

# Embolización selectiva con *coil* de arteria esfenopalatina por epistaxis masiva

## Coils selective embolization of sphenopalatine artery due to massive epistaxis

Ríos Reina JL<sup>1\*</sup>, Beltrán Pérez J<sup>2</sup>, Castillo García JA<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Departamentos de Imagenología y Hemodinamia; Director del Programa de residencia de Radiología e Imagen, Hospital Ángeles Mocol, Ciudad de México, México

<sup>2</sup>Departamento de Imagenología, Hospital Ángeles Mocol, Ciudad de México, México

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### DOI

10.30454/2530-1209.2018.18.4.5

#### HISTORIA DEL ARTÍCULO

Recibido: 19 de noviembre de 2018

Aceptado: 30 de noviembre de 2018

Disponible *online*: 10 de diciembre de 2018

#### PALABRAS CLAVE

Epistaxis masiva  
Embolización

#### KEYWORDS

Massive epistaxis  
Embolization

### | RESUMEN

Se presenta un paciente con epistaxis masiva que no cedió con las medidas mecánicas y farmacológicas. Se embolizó de forma satisfactoria con un *coil* Azur. Se revisa la literatura.

### | ABSTRACT

We present a patient with epistaxis that did not yield with mechanical and pharmacological measures. It is embolized satisfactorily with a Azur coil. Literature is reviewed.

### | SEÑOR DIRECTOR

Presentamos un paciente varón de 47 años de edad con antecedente de herniorrafia inguinal 4 días previos, que presenta un cuadro de epistaxis izquierda incontrolable por medios mecánicos. Se coloca taponamiento anterior y posterior y se realiza interconsulta a la Unidad de Radiología Intervencionista. Los valores bioquímicos y hematológicos nos presentaban alteraciones de interés. Por vía femoral derecha se realizó arteriografía de arteria carótida izquierda que no mostró lesiones a nivel nasal. Se cateterizó supraselectivamente la arteria esfenopalatina izquierda mediante microcatéter Progreat de 2.7 Fr (Terumo latin america Corporation Miami) y tras la inyección de contraste/realización de serie angiográfica se apreció tortuosidad y datos angiográficos de angiodisplasia y sangrado activo en dicha arteria.

\*Autor para correspondencia

Correo electrónico: jlrios@yahoo.com (Ríos Reina JL)

Se decidió su embolización mediante *coil* de dicho sangrado, liberando *coil* Azur (AZUR® Peripheral Hydrocoil® Terumo) de 40 × 4 mm en tercio medio de la arteria esfenopalatina. Se inyecta contraste, corroborando la ausencia de extravasado y se finaliza el procedimiento. Veinticuatro horas posprocedimiento, el paciente es dado de alta sin sangrado ni signos de inestabilidad.

La epistaxis es una entidad frecuente y tiene como su causa múltiples etiologías, entre las que destacan la hipertensión arterial sistémica, el traumatismo directo o la etiología tumoral. Hasta en el 95 % de los casos se trata de una patología autolimitada. Sin embargo, un 6 % de los mismos requieren atención médica<sup>1</sup>.

El 5 % de las epistaxis provienen del plexo posterior, lo que las hace de difícil tratamiento incluso con empaquetamiento anterior y posterior, presentando una tasa de éxito que oscila entre el 48 y el 83 %.

La embolización es un tratamiento eficaz para el control de las hemorragias nasales recurrentes o incontrolables. Está contemplado el uso de materiales embolizantes como *gelfoam*, partículas de polivinil, *coils* de platino o una combinación de estos<sup>2</sup>. La realización de una angiografía previa es de vital importancia para el diagnóstico y evaluación de la anatomía, valorando ramificaciones y colateralidad con el objetivo de prevenir la migración de material embolizante a las arterias carótida interna u oftálmica.

La embolización arterial consiste en depositar en la luz de la arteria seleccionada material que obstruya el flujo sanguíneo.

En el estudio realizado en 2003 por Scroop *et al.*<sup>3</sup>, se evaluaron 119 casos de epistaxis refractaria a taponamiento y cauterización, con un 100 % de éxito en el control de la epistaxis embolizando las arterias maxilares internas de forma bilateral o de la arteria facial del lado sangrante. Oguni *et al.*<sup>5</sup> demostraron en su trabajo, con 37 casos de epistaxis refractaria, un éxito del 94,6 %, evidenciándose dos recurrencias. Asimismo, este estudio reveló hasta un 45 % de complicaciones leves, como son dolor facial y cefalea. El evento vascular cerebral, la ceguera, la necrosis cutánea, la parálisis facial y el dolor facial o la cefalea como complicaciones menores son eventos descritos<sup>4</sup>. De estos trabajos se concluye que existe una alta tasa de resolución del sangrado en las epistaxis refractarias a tratamiento médico o quirúrgico, mediante la embolización arterial selectiva, siendo este un procedimiento mínimamente invasivo, con menor tiempo de recuperación y reducción en costos, con lo que se convierte en una herramienta eficaz para en la resolución de la epistaxis refractaria.



**Figura 1.** Izquierda: Angiografía con substracción digital muestra cateterización selectiva de arteria esfenopalatina izquierda con microcatéter, donde se observa marcada tortuosidad así como datos angiográficos de sangrado activo y abundantes angiodisplasias nasales. Derecha: Proyección AP muestra angiografía de arteria esfenopalatina con posición adecuada de *coil*. Nótese que no se observan datos angiográficos de sangrado activo en región septal.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores de este manuscrito no manifiestan conflicto de interés.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Small M, Murray JA, Maran AG. A study of patients with epistaxis requiring admission to hospital. *Health Bull (Edinb)* 1982;40:20-29
2. Pollice PA, Yoder MG. Epistaxis: a retrospective review of hospitalized patients. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1997;117:49-53
3. Scroop R, Venturini C, Song J. Endovascular Treatment of Epistaxis. *Seminars in Interventional Radiology*, 2000; 20 (1): 51-7.
4. Montgomery WW, Reardon EJ. Controversy in Otolaryngology Philadelphia, J.B. 1980 Saunders 315-9.
5. Oguni, Yasunaga T. Superselective Embolization for Intractable Epistaxis. *Br J Radiol*, 2000; 73 (875): 1148-53.