

Reflejo palmomentoniano

Raúl Carrillo-Esper,* Marco Antonio Garnica-Escamilla*

RESUMEN

Introducción. Un signo clínico es cualquier manifestación objetiva secundaria a una enfermedad. El signo de Marinesco Radovici (reflejo palmomentoniano) corresponde a la contracción involuntaria de los músculos mentonianos secundaria a la estimulación de la eminencia tenar. Marinesco y Radovici lo describió en 1920 y se encuentra comúnmente en pacientes con lesión del sistema piramidal. **Caso clínico.** Paciente de 27 años que ingresó a la Unidad de Terapia Intensiva por traumatismo craneoencefálico, se dió tratamiento y manejo de protección cerebral así como craniectomía descompresiva. A la exploración física presentó signo de Radovici. La tomografía axial computada de control con presencia de infarto hemisférico izquierdo con involucro del tálamo y cápsula interna.

Palabras clave. Barbilla. Tálamo. Infarto cerebral. Tracto piramidal.

ABSTRACT

Introduction. A clinical sign is any manifestation secondary to a disease. Radovici sign (palmomentary reflex) consists in an involuntary contraction of chin muscles secondary to stimulation of thenar eminence. This sign was described by Marinesco Radovici at 1920, and is commonly found in patients who present corticospinal tract injury. **Clinical case.** 27 years old patient, admitted in Intensive Care Unit (ICU) for head trauma. He was treated and managed for cerebral protection and with decompressive craniectomy. Physical examination showed sign of Radovici. The computed tomography showed left hemispheric infarction with involvement of the thalamus and internal capsule.

Key words. Chin. Pyramidal tract. Cerebral infarction. Thalamus.

INTRODUCCIÓN

En medicina se define signo clínico a cualquier manifestación objetiva secundaria o asociada a una enfermedad o alteración de la salud, y que se hace evidente en la biología del enfermo. La semiología clínica es la disciplina de la que se vale el médico para indagar mediante el examen psicofísico del paciente sobre los diferentes signos que presenta. Un signo clínico es un elemento clave que se obtiene a partir del examen físico, en contraposición a los síntomas que son los elementos subjetivos, percibidos sólo por el paciente. Uno de los tantos datos que se obtienen de la exploración física neurológica es el signo de Marinesco Radovici que corresponde a la contracción involuntaria de los músculos mentonianos (cuadrado del mentón y borla del mentón) secundaria a la estimulación de la eminencia tenar, conocido como reflejo palmomentoniano.¹

Este signo lo describió Marinesco y Radovici (1920) en un paciente joven con esclerosis lateral, en el que se observó una contracción lenta y sostenida de los músculos del mentón ipsilateral en respuesta a la estimulación con un alfiler o un ligero toque en la eminencia tenar. Otra maniobra clínica para explorarlo es mediante la estimulación de otras áreas de la piel o por cateterismo uretral, aunque la respuesta es menos pronunciada.²

Este reflejo sigue una vía polisináptica de la región cervical de la médula al núcleo facial del puente y es multisegmental. Los estímulos aferentes del reflejo palmomentoniano son conducidos principalmente por el nervio mediano y el nervio cubital. Hay una inhibición en las neuronas motoras del músculo del mentón, ya sea a través de interneuronas inhibitorias o directamente por fibras motoras corticobulbares o límbicas.³

En diversos textos de neurología el reflejo palmomentoniano se describe como elemental en la exploración

* Fundación Clínica Médica Sur.

Correspondencia:

Dr. Raúl Carrillo Esper

Unidad de Medicina Intensiva, Fundación Clínica Médica Sur
Puente de Piedra 150, Col. Toriello Guerra, C.P. 14050, Deleg. Tlalpan, México, D.F., Tel.: 5424-7239.

