DIA-A-DIA SEM SENTIDO(S) - RELATO DE CASO

LIFE WITH NO SENSE(S) - CASE REPORT

Autores:
Bárbara Vaz[1], Diana Lima Martins[2]

RESUMO

Introdução: Olfato e paladar são parte integrante da experiência dos humanos com o mundo. Alterações nestes sentidos podem ser desafiantes pela multiplicidade de causas e relação complexa entre as diferentes queixas. O médico de família (MF) pode ser o primeiro contacto neste contexto, sendo fundamental uma correta orientação.
Descrição do caso: Mulher, 54 anos, sofre síncope com traumatismo crânio encefálico (TCE) frontal. Na urgência hospitalar, ao exame objetivo, apresenta apenas duas feridas contusas, sem défice neurológico associado. Realiza tomografia computorizada crânio-encefálica e maxilo-facial - normais. Cinco dias depois, recorre à consulta aberta (CA) com queixas de novo: ausência de olfato (anosmia) e paladar (ageusia). No exame físico, hematomas faciais e as feridas traumáticas suturadas, sem alterações do exame neurológico. A MF identifica o TCE como etiologia mais provável, medica com corticoterapia e informa da possível irreversibilidade do quadro. Na ausência de melhoria significativa, volta à CA, visivelmente ansiosa e preocupada, verbalizando grande impacto na qualidade de vida pessoal e familiar: dificuldade na confeção dos alimentos, ausência de prazer nas refeições, impossibilidade de sentir odores desagradáveis ou comida estragada. É solicitada consulta hospitalar de otorrinolaringologia onde é reforçada a orientação prévia: corticoide nasal e baixa probabilidade de reversão. Cerca de três meses após o TCE, a utente recupera (após corticoterapia) olfato e paladar.
Comentário: Um dos objetivos deste relato é alertar para as alterações do olfato e paladar como possíveis complicações de TCE. A maioria das vítimas não se apercebe logo das alterações (sub-reportado) e é ao MF que as reportam a primeira vez. A orientação destes casos, de prognóstico incerto, potencialmente ansiogénicos, passa também pelo MF e inclui várias vertentes que importa salvaguardar: gestão emocional, adaptação nutricional, medidas de segurança, eventual terapêutica medicamentosa e articulação com outros profissionais. Apesar das propriedades regenerativas dos neurónios olfativos, a recuperação depende do tipo e gravidade de lesão, sendo maior a probabilidade de recuperação nos primeiros 3-6 meses do trauma.

Palavras-chave: ageusia; alterações do paladar; alterações do olfato; traumatismo cranioencefálico

ABSTRACT

Introduction: Smell and taste are an integral part of human experience with the world. Changes in these senses can be challenging due to the multiplicity of causes and the complex relationship between the different complaints. Family physician (FP) may be the first contact in this context, and correct guidance is essential.
Case description: Woman, 54 years, suffers syncope with frontal traumatic brain injury (TBI). In the hospital emergency, physical examination reveals only two blunt wounds, without associated neurological deficit. She underwent cranioencephalic and maxillofacial computed tomography – both normal. Five days later, she resorts to unscheduled visit with her FP, bringing up new complaints: absence of smell (anosmia) and taste (ageusia). At physical examination, she only presented facial bruises and sutured traumatic wounds, normal neurological examination. FP identified the recent TBI as the most likely etiology, prescribed corticotherapy and informed about the possible irreversibility of the condition. In the absence of significant improvement, the patient returns to her FP, visibly anxious, verbalizing a great impact on personal and family quality of life: difficulty in cooking, lack of pleasure in meals, inability to smell unpleasant odors of spoiled food. Otorhinolaryngology consultation was requested and the guidance given by FP was reaffirmed: nasal corticosteroids and low probability of reversal. Three months after TBI, the patient regains smell and taste (after corticotherapy).
Comment: One of the goals of this report is to alert about changes in smell and taste as possible complications of TBI. Most victims are not immediately aware of the changes and it is often to the FP they report them for the first time. The guidance given to these cases, with uncertain prognosis, potentially anxiogenic, involves emotional management, nutritional adaptation, safety measures and articulation with other professionals. Despite the regenerative properties of olfactory neurons, recovery depends on type and severity of lesion, the likelihood of recovery being greater in the first 3 to 6 months after trauma.

