

TRASTORNOS DEL OLFATO y reflujo gastroesofágico

Informe de diez casos y su respuesta a la cirugía antirreflujo.

Mario Melguizo Bermúdez, MD.*

* Profesor Titular y Emérito de Cirugía, Facultad de Medicina Universidad Pontificia Bolivariana.

Correspondencia:

Mario Melguizo Bermúdez:
mariomelguizo@gmail.com

Cómo citar: Melguizo Bermúdez Mario (2022). Trastornos del olfato y reflujo gastroesofágico. Informe de diez casos y su respuesta a la cirugía antirreflujo. Anales de la Academia de Medicina de Medellín (An Acad Med Medellín) 18(2):53-57. Doi: <https://doi.org/10.56684/ammd/2022.2.16>

Resumen

Veintitrés pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico refirieron presentar pérdida del olfato entre sus síntomas. El propósito de este estudio fue describir una serie de diez pacientes con diagnóstico de reflujo gastroesofágico patológico quienes entre sus manifestaciones extraesofágicas refirieron la pérdida del olfato y se les practicó una cirugía antirreflujo tipo Nissen por laparoscopia, con recuperación parcial o completa de su trastorno. Se discute la relación entre el reflujo gastroesofágico patológico y la pérdida del olfato. Se hace énfasis en la importancia de tener en cuenta los

desórdenes del olfato dentro de la sintomatología extraesofágica del reflujo gastroesofágico.

Palabras clave: desórdenes olfatorios; reflujo gastroesofágico; cirugía antirreflujo.

Abstract

Twenty three patients with gastroesophageal reflux disease reported having smell loss as one of their symptoms. This study describes ten patients with gastroesophageal reflux and loss of smell

who underwent a laparoscopic Nissen anti-reflux surgery who had complete or partial correction of their smell disorder. An olfactory test was used to measure objectively their loss of smell. We emphasize the importance of considering olfactory disturbances within the spectrum of extraesophageal symptomatology associated with gastroesophageal reflux disease.

Key words: smell disorders, gastroesophageal reflux disease, anti-reflux surgery, primary and secondary anosmia.

Introducción

Actualmente se acepta que el reflujo gastroesofágico patológico, además de la clásica sintomatología de acidez, pirosis, regurgitación y epigastralgia, puede producir síntomas y signos atípicos o extraesofágicos tan variados como laringitis, ronquera, disfonía, nódulos de las cuerdas vocales, tos crónica, asma y aspiración nocturna.

En la Revista Española de Enfermedades Digestivas publicamos en 2002 el caso de una paciente que recuperó el sentido del olfato después de una cirugía antirreflujo (1). En una revisión de la literatura no se encontró material que describiera esta relación. Además, se publicó como una observación clínica simplemente, porque no le realizamos un test de olfato preoperatorio, entre otras cosas, porque los trastornos del olfato no hacían parte de la constelación sintomática de las manifestaciones extraesofágicas relacionadas con el reflujo.

Se trataba de una paciente de 51 años de edad, quien consultó por presentar agrieras, pirosis y regurgitación severas de diez años de evolución; además, otalgia, ahogos nocturnos, disfonía y episodios de sinusitis aguda. Desde hacía ocho años se había instalado un cuadro asmático que requería el uso frecuente de inhaladores.

Se inició el estudio de reflujo gastroesofágico con una endoscopia digestiva superior que mostró una hernia hiatal pequeña pero no esofagitis; una pH-metría esofágica de 24 horas reveló un índice de De Meester de 107.6 (N: <14.72).

Con estos hallazgos se llevó la paciente a cirugía y

se le practicó una operación tipo Nissen por laparoscopia sin complicaciones. Desde la primera revisión, a los siete días, manifestó encontrarse asintomática; abandonó los inhaladores y desaparecieron los ahogos nocturnos, el asma y la sintomatología digestiva. Sólo refería saciedad temprana y leve disfagia relacionada con la cirugía.

A los tres meses continuaba asintomática, y refirió haber recuperado el sentido del olfato perdido hacía seis años. Manifestó no haber vuelto a utilizar lociones ni perfumes porque no percibía su fragancia, como tampoco los olores corporales y ambientales, ni de los alimentos ni de la preparación de los mismos. Este desorden del olfato no fue manifestado preoperatoriamente por la paciente, pues no lo consideró relacionado con su reflujo, pero sí le llamó la atención su recuperación postoperatoria. Durante su evolución preoperatoria tampoco se había indagado por alteraciones de este tipo, pues no aparecían descritas en la literatura médica como relacionadas con el reflujo gastroesofágico patológico.

