

## CAPÍTULO VI

# Epistaxis

*Alvaro Gómez, MD  
Sección de Otorrinolaringología  
Fundación Santa Fe de Bogotá*

### DEFINICIÓN

La epistaxis o hemorragia nasal es un síndrome de frecuente aparición en la patología nasal. Tanto la prevalencia como las dificultades terapéuticas son provocadas por la gran riqueza de la vascularización de las fosas nasales y por las múltiples causas locales y generales que pueden provocar sangrado.

### VASCULARIZACIÓN DE LAS FOSAS NAALES

La nariz está irrigada por los dos sistemas arteriales carotídeos, el externo y el interno.

#### *SISTEMA DE LA CARÓTIDA EXTERNA*

La irrigación se hace por tres ramas de la carótida externa. Dos de ellas nacen de la arteria maxilar interna (la esfenopalatina y la palatina descendente), y una de la arteria facial (la del subtabique).

1. Arteria esfenopalatina. Es el verdadero hilio vascular de la nariz; de ella depende la mayor parte de la vascularización de las fosas nasales. Rama terminal de la arteria maxilar interna, toma su nombre al salir del agujero esfenopalatino, en la parte más profunda de la pared externa de las fosas nasales,

y se divide en las tres arterias nasales y en la nasopalatina o arteria del tabique que se dirige hacia la pared interna de las fosas. Enmarca la coana por debajo del cuerpo del esfenoides y recorre el tabique por el borde superior del vomer, para terminar en la parte más anterior e inferior del tabique.

2. Arteria palatina descendente. Recorre el conducto palatino posterior para dirigirse hacia adelante al conducto palatino anterior; entra a la cavidad nasal a nivel del tabique anterior.
3. Arteria del subtabique. De la arteria facial nace la arteria del subtabique, que da ramas terminales a nivel del vestíbulo nasal y de la región del tabique anterior.

#### *SISTEMA DE LA CARÓTIDA INTERNA*

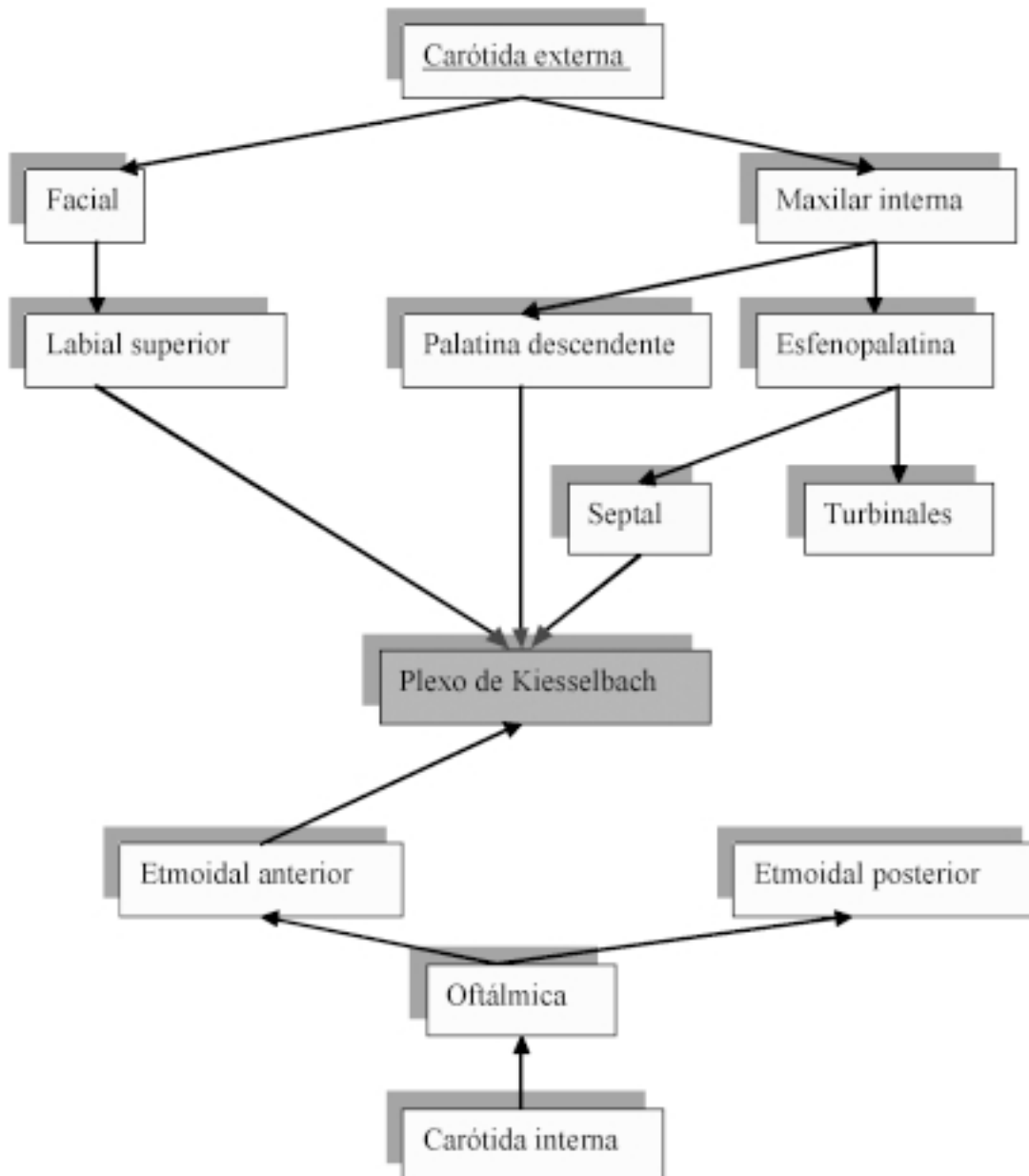
La arteria oftálmica, rama de la carótida interna, da a nivel de la órbita dos ramas etmoidales:

