

PRODUÇÃO TÉCNICA

DESENVOLVIMENTO DE MATERIAL DIDÁTICO OU INSTRUCIONAL

FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU- UNESP

Programa de PG em Medicina

Mestrado Profissional Associado à Residência Médica

MEPAREM

AUTOR: MESTRANDO IURY LIMA VELOSO

ORIENTADOR: JOSÉ VICENTE TAGLIARINI

CO-ORIENTADORA: SILKE ANNA THERESA WEBER

Projeto: “Epistaxe - como manejar?”

Projeto realizado com o objetivo de orientar os alunos e residentes na prática da medicina como conduzir um caso de epistaxe.

MEPAREM 2015

Epistaxe - como manejar?

Iury Lima Veloso
José Vicente Tagliarini

Outubro, 2015

Resumo

Epistaxe é a emergência otorrinolaringológica mais comum, que 6 em cada 10 pessoas no mundo apresentará um episódio em sua vida. Para que se possa realizar um tratamento adequado, é imprescindível a avaliação criteriosa do paciente, bem como de um exame clínico completo. Após adequada avaliação, um tratamento escalonado e racional deve ser instituído.

Palavras-chaves: epistaxe. sangramento nasal. tratamento. algoritmo.

1 Introdução

Epistaxe é a emergência otorrinolaringológica mais comum na população, acometendo dois terços da população durante toda sua vida, sendo que destes, 6% necessitam de atenção médica. É mais frequente em crianças menores de 10 anos, com um declínio na vida adulta, aumentando de incidência novamente a partir da quinta década de vida.(1, 2)

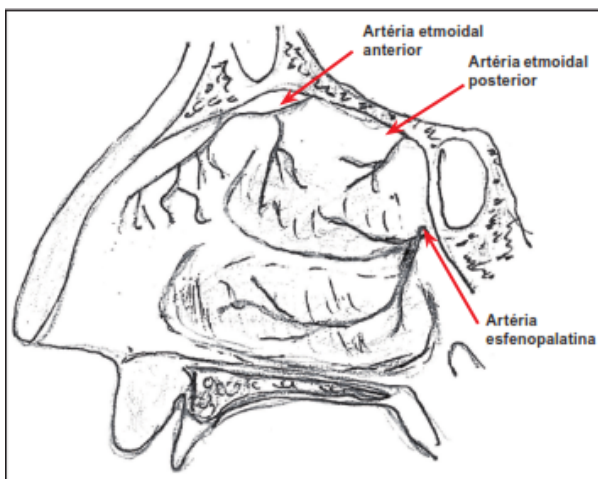


Figura 1 – Irrigação da parede lateral do nariz (Wormald PJ. In Bailey BJ, 2006)

Mais de 90% dos episódios advem da região anterior do septo nasal, chamada de área de Kiesselbach, sendo menos de 10%

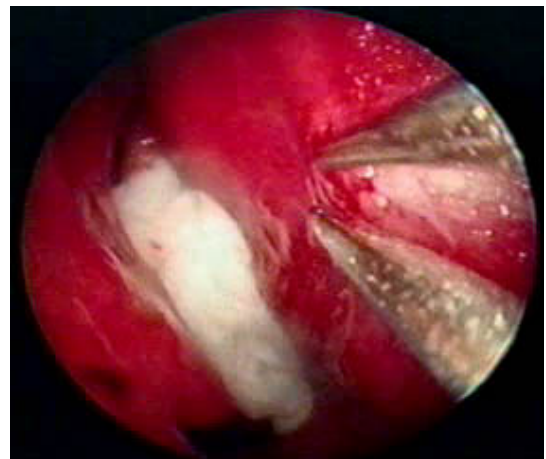


Figura 2 – Cauterização endoscópica de sangramento na área de Kiesselbach com cautério bipolar

dos sangramentos nasais advindos da região posterior, principalmente da artéria esfenopalatina. Pode ter causas locais ou sistêmicas, que muitas vezes são desconhecidas pelo médico que presta o atendimento inicial, e o controle das causas de base é imprescindível para o controle do sangramento.

