

Epistaxe na Infância

Julio Heinichen M.

A epistaxe é uma emergência freqüente do consultório pediátrico e otorrinolaringológico.

Incidência. Ocorre raramente em lactentes e vai aumentando gradualmente de incidência, até atingir um pico ao redor dos 7-13 anos de idade. A partir daí diminui bastante até a velhice, quando volta a aumentar devido a alterações vasculares sistêmicas.

Os sangramentos nasais anteriores que têm sua origem na porção anterior do septo nasal (principalmente na área do plexo de Kisselbach) são os mais freqüentes, correspondendo a 80% das epistaxes e, habitualmente, não requerem hospitalização, sendo controlados com relativa facilidade, com procedimentos ambulatoriais (cauterização química, electrocoagulação, tamponamento anterior com gaze ou outros materiais). A epistaxe grave, no entanto, requer cuidados emergenciais para o seu controle, sob pena de promover um desequilíbrio hemodinâmico, com conseqüente choque hipovolêmico ou óbito.

Segundo Montgomery, a epistaxe é mais bem classificada de acordo com a sua localização: anterior ou posterior. O sangramento anterior ocorre no plexo de Kisselbach ou área de Little, podendo ser proveniente de um ramo da artéria etmoidal anterior, ramo septal da artéria labial superior, ramo septal da artéria maxilar e/ou ramo nasal da artéria palatina maior. O sangramento posterior ocorre tanto das artérias etmoidais anterior e/ou posterior quanto da artéria septal e/ou artéria nasal lateral posterior, ambas ramos da artéria maxilar.

Conforme o fator etiológico as epistaxes podem ser divididas em quatro grupos, de acordo com Younkers e colaboradores: A) causas locais; B) causas associadas a processos neoplásticos; C) causas associadas a alterações hematológicas; D) outras causas. As causas locais incluem: alergia nasal, medicações intranasais, trauma por manipulação digital e reações à presença de corpo estranho. Nas epistaxes associadas a neoplasias, destacam-se o angiofibroma e os tumores malignos. As epistaxes associadas a alterações hematológicas incluem leucemia, anemia, púrpura, policitemia, hemofilia, linfoma e doença de Hodgkin. Em outras causas: hipertensão, teleangectasia familiar, distúrbios hepáticos, diferenças bruscas de pressão atmosférica, psicopatias, medicações, especialmente, anticoagulantes e uso de crônico dos corticóides tópicos nasais.

Causas locais. Considerações etiopatogênicas. As hemorragias espontâneas (ou idiopáticas) juntamente com trauma digital são as causas de hemorragias nasais mais comuns na infância e na grande maioria das vezes são benignas.

Em primeiro lugar é necessário descaracterizar este tipo de hemorragia nasal de uma urgência ou emergência. Habitualmente, as mães ficam muito angustiadas com o início de sangramento nasal, e procuram o médico imediatamente. Devemos passar uma orientação tranquilizadora, afirmando que não se trata de nada complexo e em seguida avaliarmos a criança.

Na maioria das vezes, o sangramento origina-se de uma veia ou artéria sem qualquer alteração prévia, daí o termo espontâneo.

O **trauma digital** juntamente com a **hemorragia espontânea** são as **causas mais comuns de epistaxe na criança**. Embora seja muito superficial, a lesão na mucosa se faz em uma área muito vascularizada (área de Kisselbach) e torna-se preocupante para a mãe, pois é repetitiva e a cada remoção da crosta hemática, ocorre uma nova hemorragia.

As cirurgias, especialmente em crianças, as turbinectomias parciais ou cauterizações elétricas das conchas nasais podem provocar sangramentos nasais. Também as setoplastias ou rinosseptoplastias podem ter como complicação a epistaxe.

Corpo estranho. Em crianças com hemorragia nasal acompanhada de sinais inflamatórios locais e secreções fétidas, a presença de corpo estranho deve ser aventada.

Os corpos estranhos nasais são substâncias, geralmente inertes, suficientemente pequenas para serem introduzidas na fossa nasal, na maioria das vezes voluntariamente.

