

# EPISTAXIS

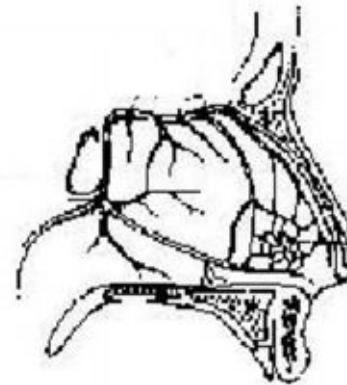
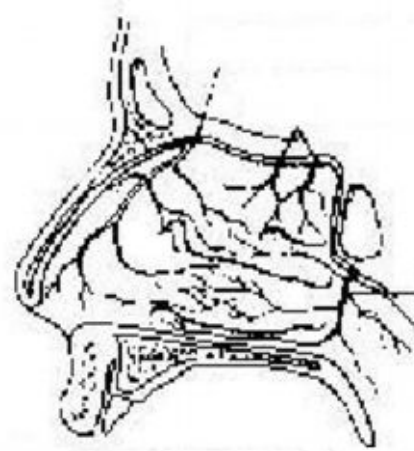


ORL

DR. Juan Carlos Freyre Serentill  
Especialista de 1er. Grado

# Definición

Es la salida de sangre al exterior por vía anterior o posterior, siendo su origen endonasal, retronasal o extranasal, producto de la ruptura de los elementos vasculares que garantizan la irrigación de las fosas nasales, senos perinasales y nasofaringe.



# Clasificación

## ➤ De acuerdo con su conducta, pronóstico y evolución

- Epistaxis ligera. Son aquellas controlables mediante simples procedimientos terapéuticos, de pronóstico favorable y evolución satisfactoria
- Epistaxis moderada. Comprende las que reclaman medidas más enérgicas, sin poner en peligro la vida del enfermo
- Epistaxis grave. Son aquellas que por su magnitud e intensidad, son capaces de hacer peligrar a nuestro enfermo, planteándonos pronóstico sombrío, evolución tórpida y conducta radical

## ➤ De acuerdo con su localización

- Anterior
- Posterior

# Clasificación (continuación)

## ➤ De acuerdo con la intensidad y origen

- Epistaxis Enfermedad. Es la hemorragia nasal corriente, poco abundante y fácil de cohibir, su origen es producto de una vasculitis localizada a nivel de la Mancha Vascular de Kiesselbach, en el área de little, situada en el tercio anterior del tabique nasal. Esta forma de sangramiento es de aparición brusca y sin mediar causas aparentes, se presenta frecuentemente en niños y adolescentes en ocasiones un esfuerzo continuado o la exposición a agresiones físicas ambientales (calor o frío intenso) desencadena el cuadro referido
- Epistaxis sintomática. Se caracteriza por su intensidad catalogándose como moderadas o graves, pueden causar en el enfermo cuadros de Shock hipovolémico. Esta forma clínica de la epistaxis es parte de cuadros morbosos regionales, sistémicos o locales de los que puede comportarse como el síntoma inicial o de alarma de la afección. Ej: cáncer nasofaríngeo, hipertensión arterial. El lugar de elección de este sangramiento lo constituyen las ramas de la arteria esfenopalatina que por su localización posterior dificulta el diagnóstico y tratamiento

**Epistaxis  
de  
Causa  
Local**

Traumática

Quirúrgica

Complicaciones de  
Intervenciones sobre la región.

No quirúrgica

Traumatismos  
internos.

Autolesión de la  
mucosa nasal.  
Cuerpos extra-  
ños.

Traumatismos  
externos.

Agresión directa  
o accidental cra-  
neofacial.

No traumática

Inflamatoria

Catarro nasal

Rinitis inespecí-  
fica

Tumorales

Angioma septal  
Pólipo sangrante del tabique.  
Angiofibroma juvenil.  
Cáncer.

Alteraciones del trofismo. Úlcera trófica de HAJEK.

