

Control de la epistaxis

INTRODUCCION

La epistaxis puede llegar a presentar problemas graves, especialmente en ancianos e hipertensos. Su frecuencia hace que el médico tienda a quitarle importancia, pero es necesario asegurarse de la etiología del cuadro hemorrágico y tratarlo adecuadamente.

INDICACIONES

Epistaxis.

EQUIPO NECESARIO

Inspección.

Batea.
Fotóforo (o espejo reflector frontal con fuente luminosa).
Pinzas de bayoneta.
Espéculo nasal.
Aspirador nasal (con catéter Frazer # 5).
Torundas de algodón.

Anestesia tópica.

Torundas de algodón.
Tetracaína al 1 % o Lidocaína al 10 %.

Control de la epistaxis anterior

Cauterización.
Bastones de nitrato de plata o bisturí eléctrico.
Taponamiento nasal con cinta de gasa de 1/2 ó 1 pulgada.

Gasa Surgicel.
Pomada poliantibiótica.

Control de la epistaxis posterior.

Guantes.
Sondas, 2 flexibles # 12-14 Fr.
Cinta umbilical.
Gasa vaselinada de 7,5 x 90 cm.
Pomada poliantibiótica.
Rollo dental.
Dos pinzas de Rochester-Pean de 15 cm.
Sonda inflable.

Posición.

Paciente sentado con la cabeza reclinada hacia atrás, de frente al examinador.

REVISION ANATOMICA

El plexo de Kiesselbach, situado en la parte anterior del tabique, es el origen del 90 % de las epistaxis (fig. 1, A y B).

Obtención de una breve historia.

Un traumatismo previo indica, generalmente, una epistaxis anterior.
El que la sangre aparezca primero en la faringe es indicio de epistaxis posterior.
Los trastornos de la coagulación, la hipertensión y los tumores nasales precisan un tratamiento adicional.

