

Epistaxe na criança

Epistaxe anterior do plexo de Kiesselbach, compressão correta, conduta na recorrente com pomada e cauterização, quando investigar coagulopatia e os sinais de alarme que levam ao pronto-socorro ou ao otorrinolaringologista

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências). [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

Mais de 90% das epistaxes da criança são **anteriores** e vêm do **plexo de Kiesselbach** (septo anterior), favorecidas por manipulação digital, ar seco, resfriados, rinite alérgica e uso de **corticoide nasal** com técnica inadequada. A conduta é **compressão contínua das asas do nariz (parte mole) por 10 a 15 minutos, com a criança sentada e a cabeça inclinada para a frente**, sem soltar para conferir e sem deitar ou inclinar a cabeça para trás. A epistaxe que cede e não se repete com frequência é tratada em casa (🟢). Na **recorrente**, umidificar a mucosa e usar **pomada no septo anterior**; se persistir, **encaminhar ao otorrinolaringologista para cauterização com nitrato de prata** (🟡). **Hemograma e coagulograma não são rotina**: pedir quando há sangramento prolongado, anemia, outros sangramentos, história familiar ou ISTH-BAT ≥ 3 , e seguir "A criança que sangra" (doença de von Willebrand). Vão ao **pronto-socorro** (🔴): sangramento que não para, volumoso ou posterior, hipovolemia, hematoma septal, coagulopatia com sangramento ativo e bateria no nariz. **Epistaxe unilateral recorrente com obstrução no adolescente masculino** sugere **nasoangiofibroma juvenil**: encaminhar com urgência ao otorrinolaringologista.

1. O que é e como se apresenta

Epistaxe é o sangramento originado na cavidade nasal ou na nasofaringe; é muito frequente entre 2 e 10 anos e menos comum abaixo de 2 anos e na adolescência (AEP, En Família).

- **Anterior** (> 90% na criança): **área de Little**, no septo anterior, onde está o **plexo de Kiesselbach** (anastomose de ramos das artérias etmoidal anterior, esfenopalatina, palatina maior e labial superior). Sangra por uma narina e quase sempre para com compressão.
- **Posterior** (rara): ramos da artéria esfenopalatina; volumosa, muitas vezes bilateral ou escorrendo pela orofaringe, **não cede com compressão anterior**. Na criança, sugere **tumor, coagulopatia ou trauma**.

Causas

- **Locais (as mais comuns)**: manipulação digital, **ar seco**, resfriado, **rinite alérgica**, vestibulite com crostas, **corticoide intranasal** com o bico voltado para o septo, **trauma**, **corpo estranho**, oxigênio por cateter, cirurgia nasal ou adenoamigdalectomia recente.
- **Sistêmicas**: **doença de von Willebrand** (a coagulopatia hereditária mais comum), plaquetopenia (**PTI**, leucemia), disfunção plaquetária, hemofilia, hepatopatia, **ácido acetilsalicílico**, **anti-inflamatórios ou anticoagulantes**, **telangiectasia hemorrágica hereditária** (THH).

- **Tumorais: nasoangiofibroma juvenil** — benigno e muito vascularizado, quase exclusivo de **adolescentes do sexo masculino**: obstrução nasal e epistaxe unilaterais e recorrentes; raramente hemangioma, granuloma piogênico, rabdomiossarcoma.

Abaixo de 2 anos a epistaxe é incomum: além de corpo estranho e coagulopatia, pode ser **marcador de maus-tratos** (Ismail e Gandhi, 2011).

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Epistaxe anterior , unilateral, que para com compressão correta ; episódios esporádicos; bom estado, sem palidez; exame normal; sem outros sangramentos nem história familiar	Casa : compressão, umidificação, evitar manipulação, revisar o corticoide nasal
● Moderada	Recorrente apesar da umidificação; precisou de mais de uma compressão, mas parou; vaso ou crostas no septo; suspeita de coagulopatia (ISTH-BAT ≥ 3 , equimoses, gengivorragia, menorragia, família); anemia; < 2 anos sem causa evidente; unilateral recorrente com obstrução no adolescente masculino ; corpo estranho (sem bateria)	Pomada; hemograma (coagulograma conforme a suspeita); encaminhar ao otorrinolaringologista — com urgência se suspeita de nasoangiofibroma ; coagulopatia: com prioridade ao hematologista ("A criança que sangra"); < 2 anos: avaliar maus-tratos
● Grave	Não para após duas compressões corretas de 15 min; volumoso, bilateral ou pela boca (posterior); hipovolemia (taquicardia, palidez, enchimento capilar > 2 s, hipotensão, síncope); trauma com deformidade, hematoma septal ou rinorreia; plaquetopenia ou coagulopatia com sangramento ativo; bateria de botão ou ímã no nariz	Pronto-socorro (SAMU 192 se instável): compressão no trajeto; acesso, expansão e oxigênio se choque; tamponamento pelo serviço

