



Síndrome del Mentón Entumecido (Numb Chin Syndrome) como signo de alerta oncológica y maxilofacial: revisión bibliográfica

Numb Chin Syndrome as an Oncological and Maxillofacial red flag: a literature review

Recibido: 06 de junio de 2026

Aprobado: 26 de agosto de 2026

Cómo citar:

Vivas Briceño, N., Bello Vivas, N. A., Maita Pérez, M. A. y González Carrillo, D. J. (2026). Síndrome del mentón entumecido (Numb Chin Syndrome) como signo de alerta oncológica y maxilofacial: revisión bibliográfica. *Panorama UNAB*, 9(2), 5–15. <https://doi.org/10.63326/ze1a3c82>

Ninoska Vivas Briceño¹

Investigadora

Universidad José Antonio Páez

Venezuela

odnivi0009@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-4652-6095>

Mariam Alzabeth Maita Pérez¹

Investigadora

Universidad José Antonio Páez

Venezuela

mariammaitap@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9344-4222>

Nicole Andreina Bello Vivas¹

Investigadora

Universidad José Antonio Páez

Venezuela

odnicoleb@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-5580-5006>

Diego Javier González Carrillo¹

Investigadora

Universidad José Antonio Páez

Venezuela

od.diegonzalezca@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-8916-0296>

DOI: <https://doi.org/10.63326/ze1a3c82>

CC BY-NC-SA 4.0

Resumen

El síndrome del mentón entumecido (SME), también conocido como neuropatía mentoniana, es una manifestación neurosensorial infrecuente pero crítica, caracterizada por hipoestesia, parestesia o anestesia en el territorio del nervio mentoniano. Esta entidad se asocia frecuentemente con metástasis óseas, invasión perineural o neoplasias hematológicas avanzadas. El objetivo de este trabajo es realizar una revisión bibliográfica narrativa para evaluar el impacto diagnóstico, los mecanismos fisiopatológicos y el manejo clínico de esta entidad en el ámbito maxilofacial y oncológico. A través del análisis de la literatura publicada

¹ Universidad José Antonio Páez, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Odontología.

entre 2022 y 2025, se identificó que el SME puede ser el primer y único signo de tumores primarios ocultos o de recidivas tumorales, simulando inicialmente patologías de origen odontogénico y propiciando tratamientos locales innecesarios debido a la frecuente ausencia de hallazgos radiográficos tempranos. El abordaje interdisciplinario oportuno, la indicación de estudios de extensión sistémica y la instauración de una terapéutica paliativa que incluye radioterapia localizada y control avanzado del dolor neuropático son indispensables para evitar el retraso diagnóstico y mejorar la calidad de vida del paciente. El conocimiento de esta bandera roja por parte del profesional de la salud bucal es crucial para la detección temprana de diseminaciones neoplásicas sistémicas.

Palabras clave: *Parestesia, Nervio mentoniano, Mandíbula-Cáncer, Metástasis, Tumores maxilofaciales.*

Abstract

Numb Chin Syndrome (NCS), or mental nerve neuropathy, is an uncommon yet critical neurosensory manifestation characterized by hypoesthesia, paresthesia, or anesthesia within the territory of the mental nerve. This entity is frequently associated with bone metastases, perineural invasion, or advanced hematological malignancies. The objective of this work is to conduct a narrative literature review to evaluate the diagnostic impact, pathophysiological mechanisms, and clinical management of this entity in the maxillofacial and oncological fields. Through the analysis of literature published between 2022 and 2025, it was identified that NCS can be the first and sole sign of occult primary tumors or tumor relapses, initially mimicking pathologies of odontogenic origin and leading to unnecessary local treatments due to the frequent absence of early radiographic findings. A timely interdisciplinary approach, the indication of systemic staging studies, and the implementation of palliative therapeutics, including localized radiotherapy and advanced neuropathic pain management, are indispensable to prevent diagnostic delay and improve the patient's quality of life. Awareness of this red flag by oral health professionals is crucial for the early detection of systemic neoplastic dissemination.

