

# EPISTAXIS

Dr. José María Castillo - Dr. Carlos Daniel Sztern  
[www.orlhospitalespanol.com.ar](http://www.orlhospitalespanol.com.ar)

# Epidemiología

- Hombres 60%
- Mujeres 40 %
- En adultos mayores generalmente son epistaxis posteriores con problemas clínicos subyacentes.
- En jóvenes son mas frecuentes las epistaxis anteriores por sangrado del área de Kiesselbach.

# Causas

## Locales

- **Mecánica o traumática:**
  - Postquirúrgica
  - Fracturas
  - Trauma autoprovocado
  - Aerosoles nasales
  - Adicciones
  - Cuerpos extraños
- **Deformidades Septales:**
  - Provocan sequedad, costras y sangrado
  - Generalmente en zona antero inferior respecto al espolón.
  - Perforaciones septales. >> epistaxis crónicas.

# Causas

## Locales

### ¥ Enfermedades inflamatorias:

- ¥ Rinitis infecciosas específicas e inespecíficas
- ¥ Sinusitis infecciosas específicas e inespecíficas
- ¥ Rinitis alérgica

### ¥ Tumores

¥ Fibroangioma nasofaríngeo: La hemorragia es el síntoma de presentación en 73% de casos.

- Angiomas

- Otros tumores endonasales o rinofaríngeos

# CAUSAS

SISTÉMICAS

[www.orlhospitalespanol.com.ar](http://www.orlhospitalespanol.com.ar)

## Coagulopatías - trombocitopenias

### ■ Congénitas

- Enfermedad de Von Willebrand

### ■ Adquiridas

- Medicamentosas

- Deficiencia de factores K dependientes. (Dieta, hepatopatías y otras enfermedades )

- Alcoholismo.

- Arterioesclerosis e hipertensión arterial.

- Enfermedad de Osler-Weber-Rendu (telangiectasia hemorrágica hereditaria):

  - Áreas de capilares malformados sin capa elástica.

  - La epistaxis puede ser el primer síntoma.

# ANATOMÍA

## Carótida Externa:

### ■ Maxilar Interna (Cuarto Grupo)

Palatina descendente  
Pterigo-palatina  
Esfenopalatina (Terminal)

