

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"EPISTAXIS"

TESIS

*Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos*

Por

CARLOS RAFAEL FORTUNY LOPEZ

En el Acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Marzo de 1972

PLAN DE TESIS

- I. *Introducción*
- II. *Anatomía y Fisiología de las Fosas Nasales.*
- III. *Definición.*
- IV. *Etiología.*
- V. *Clasificación.*
- VI. *Normas Clínicas.*
- VII. *Pronóstico y Evolución.*
- VIII. *Tratamiento.*
- IX. *Material y Métodos.*
- X. *Investigación y Resultados.*
- XI. *Conclusiones.*
- XII. *Recomendaciones.*
- XIII. *Bibliografía.*

INTRODUCCION

El siguiente trabajo de tesis comprende un estudio de los casos tratados en las salas de Otorrinolaringología del "Hospital General San Juan de Dios, con el diagnóstico de "Epistaxis".

Las razones principales que me indujeron a realizar una investigación sobre este tema son dos fundamentales: La primera es que tomando en cuenta la frecuencia tan marcada de este cuadro clínico en las emergencias de todos los hospitales, en muchos casos, se desconoce la etiología del padecimiento y el tratamiento se instituye en forma inadecuada.

La segunda razón, es que se pretende brindar una ayuda para médicos generales y estudiantes de medicina al control de una epistaxis.

"ANATOMIA"

Partes externas de la nariz y partes limítrofes

La nariz es una prominencia impar y media que prolonga por delante del plano facial a las fosas nasales. El aparato óseo de la pirámide nasal está constituido por los huesos propios de la nariz, la apófisis frontal o rama ascendente del hueso maxilar y el borde anterior de su apófisis palatina.

Los cartílagos se dividen en: Principales y Accesorios.

Los principales son:

- 1) *Los triangulares o laterales que se sueldan a los huesos propios y al cartílago del tabique.*
- 2) *Los del ala de la nariz que tienen forma de herradura con dos ramas: Interna y externa.*
- 3) *El cartílago cuadrangular o del tabique que llena el espacio angular comprendido entre la lámina perpendicular del etmoides y el vómer.*

Los cartílagos accesorios situados entre los espacios que dejan los anteriores son:

- 1) *Los cuadrados.*
- 2) *Los sesamoideos.*

3) Los vomerianos de Huschke.

Las piezas cartilaginosas descritas se hayan unidas entre sí y los huesos vecinos con una membrana fibrosa.

La capa muscular desde el punto de vista funcional comprende dos grupos de músculos, según la manera de actuar sobre el orificio anterior de las fosas nasales. Son constrictores:

- 1) Triangular de la nariz
- 2) Mirtiforme.

Son dilatadores:

- 1) Dilatador propio de las fosas nasales.
- 2) Elevador común del ala de la nariz.
- 3) Elevador común del labio superior.

Todos están inervados por el nervio facial.

Fosas Nasales

Son dos corredores anfractuosos con un eje mayor anteroposterior desarrollados en el macizo óseo de la cara y separados por un delgado tabique sagital. Estas cavidades comunican hacia adelante, con el exterior por medio de las ventanas nasales; hacia atrás, con la faringe a través de las coanas y directamente con numerosas cavidades neumáticas excavadas en los huesos vecinos, los senos paranasales.

Según el carácter de la mucosa que lo recubre se dividen en tres áreas:

- 1) Región vestibular.
- 2) Región respiratoria.
- 3) Región olfatoria.

A las fosas nasales se les estudian cuatro paredes y dos orificios:

- a) Pared interna: Conocida con el nombre de Septum nasal o Tabique. Esta pared está recubierta en su totalidad por la mucosa pituitaria. En

su porción anteroinferior se nota la confluencia de numerosos vasos sanguíneos que forman el área vascular de Kiesselbach.

- b) Pared externa: Se pueden distinguir dos zonas, la antero superior o preturbinal, y la posteroinferior o turbinal, en la que se hacen prominencia los dos cornetes etmoidales y el inferior. Entre los cornetes y la pared externa se delimitan unos espacios alargados en el sentido anteroposterior denominados los meatos. En el meato inferior desemboca el conducto lagrimonasal. El cornete inferior es de forma triangular y tamaño variable con una extremidad o cabeza que se inserta en la pared nasal, y una posterior o cola que se inserta a 7 u 8 milímetros del orificio tubárico.

En el meato medio se abren los senos frontales, las celdillas etmoidales anteriores y los senos maxilares.

El cornete medio, más pequeño que el inferior, forma con el tabique la hendidura olfatoria que divide las fosas nasales en dos pisos, uno superior u olfatorio y uno inferior o respiratorio.

En el meato superior desembocan las celdillas etmoidales posteriores en número de cuatro a cinco.

La pituitaria en la cara interna del cornete superior presenta la mancha olfatoria.

