

Protocolo Clínico e de Regulação para Epistaxe

Fabiana C. P. Valera¹, Edwin Tamashiro¹, Miguel A. Hyppolito²,

Wilma T. Anselmo-Lima²

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A epistaxe é definida como o sangramento ativo pelas fossas nasais, e é a emergência mais frequente da região nasal¹. Estima-se que 60% da população já sofreram ou sofrerão ao menos 1 episódio de epistaxe durante a vida². Todavia, apenas 6% necessitam de intervenção médica³. Em alguns casos, no entanto, a gravidade é tal que os pacientes necessitam de intervenção emergencial, sob risco de morte.

As epistaxes brandas são altamente prevalentes em crianças e adolescentes, ao passo que epistaxes mais graves, que necessitam de intervenção são mais frequentes em pessoas com idade acima de 50 anos⁴.

CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

As epistaxes são classificadas em anterior e posterior, baseadas tanto na anatomia da vascularização nasal como nos sintomas.

As epistaxes anteriores perfazem 90 a 95%³, e são de intensidade mais branda. Esse sangramento, em geral ocorre na porção anterior do septo nasal, na área de Little, onde está a anastomose entre vasos terminais das artérias esfenopalatina (ramo da maxilar), etmoidal anterior (ramo da carótida interna) e artéria labial superior (ramo da artéria facial) denominado de plexo vascular de Kiesselbach⁵. Esta região mais anterior do septo nasal, além de ser altamente

vascularizada, é também vulnerável devido ressecamento de mucosa e traumas digitais¹.

Os sangramentos decorrentes da região anterior do septo habitualmente são autolimitados; e quando não cessados espontaneamente, medidas simples de controle local são suficientes para interrupção do sangramento³. O sangramento se exterioriza apenas pela fossa nasal, e é geralmente de volume mais limitado.

A epistaxe posterior tem maior importância clínica, devido ao maior volume de sangramento e à maior dificuldade de localização e de controle da hemorragia. Este sangramento é localizado na parede nasal lateral ou na região posterior do septo nasal. O sangramento posterior é mais volumoso, e pode ser visualizado pela exteriorização de sangue tanto pela fossa nasal (no geral bilateral) e posteriormente, pela faringe.

A artéria esfenopalatina é a principal fonte de sangramento na epistaxe posterior. Esta artéria emerge na parede lateral no nariz, entre conchas média e inferior, e emite 2 ramos principais, um para a parede lateral do nariz e outro para a região septal posterior. A grande maioria dos sangramentos nasais de maior volume é originada nessa região.

As artérias etmoidais anterior e posterior (ramos da artéria oftálmica) também são responsáveis por sangramentos de maior volume, mas a frequência é pequena, e decorrente de traumas da face ou da base do crânio e das iatrogenias, especialmente, durante cirurgias nasais¹.

Várias são as causas relacionadas às epistaxes, sejam locais ou sistêmicas⁶⁻⁸. Dentre as causas locais de sangramento mais brandos, estão o trauma digital, a baixa umidade do ar, a alteração de fluxo nasal (em geral

decorrente dos desvios septais) e o uso incorreto de medicamentos nasais, em especial os corticóides tópicos. Causas locais, mas de sangramentos mais intensos, são os traumas nasais e de face, as rinosinusites agudas e os tumores nasais.

Além das causas locais, causas sistêmicas, em especial as com alterações hematológicas, podem ser citadas. Neste caso, as epistaxes são graves, profundas, e de difícil controle. São exemplos: doença de Von Willebrand, hemofilia, doenças hematológicas, pacientes em tratamento quimioterápico e hipertensão arterial sistêmica. O uso de medicamentos como aspirina, antiinflamatórios não esteroidais e anticoagulantes, assim como a ingestão crônica de álcool, alteram a função plaquetária e estão associados a sangramentos nasais sem alterações em contagem de plaquetas.

ABORDAGEM DA EPISTAXE NA ATENÇÃO BÁSICA

A epistaxe é uma emergência. Assim, diante de um paciente com história de sangramento nasal recente ou com sangramento ativo no momento, a primeira medida é a avaliação da permeabilidade de vias aéreas e da estabilidade hemodinâmica.

Em seguida, o médico deve avaliar o local e a quantidade de sangramento. A história é essencial para o diagnóstico etiológico: pacientes com epistaxes recorrentes unilaterais e obstrução nasal crônica ipsilateral são candidatos à realização da endoscopia nasal, sob suspeita de tumores nasais, por exemplo. Na história, além da quantidade, lateralidade e tempo de sangramento, são importantes os antecedentes pessoais, incluindo histórias de hipertensão arterial sistêmica, uso de medicamentos e coagulopatias. Os

antecedentes familiares de epistaxes sugerem a presença de coagulopatias e podem determinar a avaliação hematológica.

A avaliação clínica do paciente inclui rinoscopia anterior e oroscopia, na tentativa de identificação da área sangrante. Em casos de sangramento ativo, a lavagem com soro fisiológico pode auxiliar na visualização do local de sangramento³.

Os sangramentos septais e anteriores podem ser controlados com o uso de gelo no dorso nasal e de algodões com vasoconstrictor (ex: oximetazolina, nafazolina) sobre o local sangrante, associado ao emprego da digitopressão.

