

Trastornos del olfato

Fecha de la última revisión: **03/12/2016**

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cuáles son sus causas?](#)
3. [¿Cómo se diagnostica?](#)
4. [¿Cuál es su tratamiento?](#)
5. [Bibliografía](#)
6. [Más en la red](#)
7. [Autores](#)

¿De qué hablamos?

El sentido del olfato incluye funciones que van más allá de la percepción de olores, ya que participa en la percepción de sabores, nos informa de cuando una comida puede no ser saludable, nos protege contra hechos potencialmente peligrosos (detección de alimentos en descomposición o fugas de gas), contribuye al establecimiento de la memoria afectiva.

Las alteraciones del olfato pueden afectar hasta un 16% de la población general, de los cuales el 25% suele asociarse a individuos con edad superior a 65 años (Landis BN, 2004; Rouby C, 2011; Daramola OO, 2015). La presencia de alteraciones del olfato guarda una especial relevancia en el diagnóstico temprano de enfermedades neurodegenerativas como Parkinson y Alzheimer y, en la rinología, su evaluación es importante en los pacientes que se someten a cirugía endonasal.

Los términos usados para describir las alteraciones del olfato son:

- Alucinación olfativa o fantosmia: sensación olfativa desagradable en ausencia de estímulo específico, la alucinación olfativa suele durar unos segundos mientras que la fantosmia es más duradera.
- Parosmia: cuando un odorante es percibido de otra forma a como lo era con antelación y, puede de ser:
 - Euosmia: asocia un buen olor.
 - Cacosmia: asocia una sensación desagradable olorosa.
- Hiposmia: disminución de la capacidad para detectar olores.
- Anosmia: pérdida absoluta del olfato.

¿Cuáles son sus causas?

La obstrucción nasal es la causa más frecuente de hiposmia y suele estar ocasionada por enfermedades inflamatorias nasales y de los senos paranasales. Destacan la rinitis y la poliposis nasosinusal (39%). Seguida del traumatismo craneoencefálico (30%), que puede dañar los axones a nivel de la lámina cribosa o provocar destrucciones de áreas del córtex cerebral (Doty RL, 2004). La anosmia en un paciente joven puede ser de origen congénito y en ocasiones, se puede asociar con el síndrome de Kallmann, que consiste en un hipogonadismo hipogonadotrópico con uno o más de los siguientes síntomas o signos: anosmia, ceguera para el rojo-verde, anomalías de la línea medifacial como paladar hendido, anomalías del tracto urogenital e hipoacusia neurosensorial (Kallmann FJ, 1944). Otras causas, incluyen la infección viral del tracto respiratorio superior que puede destruir las vías neuronales tanto periféricas como centrales.

La anosmia/hiposmia se puede clasificar según su etiología en (Daramola OO, 2015):

- De transmisión o conductiva-obstructiva: cuando las partículas odorantes no alcanzan el epitelio olfativo:
 - Traqueotomía y laringectomía, el aire no atraviesa las fosas nasales.
 - Tumores: estesioblastoma, papiloma invertido, carcinoma.
 - Poliposis nasal.
- Epitelial o neurosensorial: desaparición de las primeras neuronas del epitelio olfatorio.
 - Mayor frecuencia en población > de 65 años.
 - Infecciones de la vía aérea superior, hasta en un 30% de los pacientes con hiposmia, aunque no se conoce el agente causal.
 - Enfermedad neurodegenerativa: Parkinson, Alzheimer, esclerosis lateral amiotrófica (ELA), enfermedad de Huntington (Williams SS, 2009).
 - Congénita: sólo se hablará de familiar si la anosmia congénita se agrupa en varios miembros de la familia.
 - Toxinas: humo del tabaco, cocaína, amoníaco, pesticidas.
- Mixta:
 - Intoxicación o exposición a agentes como amoníaco, benceno, cadmio, ácido sulfúrico y en los soldadores de profesión.
 - Tumores: estesioblastoma, meningioma de la hendidura olfatoria que cuando se asocia a atrofia óptica ipsilateral y papiledema contralateral se denomina síndrome de Foster-Kennedy.
 - Trauma craneal y facial.
 - Cirugía nasal: septoplastia y cirugía endoscópica nasosinusal, en las que las alteraciones suelen ser transitorias.
 - Anemia megaloblástica, pelagra.
 - Rinosinusitis crónica: por combinación de mecanismos conductivos y neurosensoriales.
 - Neuropsiquiátricas: depresión mayor y alteración bipolar, esquizofrenia, autismo.
 - Daño olfatorio central por edema o compresión cerebral.
 - Diabetes tipo 2.
 - Insuficiencia renal.
 - Medicaciones: beta-bloqueantes e IECA, fluoroquinolonas y quimioterápicos.
- Idiopática.