As causas locais mais comuns são o trauma digital(principalmente em crianças), ou por drogas tóxicas nasais, como corticosteróides, e as sistêmicas são as coagulopatias ou uso de medicamentos anticoagulantes.(3) A hi-

pertensão arterial pode ser um fator agravante durante o sangramento, mas não se demonstra associação da mesma com epistaxe(4).

Tabela 1 – Irrigação do nariz

Sistema carótida externa	Sistema carótida interna	Plexos
Artéria labial superior	Artéria etmoidal anterior	Kiesselbach (anterior)
Artéria esfenopalatina	Artéria etmoidal posterior	Woodruff
Artéria palatina maior		

2. Avaliação inicial

A avaliação inicial de todo paciente com epistaxe deve iniciar-se pela garantia de via aérea segura e estabilidade hemodinâmica. Raramente epistaxes podem causar risco à vida.(5)

Uma história detalhada deve ser obtida, atentando-se para o lado em que iniciou-se, duração, frequência e gravidade do sangramento, bem como investigação dos possíveis fatores causas, detalhando-se comorbidades e medicamentos em uso.(3, 5)

Em muitos casos o controle do sangramento pode ser obtido somente com compressão local, que deve ser realizada entre as asas nasais e o septo, mantendo-se o paciente com a cabeça inclinada anteriormente por 20 minutos. Esta medida pode diminuir ou até parar o sangramento obliterando os vasos sanguíneos e propiciando a formação de um coágulo, bem como evitando a saída de sangue pela coana - protegendo a via aérea.(1) Tanto o médico da atenção inicial quanto o paciente devem estar bem cientes destas manobras, pois muitas vezes podem evitar a necessidade de avaliação por especialista ou até a ida ao hospital.(2)

O exame físico inicial, deve-se pausar na identificação da fonte de sangramento. Sprays nasais ou curativos com algodão imersos em anestésico e vasoconstritor podem ser

usados para controle parcial do sangramento para a realização de um exame adequado. Muitas vezes somente estas medidas são suficientes para parar o sangramento.(3)

Tabela 2 – Fatores de risco e causas de epistaxe

Fatores de risco e causas de epistaxe
Idiopática
Rinopatias
Trauma
Tumores
Uso de drogas inalatórias
Anticoagulação
HAS associada

2 Caso clínico

Paciente do sexo masculino, de 60 anos, dá entrada no pronto-socorro com queixa de sangramento nasal profuso há 6 horas. Refere ter sangrado suficiente para sujar uma toalha de banho, e nega ter cessado com compressão. À indagação relata prurido nasocular, e obstrução nasal em báscula, intermitente. Nega histórico de sangramento espontâneo, hematomas, uso de anticoagulantes ou trauma. É hipertenso e faz uso de captopril e AAS.

Ao exame geral apresentava-se em bom estado geral, consciente e orientado. Pressão arterial de 160x110mmHg, frequência cardíaca de 80bpm. E no exame otorrinolaringológico apresentava um coágulo na orofaringe, crostas hemáticas em ambos os vestibulos e coágulo preenchendo a fossa nasal direita.

3 Como prosseguir?

O paciente não apresenta sinais de acometimento de via aérea ou instabilidade hemodinâmica, primeiros pontos que devem ser avaliados no atendimento da epistaxe. Como o paciente relata perda de grande volume, mas que muitas vezes prova-se difícil de estimar, exames hematimétricos e provas de coagulação devem ser solicitados,principalmente em pacientes que faz uso de anticoagulantes.

Em casos selecionados função renal e hepática também deve ser avaliada. Apesar de normais em grande parte dos casos devem fazer parte da avaliação inicial. As comorbidades do paciente, como a hipertensão arterial também devem ser controladas(1).