1. Arteria etmoidal anterior. Sin duda, es la más importante. Pasa de la órbita a la fosa nasal por el conducto etmoidal anterior, dividiéndose en ramas externas que irrigan la región más superior y anterior de la pared externa, y ramas internas que descienden hacia la zona anterior e inferior del tabique nasal.

2. Arteria etmoidal posterior. A través del conducto etmoidal posterior irriga una pequeña parte superior de las fosas nasales, prácticamente sólo la región olfativa.

Una zona del tabique, la anteroinferior, es la región terminal de cuatro de los troncos arteriales anteriormente descritos: arteria nasopalatina, arteria palatina descendente, arteria del subtabique y arteria etmoidal anterior. Esta región anatómica se conoce como mancha vascular o zona de Kiesselbach.

### ESQUEMA DE VASCULARIZACIÓN DE LAS FOSAS NASALES



## ETIOLOGÍA

Ante una hemorragia nasal, se debe registrar la edad del paciente como dato esencial para establecer el diagnóstico etiológico.

### *EPISTAXIS DE LA INFANCIA*

1. Inflamación mucosa: todos los procesos inflamatorios pueden producir hemorragia nasal. La gripe, el sarampión, la escarlatina y la rubeola son los más frecuentes.
2. Cuerpos extraños: los cuerpos extraños presentes en las fosas nasales pueden causar cuadros hemorrágicos poco abundantes, pero repetidos.
3. Traumatismos: sobre todo maniobras de rascado de la zona de Kiesselbach. Son, sin duda, la causa de epistaxis más frecuente en la infancia.
4. Epistaxis esencial: crisis frecuentes de hemorragias sin causa aparente. Sangra siempre la mancha vascular anterior. No es raro que se trate de una predisposición hereditaria.

### *EPISTAXIS DE LA PUBERTAD*

En la pubertad aparecen cuadros hemorrágicos ligados a alteraciones endocrinas.

1. Enfermedad de Werloff: coincide siempre con un síndrome de metrorragias más o menos manifiesto.
2. Nasoangiofibroma: en el género masculino cursa siempre con hemorragias repetidas, de ubicación posterior, que llevan a graves anemias agudas. La asociación de sexo masculino, edad adolescente, con epistaxis y obstrucción nasal unilateral deben inducir la sospecha de este cuadro clínico.

### *EPISTAXIS EN EL ADULTO*

#### 1. Causas generales

- Hipertensión: es responsable de gran número de epistaxis recidivantes. Causa cuadros graves, generalmente originados en la parte posterior de las fosas nasales. Es la forma de hemorragia que ocasiona los problemas terapéuticos más importantes.
- Enfermedades endocrinas: en el embarazo, generalmente durante los primeros meses, es frecuente la rinitis congestiva y la epistaxis también. Las crisis son frecuentes y desaparecen espontáneamente después del parto.
- Causas locales:
  - a. Úlcera trófica y perforación del septum nasal: sangra discretamente pero en forma repetida. Las causas más frecuentes de esta patología son: cirugía septal, parásitos (leishmaniasis), colagenosis (granulomatosis de Wegener), tóxicas (plomo, metales pesados), inhalantes (cocaína).
  - b. Cuerpos extraños: pueden provocar secreción sanguinolenta y pequeñas epistaxis a repetición.
  - c. Tumores: todos los tumores malignos del septum, nasosinuales y rinofaríngeos pueden ser causa de epistaxis, en general escasas, pero repetidas. Ante un persistente moco hemático, debe descartarse un proceso neoplásico nasosinusal.

