

## Trabajos de revisión

# Epistaxis. Consideraciones sobre el tratamiento clínico y terapéutico en la atención primaria de salud

[René Esteban Moreno Rajadel,<sup>1</sup> Armando J. Figueroa Hernández<sup>2</sup> y Alejandro Díaz González<sup>3</sup>](#)

### Resumen

El presente trabajo de revisión se realizó con el propósito de poner a disposición del médico de Atención Primaria de Salud, los aspectos básicos y elementales para brindar una terapéutica adecuada a los pacientes afectados por sangrado por las fosas nasales y cavidades anexas (epistaxis). Esta es una afección que se presenta con relativa frecuencia. Lo dramático del cuadro genera ansiedad y temor en el paciente y personas que lo acompañan, lo cual en oportunidades invade al médico de asistencia y no permite lograr una dinámica diagnóstica y terapéutica. Por ello ponemos en sus manos este material, que esperamos sea de utilidad.

**Palabras clave:** Epistaxis, etiología, diagnóstico y tratamiento, taponamiento nasal, atención primaria de salud.

### Introducción

La epistaxis o hemorragia nasal es un síndrome de frecuente aparición en la patología nasal. Se considera que representa entre el 10 y el 12 % de los pacientes asistidos en las consultas de urgencias de otorrinolaringología, y que existen 2 picos de máxima incidencia: uno entre los 15 y los 25 años, y otro entre los 45 y los 65 años.<sup>1,2</sup>

Por lo general, la epistaxis constituye un proceso banal, de fácil resolución por el facultativo de asistencia en la Atención Primaria de Salud, pero en ocasiones el sangrado es de gran intensidad, lo que requiere de la atención especializada porque puede llegar a comprometer la vida del enfermo.

### Desarrollo

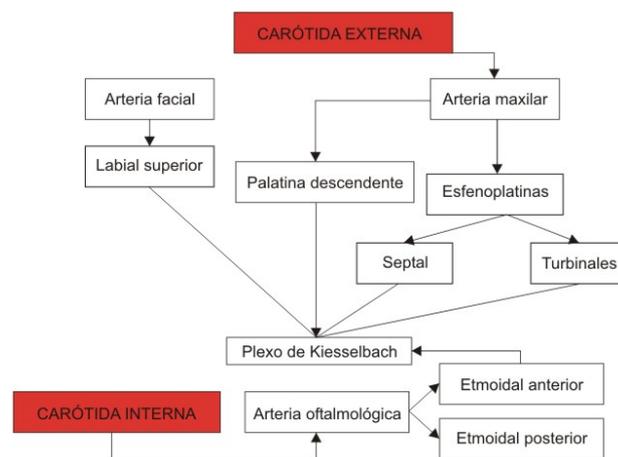
#### Definición

La palabra *epistaxis* proviene del griego, y significa *fluir gota a gota*. 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 perinasales y la nasofaringe, de lo cual no está exento ningún grupo de edades. Tanto la incidencia 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 el sangrado.<sup>3-5</sup>

#### Anatomía vascular nasal

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 etmoides, 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 la *mancha vascular de Kiesselbach* o *área de Little*, y que corresponde a la zona donde se produce la mayoría de las epistaxis.<sup>2,4,6,7</sup>

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.<sup>2,4,6,7</sup> 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 <sup>6</sup> (fig. 1).



**FIG. 1.** Representación de la vascularización de las fosas nasales.

#### Clasificación

Según criterio de los autores consultados,<sup>1-7</sup> las epistaxis pueden ser clasificadas:

De acuerdo con la ubicación anatómica:

1. Epistaxis anterior: corresponde al 90 % de todas las epistaxis, generalmente por compromiso del plexo de Kiesselbach, la mayoría de leve a moderada cuantía, y son más frecuentes en niños y jóvenes, fáciles de solucionar y de buen pronóstico.
2. Epistaxis posterior: generalmente las ramas de las arterias esfenopalatinas son las responsables, la sangre proviene de la parte posterior de las fosas nasales, y es difícil visualizar el sitio de la hemorragia. Esta es moderada o de gran cuantía,

es menos frecuente que la anterior (10 %), la mayoría de las veces se presenta en pacientes adultos, y es de más difícil solución (pronóstico grave en la mayoría de los casos).