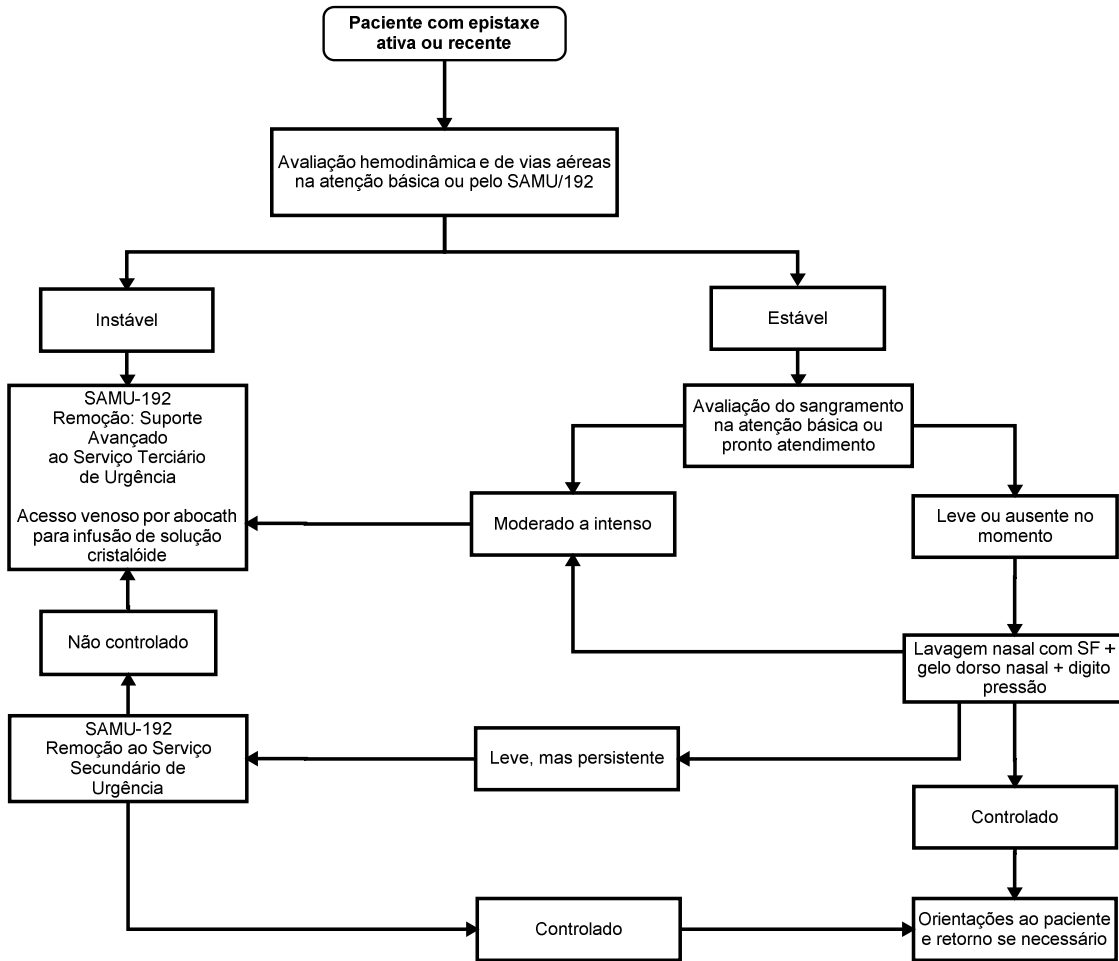
Os sangramentos mais intensos septais e anteriores podem ainda ser cauterizados, seja quimicamente (com nitrato de prata ou ácido tricloroacético) ou eletricamente. Estes procedimentos são em geral realizados em serviços de urgência de Atenção Secundária ou Terciária.

O sangramento pode persistir mesmo após estas medidas mais simples, em especial nos casos de epistaxe posterior. Diante desta situação, há a necessidade de tamponamento nasal (seja anterior apenas ou ântero-posterior) ou de intervenção cirúrgica, com ligadura das artérias nasais. Estes procedimentos são realizados por especialistas, e geralmente demandam atendimento em uma instituição de Atenção Terciária.

A associação de coagulopatias, uso de medicamentos que interferem na função plaquetária, ou de outras doenças sistêmicas que interfiram no curso da epistaxe também demandam a avaliação num Serviço de Atenção Terciária. Esses pacientes, assim como aqueles que apresentam sangramento mais intenso, necessitam internação em serviços terciários para melhor avaliação

dos fatores causais e das condições locais, assim como melhor controle das condições hemodinâmicas.

Fluxograma de avaliação de paciente com epistaxe:



BIBLIOGRAFIA

1. Douglas R, Wormald PJ. Update on epistaxis. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2007; 15: 180-183.
2. Middleton PM. Epistaxis. *Emerg Med Australas* 2004; 16: 428.
3. Viehweg TL, Roberson JB, Hudson JW. Epistaxis: diagnosis and treatment. *J Oral Maxillofac Surg* 2006; 64: 511-518.
4. Gifford TO, Orlandi RR. Epistaxis. *Otolaryngol Clin N Am* 2008; 41: 525-536.
5. Chiu T, Dunn JS. An anatomical study of the arteries of the anterior nasal septum. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2006; 134: 33-36.
6. Massick D, Tobin EJ. Epistaxis. In: Cummings CW, Haughey BH, Thomas JR, et al, editors. *Cummings otolaryngology: head and neck surgery*. Philadelphia: Mosby, 2005. p. 942-961.
7. Tan LK, Calhoun KH. Epistaxis. *Med Clin North Am* 1999; 83: 43-56.
8. Wormald PJ. Epistaxis. In: Bailey BJ, Calhoun KH, Derkay C et al, editors. *Head and Neck Surgery – Otolaryngology*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 505-514.