

# BMJ Best Practice

## Avaliação da perda olfatória

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



# Tabela de Conteúdos

<b>Resumo</b>	<b>3</b>
<b>Visão geral</b>	<b>5</b>
Etiologia	5
<b>Emergencies</b>	<b>8</b>
Considerações de urgência	8
<b>Diagnóstico</b>	<b>9</b>
Abordagem passo a passo do diagnóstico	9
Visão geral do diagnóstico diferencial	15
Diagnóstico diferencial	17
<b>Referências</b>	<b>31</b>
<b>Imagens</b>	<b>35</b>
<b>Aviso legal</b>	<b>38</b>

# Resumo

- ◊ A perda olfatória foi associada a uma variedade de causas e pode influenciar profundamente a qualidade de vida do paciente.

- ◊ **Epidemiologia :**

Estimativas sugerem que a incidência de perda olfatória na população adulta geral varia de 19%, em pessoas com mais de 20 anos de idade, até 25%, em pessoas com mais de 50 anos de idade.<sup>[1]</sup> <sup>[2]</sup> <sup>[3]</sup> A prevalência aumenta com a idade e com o gênero masculino, chegando a 63% em pessoas com mais de 80 anos de idade.<sup>[2]</sup>

- ◊ **Etiologia :**

Em pacientes que se apresentam primariamente em decorrência de perda do olfato, as etiologias identificadas com maior frequência incluem infecção viral prévia do trato respiratório superior, trauma crânioencefálico e inflamação crônica subjacente dos seios nasais.<sup>[4]</sup> Essas 3 causas são responsáveis por mais de 50% dos pacientes.

- ◊ **Fisiopatologia :**

A perda olfatória pode ocorrer como uma perda neurosensorial, que ocorre após mudanças degenerativas nos receptores neurais olfatórios ou no neuroepitélio na fenda olfatória.<sup>[5]</sup> Também pode ocorrer como uma perda condutiva após uma obstrução ou inflamação dentro da cavidade nasal que impede o acesso de odorantes aos receptores olfatórios.

- ◊ **Tipos de perda olfatória :**

A perda pode ser completa (anosmia) ou parcial (hiposmia). Pode estar associada a percepções distorcidas de odor (disosmia) que estão relacionadas a estímulos reais de odorantes ambientais (parosmia) ou ocorrer espontaneamente (fantosmia).

- ◊ **Apresentação :**

Os pacientes podem apresentar queixas de perda do olfato e paladar ou somente perda de paladar, mas, à investigação, a função gustativa está intacta. Isso está relacionado à confusão habitual entre paladar e aroma. A sensação de paladar inclui salgado, azedo, doce, amargo e umami (saboroso).<sup>[6]</sup> A percepção do aroma é baseada em sensações olfativas, táteis e térmicas, assim como do paladar, com a sensação olfatória possivelmente sendo a mais importante. A perda da sensação olfatória torna os alimentos geralmente menos atraentes, algo que a maioria dos pacientes percebe rapidamente. No entanto, uma perda verdadeira mensurável do paladar é decididamente incomum.<sup>[7]</sup>

- ◊ **Tratamento :**

É importante determinar se a perda é decorrente de um processo inflamatório, uma vez que essa é a única situação na qual a terapia será eficaz. Infelizmente, na maioria dos casos de perda olfatória, nenhuma terapia específica está disponível. No entanto, os pacientes continuarão a buscar uma opinião médica até que sintam que uma investigação completa foi realizada e uma explicação

detalhada foi fornecida.[\[8\]](#) Alguns dados sugerem que o treinamento olfatório pode aumentar o potencial de recuperação após uma perda olfatória pós-viral ou pós-traumática.[\[9\]](#)

---

◊ **Sequelas adversas :**

Questões de segurança relacionadas à perda olfatória incluem a incapacidade de detectar vazamentos de gás, fogo ou alimentos estragados. Contudo, o impacto mais significativo para cada paciente é tipicamente a perda da qualidade de vida relacionada à ingestão de comidas e bebidas. Isso pode ser devastador. Em alguns casos, pode resultar em apetite reduzido e ingestão nutricional inadequada e, em outros, pode causar aumento da ingestão oral e ganho de peso, uma vez que o paciente procura satisfação quimiosensorial. Essas consequências podem ter um impacto negativo em condições clínicas associadas, como diabetes e hipertensão. Invariavelmente, os pacientes não obtêm muita simpatia de amigos e familiares, e algumas vezes até de seus médicos.

Para a maioria dos pacientes que sofrem de perda olfativa, não há nenhuma terapia restauradora disponível, exceto no caso de a perda ser secundária à rinossinusite inflamatória. Portanto, enquanto a maioria dos pacientes se beneficia de aconselhamento sobre questões de segurança e métodos de intensificação de sabor, qualquer informação relacionada ao prognóstico se torna muito importante. No passado, acreditava-se que a probabilidade de recuperação espontânea estivesse relacionada em parte à etiologia da perda neurosensorial.[\[10\]](#) No entanto, estudos sugerem que o prognóstico está relacionado mais à intensidade da perda inicial, idade e ao sexo do paciente, tabagismo e presença de disosmia.[\[11\]](#)

---

## Etiologia

As 3 causas mais comuns de perda olfatória devem receber atenção especial: infecção viral prévia, traumatismo cranioencefálico e rinossinusite crônica. Cada uma dessas 3 causas é responsável por 15% a 20% dos casos.<sup>[7] [10]</sup> Outras causas menos comuns incluem exposição a substâncias químicas tóxicas, radiação ou medicamentos (por exemplo, medicamentos quimioterápicos, spray nasal com gliconato de zinco); procedimentos cirúrgicos craniofacial ou neurocirúrgico prévios; doença neurodegenerativa; doença autoimune; e neoplasias intracranianas. Raramente, os pacientes se apresentam com uma perda olfatória que parece ser congênita ou relacionada à idade avançada. Infelizmente, em muitos casos, a etiologia precisa da perda olfatória permanece desconhecida.

### Pós-infecção viral do trato respiratório superior

A maioria das pessoas apresenta uma perda temporária do olfato durante uma infecção respiratória viral aguda do trato superior. No entanto, em casos relativamente raros, a perda persiste após a resolução de todos os outros sintomas de resfriado e gripe. Isso parece ser uma perda sensorial, uma vez que estudos de biópsia demonstraram mudanças degenerativas nos receptores neurais olfatórios ou no neuroepitélio na fenda olfatória.<sup>[5]</sup> Esses pacientes podem ser anósmicos ou hipósmicos, e até 66% apresentam disosmia associada. Parece ocorrer mais comumente em uma faixa etária de idade avançada e afeta duas vezes mais mulheres que homens. Uma perda induzida por infecção viral não exibe flutuação, mas até 66% dos pacientes podem apresentar alguma recuperação espontânea em alguns anos.<sup>[12]</sup> Um estudo retrospectivo analisando um grande número de pacientes revelou que a incidência de recuperação estava inversamente relacionada à idade na apresentação inicial, com 38.7% dos pacientes demonstrando, de modo geral, melhora clinicamente significativa.<sup>[13]</sup>

### Traumatismo cranioencefálico

De modo geral, aproximadamente 5% dos pacientes que sofrem traumatismo cranioencefálico apresentam uma perda olfatória associada, com a incidência aumentando com a gravidade da lesão.<sup>[14] [15]</sup> De maneira similar, a ocorrência de amnésia pós-traumática está correlacionada com uma incidência mais alta de anosmia pós-traumática.<sup>[16]</sup> Isso ocorre com maior frequência após uma pancada frontal ou occipital e está relacionado às forças de golpe-contragolpe que causam um cisalhamento dos filamentos olfatórios quando da sua passagem pela placa cribiforme. Esses pacientes tendem a ser anósmicos, e geralmente estão na faixa etária de 20 a 50 anos, além de serem do sexo masculino (o que é consistente com o grupo de risco elevado para trauma cranioencefálico). Em outros casos, pode ser decorrente de uma lesão concussiva resultante de pancada frontal ou occipital e os pacientes podem apresentar alguma recuperação da função, tipicamente no primeiro ano após a lesão. Em pacientes com trauma cranioencefálico e perda olfatória, aproximadamente 66% relatam anosmia e 33% hiposmia.<sup>[10]</sup>

### Sinusite ou doença nasal crônica

Patologias dos seios nasais e doença nasal crônica que causam uma perda olfatória geralmente por obstrução da cavidade nasal, impedindo assim o acesso de odorantes aos receptores olfatórios. Isso causa uma perda condutiva em vez de uma perda neurosensorial, embora algumas evidências sugiram que também possam existir alterações inflamatórias dentro do neuroepitélio olfatório.<sup>[17] [18] [19]</sup> Essa obstrução pode ser decorrente de pólipos nasais francos, mas também resultar de edema secundário devido a patologia localizada dentro dos seios etmoidais sem pólipos. Uma revisão da literatura mostrou que a prevalência da disfunção olfatória em pacientes com rinossinusite crônica chega a 70%, dependendo do método de teste utilizado.<sup>[20]</sup> Entretanto, os pacientes podem não se queixar de obstrução nasal ou

outros sintomas nasais, mas podem se apresentar simplesmente com perda olfatória.[\[10\]](#) Isso pode tornar o diagnóstico difícil, especialmente ao tentar distinguir de uma etiologia viral. A distinção é importante, pois a rinossinusite crônica pode ser tratada de maneira eficaz para restaurar o sentido do olfato.[\[21\]](#) [Fig-1]

