

OTORRINOLARINGOLOGIA

EPISTAXIS: GENERALIDADES Y MANEJO EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD

Dyana Calderón Morera*
 Adriana Mairena Sánchez**
 Carol Mata Espinoza***

SUMMARY

The purpose of this review article is to make available to general physicians and primary health care personnel, a document that covers the basic aspects to consider when having in front an episode of epistaxis, such as anatomical considerations, most frequent causes, classification, initial management, and some techniques to reduce or stop the bleeding that can be applied, before being in the need of sending the patient to the respective specialist, as this is a sign that occurs with some frequency in the general population and a source of recurring consultation, that

can also look alarming and often causes anxiety in both the patient and his companions, most of the time being a self-limited and good prognostic sign.

Key words: Epistaxis, nose bleeding, management, primary health care, nasal packing.

INTRODUCCION

La epistaxis se trata de un signo clínico y no de una enfermedad, el cual es un motivo de consulta extremadamente frecuente en los servicios de urgencias y atención primaria, pudiendo presentarse

tanto en niños como en adultos, con una incidencia de distribución bimodal, mayormente en niños y jóvenes, y en adultos mayores (45-65 años). Por su frecuencia y su potencial gravedad, se considera importante la necesidad de conocer la irrigación nasal y los diferentes métodos para cohibir todo tipo de hemorragia, ya que puede llevar a alteraciones hemodinámicas, que requieran incluso de hospitalización. Además recordando que es un signo, es importante buscar la causa o enfermedad que la produce, para así asegurar un tratamiento efectivo.^(5,8,9)

* Médico General, Medicina de Empresa- Medicina Mixta, San José, Costa Rica.

** Médico General, Clínica Clorito Picado, San José, Costa Rica.

*** Médico General, Clínica Clorito Picado, San José, Costa Rica.

DESARROLLO

Definición de epistaxis

La palabra *epistaxis* se define como la salida de sangre al exterior por vía anterior o posterior, de origen endonasal, retronasal o extranasal, causada por la ruptura de los elementos vasculares que garantizan la irrigación de las fosas nasales, senos paranasales y la nasofaringe. Tiene una prevalencia de 15% en la población general y en la mayoría de los casos se presenta en escasa cuantía y resuelve de manera espontánea, sin embargo en ocasiones estos episodios pueden alcanzar mayor gravedad poniendo en riesgo la vida del paciente.^(5,8)

Consideraciones anatómicas

Las fosas nasales están irrigadas por un doble sistema vascular que proviene de las arterias carótidas interna y externa. El primero, a expensas de la arteria oftálmica, que da origen a las arterias etmoidales anteriores y posteriores, que penetrando al etmoids, irriga principalmente la zona alta del tabique nasal y la pared lateral de la fosa nasal respectiva. La arteria etmoidal anterior, de mayor calibre, penetra desde la órbita a las celdillas etmoidales por el agujero etmoidal anterior e irriga el tercio anterior del tabique y la pared lateral de la nariz, se

anastomosa con ramas anteriores de la arteria esfenopalatina en la zona anterior del tabique nasal formando a este nivel el plexo de Kiesselbach o área de *Little* (Fig. 1), y que corresponde a la zona donde se produce la mayoría de las epistaxis.^(5,7,8,9)

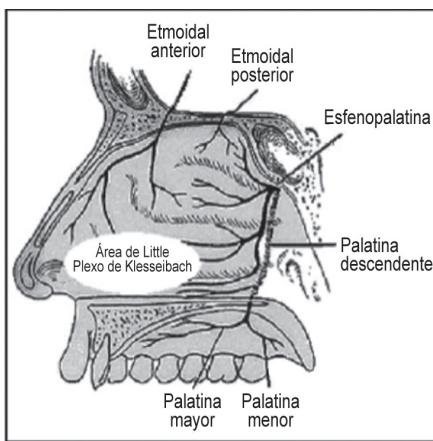


Figura 1.
Irrigación del septo nasal⁽¹⁰⁾

El sistema carotídeo externo a través de la arteria facial, avanza desde la región cervical, bordea la rama mandibular y llega a los bordes narinarios con la rama labial superior, e irriga el piso y la porción más anterior del tabique nasal. La arteria maxilar interna emite la palatina descendente y la esfenopalatina, la primera recorre el conducto palatino posterior para dirigirse hacia adelante al conducto palatino anterior, y entra a la cavidad nasal a nivel del tabique anterior. La esfenopalatina, toma su nombre al salir del agujero esfenopalatino, en la parte más profunda de la pared externa de las fosas nasales,