Keywords: *Paresthesia, Mental Nerve, Mandibular Neoplasms, Metastasis, Maxillofacial Neoplasms.*

Introducción

El síndrome del mentón entumecido (SME) es una entidad clínica caracterizada por alteración de la sensibilidad, que puede manifestarse como hipoestesia, parestesia o anestesia completa, en el territorio de distribución del nervio mentoniano. Este nervio inerva la piel del mentón, el labio inferior y la encía vestibular correspondiente a los caninos y premolares inferiores (Bedrouni et al., 2022; Cheng et al., 2024). Aunque su presentación es infrecuente, el SME constituye un hallazgo semiológico de alto valor diagnóstico, ya que puede ser la primera y única manifestación de una neoplasia maligna subyacente, una recidiva metastásica o una infiltración perineural por tumores sólidos o hematológicos (Dziubek, 2024; Gupta et al., 2024; Hakkou et al., 2023).

La relevancia del SME en el ámbito odontológico y maxilofacial radica en que, con frecuencia, los pacientes consultan inicialmente al dentista debido a la localización oral y facial del síntoma. La literatura reporta que hasta el 28% de los pacientes con SME de origen maligno acude primero a un profesional de la salud bucal (Dziubek, 2024). Esto convierte al odontólogo en un actor clave para el diagnóstico temprano, pero también expone al paciente al riesgo de recibir tratamientos dentales innecesarios, como extracciones, endodoncias o cirugías, ante la sospecha errónea de una causa odontogénica. Este fenómeno se ha denominado la “trampa dental”, ya que mientras se realizan procedimientos locales innecesarios, la enfermedad neoplásica progresa silenciosamente (Bedrouni et al., 2022; Hakkou et al., 2023). Los objetivos de esta revisión son describir los mecanismos fisiopatológicos del SME asociado a malignidad, sintetizar la evidencia sobre su presentación como signo de alerta, establecer pautas para el diagnóstico diferencial y el manejo interdisciplinario, y destacar el rol del odontólogo en la detección precoz de diseminación oncológica.

Metodología

El presente estudio tiene como objetivo realizar una revisión bibliográfica narrativa para evaluar el impacto diagnóstico, los mecanismos fisiopatológicos y el manejo clínico

del síndrome del mentón entumecido en el ámbito maxilofacial y oncológico, con especial énfasis en su reconocimiento como signo de alerta oncológica y en el rol del odontólogo en la detección temprana.

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa en las bases de datos PubMed, SciELO, Google Scholar y Cochrane Library, utilizando los términos MeSH y DeCS: “numb chin syndrome”, “mental nerve neuropathy”, “mandibular metástasis”, “perineural invasion”, “oncological red flag”, y sus equivalentes en español: “síndrome del mentón entumecido”, “neuropatía mentoniana”, “metástasis mandibular”. Se incluyeron un total de 12 artículos, todos publicados entre los años 2022 y 2025, con el fin de garantizar la actualización de la evidencia disponible. Los tipos de investigación analizados comprenden: 10 reportes de caso (Chen et al., 2023; Gupta et al., 2024; Hakkou et al., 2023; Sawada et al., 2024; Cheng et al., 2024; Goto et al., 2024; Murahashi et al., 2024; Tan & Tan, 2024; Habbal et al., 2025; Bureau et al., 2023), 1 revisión sistemática (Bedrouni et al., 2022) y 1 artículo de revisión narrativa (Dziubek, 2024). No se aplicó meta-análisis ni evaluación sistemática de sesgo, en concordancia con el diseño narrativo de esta revisión.

Resultados

La evidencia recuperada a partir de los 12 artículos analizados (publicados entre 2022-2025) permite establecer varios hallazgos consistentes. En primer lugar, en cuanto a la epidemiología del SME, las causas dentales u odontogénicas como extracciones dentales recientes, endodoncias complicadas, infecciones periapicales o periodontitis explican aproximadamente el 63% de todos los casos. Tras excluir estas causas, la enfermedad neoplásica diseminada representa cerca del 22% de los SME (Dziubek, 2024). Otras etiologías menos frecuentes incluyen traumatismos maxilofaciales (alrededor del 6%), osteomielitis, esclerosis múltiple, sarcoidosis y causas idiopáticas (el 9% restante) (Bedrouni et al., 2022). Además, se han descrito etiologías menos comunes como la enfermedad de células falciformes, en la cual el SME puede presentarse como una complicación de crisis vasooclusivas que afectan la microvasculatura del nervio mentoniano (Bedrouni et al., 2022; Habbal et al., 2025). También se ha reportado SME secundario a agentes desvitalizantes que contienen paraformaldehído utilizados en procedimientos endodónticos (Chen et al., 2023),

así como casos asociados a infartos cerebrales en la circunvolución porcentual (Sawada et al., 2024) y a miastenia gravis concomitante con carcinoma pulmonar (Gupta et al., 2024).