## Exposição tóxica

- A exposição a diversos agentes tóxicos industriais e ambientais foi associada à perda olfatória, embora muitos relatos na literatura sejam anedóticos.[\[22\]](#) Tais relatos envolvem mais frequentemente exposições excessivas e súbitas em vez de exposições de baixo grau ao longo de anos. A maioria desses casos ocorre no local de trabalho. Algumas das exposições tóxicas mais comuns incluem incêndio de fósforo, gás cloro, poeira de metais, solventes, fumaças ácidas, vapores de óleo e alguns produtos de limpeza domésticos. Embora sua incidência seja provavelmente subestimada, na maioria dos relatórios a exposição tóxica é responsável por aproximadamente 5% dos distúrbios olfatórios.[\[23\]](#)
- Diversos medicamentos (por exemplo, anfetaminas, estrogênio, nafazolina, fenotiazinas, uso prolongado de descongestionantes nasais, reserpina) podem afetar o sentido do olfato.
- A perda olfatória foi associada ao uso de spray nasal de gliconato de zinco de venda livre utilizado para a redução dos sintomas associados à infecção respiratória viral do trato superior ou ao resfriado comum.[\[24\]](#) Os casos descritos geralmente estão associados a uma sensação imediata de queimação no nariz depois do uso do spray e subsequentemente o paciente percebe uma perda do olfato. Acredita-se que isso ocorra após a exposição do epitélio olfatório ao cátion de zinco.[\[25\]](#)
- Agentes quimioterápicos podem causar uma perda do olfato e do paladar, e radioterapia aplicada no crânio ou pescoço provoca uma perda transitória de ambos os sentidos.[\[26\]](#) [\[27\]](#) [\[28\]](#)

## Pós-cirurgia

- A perda olfatória geralmente ocorre após procedimentos neurocirúrgicos na fossa craniana anterior por meio de uma abordagem de craniotomia anterior, bem como após certos procedimentos craniofaciais. Isso é esperado e, portanto, esses pacientes raramente marcam consultas para testes olfatórios adicionais.
- A perda olfatória pode ocorrer como consequência de prévia cirurgia endoscópica dos seios paranasais, em razão de lesão direta da fenda olfatória ou de cicatrização que obstrui a fenda. No entanto, isso é muito incomum, provavelmente ocorrendo em menos de 2% dos casos.[\[29\]](#) A maioria dos casos de perda olfatória persistente após cirurgia dos seios paranasais é decorrente de sinusite inflamatória persistente.

## Doenças neurodegenerativas

Observou-se que a perda olfatória é um sintoma precoce de vários distúrbios neurodegenerativos, notavelmente a doença de Alzheimer e a doença de Parkinson, embora não seja claro se a perda reflete um deficit verdadeiro ou a demência.[\[30\]](#) No caso da doença de Alzheimer, emaranhados e placas neurofibrilares realmente parecem afetar áreas do cérebro associadas ao olfato, incluindo os bulbos olfatórios. Pacientes com doença de Alzheimer e perda olfatória frequentemente podem não ter consciência de seu deficit olfatório e, portanto, não procuram atendimento médico para tal.[\[31\]](#) Em pacientes com doença de Parkinson, a identificação prejudicada de odores está associada à degeneração neurológica mais rápida, particularmente ao distúrbio da marcha.[\[32\]](#) Estudos em pessoas com doença de Parkinson sugerem que o comprometimento do olfato se deve, pelo menos em parte, a um declínio do sistema nervoso central.[\[33\]](#)

## Doenças autoimunes

A perda olfatória foi associada a algumas doenças autoimunes. Granulomatose com poliangiite (de Wegener) e sarcoidose podem manifestar-se no nariz e frequentemente causam obstrução inflamatória da fenda olfatória, embora a sarcoidose também possa afetar estruturas neurais. A sinusite pode ser a primeira manifestação da granulomatose de Wegener, com desenvolvimento subsequente de sintomas pulmonares e renais.<sup>[34]</sup> A doença de Sjögren foi associada à perda olfatória, possivelmente relacionada à mucosa nasal muito ressecada ou à infiltração linfocítica e à destruição das glândulas exócrinas.<sup>[35]</sup> A maioria desses pacientes provavelmente apresenta outros sintomas além da disfunção olfatória.

## Malignidades sinonasais

- Tumores sinonasais, benignos ou malignos, podem causar uma perda olfatória obstrutiva, mas esses pacientes geralmente apresentam outros sintomas nasais, como obstrução nasal ou epistaxe.<sup>[7] [10] [16]</sup>
- O estesioneuroblastoma, uma neoplasia maligna incomum que se acredita surgir do neuroepitélio olfatório, tende a causar anosmia, mas esses pacientes tipicamente também apresentam outros sintomas nasais.
- Um tumor da fossa craniana anterior, como um meningioma do sulco olfatório, causa perda olfatória. No entanto, esses pacientes geralmente apresentam cefaleia, déficits cognitivos ou perda da visão, ou desenvolvem outros sinais neurológicos focais que fazem com que busquem atendimento médico.

## Síndromes genéticas

A anosmia congênita é responsável por aproximadamente 3% dos casos.<sup>[10]</sup> Embora várias síndromes congênitas bem descritas, como a síndrome de Turner e a síndrome de Kallmann, tenham sido associadas à perda olfatória, na maioria dos pacientes a perda olfatória é um achado isolado. Os pacientes descrevem não se lembrar de terem sido capazes de sentir odores antes.<sup>[36]</sup> Uma ressonância nuclear magnética (RNM) pode demonstrar hipoplasia ou aplasia do bulbo ou trato olfatórios; ou, raramente, uma encefalocele do lobo frontal; ou ainda pode ser normal.<sup>[37]</sup>

## Envelhecimento

A perda olfatória pode ocorrer com o avanço da idade, mas geralmente não é significativa até depois da sétima década. Mesmo assim, ela tende a ocorrer de maneira gradual, juntamente com a diminuição dos outros sentidos, de modo que os pacientes geralmente aceitam essa limitação e raramente procuram atendimento médico. Por outro lado, é importante não atribuir a perda olfatória meramente ao envelhecimento apenas porque um paciente idoso procura atendimento médico. Os testes quimiossensoriais devem ser comparados com controles de idade correspondente.<sup>[4]</sup>

# Considerações de urgência

(Consulte [Diagnóstico diferencial](#) para obter mais detalhes)

## Traumatismo cranioencefálico

- Todo esforço deve ser feito para descobrir a causa subjacente da lesão.
- Os pacientes devem ser avaliados quanto a outras lesões, e o nível de consciência deve ser determinado.
- Pode ser necessária ventilação mecânica se o paciente estiver inconsciente.
- Desigualdades pupilares ou reflexos à luz anormais indicam hemorragia intracraniana.
- Cefaleia, náuseas, vômitos, frequência de pulso reduzida e aumento da pressão arterial indicam edema cerebral.
- Dependendo do nível de consciência e da gravidade da lesão, os pacientes precisam de radiografias, tomografia computadorizada (TC) ou ressonância nuclear magnética (RNM) cranioencefálicas.
- O exame nasal é normal, a menos que haja outras sequelas decorrentes da lesão.
- Achados de trauma nasal (como desvio por fratura do dorso nasal e deslocamento de septo) podem indicar lesão direta da fenda olfatória ou podem ser consistentes com uma lesão de golpe-contragolpe, ou ainda podem ter conduzido a uma patologia secundária nasal ou dos seios nasais que causa uma perda olfatória condutiva.

## Malignidades nasais

- Anosmia, obstrução nasal ou epistaxe juntamente com cefaleia inexplicada, alteração na função visual ou motora, coordenação deficiente e ataxia são sugestivos de tumores nasais.
- Biópsia nasal e histopatologia podem ser realizadas para identificar tumores malignos, como carcinoma de células escamosas, adenocarcinoma, estesioneuroblastoma, melanoma e carcinoma sinonasal indiferenciado (CSI), e tumores benignos, como papiloma invertido, schwannoma e hemangioma capilar.
- Para tumores sinonasais, uma TC dos seios paranasais exibirá uma lesão de massa, geralmente com áreas circundantes de erosão óssea. Um exame por RNM do crânio ajuda a diferenciar o tumor em relação ao cérebro e a outras estruturas normais do cérebro.
- Para estesioneuroblastoma, uma TC dos seios paranasais no plano coronal demonstrará uma massa de tecidos moles dentro da cavidade nasal, com ou sem erosão óssea circundante, e possivelmente com cavidades dos seios nasais secundariamente obstruídas. Uma RNM do crânio ajuda a delinear a extensão intraorbital ou intracraniana.
- Para meningioma do sulco olfatório, uma tomografia computadorizada (TC) de crânio com contraste exibirá uma massa extradural homogeneamente realçada, deslocando abruptamente o cérebro, e possível erosão da base do crânio.

# Abordagem passo a passo do diagnóstico

O primeiro passo na avaliação de um paciente com perda olfatória é ser simpático à sua queixa.

Tipicamente, a pessoa não realizou testes quimiossensoriais formais e a validade de sua queixa geralmente é questionada por familiares e amigos, causando uma sensação de frustração e isolamento. O médico deve reconhecer o impacto que essa perda tem na qualidade de vida geral do paciente. A história é então o fator mais importante na determinação da etiologia da perda olfatória do paciente. Embora alguma forma de teste quimiossensorial seja importante para verificar e até quantificar o grau de perda olfatória, isso não fornece nenhuma informação específica em relação à causa. A determinação da etiologia permite uma discussão sobre o prognóstico.

## História

### Tipos e sintomas de perda olfatória

- A queixa quimiossensorial do paciente deve ser definida: se ela inclui uma perda olfatória que é parcial (hiposmia) ou completa (anosmia), e se está associada à perda do paladar e/ou à distorção do paladar e do olfato.
- Uma queixa de disosmia deve ser definida como uma parosmia (distorção no sentido do olfato) ou uma fantosmia (percepção de odores que não existem). O último caso sugere uma infecção subjacente dos seios nasais.
- A disosmia (distorção no sentido do olfato) tende a ser muito mais comum quando a perda é induzida por uma infecção viral.<sup>[8]</sup>
- É importante observar se o início da perda olfatória foi agudo (como ocorre após uma infecção viral, insulto traumático, exposição tóxica, cirurgia) ou gradual (como pode ocorrer na doença nasal e na sinusite, na doença neurodegenerativa ou autoimune e no envelhecimento). Uma perda lentamente progressiva pode sugerir um processo sistêmico ou neoplásico. Pacientes com perda olfatória pós-viral geralmente procuram atendimento meses ou anos após o insulto. Depois de um trauma crânioencefálico, dependendo da gravidade da lesão, a perda olfatória pode não ser notada por algum tempo, mesmo se tal perda tiver sido imediata. Pacientes com síndromes genéticas não se lembram de terem sido capazes de sentir odores antes.
- Se a perda olfatória oscilar (por exemplo, em resposta a uma variedade de atividades físicas ou ambientais), isso sugere uma perda obstrutiva ou condutiva secundária à inflamação nasal. Por outro lado, deve-se observar que menos de 50% dos pacientes com perda olfatória condutiva relatam uma história de oscilação.<sup>[10]</sup>
- História de alergias, infecções recorrentes dos seios nasais, asma ou cirurgia nasal ou dos seios nasais prévia são pertinentes, assim como detalhes sobre sintomas nasais, como congestão e secreções.

