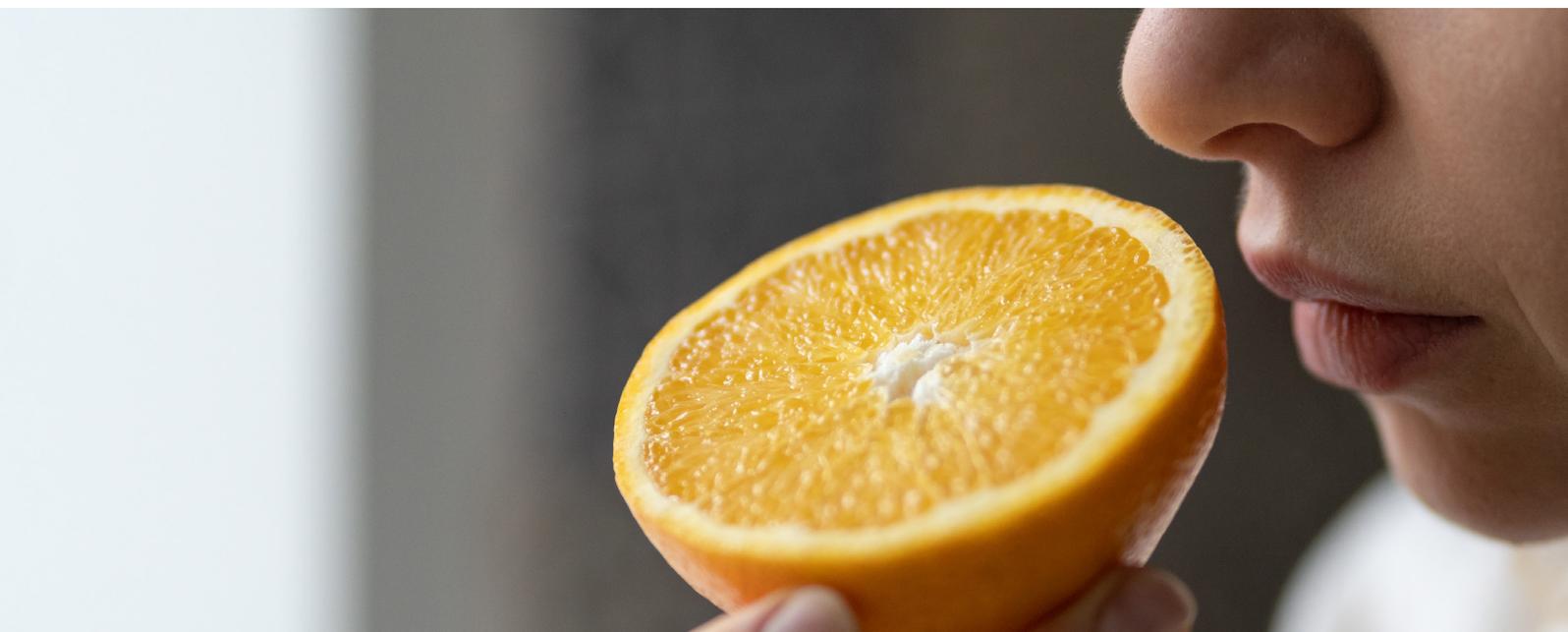


Alterazioni di olfatto e gusto: due sintomi (spesso negletti) che tolgono sapore alla vita

Piercarlo Salari

Medico e divulgatore medico scientifico – Milano



Soltanto con la pandemia si è forse cominciato a prestare seria attenzione alla perdita dell'olfatto e del gusto: due disfunzioni chemosensoriali di cui già in passato erano note le cause – incluse le infezioni stagionali come l'influenza – e che a tutt'oggi, nell'immaginario collettivo, sono ritenute suggestive, se non patognomoniche, di COVID-19. Eppure **non è raro che questi disturbi, in particolare quelli olfattivi, oltre a essere più frequenti delle aspettative, vengano sottostimati, a dispetto del gravoso impatto sulla qualità di vita:** soprattutto nella popolazione anziana o in un contesto di cronicità, infatti, essi possono influenzare negativamente le scelte alimentari e l'assunzione di cibo, determinando conseguentemente calo ponderale, malnutrizione, compromissione del sistema immunitario e scadimento delle condizioni generali. Un'altra implicazione non trascurabile è la prevedibile tendenza compensatoria dell'individuo affetto ad aumentare deliberatamente l'impiego di zucchero e sale, con dei rischi facilmente intuibili in caso di diabete mellito e/o di ipertensione