Keywords: ageusia; olfactory disorders; taste disorders; traumatic brain injuries

---

1. Médica Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF Nova Salus, ACeS Grande Porto VII – Gaia
2 Assistente em Medicina Geral e Familiar, USF Nova Salus, ACeS Grande Porto VII – Gaia

INTRODUÇÃO

Os sentidos, como o olfato e o paladar, são uma parte fundamental da experiência sensorial dos seres humanos com o mundo. A sua privação resulta em declínio da qualidade de vida, eventuais modificações no padrão alimentar e riscos relacionados com a segurança da pessoa.

As alterações do olfato ou do paladar podem revelar-se desafiantes para diagnosticar e controlar pelas suas múltiplas causas possíveis e pela dificuldade em destrinçar queixas olfativas das gustativas.[1]

A alteração do olfato é um sintoma comum que afeta cerca de 12% da população acima dos 40 anos.[2] Há vários graus de afetação desde a ausência completa (anosmia), a sensibilidade olfativa diminuída (hiposmia) ou a distorção do olfato, tornando os odores inócuos desagradáveis (disosmia). As causas mais frequentes de alterações olfativas são doenças dos seios perinasais, anosmia pós-viríca ou traumatismo crânio encefálico (TCE).[3]

O sentido da gustação é a perceção das cinco categorias básicas do paladar: ácido, amargo, doce, salgado e umami. As disfunções gustativas quantitativas podem dividir-se em ausência completa do sentido do paladar (ageusia), diminuição do paladar (hipogeusia) e sensibilidade gustativa aumentada (hipergeusia).

É importante realçar a relação complexa entre o olfato e o paladar, uma vez que a maior parte das disfunções gustativas são devidas a dano olfativo.[4,5] Lesões puras do paladar são raras, uma vez que este sentido depende de vários pares cranianos.

O acompanhamento pelo médico de família (MF) é fulcral para o reconhecimento das alterações do olfato e do paladar e como aliado na procura de estratégias que diminuam as possíveis consequências resultantes, sejam efeitos adversos a nível nutricional, de segurança ou psicológicos.

DESCRIÇÃO DO CASO

Apresenta-se o caso clínico de uma utente de 54 anos, raça caucasiana, casada, residente em Vila Nova de Gaia, com 9 anos de escolaridade, que trabalha como assistente de reposição em hipermercado. Pertence a uma família nuclear, no estadio VI do ciclo de *Duvall*, Classe III na escala de *Graffar* (classe média) e com um APGAR familiar de 10. O agregado familiar é constituído pela utente, marido e filho.

Como antecedentes pessoais, um tumor neuroendócrino bem diferenciado do intestino, doença mitral ligeira a moderada, bicuspidia aórtica com estenose e insuficiência moderada, hipotiroidismo, distúrbio de ansiedade, perturbação do sono e doença venosa crónica. Como antecedentes familiares de relevo, a referir o pai falecido aos 77 anos com carcinoma da orofaringe e leucemia e a mãe, atualmente com 82 anos de idade, com doença de *Alzheimer*, diabetes *mellitus* tipo 2 e cardiopatia valvular. O marido e o filho não apresentam doenças crónicas influenciadas pelo estilo de vida como hipertensão arterial ou diabetes.

Medicada com *ramipril* 2,5 mg meio comprimido em jejum, levotiroxina 0,05 mg um comprimido em jejum, bromazepam 3 mg um comprimido à noite. Nega hábitos tabágicos ou alcoólicos. Habitualmente, bebe um a dois cafés por dia e faz uma alimentação variada e equilibrada, confecionando diariamente o jantar da família. Realiza caminhadas de cerca de uma hora, duas vezes por semana.

