



Mi Universidad

Nombre del Alumno: Leticia Desiree Morales Aguilar

Nombre del tema: Exploración neurológica

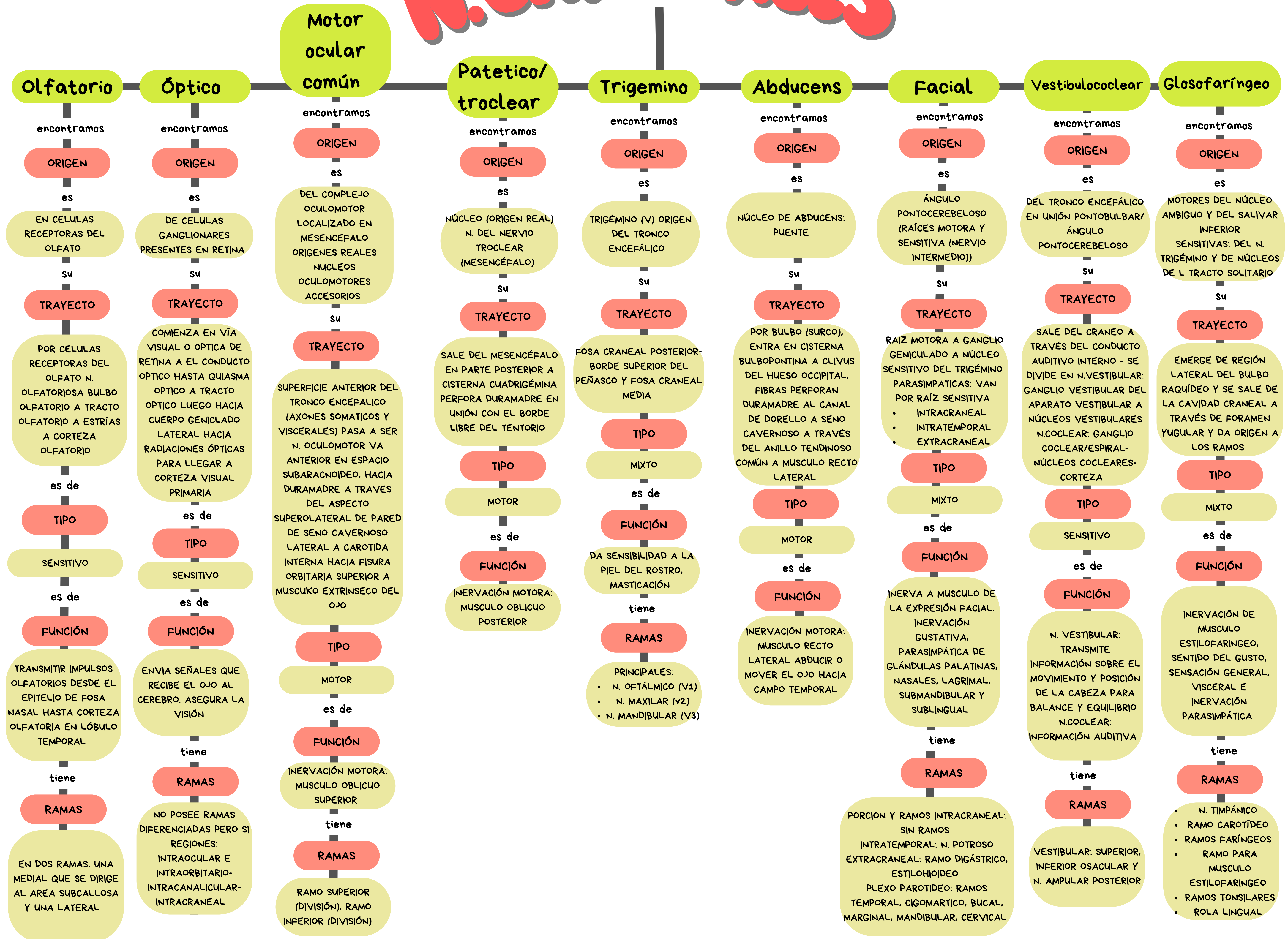
Nombre de la Materia: Propedeutica y Semiologia

Nombre del profesor: Miguel Basilio Robledo

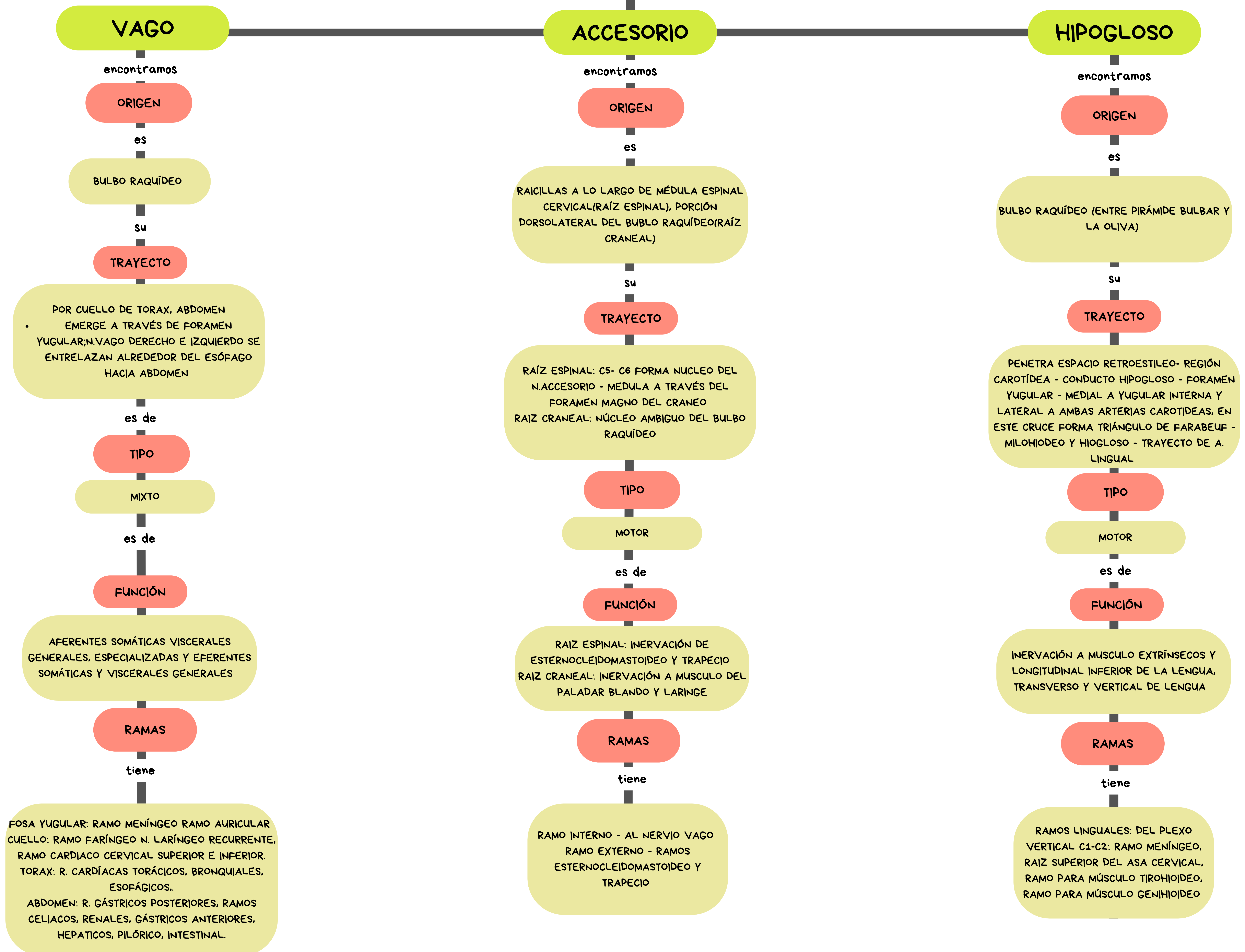
Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana

Semestre: 4°

N. CRANEALES



N. CRANEALES



VAGO

encontramos

ORIGEN

es

BULBO RAQUÍDEO

su

TRAYECTO

• POR CUELLO DE TORAX, ABDOMEN EMERGE A TRAVÉS DE FORAMEN YUGULAR; N. VAGO DERECHO E IZQUIERDO SE ENTRELAZAN ALREDEDOR DEL ESÓFAGO HACIA ABDOMEN

es de

TIPO

MIXTO

es de

FUNCIÓN

AFERENTES SOMÁTICAS VISCERALES GENERALES, ESPECIALIZADAS Y EFERENTES SOMÁTICAS Y VISCERALES GENERALES

RAMAS

tiene

FOSA YUGULAR: RAMO MENÍNGEO RAMO AURICULAR CUELLO: RAMO FARÍNGEO N. LARÍNGEO RECURRENTE, RAMO CARDIACO CERVICAL SUPERIOR E INFERIOR. TORAX: R. CARDÍACAS TORÁCICOS, BRONQUIALES, ESOFÁGICOS. ABDOMEN: R. GÁSTRICOS POSTERIORES, RAMOS CELIACOS, RENALES, GÁSTRICOS ANTERIORES, HEPÁTICOS, PILÓRICO, INTESTINAL.

