

***“Datos epidemiológicos
sobre la epistaxis: estudio
hospitalario y revisión de la
literatura”***

*Vaamonde Lago P.,
Martín Martín C.,
Cajade Frías J.,
Mínguez Beltrán I.,
Lechuga García R.,
Frade González C.,
Bartual Magro J.,
Labella Caballero T.*

*Cátedra y Servicio de O.R.L.
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.*

Resumen

INTRODUCCIÓN: Aunque la epistaxis es un proceso muy frecuente, su incidencia y prevalencia en la población general es difícil de calcular ya que sólo un 10 % de estos pacientes buscan atención médica. **PACIENTES Y MÉTODOS:** Estudio prospectivo sobre 279 pacientes enviados al ORL por epistaxis desde Urgencias durante el período de un año. **RESULTADOS:** La epistaxis supuso el 13,3 % de las urgencias ORL. Incidencia de 6 casos /10.000 por año. La razón mujer-hombre fue de 0,6:1. La edad media fue de 49,9 años (DS=24,54), siendo los mayores de 50 años mayoría en nuestra serie (57,3%). Se observó variación estacional a lo largo del año. Las epistaxis anteriores fueron las más habituales aunque las posteriores aumentaron después de los 40. Obtuvimos un índice de resangrado del 18 %, siendo la edad y la localización factores significativos. Ingresó el 7,5 %. **DISCUSIÓN:** Discutimos los posibles mecanismos que expliquen la predominancia masculina, la incidencia estacional, y la edad avanzada de los pacientes con epistaxis que acuden a nuestros hospitales. Los datos que presentamos se refieren a los pacientes que nos remitieron y no a la totalidad de las epistaxis ya que un número indeterminado fue resuelto a otros niveles de asistencia.

Palabras Clave:

Epistaxis. Urgencias. Epidemiología.

Summary

INTRODUCTION: Epistaxis is a very frequent process, but its incidence and prevalence in the general population is difficult to calculate because only a 10 % of these patients look for medical care. **PATIENTS AND METHODS:** We prospectively studied 279 patients with epistaxis sent to ENT specialist from emergency room for one year. **RESULTS:** Epistaxis was 13.3 % of ENT emergencies. The incidence was 6 cases / 10,000. Female/male ratio was 0.6:1. Mean age was 49.9 yo. (SD=24.54), and patients older than 50 yo. were the most common group in our series (57.3%). A seasonal variation was observed. The incidence of posterior epistaxis increased in a characteristic way from fourth decade. We obtained an 18% of rebleeding index, with age and location being as significant factors. Hospitalization was needed in 7.5 % of the patients. **DISCUSSION:** We discuss the possible reasons for male predominance, seasonal incidence, and the advanced age of the patients with epistaxis coming to our hospitals. Our reported data refer to patients sent to us but not to all of the epistaxis cases, since an indeterminate number was resolved at other levels of attendance.

Key words:

Epistaxis. Emergencies. Epidemiology.

INTRODUCCIÓN

La epistaxis se define como todo proceso hemorrágico cuyo origen se localiza en las fosas nasales (1). En algunos casos resume todo el proceso patológico, siendo denominada esencial, en la que no se encuentra ninguna causa productora. En otros es sólo un síntoma integrado en un cuadro clínico de manifestaciones más extensas, como por ejemplo la que acompaña a las enfermedades hematológicas (2).

Por regla general, es benigna y cesa espontáneamente sin tratamiento o mediante medidas conservadoras que toma el propio paciente, tras una pérdida escasa de sangre (3). Cuando no cede es requerida la asistencia médica, en la que se involucran los médicos de asistencia primaria y de urgencias, y en último término, si la epistaxis es refractaria a los tratamientos realizados por estos, el otorrinolaringólogo (4). Este se debería ocupar entonces de las hemorragias nasales un tanto inusitadas que no ceden fácilmente a las medidas realizadas por el propio paciente y por otros médicos (5).

