



Epistaxis incoercible secundaria a embarazo

Mercedes del Pilar Álvarez Goris,* Miguel Ángel Martínez Enríquez,† José Daniel Flores Alatroste,*
Paloma de la Torre y Fernández,§ Víctor Manuel Oviedo Molina||

Resumen

El embarazo supone una serie de cambios fisiológicos tales como el aumento del volumen sanguíneo circulante y modificaciones en las mucosas secundarias a la acción hormonal. Esto puede condicionar la aparición de epistaxis, que en su mayoría es de resolución benigna; sin embargo, en contados casos el sangrado nasal puede tornarse en una hemorragia masiva de difícil control que pone en riesgo la vida de la madre y el producto. Hay pocos reportes en la literatura internacional referentes al caso; así mismo, no hay lineamientos de tratamiento establecidos. Presentamos el reporte del caso de una paciente embarazada con epistaxis masiva incoercible.

Palabras clave: Embarazo, epistaxis, hemorragia obstétrica, muerte materna, choque hipovolémico.

Summary

Pregnancy involves a series of physiological changes such as an increased circulating blood volume and mucosal changes secondary to hormonal action. All these processes may determine the onset of epistaxis, which in most cases has a benign resolution. However, in special cases, nosebleeds can become a difficult to control massive bleeding that endangers the life of the mother and baby. There are few reports in the international literature concerning the case, and no established treatment guidelines. We present a case report of a pregnant patient with massive intractable epistaxis.

Key words: Pregnancy, epistaxis, obstetric hemorrhage, maternal death, hypovolemic shock.

INTRODUCCIÓN

La epistaxis relacionada al embarazo o epistaxis gestacional se asocia a cambios fisiológicos de la mucosa nasal ocasionados por influjo hormonal, así como las modifi-

caciones circulatorias y cardiovasculares que acompañan al embarazo; éstas producen congestión en los plexos de Kiesselbach y/o de Woodruff, predisponiendo al sangrado.¹⁻⁵ La epistaxis se presenta en al menos una de cada cinco mujeres embarazadas y, en la mayoría de los casos, no requiere atención médica de urgencia.^{3,6,7} Sin embargo, ha habido algunos reportes en que la aparición de la epistaxis ha ocasionado hemorragias tan importantes que han llevado a la paciente al borde de la muerte. La información donde esta condición ha puesto en peligro la vida del binomio es limitada y, por lo tanto, restringe la cantidad de conocimientos sobre el manejo adecuado.^{1,4,8} Por ello, presentamos un caso de epistaxis incoercible durante el embarazo y una discusión de la literatura.

Presentación del caso clínico: Secundigesta de 29 años de edad. Durante este embarazo, se reportan tres episodios de epistaxis, manejados con aplicación de epinefrina y colocación de taponamiento anterior. Después de este tratamiento presenta un nuevo episodio sin respuesta al manejo, por lo que se interna para su atención con diagnóstico de embarazo de 31 semanas de gestación y epistaxis refractaria. A la exploración física, se encuentra mucosa nasal con irritación, hiperemia, sangrado nasal bilateral abundante; abdomen con útero gestante, producto único, vivo, cefálico, con dorso derecho; frecuencia cardiaca fetal

* Residente de Ginecología y Obstetricia. Facultad Mexicana de Medicina de la Universidad la Salle.

† Biólogo de la Reproducción. Reproducción y Genética AGN y Asociados.

§ Gineco-Obstetra.

|| Cirugía General. Facultad Mexicana de Medicina de la Universidad la Salle.

Hospital Ángeles Pedregal.

Correspondencia:

Dra. Mercedes del Pilar Álvarez Goris
Hospital Ángeles Pedregal.
Camino a Santa Teresa Núm. 1055,
Col. Héroes de Padierna, 01070,
Del. Magdalena Contreras, México, D.F.
Correo electrónico: goris14@hotmail.com

Aceptado: 05-12-2014.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actamedica>