ACCESORIO

encontramos

ORIGEN

es

RAICILLAS A LO LARGO DE MÉDULA ESPINAL CERVICAL(RAÍZ ESPINAL), PORCIÓN DORSOLATERAL DEL BULBO RAQUÍDEO(RAÍZ CRANEAL)

su

TRAYECTO

RAÍZ ESPINAL: C5- C6 FORMA NUCLEO DEL N. ACCESORIO - MEDULA A TRAVÉS DEL FORAMEN MAGNO DEL CRANEO RAIZ CRANEAL: NÚCLEO AMBIGUO DEL BULBO RAQUÍDEO

TIPO

MOTOR

es de

FUNCIÓN

RAIZ ESPINAL: INERVACIÓN DE ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO Y TRAPECIO RAIZ CRANEAL: INERVACIÓN A MÚSCULO DEL PALADAR BLANDO Y LARINGE

RAMAS

tiene

RAMO INTERNO - AL NERVIO VAGO RAMO EXTERNO - RAMOS ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO Y TRAPECIO

HIPOGLOSO

encontramos

ORIGEN

es

BULBO RAQUÍDEO (ENTRE PIRÁMIDE BULBAR Y LA OLIVA)

su

TRAYECTO

PENETRA ESPACIO RETROESTILEO- REGIÓN CAROTÍDEA - CONDUCTO HIPOGLOSO - FORAMEN YUGULAR - MEDIAL A YUGULAR INTERNA Y LATERAL A AMBAS ARTERIAS CAROTÍDEAS, EN ESTE CRUCE FORMA TRIÁNGULO DE FARABEUF - MILOHIODEO Y HIPOGLOSO - TRAYECTO DE A. LINGUAL

TIPO

MOTOR

es de

FUNCIÓN

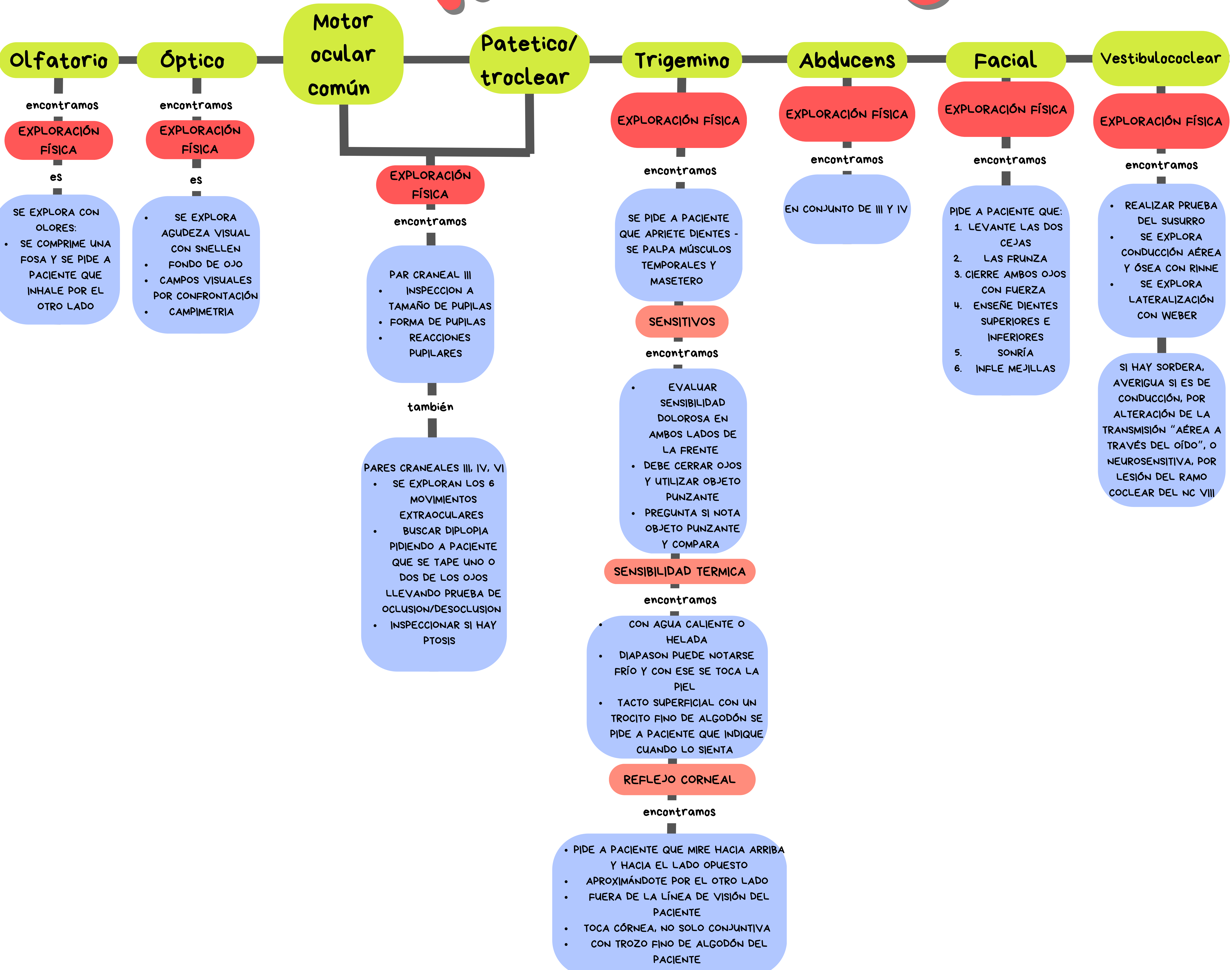
INERVACIÓN A MÚSCULO EXTRÍNECOS Y LONGITUDINAL INFERIOR DE LA LENGUA, TRANSVERSO Y VERTICAL DE LENGUA

RAMAS

tiene

RAMOS LINGUALES: DEL PLEXO VERTICAL C1-C2: RAMO MENÍNGEO, RAIZ SUPERIOR DEL ASA CERVICAL, RAMO PARA MÚSCULO TIROHIODEO, RAMO PARA MÚSCULO GENIHIODEO

N. CRANEALES



Olfatorio

encontramos
EXPLORACIÓN FÍSICA

es
SE EXPLORA CON OLORES:
• SE COMPRIME UNA FOSA Y SE PIDE A PACIENTE QUE INHALE POR EL OTRO LADO

Óptico

encontramos
EXPLORACIÓN FÍSICA

es
• SE EXPLORA AGUDEZA VISUAL CON SNELLEN
• FONDO DE OJO
• CAMPOS VISUALES POR CONFRONTACIÓN
• CAMPIMETRIA

Motor ocular común

EXPLORACIÓN FÍSICA

encontramos
PAR CRANEAL III
• INSPECCION A TAMAÑO DE PUPILAS
• FORMA DE PUPILAS
• REACCIONES PUPILARES

también

PARES CRANEALES III, IV, VI
• SE EXPLORAN LOS 6 MOVIMIENTOS EXTRAOCULARES
• BUSCAR DIPLOPIA PIDIENDO A PACIENTE QUE SE TAPE UNO O DOS DE LOS OJOS LLEVANDO PRUEBA DE OCLUSION/DESOCCLUSION
• INSPECCIONAR SI HAY PTOSIS

Patético/trocLEAR

EXPLORACIÓN FÍSICA

encontramos
SE PIDE A PACIENTE QUE APRIETE DIENTES - SE PALPA MÚSCULOS TEMPORALES Y MASETERO

Trigemino

EXPLORACIÓN FÍSICA

encontramos
SE PIDE A PACIENTE QUE APRIETE DIENTES - SE PALPA MÚSCULOS TEMPORALES Y MASETERO

SENSITIVOS

encontramos
• EVALUAR SENSIBILIDAD DOLOROSA EN AMBOS LADOS DE LA FRENTE
• DEBE CERRAR OJOS Y UTILIZAR OBJETO PUNZANTE
• PREGUNTA SI NOTA OBJETO PUNZANTE Y COMPARA

SENSIBILIDAD TERMICA

encontramos
• CON AGUA CALIENTE O HELADA
• DIAPASON PUEDE NOTARSE FRÍO Y CON ESE SE TOCA LA PIEL
• TACTO SUPERFICIAL CON UN TROCITO FINO DE ALGODÓN SE PIDE A PACIENTE QUE INDIQUE CUANDO LO SIENTA

REFLEJO CORNEAL

encontramos
• PIDE A PACIENTE QUE MIRE HACIA ARRIBA Y HACIA EL LADO OPUESTO
• APROXIMÁNDOTE POR EL OTRO LADO
• FUERA DE LA LÍNEA DE VISIÓN DEL PACIENTE
• TOCA CórNEA, NO SOLO CONJUNTIVA
• CON TROZO FINO DE ALGODÓN DEL PACIENTE

Abducens

EXPLORACIÓN FÍSICA

encontramos
EN CONJUNTO DE III Y IV

Facial

EXPLORACIÓN FÍSICA

encontramos
PIDE A PACIENTE QUE:
1. LEVANTE LAS DOS CEJAS
2. LAS FRUNZA
3. CIERRE AMBOS OJOS CON FUERZA
4. ENSEÑE DIENTES SUPERIORES E INFERIORES
5. SONRÍA
6. INFLE MEJILLAS

