

Hematoma de bulbos olfatorios tras traumatismo craneoencefálico

A. Toledano*, E. González**, J. Ferrando***, F. J. Barriga****

*Unidad de Otorrinolaringología. **Unidad de Farmacia. ***Unidad de Diagnóstico por la Imagen. ****Unidad de Neurología. Fundación Hospital Alcorcón. Madrid

Resumen: Presentamos el caso de un enfermo que sufrió un traumatismo craneo-encefálico que ha dejado como secuela una anosmia. En el estudio de imagen se aprecia un hematoma de los bulbos olfatorios y de zonas del lóbulo frontal. Tras año y medio de seguimiento el enfermo no se ha recuperado. La anosmia postraumática tiene habitualmente mal pronóstico en gran parte de 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 enfermo. Los estudios de imagen con resonancia magnética son útiles para descartar patología central asociada. En este artículo además realizamos una revisión de los datos actuales sobre la anosmia postraumática.

Palabras clave: Anosmia postraumática. Alteraciones del olfato.

Hematoma of the olfactory bulbs following craneoencephalic trauma

Abstract: The ability to smell is commonly altered by head injuries. However, the nature, prevalence, prognosis and etiology of such alterations are poorly understood. Patients complaining of head-trauma and a related olfactory dysfunction typically have anosmia and rarely regain normal olfactory ability. Parosmia prevalences decreases over time in such patients, and damage to olfaction-related brain structures can be observed in most such patients using an appropriate MRI protocol. In this article, we review the recent knowledge about postraumatic anosmia.

Key words: Postraumatic anosmia. Olfactory dysfunction.

INTRODUCCIÓN

Varón de 39 años que acude a consulta por anosmia sin disosmias y/o parosmias tras traumatismo en región parietal izquierda posterior hace dos meses secundarios a un desvanecimiento sin síntomas premonitorios. Después de un par de minutos despertó con sensación de malestar y cefalea holocraneal. Como antecedentes personales sólo cabe reseñar que es un paciente fumador de un paquete al día y bebedor de fin de semana, sin otros factores de riesgo vascular.

La exploración física general y neurológica son normales. Sigue presentando cefalea matutina de evolución favorable. Se aprecia anosmia: butanol 0, supraliminar 1, compuesto 0,5 según el test de Connecticut a los 6 meses del evento y al año y medio.

Se solicitó EEG que fue normal y RM a los dos meses del traumatismo en la que se aprecia una lesión en la base del lóbulo frontal izquierdo compatible con un hematoma crónico y alteraciones de señal en ambos bulbos olfatorios compatibles con lesión de dichos nervios (figura 1).

Año y medio después, el enfermo no presenta cefaleas pero persiste la anosmia.

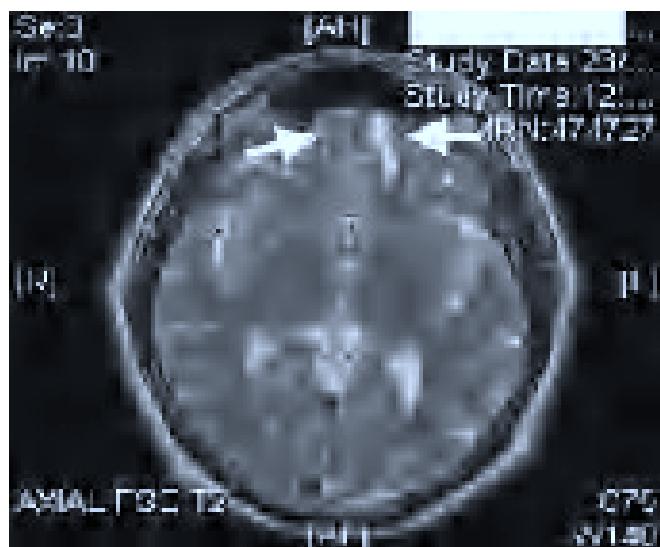


Figura 1. RM axial. Hematoma bulbo olfatorio.

Correspondencia: Adolfo Toledano Muñoz

Unidad de Otorrinolaringología

Fundación Hospital Alcorcón

Avda. Villaviciosa, s/n

28921 Alcorcón (Madrid)

E-mail: atoledano@fhalcorcon.es

Fecha de recepción: 15-4-2004

Fecha de aceptación: 8-2-2005

DISCUSIÓN

Las alteraciones del olfato por traumatismos cráneoencefálicos suponen en nuestra experiencia la cuarta causa de alteración del olfato (4,5% del total de anosmias) por detrás de la poliposis nasal, la causa viral y de la etiología tóxica¹.