de 159 latidos por minuto. Tensión arterial 110/70 mmHg, frecuencia cardíaca 80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 20 por minuto. Se le solicitan exámenes de laboratorio; hemoglobina (Hb): 10.8, hematocrito: 32%, plaquetas: 171 mil y tiempos de coagulación normales; el resto de laboratorios sin alteraciones que evidencien coagulopatía o patología agregada. Otorrinolaringología le coloca un taponamiento anteroposterior con sonda; dos días después presenta epistaxis cuantificada en 1,500 mililitros. Se revisa y recoloca el taponamiento posterior y se instaura manejo de choque hipovolémico grado 2 con anemia secundaria (hemoglobina: 6 g/dL, posterior al episodio) con terapia transfusional. Por la evolución tórpida del caso, se realiza cauterización de cornetes y ligadura. Terminado el procedimiento, se traslada al área de obstetricia; ahí se le encuentra con marcada palidez de tegumentos, taponamiento y bigotera con sangrado escaso a través de coanas y retrofaringe, sin datos de alarma obstétrica. Se realizan nuevos laboratorios; biometría hemática: Hb: 9.9, hematocrito: 30, plaquetas: 207, TPT 11.9 TP 27 INR 1.01. Sus signos vitales, el examen ultrasonográfico y la prueba sin estrés, dentro de parámetros normales. Dada la condición grave de la paciente se inicia inducción de madurez pulmonar fetal. Tres horas después, presenta nuevamente sangrado cuantificado en 1,000 mL, con compromiso hemodinámico; por ello, se realiza cesárea de urgencia sin esperar el tiempo de latencia para que haga efecto el esteroide, ya que el estado hemodinámico de la paciente no lo permite. Se termina el procedimiento sin complicaciones, obteniéndose un producto único vivo femenino de 33 semanas por Capurro, con peso de 1,850 g y 43 cm. Apgar 0/5, por lo que amerita internamiento a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). Al término de la intervención se le retira el taponamiento y se mantiene bajo vigilancia, sin nuevo sangrado. Se le recoloca el taponamiento y pasa a la unidad de cuidados intensivos, donde se transfunde nuevamente. La evolución del postoperatorio de la paciente fue satisfactoria. Se retira el taponamiento 24 horas después, observándose en la rinoscopia dos laceraciones en septum, en cabeza y cola del cornete inferior izquierdo y laceración en el cornete derecho, se egrisa 48 horas después. No presenta recidiva del cuadro inicial nuevamente durante sus consultas en el puerperio. La recién nacida evoluciona adecuadamente sin daño neurológico, con recuperación adecuada; es dada de alta a su domicilio después de seis semanas de internamiento, sin secuelas.

DISCUSIÓN

La epistaxis es multifactorial y sus manifestaciones van desde la remisión espontánea hasta la hemorragia que pone

en peligro la vida.^{9,10} La nariz está ricamente vascularizada por las arterias carótida interna y externa; el 80% de las epistaxis son anteriores, en el plexo Kiesselbach. Durante el embarazo, uno de los cambios fisiológicos es el aumento del volumen sanguíneo circulante; a esto se suma que la progesterona, al inicio del embarazo, y el incremento de los estrógenos durante toda la gestación, condicionan un aumento de la dilatación capilar del revestimiento del aparato respiratorio. Éste recibe más sangre, lo que provoca ingurgitación, que repercute en cambios estructurales que afectan el funcionamiento del sistema respiratorio, ya agravado por los cambios físicos dados por el crecimiento fetal.^{5,7,10} El sangrado suele ser susceptible a la presión directa, al taponamiento o a la cauterización.⁹ Cuando las medidas tradicionales para cohibirlo son insuficientes, la literatura sugiere dos alternativas: la ligadura de la arteria esfenopalatina^{1,2,6} y la interrupción del embarazo;⁶ esta última mejora la carga del sistema cardiovascular y cesa los cambios hormonales condicionantes. La morbilidad conocemos por reportes aislados de casos de epistaxis y embarazo, así como su asociación con deficiencia de ácido fólico,⁹ un reporte de caso con choque hipovolémico¹ y otro donde se presentó la muerte del binomio.⁶ Las condiciones que obligan a la resolución del embarazo de manera urgente son pocas y guardan estrecha relación con la hemorragia materna o la hipoxia fetal. La decisión de la interrupción del embarazo, a pesar de la prematuridad, en este caso, permitió salvaguardar la vida de ambas, con una evolución satisfactoria, puesto que mejoró los factores condicionantes de los cambios hemodinámicos del embarazo y mejoró la respuesta fisiológica de la paciente.

REFERENCIAS

1. Cooley SM, Geary M, O'Connell MP, Keane DP. Hypovolaemic shock secondary to epistaxis in pregnancy. *J Obstet Gynaecol*. 2002; 22: 229-230.
2. Kucik CJ. Management of epistaxis. *Am Fam Physician*. 2005; 15: 305-311.
3. Dugan-Kim M, Connell S, Stika C, Wong CA et al. Epistaxis of pregnancy and association with postpartum hemorrhage. *Obstet Gynecol*. 2009; 114 (6): 1322-1325.
4. Howard DJ. Life-threatening epistaxis in pregnancy. *J Laryngol Otol*. 1985; 99 (1): 95-96.
5. Hardy JJ, Connolly CM, Weir CJ. Epistaxis in pregnancy –not to be sniffed at. *Int J Obstet Anesth*. 2008; 17: 94-95.
6. El Goulli M, Chelli M. Severe epistaxis during pregnancy. A case history. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 1979; 8: 437-439.
7. Ellelgård KE. Special considerations in the treatment of pregnancy rhinitis. *Women's Health (Lond Engl)*. 2005; 1 (1): 105-114.
8. Green LK, Green RS, Harris RE. Life-threatening epistaxis associated with pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 1974; 120: 1113-1114.
9. Kumar R, Hayhurst KL, Robson AK. Ear, nose, and throat manifestations during pregnancy. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2011; 145 (2): 188-198.
10. Purushothaman L, Purushothaman PK. Analysis of epistaxis in pregnancy. *European Journal of Scientific Research*. 2010; 40 (3): 387-396.