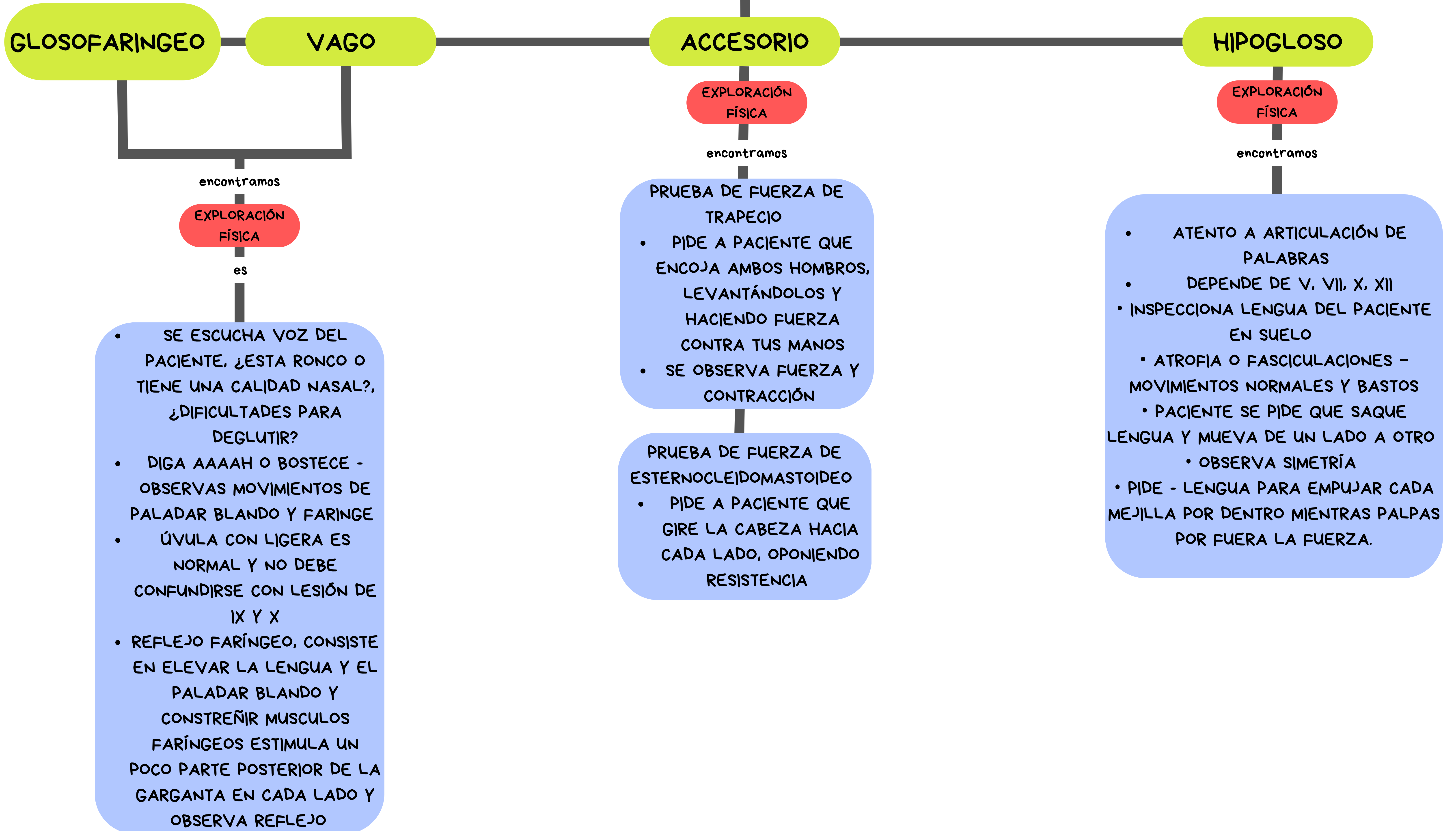
VestibulococLEAR

EXPLORACIÓN FÍSICA

encontramos
• REALIZAR PRUEBA DEL SUSURRO
• SE EXPLORA CONDUCCIÓN AÉREA Y ÓSEA CON RINNE
• SE EXPLORA LATERALIZACIÓN CON WEBER

SI HAY SORDERA, AVERIGUA SI ES DE CONDUCCIÓN, POR ALTERACIÓN DE LA TRANSMISIÓN "AÉREA A TRAVÉS DEL OÍDO", O NEUROSENSITIVA, POR LESIÓN DEL RAMO COCLEAR DEL NC VIII

N. CRANEALES



EXPLORACION NEUROLOGICA

ANOMALIAS DE PARES CRANEALES

encontramos

PAR I - OLFATORIO

LA PÉRDIDA DEL OLFATO TIENE LUGAR EN LAS AFECIONES SINUSALES, EL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO, EL HÁBITO TABÁQUICO, EL ENVEJECIMIENTO, EL CONSUMO DE COCAÍNA Y LA ENFERMEDAD DE PARKINSON

PAR II - OPTICO

se trata de

SE EXPLORA CADA PAPILA CON CUIDADO EN BUSCA DE PROTRUSIÓN Y MÁRGENES BORROSOS (PAPILEDEMA), PALIDEZ (ATROFIA ÓPTICA) Y AUMENTO DE TAMAÑO DE LA EXCAVACIÓN DE LA PAPILA (GLAUCOMA).

SE BUSCA LOS DEFECTOS PREQUIASMÁTICOS, O ANTERIORES, DEL GLAUCOMA, LAS EMBOLIAS RETINIANAS Y LA NEURITIS ÓPTICA (MALA AGUDEZA VISUAL).

tambien

- HEMIANOPSIAS BITEMPORALES POR DEFECTOS DEL QUIASMA ÓPTICO, POR LO GENERAL DEBIDOS A UN TUMOR HIPOFISARIO

- HEMIANOPSIAS HOMÓNIMAS O CUADRANTANOPSIA EN LAS LESIONES POSQUIASMÁTICAS, CASI SIEMPRE DEL LÓBULO PARIETAL, CON SIGNOS ASOCIADOS DE ICTUS (AGUDEZA VISUAL NORMAL)

MOTOR

encontramos

A OBSERVACIÓN

es

- POSTURA CORPORAL
- MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS
- MASA MUSCULAR - TAMAÑO Y CONTORNO DE MUSCULOS
- ATROFIA POR EDAD
- ESPECIAL ATENCIÓN EN MANOS, HOMBROS Y PIERNAS

su

TONO MUSCULAR

- PIDE A PACIENTE QUE SE RELAJE. TOMA UNA DE SUS MANOS Y, APOYANDO CODO, FLEXIONA Y EXTIENDE LOS DEDOS, MUÑECA Y CODO DE PACIENTE, Y HAZ QUE HOMBRO SE MUEVA CON AMPLITUD MODERADA.
- MIEMBROS INFERIORES: SOSTÉN MUSLO DEL PACIENTE CON MANO, SUJETA PIE CON OTRA, Y FLEXIONA Y EXTIENDE RODILLA Y TOBILLO DE CADA LADO.

FUERZA MUSCULAR- ESCALA

- 0: No se detecta ninguna contracción muscular
- 1: Fasciculación apenas perceptible o indicios de contracción
- 2: Movimiento activo de la región corporal, eliminada la gravedad
- 3: Movimiento activo contra la gravedad
- 4: Movimiento activo contra la gravedad y cierta resistencia
- 5: Movimiento activo contra la resistencia completa sin fatiga evidente (fuerza muscular normal)

FUERZA MUSCULAR

tiene

EVALUACIÓN DE FLEXIÓN (C5, C6: BÍCEPS Y BRAQUIORRADIAL) Y LA EXTENSIÓN (C6, C7, C8: TRÍCEPS) EN CODO HACIENDO QUE PACIENTE EMPUJE Y TIRE DE TU MANO

SISTEMA SENSITIVO

encontramos

EVALUA

es importante

- DOLOR Y TEMPERATURA (TRACTOS ESPINOTALÁMICOS)
- POSTURA Y VIBRACIÓN (COLUMNAS POSTERIORES)
- TACTO LIGERO (AMBAS VÍAS)
- SENSIBILIDAD DISCRIMINATORIA

encontramos tambien

ANAMNESIS

- ¿SE TRATA DE LESIÓN CENTRAL O PERIFÉRICA?
- ¿LA PÉRDIDA SENSITIVA ES BILATERAL O UNILATERAL?
- ¿EL PATRÓN DENOTA UNA DISTRIBUCIÓN DERMATÓMICA, UNA POLINEUROPATÍA O UN SÍNDROME MEDULAR CON PÉRDIDA DE LA SENSACIÓN DOLOROSA Y TÉRMICA, Y CONSERVACIÓN DE LA SENSACIÓN TÁCTIL Y VIBRATORIA POR DEBAJO DE UN NIVEL MEDULAR DETERMINADO?