Geralmente as crianças apresentam rinorréia unilateral, que gradualmente vai se tornando purulenta e fétida. Dor no nariz e irritação local são sintomas que ocorrem logo no início do quadro. Dependendo do tipo de corpo estranho e do tempo de evolução, pode ocorrer epistaxe.

Em crianças e adolescentes do sexo masculino, com história de sangramento nasal intenso e freqüente deve-se suspeitar de angiofibroma juvenil, tumor benigno originário da fossa ptérgico-maxilar e que pode causar hemorragias violentas, principalmente se for inadvertidamente biopsiado.

Em determinadas doenças agudas, como sarampo, mononucleose, resfriados comuns, coqueluche, há uma diminuição da resistência vascular e aumento da fragilidade capilar, provocando com freqüência o sangramento nasal.

Tratamento da hemorragia nasal. O controle da hemorragia deve estar relacionado com a causa do sangramento e sua localização anatômica.

Infelizmente, em algumas situações o médico não conhece a causa e nem consegue identificar seu local. Nestas circunstâncias a conduta de emergência deve ser empírica, através de tamponamentos, tomando-se as primeiras iniciativas para controlar a hemorragia.

A localização do ponto de sangramento facilita muito a orientação terapêutica e nestes casos é básico saber se é anterior ou posterior, para que os esforços sejam dirigidos para a área lesada.

Com muita freqüência, frente ao sangramento nasal profuso, a identificação do

local da hemorragia torna-se bastante difícil. O exame da cavidade do nariz pela rinoscopia anterior com iluminação adequada e/ou utilização de telescópio rígido de 30°, com auxílio de um aspirador potente, para se remover sangue e coágulos, faz-se necessário.

Tamponamento nasal. Nas crianças, na grande maioria das vezes o sangramento é septal, venoso (região retrocolumelar) e na zona de Kisselbach, de origem arterial.

São facilmente identificados e também controlados. Em primeiro lugar devemos colocar um “chumaço” de algodão ou gaze embebido em um vasoconstritor e anestésico tópico sobre a região anterior que sangra, por alguns minutos. Em seguida removemos o tampão e identificamos o vaso que sangra, podendo ser cauterizado com produtos químicos (ácido tricloroacético ou nitrato de prata, com concentração de 80%) ou simplesmente “protegido” com neomicina, que é hoje a conduta mais recomendada. Não se pode esquecer de orientar o tratamento das crianças com rinite alérgica, pois muitas vezes o trauma nasal é provocado pelo prurido nasal próprio dos alérgicos.

Em crianças é uma raridade necessitarmos de tamponamento nasal anterior e/ou posterior. Como já mencionamos anteriormente, na grande maioria das vezes os sangramentos na infância são controlados sem tamponamento, mas excepcionalmente precisamos utilizar este recurso. Existe uma grande variedade de materiais para tamponamento anterior e posterior: gazes com lubrificantes, algodão, compressas estéreis expansíveis (Merocel®) e mesmo balões emborrachados (de vários tipos, preenchidos por ar, líquido, tecido ou esponja).

Quando o sangramento nasal for tão intenso que o tamponamento anterior não conseguir resolver, devemos então nos decidir pelo posterior, associado com o anterior.

O tratamento cirúrgico tem sua indicação para os casos que não respondem ao tratamento conservador, ou quando houver recidiva do sangramento após a conduta inicial, e será tanto mais efetivo quanto melhor for o diagnóstico topográfico.

Leituras recomendadas

1. El Simily O. Endonasal endoscopy and posterior epistaxis. *Rhinology* 31:119-20,1993.
2. Silverblatt BL. Epistaxis – evaluation of surgical care. *Laryngoscope* 65:431-46,1955.
3. Younkers et al. Etiology and management of epistaxis. *Ent J* 60:453-6,1981.
4. Stamm A et al. Microsurgery in severe posterior epistaxis. *Rhinology* 23:321-32,1985.
5. Abelson TA. Epistaxis. In: Paparella MM, Shumrick DA, Gluckman JL, Meyerhoff WL. *Otolaryngology*. 3 ed. Philadelphia: Saunders, 1991. p.1931-1841.