

**LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y
Humanidades, Asunción, Paraguay**

ISSN en línea: 2789-3855, 2026

Epistaxis posterior: revisión del abordaje diagnóstico y terapéutico actual

Posterior epistaxis: review of the current diagnostic and therapeutic
approach

Tomás Antonio Gazel Reuben

tomasgazelr@gmail.com

Universidad de Ciencias Médicas

<https://orcid.org/0009-0004-8948-7448>

San José – Costa Rica

Erik Stammes Sancho

erikstammes@live.com

<https://orcid.org/0009-0003-8288-6166>

Universidad de Ciencias Médicas

San José – Costa Rica

Ximena María Hernández Peña

ximena.her@hotmail.com

Universidad de Ciencias Médicas

<https://orcid.org/0009-0009-2162-6380>

San José – Costa Rica

Jorge Medina Barrios

jorgemb087@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0007-4857-9057>

Universidad de Ciencias Médicas

Limón – Costa Rica

Marcela Sancho Angulo

msancho026@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-7112-0128>

Universidad de Ciencias Médicas

San José – Costa Rica

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v7i1.5443>


Redilat
Red de Investigadores
Latinoamericanos


LATAM

Revista Latinoamericana de
Ciencias Sociales y Humanidades

Artículo recibido: 29 de octubre de 2025.

Aceptado para publicación: 05 de marzo de 2026.

Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

VOLUMEN VII

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v7i1.5443>

Epistaxis posterior: revisión del abordaje diagnóstico y terapéutico actual

Posterior epistaxis: review of the current diagnostic and therapeutic approach

Tomás Antonio Gazel Reuben

tomasgazelr@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0004-8948-7448>
Universidad de Ciencias Médicas
San José – Costa Rica

Erik Stammes Sancho

erikstammes@live.com
<https://orcid.org/0009-0003-8288-6166>
Universidad de Ciencias Médicas
San José – Costa Rica

Ximena María Hernández Peña

ximena.her@hotmail.com
<https://orcid.org/0009-0009-2162-6380>
Universidad de Ciencias Médicas
San José – Costa Rica

Jorge Medina Barrios

jorgemb087@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0007-4857-9057>
Universidad de Ciencias Médicas
Limón – Costa Rica

Marcela Sancho Angulo

msancho026@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-7112-0128>
Universidad de Ciencias Médicas
San José – Costa Rica

Artículo recibido: 29 de octubre de 2025. Aceptado para publicación: 05 de marzo de 2026.
Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

Resumen

La epistaxis es una de las emergencias otorrinolaringológicas más frecuentes y, aunque la mayoría de los casos corresponden a sangrados anteriores autolimitados, la epistaxis posterior representa un desafío clínico por su mayor severidad, recurrencia y complejidad terapéutica. Esta revisión aborda de manera integral la epistaxis posterior, incluyendo su anatomía vascular, epidemiología, factores de riesgo, criterios de severidad, abordaje diagnóstico y opciones terapéuticas actuales. Se describe un enfoque escalonado de manejo que prioriza la estabilización del paciente, el control inicial del sangrado y la aplicación progresiva de tratamientos de primera y segunda línea. Se analizan las indicaciones, eficacia y complicaciones del taponamiento nasal, la ligadura endoscópica de la arteria esfenopalatina y la embolización arterial selectiva, así como consideraciones especiales en pacientes bajo tratamiento antitrombótico. La evidencia disponible respalda la ligadura endoscópica como tratamiento de referencia en casos refractarios, reservando la embolización para situaciones seleccionadas. El conocimiento del origen del sangrado y una adecuada estratificación de la severidad permiten optimizar el manejo y reducir la morbilidad asociada a esta patología.

Palabras clave: epistaxis posterior, hemorragia nasal, arteria esfenopalatina, taponamiento nasal, embolización arterial

Abstract

Epistaxis is one of the most common otorhinolaryngological emergencies. While most cases involve self-limited anterior bleeding, posterior epistaxis poses a greater clinical challenge due to its severity, recurrence, and therapeutic complexity. This review provides a comprehensive overview of posterior epistaxis, focusing on vascular anatomy, epidemiology, risk factors, severity classification, diagnostic approach, and current management strategies. A stepwise therapeutic protocol is described, emphasizing patient stabilization, initial bleeding control, and the sequential use of first- and second-line treatments. The indications, effectiveness, and complications of nasal packing, endoscopic sphenopalatine artery ligation, and selective arterial embolization are analyzed, along with specific considerations for patients receiving antithrombotic therapy. Current evidence supports endoscopic sphenopalatine artery ligation as the treatment of choice in refractory cases, reserving embolization for selected patients. Accurate identification of the bleeding source and appropriate severity stratification are essential to optimize outcomes and reduce morbidity associated with posterior epistaxis.