### Perda de paladar

- Tipicamente, pacientes com uma perda olfatória também se queixam de uma perda de paladar, não reconhecendo a contribuição das informações olfatórias para a percepção de sabor. É relativamente raro ter uma perda do paladar verdadeira e mensurável.<sup>[7] [16]</sup>
- Portanto, é importante perguntar aos pacientes de modo específico se eles podem distinguir salgado, azedo, doce e amargo para determinar se o paladar está intacto; eles geralmente respondem de modo afirmativo (embora a intensidade desses sabores possa parecer reduzida).

### Eventos precedentes

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

9

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmjjournals.com](http://bestpractice.bmjjournals.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exonerização de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

- O próximo passo é se concentrar em qualquer evento antecedente que possa estar associado ao início dos sintomas, tendo em mente as causas mais comuns de perda olfatória (ou seja, episódio de infecção viral do trato respiratório superior, traumatismo crânioencefálico, rinossinusite crônica).
- A perda olfatória que ocorre após um trauma crânioencefálico pode não ser imediatamente aparente. Ela pode ocorrer após o que aparenta ser um traumatismo crânioencefálico relativamente menor, que não seja facilmente lembrado pelo paciente. A perda olfatória tem maior probabilidade de ocorrer após uma pancada frontal ou occipital.
- É necessário investigar uma possível exposição a substâncias tóxicas.

Enfermidades concomitantes, medicamentos e cirurgia prévia

- Doença nasal crônica ou dos seios nasais crônica podem causar uma perda olfatória.
- Deve-se avaliar qualquer sintoma sistêmico associado ou afecções clínicas (por exemplo, doença de Alzheimer, doença de Parkinson, granulomatose com poliangitiite [de Wegener], sarcoidose, doença de Sjögren) que possam ser fatores causadores.
- Devem-se fazer perguntas sobre outros sintomas neurológicos, bem como sobre qualquer história familiar pertinente de doença neurológica ou clínica (por exemplo, síndrome de Turner, síndrome de Kallmann).
- Medicamentos atuais e passados devem ser revisados. Agentes quimioterápicos, diversos medicamentos (por exemplo, anfetaminas, estrogênio, nafazolina, fenotiazinas, uso prolongado de descongestionantes nasais, spray nasal de gliconato de zinco, reserpina) e radioterapia no crânio e pescoço podem afetar o sentido do olfato.[\[24\]](#) [\[26\]](#) [\[27\]](#) [\[28\]](#)
- A perda olfatória comumente ocorre após diversos procedimentos neurocirúrgicos e nasais.
- Pacientes com perda olfatória pós-viral tendem a se lembrar de que seu problema começou após uma infecção, e geralmente se lembram de que a infecção foi particularmente grave.

## Exame físico

Exame físico da cabeça, pescoço e nariz

- Um exame físico completo da cabeça e pescoço se focando no nariz e nas estruturas circundantes é necessário para descartar a possibilidade de patologia sinonasal.[\[10\]](#)
- A patologia dos seios nasais e a doença nasal crônica que causam uma perda olfatória geralmente por obstrução da cavidade nasal, impedindo assim o acesso de odorantes aos receptores olfatórios.
- É improvável que o desvio de septo por si só seja a causa de uma perda olfatória.
- É importante determinar se a perda é decorrente de um processo inflamatório, uma vez que essa é a única situação na qual a terapia será eficaz.
- Se disponível, a rinoscopia anterior pode ser usada para avaliar a presença de rinite, classificando-a em alérgica, atrófica, infecciosa ou vasomotora. Também pode ser usada para descartar a presença de pólipos nasais. No entanto, a rinoscopia anterior pode ser normal apesar da presença de patologia com obstrução da fenda olfatória (por exemplo, tumores) e, portanto, não é adequada para descartar uma perda olfatória condutiva.
- Se disponível, a endoscopia com exame por fibra óptica para visualizar o meato médio, o recesso esfenoetmoidal e a cavidade nasal fornece informações adicionais.

[\[Fig-2\]](#)

Na maioria dos casos, o exame nasal é normal. As exceções são as seguintes:

- Pólipos nasais: um pólio em desenvolvimento tem forma de gota; quando maduro, ele se assemelha a uma uva pelada sem semente.  
[Fig-1]
- Lesão cerebral: o exame nasal é normal, a menos que haja outras sequelas decorrentes da lesão. Achados de trauma nasal (como desvio por fratura do dorso nasal e deslocamento de septo) podem indicar lesão direta da fenda olfatória ou podem ser consistentes com uma lesão de golpe-contragolpe, ou ainda podem ter conduzido a uma patologia secundária nasal ou dos seios nasais que causa uma perda olfatória condutiva.
- Doença de Parkinson: geralmente, o exame físico da cabeça e do pescoço é normal, a menos que outros sinais neurológicos da doença se tornem aparentes, por exemplo, tremor em repouso (menos comum na cabeça e pescoço, mas pode envolver a mandíbula ou lábios) ou bradicinesia (expressão facial e movimentos oculares comprometidos).[32]
- Procedimentos craniofaciais: o exame nasal varia, dependendo da extensão da cirurgia no nariz e nos seios paranasais; o paciente pode ou não apresentar incisões nasais externas, dependendo de a abordagem facial ter sido intranasal (endoscópica) ou externa.
- Cirurgia endoscópica dos seios paranasais: a endoscopia nasal demonstra doença inflamatória com edema e possivelmente cicatrização; a fenda olfatória pode não ser facilmente visualizada, mas a cavidade nasal geralmente exibe edema, crostas ou cicatrização.
- Granulomatose de Wegener: o exame nasal demonstrará formação extensiva de crostas não apenas ao longo do septo nasal, mas frequentemente também ao longo da parede nasal lateral; a mucosa é friável e sangra facilmente. Os pacientes podem apresentar perfuração do septo nasal, podendo haver a presença de nariz em sela.
- Sarcoidose: nódulos submucosos de cor levemente amarelada podem estar presentes ao longo do septo nasal ou dos cornetas inferiores. Mucosa friável com crostas e sangramento pode estar presente. Podem ser observadas lesões cutâneas, principalmente em torno das asas nasais (lúpus pérnicio). Pode haver aumento das glândulas parótidas, das glândulas lacrimais e dos linfonodos cervicais.
- Síndrome de Sjögren: olhos e boca podem se apresentar ressecados; o nariz geralmente se apresenta normal. As glândulas parótidas podem estar aumentadas ou levemente sensíveis.
- Tumores sinonasais: o exame nasal, particularmente com endoscopia, revela uma lesão de massa dentro da cavidade nasal. Edema associado, secreção purulenta, pólipos ou crostas podem ser observados. Pode haver evidências de extensão além dos limites do nariz, como induração circundante, deslocamento orbital ou proptose.
- Estesioneuroblastoma: a endoscopia nasal revela uma massa friável vermelho-acinzentada dentro da cavidade nasal.

## Teste quimiossensorial

- Um autorrelato do paciente da perda olfatória não é confiável, de modo que é essencial a realização de um teste quimiossensorial.[1] [2] Várias abordagens de testes olfatórios foram validadas e estão disponíveis, embora algumas exijam pessoal treinado.[16] Pedir ao paciente que simplesmente identifique diversos odores aleatórios não é uma estratégia confiável ou reproduzível. Um teste apropriado deve seguir procedimentos de testes psicofisiológicos confiáveis e geralmente envolve a identificação de odores específicos, uma avaliação de limiar ou da capacidade de diferenciar a presença ou ausência de um odor.
- O teste de identificação de olfato da Universidade da Pensilvânia (UPSIT) é o mais utilizado, pois é facilmente acessível, não requer pessoal treinado para administrá-lo e foi testado rigorosamente para

estabelecer sua validade.<sup>[38]</sup> Ele consiste em 40 odorantes microencapsulados em tiras de raspar e cheirar que o paciente deve identificar, escolhendo uma entre 4 opções. Também está disponível uma versão de rastreamento mais curta deste teste, que utiliza apenas 4 odorantes.

- Para anosmia, os pacientes costumam obter de 7 a 19 respostas corretas no teste UPSIT; para hiposmia, de 20 a 34 respostas corretas.
- Outra opção útil é o teste Sniffin' Sticks ("canetas de cheiro"), desenvolvido na Alemanha.<sup>[39]</sup> Enquanto o teste UPSIT é um teste de identificação de odores, o Sniffin' Sticks utiliza um teste de identificação, de limiar e discriminação.
- Outro teste mais objetivo baseado no comportamento de cheirar foi desenvolvido na Universidade de Cincinnati e foi disponibilizado para a distribuição clínica, mas requer administração por pessoal qualificado.<sup>[40]</sup>
- Se nenhum desses testes estiver prontamente disponível, foi desenvolvido um método de rastreamento alternativo denominado de Alcohol Sniff Test que usa um lenço padrão embebido com álcool isopropílico a 70%.<sup>[41]</sup> Ele pode fornecer pelo menos uma avaliação preliminar em relação ao fato de o sentido do olfato do paciente estar realmente ausente.
- É difícil para pacientes medirem os distúrbios de paladar de maneira objetiva, motivo pelo qual um teste por gustometria química ou por eletrogustometria dos dois terços anteriores e posteriores da língua pode ser realizado. No entanto, isso é mais trabalhoso que o teste olfativo. Para gustometria química, soluções em concentrações crescentes são geralmente aplicadas à superfície da língua (com um conta-gotas ou uma tira gustativa) com os 4 sabores fundamentais: ácido cítrico (azedo), glicose (doce), cloreto de sódio (salgado) e quinina (amargo). Em alguns casos, o glutamato monossódico (umami) também pode ser testado. A eletrogustometria envolve a aplicação tópica de uma corrente elétrica fraca na língua, por meio da qual uma corrente positiva é percebida como um gosto azedo-metálico e uma corrente negativa como um gosto amargo-azedo. Esse teste é mais fácil de administrar, mas não pode separar as 4 qualidades de sabor e não é suficientemente preciso para uma avaliação espacial.

