Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

# A importância do manejo e tratamento eficaz da epistaxe secundária e sua associação entre hipertensão arterial sistêmica

The importance of effective management and treatment of secondary epistaxis and its association with systemic arterial hypertension

La importancia de una gestión y un tratamiento eficaces de la epistaxis secundaria y su asociación con la hipertensión arterial sistémica

Laura Beatriz Tenório Vitorino[1], Isadora Oliveira Barbosa[1], Tais Cardoso Vicente Braga[1].

**RESUMO**

**Objetivo:** Destacar a importância do conhecimento literário, manejo do paciente em episódios de epistaxe de maneira precoce, unindo o conhecimento teórico e prático, com destaque para pacientes hipertensos e/ou em crises hipertensivas. **Revisão bibliográfica:** Classifica-se a epistaxe em duas categorias: anterior ou posterior, sendo 90% dos casos de sangramento em região anterior. No entanto, a epistaxe posterior ocorre com maior frequência em pacientes acima dos 40 anos ou hipertensos, que é o quadro mais severo onde ocorre uma maior probabilidade de internação hospitalar. Hipertensão arterial, episódios de hepatopatias, patologia de Von Willebrand, hemofilias, doenças hematológicas, que causam alterações nas plaquetas, além do uso de anticoagulantes e anti-agregantes plaquetários que também podem causar crises de epistaxe. Existem casos de epistaxe locais, onde o mais caso clínico mais observado é o trauma em região nasal, quadro alérgico, infecção das vias aéreas superiores, fatores climáticos (tempo seco; inverno), componentes químicos (cocaína) e corpos estranhos. **Considerações finais:** Primeiramente, é necessário que o médico entenda o conceito teórico dos episódios de epistaxe, pois nem todo sangramento nasal tem origem na mucosa, requerendo o tratamento necessário e imediato.

**Palavras-chave:** Epistaxe, Hipertensão, Crise hipertensiva.

**ABSTRACT**

**Objective :** To highlight the importance of literary knowledge, patient management in episodes of epistaxis early on, combining theoretical and practical knowledge, with emphasis on hypertensive patients and/or hypertensive crises. **Bibliographic review:** Epistaxis is classified into two categories: anterior or posterior, with 90% of cases involving bleeding in the anterior region. However, posterior epistaxis occurs more frequently in patients over the age of 40 or hypertensive patients, which is the most severe condition where hospitalization is more likely. Arterial hypertension, episodes of liver disease, Von Willebrand's disease, hemophilia, hematological diseases, which cause alterations in platelets, as well as the use of anticoagulants and platelet anti-aggregants can also cause epistaxis crises. There are cases of local epistaxis, where the most commonly observed clinical case is trauma to the nasal region, allergic conditions, upper airway infection, climatic factors (dry weather; winter), chemical components (cocaine) and foreign bodies. **Final considerations:** First of all, it is necessary for the doctor to understand the theoretical concept of epistaxis episodes, as not all nasal bleeding originates in the mucosa, requiring the necessary and immediate treatment.

**Keywords:** Epistaxis, Hypertension, Hypertensive crisis.

[1] Centro Universitário CESMAC, Maceió - AL.