- c) Pared superior: Es un estrecho canal posterior, cóncavo hacia abajo, que se extiende desde las ventanas nasales hasta la bóveda de la faringe. Consta de tres porciones: Nasal, frontoetmoidal y esfenoidal.
- d) Pared inferior o suelo: Se presenta como un canal más ancho en su porción media que en sus extremos. Lo forman las láminas horizontales del maxilar superior y de los palatinos. Es un tabique de separación con la cavidad bucal.
- e) El orificio anterior de las fosas nasales se halla dividido por el subtabique en dos conductos recubiertos de piel denominados vestíbulos.
- f) Los orificios posteriores o coanas comunican las fosas nasales con la faringe.

Irrigación:

Arterias: Proviene de tres troncos principales:

- 1) *Oftálmica, que emite las etmoidales anteriores y posteriores que llegan a las fosas nasales después de atravesar el etmoides por los orificios orbitarios internos anterior y posterior. Las ramas internas se distribuyen por la parte alta del tabique nasal, y las externas por los cornetes superiores.*
- 2) *Esfenopalatina (rama de la maxilar interna, a su vez terminal de la carótida externa). Esta penetra en las fosas nasales a través del agujero esfenopalatino dividiéndose inmediatamente en dos ramas: a) una rama externa y b) una interna. La primera da origen a esteriolas que se distribuyen en la región posterior de los cornetes y meatos medio y superior. La segunda rama, interna o nasopalatina llega al tabique nasal a nivel del ángulo esfenovomeriano y de allí sigue hacia abajo y adelante en dos ramas paralelas que llegan hasta la parte inferior del tabique cartilaginoso.*

En la parte anteroinferior del tabique, a medio centímetro de la espina nasal, se observa una zona extremadamente rica en capilares, denominada zona vascular de Kiesselbach.

Venas: desaguan en la facial, en el plexo pterigoideo y en las oftálmicas.

Inervación

Inervación sensitiva: Está dada por ramas oftálmicas y maxilar superior del quinto par.

Sensibilidad especial: Nervio olfatorio.

Linfáticos

El plexo pretubario que se vuelca en los ganglios subdigástricos y en los retrofaríngeos.

"FISIOLOGIA"

Las fosas nasales desarrollan tres funciones:

- 1) *Olfatoria*
- 2) *Respiratoria*
- 3) *Otra menos jerárquica como auxiliar de la fonación.*

Respiración

En la brevísima travesía nasal, el aire inspirado se humedece, se calienta y se purifica.

Olfación

La columna de aire inspirado se bifurca sobre la cabeza del cornete inferior en dos corrientes secundarias:

- 1) *Inferior o respiratoria.*
- 2) *Superior u olfatoria*

Al olfatear disminuye la presión del aire atmosférico endonasal y desaparece la columna respiratoria, obligando a la corriente de aire dirigirse a la hendidura olfatoria.

Fonación

Las fosas nasales son consideradas dentro del aparato bucal como cavidades de resonancia donde nacen los armónicos agregados a los sonidos generados en las cuerdas, participan en la formación del timbre de la voz.

Se conocen como rinolalias el conjunto de perturbaciones de la fonación determinadas por modificaciones en la resonancia de las cavidades nasales.

"EPISTAXIS"

Definición: La palabra epistaxis significa escurrimiento gota a gota de un líquido sin especificarlo.

Este término fue aplicado por primera vez a las hemorragias nasales el año 1808 por Vogel y Pinel; a partir de entonces se siguió utilizando aunque es impropio pero cómodo.

Para concretar diré que la epistaxis es la hemorragia que se observa en las fosas nasales y su origen puede ser de la mucosa nasal, de las cavidades paranasales, del cavum o craneales, como ocurre en los traumatismos con fractura de la base del cráneo.

"ETIOLOGIA"

Siendo múltiples las causas que pueden originar una epistaxis, lo mejor es clasificarlas, y me parece la mejor forma la siguiente:

1. Causas locales

a) Patológicas

Mancha vascular de Kiesselbach
pólipo sangrante del tabique
úlceras de Hajek
fibroma nasofaríngeo
pólipos y tumores

b) Operatorias

Operación del tabique (Killiam)
turbinectomía parcial
extirpación de pólipos y tumores
operación de senos de la cara

2. Causas generales

Hipertensión arterial

Enfermedades infecciosas agudas

gripe
sarampión
tifoidea
escarlatina
coqueluche, etc.

Enfermedades infecciosas crónicas

sífilis
tuberculosis
arterioesclerosis

Enfermedades de la sangre

hemofilia
púrpura
leucemia
enfermedad de Rendu Osler

Enfermedades carenciales

escorbuto
deficiencia de vitamina C
anemias ferroprivas

Insuficiencia hepática

pequeña y grave

Tóxicas

endógenas
exógenas

uremia
fósforo
mercurio

2. Causas generales

Traumatismos

golpes
exposiciones al sol
descompresión brusca
grandes altitudes

Fisiológicas

menstruación vicariante

1) *Epistaxis por causas locales:* La mayor parte de las veces la hemorragia nasal se produce en la zona de la mancha vascular de Kiesselbach o zona de epistaxis.

También puede ser provocada por el llamado pólipo sangrante del tabique, pequeño tumor de aspecto polipoideo y de carácter inflamatorio. Tenemos la úlcera simple (descrita por Hajek) que es una pérdida de sustancia de la mucosa nasal probablemente de origen tóxico.

