

## EL CASO DE UNA NIÑA MALOLIENTE

EDUARDO CUESTAS, RAUL BUSO<sup>1</sup>, SILVINA BARCUDI, NATALIA TAPIA*Servicio de Pediatría y Neonatología, <sup>1</sup>Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Privado, Centro Médico de Córdoba*

**Resumen** El olor emitido por un paciente puede ser uno de los signos guía para el diagnóstico en algunas enfermedades. Ciertas condiciones producen olores característicos y muchas enfermedades se asocian a olores específicos. Presentamos un caso ilustrativo, el de una niña de tres años y medio con intolerable olor a materia fecal en todo el cuerpo causado por un cuerpo extraño alojado en la nariz. Revisamos sumariamente la fisiología del olfato, el valor semiológico del olfato en el examen físico, y los diagnósticos diferenciales de las enfermedades que presentan olores inusuales.

**Palabras clave:** olor inusual, niños, cuerpos extraños nasales.

**Abstract** *A case of a child with bad odor.* The odor emitted by a patient may be one of the first major clues leading to an early diagnosis. Certain conditions produce a characteristic smell and several diseases are associated with a specific odor. We report an illustrative case and review olfactory physiology, the value of smell in physical examination, and finally discuss several illnesses associated with unusual odors.

**Key words:** unusual odors, children, nasal foreign bodies.

*Los sentidos de la vista, gusto, olfato, oído, y tacto, junto a un pormenorizado interrogatorio, contribuyen en conjunto a realizar un diagnóstico bien fundado... pero es por el sentido del olfato que podemos apreciar el peculiar olor de algunas enfermedades, y reconocerlas sólo por ello.*

Susruta Samhita

Esta cita de uno de los fundadores de la antigua medicina Ayurvédica hindú, es la primera que se conoce sobre la utilización del sentido del olfato en el diagnóstico de las enfermedades<sup>1</sup>.

Los médicos modernos dejaron caer en el olvido la importancia del olfato en la medicina clínica hasta que éste fue redescubierto por Følling en 1934, al describir el olor distintivo, esencial para el diagnóstico clínico, que presentaban los pacientes con fenilcetonuria<sup>2</sup>. Los olores pueden ser relevantes en la práctica clínica de muy diferentes maneras. Un olor inusual u ofensivo puede ser la forma de presentación o solamente un signo de una enfermedad, puede ser una clave diagnóstica o sólo una ayuda para confirmar un diagnóstico.

El mal olor puede ser notado primero por el paciente, un familiar, alguien cercano o por el mismo examinador en el examen físico. Puede ser una exageración de un olor normal o representar una enfermedad<sup>3</sup>. Cada una

de estas situaciones sugiere posibilidades que pueden superponerse, y necesitan aclaración.

**Caso clínico**

Una niña de 3 años y medio de edad, sana y sin antecedentes médicos de importancia, concurrió a la guardia de pediatría por presentar una historia de más de un mes de "un terrible olor a materia fecal en todo el cuerpo". El olor era tan desagradable y ofensivo que la madre decidió no sacarla del hogar y utilizó todos los productos cosméticos conocidos y perfumes para mitigarlo. La sorprendida médica de guardia, algo alejada por las fuertes emanaciones, se enteró de que esta era la cuarta consulta que realizaba la familia en diferentes hospitales, sin que se llegara a un diagnóstico adecuado. El examen físico de la niña era normal. La médica residente consultó a su supervisora quien le ordenó a la paciente una serie de estudios, incluyendo recuento y fórmula de sangre periférica, eritrosedimentación, orina completa y examen de materia fecal, que dieron resultados normales.

Al otro día la paciente concurre al consultorio de otro profesional, quien advirtió el escape de una pequeña secreción por la nariz izquierda y localizó ese sitio como la fuente principal del olor. Interrogó exhaustivamente a la madre y descubrió que la niña hacía un mes, mientras jugaba a bañar sus muñecas, se introdujo un pedazo de esponja en la nariz, que la madre luego de considerables esfuerzos, creyó haber retirado completamente. El examen del otorrinolaringólogo, realizado luego de una prolongada conversación para despertar en la niña su espíritu de colaboración, confirmó la presencia del cuerpo extraño, situado en el tercio medio de la fosa nasal izquierda, en la región mesosuperior, siendo éste un trozo de 0.5 cm de diámetro de goma espuma de aspecto piosanguinolento y consistencia frágil, que al ser cuidadosamente removido permitió observar un lecho sangran-

Recibido: 14-III-2005

Aceptado: 11-V-2005

**Dirección postal:** Dr. Eduardo Cuestas, Servicio de Pediatría, Hospital Privado de Córdoba. Naciones Unidas 346, 5016, Córdoba, Argentina. Fax.: (54-0351) 4688276 e-mail: ecuestas@hospitalprivadosa.com.ar

te exulcerado, con múltiples equimosis. La enferma fue controlada una semana después, donde se comprobó la solución completa del problema<sup>4</sup>.

