

Neuropatia do Mento *Mental Nerve Neuropathy*

Francisco Araújo*, Cristiana Rolão **, Fernanda Rego*, José Luís Ducla Soares***

Resumo

A neuropatia do mento (NM) é uma entidade clínica rara, cujo diagnóstico é clínico e que pode estar relacionada com patologias diversas. Apresentamos um caso clínico de NM associada a drepanocitose, revendo esta associação e a associação de NM a outras situações não neoplásicas e a neoplasias.

Palavras chave: Neuropatia do mento, Drepanocitose.

Abstract

Mental nerve neuropathy (MNP), also known as the "numb chin" syndrome, is a rare clinical entity that may be related to several diseases. We present a clinical case of MNP in a patient with sickle cell disease and review this association, the finding of MNP in cancer and its presence in other non-malignant diseases.

Key words: Mental nerve neuropathy, Numb chin syndrome, Sickle cell disease.

Caso clínico

Homem de 23 anos, de raça negra, com drepanocitose genótipo HbSS, $\alpha\alpha/\alpha\alpha$, haplotipo Senegal/Senegal, diagnosticada aos 4 anos de idade, com múltiplos internamentos por crises vaso-oclusivas desencadeadas por infecções respiratórias.

Foi internado em Julho de 2003, por febre (39°C), tosse com expectoração mucopurulenta, dores ósseas que abrangiam os membros e a mandíbula e mialgias generalizadas com uma semana de evolução. RX tórax com infiltrado algodinoso bilateral. Analiticamente apresentava Hb 7,6 gr/dL, GB 39600 c/ 89 % N, PCR 16 mg/dL, LDH 1520 U/L, Bilirrubina total 2,2 mg/dL, Bil. directa normal, haptoglobina normal, reticulocitos 6 %. Foi medicado com ceftriaxone, oxigenioterapia, hidratação e analgesia com rápida melhoria do quadro.

Ao 4º dia de internamento, com melhoria substancial do quadro algico, já sem febre e com descida notória dos parâmetros inflamatórios e de hemólise, surgem queixas de hipostesia marcada de todo o lábio inferior e da região do mento (Fig. 1). O restante exame neurológico era normal. A observação pela estomatologia e a radiografia do maxilar inferior foram normais.

Teve alta ao 12º dia, assintomático excepto pelas queixas de hipostesia na área referida anteriormente. Reavaliado ao fim de um mês, a área de hipostesia tinha diminuído de forma significativa (Fig 1). Recuperou totalmente a sensibilidade ao fim de 5 meses.

O quadro clínico é sugestivo de neuropatia do mento (N.M.), relacionada com crise vaso-oclusiva no contexto de drepanocitose.

Neuropatia do Mento e Drepanocitose

Esta forma de neuropatia de início agudo, em doentes com drepanocitose, foi descrita pela primeira vez por Konofy-Auhulu em 1972.¹ Estão descritos cerca de uma dezena de casos na literatura.

Trata-se de uma neuropatia periférica, puramente sensitiva, cujo território abrange a área de distribuição do nervo mentoniano. Este nervo é um dos ramos terminais do nervo maxilar inferior, por sua vez ramo do trigémio. Tem um trajecto de curta extensão dentro do canal dentário, na espessura do maxilar inferior, exteriorizando-se pelo orifício mentoniano e sendo responsável pela sensibilidade da pele do mento, do lábio inferior e da mucosa gengival inferior.

Na base fisiopatológica deste quadro, Konotey-Ahulu propõe a ocorrência de microenfartes do nervo mentoniano, na sua passagem pelo canal mentoniano durante as crises vaso-oclusivas.¹

As causas infecciosas locais também devem ser sempre excluídas, quer a nível dentário, quer considerando a hipótese de osteomielite da mandíbula já descrita nestes doentes.^{2,3}

Na maioria dos casos, as queixas são unilaterais,

*Assistente Hospitalar de Medicina Interna

**Interno do Complementar em Medicina Interna

***Professor Auxiliar de Medicina, Chefe de Serviço de Medicina

Hospital de Santa Maria, Lisboa

Recebido para publicação a 11.12.03

Aceite para publicação a 01.08.06



Na imagem da esquerda a área de hipostesia ao 4º dia de internamento e na imagem da direita a área de hipostesia um mês depois.

FIG. 1

mas podem ocorrer situações de compromisso bilateral. Geralmente, a NM é precedida de dor a nível da mandíbula.

A terapêutica é de suporte, com as medidas habituais na terapêutica das crises vaso-oclusivas, incluindo hidratação, correcção de alterações metabólicas (ex: acidose), analgesia, oxigenioterapia e suporte transfusional eventualmente. Pode ser necessária terapêutica antibiótica, caso haja suspeita de infecção (local ou sistémica) como causa desencadeante da crise vaso-oclusiva. A recuperação dos doentes é lenta, podendo demorar largos meses.¹⁻⁴

Neuropatia do mento e outras doenças não neoplásicas

Estão descritas associação de neuropatia do mento a situações não neoplásicas. Incluem-se infecções locais, sífilis, traumatismos, tumores benignos, hipertrigliceridemia, vasculite, diabetes mellitus, sarcoidose, amiloidose, idiopática. O seu prognóstico é, na generalidade, benigno. A sua terapêutica é a da doença de base.⁵⁻¹⁰

O Quadro I seguinte resume as causas não neoplásicas de neuropatia do mento.