En la pubertad es causa frecuente de epistaxis rebeldes y de gran intensidad el fibroma nasofaríngeo, tumor benigno desde el punto de vista anatomopatológico, y maligno por las complicaciones a que puede dar lugar.

Además las hemorragias nasales pueden ser causadas por tumores malignos (epiteliomas y sarcomas) ulcerados, así como los gomas sífilíticos, las lesiones de la lepra, tuberculosis y leishmaniosis.

Finalmente entran en este grupo las epistaxis por causa operatoria: resección submucosa del tabique, resección parcial de cornetes (turbinectomía), extirpación de pólipos nasales y aún intervenciones en los senos de la cara.

2) *Epistaxis por causas generales:* En la hipertensión arterial se observan más frecuentemente las hemorragias nasales debidas a una causa general.

Durante las epidemias de gripe es común observar gran cantidad de epistaxis dado el carácter hemorrágico de sus complicaciones.

También pueden presentarse en la evolución de un sarampión, escarlatina y fiebre tifoidea.

Las denominadas enfermedades de la sangre, al ocasionar trastornos de la coagulación y alteraciones en las paredes arteriales, son causa de epistaxis: hemofilia, púrpuras y leucemias agudas y crónicas.

Las enfermedades carenciales en especial el escorbuto, pueden presentar epistaxis durante su evolución.

La insuficiencia hepática tanto en su forma leve como grave, al producir alteraciones en la coagulación sanguínea (déficit de protrombina), es causa de hemorragias nasales.

Los traumatismos en una región tan expuesta como la nariz, son causa de epistaxis.

La exposición prolongada a la luz solar, la descompresión brusca atmosférica como la enfermedad de los buzos o vuelos a gran altura, producen los mismos cuadros.

"NORMAS CLINICAS"

Distinguiremos dos formas clínicas: 1o. Epistaxis enfermedad y 2o. Epistaxis sintomática.

1o. Epistaxis enfermedad es la hemorragia nasal corriente, poco abundante, y que se cohibe con facilidad; se debe la mayor parte de las veces a lesiones varicosas situadas en la zona de la mancha vascular de Kiesselbach.

Es la epistaxis de los niños y de los adolescentes que se presenta repentinamente sin ningún antecedente o siguiendo a un pequeño traumatismo o a alguna exposición prolongada a la luz solar; cede fácilmente ante los métodos habituales.

2o. Epistaxis sintomática: el cuadro clínico es diferente del que presenta la forma anterior. Aparece generalmente en personas mayores de 40 años como consecuencia de algún esfuerzo, exceso alimenticio, golpes de tos, etc., la hemorragia es siempre muy abundante, y resiste a los medios frecuentes de contención. Puede presentarse en sujetos habitualmente hipertensos y acusar síntomas prodromicos tales como: Cefalea occipital, acufenos y vértigos, palpitaciones, etc. o en un sujeto de apariencia sana, puede ser el primer síntoma que llame la atención hacia una hipertensión que se inicia. Su lugar de elección son las ramas de la arteria esfenopalatina, a veces en sus ramas posteriores lo que dificulta su diagnóstico y tratamiento. Siendo estas epistaxis secundarias a otro trastorno, no

debemos olvidar los síntomas de la enfermedad que la acompañan: Hipertensión arterial, Insuficiencia hepática, Discrasia sanguínea, etc., los que se presentarán en mayor o menor grado de acuerdo con la evolución de la enfermedad.

"PRONOSTICO Y EVOLUCION"

De lo anteriormente expuesto se deduce: La epistaxis enfermedad tiene un pronóstico benigno y no se producen mayores complicaciones, salvo en caso de repetirse frecuentemente, lo que puede llevar al paciente a presentar signos de anemia; su evolución es muy rápida y en poco tiempo el problema está resuelto con una terapéutica adecuada.

No sucede así con la epistaxis llamada por causa secundarias; dependen ante todo de la enfermedad causal.

TRATAMIENTO

Puede ser de dos clases: local y general.

a) Tratamiento Local. Frente a una epistaxis es importante, ante todo, observar el lugar donde se origina. Para esto se ordenará al paciente sonar bien su nariz o efectuar una aspiración mecánica para eliminar todo aquello que impida una buena visión. Una vez obtenido esto, se efectúan toques con un porta-algodón mojado en una solución de adrenalina al 1/1000, que obrará produciendo la vasoconstricción de la mucosa nasal y permitirá así la mejor visualización del vaso o zona causante de la hemorragia. Luego se hará un toque con un algodón embebido en una solución de cocaína al 10o/o o sucedaneos sintéticos con los que obtendremos la anestesia de la región.