TIPOS DE EXPLORACIÓN

CUANDO EXPLORAS LA SENSIBILIDAD DOLOROSA, TÉRMICA Y TÁCTIL, COMPARA ZONAS DISTALES DE MIEMBROS CON LAS PROXIMALES. ASIMISMO, DISPERSA ESTÍMULOS PARA EVALUAR MAYOR PARTE DE DERMATOMAS Y NERVIOS PERIFÉRICOS PRINCIPALES

- UN PATRÓN RECOMENDADO COMPRENDE:
- AMBOS HOMBROS (C4)
 - CARAS INTERNAS Y EXTERNAS DE ANTEBRAZOS (C6 Y T1)
 - PULGARES Y DEDOS MEÑIQUES (C6 Y C8)
 - CARAS ANTERIORES DE AMBOS MUSLOS (L2)
 - CARAS MEDIAL Y LATERAL DE DOS PANTORRILLAS (L4 Y L5)
 - PRIMEROS DEDOS DE PIES (S1)
 - CARA MEDIAL DE CADA NALGA (S3)

encontramos tambien

REFLEJOS

encontramos

DE ESTIRAMIENTO MUSCULAR

es

REFUERZO

SI LOS REFLEJOS DE PACIENTE SE ENCUENTRAN DISMINUIDOS O AUSENTES DE FORMA SIMÉTRICA, TRATA DE REFORZARLOS; ESTA TÉCNICA SE BASA EN LA CONTRACCIÓN ISOMÉTRICA, HASTA POR 10 SEG. DE OTROS MÚSCULOS QUE PUEDEN ACENTUAR LA ACTIVIDAD REFLEJA

REFLEJO BICIPITAL C5,C6



FIGURA 17-47. Reflejo bicipital: paciente sentado.



FIGURA 17-48. Reflejo bicipital: paciente recostado.

TRICIPITAL C6,C7



FIGURA 17-51. Reflejo tricpital: sosteniendo el codo.

BRAQUIORRADIAL C5,C6



FIGURA 17-52. Reflejo braquiorradial.

ESPECIALES

encontramos

SIGNOS MENINGEOS

es

MOVILIDAD DEL CUELLO/RIGIDEZ DE LA NUCA. CERCÍORATE PRIMERO QUE NO HAYA NINGUNA LESIÓN DE VÉRTEBRAS CERVICALES O DE MÉDULA CERVICAL. EN TRAUMATISMO, PUEDE SER NECESARIO ESTUDIO RADIOLÓGICO

SIGNO DEBRUDZINSKI

CUANDO FLEXIONES EL CUELLO DEL PACIENTE, OBSERVA LA REACCIÓN DE LAS CADERAS Y DE LAS RODILLAS A ESTA MANIOBRA

SIGNO KERNIG

FLEXIONA EL MIEMBRO INFERIOR DEL PACIENTE POR LA CADERA Y LA RODILLA, Y LUEGO ENDEREZA LA RODILLA



FIGURA 17-62. Prueba del signo de Kernig.

RADICULOPATÍA LUMBOSACRA:

SI EL PACIENTE SUFRE LUMBALGIA Y DOLOR IRRADIA HASTA MIEMBRO INFERIOR, LO QUE SE CONOCE DE FORMA HABITUAL COMO CIÁTICA SI DISTRIBUCIÓN ES EN NERVIOS CIÁTICOS, REALIZA LA PRUEBA LEVANTANDO LA PIERNA RECTA EN CADA LADO DE MANERA SUCESIVA.

tambien

- SI AMBAS PUPILAS REACCIONAN A LUZ Y LA ANISOCORIA EMPEORA CON OSCURIDAD, PUPILA PEQUEÑA TIENE DILATACIÓN ANÓMALA, CARACTERÍSTICA DEL SÍNDROME DE HORNER Y DE ANISOCORIA SIMPLE

PAR III, IV Y VI

encontramos

- SI PUPILA GRANDE REACCIONA POCO A LUZ O LA ANISOCORIA EMPEORA CON ÉSTA, LA PUPILA GRANDE TIENE ALTERACIÓN DE LA CONTRACCIÓN CARACTERÍSTICA DE PARÁLISIS DEL NC III.
- SI TAMBIÉN HAY PTOSIS Y OFTALMOPLÉJIA, CONSIDERA UN ANEURISMA INTRACRANEAL
- SI PACIENTE ESTÁ DESPIERTO
- UNA HERNIA TRANSTENTORIAL SI ESTÁ COMATOSO.

encontramos

- DIPLOPIA MONOCULAR SE OBSERVA EN PROBLEMAS LOCALIZADOS CON GAFAS O LENTES DE CONTACTO, CATARATAS, ASTIGMATISMO O PTOSIS.
- LA DIPLOPIA BINOCULAR OCURRE EN NEUROPATÍA DE NC III, IV Y VI

tambien

EL NISTAGMO

- SE OBSERVA EN ENFERMEDAD CEREBELOSA, SOBRE TODO CON ATAXIA DE MARCHA Y DISARTRIA (AUMENTA CON FIJACIÓN RETINIANA)
- EN TRASTORNOS VESTIBULARES (DISMINUYE CON FIJACIÓN RETINIANA); TAMBIÉN EN OFTALMOPLÉJIA INTERNUCLEAR

tambien

EL NISTAGMO

- SE OBSERVA EN ENFERMEDAD CEREBELOSA, SOBRE TODO CON ATAXIA DE MARCHA Y DISARTRIA (AUMENTA CON FIJACIÓN RETINIANA)
- EN TRASTORNOS VESTIBULARES (DISMINUYE CON FIJACIÓN RETINIANA); TAMBIÉN EN OFTALMOPLÉJIA INTERNUCLEAR

- PTOSIS INDICA PARÁLISIS DEL III NERVIO CRANEAL, SÍNDROME DE HORNER (PTOSIS, MIOSIS, ANHIDROSIS EN LA FRENTE) O MIASTENIA GRAVE



FIGURA 17-20. Fijación del codo.



FIGURA 17-21. Extensión del codo.

tambien

COMPRUEBA EXTENSIÓN DE MUÑECA (C6, C7, C8: NERVIO RADIAL, EXTENSORES RADIALES LARGO Y CORTO DEL CARPO) PIDIENDO A PACIENTE QUE CIERRE MANO Y RESISTA TU EMPUJE HACIA ABAJO



FIGURA 17-22. Extensión de la muñeca.

tambien

VERIFICA PRENSIÓN (C7, C8, T1). PIDE AL PACIENTE QUE APRIETE DOS DE TUS DEDOS CON LA MÁXIMA FUERZA Y QUE NO LOS SUELTE, COLOCA TU DEDO MEDIO SOBRE TU ÍNDICE



FIGURA 17-23. Prueba de la prensión.

tambien encontramos

COMPRUEBA ABDUCCIÓN DE DEDOS (C8, T1, NERVIO CUBITAL). COLOCA MANO DE PACIENTE CON PALMA HACIA ABAJO Y DEDOS SEPARADOS. PÍDELE QUE NO DEJE QUE JUNTES SUS DEDOS



FIGURA 17-24. Abducción de los dedos.

tambien encontramos

DOLOR.

UTILIZA LA PUNTA DE UN ALFILER O SEGURO, PUNTA DE UN HISOPO DE ALGODÓN ROTO O CUALQUIER OTRO UTENSILIO ADECUADO. PREGUNTAR COMO NOTA EL PBJETP SI ES PUNZANTE O ROMO

TEMPERATURA.

ESTA PRUEBA SUELE OMITIRSE SI LA SENSIBILIDAD AL DOLOR ES NORMAL, PERO SE INCLUYE EN CASO DE DEFICIENCIAS SENSITIVAS.

TACTO SUPERFICIAL.

UN POCO DE ALGODÓN FINO, TOCA LIGERAMENTE PIEL EVITANDO PRESIONAR. PIDE AL PACIENTE QUE AVISE CADA VEZ QUE PERCIBA QUE LO TOCAS Y QUE COMPARE LO QUE SIENTE EN UN LADO CON EL OTRO.

VIBRACIÓN.

UTILIZA UN DIAPASÓN DE UN TONO BAJO, DE 128 HZ. PERCÚTELO SOBRE EL TALÓN DE LA MANO Y APÓYALO CON FUERZA EN LA ARTICULACIÓN INTERFALÁNGICA DISTAL DE UN DEDO DE LA MANO Y LUEGO EN LA DEL PRIMER DEDO DEL PIE



FIGURA 17-37. Sensibilidad vibratoria.

PROPIOCEPCIÓN (POSTURA).

SUJETA POR AMBOS LADOS EL PRIMER DEDO DEL PIE ENTRE EL PULGAR Y EL DEDO ÍNDICE, Y SEPÁRALO DE LOS DEMÁS DEDOS

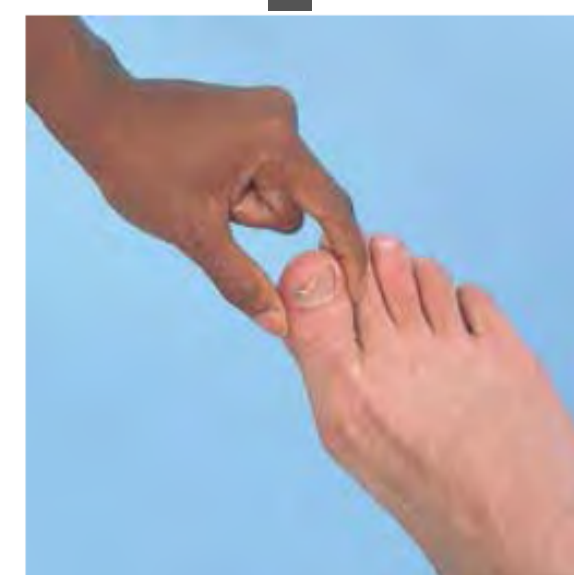


FIGURA 17-38. Propiocepción.

TIPOS DE EXPLORACIÓN

ESTEREOGNOSIA.

