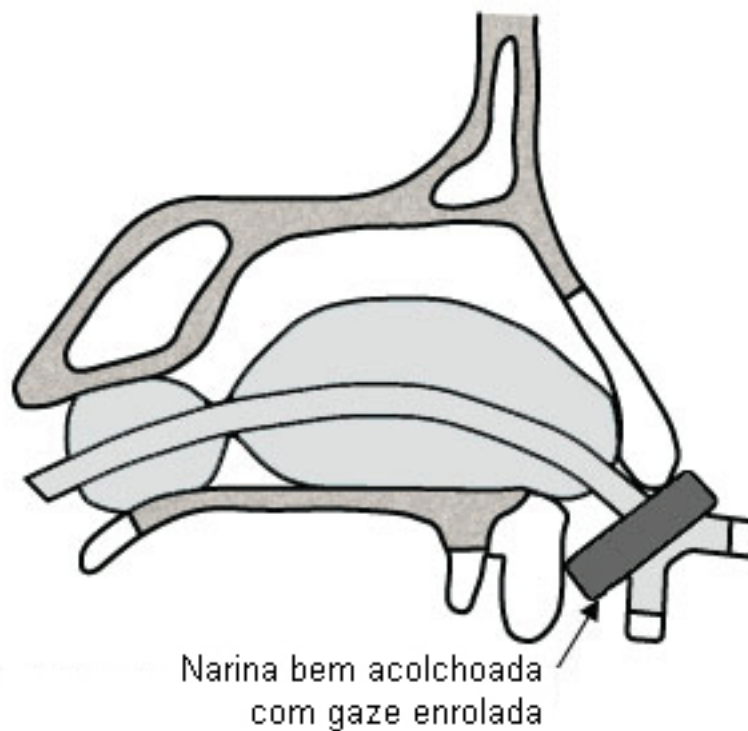




Figura 9: Cateter nasal de balão duplo em posição

Do acervo de David A. Randall, Springfield Ear Nose Throat and Facial Plastic Surgery, MO