## Discusión

Los cuerpos extraños pueden alojarse en cualquier parte de la cavidad nasal, aunque lo hacen preferentemente en el piso de la nariz, bajo el primer cornete, o en la porción anterior del cornete medio. Los mismos, pueden ser de naturaleza inanimada o animada; entre los primeros, los más frecuentes de encontrar son trozos de goma de borrar, papel, restos de legumbres, especialmente porotos, esponjas, u objetos plásticos o metálicos de pequeño tamaño; mientras que entre los segundos, las larvas de moscas biontófagas de diferentes especies y de *Ascaris lumbricoides*, les siguen en frecuencia. Algunos cuerpos extraños son inertes, y permanecen durante años en la cavidad nasal sin provocar molestia alguna, aunque la mayoría produce congestión y edema de la mucosa, y hasta ulceración de los tejidos colindantes, dando origen a epistaxis. Las secreciones retenidas y la descomposición de algunos, puede producir fetidez. Las pilas de níquel, mercurio y zinc, al liberar cáusticos, pueden producir perforación septal. Las larvas en cambio, presentan una intensa reacción inflamatoria, con destrucción de los huesos propios de la nariz y formación de cavernas<sup>5, 6</sup>.

El cuadro clínico de presentación de los cuerpos extraños intranasales en niños, es de dos formas diferentes. La forma más común, ocurre en los niños entre 2 y 4 años, donde en general se informa el hecho de la introducción del cuerpo extraño. En la segunda el diagnóstico surge como una sorpresa, debido a que el cuerpo inanimado se introdujo en forma inadvertida o secreta. Esta forma se retrasa en el diagnóstico, retraso que se extiende desde unas pocas semanas a la edad adulta. Se estima que el tiempo promedio de diagnóstico es de dos meses<sup>4</sup>. Es aquí donde los cuerpos extraños intranasales se suman a la larga lista de diagnósticos diferenciales de olores ofensivos generalizados, dado que con el paso del tiempo, los mismos son colonizados por bacterias anaerobias indígenas de la flora nasal, como *Bacteroides spp.*, *Fusobacterium spp.* o *Peptostreptococcus spp.*, que producen aminas volátiles y ácido sulfídrico, sustancias que poseen un intenso olor pútrido o fecaloide. La presencia de secreción nasal unilateral con olor fétido, puede ser una clave de importancia para orientar el diagnóstico. El retraso en el diagnóstico conduce a incomodidades innecesarias para el paciente, problemas psicológicos, pruebas diagnósticas inútiles e innecesarias, y potenciales complicaciones como: formación de rinolitos, sinusitis, perforaciones, y aspiración bronquial del cuerpo extraño, celulitis periorbitaria, meningitis, epiglotitis, difteria y aun tétanos<sup>7</sup>.

El olfato ha sido por largo tiempo el más enigmático de los sentidos. Los fundamentos básicos por los cuales reconocemos y recordamos los diferentes olores, no eran bien conocidos ni entendidos, hasta que Axel y Buck, laureados con el premio Nobel de Medicina y Fisiología el año pasado, han resuelto este problema<sup>5, 6</sup>.

Un olor puede ser definido como la emanación volátil que es percibida por el sentido del olfato. La descripción exacta de un olor es sumamente difícil. Este hecho quizá puede explicarse por la escasa atención que prestamos normalmente a los olores, comparando al hombre con otros mamíferos.

La calidad y las características de los olores descriptos en la medicina clínica varían de un autor a otro.

En la clínica los olores de importancia se originan de las excreciones y secreciones del cuerpo humano: sudor, sebo, secreciones nasales, bucales, de garganta, bronquios y pulmones; orina, flujos genitales, heces, supuraciones y tejidos necróticos. Los médicos de la antigüedad estaban convencidos de estar capacitados para realizar un diagnóstico basado solamente en la presencia de un olor característico; así es como pueden encontrarse referencias sobre pacientes que huelen a manzana en la diabetes mellitus, a sudor en la difteria, a carne en la fiebre amarilla, el olor pútrido del escorbuto, olor a cerveza de la escrófula, y el olor a pan recién horneado de la fiebre tifoidea<sup>7</sup>.

