

El olfato como problema de salud pública en México. Una propuesta de planteamiento

Dr. David Montes de Oca Rosas,*
Dr. Eduardo Montes de Oca Fernández**

* Otorrinolaringólogo, vocal adjunto a Cuadro Básico de Medicamentos, IMSS.
** Otorrinolaringólogo, miembro de la Academia Mexicana de Cirugía.

RESUMEN

Se menciona la importancia del sentido del olfato para la calidad de vida del ser humano, lo cual contrasta con la alta frecuencia de sus trastornos y con la poca o nula consideración que se le da por parte de la población en general y de la comunidad médica. Así como sus factores etiológicos y las dificultades de su evaluación a nivel individual, las cuales son mucho mayores para su evaluación epidemiológica. También se indica la importancia del impacto de las disosmias en las actividades de la vida diaria y la falta de publicaciones acerca de este tema en nuestro país, la necesidad de investigación y docencia al respecto y los aspectos preventivos de esta patología. Se propone un planteamiento de solución a esta problemática para nuestro país: el iniciar la Campaña de salud pública "NO TE OLVIDES DE TU OLFATO."

Palabras clave: Trastornos olfatorios, salud pública.

ABSTRACT

The sense of smell is of great significance for the quality of life in the human being, yet this contrasts with the high frequency of olfactory dysfunctions and the little or null consideration given to it by the general population and the medical profession. They are also mentioned the etiological factors and the difficulties for the individual and epidemiological evaluation. Also the importance of its repercussion in daily life activities caused by this pathology is remarked as well as the lack of publications on the matter, the respective educational and research needs, and the preventive aspects of this pathology (dysosmias). To tackle this problem in our country, we propose starting the Public health campaign "DO NOT NEGLECT YOUR OLFATION."

Key words: Olfactory dysfunction, public health.

INTRODUCCIÓN

El olfato ocupa un lugar muy especial en el ámbito social y personal del ser humano. Los olores alcanzan nuestra vida emocional, asocian, evocan; son el sentido de la atracción, del buen ánimo, del recuerdo, de la relajación y de la sensualidad. Juega este don vital un papel muy importante en la calidad humana, en los hábitos alimenticios, en la nutrición, en las relaciones interpersonales; además, nos pone al tanto de situaciones de peligro para la vida. De manera muy frecuente, el sentido del olfato no es tenido en mente por los médicos de todas las especialidades ni por los pacientes, y menos aún por la medicina oficial. También es raro que el paciente rinológico se queje de trastornos olfativos y acuda a consulta. Por todas estas

circunstancias, al olfato se le ha llamado "el sentido olvidado".¹

También se le ha llamado "el sentido mudo" porque a través de él no podemos describir con palabras los más de diez mil olores que existen en el universo, pero sí manifestar con expresiones faciales el placer o disgusto que nos causa cuando percibimos algún olor. El oler es algo difícil de describir, pero además, es interesante porque lo primero que hacemos al momento de nacer es inhalar aire y cuando morimos exhalamos aire por última vez con una mezcla de moléculas que constituyen uno o varios olores, los cuales pasan o han pasado a lo largo de toda una vida por nuestros órganos olfatorios, mediante aproximadamente 23,040 respiraciones por día, que logran que movamos 12 metros cúbicos de aire.

Epidemiología del olfato

Uno de los autores² participó en una encuesta y prueba olfatoria de seis esencias microencapsuladas, efectuadas en 1.5 millones de personas por la revista Nacional Geographic; las seis esencias exploradas en este estudio contrastan con la gran potencialidad de este sentido, se encontró que 1.2 por ciento tenían anosmia, y que las mujeres perciben mejor los olores que los hombres.³

Daniel Santos y cols.⁴ menciona, "que existen aproximadamente 2.7 millones de adultos en los Estados Unidos con disfunción olfatoria crónica, aunque no señala la referencia.

Hay una gran cantidad de variables en el estudio de la epidemiología del olfato; en estudios que sólo efectúan encuestas subjetivas, se observa que hay sujetos que no están conscientes de alteraciones en su olfato y que las pruebas olfatorias usadas se las hacen notar.

En un estudio reciente y comparando las diferentes pruebas de función olfatoria, Tsukatani y cols.⁵ señalan de manera pragmática, que no existen divergencias al diagnosticar normosmia o anosmia; en cambio no hay ninguna coincidencia cuando se trata de precisar los diferentes niveles de hiposmia.

El epitelio neuroolfatorio sólo está separado del exterior por una delgada capa de moco, lo cual lo hace vulnerable a las agresiones ambientales,⁶ agentes infecciosos,⁷ traumas,⁸ o por tóxicos.⁹

Está comprobado¹⁰ que el resfriado común puede ser causa de anosmia permanente, y ésta se presenta con mayor frecuencia en las últimas etapas de la vida, después de que el neuroepitelio ha acumulado daños.