## Avaliação radiológica

No caso de a história ser inespecífica e o exame físico nasal não apresentar nada digno de nota, um exame neurológico completo por meio de tomografia computadorizada (TC) ou ressonância nuclear magnética (RNM) deve ser considerado. Radiografias simples geralmente são de pouca utilidade na avaliação da perda olfatória. Exames de TC e RNM são usados primariamente para descartar a presença de patologia sinonasal ou intracraniana, e para avaliar e/ou confirmar a extensão da lesão em pacientes que relatam trauma.

### tomografia computadorizada

- A TC fornece os detalhes mais claros da anatomia óssea e dos tecidos moles, além de demonstrar a presença de qualquer doença inflamatória subjacente. Além disso, ela fornece uma visualização apropriada da fenda olfatória.  
[Fig-3]
- Se o exame nasal for anormal ou se não for possível a realização de um exame nasal minucioso incluindo endoscopia, então uma TC dos seios paranasais é indicada. O plano coronal é o preferido, e geralmente não é necessário contraste, a menos que haja suspeita de um processo neoplásico.  
[Fig-4]
- No entanto, se a história de um paciente indicar claramente que uma doença do trato respiratório superior (DTRS) precedeu a perda olfatória, se um exame nasal detalhado incluindo endoscopia

for negativo e se não houver nenhum sinal ou sintoma neurológico associado, geralmente não é necessário um exame de TC para descartar patologia intracraniana ou dos seios nasais.

## RNM

- Se a história e o exame físico não indicarem uma causa provável, então a possibilidade de uma lesão intracraniana não diagnosticada se torna mais relevante, embora muito incomum. Ainda que certamente um tumor intracraniano ou uma doença neurodegenerativa possam causar perda olfatória, é incomum que tais pacientes procurem atendimento médico por esse motivo. Pelo contrário, esses pacientes geralmente desenvolvem outros sintomas que os levam a consultar um médico. Uma RNM com contraste é o procedimento de escolha para descartar essas lesões e pode ser indicada em alguns pacientes. No entanto, um estudo avaliou retrospectivamente os achados da RNM em pacientes que apresentavam perda olfatória idiopática e demonstrou que a incidência da patologia era extremamente pequena, não maior que na população geral.<sup>[42]</sup> Isso sugere que o uso de rotina da RNM em pacientes com perda olfatória idiopática pode não ser justificado.
- Uma RNM de rotina exibe adequadamente a fossa craniana anterior, incluindo o sulco olfatório.
- No entanto, se houver necessidade de visualizar mais detalhadamente os bulbos olfatórios (por exemplo, no caso de uma perda olfatória congênita), então é necessário discutir com o radiologista cortes mais especializados.

## Outros exames diagnósticos

- O uso de exames laboratoriais de rotina raramente é útil, mas pode ser considerado se for sugerido pela história médica. Qualquer problema subjacente geralmente terá sido previamente estabelecido pelo exame médico prévio, mas pode precisar ser explorado com mais detalhe se não houver nenhuma etiologia alternativa aparente para a disfunção quimiosensorial.
- A biópsia da mucosa nasal, na qual uma pequena amostra do tecido de revestimento do nariz é removida e analisada histopatologicamente para doenças, pode ser útil para confirmar diagnósticos diferenciais. Na granulomatose de Wegener, ela exibe inflamação granulomatosa com vasculite. Na sarcoidose, pode exibir granuloma não caseoso. Em tumores sinonasais, exibe evidências de malignidade.
- Embora certas deficiências de vitaminas e minerais, como vitamina B12, zinco ou cobre, possam alterar a função do paladar e do olfato, esses casos são extremamente raros. A avaliação desses desequilíbrios não precisa ser realizada rotineiramente, a menos que seja claramente indicada por outros sinais e sintomas ou pela história, no caso de os pacientes apresentarem essa predisposição.
- Corticosteroides têm um impacto anti-inflamatório potente no edema nasal e dos seios nasais. Diversos estudos demonstraram sua capacidade de reverter (mesmo que temporariamente) uma perda de olfato condutiva, embora não exerçam nenhum efeito se a perda olfatória for decorrente de outras causas.<sup>[10] [43] [44]</sup> Portanto, quando a história e o exame físico forem duvidosos (particularmente no caso de etiologia viral versus etiologia inflamatória crônica) e para ajudar a verificar se uma perda olfatória é condutiva, uma tentativa terapêutica com corticosteroides sistêmicos pode ser muito útil. Sprays de corticosteroides tópicos são muito menos eficazes que as preparações orais para esse fim.<sup>[10]</sup> A dose de corticosteroides pode variar, mas não precisa ser alta. Exemplos de casos em que corticosteroides orais podem ser usados para confirmar o diagnóstico após uma perda olfatória incluem pólipos nasais, inflamação do trato respiratório superior e pós-cirurgia endoscópica dos seios paranasais.

- Em distúrbios neurodegenerativos, embora testes cognitivos possam auxiliar no diagnóstico da doença de Alzheimer, não existem testes diagnósticos específicos disponíveis para a doença de Parkinson.
- Na granulomatose de Wegener, o exame de sangue é positivo para o anticorpo anticitoplasma de neutrófilo com padrão citoplasmático (C-ANCA).
- Na sarcoidose, as radiografias torácicas mostram adenopatia hilar e/ou paratraqueal com infiltrados bilaterais predominantemente no lobo superior.
- Na síndrome de Sjögren (SS), o exame de sangue é positivo para anticorpos contra SS-A e SS-B. O teste de Schirmer mostra produção de lágrimas reduzida e a biópsia das glândulas salivares menores do lábio inferior exibe infiltração linfocítica.
- Na síndrome de Turner, a cariotipagem exibe cromossomo X anormal.

# Visão geral do diagnóstico diferencial

## Comum

Infecção viral do trato respiratório superior

Pólipos nasais

Sinusite inflamatória crônica

Trauma frontal ou occipital

Lesão concussiva causada por pancada frontal ou occipital na cabeça

Envelhecimento

## Incomum

Exposição a substâncias químicas

Exposição a medicamentos

Radioterapia da cabeça e pescoço

Doença de Alzheimer

Doença de Parkinson

Craniotomia anterior

Procedimentos craniofaciais

Cirurgia endoscópica dos seios paranasais

Granulomatose com poliangiíte (de Wegener)

Sarcoidose

Síndrome de Sjögren

Tumores sinonasais

Estesioneuroblastoma

Meningioma do sulco olfatório

## Incomum

Síndrome de Turner

Síndrome de Kallman

# Diagnóstico diferencial

## Comum

### ◊ Infecção viral do trato respiratório superior

História	Exame	1º exame	Outros exames
perda olfatória imediatamente após uma doença do trato respiratório superior (DTRS); outros sintomas de DTRS que remitiram; os pacientes tipicamente procuram atendimento médico meses ou anos após o início	o exame nasal é normal, sem evidências de inflamação ou infecção nasal; disosmia em cerca de 66% dos pacientes	» <b>diagnóstico clínico:</b> o diagnóstico geralmente é feito de maneira clínica e presuntiva, sem testes diagnósticos » <b>teste quimiosensorial:</b> anosmia: 7 a 19 respostas corretas no teste de identificação de olfato da Universidade de Pensilvânia (UPSTIT); hiposmia: 20 a 34 respostas corretas no UPSTIT	» <b>tomografia computadorizada (TC) dos seios paranasais:</b> normal Não obrigatória, mas é recomendada se houver inflamação nasal, se um exame nasal endoscópico detalhado não puder ser realizado ou se o paciente descrever uma história que sugira a possibilidade de doença dos seios nasais crônica.

### ◊ Pólipos nasais

História	Exame	1º exame	Outros exames
perda olfatória de início gradual; história de infecções frequentes dos seios nasais ou alergias conhecidas; congestão nasal e secreções frequentes; em cerca de 50% dos pacientes a perda olfatória oscila; obstrutiva e não neurosensorial[10]	o exame nasal deve mostrar a presença de pólipos; a rinoscopia anterior pode demonstrar pólipos nasais; a endoscopia nasal revela sinais de inflamação	» <b>teste quimiosensorial:</b> anosmia: 7 a 19 respostas corretas no teste de identificação de olfato da Universidade de Pensilvânia (UPSTIT); hiposmia: 20 a 34 respostas corretas no UPSTIT » <b>corticosteroides sistêmicos:</b> o sentido do olfato deve melhorar enquanto o paciente estiver tomando corticosteroides	» <b>tomografia computadorizada (TC) dos seios paranasais:</b> resultados positivos podem incluir qualquer um dos seguintes sinais: espessamento extensivo da mucosa dentro do complexo ostiomeatal, espessamento extensivo da mucosa etmoidal anterior e posterior, pansinusite, pólipos nasais, espessamento extensivo da mucosa (dos cornetos mediais aos superiores), pneumatização dos cornetos superiores

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmjjournals.com](http://bestpractice.bmjjournals.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneración de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

## Comum

## ◊ Pólipos nasais

História	Exame	1º exame	Outros exames
			com impactação contra o septo nasal A presença de variações anatômicas, como corneto médio pneumatizado (concha bolhosa), célula de Haller, corneto médio paradoxal ou desvio de septo sem a presença de qualquer espessamento da mucosa, provavelmente não tem significância e não está relacionada à perda olfatória.