Se practicó una endoscopia digestiva de control que evidenció desaparición de la hernia hiatal y permitió observar el efecto valvular postquirúrgico. Una pH-metría esofágica de control postoperatoria mostró un índice de De Meester de 0,3.

Se le hizo seguimiento durante 13 años sin mostrar sintomatología de reflujo ni ninguna otra relacionada con la funduplicatura misma. Tampoco ha vuelto a presentar disfonía ni sinusitis. Su recuperación es completa. En un control telefónico me comentó que estaba asintomática, y, con respecto a su olfato, me dijo: “a mí, antes, al cocinar, se me quemaba todo, ahora no”.

Desde entonces, en todos los pacientes con síntomas de reflujo gastroesofágico patológico resolvimos indagar sobre alteraciones del olfato, de tal manera que en 2003 se habían encontrado diez pacientes adicionales con reflujo gastroesofágico patológico y alteraciones del olfato, para un total de once. De estos, seis fueron sometidos a cirugía y sus resultados fueron publicados en la Revista Colombiana de Cirugía en 2003 (2).

El propósito de este estudio es describir una serie de diez pacientes con síntomas clásicos de reflujo gastroesofágico y pérdida del olfato que tuvieron indicación quirúrgica. Además, implementamos un test de olfato para medir objetivamente su pérdida del olfato.

Vale la pena comentar que he recibido, vía internet, comunicaciones de varios pacientes latinoamericanos – pues mis publicaciones sobre este tema hasta ahora han sido en

español- quienes se identifican con lo discutido en mis publicaciones y de manera clara manifiestan sufrir de reflujo gastroesofágico y trastornos del olfato.

Material y métodos

Desde marzo de 2000 hasta el momento de escribir este artículo, hemos incluido un total de veintitrés casos con reflujo gastroesofágico y pérdida del olfato en mi práctica privada. Diez de ellos tuvieron indicaciones de cirugía y fueron sometidos a una operación antirreflujo por laparoscopia tipo Nissen. Todos los pacientes fueron informados y estuvieron de acuerdo en participar en el estudio.

Todos los pacientes fueron evaluados por el mismo examinador y tuvieron un registro cuidadoso de sus síntomas preoperatorios y posteriormente se evaluó el resultado sintomático usando el método Visick. Se efectuó un control endoscópico y pH-métrico, a la semana y a los tres y seis meses. Después cada seis meses para control sintomático (3).

Empleamos un test olfatorio sencillo, el (AST) (Alcohol Sniff Test), propuesto por Davidson y Murphy, de la Universidad de California, San Diego, de la Clínica de Disfunción Nasal, utilizando alcohol isopropílico al 70%. Este test ha sido previamente descrito (4). Si un paciente no puede oler el alcohol a menos de 14 cm de la nariz, se clasifica como con pérdida del olfato. Menos de 7cms: anosmia; 7-14 cm: hiposmia y más de 14 cm: normosmia.

Resultados

Estudiamos diez pacientes, seis hombres y cuatro mujeres, con una edad promedio de 51 años. En todos los pacientes se practicó una endoscopia digestiva alta la cual mostró esofagitis con excepción de dos pacientes.

Se practicó monitoría de pH de 24 horas en cuatro pacientes sin esofagitis o con esofagitis grado I; un paciente de estos no quiso hacerse la pH metría. Tuvieron un índice de DeMeester de más de 45, excepto uno, cuyo índice estaba dentro de límites normales, pero presentaba sintomatología severa, por lo cual se interpretó como un falso negativo y fue llevado a cirugía.

A los diez pacientes se les practicó una cirugía antirreflujo por laparoscopia tipo Nissen, cuyo seguimiento promedio fue de 6.8 años. Todos refieren un valor del Índice de Visick postoperatorio de 1, excepto un paciente en quien inicialmente presentó

una respuesta adecuada a su cirugía, pero recayó a los 10 meses de operado (Visick 3).

Seis pacientes tuvieron mejoría subjetiva de su sentido del olfato (dos, completa recuperación, y cuatro parcial). Tres presentaron recuperación completa objetiva, basados en la prueba de olfato pre y postoperatoria descrita antes. Eran anósmicos y ambos recuperaron el olfato en forma completa y la prueba los ubicó postoperatoriamente como normósmicos.

Uno de los pacientes que presentó recuperación parcial subjetiva manifestó que llevaba 16 años con pérdida completa, no sólo del olfato, sino también del sentido del gusto. Esto no es extraño, pues debemos recordar que los sabores se reconocen principalmente a través del sentido del olfato (6).