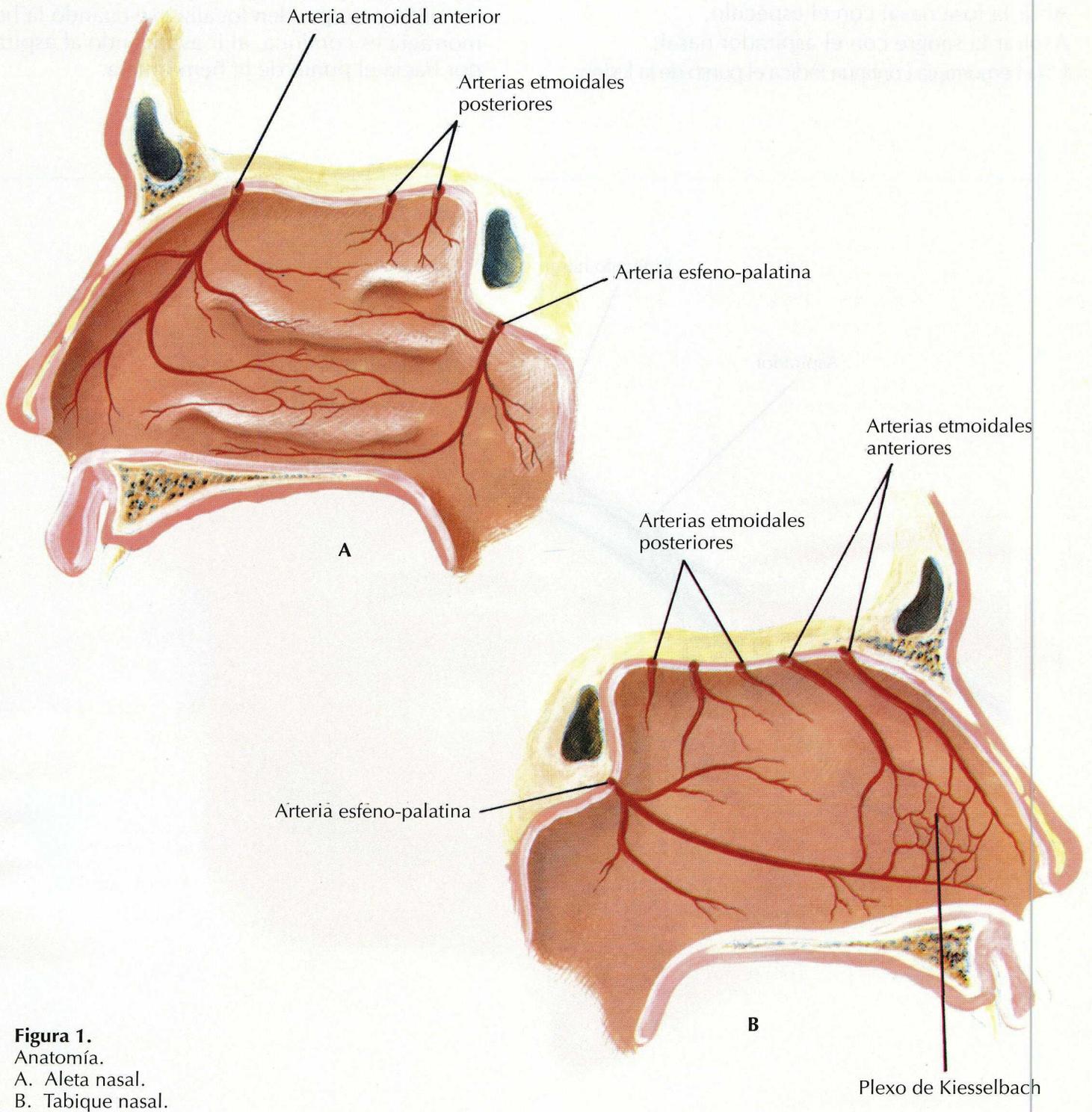


Figura 1.
 Anatomía.
 A. Aleta nasal.
 B. Tabique nasal.

TECNICAS PARA LOCALIZAR EL SITIO DE LA HEMORRAGIA

1. Ajustar el foco luminoso.

2. Inspección de la nariz (fig. 2).

Abrir la fosa nasal con el espéculo.

Aspirar la sangre con el aspirador nasal.

Una hemorragia continua indica el punto de la lesión.

3. Localización del punto de la hemorragia.

Las epistaxis anteriores o las existentes bajo los cornetes, generalmente pueden verse directamente, sin necesidad de aspiración.

Las epistaxis posteriores no pueden verse directamente, pero pueden localizarse cuando la hemorragia es continua, al ir avanzando al aspirador hacia el punto de la hemorragia.

