

Principais causas e diagnósticos de epistaxes na pediatria

Main causes and diagnosis of epistaxis in pediatrics

DOI:10.34119/bjhrv6n1-282

Recebimento dos originais: 17/01/2023

Aceitação para publicação: 15/02/2023

Laryssa Thompson Vieira Caires

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

Endereço: R. Jonathas de Vasconcelos, 316, Boa Viagem, Recife – PE, CEP: 51021-140

E-mail: laryssa.thompson2@gmail.com

Fernando Luiz de Assis Caires Filho

Graduando em Odontologia

Instituição: Centro Universitário do Distrito Federal (UDF)

Endereço: SGA SUI, 903, Conjunto E, Lote 80, Asa Sul - DF, CEP: 70390-035

E-mail: fernandofilho.btr@gmail.com

Brenda de Oliveira Tertuliano

Graduanda em Medicina

Instituição: São Leopoldo Mandic - Araras

Endereço: Av Dona Renata, 71, Centro, Araras – SP, CEP: 13606-134

E-mail: brenda_tertuliano@hotmail.com

Diogo Farto Farinacio Alarcon

Graduando em Medicina

Instituição: São Leopoldo Mandic - Araras

Endereço: Rua Santa Cruz, 815, Araras - SP, CEP: 13600-010

E-mail: diogoffalarcon@hotmail.com

Ernani Gomes Pereira da Silva Alarcão Morais

Graduando em Medicina

Instituição: Centro Universitário de Mineiros (UNIFIMES)

Endereço: Rua 15, It 16, Setor Machado Edifício Ambar, CEP: 74367-640

E-mail: egpsmorais@gmail.com

Helleyn Alexanny Macedo da Silva

Graduanda em Medicina

Instituição: São Leopoldo Mandic - Araras

Endereço: Rua Doutor Fábio Fachini, 833, Araras – SP, CEP: 13605-060

E-mail: helleyntrindade@gmail.com

Joselita Camila Bianor Farias Cansanção

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário Cesmac

Endereço: AL 101, Norte, 9383, Jacarecica Maceió – Alagoas, CEP: 57038-640

E-mail: camilafariasb@hotmail.com

Naira oliveira da Conceição

Graduanda em Medicina

Instituição: São Leopoldo Mandic - Araras

Endereço: Avenida Alexandre Cazellato, 120, Betel, Paulínia-SP, CEP: 13148-218

E-mail: nairaoliveira02@gmail.com

Pedro Pereira Medeiros de Mendonça

Graduando em Medicina

Instituição: Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

Endereço: Rua Ricardo Hardman, 157, Tamarineira, Recife - Pernambuco,

CEP: 52050-138

E-mail: pedromedeirosdemendonca@gmail.com

Renata Dantas Arruda Cansanção

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário Cesmac

Endereço: Rua Durval Guimarães, 985, Ponta Verde, Maceió – AL, CEP: 57.035-060

E-mail: renatadantasarruda@gmail.com

Ricardo de Sá Alencar e Moraes

Graduando em Medicina

Instituição: Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

Endereço: Rua Jacó velosino, 117, apt 1001, casa forte, Recife, PE, CEP: 52061-410

E-mail: ricardo.moraes@gmail.com

Tatiana Vendramini Costa

Graduanda em Medicina

Instituição: São Leopoldo Mandic - Araras

Endereço: Avenida Dona Renata, 71, Centro, Araras - SP, CEP: 13606-134

E-mail: tativendramini@hotmail.com

Tháise Ferreira Carneiro de Lima

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

Endereço: Rua Le Parc, n 100, ap 601, Charmant Sud. Recife - PE, CEP: 51160-900

E-mail: thaise@thaiseferreira.com.br

RESUMO

A epistaxe é definida como qualquer hemorragia originada nas narinas, e toda a área nasal, como fossas, seios ou nasofaringe, na pediatria em geral, é visto em caráter benigno, sendo idiopática, auto-limitada e raramente severa. Por vezes, pode ser um sinal de condições que não estão apresentadas de forma clara, como por exemplo, tumores, agressões ou até mesmo discrasias hemorrágicas. As epistaxes são um problema comum, considerados pela otorrinolaringologia como a segunda urgência mais frequente, tendo como um número