En los diez pacientes se realizó endoscopia digestiva alta de control con desaparición de la esofagitis en aquellos que la tenían. Sólo en dos se efectuó pH-metría de control. Uno de ellos pasó de 107.6 a 0.3 y el otro de 54.8 a 0.5 de índice de DeMeester.

Discusión

La National Geographic Society, en asociación con la Monell Chemical Senses Center, hace cerca de diez años condujeron una investigación encaminada a establecer la prevalencia de los defectos relacionados con el sentido del olfato, y encontraron 1,2% de pérdida permanente del mismo y 62,4% de pérdida temporal, entre los 1,5 millones de personas que respondieron a dicha búsqueda (5).

El sentido del olfato es útil para alertar sobre la presencia de fuego, emanaciones peligrosas, escapes de gases y alimentos descompuestos. En gran proporción determina el sabor de los alimentos y las bebidas. En la socialización, porque protege de los olores corporales (6).

Por desórdenes del olfato y el gusto consultan 200.000 pacientes anualmente en los Estados Unidos (4).



En aras de la uniformidad, es necesario presentar algunas definiciones propuestas por el Connecticut Chemosensory Clinical Research Center (CCCRC). Normosmia: función olfatoria normal; hiposmia: función olfatoria disminuida; anosmia: ausencia de función olfatoria; parosmia: percepción aberrante del olor; fantosmia, si no existe estímulo oloroso; disosmia: cuando este existe (7).

Ha sido difícil determinar las causas de estos desórdenes del olfato. Sin embargo, los hallazgos de los distintos centros dedicados al tema, indican que la mayoría obedece a las siguientes causas (6,7, 15,16):

1. Disfunción inflamatoria (alérgicas e infecciosas o mixtas): 28-48%
2. Disfunción postviral: 16-21%
3. Disfunción postrauma: 12%
4. Otras: 18%

No se encontró en la literatura que el RGE pudiera ser considerado como causa de trastornos del olfato. Sólo aparece mi publicación en la Revista Española de Enfermedades Digestivas (1). En mi opinión, tendría cabida dentro de las disfunciones inflamatorias.

El sentido del olfato se experimenta en la cavidad nasal al inhalar o exhalar. Cuando las moléculas odoríferas se ponen en contacto con el epitelio olfatorio deben ser disueltas en el mucus suprayacente antes de la transducción en signos eléctricos (7).

Es aceptado que la sinusitis puede ser causada por RGE y por ello nuestro primer caso fue explicado por esta vía, pero sólo tres casos en esta serie, tuvieron historia de sinusitis.

Es importante recordar que hay enfermedades que pueden acompañarse de pérdida del olfato como la diabetes, el hipotiroidismo, la hipocondriasis, la vejez, entre otras. Además, hay medicamentos, entre ellos, los antibióticos, que también pueden alterarlo. Así como también el hábito de fumar (7).

Actualmente no hay duda de que la sinusitis puede ser producida por reflujo gastroesofágico patológico (8-14) y que aquella puede causar alteraciones variadas en el sentido del olfato (7), explicación

que se le atribuyó al primer caso publicado (1) y que pudiera explicar los otros tres casos asociados a sinusitis en esta serie. También cabe la posibilidad de que el reflujo gastroesofágico, por sí mismo, produzca alteraciones inflamatorias en la mucosa olfatoria sin que medie un proceso sinusítico (1), tal como habría sucedido en los otros siete pacientes.

En teoría, la función del neuroepitelio olfatorio puede alterarse por inflamación local no obstructiva a través de los siguientes mecanismos (7): 1. Modificaciones en el mucus que alteran el contacto odorante con el receptor ciliar olfatorio 2. Alteración en la transmisión sináptica por edema del neuroepitelio; y 3. Destrucción o daño de los receptores olfatorios por productos de la inflamación (7).

Han sido utilizadas varias pruebas para establecer la función olfatoria, sin embargo, requieren materiales especializados, tienen costos importantes asociados y son dispendiosos (4). Por tratarse de una prueba de fácil ejecución e interpretación, y con la ventaja adicional de poder realizarlo nosotros mismos en el consultorio, nos adherimos a la propuesta de Davidson y Murphy (4).

Sólo los últimos tres pacientes operados tienen prueba de olfato (sniff test). Estaban como anósmicos y recuperaron el olfato en forma completa y la prueba los ubicó postoperatoriamente como normósmicos, como se anotó antes.

En resumen, la pérdida del olfato puede deberse a obstrucción o inflamación en la cavidad nasal que puede regresar si se efectúa un tratamiento causal adecuado.

En conclusión, podemos afirmar que el reflujo gastroesofágico posiblemente es capaz de generar cambios inflamatorios del neuroepitelio con alteraciones olfatorias como las aquí discutidas, explicación tal vez válida para la mayoría de nuestros pacientes.