Podemos definir la epistaxis refractaria como aquella compuesta por múltiples episodios en un corto periodo de tiempo, cada uno de los cuales requiere atención médica o por un sangrado persistente o recurrente tras un taponamiento apropiado. Su origen suele estar en la parte posterior o superior de las fosas nasales, lo que las hace difíciles de controlar mediante los tratamientos habituales (6). También, en raras ocasiones, el sangrado puede ser incoercible a toda medida terapéutica convirtiéndose en un desafío para el facultativo. Se han descrito casos con compromiso vital por aspiración, hipotensión, hipoxia, e infarto de miocardio (7). Es por esto por lo que la epistaxis nunca debe ser considerada como un acontecimiento sin importancia.

De lo que no cabe duda es que la epistaxis es un proceso muy frecuente que una buena parte de la población ha experimentado o experimentará alguna vez en su vida aunque, debido a que la mayoría no requieren atención médica, su incidencia y prevalencia son difíciles de calcular.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio prospectivo sobre la totalidad de las consultas urgentes motivadas por epistaxis en el servicio de Otorrinolaringología de nuestro hospital en el periodo de un año (noviembre de 1998 – octubre de 1999). Nuestro complejo hospitalario consta de 1.469 camas de las cuales 405 son de un hospital psiquiátrico

y cubre un área sanitaria con una extensión de 5.127 km², atendiendo a una población potencial de 467.738 habitantes, de los cuales el 52,7 % son mujeres y 47,3 % hombres. Para este trabajo se extraen datos de filiación, edad, sexo, localización, resangrado e ingreso hospitalario, de una base de datos realizada a partir de un cuestionario más extenso. Se realiza un análisis estadístico utilizando las pruebas de T-Student y χ^2 , y un modelo de regresión logística (programa SPSS para Windows).

RESULTADOS:

En el servicio de Urgencias de nuestro complejo hospitalario se han registrado 114.792 consultas durante el periodo de estudio, de las que 2.598, es decir el 2,26 %, han sido atendidas en el servicio de Otorrinolaringología. Por epistaxis hemos recogido 347 consultas (13,3 % de las urgencias ORL) que correspondieron a 279 pacientes. Con estos datos obtenemos una incidencia de 6 casos / 10.000 por año.

Analizando la incidencia de epistaxis a lo largo de los meses que duró el estudio, observamos una preferencia por los meses invernales, con un pico en el mes de marzo y una disminución a lo largo de los meses siguientes (figura 1).

Fueron 173 hombres (62 %) y 106 mujeres (38 %), con una razón mujer / hombre de 0,6:1. La edad media fue 49,9 años (DS = 24,54), con un rango de 3 a 92. Los pacientes mayores de 50 han supuesto el 57,3% de nuestra serie. Clasificando la muestra por décadas la distribución fue bimodal con una moda mayor entre los 61-80 años y otra menor entre los 11 y los 20. Si analizamos la distribución por edades según el sexo, no encontramos diferencias significativas (figura 2).

En un 4% de las asistencias no se observó sangrado activo en el momento de la exploración. Por localizaciones las más frecuentes han sido las epistaxis anteriores, de las cuales se originaron en el locus de Kiesselbach un 73 %. Las posteriores fueron un 17 %, y en un 24 % no fue posible la localización específica del punto sangrante (figura 3). Las epistaxis anteriores han afectado por igual a hombres y mujeres, sin embargo las posteriores han sido más frecuentes en los varones ($p < 0,02$). Según la edad las epistaxis anteriores han preponderado en todas las décadas de la vida excepto en los mayores de 80 años donde predominaron las posteriores. Los niños sólo han padecido epistaxis anteriores. En los adultos jóvenes anecdóticamente se ven sangrados posteriores y es después de los 40 años cuando la incidencia de hemorragias nasales posteriores aumenta considerablemente (figura 4).