Con esta sencilla maniobra o mediante la aplicación de un trozo de algodón mojado en una solución de adrenalina al milésimo se detendrá la hemorragia en la mayor parte de los casos. Para evitar que se repita procederemos a la cauterización del vaso o de la zona sangrante con una perla de ácido crómico, de nitrato de plata, o galvano cauterio. La comprensión digital, es una de las técnicas más simples, puesto que puede

ser realizada por el mismo paciente, y consiste en hacer la compresión con el dedo índice en el ala de la nariz contra el tabique, prolongando esta compresión por el espacio de 10 minutos, tiempo que permite la formación del coágulo. Evidentemente esta técnica da resultado en las hemorragias poco abundantes y que tengan como punto de origen la zona vascular del tabique en su parte anterior.

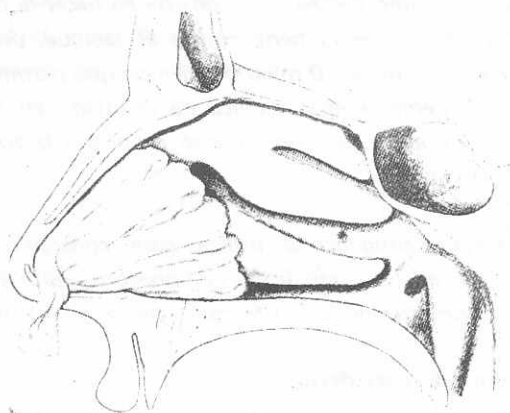
Desde tiempos antiguos se utiliza para conseguir la hemostasis métodos de acción refleja, como ligera compresión y estiramiento bilateral del cuello, envolturas frías en la frente, nuca, pecho y escroto, etc.

Cauterización con galvanocauterio:

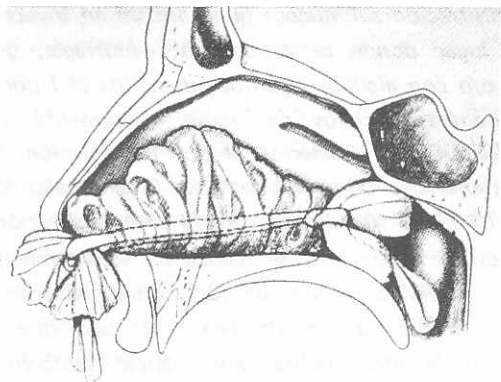
Este procedimiento consiste en reemplazar la zona sangrante por una cicatriz fibrosa retráctil.

Taponamiento anterior:

En las hemorragias rebeldes a la cauterización, se ha utilizado la técnica de la infiltración submucosa que consiste en inyectar debajo de la mucosa en el lugar donde se supone la hemorragia, una solución de novocaína al 1 o/o con algunas gotas de adrenalina al 1 por 1,000. Cuando estos procedimientos descritos no obran eficazmente, recurriremos al taponamiento anterior o posterior, según la situación lo requiere. El primero se hace anestesiando previamente las fosas nasales con una solución de cocaína al 10 o/o o sucedáneos, previa vasoconstricción de la mucosa con una solución de adrenalina; se realiza un taponamiento horizontal o vertical con gasa vaselinada o tiras de gasa impregnadas de pomada, o con algodón. En ocasiones, a fin de llegar al vaso que sangra situado profundamente hacia atrás habrá que realizar también una resección submucosa del tabique cuando una desviación o una cresta ocultan la fuente de la hemorragia.



Taponamiento anterior, horizontal, por capas.



Taponamiento de Bellocq in situ, anterior y posterior, a capas verticales.

Taponamiento posterior:

Si no es suficiente el taponamiento anterior, habrá que realizar un taponamiento posterior combinado con el anterior utilizando para ello el instrumento de Bellocq o bien una sonda de Nellaton.

La técnica es la siguiente: Primero, tranquilizar al paciente, explicándole lo que ha de hacerse; efectuamos anestesia de la pared faríngea con un anestésico de superficie, solución de cocaína, etc. Previamente se prepara una torunda de algodón y gasa amarrada con dos hilos de algodón resistentes. Se introduce por la fosa nasal sangrante una sonda Nellaton fina, hasta observar el deslizamiento de la misma por la pared faríngea; con la ayuda de un bajalengua y de una pinza se toma el extremo de la sonda y se la saca por la boca de manera que un extremo está en ella y el otro en la nariz. Se anuda uno de los hilos a la porción de la sonda que se encuentra en la boca y se tira de ella hasta tener el hilo saliendo por la nariz. Con maniobra combinada de tirar el hilo y con los dedos índices y medio en la boca del paciente, se trata de llevar la torunda hasta la parte posterior de las fosas nasales (cavum) comprimiendo así dicha zona. Luego hacer el taponamiento anterior y fijación de los dos hilos de la torunda, el nasal y el bucal. Este taponamiento se deja por un tiempo variable según la evolución del caso, debiéndosele suministrar al paciente antibióticos durante la permanencia de aquél en el organismo para prevenir complicaciones infecciosas como podrían ser sinusitis, otitis media, etc.

Hemostáticos:

Es útil conocer las indicaciones de los diversos hemostáticos, ya que éstos actúan en forma muy evidente en la hemostasia local.

Hemostáticos que actúan sobre la coagulación sanguínea:

Tenemos la trombina que se utiliza localmente por vía intramuscular y endovenosa.