arteriosa. Un'ulteriore insidia per il medico è rappresentata dalla difficoltà del paziente a descrivere e a contestualizzare il proprio disturbo, ossia ad ascriverlo al deficit sensoriale oggettivamente responsabile. Sebbene il più delle volte siano lamentate alterazioni di entrambe le percezioni, infatti, **le evidenze cliniche documentano un coinvolgimento preponderante della componente olfattiva**: l'esempio classico è quello del raffreddore comune, che può alterare il sapore del cibo senza però influenzare la sensibilità al gusto salato, dolce, acido e amaro.

La nomenclatura

Le alterazioni del gusto sono denominate **ageusia**, **disgeusia** (o parageusia), **ipogeusia** e **fantogeusia**, a seconda che la percezione sia rispettivamente assente (anche limitatamente ad alcuni sapori e dunque parziale), distorta (per effetto di un altro stimolo), ridotta o inesistente, ossia associata a una percezione allucinatoria. Analogamente per l'olfatto si parla di **anosmia**, **disosmia** (o parosmia), **iposmia** e **fantosmia**: prerogativa di quest'ultima è naturalmente l'assoluta indipendenza da stimoli odorosi reali, come può verificarsi in concomitanza di attacchi emicranici, crisi epilettiche o sindromi psicotiche.

Qualche richiamo di fisiologia

L'olfatto umano dipende dal funzionamento non solo del I nervo cranico (nervo olfattivo), ma anche di porzioni del V nervo cranico (trigemino). Le sensazioni olfattive qualitative, come per esempio l'odore di una rosa, di un limone o di un'erba, sono mediate dal I nervo cranico, mentre le sfumature somatosensoriali degli odori, quali il calore, la freschezza, l'acutezza e la potenzialità irritativa, sono mediate dal nervo oftalmico e dal ramo mascellare del trigemino. I recettori olfattivi sono localizzati nell'epitelio olfattivo, situato sopra la lamina cribrosa dell'etmoide, nel setto superiore e in un breve segmento del turbinato superiore. Le terminazioni nervose libere del V nervo cranico si trovano diffusamente in tutto l'epitelio respiratorio nasale, comprese le regioni del neuroepitelio olfattivo. La differenziazione di questi due sistemi neurali è importante ai fini diagnostici: per esempio alcuni odori, come l'ammoniaca, sono veicolati in gran parte dal nervo trigemino, del quale la loro percezione attesta l'integrità.

Il gusto fa capo a un maggior numero di strutture nervose, il che spiega perché la sua perdita totale (ageusia) è un evento raro. Analogamente al sistema olfattivo, le sensazioni somatosensoriali, quali il pizzicore e il bruciore, possono essere indotte da molti alimenti (p. es., peperoncino) attraverso le fibre del nervo trigemino presenti nella lingua e nella cavità orale.

Panoramica eziologica essenziale

Le **cause più comuni** di disturbi dell'olfatto sono le malattie nasali e sinusali (rinite allergica, poliposi nasale, rinosinusite cronica), le infezioni delle vie respiratorie superiori e i traumi cranici; i disturbi del gusto sono spesso legati a infezioni orali, protesi dentarie, interventi dentistici, xerostomia (lupus, sindrome di Sjögren), ustioni, in particolare della lingua, e paralisi di Bell, associata a infezioni virali o a procedure chirurgiche, odontoiatriche in primis. Va poi ricordato un elenco vasto ed eterogeneo di principi attivi in grado di alterare il gusto e l'olfatto (solo per citarne alcuni: antibiotici, quali ampicillina, claritromicina e ciprofloxacina; anticonvulsivanti; antidepressivi; antipertensivi, tra cui amiloride, captopril, diltiazem, propranololo e nifedipina; antinfiammatori; antineoplastici; antipsicotici; ipolipemizzanti e miorilassanti), per cui è sempre opportuna una circostanziata anamnesi farmacologica.