**SUBMETIDO EM: 8/2025** | **ACEITO EM: 9/2025** | **PUBLICADO EM: 10/2025**

**RESUMEN**

**Objetivo:** Destacar la importancia del conocimiento literario, del manejo del paciente en episodios de epistaxis en una fase precoz, combinando conocimientos teóricos y prácticos, con énfasis en pacientes hipertensos y/o en crisis hipertensivas. **Revisión bibliográfica:** La epistaxis se clasifica en dos categorías: anterior o posterior, con 90% de los casos con sangrado en la región anterior. Sin embargo, la epistaxis posterior se da con más frecuencia en pacientes mayores de 40 años o hipertensos, que es el cuadro más grave y en el que la hospitalización es más probable. La hipertensión arterial, los episodios de hepatopatía, la enfermedad de Von Willebrand, la hemofilia, las enfermedades hematológicas, que provocan alteraciones en las plaquetas, así como el uso de anticoagulantes y antiagregantes plaquetarios también pueden provocar crisis de epistaxis. Existen casos de epistaxis local, siendo el caso clínico más comúnmente observado los traumatismos en la región nasal, las afecciones alérgicas, la infección de las vías aéreas superiores, los factores climáticos (tiempo seco; invierno), los componentes químicos (cocaína) y los cuerpos extraños. **Consideraciones finales:** En primer lugar, es necesario que el médico comprenda el concepto teórico de los episodios de epistaxis, ya que no todas las hemorragias nasales se originan en la mucosa, requiriendo el tratamiento necesario e inmediato.

**Palabras clave:** Epistaxis, Hipertensión, Crisis hipertensiva.

## INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HTA) caracteriza-se pela elevação da tensão arterial (TA). Estudos indicam que os benefícios do controle farmacológico não são mais arriscados aos riscos de tratamento quando relacionado aos valores da TA, superiores a 140/90 unidades de medida de pressão milímetros de mercúrio (mmHg). Diante de episódios de elevação crônica a partir do nível de TA supracitado, acarretam diversos acometimentos e lesões a órgãos e ao sistema vascular, dentre eles o infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico (AVE). Pressão arterial sistólica (PAS), pressão arterial diastólica (PAD) e HTA são algumas das nomenclaturas necessárias para maior compreensão. Dessa forma, a HTA se distribui em vários graus, de acordo com a TA do paciente, classificando-se do grau 1 ao grau 3 (RODRIGUES JPSL, et al., 2021).

A epistaxe é um sangramento de origem nasal, são irrigadas pela artéria carótida (interna e externa), que em diversas anastomoses formam o tecido erétil dos cornetos superior, médio e inferior, ligados ao septo nasal e parede lateral. Localizados na porção anterior do septo nasal, existe uma vasta rede anastomótica, sendo as artérias presentes: palatina maior, esfenopalatina e labial superior. O plexo de Kiesselbach ou área de Little, são de onde maioria dos sangramentos anteriores acontecem, geralmente são menos graves (90%), enquanto na região posterior o plexo presente é o Woodruff, é a mais preocupante devido ao acesso e ao grande volume de sangue, pois os vasos sanguíneos são mais calibrosos, originados da região anatômica nasal mais profunda (WURMAN LH, et al., 1992; ROSNAGLE RS, et al., 1993; KRAVICK L, et al., 2019; RODRIGUES JPSL, et al., 2021; LEADON ME e HOHMAN MH, 2021).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é o fator de risco mais preocupante para desenvolvimento de problemas cardiovasculares. No Brasil, é a maior causa de morbimortalidade na população adulta. De acordo com a classificação da hipertensão, o estágio 1: não possui sinais de acometimentos aos órgãos, enquanto o estágio 2 apresenta: hipertrofia ventricular esquerda, consegue ser identificado através dos exames de imagem: eletrocardiograma (ECG), raio x e ecocardiograma. Outro sintoma presente no estágio 2 é o estreitamento arteriolar a fundoscopia, presença de proteína na urina (proteinúria), podendo haver uma discreta elevação da creatinina e arterosclerose em vasos. Paralelamente, no estágio 3 existe a presença de algum dos sinais: angina no peito, insuficiência cardíaca, infarto do miocárdio, icto isquêmico transitório, acidente vascular encefálico, encefalopatia hipertensiva, hemorragias e exsudatos, podendo o disco óptico ter ou não a presença de edemas, creatinina acima de 2 miligramas por decímetro de um litro (mg/dL), insuficiência renal, aneurisma dissecante e doença arterial oclusiva sintomática (BRASIL, 1998; OMS, 1993; KRAVICK L, et al., 2019).

