



ISSN: 1561-3194

Rev. Ciencias Médicas. sept-dic. 2006; 10(3):21-30

ARTÍCULO ORIGINAL

La olfacción: otro componente importante del examen físico

Olfaction: another important component of physical examination

Marco Antonio Montano Díaz¹, Aldo Luís Sánchez Fuentes², José Ángel Portal Miranda³.

¹ Especialista de I y II grado en Medicina Interna. Profesor Consultante y Titular. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Ernesto Che Guevara de la Serna". Pinar del Río.

² Especialista de I Grado en Medicina Interna. Asistente. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Ernesto Che Guevara de la Serna". Pinar del Río.

³ Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Asistente. Director Provincial de Salud Pública. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Ernesto Che Guevara de la Serna". Pinar del Río.

RESUMEN

Se presenta un trabajo donde se revisa la literatura disponible, y se aporta la experiencia personal de los autores sobre la utilidad de la olfacción para realizar un correcto diagnóstico clínico, así como las posibilidades técnicas con que contamos hoy para detectar y medir diversas sustancias emanadas del cuerpo humano. Los objetivos propuestos son: cómo promover la idea de incluir la enseñanza organizada y sistemática de la olfacción como un componente importante del examen físico del paciente, y motivar a los tecnólogos para que produzcan y desarrollen instrumentos con los fines expresados. La literatura y la práctica diaria

demuestran la abundante y útil información que brinda la olfacción bien realizada. Se expone lo referido sobre la olfacción por varios clásicos de la medicina y por jóvenes especialistas de nuestro tiempo y se concluye que la olfacción debe incluirse junto con la inspección, palpación, percusión y auscultación como otro elemento del examen físico que debe ser enseñado sistemáticamente en nuestras universidades, así como la conveniencia de desarrollar una tecnología que permita detectar substancias volátiles en el aliento y otras emanaciones humanas. No se trata aquí de la utilidad de los olores con fines terapéuticos o de otro tipo que no sea diagnóstico.

Palabras clave: Olfacción / Examen Físico / Docencia Médica / Tecnología de la Salud

ABSTRACT

A study where available medical literature is revised and personal experience of the authors about the usefulness of olfaction is taken in order to carry out a proper clinical diagnosis, as well as the technical possibilities in present days to detect and measure several substances that emanate from the human body. The objectives proposed are: the promotion of the idea to include an organized and systematic teaching of olfaction as an important component of physical examination in patients, and to encourage the technologists to produce and develop instruments with this purpose. Medical literature and daily practice show the abundant and useful information that a proper olfaction offers. Criteria about olfaction that some classics of Medicine explained and young specialists of current times set out are taken into account, concluding that olfaction must be included together with inspection, palpation, percussion and auscultation as another element of physical examination, that it should be taught systematically in our medical schools, and to analyze the advantage to create a technology which allows to detect volatile substances in breath and other human emanations. It is not about the utilization of odors with therapeutic purposes or any other type which is not diagnostic.

Key words: OLFACTION / PHYSICAL EXAMINATION / MEDICAL TEACHING / HEALTH TECHNOLOGY

INTRODUCCIÓN

Hace 2000 años el médico griego Esculapio (conocido en Roma por Asclepio) escribió para su hijo, que quería ser médico, unos "Consejos" que han pasado de siglo en siglo y aún hoy los leemos con admiración e interés. En uno de los párrafos del documento donde se plasman dichos consejos aquel sabio expresó: "Te compadezco si sientes afán por la belleza; verás lo más feo y lo más repugnante que hay en la especie humana; todos tus sentidos serán maltratados. Habrás de pegar tu oído contra el sudor de pechos sucios, respirar el olor de miserables viviendas, respirar el olor harto subido del perfume de las cortesanas, palpar tumores, curar llagas verdes de pus, contemplar los orines, escudriñar los esputos, fijar tu mirada y tu olfato en inmundicias, meter el dedo en muchos sitios. Te llamarán para un hombre que, molesto por dolores de vientre, te presentará un bacín nauseabundo, diciéndote satisfecho: gracias a que he tenido la precaución de no tirarlo. Recuerda entonces que habrá de parecer interesarte mucho aquella deyección".¹ Los médicos clásicos sabían aprovechar el olfato para hacer el

diagnóstico de las enfermedades, y no hay duda que muchos de ellos podían efectuar diagnósticos muy precisos solamente de entrar en la habitación del paciente.²

Actualmente los modernos procedimientos diagnósticos y terapéuticos disponibles han cambiado la forma tan florida de expresarse algunos signos, como por ejemplo: el aliento fétido del absceso del pulmón, pero en cambio han aparecido en el terreno de la clínica otros olores que es imprescindible que identifiquemos, como es el caso de los nuevos insecticidas y otros productos químicos tóxicos en el aliento y los vómitos.

