

# GOBIERNO FEDERAL



**SALUD**

## Guía de Referencia Rápida

**SEDENA**

**SEMAR**

### Diagnóstico y Tratamiento de Epistaxis

# GPC

**Guía de Práctica Clínica**

Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-180-09

CONSEJO DE  
SALUBRIDAD GENERAL



**DIF**  
SISTEMA NACIONAL  
PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL DE LA FAMILIA



**Vivir Mejor**

## GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

**R040. Epistaxis.**

**GPC**

**Diagnóstico y Tratamiento de Epistaxis.**

**ISBN en trámite**

### DEFINICIÓN

La Epistaxis es la hemorragia aguda de los orificios nasales, cavidad nasal o nasofaringe.

Epistaxis idiopática recurrente es la hemorragia nasal repetida en pacientes de hasta 16 años en quienes no se ha identificado una causa.

Epistaxis grave es aquella hemorragia nasal que no puede ser controlada por métodos convencionales, (presión local, cauterización, taponamiento) y en la que no se identifica un sitio preciso de sangrado.

Su incidencia varía con la edad. Se conoce una distribución bimodal con mayor prevalencia en niños y ancianos. Si bien suele asociarse a estacionalidad, con aumento de su frecuencia en invierno (posiblemente relacionada con el incremento en la tasa de infecciones respiratorias y las variaciones de temperatura y humedad), hasta el momento la evidencia es contradictoria.

Se estima que el 60% de la población sufrirá algún grado de epistaxis en su vida. De estos, sólo el 6% requerirá atención médica para su tratamiento y control. La mayoría de estos pacientes (90%) no tienen causa sistémica subyacente y, cuando la hay suele ser de orden hematológico, principalmente la púrpura trombocitopenia inmune (PTI).

#### Clasificación.

Según su origen anatómico, la epistaxis puede dividirse en anterior y posterior. La de localización anterior es la más frecuente (90- 95%), y la mayoría de estos sangrados (Área de Little) son autolimitados. El pequeño porcentaje de casos, en este grupo, que requiere tratamiento, es fácilmente controlado con medidas locales y conservadoras (cauterización y/o taponamiento nasal anterior mínimo). La epistaxis de localización posterior ocurre en un 5 a 10% de los casos y suele requerir manejo con más frecuencia.

### FACTORES DE RIESGO

La Epistaxis de localización anterior abarca hasta el 90-95% de todos los casos, y la mayoría de los episodios son autolimitados y la epistaxis de localización posterior ocurre entre el 5 y 10% de los casos. A menudo requiere taponamiento.

La Epistaxis presenta variaciones estacionales. La mayor frecuencia se observa en invierno y primavera.

Las causas más frecuentes de epistaxis son 1) de origen traumático, generalmente digital autoinducido. 2) El uso de medicamentos tópicos y la inhalación de cocaína. 3) Otras causas frecuentes son rinitis y rinosinusitis crónicas. El 5 al 10% de los pacientes con epistaxis pueden tener patología sistémica subyacente. De estos, el 90% se asocian a PTI y, en un menor porcentaje, a otras alteraciones de la hemostasia (EvW, insuficiencia hepática) o patología hipertensiva.

## DIAGNÓSTICO

La historia clínica completa con énfasis en antecedentes heredofamiliares y personales patológicos (Uso prolongado de gotas nasales, ácido acetil salicílico, anticoagulantes etc) de hemorragia permite el diagnóstico en más del 90%.

## PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

La exploración armada para localizar el sitio de hemorragia posibilita la clasificación (anterior o posterior) y el establecer el manejo específico. Los pacientes con sospecha de neoplasia requieren de exploración endoscópica realizada por especialista.

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

La presión nasal directa asociada a vasoconstrictor local (oximetazolina, fenilefrina 0.25%, nafazolina), en pacientes no hipertensos, logra detener el sangrado en 65 a 70%.