estimado de 10% da população que sofre esse tipo de ocorrência. A classificação da epistaxe é anterior ou posterior, baseada na localização primária da hemorragia, no plexo de Kiesselbach, localizado na porção ântero-inferior do septo nasal, contendo vários vasos que se anastomosam entre si, ou plexo de Woodruff que se localiza na região póster-inferior, que é formado pelas anastomoses das artérias esfenopalatinas e faríngea. Em geral, os casos de epistaxes na pediatria, se devem à traumas digitais ou alta fragilidade vascular, podendo ser induzido por uma inflamação ou infecção nasal. Quanto aos exames em paciente acometidos epistaxe, inicialmente cabe avaliar o estado geral das vias aéreas e sinais vitais, seguido de uma observação de cabeça e pescoço, focando nas fossas nasais. Quando se tratar de um epistaxe de associação traumática, é necessário excluir fraturas dos ossos nasais e hematomas, já que estes podem levar a uma destruição cartilaginosa gerando uma deformidade a longo prazo. Agregado ao exame nasal, a avaliação de cabeça e pescoço podem apresentar pistas diagnósticas importantes. O tratamento a partir das diversas abordagens terapêuticas podem ser feitas por médicos generalistas em casos mais comuns, pois a grande maioria dos casos é tratado de forma fácil com medidas conservadoras ou por cauterização, em geral os casos tem origem idiopática.

Palavras-chave: epistaxe, epistaxe pediátrica, hemorragia nasal.

ABSTRACT

Epistaxis is defined as any hemorrhage originating from the nostrils, and the entire nasal area, such as fossae, sinuses or nasopharynx, in general pediatrics, is seen as benign, being idiopathic, self-limited and rarely severe. Sometimes, it can be a sign of conditions that are not clearly presented, such as tumors, aggressions or even hemorrhagic dyscrasias. Epistaxis is a common problem, considered by otorhinolaryngology as the second most frequent emergency, with an estimated 10% of the population suffering from this type of occurrence. The classification of epistaxis is anterior or posterior, based on the primary location of the hemorrhage, in Kiesselbach's plexus, located in the anterior-inferior portion of the nasal septum, containing several vessels that anastomose among themselves, or Woodruff's plexus, which is located in the posterior region -inferior, which is formed by the anastomoses of the sphenopalatine and pharyngeal arteries. In general, cases of epistaxis in pediatrics are due to digital trauma or high vascular fragility, and may be induced by nasal inflammation or infection. As for the examinations in patients affected by epistaxis, initially it is necessary to evaluate the general state of the airways and vital signs, followed by an observation of the head and neck, focusing on the nasal cavities. When dealing with traumatic epistaxis, it is necessary to exclude fractures of the nasal bones and hematomas, as these can lead to cartilaginous destruction, generating a long-term deformity. Added to the nasal exam, the evaluation of the head and neck can provide important diagnostic clues. The treatment based on the different therapeutic approaches can be carried out by general practitioners in the most common cases, since the vast majority of cases are easily treated with conservative measures or by cauterization, in general the cases have an idiopathic origin.

Keywords: epistaxis, pediatric epistaxis, nosebleed.

1 INTRODUÇÃO

A epistaxe é definida como qualquer hemorragia originada nas narinas, e toda a área nasal, como fossas, seios ou nasofaringe, na pediatria em geral, é visto em caráter benigno, sendo idiopática, auto-limitada e raramente severa. Por vezes, pode ser um sinal de condições

que não estão apresentadas de forma clara, como por exemplo, tumores, agressões ou até mesmo discrasias hemorrágicas (SEND et al, 2021).

