

Epistaxis inadvertida

Miguel Ángel Alañón Fernández. José Manuel Morales-Puebla

Servicio de Otorrinolaringología:

Hospital General Universitario de Ciudad Real.
C/Obispo Rafael Torija s/n. Ciudad Real
(C. Real), CP. 13005. España

Autor para Correspondencia:

José Manuel Morales Puebla
C/ Eras del Cerrillo, 8A, 1ªA
13004 CIUDAD REAL
Tlfno: 610 930 222
e.mail: josemanuelmoralespuebla@hotmail.com

Los Autores declaran no tener conflicto de intereses

PALABRAS CLAVE:

Epístaxis inadvertida, distres respiratorio, neumotaponamiento.

RESUMEN:

Aunque el sangrado nasal posterior representa alrededor del 10% de las hemorragias nasales, estos casos suelen ser complicados y en ocasiones puede poner en peligro la vida del paciente. Presentamos un caso de un hombre con hemorragia nasal anterior de 24 horas de duración, durante su estancia en la Unidad de Reanimación posquirúrgica. En el caso de este paciente el hecho de estar sedado, intubado y en decúbito supino hizo que la gravedad de la hemorragia pasase desapercibida. Se extrajo un coágulo grande que obstruía esófago y faringe consecuencia de la hemorragia nasal anterior. Por lo tanto es importante hacer una exploración correcta del paciente e identificar el punto de sangrado original para poner el tratamiento adecuado y evitar complicaciones. En algunos casos, si el sangrado no se detiene con un taponamiento nasal adecuado, se hace necesaria la cirugía.

INTRODUCCIÓN:

Las epistaxis posteriores suponen aproximadamente un 10% del total. Tienen mayor importancia que las anteriores y en ocasiones pueden pasar desapercibidas y retrasar el diagnóstico ya que el sangrado por las narinas puede no ser evidente.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Se presenta el caso de un paciente de 56 años ingresado en la Unidad de Reanimación postquirúrgica.

Permanece intubado por síndrome de distrés respiratorio agudo, en el quinto día de ingreso en dicha Unidad avisan por sangrado nasal anterior de 24 horas de evolución que no cede con métodos de taponamiento sencillos. Tras la exploración se objetiva sangrado activo posterior en fosa nasal izquierda. Se limpian los restos hemáticos de sendas fosas y se coloca neumotaponamiento en la izquierda cediendo el sangrado. De la cavidad oral se extrae gran coágulo que moldea la hipofaringe y el esófago (fotografía adjunta).



DISCUSIÓN:

A pesar de no tener trastornos previos, una hemorragia mantenida en el tiempo puede autopropetarse por consumo de los factores de la coagulación. En el caso de este paciente el hecho de estar sedado, intubado y en decúbito supino hizo que la gravedad de la hemorragia pasase desapercibida.

CONCLUSIONES:

Ante toda epistaxis debe realizarse una correcta exploración de las fosas nasales para identificar el origen del sangrado. Una vez localizado se realizará taponamiento de la fosa correspondiente asegurando el cese de la hemorragia. En algunos casos, cuando el taponamiento es insuficiente es necesario recurrir a la cirugía.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Páramo JA, Panizo E, Pegenaute C, Lecumberri. "Coagulación 2009: una visión moderna de la hemostasia". Rev Med Univ Navarra. 2009; 53 (1): 19-13.
2. García Callejo FJ, Muñoz Fernández N, Achiques Martínez MT, Frías Moya-Angeler S, Montoro Elena MJ, Algarra JM. "Nasal packing in posterior epistaxis. Comparison of two methods". Acta Otorrinolaringol Esp. 2010 Feb 4.
3. Molteni G, Alicandri-Ciufelli M, Romualdi P, Genovese E, Presutti L. "Intermittent self-limiting epistaxis: not always a triviality". Otolaryngol Head Neck Surg. 2010 Jan;142(1):146-7. PubMed PMID: 20096244.
4. Knopfholz J, Lima-Junior E, Prêcoma-Neto D, Faria-Neto JR. "Association between epistaxis and hypertension: a one year follow-up after an index episode of nosebleeding in hypertensive patients". Int J Cardiol. 2009 May 29;134(3):e107-9. PubMed PMID: 18499285.
5. Hussain G, Iqbal M, Shah SA, Said M, Sanullah, Khan SA, Iqbal M, Zaman J. "Evaluation of aetiology and efficacy of management protocol of epistaxis". J Ayub Med Coll Abbottabad. 2006 Oct-Dec;18(4):63-6. PubMed PMID: 17591013.