

ISSN: 2340-3438

Edita: Sociedad Gallega de
Otorrinolaringología.

Periodicidad: continuada.

Web: www.sgorl.org/revista

Correo electrónico:

actaorlgallega@gmail.com

SGORL PCF
Sociedad Gallega de Otorrinolaringología
y Patología Cervicofacial



Acta Otorrinolaringológica Gallega

Artículo de Revisión

Distúrbios do olfato nos cuidados de saúde primários

Olfactory Dysfunction in primary health care

Telma Nunes Lopes¹, Cristina Gonçalves Costa¹, Carina Pereira¹,
Delfim Duarte², Susana Paiva¹, Cristina Oliveira¹, Susana Ribeira¹

¹ Unidade de Saúde Familiar Oceanos, Unidade Local de Saúde de Matosinhos

² Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Recibido: 28/9/2017 Aceptado: 25/1/2018

Resumo

Introdução: O olfato é uma função sensorial importante para funções básicas como orientação, alimentação, reconhecimento de perigo e socialização. Cerca de 5% da população europeia sofre de algum tipo de disfunção olfativa. Apesar disso, este défice é frequentemente desvalorizado.

Objetivo: Pretendeu-se rever as principais causas dos distúrbios do olfato, descrever sintomas relacionados e fornecer informação sobre a gestão adequada dessas alterações nos Cuidados de Saúde Primários.

Métodos: Realizou-se uma pesquisa bibliográfica na base de dados PubMed, utilizando os termos MeSH: Distúrbios do Olfato, Disosmia e Diagnóstico. A pesquisa foi limitada a artigos publicados de 1 de Janeiro de 2011 a de 2 de Dezembro de 2016, em Português e Inglês. Foram utilizados 30 artigos nesta revisão.

Resultados: Os distúrbios do olfato apresentam-se como um amplo espectro de entidades clínicas, existindo inúmeras causas identificadas para a sua etiologia. A gestão da disfunção olfativa baseia-se no diagnóstico etiológico e no tratamento dirigido à causa.

Discussão: Como médicos de família, os distúrbios do olfato apresentam-se como um desafio diagnóstico. A abordagem e valorização dos sintomas torna-se fundamental para a deteção precoce

Correspondencia: Telma Nunes Lopes

Unidade de Saúde Familiar Oceanos, Portugal

Correo electrónico: telma.n.lopes@gmail.com

destas alterações. Uma vez que muitos dos exames complementares não estão disponíveis nos Cuidados de Saúde Primários, o diagnóstico baseia-se essencialmente na semiologia. A necessidade de sistematização de conhecimentos levou à criação de um algoritmo de abordagem dos distúrbios do olfato. Conclusão: Os distúrbios do olfato deverão ser pesquisados e reconhecidos pelos profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários, a fim de proporcionar um melhor e mais atempado tratamento do doente.

Palavras chave: Distúrbios do Olfato, Disosmia e Diagnóstico.

Abstract

Introduction: Olfaction is a very important sense for basic functions such as orientation, feeding, hazard recognition and social communication. Around 5% of the European population suffers from some sort of olfactory dysfunction. Despite this, people are often unaware of their deficit.

Objective: Provide an overview of the main causes of olfaction disorders, to evaluate smell related symptoms and to manage properly these disorders in Primary Health Care.

Methods: It was performed a literature search in the PubMed database, using the MeSH terms: Olfaction disorders, Dysosmia and Diagnosis. The search was limited to articles published between 1st January 2011 and 2nd December 2016, in Portuguese and English. There were used 30 articles in this review.

Results: These disorders have a wide spectrum of clinical presentations and there are numerous known causes. Management of olfactory dysfunction is mainly based on etiological diagnosis and treatment addressed to the cause.

Discussion: As general practitioners, olfactory dysfunction can be a challenge. The approach of the symptoms is an important step in the early diagnosis of these conditions. Since some of the additional studies may not be available in Primary Care, the diagnosis is based essentially in the semiology. The need for systematic knowledge has led to the creation of a simple algorithm for the approach of olfactory dysfunctions.

Conclusion: The physicians in primary health care should be more aware of these conditions, in order to provide a better and faster medical care.

Keywords: Olfaction disorders, Dysosmia and Diagnosis.

Introdução

Consideram-se distúrbios do olfato a incapacidade de sentir cheiros corretamente. Estes podem ser subdivididos em categorias dependentes do grau de perda, disfunção ou alteração da percepção (tabla 1).^{1,2} Em termos fisiopatológicos, podem apresentar-se como disfunções de condução (bloqueio anatómico à passagem do fluxo aéreo para a fenda olfativa), e/ou disfunções neurosensoriais (lesão ou

perda neuronal ao nível do epitélio olfativo ou do processamento cortical superior).¹

Estudos realizados na população geral revelam uma prevalência de disfunções do olfacto de 22% (25-75 anos)³, 19% (≥ 20 anos)⁴, ou 24% (≥ 53 anos)⁵, com maior prevalência em homens mais velhos.