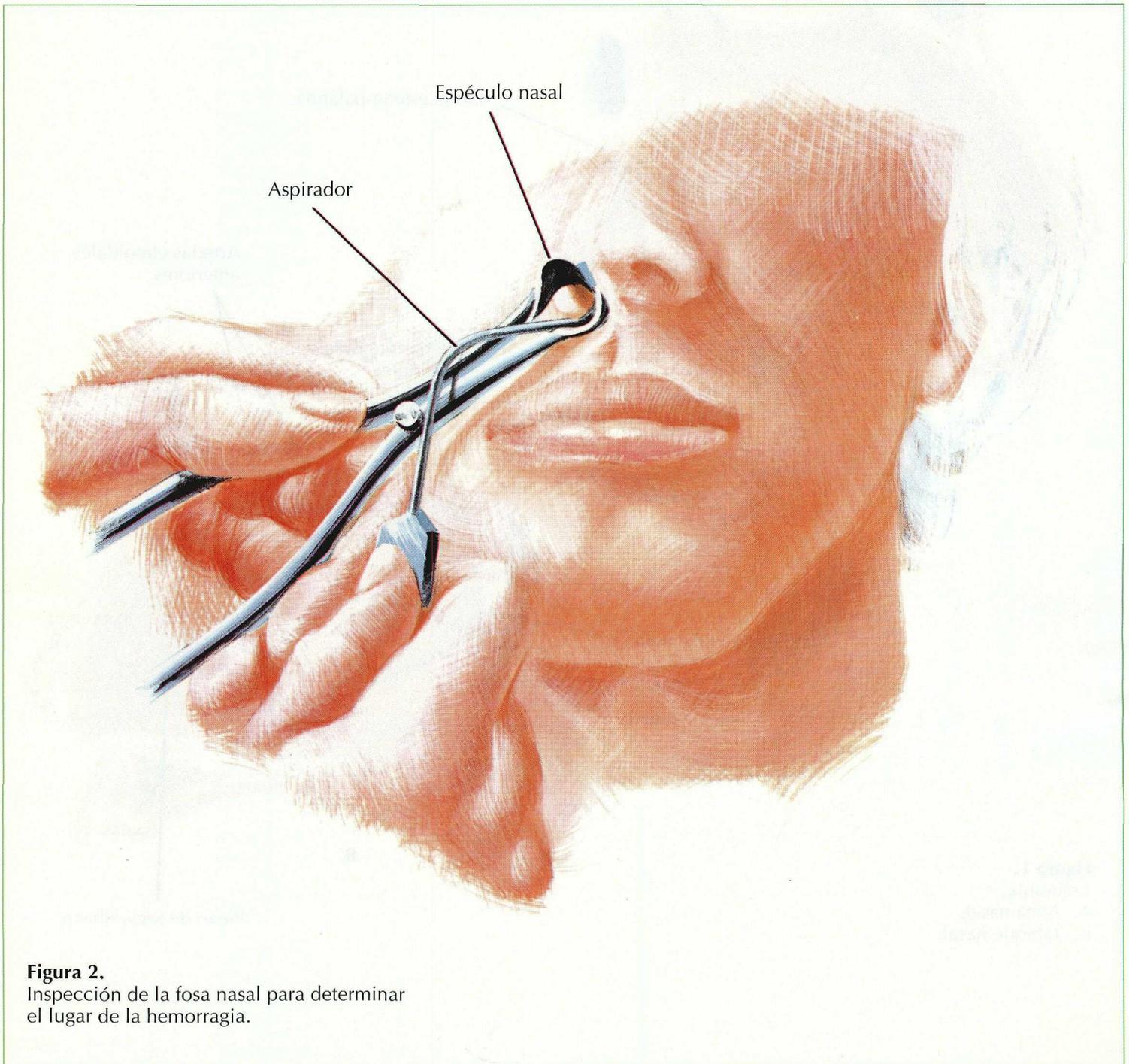


Figura 2.
Inspección de la fosa nasal para determinar el lugar de la hemorragia.

TECNICA PARA CONTROL DE HEMORRAGIA ANTERIOR

1. Presionar localmente (fig. 3).

Insertar en la fosa nasal una torunda de algodón impregnado con lidocaína al 10 % o Tetracaína al 1 % con o sin adrenalina.

Aplicar presión comprimiendo la aleta nasal durante diez minutos (por regla general, la vasoconstricción producida por la presión y por el anestésico detiene la epistaxis).

Si la hemorragia proviene de los cornetes, taponar con Surgicel antes de comenzar a presionar.

2. Cauterizar el punto sangrante.

Cauterizar aunque la hemorragia se haya cortado. Utilizar barra de nitrato de plata o bisturí eléctrico. Si persiste la hemorragia o el área sangrante es extensa, colocar taponamiento anterior.

3. Colocación de taponamiento anterior.

Lubricar la gasa con pomada poliantibiótica e introducirla con el extremo doblado para impedir que entre en la faringe (fig. 4).

Ir doblando la gasa dentro de la nariz, de arriba a abajo.

No retirar el taponamiento hasta transcurridos 2-3 días (fig. 5).

