

## **En un niño ¿cuándo la epistaxis podría traducir un trastorno de coagulación?**

Autora: Dra. Marcela Velásquez Beltrán, Residente de Medicina Familiar PUC.

Editora: Dra. Pamela Rojas G., Docente de Medicina Familiar PUC.

Fecha: diciembre de 2022

Portada: En pediatría la mayoría de las epistaxis son benignas y autolimitadas. Aun así, es clave sospechar las causas sistémicas y distinguir en qué pacientes se debe sospechar un trastorno de coagulación de base, ya que esto guiará a la conducta más adecuada para cada caso.

**Palabras clave:** epistaxis, sangrado mucocutáneo, trastornos de la coagulación, APS, Medicina Familiar.

### **INTRODUCCIÓN**

La epistaxis puede presentarse como episodios únicos o recurrentes de sangrado, siendo este último un motivo de preocupación y ansiedad tanto para el paciente como para su familia.

A pesar de que la mayoría de las epistaxis son de etiología idiopática (1), existen signos en la historia clínica y examen físico que nos orientan a la sospecha de un trastorno de la coagulación como causa del sangrado.

### **¿QUÉ SIGNOS NOS ORIENTAN A UNA EPISTAXIS SISTÉMICA POR UN TRASTORNO DE LA COAGULACIÓN?**

En la historia personal es importante no solo caracterizar la epistaxis (tiempo de evolución, aparición antes de los 2 años de edad, uni o bilateralidad, frecuencia y número de episodios, duración del sangrado, manejo), sino también conocer el historial de sangrado del paciente (2,3):

- Sangrado de otras mucosas: gingivorragia en especial.
- Sangrado de piel y tejidos blandos: petequias, equimosis y hematomas (en tejidos superficiales o profundos), hemartrosis
- Menorragia (incluir historia de sangrados en partos en mujeres en edad fértil)
- Sangrado gastrointestinal
- Hematuria
- Mecanismo del sangrado: sangrado espontáneo o ante trauma (mínimo o mayor), sangrado posterior a procedimientos clínicos, odontológicos o quirúrgicos.
- Manejo del sangrado: autolimitado, consultas en servicio de urgencias, uso de fármacos (antifibrinolíticos, corticoesteroides) o hemoderivados, necesidad de intervención quirúrgica (4).

### **¿QUÉ DICE LA EVIDENCIA?**

Un estudio transversal realizado en 100 pacientes pediátricos (mayores de 2 y menores de 18 años) en un servicio ambulatorio en Egipto (5) titulado “Epistaxis en una consulta externa de pediatría: ¿puede ser un signo de alarma?” tenía como objetivo principal categorizar a los pacientes según

epistaxis de probable causa local o sistémica (trastorno de coagulación de base), investigando la idoneidad de un cuestionario estructurado que podría guiar esta categorización.

Los pacientes incluidos en el estudio tenían una causa desconocida de epistaxis. Se excluyeron aquellos pacientes con una causa de epistaxis evidentemente quirúrgica, traumática o médica (como un trastorno de coagulación ya diagnosticado, falla hepática o uso de aspirina o Warfarina).

A todos los pacientes reclutados se les preguntó por historia de trauma, infección o inflamación nasal reciente, historia de manifestaciones de sangrado personales y familiares. Además, a todos se les realizó un examen físico de oídos, nariz (rinoscopia anterior) y faringe por otorrinolaringólogo y se les aplicó 2 cuestionarios para objetivar la epistaxis y otros sangrados mucocutáneos (6).

Los pacientes fueron clasificados en 2 grupos de acuerdo a si el sangrado se restringía a la nariz (Grupo A: pacientes con probable epistaxis de causa local) o se asociaba a otras manifestaciones (Grupo B: pacientes con probable sangrado de causa sistémica). Además, se solicitó hemograma completo, tiempo de protrombina (TP) y tiempo de tromboplastina parcial activada (TPPa).

Finalmente, 43 pacientes fueron clasificados en el grupo A: 37 de ellos tenían una evaluación médica y laboratorio inicial normal. Fueron diagnosticados con epistaxis idiopática: 6 tenían causas locales (4 tenían rinitis alérgica y 2 infecciones).