É fundamental identificar e documentar corretamente o tipo de disfunção, dado que cada uma apresenta abordagem e prognóstico distintos.¹

Assim sendo, esta revisão tem como objetivos: conhecer a prevalência e as principais etiologias das disfunções do olfato, identificar os métodos de diagnóstico existentes assim como as abordagens terapêuticas disponíveis, e ainda sistematizar a avaliação nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) do doente com disfunções do olfato, através da elaboração de um algoritmo de atuação.

Tabla 1: Classificação das disfunções olfativas.

| Disfunção olfativa (disosmia) | | |
|--------------------------------------|--|---|
| Quantitativa | Hiperosmia | Aumento da sensibilidade olfativa |
| | Normosmia | Olfato intacto para todos os odores |
| | Hiposmia | Diminuição da sensibilidade olfativa |
| | Anosmia | <p>Anosmia Completa Perda total das funções olfativas</p> <p>Anosmia Funcional Limitação grave da função olfativa</p> <p>Anosmia Parcial Redução acentuada da sensibilidade a odores de grupos específicos</p> |
| Qualitativa | Parosmia | Percepção alterada dos odores na presença de estímulo |
| | Alucinações olfativas (duração de segundos) Fantosmia (duração superior a alguns segundos) | Percepção de odores na ausência de estímulo odorante |

Material e Métodos

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica na base de dados Pubmed, com os termos MeSH: “Olfaction disorders”, “Dysosmia” e “Diagnosis”. A pesquisa foi limitada a artigos publicados de 1 de Janeiro de 2011 a 2 de Dezembro de 2016, em Português e Inglês. Da pesquisa inicial resultaram 162 artigos que foram, posteriormente, seleccionados tendo em conta o seu resumo, obtendo-se um total de 63 artigos. Durante o desenvolvimento do trabalho, pela duplicação de informação nos artigos seleccionados e na tentativa de limitar o número de referências bibliográficas, foram utilizados 30 artigos.

Resultados

Epidemiologia

Na Europa, cerca de 5% das pessoas sofrem de distúrbios olfativos.⁶ Não obstante, as disfunções olfativas são frequentemente subvalorizadas talvez porque a informação olfativa é processada em grande parte de forma inconsciente^{5,7,8}. Assim a prevalência da perda olfativa auto-relatada encontra-se entre 1,4% e 15%^{9,10}, encontrando-se a real prevalência destes distúrbios subestimada.¹¹

Alguns autores apontam para uma prevalência de hiposmia de uma em cada quatro pessoas, e de anosmia de uma em cada 200 pessoas.² A diminuição da função olfativa é muito comum, sobretudo na população idosa, estando presente em mais de 50% dos indivíduos entre os 65 e os 80 anos, e em 62 a 80% acima dos 80 anos.⁶

Relevância

Em comparação com a visão e a audição, a importância do olfato é frequentemente subvalorizada. Contudo, uma disfunção olfativa é uma perturbação preocupante, tendo em conta o grande impacto na qualidade de vida.

Um problema comum é a incapacidade para reagir a situações potencialmente perigosas, como a detecção de incêndios ou de comida imprópria para consumo.^{1,12} Aproximadamente 61% dos pacientes com disfunção do olfato já experienciaram situações de incapacidade de identificação de fogo, fumo ou gás¹³ e cerca de 1/2 a 2/3 já tiveram problemas de saúde por incapacidade de detecção de comida não própria para consumo.^{13,14}

O olfato é, ainda, importante na comunicação interpessoal, nas emoções e na nutrição, pelo seu envolvimento na percepção do paladar.^{2,15} As disfunções do olfato têm sido implicadas na perda de apetite, perda de peso inexplicável e desnutrição.^{1,6,11,16} Cerca de 69% dos pacientes referem, após o início da disfunção olfactiva, uma diminuição do prazer na alimentação, condicionando uma redução do apetite em 27% a 56%.^{14,17}

Outro aspecto com relevo na qualidade de vida diz respeito à preocupação com questões de higiene pessoal que, frequentemente, conduz à evicção de interação social, levando a maior isolamento e propensão a problemas emocionais e depressão. É ainda provável que a perda olfactiva por si só afete o funcionamento cerebral e, especialmente, o controlo emocional. Um mecanismo potencial é o input reduzido, via amígdala, do bolbo olfativo para o circuito límbico. Cerca de 1/4 a 1/3 dos pacientes com distúrbios do olfato exibem sintomas depressivos.¹²

As disfunções do olfato responsáveis pela redução da qualidade de vida pelos motivos supracitados, associam-se a aumento da mortalidade, particularmente nos idosos.^{1,6,11,16}

Etiologia

Existem inúmeras patologias associadas a distúrbios do olfato, tal como se apresenta na tabla 2.