No se encuentran con facilidad textos sobre los métodos semiotécnicos de la utilización del olfato por parte de los médicos en el diagnóstico de las enfermedades. La técnica no se aleja del olfateo a cierta distancia del paciente en general al entrar a la sala, de cada una de las regiones corporales, y de las secreciones y excreciones que emanan del cuerpo, no olvidando la saturación del sentido, y la asociación con la memoria cortical y emotiva<sup>8</sup>.

Cuando un olor inusual es el signo principal que lleva a la consulta, es relevante interrogar sobre: la fecha de comienzo del problema, por quién fue percibido primero, si por el paciente u otra persona, de dónde piensa el afectado o sus allegados que se origina el olor, si el baño o la higiene corporal lo modifica, si lo hace, por cuánto tiempo, qué otros síntomas o signos acompañan este olor; preguntar si el paciente en un tiempo aun remoto ha alojado un objeto extraño en cualquier cavidad corporal, si existe drenaje de alguna sustancia por los mismos o por una lesión cutánea, si está recibiendo alguna medicación por vía tópica o general, y cómo lo ha afectado el olor al paciente y su familia.

Cuando se sospecha por los datos anteriores una infección, un defecto metabólico, o la ingestión de una sustancia tóxica, el médico debe indagar específicamente sobre la presencia o ausencia de olores característicos que permitirían confirmar o descartar un diagnóstico.

Un olor inesperado puede ser detectado por el facultativo durante el examen, y requiere explicación, por ejemplo el olor a orina o materia fecal en un niño continente, debe hacer sospechar enuresis o encopresis.

Si el olor es informado por el enfermo, en forma intermitente, y nunca ha sido detectado por otras personas, se debe considerar la posibilidad de una epilepsia del lóbulo temporal. Por el contrario, si el olor ofensivo es percibido por terceros y no por el paciente, debe sospecharse la presencia de anosmia.

El médico debe analizar las características del olor, la edad del paciente, su grado de desarrollo sexual y la presencia o ausencia de otros signos y síntomas recogidos durante el interrogatorio, y un pormenorizado examen físico. En éste el paciente debe estar desvestido por completo, para descartar que el olor desagradable provenga de la ropa, hecho común en lactantes y ancianos descuidados. Se debe tratar de localizar la región corporal donde se origina el olor.

La semiografía generalmente trata de comparar el olor percibido con olores conocidos por la experiencia de vida

cotidiana y de este modo describirlo. El examinador cuidadoso debe recordar que una plétora de olores pueden asociarse al cuerpo del enfermo o a los efectos personales del paciente. Existen sutiles diferencias del olor de las personas. Lo primero entonces, que debe decidirse, es si el olor peculiar es un olor corporal habitual pero exagerado en intensidad, o es realmente un olor inusual y patológico. Los olores corporales normales pero exagerados por su intensidad o por la sensibilidad aumentada de las personas que los perciben (hiperósmicos), provienen de las secreciones sudorales, y de las glándulas apócrinas, vagina, cervix, y del tracto respiratorio, orina, heces y flatos. Estos olores pueden ser modificados por la acción de flora bacteriana normal o anormal.

Cuando se hace referencia a un aliento ofensivo, se denomina halitosis. Cuando el mal olor proviene de la respiración se denomina bromhidrosis.

El olor a transpiración axilar exagerado, o dishidrosis, es producido por la presencia exagerada de difteroides. El pelo axilar retiene los mencionados olores. Disminuye con el tratamiento apropiado. Lo mismo que el olor

TABLA 1.— *Causas de olores inusuales y reconocibles.*

Metabolopatías asociadas a olores inusuales <sup>9</sup>	
Enfermedad	Olor
Fenilcetonuria	Ratón, caballo o zorro
Orina en jarabe de arce	Azúcar quemado
Acidemia isovalérica y butírica	Pie sudado, queso.
Glicinuria	Orina de gato
Trimetilaminuria	Pescado
Síndrome de manteca rancia	Manteca rancia
Malabsorción de metionina	Levadura de cerveza o malta
Inhalaciones, envenenamientos e ingestiones asociadas a olores reconocibles	
Sustancia	Olor
Cloroformo, salicilatos	Acetona o manzana descompuesta
Alcohol, fenol	Fruta fermentada
Hidrato de cloral	Pera
Salicilatos	Gualteria o sauce
Anfetaminas	Mal aliento
Cianuro	Almendras amargas
Marihuana	Yute quemado
Naftaleno	Alcanfor
Carbón	Humo de combustión vegetal
Creolina	Desinfectante de escuela
Fósforo, arsénico, parathion, malathion	Ajo
Yodo	Metálico
Arsenicales	Metálico
Nitrobenceno	Zapato viejo
Nicotina	Tabaco
Hidrocarburos	Combustibles del petróleo
Trementina	Violetas
Penicilina	Remedio

TABLA 2.- Olores en infecciones y específicos de enfermedades.