Apresentando uma rica vascularização, a cavidade nasal e a parede lateral da fossa nasal é irrigada pelas artérias etmoidais (anterior e posterior). Entretanto, a proximidade entre cartilagem septal, osso e mucosa nasal dificulta a vasculatura do nariz, presente em outras partes do corpo. Porém, nesta região anatômica, torna-se sensível devido ao ressecamento e uma rede vascular suscetível a traumas (SESSIONS RB, 1973; MCCLURG SW e CARRAU R, 2014).

Raramente fatal, a epistaxe tem relação com a HTA, pois acredita-se que é um dos fatores mais importantes para o desenvolvimento do sangramento nasal. Diante dos aspectos anatômicos aliados as condições que predispõem a epistaxe, dentre elas a hipertensão, é necessário um embasamento teórico para um manejo adequado do paciente nesse quadro clínico. Em relação ao tratamento, as condutas podem variar de um protocolo conservador até intervenções cirúrgicas mais complexas. Contudo, é necessário analisar histórico clínico do paciente, características gerais e específicas da epistaxe, aliado ao manejo correto e precoce (NÉVOA ACLL, et al., 2024).

## REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Um estudo de coorte realizado em território coreano, reuniu 71.498 indivíduos divididos em dois grupos: o primeiro consistia nos pacientes com HTA em tratamento farmacológico, enquanto o segundo grupo não possuía a condição hipertensão. Cada coorte incluiu 35.740 mil pacientes, foram excluídos da pesquisa pacientes com outras patologias associadas a epistaxe: tumores nasais, distúrbios de coagulação e pacientes que fazem uso de anticoagulantes, o estudo demorou 5 anos e 6 meses para sua conclusão. A taxa de incidência de sangramentos nasais no grupo dos hipertensos foi muito maior, 13% do total, enquanto os pacientes sem HTA, apenas 3%. Outrossim, os pacientes com epistaxe do grupo 1 necessitaram de tamponamento nasal posterior (1.9%), enquanto o grupo 2 teve 0,9%. A pesquisa não enfatiza se a incidência de epistaxe grave corresponde à pressão arterial (PA) elevada no momento do sangramento (BYUN H, et al., 2020; SCHWENK TL, et al., 2020).

A severidade da HAS é o principal fator para desenvolvimento da epistaxe e o tempo da condição hipertensiva ativa pode gerar maiores episódios de epistaxe. Portanto, a presença da condição hipertensão facilita e pode ser um fator importante para o sangramento nasal. Contudo, os profissionais devem estar atentos aos pacientes hipertensivos pois podem estar em maior risco de desenvolvimento de complicações com necessidade de tratamento emergente em comparação a indivíduos que não possuem a comorbidade. Além disso o uso de ácido acetilsalicilico (AAS) pode aumentar em duas vezes a incidência de sangramento (LUBIANCA-NETO JF, et al., 1996; SCHWENK TL, et al., 2020).

Segundo uma amostra realizada em território americano, realizada em 1990 reuniu 53 pacientes acima dos 50 anos, com epistaxe e necessidade de internação, divididos em dois grupos. Somente os pacientes que tiveram uma elevação da pressão arterial (PA) tiveram sinais clínicos de sangramento nasal, com uma PA média de 161/93mg, enquanto o grupo controle obteve 140/83mg, apresentando uma diferença significativa tanto em PAS, quanto PAD (WATSON PD e SHENOI PM, 1990).

Petruson B, et al. (1990), apresentaram um estudo de coorte que concluiu que o sangramento nasal é mais comum em achado acidental relacionado aos fatores etiológicos. Em contrapartida, uma amostra com 6672 pacientes em território norte-americano, com uma faixa etária vasta, entre 18-79 anos, correlacionando as PAS e PAD, com a presença ou ausência de epistaxe. Não foram constatadas diferenças significativas entre os grupos, a prevalência do sintoma de uma pressão arterial elevada não diferiu estatisticamente, com uma variação de 9,5-11% para PAS e 9.4-12,2% para PAD.