Tabla 2: Principais etiologias dos distúrbios olfativos^{1, 2, 12, 16}

| Causa | Principais Etiologias |
|-----------------------------------|--|
| A mais comum | |
| Patologia sinusal | Processos infecciosos, rinite alérgica, rinosinusite crónica, polipose nasal |
| Comuns | |
| Trauma | Atingimento facial e/ou intracraniano |
| Doenças neurodegenerativas | Doença de Parkinson, doença de Alzheimer, défice cognitivo ligeiro, esclerose múltipla |
| Menos comuns | |
| Iatrogenia | <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos: quimioterápicos, IECAs, ARAs, BCCs dihidropiridínicos, diuréticos, antimicrobianos (macrólidos, penicilinas, tetraciclina, terbinafina, griseofulvina, fluroquinolonas, inibidores da protease, nitroimidazóis), antiarrítmicos, antitiroideos, antidepressivos, anticonvulsivantes, hipolipemiantes • Tóxicos: álcool, tabaco, cocaína, amónia, químicos capilares, gasolina, formaldeído, solventes, benzeno, ácido sulfúrico, acrilatos, ferro, chumbo, crómio • Cirurgia dos seios nasais, base do crânio, laringectomia, faringectomia, amigdalectomia • Traqueostomia • Radioterapia |
| Doenças congénitas | Síndrome de Kallman, síndrome de Turner, síndrome de Klinefelter, anosmia congénita isolada |
| Doenças psiquiátricas | Perturbação depressiva, doença bipolar, anorexia nervosa, esquizofrenia |
| Patologias médicas | Insuficiência renal ou hepática, diabetes mellitus tipo 2 complicada, neoplasia maligna, HIV, AVC, hemorragia craniana, hipotiroidismo, doença de Addison, síndrome de Cushing, síndrome de Sjögren, LES, sarcoidose, encefalite herpética |
| Défice nutricional | Desnutrição, anemia perniciosa, hipovitaminoses |
| Outros | Gravidez |

Envelhecimento

O envelhecimento é a principal causa de disfunção olfativa. A etiologia é multifatorial, envolvendo alterações estruturais do neuroepitélio e nervo olfativo, e de regiões cerebrais envolvidas no processamento da informação olfativa. Também a perda de capacidade regenerativa do nervo olfativo pode predispor a uma maior suscetibilidade a infeções víricas, o que poderá contribuir para a diminuição da função olfativa. A perda de memória olfativa e de nomeação de odores são as capacidades mais afetadas pelo envelhecimento, particularmente na sétima e oitava décadas de vida, que poderão estar relacionadas com o estado cognitivo e os centros cerebrais superiores.^{6,18}

Patologia Sinusal

A patologia sinusal que pode levar a distúrbios do olfato compreende, além dos processos infecciosos, entidades como a Rinossinusite Crónica, a Polipose Nasal e a Rinite Alérgica.^{2,16,19-21} É responsável por 52-72% dos défices olfativos, atingindo cerca de 60 a 80% da população com este tipo de patologia.^{16,21}

A Rinossinusite Crónica é aquela que mais frequentemente se associa a distúrbios do olfato, principalmente quando associada a pólipos nasais.² A perda olfativa ocorre gradual e progressivamente, através de dois mecanismos possíveis: obstrução nasal causada pelo edema da mucosa e/ou pólipos nasais, e inflamação local consequente da infiltração direta de células inflamatórias mas, também, do dano do próprio epitélio.^{2,21} A Rinossinusite Crónica é, assim, uma alteração do olfato do tipo misto (condução e neurosensorial).²⁰

Cerca de 1/3 dos doentes com Rinite Alérgica têm algum tipo de distúrbio do olfato, relacionando-se com a gravidade da doença.² A patogénese é semelhante à da Rinossinusite Crónica.¹⁹

Processos Infecciosos

Estima-se que 18-45% de todos os casos de diminuição do olfato decorram após uma infeção das vias aéreas superiores, podendo afetar cerca de 11 a 40% destes indivíduos.^{2,12} Geralmente, estas alterações são temporárias, decorrendo do edema da mucosa nasal e da diminuição da passagem do fluxo aéreo. Contudo, em uma pequena percentagem de doentes, o défice é permanente.¹ Lesão do neuroepitélio olfativo periférico e alterações degenerativas das vias olfativas centrais, após a invasão vírica, poderão explicar este défice.^{2,22}

Trauma

Vários mecanismos podem estar envolvidos na diminuição da capacidade do olfato pós-traumática, tais como a lesão da cavidade nasal, do neuroepitélio ou do nervo olfativo, e contusões/hemorragia em regiões cerebrais relacionadas com o processamento dos odores, especialmente em situações de impacto frontal ou occipital. As situações de trauma podem causar cerca de 10-66% dos distúrbios olfativos, afetando 5-10% das vítimas.^{12,23} Vários fatores poderão favorecer a recuperação olfativa, nomeadamente idade jovem, tempo desde o início da disfunção, ausência de história de tabagismo e de diferenças na lateralidade da função olfativa.^{2,15,22}

Doença de Parkinson

A Doença de Parkinson (DP) é uma patologia multissistémica, sendo o sistema olfativo um dos primeiros alvos de degeneração.^{24,25} A diminuição do olfato está presente em 80 a 96% dos pacientes com DP e estima-se que a mesma ocorra cerca de 4 anos antes do início dos sintomas motores. A hiposmia tem sido extensamente estudada pelo seu potencial como biomarcador precoce da DP.^{1,15,25} O grau de hiposmia não está associado com a gravidade das alterações motoras, estando presente bilateralmente aquando do diagnóstico da doença. A gravidade da disfunção olfativa permanece constante ao longo da evolução da DP.