En el olfato existen otras consideraciones epidemiológicas, como que puede ser la vía de entrada a procesos infecciosos intracraneales.¹¹ La hiposmia puede ser un síntoma inicial en trastornos neurodegenerativos y puede servir como su indicador, como en las enfermedades de Parkinson¹² y de Alzheimer.¹³ Otra dificultad epidemiológica es que el olfato puede ser fluctuante y sus déficits funcionales, regresivos. La olfacción está sujeta a una gran cantidad de agentes lesivos, por lo que su etiología es muy variada y extensa.¹⁴ Kern y cols.,¹⁵ en un estudio inmunohistoquímico, concluye que la muerte celular de este tejido está dada por la edad, trauma e inflamación. El sentido del olfato disminuye conforme envejecemos (presbiosa). Murphy y cols.,¹⁶ señalan que el 62.5 por ciento de los adultos mayores, padece hiposmia hasta en un 60 por ciento entre los 65 y 80 años. Existen suficientes datos epidemiológicos y biomédicos que demuestran la presbiosa, que es la pérdida olfativa en relación con la edad; han estimado que 14 millones de norteamericanos mayores de 55 años tienen este pro-

blema con una prevalencia del 24 por ciento, y Brahmerson y cols.¹⁷ hallan a 32 por ciento con presbiosa y casi a 20 por ciento de la población general en Suecia con algún trastorno en la olfacción. En esta entidad patológica se encuentra daño del área superior del epitelio olfatorio, del bulbo y de los nervios olfatorios, así como del complejo amigdalino-hipocampo-hipotálamo, causado por daño celular, pérdida de receptores neuroquímicos, además de la muerte celular por apoptosis.¹⁸ Esta alteración es de mayor frecuencia en el sexo femenino y en aquellos que han recibido tratamiento por otra patología y/o por disfunción olfatoria. Es de llamar la atención que a pesar de ser una alteración frecuente, es ignorada por diferentes especialidades como la otorrinolaringología (ORL), la neurología, y la gerontología, entre otras.

En relación con la ORL, la hiposmia coexiste con infecciones de vías respiratorias superiores, lo que de acuerdo con Doty,¹⁹ es la causa principal de trastornos olfatorios. En las alergias crónicas (rinitis, asma), la olfacción es fluctuante.²⁰ La hiposmia también se presenta en laringotomizados,²¹ trauma maxilofacial,²² sinusitis, pólipos nasales,²³ así como en padecimientos degenerativos del sistema nervioso central como la enfermedad de Parkinson²⁴ y la ataxia.²⁵ También una exposición prolongada a tóxicos, como humo del tabaco y cocaína entre otros, provoca la disminución del olfato.²⁶ Hay enfermedades que destacan más por esta alteración como el Alzheimer, en el que la declinación cognitiva se manifiesta por disfunción olfatoria y aumenta por lesión del bulbo y nervio olfatorio,²⁷ así como en la parálisis facial, daño de la cuerda del tímpano, epilepsia, síndrome de Korsakoff, esclerosis múltiple.²⁸ La exploración del olfato ha sido usada en el diagnóstico diferencial de patología neurodegenerativa,²⁹ y de etiología variada, tales como las neoplasias, el síndrome de Cushing, la diabetes mellitus, el hipotiroidismo, el síndrome de Kallmann (hipogonadismo hipogonadotrófico), el síndrome de Sjögren, la falla renal crónica, la enfermedad hepática, y las deficiencias de vitaminas B3, B12, zinc, etc. También existe una variedad de medicamentos que afecta al sentido del olfato, como los antilípidos, antimicrobianos, antineoplásicos, antiinflamatorios, broncodilatadores, antihipertensivos, cardiovasculares, relajantes musculares, antiparkinsonianos, antidepresivos, anticonvulsivantes y vasodilatadores,³⁰ pero al suspender el tratamiento se recupera en la mayoría de los casos el sentido del olfato.

Efectos de la anosmia y de la hiposmia en seres humanos

En la Universidad de Virginia se efectuó un estudio sobre el impacto de los trastornos olfatorios en la salud

pública; y se hizo el seguimiento durante 18 años en 767 pacientes con dichos padecimientos. En él se encontró que una defectuosa función olfatoria los expone a una mayor cantidad de accidentes en 47 por ciento, ingestión de alimentos en mal estado y tóxicos (25%), falta de detección de escapes de gas (23%) o de fuego (7%).

Aunque el sentido del olfato parece sencillo, sin embargo en múltiples ocasiones no es fácil diferenciar qué tan adecuado o alterado se encuentra, por las dificultades en su valoración ocasionadas por su complejidad fisiológica.

