

Factores de prognóstico de recidiva na epistáxis

Nosebleed recurrence prognostic factors

João Laffont • Ana Sofia Melo • Ricardo Caiado • João Casalta • João Carlos Ribeiro • Carlos Ribeiro • António Diogo Paiva

RESUMO

Objectivos: Avaliar os fatores clínicos prognósticos de recidiva de epistáxis.

Desenho do estudo: Estudo retrospectivo.

Materiais e Métodos: Foram incluídos os doentes que recorreram ao SU-CHUC no ano 2013 por epistáxis. Foi testada a correlação entre recidiva de epistáxis e antecedentes pessoais, características da epistáxis, métodos de tratamento, sazonalidade, clima, demografia, recomendações pós-alta e internamento.

Resultados: Observaram-se 549 episódios de 396 doentes com 27.9% de episódios de recidiva. Verificou-se anticoagulação em 17,3%, epistáxis activa em 39,3% e internamento em 9,8%.

Foram identificados como factores prognósticos de maior recidiva de epistáxis a anticoagulação, epistáxis activa, coagulopatia e tabagismo. O internamento foi um factor protector de recidiva. Não houve associação entre recidiva e nenhuma das técnicas utilizadas.

Conclusões: A anticoagulação, coagulopatia, epistáxis activa e tabagismo activo foram identificados como factores predisponentes e o internamento como factor protector. É importante conhecer os factores de risco hemorrágico na orientação terapêutica da epistáxis.

Palavras-chave: Epistáxis, recidiva, factores prognósticos

ABSTRACT

Objectives: To evaluate nosebleed recurrence prognostic factors.

Study Design: Retrospective observational study

Material e Methods: Inclusion criteria was nosebleed in ENT emergency department in 2013. Correlation with recurrence was tested for pathologic factors, nosebleed characteristics, treatment methods, seasonality, climacteric conditions, demographic factors, recommendations and hospital admittance need.

Results: We observed 549 nosebleed episodes from 396 patients with 27.9% recurrence episodes. In 17.3% patients were prescribed anticoagulants; 39.3% the nosebleed was active in the ED and hospital admittance was necessary in 9.8%.

Recurrence prognostic factors included, anticoagulant medication, active nosebleed, coagulation disorders and smoking. Hospital admittance was a recurrence protective factor. No association between recurrence and any of the used techniques was identified.

Conclusions: Nosebleed recurrence negative prognostic factors included anticoagulant use, previous coagulation disorders, active nosebleed and active smoking. Hospital admittance was a positive prognostic factor. It's of utmost importance to have them in consideration during nosebleed management.

Keywords: Nosebleed, recurrence, prognostic factors

INTRODUÇÃO

Epistáxis é definida como hemorragia da mucosa nasal, e é das patologias que mais frequentemente motivam recurso ao Serviço de Urgência (SU) de Otorrinolaringologia (ORL).

Há vários estudos sobre epistáxis e respectivos factores de risco, mas pouco se sabe sobre factores de risco para a sua recorrência⁽¹⁾.

Em SU são observados diariamente doentes com epistáxis de diferentes causas e gravidade, havendo heterogeneidade na técnica de hemostase usada e orientação terapêutica na alta. A sua morbidade é elevada, implicando por vezes internamento hospitalar e eventual cirurgia.

Este estudo pretende avaliar os factores prognósticos de recidiva de epistáxis após episódio de urgência.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo retrospectivo, observacional, onde se incluíram os doentes que recorreram ao SU do Centro Hospitalar Universitário Coimbra (CHUC) no ano de 2013 por epistáxis. Classificaram-se como recidiva episódios em que havia uma ida anterior ao SU até 28 dias antes por epistáxis do mesmo lado. Foi avaliada a presença de correlação entre recidiva de epistáxis com factores demográficos (idade e género),