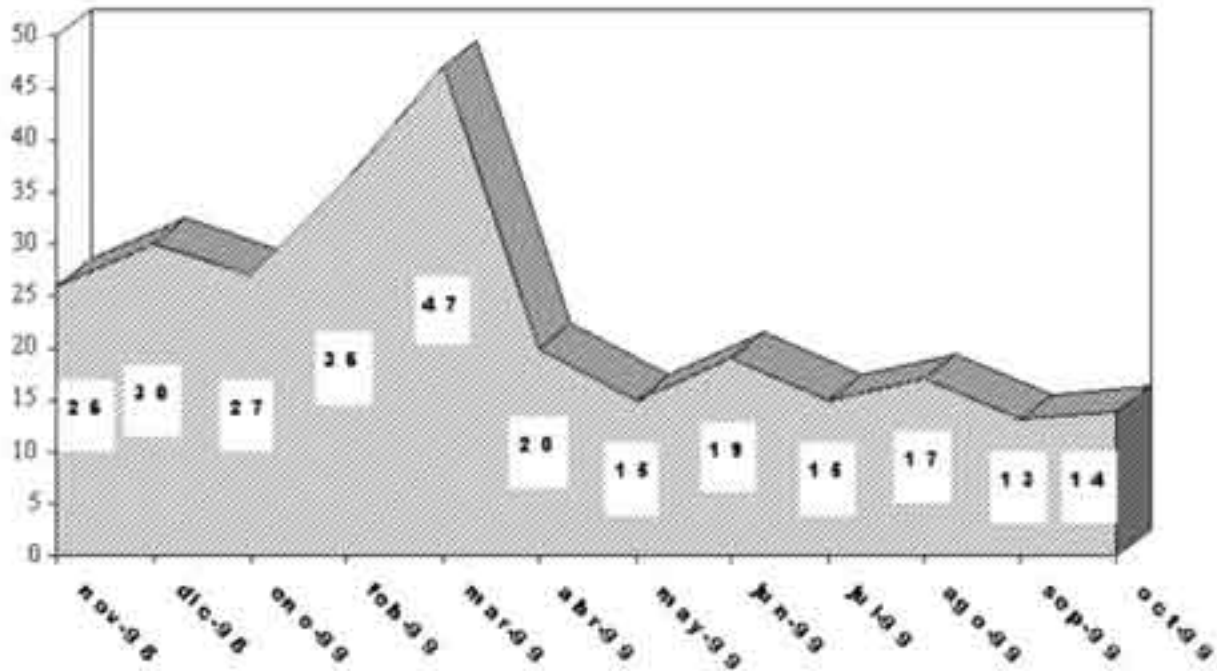


Figura 1. Distribución mensual a lo largo del periodo de estudio.