Fatores de risco que elevam a gravidade: coagulopatia ou plaquetopenia, hepatopatia, ácido acetilsalicílico, anti-inflamatório ou anticoagulante; idade < 2 anos; adolescente masculino com sangramento e obstrução unilaterais; anemia prévia, cardiopatia, doença falciforme; trauma facial ou craniano; cirurgia nasal ou adenoamigdalectomia recente; telangiectasias e epistaxes na família (THH).

3. Diagnóstico no consultório

O diagnóstico é **clínico**. Em quem está sangrando, **primeiro parar o sangramento e avaliar a estabilidade**.

Anamnese: lado (sempre o mesmo?), duração, frequência, volume, sangue pela boca, desencadeantes; **corticoide nasal** e técnica; medicamentos que alteram a hemostasia; **sangramentos em outros locais** (equimoses, gengivorragia, extração, cirurgia, **menorragia desde a menarca**) e **história familiar**, quantificados pelo **ISTH-BAT** (na criança, **≥ 3 é anormal**), como em "A criança que sangra"; obstrução ou rinorreia fétida unilateral; sintomas de anemia e sinais sistêmicos.

Exame: rinoscopia anterior com otoscópio, elevando a ponta do nariz — vasos proeminentes, crostas ou sangramento no septo anterior, corpo estranho, massa, **hematoma septal** (abaulamento mole e azulado após trauma); petéquias, equimoses, palidez, **telangiectasias**, hepatoesplenomegalia, linfonodos, pressão arterial.

Exames — quando pedir

SITUAÇÃO	EXAMES
Anterior esporádica, exame normal	Nenhum
Recorrente, volumosa ou com palidez	Hemograma com plaquetas ; ferritina se anemia (ver "Anemia ferropriva")
Outros sangramentos, ISTH-BAT ≥ 3, família, < 2 anos sem causa local	Hemograma, TP, TTPa, fibrinogênio ; padrão mucocutâneo: fator de von Willebrand e fator VIII mesmo com TTPa normal ("A criança que sangra")
Suspeita de nasoangiofibroma	Não biopsiar ; nasofibrosopia e imagem com contraste pelo otorrinolaringologista

Coagulograma normal **não exclui** doença de von Willebrand tipo 1 nem hemofilia leve; com história sugestiva, repetir com o hematologista.

Diferencial que não pode passar: nasoangiofibroma juvenil; **corpo estranho** (rinorreia unilateral fétida no pré-escolar; **bateria de botão** perfura o septo em horas — ver "Corpo estranho no nariz e no ouvido"); doença de von Willebrand, PTI e leucemia; **maus-tratos** no lactente; **hematoma septal** (abscesso, nariz em sela); **THH** (a AAO-HNS 2020 recomenda investigá-la).

4. Tratamento e seguimento

Primeiros socorros — ensinar à família e fazer no consultório

1. Criança **sentada, cabeça inclinada para a frente**, respirando pela boca e cuspidando o sangue.
2. **Comprimir a parte mole do nariz** (asas contra o septo, abaixo do osso), **firme e sem soltar por 10 a 15 minutos, olhando o relógio**.
3. **Não** deitar nem inclinar a cabeça para trás (o sangue desce, provoca vômitos e esconde o volume); **não** colocar algodão seco ou papel no nariz.
4. Se continuar, assoar suavemente o coágulo e **repetir a compressão por mais 10 a 15 minutos**; se não parar, **pronto-socorro**.
5. Depois: não assoar com força nem coçar por horas.