Nuestro interés en informar los presentes casos radica en la posible relación de causa a efecto de la cirugía con la recuperación de la alteración del olfato en estos pacientes y la importancia que tiene para los especialistas en el tema considerar el reflujo gastroesofágico patológico

complicado dentro de las causas de los desórdenes del olfato, pues es posible que ello pueda beneficiar a muchos pacientes que padecen estas alteraciones olfatorias, probablemente no sólo la hiposmia y la anosmia sino también la parosmia (disosmia y fantosmia).

Para nosotros ha sido sorprendente la inusitada presencia de estos trastornos olfatorios, cada vez en más pacientes. Por esta razón invitamos a los

interesados en el tema a indagar por esta sintomatología y a efectuar un seguimiento adecuado de los pacientes.

Desde el punto de vista fisiopatológico es perfectamente explicable y defendible la relación reflujo gastroesofágico y pérdida del olfato (17,18). Cada vez aparecen artículos que relacionan esta aseveración, pero nunca tan contundentemente como lo demostramos en este trabajo. ■

REFERENCIAS

- 1 Melguizo-Bermúdez M. [Olfactory disorders and gastroesophageal reflux disease. An unusual case]. *Rev Esp Enferm Dig* 2002; 94(3): 170-2.
- 2 Melguizo M. Perdida del olfato y reflujo gastroesofagico. Informe de 6 casos que mejoraron con cirugia antireflujo. *Rev Colomb cir* 2003; 18: 11-5.
- 3 Melguizo M. Cirugia antirreflujo por laparoscopia. Una serie de 100 pacientes. *Rev Colomb Cir* 2001; 16: 72-80.
- 4 Davidson TM, Murphy C. Rapid clinical evaluation of anosmia. The alcohol sniff test. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1997; 123(6): 591-4.
- 5 Gilbert AN W, CJ. The smell survey results. *National Geographic*, Vol. 172, 1987.
- 6 Sacre JA DT, Jalowayski A, Murphy C. Disfuncion del olfato. *Rev Alergia Mex* 2000; 47: 87-93.
- 7 Mott AE, Leopold DA. Disorders in taste and smell. *Med Clin North Am* 1991; 75(6): 1321-53.
- 8 Nostrant TT, Rabine JC. Diagnosis and management of supra-esophageal complications of reflux disease. *Curr Gastroenterol Rep* 2000; 2(3): 210-6.
- 9 Phipps CD, Wood WE, Gibson WS, Cochran WJ. Gastroesophageal reflux contributing to chronic sinus disease in children: a prospective analysis. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2000; 126(7): 831-6.
- 10 Jailwala JA, Shaker R. Oral and pharyngeal complications of gastroesophageal reflux disease: globus, dental erosions, and chronic sinusitis. *J Clin Gastroenterol* 2000; 30(3 Suppl): S35-8.
- 11 Bothwell MR, Parsons DS, Talbot A, Barbero GJ, Wilder B. Outcome of reflux therapy on pediatric chronic sinusitis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1999; 121(3): 255-62.
- 12 Ulualp SO, Toohill RJ, Hoffmann R, Shaker R. Possible relationship of gastroesophagopharyngeal acid reflux with pathogenesis of chronic sinusitis. *Am J Rhinol* 1999; 13(3): 197-202.
- 13 Kahrilas PJ. Clinical practice. Gastroesophageal reflux disease. *N Engl J Med* 2008; 359(16): 1700-7.
- 14 Poelmans J, Tack J. Extraoesophageal manifestations of gastro-oesophageal reflux. *Gut* 2005; 54(10): 1492-9.
- 15 Gaines AD Anosmia and hyposmia. *Allergy Asthma Proc.* 2010; 31(3):185-9.
- 16 Harris R, Davidson TM, Murphy C, Gilbert PE, Chen M. Clinical evaluation and symptoms of chemosensory impairment: one thousand consecutive cases from the Nasal Dysfunction Clinic in San Diego. *Am J Rhinol.* 2006; 20(1):101-8.
- 17 Emre Günbey, İbrahim Gören, Recep Ünal, Melikşah Yılmaz An evaluation of olfactory function in adults with gastro-esophageal reflux disease. *Acta Oto-Laryngologica.* 2016; 136 (2): Pages 214-21
- 18 Alisha Kabadi, Mohammed Saadi, Ron Schey, Henry Parkman. Taste and smell disturbances in patients with gastroparesis and gastroesophageal reflux disease. *J Neurogastroenterol Motil.* 2017; 23(3):370-377.