Existe diferenças entre epistaxe em adulto e criança, sendo esta questão patológica transversal entre as faixas etárias, sendo de importante atenção, quanto aos episódios num contexto pediátrico. Sendo verdade, que nos adultos a patologia se apresenta de forma mais severa. Em contradição à epistaxe infantil, outras patologias estão associadas às hemorragias nasais no adulto, que podem ir desde de uma rinite alérgica até uma insuficiência cardíaca por exemplo (MANES, 2010).

As epistaxes são um problema comum, considerados pela otorrinolaringologia como a segunda urgência mais frequente, tendo como um número estimado de 10% da população que sofre esse tipo de ocorrência. Quanto às faixas etárias abaixo de 2 anos, pode-se considerar rara, porém em situação mais global, afeta um média de 30% das crianças entre 0 e 5 anos e 56% das crianças entre 6 e 10 anos, aumentando para 64% entre as idades de 11 e 15 anos, é importante saber que as epistaxes recorrentes em 56% dos adultos, iniciaram-se na idade pediátrica, estando (KUBBA et al, 2001).

Por conta de considerar-se rara a epistaxe na faixa abaixo de 2 anos, tal situação deve ser vista com maior cautela, pois esta pode ser uma possível causa subjacente, como por exemplo o trato respiratório superior infeccionado, trauma não-acidental ou coagulopatias. Em relação as preleções por gêneros, estudos apontaram uma maior preponderância ao gênero masculino (DELAROCHE et al, 2017).

A classificação da epistaxe é anterior ou posterior, baseada na localização primária da hemorragia, onde a maioria relacionada à hemorragia pediátrica encontra-se no plexo de Kiesselbach, localizado na porção ântero-inferior do septo nasal, contendo vários vasos que se anastomosam entre si (WHYMARK et al, 2007). Porém, a fonte hemorrágica pode estar localizado em outros pontos, como a parede nasal externa, através de ramificações da artéria esfenopalatina. Epistaxe posterior pode estar localizada nos ramos posteriores também da esfenopalatina ou plexo de Woodruff que se localiza na região póster-inferior, que é formado pelas anastomoses das artérias esfenopalatinas e faríngea (SVIDER et al, 2018).

O presente trabalho tem como objetivo, apresentar as diversas causas e apresentações clínicas de epistaxe na infância e principais formas de diagnósticos.

2 DESENVOLVIMENTO

Em geral, os casos de epistaxes na pediatria, se devem à traumas digitais ou alta fragilidade vascular, podendo ser induzido por uma inflamação ou infecção nasal. Porém, são

vastos os fatores etiológicos para diagnósticos diferenciais, incluindo também questões de corpos estranhos introduzidos no nariz e em casos de epistaxe frequentes devem ser consideradas as perturbações hematológicas sistêmica ou neoplasias locais e invasivas geralmente sinonasais (ATA et al, 2019).

Com base na Faixa etária deve-se tratar com maior relevância as epistaxes nas crianças abaixo de 2 anos, com ou sem trauma conhecido, pois estas podem ter uma relação direta com quedas e agressões. Estima-se que crianças que sofrem com esse tipo de hemorragia, tem uma maior chance de sofrer lesões em seu primeiro ano de vida em comparação a crianças sem histórico de epistaxe prévia. Assim, nesta faixa, existe uma maior necessidade investigativa que desvie o principal motivo hemorrágico (MCINTOSH et al, 2010).

A literatura correlaciona influencias ambientais a fatores indutores de epistaxe, onde uma linha importante está diretamente ligada a rinite alérgica anteriormente diagnosticada, onde estudos apontam que em meses com maior concentração de pólen no ar aumenta crises de rinite alérgica, aumentando assim as chances de ocorrências de epistaxes, o mecanismo se dá pelo fato da criança que tem a rinite, em seu estado agudo, assoar mais o nariz devido as secreções, além de coçarem e esfregarem com mais vigor, resultante do prurido, gerando assim inflamação na mucosa e gerando dano na área de Kiesselbach, desta forma apresentando assim risco de hemorragias nasais pediátricas (PURKEY et al, 2014).

