

Endoscopia nasal e a localização do sítio de sangramento na epistaxe: a revolução da última década

Nasal endoscopy and the localization of the bleeding source in the epistaxis: the revolution of the last decade

Glauco Soares de Almeida¹, Camilo A. Diógenes²,
Sebastião D. Pinheiro³

Palavras-chave: epistaxe, sangramento nasal, tratamento.
Key words: epistaxis, nasal bleeding, treatment.

Resumo / Summary

A epistaxe continua sendo uma das emergências otorrinolaringológicas mais comuns e preocupantes. Apesar do grande interesse no assunto, ainda não há consenso com relação à sua melhor abordagem inicial. **Objetivo:** Avaliar o sítio de sangramento em pacientes com epistaxe ativa ou recorrente. **Forma de Estudo:** Clínico prospectivo. **Materiais e Método:** Trinta pacientes adultos com epistaxe ativa ou recorrente foram avaliados com rinoscopia anterior clássica e endoscopia para identificação do sítio de sangramento na cavidade nasal. **Resultado:** O uso do endoscópio permitiu o diagnóstico do sítio de sangramento em todos os pacientes. **Conclusão:** O exame endoscópico cuidadoso da porção posterior da cavidade nasal permite a identificação do sítio de sangramento na maioria dos casos de epistaxe e deve ser considerado um exame de rotina.

E pistaxis remains one of the most common otorhinolaryngology emergency. Despite considerable interest in the subject there remains no agreement on the most appropriate primary therapeutic modality. **Aim:** The purpose of this was the evaluation of the bleeding source of adults acute or recurrent epistaxis. **Study Design:** Clinical prospective. **Material and Method:** Thirty adults patients with acute or recurrent epistaxis were evaluated using frontal light and endoscope for identification of the bleeding source in the nasal cavity. **Results:** The use of the nasal endoscope allowed diagnosis of the bleeding point in all patients. **Conclusion:** A careful examination of the posterior nasal cavity allow the identification of the bleeding source in most patients and should be routine.

¹Especialista em Otorrinolaringologia, Médico do Corpo Clínico do Hospital Otoclínica.

²Médico Generalista. (Emergentista.)

³Professor Adjunto Doutor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, Chefe do Serviço de ORL de Universidade Federal do Ceará. Hospital Otoclínica - Fortaleza, Ceará.

Endereço para correspondência: Dr. Glauco Soares de Almeida - Rua José Vilar 2720 ap. 402 Dionísio Tórres 60125-001 Fortaleza CE.

Tel (0xx85) 3264-7498 - E-mail: glaucosoaresalmeida@ig.com.br

Artigo recebido em 14 de março de 2005. Artigo aceito em 30 de março de 2005.

INTRODUÇÃO

Poucas questões dentro da otorrinolaringologia tiveram seus paradigmas tão profundamente alterados nas últimas décadas como o tratamento da epistaxe. Termos como “epistaxe intratável” e “tratamento conservador” precisam ser revistos. O motivo maior desta mudança de paradigmas foi o advento e a popularização da endoscopia nasal. Epistaxes antes taxadas de “intratáveis” e conduzidas com múltiplos tamponamentos, ligaduras de artérias carótida e/ou maxilar^{1,2} ou mesmo embolização de vasos³, mostraram-se de muito fácil diagnóstico e tratamento através da cirurgia endoscópica nasossinusal. Tratamentos antes classificados como “conservadores”, como o tamponamento nasal, hoje nos parecem muito mais traumáticos, desconfortáveis e em alguns casos com maiores riscos⁴ que pequenos procedimentos endoscópicos como a cauterização local ou ligadura de artéria esfenopalatina.

A melhor compreensão da vascularização nasal e dos sítios mais frequentes de sangramento é fator primordial para uma abordagem terapêutica eficiente. A ligadura da carótida externa, em 1925, por Hyde², foi a primeira ligadura vascular para controle de epistaxe. Procurando intervir mais próximo do sítio de sangramento intranasal, Chandler¹, em 1965, realizou, pela primeira vez, a ligadura da artéria maxilar por via transantral. A partir da primeira ligadura da artéria esfenopalatina com utilização de microscópio (Stamm, 1985)⁵ e endoscópica (Budrovich e Saette, 1992)⁶, foram estabelecidas as abordagens intranasais para controle da epistaxe. Desde então, o tratamento da epistaxe sob magnificação microscópica ou endoscópica do segmento posterior da cavidade nasal vem se popularizando e transformando este procedimento menos desafiador e angustiante.

