

## EPISTAXE: DA ETIOLOGIA AO MANEJO

Luíse Sgarabotto Pezzin  
Felipe Jaeger de Belli  
Nédio Steffen  
Gerson Schulz Maahs

### UNITERMOS

EPISTAXE; SANGRAMENTO.

### KEYWORDS

EPISTAXIS; HEMORRHAGE.

### SUMÁRIO

A hemorragia nasal ou epistaxe é a mais frequente entre as hemorragias e apresenta alta prevalência na população em geral. Na maioria das vezes, tem resolução espontânea. Entretanto, quando o atendimento médico for requisitado, é essencial o domínio das principais causas desta patologia para realização de correta abordagem diagnóstica e adequado manejo terapêutico.

### SUMMARY

*Nasal bleeding or epistaxis is the most common cause of bleeding and has a high prevalence in the general population. Most often it solves spontaneously. However, when it becomes necessary medical care, it is essential the knowledge of the main causes of this condition to perform correct diagnosis and appropriate therapeutic management approach.*

### INTRODUÇÃO

A epistaxe, definida como qualquer sangramento ativo proveniente da mucosa nasal, é a urgência otorrinolaringológica mais frequente<sup>1</sup> ocorrendo em até 60 por cento da população geral.<sup>1,2,3</sup> A maioria dos casos (80% - 90%), tem origem idiopática. Os vasos da mucosa nasal dispõem-se superficialmente, ficando, assim, desprotegidos e mais suscetíveis a danos, o que resulta em hemorragia.<sup>4</sup>

Enquanto a maioria dos episódios são simples, com apenas 6% dos casos necessitando intervenção do especialista para conter o sangramento,<sup>1,3</sup> a

epistaxe pode, ocasionalmente, ser de difícil controle e necessitar de internação hospitalar em 1% dos casos.<sup>1</sup>

A epistaxe tem distribuição igual entre os sexos<sup>1</sup> e parece ocorrer de forma bimodal em termos de faixa etária, com a maioria dos casos ocorrendo antes dos 10 anos ou entre 45 e 65 anos de idade.<sup>2,5</sup> É comum em crianças, sendo o sangramento geralmente oriundo da porção anterior da cavidade nasal e tem resolução espontânea<sup>1</sup>, sem comprometimento das vias aéreas ou instabilidade hemodinâmica na maioria dos casos.<sup>6,7</sup> Já nos adultos, a hemorragia na região posterior das fossas nasais é mais frequente e grande parte dos sangramentos tem relação com fatores sistêmicos, tornando mais difícil o seu controle.<sup>1</sup>

## **ANATOMIA**

A irrigação do nariz é promovida pelas artérias carótidas externa e interna. O sistema carotídeo externo, através dos ramos maxilar e facial, é o principal responsável pelo fluxo sanguíneo nasal. A artéria maxilar bifurca-se em dois ramos terminais na parede lateral do nariz: artérias naso-septal e nasal lateral posterior, provendo irrigação para toda região posterior do nariz. Outro ramo da maxilar, a artéria palatina descendente, origina a artéria palatina maior que irriga a região anterior do septo e o assoalho nasal.

O sistema carotídeo interno origina a artéria oftálmica, cujos ramos terminais são a artéria etmoidal anterior – mais calibrosa, irriga o terço anterior e superior da parede lateral do nariz – e a artéria etmoidal posterior que, por sua vez, irriga a concha superior e a região correspondente ao septo.<sup>1</sup> A união do sistema carotídeo interno e externo constitui uma delicada rede vascular denominada Zona de Kiesselbach, ponto de origem mais frequente das epistaxes anteriores.<sup>8</sup> Dando origem a maior parte dos sangramentos posteriores, tem-se o plexo de Woodruff que localiza-se na região posterior da fossa nasal, junto à coana.<sup>4</sup>