Outra causa considerável, é a colonização de *Staphylococcus aureus* na área nasal, o que provoca uma infecção bacteriana de baixo grau e gera epistaxe idiopática recorrente, por conta da neovascularização no plexo de Kiesselbach, gerando formação de crostas endonasais que leva a uma irritação na mucosa e resulta em epistaxe, contudo esta colonização de *S. aureus* já é uma consequência de epistaxe anterior, por conta da presença de hemoglobina nas secreções nasais. Além do mais este é um mecanismo mais raro, e cabe buscar infecções virais que causam essas hemorragias, um exemplo é a febre hemorrágica provocada por dengue, que as vezes traz como sintoma epistaxe recorrente (JOICE et al, 2008).

Ao tratar de possíveis causas, leva-se em consideração doenças do tipo Von Willebrand, que é a coagulopatia mais comum em pediatria, Púrpura Trombocitopênica idiopática que é a causa mais comum em hemorragias nasais, apesar de ser causa rara é mais severa num enfoque pediátrico. No que tange ao histórico clínico, deve-se buscar a existência de hematomas espontâneos, hemorragias prolongadas, utilização de fármacos ou doenças neoplásicas, renais, hepáticas ou hematológicas, além disto, deve ser notados os históricos familiares, doenças hereditárias e tendências a hemorragias. Ao exame físico notar se o paciente apresenta petéquias, equimoses, hematomas e telangiectasias (ROY et al, 2016).

Relacionado a neoplasias sólidas, estas são causas graves porém raras em condições da pediatria, a Angiofibroma juvenil da nasofaringe é a neoformação mais comum, porém trata-se de um tumor sólido que é rico em vasculatura, em geral apresentado-se na faixa etária de 10 a 24 anos, no sexo masculino e se manifesta de forma a obstruir unilateralmente a área nasal. Neste caso, além da presença de epistaxe, pode ocorrer corrimento nasal, otite média, hipoacusia, sintomas oculares, dor, diplopia, sinusite e deformidade facial. A ressonância magnética e tomografia computadorizada são exames fundamentais para um diagnóstico importante, além da angiografia, tanto para um diagnóstico quanto terapia por meio de embolização pré-resssecção (BLOUNT et al, 2011).

Quanto aos exames em paciente acometidos epistaxe, inicialmente cabe avaliar o estado geral das vias aéreas e sinais vitais, seguido de uma observação de cabeça e pescoço, focando nas fossas nasais. Em diversos casos é impossível realizar avaliação endonasal em detalhe durante o processo hemorrágico ativo, sendo a prioridade o controle da epistaxe, este controle deve ser feito com a compressão anterior, pressionando as asas do nariz contra o septo por alguns minutos, porém isto só deve ser feito em casos mais comuns que são de epistaxes de origem anterior (BÉQUIGNON et al, 2017).

Quando se tratar de um epistaxe de associação traumática, é necessário excluir fraturas dos ossos nasais e hematomas, já que estes podem levar a uma destruição cartilágnea gerando uma deformidade a longo prazo. A rinoscopia anterior é utilizada com um otoscópio ou espéculo nasal juntamente com uma fonte de iluminação. Ao sinal de não detecção da origem hemorrágica é utilizada a endoscopia de fibra óptica, na investigação de epistaxe posterior (SHUKLA et al, 2013). Agregado ao exame nasal, a avaliação de cabeça e pescoço podem apresentar pistas diagnósticas importantes, como adenopatias cervicais palpáveis, petéquias na cavidade oral e até alterações nos movimentos extra-oculares (SVIDER et al, 2018).

O tratamento a partir das diversas abordagens terapêuticas podem ser feitas por médicos generalistas em casos mais comuns, pois a grande maioria dos casos é tratado de forma fácil com medidas conservadoras ou por cauterização, em geral os casos tem origem idiopática e não necessitam de um tamponamento nasal ou hospitalização, porém em casos de crianças com distúrbios de coagulação ou condições hematológicas ,faz-se necessária admissão hospitalar (BROWN et al, 2004).