Los adrenocromos son producto de la oxidación de la adrenalina que reducen el tiempo de sangría y aumenta la resistencia de los capilares. Su acción se manifiesta después de 10 a 15 minutos de latencia y se prolonga

por 24 a 30 horas.

En los hemofílicos se utilizan además y con buen éxito, transfusiones de suero con factor ocho y nueve según el tipo de hemofilia.

Hemostáticos que actúan en la síntesis de la protrombina:

La vitamina K: Cuando por algún problema hepático o intestinal existe una deficiencia de esta vitamina, encontraremos trastornos de la coagulación sanguínea.

Calcio prácticamente se le utiliza muy poco puesto que las epistaxis por carencia de éste son muy raras.

Otras técnicas: En caso de hemorragias nasales de localización posterior o sea por lesión de la arteria esfenopalatina, se introduce una sonda de Folley de manera que su porción terminal aflore en la orofaringe inflando luego el balón con una cantidad variable de agua hasta que la hemorragia para por la misma presión del balón.

En aquellos casos en que la hemorragia nasal no cede con las medidas anteriores descritas, se hace necesaria una actitud quirúrgica agresiva y se ha llegado a ligar la arteria carótida externa, o bien carótida interna; procedimiento este último que trae severas complicaciones, pues en este caso se deja sin circulación gran parte de un hemisferio cerebral.

En casos en que la ligadura de la arteria carótida externa no da resultado, debemos tomar en cuenta que este tronco arterial no brinda toda la circulación de las fosas nasales, por lo que se recurre a otros procedimientos como la ligadura de las arterias atmoidales anteriores (ramas de la oftálmica), principalmente en aquellos casos en que un traumatismo en la base del cráneo rompe los canales óseos en que éstas se encuentran alojadas.

En otros casos cuando se desconoce la localización del punto sangrante que queda oculto por un repliegue del tabique se ha recurrido a técnicas como una rinotomía lateral.

Algunos autores en el caso de hemorragia procedente del sector posterior de las fosas nasales introducen un tubo que va provisto de un

balón insuflable que se adapta al relieve de las cavidades nasales y que al inflarse actúa como compresor deteniendo así la hemorragia.

MATERIAL Y METODOS

A) Investigación de casos clínicos

La presente investigación se realizó en la siguiente forma:

- 1) Se investigó en los libros estadísticos de los servicios de Otorrinolaringología de mujeres y hombres del Hospital General "San Juan de Dios", el número de casos tratados con el diagnóstico de Epistaxis desde el año de 1965 hasta la fecha, encontrándose 61 casos.
- 2) Con referencia del nombre y número de registro clínico, se obtuvieron las papeletas correspondientes en el Departamento de Archivo del mencionado hospital, en donde únicamente se encontraron 50 papeletas, sobre las cuales se realizó la investigación. Las otras 11 no se encontraron porque tenía número equivocado de registro y nombre incompleto.
- 3) Algunos de estos casos fueron resultado de mi experiencia personal en los diferentes servicios en que tuve oportunidad de trabajar.

B) Revisión bibliográfica:

Para esta sección del trabajo, se utilizaron libros de texto, revistas y bibliografía de congresos, proporcionados por mi asesor, revisor y colaboradores.

INVESTIGACION Y RESULTADOS

CUADRO No. 1

RELACION ENTRE EPISTAXIS Y SEXO

Sexo	No. de Casos	o/o
Hombres	27	54
Mujeres	23	46

Analizando el cuadro anterior, encontramos que la frecuencia de este padecimiento, no es predominante en ninguno de los dos sexos. Desde luego que el número de casos investigado es muy poco y no pretendo con esto, darle una significación estadística, pero únicamente estos fueron los casos que ameritaron ser internados por la gravedad del cuadro clínico.

CUADRO No. 2

RELACION DE EPISTAXIS CON LA EDAD

Edad	Hombres	Mujeres	Total
10 a 20 años	6	5	11
21 a 30 años	8	5	13
31 a 40 años	6	4	10
41 a 50 años	5	2	7
51 a 60 años	0	3	3
61 a 70 años	1	2	3
71 a 80 años	1	2	3

Revisado el cuadro anterior observamos, que la epistaxis se presenta a cualquier edad, dependiendo de la etiología del padecimiento, lo cual, se analizará posteriormente.

CUADRO No. 3

EPISTAXIS Y SU ETIOLOGÍA

Etiología	Hombres	Mujeres	Total
Traumática	8	3	11
Hipertensión Arterial	3	7	10
Epistaxis enfermedad	4	4	8
Varicosidades área de Kiesselbach	4	4	8
Turbinectomía Parcial	2	2	4
Enfermedad infecciosa aguda	3	1	4
Trastornos de la coagulación	2	0	2
Neoplasias	0	2	2
Discracia sanguínea	1	0	1

Al analizar el cuadro anterior, podemos ver que la causa más frecuente de Epistaxis fue la Traumática, en la que predominan los hombres. Posteriormente haré un análisis de relación entre Etiología y edad en que se presenta la Epistaxis.