Epistaxis  
de  
Causa  
General

Inflamatorias  
Específicas

Fiebre Tifoidea  
Difteria  
Escarlatina  
Sarampión  
Secuela luética perforativa  
Secuela hanseniana

Cardiovascular

Arteriosclerosis  
Enfermedad de Rendu-Osler-Weber  
Vasculitis hipertensiva  
Vasculitis Inmunoalérgica

Hemopatías – púrpura trombocitopenica, leucemia

Coagulopatias- hemofilia sobredosis de anticoagulantes  
Enfermedades de Waldenstrom

Carenciales- escorbuto

Toxemias

Exógenas  
Endógenas

Físicas

Exposición al sol o calor intenso  
Descompresión brusca  
Exposición al frío intenso

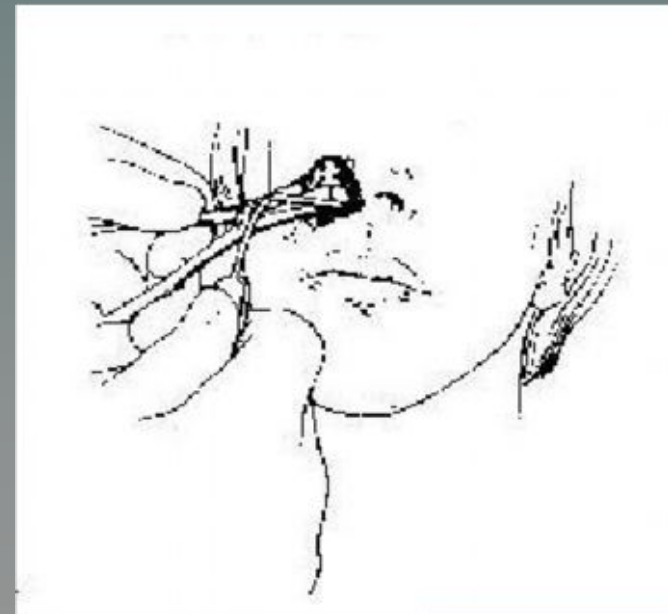
# Etiopatogenia

El mecanismo de producción del sangramiento nasal está dado básicamente por las características de hipervascularización de la mucosa nasal y por el decursar trasnasal, epinasal y paranasal, de arterias y arteriolas del sistema de la carótida externa e interna, producidas por heridas directas sobre estos vasos o por estallamiento de ellos.

# Diagnóstico

Se basará en tres elementos: Intensidad, Forma Clínica y Etiopatogenia, los cuales permitirán establecer el tratamiento y pronósticos adecuados.

- **Anamnesis**
- **Localización del punto sangrante (y de la posible causa) a través del examen rinoscópico, endoscópico o ambos**
- **Determinación de la tensión arterial y control circulatorio**
- **Análisis de sangre y de la coagulación**
- **Radiografías (cráneo, senos perinasales), tomografías o ambas**





# Complicaciones Generales

1. **Anemia Aguda**
2. **Hipotensión**
3. **Choque Hipovolémico**
4. **Muerte**

# Complicaciones por el Taponamiento Nasal

1. Rinitis aguda
2. Sinusitis maxilar y frontal
3. Hemotímpano
4. Otitis media aguda
5. Bacteriemia
6. Dificultad Respiratoria
7. Necrosis del tabique y de las alas nasales
8. Intoxicación por lidocaína o tetracaina
9. Intoxicación por cocaína

# Complicaciones por el Taponamiento Nasal (continuación)

10. Otolgia

11. Cefalea

12. Sequedad de boca y garganta

13. Epífora

14. Edema nasal

15. Rinorrea serosanguinolenta

16. Febrícula

17. Dificultad para deglutir

# Errores Habituales en el Tratamiento de las Epistaxis

- Determinación de Hemoglobina
- Uso incorrecto de Preparados Farmacéuticos
- Taponamiento nasal incorrecto



# TRATAMIENTO DE LA EPISTAXIS

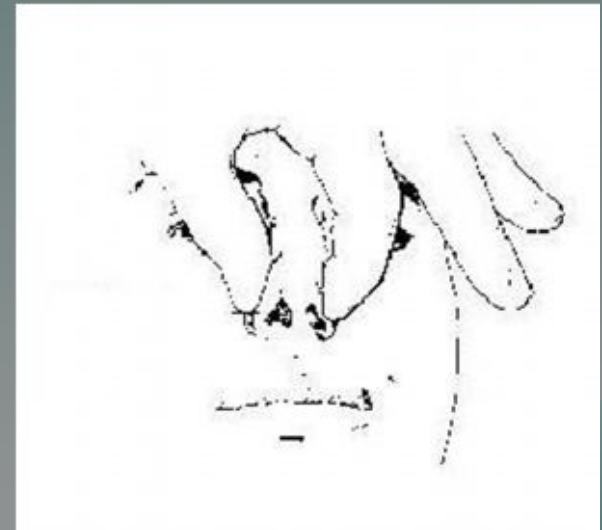
# TRATAMIENTO DE LA EPISTAXIS

## ➤ Medidas Generales

- Tranquilizar al paciente (eventualmente con medicación)
- Colocación de la mitad superior del cuerpo en posición erguida
- Combinado hemostático
- En la Hipertensión Arterial disminuir la tensión.
- Administración de líquidos y expansores del plasma.
- Eventualmente, transfusiones de sangre por descenso de la Hemoglobina (<50%).
- En ocasiones suspender el uso de anticoagulantes.
- Uso de la Medicina Natural y Tradicional a través de la Acupuntura y la Moxibustión