Los otros 57 pacientes fueron clasificados en el grupo B: la asociación más frecuente con manifestaciones sistémicas fueron el sangrado cutáneo (32 pacientes con petequias y 25 pacientes con equimosis), gingivorragia (18 pacientes) y menorragia (14 pacientes).

Al realizar la comparación entre ambos grupos, los signos estadísticamente significativos que orientan a un sangrado sistémico fueron (valor  $p < 0,05$ ):

- Historia familiar de epistaxis
- Conteo de plaquetas significativamente bajo ( $202.680 \pm 140.130$  plaquetas/uL. Media: 4.000–500.000 plaquetas/uL)
- Invariabilidad con la estacionalidad
- Derivación al centro por un médico de Atención Primaria
- Epistaxis asociada a: petequias, equimosis, gingivorragia y/o menorragia

## **DISCUSIÓN**

Si bien la evidencia de este estudio debe ser interpretada con cautela, ya que fue realizado en un centro de atención secundario; en un país con alta tasa de matrimonios consanguíneos (29% en la población estudiada); y con una mayor prevalencia de trastornos hereditarios de la coagulación, es posible concluir que existen signos clínicos que orientan un sangrado sistémico causado por un trastorno de coagulación.

Si bien a estos pacientes se les puede solicitar hemograma completo y pruebas de coagulación inicial (TP y TPPa) en Atención Primaria, se debe considerar que estas pruebas podrían resultar normales en pacientes con un trastorno de la coagulación. En estos casos, ante la imposibilidad de continuar estudio, se debe realizar la derivación a hematología.

## **REFERENCIAS:**

1. Tunkel, D. E., Anne, S., Payne, S. C., Ishman, S. L., Rosenfeld, R. M., Abramson, P. J., Alikhaani, J. D., Benoit, M. M., Bercovitz, R. S., Brown, M. D., Chernobilsky, B., Feldstein, D. A., Hackell, J. M., Holbrook, E. H., Holdsworth, S. M., Lin, K. W., Lind, M. M., Poetker, D. M., Riley, C. A., Schneider, J. S., Monjur, T. M. (2020). Clinical Practice Guideline: Nosebleed (Epistaxis). *Otolaryngology--head and neck surgery: official journal of American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 162(1\_suppl), S1–S38. <https://doi.org/10.1177/0194599819890327>
2. Neutze, D., & Roque, J. (2016). Clinical Evaluation of Bleeding and Bruising in Primary Care. *American family physician*, 93(4), 279–286.
3. Allen, G. A., & Glader, B. (2002). Approach to the bleeding child. *Pediatric clinics of North America*, 49(6), 1239–1256. [https://doi.org/10.1016/s0031-3955\(02\)00091-3](https://doi.org/10.1016/s0031-3955(02)00091-3)
4. Gresele, P., Orsini, S., Noris, P., Falcinelli, E., Alessi, M. C., Bury, L., Borhany, M., Santoro, C., Glembotsky, A. C., Cid, A. R., Tosetto, A., De Candia, E., Fontana, P., Guglielmini, G., Pecci, A., & BAT-VAL study investigators (2020). Validation of the ISTH/SSC bleeding assessment tool for inherited platelet disorders: A communication from the Platelet Physiology SSC. *Journal of thrombosis and haemostasis : JTH*, 18(3), 732–739. <https://doi.org/10.1111/jth.14683>
5. ElAlfy, M. S., Tantawy, A. A. G., Eldin, B. E. M. B., Mekawy, M. A., Mohammad, Y. A. E., & Ebeid, F. S. E. (2021). Epistaxis in a Pediatric Outpatient Clinic: Could It be an Alarming Sign? *International archives of otorhinolaryngology*, 26(2), e183–e190. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1726040>
6. Bowman M, Riddel J, Rand L, Tosetto A, Silva M. Evaluation of the diagnostic utility for Von Willebrand disease of a pediatric bleeding questionnaire. *J Thromb Haemost.*2009 Aug; 7(8): 1418-21