

## SÍNDROME DEL MENTÓN ENTUMECIDO COMO DEBUT DE CARCINOMATOSIS LEPTOMENÍNGEA

*Tania Díaz Antonio, Eva García Carrasco, María del Mar García Gallardo,  
Elisa Cuartero Martínez, María del Carmen Leiva Vera  
Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga)*

### Objetivo docente:

- Definir la neuropatía mentoniana y revisar las principales etiologías a la que se asocia, entre las que destaca la causa maligna.
- Revisar el papel de las pruebas de imagen en esta entidad, especialmente en la búsqueda dirigida de metástasis óseas mandibulares o de la base del cráneo.

## Revisión del tema:

### 1. RECUERDO ANATÓMICO:

- El **nervio mentoniano** es una rama sensitiva terminal del **nervio dentario inferior**, que a su vez procede de la rama mandibular del **nervio trigémino**.

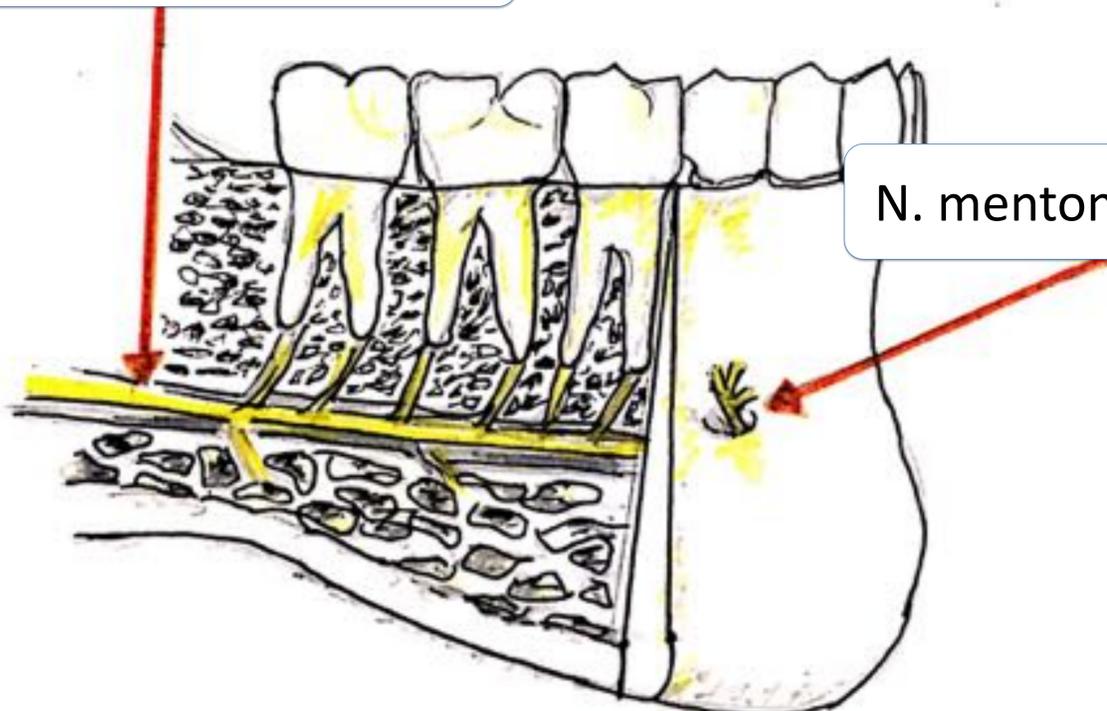
Nervio Trigémino  
Rama mandibular (V3)

N. Alveolar inferior

**N. MENTONIANO**

N. Alveolar inferior

N. mentoniano



## 2. NEUROPATÍA MENTONIANA (NM).

- También conocida como “**síndrome del mentón entumecido (SME)**”
- Es una entidad poco frecuente, caracterizada por **ALTERACIÓN SENSITIVA** en:



- Piel del mentón
- Mucosa de la encía
- Mucosa del labio inferior



**HASTA LA LÍNEA MEDIA!!!**

Puede aparecer como síntoma de **debut** o ser el reflejo de una **progresión** tumoral o recaída en pacientes con neoplasia conocida.