Keywords: posterior epistaxis, nasal hemorrhage, sphenopalatine artery, nasal packing, arterial embolization

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicado en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons.



Cómo citar: Gazel Reuben, T. A., Stammes Sancho, E., Hernández Peña, X. M., Medina Barrios, J., & Sancho Angulo, M. (2026). Epistaxis posterior: revisión del abordaje diagnóstico y terapéutico actual. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 7 (1), 2430 – 2438. <https://doi.org/10.56712/latam.v7i1.5443>

INTRODUCCIÓN

La epistaxis es una emergencia otorrinolaringológica frecuente, afecta aproximadamente al 60% de la población general en algún momento de su vida. El 6% de estos casos requiere valoración por especialista y un porcentaje menor necesita hospitalización para el manejo. Las epistaxis se clasifican en anterior y posterior según el origen del sangrado. Las anteriores representan aproximadamente el 90% de los casos. Estas se originan principalmente en el plexo de Kiesselbach, localizado en la porción anteroinferior del tabique nasal. Este plexo constituye un área de confluencia vascular entre ramas de los sistemas carotídeos externo e interno. La epistaxis posterior es menos frecuente (10% de los casos), esta se asocia con mayor severidad y complejidad terapéutica, originándose principalmente del plexo de Woodruff, localizado en la pared lateral posterior de la fosa nasal, y de ramas terminales de la arteria esfenopalatina (Pinzón-Navarro et al., 2024; Mortuaire & Vanderhaegen, 2022; Benaran et al., 2024).

El reconocimiento del origen del sangrado permite no solo valorar el pronóstico, sino también orientar de manera adecuada el manejo del paciente. En la práctica clínica, la epistaxis anterior suele ser autolimitada o resolverse con manejo conservador. La epistaxis posterior suele asociarse a un manejo más complejo. En muchos casos, el sangrado no responde a medidas conservadoras iniciales, por lo que es necesario recurrir a intervenciones como el taponamiento posterior, procedimientos quirúrgicos o la embolización arterial selectiva (Koskinas et al., 2024; Chowdhury et al., 2024).

Este tipo de epistaxis se observa con mayor frecuencia en pacientes de edad avanzada, presencia de comorbilidades cardiovasculares y el uso de medicamentos que afectan las vías de la coagulación contribuyen a dificultar tanto el control del sangrado como el manejo perioperatorio. En estos pacientes, el abordaje debe individualizarse según el contexto clínico y el riesgo asociado (Koskinas et al., 2024; Pinzón-Navarro et al., 2024).

Esta revisión se centrará en la epistaxis posterior, su epidemiología, fisiopatología, factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento, utilizando literatura actualizada y guías de manejo basadas en la práctica clínica.

DESARROLLO

Anatomía vascular de la cavidad nasal posterior

La vascularización de la cavidad nasal se origina de dos sistemas arteriales principales: la carótida externa y la carótida interna. El sistema carotídeo externo contribuye con la mayor parte del aporte sanguíneo nasal a través de la arteria maxilar interna y la arteria facial. La arteria esfenopalatina, rama terminal de la arteria maxilar interna, emerge por el agujero esfenopalatino en la pared lateral de la fosa nasal, constituye la fuente más común de sangrado en epistaxis posterior. Esta presenta una anatomía variable, pudiendo tener entre 1 y 10 ramas terminales. Se divide típicamente en una rama septal posterior y ramas nasales laterales que irrigan los cornetes y la pared lateral nasal (Benaran et al., 2024; Aucacama Chuquitarco et al., 2023; Mortuaire & Vanderhaegen, 2022).

