

CAPÍTULO 4

EPISTAXE AGUDA: AVALIAÇÃO, ESTRATIFICAÇÃO E CONTROLE

Eduarda Mascarello¹; Davi Barbosa Portela²; Letícia Ferreira Soares Vely³; Isabela Gomes Basilio⁴;

¹Graduanda em Medicina, Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz (FAG), Cascavel, Paraná, Brasil. E-mail: eduardamascarello@hotmail.com ²Mestrando em Odontologia, Faculdade Paulo Picanço (FACPP), Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: daviportela@hotmail.com ³Acadêmica de Medicina, Centro Universitário de Mineiros, campus Trindade (UNIFIMES), Trindade, Goiás, Brasil. E-mail: leticiafeso18@gmail.com ⁴Graduanda em Medicina, Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA, Anápolis, Goiás, Brasil. E-mail: issbelagomesbasilio@gmail.com

1. Introdução

A epistaxe está entre os motivos mais comuns de procura por atendimento otorrinolaringológico de urgência, sendo estimado que ao menos 60% da população apresentará ao menos um episódio ao longo da vida, ainda que apenas uma pequena fração — em torno de 6% — necessite efetivamente de atendimento médico (Beck *et al.*, 2018). Embora a maioria dos episódios seja autolimitada e resolva-se com medidas simples de compressão local, uma parcela dos casos evolui com sangramento persistente ou recorrente, exigindo intervenções escalonadas que vão da cauterização química ao tamponamento nasal e, em casos refratários, à ligadura cirúrgica ou embolização arterial.

Este capítulo apresenta uma abordagem estruturada e escalonada da epistaxe aguda, iniciando pela avaliação e estratificação de risco, passando pelas medidas de primeira linha e progredindo até as opções reservadas para o sangramento posterior refratário, incluindo considerações específicas sobre o paciente anticoagulado ou antiagregado.

2. Anatomia e Fisiopatologia Aplicadas

A grande maioria dos episódios de epistaxe — estimada em até 90% dos casos — origina-se na porção anterior do septo nasal, na área de Little, onde converge a rica rede vascular anastomótica conhecida como plexo de Kiesselbach, formado pela confluência dos ramos terminais das artérias etmoidal anterior, esfenopalatina, palatina maior e labial superior. Essa localização superficial e a confluência de múltiplos vasos de pequeno calibre explicam tanto a

alta frequência da epistaxe anterior quanto sua boa resposta a medidas simples de compressão e cauterização (Krulowitz; Fix, 2019).

A epistaxe posterior, embora menos frequente, tende a ser mais grave, origina-se predominantemente de ramos da artéria esfenopalatina na parede lateral e no teto da cavidade nasal posterior, e caracteriza-se por sangramento bilateral, de difícil localização direta ao exame e maior probabilidade de exigir tamponamento posterior ou intervenção hemostática mais invasiva (Koskinas *et al.*, 2024).

3. Avaliação Inicial e Estratificação de Risco

A avaliação inicial de todo paciente com epistaxe deve, antes de qualquer manobra local, contemplar a estabilidade hemodinâmica: sinais de hipotensão, taquicardia ou palidez cutâneo-mucosa indicam sangramento com repercussão sistêmica e demandam acesso venoso, reposição volêmica e avaliação laboratorial — incluindo hemograma, coagulograma e tipagem sanguínea — antes ou concomitantemente ao controle local do sangramento (National Ent Trainee Research Network, 2017).

A anamnese dirigida deve investigar uso de anticoagulantes ou antiagregantes plaquetários, histórico de coagulopatias, hepatopatia, hipertensão arterial não controlada e episódios prévios de epistaxe — sobretudo recorrência frequente, que pode sinalizar lesão vascular localizada ou, mais raramente, neoplasia nasossinusal subjacente. Um estudo sobre fatores de risco para evolução clínica grave em pacientes com epistaxe identificou idade avançada, uso de anticoagulantes e comorbidades cardiovasculares como preditores independentes de necessidade de internação e de intervenção além das medidas de primeira linha, reforçando que esses pacientes devem ser triados com maior prioridade e observados por período mais prolongado após o controle inicial do sangramento (Hadar *et al.*, 2026).

Pontos-chave — Avaliação Inicial

- Sinais de instabilidade hemodinâmica precedem qualquer manobra local: acesso venoso e reposição volêmica primeiro.
- Investigar uso de anticoagulantes/antiagregantes, coagulopatias e hipertensão não controlada.
- Idade avançada, anticoagulação e comorbidade cardiovascular predizem maior necessidade de intervenção além da primeira linha.

