

Anosmia postraumática: A propósito de dos casos

Anosmia after-effect head injury:
Report of two cases

RESUMEN

Resumen: Presentamos dos casos de anosmia e hipoosmia severa, que aparecen como secuela de traumatismos craneoencefálicos de muy diferente índole, pues en uno de los casos el TCE fue de carácter leve y no existió pérdida de conciencia, mientras que en el otro la paciente fue diagnosticada de lesión axonal difusa del tronco-encéfalo y estuvo en coma durante 11 días. En ambos casos la evolución y recuperación de la olfacción ha sido desalentadora, no habiéndose evidenciado recuperación alguna tras la realización de un test olfatorio básico para objetivar el grado de pérdida y la evolución del enfermo. Los estudios de imagen con resonancia magnética nos han sido útiles en ambos casos para el diagnóstico etiológico de la anosmia.

PALABRAS CLAVE:

Anosmia postraumática. Alteraciones del olfato. Secuelas de los traumatismos craneoencefálicos.

SUMMARY

Abstract: We present two cases of anosmia and mayor hyposmia, they appear after-effect very different kind head injury, well one case the head injury was minor nature and didn't exist lose consciousness, in the mean time the other patient was diagnosed like axonal diffuse lesion of the brainstem and she was in a coma for eleven days. Both patients was sent to otorhinolaryngology department from the neurology department, and in both cases the progress and recovery of the smell has been discouraging, hadn't existed any recovery of the smell after carrying out one test to quantify the lose degree of the smell function and study the progress of the patient. The magnetic resonance studies had been useful in both cases for etiology diagnosis.

KEY WORDS:

Anosmia after-effect head injury. Smell disfunction. Head injuries' sequelae.

Introducción

Los trastornos olfatorios pueden ser alteraciones pasajeras o permanentes, completas o parciales (anosmia o hipoosmia), y reales o irreales (disosmia: olores distorsionados; fantosmia: olores fantasma)¹.

Los trastornos de la olfacción acompañan con bastante frecuencia a los TCE, aunque el porcentaje de casos en los que esto ocurre es variable según los autores. La probabilidad de la anosmia aumenta con la gravedad del traumatismo y con su localización, puesto que aunque mucho menos frecuentes que los TCE frontales, los choques occipitales resultan unas cinco veces más peligrosos que los primeros².

Los mecanismos de la lesión olfatoria traumática pueden clasificarse en tres categorías, lesiones de las fibras del nervio olfatorio, lesiones de las vías nasales y lesiones cerebrales. El cizallamiento del nervio olfatorio a nivel de las perforaciones de la lámina cribosa del etmoides a raíz del desplazamiento del cerebro consecutivo a un choque occipital o frontal representa con las fracturas de la base de cráneo la primera causa de anosmia postraumática³.

En todos los casos creemos necesario la utilización de un test de olfato para cuantificar el grado de pérdida de la función olfatoria y estudiar la evolución del enfermo⁴. La anosmia postraumática tiene habitualmente mal pronóstico en gran parte de los casos⁵, aunque existen resultados

muy dispares, resultados producidos a nuestro entender por la subjetividad de los test olfativos a la hora de valorar la remisión/evolución de la sintomatología.

Se han propuesto diversos tratamientos para intentar mejorar la evolución de la anosmia, siendo estos únicamente efectivos en porcentajes altos en los casos en que la etiología de la anosmia es de tipo obstructiva⁶, mientras que el resto de las anosmias secundarias a otras etiologías, incluidas las anosmias postraumáticas, muestran porcentajes de mejoría muy variables, no existiendo ningún tratamiento con resultados verdaderamente alentadores.

En este artículo describimos el manejo clínico y terapéutico de dos pacientes que presentan alteraciones olfativas tras sufrir un TCE de muy diferente intensidad.