João Laffont

CHUC - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Ana Sofia Melo

CHUC - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Ricardo Caiado

CHUC - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

João Casalta

CHUC - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

João Carlos Ribeiro

CHUC - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Carlos Ribeiro

CHUC - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

António Diogo Paiva

CHUC - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Correspondência:

joaolaffont@gmail.com

comorbilidades (Hipertensão Arterial (HTA), coagulopatia, diabetes, dislipidemia, patologia nasal, acidente vascular prévio, cirurgia nasal recente, hábitos tabágicos e gravidez), medicação habitual (anti-hipertensores, anti-agregantes, anti-coagulantes, flebotónicos, vasoconstritores nasais, ácido aminocaproico e corticóides nasais), local de hemorragia (mancha vascular, corneto inferior, corneto médio, posterior e não-identificável), actividade de epistaxis durante o episódio, métodos de hemostase (Merocel®, Cauterização com nitrato de prata, Spongostan®, gaze iodoformada, gelo, captopril e vasoconstritor local), medicação instituída aquando de alta (antibiótico, ácido aminocaproico, vasoconstritor nasal, flebotónico, gelo, ansiolítico, anti-hipertensor, suplementos vitamínicos e anti-histamínico), sazonalidade (meses do ano e concentração polínica), condições climáticas (temperatura máxima/média/mínima, humidade relativa e pressão atmosférica), duração de tamponamento, local de destamponamento (meio hospitalar ou centro de saúde) e necessidade de internamento.

A análise estatística foi realizada com o software IBM SPSS Statistics v.20.0. Foi realizada análise inferencial univariada e multivariada (incluídos os factores significativos em análise univariada); erro tipo I de 0,05.

RESULTADOS

Observaram-se 549 episódios de urgência de 396 doentes perfazendo 153 (27,9%) episódios de recidiva de epistaxis.

Verificou-se ligeira preponderância de incidência de epistaxis no género masculino com 57,7% dos casos e a idade mediana foi 67 ± 17 anos (gráfico 1).

Observou-se maior incidência de epistaxis nos meses de Inverno (gráfico 2).

Foi encontrada correlação estatisticamente significativa entre temperatura média mais baixa e incidência de epistaxis, mas não com recidiva (gráfico 3). Concentração polínica, pressão atmosférica e humidade relativa não apresentaram correlação com incidência nem recidiva de epistaxis.