4. Manejo Escalonado

4.1 Primeira Linha: Compressão, Vasoconstritor e Cauterização

A compressão digital contínua da porção cartilaginosa do nariz por 10 a 15 minutos ininterruptos, com o paciente sentado e inclinado ligeiramente para frente — postura que reduz a deglutição de sangue e o risco de aspiração —, constitui a primeira medida e deve ser aplicada corretamente antes de se considerar qualquer intervenção adicional, já que a compressão malfeita é uma causa comum de aparente "falha" do tratamento conservador (National Ent Trainee Research Network, 2017; Beck *et al.*, 2018). A aplicação tópica de vasoconstritor (como oximetazolina) associada a anestésico local facilita tanto o controle do sangramento quanto a realização de exame endoscópico subsequente para identificação do foco hemorrágico.

Quando o foco de sangramento é identificado e localizado na área de Little, a cauterização química com nitrato de prata é o método de escolha, com boa eficácia e baixo custo; deve-se evitar a cauterização bilateral simultânea de pontos correspondentes em ambos os lados do septo pela mesma sessão, pelo risco — ainda que raro — de perfuração septal por necrose da mucosa em ambas as faces (National Ent Trainee Research Network, 2017).

O ácido tranexâmico tópico surgiu na última década como adjuvante eficaz nesse estágio inicial: ensaios clínicos randomizados comparando ácido tranexâmico tópico com tamponamento nasal para epistaxe anterior espontânea encontraram taxas de cessação do sangramento comparáveis entre os dois métodos, com a vantagem de menor desconforto e maior aceitabilidade para o paciente (Kamhieh; Fox, 2016). Uma revisão sistemática recente sobre o tema concluiu que, embora as evidências ainda sejam heterogêneas quanto à magnitude do benefício, o ácido tranexâmico tópico representa alternativa razoável e segura, sobretudo como adjuvante à compressão em pacientes com epistaxe anterior leve a moderada.

4.2 Segunda Linha: Tamponamento Nasal

Quando a compressão, o vasoconstritor e a cauterização não controlam o sangramento, o tamponamento nasal anterior torna-se necessário. As opções incluem gaze impregnada em vaselina, tampões nasais pré-fabricados expansíveis e balões infláveis específicos para epistaxe — estes últimos, de inserção mais simples e reprodutível, têm progressivamente substituído a gaze tradicional na maioria dos serviços de urgência (National Ent Trainee Research Network,

2017). É importante que o tamponamento seja posicionado corretamente, ocupando toda a extensão da cavidade nasal e exercendo pressão uniforme sobre a mucosa; um tamponamento aplicado apenas na porção anterior da narina funciona como simples tampão externo, sem exercer a pressão hemostática necessária sobre o foco de sangramento.

O tamponamento posterior — seja com balão específico de duplo compartimento, seja com sonda de Foley adaptada — é reservado para sangramentos posteriores não controlados pelo tamponamento anterior isolado, e sua colocação está associada a maior desconforto, risco de necrose por pressão do septo ou da columela, e necessidade frequente de internação hospitalar para monitorização, dado o risco descrito de reflexo naso-vagal com bradicardia e hipotensão, além do potencial de comprometimento da via aérea e de hipoxemia em pacientes com reserva respiratória limitada (Koskinas *et al.*, 2024).

4.3 Sangramento Refratário: Cauterização Endoscópica, Ligadura e Embolização

Diante de sangramento posterior refratário ao tamponamento, ou de episódios recorrentes que exigem tamponamentos repetidos, a cauterização endoscópica direcionada da artéria esfenopalatina — realizada sob visualização endoscópica no próprio centro cirúrgico — tornou-se a conduta preferencial na maioria dos centros especializados, com taxas de sucesso elevadas e menor morbidade em comparação ao tamponamento posterior prolongado (Koskinas *et al.*, 2024; Dispenza *et al.*, 2024). Uma revisão de escopo sobre ligadura e cauterização da artéria esfenopalatina para epistaxe recorrente ou não controlada reforça essa tendência, descrevendo a abordagem endoscópica como método efetivo e com perfil de complicações favorável quando comparado às alternativas cirúrgicas mais invasivas (Dispenza *et al.*, 2024).

A embolização angiográfica seletiva das artérias maxilar interna e, quando indicado, etmoidais, constitui alternativa para pacientes com sangramento refratário à cauterização endoscópica ou com contraindicação cirúrgica, mas está associada a riscos específicos — incluindo, ainda que raramente, acidente vascular cerebral isquêmico por embolização inadvertida de território cerebral — que devem ser ponderados em conjunto com a equipe de radiologia intervencionista.

Pontos-chave — Manejo Escalonado

URGÊNCIAS EM OTORRINOLARINGOLOGIA

Diagnóstico, Estratificação de Risco e Conduta na Urgência Otorrinolaringológica

- Compressão correta (10-15 min ininterruptos, tronco inclinado à frente) é a base — muitas "falhas" são falha de técnica, não do método.
- Ácido tranexâmico tópico é alternativa eficaz e mais confortável ao tamponamento para epistaxe anterior leve a moderada.
- Nunca cauterizar pontos correspondentes bilateralmente na mesma sessão — risco de perfuração septal.
- Tamponamento posterior exige internação e monitorização — risco de reflexo naso-vagal e comprometimento respiratório.
- Sangramento posterior refratário: cauterização endoscópica da esfenopalatina é hoje preferida ao tamponamento posterior prolongado.