La cauterización por medios eléctricos o químicos (nitrato de plata) es similar en cuanto a su eficacia e índice de complicaciones.

Los pacientes que no tienen respuesta a las medidas iniciales, requieren de taponamiento nasal anterior. (1 a 5 días). La lubricación disminuye la recurrencia de los episodios hemorrágicos. No existe evidencia suficiente sobre la superioridad de un producto sobre otro.

En pacientes con Epistaxis de difícil control, el taponamiento nasal con gasa lubricada, material expansible (Merocel o esponjas Kennedy) y sondas inflables (Foley, Epistat, Rush) es la primera opción de manejo, con porcentajes de respuesta del 60 al 80%.

La aplicación de hemostáticos locales (Gelatina bovina con trombina humana) disminuye la tasa de recurrencia del sangrado, comparada con otros materiales (14 vs. 40%).

La aplicación de un sellador de fibrina (Quixil, por ejemplo) sustituye de manera efectiva al taponamiento nasal y la cauterización química o eléctrica, sin las complicaciones asociadas a éstos.

## TRATAMIENTO QUIRURGICO

Los procedimientos quirúrgicos utilizados en el manejo de la epistaxis grave incluyen a la ligadura microscópica transnasal de la arteria esfenopalatina, (93% de éxito) , la ligadura de la carótida externa (93%); de la Maxilar Interna vía transantral (91%); la embolización percutánea de la arteria maxilar interna (88%), y la cauterización endoscópica (83%).

La tasa de éxito de los procedimientos de embolización o ligadura es similar, sin embargo este último tiene menor riesgo de tromboembolismo de las arterias carótida y oftálmica.

Dado que la mayoría de los sangrados provienen del septum, elevar un colgajo de mucopericondrio es beneficioso al disminuir el flujo sanguíneo a la mucosa. Además, al acceder esta zona se puede corregir un defecto septal o espolón que pueda estar causando la epistaxis debido a severas deformaciones cartilaginosas, flujo turbulento de aire, irritación persistente de la mucosa.

## REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Cuando las medidas generales en un paciente no son suficientes para coartar la hemorragia aguda, o existe recurrencia de la misma, debe ser referido a un 2º nivel de atención. Todos los casos de epistaxis idiopática recurrente, o epistaxis grave, deben ser referidos a un 2º nivel de atención.

Un paciente que ya se encuentra en 2º nivel, en quien se documenta la presencia de neoformación nasal o que requiere de un procedimiento de embolización, debe ser referido a 3er nivel de atención.

## INCAPACIDAD

Los pacientes con epistaxis idiopática aguda, tienen un período de recuperación de hasta 7 días. El período de recuperación de los pacientes con Epistaxis grave, llega a ser hasta de 3 semanas.