OBJETIVO

Identificar, através da videoendoscopia nasal, o sítio de sangramento na cavidade nasal em pacientes com epistaxe ativa ou recorrente.

MATERIAL E MÉTODO

Foi realizado um estudo prospectivo de 30 pacientes atendidos com epistaxe, em serviço de pronto-atendimento otorrinolaringológico (Otoclínica - Fortaleza, CE), no período de janeiro/2002 a agosto/2004. As idades variaram entre 32 a 68 anos, com idade média de 52 anos. Havia 17 (56,6%) pacientes do sexo masculino e 13 (43,3%) do sexo feminino.

Após a avaliação clínica e do estado geral, todos os pacientes foram examinados inicialmente através da rinoscopia anterior clássica com foco de iluminação frontal e, nos casos que não foram identificados o ponto de

sangramento, foram submetidos a avaliação endoscópica nasal.

Os sítios de sangramento foram classificados em: anterior ou posterior e em de parede nasal lateral ou de septo nasal.

RESULTADOS

Dos 30 pacientes avaliados, 19 (63,2%) apresentavam sangramento no segmento posterior da cavidade nasal, sendo 14 (46,6%) no septo nasal e 5 (16,6%) na parede nasal lateral. Os 11 pacientes (36,6%) que apresentavam sangramento no segmento anterior da cavidade nasal, todos eram localizados no septo nasal anterior. Nenhum paciente apresentava sangramento originado da região anterior da parede nasal lateral ou sangramento bilateral.

DISCUSSÃO

Iniciada por W. Messerklinger⁷, na Áustria, com posterior contribuições de vários otorrinolaringologistas, a cirurgia endoscópica do nariz e seios paranasais foi popularizada nos EUA por Kennedy⁸, a partir de 1985, e mundialmente a partir da década de 90.

A partir do relato de uso da endoscopia nasal no tratamento da epistaxe feito por Budrovich⁶, em 1992, seguiram-se várias publicações. Os primeiros artigos publicados sobre a utilização da técnica endoscópica no controle da epistaxe descreviam uma ampla antrostomia maxilar seguido da remoção da parede posterior do seio maxilar e ligadura dos vasos na fossa pterigomaxilar (White, 1996). Esta abordagem, considerada um avanço, porque era o mais terminal possível com relação à vascularização nasal, porém, ainda não atuava de forma direta sobre o sítio de sangramento intranasal. Após estudos de microdissecção anatômica em cadáveres, os trabalhos seguintes passaram a realizar a ligadura destes vasos ao nível do forame esfenopalatino, logo na entrada dos vasos para a cavidade nasal⁹⁻¹³. Com o conceito de que a ligadura vascular torna-se mais eficiente quanto mais próxima do sítio de sangramento, este procedimento nasal endoscópico tornou-se o padrão ouro na abordagem do paciente com epistaxe.

O uso regular da endoscopia na prática clínica durante a última década propiciou novos conhecimentos a respeito da etiologia e tratamento da epistaxe. O ponto de sangramento dentro da cavidade nasal pôde ser identificado com maior facilidade e precisão, advindo a possibilidade de tratamentos ainda menos invasivos, como a simples cauterização do ponto sangrador, que apresenta alto índice de eficácia¹⁴. A cauterização local do ponto sangrador, antes restrita às porções mais anteriores da cavidade nasal, pôde ser ampliada às porções posteriores devido a visualização endoscópica.

O uso clínico da endoscopia mostrou que, excluindo o septo nasal anterior como fonte de sangramento, ao contrário do que se acreditava, em nossa casuística, o local mais freqüente de epistaxe foi a porção posterior do septo nasal e não a parede nasal lateral, corroborando os dados da literatura^{14,15}. A literatura enfatiza a importância do plexo venoso de Woodruff, que corresponde a menos de 10% dos casos de epistaxe posterior¹⁵.