Atualmente, o tratamento para a DP é iniciado quando se manifestam os sintomas motores. Um diagnóstico precoce pode permitir que o tratamento seja modificador da doença ou neuroprotetor.²⁵ Apesar disso, atualmente, nenhum dos sintomas pré-motores da DP, *per se*, tem sensibilidade e especificidade suficiente para ser usado como estratégia de rastreio.²⁶

Doença de Alzheimer

O aumento da prevalência da Doença de Alzheimer (DA) tem acompanhado o envelhecimento populacional. As áreas precocemente afetadas pelo processo neurodegenerativo estão envolvidas na memória e processamento da informação olfativa.²⁷ A deterioração da capacidade olfativa pode preceder os défices cognitivos da DA. Doentes com défice cognitivo ligeiro podem apresentar diminuição da capacidade de identificação e discriminação de odores. Assim, foi postulada a hipótese de que a disfunção olfativa poderia ser utilizada na predição do risco de transição para DA. Os distúrbios olfativos também poderão correlacionar-se com a progressão/gravidade da doença, podendo ser clinicamente útil como marcador de diagnóstico precoce em indivíduos de alto risco para DA.^{15,24}

Iatrogenia

A exposição a substâncias tóxicas e medicamentos está associada à diminuição da capacidade olfativa, representando até 12% dos casos (Tabla 2).^{2,16} O dano correlaciona-se com a duração e a concentração tóxica da exposição, podendo a perda ser permanente. As disfunções induzidas por medicamentos poderão ser reversíveis com a interrupção do mesmo.¹⁶

Doenças congénitas

As doenças congénitas são responsáveis por até 4% das perturbações do olfato.¹²

A anosmia congénita está relacionada com doenças cromossómicas, como a Síndrome de Kallman, Síndrome de Turner ou Síndrome de Klinefelter, tendo sido demonstrada ausência de recetores e de células de suporte, secundárias a alterações do desenvolvimento embrionário do bolbo olfativo e/ou do neuroepitélio.^{1,2}

A anosmia congénita isolada caracteriza-se pela total ausência de olfato, desde o nascimento, em indivíduos saudáveis. Importa assinalar que estes indivíduos referem uma maior insegurança social e uma maior taxa de sintomas depressivos. Esta situação poderá estar relacionada com a ausência deste canal de comunicação, mas também com a existência de funções compartilhadas entre o processamento das emoções e a memória olfativa.²⁸

Perturbações depressivas

As impressões olfativas estão ligadas às emoções e ao seu processamento cortical superior, partilhando substratos anatómicos. Doentes com défices olfativos têm maior probabilidade de exibir sintomas depressivos, e estes podem estar presentes em cerca de 1/3 das disfunções olfativas. Na perturbação depressiva pode existir diminuição na capacidade de deteção, identificação e discriminação dos odores, e alteração hedónica dos mesmos, havendo maior risco de parosmia ou fantosmia.²⁹ Os mecanismos envolvidos não estão totalmente esclarecidos.²⁹

Diagnóstico

História Clínica

O passo mais importante na avaliação de um doente com alteração do olfato é a obtenção de uma anamnese detalhada.¹⁹ O doente pode não identificar o distúrbio se não for diretamente questionado, pelo que o médico deve abordar o tema sempre que se justificar.¹ A história clínica deve conter o máximo de informação possível, tanto sobre o quadro clínico, como sobre o próprio doente (tabla 3).^{1,2,16,19}

Tabla 3: História Clínica

| |
|--|
| <p style="text-align: center;">Tipo de disosmia Hisposmia, anosmia, parosmia, hiperosmia, alucinações/fantosmia</p> |
| <p style="text-align: center;">Data de início/Duração</p> |
| <p style="text-align: center;">Grau de intensidade</p> |
| <p style="text-align: center;">Natureza Progressivo, estável, flutuante</p> |
| <p style="text-align: center;">Sintomas associados Alterações do paladar, rinorreia, congestão nasal</p> |
| <p style="text-align: center;">Tratamentos prévios</p> |
| <p style="text-align: center;">Impacto na qualidade de vida Segurança pessoal, estado nutricional, inter-relação pessoal</p> |
| <p style="text-align: center;">Antecedentes médicos e cirúrgicos Asma, DPOC, Rinossinusite Crónica, traumatismo craniano e/ou facial, patologia neurológica, patologia psiquiátrica, cirurgia nasal</p> |
| <p style="text-align: center;">Medicação habitual Quimioterápicos, IECAs, anti-arrítmicos, anti-convulsivantes, anti-depressivos</p> |
| <p style="text-align: center;">História Familiar Distúrbios do olfato, doenças neurodegenerativas, atopia, sinusite crónica</p> |
| <p style="text-align: center;">História Social Tabagismo, uso de drogas ilícitas</p> |

Exame Físico

Na avaliação de distúrbios do olfato é essencial o exame objetivo completo da cabeça e do pescoço.^{1,19} A realização de rinoscopia anterior pode ser útil para observar alterações como pólipos nasais, edema da mucosa nasal, tumores ou epistáxis. No entanto, este exame não é suficiente para uma avaliação completa, uma vez que não permite observar corretamente a cavidade nasal posterior, o meato médio ou alterações anatómicas que impeçam a passagem de ar para a fenda olfativa.¹⁹ A endoscopia nasal pode dar mais informação nesse sentido.¹ Sempre que possível, devem ser testados os nervos cranianos, do 2º ao 12º par.¹⁹

