

# Evaluación clínica de 2 causas frecuentes de trastornos olfatorios: resultados

## Rinológicos

Dra. Graciela M. Soler

### Resumen

Dentro de las causas de alteraciones del sentido del olfato existen dos que se destacan por su frecuencia: a- post viral o URI (upper respiratory infection) y b- post traumatismo de cráneo (TC). La primera, para algunos autores, es más comúnmente vista en la consulta médica que las relacionadas con rinosinusopatías (RSP); se observa más en mujeres y la afectación del olfato a nivel cuantitativo suele ser generalmente parcial: hiposmia y a nivel cualitativo: las disosmias: parosmia y fantosmia, también están presentes en el cuadro clínico. La segunda de estas causas, post TC, es más frecuente en hombres, la anosmia predomina más que la hiposmia y las disosmias también están presentes con igual frecuencia que en post URI, aunque en esta última, algunos autores consideran más importante la presencia de este trastorno cualitativo que en post TC.

**Objetivo:** demostrar los resultados hallados en la evaluación clínica y olfatómica de pacientes con estas patologías: un total de 72 pacientes con post URI y 27 pacientes con post traumatismo de cráneo, haciendo hincapié en la evaluación quimiosensorial, por lo que no se explican con detalles exámenes complementarios. Los resultados coinciden con los hallados por otros autores.

**Diseño:** retrospectivo.

**Población:** de 15 a 80 años de edad.

**Métodos:** olfatómico o test de olfato CCCRC (Connecticut Chemosensory Clinical Research Center, W. Cain, 1988-1989, EE.UU.) y anamnesis para constatar las disosmias como parte de la evaluación clínica.

**Resultados:** en post URI: un total de 72 pacientes: 64 mujeres y 8 varones, con una media de 54 años de edad; todos presentaron hiposmia y la presencia de disosmias: parosmia y fantosmia es muy relevante si comparamos con los pacientes con post TC: aquí también se halló disosmia pero en menor porcentaje. En esta última patología es neto el predominio de anosmia bilateral: de un total de 27 pacientes, 21 de ellos la presentaron y teniendo en cuenta el género: 18 pacientes son varones y 9 mujeres, con una media de 42 años de edad.

**Conclusiones:** las dos patologías presentadas: post URI y post traumatismo de cráneo, se ven con frecuencia en la consulta ORL. Es importante tener en cuenta los principales aspectos de las mismas, en lo que concierne a frecuencia según las variables de sexo y edad, y la sintomatología: el grado de déficit olfatorio y la presencia de disosmias o trastornos cualitativos. Con la evaluación clínica y olfatómica realizada en el consultorio se puede obtener resultados comparables a los de otros autores.

### Introducción

Los pacientes que consultan al otorrinolaringólogo por afecciones rinosinusales raramente lo hacen por trastornos olfatorios, debido a que las mismas suelen ser inflamaciones crónicas que evolucionan en forma cíclica o discontinua. De esta manera, ya sea porque presenta hiposmia de diferente grado o porque se acostumbra a oler y no oler, según el cuadro inflamatorio, a veces es necesario preguntarle al paciente cómo está su olfato. Obviamente puede ser motivo de consulta en pansinupatías, poliposis o tumores de alguna parte de la vía olfatoria y algunos pacientes con afecciones crónicas de nariz y senos paranasales que se valen del olfato para trabajar o realizar alguna tarea relacionada con este sentido (catadores, perfumistas, cocineros, etc.). Cuando se trata de pacientes con afecciones como post viral o post TC, el déficit olfatorio y las disosmias aparecen en forma brusca o temporal: para la primera el paciente sufre un síndrome gripal o infección de vía aérea superior y para la segunda un accidente vehicular, caída, asalto. Consulta en cuanto nota el trastorno olfatorio y porque generalmente no presenta congestión u obstrucción nasal y esto le parece extraño. De las dos causas la más frecuente es la post URI: hasta un 32% y la post TC entre un 5 a un 10% de la población según la mayoría de los trabajos de la literatura mundial. El objetivo de este trabajo es mostrar los resultados hallados en la evaluación clínica y olfatómica de este tipo de pacientes, enfocando la presentación en la signosintomatología quimiosensorial, sin detallar exámenes complementarios. Los datos expuestos coinciden con los de otros autores.