O sexo feminino, idade e o conhecimento de sua condição hipertensa, foram os grandes responsáveis pela prevalência da sintomatologia. Enquanto a hipertensão e o tratamento hipertensivo, de maneira isolada, não foram. Em contrapartida, a amostra não garante a comprovação de fato, pois ao trazer o estudo para a esfera social, ainda é um número ínfimo e ausência de significâncias dessas variáveis, devido a simples amostra e baixo número de participantes (DI-TULLIO C, et al., 1988).

A grande relação entre a hipertensão e casos de epistaxe, dá-se pelo fator de que o HAS, condição mais preocupante de risco cardiovascular que, de maneira isolada, já pode ocasionar em quadros de sangramento pelo uso de AAS, importante redutor de episódios coronarianos em pacientes de risco. Dessa forma, a utilização desse fármaco pode causar aumento de sangramentos nasais em pacientes de risco, devido ao seu efeito antiplaquetário (WATSON MG e SHENOI PM, 1990).

**Tratamento da condição epistaxe anterior e manejo eficaz do paciente hipertenso**

Considerado como uma técnica de primeira linha, o manejo inicial deve ser realizado a partir de medidas conservadoras visando a hemostasia pressionando sobre o plexo de Kiesselback. Tal pressão deverá ser realizada entre 10-15 minutos com o paciente inclinado para frente, evitando a deglutição do sangue e reflexo de gag, contração automática que pode ocasionar em vômitos. Embora o tamponamento nasal seja eficaz em alguns casos, a pressão exercida do tampão na região pode levar a um desconforto e até risco de infecção secundária. Assim, a remoção do tampão deve ser efetuada de maneira delicada, afim de evitar uma remoção do coágulo formado e um possível ressangramento (COHN B, 2017; KRULEWITZ F, et al., 2019; AHMED J, et al., 2021).

Agentes tópicos podem ser eficazes quando o tratamento conservador não é efetivo. Alguns dos medicamentos tópicos utilizados são: oximetazolina e lidocaína com epinefrina, devido a sua capacidade vasoconstrictora que auxilia na coagulação, diminuindo o fluxo sanguíneo local. Além disso, o nitrato de prata pode ser utilizado por meio da cauterização, cessando a epistaxe com a aplicação local do bastão sobre o local do sangramento (MELIA L e MCGARRY GW, 2011; ANDREEFF R, et al., 2016).

Em relação a terapia medicamentosa, não existem evidências suficientes na literatura comprovando que a necessidade de antibióticos profiláticos consiga controlar de maneira eficaz a prevenção de infecções correlacionadas com o tamponamento nasal (SCHMIDTMAN DC, et al., 2022).

É importante ressaltar que a epistaxe anterior recorrente pode ser proveniente de outros fatores, não somente a hipertensão. Distúrbios de coagulação, desvio de septo e condições sistêmicas. A orientação do paciente deve ser realizada de maneira a adaptar métodos que fazem parte da rotina diária do paciente a fim de evitar novas complicações: sempre umidificar o ambiente e pomadas emolientes, reduzindo a necessidade de intervenções invasivas, gerindo com uma metodologia eficaz e preventiva, assim como maioria dos casos de epistaxe anterior (WOMACK JP, et al., 2018).