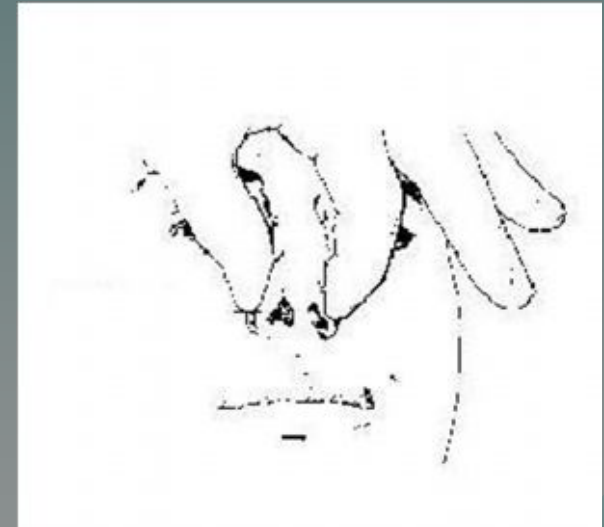
## ➤ Medidas Locales

- Aplicación local de sustancias vasoconstrictoras (oximetazolina, efedrina 1%, adrenalina 1:1000, cocaína, agua oxigenada)
- Compresión bidigital de las alas nasales contra el septum nasal durante 10 minutos
- Uso de sustancias de acción hemostática local. (Gelfoam, Trombina tópica)
- Cauterización Química (nitrato de plata al 5%, ácido tricloroacético de 40 – 70%, ácido crómico)
- Cauterización eléctrica (Galvanocauterío ó diatermocoagulación)
- Cauterización con láser



## ➤ **Medidas Locales** (continuación)

- Crioterapia o criocongelación
- Estrogenoterapia
- Infiltración submucosa
- Embolización arterial
- Resección subpericardial septal
- Electrocoagulación
- Taponamiento nasal anterior
  - Gasa | En bolsa de señora  
| Por pisos
  - Neumático (catéter inflable con balón)
  - Esponjas hinchables
  - Merocel
- **Taponamiento nasal posterior**
  - Gasa técnica Bellocq
  - Neumotaponamiento
  - Esponjas hinchables
  - Merocel





## ➤ **Ligadura Vascular**

Según el punto sangrante y solo en los casos en los que no se logra detener la hemorragia por las medidas antes citadas.

- Ligadura arterias etmoidales (anterior y posterior)
- Ligadura arteria maxilar interna
- Ligadura arteria carótida externa.

## ➤ **Sustitución en las enfermedades hemáticas**

- En trombopatías: Transfusión de sangre fresca, Vitamina C, hemostáticos sistémicos
- En Coagulopatías: Transfusión de sangre fresca, Vitamina K
- En vasopatías: ACTH, corticosteroides, Ca<sup>+</sup>, Vitamina C, estrógenos.

En la enfermedad de Rendu – Osler – Weber (Dermatoplastia)

# Tratamiento

## ➤ Medidas Locales

- Hemorragias banales del área de Kiesselbach y en las que constituye el único punto sangrante
- Compresión de las alas nasales durante 10 minutos
- Colocar algodón con agua oxigenada, oximetazolina al 1:1000, pantocaína al 1% - 2%, xilocaína al 1% mantenerla 5-10mts. (anestesia tópica y vasoconstricción)
- Cauterización del punto sangrante con:
  - Ácido tricloroacético 40 – 70%
  - Nitrato de Plata 5%
  - Ácido crómico

Hasta formar la costra amarilla superficial (Necrosis superficial)

El exceso del fármaco se puede neutralizar con algodones con Bicarbonato de Sodio