Meios Complementares De Diagnóstico

Exames de imagem

Os exames de imagem não são obrigatórios na avaliação de distúrbios do olfato.¹⁹ Geralmente, estes são recomendados em doentes com histórias atípicas ou quando existe uma causa suspeita para a alteração.^{1,19} No caso da patologia sinusal, a tomografia computadorizada é o *gold-standard*, enquanto que nas doenças degenerativas a ressonância magnética é o exame de eleição.^{1,19}

Testes Olfativos

Os testes de avaliação do olfato são instrumentos úteis para o diagnóstico, podendo ser utilizados para comparar a progressão dos sintomas e a eficácia do tratamento.^{1,2,16,19}

Os testes olfativos podem ser divididos em três grupos, tal como descrito na tabla 4.^{1,2,16,19} Os testes psicofísicos são fáceis de realizar, baratos e têm resultados reprodutíveis. Pelo contrário, os testes eletrofisiológicos e os psicofisiológicos raramente são utilizados na prática clínica, estando, na maioria das vezes, reservados a estudos de investigação.¹⁹

Até Fevereiro de 2016, não existia qualquer teste olfativo validado para a população portuguesa. Nessa data, foi publicado um estudo realizado pelo Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, que teve como objetivo validar o *Sniffin' Sticks Smell Test* para a população portuguesa, e que obteve resultados satisfatórios.³⁰

Tratamento

O tratamento dos distúrbios do olfato é, essencialmente, dirigido à causa.^{1,2,16,19,23} (tabla 5) Alterações relacionadas com processos inflamatórios das vias aéreas superiores são, geralmente, as causas mais simples de tratar.² Pelo contrário, não há recomendações para o tratamento de perdas a nível neurosensorial.¹⁹ Estudos recentes apontam os corticóides como possíveis fatores diferenciadores entre perdas de condução, em que há uma melhoria, e perdas neurosensoriais, em que tal não se verifica.¹

A criação de um ambiente seguro é crucial em todos os casos, devendo incluir medidas simples como datar e etiquetar a comida, instalar detetores de fumo com lembretes para substituir as pilhas, instalar detetores de gás e evitar fogão ou aquecimento a gás, preferindo sempre as opções elétricas.^{1,2}

Tabla 4: Testes Olfativos

| | |
|---|--|
| Testes Psicofísicos | Realizados pelo próprio ou por um examinador, avaliam: Capacidade de identificação Limiar absoluto de deteção Intensidade supralimiar Capacidade de discriminação |
| <i>Sniffin' Sticks Smell Test</i> | 16 itens Odores em canetas reutilizáveis Versão encurtada: <i>Quick Sticks Test</i> |
| <i>UPSIT</i> University of Pennsylvania Smell Identification Test | 40 itens Odores em papéis descartáveis de “raspar e cheirar” Resultados comparados com base de dados 4 categorias de resultados: simulação, microsmia, anosmia, normosmia Versão encurtada: <i>Brief Smell Identification Test</i> |
| <i>CCCRC Test</i> Connecticut Chemosensory Clinical Research Center | 10 itens Odores em frascos |
| <i>SDOIT</i> San Diego Odor Identification Test | 8 odores comuns Imagens associadas |
| <i>Alcohol Pad Test</i> | Testa o grau de hiposmia ou anosmia Pano impregnado com álcool 1º Examinador vai aproximando o pano da face do doente, enquanto este tem os olhos fechados 2º Doente relata quando sente o odor pela primeira vez Distância relaciona-se com o grau do distúrbio |
| <i>Odorant Test</i> | Vários odores, com várias concentrações Garrafa com odor e outra placebo |
| Testes Eletrofisiológicos | Medem alterações da atividade elétrica relacionadas com os odores a diferentes níveis, nomeadamente a nível epitelial e cortical |
| Testes Psicofisiológicos | Medem as respostas fisiológicas relacionadas com o olfato (frequência respiratória, pressão arterial, frequência cardíaca) |

Prognóstico

Ocorre melhoria da alteração olfativa em cerca de 1/3 a 1/2 dos doentes com distúrbios do olfato, após um período de tempo que pode oscilar entre meses e anos.¹⁶ Um dos passos mais importantes na abordagem deste tipo de patologias é a gestão das expectativas do doente.¹⁹

Não há consenso em relação ao melhor fator preditor de recuperação, mas o grau inicial da alteração e a causa são apontados como os determinantes mais importantes.^{16,27} Alguns autores consideram como fatores de mau prognóstico: distúrbio grave ao diagnóstico, longa duração de sintomas, doente com idade avançada ao diagnóstico (principalmente se >75 anos) e história de tabagismo.¹⁶

Referenciação

O doente com um distúrbio do olfato deve ser encaminhado para a especialidade de Otorrinolaringologia sempre que a sua qualidade de vida esteja a ser afetada grandemente por uma alteração persistente e sem causa facilmente identificável e/ou tratável.¹⁶