5. Considerações no Paciente Anticoagulado

A crescente prevalência de pacientes em uso de anticoagulantes orais diretos, antagonistas da vitamina K ou antiagregantes plaquetários duplos torna essa uma população cada vez mais frequente nos serviços de urgência com epistaxe. A recomendação de consenso multidisciplinar da sociedade britânica de rinologia orienta que a suspensão rotineira da anticoagulação não deve ser a primeira conduta, já que o risco tromboembólico da suspensão frequentemente supera o benefício hemostático, devendo essa decisão ser individualizada e, idealmente, discutida com a equipe que indicou a anticoagulação — reservando-se a reversão farmacológica para casos de sangramento maciço ou risco de vida (National ENT Trainee Research Network, 2017).

6. Quadro-Síntese: Manejo Escalonado da Epistaxe

Etapa	Intervenção	Quando progredir
1ª linha	Compressão digital 10-15 min + vasoconstritor tópico ± cauterização química	Sangramento persiste após técnica correta
2ª linha	Tamponamento anterior (balão ou tampão expansível)	Sangramento posterior ou não controlado pelo tamponamento anterior
3ª linha	Tamponamento posterior (balão duplo ou sonda de Foley)	Falha ou recorrência — internação obrigatória
4ª linha	Cauterização endoscópica da esfenopalatina / ligadura cirúrgica	Refratariedade ao tamponamento posterior
5ª linha	Embolização angiográfica seletiva	Contraindicação cirúrgica ou falha da cauterização endoscópica

7. Conduta Prática na Urgência: Síntese

- **Estabilidade hemodinâmica primeiro:** acesso venoso e reposição volêmica precedem qualquer manobra local em paciente instável (National Ent Trainee Research Network, 2017).
- **Compressão correta antes de tudo:** 10-15 minutos ininterruptos, tronco inclinado à frente — a causa mais comum de "falha" é técnica inadequada (National Ent Trainee Research Network, 2017; Beck *et al.*, 2018).
- **Ácido tranexâmico tópico:** alternativa eficaz e mais confortável ao tamponamento em epistaxe anterior leve a moderada (Kamhieh; Fox, 2016).
- **Tamponamento posterior exige internação:** risco de reflexo naso-vagal e comprometimento respiratório (Koskinas *et al.*, 2024).
- **Anticoagulação não deve ser suspensa rotineiramente:** decisão individualizada, idealmente compartilhada com a equipe prescritora (National Ent Trainee Research Network, 2017).
- **Refratariedade ao tamponamento posterior:** cauterização endoscópica da esfenopalatina é a conduta preferencial atual (Koskinas *et al.*, 2024; Dispenza *et al.*, 2024).

Referências

BECK, R. *et al.* Current Approaches to Epistaxis Treatment in Primary and Secondary Care. *Deutsches Ärzteblatt International*, v. 115, n. 1-02, p. 12-22, 2018.

DISPENZA, F. *et al.* Management of uncontrolled/recurrent epistaxis by ligation or cauterization of the sphenopalatine artery: a scoping review. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, v. 281, n. 12, p. 6229-6238, 2024.

HADAR, A. *et al.* Risk Factors for Severe Clinical Course in Epistaxis Patients. *Ear, Nose & Throat Journal*, v. 105, n. 2, p. NP135-NP140, 2026.

KAMHIEH, Y.; FOX, H. Tranexamic acid in epistaxis: a systematic review. *Clinical Otolaryngology*, v. 41, n. 6, p. 771-776, 2016.

KOSKINAS, I. *et al.* Posterior epistaxis management: review of the literature and proposed guidelines of the Hellenic Rhinological-Facial Plastic Surgery Society. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, v. 281, n. 4, p. 1613-1627, 2024.

KRULEWITZ, N. A.; FIX, M. L. Epistaxis. *Emergency Medicine Clinics of North America*, v. 37, n. 1, p. 29-39, 2019.

LIU, J. *et al.* Posterior epistaxis: common bleeding sites and prophylactic electrocoagulation. *Ear, Nose & Throat Journal*, v. 95, n. 10-11, p. E18-E22, 2016.

URGÊNCIAS EM OTORRINOLARINGOLOGIA

Diagnóstico, Estratificação de Risco e Conduta
na Urgência Otorrinolaringológica

NATIONAL ENT TRAINEE RESEARCH NETWORK. The British Rhinological Society multidisciplinary consensus recommendations on the hospital management of epistaxis. Journal of Laryngology & Otology, v. 131, n. 12, p. 1142-1156, 2017.