A pesar de que el tratamiento de la enfermedad de base suele mejorar o hacer remitir la sintomatología, es un **síntoma ominoso** de mal pronóstico.

### 3. ETIOLOGÍA:

Si bien su causa más frecuente es odontológica, clásicamente se ha relacionado con la presencia de **NEOPLASIAS**, en especial :



- Procesos linfoproliferativos
- Ca. mama
- Ca. pulmón

### 4. PRUEBAS DE IMAGEN:

## DESCARTAR LESIÓN MALIGNA

Compresión

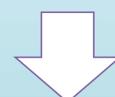
Metástasis óseas:  
- Mandibulares  
- Base del cráneo.



**TC**

Infiltración

- N. trigémino
- N. alveolar inferior
- N. Mentoniano



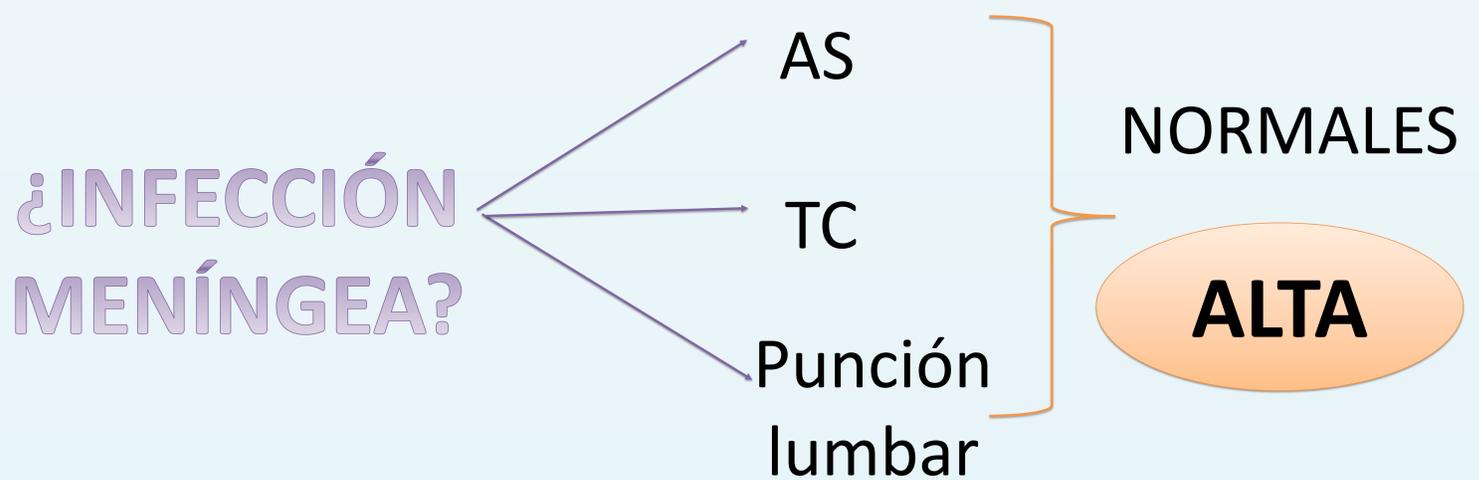
**RM con gadolinio**

Otras:

- Carcinomatosis Leptomeningea
- Afect. Ganglio Gasser ...

