Aspectos locales de la epistaxis *

Dr. PEDRO ANDRADE PRADILLO

Frente a un paciente con hemorragia nasal, el único pensamiento del médico deberá ser el de cohibirla. La investigación del diagnóstico de la causa, se hará después de controlar la hemorragia.

El tratamiento local de la epistaxis se hace:

a) por medio de la cauterización
b) por el taponamiento anterior
c) por el taponamiento posterior
d) por la resección submucosa de tabique nasal
e) por la ligadura de la carótida externa
f) por la ligadura de la arteria etmoidal.

Para saber seleccionar la medida terapéutica apropiada, se necesitan conocimientos básicos sobre la Anatomía de la irrigación de las fosas nasales, algunos conceptos de la histología de la pituitaria y conocimientos sobre las corrientes de inspiración y espiración del aire respirado en su paso por la primera porción del aparato respiratorio, las fosas nasales.

Irrigación de la Pared Interna Nasal

Las fosas nasales están ampliamente irrigadas por ramas terminales de las carótidas externas e internas, pero es *exclusivamente la pared interna, la que debe llamar nuestra atención como zona hemorrágica.*

La arteria más importante por su volumen es la esfeno-palatina (Fig. 1) que atraviesa el septum nasal de atrás a adelante y de arriba a abajo, descansando sobre el vomer y el etmoides (porción perpendicular) hasta

* Tema del simposio de hemorragias.

llegar a la parte cartilaginosa del septum. Es rama de la carótida externa. Al cruzar el tabique toma el nombre de nasopalatina. Se anastomosa por una parte con la palatina mayor, rama de la palatina descendente. Esto sucede cerca del agujero incisivo. La segunda gran arteria por su importancia clínica en la epistaxis es la etmoidal anterior (Fig. 2), rama terminal de la oftálmica. Esta arteria penetra en las fosas nasales, cerca del extremo anterior del techo de la cavidad nasal y envía ramas a la región antero-superior de la pared nasal externa y al tabique nasal.

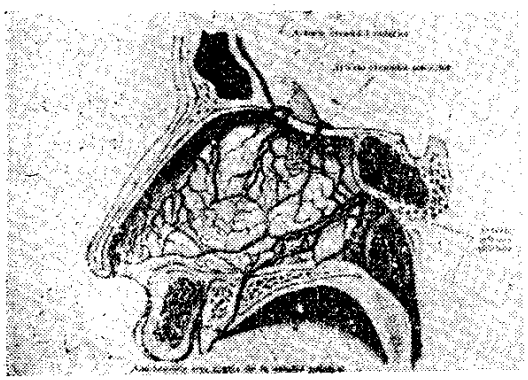

Fig. 1

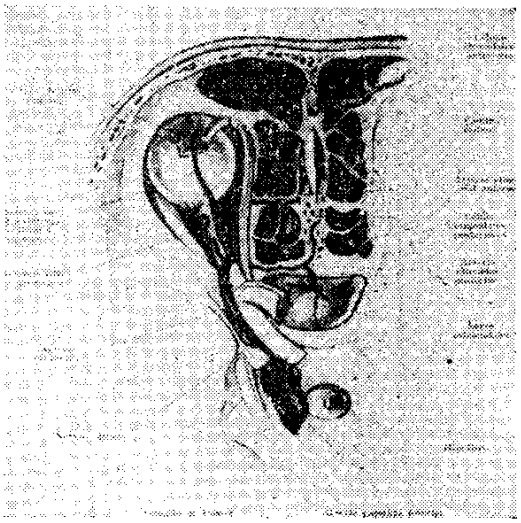

Fig. 2

Vasos de menor importancia son la arteria etmoidal posterior, rama terminal de la carótida interna, la rama faríngea de la arteria maxilar interna, que coopera al riego de la parte posterior de la bóveda y la rama septal de la labial superior perteneciente a la maxilar externa. Las venas siguen una distribución semejante a las arterias; la mayor es la vena esfenopalatina. Se vacían en el plexo venoso pterigoideo. Según algunos autores, las dos carótidas, externa e interna se anastomosan entre sí en la parte antero-inferior del septum nasal; en la región conocida como mancha vascular del tabique, o plexo de Kesselbach.