O próximo passo é a avaliação da fossa nasal, e tentativa de localização do local do sangramento, bem como definir se o mesmo é anterior ou posterior. Para garantir exame adequado, a fossa deve ser limpa, com solução fisiológica ou curativo de algodão, e posteriormente vasoconstricção, com solução de lidocaína+epinefrina, ou outros agentes vasoconstritores, como a oximetazolina. Após lavagem e curativo com vasoconstritor, o sangramento cessou e foi possível visualizar vasos ectasiados e pequena laceração na região septal anterior, e então optada pela cauterização com ácido tricoloroacético. Após cauterização, persistiu sangramento pela fossa nasal direita, e saída do coágulo da orofaringe, apresentando agora sangramento ativo.

4 Tamponamento

Com o sangramento ativo visualizado em orofaringe, a epistaxe foi classificada como posterior, seguindo uma abordagem escalonada, a próxima opção terapêutica escolhida foi o tamponamento nasal antero-posterior(6). No mercado se encontra uma grande variedade de dispositivos para tamponamento, como balões e esponjas hemostáticas, devido a disponibilidade no serviço, além de questão de custos e possíveis complicações, optamos pelo tamponamento com gaze. Um tampão posterior de gaze ancorada foi alocada na rinofaringe, com o auxílio de uma sonda de Foley, que é inserida na fossa nasal sangrante, capturada na orofaringe e amarrada a uma das extremidades do fio ancorado na gaze, e posteriormente alocado um tampão Morim por camadas na fossa nasal direita, por camadas perpendiculares ao assoalho da fossa até total oclusão da mesma, embebida em pomada antibiótica de gentamicina. Após a colocação o sangramento cessou, e o paciente foi mantido com o tampão por 72h. Somente a sonda de Foley ocluindo a rinofaringe também pode ser usada.

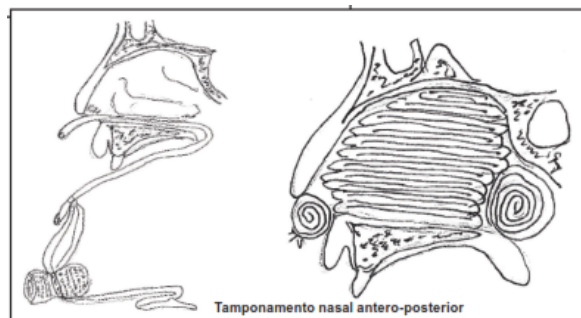


Figura 3 – Tamponamento com gaze
(Wormald PJ, in Bailey BJ 2006)

Apesar de haverem relatos de choque tóxico estafilocócico após tamponamento nasal, a antibioticoterapia sistêmica não é recomendada de rotina, mas ainda muito usada devido a inexistência de consenso entre os otorrinolaringologistas. O emprego do antibiótico tópico tem se mostrado suficiente(7, 8, 9).

Após 72h com tamponamento, sem sangramento e com níveis pressóricos controlados, com o paciente em jejum, foi realizada remoção do tampão nasal, observando-se logo após a remoção mucosa nasal friável e persistência do sangramento advindo da região do meato médio a direita.

5 Ligadura endoscópica de artéria esfenopalatina

Após falha do tamponamento posterior duas opções terapêuticas se apresentam: a ligadura endonasal da artéria esfenopalatina ou a embolização dos ramos distais da artéria maxilar interna e esfenopalatina. A embolização é um procedimento com taxa de sucesso de 80-90%, com possíveis complicações maiores como acidente vascular, paralisia facial, acidente vascular, cegueira ou nefropatia associada a contraste de cerca de 4%. A ligadura endoscópica, apresenta taxa de sucesso semelhante ou melhor, pode ser realizada rapidamente, mas tem como desvantagem requerer anestesia geral(3, 5).

Como nosso paciente apresenta boas condições clínicas, foi optada pela realização da ligadura endoscópica. O paciente é levado ao centro cirúrgico, submetido a anestesia geral. Após controle do sangramento com tam-

ponamento por meio de esponjas embebidas em vasoconstritos, foi identificado o local do sangramento. O corneto médio é medializado e uma antróstomia maxilar realizada, para exposição da parede posterior do seio e o plano coronal da artéria esfenopalatina. Então um flap mucoperiosteal é confeccionado até visualização da crista etmoidal, que aponta para a borda anterior do forame esfenopalatino, onde após descolamento posterior o tronco principal da artéria esfenopalatina pode ser identificada e ligada com clips ou cauterizada, com semelhantes taxas de sucesso(3).