No dia 17/02/2018, a utente recorreu ao serviço de atendimento a situações urgentes por queixas de diarreia. Ao chegar às instalações, sofre síncope, sem pródromos, com recuperação espontânea rápida. Deste episódio resultou queda com TCE frontal direito, sem náuseas, vómitos, incontinência de esfíncteres ou alterações neurológicas subsequentes. Apresentava duas feridas contusas, uma de 5 cm na região supraciliar direita e outra de 2 cm na região suprazigomática direita. Sem outras hemorragias ativas, nomeadamente epistaxis.

A utente foi encaminhada para o serviço de urgência hospitalar onde foi orientada por cirurgia geral. Aqui, não foram detetadas alterações ao exame objetivo além das feridas traumáticas mencionadas, que foram suturadas. Realizou estudo analítico, eletrocardiograma, radiografia do tórax e tomografia computorizada (TC) crânio-encefálica, sem alterações de novo. Foi ainda submetida a TC maxilofacial: "sem evidência de fraturas dos ossos da face, nomeadamente das paredes das órbitas, seios perinasais, arcadas zigomáticas, mandíbula ou ossos próprios do nariz. Sem hematoma peri-orbitário, sem presença de hemossinus. Com preservação da normal topografia e volume dos globos oculares e músculos extra-oculares".

Dois dias depois (19/02/2018), a utente recorre à consulta aberta da médica de família (CAM) para reportar o episódio. Referia maior pressão laboral com agravamento da ansiedade e queixas de insónia, pelo que solicitou certificado de incapacidade temporária para o trabalho (CITT).

No dia 22/02/2018, regressa à CAM com queixas de novo de perda do olfato e paladar. A MF colocou

a hipótese destas alterações estarem relacionadas com o TCE sofrido dias antes pelo que foi revisto o episódio de urgência hospitalar e confirmado o registo da exclusão de fraturas. A utente negava outras queixas de novo, nomeadamente rinorraquia, e não apresentava alterações ao exame objetivo dirigido além de hematomas faciais. Foi informada do muito provável nexo de causalidade com o TCE e da possibilidade de recuperação não ser garantida.

Foi medicada com deflazacorte 30 mg (um comprimido após o pequeno-almoço, durante cinco dias) e furoato de fluticasona *spray* nasal (dois *puffs* em cada narina, ao deitar, durante quinze dias).

Por manter anosmia e hipoageusia (e já não ageusia porque, entretanto, recuperou o paladar para o mel e limão), volta à CAM no dia 26/02/2018 preocupada pela ausência de melhoria significativa e apreensiva com a possibilidade de não voltar a recuperar os sentidos afetados. Verbaliza grande impacto desta situação na sua qualidade de vida, com importante sofrimento psicológico e interferência na sua vida familiar (dá como exemplos o facto de não sentir prazer em confecionar e partilhar refeições, ter dificuldade em ajustar os temperos quando cozinha para a família, não se conseguir aperceber de odores desagradáveis ou de comida estragada). Foi então decidido efetuar pedido de consulta externa de Otorrinolaringologia (ORL) e prolongar o CITT.

Uma semana depois (05/03/2018), solicita novamente CAM para informar que, dada a persistência do quadro clínico com importante repercussão no seu distúrbio ansioso e do sono, recorreu por auto-iniciativa a uma consulta particular de ORL. Na sequência dessa avaliação, foi mantida a medicação prescrita na unidade de saúde familiar e solicitada repetição da TC.

Na consulta com a MF, a utente foi aconselhada a aguardar pela avaliação de ORL no hospital de referência, a qual acabou por ter lugar a 14/05/2018. Nessa consulta hospitalar, o exame objetivo revelou hipertrofia dos cornetos inferiores e médios com ligeiro desvio septal direito com boa permeabilidade à rinoscopia anterior, tendo sido mantida a terapêutica com corticóide nasal tópico e reiterada a baixa probabilidade de reversão do quadro.

Cerca de três meses após o TCE, a utente recupera de forma progressiva o olfato, com subsequente melhoria do paladar.

COMENTÁRIO

O TCE é uma causa frequente de morbimortalidade e apresenta um número variado de potenciais consequências para as vítimas, nomeadamente alterações neurológicas ou psiquiátricas.[6] Um dos objetivos deste relato de caso é, precisamente, chamar à atenção para as alterações do olfato e paladar como possíveis sequelas deste tipo de traumatismo.