## ESCALAS

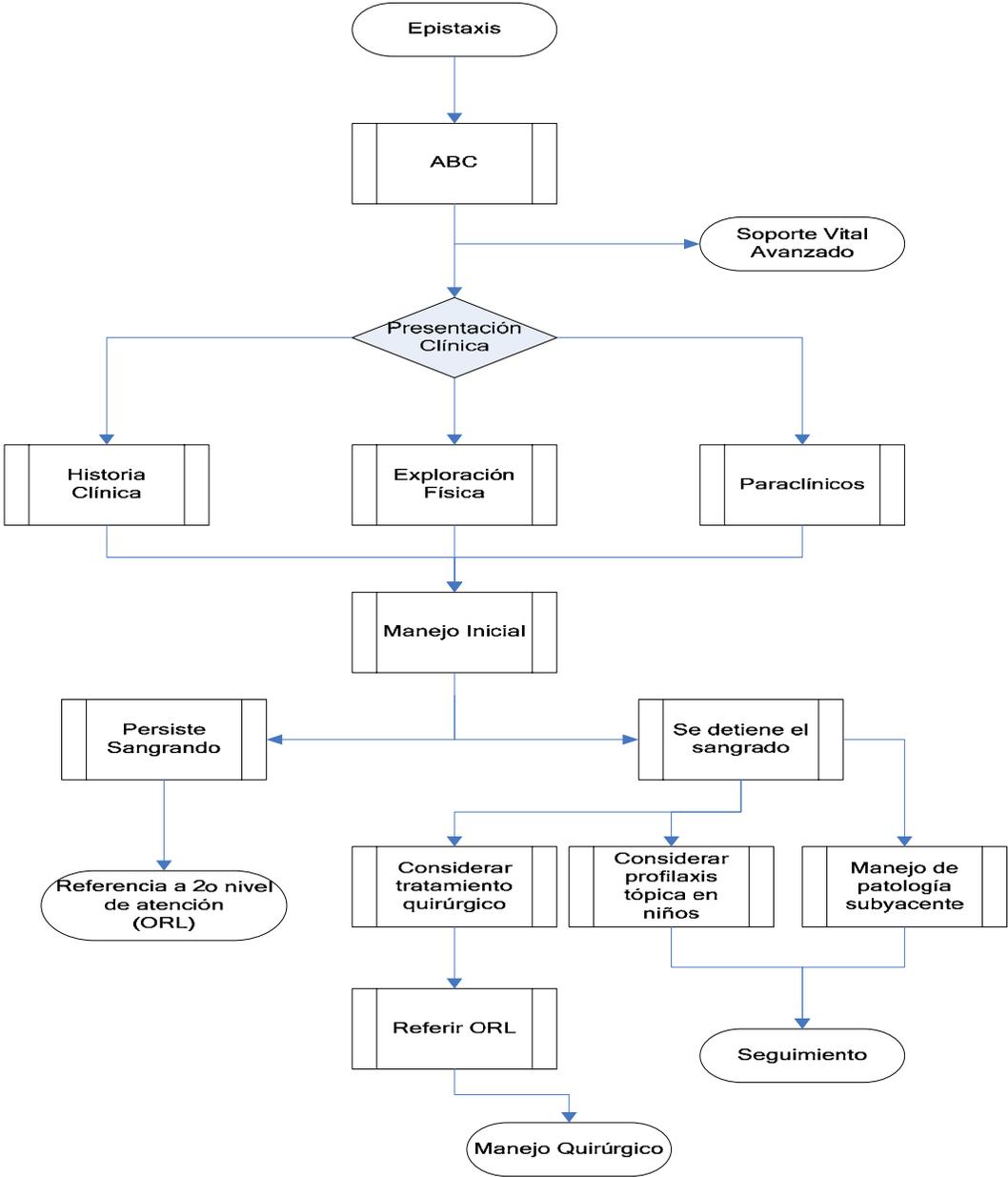
Tabla 1. Causas de la epistaxis

<p><b>TUMORES/LESIONES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Neoplasias nasofaríngeas</li> <li>• Neoplasias sinusales</li> <li>• Pólipos nasales benignos</li> <li>• Fibroangioma de rinofarinx</li> <li>• Lesiones metastásicas</li> <li>• Hemangioma nasal</li> <li>• Telangectasia hereditaria hemorrágica</li> </ul>	<p><b>COAGULOPATÍAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leucemia</li> <li>• Trombocitopenia</li> <li>• Hemofilia</li> <li>• Enf. Von Willebrand</li> <li>• Anemia aplásica</li> <li>• Policitemia vera</li> <li>• Inhibición plaquetaria</li> <li>• Medicación anticoagulante</li> <li>• Déficit vitamina K</li> <li>• Hepatopatía</li> <li>• Uremia</li> </ul>
<p><b>TRAUMÁTICAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trauma digital</li> <li>• Trauma facial</li> <li>• Resequedad de mucosa</li> <li>• Cuerpo extraño</li> <li>• Perforación septal</li> <li>• Inhalación de sustancias</li> <li>• Barotrauma</li> <li>• Irritantes ambientales</li> </ul>	<p><b>INFECCIOSAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infección respiratoria alta</li> <li>• Sinusitis</li> <li>• Rinitis</li> <li>• Tuberculosis</li> <li>• Mononucleosis</li> <li>• Fiebre reumática</li> <li>• Sífilis</li> </ul>

