



# Epistaxis

J.-M. Prades, M. Gavid

*La epistaxis es un motivo de consulta cotidiano en las urgencias de otorrinolaringología. Existen muchas etiologías, de diversa gravedad. Las causas locales de epistaxis son los traumatismos faciales, la mancha vascular o una perforación septal y, en menos ocasiones, un fibroma nasofaríngeo en adolescentes masculinos o un tumor maligno nasosinusal. Las epistaxis de causas sistémicas se relacionan con una alteración de la hemostasia constitucional o, con más frecuencia, adquirida durante un tratamiento antitrombótico, una enfermedad de Rendu-Osler o una enfermedad sistémica como la enfermedad de Wegener. El tratamiento debe dirigirse simultáneamente a controlar la hemorragia y evaluar sus consecuencias. Se deben considerar tres situaciones de gravedad diferente: la epistaxis de gravedad extrema con shock que requiera reanimación y la hemostasia de un tronco arterial cefálico principal, como la arteria carótida interna; la epistaxis grave por su contexto, porque existe un traumatismo accidental o perioperatorio, un trastorno de la hemostasia o, en menos casos, una enfermedad de Rendu-Osler o un fibroma nasofaríngeo, y la epistaxis «benigna» porque responde rápidamente a los pequeños procedimientos locales de hemostasia, sobre todo con el control de una mancha vascular septal.*

© 2017 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Epistaxis; Arteria esfenopalatina; Taponamiento; Ligadura arterial; Embolización

## Plan

■ <b>Introducción</b>	1
■ <b>Anatomía de la vascularización arteriovenosa de las fosas nasales</b>	1
■ <b>Etiología de las epistaxis</b>	3
Epistaxis de causas locales	3
Epistaxis de causas sistémicas	4
■ <b>Actitud terapéutica</b>	5
Epistaxis de gravedad extrema con shock hemorrágico	6
Epistaxis grave por su contexto	6
Epistaxis «benigna»	8
■ <b>Conclusión</b>	8

epistaxis se considera grave por sus consecuencias inmediatas, pero también por su riesgo de recidiva, en cuyo caso constituye una auténtica enfermedad hemorrágica. Estas circunstancias no deben hacer que se pase por alto una etiología más rara como un carcinoma nasosinusal o un trastorno constitucional de la hemostasia.

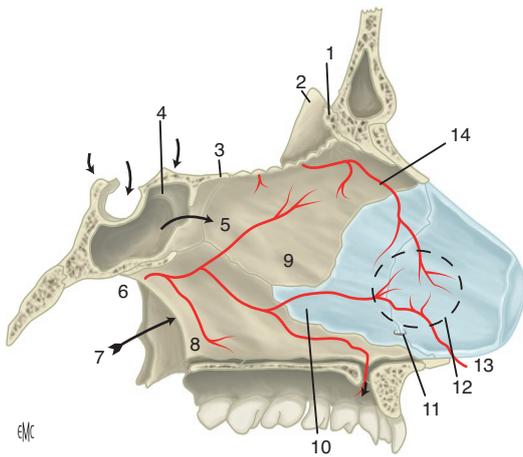
El tratamiento es complejo en ocasiones, no sólo local, sino también tópico: una simple mancha vascular en los niños pequeños no debe hacer que se provoque una perforación septal por cauterizaciones reiteradas, la igual que la embolización de la arteria esfenopalatina en ancianos no debe causar un trombo cerebral. El desconocimiento de una anemia crónica no debe causar un infarto de miocardio o ceguera. La decisión terapéutica suele tomarse en conjunto entre el cirujano otorrinolaringólogo, el médico anestesista, el hematólogo, el cardiólogo o el médico internista.