En segundo lugar encontramos la Hipertensión Arterial como causa importante del padecimiento.

Existe luego, un grupo de Epistaxis en los que no pudo determinarse la causa por lo que se clasifican como Epistaxis enfermedad.

Como causa bastante frecuente encontré las Varicosidades del área de Kiesselbach, que en realidad es la etiología más frecuente de Epistaxis según las bibliografías consultadas, pero generalmente estos casos son de fácil manejo y su tratamiento se realiza por consulta externa o emergencia, y sólo ameritan hospitalización los cuadros severos.

Siguiendo en frecuencia encontré las Enfermedades infecciosas agudas de las que se presentaron cuatro casos.

Luego la Turbinectomía Parcial, de la que se presentaron también cuatro casos de Epistaxis severa. Es de hacer notar que ésta es la complicación más frecuente de dicha intervención.

En cuanto a Neoplasias nasales como causa de Epistaxis encontré dos casos, uno de los cuales fue un papiloma nasal, y el otro una poliposis nasal múltiple.

Por último, encontré las Discracias sanguíneas con sólo un caso que fue una anemia aplásica en un niño de 12 años, el cual, falleció posteriormente por hemorragias múltiples y anemia severa.

CUADRO No. 4

RELACION DE EPISTAXIS CON ETIOLOGIA,
EDAD Y SEXO MASCULINO

Etiología	10 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	51 a 60	61 a 70	71 a 80
Varicosidad área de Kiesselbach	1	1	1	1			
Traumáticas	1	3	3	1			
Hipertensión arterial		2					1
Epistaxis enfermedad			2	2			
Turbinectomía Parcial	1	1					
Enfermedad infecciosa aguda	3						
Trastornos de la coagulación			2				
Neoplasias							
Discracia sanguínea	1						

CUADRO No. 5

RELACION DE EPISTAXIS CON ETIOLOGIA,
EDAD Y SEXO FEMENINO

Etiología	10 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	51 a 60	61 a 70	71 a 80
Varicosidades área de Kiesselbach	2		1			1	
Traumáticas	2						1
Hipertensión arterial				2	2	2	1
Epistaxis enfermedad		1	1		2		
Turbinectomía parcial	1	1					
Enfermedad infecciosa aguda	1						
Trastornos de la Coagulación							
Neoplasias	1			1			
Discracia sanguínea							

La causa más frecuente de Epistaxis en este estudio como ya se indicó, fueron los traumatismos en hombres, y analizando el cuadro correspondiente observamos que la edad más frecuente en que se produce ésta, es a partir de la 2a. hasta la 4a. década.

En segundo lugar se describió la Hipertensión arterial, que en mujeres fue observada después de la cuarta década de la vida; no así en hombres en donde se encontraron dos casos de pacientes jóvenes: uno de 24, y otro de 29 años en los cuales no se pudo establecer la causa de la Hipertensión.

En el grupo clasificado como Epistaxis enfermedad, la mayoría de casos se encontró entre los 31 a 50 años, lo que está de acuerdo con la descripción de esta entidad clínica mencionada anteriormente.

Las Varicosidades del área de Kiesselbach se encontraron sin relación con la edad.

La Epistaxis por enfermedades infecciosas agudas fue más frecuente en el grupo de edad de 10 a 20 años.

Turbinectomía Parcial como causa de Epistaxis se observó únicamente en pacientes jóvenes ya que es en éste grupo en quienes se practica con mayor frecuencia dicha intervención.

Neoplasias no pueden relacionarse con la edad.

Discracia Sanguínea a pesar de que se encontró solamente un caso en un niño de doce años, quien tenía una anemia aplástica, podemos hacer cierta relación con la edad pues es en este grupo de pacientes en quienes más se encuentran las Discracias sanguíneas.

CUADRO No. 6

TRATAMIENTO DE EPISTAXIS

Tratamiento	Hombres	Mujeres
Taponamiento anterior	27	23
Vasoconstrictores locales	23	20
Hemostáticos	12	10
Transfusiones	6	9
Cauterización con AgNO ³	7	4
Vitamina K	6	6
Taponamiento posterior	5	6
Vitamina C	5	5
Calcio	5	2
Cuaterización con electrocauterio	2	4
Mecanismos reflejos	1	0
Hipotensores	3	7
Antibióticos	8	8
Quirúrgicos	0	0

Analizando el cuadro anterior, podemos observar que el tratamiento con taponamiento anterior se utilizó en todos los pacientes, por eso considero adecuada la descripción de cómo hacerlo y los dibujos presentados anteriormente cuando se mencionó lo referente al tratamiento.

Vemos también que los vasoconstrictores locales son usados con mucha frecuencia en el tratamiento de una Epistaxis, pero generalmente se emplean asociados a los otros métodos y nunca solos.

Las cauterizaciones con electrocauterio o con nitrato de plata se emplean también muy a menudo, pero sólo en aquellos casos en que se visualiza el vaso sangrante como sucede en las Epistaxis del área de Kiesselbach.