CONCEPTOS SOBRE LA MUCOSA NASAL

La mucosa respiratoria que tapiza las fosas nasales, está formada por epitelio y túnica propia. El epitelio es ciliado, seudoestratificado y con muchas células caliciformes fig. 2.

El grueso de la membrana puede cambiar en un mismo individuo;

de gran grosor en los cornetes, sobre todo en los inferiores, disminuye en más de la mitad en la pared nasal interna (fig. 3).

El tejido elástico de la mucosa respiratoria ha sido muy investigado. En las inflamaciones se rompe el tejido elástico (fig. 4) y la mucosa pierde por tal motivo su tono. La delgada mucosa de la pared nasal interna se adelgaza aún más, por infecciones, por crestas y por espolones del séptum.

Corrientes de Aire Inspiratorias

Desde 1895 Lack y otros autores describieron con mucha exactitud las vías de las corrientes de aire inspiratorio (fig. 5). El aire que entra por las ventanas nasales forma una curva alta hacia la caona. Es importante para la salud nasal que las corrientes de aire corran con suavidad. Cuando hay una obstrucción producida por el septum, los cornetes o cualquier otro elemento, se forman remolinos que secan las regiones nasales y producen manchas de baja resistencia donde se acumulan las costras, que al desprenderse, producen las hemorragias nasales.

Cuadros Clínicos

Para poder establecer un correcto tratamiento hay que hacer el diagnóstico topográfico. Para ello es necesario aclarar cual fosa nasal está sangrando y si es una epistaxis *anterior* o se trata de una epistaxis *posterior.*

Se llama epistaxis anterior a la salida de sangre por la nariz producida por una arteria del plexo situado en la porción anteroinferior del septum. Epistaxis posterior es la causada por una rotura de las etmoidales o de las esfeno-palatinas.

Cuando la epistaxis es anterior se presentan dos situaciones diferentes: *a*) que el paciente sangre frecuentemente de la nariz, pero en ese momento no tenga derrame, *b*) que el enfermo esté sangrando. El ejemplo primero es de una epistaxis pasiva y el segundo ejemplo es el de una epistaxis activa anterior.

Al practicar una rinoscopía anterior en un sujeto con epistaxis pasiva, se observa en la pared interna de la fosa, dilataciones vasculares que hacen relieve debajo de la mucosa o en otras se localiza un pequeño trombo.

Hemorragia Activa Anterior

Dos son las eventualidades observadas: *a*) Al limpiar la nariz de sangre y coágulos, se ve que sale sangre por un punto con tal fuerza,

que atraviesa desde la pared interna a la externa, *b*) en otras ocasiones, la sangre fluye hacia el exterior y lo puede hacer en forma copiosa. En el primero de los casos es que hay rotura de una pequeña arteria y en el segundo es que existe una ulceración.

EPISTAXIS POSTERIOR

Si la hemorragia es posterior se observa un goteo hacia la retrofaringe, eso sucede aún con el paciente sentado y la cabeza en posición erecta. Hay que verificar un cuidadoso examen, quitando sangre, coágulos y secreciones para establecer si se trata de una hemorragia de la esfeno palatina o de las etmoidales. No debe olvidarse que la epistaxis posterior puede venir de varicosidades sobre el piso nasal. Algunas veces no se puede establecer el punto que sangra por lo copioso de la hemorragia, sirviéndonos en tal caso de referencia, el poner algodones con solución anestésica vaso-constrictora, que al ser retirados nos señalan la zona hemorragípara.

TRATAMIENTO

El mejor tratamiento es convertir el tejido vascular en tejido fibroso (fig. 6.) Esto es posible hacerlo en epistaxis anteriores, en las posteriores por lo general es imposible lograrlo.

En las epistaxis anteriores latentes se procede como sigue: después de anestesiar la porción ántero-inferior del septum se frota la mucosa con un algodón. La sangre nunca aparece cuando una mucosa normal es frotada, si aparece es que se quitó el trombo. Localizado de este modo el punto sangrante, se cauteriza. En el caso de una epistaxis activa anterior, se coloca un hisopo con solución anestésica vaso-constrictora; al retirar el hisopo pueden suceder dos cosas: *a*) que la región esté seca, y si se encuentra tal situación se cauteriza inmediatamente. *b*) Si la sangre sigue saliendo es necesario practicar un taponamiento anterior, se deja en su sitio por 24 horas, se retira y se cauteriza. Nunca debe cauterizarse cuando la sangre fluye libremente.