As alterações do olfato (anosmia, hiposmia) pós TCE são comuns e normalmente súbitas.[1,6] A prevalência rondará os 15% e é proporcional à severidade do trauma.[3] O seu desenvolvimento pode ocorrer por três mecanismos:

1. Estiramento ou rotura dos filetes olfativos pelo movimento antero-posterior do encéfalo. Os filetes olfativos são centenas de pequenos conjuntos de fibras nervosas que saem diretamente do bulbo olfativo no sistema nervoso central (SNC) e atravessam a lâmina cribiforme descendo para o nariz;
2. Mecanismos centrais: dano nos centros olfativos corticais e bulbares, por contusão ou isquemia;
3. Mecanismos de condução: lesão etmoidal e obstrução das vias aéreas superiores.[7]

Comparativamente, a ageusia pós-traumática é incomum, sendo apenas reportada em 0,5% dos TCE.[8] Este baixo valor pode ser explicado pelo facto dos cinco sabores básicos do paladar derivarem fundamentalmente do nervo da corda do tímpano, um ramo do nervo facial. Ora, a ocorrência de uma lesão nervosa a este nível requer um traumatismo de muito maior impacto, capaz de provocar fratura da mastóide/ouvido médio, situação menos frequente. Além disso, embora menos implicados, outros nervos periféricos (vago, glossofaríngeo) e recetores gustativos espalhados por toda a cavidade oral também contribuem para o paladar. Causa central também é possível embora mais rara.[8]

Ao contrário da ageusia, a presença de hipogeusia é mais comum e, frequentemente, consequência de disfunção olfativa.[1] Este mecanismo parece corresponder ao caso descrito uma vez que, poucos dias depois, a utente referiu sentir duas das categorias básicas do paladar (doce e ácido – mel e limão, respetivamente) o que indicia que a etiologia não deriva de lesão no nervo da corda do tímpano.

Apesar destas disfunções serem quase sempre imediatas, a maioria das vítimas de TCE não se apercebe logo das alterações.[3] Por essa razão, não raras vezes, como neste caso descrito, é ao MF que reportam pela primeira vez a incapacidade de sentir cheiro e paladar, e compete a este profissional a correta orientação inicial, devendo ser sempre alvo de interrogação na anamnese/exame neurológico inicial. Existem instrumentos de avaliação formal objetiva destas dimensões clínicas, contudo de baixo

acesso e pouco práticas em contexto rotineiro.

Pela subjetividade e sobreposição dos sintomas, a avaliação de disfunções gustativa e olfativa é complexa. Além da história clínica detalhada, é necessário o exame objetivo dirigido à cabeça, pescoço, cavidade oral e nasal para ajudar a excluir outras possíveis causas e estabelecer nexo de causalidade com o TCE. Pode ser útil a referenciação a consulta de ORL (de forma a descartar patologia das cavidades nasais e seios perinasais) e investigação radiológica, idealmente através de ressonância magnética nuclear (ou em alternativa de contexto TC crânio-encefálica) de forma a excluir dano no SNC.[3,5]

Este tipo de casos requer seguimento atento pelo MF. Conselhos nutricionais podem revelar-se vantajosos no sentido munir a pessoa de estratégias para tornar a comida mais atrativa e reconfortante[8] como, por exemplo, comer várias vezes ao longo do dia, pouco de cada vez, e utilizar mais condimentos no tempero como ervas aromáticas, limão e caldos de culinária.[5] Deve procurar garantir-se uma dieta equilibrada, sobretudo se idosos, de modo a prevenir má nutrição.[3] Particular atenção nos utentes com (ou em risco de) hipertensão/diabetes pela tendência de utilização excessiva de sal/açúcar como forma de tentar aumentar o sabor da comida. Os prazos de validade dos alimentos devem ser escrutinados e a comida mais antiga deve ser testada por alguém sem perturbações sensoriais.[3] É vital ponderar, junto destes doentes, soluções para minorar também os riscos potenciais em casa: detetores de fumo e monóxido de carbono e substituição de dispositivos a gás por dispositivos elétricos.[3] A estimulação sensorial (*smell trainig*), com exposição a diferentes cheiros, pode acelerar a recuperação desta função - com a possibilidade de aumentar a função até 30% dos doentes.[9]

Pode ser necessário referenciar para acompanhamento psicológico, de forma a minorar as consequências adversas e capacitar os doentes com mecanismos de *coping*.