GRÁFICO 1

Idade

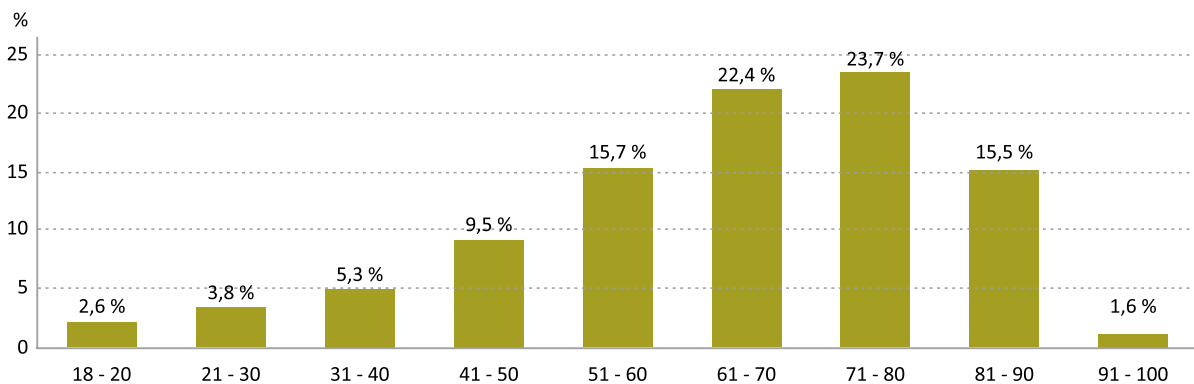


GRÁFICO 2

Meses

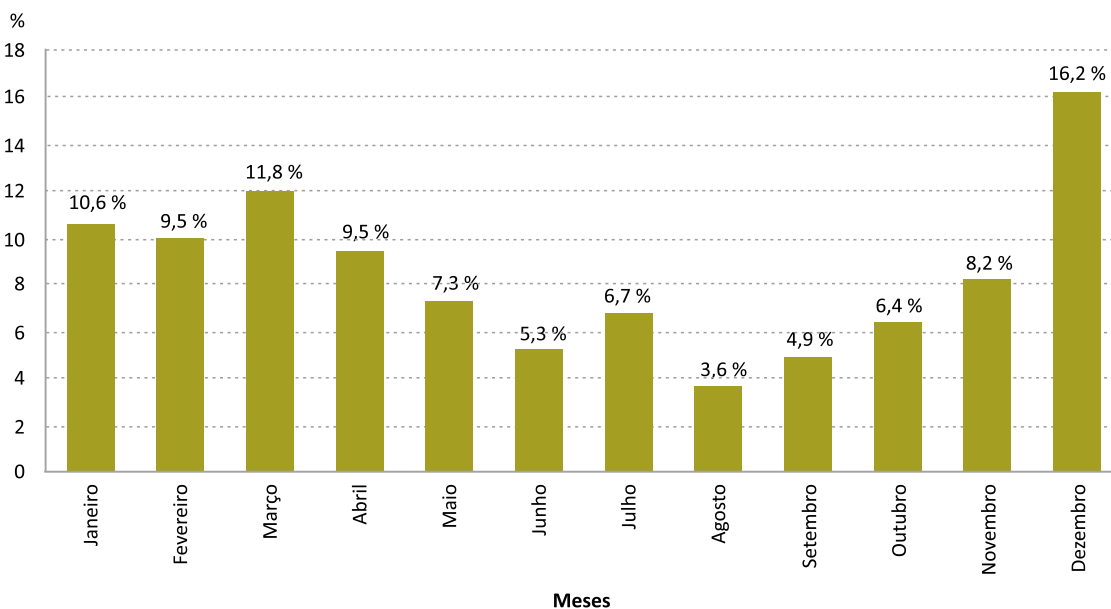
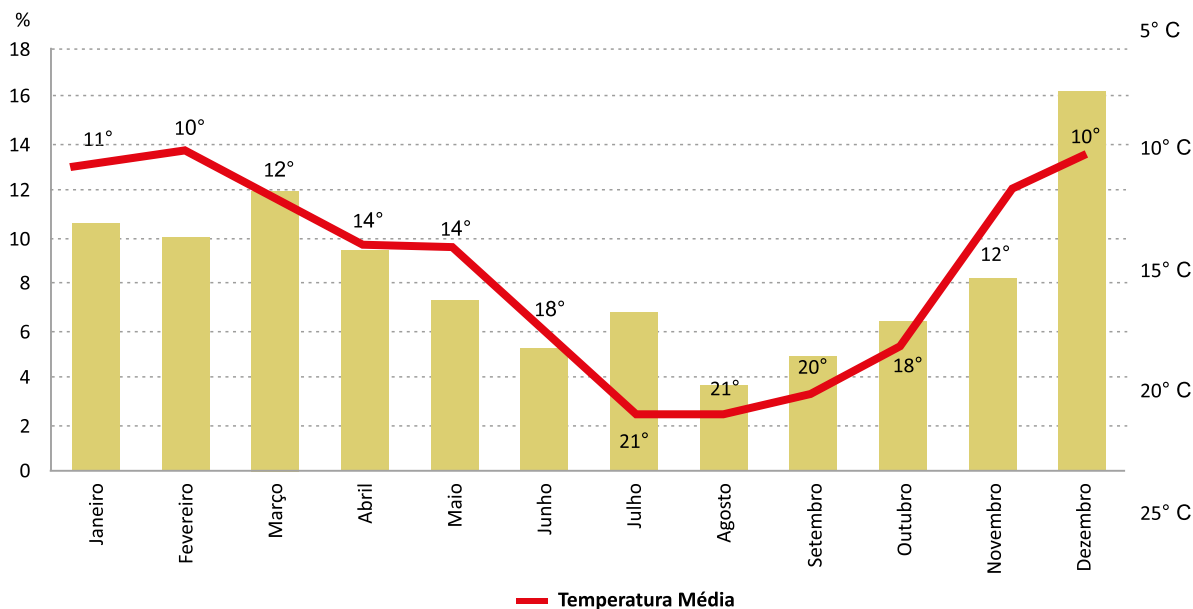


GRÁFICO 3

Temperatura média



A distribuição entre lado direito ou esquerdo de hemorragia foi igual (43,7%), sendo bilateral ou sem informação nos restantes casos. Em 68,7% dos casos não se identificou causa para a hemorragia, em 23,5% associou-se a pico hipertensivo, em 2,9% a traumatismo nasal, em 2,9% dos casos a infecção das vias aéreas superiores e em 2% a destamponamento nasal. Foi descrita a presença das comorbilidades enumeradas na tabela 1, e testada a correlação com recidiva de epistáxis, sendo encontrada correlação positiva com a existência de coagulopatia e tabagismo activo.