Casos Clínicos

Caso clínico 1: Mujer de 33 años con antecedentes personales de TCE grave hace 8 meses, que origino imágenes en la RMN y en el TAC de lesión axonal difusa de tronco cerebral, hematoma subdural frontal bilateral y occipital derecho, lesiones por las que estuvo ingresada en la UCI del Hospital Infanta Cristina en régimen de respiración asistida durante 11 días; acude a consulta O.R.L. por anosmia con parosmias asociada a disgeusia de 8 meses de evolución; En la exploración física mediante nasofibroscopia las fosas

nasales, faringe y laringe son normales, y no se encuentran signos de patología orgánica que justifique la sintomatología. La exploración funcional con un test olfatorio básico, de elaboración propia, realizada en una segunda consulta manifestó anosmia bilateral por ambas fosas, con imposibilidad de identificación y reconocimiento de las distintas sustancias odorantes. Asimismo, mediante un test funcional gustativo básico también se manifiestan alteraciones en la percepción y reconocimiento de los sabores, llegando al diagnóstico de anosmia y disgeusia postraumática. Se administra tratamiento con corticoides sistémicos y tópicos durante varios meses, sin obtener resultados satisfactorios, y se le realiza una RMN (Figuras 1 y 2), en la que no se evidencian alteraciones. Se vuelve a realizar a los 6 meses y al año y medio el test olfatorio básico no obteniendo mejoría de la sintomatología. Actualmente ha sido dada de alta por el servicio de otorrinolaringología y por el servicio de neurología.

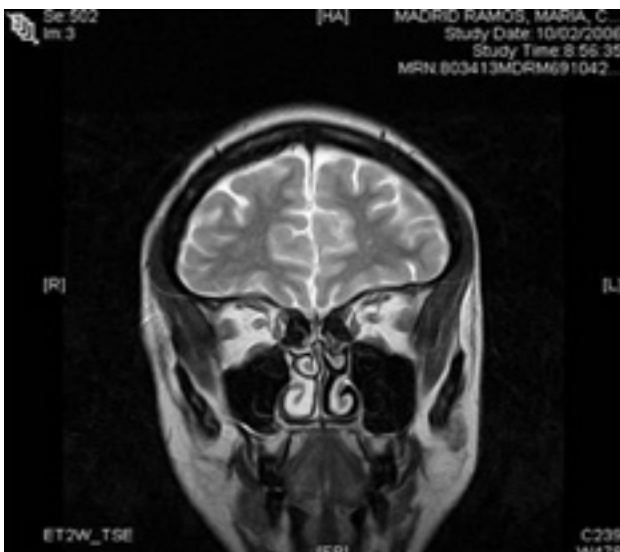
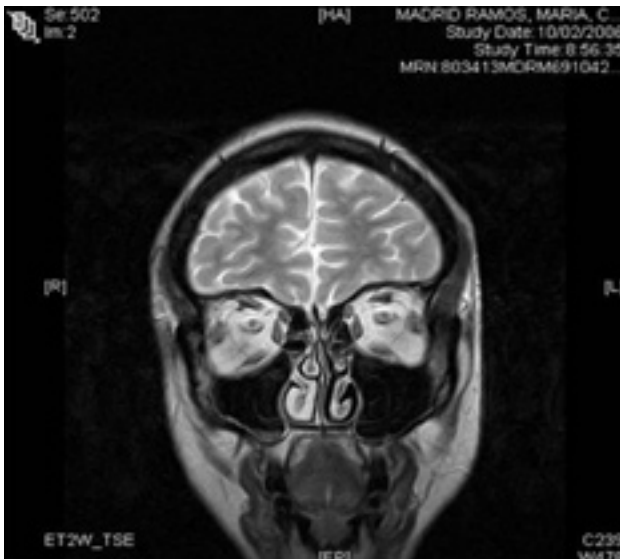


Fig. 1 y 2: Imágenes de RMN que no presentan secuelas anatómicas apreciables.