En relación con los tipos de neoplasias asociadas, la literatura muestra un patrón claro. El cáncer de mama es la neoplasia más frecuentemente vinculada al SME, representando aproximadamente el 40,4% de los casos de origen maligno, predominando en mujeres (Bureau et al., 2023; Tan & Tan, 2024). Los linfomas, tanto Hodgkin como no Hodgkin, constituyen otro grupo importante (Dziubek, 2024). El cáncer de próstata se observa principalmente en varones mayores (Bedrouni et al., 2022). El cáncer de pulmón se sitúa entre el 5% y el 8%, incluyendo tanto el carcinoma epidermoide como el adenocarcinoma, habiéndose descrito casos en los que el SME fue la primera manifestación de metástasis pulmonar (Gupta et al., 2024). El melanoma representa entre el 4% y el 5%, y los tumores colorrectales alrededor del 3% al 4%, con reportes recientes de metástasis mandibular de cáncer colorrectal como presentación inicial de SME (Goto et al., 2024). El cáncer de vesícula biliar también ha sido documentado como causa de SME (Murahashi et al., 2024). El resto corresponde a neoplasias menos comunes como tumores de vejiga, riñón, tiroides, sarcoma y, en casos excepcionales, tumores benignos como el schwannoma intraóseo (Cheng et al., 2024).

Un dato de gran relevancia clínica es que en el 27,7% de los pacientes, el SME constituyó la primera manifestación de una malignidad no diagnosticada previamente, mientras que en el 37,7% fue el primer signo de recidiva de un cáncer conocido y previamente tratado (Bedrouni et al., 2022; Goto et al., 2024). Esto subraya el valor centinela del síntoma incluso en pacientes que se consideraban libres de enfermedad. Casos recientes han documentado el SME como manifestación inicial de cáncer de mama metastásico (Bureau et al., 2023; Tan & Tan, 2024), cáncer colorrectal (Goto et al., 2024), cáncer de vesícula biliar (Murahashi et al., 2024) y cáncer de pulmón (Gupta et al., 2024).

Los mecanismos fisiopatológicos del SME en el contexto oncológico son variados. El nervio mentoniano, rama terminal del nervio alveolar inferior, que a su vez pertenece a la tercera rama del trigémino, discurre dentro del conducto mandibular y emerge a través del foramen mentoniano. Su trayecto intraóseo lo hace particularmente vulnerable a la compresión por metástasis óseas, sean osteolíticas o blásticas, que reducen el diámetro

del canal mandibular (Bedrouni et al., 2022; Hakkou et al., 2023). También puede ocurrir invasión perineural directa, por la cual las células tumorales se diseminan a lo largo de la vaina nerviosa, fenómeno bien documentado en cáncer de mama, próstata y melanoma (Bureau et al., 2023; Tan & Tan, 2024). En las neoplasias hematológicas, la infiltración leptomeníngea puede afectar las raíces del trigémino en el espacio subaracnoideo (Dziubek, 2024). Excepcionalmente, tumores benignos como el schwannoma pueden causar el síndrome por efecto de masa (Cheng et al., 2024). En el contexto de la enfermedad de células falciformes, el SME puede ser consecuencia de infartos óseos en la mandíbula o de neuropatía isquémica por crisis vasooclusivas (Bedrouni et al., 2022; Habbal et al., 2025). La alta sensibilidad del tejido nervioso explica que la neuropatía pueda preceder en semanas o incluso meses a cualquier signo radiológico de destrucción ósea (Cheng et al., 2024; Hakkou et al., 2023).