Para detener las epistaxis posteriores hay que practicar un taponamiento. Se pueden taponar las arterias etmoidales o naso-palatinas por medio de la risocopía anterior si el tabique nasal es recto y la fosa es amplia. Si el septum está desviado hay que hacer un taponamiento posterior. Lo difícil es colocarlo en su sitio. Se puede inyectar una substancia vaso-constrictora en el trayecto de la arteria lesionada. Al infiltrar la solución se eleva la mucosa y se puede comprimir la arteria en cuestión. Si el enfermo sigue sangrando después de haber maniobrado como acaba-

mos de describir, se practica una resección submucosa del septum nasal. Si es la arteria naso-palatina la rota, se reseca el vomer y la porción perpendicular del etmoides. Cuando la etmoidal anterior es la dañada se reseca la porción alta y anterior del septum. La resección submucosa del tabique sirve por las siguientes razones:

a) Al infiltrar la substancia, se levanta el muco-periostio del hueso, produciendo temporalmente presión sobre los vasos. En ocasiones esto es suficiente para la formación de un coágulo.
b) Se eleva la mucosa haciendo compresión sobre el tejido vascular.
c) Se quita el sostén óseo, los vasos sin el plano duro, pueden retrarse y cerrarse por tal motivo.
d) Hay edema post-operatorio comprimiendo la arteria rota.

Si aún con las medidas anteriores la hemorragia continúa, es necesario ligar la carótida externa, si es la arteria esfeno-palatina la lesionada. Debe Ligarse la etmoidal anterior antes de su entrada a la fosa nasal si es que está rota.

TÉCNICA SOBRE CAUTERIZACIÓN Y TAPONAMIENTO ANTERIOR Y POSTERIOR

Debe anestesiarse la mucosa nasal con una solución anestésica vasoconstrictora antes de cualquier maniobra dentro de la cavidad nasal. Para transformar el tejido vascular en tejido fibroso, el uso de cristales de ácido crómico o nitrato de plata[7] nos ha sido de gran utilidad, sobre todo en enfermos pusilánimes que no toleran los aparatos eléctricos

Fig. 3

para cauterizar. La perla de ácido crómico se utiliza fundida en el extremo olivar de una sonda. Mientras se usa el ácido, es necesario proteger con tapones de algodón el suelo de la nariz para evitar la difusión del cáustico, además debe recomendarse al enfermo no sonarse fuerte. Se

suele prescribir una pomada con vaselina, mañana y tarde durante algunos días, para facilitar la caída de la escara.

TAPONAMIENTO ANTERIOR

Siempre practicar el taponamiento bajo visión directa. Se puede hacer con gasa vaselinada, esponjas marinas, Gelfoam-Oxycel. (Figs. 3 y 4). Generalmente se saca el taponamiento a las 24 ó 48 horas para tratar de cauterizar.

Fig. 4

TAPONAMIENTO POSTERIOR

Material: Sonda de goma delgada, torunda con tres hilos de seda insertados (Fig. 5), pinza y abatelengua.

Para que tenga utilidad el taponamiento posterior debe ser colocado

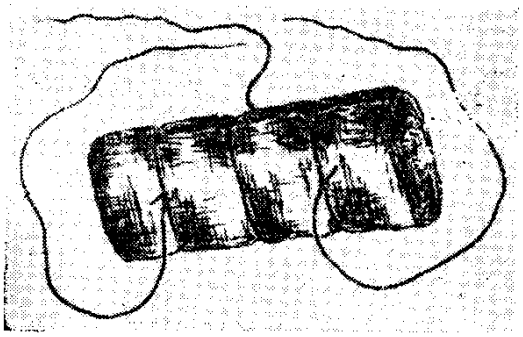

Fig. 5

en su sitio, haciendo presión sobre la arteria esfeno-palatina bajo el piso del esfenoides y el septum.