### Material y métodos

Se realizó anamnesis detallada, examen físico ORL y neurológico básico: exploración de pares craneales, con el

fin de obtener la mayor cantidad de datos que nos oriente a realizar el diagnóstico: el antecedente previo de URI o TC fue relevante para el mismo, en algunos casos -sobre todo en TC- se observaron lesiones del parénquima cerebral en RNM o TC de cerebro. En post URI estos estudios por imágenes fueron todos negativos: sin lesiones, como es habitual ver en esta causa. La presencia de disomias: parosmia y fantosmia, se corroboró por el interrogatorio; en algunos casos fue motivo de consulta y en otros fue necesario preguntarle al paciente si tenía estos síntomas. Se usó el test de olfato de Connecticut: CCCRC (Connecticut Chemosensory Clinical Research Center, W. Cain et al 1988, 1989, EE.UU.).

El método utilizado: CCCRC está compuesto de 4 partes:

1- toma de umbrales (U), prueba liminar o cuantitativa: se realiza con una solución madre de 1-butanol al 4 % que se va diluyendo con agua destilada en forma progresiva a un tercio hasta completar ocho diluciones en ocho frascos diferentes: estos frascos deben ser de plástico flexible de 250 ml con un volumen de dilución de 60 ml, con un pico que dirige el estímulo a la fosa nasal. El frasco con el butanol al 4% es el número 0 (cero), más concentrado, y el más diluido el número 8 (ocho). Las diluciones se realizan con probeta y pipetas. Por razones técnicas se hace un par de cada dilución: total: 18 frascos y se preparan 2 frascos con el blanco: agua destilada, 60 ml cada uno (ver figura 1).

Se comienza el test presentando al paciente el frasco Nº 8 y un blanco, primero en la narina izquierda (NI) y se le pide que tape la narina derecha (ND): el paciente huele ambos frascos y siempre tiene que elegir uno: método de elección forzada, y se le pide que elija el frasco donde está el estímulo, se le explica que tiene que decir en qué frasco está el olor químico: detectarlo, sin identificarlo. Cuando elige el frasco con el butanol 5 veces seguidas, sin equivocarse, ese es el umbral. Si se equivoca se pasa a la dilución siguiente y así sucesivamente hasta que pueda detectar el estímulo en el frasco correcto 5 veces. Luego se realiza lo mismo en la narina derecha ocluyendo la izquierda. Los valores son:

Normosmia: frascos 6 y 7.

Hiposmia leve: frasco 5.

Hiposmia moderada: frasco 4.

Hiposmia severa: frasco 2 y 3.

Anosmia: frascos 1 y 0.

2- La identificación de olores (IO) o prueba supraliminar, cualitativa, se realiza con siete potes o frascos (ver figura 1), donde se colocan los odorantes: café, chocolate,

jabón, talco de bebé, naftalina y 2 odorantes modificados que son más conocidos en nuestra zona: orégano y vainilla, el método original tiene canela y peanut butter. El paciente huele también en ambas narinas por separado y tiene una lista de los odorantes presentados y otros que son distractores, en este método el Dr. Cain hace hincapié en que la IO no es fácil hacerla sin la ayuda para el paciente de ver el nombre del odorante escrito. Si se puede se tapa el estímulo con gasa para eliminar el componente visual, si no se le pide al paciente que cierre los ojos mientras huele. Los valores son los mismos que en el apartado anterior.

3- Se realiza la media aritmética entre los dos valores de U y de IO: es el total (T) o puntuación compuesta.

4- Se evalúa el componente trigeminal con Vickvaporub: método original, o también puede hacerse con el frasco Nº 0: butanol al 4%.

En ambas poblaciones de pacientes se dividió la muestra por géneros y se describe el rango y la media de edades como así también la presencia o no de disomias: parosmias y/o fantosmias.



Figura 1. Set de CCCRC en consultorio.



Figura 2: toma de umbrales.



Figura 3: identificación de olores.