Uno de los hallazgos más consistentes y críticos de esta revisión es la limitación de las pruebas de imagen convencionales. Las radiografías periapicales y panorámicas, e incluso las tomografías computarizadas de mandíbula o de cerebro, pueden ser completamente normales en las fases iniciales del SME de origen maligno. En la serie de casos reportada por Goto et al. (2024), las radiografías panorámicas iniciales fueron negativas en pacientes que posteriormente demostraron metástasis mandibulares. La resonancia magnética y la tomografía por emisión de positrones (PET-CT) han demostrado mayor sensibilidad para detectar lesiones metastásicas tempranas (Bedrouni et al., 2022; Dziubek, 2024). Por lo tanto, la normalidad de una radiografía panorámica no descarta la etiología neoplásica, y la prueba de elección ante un SME sin causa dental clara es el rastreo sistémico mediante gammagrafía ósea, PET-CT o resonancia magnética (Dziubek, 2024; Hakkou et al., 2023).

El pronóstico del SME de origen maligno es grave. Los datos de series agrupadas indican una mortalidad a corto plazo del 78,5% y una supervivencia media desde el diagnóstico de solo 6,9 meses, con un rango que oscila entre 1 y 24 meses (Bedrouni et al., 2022; Goto et al., 2024). El pronóstico es especialmente sombrío en los casos de infiltración leptomeníngea, donde la supervivencia suele ser inferior a 3 meses (Dziubek, 2024). En marcado contraste, el SME por causas benignas dentales, traumáticas o infecciosas, suelen resolverse con el tratamiento de la causa subyacente en un plazo de semanas a meses (Bedrouni et al., 2022; Chen et al., 2023; Sawada et al., 2024).

Discusión

La revisión de la literatura confirma que el odontólogo ocupa una posición paradójica frente al SME. Por un lado, es el profesional al que con mayor frecuencia acude el paciente con adormecimiento mentoniano, con hasta un 28% de los casos oncológicos consultando primero al dentista (Dziubek, 2024). Por otro lado, el mimetismo de esta neuropatía con patologías dentales benignas puede inducir a tratamientos innecesarios: extracciones, endodoncias, cirugías periapicales que retrasan el diagnóstico verdadero y empeoran el pronóstico (Bedrouni et al., 2022; Hakkou et al., 2023). Este fenómeno de “trampa dental” ha sido descrito repetidamente en la literatura, como en el caso reportado por Hakkou et al. (2023), donde un paciente con linfoma de células B grandes fue tratado inicialmente con procedimientos dentales convencionales antes de llegar al diagnóstico oncológico.

Con base en la evidencia revisada, se propone un esquema de actuación estructurado para el odontólogo, con el fin de sistematizar la toma de decisiones y evitar el retraso diagnóstico. El primer paso es una historia clínica dirigida que debe interrogar sobre procedimientos dentales recientes en los últimos tres meses (extracciones, implantes, endodoncias o cirugías periapicales), así como sobre antecedentes oncológicos personales, incluso si el tumor fue tratado hace años, y sobre síntomas asociados como dolor, pérdida de sensibilidad, debilidad, pérdida de peso o presencia de adenopatías (Bedrouni et al., 2022; Dziubek, 2024; Hakkou et al., 2023). El segundo paso es el examen clínico, que debe incluir una prueba sensorial bilateral comparativa con algodón o aguja para evaluar el mentón y el labio inferior, la palpación de cadenas ganglionares cervicales y submandibulares, y la inspección de la mucosa oral en busca de lesiones (Bedrouni et al., 2022; Cheng et al., 2024; Tan & Tan, 2024). El tercer paso consiste en solicitar pruebas de imagen iniciales, como radiografía panorámica y/o tomografía computarizada de haz cónico (CBCT) de mandíbula; si estas resultan normales, pero el síntoma persiste por más de dos semanas sin una causa local evidente, no se debe descartar la malignidad (Cheng et al., 2024; Goto et al., 2024). El cuarto paso es la derivación médica urgente a oncología, neurología o medicina interna, con la solicitud de estudios de extensión sistémica como PET-CT, gammagrafía ósea, resonancia magnética de columna y sistema nervioso central si se sospecha infiltración leptomeníngea,

o biopsia de médula ósea si se sospecha una neoplasia hematológica (Bedrouni et al., 2022; Dziubek, 2024). El quinto paso, crucial para la conducta odontológica, es suspender cualquier procedimiento dental invasivo extracciones, endodoncias, cirugías hasta haber descartado una causa neoplásica, y limitarse a ofrecer cuidados de soporte como higiene oral y control del dolor odontogénico si existe una causa dental concomitante (Bedrouni et al., 2022; Hakkou et al., 2023; Chen et al., 2023). A continuación, se presenta un cuadro resumen que sintetiza dicho esquema en cinco pasos secuenciales, diseñado como herramienta de consulta rápida para el profesional de la salud bucal (Tabla 1).