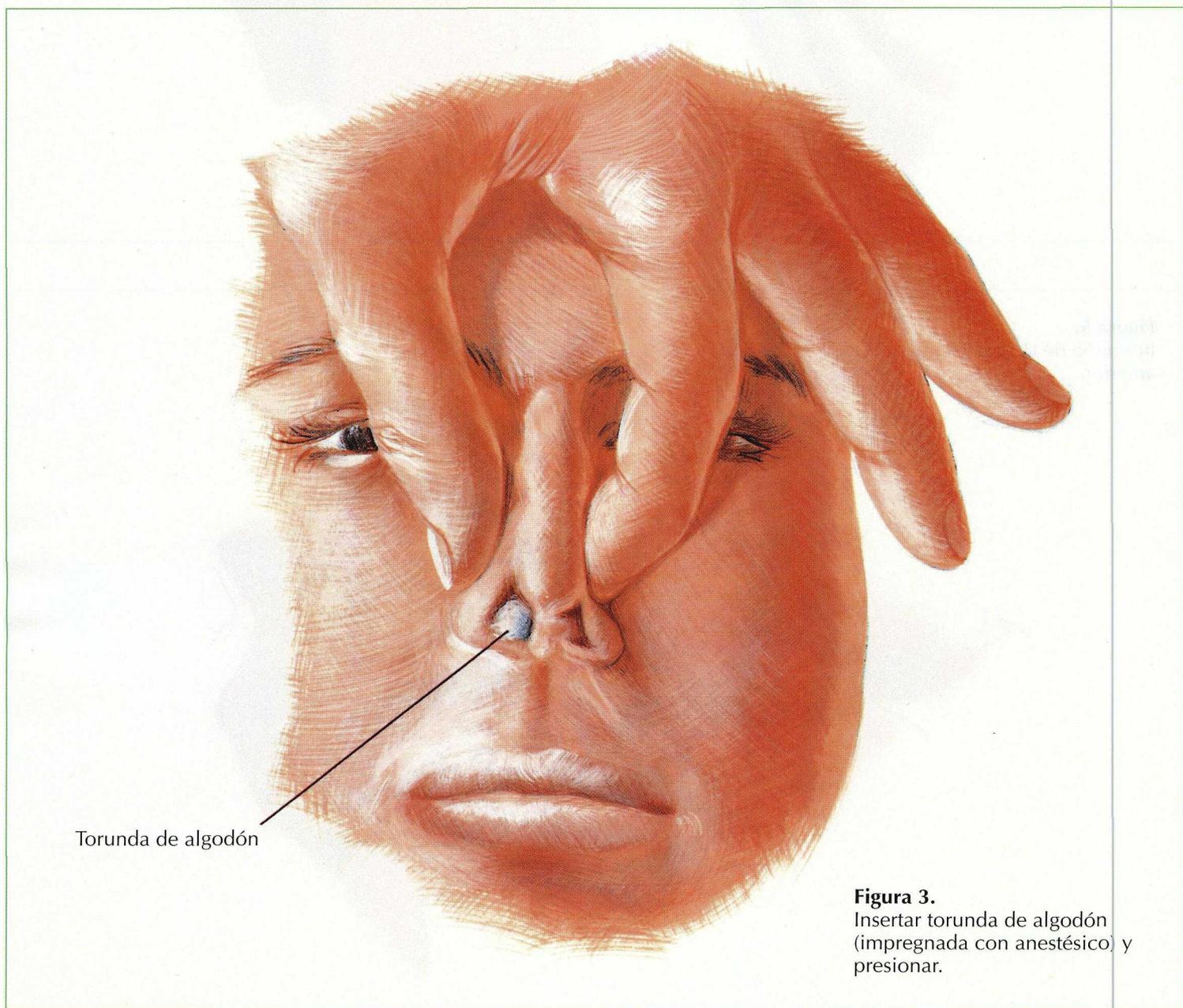


Figura 3.
Insertar torunda de algodón (impregnada con anestésico) y presionar.