Estas observações clínicas corroboram os relatos de alta eficácia da cauterização da artéria esfenopalatina (e/ou seus ramos: artéria nasal lateral posterior e nasoseptal) no controle da epistaxe posterior, porém, abre a possibilidade de se intervir de forma ainda menos invasiva, pela cauterização local do ponto sangrador no septo nasal posterior através de visualização endoscópica, também com altos índices de eficácia^{16,17}.

CONCLUSÃO

O local mais freqüente de sangramento nasal posterior é o septo nasal. Caso o sítio de sangramento não seja identificado pela rinoscopia anterior é imperiosa a realização da endoscopia nasal. A identificação e a cauterização do ponto de sangramento sob magnificação endoscópica do septo nasal posterior torna o procedimento efetivo e minimamente invasivo, evitando a cauterização desnecessária da artéria esfenopalatina.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chandler JR, Serrin AJ. Transantral ligation of the maxillary artery for epistaxis. *Laryngoscope* 1965; 75: 1151-9.
2. Hyde FT. Ligation of the external carotid artery for control of idiopathic nasal haemorrhage. *Laryngoscope* 1925; 35: 899.
3. Vokes DE, Mcivor NP, Wattie WJ, Morton RP. Endovascular Treatment of epistaxis. *ANZ J Surg* 2004; 74 (9): 751-3.
4. Jensen PF, Kristensen S, Juul A et al. Episodic nocturnal hypoxia and nasal packs. *Clin Otolaryngol* 1991; 16: 433-5.
5. Stamm AC, Pinto JA, Neto AF et al. Microsurgery in severe posterior epistaxis. *Rhinology* 1985; 23: 321-5.
6. Budrovich R, Saetti R. Microscopic and endoscopic ligation of the sphenopalatine artery. *Laryngoscope* 1992; 102: 1391-4.
7. Messerklinger W. Über die Drainage der menschlichen NNH unter normalen und pathologischen bedingungen. *Mitteclung Monatsschr Ohrenheick* 1966; 100: 56-68.
8. Kennedy DW, Zinreich SJ, Rosenbaum A, Jonhs ME. Functional endoscopic sinus surgery: theory and diagnostic evaluation. *Arch Otolaryngol* 1985; 111: 576-8.
9. White PS. Endoscopic ligation of the sphenopalatine artery: a preliminary description. *J Laryngol Oto* 1996; 110: 27-30.
10. Sharp HR, Rowe-Jones JM, Biring GS et al. Endoscopic ligation or diathermy of the sphenopalatine artery in persistent epistaxis. *J Laryngol Oto* 1997; 111: 1047-50.
11. Snyderman CH, Goldman SA, Carru RL et al. Endoscopic sphenopalatine artery ligation is an effective method of treatment for posterior epistaxis. *Am J Rhinol* 1999; 13: 137-40.
12. Almeida GS, Pinheiro SD, Neto CPD. Cauterização endoscópica da artéria esfenopalatina em epistaxe posterior. *Arq Fund Otorrinolaringol* 2001; 5 (2): 99-101.
13. Voegel RL, Thome DC, Iturralde PP et al. Endoscopic ligation of the sphenopalatine artery for severe posterior epistaxis. *Otol Head Neck Surg* 2001; 124: 464-7.
14. O'dnnell M, Robertson G, McGarry GW. A new bipolar diathermy probe for the outpatient management of adult acute epistaxis. *Clin Otolaryngol* 1999; 24 (6): 537-41.
15. Chiu TW, Shaw-Dunn J, McGarry GW. Woodruff's nasopharyngeal plexus: How important is it in posterior epistaxis? *Clin Otolaryngol* 1988; 23 (3): 279.
16. Babin E et al. Anatomic variations of the arteries of the nasal fossa. *Otol Head Neck Surg* 2003; 128 (2): 236-9.
17. Batra P et al. Surgical anatomy of the distal maxillary artery. *Otol Head Neck Surg* 2004; 131 (2): 186-7.