## ■ Introducción

La epistaxis es una situación habitual en urgencias. Suele tratarse de un paciente joven, con una hemorragia favorecida a menudo por el rascado. En la exploración, se observa una «mancha vascular» septal anterior. En tal caso, la epistaxis se considera benigna de entrada. Sin embargo, en ocasiones este mismo paciente puede presentar una enfermedad de Rendu-Osler o un angiofibroma nasofaríngeo. El paciente puede ser un anciano con una comorbilidad importante, sobre todo cardiovascular y un tratamiento antitrombótico. Por último, otras veces el contexto es traumático, accidental o postoperatorio. La

## ■ Anatomía de la vascularización arteriovenosa de las fosas nasales

La anatomía comparada muestra que la fosa nasal es un órgano exclusivamente olfativo en los mamíferos evolucionados. Tal es el caso en los roedores (*Ratus*), los cérvidos (*Capreolus*), los félidos (*Catus*) o los cánidos (*Canis*), que se



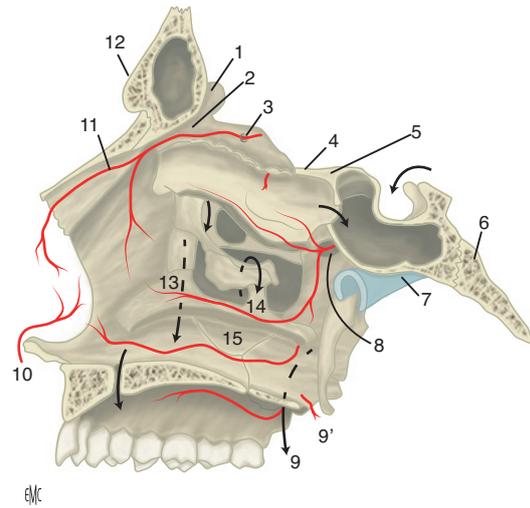
**Figura 1.** Paredes medial y superior. 1. Apófisis alar de la crista galli; 2. crista galli; 3. apófisis etmoidal del hueso esfenoides; 4. relieve del surco óptico en el seno esfenoidal; 5. orificio del seno esfenoidal; 6. rama septal de la arteria esfenopalatina; 7. coana izquierda; 8. vómer; 9. lámina perpendicular del hueso etmoides; 10. apófisis posterior del cartilago septal; 11. orificio del órgano vomeronasal de Jacobson; 12. mancha vascular de Kiesselbach; 13. arteria del subtabique (septal nasal); 14. arteria etmoidal anterior.

consideran animales «macrosmáticos» en relación con el desarrollo de su rinencéfalo, órgano indispensable para su supervivencia. La rata posee un laberinto turbinal que ocupa casi toda la fosa nasal. En los primates y en el ser humano, el laberinto turbinal macrosmático ha involucionado y la fosa nasal se ha convertido en un órgano respiratorio en relación con el desarrollo del neocérebro y la regresión del rinencéfalo. El laberinto etmoidal, vestigio del laberinto turbinal primitivo, es sobre todo respiratorio y está recubierto por un órgano olfativo reducido. El ser humano es un animal «microsmático» [1].

La importancia vital de la fosa nasal olfativa ancestral explica probablemente la riqueza particular de su vascularización arterial, que constituye un sistema anastomótico denso entre las redes carotídeas interna y externa: la arteria esfenopalatina, rama terminal de la arteria maxilar, es el aporte principal. Las arterias etmoidales anterior y posterior, ramas colaterales de la arteria oftálmica procedente de la arteria carótida interna, así como la arteria nasal inferior, rama colateral de la arteria facial, son aportes más secundarios (Figs. 1 y 2).

La arteria esfenopalatina es la porción terminal de la arteria maxilar en la fosa pterigopalatina [2]. Entra en las fosas nasales a través del agujero esfenopalatino, que constituye un hilio vasculonervioso esencial de la fosa nasal. En el agujero esfenopalatino, la arteria esfenopalatina se bifurca en las colaterales lateral y medial. Estas mismas colaterales pueden originarse en la propia fosa pterigopalatina. Por tanto, la identificación endonasal del agujero esfenopalatino, marcado por la cresta etmoidal, es esencial [3, 4]. La cresta etmoidal limita por delante el agujero, que aumenta de tamaño por encima y por debajo para permitir el paso a las dos colaterales de la arteria esfenopalatina, septal y turbinal.