Figura 4.
Ir doblando la gasa en capas.

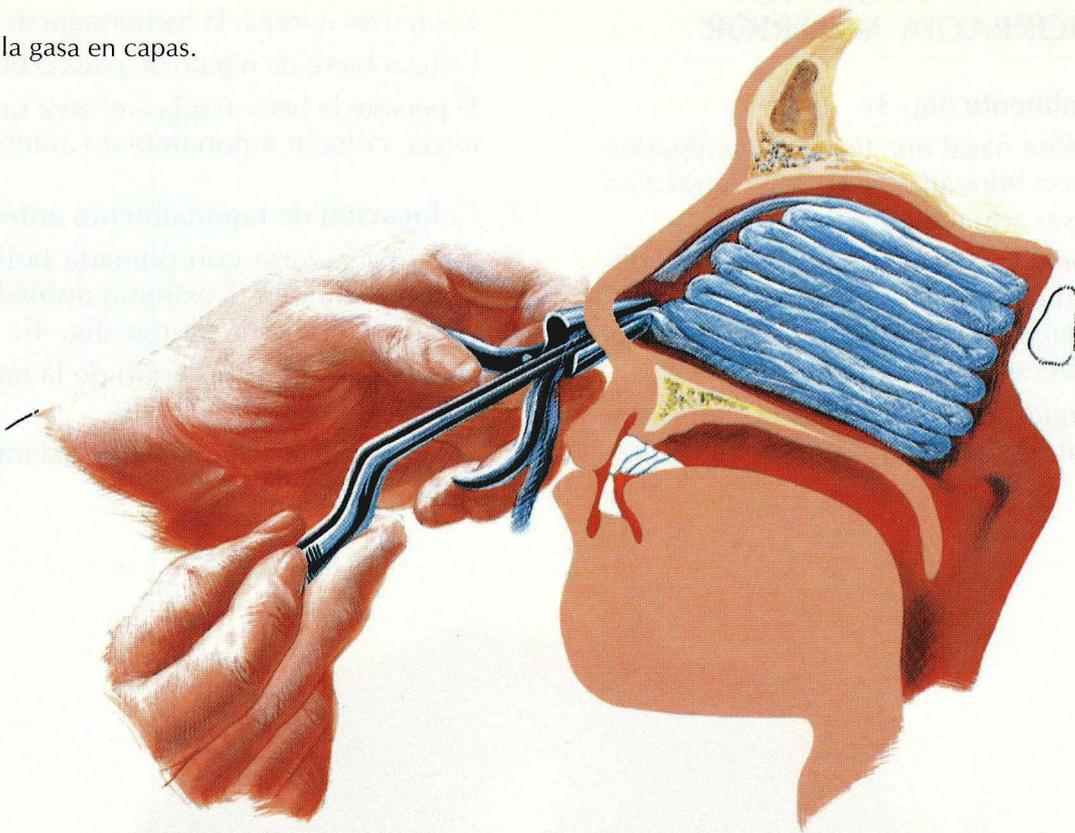
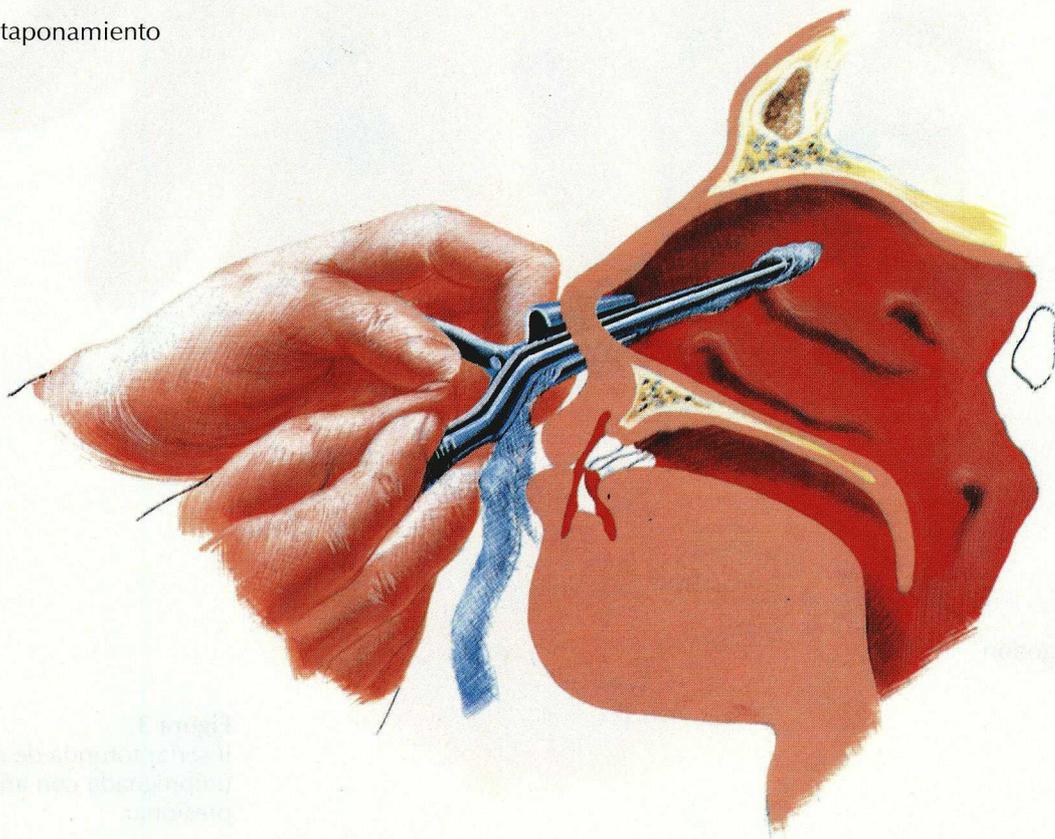