No obstante lo anterior, la enseñanza y la práctica cuidadosa y sistemática de la olfacción se ha debilitado actualmente en todos los países que conocemos, y así podemos ver en los libros de Propedéutica Clínica que hemos revisado³⁻⁸ que se insiste en que el examen físico (EF) del paciente consta de cuatro componentes: Inspección, Palpación, Percusión y Auscultación, no incluyendo la olfacción, a la cual se le dedica en algunos de esos textos sólo alguna breve referencia. Es al estudio del aliento, y más específicamente de la halitosis, al que más espacio se le confiere, sin que tampoco éste sea suficiente en la mayor parte de los textos.

Sobre la tecnología empleada para identificar y medir olores, sólo encontramos algo cuando se trata del aliento etílico.

Con este trabajo nos proponemos demostrar la gran utilidad diagnóstica de una olfacción cuidadosa y por lo tanto la necesidad de su enseñanza de manera más profunda y sistemática. También nos proponemos motivar a los tecnólogos para que desarrollen instrumentos y técnicas que permitan identificar y medir la intensidad de los olores que puedan emanar de nuestros pacientes.

En este trabajo no analizamos la utilidad terapéutica de los olores.

MÉTODOS

Se trata de la exposición de una reflexión basada en nuestra experiencia de muchos años como docente unida a la revisión de toda la literatura nacional y extranjera sobre este asunto que hemos podido consultar, la cual aparece reflejada en las referencias bibliográficas al final del artículo.

En este trabajo no se han violado en lo más mínimo los principios de la Bioética.

RESULTADOS

El Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas define la halitosis con dos acepciones: una como aliento anormal y otra como aliento fétido. Puede presentarse alguno de esos dos tipos de aliento tanto en pacientes que requieren atención inmediata como en otros que no la requieren tan urgentemente.

Al enfrentarnos a un paciente en **estado de coma** debemos buscar en su aliento olor etílico (alcohol); fotor hepático (Bockus lo define como a perro húmedo⁹) y otros lo describen como bilioso-térreo (Baur) o dulzón,^{5, 10} que nos orienta a pensar en coma hepático; en el coma urémico encontramos olor urinoso, en la acidosis diabética y en las de otras causas (como el ayuno) encontramos en el aliento olor a acetona o frutas.

Encontramos olor a ajos en el aliento y los vómitos de las intoxicaciones por Arsénico, por Selenio, por Telurio y por Fósforo.^{11,12} El olor del Cianuro es a almendras amargas, a insecticidas en el caso de fosforados, a gasolina en los derivados del petróleo y a éter en los preparados que lo contienen.¹³

En los pacientes *no inconscientes* encontramos aliento anormal en: la sepsis oral, incluyendo las caries dentales, que puede llegar a ser muy desagradable, siendo este olor el más comúnmente denominada halitosis. R. H. Major asegura que el aliento más desagradable que él sintió fue el del absceso pulmonar con gangrena de los pulmones.

El aliento con olor a tabaco es fácil de reconocer y ese reconocimiento nos puede ser muy útil.

Otras causas bucales de halitosis son la falta de higiene oral y ciertas parodontopatías. Son frecuentes las causas faríngeas como las causadas por Amigdalitis séptica, la Angina de Vincent, y la Difteria.

Según O. Chiesa el 90 % de los alientos fétidos es de origen bucal.

También la halitosis puede deberse a causas nasales: adenoiditis, sinusitis, rinitis (sobre todo la atrófica con oclena) etc.

Otra causa pulmonar de aliento desagradable son las bronquiectasias.

Entre las digestivopatías con halitosis debemos citar los divertículos esofágicos, la constipación, y la peristalsis reversiva o antiperistalsis. La halitosis unida al vómito se encuentra en la fístula gastro-cólica y en el Síndrome Oclusivo Bajo (SOB) con vómitos fecaloideos. Los vómitos de retención que son los que se presentan de 12 a 24 horas después de la ingestión, presentan olor a queso rancio o a huevos podridos (también en el eructo) y demuestran la presencia de una estenosis píloroduodenal de naturaleza orgánica.¹⁴

La halitosis asociada a ciertas alteraciones menstruales y que se exacerban marcadamente en los días de la menstruación propiamente dicha tienen gran valor psicológico.

En cuanto a la semiotecnia de la halitosis, Lermoyez ha señalado algunas normas de gran utilidad y que reproducimos a continuación:

1. Si el aire espirado por la nariz es fétido y el espirado por la boca no lo es, debemos pensar que la causa se encuentra por encima del velo del paladar (las rinitis, sobre todo la atrófica u oclena, las sinusitis, etc.)
2. Si el aire espirado por la boca es fétido y el espirado por la nariz lo es muy poco, la causa radica en la boca: caries, piorrea, sarro, etc.
3. Si los dos aires espirados son igualmente fétidos la causa reside en la faringe (faringitis crónica, amigdalitis); en el sistema respiratorio (abscesos, bronquiectasias); en el sistema digestivo; en las enfermedades generales (uremia, etc) o en las intoxicaciones.