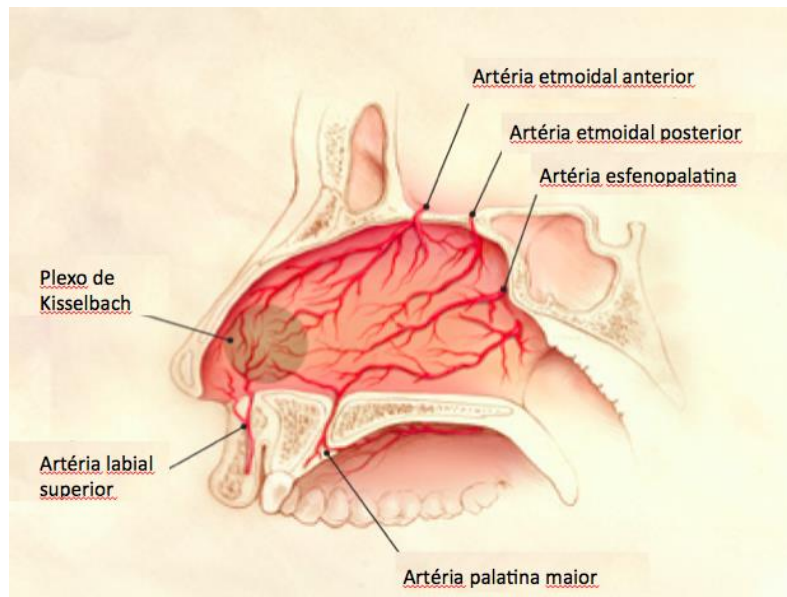


Figura 1 - Vascularização do septo nasal<sup>2</sup>

## ETIOLOGIA

De um modo geral, pode-se dividir a etiologia das epistaxes em duas categorias: Causas Locais e Sistêmicas. <sup>1, 2, 4</sup> (Tabela 1)

Tabela 1 - Causas de Epistaxe

<p><b>Causas locais</b>  Rinossinusites  Trauma digital  Corpos estranhos  Pólipos ou neoplasia intra-nasal  Fatores irritantes (cigarro, cocaína, gasolina, amônia)  Medicações (corticosteróides tópicos)  Rinite  Desvio ou Perfuração de septo  Trauma (acidental ou cirúrgico)  Telangectasias ou mal formações vasculares</p>
<p><b>Causas sistêmicas</b>  Medicações - AAS, anticoagulantes, Anti-inflamatórios não-esteroidais (AINE)  Discrasias sanguíneas (plaquetopenia, coagulopatias, hemofilia)  Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)  Leucemias e Linfomas  Doenças hepáticas (cirrose)  Insuficiência renal</p>

## DIAGNÓSTICO

A maioria das causas de sangramento nasal podem ser identificadas por meio de história e de exame físico dirigido. <sup>2</sup> O primeiro passo é a realização da anamnese com o intuito de identificar a etiologia. É fundamental a investigação de fatores locais e sistêmicos, questionando o paciente sobre a apresentação

inicial do sangramento, duração, recorrência e número de episódios, assim como comorbidades e uso recente de medicações (AINE).<sup>1,2</sup> Fatores irritativos e alérgenos também devem ser considerados. Contudo, muitas vezes não é possível identificar a causa da epistaxe.<sup>2</sup> É relevante certificar-se se a origem é realmente nasal, já que hemorragias digestivas podem manifestar-se com regurgitação de sangue pelas fossas nasais.

No exame físico, é importante a utilização de fonte de luz, como o fotóforo, que possibilite adequada visualização das fossas nasais. A realização da rinoscopia anterior utilizando-se o espéculo nasal pode ser o passo inicial na busca pelo foco do sangramento. A endoscopia nasal é útil para localizar o ponto sangrante e excluir patologias tumorais. Nos casos de recorrência os exames laboratoriais como hemograma, coagulograma e tipagem sanguínea devem sempre ser solicitados, principalmente se refratários ou com repercussão sistêmica. Os exames de imagem como Raio X (RX), Tomografia Computadorizada (TC) ou Ressonância Nuclear Magnética (RNM) são reservados para investigação de neoplasias ou infecções nasais.<sup>1</sup>

Na maioria dos casos, a hemorragia anterior é clinicamente óbvia enquanto o sangramento posterior pode ser assintomático ou pode apresentar-se insidiosamente com náuseas, anemia, hematêmese, hemoptise ou melena. Raramente vasos de maior porte estão envolvidos na epistaxe posterior, mas podem resultar em sangramento súbito e maciço.<sup>2</sup>

## TRATAMENTO

Inicialmente, deve-se avaliar a repercussão respiratória e hemodinâmica. Manter o paciente sentado para evitar deglutição, náuseas e/ou broncoaspiração são medidas úteis. A seguir, realiza-se aspiração das vias aéreas para localizar o ponto hemorrágico, anterior ou posterior, para que o manejo mais específico possa ser instituído.<sup>1</sup>

### EPISTAXE ANTERIOR

É responsável por até 80% dos sangramentos nasais.<sup>4</sup> O local de hemorragia é identificado no Plexo de Kiesselbach (septo caudal), comumente sem repercussões sistêmicas e com fácil controle local.