# Tratamiento (continuación)

## ➤ Medidas Locales (continuación)

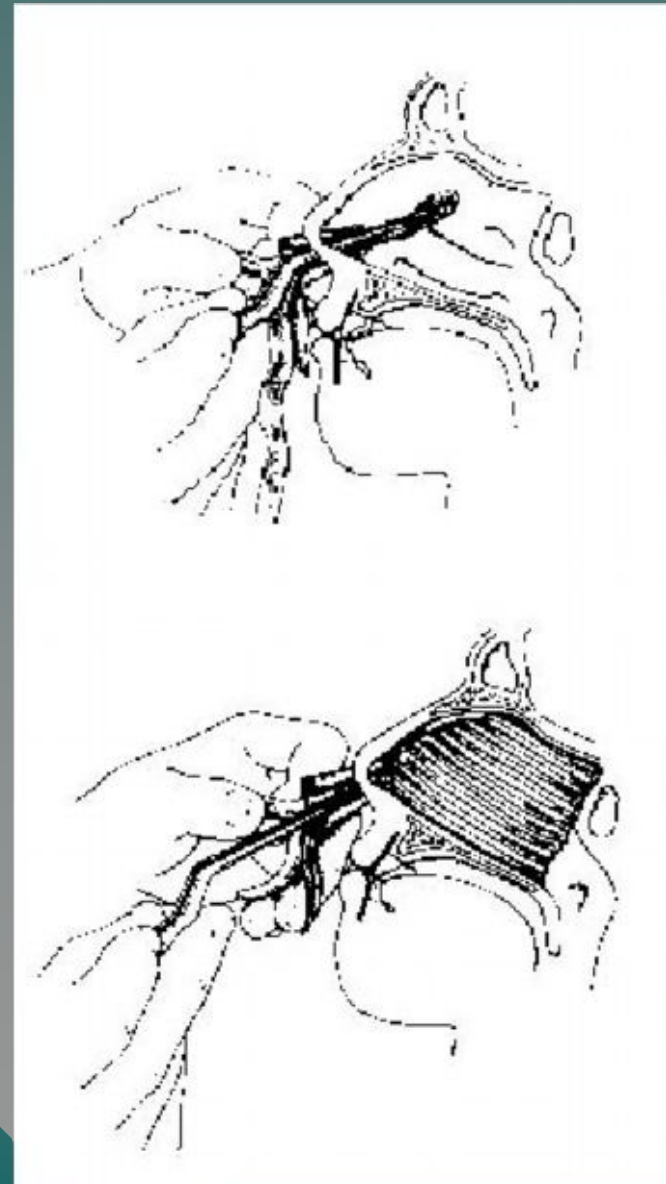
- Crioterapia
- Rayos láser
- Galvanocauterio
- Diatermocoagulación
- Electrocoagulación

Jamás debe realizarse la cauterización química de ambos lados en una sola sesión y en puntos homónimos (peligro de perforación septal).

# Taponamiento Nasal Anterior

Se usa una tira de gasa con borde de 2 cm para los adultos y de 1 cm para los niños, impregnada en una pomada antibiótica.

Se pulveriza la Fosa Nasal con anestésico, de modo que podamos trabajar, más cómodamente y el paciente tenga mínimas molestias. Un cabo corto de la gasa se sujeta con la mano izquierda, junto con el espejo nasal, y con la mano derecha, con una pinza de bayoneta, se va introduciendo la gasa en la parte posterior de la Fosa nasal, de abajo a arriba, y de atrás hacia delante, lo más apretado posible, de modo que la nariz quede rellena con la mayor cantidad de gasa. En el vestíbulo se coloca un trozo de algodón y por el exterior esparadrapo, para evitar que en un estornudo pueda salirse el taponamiento.