¿Cómo se diagnostica?

Los síntomas de anosmia-hiposmia son subjetivos y por lo tanto deben de ser confirmados mediante pruebas objetivas. Existen pruebas específicas validadas para

determinadas enfermedades como Alzheimer y Parkinson. En concreto, la presencia de hiposmia en la enfermedad de Parkinson puede detectarse antes de que se inicien otros signos de la enfermedad, y ser tan frecuente como el temblor (Katzenschlager R, 2004).

En el diagnóstico, el primer paso es realizar una historia clínica detallada donde se busque relación con: alergia nasal, asma, síntomas de obstrucción nasal o rinorrea y que además, incluya la forma de instauración de los síntomas, ya que en algunos casos puede ayudar en el diagnóstico, en concreto:

- Pérdida súbita del olfato, característica de enfermedades virales o traumatismos craneoencefálicos.
- Pérdida gradual del olfato, típica de neoplasias, rinitis alérgica o poliposis nasosinusal.
- Asociación con cefalea o alteraciones en la conducta de reciente instauración, se relaciona con enfermedades del SNC.

El diagnóstico se basará en primer lugar en la anamnesis detallada y, en un segundo paso en la exploración física: rinoscopia anterior y endoscopia nasosinusal en busca de ocupación de las fosas nasales (ver guía: **Rinosinusitis aguda**). En un tercer lugar, y para establecer de forma objetiva la pérdida del olfato, existen diferentes pruebas que objetivan su pérdida y que se pueden dividir en: electrofisiológicas, que solo se usan para investigación, y psicofísicas que se utilizan en la clínica diaria. Existen varias pruebas actualmente en uso, algunas de las cuales han sido estudiadas para el diagnóstico temprano en enfermedades neurodegenerativas (Mesholam RI, 1998), entre las que destacan:

- Prueba del butanol (Davidson TM, 1997), es la prueba más sencilla que utiliza diluciones del alcohol butílico o butanol para buscar el umbral de olfacción.
- La prueba de olfacción de aplicación rápida o "Pocket Smell Test". Ha sido validada en español para Parkinson y Alzheimer. Se puntúa de 0 a 3 según 0= nulo, 1= muy poco, 2= aroma moderado, 3= aroma intenso. El resultado depende de una puntuación de 0 a 3. Una calificación de 2 ó 3 tendrá una probabilidad del 99,82% de tener una olfacción normal y aquellos que obtengan valores de 0 a 1 tienen un 100% de probabilidad de padecer hiposmia/anosmia. Además, asocia una sensibilidad del 100% y una especificidad del 92% para detectar Alzheimer (Schofield PW, 2014).
- "Sniffin Stick Test" (Hummel T, 1997). Su realización se lleva a cabo en un ambiente silencioso y tranquilo y no lleva más de cuatro minutos. Consiste en la identificación de 12 olores de la vida ordinaria presentados al paciente en forma de lápices. Contienen las siguientes esencias de olores disueltos en polipropileno glicol: naranja, limón, piña, cuero, rosa, clavo de olor, menta, pescado, anís, plátano, canela y café. El examinador coloca estos lápices a 2 cm de las fosas nasales del sujeto, éste debe de oler e identificar el olor, debiendo elegir entre cuatro alternativas posibles presentadas por escrito o leídas por el examinador. Se debe esperar al menos 30 segundos entre un lápiz y el siguiente. Se considera anormal reconocer menos de 10 olores, aunque varía según el sexo y la edad del paciente ya que, en general, la mujer tiene mejor olfato que el hombre. Esta prueba ha sido validada en el estudio de enfermedad de Parkinson primaria (Miranda CJ, 2006).