El taponamiento posterior se empleó en once casos; es de hacer notar que la mayoría de éstos pacientes eran hipertensos y hago el recordatorio que en éstos enfermos la arteria que generalmente produce la hemorragia es la esfenopalatina y un taponamiento anterior por sí solo no es suficiente para contener la hemorragia, por lo que se hace necesario el posterior, para comprimir en esta forma la arteria que corre por la base del esfenoides.

En los pacientes en quienes se practicó el taponamiento posterior también se asociaron antibióticos para prevenir complicaciones infecciosas.

En el grupo de pacientes hipertensos se administraron además hipotensores combinando así el tratamiento general con el tratamiento local.

La vitamina K también se usó en doce pacientes a pesar de que sólo dos de ellos presentaban un tiempo de protombina alterada; ambos, uno de 38 y uno de 36 años, presentaron un tiempo de protrombina con valores de 14 segundos o sea 60 o/o. En éstos casos no consta en las papeletas ningún otro estudio para confirmar una insuficiencia hepática.

Las transfusiones son un elemento de vital importancia en el tratamiento de estos cuadros, sobre todo en aquéllos en que la pérdida aguda de sangre conduce al paciente a una anemia severa.

La vitamina C y el calcio también fueron usados en algunos pacientes aunque la terapéutica no estuviera dirigida al cuadro etiológico.

Los mecanismos reflejos fueron encontrados sólo en un caso, el cual era un paciente de sexo masculino de 40 años de edad en quien se aplicó hielo en nuca y cabeza.

Este tipo de procedimiento es poco efectivo en las hemorragias nasales de esta intensidad.

Casos quirúrgicos no se encontró ninguno.

Para finalizar este estudio quiero mencionar el hecho de que varias de las papeletas revisadas, se encontraron muy mal llevadas y por consiguiente los pacientes mal estudiados.

CONCLUSIONES

1. Creo indispensable que todo médico general debe conocer el manejo de una Epistaxis.
2. La mayoría de las Epistaxis se localizan en la zona vascular de Kiesselbach, pero son de fácil manejo.
3. El mejor método para tratar una Epistaxis cuando el vaso sangrante es visible es la cauterización con galvanocauterio, nitrato de plata o ácido crómico, excepto en las Discracias sanguíneas.
4. En las Discracias sanguíneas el mejor medio para tratar la Epistaxis son los medicamentos hemostáticos, taponamiento nasales, transfusiones de sangre y suero. Se debe en estos casos evitar toda acción local en nariz con cauterizaciones, ya que, se forma una zona cruenta y puede aumentar la hemorragia.
5. En los casos revisados se encontró con mayor frecuencia Epistaxis producida por traumatismos, hipertensión arterial, varicosidades de la zona de Kiesselbach y quirúrgicos.

6. Los taponamientos nasales se pueden hacer con gasa vaselinada, furacinada, simple, con algodón, con aditamentos de hule diseñados para ésto, los cuales se llenan de aire, o bien con un dedo de guante lleno de gasa o algodón.
7. Los taponamientos nasales se mantienen de 1 a 8 días en su sitio, de acuerdo a la evolución del caso.
8. En todos los casos de Epistaxis de causa general debe tratarse el padecimiento primario.
9. La edad no tiene relación con la Epistaxis ya que se puede presentar en cualquier momento.
10. Los tratamientos quirúrgicos (ligadura de vasos), afortunadamente se practican en el menos número de casos.

RECOMENDACIONES

- 1) Ante una Epistaxis, investigar la etiología de la misma en la medida de las posibilidades, auxiliándose para ello del laboratorio a nuestro alcance.
- 2) He tenido la oportunidad de trabajar con estudiantes de otros grados y me doy cuenta del desconocimiento que existe en el manejo de pacientes de las llamadas especialidades, por lo que recomiendo brindar una orientación adecuada a los estudiantes de medicina, no sólo para el control de una Epistaxis, sino también, en muchas otras emergencias hospitalarias.
- 3) La instrucción no debe ser teórica sino más bien objetiva pues de otra manera los logros serán escasos.
- 4) Prestar mayor atención al manejo de papeletas, pues como lo mencioné anteriormente, muchas de ellas estaban mal llevadas.
- 5) En algunos de los pacientes estudiados, se descubrió algún trastorno de coagulación, hipertensión, etc., pero únicamente se controló la Epistaxis y la causa general que produjo la hemorragia no se investigó; creo conveniente llevar a cabo un manejo más adecuado de estos

pacientes, ya que el beneficio será siempre para ellos.