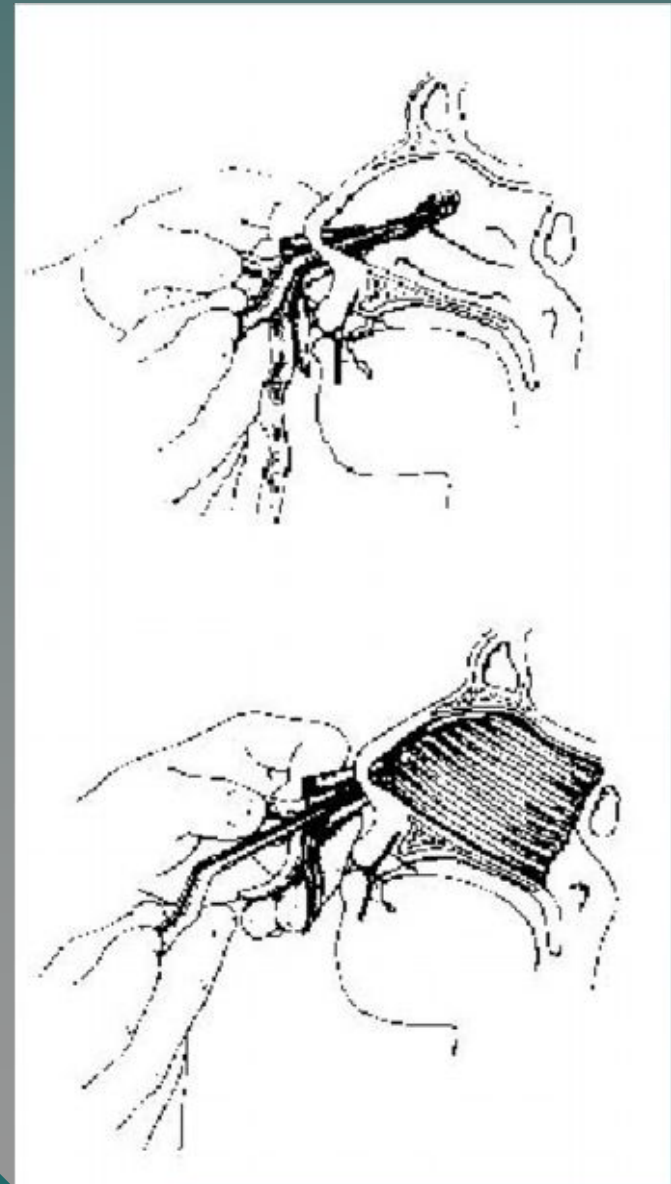
# Taponamiento Nasal Anterior

El trozo corto de gasa que tenemos en la mano izquierda es lo último que se introduce en la nariz y de esta manera evitamos que el tapón pueda caerse en la faringe.

La maniobra debe hacerse en ambas fosas nasales, pues la compresión resulta más eficaz.

Podemos realizar el taponamiento por pisos utilizando varias tiras de gasa con pomada largas y estrechas se introducen por pisos, de abajo a arriba siendo su longitud igual a la de la Fosa nasal comprimiendo la gasa puesta contra el piso haciendo presión sobre la anterior.

Se completa con antibióticoterapia oral o parenteral durante 7 días.



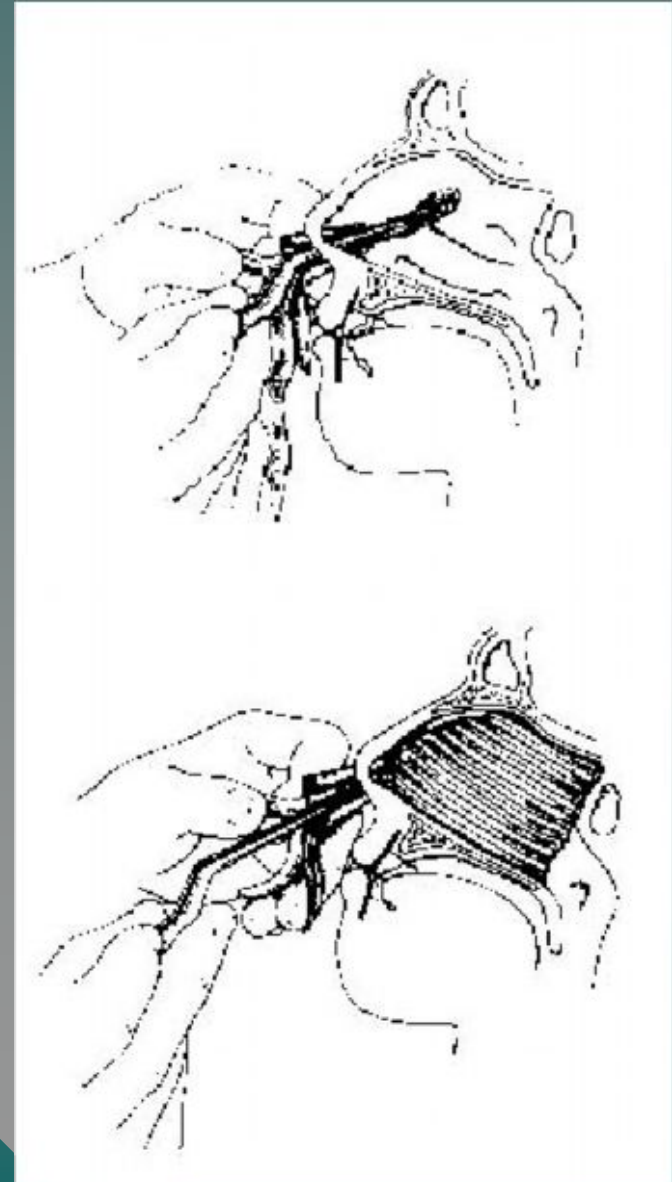
# Taponamiento Nasal Anterior

Retirar el taponamiento nasal anterior a las 48 horas si esta adherido a la mucosa nasal se debe irrigar previamente con agua oxigenada.