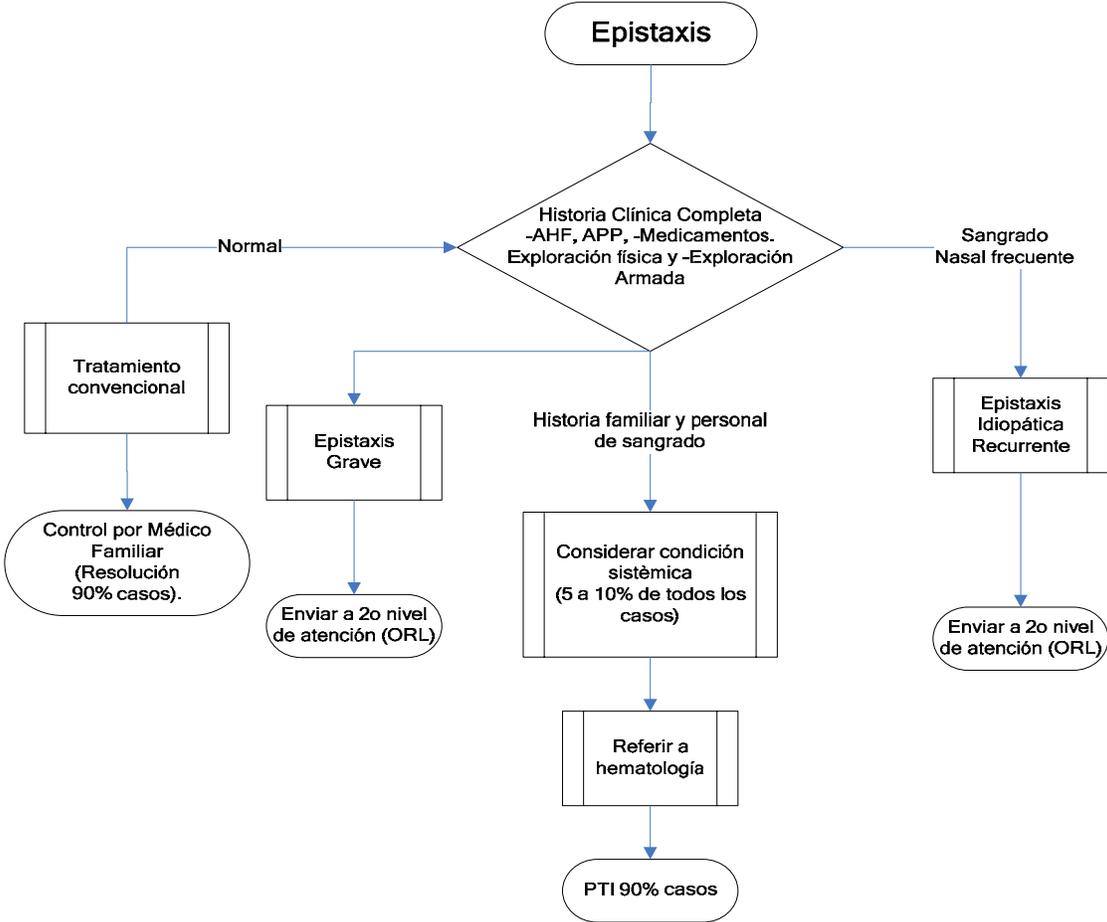
Traducido y Modificado de: Viehweg, Roberson, and Hudson. Epistaxis: Diagnosis and Treatment. J Oral Maxillofac Surg 2006 Mar;64(3):511-8.

# ALGORITMOS

Algoritmo 1.



Algoritmo 2.



Algoritmo 3.