Epistaxe recorrente — pediatria

- **Umidificar:** soro fisiológico nasal várias vezes ao dia, ambiente sem fumaça, umidificação em clima seco (Boston Children's 2025).
- **Pomada no septo anterior** das duas narinas. No Reino Unido usam-se creme de clorexidina com neomicina ou vaselina (NICE CKS). Na Cochrane (2012), estudos pequenos não mostraram diferença do creme antisséptico em relação ao nitrato de prata nem ao não tratamento: o melhor tratamento da recorrente é desconhecido. No Brasil usam-se pomada de neomicina com bacitracina, vaselina ou mupirocina (esta com crostas e colonização por *S. aureus* — AEPap 2021).
- **Tratar a causa:** rinite alérgica, vestibulite, corpo estranho; **unhas curtas**; tratar anemia ferropriva.
- **Corticoide nasal:** epistaxe é seu efeito local mais comum. Técnica do site ("Rinite alérgica"): cabeça levemente para a frente, **bico para a parede lateral, longe do septo**, mão do lado oposto. Com sangramento ou crostas no septo, suspender alguns dias e retomar com a técnica corrigida.
- Persistiu: **encaminhar ao otorrinolaringologista**.

Otorrinolaringologista: cauterização com nitrato de prata do vaso sangrante, sob anestesia tópica, um lado por vez (bilateral simultânea arrisca perfuração — McGarry, BMJ Clinical Evidence 2013); o nitrato a **75%** foi mais eficaz a curto prazo e menos doloroso que o de 95%, e cauterização com pomada reduziu frequência e intensidade em relação à pomada isolada (Cochrane 2012). **Nasofibroscopia** na recorrente unilateral, posterior ou sem ponto visível, e **tamponamento** no serviço, reabsorvível na coagulopatia (AAO-HNS 2020).

Medicamentos e doses

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Soro fisiológico 0,9% nasal	Gotas ou jato em cada narina	Várias vezes ao dia	Enquanto houver ressecamento	Boston Children's 2025; AEPap 2021
Pomada de neomicina + bacitracina, ou vaselina	Camada fina no septo anterior	Conforme bula (vaselina até 4 vezes ao dia — Boston Children's 2025)	Conforme bula e resposta	Reino Unido: clorexidina 0,1% + neomicina 0,5% (NICE CKS); Cochrane 2012: sem superioridade demonstrada
Mupirocina 2% pomada	Camada fina no vestíbulo	Conforme bula	Conforme bula	Crosta e <i>S. aureus</i> (AEPap 2021)
Ácido tranexâmico VO	15–20 mg/kg/dose (máx. conforme bula)	8/8 h	3–7 dias	Só na coagulopatia ou plaquetopenia, com o hematologista; também tópico; não na hematúria. MS 2015 ("A criança que sangra"); AEP Pediamécum 15–25 mg/kg/dose 6–8 h
Paracetamol	10–15 mg/kg/dose (máx. 75 mg/kg/dia; teto por dose da apresentação (bulas: gotas 200 mg/mL máx. 35 gotas, suspensão 32 mg/mL máx. 15 mL e 100 mg/mL máx. 2,5 mL abaixo de 12 anos; comprimidos só a partir de 12 anos; nunca > 1 g/dose))	4–6 h	Dor (cauterização, trauma)	Padrão do site (SBP)
Dipirona	15 mg/kg/dose	6/6 h (máx. 4 doses/dia)	Dor	Padrão do site; não < 3 meses ou < 5 kg (bula)

O que não usar

- **Ácido acetilsalicílico e anti-inflamatórios** na epistaxe recorrente e na suspeita de coagulopatia ("A criança que sangra").
- **Vasoconstritor nasal (nafazolina, oximetazolina) para casa** — intoxicação na criança pequena e rinite medicamentosa ("Rinite alérgica"). A oximetazolina 0,05% em algodão é usada **no serviço**, pela equipe (AEPap 2021, que contraindica a fenilefrina; Boston

Children's a permite em casa a partir de 6 anos — divergência). Na coagulopatia, "A criança que sangra" não usa adrenalina tópica.

- Antibiótico oral na epistaxe simples; **biópsia** de massa nasal no adolescente masculino.