En caso de grandes epistaxis, epistaxis recidivantes o postquirurgicas no dudar en dejarlo 7 días.

- Taponamiento nasal con balones inflables. (Neumotaponamiento)
- Merocel

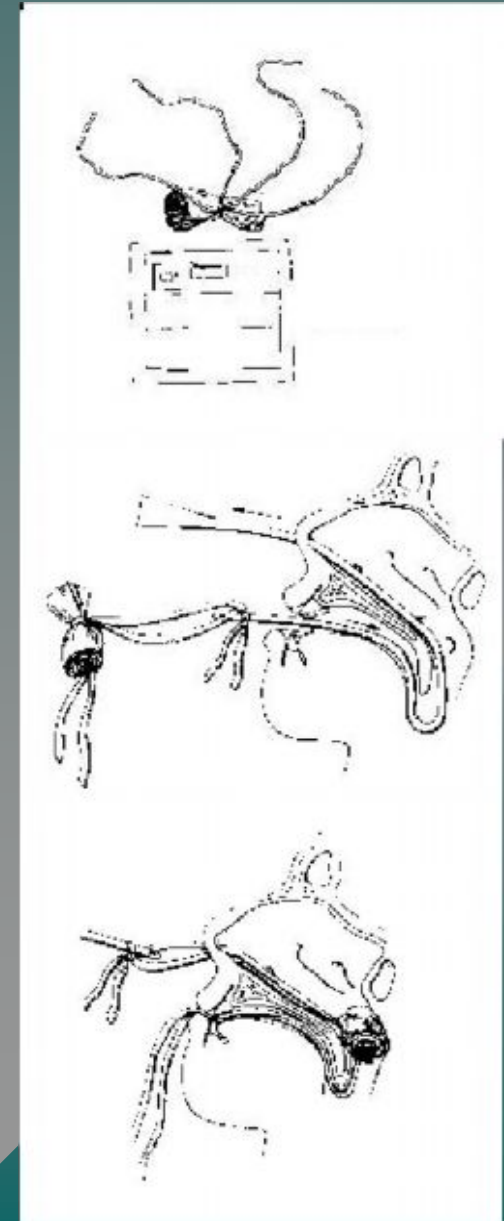
En los niños a veces hay que recurrir a la anestesia general por falta de colaboración.



# Taponamiento Nasal Posterior

Está indicado en la epistaxis de origen posterior

- Limpieza de coágulos las fosas nasales
- Anestesia tópica
- Se pasa un sonda blanda de neolatón por la Fosa nasal y se extrae por la boca, se ata a la misma un hilo de seda que sujeta un rodete de gasa del tamaño aproximado al de la coana se introduce por la faringe hasta nasofaringe con una maniobra digital para facilitar su enclavamiento y taponamiento de la zona sangrante. Se complementa con un taponamiento anterior bilateral. Se deja otro hilo de seda sujeto al tapón posterior que salga por la boca fijándolo a la mejilla para facilitar su extracción tirando simplemente de él
- Retirar taponamiento nasal posterior 72 horas
- Administrar antibióticoterapia oral o parenteral 7 días
- A veces es necesaria la Anestesia General
- Neumotaponamiento Nasaes



## ➤ Inyección pterigopalatina

Un método que no requiere taponamiento nasal para cohibir la hemorragia nasal posterior consiste en inyectar en la Fosa pterigopalatina, a través del conducto pterigopalatino 3 ml de lidocaína con adrenalina 1:100 000 a los efectos de bloquear la rama esferopalatina de la arteria maxilar interna.



# Ligaduras Arteriales

## ➤ Etmoidales: (1ra. Ligadura 1937 Good Year)

Incisión curva, por dentro del ángulo interno del ojo, llegando hasta el periostio posterior al hueso lagrimal, se despega el periostio a lo largo de la pared interna de la órbita en una profundidad de 3 – 4 cm se localizan los vasos en la sutura etmoidal ligándolos.

## ➤ Maxilar Interna (1ra. Ligadura 1928 Seiffert)

Vía de abordaje seno maxilar (operación de Caldwell-Luc) abertura pared posterior exponiendo la fosa pterigomaxilar se busca la arteria que transcurre de forma horizontal a través de la pared posterior del seno se procede a la ligadura.