CAPACIDAD PARA IDENTIFICAR UN OBJETO POR EL TACTO. COLOCA EN LA MANO DEL PACIENTE UN OBJETO CONOCIDO, POR EJEMPLO UNA MONEDA, UN CLIP, UNA LLAVE, UN LÁPIZ O UNA BOLA DE ALGODÓN, Y PREGÚNTALE QUÉ ES

REFLEJO DEL CUADRICEPS (ROTULIANO), (L2,L3,L4)



FIGURA 17-53. Reflejo cuadriceps (rotuliano).



FIGURA 17-54. Reflejo cuadriceps: sosteniendo ambas piernas.



FIGURA 17-55. Reflejo cuadriceps: sosteniendo una pierna.

CALCANEO O AQUÍLEO (S1)



FIGURA 17-56. Reflejo calcáneo: paciente en sedestación.



FIGURA 17-57. Reflejo calcáneo: paciente recostado.

CLONO

SI LOS REFLEJOS PARECEN HIPERACTIVOS, EXPLORA EL CLONO MALEOLAR.

REFLEJOS CUTANEOS O DE ESTIMULACIÓN SUPERFICIAL

REFLEJOS ABDOMINALES.

GOLPEANDO CON SUAVIDAD, PERO DE MANERA ENÉRGICA, EN CADA LADO DEL ABDOMEN POR ENCIMA (T8, T9, T10) Y POR DEBAJO (T10, T11, T12) DEL OMBLIGO



FIGURA 17-59. Reflejos abdominales.

encontramos



FIGURA 17-63. Prueba de elevación del miembro.

ASTERIXIS

PIDE AL PACIENTE QUE "DETENGA EL TRÁFICO" EXTENDIENDO LOS DOS BRAZOS, CON LAS MANOS HACIA ARRIBA Y LOS DEDOS SEPARADOS. VIGILA LA POSTURA DURANTE 1 O 2 MIN, INSTANDO AL PACIENTE A MANTENERLA SI FUERA NECESARIO.

ESCÁPULA ALADA

CUANDO LOS MÚSCULOS DEL HOMBRO ESTÉN DEBILITADOS O ATRÓFICOS, BUSCA UNA ESCÁPULA ALADA. PIDE AL PACIENTE QUE EXTIENDA LOS DOS BRAZOS Y LOS APOYE CONTRA TU MANO O CONTRA LA PARED



FIGURA 17-65. Prueba para escápulas aladas.

PACIENTE ESTUPOROSO O COMATOSO

EN ESTE CASO NO SE SIGUE LA SECUENCIA HABITUAL DE ANAMNESIS, EXPLORACIÓN FÍSICA Y PRUEBAS ANALÍTICAS. EN SU LUGAR SE DEBE HACER LO SIGUIENTE:

- PRIMERO, EVALUAR EL ABC (VÍAS AÉREAS, RESPIRACIÓN [BREATHING] Y CIRCULACIÓN).
- ESTABLECER EL NIVEL DE CONSCIENCIA DEL PACIENTE.
- LLEVAR A CABO UNA EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA DEL PACIENTE.
- ENTREVISTA A FAMILIARES

GRADO Y TÉCNICA DE NIVEL DE CONSCIENCIA ALERTA - HABLE AL PACIENTE CON UN TONO NORMAL DE VOZ.

LETARGO - HABLE AL PACIENTE EN VOZ ALTA. POR EJEMPLO, LLÁMALE POR SU NOMBRE O PREGÚNTALE "¿CÓMO SE ENCUENTRA?"

ESTUPOR - APLICA UN ESTÍMULO DOLOROSO. POR EJEMPLO, PELLIZCA UN TENDÓN, FRICCIÓN EL ESTERNÓN O HAZ RODAR UN LÁPIZ POR EL LECHO UNGUEAL (NO SON NECESARIOS ESTÍMULOS MÁS INTENSOS).

COMA - APLICA ESTÍMULOS DOLOROSOS REPETIDOS.

PAR V

- SE BUSCA DEBILIDAD UNILATERAL EN LAS LESIONES PONTINAS DEL NC V, Y DEBILIDAD BILATERAL EN ENFERMEDAD HEMISFÉRICA CEREBRAL.

tambien

EN LA NEURALGIA DEL TRIGÉMINO, SE INTERRUMPE LA FUNCIÓN DEL NERVIPO TRIGÉMINO. EL CONTACTO ENTRE UN VASO SANGUÍNEO Y EL NERVIPO TRIGÉMINO EN LA BASE DEL CEREBRO SUELE CAUSAR EL DOLOR.

tambien

• EL PARPADEO ESTÁ AUSENTE EN LAS LESIONES DEL NC V Y SI HAY DEBILIDAD EN LAS LESIONES DEL NC VII. LA FALTA DE PARPADEO Y LA SORDERA NEUROSENSITIVA SE OBSERVAN EN EL NEURINOMA DEL ACÚSTICO

PAR VII

encontramos

- EN LESIÓN DE ESTE NERVIPO SE ENCUENTRA PARÁLISIS DE BELL, AFECTA TANTO A LA PARTE SUPERIOR COMO A LA INFERIOR DE CARA
- LESIÓN CENTRAL AFECTA MITAD INFERIOR.
- EN PARÁLISIS DE BELL TAMBIÉN SE OBSERVAN PÉRDIDA DEL GUSTO, HIPERACUSIA Y AUMENTO O DISMINUCIÓN DEL LAGRIMEO

PAR VIII

encontramos

- EXCESO DE CERUMÉN, LA OTOESCLEROSIS Y OTITIS MEDIA CAUSAN SORDERA DE CONDUCCIÓN
- PRESBIACUSIA POR ENVEJECIMIENTO POR LO GENERAL REFLEJA UNA SORDERA NEUROSENSITIVA

tambien

- EL VÉRTIGO MÁS SORDERA Y NISTAGMO INDICAN SÍNDROME DE MÉNIÈRE.

VERIFICA OPOSICIÓN DE PULGAR (C8, T1, NERVIPO MEDIANO). PACIENTE DEBE INTENTAR TOCAR YEMA DEL MEÑIQUE CON PULGAR Y TÚ DEBES OponER RESISTENCIA

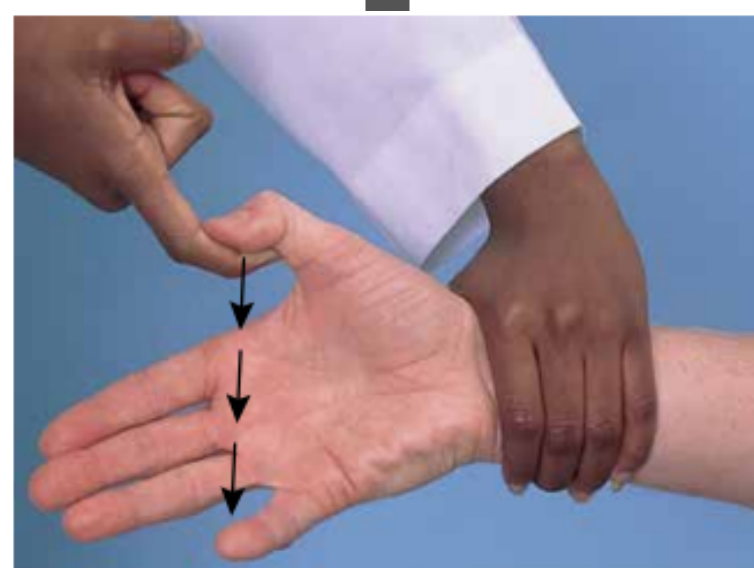


FIGURA 17-25. Oposición del pulgar.

tambien encontramos

FUERZA MUSCULAR DEL TÓRAX:
• FLEXIÓN, EXTENSIÓN Y FLEXIÓN LATERAL DE LA COLUMNA
• EXPANSIÓN TORÁCICA Y MOVIMIENTO DIAFRAGMÁTICO DURANTE LA RESPIRACIÓN

tambien encontramos

FLEXIÓN DE LA CADERA (L2, L3, L4: MÚSCULO Iliopsoas) COLOCANDO LA MANO EN MUSLO DEL PACIENTE Y PIDIÉNDOLE QUE LEVANTE CONTRA TU RESISTENCIA



FIGURA 17-26. Flexión de la cadera.

ADUCCIÓN DE LA CADERA (L2, L3, L4: ADUCTORES). APOYA CON FUERZA TUS MANOS EN CAMA ENTRE RODILLAS DEL PACIENTE Y PÍDELE QUE INTENTE JUNTAR LAS PIERNAS.

(L4, L5, S1: GLÚTEOS MEDIO Y MENOR). COLOCA DOS MANOS CON FUERZA SOBRE CAMA, POR FUERA DE RODILLAS DEL PACIENTE, Y PÍDELE QUE SEPARÉ PIERNAS HACIENDO FUERZA CONTRA MANOS

EXTENSIÓN DE CADERA (S1: GLÚTEO MAYOR). PIDE A PACIENTE QUE EMPUJE PARTE POSTERIOR DEL MUSLO CONTRA RESISTENCIA DE TU MANO.

tambien encontramos

EXTENSIÓN DE LA RODILLA (L2, L3, L4: CUÁDRICEPS). APOYA RODILLA EN FLEXIÓN Y PIDE A PACIENTE QUE LA ENDERECE CONTRA FUERZA DE TU MANO

IDENTIFICACIÓN DE NÚMEROS (GRAFESTESIA). CON EL EXTREMO ROMO DE UN BOLÍGRAFO O DE UN LÁPIZ TRAZA UN NÚMERO GRANDE EN LA PALMA DE LA MANO DEL PACIENTE



FIGURA 17-39. Estereognosia.