É importante reiterar o impacto relevante que os sentidos do paladar e olfato têm nos seres humanos.[4] Frequentemente, as pessoas com estas disfunções reportam diminuição da qualidade de vida, existindo até a possibilidade de desenvolverem depressão.[5] Efetivamente, neste caso descrito, as disfunções apresentadas foram claramente ansiogénicas, modificadoras do sono e da funcionalidade da utente, e motivaram várias consultas médicas. A perspetiva de não recuperação poderá ter contribuído para um agravamento do quadro psicológico. Importa que médico e utente saibam gerir a imprevisibilidade do prognóstico, num equilíbrio difícil entre a verdade e a esperança.

Tanto no caso de anosmia como na disfunção gustativa pós-traumáticas, não há tratamento específico. Ainda assim, terapêutica com corticóide é usada rotineiramente com o objetivo genérico de reduzir a inflamação e eventual compressão neuronal, promovendo assim a sua regeneração. No entanto, a condição clínica final - persistência ou recuperação - é conhecida apenas com o decorrer do tempo.[4] Apesar das propriedades regenerativas dos neurónios olfativos, a recuperação depende do tipo e gravidade de lesão, sendo maior a probabilidade de recuperação nos primeiros 3-6 meses do trauma.[10] Felizmente, decorridos 3 meses, a utente voltou a recuperar um "dia-a-dia com sentido(s)".

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1- Malaty J, Malaty IAC. Smell and taste disorders in primary care. *Am Fam Physician.* 2013;88(12):852-9.

2- Hoffman HJ, Rawal S, Li C-M, Duffy VB. New chemosensory component in the U.S. National Health and Nutrition Examination Survey (Nhanes): first-year results for measured olfactory dysfunction. *Rev Endocr Metab Disord.* 2016;17(2):221-40.

3- Geyer M, Nilssen E. Evidence-based management of a patient with anosmia. *Clin Otolaryngol.* 2008;33(5):466-9.

4- Nagraj SK, Naresh S, Srinivas K, Renjith George P, Shrestha A, Levenson D, *et al.* Interventions for the management of taste disturbances. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(11):CD010470.

5- Maheswaran T, Abikshyeet P, Sitra G, Gokulanathan S, Vaithiyanadane V, Jeelani S. Gustatory dysfunction. *J Pharm Bioallied Sci.* 2014;6(Suppl 1):S30-3.

6- Schofield PW, Moore TM, Gardner A. Traumatic brain injury and olfaction: a systematic review. *Front Neurol.* 2014;5:5.

7- Caminiti F, Ciurleo R, Bramanti P, Marino S. Persistent anosmia in a traumatic brain injury patient: role of orbitofrontal cortex. *Brain Inj.* 2013;27(13-14):1715-8.

8- Cecchini MP, Cardobi N, Sbarbati A, Monaco S, Tinazzi M, Tamburin S. Post-traumatic taste disorders: a case series. *J Neurol.* 2018;265(4):836-44.

9- Hummel T, Rissom K, Reden J, Hähner A, Weidenbecher M, Hüttenbrink K-B. Effects of olfactory training in patients with olfactory loss. *The Laryngoscope.* 2009;119(3):496-9.

10- Gudziol V, Hoenck I, Landis B, Podlesek D, Bayn M, Hummel T. The impact and prospect of traumatic brain injury on olfactory function: a cross-sectional and prospective study. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2014; 271(6):1533-40.

CONFLITOS DE INTERESSE:
As autoras negam a existência de quaisquer conflitos de interesses.

CORRESPONDÊNCIA:
Bárbara Augusta Alves Vaz
barbaraalvesvaz@gmail.com

RECEBIDO: 15 de novembro de 2020 | ACEITE: 21 de fevereiro de 2021