Estos procedimientos se facilitan con el uso de un microscopio adaptado a una lente de 300 – 400mm.

# Ligaduras Arteriales (continuación)

## ➤ Carótida Externa

Incisión a lo largo del borde anterior del músculo ECM, desde el ángulo del maxilar hasta el borde superior del cartílago tiroides. Se libera y se desplaza hacia atrás el borde anterior del músculo separando con suavidad el polo inferior de la glándula parotida hacia arriba, se expone el tendón del digastrico y el asa arqueada del nervio hipogloso que cruza la arteria exponiéndola e identificándola de la carótida interna que no posee ramas cervicales, la ligadura debe realizarse lo más superior posible evitando el nervio laríngeo superior que se encuentra por detrás.

# Embolización

A través de una arteriografía superselectiva de la arteria carótida externa o la maxilar interna se introduce un embolo de espongostán (gelfoam) o materias plásticas que trombosan el vaso aunque con el tiempo se restablece la circulación solucionamos el problema en ese instante.

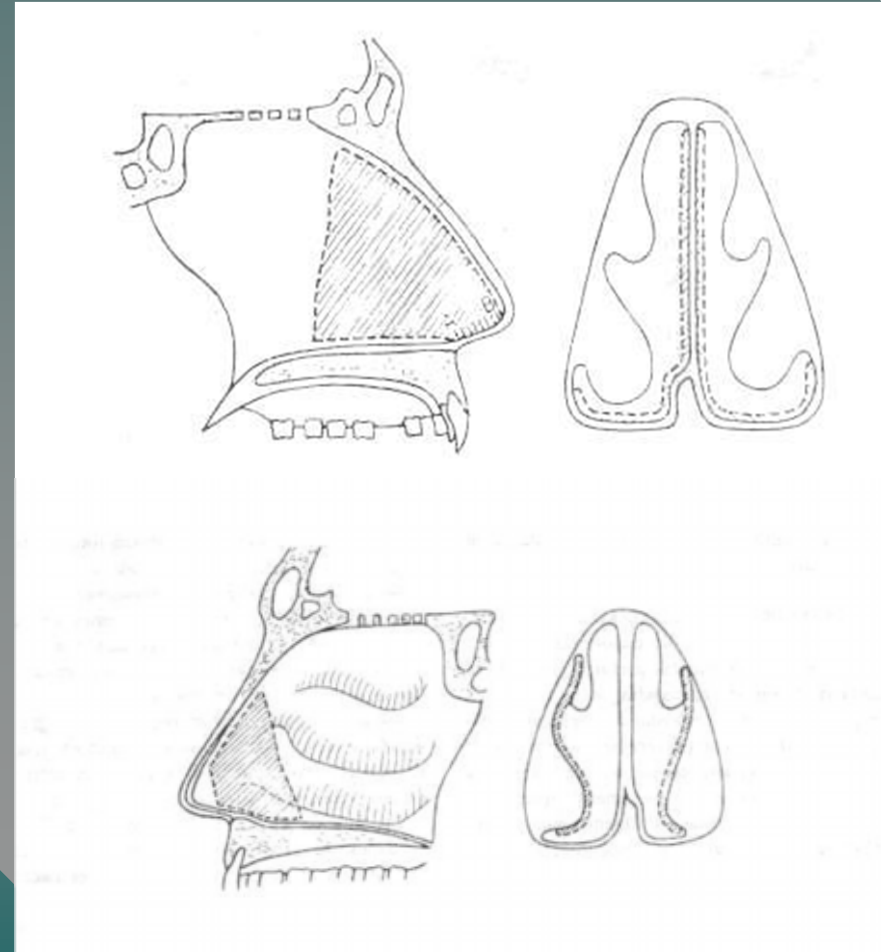
Hoy en día se emboliza sólo la rama terminal de la maxilar interna (esferopalatina) que es mejor tolerado por el enfermo sin edema, ni dolor.

Este método debe ser realizado por personal altamente especializado con medios sofisticados pues existen grandes riesgos de que el trombo tome la vía de la carótida interna.