De acuerdo con la causa que la origina:8-13

1. Locales: idiopáticas, microtraumatismos (hurgado, rascado de fosas nasales), resfriado común, rinitis, factores ambientales (sequedad ambiental, humedad, altura, exposición excesiva al calor), traumatismos, cuerpos extraños, tumores (neoplasias, pólipos y angiofibroma juvenil, etcétera).
2. Generales: fármacos (abuso de descongestionantes, ingestión de ácido acético salicílico, anticoagulantes y antiagregantes plaquetarios), enfermedades infecciosas (gripe, escarlatina, fiebre tifoidea), enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial, arteriosclerosis), enfermedades hematológicas (coagulopatías, leucemias, anemia aplásica), enfermedades endocrinas (diabetes mellitus, feocromocitoma), enfermedades renales (nefritis) y miscelánea, entre otras.

#### Conducta

Es necesario establecer una anamnesis completa, exhaustiva y dinámica, 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), retronasal (rinoscopia posterior), oral y de la faringe (orofaringoscopia). Para lograr la visualización del área sangrante, es necesario e indispensable desembarazar las fosas nasales de coágulos mediante aspiración, o indicando al paciente sacudirse la nariz.

Según *Gómez A,5* al asistir a un paciente con hemorragia nasal, se debe tener presente su edad como dato esencial para establecer el diagnóstico etiológico.

Epistaxis de la infancia:

- Inflamación de la mucosa: los procesos inflamatorios pueden producir hemorragia nasal. El catarro común, el sarampión, la escarlatina y la rubéola son los más frecuentes.
- Cuerpos extraños: los cuerpos extraños presentes en las fosas nasales pueden causar cuadros hemorrágicos poco abundantes, pero repetidos, sobre todo, los cuerpos extraños orgánicos, que aumentan de volumen al hidratarse.
- Los traumatismos: fundamentalmente por maniobras de rascado de la zona vascular de Kiesselbach.
- Epistaxis esencial: crisis frecuentes de hemorragias sin causa aparente. Generalmente sangra el área de la mancha vascular. No es raro que se trate de una predisposición hereditaria.

Epistaxis de la pubertad:

En la pubertad aparecen cuadros hemorrágicos ligados a alteraciones endocrinas.

- Enfermedad de Werloff: coincide siempre con un síndrome de metrorragias más o menos manifiesto.

- Angiofibroma juvenil: se trata de un tumor benigno desde el punto de vista histológico, y maligno por su comportamiento clínico. Se observa en el sexo masculino, cursa con hemorragias repetidas, de ubicación posterior que lleva a graves anemias agudas. La asociación de sexo masculino, edad adolescente, con epistaxis y obstrucción nasal unilateral, deben inducir la sospecha de este diagnóstico.<sup>13,14</sup>
- Desviación del tabique nasal: en muchos de estos pacientes, la mucosa nasal queda expuesta a los factores ambientales.

Epistaxis en el adulto:

Causas generales:

- Hipertensión arterial: 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.
- En el embarazo: generalmente durante los primeros meses, es frecuente la rinitis congestiva y la epistaxis. Las crisis son frecuentes y desaparecen espontáneamente después del parto.