y es considerada el verdadero hilio vascular de la nariz, ya que de ella depende la mayor parte de la irrigación de las fosas nasales.^(5,7,8,9)

ETIOLOGIA

Las causas comunes de epistaxis se pueden dividir en locales y sistémicas:

1. Locales:

idiopáticas, traumatismos (hurgado, rascado de fosas nasales, perforación septal), infecciosas (resfriado común, rinitis, sinusitis, tuberculosis, fiebre reumática, sífilis), factores ambientales (sequedad ambiental, humedad, altura, exposición excesiva al calor, irritantes ambientales, inhalación de sustancias), cuerpo extraño, tumores (neoplasias, pólipos y angiofibroma juvenil, papiloma invertido, estesioneuroblastoma, lesiones metastásicas, hemangiomas, telangiectasia hemorrágica hereditaria, entre otros).^(1,2,8,9)

2. Sistémicas:

fármacos (abuso de descongestionantes, ingestión de ácido acetil salicílico, anticoagulantes y antiagregantes plaquetarios), enfermedades infecciosas (gripe, escarlatina, fiebre tifoidea), embarazo, enfermedades cardiovasculares

(hipertensión arterial, arteriosclerosis, enfermedades hematológicas (coagulopatías, leucemias, trombocitopenia, anemia aplásica), enfermedades endocrinas (diabetes mellitus, feocromocitoma, enfermedades renales (uremia, nefritis), hepatopatía y abuso de alcohol, déficit de vitamina K, escorbuto, intoxicaciones, entre otras^(1,3,8,9)

CLASIFICACION

Las epistaxis se pueden clasificar de acuerdo con el origen anatómico de la hemorragia:

1. Epistaxis anterior:

corresponde al 90-95% de todas las epistaxis, generalmente por compromiso del plexo de Kiesselbach, la mayoría son sangrados de leve a moderados, autolimitados o son fácilmente controlados con medidas locales y conservadoras, más común en pacientes jóvenes y tienen buen pronóstico.^(8,9)

2. Epistaxis posterior:

comprenden de 5 a 10% de los casos. Se originan frecuentemente generalmente las ramas de la arteria esfenopalatina, es más difícil visualizar el sitio de la hemorragia. Más común en ancianos y requieren a menudo taponamiento nasal anterior y posterior.^(8,9)

MANEJO

Es necesario establecer una anamnesis completa, con el objetivo de determinar los factores desencadenantes locales o sistémicos. Al mismo tiempo se debe realizar un examen físico de la cavidad endonasal (rinoscopia anterior), retronal (rinoscopia posterior, si se cuenta con disponibilidad de los medios necesarios), oral y de la faringe (orofaringoscopia). Se considera que la epistaxis debe ser tratada mayoritariamente desde el punto de vista manipulativo y no medicamentoso, además es importante tener presente tres objetivos básicos en el manejo de las epistaxis^{(8,9):}

1. Determinar la cuantía del sangrado y reanimación hemodinámica inmediata si es necesario.
2. Identificación del punto sangrante (idealmente) con el respectivo control terapéutico mediante medidas locales, invasivas u otras.
3. Búsqueda y tratamiento de la causa subyacente.