Foi avaliada a medicação habitual de cada um dos doentes e procurada correlação com recidiva de epistáxis, sendo encontra correlação positiva com anti-coagulação (tabela 2). Em 216 casos (39,3%) verificou-se epistáxis activa no SU, tendo estes casos uma correlação positiva estatisticamente significativa para recidiva. Relativamente ao foco hemorrágico, este foi identificado em 77,4% dos casos, sendo em 67,6%

dos casos da mancha vascular, 15,5% não identificável, 7,1% posterior, 6,3% do corneto inferior e 1,5% do corneto médio. Dos 77,4% de casos com foco identificável, 30% recidivaram, os restantes casos recidivaram em 25% dos casos.

O tratamento mais prevalente foi Merocel® em 236 casos (43,0%), tendo sido utilizadas associações em 267 (48,7%).

TABELA 2

Medicação habitual	%	p	OR
Nenhuma	39,0%	0,001	0,493
Anti-hipertensor	43,4%	0,063	1,426
Anti-agregante	26,4%	0,731	1,076
Anti-coagulante	17,3%	<0,001	2,449
Flebotónico	5,5%	0,492	1,315
Vasoconstritor nasal	1,1%	0,673	1,298
Ácido aminocaproico	1,3%	1,000	1,036
Corticóide nasal	0,9%	0,622	1,735

TABELA 1

Comorbilidades	%	p-value	OR
HTA	60,7%	0,047	1,487
Dislipidemia	28,8%	0,059	1,469
Diabetes	16,2%	0,109	1,481
Patologia nasal	9,3%	0,558	1,205
Acidente vascular	9,1%	0,179	1,517
Coagulopatia	5,3%	0,036	2,205
Cirurgia nasal	2,0%	0,190	2,196
Fumador	1,8%	0,032	4,000
Gravidez	0,5%	0,189	5,232
Nenhum	26,8%	0,003	0,493

Não foi identificada associação entre recidiva e nenhuma das técnicas utilizadas (tabela 3).

Na alta do serviço de urgência foi frequentemente prescrita medicação para ambulatório conforme enumerado na tabela 4. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre a medicação instituída e recidiva de epistáxis (Tabela 4). Verificou-se necessidade de internamento em 54 (9,8%), com uma duração mediana de internamento de 5 dias. O internamento apresentou uma correlação negativa com recidiva de epistáxis, constituindo-se como um factor protector (OR=0,296, p=0,004).

Foram realizados tamponamentos anteriores e 231 casos (42,1%), tendo sido destamponados no centro de saúde de

TABELA 3

Métodos hemostase	%	p	OR
Combinação	48,7%	---	---
Merocel®	43,0%	0,264	1,304
Nitrato Prata	25,0%	0,968	0,991
Spongostan®	23,3%	0,293	0,783
Gaze iodoformada	11,7%	0,521	1,203
Gelo	8,4%	0,454	1,280
Captopril	8,0%	0,097	1,708
Vasoconstritor	5,5%	0,789	1,116
Dexpanthenol	0,5%	0,189	5,232
Surgicel®	0,5%	1,000	1,296
Compressa (dardos)	0,4%	1,000	---
Embolização	0,18%	---	---
Laqueação arterial	0,18%	---	---

área de residência em 87,3% dos casos, e no hospital em 12,7% dos casos. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre o local de destamponamento e recidiva de epistáxis.

Os resultados obtidos na análise multivariada encontram-se descritos na tabela 5. Mantiveram-se como factores prognósticos significativos preditores de recidiva de epistáxis a medicação habitual com anti-coagulante, antecedentes pessoais de coagulopatia e de tabagismo; o internamento manteve-se como factor protector significativo nesta análise.

Dos 153 casos que recidivaram, 49% recidivaram nas 48 horas seguintes, notando-se um marcado decréscimo a partir do 3º dia (gráfico 4).