Caso clínico 2: Mujer de 27 años con antecedentes personales de TCE leve hace 9 meses, que se produjo cuando la paciente se encontraba embarazada de 34 semanas, y que requirió observación hospitalaria de 24 horas; acude a consulta O.R.L. por presentar desde hace 9 meses hipoosmia sin parosmias; a la exploración física O.R.L. mediante nasofibroscopia las fosas nasales, faringe y laringe son normales, y no se encuentran signos de patología orgánica que justifiquen la sintomatología. En una segunda consulta se le practica un estudio funcional olfatorio básico que manifiesta hipoosmia intensa en ambas fosas nasales con gran dificultad para el reconocimiento de los distintas sustancias odorantes; se administra tratamiento con corticoides sistémicos y tópicos durante varios meses, sin obtener resultados satisfactorios, y se le realiza una RMN (que es informada como leve colección líquida de posible origen hemático en la región circundante a ambos bulbos olfatorios, "Hematoma peribulbar bilateral" (Figuras 3 y 4). La paciente es seguida en consultas externas de ORL por un tiempo de 2 años, periodo en el cual se normalizan las imágenes de la RMN. Tras este periodo de seguimiento la paciente es dada de alta por la persistencia y estabilidad de los síntomas.

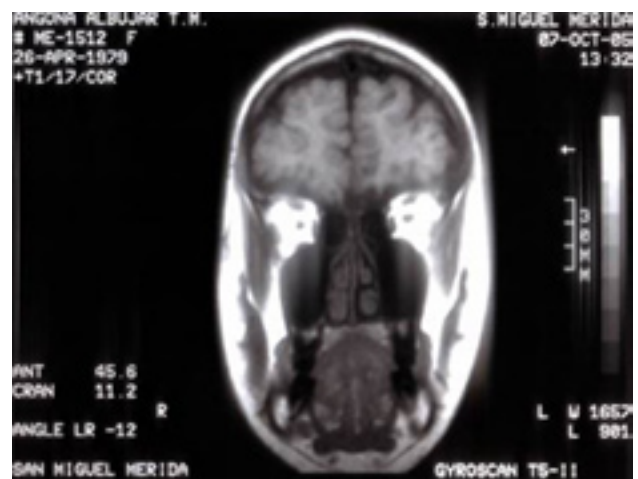
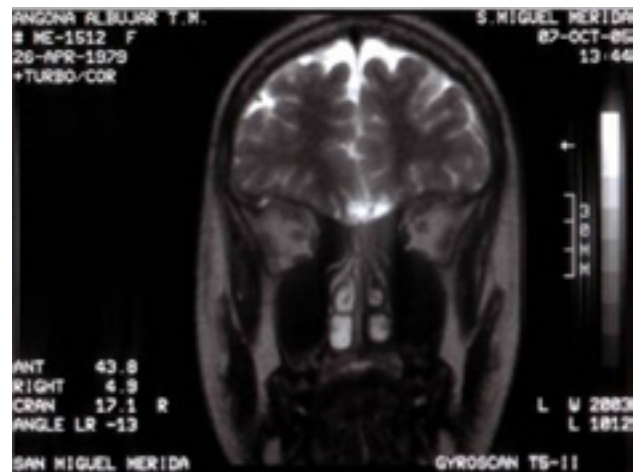


Fig. 3 y 4: Imágenes de RNM en fase T1 y T2 respectivamente donde se aprecia imagen de leve colección líquida peribulbar. "Hematoma peribulbar bilateral".

Discusión

Las alteraciones del olfato por TCE suponen la cuarta causa de alteración del olfato (4,5 % del total de las anosmias) por detrás de la poliposis nasal, la causa viral y de la etiología tóxica⁶.

La intensidad de la alteración olfatoria está relacionada con la intensidad del TCE³, lo cual se correlaciona con los casos que nosotros exponemos, puesto que la paciente con TCE grave presentaba una anosmia total e hipogeusia, mientras que la paciente con TCE leve presentaba una hipoosmia bilateral sin sintomatología asociada. Sin embargo, no fuimos capaces de conocer como se produjeron exactamente los TCE, por lo que no podemos concluir si la localización del TCE influye en la frecuencia de aparición de alteraciones del olfato tras TCE, como se describe en la bibliografía³.

La anamnesis, la exploración endoscópica y las pruebas de imagen (en especial la RMN) son las tres exploraciones básicas para filiar la etiología de un problema olfatorio⁶. En estas pacientes la endoscopia fue normal, siendo la anamnesis y las pruebas de imagen, en especial la RMN, la que indicó la causa última de las alteraciones olfativas.