También refiere Major que en generaciones anteriores a las nuestras los médicos hacían hincapié en el olor característicos de los pacientes con **ciertas enfermedades** como la difteria, la viruela, el tifus, el sarampión y la fiebre

reumática. En nuestro país actualmente sólo vemos la última de estas entidades, y muy modificada por los adelantos de la medicina moderna.

Debemos advertir que el médico debe comprobar personalmente la existencia de la halitosis, pues hemos tratado a pacientes que vivían angustiados por pensar que padecían de este problema y que en realidad no lo padecían, necesitando ser persuadidos por nosotros de tal situación.

En la orina normal encontramos su olor sui géneris, pero anormalmente encontramos olor amoniacal en las infecciones urinarias y la retención. El olor acetónico (a manzanas) es expresión de acetonuria. El olor pútrido es sugestivo de infección piógena, especialmente por gérmenes del grupo coli.⁷

Es conocido el olor a jarabe de arce (azúcar quemada) en los pacientes que padecen cetoaciduria alfa de cadenas ramificadas. En la orina de los que han ingerido alcohol metílico se aprecia en la orina olor a formaldehído.¹³

En las heces fecales es clásico el olor a pescado en las diarreas del cólera. El olor fétido de la melena nos resulta sumamente valioso para poder distinguirla de otras deposiciones de aspecto parecido. Es también útil distinguir el olor desagradable de las diarreas de causa fermentativa, del olor repugnante de diarreas pútridas.⁶ El olor penetrante y fuertemente ácido debido a procesos fermentativos en la esteatorrea es característico.

Al estudiar las **leucorreas** comprobamos que las producidas por monilias son inodoras, las producidas por *Trichomonas vaginalis* son malolientes, al igual que las producidas por condilomas.

En las producidas por *Gardnerella vaginalis* (vaginosis bacteriana) se detecta un desagradable olor rancio, y si a una muestra de ese exudado le agregamos dos gotas de hidróxido de potasio al 10 % se producirá un olor inconfundible a pescado descompuesto.¹⁵

El **pus** tiene un olor muy variable que puede fluctuar desde el pus sin olor y con "gránulos de azufre" de la actinomicosis hasta el pus fétido de casi todas las otras infecciones anaerobias. Los médicos con experiencia pueden identificar el olor "dulzón" de las infecciones por *Pseudomonas aeruginosa*.

En cuanto a la **tecnología en el estudio de los olores** podemos decir que por medio de la cromatografía de gases se mide la existencia de algunas sustancias en el aliento, identificándose de esta forma la sustancia de que se trata y la cuantía en que se encuentra en el medio de estudio. Tal es el caso del alcohol, detectado y medido con los alcoholímetros.

Existen otras pruebas del aliento¹⁶ para medir en forma confiable la proliferación bacteriana anormal en el intestino, como el caso de la ¹³C- Xilosa y de la Lactosa H₂. Es bien conocida la prueba del aliento que se practica para detectar la presencia de *Helicobacter Pylori* en problemas del tracto digestivo.¹⁷ Hay otras pruebas del aliento menos confiables para medir sustancias provenientes del intestino en proporciones anormales. A diferencia del alcohol, en ninguno de estos casos las sustancias medibles por los instrumentos son detectadas por el olfato humano.

DISCUSIÓN

Ya expusimos algo de lo que escribí sobre la olfacción Esculapio hace 2000 años. ¹

En el ya referido libro de Major⁴ podemos leer que William Osler expresó: "Se aprende sólo por experiencia, no es una herencia, no son verdades reveladas. Aprender a mirar, a escuchar, a oler y a palpar; y saber, desde el principio, que únicamente por la práctica se puede llegar a ser un experto". Algo muy parecido había escrito Hipócrates 2400 años antes: "Aprender a valerse de sus sentidos e intelecto, a escuchar, ver, oler, palpar y discurrir, sin olvidarse que es la asidua y buena práctica la que hace del aprendiz un experto".¹⁸

Estamos totalmente de acuerdo con lo que expuso A. Bomback en su artículo recientemente publicado, en el cual hace énfasis en la importancia que tiene para el residente de Medicina Interna el aprendizaje correcto de la olfacción. ¹⁹

Como hemos expuesto,¹⁶⁻¹⁷ ya existen instrumentos que permiten detectar y medir ciertas sustancias disueltas en el aliento, por lo cual inferimos que puede hacerse lo mismo con otras sustancias volátiles provenientes del intestino o de otras fuentes como la orina, el sudor, la vagina, etc.