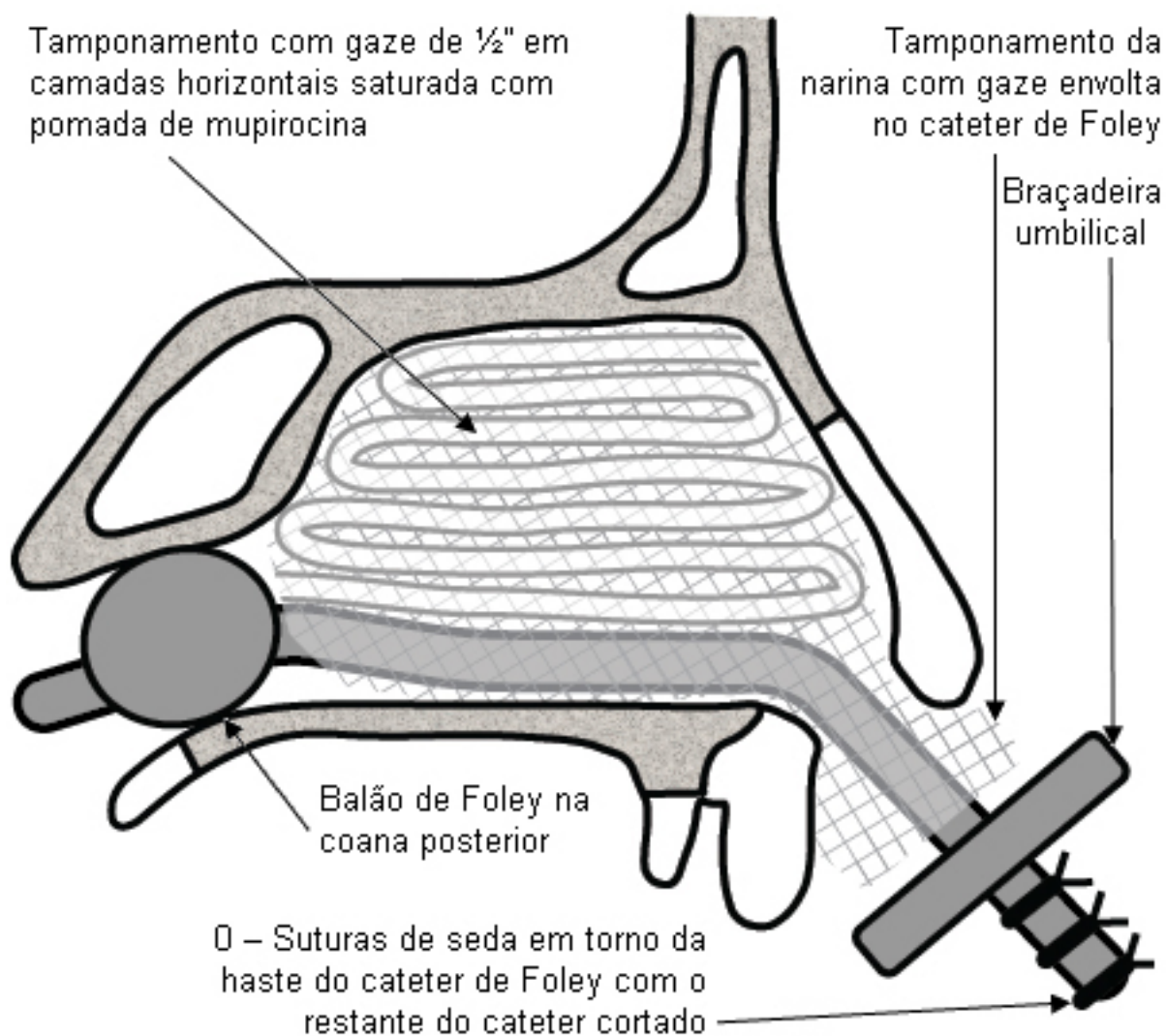
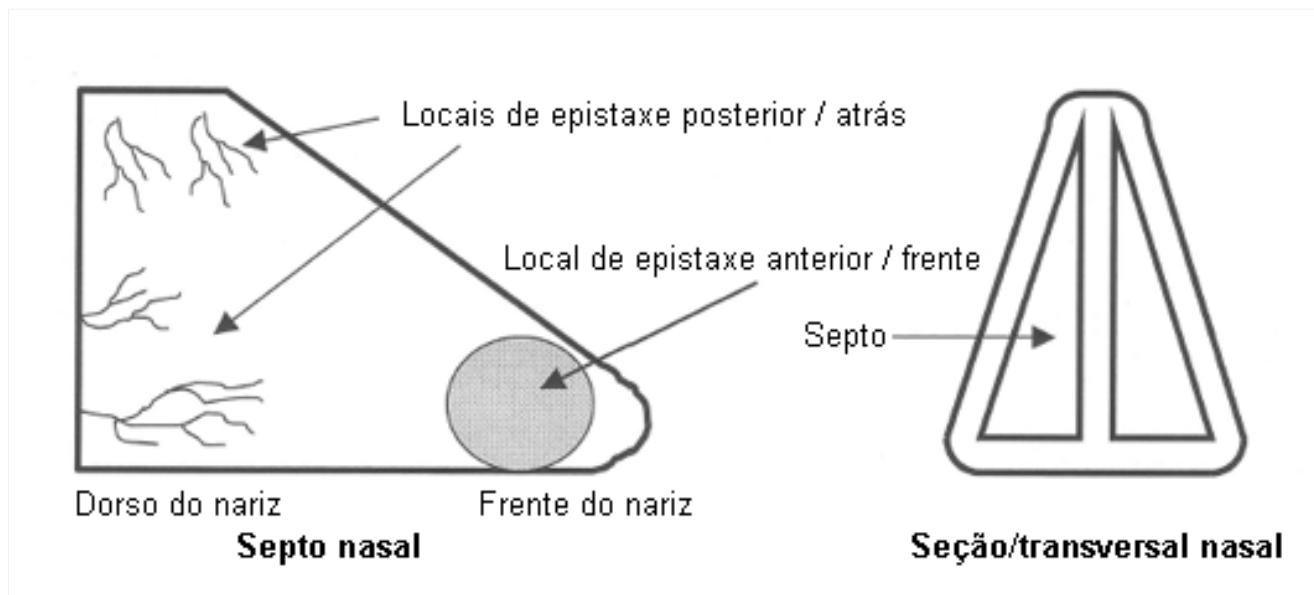


Figura 10: Tampão anteroposterior tradicional de gaze com cateter urinário de Foley

Do acervo de David A. Randall, Springfield Ear Nose Throat and Facial Plastic Surgery, MO



*Figura 11: Diagrama dos locais de sangramento no nariz que deve acompanhar as informações escritas para o pacientes*

*Produzido por David A. Randall, Springfield Ear Nose Throat and Facial Plastic Surgery, MO*

## Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerá-las substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

**NOTA DE INTERPRETAÇÃO:** Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,000
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

**Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais**



O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

[support@bmj.com](mailto:support@bmj.com)

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

# BMJ Best Practice

## Colaboradores:

---

### // Autores:

**Darren Pinder, BSc(Hons), MB BChir, MSc(Med Ed), FRCS(ORL)**

Consultant ENT Surgeon

Royal United Hospital Bath NHS Trust, Bath, UK

DIVULGAÇÕES: DP declares that he has no competing interests.

### // Colegas revisores:

**Ethan Cumbler, MD**

Assistant Professor

Department of Internal Medicine, University of Colorado Health Sciences Center, Denver, CO

DIVULGAÇÕES: EC declares that he has no competing interests.

**Samuel J. Stratton, MD, MPH**

Professor

UCLA School of Public Health and David Geffen School of Medicine, Los Angeles, Medical Director, Health Disaster Management/Emergency Medical Services, Orange County Health Care Agency, Santa Ana, CA

DIVULGAÇÕES: SJS declares that he has no competing interests.

**Janet Wilson, BSc, MD, FRCSEd, FRCSEng**

Professor of Otolaryngology - Head and Neck Surgery

Newcastle University, Honorary Consultant Otolaryngologist, Freeman Hospital, Newcastle-Upon-Tyne, UK

DIVULGAÇÕES: JW declares that she has no competing interests.