# Técnicas Quirúrgicas

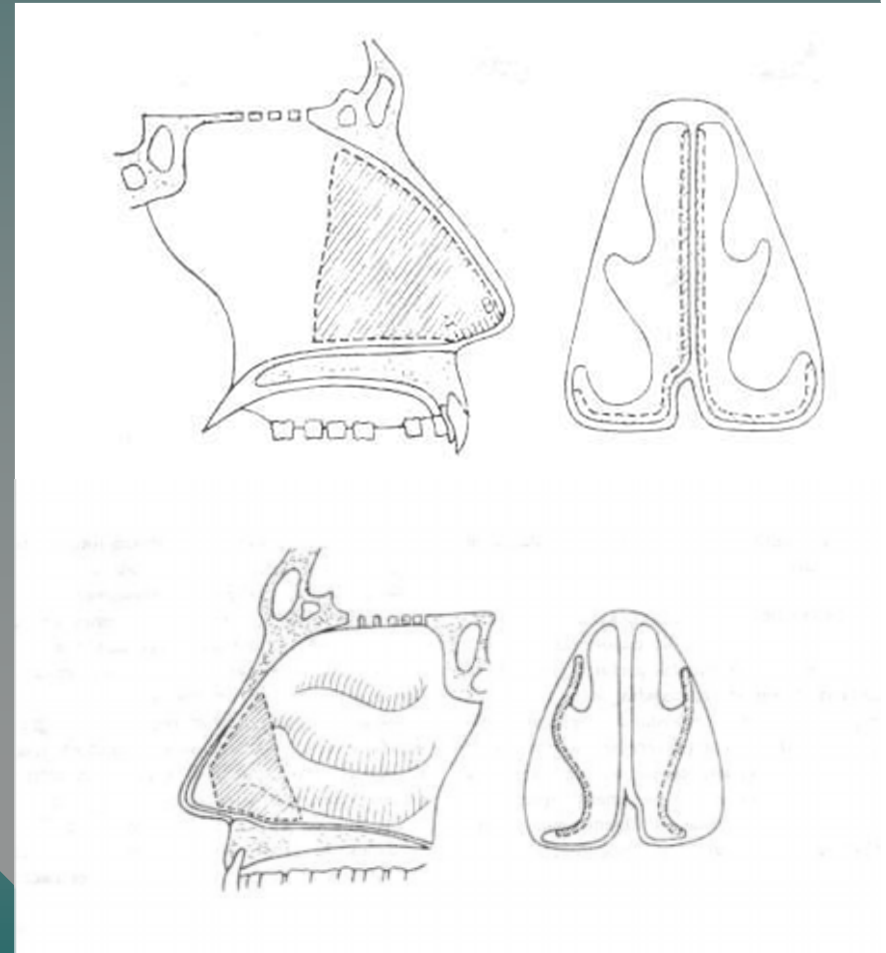
En grandes varices a nivel de la mancha vascular se puede practicar una resección subpericondrial del tabique nasal de Killiam, pues con la técnica se contactan las dos mucosas se produce una adherencia y una fibrosis que colapsa dichos vasos.

En la enfermedad de Rendu-Osler-Weber se usa la técnica descrita por saunders en 1959 la Dermoplastía nasal, mediante una incisión a nivel del ala nasal, paralateronasal, se extirpa la mucosa enferma de la parte anterior del tabique, del cornete inferior y del meato medio se sustituye por delgados injertos de piel, uno para la pared externa nasal y otro para el tabique.



# Técnicas Quirúrgicas (continuación)

Hoy en día se usa con mayor éxito en esta enfermedad la embolización de la arteria esfenopalatina y de la facial.



# EPISTAXIS (KOPINA GUI)

**Acupuntura: Puntos**

**(VG 22) (V 10) (V 13) (P 6)** estimulación media

**Puntos: (IG 4) (V G 24) (V G 23)** de 2 a 3 minutos

**Moxibustión:** Cauterizar moxa de tabaco o 3 moxas del tamaño grano de arroz

**Puntos: (VG 16) (VG 23) (H 3) (IG 11)**

**Cauterizar 3 moxas del tamaño grano de judía (PC 7)**

**Estimular arrancando 3 a 5 cabellos en punto (VG 15)**

# BIBLIOGRAFÍA

- ❑ Otorrinolaringología – Col. Autores – pag. 24 - 27
- ❑ Clínica Otorrinolaringológica – Thompson – pag. 209 - 211
- ❑ Tratado de Otorrinolaringología – M. Paparella – Tomo 3 Cap.5  
pag. 1979 - 1993
- ❑ Manual de Otorrinolaringología – Ballantyne – pag. 286 - 289
- ❑ Otorrinolaringología. – Portmann – pag. 191 – 199
- ❑ Enfermedades de la Nariz, Garganta y Oído – J.J. Ballenger – Tomo  
2 . pag. 96 – 100
- ❑ Manual de Acupuntura