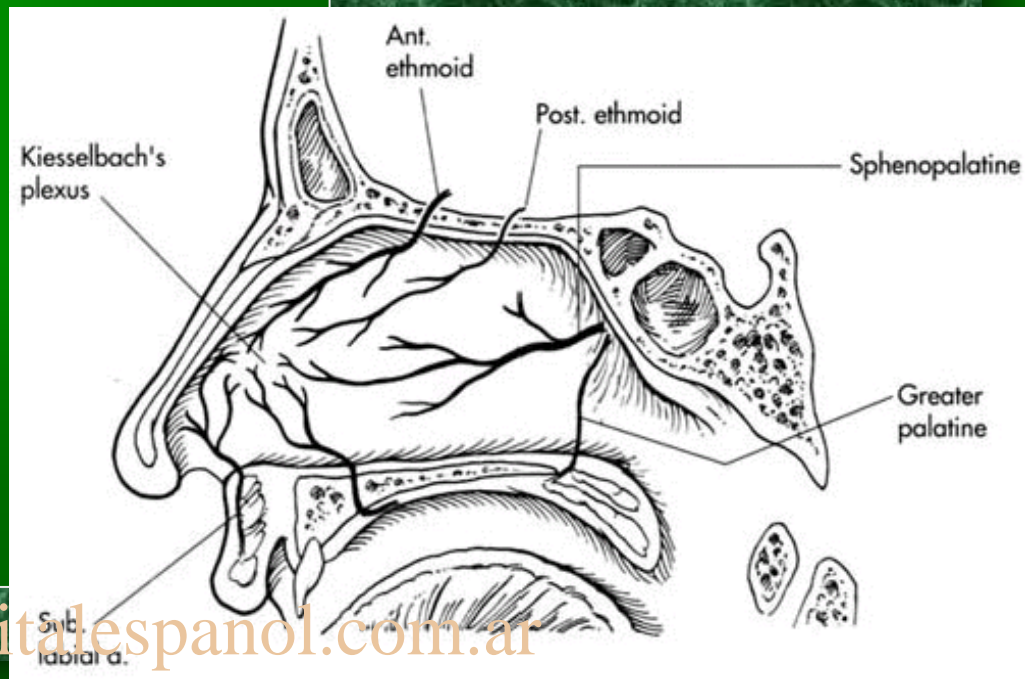
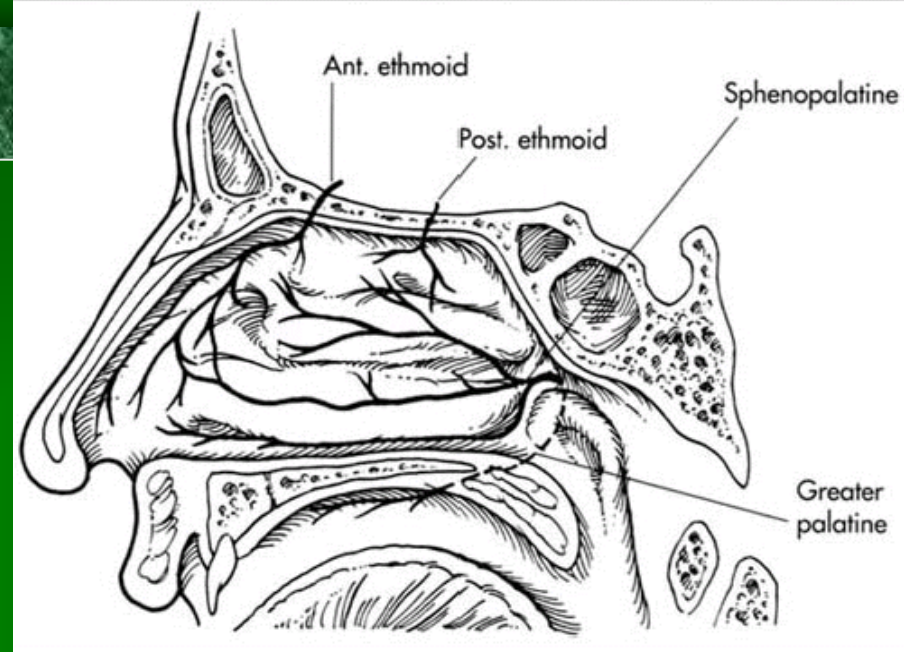
### ■ Arteria facial:

Arteria sublabial

### ■ Arteria Carótida Interna

### ■ Arteria Oftálmica

-Art. Etmoidales  
Anterior  
Posterior



# CLASES DE EPISTAXIS

‘ Epistaxis anteriores: Sitio de sangrado visible por rinoscopía anterior.(A. de Kiesselbach)

▪ Epistaxis posteriores: Sitio de sangrado no visible por rinoscopía anterior. (E. palatina).

▪ Epistaxis superiores: Sitio de sangrado en techo de fosas nasales. (Etmoidales)

## Evaluación del paciente

- Antecedentes:
- Rinorrea crónica, Obstrucción nasal crónica y trauma, antecedentes familiares, consumo de tabaco, alcohol, medicamentos.

- Examen rinoscópico:

- Eliminar los coágulos presentes. (Hacer sonar la nariz !!)

Luego realizar:

- Rinoscopia anterior antes y después de anestesia tópica con xilocaina y adrenalina. Rinoscopía con microscopio.
- Fibroscopía. Endoscopía rígida.