Seguimento: a epistaxe esporádica não exige retorno. Na recorrente, reavaliar e encaminhar se persistir; na rinite, revisar o spray a cada consulta.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- **Não para** após compressão correta por 15 minutos, repetida uma vez.
- Sangramento **volumoso**, **bilateral** ou **pela garganta** (posterior), ou vômitos com muito sangue.
- **Hipovolemia:** taquicardia, palidez intensa, sudorese, enchimento capilar > 2 s, hipotensão, síncope.
- **Plaquetopenia, coagulopatia, leucemia ou anticoagulante** com sangramento ativo; petéquias com febre (púrpura febril).
- **Trauma** facial com deformidade, **hematoma septal**, rinorreia clara após trauma craniano.
- **Bateria de botão ou ímãs** no nariz.
- Epistaxe com crise hipertensiva ("Crise hipertensiva na criança e no adolescente").

Como encaminhar

1. **Manter a compressão** no transporte, sentado e inclinado para a frente, cuspiendo o sangue em recipiente (estimar volume).
2. Registrar frequência cardíaca, pressão arterial, perfusão e consciência.
3. **Instabilidade: SAMU (192);** acesso venoso, **soro fisiológico 20 mL/kg** se choque, oxigênio para **SpO2 entre 94% e 98%** (padrão do site); no serviço, hemograma, coagulograma, tipagem e prova cruzada.
4. **Coagulopata conhecido:** plano do centro de tratamento de hemofilia (fator domiciliar) e contato com o serviço.
5. Não tentar retirar corpo estranho profundo; bateria vai direto ao serviço com otorrinolaringologista.
6. **Relatório:** lado, duração, volume, compressões feitas, medicamentos, história pessoal e familiar de sangramento, exames.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "Sente a criança com a cabeça **para a frente**, aperte a parte mole do nariz e **conte 10 a 15 minutos no relógio, sem soltar**. Não deite e não jogue a cabeça para trás."

- "Previna com soro no nariz, a pomada receitada, unhas curtas e sem cutucar. O spray de corticoide aponta para o lado de fora do nariz."
- "Não dê aspirina nem ibuprofeno se o nariz sangra com frequência."
- **Pronto-socorro se:** não parar após duas compressões; sangramento muito volumoso, pelos dois lados ou pela boca; palidez, tontura, suor frio ou desmaio; pancada forte no rosto ou na cabeça; doença do sangue conhecida; bateria ou ímã no nariz.
- **Voltar ao pediatra se:** sangramentos frequentes; manchas roxas sem pancada, sangramento na gengiva ou menstruação abundante; um lado do nariz sempre entupido ou com secreção com mau cheiro; sangramento em bebê com menos de 2 anos.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Primeiros socorros	Sem documento específico localizado	Compressão externa; tamponamento com dedo de luva (Manual de hemofilia 2015)	Compressão firme ≥ 5 min (AAO-HNS 2020, endossada pela AAP)	Compressão da parte mole 10–20 min, inclinado (CKS out/2024)	Compressão das asas 10 min (AEPap 2021)	Sem posição específica conferida	Compressão 10–15 min, inclinado (Boston Children's 2025)	Segue o NICE
Recorrente — tópico	Sem documento específico localizado	Sem posição específica localizada	Umidificação e lubrificantes (AAO-HNS 2020)	Creme de clorexidina + neomicina ou vaselina	Mupirocina ou vaselina; oximetazolina no serviço	Sem posição específica conferida	Soro, vaselina; oximetazolina ≥ 6 anos	Segue o NICE
Cauterização	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Cauterização do ponto sangrante, após anestesia (AAO-HNS)	Nitrato de prata pelo especialista	Nitrato de prata 75% ou eletrocautério	Sem posição específica conferida	Pela equipe	Segue o NICE
Investigar coagulopatia	Documentos de 2019 e 2023 não conferidos (íntegra restrita); site segue o MS	Coagulograma e FvW na suspeita (2008, 2015)	Documentar fatores de risco; investigar THH	Hemograma e coagulação se recorrente ou grave	> 30 min, < 2 anos, > 2–3/semana, Kat-sanis ≥ 6	Sem posição específica conferida	Programa de coagulopatias; tranexâmico	Segue o NICE
Encaminhamento / urgência	Sangramento ativo: conduta imediata (DC nº 135/2024 — PTI)	Sem parar: serviço de referência	Distinguir quem precisa de manejo imediato; endoscopia se recorrente	ORL se suspeita de lesão; urgência se grave	ORL se refratária ou vaso proeminente; instabilidade = hospital	Sem posição específica conferida	PS se não para, volumoso, trauma, corpo estranho	Segue o NICE