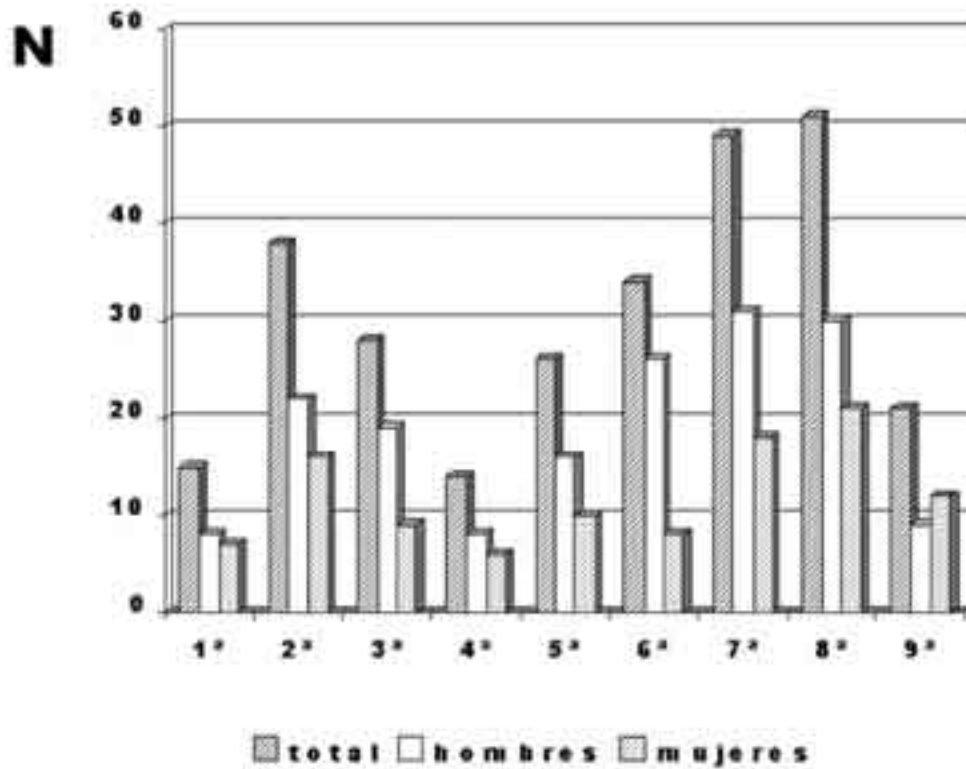


Figura 2. Distribución por décadas de edad y según sexo.

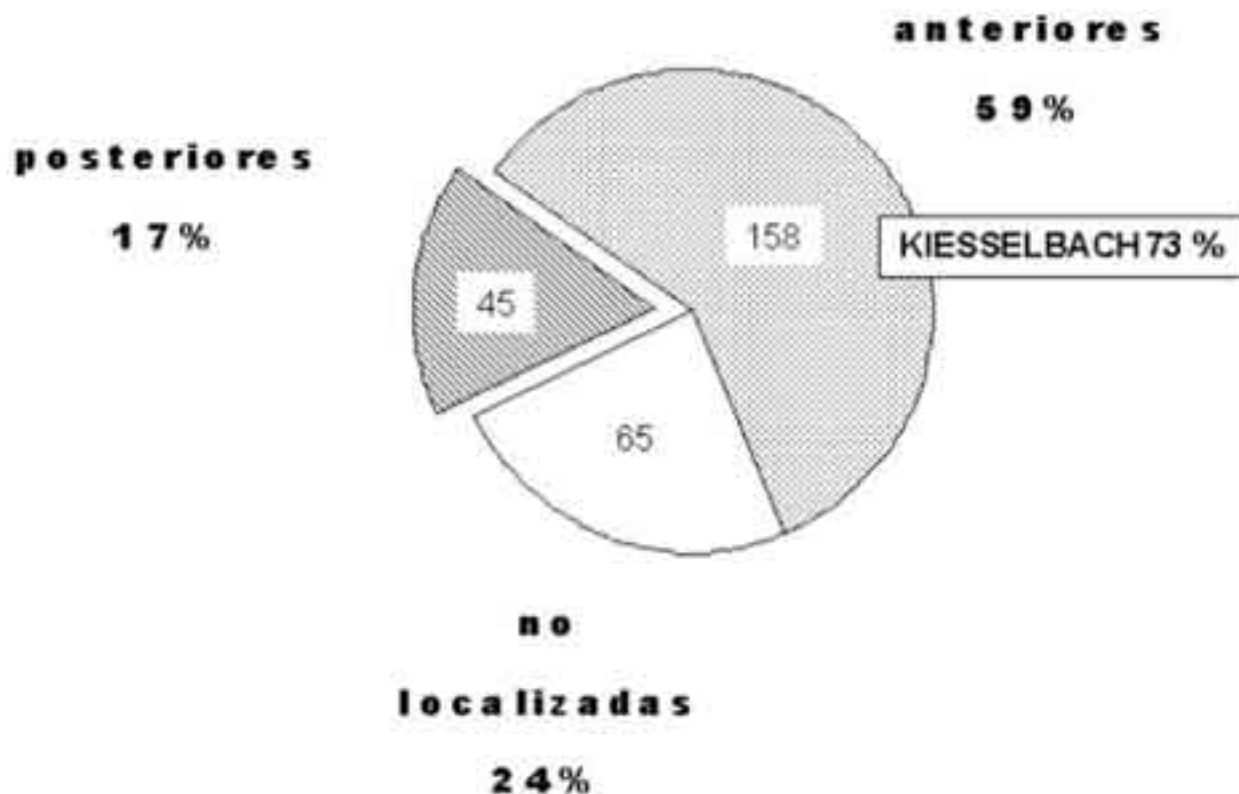


Figura 3. Localización del punto sangrante.