Tabla 5: Tratamento dirigido à causa

| | | |
|--|----------------------|--|
| Rinite Alérgica | Tratamento médico | Higiene nasal Soluções salinas intranasais Anti-histamínicos orais Corticóides nasais |
| Rinossinusite Crónica - Gerir expectativas! | Tratamento médico | Antibióticos Tratamento sequencial de corticóide oral e nasal Mais eficaz que corticóide nasal isolado |
| | Tratamento cirúrgico | Difícil prever outcome Resultados divergentes |
| Polipose Nasal | Tratamento cirúrgico | Cirurgia endoscópica dos seios nasais Melhoria do olfato em 3 meses |
| | Tratamento médico | Corticóides nasais (8 semanas) Corticóides orais (curta-duração) |
| Pós-infeção | Treino olfativo | Pouco disponível Necessários mais estudos |
| Pós-traumática - Não há tratamento padrão! - Recuperação espontânea ocorre em 1/3 dos doentes (6 meses-1 ano) | Treino olfativo | |
| | Tratamento médico | Corticóides orais Sais de zinco - gluconato de zinco Necessários mais estudos |
| Parosmias e fantosmias - Geralmente, resolvem em cerca de 1 ano | Tratamento médico | Gabapentina Pregabalina Necessários mais estudos |

Discussão

Os distúrbios do olfato são uma alteração comum. Contudo, são pouco reconhecidos pelos doentes e subdiagnosticados pelos clínicos.

Existem inúmeras etiologias para disfunções olfativas, com um amplo espectro de apresentação clínica. O Médico de Família deve estar familiarizado com as diversas causas, no sentido de detetar precocemente o distúrbio, saber orientar a anamnese e perceber se é capaz de gerir a situação ou se irá necessitar de apoio de outras especialidades. Excetuando a alteração natural do olfato decorrente do envelhecimento, a Patologia Sinusal apresenta-se como a causa mais comum de distúrbios olfativos, englobando situações que surgem frequentemente ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, como os Processos Infeciosos ou a Rinite Alérgica, e que podem geralmente ser orientados a este nível de cuidados. São também causas comuns as situações de Trauma com atingimento facial ou craniano e as Doenças Neurodegenerativas que, apesar de não serem geridas unicamente pelo Médico de Família, podem ser detetadas precocemente por este através dos sintomas olfativos. Existem, ainda, diversas etiologias menos comuns para as perturbações do olfato que, apesar da sua menor prevalência, devem ser alvo de atenção por parte da Medicina Geral e Familiar, uma vez que algumas podem ser reversíveis, tal como acontece

com os distúrbios causados por fármacos.

A gestão destas patologias deverá assentar no seu correto diagnóstico etiológico e no tratamento dirigido à causa. Na avaliação de um doente com suspeita de disfunção olfativa, a história clínica dirigida e o exame objetivo (incluindo exame neurológico, rinoscopia anterior e exame cognitivo) são fundamentais pela sua facilidade de execução ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, bem como pela orientação ao nível de hipóteses diagnósticas. Ainda que existam alguns meios complementares de diagnóstico passíveis de utilização na abordagem dos distúrbios do olfato, a ressonância magnética (na suspeita de etiologia neurodegenerativa) está apenas reservada para os cuidados hospitalares, e os testes olfativos psicofísicos standardizados são ainda pouco acessíveis ao nível dos Cuidados Primários em Portugal.

O aumento da esperança média de vida e conseqüente envelhecimento populacional tem levantado problemas de saúde e sociais importantes: é necessário ao Médico de Família antecipar os riscos da perda olfativa, informando o doente e seus familiares mais próximos, no intuito de melhorar a vida e funcionalidade dos idosos, assegurando a sua segurança (física e emocional).

Uma grande maioria dos distúrbios olfativos deve-se à patologia sinusal, que pode ser facilmente tratada ao nível dos Cuidados Primários. O treino olfativo está disponível em centros especializados, não estando amplamente divulgado e acessível. É um tipo de tratamento promissor, especialmente em casos de alterações olfativas neurosensoriais como os ocorridos em casos de doenças neurodegenerativas, traumatismos cranianos, e alguns casos pós-infecção das vias aéreas superiores¹⁶.

A relevância destes distúrbios, o seu subdiagnóstico e a multiplicidade etiológica levaram à criação de um algoritmo de abordagem desta entidade para utilização em contexto de Cuidados de Saúde Primários (Figura 1), de fácil utilização, com intuito de auxiliar a prática clínica diária do Médico de Família.

Conclusão

Os distúrbios do olfato apresentam-se como um desafio diagnóstico, dada a sua prevalência, subdiagnóstico e diversidade etiológica. É importante questionar ativamente os doentes sobre a sua função olfativa, na medida em que se trata de uma entidade com grande impacto na segurança e qualidade de vida dos doentes e suas famílias. O diagnóstico precoce pode permitir uma intervenção terapêutica, educacional e preventiva atempadas, com ganhos funcionais e melhoria do prognóstico.