1

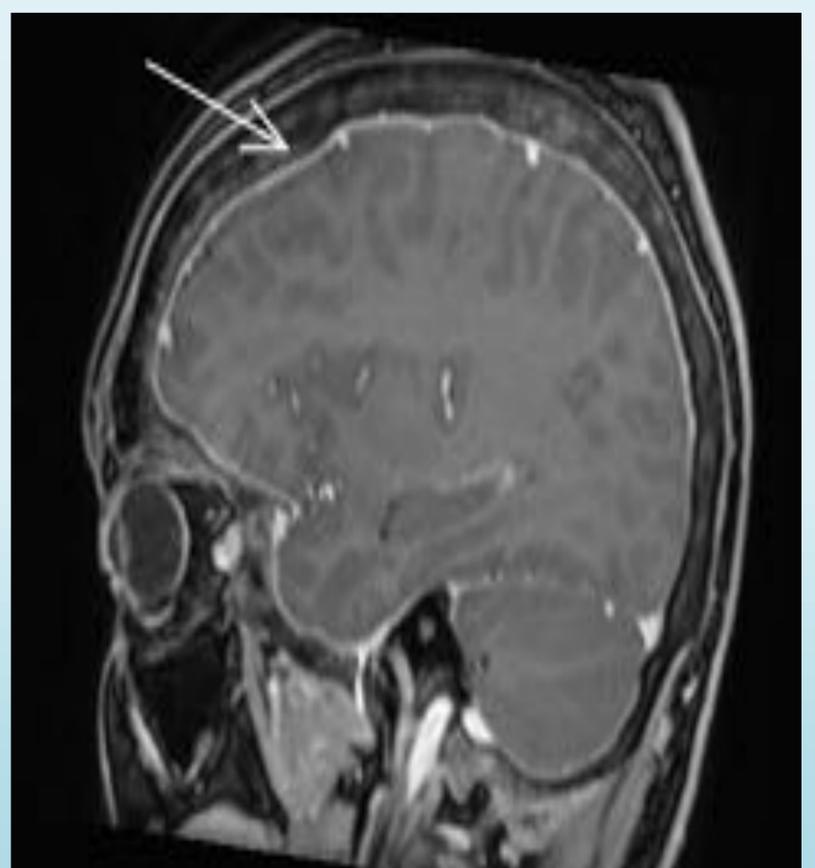
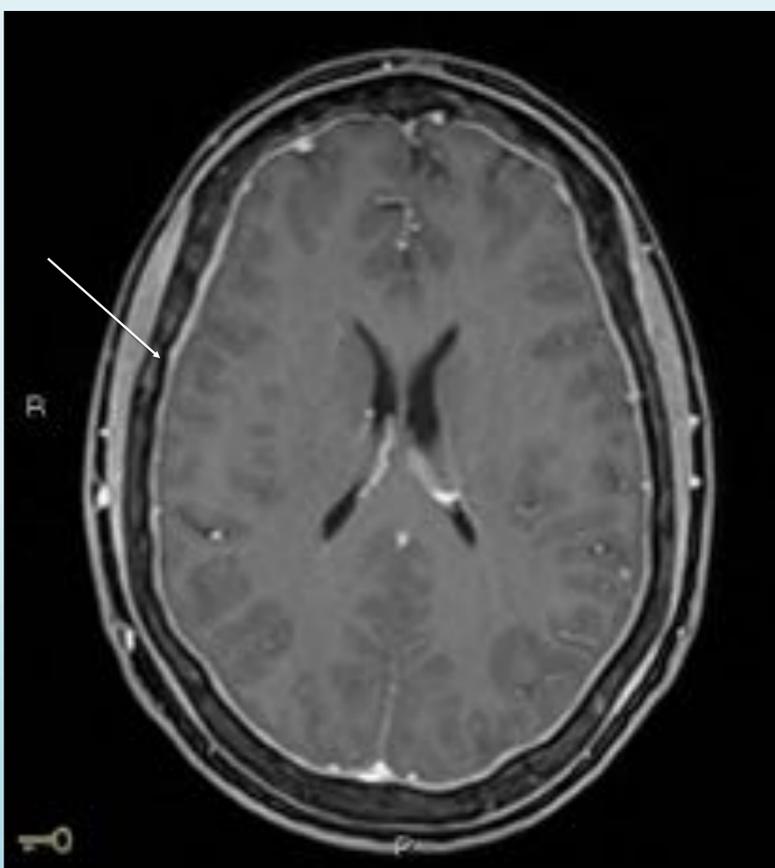
Varón 25 años con talasemia minor como único antecedente. Acude por cefalea sin síntomas de alarma y parestesias bucales desde hace varios días.



Una semana después, vuelve a consultar por visión borrosa en OI, además de astenia franca, artralgias generalizadas y dolor en zona inferior de mandíbula.

**INGRESO**

RM CRÁNEO C/C



Realce paquimeníngeo liso y difuso (flechas).