Causas locales:

- Úlcera trófica y perforación del tabique nasal: sangra discretamente, pero en forma repetida. Sus causas más frecuentes son la cirugía sobre el tabique nasal, los parásitos (leishmaniasis), colagenosis (granulomatosis de Wegener), tóxicas (plomo, metales pesados), inhalantes (cocaína), entre otras.
- Cuerpos extraños: pueden provocar secreción sanguinolenta y pequeñas epistaxis a repetición.
- Tumores: todos los tumores malignos del tabique nasal, nasosinuales y rinofaríngeos pueden ser causa de epistaxis, en general escasas, pero repetidas. Si observamos una rinorrea mucopurulenta fétida, acompañada de estrías de sangre, se debe descartar un proceso neoplásico nasosinusal.

Epistaxis en todas las edades:

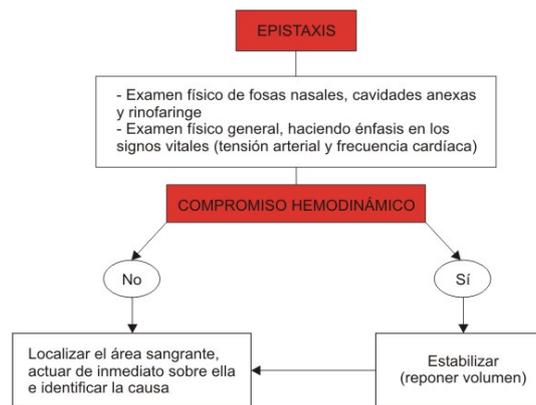
Es necesario tener presente las enfermedades hemorragíparas, y en estos casos las maniobras locales de inspección deben ser mínimas por el riesgo de provocar o agravar el proceso creando nuevas zonas sangrantes. Su etiología puede ser variada (distintos procesos de la hemostasia, vascular, plaquetario o propio de la coagulación):

- Síndrome vasculopático: generalmente se debe a malformaciones congénitas, como la telangiectasia hemorrágica hereditaria o enfermedad de Rendú-Osler-Weber.<sup>15</sup>
- Síndrome trombocitopénico-trombocitopático: está representado por los cuadros de púrpuras (leucemias agudas, reticulosis, aplasias medulares, la enfermedad de Werloff y reacciones medicamentosas, fundamentalmente, la aspirina, las sulfamidas y los antiinflamatorios).
- Síndrome coagulopático: déficit de coagulación de carácter hereditario (hemofilia), o adquirido (déficit de vitamina K, secundario a tratamientos anticoagulantes o a enfermedades hepáticas).