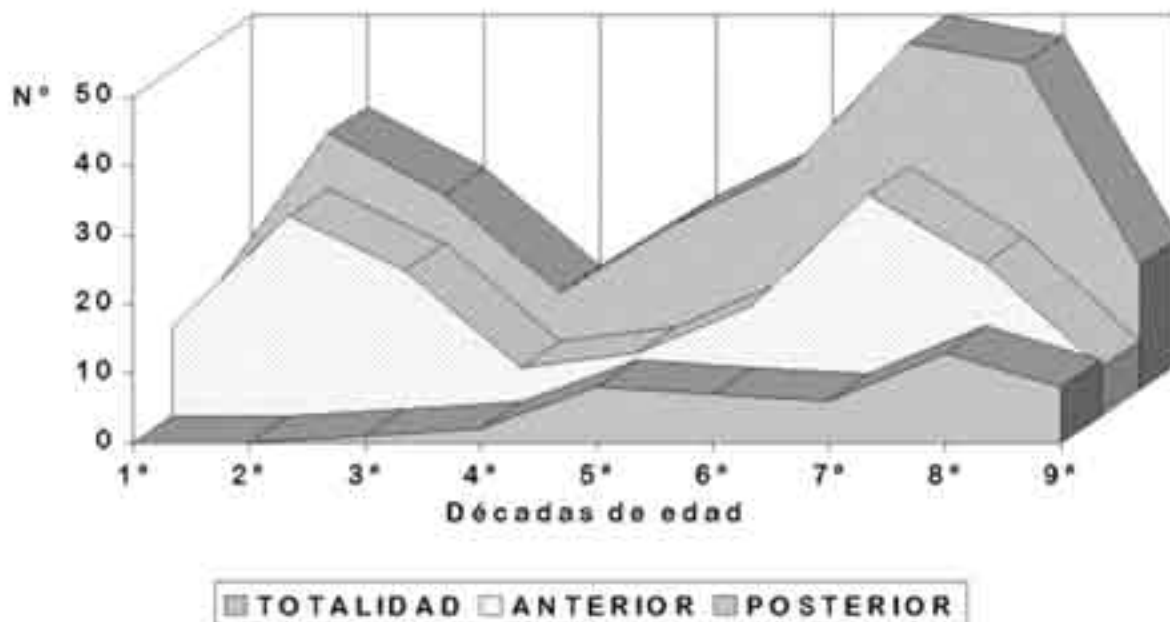


Figura 4. Distribución por localizaciones según décadas de edad.

Tras el tratamiento apropiado, resangró el 18 % de nuestra serie. Debido a la refractariedad de la epistaxis han necesitado 2 asistencias el 13 %, y más de tres asistencias el 5 %. Para intentar explicar el comportamiento de la variable resangrado hemos utilizado un modelo de regresión logística mediante un estudio multivariable, y detectamos sólo dos variables significativas: la edad y la localización ($p < 0,00$). El intervalo de edad entre 30 y 59 años ha sido el que más frecuentemente ha resangrado (30,1 %). Los mayores de 60 años lo hicieron en un 15,7 %, y los menores de 30 sólo un 9,9 %. Las epistaxis posteriores refractarias fueron un 33,3 % frente al 14,6 % de las anteriores.

Ha sido necesario el ingreso urgente en 21 pacientes (7,5 %), con una razón de hombres frente a mujeres de 4,2:1, sin encontrarse diferencias respecto al sexo con los ambulatorios. La edad media ha sido 60,1 años (DS = 17,78) frente a los 49 años de los que no ingresaron ($p = 0,01$). Su estancia media ha sido 9,2 días (DS = 7,98). Por localizaciones lo más frecuente ha sido el ingreso de epistaxis activas sin localización del punto de sangrado (42,9 %) seguidas por las posteriores (6, 28,6 %). Hemos ingresado 3 epistaxis anteriores recidivantes, y tres sin sangrado activo pero con mal estado general. La mayoría lo han hecho en camas de ORL, aunque también existieron casos que ingresaron en otros servicios, como hematología, o medicina interna. No hemos recogido ningún caso de éxitus.