BIBLIOGRAFIA

1. Alcaíno, Alfredo. *Epistaxis*, EN SU: *Tratado de Otorrinolaringología y Otoneurología*. 2a. ed. Barcelona, Salvat Eds., 1966. pp. 271-274.
- 2) Alvarino M., Sergio y René Azate. *Epistaxis grave. 7 casos de la ligadura de la arteria etmoidal*. *Acta Otorrinolaringológica de Colombia*, 2 (1): 17-22, junio. 1963.
3. Aurrecoechea, Francisco. *Tratamiento inmediato de los traumatismos nasales*. EN: *Congreso Panamericano de Otorrinolaringología y Broncoesofagología*, 8o. Venezuela, 13-18 agosto de 1953. Venezuela, El Cronista, 1963. pp. 193-204.
4. Beinfeld, Henry H. *General principles in treatment of nasal hemorrhage*. *Arch. of Otolaryng*, (Chicago, 57 (1): 51-59, january. 1953.
5. Berendes, J., et al. *Epistaxis*. EN SU: *Tratado de Otorrinolaringología*. Traducida del alemán por Juan Díaz Vásquez. Barcelona, Científico-médica, 1969. pp. 105-117. (v. 1).
6. Bertelli, J.A., et al. *Epistaxis*. EN SU: *Clínica Otorrinolaringológica*. Buenos Aires, El Ateneo, 1957. pp. 255-257.
7. *Epistaxis: Un desafío diario al talento médico*. *Tribuna Médica*, 7 (11): C1-C3, Junio. 1971.
8. Grünwald, Enrique. *Contribución a la etiología de la epistaxis. La enfermedad hemorrágica infecciosa aguda*. *Oto-laringo-lógica*, 9 (3): 264-266, diciembre. 1969.
9. Horowitz, S. *Epistaxis*. *The Journal of Laryngology and Otology*, 65 (4): 275-285, april 1961.
10. Imperatori, Ch. J., et al. *El tabique nasal*. EN SU: *Enfermedades de la nariz y garganta*. Traducción al español por S. Casado Velásquez, 2a. ed. Buenos Aires, Labor S.A., Eds., 1942. pp. 3-9.
11. Jackson, Chevalier. *Enfermedades del tabique nasal*. EN SU: *Otorrinolaringología y broncoesofagología*. Traducido por Oscar Carrera. México, Hispano-Americana Eds., 1949. pp. 61-62.

- 12 Jacobson, Philip. Spontaneous hemorrhage. *Arch. of Otolaryng.*, Chicago, 59 (5): 523-530, may. 1954.
- 13 Jaramillo Sáenz, Ignacio. Nueva técnica para el control de las hemorragias de las arterias etmoidales posteriores y de las ramas de la arteria esfenopalatina. *Anales de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología*, 9 (1): 11-21, enero-febrero. 1966.
4. Maldonado B., Julio y Augusto Velázquez. Melanoma maligno de fosas nasales. *Acta Otorrinolaringológica de Colombia*, 7 (1): 19-28, Julio-sept. 1968.
- 15 Morris, I.J.L. Epistaxis and sinus infection. *The Journal of Laryngology and Otology*, 65 (9): 658-663, sept. 1951.
16. Peluse, Samuel y Harry Fishler. Epistaxis controlled by combined ligation of the external carotid and etmoidal arteries. *Arch. of Otolaryng.*, Chicago, 60 (1): 74-79, July. 1954.
17. Piras, Alberto A. Frente a una epistaxis. *Oto-laringológica*, 9 (4): 383-388, abril 1970.
18. Proetz, A.W. Temas de fisiología nasal. *Oto-laringológica*, 1 (1): 5-16, 1948.
19. Restrepo, Fabio. Cáncer de rinofaringe. *Acta Otorrinolaringológica de Colombia*, 3 (1): 43-55, abril 1964.
- 20 Scott-Brown, W.G. ed. *External nose and nasal vestibule*. EN *SU: Diseases of the ear, nose and throat*. London, Butterworth, 1952. pp. 56-63 (v.1).
21. Sherrey, J.H. Three cases of epistaxis. *The Journal of Laryngology and Otology*, 60 (2): 108-114, february 1951.
22. Simpson, J.F., et al. Epistaxis. EN *SU: A synopsis of otorhinolaryngology*. London, John Wright & Sons, 1957. pp. 176-178.
23. Tapia Acuña, Ricardo. Tratamiento de los tumores de la nasofaringe. *Revista Panamericana de Otorrinolaringología y Broncoesofagología*, 2 (5): 347-353, sept.- oct. 1968.

24. Tavella, Heraldo A. Epistaxis por enfermedad de Rendú Osler. EN: *Congreso Argentino de Otorrinolaringología y especialidades anexa*, 10o. Buenos Aires, 20-30 junio 1968. Buenos Aires, Hospital Escuela José de San Martín, Facultad de Medicina, 1968. pp. 148-149.
25. Wilson, T.G. *Diseases of the septum*. EN *SU: Diseases of the ear, nose and throat in children*. N.Y., Grune & Straton, 1955. pp. 110-112.
26. Wolf, George D. *Emergencias*. EN *SU: Ear, nose and throat*. Philadelphia, Pa., J.B. Lippincott, 1947. pp. 3-9.

Vo.Bo.

Ruth R. de Amaya
Bibliotecaria

Carlos Rafael Fortuny López

Dr. Héctor Augusto Hernández G.
Asesor

Dr. Luis Ernesto Anderson
Revisor

Dr. José Quiñonez Amado
Director de la Fase III

Dr. Carlos A. Bernhard
Secretario

vo. Bo.

Dr. César Augusto Vargas
Decano