Los estudios de imagen en hiposmia/anosmia se centran en la TC de senos paranasales cuando se sospecha sinusitis o poliposis nasosinusal, mientras que cuando se sospechen problemas neurológicos debemos realizar RM. El estudio sistemático de la hiposmia/anosmia idiopática mediante RM no está justificada ya que en sólo un 0,8% los hallazgos de los estudios se correlacionan con hallazgos de interés (Hoekman PK, 2014).

En casos en que la clínica sea sugestiva de rinitis persistente u obstrucción crónica de las fosas nasales, se deberán realizar pruebas alérgicas, cultivos de fosas nasales o biopsia de lesiones de las fosas nasales.

¿Cuál es su tratamiento?

Cuando la causa es inflamatoria local, el tratamiento se basa en esteroides sistémicos y tópicos. En la poliposis nasal los glucocorticoides sistémicos se deben emplear en tandas cortas de 2 a 3 semanas en combinación con los esteroides tópicos nasales que se pueden mantener durante 12 meses, evitando así los efectos secundarios de la administración sistémica y para reducir el alto índice de recurrencias (Vaidyanathan S, 2011).

Los esteroides tópicos (**beclometasona dipropionato** y **mometasona furoato**) se emplean también en la sinusitis infecciosa y no tienen diferencias significativas en su eficacia. Cuando no responden al tratamiento médico se indica cirugía endoscópica nasal, aunque después de la cirugía deberán de continuar llevando tratamiento esteroideo tópico (ver guías: **Pólipos nasales** y **Rinitis**). La cirugía endoscópica nasosinusal es útil para recuperar el olfato cuando se asocia con grados avanzados de poliposis (Litvack JR, 2009). La infección bacteriana local se debe tratar al mismo tiempo (ver guía: **Rinosinusitis aguda**).

En la hiposmia/anosmia por infección de la vía aérea superior de causa desconocida de más de 1 año de evolución y menos de 2 años, se ha propuesto el entrenamiento con altas concentraciones en olores. Consiste en exponer al paciente a cuatro olores: alcohol fenílico-rosa, eucaliptol-eucalipto, citronela-limón y eugenol-clavo dos veces al día (Damm M, 2014) durante al menos 18 semanas.

En relación al pronóstico, se ha visto una relación directa con recuperación del olfato a la normalidad en series de pacientes con seguimientos a largo plazo, en concreto, de más de un año, las mujeres, la ausencia de hábito tabáquico y una menor edad asocian mejor pronóstico, mientras que la parosmia y la duración de los síntomas hasta el diagnóstico no asociaron una clara relación con la recuperación. Por otro lado, la etiología no se correlaciona con la recuperación, en concreto el trauma craneal presentó un alto índice de recuperación espontánea que se va reduciendo a partir del año de evolución (Hummel T, 2010), y sólo un 10% suele recuperar la olfacción en el plazo de 1 año (Doty RL, 2004). La infección viral del tracto respiratorio superior puede destruir las vías neuronales periféricas o a nivel central, en este caso hasta un 80% suele recuperar el olfato en el plazo de 1 año (London B, 2008).