DISCUSIÓN:

Debido a que la mayoría de los pacientes con epistaxis no solicitan atención médica, su incidencia y prevalencia en la población general es difícil de calcular. Se ha propuesto una incidencia de 30 casos / 10.000 habitantes por año (5) y un amplio rango de prevalencias (8, 9) entre el 7 y el 60% de la población, de los que sólo el 10 % busca atención médica. El ORL atendería entre un 6-10% de estos últimos (10). Nosotros informamos una incidencia de 6 casos / 10.000 por año, algo inferior que la de la literatura, quizá debido a que nuestras epistaxis son las exclusivamente vistas por el ORL hospitalario.

En nuestro estudio la epistaxis supuso un 13,3 % de las urgencias ORL. Estos datos son congruentes con otras series revisadas en hospitales de nuestro medio (11-16). En ellas el sangrado nasal es una de las causas más frecuentes de demanda de consulta urgente de la especialidad, suponiendo un 11,9 – 18 %, y sólo es superada por la patología infeccioso-inflamatoria cuando se considera de manera general englobada en procesos hemorrágicos. Es por ello que su atención constituye una parte importante de la labor asistencial de los ORL.

Observamos una preferencia por los meses invernales en nuestra serie. Se ha defendido en numerosos estudios (4, 7) que la epistaxis presenta una variación estacional, siendo el número de pacientes mayor en otoño e invierno, asociándose al tiempo frío y a la baja humedad, lo que coincide con el aumento de incidencia de las infecciones respiratorias altas. Nunez y cols. (17) encontraron un coeficiente de correlación de Pearson de -0,81 ($p < 0,01$) entre la temperatura media mensual y los ingresos mensuales. Sin embargo Stopa y Schönweiler (18) la han relacionado más con los cambios de presión atmosférica y con la humedad, que con la temperatura. Pérez y cols. (13), en Zaragoza, no encontraron diferencias estacionales, y García y cols. (12), en Toledo, observaron mayor incidencia en el tercer trimestre del año.

La predominancia masculina es casi constante en la literatura. En la serie de Juselius (7) de 1.724 pacientes el 58 % fueron hombres. Tomkinson A y cols. (19) (6.885 pacientes) sólo encontraron un índice de epistaxis considerablemente inferior en mujeres durante su época reproductiva frente a los hombres de su misma edad, lo que no sucedió en edades más avanzadas. Este hallazgo también se observa en la serie de Juselius (7). Sin embargo nosotros no lo comprobamos, obteniendo una razón por sexo similar para el intervalo de edad de 20 a 50 años que para los mayores de 50.

Para explicar la supuesta protección sobre la epistaxis de las mujeres durante su época reproductiva, se han propuesto al menos tres soluciones: Su estatus hormonal que protegería de la epistaxis al igual que lo hace en las enfermedades cardiovasculares, actuando de forma beneficiosa sobre el sistema hemostático, sobre la mucosa nasal, o sobre el mismo sistema cardiovascular; las diferentes conductas sociales que hacen que otras causas de epistaxis sean menos frecuentes en las mujeres de esa edad (p.e. traumatismos nasales); por último la naturaleza más estoica ante la hemorragia en las mujeres que las hace reticentes a acudir al hospital por esta causa (19).

Los datos referentes a la edad coinciden con la mayoría de la literatura revisada. En la serie de Juselius (7) existió una mayor incidencia en los pacientes más añosos siendo los mayores de 50 años un 71,4 %. La distribución bimodal, que recuerda la diferenciación clásica entre epistaxis juvenil y epistaxis del adulto (20), ha sido informada por otros autores (13, 19). La preferencia por los pacientes de más edad ha sido achacado tradicionalmente a la enfermedad vascular arteriosclerótica, que produce fragilidad vascular por cambios degenerativos en la capa íntima y media de las arterias (21). Otros factores implicados han sido las alteraciones del sistema hemostático dependientes de la edad (19), y la hipertensión arterial aunque el papel de esta última es actualmente muy discutido (22).