Faz-se importante ressaltar o manejo em pacientes com HTA com comorbidades, destaque para a epistaxe, embora exista uma gama de protocolos relacionados ao manejo do paciente hipertenso, porém a literatura ainda carece de consenso, devido a variabilidade de casos e comprometimentos subjacentes do paciente. Necessita, portanto, de uma abordagem multiprofissional que deve ser levado em consideração o estilo de vida do paciente, o que inclui a sua baixa perspectiva de risco, utilização de vários medicamentos ao mesmo tempo (polifarmácia), complexidade clínica e possíveis potenciais de complicações e interações medicamentosas entre as condições pré-existentes. Prova disso, é que algumas terapias medicamentosas são contraindicadas para o controle da PA e devem ser individualizadas de acordo com a comorbidade, algumas delas são: diabetes mellitus, insuficiência cardíaca, doenças vasculares/cerebrovasculares e insuficiência renal crônica (SABATINE MS e BERGER JS, 2010; PARATI G e ESLER M, 2018).

A polifarmácia foi um dos contribuintes para limitações dos pacientes em se adequar ao manejo adequado do tratamento da hipertensão, a diversidade dos fármacos dificulta a eficácia do tratamento. Além disso, as consequências de efeitos adversos são maiores em pacientes que fazem regimes terapêuticos complexos, como tratamento de doenças cardiovasculares e diabetes e, principalmente, em pacientes idosos com comprometimento renal e hepático (SEVERINO LCR, et al., 2024).

O tratamento multiprofissional mostrou-se eficaz no controle da HTA, a presença de cardiologistas, endocrinologistas, psicólogos e nutricionistas tornam-se de vital importância para a manutenção e sucesso do protocolo individualizado em pacientes deste grupo de risco. Não obstante, práticas regulares de exercício físico, diminuição de sódio em sua dieta, priorizando alimentos como potássio, cálcio e magnésio e controle do stress, comprovaram ser fatores que auxiliam no controle da hipertensão e melhora de comorbidades secundárias, principalmente a diabetes tipo 2 (SEVERINO LCR, et al., 2024).

Paralelamente, disparidades socioeconômicas podem gerar ainda mais complicações devido a questão cultural no que gere o tratamento e importância do paciente frente à comorbidade, principalmente em indivíduos com baixo poder econômico e difícil acesso a saúde, tornando-se imprescindível a implementação de estratégias educacionais intermitentes, por parte do profissional da saúde. Maioria dos casos de epistaxe anterior podem ser geridas de maneira eficaz, utilizando-se de prevenções e orientações em saúde sem a necessidade de tratamentos complexos e invasivos (MIDDLETON PM, 2004; MUELLER M e VENZIN R, 2019).

**Tratamento da epistaxe posterior em pacientes hipertensos:**

Por sua vez, o tratamento da epistaxe posterior requer um tratamento mais detalhado, levando em consideração o prontuário, cronicidade da condição hipertensão, histórico familiar de comorbidades e exame físico, ocasionando na criação de um protocolo individualizado. Em oposição ao tamponamento da epistaxe anterior, em casos posteriores tal manejo pode ser ineficaz devido ao grande fluxo sanguíneo e profundidade do local de sangramento, tornando a ferramenta endoscópica de grande importância para o controle da área afetada (MCLURG SW e CARRAU R, 2014).

Koskina I, et al. (2023) afirmam que a utilização dessa profilaxia deve ser evitada principalmente em pacientes saudáveis, por não ter comprovações cientificas suficientes e risco de resistência bacteriana. O tratamento da condição HTA, em associação com antibióticos (ATB), não possuem comprovação científica suficiente no combate à prevenção das infecções derivadas, podendo ocasionar em resistências bacterianas, tornando-se apenas um protocolo único de tratamento com alto risco de infecção.

Alguns fatores de riscos para a epistaxe são: hipertensão, distúrbios de coagulação, arteriosclerose, além de condições sistêmicas, como o enfraquecimento natural dos vasos sanguíneos, ocasionados pelo envelhecimento. Assim, torna-se indispensável a anamnese e exame físico completo do paciente para criação de um protocolo individualizado, a tamponagem posterior é o tratamento de primeira via, porém pode ser ineficaz devido a grande quantidade de sangramento, ocasionar desconforto no paciente devido a região afetada. A utilização de tampões de maneira inadequada pode ocasionar numa consequência ainda mais grave como: infecções secundarias e necrose tecidual (KRULEWITZ NA e FIX ML, 2019; LEADON ME e HOHMAN MH, 2014).