En la serie más larga publicada sobre anosmia postraumática el 87% de los enfermos con TCE presentaban alteraciones del olfato². Para Costanzo et al³ era el 60% y para Mott y Leopold⁴ fue el 67%.

Dotty et al² informan que aproximadamente el 36% de los pacientes que presentaron anosmia después de un traumatismo mejoraron con el tiempo y sólo el 5% de los pacientes recobraron un olfato normal. Los autores utilizaron el test de UPSIT. Estos datos orientan a que la anosmia postraumática tiene generalmente mal pronóstico en cuanto a su recuperación. En el caso que estudiamos hemos utilizado el test de Connecticut (CCCRC) y tras dos años de evolución no hemos apreciado mejoría en el enfermo.

Algunos autores señalan que la opinión subjetiva de paciente para determinar si ha mejorado su olfato no es muy fiable. Así, en el estudio de Dotty et al² de 11 (23%) pacientes a los que se les preguntó si su olfato había mejorado con el tiempo en sólo 7 pacientes (13%) encontraron una mejoría objetivable con el test de UPSIT. Por otro lado, de 38 pacientes que no notaron cambios en su olfato, 11 (30%) mejoraron y 10 (26%) empeoraron. Por lo tanto, creemos que es útil la utilización de un test de olfato que nos pueda cuantificar el grado de pérdida de función olfatoria y la evolución en el tiempo.

Uno de los problemas más frecuentes en los enfermos con anosmia por TCE consiste en la aparición de distorsiones en el olfato que llamamos parosmia o disosmia. En la serie de Dotty et al² aparece este síntoma en el 33% de los pacientes estudiados. Es esta una cifra alta ya que otros autores como Leigh et al⁵ hablan de una incidencia del 17% en los pacientes estudiados o del 13% según Summer⁶. Estas diferencias son achacables a la definición que cada autor hace de este síntoma. En lo que coinciden prácticamente todos los autores es que la parosmia desaparece conforme va pasando el tiempo. Si bien, este síntoma al principio puede ser muy molesto y puede tratarse con anticonvulsivantes⁷. En el caso que presentamos el pa-

ciente en ningún momento se quejó de distorsiones del olfato.

Se ha relacionado la localización del TCE con la incidencia de anosmia. Así en la serie de Dotty et al², aquellos enfermos que sufrieron un TCE occipital presentaron anosmia en un 40%; mientras que los pacientes que sufrieron un TCE frontal presentaron anosmia en un 29%. Sin embargo, en estudios con RM se han visto daños en los lóbulos temporales y frontales en la mayoría de los casos de TCE con anosmia lo que apoya el hecho de que no sólo existe el mecanismo fisiopatológico de la sección de las fibras nerviosas a nivel de la lámina cribiforme, si no también pueden existir lesiones que afecten a los bulbos olfatorios e incluso a la corteza olfatoria, como es nuestro caso⁸.

CONCLUSIÓN

La anosmia postraumática tiene habitualmente mal pronóstico en gran parte de 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 enfermo. No está claro que las distorsiones del olfato sean un factor pronóstico de cara a la recuperación de la función olfatoria. En algunos enfermos la disosmia o parosmia puede llegar a ser un síntoma muy molesto. Generalmente este problema es autolimitado y en el caso de ser necesario tratarlo se puede utilizar anticonvulsivantes. La utilización de RM es útil para descartar patología central asociada.

Referencias

1. Toledano A, González E, Herráiz C, Plaza G, Mate MA, Aparicio JM et al. Alteraciones del olfato en la consulta ORL general. Acta Otorrinolaringol Esp 2002;53:653-657.
2. Dotty 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.
3. Costanzo RM, Heywood PG, Ward JD, Young HF. Neurosurgical applications of clinical olfactory assessment. Ann N Y Acad Sci 1987;510:242-244.
4. Mott AE, Leopold DA. Disorders in taste and smell. Med Clin North Am 1991;75:1321-1353.
5. Leigh AD. Defects of smell after head injury. Lancet 1943;1:38-40.
6. Summer D. Post-traumatic anosmia. Brain 1964;87:107-120.
7. Mann NM, Lafreniere D. Evaluation and treatment of taste and smell disorders. UpToDate 2004; 1-10. www.uptodate.com.
8. Kern RC, Quinn B, Rousseau G, Farbman AI. Post-traumatic Olfactory Dysfunction. Laryngoscope 2000;110:2106-2109.