DISCRIMINACIÓN ENTRE DOS PUNTOS. CON LOS DOS EXTREMOS DE UN CLIP ABIERTO, O CON DOS AGUJAS, TOCA AL MISMO TIEMPO EN DOS LUGARES DE YEMA DEL DEDO



FIGURA 17-40. Discriminación de dos puntos.

LOCALIZACIÓN DEL ESTÍMULO. TOCA DE FORMA BREVE UN PUNTO DE LA PIEL DEL PACIENTE. EXTINCIÓN. ESTIMULA DE MANERA SIMULTÁNEA ÁREAS SITUADAS EN AMBOS LADOS DEL CUERPO.

DERMATOMAS



FIGURA 17-41. Zonas inervadas por los nervios periféricos.

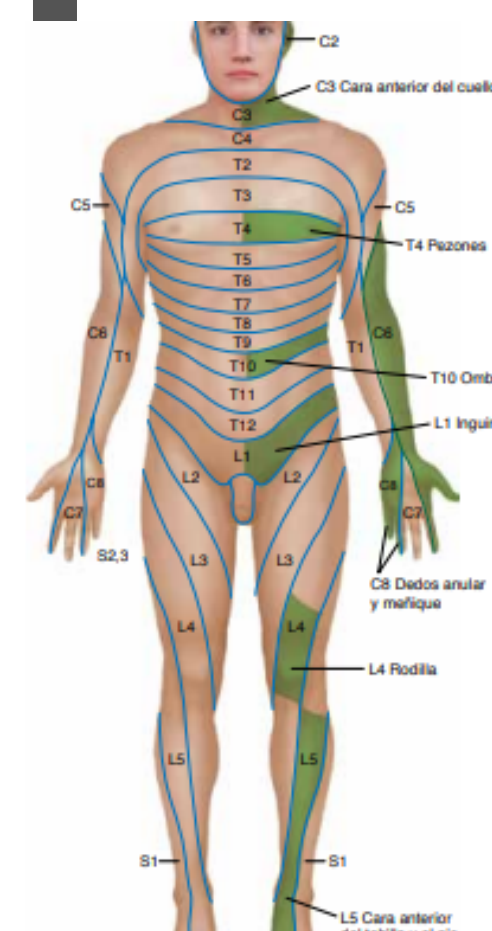


FIGURA 17-42. Dermatomas inervados por las raíces posteriores.

RESPUESTA PLANTAR (L5, S1). CON UN OBJETO, COMO LLAVE O EL EXTREMO DE UN HISOPO DE ALGODÓN, RECORRE LA CARA LATERAL DE LA PLANTA DESDE EL TALÓN HASTA EL ARCO ANTERIOR DEL PIE



FIGURA 17-60. Prueba de la respuesta plantar.



FIGURA 17-61. Respuesta de Babinski (anómala).

REFLEJO ANAL. UTILIZANDO UN OBJETO ROMO, ROZA LIGERAMENTE EL ANO EN AMBOS LADOS. MANTENTE ATENTO A LA CONTRACCIÓN REFLEJA DEL ESFÍNTER ANAL EXTERNO

ANOMALIAS Y PATOLOGIAS DE REFLEJOS

LOS REFLEJOS HIPERACTIVOS (HIPERREFLEXIA) SON CARACTERÍSTICOS DE LAS LESIONES DEL SNC EN EL TRACTO CORTICOESPIINAL DESCENDENTE. BUSCA SIGNOS ASOCIADOS CON LA MOTONEURONA SUPERIOR DE DEBILIDAD, ESPASTICIDAD O SIGNO DE BABINSKI..

LOS REFLEJOS HIPOACTIVOS O AUSENTES (HIPORREFLEXIA) SON CARACTERÍSTICOS DE LAS ENFERMEDADES DE LAS RAÍCES DE LOS NERVIOS RAQUÍDEOS, LOS PLEXOS O LOS NERVIOS PERIFÉRICOS. BUSCA SIGNOS ASOCIADOS DE ENFERMEDAD DE LA MOTONEURONA INFERIOR, COMO DEBILIDAD, ATROFIA Y FASCICULACIONES

FASE DE RELAJACIÓN DE LOS REFLEJOS SE VUELVE MÁS LENTA EN EL HIPOTIROIDISMO, Y A MENUDO SE DETECTA CON FACILIDAD MEDIANTE EL REFLEJO CALCÁNEO

FASE DE REFLEJOS ABDOMINALES PUEDEN DESAPARECER EN LOS TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y PERIFÉRICACIÓN DE LOS REFLEJOS SE VUELVE MÁS LENTA EN EL HIPOTIROIDISMO, Y A MENUDO SE DETECTA CON FACILIDAD MEDIANTE EL REFLEJO CALCÁNEO

encontramos

- MOVIMIENTOS OCULARES.
- OBSERVA LA POSICIÓN DE LOS OJOS Y LOS PÁRPADOS EN REPOSO
- COMPRUEBA LA DESVIACIÓN HORIZONTAL DE LOS OJOS A UN LADO (PREFERENCIA DE LA MIRADA)

encontramos

REFLEJO OCULOCEFÁLICO (MOVIMIENTOS EN OJO DE MUÑECA). ESTE REFLEJO AYUDA A EVALUAR LA FUNCIÓN DEL TRONCO DEL ENCÉFALO DE UN PACIENTE COMATOSO

encontramos

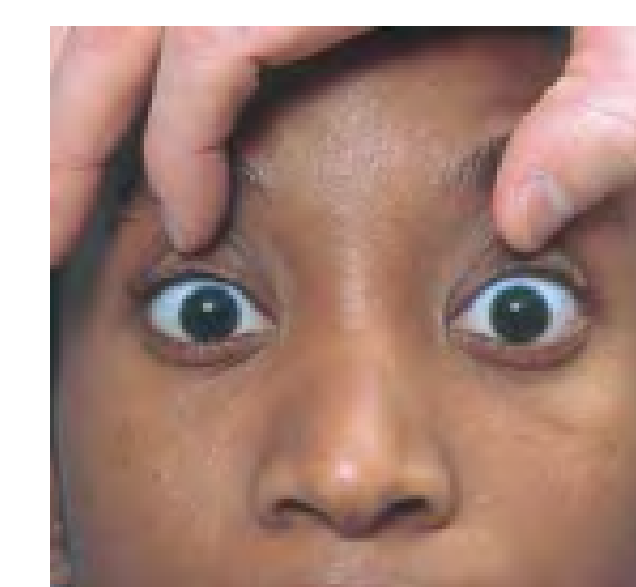


FIGURA 17-67. Prueba del reflejo oculocefálico.

REFLEJO OCULOCEFÁLICO (MOVIMIENTOS EN OJO DE MUÑECA). ESTE REFLEJO AYUDA A EVALUAR LA FUNCIÓN DEL TRONCO DEL ENCÉFALO DE UN PACIENTE COMATOSO

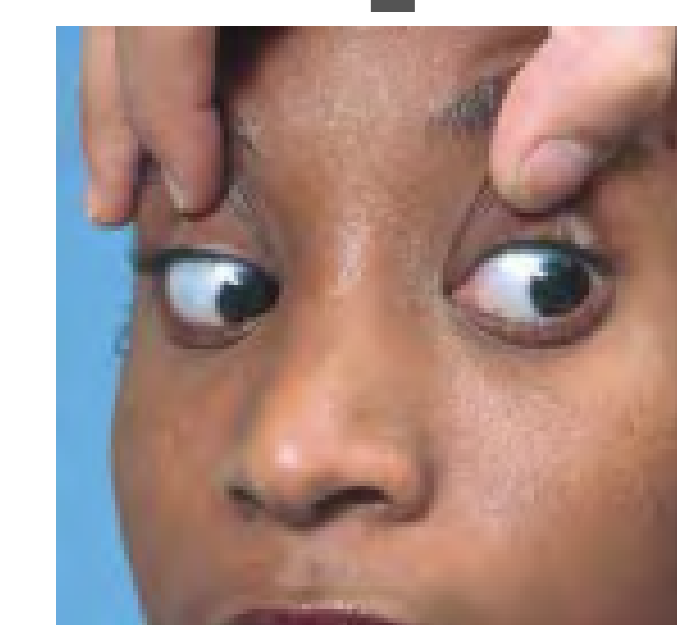


FIGURA 17-68. Reflejo oculocefálico intacto.

REFLEJO VESTIBULOOCULAR (CON ESTIMULACIÓN CALÓRICA). SI EL REFLEJO OCULOCEFÁLICO DESAPARECE Y DESEAS EXPLORAR MEJOR LA FUNCIÓN DEL TRONCO DEL ENCÉFALO

PRUEBA DE TONO MUSCULAR



FIGURA 17-70. Prueba del tono muscular en el brazo.



FIGURA 17-71. Tono muscular flácido en el brazo.