El plexo de Woodruff, localizado en la porción posterior del meato nasal inferior, representa una anastomosis entre las ramas de la arteria esfenopalatina y la arteria faríngea ascendente. El sistema carotídeo interno contribuye a la vascularización nasal a través de las arterias etmoidales anterior y posterior, ramas de la arteria oftálmica. La arteria etmoidal anterior irriga la porción anterosuperior de la fosa nasal y representa una fuente menos común de epistaxis posterior, generalmente asociada a trauma o cirugía previa. La arteria etmoidal posterior tiene una participación menor en la epistaxis y su ligadura se reserva como último recurso debido a su proximidad al nervio óptico (Benaran et al., 2024; Koskinas et al., 2024).

Epidemiología y factores de riesgo

La epistaxis tiene una distribución bimodal por edad, con picos de incidencia en menores de 10 años y mayores de 50 años. La epistaxis posterior predomina en el grupo de edad avanzada, particularmente entre la quinta y sexta décadas de la vida, con una edad media de presentación de 53 años. Se ha descrito un ligero predominio masculino hasta los 49 años, igualándose posteriormente la frecuencia entre ambos sexos (Koskinas et al., 2024; Pinzón-Navarro et al., 2024).

Los factores de riesgo para epistaxis posterior pueden clasificarse en primarios (idiopáticos) y secundarios. Entre los factores primarios se encuentran la edad avanzada (asociada a sequedad mucosa y disminución de la elasticidad vascular), la aterosclerosis (que predispone a la ruptura vascular por pérdida de elasticidad) y factores ambientales como la baja humedad, temperaturas extremas y altitud elevada (Benaran et al., 2024; Mortuaire & Vanderhaegen, 2022).

La prevalencia de hipertensión en pacientes con epistaxis primaria oscila entre 24-64%, sin embargo, no se ha establecido una relación causal definitiva. La literatura sugiere que la presión arterial elevada durante un episodio de epistaxis puede ser consecuencia del estrés, más que causa directa del sangrado. Sin embargo, la hipertensión no controlada se ha asociado con mayor riesgo de recurrencia hemorrágica y sangrados más severos (Pinzón-Navarro et al., 2024; Chowdhury et al., 2024; Benaran et al., 2024).

Entre los factores secundarios se encuentran los trastornos hematológicos (enfermedad de von Willebrand, hemofilia, trombocitopenia), patología hepática o renal crónica, neoplasias nasosinusales, trauma, y el uso de medicación antitrombótica. Este último factor es de suma importancia, ya que más del 60% de los pacientes hospitalizados por epistaxis severa utilizan algún tipo de agente antitrombótico. Los anticoagulantes orales, especialmente los antagonistas de vitamina K, se han visto asociados a episodios más frecuentes y severos, además de mayor riesgo de recurrencia en comparación con los antiplaquetarios (Koskinas et al., 2024; Pinzón-Navarro et al., 2024; Benaran et al., 2024).

Clasificación de severidad

La clasificación de la epistaxis según su gravedad influye directamente en la elección del tratamiento. La epistaxis leve o moderada se presenta como un sangrado que amerita valoración médica, pero sin compromiso hemodinámico ni disminución relevante de los niveles de hemoglobina (Mortuaire & Vanderhaegen, 2022; Pinzón-Navarro et al., 2024).

La epistaxis severa se caracteriza por necesitar taponamiento posterior y hospitalización mayor a tres días, con valores de hemoglobina inferiores a 10 g/dL, sin requerimiento transfusional inmediato (Koskinas et al., 2024; Mortuaire & Vanderhaegen, 2022).

La epistaxis crítica se define por casos asociados a shock hemorrágico y concentraciones de hemoglobina inferiores a 8 g/dL, lo que amerita una transfusión inmediata. En estos casos, se debe dar prioridad al manejo de la vía aérea, al control temporal del sangrado mediante taponamiento posterior y la estabilización del paciente desde un punto de vista hemodinámico, para luego proceder al manejo definitivo (Koskinas et al., 2024; Pinzón-Navarro et al., 2024).

Abordaje diagnóstico

La valoración del paciente con epistaxis debe iniciar con el enfoque ABC, priorizando la permeabilidad de la vía aérea y la estabilidad hemodinámica. Esta evaluación debe ser rápida, con el objetivo de prevenir complicaciones respiratorias y hemodinámicas (Chowdhury et al., 2024; Pinzón-Navarro et al., 2024).