Inicialmente en el primer nivel de atención de salud o en el servicio de emergencias, se puede realizar la valoración del paciente, anamnesis, valoración de permeabilidad de la vía aérea y signos vitales, estabilización de los mismos, identificación del sitio de origen de la hemorragia,

ejercer presión a nivel de la región cartilaginosa nasal anterior de 2 a 5 minutos con la intención de hacer hemostasia, se puede recurrir también al uso tópico de sustancias vasoconstrictoras como oximetazolina.^(1,6) En caso de que se trate de un sangrado no autolimitado, o de moderada a mayor cuantía, y de contar con la experiencia y los materiales necesarios, con una adecuada iluminación y la previa aplicación de anestésicos locales tal como lidocaína, aplicada en spray o por medio de un algodón impregnado que es colocado en la cavidad nasal por un periodo de 7-10 minutos, se puede proceder a realizar una cauterización química del Plexo de Kiesselbach con nitrato de plata, uso de agentes hemostáticos como Gelfoam® o Surgicel®, colocación de un taponamiento nasal para detener la hemorragia, o referir para su realización y valoración por el respectivo especialista al segundo o tercer nivel de atención, para la realización de procedimientos tales como endoscopía y cauterización, ligaduras arteriales, embolización, dermoseptoplastía, además para completar estudios o procedimientos necesarios para la identificación y tratamiento de la causa subyacente según cada caso.^(1,4,5,6)

Taponamiento nasal anterior:

para su colocación es importante recordar que la fosa nasal

mide aproximadamente 5-8cm anteroposterior y 5cm de alto, con un eje anteroposterior horizontal. Se debe aplicar previamente anestésico y vasoconstrictor tópicos. Se utiliza una tira de gasa de aproximadamente 1 a 2 cm de ancho y 1 m de largo, que se introduce en la fosa nasal sangrante con una pinza, preferiblemente de bayoneta o de disección sin dientes, en forma de acordeón iniciando por el piso de la fosa nasal, hasta rellenarla completamente. Si no se dispone de ella, se pueden introducir varios pisos de gasa (torundas abiertas), del mismo modo, hasta completar el relleno de la fosa nasal. Posteriormente se coloca esparadrapo en la narina para la salida de la gasa. Después de colocado el taponamiento nasal anterior, se requiere la indicación de analgésico y de antibióticos para evitar las complicaciones nasosinusales, del oído medio o síndrome de shock tóxico, este taponamiento permanece colocado por 2 a 5 días. No es necesaria la hospitalización del paciente.^(1,4,5,6,8)

Taponamiento nasal postero-anterior: puede ser realizado de 2 formas diferentes

1. Se toman 2 ó 3 torundas de gasa (dependiendo del tamaño de la coana del paciente) y se conforma un paquete que debe tener 4 cabos de hilos de seda bien gruesos, es decir,

2 hacia un extremo y 2 hacia el extremo opuesto. Previa anestesia tópica, se introduce una sonda por la fosa nasal sangrante hasta alcanzar la orofaringe, se practica una orofaringoscopia y se obtiene la sonda con una pinza de bayoneta, se fijan los hilos al extremo más distal de la sonda y se le comienza a retirar por la fosa nasal. El tapón de gasa es ayudado con el dedo índice del médico, hasta que este es impactado en la coana y se obtienen 2 hilos por la nariz y 2 quedan por boca, se traccionan los hilos que se obtuvieron por las fosas nasales y se procede a la colocar un taponamiento nasal anterior. Se sitúa una torunda frente a la narina y se anudan los 2 cabos de los hilos, mientras que los otros dos cabos que quedaron por boca se fijan a la mejilla con esparadrapo, los que facilitarán la retirada del taponamiento nasal posteriormente.⁽⁸⁾

2. Para el segundo método se utiliza una sonda vesical de Foley, este procedimiento es más fácil y rápido de realizar y menos traumático para el paciente. Previa limpieza y anestesia de la fosa nasal, se introduce por la fosa sangrante una sonda Foley No. 14 o 16, hasta llegar a la rinofaringe,

se insufla el balón distal con 8-12cc, se hace tracción de la sonda hasta que se atasca dicho balón en la coana, después se rellena la fosa nasal con gasa (taponamiento anterior), se coloca una torunda de gasa delante de la narina y se fija la sonda con hilo de seda. Este método no resulta difícil de realizar y se obtienen excelentes resultados.^(5,8) El taponamiento nasal postero-anterior se mantendrá durante 48-72 horas, el paciente requerirá hospitalización y uso de antibióticos. Si a pesar de ello persiste el sangrado, se retirará el taponamiento y se colocará uno nuevo.⁽⁸⁾