Essa abordagem com medicamentos ATB, tornou-se difundida e comum devido a justificativa de que tal manejo pode atuar como preventivo no que se diz em relação às complicações infecciosas (sinusite bacteriana e otite média). Em oposição, Leadon ME e Hohman MH (2014), destacam que o uso dessa classe medicamentosa nestes quadros só é administrado devido ao tamponamento nasal posterior, que é empregado de maneira frequente, gerando um ambiente propício para o desenvolvimento de bactérias e aumentando consideravelmente o risco de infecção.

Em oposição, Schimidtman DC, et al. (2022) afirmam que a terapia com ATB de caráter preventivo tem sua devida importância na abordagem literária, porém ainda necessita de mais investimentos e pesquisas para sua eficácia na prevenção de infecções associadas ao tamponamento nasal e recorrência frequente de epistaxe posterior. Portanto, mesmo que exista uma prática difundida de prescrição de medicamentos ATB, torna-se necessário a criação de protocolos individualizados a fim de evitar resistências bacterianas e, além disso, evitar o uso desnecessário de ATB.

Além do tamponamento nasal em casos de condições nosológicas posteriores, existe a ligadura arterial, que consiste no ligamento da artéria esfenopalatina, por meio de métodos endoscópicos endonasais, necessitando de transfusão sanguínea, o procedimento é realizado por médicos otorrinolaringologistas. Porém, a embolização endovascular é o procedimento de escolha antes da ligadura cirúrgica - por esta ser muito invasiva, consiste na embolia da artéria maxilar, realizada por injeção por meio de microcatéteres de pequenas partículas intituladas de microesferas, materiais com espirais metálicas ou algum agente adesivo, com taxa de sucesso superior a noventa por cento. Procedimentos que, embora invasivos, tem demonstrado eficácia em casos de epistaxes severas e frequentes (DUBEL GJ, et al., 2013; KOSKINAS I, et al., 2023).

Bro SP, et al. (2017), destaca que o tratamento invasivo da epistaxe só é realizado quando existe uma reincidência frequente da complicação e que uma abordagem combinada entre manejos cirúrgicos e preventivos deve se tornar uma abordagem padrão dos episódios. Baseia-se, dessa forma, na resposta do paciente em relação aos tratamentos conservadores, grau e tempo de sangramento (TS), também está ligado ao manejo de anticoagulantes, tornando o acompanhamento crônico indispensável, uma vez que o ajuste na dosagem dos riscos modificáveis (medicamentos) se torna necessário para redução dos casos de TS.

Antes do início do tratamento individualizado, é importante a escolha do manejo terapêutico adequado pois a insuficiência renal, insuficiência cardíaca, diabetes mellitus e doença arterial coroniana, são comorbidades que devem ser consideradas anteriormente à administração de possíveis novos medicamentos, pois medicamentos anti-hipertensivos: principalmente os inibidores da angiotensina (IECA), diuréticos, betaloqueadores e bloqueadores dos receptores da angiotensina II (ARBs) sempre estarão presentes na polifarmácia do paciente com HA, sendo a base para homeostasia da condição hipertensão (BRO SP, et al., 2017; SEVERINO LCR, et al., 2024).

Prova disso, é o uso de ARBs em pacientes com comprometimento renal ou diabetes que apresentou uma progressão da nefropatia e controle glicêmico. Em contrapartida, a polifarmácia pode atrapalhar no controle e adesão do paciente ao tratamento, principalmente em idosos. Considera-se, portanto, uma alternativa viável de combinação farmacológica e estratégias que visem uma otimização na administração desses medicamentos, no objetivo de manter o paciente dentro dos cuidados necessários, mas também atentar-se a minimização de efeitos adversos (BRO SP, et al., 2017; SEVERINO LCR, et al., 2024).