Luego de la estabilización inicial, se debe realizar una anamnesis dirigida para caracterizar el episodio. Es indispensable indagar sobre datos importantes, como la lateralidad del sangrado, tiempo de evolución, volumen aproximado de sangre perdida y presencia de posibles factores desencadenantes (Benaran et al., 2024; Pinzón-Navarro et al., 2024).

La rinoscopia anterior, realizada con espéculo nasal y fuente de luz adecuada, permite evaluar al menos el tercio anterior de la cavidad nasal. Si hay presencia de coágulos, deben removerse mediante aspiración suave o sonado nasal antes del examen. Si no se puede localizar el sitio de sangrado mediante rinoscopia anterior, sugiere origen posterior (Mortuaire & Vanderhaegen, 2022; Chowdhury et al., 2024).

La endoscopia nasal rígida o flexible está indicada en casos de epistaxis recurrente a pesar de tratamiento previo, sangrado unilateral recurrente (que puede sugerir patología tumoral), epistaxis de difícil control, o sospecha de patología subyacente no reconocida (Pinzón-Navarro et al., 2024; Koskinas et al., 2024).

La evaluación complementaria con estudios de laboratorio debe ser individualizada de acuerdo al contexto del paciente. Se debe realizar un hemograma completo y pruebas de coagulación, además de estudios de función renal y hepática en casos en los que sea necesario. En pacientes con compromiso hemodinámico, el grupo sanguíneo y las pruebas de compatibilidad resultan indispensables ante un eventual requerimiento transfusional (Chowdhury et al., 2024; Pinzón-Navarro et al., 2024).

Los estudios de imagen (tomografía computarizada o resonancia magnética) no forman parte de la evaluación de rutina y deben reservarse para casos específicos, en caso de que exista sospecha de patología tumoral o alteraciones vasculares, que puedan explicar la recurrencia o la severidad del sangrado (Koskinas et al., 2024; Pinzón-Navarro et al., 2024).

Abordaje terapéutico

El manejo de la epistaxis posterior se basa en un protocolo terapéutico escalonado de cinco etapas. Las medidas iniciales, correspondientes a las etapas 1 y 2, permiten lograr el control del sangrado en más del 80 % de los pacientes. Las etapas 3 a 5 son terapias de segunda línea y se reservan para casos refractarios, requiriendo la intervención por un especialista en otorrinolaringología (Mortuaire & Vanderhaegen, 2022; Koskinas et al., 2024; Pinzón-Navarro et al., 2024).

Tratamientos de primera línea

La primera etapa se basa en la evacuación de coágulos mediante sonado nasal, seguida de compresión bidigital firme y sostenida del tercio inferior de la nariz durante al menos 10-15 minutos, con la cabeza inclinada hacia adelante. Durante este tiempo puede aplicarse un vasoconstrictor tópico (oximetazolina, nafazolina) con algodón o spray nasal, lo que ayuda la retracción mucosa e identificación del sitio de sangrado. Si se logra localizar el origen de la hemorragia y se cuenta con el equipo necesario, la electrocoagulación selectiva bajo anestesia local es una alternativa eficaz al taponamiento (Chowdhury et al., 2024; López Martín et al., 2023; Pinzón-Navarro et al., 2024).

La cauterización química con nitrato de plata se prefiere en casos de epistaxis anterior. Su aplicación bilateral simultánea sobre el septum nasal debe evitarse, debido al riesgo de perforación septal (López Martín et al., 2023; Mortuaire & Vanderhaegen, 2022).

La segunda etapa conlleva el taponamiento anterior cuando fracasa la compresión nasal o cuando el sangrado impide identificar el origen. Se usan materiales reabsorbibles (celulosa oxidada, gelatina hemostática) y no reabsorbibles (esponjas de acetato de polivinilo, gasas parafinadas). Los materiales reabsorbibles son recomendados en pacientes con alteraciones de la coagulación, uso de fármacos

antitrombóticos o enfermedad de Rendu-Osler-Weber, ya que mitigan el trauma mucoso asociado a su retiro. El taponamiento no reabsorbible debe mantenerse al menos 24-48 horas para ser efectivo, sin pasar las 72 horas (López Martín et al., 2023; Pinzón-Navarro et al., 2024).