### Resultados

Tabla 1: post viral o post URI (upper respiratory infection): total: 72 pacientes.

N	CCCRC Umbrales, ambas marinas	CCCRC Identificación de olores, ambas marinas	CCCRC Total, ambas marinas
Mujeres 64	Máximo: 7 Mínimo: 0 Media: 3,2	Máximo: 7 Mínimo: 0 Media: 5	Media: 4
Varones 8			
Total 72			
Rango	26 a 80 años de edad		
Media	54 años de edad		

En esta tabla se observa el predominio de mujeres en esta patología y los resultados del CCCRC: todos los pacientes puntuaron con una media dentro de valores de hiposmia. La otra variable: edad: la media refleja la mayor frecuencia a partir de la 5ª década de la vida: coincidiendo con otros autores. La evaluación trigeminal fue normal en todos los pacientes.

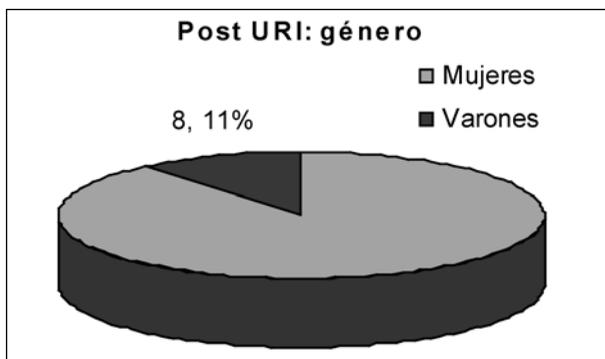


Gráfico 1: número y porcentaje de pacientes post URI según género.

Tabla 2: disosmias en post URI: total 72 pacientes.

Género	N	Parosmia sola	Fantasmia sola	Ambas sola	No parosmia ni fantasmia
Mujeres	64	27	2	22	13
Varones	8	3	3	1	1
Total	72	30	5	23	14

Aquí se puede observar la presencia de disosmias, coincidiendo con otros autores, y en este trabajo, comparando con post TC (ver más adelante), la importante presencia de este síntoma en post URI.

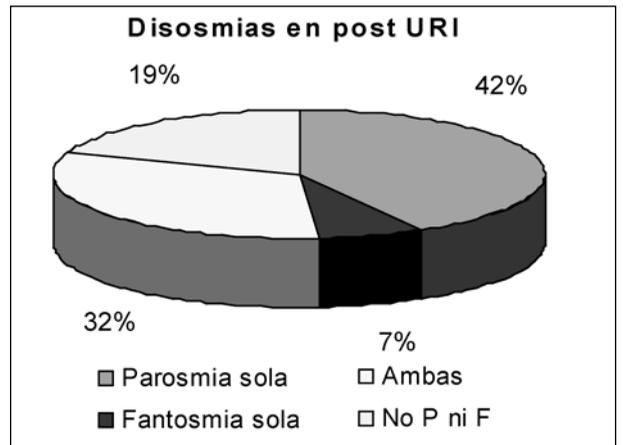


Gráfico 2: las disosmias en porcentaje.

Tabla 3: post traumatismo de cráneo (TC): total: 27 pacientes.

N	CCCRC Umbrales	CCCRC Identificación de olores	CCCRC Total
Mujeres 9	3: media ambas narinas: 3 5: media ambas narinas: 1,5 1: NI: 3 y ND: 0	5: media ambas narinas: 3,5 5: media ambas narinas: 0 1: NI: 2 y ND: 0	3: media ambas narinas: 3,2 5: media ambas narinas: 0,7 1: NI: 2,5 y ND: 0
Varones 18	16: media ambas narinas: 0,4 2 media NI: 3 y ND: 0,5	16: media ambas narinas: 0,1 2 media NI: 2,5 y ND: 0	16: media ambas narinas: 0,2 2 media NI: 2,7 y ND: 0,2
Total	27		
Rango	15 a 73 años de edad		
Media	42 años de edad		

En esta tabla observamos predominio de varones con edad media de la población con más riesgos de accidentes. La mayoría: 21 pacientes, tuvo puntuación de anosmia bilateral, seguida por hiposmia bilateral: 3 pacientes, y anosmia más hiposmia contralateral: 3 pacientes. La evaluación trigeminal fue normal en todos los pacientes.