- Imágenes: arteriografía (poco utilizada) , tc y rmn. (después de resolver la urgencia)

- Laboratorio:

- Hemograma Hematocrito seriados
- Hemostasia

# TRATAMIENTO

- Es conveniente tener una caja de epistaxis con los elementos necesarios para la urgencia:
- Taponajes anteriores y posteriores envaselinados ya preparados.
- Luz adecuada.
- Pinza bayoneta y espéculo de Killian.
- Sondas folley y/o cateter doble balón para epistaxis.
- Anestesia tópica con adrenalina.
- Protectores oculares.

# TRATAMIENTO

- **EPISTAXIS ANTERIORES:** Después de hacer vasoconstricción, localizar el vaso y cauterizar con:
- **NITRATO DE PLATA EN ESTILETE.** (no cauterizar en ambos lados del tabique en áreas coincidentes.)
- **ELECTRO O GALVANOCAUTERIO.** (realizar anestesia local)
- **DIFICULTOSA REALIZACIÓN SI HAY SANGRADO ACTIVO.**
- **TAPONAJE:** Si no es efectiva la cauterización.

# TAPONAJE ANTERIOR

- **SI NO ES EFECTIVA LA CAUTERIZACIÓN.**

Se realiza con venda envaselinada después de hacer anestesia tópica

Alternativa: tapones de MEROCEL.

Se deja de 3 a 5 días, cubriendo con ATB.

- **EN COAGULOPATÍAS:**

Evitar taponajes y cauterización; colocar spongostan, o surgicell con vasoconstrictores.

- **OTROS TRATAMIENTOS**

- **SEPTUMPLASTIA:**

En caso de desviaciones septales y epistaxis crónicas.

- **SEPTODERMOPLASTIA:**

En Osler-Weber- Rendu

# EPISTAXIS POSTERIORES:

## •EVALUACIÓN:

- CONFIRMACIÓN DIAGNOSTICA POR RINOSCOPIA ANTERIOR Y EXAMEN DE FAUCES.

-ES SUGESTIVO EL FRACASO DE REPETIDOS TAPONAJES ANTERIORES BIÉN REALIZADOS , Y SANGRADO DESCENDENTE EN FAUCES.

-ANTE UN PACIENTE QUE INGRESA CON DOBLE TAPONAJE:

■ Preguntar cual fue la fosa nasal que sangró primero.

■Prácticamente nunca hay doble sangrado al mismo tiempo.

- ES INUTIL Y NOCIVO TAPONAR LAS DOS FOSAS NAALES;