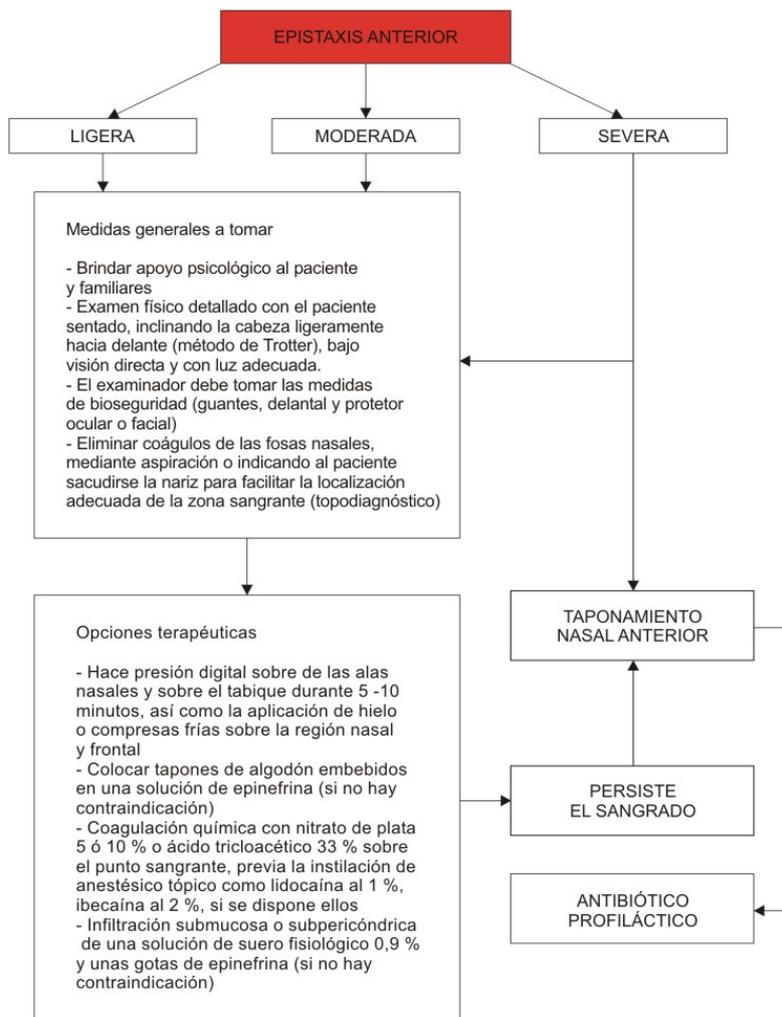
## Tratamiento

Después de consultar múltiples autores<sup>1,3-5,9,13,14,16-21</sup> y basado en la experiencia acumulada por los colegas de la especialidad en nuestro medio y quien escribe, consideramos, que la epistaxis debe ser tratada mayoritariamente desde el punto de vista manipulativo y no medicamentoso, y es importante tener presente que dicho tratamiento presenta 2 fases:

1. Inmediata: tratamiento del signo.
2. Mediata: búsqueda y tratamiento de la causa (figs. 2 y 3).



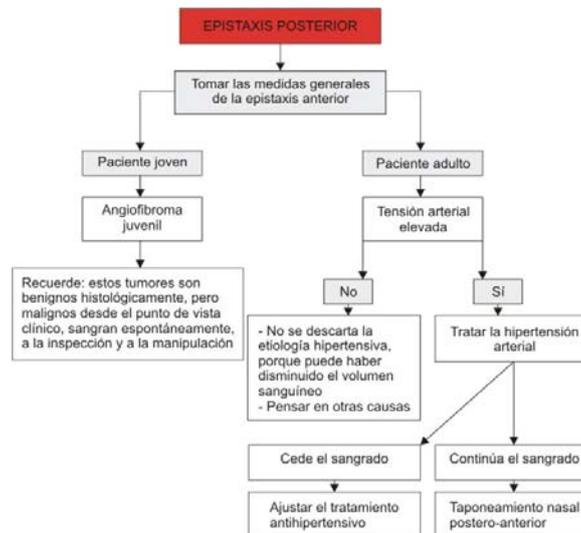
**FIG. 2.** Conducta inmediata según estado hemodinámico.



**FIG. 3.** Conducta a seguir en la epistaxis anterior.

Modo de realizar el taponamiento nasal anterior: se utiliza una tira de gasa de aproximadamente 2-2 1/2 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, de arriba hacia abajo, de abajo hacia arriba y de atrás hacia adelante, en forma de acordeón, bien apretada hasta rellenar completamente la fosa nasal. 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 antibióticos para evitar las complicaciones nasosinusales y del oído medio. No es necesaria la hospitalización del paciente.

Al hacer referencia a la epistaxis posterior se hace referencia fundamentalmente a la causa hipertensiva, por ser esta la más frecuente en nuestro medio y por estar su resolución al alcance del médico del nivel primario de salud. Es importante tener presente que la verdadera capacidad del médico está en conocer, hasta dónde puede llegar su actuación (fig. 4).



**FIG. 4.** Conducta a seguir en la epistaxis posterior.

El 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 (con la participación de un ayudante) 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.
2. Se utiliza una sonda vesical de Foley, que se introduce por la fosa nasal sangrante hasta llegar a la nasofaringe, insuflando el balón distal, se hace tracción de la sonda y 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 de fija la sonda con hilo de seda. Este método no resulta difícil de realizar y se obtienen excelentes resultados (figs. 5 y 6).