Para poder colocar el taponamiento en su sitio, se pasa una sonda blanda de goma por el piso de la fosa nasal que sangra, se empuja hasta que aparezca en la faringe, el extremo se toma con una pinza y se lleva fuera de la boca. Allí se le anudan dos de los hilos de seda de los tres que tiene insertados la torunda (Fig. 6). Se da a la sonda un movimiento inverso, lo cual hace que el empaque pase por detrás del paladar (Fig. 7) blando y oblitere la coana. Puede uno ayudar a colocar el ta-

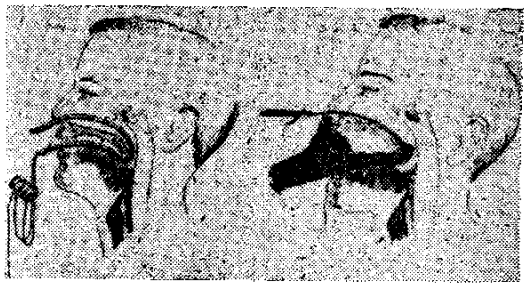

Fig. 6

pón en su sitio, introduciendo el índice de la mano derecha y empujando la gasa (Fig. 7). Los hilos de seda que salen por la nariz se cortan y se coloca un pedazo de hule por delante del orificio nasal, anudándose los hilos (Fig. 8). La maniobra anterior impide que se mueva el tapón del sitio en que ha sido colocado. El tercer hilo se puede cortar y dejar colgando en la faringe o amarrar a una pieza dentaria o también sacarlo fuera de la boca y poner una porción de esparadrapo sobre él para fijarlo (Fig. 8). Cuando se quiere quitar el tapón se cortan los hilos de adelan-

Fig. 7

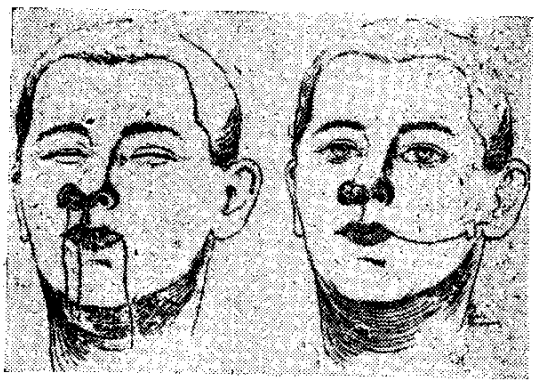

Fig. 8

te, los sujetados en el tubo de goma, y se tira del tercer hilo que aparece en la retrofaringe.

No se debe dejar el tapón más de cuarenta y ocho horas por el peligro de infección de los oídos. Es conveniente administrar calmantes, morfina si es necesario, para calmar la molestia que el empaque produce.

El 98 por ciento de las epistaxis observadas por nosotros son de las llamadas espontáneas. Las hemorragias nasales provocadas por traumatismos son por desgarre de la mucosa. Un signo frecuente de fracturas del compartimiento anterior de la base del cráneo, son las epistaxis y se traducen en fractura de la lámina cribada del etmoides.

Las hemorragias nasales post-operatorias se deben generalmente a resecciones septales o a cirugía sobre la pirámide nasal.

REFERENCIAS

1. Chevalier Jackson y Chevalier L. Jackson.: *Otorrinolaringología y Broncoesofagología*. Ed. I. Pág. 12.
2. Chevalier Jackson y Chevalier L. Jackson.: *Otorrinolaringología y Broncoesofagología*. Ed. Uteha, Pag. 11.
3. Eggston and Wolff.: *Histopathology of the ear, nose and throat*. Ed. Williams & Willkinns, Pag. 553.
4. *Histopathology of the ear, nose and throat.*
5. *Corrientes de aire inspiratorias y expiratorias.* Conferencias dictadas por Arthur W. Proetz en la Ciudad de México, del 22 al 27 de octubre de 1951.
6. Laurens, Georges.: *Otorrinolaringología.*, Editor Aniceto López Córdoba. Buenos Aires. Pag. 627. 1942.
7. Denker, Albrech.: *Otorrinolaringología.*, Editor Gustavo Gili. Pag. 608.