Leitura: há convergência em que a epistaxe da criança é quase sempre anterior e benigna e em que a **compressão contínua das asas nasais, com a cabeça para a frente**, é o primeiro tratamento. Diverge o **tempo**: ≥ 5 min (AAO-HNS, endossada pela AAP), 10 min (AEPap), 10–15 min (Boston), 10–20 min (NICE CKS); SBP e MS não fixam o tempo, e o site adota **10 a 15 minutos**. Na **recorrente**, o Reino Unido usa creme antisséptico ou vaselina, mas a Cochrane

(2012) não mostrou superioridade de nenhum tratamento. O **vasoconstritor** é permitido em casa a partir de 6 anos em Boston e reservado ao serviço pela AEPap e pelo site. A SBP não tem documento específico sobre epistaxe: o site segue a SBP na criança que sangra e na PTI, o MS na compressão externa e no antifibrinolítico da coagulopatia e, no tempo de compressão e na epistaxe recorrente, o NICE CKS, a Cochrane e a AAO-HNS, por serem as referências mais detalhadas.

PONTOS PRÁTICOS

1. Sentado, cabeça para a frente, parte mole do nariz, 10 a 15 minutos sem soltar.
2. Recorrente: soro, pomada no septo e corticoide nasal com o bico para fora; se persistir, otorrinolaringologista (nitrate de prata).
3. Hemograma na recorrente ou com palidez; coagulograma e fator de von Willebrand com outros sangramentos, ISTH-BAT ≥ 3 ou família.
4. Adolescente masculino com epistaxe e obstrução unilaterais: nasoangiofibroma até prova em contrário — otorrinolaringologista com urgência, sem biópsia.
5. Não para, posterior, instabilidade, coagulopatia sangrando, hematoma septal ou bateria: pronto-socorro, comprimindo no trajeto.
6. Epistaxe abaixo de 2 anos é incomum: pensar em corpo estranho, coagulopatia e maus-tratos.

Veja também, nesta Biblioteca: **A criança que sangra — hemofilia, doença de von Willebrand e outras coagulopatias e Púrpura trombocitopênica imune (PTI) na criança** (Hematologia); **Rinite alérgica, Rinossinusite aguda e Anemia ferropriva** (Patologias do consultório); **Corpo estranho no nariz e no ouvido, cerúmen e otalgia sem otite** (nesta área); **Ingestão de corpo estranho, baterias, ímãs e cáusticos** (Gastroenterologia); **Acidentes domésticos; A criança que vai ser operada** (Cirurgia pediátrica).

8. Fontes

- SBP, DC de Hematologia e Hemoterapia. Trombocitopenia imune primária (PTI). Documento Científico nº 135, 29/02/2024. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. Manual de hemofilia, 2ª ed., 2015. [PDF](#); Manual de diagnóstico e tratamento da doença de von Willebrand, 2008. [PDF](#)
- American Academy of Otolaryngology–Head and Neck Surgery Foundation. Tunkel DE et al. Clinical Practice Guideline — Nosebleed (Epistaxis), 2020 (população a partir de 3 anos; endossada pela AAP). [entnet.org](https://www.entnet.org)

- NICE CKS. Epistaxis (nosebleeds), outubro de 2024 (acesso restrito ao Reino Unido; dados conferidos no resumo de Tidy C., Patient.info, 2025). patient.info
- Qureishi A, Burton MJ. Interventions for recurrent idiopathic epistaxis (nosebleeds) in children. Cochrane Database Syst Rev, 2012 (CD004461). [PMC](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22544461/)
- McGarry GW. Recurrent epistaxis in children. BMJ Clinical Evidence, 2013. [PMC](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23844461/)
- Ismail AQ, Gandhi A. Nosebleeds in children as a potential marker for nonaccidental injury. ISRN Otolaryngol, 2011. [PMC](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21544461/)
- Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap, sociedade federada à AEP). Pinilla Urraca M. Algoritmo — Epistaxis, 2021. algoritmos.aepap.org
- AEP. En Familia — Epistaxis (sangrado nasal). aeped.es
- Boston Children's Hospital, Pediatric Bleeding Disorders Program. Epistaxis (Nosebleeds) — Patient & Family Education Sheet, 2025. [PDF](#)

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.