# TRATAMIENTO

## TAPONAJES ANTEROPOSTERIORES

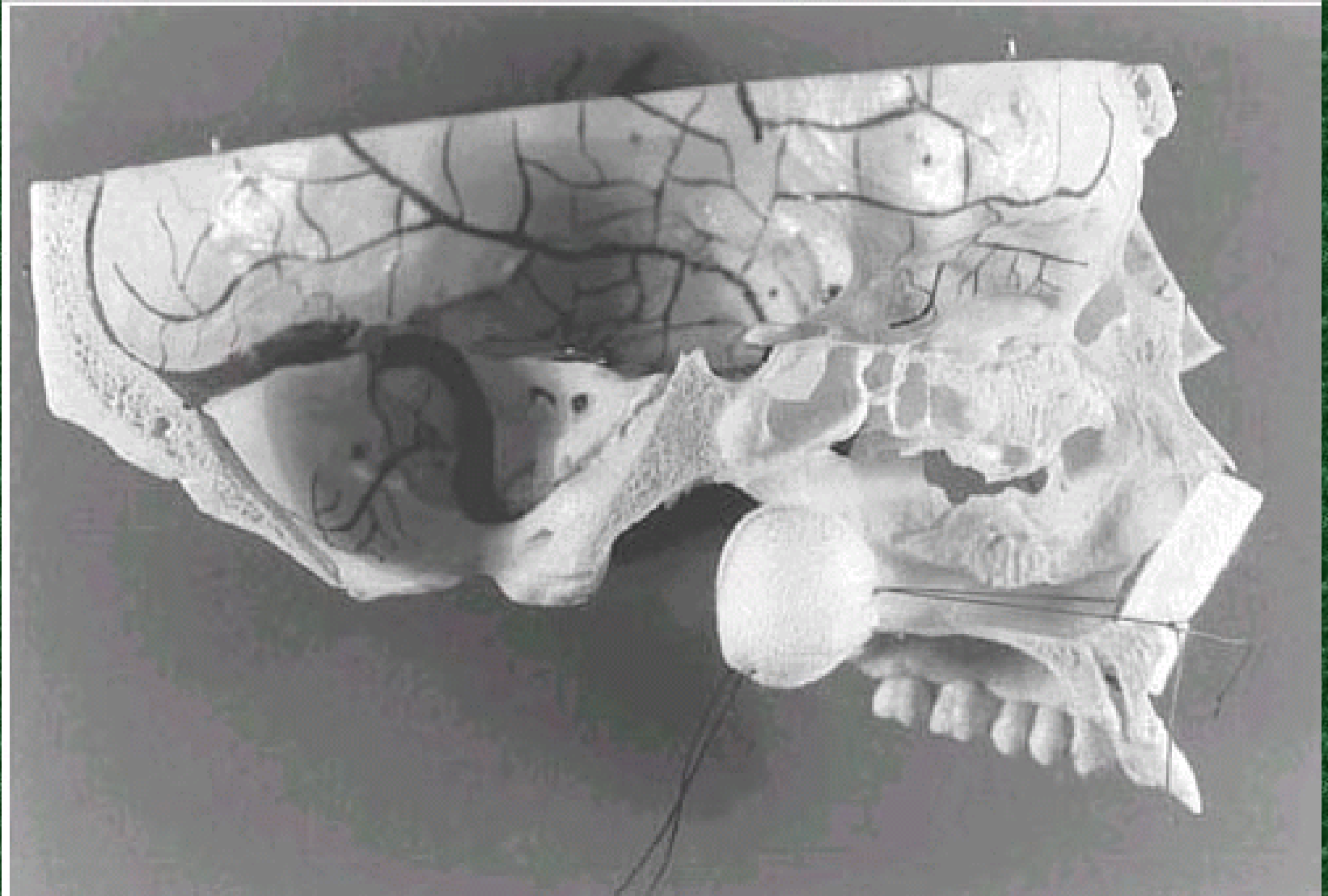
-Convencional con gasa (el mas efectivo), Sondas foley, o Sondas doble balón para epistaxis.

- Cuidar no obstruir la otra fosa nasal.