Consideramos que podemos concluir esta breve exposición afirmando que la olfacción es un componente sumamente importante del EF, pero que a pesar de su indiscutible utilidad para el diagnóstico médico no ha sido lo suficientemente empleado, desaprovechando gran parte de sus posibilidades, por lo cual **recomendamos** que en la enseñanza de la Propedéutica Clínica se incluya como un quinto componente del EF, junto a la inspección, la palpación, la percusión y la auscultación, y que en consecuencia con eso se entrene mejor a los estudiantes de Medicina en la percepción e identificación de los olores que expide el paciente.

También recomendamos que los especialistas en la materia desarrollen instrumentos y técnicas que permitan la identificación cualitativa y cuantitativa de las diversas sustancias volátiles que el ser humano emite en su aliento o en otras emanaciones corporales, para incorporarlos a la práctica médica cotidiana como valiosos recursos diagnósticos, aunque manteniendo el criterio de que un buen EF es siempre indispensable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Llanio Navarro R. Prefacio. En : Llanio R, Perdomo G, Aurús E, Fernández A, Fernández JA, Mataraman M, et al, eds -Vol I. Propedéutica Clínica y Semiología Médica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003.
2. Puigdollers JM. Exploración General. En: Balcells A, ed. Vol II. Patología General. La Habana: Edición Revolucionaria; 1967. p. 1271.
3. Nogueer L. Exploración Clínica. 11 ed. La Habana: Isidro Hernández; S/F.
4. Major RH. Exploración y Diagnóstico clínico. México: Editorial Interamericana S. A.; 1952.
5. Llanio R. Propedéutica Clínica y Fisiopatología. La Habana. Editorial Pueblo y Educación; 1982. 4 Vol.

6. Vasilenko VJ, Grevenev AL. Propedéutica de las Enfermedades Internas. Moscú: Editorial MIR; 1984. 2 Vol.
7. Piñeros Corpas J. Clínica Semiológica. La Habana: Edición Revolucionaria; 1972.
8. Mathé G, Richet G. Semiología Médica y Propedéutica Clínica. La Habana: Edición Revolucionaria; 1970.
9. Roca R, Smith V, Paz E, Losada J, Serret B, et al. 3ª ed. Tomo II. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1980.p. 189.
10. Surós Fornas J. Halitosis. En: Pedro Pons A, ed. 3ª ed. Tomo I. Patología y Clínica Médicas. La Habana: Edición Revolucionaria; 1967. p. 33.
11. Robertson WD. Intoxicación crónica: Oligoelementos y otras sustancias químicas. En: Cecil ed. 20 ed. Vol I. Tratado de Medicina Interna. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; S/F. Pp. 83 -87.
12. Surós J. Intoxicaciones y Enfermedades Profesionales. En: Pedro Pons a.ed. 3ª ed. Tomo VI. Patología y Clínica Médicas. Barcelona: Salvat Editores S.A.; 1968.p. 1075.
13. Roca R, Smith V, Paz E, Losada J, Serret B, et al. 4ª ed. Tomo II. Temas de Medicina Interna. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002.p . 528.
14. Vidal-Colomer E, Badosa J, Villar V, Villar J. Enfermedades del Estómago y Duodeno. En: Pedro Pons A, ed. 3ª ed. Tomo I. Patología y Clínica Médicas. La Habana: Edición Revolucionaria; 1967. p. 114.
15. Román L, Erice A, Ulloa V. Gardnerella vaginalis. En: Alvarez Sintés R, ed. Vol II. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.p. 772.
16. Toskes Ph. Malabsorción. En: Cecil ed. 20 ed. Vol I. Tratado de Medicina Interna. La Habana: Editorial Ciencias Médicas ; S/F. p. 802.
17. Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. Helicobacter Pylori. Información para los médicos. Atlanta: CDC; 1998. (Folleto Impreso).
18. Casas J, Salmerón O, Zarco P. Conceptos fundamentales. En: Balcells Gorina A. ed Vol I. Patología General. La Habana: Edición Revolucionaria; 1967. p.7.
19. Bomback A. The Physical Exam and the Sense of Smell. The New England Journal of Medicine 2006; 354 (4): 327 -329.

Recibido: 3 de mayo de 2006

Aprobado: 22 mayo de 2006

Dr. Marco A. Montano Díaz. Especialista de I y II grado en Medicina Interna. Profesor Titular y Consultante. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Ernesto Che Guevara de la Serna" Pinar del Río. Dirección Martí # 264 (Este) Pinar del Río. Cuba. Telef: 752680 y 752257 E-mail: montanod@princesa.pri.sld.cu.