La predominancia masculina en las epistaxis posteriores se constata en otras series (23-26), y se cree que puede ser debido al peor perfil lipídico que tienen los varones desde edades más tempranas, lo que conduce a la aterosclerosis de las arterias de las fosas nasales de mayor calibre, que se localizan más posteriores.

El 18 % de nuestros pacientes padecieron epistaxis refractarias. La tendencia informada de los pacientes adultos de edad media al resangrado puede ser debida a su estilo de vida más activo y su actitud menos colaboradora en el periodo de convalecencia, o bien simplemente a la mayor facilidad para acudir al hospital. La dificultad en el manejo de las epistaxis posteriores es bien conocido en la literatura (25, 26).

El ingreso urgente, en todos los casos, ha de ser guiado por criterios basados en las condiciones del paciente (presencia de hemorragia activa, alteración aguda de sus constantes vitales), o bien por necesidades de asistencia como la realización de técnicas especiales como taponamientos posteriores o quirúrgicos / intervencionistas (9, 11, 27, 28). Nuestros datos coinciden de nuevo las series revisadas (9, 27, 28), donde se confirma que la epistaxis es una de las causas más frecuentes de ingreso urgente en ORL. Los enfermos ingresados por epistaxis son de mayor edad que los ambulatorios. Esto puede deberse a que sufren más epistaxis posteriores, que son las más refractarias y las que necesitan opciones terapéuticas que indican ingreso y a que son los que padecen más enfermedades y por tanto los que más fácilmente pueden descompensarse.

Afortunadamente no hemos recogido ningún caso de muerte. En la serie más amplia de Juselius (7), se informa de un índice de mortalidad del 0,6 %. Mediante un estudio exhaustivo de las causas de muerte, sin embargo solo detectamos cuatro directamente relacionadas con el sangrado, siendo los demás casos consecuencia de la enfermedad de base.

CONCLUSIONES

1. La epistaxis es uno de los motivos de consulta e ingreso urgente de la especialidad ORL
2. Afecta preferentemente a los varones, y los sujetos de edades medias y avanzadas.
3. La localización más frecuente en todas las edades es la anterior, en su mayor parte localizada en el área de Kiesselbach; aunque a partir de los 40 años la incidencia de las posteriores aumenta de forma característica, afectando más a los varones.
4. El mayor índice de resangrado se presenta en las epistaxis de localización posterior y en los pacientes entre los 30 y los 59 años.
5. Los pacientes que ingresan en el hospital tienen más edad que los que no ingresan, padecen más epistaxis posteriores, y padecen más enfermedades.

BIBLIOGRAFIA:

- (1) Vallés H: Epistaxis, en Otorrinolaringología. Editado por Abelló P, Traserra J. Barcelona. Doyma, 1992, pp 311-316.
- (2) Becker W, Naumann HH, Pfaltz CR: Hemorragia nasal (epistaxis), en: Otorrinolaringología. Manual ilustrado. Editado por Becker W, Naumann HH, Pfaltz CR. Barcelona. 2ª ed esp. Doyma, 1992, pp 153-157.
- (3) Saunders WH: Epistaxis, en Otorrinolaringología. Editado por Paparella MM, Shumrick DA. Buenos Aires. Médica Panamericana, 1982, pp 1979-1993.
- (4) Jackson KR, Jackson RT. Factors associated with active, refractory epistaxis. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 1988; 114:862-865.
- (5) Small M, Maran AG. Epistaxis and arterial ligation. J Laryngol Otol, 1984; 98:281-284.
- (6) Tseng EY; Narducci CA; Willing SJ; Sillers MJ. Angiographic embolization for epistaxis: a review of 114 cases. Laryngoscope, 1998; 108:615-619.
- (7) Juselius H. Epistaxis: a clinical study of 1724 patients. J Laryngol Otol, 1974; 88:317-327.
- (8) Petruson B. Epistaxis. A clinical study with special reference to fibrinolysis. Acta Otolaryngol Suppl (Stockh), 1974; 317:1-73.
- (9) Moñux A, Tomás M, Kaiser C, Gavilán J. Conservative management of epistaxis. J Laryngol Otol, 1990; 104:868-870.
- (10) Lepore ML: Epistaxis, en Head and neck-Otolaryngology. Editado por Bailey BJ. Lippincott - Raven Pub. Bibliomed textbook software V.2.0, 1996.
- (11) López Amado M, García Sarandeses A, Herranz González-Botas J, López Blanco G, Martínez Vidal J. Adecuación de los ingresos hospitalarios urgentes a un servicio de ORL de un hospital de