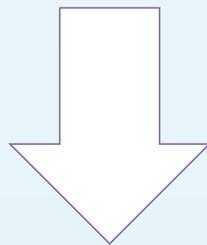
TC TORACOABDOMINOPÉLVICO C(C



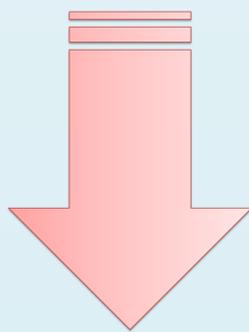
- Marcado engrosamiento de pared gástrica (círculo).
- Hepatomegalia con halo hipodenso periportal sugestivo de obstrucción linfática.
- Ascitis generalizada con aumento de partes blandas nodular en mesentérico y omento mayor (\*)

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- Procesos linfoproliferativo.
- Neoformación gástrica con afectación peritoneal.
- Menos probable, origen infeccioso.

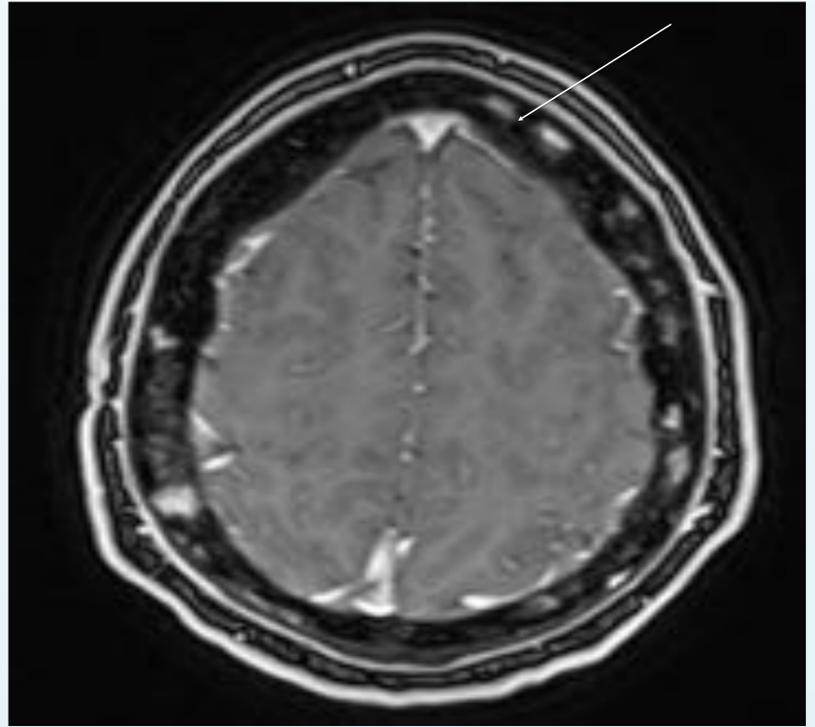


**BIOPSIA DE MUCOSA GÁSTRICA:**  
infiltración por **Linfoma No Hodgkin B tipo Burkitt.**

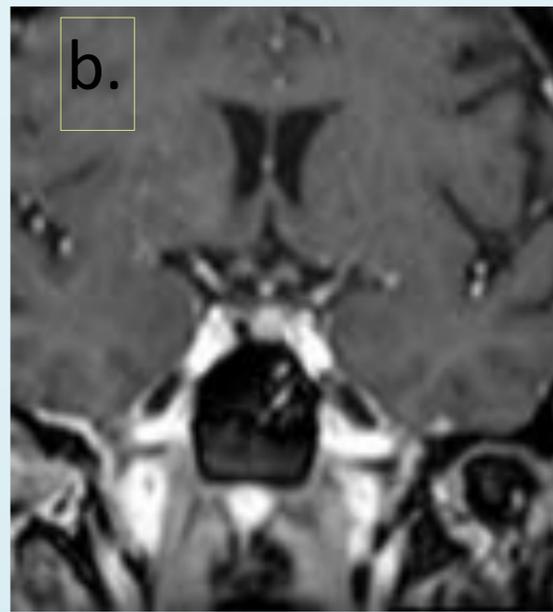
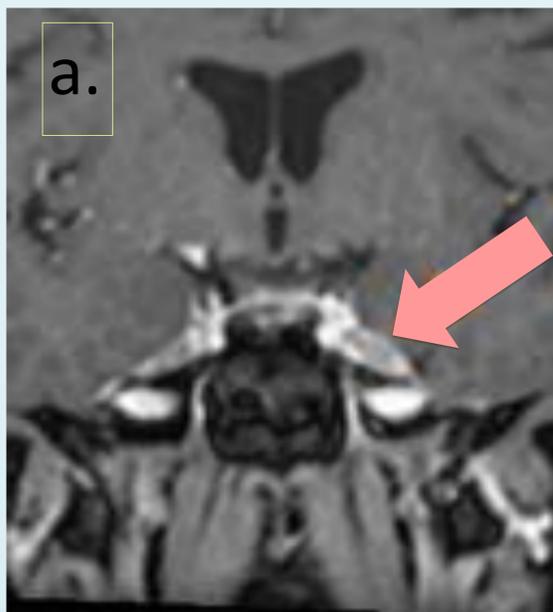