Figura 5.
Inserción de taponamiento anterior.



TECNICA PARA CONTROL DE HEMORRAGIA POSTERIOR

(Los pacientes con taponamiento posterior necesitan ser mantenidos en observación, ya que pueden presentar dificultad respiratoria).

1. Preparar el taponamiento posterior (fig. 6).

Enrollar la gasa vaselinada de 7,5 x 90 cm, muy apretada, formando un cilindro de 7,5 cm de longitud. Atar con cinta umbilical el centro del rollo, dejando los extremos de la cinta largos.

Atar la segunda cinta umbilical en el mismo punto, dejando también los extremos largos.

Impregnar el tapón con pomada poliantibiótica.

2. Inserción del taponamiento.

Pasar uno de los catéteres flexibles por la fosa nasal sana, tirando de la punta desde la faringe y sacándola por la boca.

Pinzar los dos extremos juntos.

Pasar el segundo catéter del mismo modo que el anterior, a través de la fosa nasal lesionada.

Pinzar los dos extremos juntos.

Atar los dos extremos de una de las cintas a la punta del catéter que pasa por la fosa lesionada (fig. 7).

Figura 6.
Preparación del taponamiento posterior.

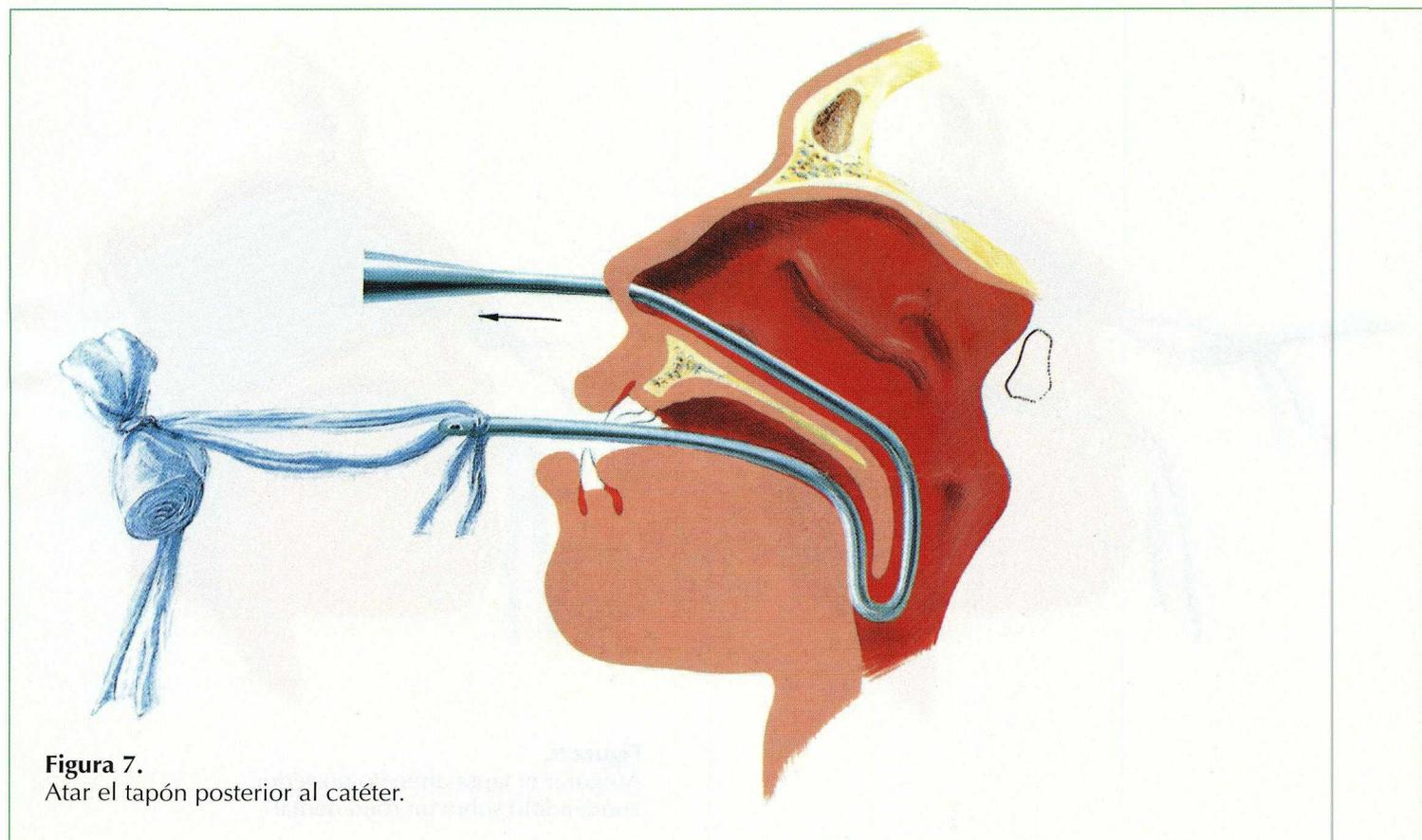
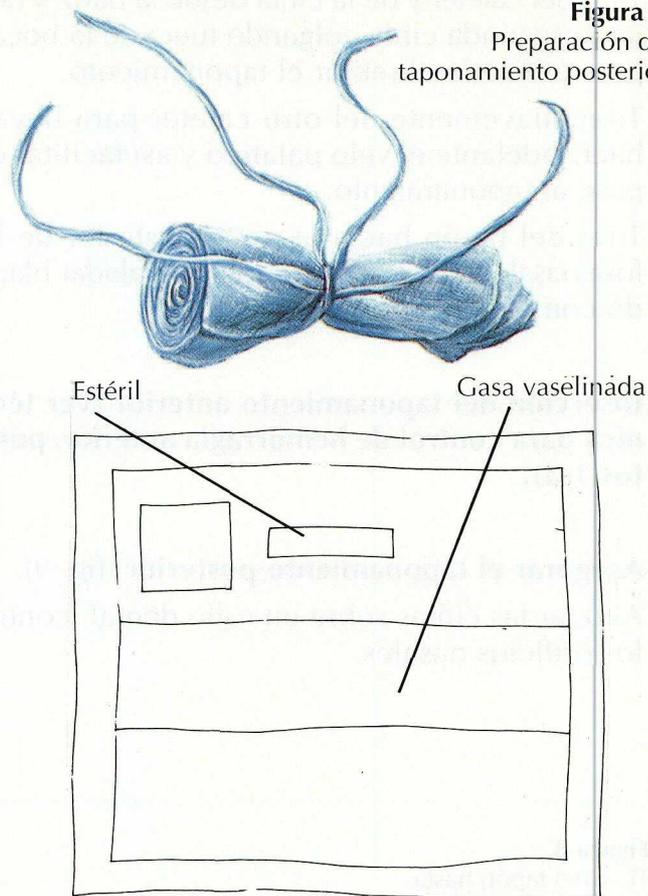


Figura 7.
Atar el tapón posterior al catéter.

Tirar del catéter y de la cinta desde la nariz y dejar la segunda cinta colgando fuera de la boca, para utilizarla al retirar el taponamiento.

Tirar suavemente del otro catéter para llevar hacia adelante el velo palatino y así facilitar el paso al taponamiento.

Tirar del tapón hacia la parte posterior de la fosa nasal, empujando a través del paladar blando con el dedo (fig. 8).

3. Inserción del taponamiento anterior (ver técnica para control de hemorragia anterior, puntos 1-3).

4. Asegurar el taponamiento posterior (fig. 9).

Anudar las cintas sobre un rollo dental, contra los orificios nasales.

5. Tratar al paciente con anticongestivos y antibióticos por vía oral.

6. Retirada del taponamiento.

El taponamiento posterior se deja durante 3-4 días; el anterior, 2 días.