### *EPISTAXIS EN TODAS LAS EDADES*

- Enfermedades hemorrágicas: son poco frecuentes, pero causan problemas serios. Es necesario destacar que en estos casos las maniobras locales de inspección deben ser mínimas, por el riesgo de agravar el proceso creando nuevas zonas sangran-

tes. Pueden ser debidas a alteración de cualquiera de los distintos procesos de la hemostasia, el vascular, el plaquetario o el propio de la coagulación:

- i. *Síndrome vasculopático*: puede deberse a malformaciones congénitas, como la angiomatosis familiar hereditaria de Osler Weber Rendu o a telangiectasias mucocutáneas de predominio facial y que abundan a nivel de la mucosa del tabique.
  - ii. *Síndrome trombocitopénico-trombocitopático*: está dominado por los cuadros de púrpuras. Son las leucemias agudas, reticulosis, aplasias medulares, la ya mencionada enfermedad de Werloff, y alteraciones medicamentosas (aspirina, sulfamidas, anti-inflamatorios, etc).
  - iii. *Síndrome coagulopático*: déficit de coagulación de carácter hereditario, como la hemofilia, o adquirido por avitaminosis K, secundario a tratamientos anticoagulantes o a enfermedades del hígado.
- Traumatismos. Las epistaxis traumáticas pueden ser leves, como las consecuentes a fractura nasal no complicada, o severas por traumatismos fronto-orbitarios donde se puede lacerar las arterias etmoidales anteriores a nivel de sus orificios de entrada en la lámina cribiforme, o por fracturas faciales tipo Lefort III donde la arteria comprometida es la esfenopalatina por fractura de la mesoestructura facial. Un traumatismo grave es la lesión de la carótida interna por fractura de la pared externa del seno esfenoidal a nivel del seno cavernoso, la cual puede originar un aneurisma post-traumático. Es más común en las fracturas de la base del cráneo. Después de una epistaxis de repetición leve, en los días posteriores al traumatismo, aparece una hemorragia cataclísmica. En algunos casos puede retrasarse meses o aun años. La aparición de exoftalmia pulsátil, parálisis de oculomotores o disminución de la

agudeza visual deben poner al médico en alerta.

## EVALUACIÓN Y EXPLORACIÓN DE LAS EPISTAXIS

Ante un cuadro de epistaxis grave por su abundancia, es necesario el tratamiento de urgencia sin precisar más que el lado afectado y orientado a lograr hemostasia rápida, para pasar después a un estudio más profundo. En general es posible plantear unos lineamientos de atención básicos y obtener los datos necesarios para establecer un diagnóstico y aplicar tratamiento.

### PRECISAR LAS CARACTERÍSTICAS

La anamnesis debe ser detallada, evaluando antecedentes familiares, como predisposición hemorrágica, hemofilia y angiomatosis, y registrando antecedentes personales pertinentes a episodios hemorrágicos, tanto nasales como de otros órganos, alteraciones dermatológicas (petequias, hematomas y equimosis), hemorragias secundarias a actos quirúrgicos o pequeños traumatismos. Se debe conocer si el paciente se encuentra en tratamiento de otra enfermedad, y qué medicamentos está recibiendo.

Se debe registrar la magnitud el sangrado y el lado afectado. Casi siempre el inicio es unilateral, pero se hace bilateral por el reflujo de sangre por las coanas, por la colocación de un taponamiento insuficiente o por la simple extensión de la cabeza hacia atrás.

### RECONOCER LA EPISTAXIS

Saber explorar y “ver” el punto sangrante significa, en la mayoría de casos, tener dominada la epistaxis.

La exploración debe basarse en una inspección instrumental con buena iluminación para realizar rinoscopia anterior con aspiración, procedimiento que permitirá localizar los puntos sangrantes anteriores. La inspección de la faringe mediante un simple bajalenguas, permite comprobar el paso de sangre hacia la faringe.