La arteria septal posterior es ascendente en la cara anterior del cuerpo esfenoidal, a 1 cm del arco de la coana. A este nivel, puede dar origen a una colateral turbinal superior. Alcanza el vómer y se dirige oblicuamente en sentido anteroinferior en un surco dirigido hacia el conducto palatino anterior o incisivo. A ese nivel, se anastomosa con la rama terminal de la arteria palatina descendente. De este modo, se forma un primer círculo anastomótico palatoseptal posterior. También se anastomosa con las ramas terminales de las arterias etmoidales, formando un segundo círculo anastomótico etmoidoseptal anterior.



**Figura 2.** Paredes lateral y superior. 1. Apófisis alar de la crista galli; 2. agujero etmoidal; 3. orificio del conducto etmoidal anterior; 4. apófisis etmoidal del hueso esfenoides; 5. yugo esfenoidal; 6. clivus; 7. trompa auditiva de Eustaquio; 8. agujero esfenopalatino; 9. conducto palatino posterior y conductos accesorios (9'); 10. arteria del subtabique (septal nasal); 11. arteria etmoidal anterior; 12. hueso frontal; 13. apófisis lagrimal del cornete nasal inferior (CNI); 14. apófisis etmoidal del CNI; 15. apófisis maxilar del CNI.

La arteria nasal posterolateral es descendente, en la cara medial de la lámina perpendicular del hueso palatino. Da origen a las colaterales turbinales media e inferior, pero también a las meáticas superior, media (arteria fontanealar) e inferior. Esta arteria forma una red anastomótica etmoidoturbinal particularmente profusa, con las ramas terminales de las arterias etmoidales.

Las arterias etmoidal anterior y posterior son las ramas colaterales de la arteria oftálmica, procedentes de la arteria carótida interna. Se originan en la cara medial de la órbita y penetran en la fosa nasal por dos agujeros entre la lámina orbitaria del etmoides por abajo y la cara orbitaria del hueso frontal por arriba.

La arteria etmoidal anterior es la más constante y voluminosa, con un diámetro de casi 1 mm. Se origina a 20-24 mm de la cresta lagrimal anterior mediante un corto trayecto oblicuo en sentido anteromedial antes de atravesar su agujero [5, 6]. Desde allí, recorre el conducto etmoidal anterior, que también presenta una oblicuidad anteromedial, a la altura de la pared superior de la masa lateral, inmediatamente detrás del infundíbulo frontal o de la celdilla etmoidofrontal [7, 8]. El conducto etmoidal puede estar dehiscente, dejando ver la arteria etmoidal anterior en el laberinto etmoidal en más del 50% de los casos [9]. Se termina en la cara septal y la cara turbinal anterosuperior de la fosa nasal, presentando numerosas anastomosis con las ramas terminales de la arteria esfenopalatina. En su trayecto, también vasculariza la duramadre, el bulbo y el nervio olfatorio [8-10].

La arteria etmoidal posterior es inconstante, más delgada, del orden de 0,5 mm de diámetro. Se origina a 12-15 mm del tronco de la arteria etmoidal anterior y se sitúa a 4-5 mm del conducto óptico. Se anastomosa con la arteria etmoidal anterior y la arteria esfenopalatina en las caras septal y turbinal posterosuperior [8-10].

La arteria facial se origina de la arteria carótida externa; discurre sobre la mejilla en la cara lateral del músculo buccinador, dando origen a las ramas labiales inferior y superior a 16 mm de la comisura labial. La rama labial superior da origen a la arteria del subtabique o arteria nasal septal. La arteria facial se termina en la cara lateral de la pirámide nasal por la arteria angular. Ésta se anastomosa con las ramas terminales de la arteria oftálmica [11].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8798017>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8798017>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)