## ◊ Sinusite inflamatória crônica

História	Exame	1º exame	Outros exames
perda olfatória de início gradual; história de infecções frequentes dos seios nasais ou alergias conhecidas; congestão nasal e secreções frequentes; em cerca de 50% dos pacientes a perda olfatória oscila; obstrutiva e não neurosensorial[10]	o exame nasal deve mostrar a presença de pólipos; a rinoscopia anterior pode demonstrar pólipos nasais; um desvio de septo raramente está associado à perda olfatória;[10] a endoscopia nasal revela sinais de inflamação	» <b>teste quimiossensorial:</b> anosmia: 7 a 19 respostas corretas no teste UPSIT; hiposmia: 20 a 34 respostas corretas no teste UPSIT » <b>corticosteroides sistêmicos:</b> o sentido do olfato deve melhorar enquanto o paciente estiver tomando corticosteroides	» <b>tomografia computadorizada (TC) dos seios paranasais:</b> resultados positivos podem incluir qualquer um dos seguintes sinais: espessamento extensivo da mucosa dentro do complexo ostiomeatal, espessamento extensivo da mucosa etmoidal anterior e posterior, pansinusite, pólipos nasais, espessamento extensivo da mucosa (dos cornetos mediais aos superiores), pneumatização dos cornetos superiores com impactação contra o septo nasal

## Comum

## ◊ Sinusite inflamatória crônica

História	Exame	1º exame	Outros exames
			A presença de variações anatômicas, como corneto médio pneumatizado (concha bolhosa), célula de Haller, corneto médio paradoxal ou desvio de septo sem a presença de qualquer espessamento da mucosa, provavelmente não tem significância e não está relacionada à perda olfatória.

## ¶ Trauma frontal ou occipital

História	Exame	1º exame	Outros exames
perda olfatória imediatamente após trauma crânioencefálico, particularmente após uma pancada frontal ou occipital, embora o paciente possa se aperceber da perda depois de uma semana ou mais; a recuperação é rara; aproximadamente 66% dos pacientes relatam anosmia e 33% hiposmia;[10] a maioria é do sexo masculino na faixa etária entre 20 e 50 anos, o que é consistente com o grupo de risco elevado para trauma crânioencefálico; observações operatórias de qualquer procedimento neurocirúrgico ou	sinais físicos de traumatismo crânioencefálico podem estar presentes; o exame nasal é normal, a menos que existam outras sequelas da lesão; os achados de trauma nasal (como desvio por fratura do dorso nasal e deslocamento de septo) podem indicar lesão direta da fenda olfatória ou podem ser consistentes com uma lesão de golpe-contragolpe, ou ainda podem conduzir a uma patologia secundária nasal ou dos seios nasais que causa uma perda olfatória condutiva	» <b>teste quimiosensorial:</b> anosmia: 7 a 19 respostas corretas no teste de identificação de olfato da Universidade de Pensilvânia (UPSIT); hiposmia: 20 a 34 respostas corretas no UPSIT	» <b>ressonância nuclear magnética (RNM):</b> pode exibir lesão direta dos bulbos olfatórios, do trato olfatório ou do lobo frontal inferior[37] Não é obrigatória. A gravidade da lesão observada na RNM nem sempre está correlacionada aos testes olfatórios.[37] A RNM normal não descarta a etiologia traumática.  » <b>Tomografia computadorizada (TC):</b> alta resolução, corte fino através da base do crânio pode mostrar fratura

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmjjournals.com](http://bestpractice.bmjjournals.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exonerização de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

**Comum****🚩 Trauma frontal ou occipital**

História	Exame	1º exame	Outros exames
maxilofacial devem ser revisadas			Não é obrigatória. A TC normal não descarta lesão traumática.

**🚩 Lesão concussiva causada por pancada frontal ou occipital na cabeça**

História	Exame	1º exame	Outros exames
perda olfatória imediatamente após trauma crânioencefálico, embora o paciente possa se aperceber da perda depois de uma semana ou mais; aproximadamente 66% dos pacientes relatam anosmia e 33% hiposmia; <sup>[10]</sup> com lesão concussiva, os pacientes podem apresentar alguma recuperação da função tipicamente dentro do primeiro ano após a lesão; observações operatórias de qualquer procedimento neurocirúrgico ou maxilofacial devem ser revisadas	sinais físicos de traumatismo cranioencefálico podem estar presentes; o exame nasal é normal, a menos que existam outras sequelas da lesão; os achados de trauma nasal (como desvio por fratura do dorso nasal e deslocamento de septo) podem indicar lesão direta da fenda olfatória ou podem ser consistentes com uma lesão de golpe-contragolpe, ou ainda podem conduzir a uma patologia secundária nasal ou dos seios nasais que causa uma perda olfatória condutiva	» <b>teste quimiosensorial:</b> anosmia: 7 a 19 respostas corretas no teste de identificação de olfato da Universidade de Pensilvânia (UPSTIT); hiposmia: 20 a 34 respostas corretas no UPSTIT	» <b>ressonância nuclear magnética (RNM):</b> pode exibir lesão direta dos bulbos olfatórios, do trato olfatório ou do lobo frontal inferior <sup>[37]</sup> Não é obrigatória. A gravidade da lesão observada na RNM nem sempre está correlacionada aos testes olfatórios. <sup>[37]</sup> A RNM normal não descarta a etiologia traumática.  » <b>Tomografia computadorizada (TC):</b> alta resolução, corte fino através da base do crânio pode mostrar fratura Não é obrigatória. A TC normal não descarta lesão traumática.

**◊ Envelhecimento**

História	Exame	1º exame	Outros exames
a perda olfatória tem início gradual	o exame da cabeça e do pescoço geralmente é normal; o exame nasal é normal	» <b>teste quimiosensorial:</b> anosmia: 7 a 19 respostas	

**Comum****◊ Envelhecimento**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		corretas no teste de identificação de olfato da Universidade de Pensilvânia (UPSIT); hiposmia: 20 a 34 respostas corretas no UPSIT Em comparação aos controles de idade correspondente.[4]	

**Incomum****◊ Exposição a substâncias químicas**

História	Exame	1º exame	Outros exames
exposição súbita a substâncias tóxicas (por exemplo, incêndio de fósforo, gás cloro, poeira de metais, solventes, fumaças ácidas, vapores de óleo e alguns produtos de limpeza domésticos); geralmente associada a queimaduras e irritação do nariz, olhos e algumas vezes da boca e garganta; pode haver história de exposição de baixo nível a substâncias tóxicas ao longo de muitos anos	exame nasal normal, a menos que o paciente seja avaliado quase que imediatamente após o irritante tóxico	» <b>teste quimiossensorial:</b> anosmia: 7 a 19 respostas corretas no teste de identificação de olfato da Universidade de Pensilvânia (UPSIT); hiposmia: 20 a 34 respostas corretas no UPSIT	

**◊ Exposição a medicamentos**

História	Exame	1º exame	Outros exames
início gradual da perda olfatória; possível exposição a agentes quimioterápicos, descongestionantes, anfetaminas, reserpina, estrogênio, nafazolina,	exame da cabeça e pescoço normal; para o gliconato de zinco, o exame nasal é normal, a menos que o paciente seja avaliado quase que	» <b>teste quimiossensorial:</b> anosmia: 7 a 19 respostas corretas no teste de identificação de olfato da Universidade de	

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmjjournals.com](http://bestpractice.bmjjournals.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exonerização de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

**Incomum****◊ Exposição a medicamentos**

História	Exame	1º exame	Outros exames
fenotiazinas ou gliconato de zinco, ou uso prolongado de descongestionantes nasais; o gliconato de zinco geralmente está associado a uma sensação de queimação imediata no nariz após o uso do spray, e subsequentemente o paciente percebe uma perda do olfato[24]	imediatamente após o uso do spray	Pensilvânia (UPSIT); hiposmia: 20 a 34 respostas corretas no UPSIT	

**◊ Radioterapia da cabeça e pescoço**

História	Exame	1º exame	Outros exames
ocorre após a radioterapia	exame nasal normal, a menos que o paciente seja avaliado quase que imediatamente após a radioterapia	» <b>teste quimiossensorial:</b> anosmia: 7 a 19 respostas corretas no teste de identificação de olfato da Universidade de Pensilvânia (UPSIT); hiposmia: 20 a 34 respostas corretas no UPSIT	

**◊ Doença de Alzheimer**

História	Exame	1º exame	Outros exames
perda olfatória de início gradual; o paciente pode exibir sinais de perda de memória ou desorientação	o exame da cabeça e do pescoço geralmente é normal	» <b>testes cognitivos:</b> deficiência na evocação, disfasia nominal, desorientação (de tempo, lugar e por fim de pessoas), dispraxia construtiva e deficiência no funcionamento executivo  » <b>teste quimiossensorial:</b> anosmia: 7 a 19 respostas	

**Incomum****◊ Doença de Alzheimer**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		corretas no teste de identificação de olfato da Universidade de Pensilvânia (UPSiT); hiposmia: 20 a 34 respostas corretas no UPSiT Em comparação aos controles de idade correspondente.[4]	

**◊ Doença de Parkinson**

História	Exame	1º exame	Outros exames
perda olfatória de início gradual; o paciente pode começar a desenvolver outros sinais neurológicos focais; pode relatar sintomas sugestivos de bradicinesia, rigidez, tremor em repouso e/ou instabilidade postural	o exame da cabeça e do pescoço geralmente é normal, a menos que outros sinais neurológicos da doença de Parkinson se tornarem aparentes, por exemplo, tremor em repouso (menos comum na cabeça e pescoço, mas pode envolver a mandíbula ou lábios) ou bradicinesia (expressão facial e movimentos oculares comprometidos); identificação de odores prejudicada associada à degeneração neurológica mais rápida, particularmente ao distúrbio da marcha[32]	» <b>teste quimiosensorial:</b> anosmia: 7 a 19 respostas corretas no teste de identificação de olfato da Universidade de Pensilvânia (UPSiT); hiposmia: 20 a 34 respostas corretas no UPSiT Em comparação aos controles de idade correspondente.[4]	

**◊ Craniotomia anterior**

História	Exame	1º exame	Outros exames
o paciente relata ter realizado cirurgia prévia para uma lesão intracraniana (por	o exame nasal é normal; cicatriz da craniotomia aparente	» <b>teste quimiosensorial:</b> anosmia: 7 a 19 respostas	

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmjjournals.com](http://bestpractice.bmjjournals.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