- tercer nivel. *Acta Otorrinolaring Esp*, 1993; 44:31-34.
- (12) García Lozano M, Muñoz Platón E, Jiménez Antolín J, Galán Morales JT, Galdeano Granda E. Urgencias externas ORL a nivel hospitalario: estudio descriptivo de un año de asistencia. *Anales ORL Iber-Amer*, 1997; 23:601-614.
- (13) Pérez Obón J, Rivares Esteban J, Leache Pueyo J, Fernández Liesa R, Marín García J, Sevil Navarro J, Mateo Blanco A. Estudio de las urgencias externas otorrinolaringológicas en un hospital terciario. *Acta Otorrinolaring Esp*, 1995; 46:298-304.
- (14) Sánchez Gómez S, Dueñas Parrilla JM, Alvarez Batista A, Ceballos Pedraza JM. Urgencias ORL en una ciudad sanitaria. Estudio descriptivo. Grado de adecuación de la demanda respecto a la asistencia ORL hospitalaria. *Acta Otorrinolaring Esp*, 1990; 41:397-404.
- (15) Cuchi Broquetas A. Urgencias en otorrinolaringología: estudio etiológico. *Anales ORL Iber-Amer*, 1989; 16:485-504.
- (16) Agrawal R, Hampal S, Flood LM. The open access ENT casualty service. *J Laryngol Otol*, 1992; 106:719-721.
- (17) Nunez DA, McClymont LG, Evans RA. Epistaxis: a study of the relationship with weather. *Clin Otolaryngol*, 1990; 15:49-51.
- (18) Stopa R, Schönweiler R. Ursachen von Nasenbluten in Abhängigkeit von Jahreszeit und Wetterlage. *HNO*, 1989; 37:198-202.
- (19) Tomkinson A, Roblin DG, Flanagan P, Quine SM, Backhouse S. Patterns of hospital attendance with epistaxis. *Rhinology*, 1997; 35:129-131.
- (20) Conde Jahn F: Epistaxis, en: *Otorrinolaringología*. Editado por Conde Jahn F, Chiossone Lares E. Barcelona. Editorial Científico Médica, 1972, pp 495-503.222
- (21) Emanuel JM: Epistaxis, en *Otolaryngology - Head and neck surgery*. Editado por Cummings CW. St Louis. 3ª ed. Mosby – Year Book Inc, 1998, pp 852-865.
- (22) Lubianca Neto JF, Fuchs FD, Facco SR, Gus M, Fasolo L, Mafessoni R, Gleissner AL. Is epistaxis evidence of end-organ damage in patients with hypertension?. *Laryngoscope*, 1999; 109:1111-1115.
- (23) Strong EB, Bell DA, Johnson LP, Jacobs JM. Intractable epistaxis. Transantral ligation vs. Embolization – efficacy review and cost analysis. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 1995; 113:674-678.
- (24) Monte ED, Belmont MJ, Wax MK. Management paradigms for posterior epistaxis: A comparison of costs and complications. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 1999; 121:103-106.
- (25) Frikart L; Agrifolio A. Endoscopic treatment of posterior epistaxis. *Rhinology*, 1998; 36:59-61.
- (26) Della Faille D, Schmelzer B, Vidts G, Kunnen J, Cammaert T, Katz S, Leirens J. Posterior epistaxis: Our experience with transantral ligation and embolisation. *Acta Otorhinolaryngol Belg*, 1997; 51:167-171.
- (27) Shaw CB, Wax MK, Wetmore SJ. Epistaxis: a comparison of treatment. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 1993; 109:60-65.
- (28) Pollice PA, Yoder MG. Epistaxis: a retrospective review of hospitalized patients. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 1997; 117:49-53.