Tratamientos de segunda línea

La tercera etapa corresponde al taponamiento anteroposterior usando una sonda con doble balón o balón asimétrico. La compresión de la región esfenopalatina mediante el balón posterior mejora significativamente la eficacia del dispositivo. Los catéteres de doble balón han demostrado efectividad del 70% en el control de este cuadro. El material debe permanecer colocado entre 48 y 72 horas, además su uso prolongado se asocia con múltiples complicaciones locales y sistémicas (Koskinas et al., 2024; López Martín et al., 2023; Mortuaire & Vanderhaegen, 2022).

La cuarta etapa consiste en el abordaje de las arterias esfenopalatinas, ya sea con ligadura, electrocoagulación endoscópica o embolización por radiología intervencionista. La ligadura endoscópica de la arteria esfenopalatina se considera actualmente el tratamiento de referencia para la epistaxis posterior refractaria, con tasas de éxito reportadas entre el 87 y el 98 % en la literatura. Un metaanálisis reciente que incluyó 896 casos reportó una tasa de resangrado del 13,4%, con mejores resultados para la electrocoagulación (7,2%) comparada con la ligadura con clips (15,1%) (Aucacama Chuquitarco et al., 2023; Koskinas et al., 2024).

La quinta etapa se reserva para casos en los que han fracasado las medidas anteriores. Consiste en la ligadura de las arterias etmoidales, mediante abordaje endoscópico, transconjuntival o externo. La arteria etmoidal anterior es el principal blanco terapéutico, ya que la participación de la arteria etmoidal posterior en la epistaxis es infrecuente (Koskinas et al., 2024; Mortuaire & Vanderhaegen, 2022).

Embolización arterial

La embolización endovascular es una alternativa a la ligadura quirúrgica, especialmente indicada en pacientes con alto riesgo anestésico, inestabilidad hemodinámica que impida la cirugía o coagulopatía severa. Puede realizarse bajo anestesia local y consiste en la cateterización superselectiva y embolización de las ramas terminales de la arteria maxilar interna bilateral y la arteria facial ipsilateral (Hoffman et al., 2022; Koskinas et al., 2024).

Un metaanálisis que incluyó 44 estudios y 1664 pacientes reportó una tasa de éxito del 87% para la embolización. Las complicaciones ocurren en 2-17% de los casos, clasificándose en menores (dolor facial, cefalea, hematoma inguinal) y mayores (necrosis cutánea facial, parálisis facial, ceguera monocular, accidente cerebrovascular). Las complicaciones mayores, aunque infrecuentes (2-3%), son potencialmente devastadoras, lo que generalmente posiciona a la cirugía como primera opción en pacientes candidatos a ambos procedimientos (Hoffman et al., 2022; Koskinas et al., 2024).

Contraindicaciones para este procedimiento incluyen aterosclerosis carotídea severa, ligadura quirúrgica previa de la arteria carótida externa o maxilar interna, sangrado de origen etmoidal (por el riesgo de cateterización de la arteria oftálmica), y presencia de anastomosis peligrosas entre los sistemas carotídeos externo e interno (Hoffman et al., 2022; Mortuaire & Vanderhaegen, 2022).

Manejo de pacientes con terapia antitrombótica

En pacientes anticoagulados o antiagregados, se requiere un enfoque multidisciplinario que involucre al otorrinolaringólogo, cardiólogo y/o hematólogo. La decisión de suspender, reducir o revertir la anticoagulación debe ser tomada buscando un balance entre el riesgo hemorrágico y el riesgo trombótico del paciente (Pinzón-Navarro et al., 2024; Koskinas et al., 2024).

Cuando el sangrado no compromete la vida del paciente, es recomendado iniciar con los tratamientos de primera línea, reservando la reversión de la anticoagulación o la suspensión de la terapia antitrombótica para etapas posteriores (Pinzón-Navarro et al., 2024; Mortuaire & Vanderhaegen, 2022).

Se prefiere el uso de materiales de taponamiento reabsorbibles para minimizar el trauma mucoso. Cuando el INR se encuentra por encima del rango terapéutico, es importante valorar la corrección del trastorno de la coagulación. Esto puede lograrse con la administración de vitamina K o, en situaciones más graves, con el uso de concentrado de complejo protrombínico o plasma fresco congelado (Pinzón-Navarro et al., 2024; Mortuaire & Vanderhaegen, 2022).