Olores en las infecciones <sup>10</sup>	
Infección	Olor
Absceso pulmonar, empiema, bronquiectasia, bronquitis fétida	Podrido
Tonsilitis, gingivitis	Halitosis
Infección urinaria	Amoniaco
Infección cutánea por <i>Pseudomonas spp.</i>	Mohoso, húmedo
Cuerpo extraño intranasal	Fétido
Shigelosis	Rancio
Vaginitis a <i>Gardnerella</i>	Pescado
Bacterias proteolíticas	Fecaloide
<i>Pseudomona spp.</i>	Cerumen
Otras enfermedades asociadas a olores específicos	
Enfermedad	Olor
Cetoacidosis diabética	Cetona
Hambre crónico	Cetonas
Uremia	Pescado en orina, amoniaco en el aliento
Necrosis tubular aguda	Orina inodora
Fallo hepático	Pescado, amonio
Obstrucción intestinal	Fecaloide
Divertículo esofágico	Fecaloide
Esquizofrenia	Sudor fuerte, ácido hexánico,
Pénfigo	Chinche del molle
Obstrucción intestinal	Heces
Peritonitis	Heces
Malabsorción	Deposiciones pútridas y fétidas

a pie sudado en la disqueratosis punctata por micrococcus.

El olor a las secreciones vaginales postpuberales varía de un individuo a otro y con el ciclo menstrual. La presencia de vaginitis por *Gardnerella vaginalis* se asocia a olor a pescado pasado.

La halitosis persistente, que dura el día entero, puede deberse a hiposalivación, falta de ingesta de líquidos, enfermedad estomatológica, cuerpo extraño, infección respiratoria o gastrointestinal.

Los olores corporales se evitan en nuestra cultura que los toma por desagradables e intenta corregirlos mediante la práctica del baño frecuente, duchas, el uso de desodorantes y perfumes, el cambio de ropas, el rasurado, el corte de pelo y el cepillado dental.

La olfacción es importante en el examen físico, junto a la inspección, la palpación, la percusión y la auscultación.

Los olores inusuales que se asocian a enfermedades se describen en la Tablas 1 y 2.

## Bibliografía

1. Keele KD .The Evolution of Clinical Methods in Medicine. Springfield, Illinois: Ch. Thomas; 1963, p 930-9.
2. Følling A. Über Ausscheidung von Phenylbrenztraubensaure in den Harn als Stoffwechselenanomalie in Verbindung mit Inbezillität. *Ztschr Physiol Chem.* 1934;227: 169-71.
3. Cone Th E. Diagnosis and treatment: Some diseases, syndromes, and conditions associated with unusual odor. *Pediatrics* 1968; 5: 993-5.
4. Harvey K, Katz J, Bernstein M. Unusual presentation of nasal foreign bodies in children. *JAMA* 1979; 241: 1496-9.
5. Kalan A, Tang M. Foreign bodies in the nasal cavities: a comprehensive review of the aetiology, diagnostic pointers, and therapeutic measures. *Postgrad Med J* 2000; 76: 484-7.
6. Françoise M, Hamrioui R, Narcy P. Nasal foreign bodies in children. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 1998; 255: 132-4.
7. Buck LB, Axel R. A novel multigene family may encode odorant receptors: a molecular basis for odor recognition. *Cell* 1991; 65: 175-87.
8. Buck LA. The search for odorant receptors. *Cell* 2004; 116: S117-S119.
9. Fox T. Diseases: Their description, pathology, diagnosis and treatment. New York. W. Wood, 1885, p 544-8.
10. McMillan J, Neiburg P, Oski F. The Whole Pediatrician Catalog. Diseases associated with unusual odor. Philadelphia: Saunders, 1977, p 102-6.
11. Liddel K. Smell as diagnostic marker. *Postgrad Med J* 1976; 52: 136-8.
12. Hayden GF. Olfactory diagnosis in medicine. *Postgrad Med* 1980; 67: 110-7.