Mudanças no estilo de vida do paciente são de vital importância, tornando o acompanhamento com nutricionista indispensável com foco na diminuição de sódio na dieta e adoção de hábitos positivos relacionados ao manejo da saúde integral. No entanto, para sugestão e implementação de novos hábitos dos pacientes neste quesito, deve ser levado em consideração: fatores econômicos, sociais e psicológicos. Portanto, a coordenação do cuidado multiprofissional deve ser a mais importante pois, será responsável por: evitar a sobrecarga de medicamentos, aumentando a tolerância e eficácia do protocolo proposto, como: estratégias educacionais, autogestão, acompanhamento psicológico e monitoramento domiciliar da PA. Diante disso, resulta numa melhora da adesão farmacológica e detecção de complicações secundárias de maneira precoce significativamente, de acordo com comprovações literárias (SEVERINO LCR, et al., 2024).

Severino LCR, et al. (2024) relataram em sua revisão sistemática que as diretrizes relacionadas ao manejo do paciente HA com a complicação epistaxe frequente, disponíveis nos acervos literários, carecem de mais heterogeneidade em suas amostras e ausência de protocolos bem definidos. Assim, um maior acervo e pesquisas de cunho revisional literário, geram evidências necessárias para a eficácia do tratamento da epistaxe em pacientes hipertensos e protocolos mais bem assertivos e programáticos, levando em consideração não apenas as condições do paciente, mas sua adesão e melhora dos resultados a cronicidade do tratamento, aliando o educacional com o físico-psicológico.

Neto JFLC, et al. (1986) concluíram que a HAS é o fator mais de maior risco para a epistaxe por se tratar de condição sistêmica. Ademais, a duração prolongada da hipertensão arterial em um paciente, ou seja, quanto mais tempo ele for hipertenso, maior será a probabilidade de desenvolvimento de epistaxe severa. Portanto, a irrelevância da última informação foi em função do baixo poder estatístico do estudo realizado.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dessa forma, o tratamento da epistaxe, seja ela anterior ou posterior, possui uma gama de tratamentos, onde deve ser analisada a condição clínica atual do paciente, evitando riscos secundários e oferecendo uma abordagem de maneira individualizada. Em paralelo, a presença da condição hipertensão é um agravante, sendo a hipertensão arterial sistólica mais preocupante, quando combinada com a utilização do ácido acetilsalicílico, que possui propriedades anticoagulantes. Em contrapartida, a epistaxe posterior é mais preocupante por ter uma região dos vasos acometidos e maior dificuldade de visualização, além de um fluxo de sangramento maior em comparação a epistaxe anterior. Podem ser realizadas a tamponagem nasal anterior, utilização de antibióticos profiláticos, ligaduras arteriais e injeção de materiais embólicos que que

bloqueiam o fluxo sanguíneo da artéria. Por fim, o acompanhamento regular do paciente, transmissão das informações necessárias ao paciente sobre a condição, a fim de facilitar seu dia a dia, com objetivo de manter o manejo adequado e sustentável da condição epistaxe e prevenção de novos episódios.