- **Compressão digital:** é a primeira tentativa para cessar o sangramento<sup>1, 2</sup> através da compressão direta da cartilagem alar em direção ao septo, durante 5 a 10 minutos. A maioria dos casos de epistaxe em crianças são resolvidos com essa medida.<sup>9</sup> Pode-se otimizar a medida através da colocação de algodão com substância vasoconstritora antes da compressão.

- **Cauterização:** é o tratamento de escolha para hemorragia visualizada na rinoscopia anterior. A cauterização química pode ser feita com nitrato de prata

a 75% ou ácido tricloroacético a 50%<sup>1,8</sup> e é ideal em crianças. A cauterização elétrica é indicada para sangramento mais intensos, devendo-se tomar cuidado com a lesão de tecidos adjacentes.<sup>1</sup> O método tem a vantagem de promover fibrose cicatricial e assim evitar hemorragias futuras.<sup>8</sup> O laser foi introduzido como opção terapêutica mais recentemente, especialmente nos casos de telangiectasia hemorrágica hereditária.

- **Tamponamento nasal ântero-posterior:** utilizado na falha das medidas anteriores. Não atua diretamente no ponto sangrante, mas sim exercendo pressão generalizada sobre a mucosa nasal, impedindo o sangramento tanto pelo edema quanto pela ação inflamatória produzidos pelo tampão. O dispositivo é feito com rayon ou gazes embebidas em pomada antibiótica, que são dispostas de forma “empilhada” ou “sanfonada” ao longo da fossa nasal. Outras opções são gazes inseridas em dedos de luvas ou esponjas colocadas no interior de preservativos. O tampão deve ser mantido por 2 a 5 dias, conforme a intensidade da epistaxe.<sup>1</sup> (Figura 2)

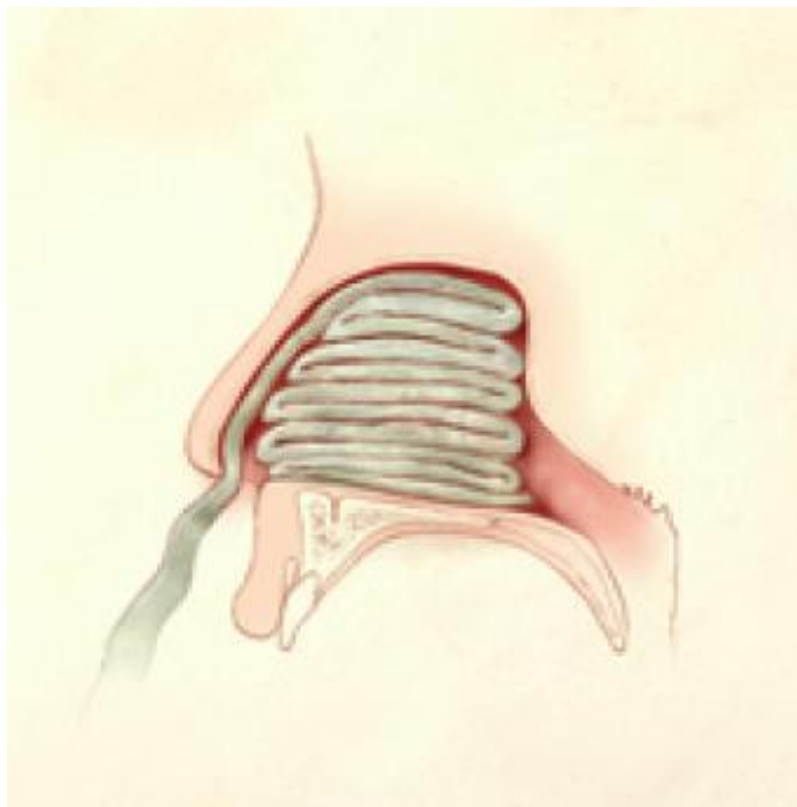


Figura 2 - Tampão nasal em “sanfona”<sup>2</sup>

## EPISTAXE POSTERIOR

É muito menos comum que a epistaxe anterior e deve ser tratada por um otorrinolaringologista.<sup>2</sup> Um tampão nasal posterior, menos utilizado

atualmente, pode ser realizado após adequada anestesia da região, pela passagem de um cateter através de uma ou ambas as narinas, a partir da nasofaringe em direção à boca (*Figura 3*). Um tampão de gaze é fixado à extremidade do cateter que está exteriorizada pela boca e é, por fim, posicionado na parte posterior nasofaringe, tracionando-se o cateter a partir das narinas. Obtém-se, assim, o posicionamento do tampão de gaze na região da coana, selando a passagem nasal posterior. O tampão também pode ser feito com catéteres pneumáticos preenchidos por água.<sup>1,2</sup> Deve-se manter o paciente hospitalizado para controle clínico da saturação de oxigênio e avaliação sistêmica (HAS, coagulopatias).