**Incomum****◊ Craniotomia anterior**

História	Exame	1º exame	Outros exames
exemplo, neoplasia, aneurisma); o paciente percebe a perda do olfato imediatamente após a cirurgia		corretas no teste de identificação de olfato da Universidade de Pensilvânia (UPSiT)	

**◊ Procedimentos craniofaciais**

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de cirurgia mais comumente para um processo neoplásico envolvendo a base do crânio anterior; o paciente percebe a perda do olfato imediatamente após a cirurgia	o exame nasal varia, dependendo da extensão da cirurgia no nariz e nos seios paranasais; o paciente pode ou não apresentar incisões nasais externas, dependendo de a abordagem facial ter sido intranasal (endoscópica) ou externa	» <b>teste quimiosensorial:</b> anosmia: 7 a 19 respostas corretas no teste de identificação de olfato da Universidade de Pensilvânia (UPSiT)	

**◊ Cirurgia endoscópica dos seios paranasais**

História	Exame	1º exame	Outros exames
o paciente relata a perda do olfato imediatamente após a cirurgia dos seios nasais, a qual não melhorou depois que o inchaço intranasal pós-operatório remitiu; se a perda oscilar, pode ser decorrente de doença inflamatória residual; se não oscilar, ainda pode estar relacionada a doença persistente, a possível cicatrização na fenda olfatória ou, de maneira menos provável, a lesão direta do neuroepitélio olfatório	a endoscopia nasal demonstra doença inflamatória com edema e possivelmente cicatrização; a fenda olfatória pode não ser facilmente visualizada, mas a cavidade nasal geralmente exibe edema, crostas ou cicatrização	» <b>teste quimiosensorial:</b> anosmia: 7 a 19 respostas corretas no teste de identificação de olfato da Universidade de Pensilvânia (UPSiT); hiposmia: 20 a 34 respostas corretas no UPSiT  » <b>tomografia computadorizada (TC) dos seios paranasais:</b> a TC dos seios da face sem contraste no plano coronal demonstra áreas de inflamação (ou seja, espessamento ou cicatrização da mucosa) dentro dos	

**Incomum****◊ Cirurgia endoscópica dos seios paranasais**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>seios etmoidais ou da fenda olfatória</p> <p>»<b>corticosteroides sistêmicos:</b> o sentido do olfato deve melhorar enquanto o paciente estiver tomando corticosteroides</p>	

**◊ Granulomatose com poliangiite (de Wegener)**

História	Exame	1º exame	Outros exames
<p>perda olfatória secundária à sinusite crônica que pode ocorrer em associação com a granulomatose de Wegener; os pacientes geralmente se queixam de congestão nasal, crostas e infecções recorrentes; a sinusite pode ser a primeira manifestação da doença autoimune com desenvolvimento posterior de sintomas pulmonares e renais[34]</p>	<p>o exame nasal demonstra formação extensiva de crostas não apenas ao longo do septo nasal, mas frequentemente também ao longo da parede nasal lateral; a mucosa é friável e sangra facilmente; os pacientes podem apresentar perfuração do septo nasal; nariz em sela pode estar presente</p>	<p>»<b>exame de sangue: anticorpo anticitoplasma de neutrófilo com padrão citoplasmático (C-ANCA):</b> positiva</p> <p>»<b>teste quimiossensorial:</b> anosmia: 7 a 19 respostas corretas no teste de identificação de olfato da Universidade de Pensilvânia (UPSIT); hiposmia: 20 a 34 respostas corretas no UPSIT</p> <p>»<b>tomografia computadorizada (TC) dos seios paranasais:</b> resultados positivos podem incluir qualquer um dos seguintes sinais: espessamento extensivo da mucosa dentro do complexo ostiomeatal, espessamento extensivo da mucosa etmoidal anterior e posterior, pansinusite, pólipos nasais, espessamento extensivo da mucosa</p>	<p>»<b>biópsia nasal:</b> inflamação granulomatosa com vasculite</p>

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmjjournals.com](http://bestpractice.bmjjournals.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exonerização de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

## Incomum

## ◊ Granulomatose com poliangiite (de Wegener)

História	Exame	1º exame	Outros exames
		(dos cornetos mediais aos superiores)	

## ◊ Sarcoidose

História	Exame	1º exame	Outros exames
a perda olfatória pode ser decorrente do comprometimento direto do neuroepitélio olfatório ou da obstrução da fenda olfatória secundária à doença crônica dos seios nasais, que pode ocorrer em associação com a sarcoidose; os pacientes geralmente se queixam de congestão nasal, crostas e infecções recorrentes; a doença dos seios nasais raramente é a primeira manifestação da sarcoidose, e os pacientes frequentemente apresentam manifestações pulmonares, cutâneas ou outras manifestações da doença; pode haver queixa de boca seca (xerostomia) e olhos ressecados (xeroftalmia)[45]	nódulos submucosos de cor levemente amarelada podem estar presentes ao longo do septo nasal ou dos cornetos inferiores; mucosa friável com crostas e com sangramento pode estar presente; podem ser observadas lesões cutâneas, principalmente em torno das asas nasais (lúpus pérnio); pode haver aumento das glândulas parótidas, das glândulas lacrimais e dos linfonodos cervicais	<p>»<b>radiografia torácica:</b> mostra adenopatia hilar e/ou paratraqueal com infiltrados bilaterais predominantemente no lobo superior</p> <p>»<b>teste químiosensorial:</b> anosmia: 7 a 19 respostas corretas no teste de identificação de olfato da Universidade de Pensilvânia (UPSTIT); hiposmia: 20 a 34 respostas corretas no UPSTIT</p> <p>»<b>tomografia computadorizada (TC) dos seios paranasais:</b> Resultados positivos podem incluir qualquer um dos seguintes: espessamento extensivo da mucosa dentro do complexo ostiomeatal, espessamento extensivo da mucosa etmoidal anterior e posterior, pansinusite, pólipos nasais, espessamento extensivo da mucosa (dos cornetos mediais aos superiores), alargamento do septo nasal secundário aos nódulos sarcoídes</p>	<p>»<b>biópsia nasal:</b> granuloma não caseoso</p>

## Incomum

### ◊ Síndrome de Sjögren

História	Exame	1º exame	Outros exames
a perda olfatória pode ocorrer em associação com queixas de olhos ressecados (xeroftalmia) e boca seca (xerostomia); pode estar associada a sintomas de artrite, incluindo dor e rigidez nas articulações	olhos e boca podem se apresentar secos, geralmente o exame nasal é normal; as glândulas parótidas podem estar aumentadas ou levemente sensíveis	» <b>exame de sangue: anticorpos contra SS-A e SS-B:</b> positiva » <b>teste quimiosensorial:</b> anosmia: 7 a 19 respostas corretas no teste de identificação de olfato da Universidade de Pensilvânia (UPSiT); hiposmia: 20 a 34 respostas corretas no UPSiT	» <b>teste de Schirmer:</b> produção diminuída do filme lacrimal » <b>biópsia das glândulas salivares menores do lábio inferior:</b> infiltração linfocítica

### ☒ Tumores sinonasais

História	Exame	1º exame	Outros exames
os pacientes com tumores sinonasais raramente procuram atendimento médico para a perda olfatória, mas frequentemente buscam atendimento devido à obstrução nasal, à epistaxe, à dor ou à drenagem de muco; a perda olfatória geralmente tem início gradual; os sintomas unilaterais levantam a preocupação sobre a possibilidade de processo neoplásico	o exame nasal, particularmente com endoscopia, revela uma lesão de massa dentro da cavidade nasal; edema associado, secreção purulenta, pólipos ou crostas podem ser observados; evidências de extensão além dos limites do nariz podem estar presentes, como induração circundante, deslocamento orbital ou proptose	» <b>biópsia nasal:</b> a histopatologia é determinada com base na biópsia Os tumores malignos que podem surgir no nariz incluem carcinoma de células escamosas, adenocarcinoma, estesioneuroblastoma, melanoma e carcinoma sinonasal indiferenciado (CSI); os tumores benignos incluem papiloma invertido, schwannoma e hemangioma capilar.  » <b>teste quimiosensorial:</b> anosmia: 7 a 19 respostas corretas no teste de identificação de olfato da Universidade de Pensilvânia (UPSiT);	» <b>ressonância nuclear magnética (RNM) do crânio:</b> diferencia o tumor do cérebro e de outras estruturas normais do cérebro, e do muco pós-obstrutivo Particularmente útil quando há evidências de erosão óssea circundante para diferenciar o tumor em relação aos tecidos circundantes.

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmjjournals.com](http://bestpractice.bmjjournals.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exonerização de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

**Incomum****Tumores sinonasais**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>hiposmia: 20 a 34 respostas corretas no UPSIT</p> <p>»<b>tomografia computadorizada (TC) dos seios paranasais:</b> lesão de massa geralmente é observada com áreas circundantes de erosão óssea</p>	

**Estesioneuroblastoma**

História	Exame	1º exame	Outros exames
perda olfatória geralmente associada com sangramento, secreções, obstrução; os sintomas podem ser unilaterais; lesões avançadas podem estar associadas à proptose, à oftalmoplegia ou a complicações intracranianas[46]	a endoscopia nasal revela uma massa friável vermelho-acinzentada dentro da cavidade nasal	<p>»<b>tomografia computadorizada (TC) dos seios paranasais:</b> o plano coronal demonstra uma massa de tecido mole dentro da cavidade nasal, com ou sem erosão óssea circundante, e possivelmente com as cavidades dos seios nasais obstruídas</p> <p>»<b>teste quimiosensorial:</b> anosmia: 7 a 19 respostas corretas no teste de identificação de olfato da Universidade de Pensilvânia (UPSTIT); hiposmia: 20 a 34 respostas corretas no UPSIT</p>	<p>»<b>ressonância nuclear magnética (RNM) do crânio:</b> ajuda a delinear a extensão intraorbital ou intracraniana</p>

**Meningioma do sulco olfatório**

História	Exame	1º exame	Outros exames
esses tumores costumam ser relativamente grandes	o exame nasal pode ser normal; achados de depressão ou	» <b>tomografia computadorizada (TC) de crânio</b>	