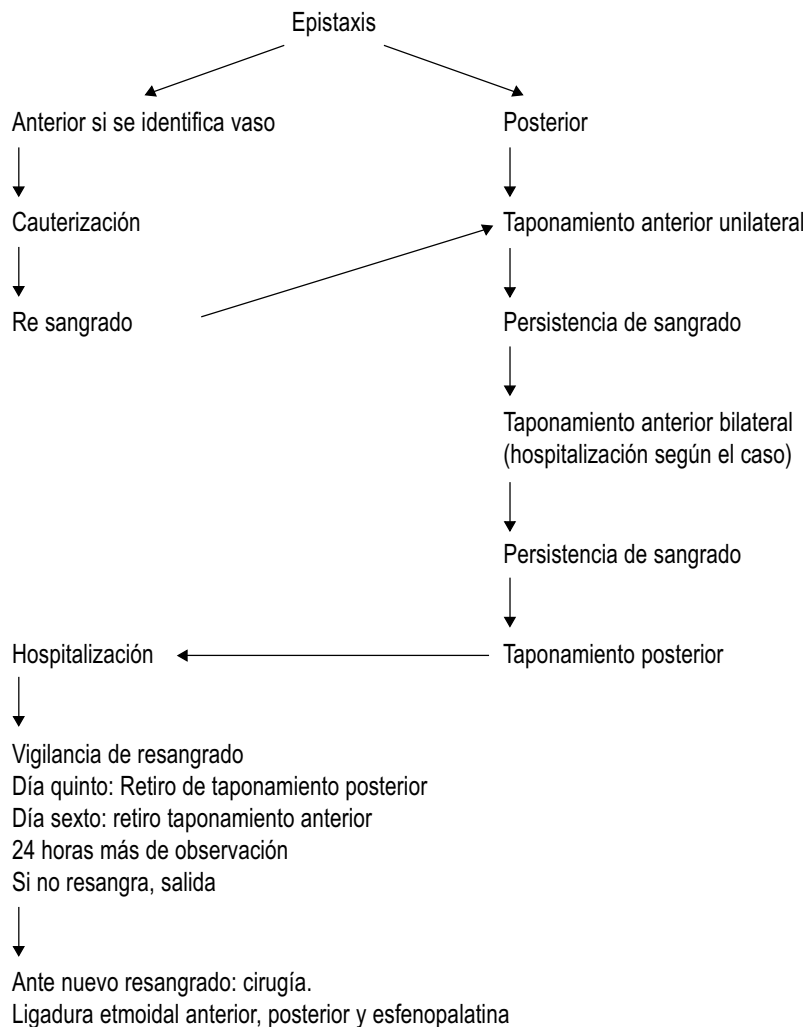
Topográficamente hay dos grandes grupos de epistaxis:

1. Epistaxis anteriores: son las más frecuentes y se localizan predominantemente en

el área vascular de Kiesselbach, en la parte anteroinferior del tabique, en las zonas superiores del tabique y de la pared externa de las fosas correspondientes a las arterias etmoidales anteriores. También se ubican en el suelo de la fosa a nivel de la emergencia de la arteria del subtabique y de la palatina descendente.

2. Epistaxis posteriores. Tres puntos son importantes: la entrada del pedículo esfenopalatino, el inicio de las ramas turbinales media e inferior y la zona vecina a la cola del cornete inferior.

### FLUJOGRAMA DE TRATAMIENTO



### LECTURAS RECOMENDADAS

1. Herkner H, Laggner AN, Mullner M, et al. Hypertension in patients presenting with epistaxis. *Ann Emerg Med* 2000; 35:126-130.
2. Monte ED, Belmont MJ, Wax MK. Management paradigms for posterior epistaxis: A comparison of costs and complications. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1999; 121:103-106.
3. Murthy P, Nilssen EL, Rao S, McClymont LG. A randomized clinical trial of antiseptic nasal carrier cream and silver nitrate cautery in the treatment of recurrent anterior epistemic. *Clin Otolaryngol* 1999; 24:228-231.
4. Srinivasan V, Sherman IW, O'Sullivan G. Surgical management of intractable epistaxis: audit of results. *J Laryngol Otol* 2000; 114:697-700.
5. Thaha MA, Nilssen EL, Holland S, Love G, White PS. Routine coagulation screening in the management of emergency admission for epistaxis. Is it necessary? *J Laryngol Otol* 2000; 114:38-40.