Para el estudio de las alteraciones olfatorias en nuestras pacientes realizamos un test olfativo básico de fabricación propia, que ideamos en colaboración con el servicio de farmacia de nuestro hospital, dicho test consistía en dar a oler distintas sustancias al paciente y preguntarle si era capaz de reconocerlas. Algunas de las sustancias odorantes que utilizamos entre otras fueron café, chocolate, canela, limón, ajo, etc...

Actualmente están comercializados test olfatorios estandarizados para la realización de estas pruebas, como son el PST (Pocket Smell Test), el test de UPSIT, test de Connecticut, etc. Por ello, somos partidarios de la necesidad de realizar este tipo de test en nuestra consulta a todo paciente que refiere alteraciones olfatorias, puesto que consideramos que es la única forma de cuantificar, aunque sea de una manera subjetiva, las alteraciones del olfato que estos pacientes nos refieren, y de controlar la evolución y la eficacia de los tratamientos que realizamos.

El tratamiento de las anosmias depende principalmente de su etiología, y aunque en las anosmias postraumáticas no existe ningún protocolo terapéutico que haya generado resultados gratificantes, una de las posibilidades terapéuticas es la utilización de corticoides tópicos y sistémicos.

Uno de los problemas más frecuentes en los enfermos con anosmia por TCE consiste en la aparición de distorsiones en el olfato que llamamos disosmias, las cuales aparecen en porcentajes muy variables según los autores (33%, 17% o 13%), y aunque prácticamente todos coinciden en que éstas desaparecen con el tiempo, si aparecen, puede ser muy molestas y deben tratarse con anticonvulsivantes⁵.

Se ha estimado que el estado olfatorio de los pacientes mejora, después de un déficit de origen traumático, en el 36% de los casos, y que solo el 5% de los pacientes recobran el olfato normal⁷. Este porcentaje incluye los traumatismos relativamente leves (amnesia postraumática de menos de 24 horas) para los cuales el pronóstico es netamente superior (50%) mientras que es más bajo (10%) para los traumatismos más graves (amnesia de más de 24 horas)⁸. Sin embargo, en ninguno de nuestros casos se experimentó mejoría alguna.

El pronóstico pesimista que acompaña a las anosmias postraumáticas parece indicar que los neuroreceptores olfatorios no se regeneran, o que si lo hacen, la progresión de los axones hacia el bulbo olfatorio esta interrumpida tal vez por obturación de las perforaciones de la lamina cribosa del etmoides⁴, impidiéndose de esta manera la recuperación del complejo sistema de receptores de la olfacción.

Bibliografía

1. Mott AE, Leopold DA. Disorders in taste and smell. *Med Clin North Am* 1991; 75: 1321-1353.
2. Sumner D. On testing the sense of smell. *Lancet* 1962; 2: 895-897.
3. Costanzo RM, Zasler ND. Head trauma. In: Getchell TV, Doty RL, Bartothuk LM, Snow JB eds. *Smell and taste in health and disease*. New York: Raven Press, 1991: 711-730.
4. Jafek BW, Eller PM, Esses BA, Moran DT. Post-traumatic anosmia: ultrastructural correlates. *Arch Neurol* 1989; 46: 300-304.
5. Toledano A, Gonzalez E, Ferrando J, Barriga FJ. Hematoma de bulbos olfatorios tras traumatismos craneoencefálicos. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2005; 56: 280-281.
6. Toledano A, Gonzalez E, Herraiz C, Plaza G, Mate MA, Aparicio JM et al. Alteraciones del olfato en la consulta ORL general. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2002; 53: 653-657.
7. Doty RL, Yousem DM, Pham LT, Crezca AA, Geckle R, Lee WW. Olfactory Dysfunction in Patients with Head Trauma. *Arch Neurol* 1997; 54(9): 1131-1140.
8. Varney NR. Prognostic significance of anosmia in patients with closed-head trauma. *J Clin Exp Neuropsychol* 1988; 10: 250-254.

Correspondencia

Dr. Ramón Terré Falcón
Avda. de las Américas, 9. Primer Bloque, 4º D
06800 MÉRIDA (Badajoz)
ramonterre@hotmail.com