



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

Coils selective embolization of sphenopalatine artery due to massive epistaxis

Ríos Reina JL^{1*}, Beltrán Pérez J², Castillo García JA²

¹Departamentos de Imagenología y Hemodinamia; Director del Programa de residencia de Radiología e Imagen, Hospital Ángeles Mocel, Ciudad de México, México

²Departamento de Imagenología, Hospital Ángeles Mocel, 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 supraseductivamente 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 médica¹.

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 estos². 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.*³, 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.*⁵ 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 descritos⁴. 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.

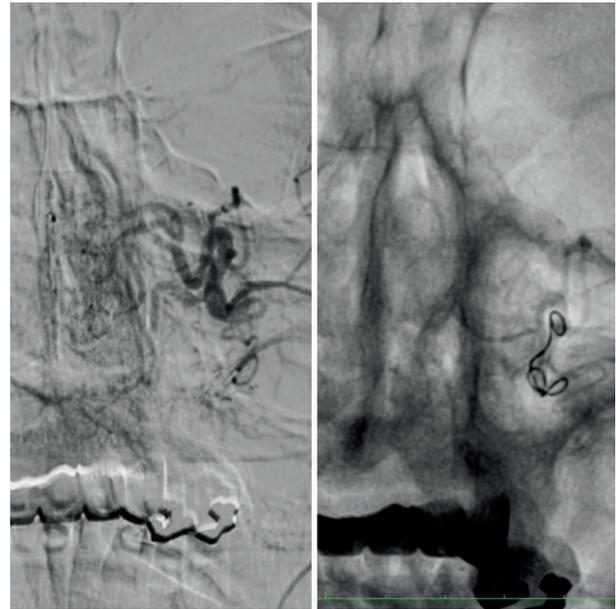


Figura 1. Izquierda: Angiografía con substracción digital muestra cateterización selectiva de arteria esfenopalatina izquierda con microcatéter, donde se observa marcada tortuosidad así como datos angiográficos de sangrado activo y abundantes angiodisplasias nasales. Derecha: Proyección AP muestra angiografía 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.