GRÁFICO 4

Dias até recidiva

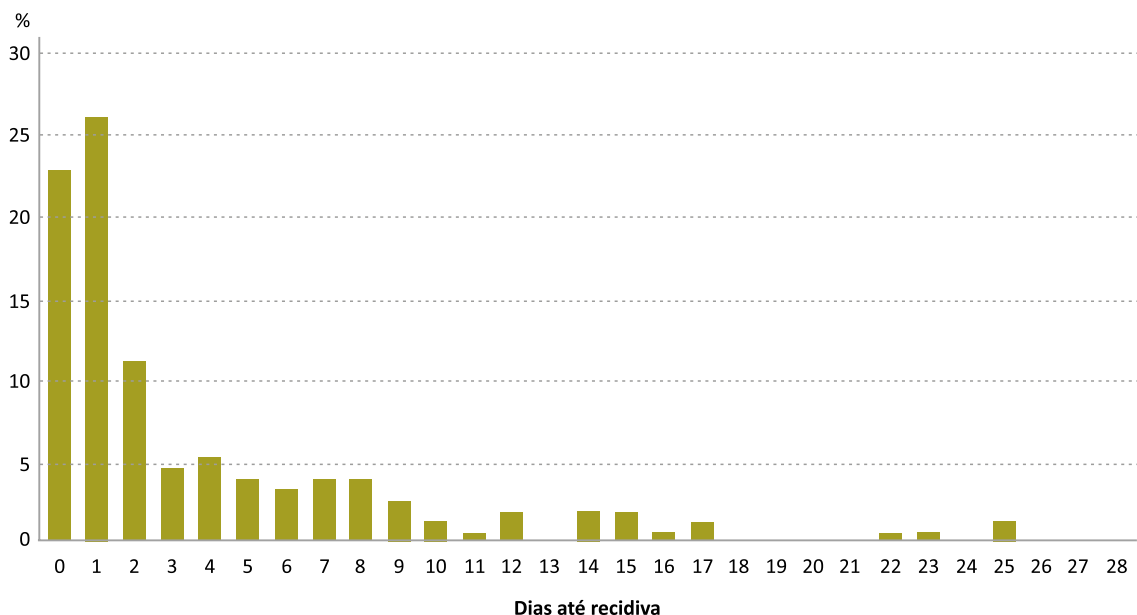


TABELA 4

Medicação ambulatório	%	p	OR
Antibiótico	42,8%	0,016	1,583
Dexpanthenol	32,2%	0,635	0,907
Ácido Aminocaproico	15,7%	0,299	0,752
Vasoconstritor nasal	10,2%	0,902	1,039
Venotrópico	8,9%	0,375	0,730
Gelo	8,4%	0,778	0,906
Ansiolítico	4,6%	0,988	1,007
Anti-HTA	1,6%	0,068	---
Vitaminas	1,3%	0,405	1,960
Anti-histamínico	0,9%	0,622	1,735

TABELA 5

Factor	p	HR	IC95% HR
Anti-coagulação	0,001	2,258	[1,388; 3,675]
Coagulopatia	0,015	2,792	[1,221; 6,384]
HTA	0,148	1,380	[0,892; 2,136]
Tabagismo	0,037	4,200	[1,094; 16,128]
Internamento	0,002	0,230	[0,093; 0,571]
Antibiótico	0,918	1,024	[0,657; 1,599]

DISCUSSÃO

A epistáxis ocorre em 60% dos adultos durante a sua vida, e necessita de tratamento médico 10% das vezes^(1,2). Essa elevada frequência é explicada pela acentuada vascularização nasal, que recebe irrigação sanguínea de ramos provenientes da artéria carótida interna e externa também^(3,4).

Na nossa amostra verificou-se uma maior incidência de epistáxis a partir dos 50 anos (75% dos casos), no género masculino (57,7%), na sua maioria idiopática e com foco hemorrágico principal na mancha vascular septal (69,6%), sendo dados que se encontram de acordo com o descrito na literatura^(1,2,5,6).

Relativamente à sazonalidade, verificou-se uma maior incidência de epistáxis nos meses com temperaturas médias mais frias (Dezembro a Março). Tal relação já foi previamente descrita noutros estudos^(7,8), provavelmente devido à maior frequência de infecções do tracto respiratório superior nesta altura, e à maior diferença de temperatura e humidade entre o interior e exterior dos edifícios, cujo choque térmico e desidratação por aparelhos de ar condicionado pode levar a fissuração de mucosa com consequente epistáxis. Algumas séries descrevem também relação com menor humidade^(7,8) o que não se verificou na nossa amostra.

Relativamente às comorbilidades estudadas, foi encontrada uma correlação positiva estatisticamente significativa entre recidiva de epistáxis e a existência de coagulopatia e hábitos tabágicos. Os casos de coagulopatia identificados foram doentes seguidos por cirrose hepática, síndromes mielodisplásicas e/ou trombocitopenia, podendo explicar-se a maior taxa de recidiva de epistáxis nestes doentes como consequência de uma menor capacidade de formação do coágulo ou menor estabilidade deste⁽³⁾. O mesmo mecanismo provavelmente também se poderá aplicar aos doentes que se encontravam sob medicação anticoagulante como varfarina, que nesta amostra apresentaram uma correlação positiva estatisticamente significativa com maior recidiva de epistáxis^(5,9).