Bibliografía

- Damm M, Pikart LK, Reimann H, Burkert S, Göktas Ö, Haxel B, et al. Olfactory training is helpful in postinfectious olfactory loss: a randomized, controlled, multicenter study. Laryngoscope. 2014;124(4):826-31. PubMed **PMID: 23929687**
- Daramola OO, Becker SS. An algorithmic approach to the evaluation and treatment of olfactory disorders. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 2015;23(1):8-14. PubMed **PMID: 25569294**
- Davidson TM, Murphy C. Rapid clinical evaluation of anosmia: the alcohol sniff test. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1997;123(6):591-4. PubMed **PMID: 9193218**
- Doty RL, Bromley SM. Effects of drugs on olfaction and taste. Otolaryngol Clin North Am. 2004;37(6):1229-54. Review. PubMed **PMID: 15563912**
- Hoekman PK, Houlton JJ, Seiden AM. The utility of magnetic resonance imaging in the diagnostic evaluation of idiopathic olfactory loss. Laryngoscope. 2014;124(2):365-8. PubMed **PMID: 23775878**
- Hummel T, Lötsch J. Prognostic factors of olfactory dysfunction. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2010;136(4):347-51. PubMed **PMID: 20403850**
- Hummel T, Sekinberg B, Wolf SR, Pauli E, Kobal G. "Sniffin sticks": olfactory performance by the combined testing of odor identification, odor discrimination and olfactory threshold. Chem Senses. 1997;22(1):39-52. PubMed **PMID: 9056084**
- Kallmann FJ, Schoenfield WA, Barrera SE. The Genetics Aspects of Eunuchordism. Am J Mental Deficiency. 1944;47:203.
- Katzenschlager R, Lees A. Olfaction and Parkinson's disease: its role in differential diagnosis. Curr Opin Neurol. 2004;17(4):417-23. PubMed **PMID: 15247536**
- Landis BN, Konnerth CG, Hummel T. A study on the frequency of olfactory dysfunction. Laryngoscope. 2004;114(10):1764-9. PubMed **PMID: 15454769**
- Litvack JR, Mace J, Smith TL. Does olfactory function improve after endoscopic sinus surgery? Otolaryngol Head Neck Surg. 2009;140(3):312-9. PubMed **PMID: 19248934. Texto completo**
- London B, Nabet B, Fisher AR, White B, Sammel MD, Doty RL. Predictors of prognosis in patients with olfactory disturbance. Ann Neurol. 2008;63(2):159-66. PubMed **PMID: 18058814**

- Mesholam RI, Moberg PJ, Mahr RN, Doty RL. Olfaction in neurodegenerative disease: a meta-analysis of olfactory functioning in Alzheimer and Parkinson's diseases. Arch Neurol. 1998;55:84-90. PubMed [PMID: 9443714](#). [Texto completo](#)
- Miranda CJ, Pérez JC. ¿Por qué evaluar el olfato? y ¿cómo evaluarlo? Implicaciones en el diagnóstico de la Enfermedad de Parkinson: Aplicación de un práctico test en población adulta sana y con síntomas parkinsonianos. Rev Med Clin Condes. 2006;17(3):120-3. [Texto completo](#)
- Rouby C, Thomas-Danguin T, Vigouroux M, Ciuperca G, Jiang T, Alexanian J, et al. The lyon clinical olfactory test: validation and measurement of hyposmia and anosmia in healthy and diseased populations. Int J Otolaryngol. 2011;2011:203805. PubMed [PMID: 22046188](#). [Texto completo](#)
- Schofield PW, Finnie S, Young YM. The role of olfactory challenge tests in incipient dementia and clinical trial design. Curr Neurol Neurosci Rep. 2014;14(9):479. PubMed [PMID: 25053174](#)
- Vaidyanathan S, Barnes M, Williamson P, Hopkinson P, Donnan PT, Lipworth B. Treatment of chronic rhinosinusitis with nasal polyposis with oral steroids followed by topical steroids: a randomized trial. Ann Int Med. 2011;154(5):293-302. PubMed [PMID: 21357906](#). [Texto completo](#)
- Williams SS, Williams J, Combrinck M, Christie S, Smith AD, McShane R. Olfactory impairment is more marked in patients with mild dementia with Lewy bodies than those with mild Alzheimer disease. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2009;80(6):667-70. PubMed [PMID: 19448090](#)

Más en la red

- Chambers KJ, Sedaghat AR, Roberts DS, Caradonna DS. Nasal obstruction and anosmia. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2013 Aug 1;139(8):851-2. PubMed [PMID: 23949364](#)
- Malaty J, Malaty IA. Smell and taste disorders in primary care. Am Fam Physician. 2013 Dec 15;88(12):852-9. PubMed [PMID: 24364550](#)

Autores

- Juan Carlos Amor Dorado Médico Especialista en Otorrinolaringología (1)
- Carmen Costa Ribas Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (2)

(1) Hospital Can Misses. Ibiza, Illes Balears. España.
(2) Centro de Salud de Vila. Ibiza, Illes Balears. España.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