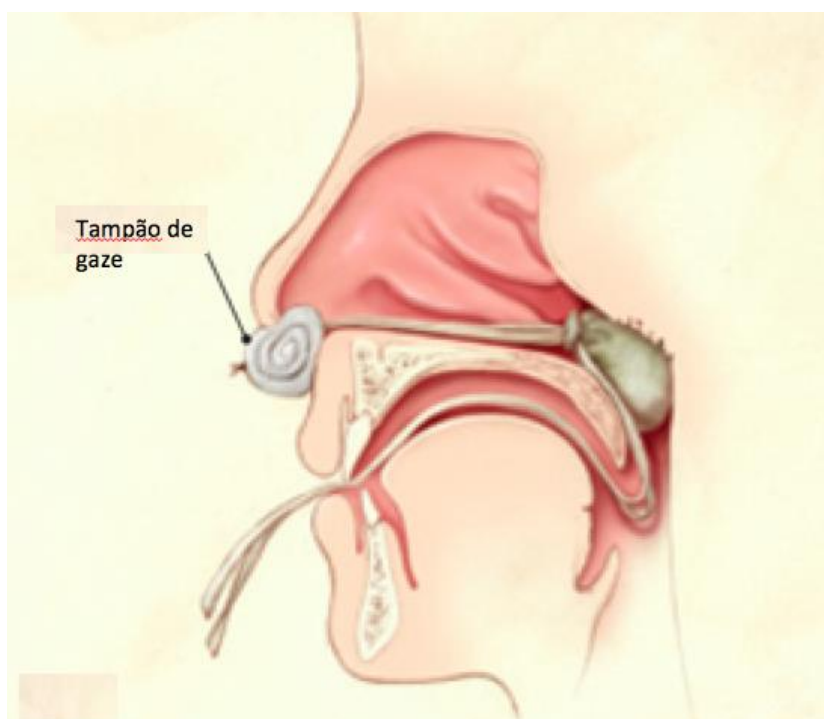


Figura 3 - Tampão nasal posterior<sup>2</sup>

### TRATAMENTO CIRÚRGICO

Indicado na falha das medidas anteriores ou na persistência do sangramento após a retirada do tampão. As principais medidas terapêuticas são cauterizações endoscópicas e ligaduras arteriais.

- **Cauterização Endoscópica:** A endoscopia localiza o ponto exato do sangramento, facilitando a cauterização.

- **Ligaduras Arteriais:** A ligadura etmoidal pode ser realizada por via endonasal ou por acesso externo (técnica de Lynch), identificando-se a sutura frontoetmoidal, na região orbitária. A ligadura das artérias emergentes do forame esfenopalatino é realizada por via endoscópica, objetivando a ligadura

do vaso o mais próximo possível do ponto sangrante. Já a ligadura da artéria maxilar pode ser feita por acesso intraoral ou transantral. No caso da artéria carótida externa, o procedimento é reservado para casos bem selecionados pelos graves riscos de complicação.

- **Embolização:** Raramente utilizada, possui aplicação nas epistaxes severas quando não se obtém resposta satisfatória com os tratamentos conservador e cirúrgico. A angiografia é útil para localizar o ponto sangrante e também como meio terapêutico. A embolização deve ser o mais próxima possível do local do sangramento, obtendo-se assim alta eficácia (88%). As complicações são normalmente transitórias, em 17 a 27% dos pacientes. <sup>1</sup>

**Tratamento sistêmico:** Deve ser utilizado em associação ao tratamento local em casos de discrasias sanguíneas, nos quais as medidas farmacológicas ocupam, em geral, o ponto principal na terapêutica das epistaxes. <sup>8</sup>