Los anticoagulantes orales directos (NOACs) presentan una ventaja por su corta vida media (12-17 horas). Gracias a esto, permiten la recuperación de la hemostasia tras su suspensión temporal. Se dispone de antídotos de reversión específicos, los cuales pueden ser usados en el contexto de sangrados de mayor gravedad, entre ellos idarucizumab para dabigatrán y andexanet alfa para los inhibidores del factor Xa (Koskinas et al., 2024; Pinzón-Navarro et al., 2024).

Profilaxis antibiótica

El uso de antibióticos profilácticos en pacientes con taponamiento nasal permanece controversial. La evidencia actual no respalda la profilaxis antibiótica sistémica, esto por el bajo riesgo de infección local o síndrome de shock tóxico, y los potenciales efectos adversos de los antibióticos (resistencia microbiana, infección por *C. difficile*, reacciones alérgicas) (Koskinas et al., 2024; Pinzón-Navarro et al., 2024).

No obstante, en determinadas situaciones debe valorarse este tratamiento. Estas incluyen el uso de taponamiento no reabsorbible por más de 48 horas, pacientes inmunocomprometidos, portadores de válvulas cardíacas protésicas y aquellos con enfermedad de Rendu-Osler-Weber, debido al riesgo asociado de malformaciones arteriovenosas pulmonares. El esquema habitualmente recomendado consiste en amoxicilina-ácido clavulánico durante el periodo de taponamiento y hasta cinco días después de su retiro, o claritromicina en pacientes con alergia a penicilinas (Pinzón-Navarro et al., 2024; Mortuaire & Vanderhaegen, 2022).

DISCUSIÓN

La epistaxis posterior representa un desafío en la práctica clínica y requiere una evaluación completa del paciente, basada en una buena historia clínica y un examen físico cuidadoso. Para ciertos pacientes es necesario llevar a cabo investigaciones de extensión e incluso aplicar perspectivas multidisciplinarias (Koskinas et al., 2024; Pinzón-Navarro et al., 2024).

De acuerdo con los criterios de Wexham, que fueron sugeridos por Lakhani et al., es factible detectar a los pacientes que son candidatos para la ligadura de la arteria esfenopalatina en una fase temprana. Estos criterios consideran que el sangrado no se controla lo suficiente, a pesar del taponamiento; la aparición reiterada de episodios hemorrágicos durante la hospitalización; un compromiso hematológico relevante o una necesidad de transfusión; así como los ingresos por epistaxis ipsilateral en un intervalo corto de tiempo. Por el contrario, el tratamiento quirúrgico ha mostrado tasas de éxito superiores al 90 % y una recurrencia aproximada del 13,4 % (Koskinas et al., 2024; Aucacama Chuquitarco et al., 2023).

En la comparación entre ligadura quirúrgica y embolización, se han observado tasas de éxito comparables, superiores al 90%, aunque con diferencias en el perfil de complicaciones y en los costos asociados. Las complicaciones de la embolización, aunque menos frecuentes, suelen ser más graves (riesgo de accidente cerebrovascular, ceguera). Además, el costo de la embolización puede ser hasta 230 % superior al de la cirugía, debido principalmente al precio de los materiales empleados. Por estas

razones, la mayoría de las guías recomiendan la cirugía como primera opción en pacientes elegibles para ambos procedimientos, reservando la embolización para aquellos con alto riesgo anestésico o contraindicación quirúrgica (Koskinas et al., 2024; Hoffman et al., 2022).

La epistaxis posterior puede presentarse de forma atípica. En algunos casos puede presentarse como una hemorragia digestiva alta. Cuando la sangre es deglutida, puede manifestarse como hematemesis o melena. Este cuadro clínico puede hacer que el diagnóstico se retrase, ya que se han descrito casos en los que el origen nasal del sangrado se identificó sólo después de realizar varios estudios gastrointestinales que no lograron aclarar la causa (AlRajabi et al., 2025).