A disponibilidade e acesso a testes olfativos psicofísicos, de fácil execução e rapidez em consulta poderá ser uma mais-valia na abordagem sistematizada destes distúrbios ao nível dos Cuidados Primários, permitindo aumentar a taxa diagnóstica e a sua correta abordagem. Ao nível do tratamento, a possibilidade de executar treino olfativo, até mesmo no domicílio, parece particularmente interessante em etiologias comuns de disfunção olfativa, especialmente doenças neurodegenerativas, causas traumáticas e causas pós-infecciosas e de patologia sinusal com componente misto (condução e neurosensorial). Em trabalhos futuros seria relevante estudar os ganhos em saúde e em qualidade de vida de doentes com disfunção do olfato em relação ao acesso a treino olfativo.

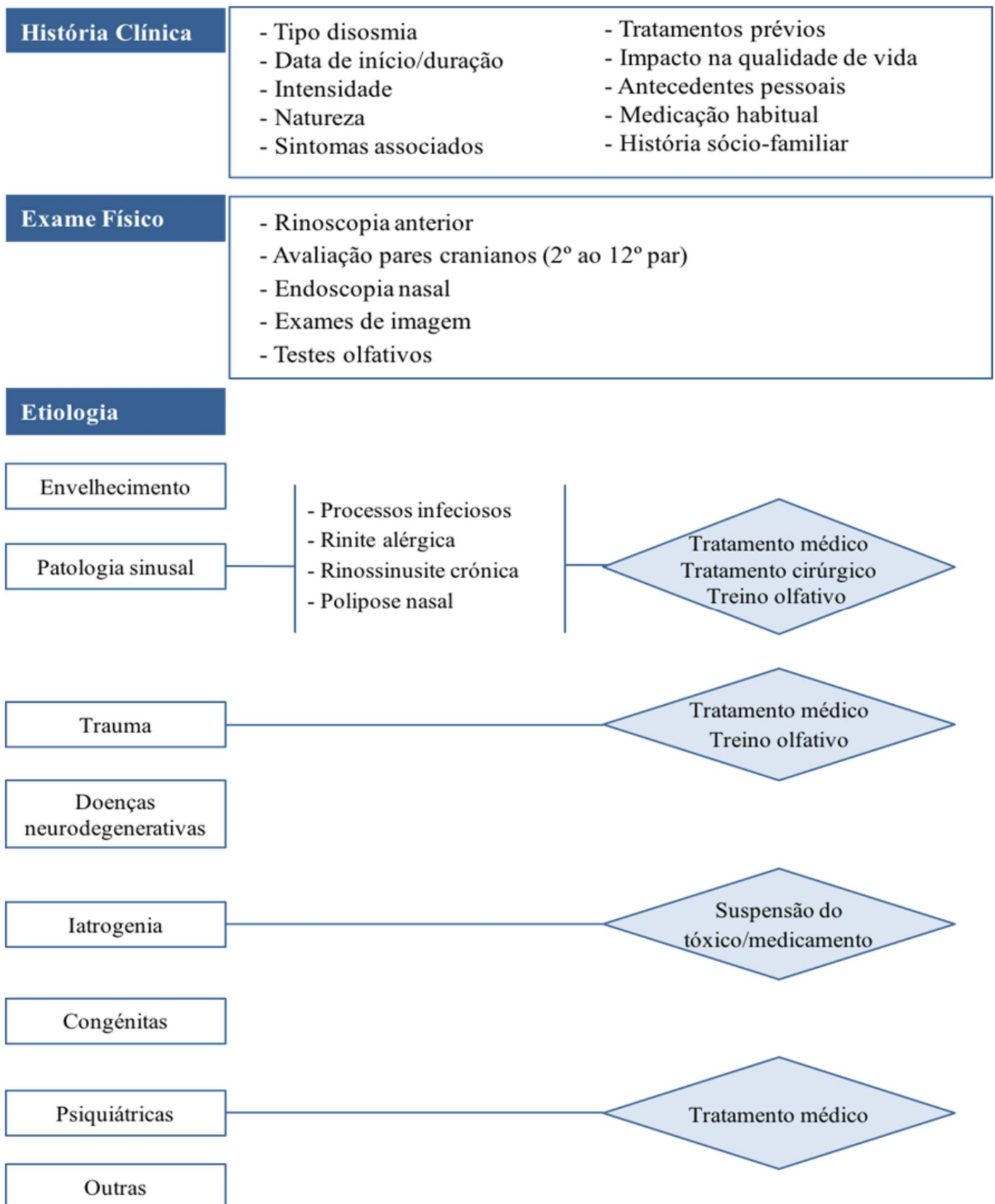


Figura 1: Algoritmo “Avaliação de distúrbios do olfato nos Cuidados de Saúde Primários”.

Declaração de conflito de interesses: Sem conflito de interesses a declarar.