Se ha descubierto que los individuos con problemas olfativos manifiestan aislamiento social, no sólo por la alteración propia del olfato sino porque este sentido va muy ligado al del gusto, el cual se pierde casi al mismo tiempo; esto da como consecuencia trastornos de la nutrición en sus diferentes grados, por pérdida del apetito, y puede provocar malestares por déficit nutricional severo así como depresivos, en especial en los adultos mayores. De acuerdo con Toller,³¹ la anosmia puede causar grandes efectos psicológicos y vulnerabilidad física y social. Lo anterior produce un mayor impacto en estos pacientes, por el mal pronóstico y pobre tratamiento de esta patología. En una encuesta, este autor constató en este tipo de pacientes: aislamiento, depresión, falta de interés en los alimentos y comportamiento brusco y agresivo.

En nuestro país, no hay hasta el presente ninguna publicación sobre este tema, como en algunos otros países subdesarrollados, este problema se desconoce y no se le toma en cuenta, ya que existen otras prioridades en la salud de la población, que en muchos casos son de sobrevivencia. Los trastornos olfatorios no son causa determinante de ninguna discapacidad, o motivo aparente que limite al ser humano para continuar con sus actividades cotidianas; y tampoco sus alteraciones son motivo de consulta por parte de la población en general. Lo anterior contrasta con el hecho de que en Estados Unidos 200,000 personas al año busquen ayuda médica para su trastorno olfatorio.³²

Una propuesta de planteamiento a esta problemática sería el iniciar una campaña con el slogan "No te olvides de tu olfato".

Las ventajas de aplicar esta prueba, serían las siguientes:

1. Al menos haría pensar en el problema.
2. No tendría ningún costo para nadie.
3. Estaría dirigida a la población en general.
4. Sería de autoexploración.
5. Funcionaría como autodiagnóstico.
6. Esta autoaplicación formaría parte del autocuidado de la salud, y podría ser el síntoma inicial en la detección temprana de otras alteraciones más graves de la salud.

Aspectos preventivos

La prevención de los trastornos del olfato, no solamente concierne a las dependencias de salud pública, sino a los autocuidados generales de la salud, en especial los que debe tener el adulto mayor. En los casos en los que ya esté presente la disfunción olfatoria, el paciente debe ser advertido de los riesgos específicos en este campo. En especial de la instalación y mantenimiento de aparatos detectores de humo y gas. También tener en cuenta los datos de caducidad de los alimentos, así como la inspección periódica de la cocina y refrigerador, efectuada por personas con olfacción normal, que minimizan la posibilidad de envenenamiento por alimentos.

CONCLUSIONES

No existe una cultura médica ni de la población en general, que nos haga poner atención en la función olfativa, a pesar de la importancia que tiene en la calidad de vida y en la posible alarma que puede representar la disminución de la olfacción ya que puede ser una señal de advertencia de otros trastornos sistémicos graves.

En todo el mundo y en especial en nuestro país, existe la necesidad de más y mejores investigaciones en el campo epidemiológico para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos olfatorios, que redunden en una mejor calidad de vida de la población tratando de alcanzar el objetivo de bienestar físico, mental y social y no sólo de ausencia de enfermedades. Pero en realidad, no se ha hecho un análisis específico para determinar con exactitud todos los problemas que se originan a raíz de la pérdida de este sentido.

Por todo ello presentamos como solución a esta problemática para nuestro país nuestra propuesta, que es práctica, simple y sin costo.

REFERENCIAS

1. Montes de Oca D, Montes de Oca E. Rinología y olfato. En prensa.
2. Gibbons B. The intimate sense of smell. Nat Geograph Magaz 1986; 170(3): 324-61.
3. Gilbert AN, Wysocki CJ. The smell survey results. Nat Geograph Magazine 1987; 172: 514-25.
4. Santos DV, Eiter ER y cols. Hazardous events associated with impaired olfactory function. Arch Otolaryng Head Neck Surg 2004; 130(3): 317-9.
5. Tsukatani T, Reiter, ER, Miwa, T, Costanzo R. The Laryngosc 2005; 115(6): 1114-7.
6. Schiffman SS, Nagle HT. Effect of environmental pollutants on taste and smell. Otolaryngology, Head Neck Surg 1992; 106: 693-700 7.
7. Doty RL, Mishra A. Influences of nasal obstruction, rhinitis, and rhinosinusitis on the ability to smell. Laryngosc 2001; 111: 409-23.
8. Duncan HJ, Seiden AM. Long-term follow-up of olfactory loss secondary to head trauma and upper respiratory tract infection. Archives of Otolaryngology, Head Neck Surg 1995; 121: 1183-7.