Tabla 1

Algoritmo de actuación odontológica ante el síndrome del mentón entumecido

Paso	Acción
1. Historia clínica dirigida	Preguntar por procedimientos dentales recientes, antecedentes oncológicos y síntomas sistémicos.
2. Examen clínico	Prueba sensorial bilateral, palpación ganglionar, inspección de mucosa.
3. Examen inicial	Radiografía panorámica o CBCT; si es normal y el síntoma persiste más de 2 semanas, no descartar malignidad.
4. Derivación médica urgente	Oncología, neurología o medicina interna; PET-CT, gammagrafía, RMN o biopsia.
5. Suspender procedimientos invasivos	No realizar extracciones, endodoncias ni cirugías hasta descartar causa neoplásica.

Nota. Elaborado por los autores con base en Bedrouni et al., 2022; Dziubek, 2024; Hakkou et al., 2023; Cheng et al., 2024.

Una vez confirmada la etiología neoplásica, el tratamiento es fundamentalmente paliativo. La radioterapia localizada sobre la mandíbula ayuda a reducir la masa tumoral, descomprimir el nervio (Bedrouni et al., 2022; Hakkou et al., 2023), mientras que el manejo del dolor neuropático incluye fármacos como gabapentina, pregabalina, antidepresivos

tricíclicos y opioides según la escala analgésica de la Organización Mundial de la Salud (Bedrouni et al., 2022; Bureau et al., 2023). Los cuidados odontológicos paliativos abarcan el manejo de la mucositis por radioterapia, la confección de prótesis en caso de pérdida de continuidad ósea y el control de infecciones oportunistas (Bedrouni et al., 2022).

Esta revisión tiene como fortalezas la síntesis de evidencia actualizada (2022-2025), el enfoque práctico dirigido al odontólogo y la inclusión de referencias tanto en inglés como en español. Entre sus limitaciones, al tratarse de una revisión narrativa y no sistemática, no se realizó un meta-análisis ni una evaluación formal del sesgo de publicación. Además, es probable que exista un sesgo de publicación favorable a los casos positivos, ya que los casos de SME de origen benigno o aquellos con evolución favorable tienden a reportarse con menor frecuencia en la literatura (Bedrouni et al., 2022; Dziubek, 2024).

Conclusiones

El presente estudio se planteó como objetivo evaluar el impacto diagnóstico, los mecanismos fisiopatológicos y el manejo clínico del mesíndrome del mentón entumecido en el ámbito maxilofacial y oncológico, enfatizando su reconocimiento como signo de alerta y el rol del odontólogo en la detección temprana. Los resultados obtenidos confirman que el SME constituye la primera manifestación de neoplasia en el 27,7% de los casos y de recidiva en el 37,7%, y que la supervivencia media tras el diagnóstico es de solo 6,9 meses, lo que evidencia su grave pronóstico y la necesidad de una actuación rápida. En congruencia con estos hallazgos, se concluye que el síndrome del mentón entumecido constituye una bandera roja oncológica y maxilofacial que ningún odontólogo debe ignorar, especialmente en ausencia de una causa dental evidente o en pacientes con antecedentes de cáncer, y que la normalidad de las radiografías mandibulares convencionales no excluye la malignidad, puesto que la infiltración perineural microscópica puede causar neuropatía semanas antes de que aparezca cualquier signo radiológico de destrucción ósea.