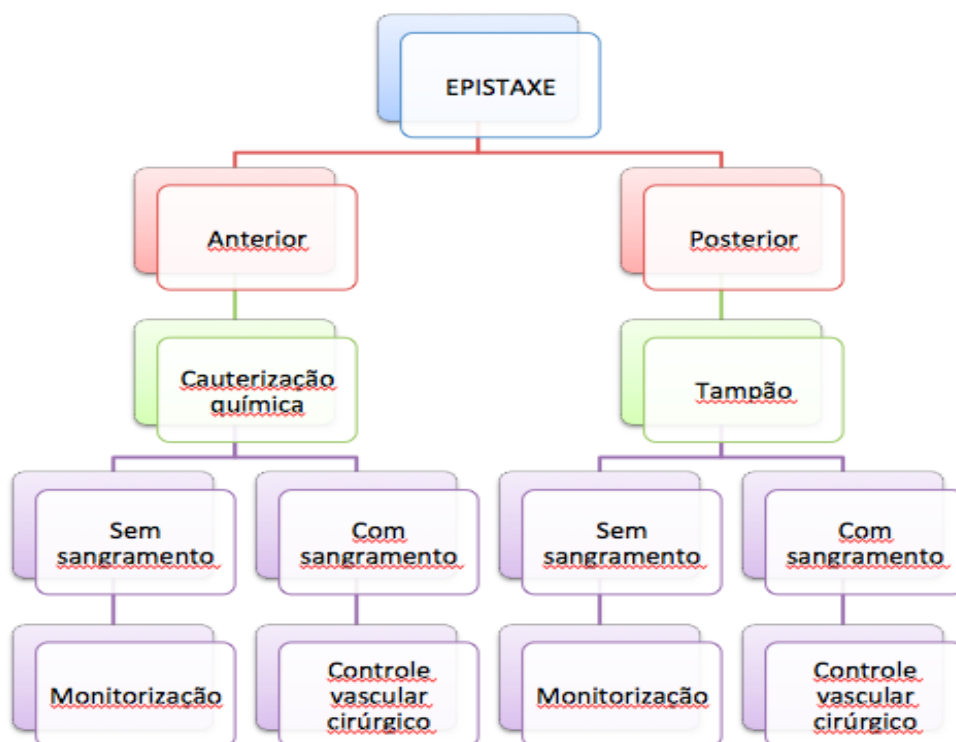


Figura 4 - Fluxograma de tratamento<sup>3</sup>

## CONCLUSÃO

A epistaxe é uma patologia de alta prevalência tanto na população adulta quanto na pediátrica e acarreta, diariamente, múltiplos atendimentos em consultórios médicos e em emergências hospitalares. Trata-se da causa mais comum de hemorragia e da urgência otorrinolaringológica mais frequente.

Embora a maioria dos casos de epistaxe não necessitem de intervenção médica, quando o atendimento for necessário deve-se realizar uma cuidadosa avaliação da condição sistêmica do paciente, buscando as possíveis causas do sangramento e observando eventual repercussão hemodinâmica devido a perda volêmica. Para controle da hemorragia, dispõem-se de técnicas mais simples como cauterização química e utilização de tampão nasal, até a realização de procedimentos cirúrgicos.

Dessa forma, destaca-se a importância do conhecimento, por parte de qualquer profissional médico, da anatomia nasal, bem como das causas mais prevalentes e do manejo inicial dessa patologia tão comum em nosso meio.

## REFERÊNCIAS

1. Fukuda Y. Otorrinolaringologia: guias de medicina ambulatorial e hospitalar UNIFESP/Escola Paulista de Medicina. São Paulo: Ed. Manole; 2003
2. Kucik CJ, Clenney T. Management of epistaxis. *Am Fam Physician*. 2005 Jan 15;71(2):305-311.
3. Shargorodsky J, Bleier BS, Holbrook EH, et al. Outcomes Analysis in Epistaxis Management: Development of a Therapeutic Algorithm. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2013 Sep;149(3):390-8.
4. Pope LER, Hobbs CGL. Epistaxis: an update on current management. *Postgrad Med J*. 2005 May; 81(955): 309–314
5. Pallin DJ, Chng YM, McKay MP, et al. Epidemiology of epistaxis in US emergency departments, 1992 to 2001. *Ann Emerg Med*. 2005 Jul;46(1):77-81.
6. Nadel F, Henretig FM. Epistaxis. In: Fleisher GR, Ludwig S, Henretig FM, editors. *Textbook of Pediatric Emergency Medicine*. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippicott Williams & Wilkins; 2006. p. 263.
7. Alvi A, Joyner-Triplett N. Acute epistaxis: How to spot the source and stop the flow. *Postgrad Med* 1996; 99(5):83-90,94-6.
8. Hungria H. *Otorrinolaringologia*. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
9. Brown NJ, Berkowitz RG. Epistaxis in healthy children requiring hospital admission. *Int J Pediatr Otorhinolaryngo*. 2004; 68(9):1181-4.