**FIGS. 5 y 6.** Taponamiento nasal postero-anterior.

Fotos tomadas de: Hernández M, Hernández C, Bergeret JP. Epistaxis. Consideraciones generales y manejo clínico. Cuad Cir. 2005,19(1):54-9.

El taponamiento nasal postero-anterior se mantendrá durante 48-72 h, 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.

Afortunadamente, la generalidad de los pacientes deben resolver su dramático y desagradable cuadro de sangrado en el nivel primario de atención con los métodos enunciados, y aquellos que no lo logran, requieren de derivación no programada (remisión) al nivel secundario de atención para la aplicación de otros métodos más agresivos, es decir, cirugía (ligadura de vasos arteriales), que precisa de personal especializado. Otros recursos terapéuticos empleados en la epistaxis, sobre todo en el nivel secundario de atención, son: la embolización, la endoscopia con cauterización, la dermoseptoplastia, el catéter-balón, entre otros. 22-25

## Summary

**Epistaxis. Considerations on the clinical and therapeutical treatment in primary health care**

This review paper was aimed at putting at the disposal of the primary health care physician the basic and elementary aspects to give an adequate therapeutics to the patients affected with bleeding of the nasal fossae and adjacent cavities (epistaxis). It is a common affection, but what is dramatic is that it generates anxiety and fear in the persons and in those accompanying them, which, on occasions, invade the physician and does not allow to attain a diagnostic and therapeutical dynamics. That's why, we put this material in your hands with the hope that it will be useful.

**Key words:** Epistaxis, aetiology, diagnosis and treatment, nasal tamponing, primary health care.

## Referencias bibliográficas

1. García-Baquero E, Eisenberg G, Pantoja C. Epistaxis. Terapéutica en APS. 2002;9(3):184-90.
2. Torres B, Lazarich A, Becerra J, Fernández E, Buforn A, Morell V. Epistaxis. [en línea]. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y>

- [%20Emergencias/epistaxi.pdf](#)  
Consultado, Julio 2007.
3. Hernández M, Hernández C, Bergeret JP. Epistaxis. Consideraciones generales y manejo clínico. *Cuad Cir.* 2005;19(1):54-9.
  4. García SV, Baixauli A. Epistaxis. *Guías clínicas.* 2004;4(28).
  5. Gómez A. Epistaxis (capítulo VI). [en línea]. Disponible en: [http://www.fepafem.org.ve/Guias\\_de\\_Urgencias/Alteraciones\\_musculoesqueleticas\\_%20oftalmologicas\\_y\\_transtornos\\_otorrinolaringologicos/Epistaxis.pdf](http://www.fepafem.org.ve/Guias_de_Urgencias/Alteraciones_musculoesqueleticas_%20oftalmologicas_y_transtornos_otorrinolaringologicos/Epistaxis.pdf) Consultado, Marzo 2006.
  6. Boettiger O. Otorrinolaringología. II Parte: Nariz, cavidades perinasales, boca, faringe, laringe. Santiago de Chile: Salvat; 2000.p.45-56.
  7. Danielides V, Kontogiannis N, Bartzokas A, Lolis CJ, Skevas A. The influence of meteorological factors on the frequency of epistaxis. *Clin Otolaryngol.* 2002;27(2):84-8.
  8. López G. Epistaxis. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electronico%20de%20temas%20de%20Urgencia/15.ORL/Epistaxis.pdf> Consultado, Marzo 2006.
  9. Guarisco JL, Graham 3rd HD. Epistaxis in children: causes, diagnosis and treatment. *Ear Nose Throat Journal.* 1989;68:522-38.
  10. Petruson B. Epistaxis. *Acta Otolaryngologica Supplement.* 1974;317:1-73.
  11. Nuñez DA, McClymont LG, Evans RA. Epistaxis: a study of the relationship with weather. *Clinical Otolaryngology.* 1990;15:49-51.
  12. Gluckman W, Barricella R. Epistaxis. 2004. [en línea]. Disponible en: <http://www.emedicine.com/> Consultado, Marzo 2006.
  13. Solano- Villaruel JL, Saavedra- Hernández G. Embolización selectiva de la arteria carótida externa en el manejo de pacientes con tumoraciones benignas en la cavidad nasal y la cara, primeras experiencias en el Hospital México. *Acta Med Costarric.* 2007;49(1).
  14. Alert J, Caballero I, Reno J, García D, Pérez L. El tratamiento radiante en el angiofibroma juvenil de nasofaringe: resultados en 6 pacientes. *Rev Cubana Med.* 2004;43(1).
  15. Pino V, Álvarez J, Guerra M, Carrasco F, Blasco A. Epistaxis severa secundaria a enfermedad de Rendú-Osler-Weber. A propósito de 2 casos. *ORL-DIPS.* 2003;30(3):164-6.
  16. Rodríguez PMA, Pardo MR, Sánchez MJF ¿Cómo tratar la epistaxis? *Rev Sanid Milit Mex.* 1997;51(2):107-14.
  17. Urpegui A, Sancho EM, Royo J, Valles H. Embolización terapéutica selectiva en epistaxis intratable. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2001;52(6):508-12.
  18. Durr DG: Endoscopic electro-surgical management of posterior epistaxis: shifting paradigm. *J Otolaryngol.* 2004;33:211-6.
  19. 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.
  20. Rejas E, Trinidad G, Álvarez J, Carrasco F, Pino V, Blasco A. Utilidad del tratamiento quirúrgico de la epistaxis grave mediante abordaje endoscópico de las arterias esfenopalatina y etmoidal anterior. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2006;57:228-34.
  21. Pino V, González A, Pantoja CG, Trinidad G, Pardo G, Montero C, et al. Estudio estadístico sobre anemia en pacientes ingresados por epistaxis.