## Incomum

**Meningioma do sulco olfatório**

História	Exame	1º exame	Outros exames
(>4 cm) quando descobertos em virtude do diagnóstico tardio; <sup>[46]</sup> os pacientes apresentam anosmia e sintomas psiquiátricos, particularmente depressão, apatia e retardo psicomotor; incontinência urinária e distúrbios da marcha são sintomas tardios; os pacientes podem não ter consciência da anosmia em decorrência de seu início muito gradual	alterações na emoção e cognição, com outros achados neurológicos potenciais (por exemplo, incontinência, papiledema, hemiparesia)	<p><b>com contraste:</b> massa extradural homogeneamente realçada deslocando abruptamente o cérebro; possível erosão da base do crânio</p> <p>»<b>ressonância nuclear magnética (RNM) cranioencefálica com contraste:</b> massa extradural realçada sem invasão circundante</p> <p>»<b>teste quimiosensorial:</b> anosmia: 7 a 19 respostas corretas no teste de identificação de olfato da Universidade de Pensilvânia (UPSIT); hiposmia: 20 a 34 respostas corretas no UPSIT</p>	

**◊ Síndrome de Turner**

História	Exame	1º exame	Outros exames
distúrbio no cromossomo X que afeta mulheres; se houver perda olfatória, as pacientes apresentam incapacidade de sentir odores por toda a vida	o fenótipo varia, mas pode estar associado a baixa estatura, falta de desenvolvimento sexual, pescoço alado, tórax largo em barril, ptose, orelhas de implantação baixa, múltiplos nevos pigmentados, olhos secos, infertilidade; defeitos nos rins e coração são comuns	<p>»<b>cariotipagem:</b> cromossomo X anormal</p> <p>»<b>teste quimiosensorial:</b> anosmia: 7 a 19 respostas corretas no teste de identificação de olfato da Universidade de Pensilvânia (UPSIT)</p>	

## Incomum

## ◊ Síndrome de Kallman

História	Exame	1º exame	Outros exames
síndrome autossômica dominante caracterizada por hipogonadismo hipogonadotrófico e anosmia; perda olfatória completa presente desde o nascimento; <sup>[36]</sup> pode haver fadiga, dispneia (associada a defeitos cardíacos congênitos)	puberdade tardia, ausência de características sexuais secundárias; massa muscular e força reduzidas, distribuição de gordura sobre o quadril e tórax	» <b>teste quimiosensorial:</b> anosmia: 7 a 19 respostas corretas no teste de identificação de olfato da Universidade de Pensilvânia (UPSIT)	» <b>ressonância nuclear magnética (RNM) do crânio com atenção especial para os bulbos olfatórios:</b> bulbos olfatórios ausentes, achatamento dos giros retos

## Artigos principais

- Seiden AM. The initial assessment of patients with taste and smell disorders. In: Seiden AM, ed. Taste and smell disorders. New York, NY: Thieme; 1997:4-19.
- Harris R, Davidson TM, Murphy C, et al. Clinical evaluation and symptoms of chemosensory impairment: 1000 consecutive cases from the nasal dysfunction clinic in San Diego. Am J Rhinol. 2006;20:101-108.
- Seiden AM, Duncan HJ. The diagnosis of a conductive olfactory loss. Laryngoscope. 2001;111:9-14.
- Hummel T, Lötsch J. Prognostic factors of olfactory dysfunction. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2010;136:347-351. [Texto completo](#)
- Duncan HJ, Seiden AM. Long-term follow-up of olfactory loss secondary to head trauma and upper respiratory tract infection. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1995;121:1183-1187.
- Goodspeed RB, Gent JF, Catalanotto FA. Chemosensory dysfunction. Clinical evaluation results from a taste and smell clinic. Postgrad Med. 1987;81:251-257.
- Amoore JE. Effects of chemical exposure on olfaction in humans. In: Barrow CS, ed. Toxicology of the nasal passages. Washington, DC: Hemisphere Publishing; 1986:263-273.

## Referências

1. Bramerson A, Johansson L, Ek L, et al. Prevalence of olfactory dysfunction: the Skovde population-based study. Laryngoscope. 2004;114:733-737.
2. Murphy C, Schubert CR, Cruickshanks KJ, et al. Prevalence of olfactory impairment in older adults. JAMA. 2002;288:2307-2312.
3. Hoffman HJ, Ishii EK, MacTurk RH. 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. Ann NY Acad Sci. 1998;855:716-722.
4. Seiden AM. The initial assessment of patients with taste and smell disorders. In: Seiden AM, ed. Taste and smell disorders. New York, NY: Thieme; 1997:4-19.
5. Jafek BW, Hartman L, Eller PM, et al. Postviral olfactory dysfunction. Am J Rhinol. 1990;4:91-100.
6. Lindemann B, Ogiwara Y, Ninomiya Y. The discovery of umami. Chem Senses. 2002;27:843-844.
7. Deems DA, Doty RL, Settle RG, et al. Smell and taste disorders, a study of 750 patients from the University of Pennsylvania Smell and Taste Center. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1991;117:519-528.

8. Harris R, Davidson TM, Murphy C, et al. Clinical evaluation and symptoms of chemosensory impairment: 1000 consecutive cases from the nasal dysfunction clinic in San Diego. *Am J Rhinol.* 2006;20:101-108.
9. Konstantinidis I, Tsakiroglou E, Bekiaridou P, et al. Use of olfactory training in post-traumatic and postinfectious olfactory dysfunction. *Laryngoscope.* 2013;123:E85-E90.
10. Seiden AM, Duncan HJ. The diagnosis of a conductive olfactory loss. *Laryngoscope.* 2001;111:9-14.
11. Hummel T, Lötsch J. Prognostic factors of olfactory dysfunction. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2010;136:347-351. [Texto completo](#)
12. Duncan HJ, Seiden AM. Long-term follow-up of olfactory loss secondary to head trauma and upper respiratory tract infection. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1995;121:1183-1187.
13. Cavazzana A, Larsson M, Münch M, et al. Postinfectious olfactory loss: a retrospective study on 791 patients. *Laryngoscope.* 2017 May 29 [Epub ahead of print].
14. DiNardo LJ, Costanzo RM. Postraumatic olfactory loss. In: Seiden AM, ed. *Taste and smell disorders.* New York, NY: Thieme; 1997:79-87.
15. Collet S, Gruliois V, Bertrand B, et al. Post-traumatic olfactory dysfunction: a cohort study and update. *B-ENT.* 2009;5:97-107.
16. Goodspeed RB, Gent JF, Catalanotto FA. Chemosensory dysfunction. Clinical evaluation results from a taste and smell clinic. *Postgrad Med.* 1987;81:251-257.
17. Kern RC. Chronic sinusitis and anosmia: pathologic changes in the olfactory mucosa. *Laryngoscope.* 2000;110:1071-1077.
18. Konstantinidis I, Witt M, Kaidoglou K, et al. Olfactory mucosa in nasal polyposis: implications for FESS outcome. *Rhinology.* 2010;48:47-53.
19. Yee KK, Pribitkin EA, Cowart BJ, et al. Neuropathology of the olfactory mucosa in chronic rhinosinusitis. *Am J Rhinol Allergy.* 2010;24:110-120.
20. Kohli P, Naik AN, Harruff EE, et al. The prevalence of olfactory dysfunction in chronic rhinosinusitis. *Laryngoscope.* 2017;127:309-20.
21. Kohli P, Naik AN, Farhood Z, et al. Olfactory outcomes after endoscopic sinus surgery for chronic rhinosinusitis: a meta-analysis. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2016;155:936-48.
22. Amoore JE. Effects of chemical exposure on olfaction in humans. In: Barrow CS, ed. *Toxicology of the nasal passages.* Washington. DC: Hemisphere Publishing; 1986;263-273.
23. Upadhyay UD, Holbrook EH. Olfactory loss as a result of toxic exposure. *Otolaryngol Clin N Amer.* 2004;37:1185-1207.

24. Jafek BW, Linschoten MR, Murrow BW. Anosmia after intranasal zinc gluconate use. *Am J Rhinol.* 2004;18:137-141.
25. Alexander TH, Davidson TM. Intranasal zinc and anosmia: the zinc-induced anosmia syndrome. *Laryngoscope.* 2006;116:217-220.
26. Schiffman SS. Drugs influencing taste and smell perception. In: Getchell TV, Doty RL, Bartoshuk LM, et al, eds. *Smell and taste in health and disease.* New York, NY: Raven Press; 1991: 845-850.
27. Comeau TB, Epstein JB, Migas C. Taste and smell dysfunction in patients receiving chemotherapy: a review of current knowledge. *Support Care Cancer.* 2001;9:575-580.
28. Ophir D, Guterman A, Gross-Isseroff R. Changes in smell acuity induced by radiation exposure of the olfactory mucosa. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1988;114:853-855.
29. Hosemann W, Gode U, Wigand ME. Indications, technique, and results of endonasal endoscopic ethmoidectomy. *Acta Otorhinolaryngol Belg.* 1993;47:73-83.
30. Kovacs T. Mechanisms of olfactory dysfunction in aging and neurodegenerative disorders. *Ageing Res Rev.* 2004;3:215-232.
31. Devanand DP, Michaels-Marston KS, Liu X, et al. Olfactory deficits in patients with mild cognitive impairment predict Alzheimer's disease at follow-up. *Am J Psychiatry.* 2000;157:1399-1405.
32. Wilson RS, Arnold SE, Buchman AS, et al. Odor identification and progression of parkinsonian signs in older persons. *Exp Aging Res.* 2008;34:173-187.
33. Iannilli E, Stephan L, Hummel T, et al. Olfactory impairment in Parkinson's disease is a consequence of central nervous system decline. *J Neurol.* 2017;264:1236-46.
34. Gottschlich S, Ambrosch P, Kramkowski D, et al. Head and neck manifestations of Wegener's granulomatosis. *Rhinology.* 2006;44:227-233.
35. Getchell ML, Melbert TK. Olfactory mucus secretions. In: Getchell TV, Doty RL, Bartoshuk LM, et al, eds. *Smell and taste in health and disease.* New York, NY: Raven Press; 1991:83-95.
36. John H, Schmid C. Kallmann's syndrome: clues to clinical diagnosis. *Int J Impot Res.* 2000;12:121-123.
37. Hamilton BE, Weissman JL. Imaging of chemosensory loss. *Otolaryngol Clin N Amer.* 2004;37:1255-1280.
38. Doty RL, Shaman P, Dann M. Development of the University of Pennsylvania Smell Identification Test: a standardized microencapsulated test of olfactory function. *Physiol Behav.* 1984;32:489-502.
39. Hummel T, Sekinger B, Wolf SR, et al. "Sniffin' sticks": olfactory performance assessed by the combined testing of odor identification, odor discrimination, and olfactory threshold. *Chem Senses.* 1997;22:39-52.