Tem havido alguma controvérsia em torno da relação entre epistáxis e hipertensão arterial (HTA), havendo quem defenda haver uma relação causal^(10,11), enquanto que outros não encontraram qualquer relação, tal como na nossa amostra⁽⁴⁾. Está bem estabelecida a relação entre acidentes vasculares cerebrais (AVC) e HTA, e foi também já descrita relação entre epistáxis de repetição e maior risco de AVC, podendo a HTA ser um factor etiológico comum tanto às epistáxis como a AVC⁽¹¹⁾.

Tem também havido debate relativamente à toma de fármacos antiagregantes e epistáxis^(5,11-13), não tendo sido identificada qualquer correlação no nosso estudo, apesar de alguns autores os apontarem como factores de risco major para epistáxis⁽¹²⁾. Foram ainda encontradas duas outras correlações com maior taxa de recidiva de epistáxis que não encontramos previamente descritas na literatura: uma foi com a presença de epistáxis activa no SU (39,3% dos casos). Tal relação talvez possa ser explicada pelo facto de apenas os doentes com epistáxis de maior gravidade, ainda chegarem ao SU com hemorragia activa, traduzindo uma menor

probabilidade de eficaz hemostase sem assistência médica. A outra foi com hábitos tabágicos. Nesta amostra, cujos dados foram baseados em registos de urgência, não nos foi possível quantificar a carga tabágica, embora nos pareça que seja um dado pertinente a ter em conta em futuros estudos. Esta relação poderá relacionar-se com o facto de haver repetida exposição da mucosa nasal a substâncias químicas irritantes, com consequente desidratação e fissuração⁽¹⁴⁾.

No nosso Serviço existem vários métodos disponíveis para a hemostase de casos de epistáxis, havendo heterogeneidade na abordagem conforme o Médico e a situação. O método mais frequentemente usado foi tamponamento nasal anterior com Merocel® (43%), seguido de cauterização com nitrato de prata (25%), Spongostan® (23,3%) e tamponamento anterior com gazes iodoformadas (11,7%). Em 48,7% dos casos foram usadas combinações destas e outras técnicas de hemostase (enumeradas na tabela 3). A aplicação destas técnicas foi testada individualmente e em combinação, não tendo sido encontrada nenhuma correlação positiva ou negativa com maior taxa de recidivas de epistáxis. Na literatura há uma crescente evidencia a favor da cauterização eléctrica ou química em primeira linha quando o foco hemorrágico for identificado, ficando o tamponamento nasal reservado para casos refractários a esta terapêutica ou cujo foco não se identifique^(4,5,13,15-17). Existem estudos em que o uso de tamponamento nasal anterior se relacionou com maior risco de recidiva de epistáxis⁽¹⁾. Em casos cujo controlo hemorrágico não seja conseguido com tamponamento anterior e posterior, pode ainda ser equacionada angio-embolização ou intervenção cirúrgica com eventual laqueação da artéria envolvida (mais frequentemente artéria esfenopalatina ou etmoidal anterior)^(5,15). Na nossa amostra, houve um caso submetido a embolização e outro submetido a laqueação cirúrgica de artéria esfenopalatina, ambos sem complicações nem posterior recidiva.

Neste estudo foi também testada a relação entre recidiva de epistáxis e prescrição medicamentosa mais frequente quando da alta do SU, como ácido aminocaproico, vasoconstritores, anti-histamínicos, anti-hipertensores, flebotónicos, ansiolíticos, suplementos vitamínicos, cicatrizantes de mucosa como Dexpantenol. Não foi encontrada correlação com nenhum dos fármacos prescritos.

Nos casos em que foi necessário tamponamento nasal anterior (42,1%), o tempo mediano até destamponamento foi de 4 dias, e o local de destamponamento foi hospitalar em 12,7% dos casos, e no Centro de saúde em 87,3%, não se tendo verificado diferença estatisticamente significativa na recidiva de epistáxis, com a duração de tamponamento ou local de destamponamento.