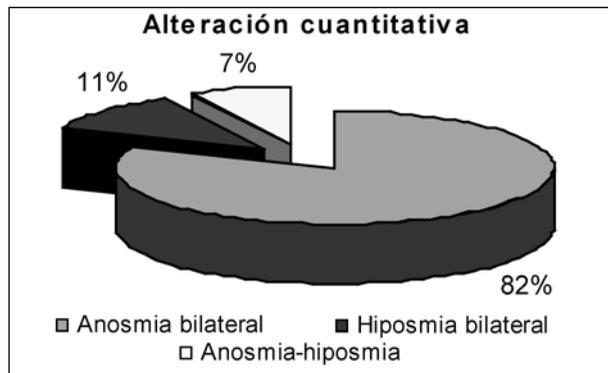


Gráfico 3: porcentajes de la alteración cuantitativa post traumatismo de cráneo.

Tabla 4: disosmias en post traumatismo de cráneo.

Género	N	Parosmia sola	Fantomia sola	Ambas	No parosmia ni fantosmia
Mujeres	7	1	3	1	2
Varones	7	3	3	0	1
Total	14	4	6	1	3

En esta tabla se observa la presencia de disosmias, coincidiendo con la literatura, pero en este trabajo es notable el escaso porcentaje de pacientes con disosmias en esta causa, comparando con post URI, pues algunos autores asignan igual frecuencia de disosmias en ambas causas.

**Discusión**

En numerosos trabajos científicos sobre alteraciones del sentido del olfato se informa la mayor frecuencia de la causa post URI o viral, para algunos hasta un 32%, como motivo de consulta en diferentes centros dedicados al tema.

Para otros puede superar en frecuencia a las RSP: 25% de pacientes en la mayoría de las estadísticas. Y como tercera causa se ubica el postraumatismo de cráneo (TC): entre 5 y 10%. El diagnóstico se realiza por medio de: a- una evaluación clínica: usan cuestionarios con varias preguntas relacionadas con el olfato y los signos y síntomas que puede tener el paciente, además de examen físico ORL, neurológico y estudios complementarios, básicamente estudios por imágenes, según el caso, y b- el uso de test de olfato: éstos son varios y en EE.UU. los más conocidos son el UPSIT (University of Pennsylvania Smell Identification Test), Dr. R. Doty et al y el CCCRC, Dr. W. Cain et al, ya explicado anteriormente en este trabajo. En Europa también se usan estos dos tests, más el UPSIT, y existen 2 más: Sniffin Sticks: Hümmel et al, 1997, Alemania y Smell Disquettes Olfaction Test: Simmmen et al, 1998, Suiza.

Las causas más comunes halladas en los pacientes que concurren a estos centros especializados coinciden, en la mayoría de los informes, además de las RSP, son el post URI y post TC.

**Conclusión**

Los resultados a nivel quimosensorial presentados en este trabajo, de dos causas frecuentes de trastornos del sentido del olfato, coinciden con los de otros autores. En post URI el déficit olfatorio generalmente es parcial: hiposmia, mayor frecuencia en mujeres: 64, y sólo 8 varones: total: 72 pacientes; la media fue de 54 años de edad, se acompaña el cuadro clínico de disosmias: parosmias y/o fantosmias. Estas últimas para algunos autores se presentan con igual frecuencia tanto en post URI como en post TC. En esta presentación se halló un porcentaje mayor de disosmias en post URI que en post TC (ver gráfico 2 y tabla 4). En post TC la anosmia bilateral es la regla: 21 de un total de 27 pacientes, más frecuente en varones: 18, y 9 mujeres, con una media de 42 años de edad: población más expuesta a accidentes vehiculares, y como ya se dijo hay disosmias completando el cuadro clínico pero con menor frecuencia que en post URI.



Website: <http://www.faso.org.ar>  
 E-mail: [info@faso.org.ar](mailto:info@faso.org.ar)  
[eventos@faso.org.ar](mailto:eventos@faso.org.ar)

**www.faso.org.ar**