Após a ligadura e constatação da parada do sangramento foi realizado curativo nasal habitual com esponja hemostática e mantido o paciente de observação até o dia seguinte. Ele permaneceu sem sangramento, manteve parâmetros hematimétricos, e recebeu alta hospitalar.

É válido notar que em situações que o paciente apresenta bom estado de saúde para anestesia geral, a ligadura endoscópica pode ser realizada previamente ao tamponamento antero-posterior, pois apresenta taxa de cura semelhante, é um procedimento com menos desconforto para o paciente e pode diminuir a estadia hospitalar, limitando custos(10, 6).

Epistaxe anterior	Epistaxe posterior
Compressão	Tamponamento com sonda de Foley/balão
Cauterização (química/elétrica)	Tamponamento antero-posterior com gaze
Tamponamento com hemostático	Ligadura endoscópica
Tamponamento anterior com gaze	Embolização

Tabela 3 – Opções de tratamento

Referências

- 1 AL-BAR, M. H. Epistaxis and catastrophic nasal bleeding. *Operative Techniques in Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, Elsevier, v. 25, n. 2, p. 194 – 200, 2015/09/12 2015. Doi: 10.1016/j.otot.2014.02.010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.otot.2014.02.010>>. Citado 3 vezes nas páginas 1, 2 e 3.
- 2 DAVIES, K. et al. Pediatric epistaxis: epidemiology, management & impact on quality of life. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, v. 78, p. 1294 – 7, 6 2014. Citado 2 vezes nas páginas 1 e 2.
- 3 SCHLOSSER, R. J. Epistaxis. *New England Journal of Medicine*, v. 360, n. 8, p. 784 – 789, 2009. PMID: 19228621. Citado 4 vezes nas páginas 1, 2, 3 e 4.
- 4 FUCHS, F. D. et al. Absence of association between hypertension and epistaxis: a population-based study. *Blood Press*, v. 12, n. 3, p. 145 – 148, 2003. ISSN 0803-7051. Citado na página 2.
- 5 TRABOULSI, H.; ALAM, E.; HADI, U. Changing Trends in the Management of Epistaxis. *International journal of otolaryngology*, v. 2015, 9 2015. Citado 2 vezes nas páginas 2 e 3.
- 6 LEUNG, R. M.; SMITH, T. L.; RUDMIK, L. Developing a ladder algorithm for the management of intractable epistaxis: a risk analysis. *JAMA otolaryngology– head neck surgery*, v. 141, p. 405 – 9, 2 2015. Citado 2 vezes nas páginas 3 e 4.
- 7 PEPPER, C.; LO, S.; TOMA, A. Prospective study of the risk of not using prophylactic antibiotics in nasal packing for epistaxis. *J Laryngol Otol*, v. 126, n. 3, p. 257 – 259, Mar 2012. ISSN 1748-5460. Citado na página 3.
- 8 BIGGS, T. C. et al. Should prophylactic antibiotics be used routinely in epistaxis patients with nasal packs? *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, Southampton,

v. 95, n. 1, p. 40 – 2, 1 2013. Citado na página [3](#).

9 VERMEEREN, L. et al. Complications of balloon packing in epistaxis. *European archives of oto-rhino-laryngology : official journal of the European Federation of Oto-Rhino-Laryngological Societies (EUFOS) : affiliated with the German Society for Oto-Rhino-Laryngology - Head and Neck Surgery*, Amsterdam, v. 272, p. 3077 – 81, 2 2015. Citado na página [3](#).

10 HALL, A. C. et al. A multi-centre audit of epistaxis management in England: is there a case for a national review of practice? *The Journal of laryngology and otology*, v. 129, p. 454 – 7, 3 2015. Citado na página [4](#).