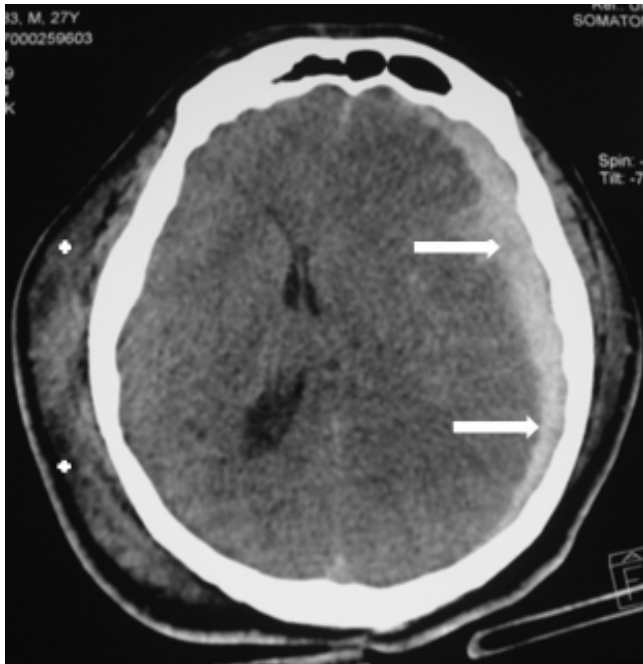


Figura 1. Tomografía axial computada de cráneo donde se observa hematoma subdural extenso izquierdo (flechas) que condiciona efecto de masa, además de desplazamiento de la línea media a la derecha, colapso ventricular izquierdo, hernia del fórnix. Hematoma subgaleal derecho (asteriscos).

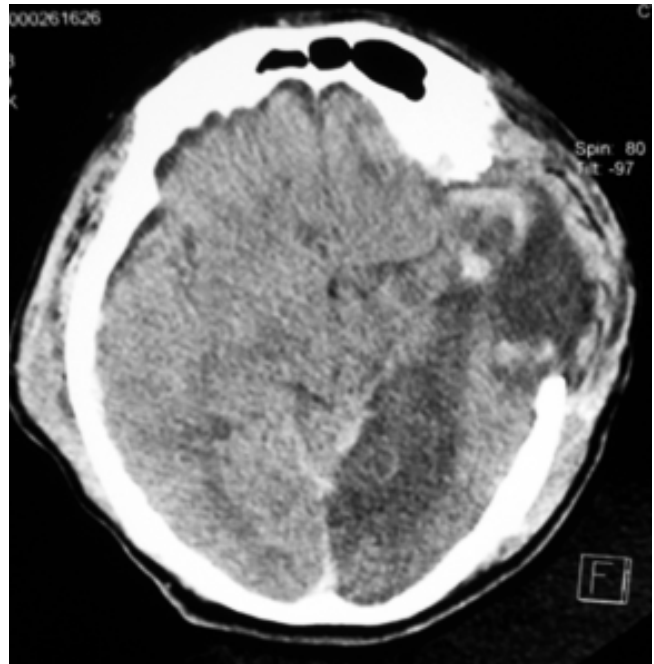


Figura 3. Tomografía axial computada de cráneo en donde se observa área de craniectomía descompresiva, hernia transcalvaria e infarto hemisférico izquierdo extenso.



Figura 2. Exploración del reflejo palmomentoniano. **A.** Estimulación palmar y de la eminencia tenar. **B.** Imagen del mentón antes de iniciar la estimulación. **C.** Contracción de los músculos del mentón en respuesta a la estimulación.

física neurológica debido a sus importantes implicaciones clínicas, pues se encuentra comúnmente en pacientes con lesión del sistema piramidal.⁴

El reflejo puede presentarse en personas sanas de todas las edades. La prevalencia de este reflejo se desconoce debido a la variabilidad en la manera de provocar el reflejo y la interpretación del explorador. Su prevalencia en los adultos sanos puede ser de 2.5 a 50% entre los 20 y 60 años de edad.⁵

CASO CLÍNICO

Enfermo de 27 años sin antecedentes de importancia que ingresó a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) por presentar traumatismo craneoencefálico grave (Figura 1). Durante su estancia en la UTI se inició monitoreo neurológico multimodal y se manejó con medidas de protección cerebral y craniectomía descompresiva amplia izquierda, traqueotomía y gastrostomía. En la fase de recuperación

presentó reflejo palmomentoniano también conocido como signo de Radovici (Figura 2). En la tomografía axial computada de control se observó presencia de infarto hemisférico izquierdo con involucro del tálamo y cápsula interna (Figura 3).

REFERENCIAS

1. Marinesco G, Radovici A. Sur un reflexe cutane nouveau: reflexe palmo-mentonnier. *Rev Neurol* 1920; 27: 237-40.
2. Bannister R. *Brain and Bannister's clinical neurology*. Oxford: Oxford University Press; 1992.
3. Swash M. *Hutchison's clinical methods*. London: WB Saunders; 1995.
4. Ugurel B, Oztura I, Ssener I, Senocak O, Hure D, Yener G. Is palmomental reflex actually a part of feeding behavior? *J Neurol Science* 2009; 26: 214-20.
5. Marti-Vilalta JL, Graus F. The palmomental reflex: clinical study of 300 cases. *Eur Neurol* 1984; 23: 12-6.