**REFERÊNCIAS**


1. AHMED J, et al. Management of epistaxis: a guide for junior doctors. British Journal of Hospital Medicine, 2021; 82(7): 1–8.
2. ANDREEFF R, et al. Epistaxis. Journal of the American Academy of Physician Assistants, 2016; 29(1): 46–47.
3. BRO SP, et al. Treatment of recurrent posterior epistaxis. Ugeskrift for laeger, 2017; (179): 34.
4. BYUN H, et al. Association of hypertension with the risk and severity of epistaxis. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg., 2020.
5. COHN B. Are Prophylactic Antibiotics Necessary for Anterior Nasal Packing in Epistaxis? Annals of Emergency Medicine, 2015; 65(1): 109–111.
6. DUBEL GJ, et al. Transcatheter embolization in the management of epistaxis. Semin Intervent Radiol., 2013; 30(3): 249–62.
7. DI-TULLIO C, et al. Prevalence of symptoms generally attributed to hypertension or its treatment: study on blood pressure in eldery outpatients (SPAA). J Hypertens (Suppl.), 1988; 6: S87–S90.
8. KRULEWITZ NA, FIX ML. Epistaxis. Emergency Medicine Clinics of North America, 2017; 37(1): 29–39.
9. KOSKINAS I, et al. Posterior epistaxis management: review of the literature and proposed guidelines of the Hellenic Rhinological-Facial Plastic Surgery Society. Europ Archives of Oto-Rhino-Laryngology, 2023.
10. LEADON ME, HOHMAN MH. Posterior Epistaxis Nasal Pack. StatPearls, 2023.
11. MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL. Normas técnicas para o Programa Nacional de Educação e Controle da Hipertensão Arterial (PNECHA). Série A. Normas e Manuais Técnicos, 47, Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988: 88 p.
12. MCCLURG SW, CARRAU R. Endoscopic management of posterior epistaxis: a review. Acta Otorhinolaryngologica Italica: Organo Ufficiale Della Società Italiana Di Otorinolaringologia E Chirurgia Cervico-Facciale, 2014; 34(1): 1–8.
13. MELIA L, MCGARRY GW. Epistaxis: update on management. Current Opinion in Otolaryngology & Head & Neck Surgery, 2011; 19(1): 30–35.
14. MUELLER M, VENZIN R. Personalized medicine for hypertension in the elderly with comorbidities. Current Opinion in Pharmacology, 2019; 47, 29–35.
15. NETO JFLC, et al. Study of the Association Between Epistaxis and the Severity of Systemic Arterial Hypertension. 1996.
16. NETO JFL. Dissertação de Mestrado apresentada no Curso de Pós-Graduação em Medicina; Clínica Médica para obtenção do título de Mestre em Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 1997.
17. PARATI G, ESTER M. The role of sympathetic nervous system in hypertension and cardiovascular risk. European Heart Journal, 2018; 39(16): 1249–1257.
18. PETRUSON B, et al. Is high blood pressure an aetiological factor in epistaxis? ORL Otorhinolaryngol Relat Spec, 1977, 39: 155–60.
19. RODRIGUES JPSL. Universidade da Beira Interior (Portugal) ProQuest Dissertations & Theses, 2021; e28988305.
20. ROSNAGLE RS. Epistaxis. In: English GM, ed. Otolaryngology. Philadelphia, JB Lippincott, 1993; 2(25): 1–10 p.
21. SABATINE MS, BERGER JS. Management of hypertension in patients with diabetes mellitus. Current Opinion in Cardiology, 2010; 25(4): 317–322 p.
22. SEVERINO LCR, et al. Estratégias para o manejo da hipertensão arterial em pacientes com múltiplas comorbidades: uma revisão integrativa. Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências E Educação, 2024; 10(11): 6968–6980.
23. SCHMIDTMAN DC, et al. Recurrent Epistaxis Throughout the Lifespan: A Clinical Review. South Dakota Medicine: The Journal of the South Dakota State Medical Association, 2022; 75(5): 224–228.
24. SESSIONS RB. Nasal hemorrhage. Otolaryngol Clin N Am., 1976, 6: 27–44 p.
25. WURMAN LH, et al. The Management of Epistaxis. Am J Otolaryngol., 1992; 13(4): 193–209.
26. SCHWENK TL, et al. Hypertension and Epistaxis. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg., 2020.
27. WATSON MG, SHENOI PM. Drug-induced epistaxis? J Royal Soc Med, 1990; 83: 4–162.
28. WOMACK JP, et al. Epistaxis: Outpatient Management. American Family Physician, 2018; 98(4): 8–21.