**SÍNDROME DEL MENTÓN ENTUMECIDO COMO DEBUT DE CARCINOMATOSIS LEPTOMENÍNGEA.**

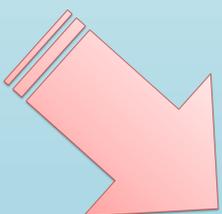
Control 3 meses:



Alteración parcheada y difusa de la señal del diploe craneal:  
HIPOINTENSA EN T1 CON REALCE DE CONTRASTE.



Captación patológica bilateral de ganglio de Gasser (flecha), no presente en estudio previo, donde se muestra hipointenso (b).

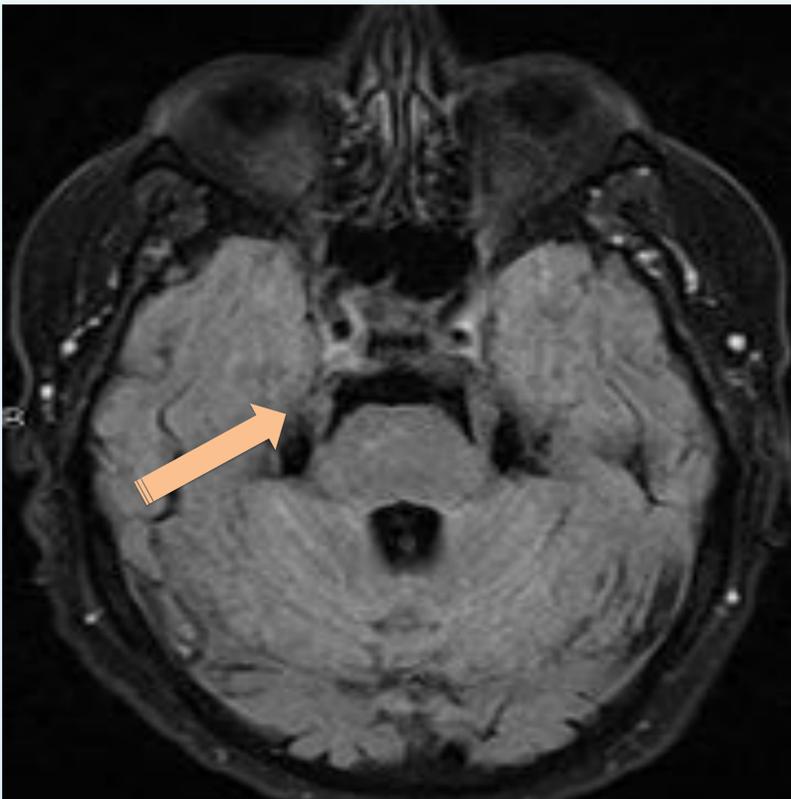


**PROGRESIÓN DE SU ENFERMEDAD**

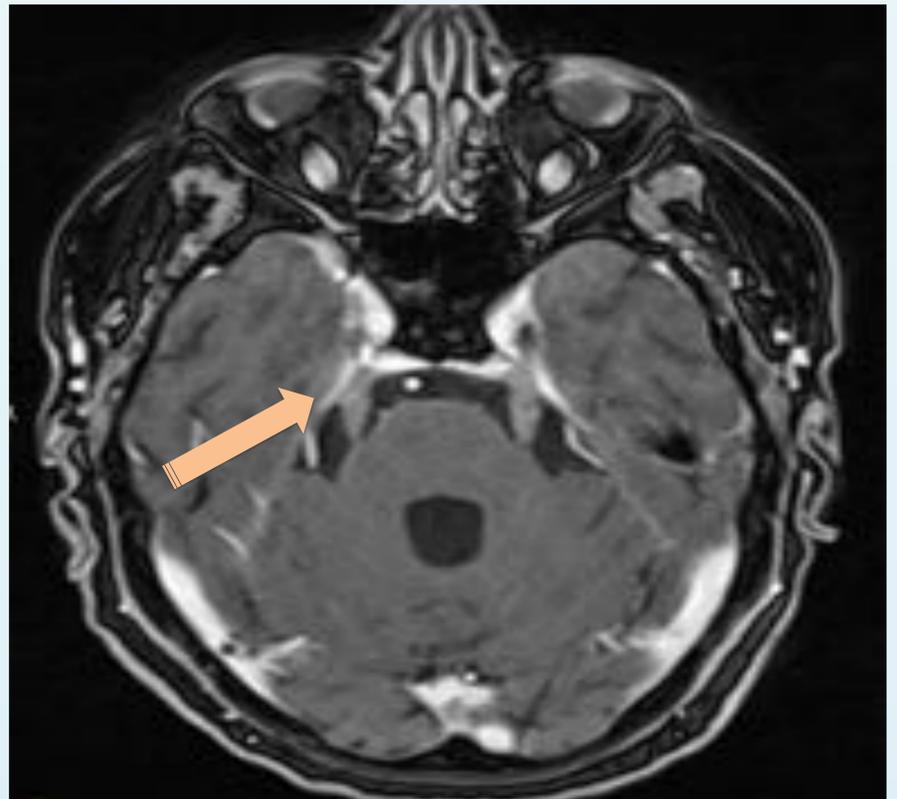
2

Varón 75 años con antecedente de Ca. vesical intervenido y libre de enfermedad. Acude por cuadro neurológico de cefalea y sensación de acorchamiento de la región mentoniana.

FLAIR



T1 Gad



Significativo engrosamiento y realce de porción intracraneal de ambos trigéminos.