40. Frank RA, Gesteland RC, Bailie J, et al. Characterization of the Sniff Magnitude Test. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2006;132:532-536.
41. Davidson TM, Murphy C. Rapid clinical evaluation of anosmia: the alcohol sniff test. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1997;123:591-594.
42. Hoekman PK, Houlton JJ, Seiden AM. The utility of magnetic resonance imaging in the diagnostic evaluation of idiopathic olfactory loss. Laryngoscope. 2014;124:365-368.
43. Ikeda K, Sakurada T, Suzaki Y, et al. Efficacy of systemic corticosteroid treatment for anosmia with nasal and paranasal sinus disease. Rhinology. 1995;33:162-165.
44. Mott A, Cain W, Lafreniere D, et al. Topical corticosteroid treatment of anosmia associated with nasal and sinus disease. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1997;123:367-372.
45. Schwartzbauer HR, Tami TA. Ear, nose, and throat manifestations of sarcoidosis. Otolaryngol Clin N Am. 2003;36:673-684.
46. Hentschel SJ, DeMonte F. Olfactory groove meningiomas. Neurosurg Focus. 2003;14:e4.

## Imagens

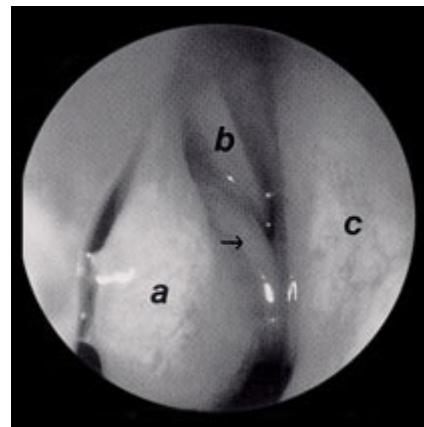


Figura 1: Exame físico da cavidade nasal direita usando um endoscópio nasal rígido; pode-se observar um pólipos em projeção do meato superior (seta), enquanto o meato médio está limpo; a = corneto médio, b = corneto superior, c = septo

Do acervo de Dr. Allen M. Seiden

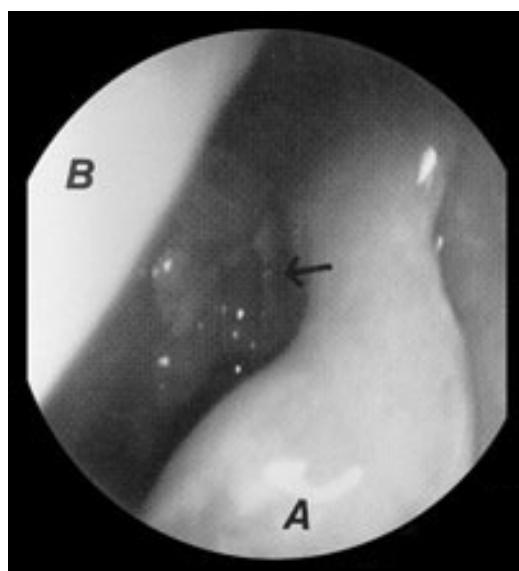


Figura 2: Um exame endoscópico nasal rígido da cavidade nasal esquerda sugere doença na porção alta do nariz (seta), enquanto o meato médio parece limpo; A = corneto médio, B = septo

Do acervo de Dr. Allen M. Seiden

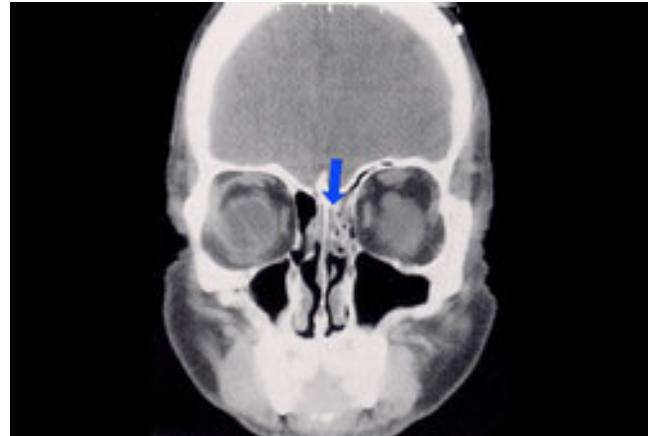
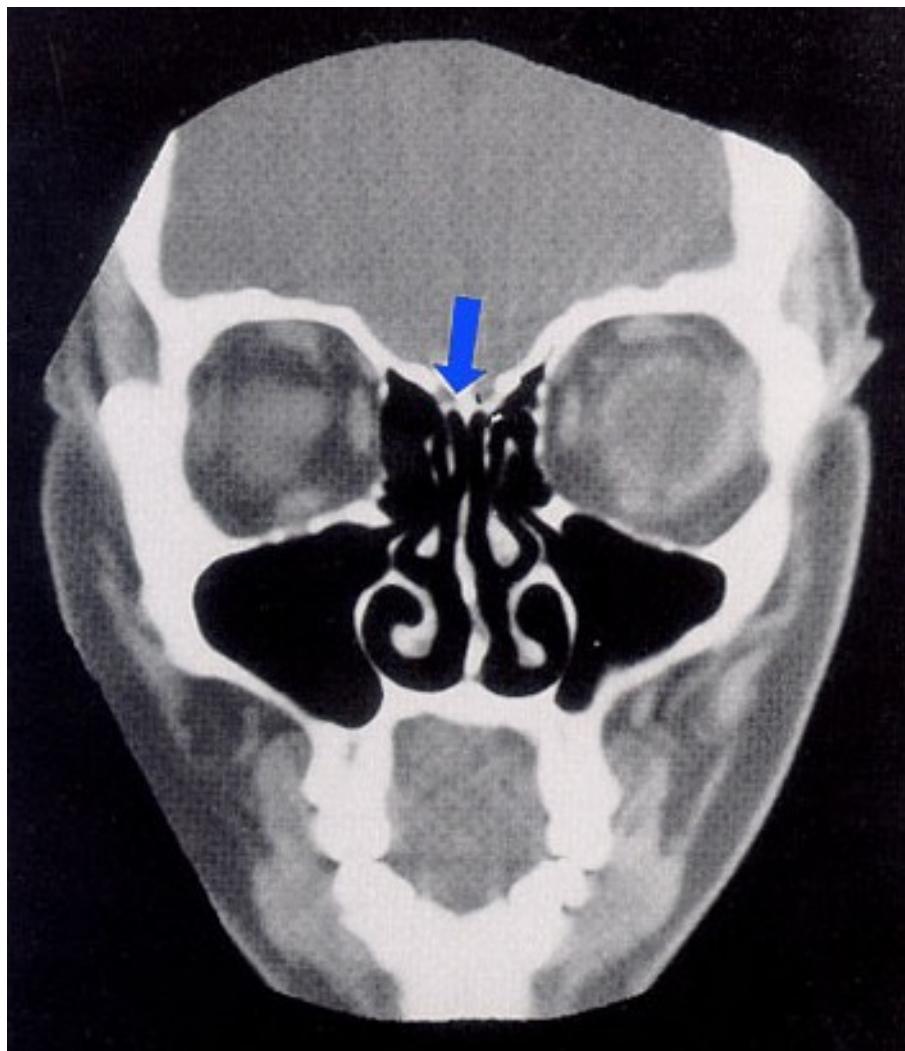


Figura 3: Tomografia computadorizada (TC) no plano coronal demonstrando doença etmoidal inflamatória juntamente com obstrução da fenda olfatória (seta)

Do acervo de Dr. Allen M. Seiden



*Figura 4: Tomografia computadorizada (TC) em plano coronal através do seio etmoidal anterior exibindo claramente o complexo ostiomeatal, sem evidências de doença; a fenda olfatória é patente (seta)*

*Do acervo de Dr. Allen M. Seiden*

## Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerá-las substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contra-indicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contra-indicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Deve-se verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

**NOTA DE INTERPRETAÇÃO:** Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice		
	Numerais de 5 dígitos	10,000
	Numerais de 4 dígitos	1000
	Numerais < 1	0.25

**Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais**

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

[support@bmj.com](mailto:support@bmj.com)

BMJ  
BMA House  
Tavistock Square  
London  
WC1H 9JR  
UK

DISCLAIMER

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

39

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmj.com](http://bestpractice.bmj.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa [declaração de exonerização de responsabilidade](#). © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

## Colaboradores:

---

### // Autores:

#### **Allen M. Seiden, MD, FACS**

Professor of Otolaryngology - Head and Neck Surgery

University of Cincinnati, Cincinnati, OH

DIVULGAÇÕES: AMS declares that he has no competing interests.

### // Colegas revisores:

#### **Sangeeta Kapur Maini, MS, DNB, DLO(RCS), FRCS(Ed), FRCS (ORL)**

ENT Consultant and Honorary Senior Lecturer

University of Aberdeen, Department of Otolaryngology Head and Neck Surgery, Aberdeen Royal Infirmary, Aberdeen, UK

DIVULGAÇÕES: SKM declares that she has no competing interests.

#### **Simon Gane, MB, BS, DLO(RCS), FRCS (Ed)**

ENT Consultant

Royal National Throat, Nose, and Ear Hospital, London, UK

DIVULGAÇÕES: SG declares that he has no competing interests.

#### **Eric H. Holbrook, MD**

Massachusetts Eye and Ear Infirmary

Harvard Medical School, Boston, MA

DIVULGAÇÕES: EHH declares that he has no competing interests.