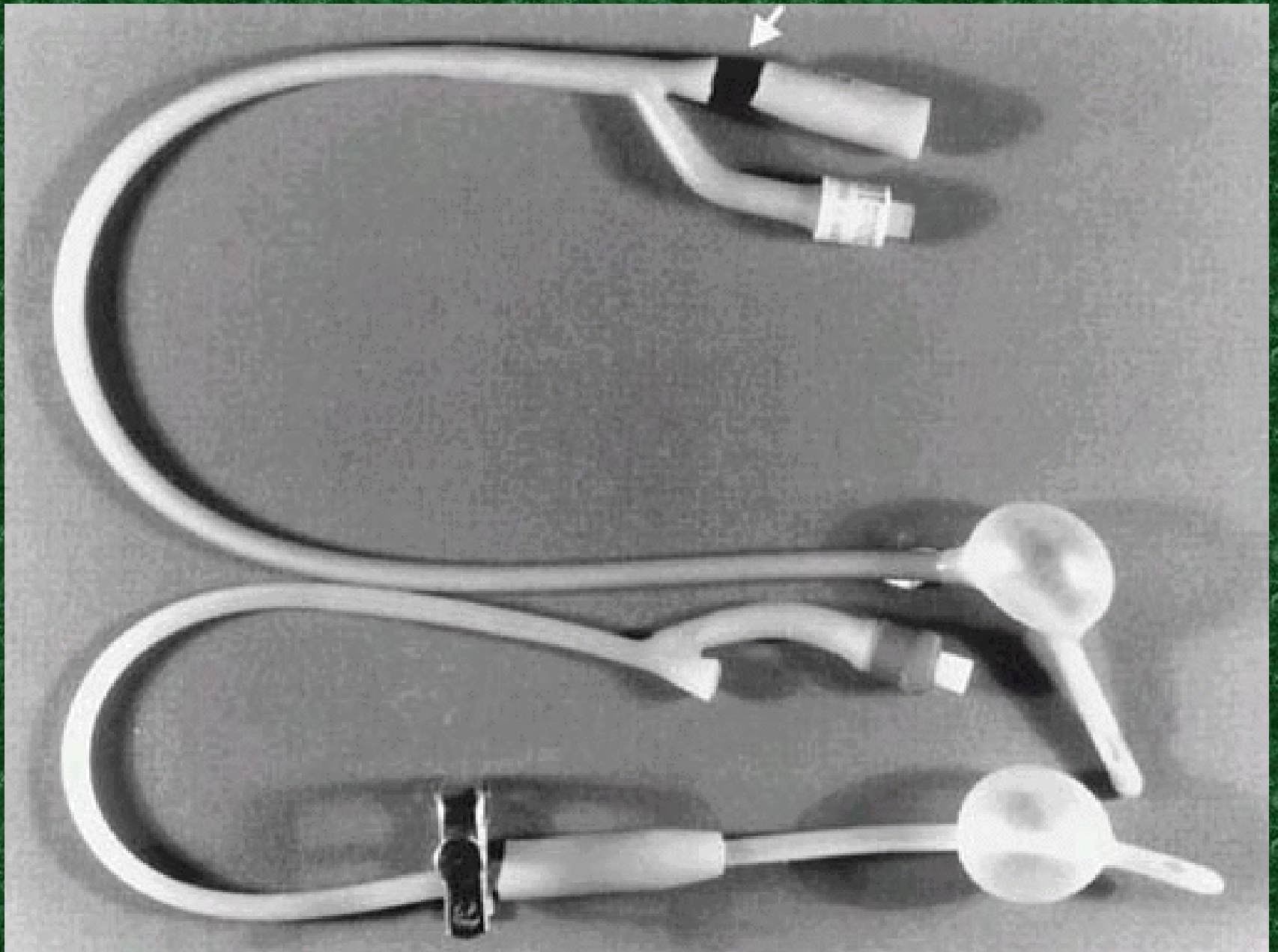
Se debe internar al paciente, administrar ATB, analgésicos, control clínico: T/a, oximetría, hematocritos seriados, hemostasia.