La evidencia disponible presenta ciertas limitaciones. Existen diferencias en la forma en que se valora la severidad y la respuesta al tratamiento, además de consideraciones éticas que hacen difícil la realización de ensayos clínicos aleatorizados en situaciones de emergencia. Se encontraron limitaciones en la evidencia disponible, incluyendo la naturaleza en su mayoría retrospectiva de los estudios, la heterogeneidad en las definiciones de severidad y éxito terapéutico, y la imposibilidad ética de hacer ensayos clínicos al azar comparando tratamientos en situaciones de emergencia. No obstante, la consistencia de los hallazgos entre diferentes centros y poblaciones da una base razonable para las recomendaciones actuales (Koskinas et al., 2024).

CONCLUSIÓN

La epistaxis posterior es una condición que, aunque menos frecuente, exige una atención cuidadosa y un alto grado de juicio clínico debido a su potencial gravedad y a las múltiples variables que influyen en su evolución. Más allá de las opciones terapéuticas disponibles, el éxito en su manejo depende en gran medida de una evaluación integral del paciente, del reconocimiento oportuno de los factores de riesgo y de la toma de decisiones escalonada. La experiencia clínica demuestra que no existe una única estrategia válida para todos los casos, sino que el tratamiento debe adaptarse al contexto individual, a las comorbilidades y a la respuesta a las medidas iniciales. En este escenario, el conocimiento anatómico, la correcta interpretación de la severidad del sangrado y la coordinación multidisciplinaria adquieren un rol fundamental, permitiendo no solo controlar la hemorragia, sino también reducir complicaciones y mejorar la calidad de la atención brindada al paciente.

REFERENCIAS

- Aucacama Chuquitarco, M. K., Palacios Núñez, W. F., Sosa Fierro, L. D., & Fiallos Castro, M. B. (2023). El manejo de la epistaxis posterior mediante ligadura endoscópica de la arteria esfenopalatina. *RECIAMUC*, 7(3), 136–142. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/7.\(3\).sep.2023.136-142](https://doi.org/10.26820/reciamuc/7.(3).sep.2023.136-142)
- Benaran, I., Hamlett, K. E. L., Grimmond, N., & Yaneza, M. M. C. (2024). Epistaxis. *Surgery (Oxford)*, 42(9), 652–660.
- Chowdhury, R., Turkdogan, S., Silver, J. A., Hier, J., Bursey, S., Quttaineh, D., Khoury, M., & Himdi, L. (2024). Approach to epistaxis. *Journal of Otorhinolaryngology, Hearing and Balance Medicine*, 5, 21. <https://doi.org/10.3390/ohbm5020021>
- Hoffman, H., Ashok Kumar, A., Raventhiranathan, N., Masoud, H. E., & Gould, G. C. (2022). Endovascular embolization for the treatment of epistaxis: Systematic review and meta-analysis. *Interventional Neuroradiology*, 29(2), 172–182. <https://doi.org/10.1177/15910199221081715>
- Koskinas, I., Terzis, T., Georgalas, C., Chatzikas, G., Moireas, G., Chrysovergis, A., Triaridis, S., Constantinidis, J., & Karkos, P. (2024). Posterior epistaxis management: Review of the literature and proposed guidelines. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 281, 1613–1627. <https://doi.org/10.1007/s00405-023-08310-4>
- López Martín, J., Valor García, C., & Raboso García-Baquero, E. (2023). Taponamiento nasal. *FMC – Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 30(6), 302–305.
- Mortuaire, G., & Vanderhaegen, T. (2022). Epistaxis: conducta práctica. *EMC – Tratado de Medicina*, 26(2). [https://doi.org/10.1016/S1636-5410\(22\)46459-2](https://doi.org/10.1016/S1636-5410(22)46459-2)
- Pinzón-Navarro, M. A., Torres-Riaño, M. P., & Martínez-Manjarrés, M. M. (2024). Guía para el diagnóstico y el tratamiento de la epistaxis. *Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello*, 52(3), 221–248. <https://doi.org/10.37076/acorl.v52i3.807>
- AlRajabi, A., Abulrayyeh, B. M., Shawabka, A. M., Jabari, A. Y., Jabari, S. D., & Ibraheem, K. (2025). Posterior epistaxis presenting as upper GI bleeding in a healthy 21-year-old patient: A case report. *Clinical Case Reports*, 13, e70355. <https://doi.org/10.1002/ccr3.70355>

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) 