PAR IV Y X

encontramos

- LA RONQUERA SE OBSERVA EN PARÁLISIS DE CUERDAS VOCALES
- LA VOZ NASAL EN PARÁLISIS DEL PALADAR

tambien

- EL PALADAR NO ASCIENDE EN LESIÓN BILATERAL DEL NC X.
- EN PARÁLISIS UNILATERAL, UNA PARTE DEL PALADAR DEJA DE ASCENDER, JUNTO CON ÚVULA, SE DESVÍAN HACIA LADO NORMAL

tambien

- AUSENCIA UNILATERAL DE REFLEJO FARINGEO DENOTA UNA LESIÓN DEL NC IX Y A VECES DEL X

PAR XI

encontramos

EN PARÁLISIS DEL MÚSCULO TRAPECIO, EL HOMBRO CAE Y ESCÁPULA SE DESPLAZA HACIA ABAJO Y HACIA FUERA.

tambien

- PACIENTE EN DECÚBITO SUPINO CON DEBILIDAD BILATERAL DE ESTERNOCLEIDOMASTOIDEOS TIENE DIFICULTADES PARA LEVANTAR CABEZA DE ALMOHADA.

PAR XII

- LA ATROFIA DE LENGUA Y LAS FASCICULACIONES SON DISTINTIVAS DE LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA Y LA POLIOMIELITIS.

tambien

EN LESIONES DEL NC XII, LA LENGUA SE DESVÍA HACIA EL LADO DE LA DEBILIDAD.



FIGURA 17-27. Extensión de la rodilla.

tambien encontramos

FLEXIÓN DE RODILLA (L4, L5, S1, S2: ISQUIOTIBIALES). COLOCA PIERNA DEL PACIENTE CON RODILLA FLEXIONADA Y PIE APOYADO EN CAMA. PÍDELE QUE MANTENGA PIE HACIA ABAJO MIENTRAS TRATAS DE ENDEREZAR PIERNA



FIGURA 17-28. Flexión de la rodilla.

tambien encontramos

DORSIFLEXIÓN (EN SU MAYORÍA L4, L5: TIBIAL ANTERIOR) Y LA FLEXIÓN PLANTAR (SOBRE TODO S1: GASTROCNEMIO, SÓLEO) DEL TOBILLO PIDIENDO AL PACIENTE QUE TIRE DEL PIE HACIA ARRIBA O HACIA ABAJO CONTRA TU MANO



FIGURA 17-29. Dorsiflexión del tobillo.



FIGURA 17-30. Flexión plantar.

COORDINACIÓN

encontramos

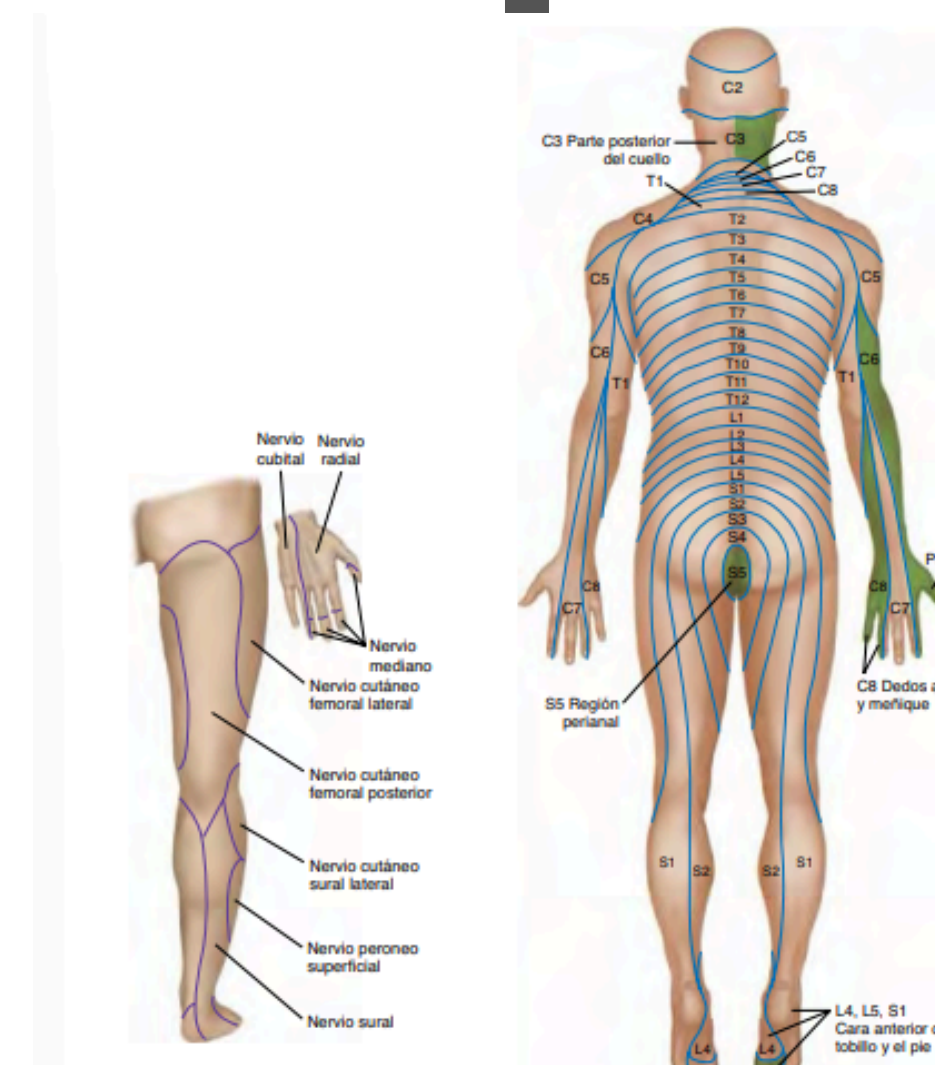


FIGURA 17-43. Áreas inervadas por los nervios periféricos.

FIGURA 17-44. Dermatomas inervados por las raíces posteriores.

ANOMALÍAS Y PATOLOGÍAS DEL SISTEMA SENSITIVO

LA PÉRDIDA HEMISENSITIVA OBEDECE A UNA LESIÓN DEL HEMISFERIO CEREBRAL CONTRALATERAL; UN NIVEL SENSITIVO (CUANDO UNA O MÁS DE LAS MODALIDADES SENSITIVAS ESTÁN DISMINUIDAS POR DEBAJO DE UN DERMATOMA EN UNO O AMBOS LADOS) INDICA UNA LESIÓN MEDULAR

tambien encontramos

SENTIDO VIBRATORIO SUELE SER EL PRIMERO QUE DESAPARECE EN UNA NEUROPATÍA PERIFÉRICA Y AUMENTA UNAS 16 VECES LA PROBABILIDAD DE ÉSTA. CAUSAS HABITUALES SON LA DIABETES, EL ALCOHOLISMO Y LA ENFERMEDAD DE LAS COLUMNAS POSTERIORES, OBSERVADA EN LA SÍFILIS TERCIARIA O LA DEFICIENCIA DE VITAMINA B12

tambien encontramos

INCAPACIDAD PARA RECONOCER NÚMEROS, O GRAFANESTESIA, INDICA LESIÓN DE LA CORTEZA SENSITIVA

tambien encontramos

LA LESIÓN MEDULAR, EL NIVEL SENSITIVO PUEDE SITUARSE VARIOS SEGMENTOS POR DEBAJO DE LA LESIÓN, POR RAZONES QUE AÚN NO ESTÁN CLARAS. PUEDE SER DE UTILIDAD PERCUTIR EN BUSCA DEL NIVEL DE DOLOR VERTEBRAL

tambien encontramos

INCAPACIDAD PARA RECONOCER NÚMEROS, O GRAFANESTESIA, INDICA LESIÓN DE LA CORTEZA SENSITIVA

BABINSKI POSITIVA POR UNA LESIÓN DEL SNC QUE AFECTA AL TRACTO CORTICOESPIINAL (SENSIBILIDAD 50%; ESPECIFICIDAD 99%)

PÉRDIDA DEL REFLEJO ANAL DENOTA UNA LESIÓN DEL ARCO REFLEJO S2-S4, COMO EN LAS LESIONES DE LA COLA DE CABALLO



FIGURA 17-72. Prueba del tono muscular en la pierna.