Neuropatia do mento e neoplasia

A metastização/infiltração do maxilar inferior é a causa mais frequente da NM associada a neoplasias; foi esta a causa mais frequente na maior série descrita.⁵

Nessa série, Lossos e Siegal fizeram uma análise retrospectiva de 42 doentes com NM, e verificaram que o tumor primário era em 64% dos casos um cancro da mama. Outras neoplasias sólidas associadas a NM são as do pulmão, brônquios, próstata, tiroideia, recto, rim, melanoma e o sarcoma de Ewing.^{5,6,11-13}

A NM está associada a doenças linfo-proliferativas em 16 a 20 % dos casos. Estão descritos casos de neuropatia do mento em doentes com linfomas, leucemias, mieloma múltiplo e doença de Waldenström.¹¹⁻¹²

A NM pode preceder o diagnóstico de neoplasia, mas mais frequentemente representa um estadiado avançado da doença e é sinal de mau prognóstico. O diagnóstico de NM pode implicar uma investigação de neoplasia oculta ou o estadiamento de neoplasia conhecida, com a realização de vários exames complementares (TC, eventualmente RM, cintigrafia, exame citológico do liquor).¹¹⁻¹³

Nas neoplasias sólidas, a neuropatia pode estar relacionada com a compressão do nervo por metástases localizadas a nível do maxilar inferior, ou da base do crânio, ou com a disseminação de células neoplásicas com invasão do nervo mentoniano.¹⁴⁻¹⁶ Um mecanismo semelhante, com invasão leptomeníngea poderia explicar o aparecimento da neuropatia nas hematopatias malignas.¹⁷⁻¹⁸ Quer nas neoplasias sólidas, quer nas neoplasias hematológicas, a NM pode melhorar ou desaparecer, com quimioterapia ou com radioterapia local.

QUADRO I

Causas não neoplásicas de neuropatia do mento

Drepanocitose
 Infecções (Abscessos Dentários, Osteomielite, Sífilis, Infecções virais)
 Traumatismos locais
 Hipertrigliceridemia
 Vasculite
 Diabetes mellitus
 Sarcoidose
 Amiloidose
 Idiopática
 Neuropatia microvascular

Conclusão

O diagnóstico de Neuropatia do Mento é essencialmente clínico, devendo esta forma de neuropatia periférica ser suspeitada quando existem alterações de sensibilidade a nível da região mentoniana. Sendo uma situação clínica rara, o seu diagnóstico precoce é importante podendo ser uma manifestação de patologias subjacentes (ex: neoplasia, drepanocitose). No caso que apresentamos, a terapêutica da crise vaso-oclusiva contribuiu para a resolução das queixas do doente. ■

Bibliografia

1. Konotey-Ahulu FID. Mental-nerve neuropathy: a complication of sickle-cell crisis. *Lancet* 1972; (2):388.
2. Kirson LE, Tomaro AJ. Mental nerve paresthesia secondary to sickle-cell crisis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1979;48(6):509-512.
3. Patton LL, Brahim JS, Travis WD. Mandibular osteomyelitis in a patient with sickle cell anemia: report of case. *J Am Dent Assoc* 1990;121(5):602-604.
4. Friedlander AH, Genser L, Swerdloff M. Mental nerve neuropathy: a complication of sickle-cell crisis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1980;49(1):15-17.
5. Gastaut JL, Michel B. La neuropathie mentonnière. *Presse Méd* 1984;13 :1071-1074.
6. Marinella MA. Numb Chin Syndrome: a subtle clue to possible serious illness. *Hospital Physician* 2000; 1:54-56.
7. Yura Y, Kusaka J, Yamakawa R, Bando T, Yoshida H, Sato M. Mental nerve neuropathy as a result of primary herpes simplex virus infection in the oral cavity. A case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2000;90(3):306-309.
8. Delattre JY, Cabane J, Hagenau M. Neuropathie mentonnière au cours d'une vascularite. *Presse Med* 1986;15(20):930.
9. Genereau T, Lortholary O, Bioussé V, Guillemin L. Numb chin syndrome as first sign of temporal arteritis. *J Rheumatol* 1999;26(6):1425-1426.
10. Baron JC. Neuropathie Mentonnière Bénigne. *Rev Neurol (Paris)* 1995; 151(4): 284-285.
11. Lossos A, Siegal T, Numb Chin syndrome in cancer patients: etiology, response to treatment, and prognostic significance. *Neurology*. 1992; 42(6): 1181-1184.
12. Bruyn RP, Boogerd W. Numb chin syndrome. *Neurology* 1993 ;43(5):1058.
13. Antunes NL, Gorlick R, Callaja E, Lis E.J Numb chin syndrome in Ewing sarcoma. *Pediatr Hematol Oncol*. 2000 ;22(6):521-523.
14. Calverley JR, Mohnac AM. Syndrome of the numb chin. *Arch Intern Med* 1963; 112:819-821.
15. Massey EW, Moore J, Schold SC. Jr. Mental neuropathy from systemic cancer. *Neurology* 1981; 31:1277-1281.
16. Roger H, Paillas J. Le signe du mentonnier (paresthésie et anesthésie unilatérale), révélateur d'un processus néoplasique métastatique. *Rev Neurol* 1937 ;2 :751-752.
17. Griffin JW. Lymphomatous leptomeningitis. *Am J Med* 1971 ;51: 200-208.
18. Robinet N, Couret B, Arlet-Suau E, Fedou R, Adoue D, Larregain-Fournier D. Le « signe du Mentonnier » au cours de néoplasies métastatiques. *Presse Med* 1984; 13(23): 1455-1456.