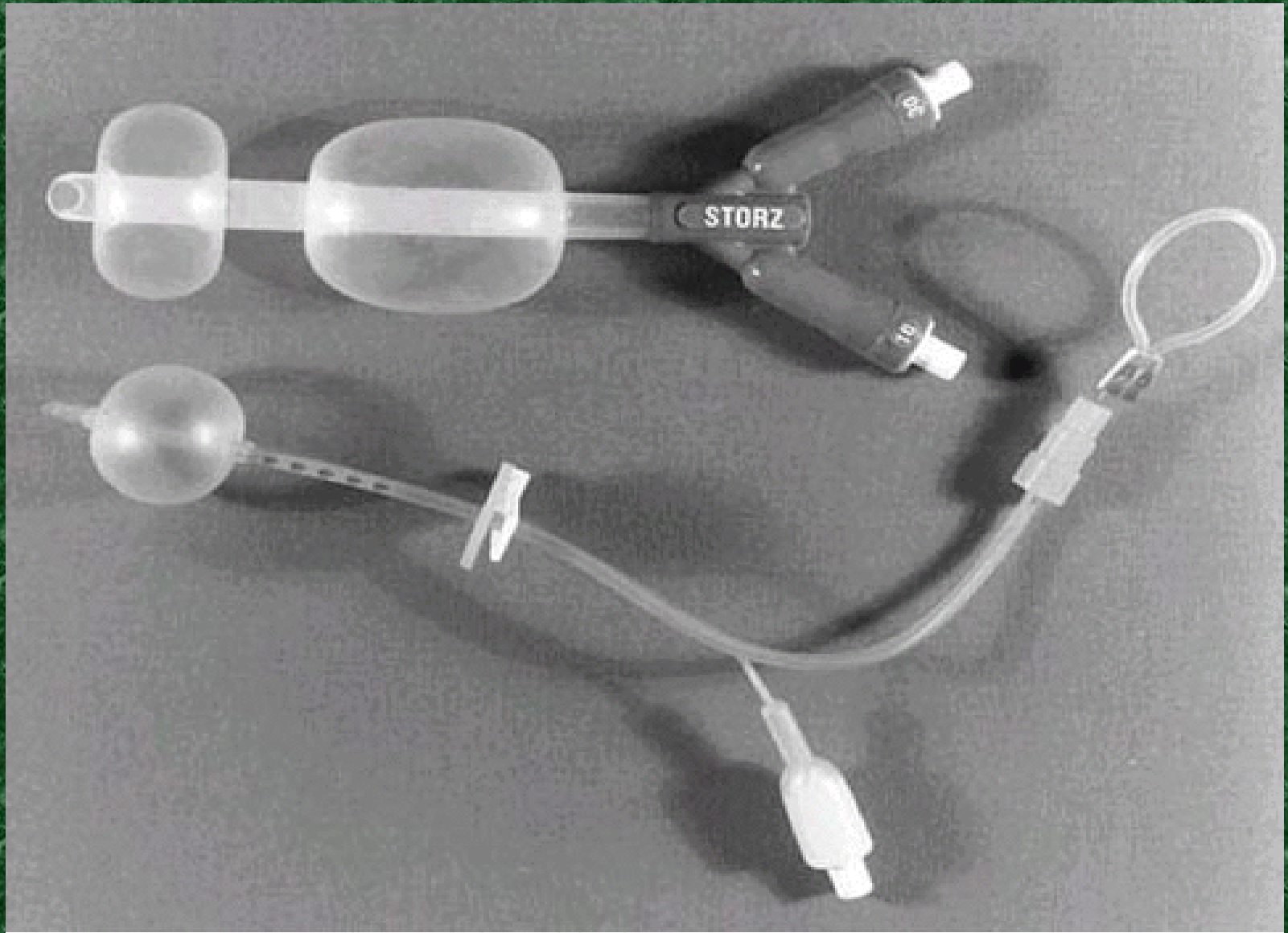
- Una vez estabilizado, estudiar factores desencadenantes de la hemorragia.

- NO SUMINISTRAR SEDANTES EN PACIENTES TAPONADOS: PELIGRO DE DEPRESIÓN Y OBITO EN ANCIANOS.



[www.orlhospitalespanol.com.ar](http://www.orlhospitalespanol.com.ar)





# Tratamiento quirúrgico

- ELECTROCOAGULACIÓN O LIGADURA DE LA ARTERIA ESFENOPALATINA:

POR VIA ENDOSCÓPICA ENDONASAL

POR VÍA MICROQUIRÚRGICA ENDONASAL

- LIGADURA DE LAS RAMAS DE LA 4TA PORCIÓN DE LA MAXILAR INTERNA

POR VÍA TRANSANTRAL. (CALDWELL LUC)

- LIGADURA DE LAS ARTERIAS ETMOIDALES

VÍA EXTERNA O ELECTROCOAGULACIÓN ENDOSCÓPICA

- NO SE ACONSEJA LA EMBOLIZACIÓN.

# Taponaje A/P Vs. Cirugía

- Taponaje ántero posterior:
- Alto riesgo en ancianos.
- Internación prolongada (5 días).
- Tratamiento traumático, doloroso y no específico
  
- Cirugía:
- 24 Hs de internación.
- Tratamiento específico.
- Restitución pronta de las funciones con resolución temprana de la patología.

*Fin*