- Importancia de su control y de los factores de riesgo asociados. Acta Otorrinolaringol Esp. 2006;56:305-8.
22. Trinidad G, Rejas E, González A, Pantoja CG, Mora ME, Blasco A. Aspectos básicos sobre tratamiento endoscópico en la epistaxis. Acta Otorrinolaringol Esp. 2006;57:394-400.
  23. Feusi B, Holzmann D, Steurer J. Posterior epistaxis: systematic review on the effectiveness of surgical therapies. Rhinology. 2005;43(4):300-4.
  24. Cruz J, Jiménez M, Hidalgo C. Síndrome de Rendú-Osler-Weber. A propósito de un caso. Rev Cubana Med Gen Integr. 2007;23(1).
  25. Burton MJ, Dorée CJ. Intervenciones para la epistaxis (hemorragia nasal) idiopática recurrente en niños (Revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus 2007(2). [en línea]. [Julio del 2007]. Disponible en: <http://www.update-software.com/abstractsES/AB004461-ES.htm> Consultado Julio, 2007.

Recibido: 6 de septiembre de 2007. Aprobado: 12 de septiembre de 2007.

Dr. *René Esteban Moreno Rajadel*. Ave. 66 # 8 301 entre 83 y 85, Cienfuegos, Cuba. E mail: [rene67@jagua.cfg.sld.cu](mailto:rene67@jagua.cfg.sld.cu) [rene@gal.sld.cu](mailto:rene@gal.sld.cu)

[1Especialista de II Grado en Otorrinolaringología. Asistente de la Facultad de Ciencias Médicas “Raúl Dorticós Torrado”.](#)

[2Especialista de II Grado en Otorrinolaringología. Profesor Consultante de la Facultad de Ciencias Médicas “Raúl Dorticós Torrado”.](#)

[3Especialista de II Grado en Otorrinolaringología. Profesor Auxiliar de la Facultad de Ciencias Médicas “Raúl Dorticós Torrado”.](#)