3 CONCLUSÃO

Em geral as epistaxes na infância apresentam-se de forma benigna, não recorrente, auto-limitadas e não necessitam de um intervenção médica, porém por se tratar de uma patologia

pediátrica, é causa de preocupação para os pais e familiares, alterando por vezes inclusive na qualidade de vida destes e da própria criança acometida da hemorragia. O fato é que deve-se buscar avaliação médica para descartar qualquer tipo de patologia mais severa, que pode ir muito além de um simples sangramento nasal, principalmente em crianças menores de 2 anos de idade, onde a probabilidade de questões subjacentes estejam associadas. Evitando assim ansiedade na criança e trazendo a tranquilidade aos pais e familiares.

REFERÊNCIAS

1. ATA, Nurdoğan et al. Depression and anxiety levels in mothers of children with epistaxis: A controlled study. **Acta Otorrinolaringologica (English Edition)**, v. 70, n. 5, p. 286-289, 2019.
2. BÉQUIGNON, E. et al. Emergency Department care of childhood epistaxis. **Emergency Medicine Journal**, v. 34, n. 8, p. 543-548, 2017.
3. BLOUNT, Angela; RILEY, Kristen O.; WOODWORTH, Bradford A. Juvenile nasopharyngeal angiofibroma. **Otolaryngologic Clinics of North America**, v. 44, n. 4, p. 989-1004, 2011.
4. BROWN, N. J.; BERKOWITZ, R. G. Epistaxis in healthy children requiring hospital admission. **International journal of pediatric otorhinolaryngology**, v. 68, n. 9, p. 1181-1184, 2004.
5. DELAROCHE, Amy M.; TIGCHELAAR, Helene; KANNIKESWARAN, Nirupama. A rare but important entity: epistaxis in infants. **The Journal of Emergency Medicine**, v. 52, n. 1, p. 89-92, 2017.
6. JOICE, P. et al. The effect of hand dominance on recurrent idiopathic paediatric epistaxis 1. **Clinical Otolaryngology**, v. 33, n. 6, p. 570-574, 2008.
7. KUBBA, H. et al. A prospective, single-blind, randomized controlled trial of antiseptic cream for recurrent epistaxis in childhood. **Clinical Otolaryngology & Allied Sciences**, v. 26, n. 6, p. 465-468, 2001.
8. MANES, R. Peter. Evaluating and managing the patient with nosebleeds. **Medical Clinics**, v. 94, n. 5, p. 903-912, 2010.
9. MCINTOSH, N. et al. The epidemiology of oro-nasal haemorrhage and suffocation in infants admitted to hospital in Scotland over 10 years. **Archives of disease in childhood**, v. 95, n. 10, p. 810-816, 2010.
10. PURKEY, Matthew R.; SEESKIN, Zachary; CHANDRA, Rakesh. Seasonal variation and predictors of epistaxis. **The laryngoscope**, v. 124, n. 9, p. 2028-2033, 2014.
11. ROY, Soham; BIGCAS, Jo-Lawrence; VANDELAAR, Laura. Hemostasis in pediatric surgery. **Otolaryngologic Clinics of North America**, v. 49, n. 3, p. 601-614, 2016.
12. SEND, Thorsten et al. Etiology, management, and outcome of pediatric epistaxis. **Pediatric Emergency Care**, v. 37, n. 9, p. 466-470, 2021.
13. SHUKLA, Pratik A. et al. Current treatment strategies for epistaxis: a multidisciplinary approach. **Journal of neurointerventional surgery**, v. 5, n. 2, p. 151-156, 2013.
14. SVIDER, Peter; ARIANPOUR, Khashayar; MUTCHNICK, Sean. Management of epistaxis in children and adolescents: avoiding a chaotic approach. **Pediatric Clinics**, v. 65, n. 3, p. 607-621, 2018.

15. WHYMARK, Andrew D. et al. Childhood epistaxis and nasal colonization with *Staphylococcus aureus*. **Otolaryngology—Head and Neck Surgery**, v. 138, n. 3, p. 307-310, 2008.