Cause meno comuni ma in ogni caso da considerare sono epilessia, emicrania, ictus, malattie neurodegenerative (declino cognitivo, Parkinson, sclerosi multipla), insufficienza renale cronica, epatopatie, esposizione a sostanze tossiche, patologie psichiatriche (anoressia, depressione maggiore, schizofrenia, disturbi bipolari), traumatiche o neoplastiche, in particolare a carico delle vie nervose. Le cause di disfunzione olfattiva più agilmente trattabili sono i polipi ostruttivi o altre masse, per i

quali la chirurgia è solitamente risolutiva, e le condizioni infiammatorie, gestibili efficacemente con gli steroidi. Relativamente ai disturbi del gusto, come già anticipato, si stima che in oltre il 95% dei casi siano causati da un deterioramento dell'olfatto piuttosto che da una reale perdita del gusto. Va infine ricordato che l'avanzare dell'età si accompagna a un naturale deterioramento delle percezioni olfattiva e gustativa.

L'approccio clinico

Un'anamnesi mirata, gli esami di laboratorio di routine e un esame obiettivo del naso e della bocca sono di solito sufficienti per un orientamento alla patologia di base. L'endoscopia nasale e la tomografia computerizzata (TC) sono altamente diagnostiche per le patologie dei seni paranasali: se l'anamnesi suggerisce un'eziologia rinosinusale ma la rinoscopia anteriore non è conclusiva, **è stato dimostrato che l'endoscopia nasale eseguita in ambulatorio documenta una patologia in oltre il 90% dei casi** (40% in più rispetto a quella visualizzata sulla rinoscopia anteriore). Le altre cause sono solitamente evidenziabili dalla TC e, nel sospetto di lesioni intracraniche, la risonanza magnetica cerebrale è il più delle volte dirimente. Oltre alla diagnostica per immagini è opportuno richiamare l'attenzione all'utilità di alcuni questionari standardizzati (v. per esempio le referenze Hummel T, et al. e Jackman AH, et al.). Spetta ovviamente al medico, con la debita cautela, acquisire i necessari riscontri per oggettivare clinicamente una sintomatologia che non è soltanto correlabile a delle patologie organiche, ma può anche essere soggetta a dei significativi condizionamenti di natura somatopsichica.

Sintesi conclusiva

Le disfunzioni dell'olfatto e del gusto sono da considerare epifenomeno di un ampio ed eterogeneo ventaglio di condizioni patologiche e, pertanto, sempre meritevoli di approfondimento. **Nell'ambito delle cure primarie sono disponibili vari strumenti utili a un primo inquadramento, che in molti casi conduce alla diagnosi.** L'invio a un centro di secondo livello, o per lo più all'otorinolaringoiatra, si rende necessario in alcune situazioni, quali una marcata compromissione significativa della qualità di vita, la persistenza inspiegabile del disturbo, l'impossibilità di identificazione della causa e, naturalmente, la difficoltà o la necessità di competenze specifiche per il trattamento.

Bibliografia

- Koul D, Begh RA, Kalsotra P. Olfactory and Gustatory Alterations in Covid-19 Patients: A Tertiary Care Covid-19 Centre Inpatient Experience. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg 2022;74(Suppl 2):2857-2861. <https://doi.org/10.1007/s12070-021-02397-z>
- Rizzo D, Drayna D, Morini G. Alteration, Reduction and Taste Loss: Main Causes and Potential Implications on Dietary Habits. Nutrients 2020;12:3284. <https://doi.org/10.3390/nu12113284>
- Konstantinidis I, Haehner A, Frasnelli J, et al. Post-infectious olfactory dysfunction exhibits a seasonal pattern. Rhinology 2006;44:135-139.
- Hummel T, Pfetzing U, Lötsch J. A short olfactory test based on the identification of three odors. J Neurol 2010;257:1316-1321. <https://doi.org/10.1007/s00415-010-5516-5>
- Jackman AH, Doty RL. Utility of a three-item smell identification test in detecting olfactory dysfunction. Laryngoscope 2005;115:2209-2212. <https://doi.org/10.1097/01.mlg.0000183194.17484.bb>
- Savard DJ, Ursua FG, Gaddey HL. Smell and Taste Disorders in Primary Care. Am Fam Physician 2023;108:240-248.

© Copyright by Pacini Editore Srl

L'articolo è OPEN ACCESS e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>