Quitar el taponamiento anterior.

Cortar las cintas atadas al rollo dental.

Extraer suavemente, a través de la boca, el tapón de la nariz, utilizando las cintas que se dejaron con este fin.

7. Si se reproduce la hemorragia.

Volver a taponar.

Consultar con el otorrinolaringólogo y considerar la posibilidad de ligadura de vasos (carótida externa, maxilar interna o etmoidal anterior).

Figura 8.
Tirar del tapón hasta colocarlo en posición

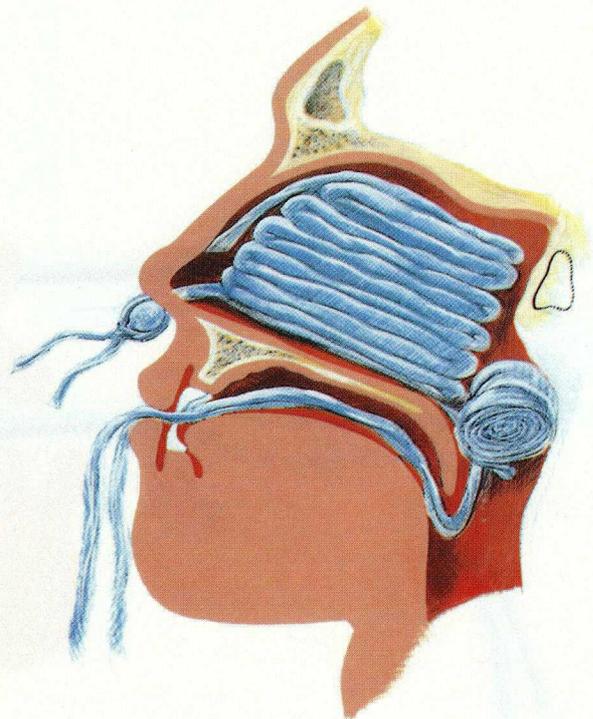
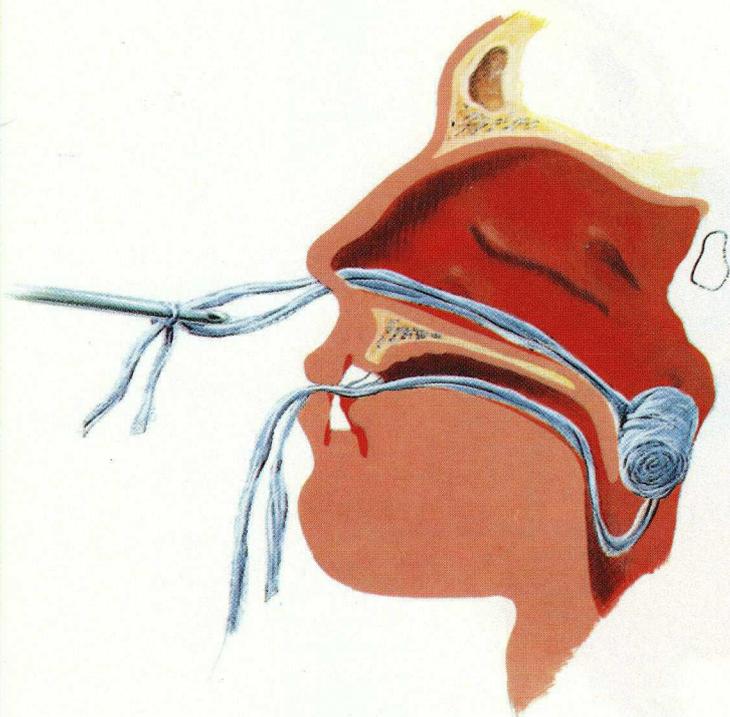


Figura 9.
Asegurar el taponamiento posterior, anudándolo sobre un rollo dental

Figura 10.
Hemostasia con balón inflable.