CONCLUSION

Al tratarse la epistaxis de un signo clínico relativamente prevalente en la población general y recurrente motivo de consulta en los servicios de atención primaria de salud y servicios de emergencias, es importante conocer aspectos generales sobre anatomía nasal, causas frecuentes y técnicas de manejo. Aunque en los últimos años se ha dado un aumento significativo en alternativas para el manejo de las epistaxis, tales como uso de materiales coloides para taponamiento, el uso de endoscopía, fibra óptica, láser, técnicas de embolización

selectiva, hasta procedimientos quirúrgicos y embólicos que requieren de infraestructura y entrenamiento adecuado, se debe seguir un protocolo establecido, comenzando con procedimientos simples, que pueden ser ejecutados por personal escasamente entrenado en los servicios de atención primaria, donde se da el primer contacto del paciente con personal médico, por lo que es trascendental manejar técnicas de hemostasia, opciones de cauterización y colocación de taponamientos, como se describió en el presente artículo, con el fin de prevenir alteraciones hemodinámicas secundarias en el paciente.

RESUMEN

El propósito del presente artículo de revisión es poner a la disposición de médicos generales y personal de salud del primer nivel de atención, un documento que abarque los aspectos básico a tomar en cuenta cuando se tenga en frente un episodio de epistaxis, tales como consideraciones anatómicas, causas más frecuentes, clasificación, manejo

inicial, algunas técnicas para reducir o detener la hemorragia que se pueden aplicar, previo a verse en la necesidad de recurrir al especialista respectivo, ya que este es un signo que se presenta con cierta frecuencia en la población general y un motivo de consulta recurrente, que además puede parecer alarmante y suele causar impresión y ansiedad tanto en el paciente como en sus acompañantes, siendo la mayoría de las veces un signo autolimitado y de buen pronóstico.

Palabras claves: Epistaxis, sangrado nasal, manejo, atención primaria, taponamiento nasal.

BIBLIOGRAFIA

1. Bertrand, B.; et al. Guidelines to the management of epistaxis. B-ENT. Vol. 1. Supl. 1, Pág. 27-43. Año 2005
2. Bonfils P. Tumores benignos de la nariz y los senos paranasales. Papiloma invertido nasosinusal. Enciclopedia Médico Quirúrgica Ediciones científicas y médicas Elsevier SAS, Paris. Otorrinolaringología, Vol. 20-400-A-10. Pag. 1-16. Año 2007.
3. García-Callejo, F.J.; et al. Epistaxis de repetición en niños como
4. Goddard JC, Reiter ER; Impatient management of epistaxis: outcomes and cost. Otolaryngol Head Neck Surg. Vol. 132. Pág 707-12. Año 2005
5. Hernández, M. Hernández, C. Bergeret, J.; Epistaxis. Consideraciones generales y manejo clínico. Cuad. Cir. Vol. 19. Pág. 54-59. Año 2005
6. Kontos J. Epistaxis. Evid. actual. práct. Ambul. Vol. 10(4). Pág. 115-117 Año 2007.
7. Lalwani, A. Diagnóstico y tratamiento en otorrinolaringología, cirugía de cabeza y cuello. Editorial Manual Moderno. 5ta Edición. México. Cap 1.
8. Moreno-Rajadel, R.; Figueroa-Hernández, A.; Díaz-González, A. Epistaxis. Consideraciones sobre el tratamiento clínico y terapéutico en la atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. Vol. 23 (4). Año 2007
9. Naser, A. Aedo. C.; Epistaxis: diagnóstico y alternativas terapéuticas actuales. Rev. Hosp. Clin. Univ. Chile. Vol. 18; Pág. 227 – 38. Año 2007
10. Viehweg, T; Roberson, J; Hudson, J. Epistaxis: Diagnosis and Treatment. J Oral Maxillofac Surg Vol. Mar 64(3). Pág. 511-518. Año 2006

indicador de alteraciones de la hemostasia. Anales españoles de pediatría. Vol. 49 (5), Año 1998