Foi encontrada correlação negativa estatisticamente significativa entre recidiva de epistáxis e internamento, sendo este um factor protector de recidiva. Esta correlação poderá ser devida ao melhor controlo da tensão arterial e de alterações da coagulação em meio hospitalar, assim como a realização de menores esforços físicos pelo doente e uma menor exposição a diferenças de temperatura. Acresce ainda

o facto de a duração mediana de internamento ter sido de 5 dias, abrangendo o período de maior taxa de recidiva de epistaxis que identificámos neste estudo (60,1% nas primeiras 72 horas).

Este estudo apresenta como limitações apresentar um elevado número de variáveis em estudo, o uso frequente de combinações de várias técnicas de hemostase, a baixa frequência de utilização de algumas técnicas de hemostase na nossa amostra e o facto de que algumas recidivas poderão ter sido assistidas noutras instituições, pelo que os resultados podem não ser representativos da população geral.

CONCLUSÕES

Foram identificados como factores prognósticos negativos a anticoagulação, coagulopatia, epistaxis activa, tabagismo activo e factor prognóstico positivo o internamento. É importante tê-los em conta na orientação terapêutica da epistaxis.

Protecção de pessoas e animais

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial.

Confidencialidade dos dados

Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação dos dados de doentes.

Conflito de interesses

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Referencias bibliográficas

1. Soyka MB, Nikolaou G, Rufibach K, Holzmann D. On the effectiveness of treatment options in epistaxis: an analysis of 678 interventions. *Rhinology*. 2011 Oct;49(4):474–8.
2. Kucik C, Clenney T. Management of epistaxis. *Am Fam Physician*. 2005;71(2).
3. McLarnon CM, Carrie S. Epistaxis. *Surg*. 2012 Nov;30(11):584–9.
4. Kikidis D, Tsioufis K, Papanikolaou V, Zerva K, Hantzakos a. Is epistaxis associated with arterial hypertension? A systematic review of the literature. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2014 Feb;271(2):237–43.
5. Spielmann P, Barnes M, White P. Controversies in the specialist management of adult epistaxis: an evidence-based review. *Clin Otolaryngol*. 2012;382–9.
6. Ando Y, Iimura J, Arai S, Arai C, Komori M, Tsuyumu M, et al. Risk factors for recurrent epistaxis: importance of initial treatment. *Auris Nasus Larynx*. Elsevier Ireland Ltd; 2014 Feb;41(1):41–5.
7. Danielides V, Kontogiannis N, Bartzokas A, Lolis CJ. The influence of meteorological factors on the frequency of epistaxis. *Clin Otolaryngol Allied Sci*; 2002; 170, 84–88.
8. Rijal A, Maharjan S, Joshi R. Epistaxis and its Relation with Temperature and Humidity. *Nepal J ENT*. 2012;4–5.
9. Lavy J. Epistaxis in anticoagulated patients: educating an at-risk population. *Br J Haematol*. 1996;(Fig 1):195–7.
10. Manfredini R, Portaluppi F, Salmi R. Circadian variation in onset of epistaxis: analysis of hospital admissions. *BMJ*. 2000;321(NOVEMBER):2000.

11. Saloheimo P, Juvela S, Hillbom M. Use of aspirin, epistaxis, and untreated hypertension as risk factors for primary intracerebral hemorrhage in middle-aged and elderly people. *Stroke*. 2001;32(2):399–404.
12. Soyka MB, Rufibach K, Huber A, Holzmann D. Is severe epistaxis associated with acetylsalicylic acid intake? *Laryngoscope*. 2010;120(1):200–7.
13. Hettige R, Mackeith S, Falzon A, Draper M. A study to determine the benefits of bilateral versus unilateral nasal packing with Rapid Rhino® packs. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2014 Mar;271(3):519–23.
14. Collins MM, Hawthorne M, El-Hmd K, Gray J. The subjective effects of smoking on nasal symptoms. *Clin Otolaryngol Allied Sci*. 1999 Aug;24(4):324–7.
15. Dedhia RC, Desai SS, Smith KJ, Lee S, Schaitkin BM, Snyderman CH, et al. Cost-effectiveness of endoscopic sphenopalatine artery ligation versus nasal packing as first-line treatment for posterior epistaxis. *Int Forum Allergy Rhinol*. 2013 Jul;3(7):563–6.
16. Pope LER, Hobbs CGL. Epistaxis: an update on current management. *Postgrad Med J*. 2005 May;81(955):309–14.
17. Toner J, Walby A. Comparison of electro and chemical cautery in the treatment of anterior epistaxis. *J Laryngol Otol*. 1990;104(August):617–8.