Bibliografía

- 1- Allis TJ, Leopold DA. Smell and taste disorders. *Facial Plast Surg Clin North Am.* 2012; 20: 93-111
- 2- Enriquez K, Lehrer E, Mullol J. The optimal evaluation and management of patients with a gradual onset of olfactory loss. *Current Opinion Otolaryngology Head Neck Surg.* 2014; 22(1): 34-41
- 3- Vennemann M, Hummel T, Berger K. The association between smoking and smell and taste impairment in the general population. *J Neurol.* 2008, 255(8):1121–1126
- 4- Bramerson A, Johansson L, Nordin S, Bende M. Prevalence of olfactory dysfunction: the Skovde population-based study. *Laryngoscope.* 2004, 114(4):733–737
- 5- Murphy C, Schubert C, Cruickshanks K, Klein B, Klein R, Nondahl D. Prevalence of olfactory impairment in older adults. *JAMA.* 2002, 288(18):2307–2312
- 6- Attems J, Walker L, Jellinger KA. Olfaction and Aging: A Mini-Review. *Gerontology.* 2015; 61: 485–490
- 7- Nordin S, Monsch A, Murphy C. Unawareness of smell loss in normal aging and alzheimers-disease - discrepancy between self-reported and diagnosed smell sensitivity. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 1995, 50(4):187–192
- 8- Shu C, Lee P, Lan M, Lee Y. Factors affecting the impact of olfactory loss on the quality of life and emotional coping ability. *Rhinology.* 2011, 49(3):337–341
- 9- Hoffman H, Ishii E, Macturk R. Age-related changes in the prevalence of smell/taste problems among the United States adult population - Results of the 1994 disability supplement to the National Health Interview Survey (NHIS). *Ann N Y Acad Sci.* 1998, 855:716–722
- 10-Nordin S Bramerson A Bende M. Prevalence of self-reported poor odor detection sensitivity: the Skovde population-based study. *Acta Otolaryngol.* 2004, 124(10):1171–1173
- 11- Gregorio L, Caparroz F, Nunes L, Neves L, Macoto E. Olfaction disorders: retrospective study. *Brazilian Journal Otorhinolaryngology.* 2014; 80: 11-7
- 12- Croy I, Nordin S, Hummel T. Olfactory disorders and quality of life—an updated review. *Chem Senses.* 2014; 39:185–194
- 13- Miwa T, Furukawa M, Tsukatani T, Costanzo R, DiNardo L, Reiter E. Impact of olfactory impairment on quality of life and disability. *Arch Otolaryngology—Head Neck Surg.* 2001,127(5):497–503
- 14- Temmel A, Quint C, Schickinger-Fischer B, Klimek L, Stoller E, Hummel T. Characteristics of olfactory disorders in relation to major causes of olfactory loss. *Arch Otolaryngology—Head Neck Surg.* 2002, 128(6):635–641
- 15- Hüttenbrink K, Hummel T, Berg D, Gasser T, Hähner A. Olfactory dysfunction: common in later life and early warning of neurodegenerative disease. *Dtsch Arztebl Int.* 2013; 110(1–2): 1–7
- 16- Malaty J, Malaty I. Smell and taste disorders in primary care. *Am Fam Physician.* 2013; 88(12): 852–9
- 17- Nordin S, Blomqvist E, Olsson P, Stjarne P, Ehnhage A. Effects of smell loss on daily life and adopted coping strategies in patients with nasal polyposis with asthma. *Acta Otolaryngol.* 2011, 131(8):826–832
- 18- Ottaviano G, Frasson G et al. Olfaction deterioration in cognitive disorders in the elderly. *Aging Clin Exp Res.* 2016; 28 (1): 37-45
- 19- Daramola O., Becker S. An algorithmic approach to the evaluation and treatment of olfactory disorders. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2015; 23(1): 8-14
- 20- Chung H, Lee Y et al. Altered Quality of Life and Psychological Health (SCL-90-R) in Patients With Chronic Rhinosinusitis With Nasal Polyps. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2015; 124(8): 663-670.
- 21- Banglawala S, Oyer S et al. Olfactory outcomes in chronic rhinosinusitis with nasal polyposis after medical treatments: a systemic review and meta-analysis. *Int Forum Allergy Rhinol.* 2014; 4(12): 986-94.
- 22- Chen G, Wei Y. Clinical features of olfactory disorders in patients seeking medical consultation. *Med Sci*

Monit. 2013; 19: 444-50

23- Jiang R, Twu C, Liang KL. Medical Treatment of Traumatic Anosmia. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2015; 152 (5): 954-8.

24- Barresi M, Rosella C, Giacoppo S, Fotiluzzola V, Celi D, Bramanti P et al. Evaluation of olfactory function in neurodegenerative disease. *J Neurol Sci.* 2012; 322: 16–24

25- Hoyles K, Sharma J. Olfactory loss as a supporting feature in the diagnosis of Parkinson's disease: a pragmatic approach. *J Neurol.* 2013; 260: 2951–2958

26- Visanji N, Marras C. The relevance of pre-motor symptoms in Parkinson's disease. *Expert Rev Neurother.* 2015; 15(10): 1205–1217

27- Velayudhan L. Smell identification function and alzheimer's disease: a selective review. *Curr Opin Psychiatry.* 2015; 28 (2): 173-9

28- Croy I, Negoias S, et al. Learning about the Functions of the Olfactory System from People without a Sense of Smell. *PLoS One.* 2012; 7(3): e33365

29- Croy I, Hummel T. Olfaction as a marker for depression. *J Neurol.* 2017; 264 (4): 631-638

30- Ribeiro J, Simões J et al. Cultural Adaptation of the Portuguese Version of the “Sniffin’ Sticks” Smell Test: Reliability, Validity, and Normative Data. *PLOS ONE.* 2016; 11(2):e0148937