9. Rose CS, Heywood PG, Costanzo RM. Olfactory impairment after chronic occupational cadmium exposure. *J Occupational Medicine* 1992; 34: 600-5.
10. Doty R, Mishra A. Olfaction and its alteration after nasal obstruction, rhinitis and rhinosinusitis. *Laryngosc* 2001; 111(3): 409-23.
11. Dinn JJ. Transolfactory spread of virus in *herpes simplex* encephalitis. *Brit J Med* 1980; 281: 1932.
12. Doty RL, Deems D, Stellar S. Olfactory dysfunction in Parkinson's disease: a general deficit unrelated to neurologic signs, disease stage, or disease duration. *Neurol* 1988; 38: 1237-44.
13. Meshulam RI, Moberg PJ, Mahr RN, Gur RE, Doty RL. Olfaction and dementia: a meta-analytic review of olfactory functioning in Alzheimer's and Parkinson's diseases. *Arch Neurol* 1998; 55: 84-90.
14. Temmel AF, Quint C, Schickinger-Fischer B, Klimek L, Stoller E, Hummel T. Characteristics of olfactory disorders in relation to major causes of olfactory loss. *Arch Otolaryngol, Head & Neck Surg* 2002; 128(6): 635-41.
15. Kern RC, Conley DB y cols. Pathology of the olfactory mucosa. Implications for the treatment of olfactory dysfunction 2004; 114(2): 279-85.
16. Murphy C, Schubert CR, Cruickshanks KJ, Klein BE, Klein R, Nondahl DM. Prevalence of olfactory impairment in older adults. *JAMA* 2002; 288(18): 2307-17.
17. Bramerson A, Johansson L, Ek L, Nordin S, Bende M. Prevalence of olfactory dysfunction: the Skovde population-based study. *Laryngosc* 2004; 114(4): 733-7.
18. Conley DB et al. Age-related olfactory dysfunction; cellular and molecular characterization in the smell; 2003; 17(3): 169-75.
19. Doty RL, Mishra A. Influences of nasal obstruction, rhinitis, and rhinosinusitis on the ability to smell. *Laryngosc* 2001; 111: 409-23.
20. Apter AJ, Gent JF, Frank ME. Fluctuating olfactory sensitivity and distorted odor perception in allergic rhinitis. *Arch Otolaryngol Head & Neck Surg* 1999; 125(9): 1005-10.
21. Van Dam FS, Hilgers FJ, Emsbroek G, Touw FI, Van As CJ, De Jong N. Deterioration of olfaction and gustation as a consequence of total laryngectomy. *Laryngosc* 1999; 109(7 Pt 1): 1150-5.
22. Renzi G, Carboni A, Gasparini G, Perugini M, Becelli R. Taste and olfactory disturbances after upper and middle third facial fractures: a preliminary study. *Annals Plast Surg* 2002; 48(4): 355-8.
23. Dalton P. Olfaction and anosmia in rhinosinusitis. *Curr Allerg Asthm Reports* 2004; 4(3): 230-6.
24. Henderson JM, Lu Y, Wang S, Cartwright H, Halliday GM. Olfactory deficits and sleep disturbances in Parkinson's disease: a case-control survey. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 2003; 74(7): 956-8.
25. Connelly T, Farmer JM, Lynch DR, Doty RL. Olfactory dysfunction in degenerative ataxias. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 2003; 74(10): 1435-7.
26. Frye RE, Schwartz BS, Doty RL. Dose-related effects of cigarette smoking on olfactory function. *JAMA* 1990; 263: 1233-6.
27. Attems J, Lintner F, Jellinger KA. Olfactory involvement in aging and Alzheimer's disease: an autopsy study. *J Alzheim Dis* 2005; 7(2): 149-57.
28. Doty RL, Mishra A. Influences of nasal obstruction, rhinitis, and rhinosinusitis on the ability to smell. *Laryngosc* 2001; 111: 409-23.
29. Doty RL, Golbe LI, McKeown DA, Stern MB, Lehrach CM, Crawford D. Olfactory testing differentiates between progressive supranuclear palsy and idiopathic Parkinson's disease. *Neurol* 1993; 43: 962-5.
30. Ship JA, Weiffenbach JM. Age, gender, medical treatment, and medication effects on smell identification. *J Gerontol* 1996; 48: 26-32.
31. Toller SV. The impact of anosmia: review of questionnaire's findings. *Chemic senses* 1999; 24(6): 705-12.
32. Dalton P. Olfaction and anosmia in rhinosinusitis. *Curr Allerg Asthm Reports* 2004; 4(3): 230-6.

Recibido: Mayo 16, 2005.
Aceptado: Junio 20, 2005.