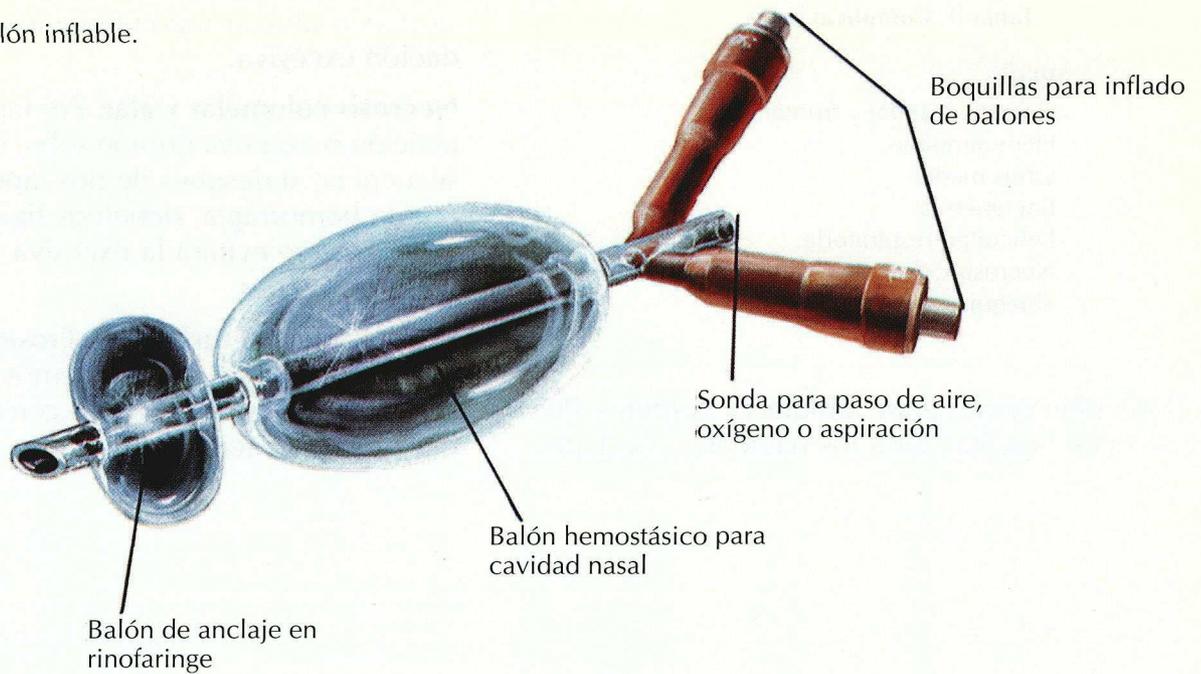


Tabla I
Técnica para el taponamiento posterior

Preparar el taponamiento posterior.
Inserción del taponamiento posterior.
Inserción del taponamiento anterior.
Asegurar el taponamiento posterior.
Tratar con anticongestivos y antibióticos.
Retirar el taponamiento.

En muchos centros y consultas se puede disponer de un catéter de silicona con balón inflable, de uso sencillo, rápido, con material inerte, blando y con un control más rápido de la hemorragia que con el taponamiento convencional (fig. 10).

COMPLICACIONES

Rinitis. Es habitual en el taponamiento anterior, por dificultad de drenaje, trauma de mucosas e infección bacteriana. Por ello, debemos impregnar el tapón con pomada poliantibiótica tópica y retirar el taponamiento anterior a los 2-3 días y el posterior a los 4 días; la permanencia de los taponamientos durante más tiempo favorece la infección.

Sinusitis maxilar y frontal. Se debe a la oclusión de

los orificios de drenaje de los senos por el taponamiento anterior, con crecimiento bacteriano. En gran medida, podremos evitarlo impregnando el tapón con pomada poliantibiótica, utilizando anticongestivos por vía oral para disminuir las secreciones, y utilizando antibióticos de forma rutinaria por vía sistémica.

Hemotímpano. Entrada de sangre por la trompa de Eustaquio durante la hemorragia, con retroceso imposibilitado por el taponamiento posterior. Esta complicación no la podemos prevenir, pero se resolverá espontáneamente al retirar el taponamiento.

Otitis media. Por oclusión de la trompa de Eustaquio por el taponamiento posterior, con crecimiento bacteriano secundario. Por ello, no debemos dejar colocado el taponamiento más de 4 días, debemos impregnar el tapón con pomada antibiótica y utilizar anticongestivos por vía oral para mejorar el drenaje de secreciones.

Bacteriemia. Traumatismo sobre mucosas recubiertas de bacterias al colocar el taponamiento. La evitaremos colocando el taponamiento con cuidado e impregnando el tapón con pomada antibiótica.

Dificultad respiratoria. Es más frecuente en los taponamientos posteriores y se debe a la sedación, obstrucción de la vía aérea y/o sinequias septo-turbinales por erosión de la superficie mucosa, produ-

Tabla II. Complicaciones

Rinitis.
Sinusitis maxilar y frontal.
Hemotímpano.
Otitis media.
Bacteriemia.
Dificultad respiratoria.
Necrosis columelar y alar.
Sinequias septo-turbinales.

ciéndose adherencias entre tabiques y cornetes. Por ello, se debe hospitalizar a los pacientes con tapo-

namiento posterior para una estrecha vigilancia, no se deben utilizar taponamientos bilaterales, ni sedación excesiva.

Necrosis columelar y alar. Por taponamiento de repetición o excesiva presión sobre la mucosa. En consecuencia, si después de dos taponamientos continúa la hemorragia, debemos ligar los vasos, y por otra parte, se evitará la excesiva presión contra los orificios nasales.

Sinequias septo-turbinales. Erosión y necrosis de la superficie mucosa que podremos prevenir evitando las adherencias entre tabique y cornetes hasta que haya buena epitelización.