De igual forma, dado que los profesionales de la salud bucal son frecuentemente la primera consulta en estos casos (hasta el 28% de los pacientes oncológicos acuden primero al dentista), su capacidad para reconocer el SME y derivar oportunamente puede

ser determinante en el pronóstico del paciente. El abordaje requiere una colaboración interdisciplinaria que involucre al odontólogo, el oncólogo, el radiólogo y el neurólogo, con una actitud terapéutica predominantemente paliativa, dado que el SME de origen maligno suele indicar enfermedad diseminada. Finalmente, se recomienda incluir el SME en los programas de pregrado de odontología como un signo de alerta temprana, así como elaborar guías de actuación rápida para la derivación de estos pacientes, incorporando el esquema propuesto en esta revisión como herramienta de apoyo clínico.

Referencias

- Bedrouni, M., Touma, L., Sauvé, C., Botez, S., Soulières, D., & Forté, S. (2022). Numb Chin Syndrome in Sickle Cell Disease: A Systematic Review and Recommendations for Investigation and Management. *Diagnostics*, 12(12), 2933. <https://doi.org/10.3390/diagnostics12122933>
- Bureau, B. L., Connelly, J. M., Barkhaus, P. E., & Brennan, R. (2023). Numb Chin Syndrome: Atypical presentation of metastatic breast cancer. *RRNMF Neuromuscular Journal*, 4(2), 18–20. <https://doi.org/10.17161/rrnmf.v4i2.18725>
- Chen, J. K., Hsu, Y. Y., Chiang, C. P., & Chiang, M. L. (2023). Numb chin syndrome caused by paraformaldehyde-containing devitalizing agent - Case report. *Journal of Dental Sciences*, 18(2), 955–957. <https://doi.org/10.1016/j.jds.2023.02.008>
- Cheng, Y. J., Chiang, M. L., & Chen, J. K. (2024). Diagnostic challenges in numb chin syndrome caused by mandibular intraosseous schwannoma. *Journal of Dental Sciences*, 19(3), 1900–1902. <https://doi.org/10.1016/j.jds.2024.04.014>
- Dziubek, D. (2024). Numb chin syndrome - a seemingly innocent symptom that can indicate a serious disease. *Neurologia i Neurochirurgia Polska*, 58(1), 134–135. <https://doi.org/10.5603/PJNNS.a2023.0051>

- Goto, Y., Hijioka, H., Uchino, Y., Sugiura, T., & Okui, T. (2024). Numb Chin Syndrome as the Initial Presentation of Mandibular Metastasis of Colorectal Cancer: A Case Report. *Cureus*, 16(3), e56133. <https://doi.org/10.7759/cureus.56133>
- Gupta, R. K., Gupta, A., Um, D. S., & Neda, Z. K. (2024). Myasthenia gravis and numb chin syndrome with lung carcinoma. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 15(1), 159–161. https://doi.org/10.25259/JNRP_387_2023
- Habbal, J., Mohamadiyeh, A. M., Khudhur, H. W., Gaba, W., & Abdelrahman, S. (2025). A Multifaceted Crisis: Sick Cell Disease Complicated by Pulmonary Embolism, Avascular Necrosis, and Numb Chin Syndrome. *Cureus*, 17(6), e85556. <https://doi.org/10.7759/cureus.85556>
- Hakkou, F., Ouaabbou, H., El Ouazzani, H., Cherradi, N., & Chbicheb, S. (2023). Numb chin syndrome revealing a mandibular metastasis: Case report. *International Journal of Surgery Case Reports*, 107, 108175. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2023.108175>
- Murahashi, M., Ntege, E. H., Ide, K., Maruyama, N., Shirakawa, J., Koyama, H., Kawano, T., Goto, T., Shimizu, Y., Nishihara, K., & Nakamura, H. (2024). Metastatic gallbladder cancer presenting as numb chin syndrome: A case report and literature review. *Biomedical Reports*, 20(4), 61. <https://doi.org/10.3892/br.2024.1749>
- Sawada, N., Ueda, M., Umemura, T., Kamijo, M., & Kameyama, T. (2024). A case of numb chin syndrome caused by postcentral gyrus infarction. *Rinsho Shinkeigaku*, 64(9), 668–670. <https://doi.org/10.5692/clinicalneuro.001984>
- Tan, Z., & Tan, S. Y. (2024). Numb cheek syndrome in breast cancer: a case report. *Frontiers in Oncology*, 14, 1349073. <https://doi.org/10.3389/fonc.2024.1349073>