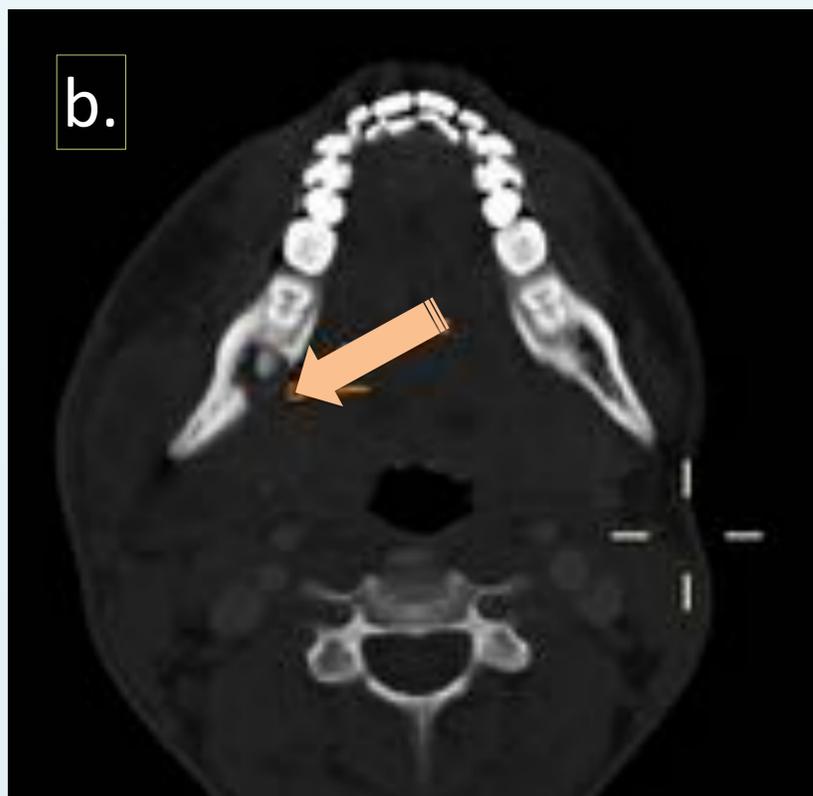
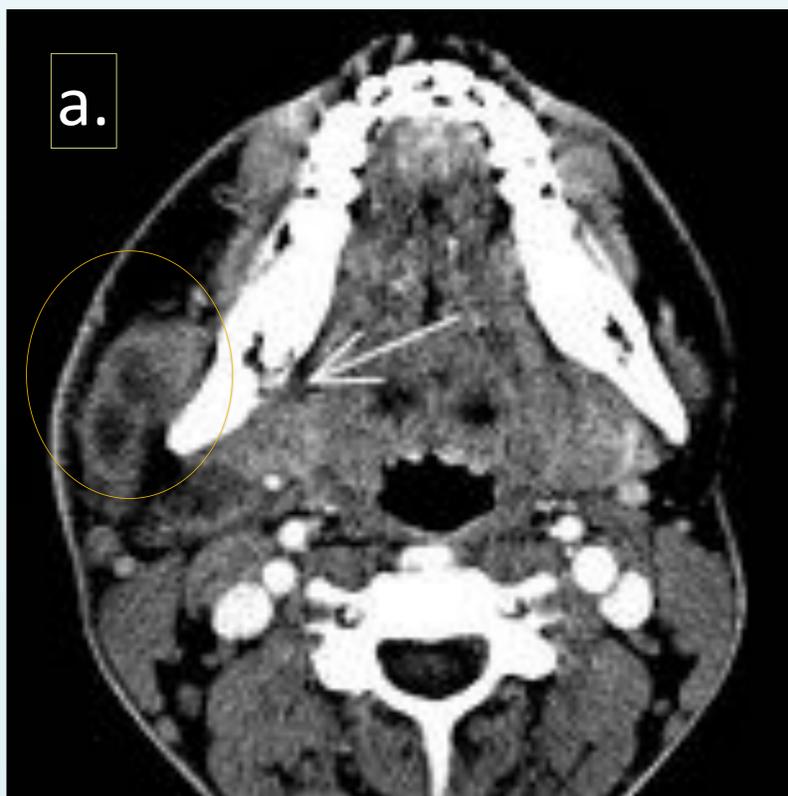
**SÍNDROME DEL MENTÓN ENTUMECIDO  
SECUNDARIO A PROGRESIÓN TUMORAL**

**CAUTION**

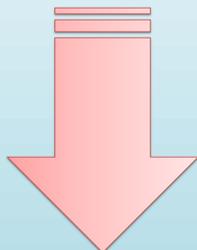
**PACIENTES  
ONCOLÓGICOS**

3

Varón 42 años sin antecedentes de interés. Presenta aumento de volumen, calor y rubor parotídeo derecho con hipoestesia mentoniana.



**TC cuello c/c:** colección hipodensa de paredes gruesas y realzadas en espacio masticador derecho compatible con absceso. En ventana ósea (b) la dehiscencia de la cortical de la pieza dentaria comprometida (flecha) confirma el origen odontogénico del proceso.



**NO OLVIDAR QUE LA CAUSA ODONTOLÓGICA ES LA MÁS FRECUENTE.**



## Conclusiones:

Si bien el **SME** puede traducir patología banal, su frecuente asociación con procesos malignos y su carácter indicador de mal pronóstico hacen necesario mantener **un alto grado de sospecha** y abordar la búsqueda sistemática de un proceso maligno subyacente.

En pacientes oncológicos, **puede traducir progresión tumoral** debiéndose incluir su valoración en la sistemática de anamnesis.

El **reconocimiento precoz** de este síndrome puede suponer un cambio en el pronóstico del paciente.

## Bibliografía:

Biasotto M, Mustacchi G, Chiandussi S, Tirelli G, Faraon M, Di Lenarda R. Numb chin syndrome as the presenting symptom of carcinomatous meningitis. *Annals of Oncology*. 2008.

García-Lamazares M, Ferreiro-Uriz O, Alfaya-García L. Síndrome del mentón entumecido como manifestación de recidiva tumoral. *Semergen*. 2014;40(2):e43-e46

Furukawa T. Charles Bell's description of numb chin syndrome. *Neurology*. 1988;38:33