EXPLORACIÓN COMPLEMENTARIA

- COMPRUEBA SI HAY OLORES EXTRAÑOS.
- BUSCA ANOMALÍAS EN PIEL, EN EL COLOR, HUMEDAD O SIGNOS DE LESIONES HEMORRÁGICAS, MARCAS DE AGUJAS U OTRAS LESIONES.
- EXPLORA CUERO CABELLUDO Y CRÁNEO EN BUSCA DE SIGNOS DE TRAUMATISMO.
- EVALÚA DE FORMA METICULOSA FONDOS DE OJO.
- CERCÍORATE DE QUE LOS REFLEJOS CORNEALES ESTÉN INTACTOS. EL EMPLEO DE LENTES DE CONTACTO PUEDE ELIMINAR ESTOS REFLEJOS.
- INSPECCIONA OÍDOS, NARIZ, BOCA Y GARGANTA.
- ASEGÚRATE DE EVALUAR CORAZÓN, LOS PULMONES Y ABDOMEN

ANOMALÍAS Y PATOLOGÍAS DE COMPLEMENTO Y ESPECIALES

encontramos

INFLAMACIÓN DEL ESPACIO SUBARACNOIDEO CAUSA RESISTENCIA AL MOVIMIENTO QUE DISTIENDE LOS NERVIOS RAQUÍDEOS (FLEXIÓN DEL CUELLO), EL NERVIO FEMORAL (SIGNO DE BRUDZINSKI) O EL NERVIO CIÁTICO (SIGNO DE KERNIG)

encontramos

COMPRESIÓN DE LA RAÍZ DEL NERVIO RAQUÍDEO A SU SALIDA DEL AGUJERO VERTEBRAL PRODUCE UNA RADICULOPATÍA DOLOROSA CON DEBILIDAD MUSCULAR ASOCIADA Y PÉRDIDA DERMATÓMICA DE LA SENSIBILIDAD, POR LO GENERAL POR UNA HERNIA DISCAL.

encontramos

FLEXIÓN REPENTINA, BREVE Y SIN RITMO DE LAS MANOS Y DE LOS DEDOS INDICA ASTERIXIS, CARACTERÍSTICA DE LAS HEPATOPATÍAS, LA UREMIA Y LA HIPERCAPNIA

ANAMNESIS

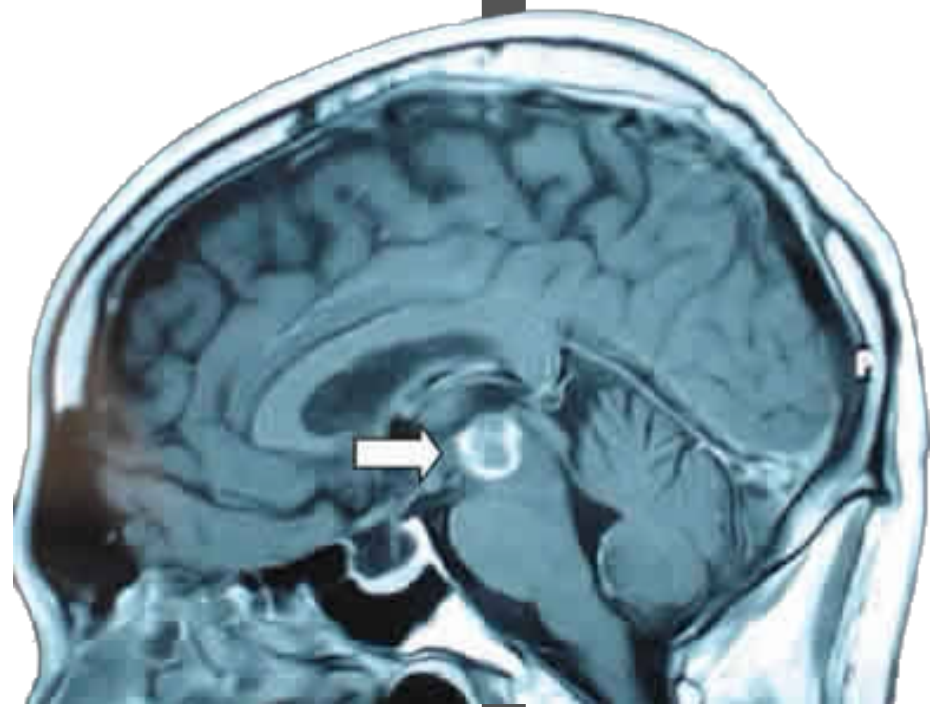
¿EL PACIENTE TIENE UNA ENFERMEDAD NEUROLÓGICA?
 SI ES ASÍ, ¿CUÁL ES LA LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN?, ¿TUS HALLAZGOS SON SIMÉTRICOS?
 ¿CUÁL ES LA FISIOPATOLOGÍA DEL PROCESO?
 ¿CUÁL ES EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL PRELIMINAR?

IDENTIFICAR EXISTENCIA DE LAS 3 D

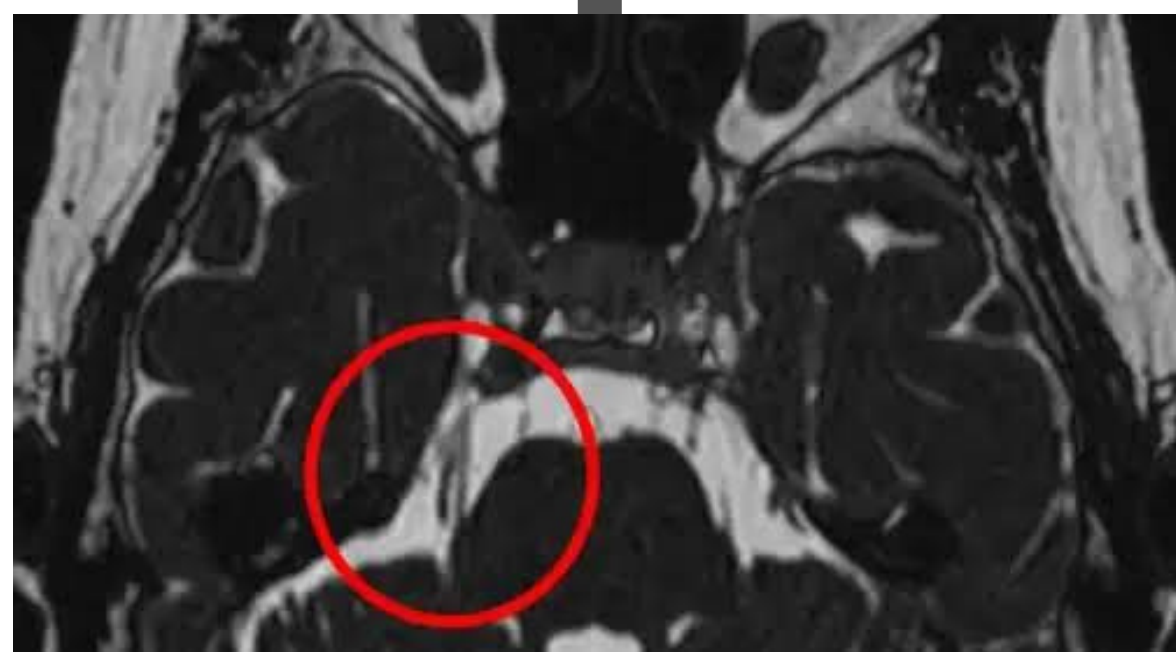
- DEMENCIA
- DEÑIRIO
- DEPRESIÓN

ESTUDIOS

RESONANCIA MAGNÉTICA, EJEMPLO: PARÁLISIS DE NERVIOS III POR METÁSTASIS



RN: NEURALGIA DEL TRIGÉMINO



RESONANCIA DE PARÁLISIS DE NERVIOS ABDUCENS SECUNDARIO A MENINGIOMA



Figura 1 y 2. En secuencias ponderadas en T2 en Corte coronal (Figura 1) y axial (Figura 2) en eco gradiente de RM. Se visualiza una lesión isointensa que no presenta calcificaciones o focos hemorrágicos. Observe cómo compromete el VI par craneal en la topografía del canal de Dorelto del lado izquierdo.

OBSERVA CÓMO EL PACIENTE EJECUTA:

- MOVIMIENTOS ALTERNANTES RÁPIDOS
- MOVIMIENTOS DE UN PUNTO A OTRO
- MARCHA Y OTROS MOVIMIENTOS CORPORALES RELACIONADOS
- COLOCACIÓN EN POSICIONES ESPECÍFICAS

encontramos

MOVIMIENTOS ALTERNANTES RÁPIDOS

MIEMBROS SUPERIORES

- MUESTRA A PACIENTE CÓMO GOLPEAR MUSLO CON MANO, LEVANTAR MANO, DARLE LA VUELTA Y GOLPEAR CON LA OTRA PARTE EN EL MISMO SITIO.
- E PIDE QUE REPITA MOVIMIENTOS ALTERNANTES CON LA MÁXIMA VELOCIDAD



FIGURA 17-31. Movimiento alternante rápido de los miembros superiores.

encontramos también



FIGURA 17-32. Percusión rápida de los dedos.

encontramos

MOVIMIENTOS DE UN PUNTO A OTRO

MIEMBROS SUPERIORES: PRUEBA DEDO-NARIZ.

PIDE AL PACIENTE QUE TOQUE TU DEDO ÍNDICE Y LUEGO SE TOQUE LA NARIZ DE FORMA ALTERNATIVA VARIAS VECES. MUEVE TU DEDO PARA QUE PACIENTE CAMBIE DE DIRECCIÓN Y EXTIENDA POR COMPLETO EL MIEMBRO PARA ALCANZARLO.

encontramos

FLEXIÓN REPENTINA, BREVE Y SIN RITMO DE LAS MANOS Y DE LOS DEDOS INDICA ASTERIXIS, CARACTERÍSTICA DE LAS HEPATOPATÍAS, LA UREMIA Y LA HIPERCAPNIA

encontramos

EN UN PACIENTE COMATOSO SIN MOVIMIENTOS EN OJO DE MUÑECA, COMO SE OBSERVA A CONTINUACIÓN, LA CAPACIDAD DE MOVER LOS OJOS A UN LADO DESAPARECE, LO QUE INDICA UNA LESIÓN DEL MESENCÉFALO O DEL PUENTE

encontramos

HEMIPLEJÍA CAUSADA POR UN INFARTO CEREBRAL AGUDO SUELE CURSAR CON FLACIDEZ INICIAL. LA MANO PARALIZADA CAE HASTA FORMAR UN ÁNGULO RECTO CON LA MUÑECA

encontramos

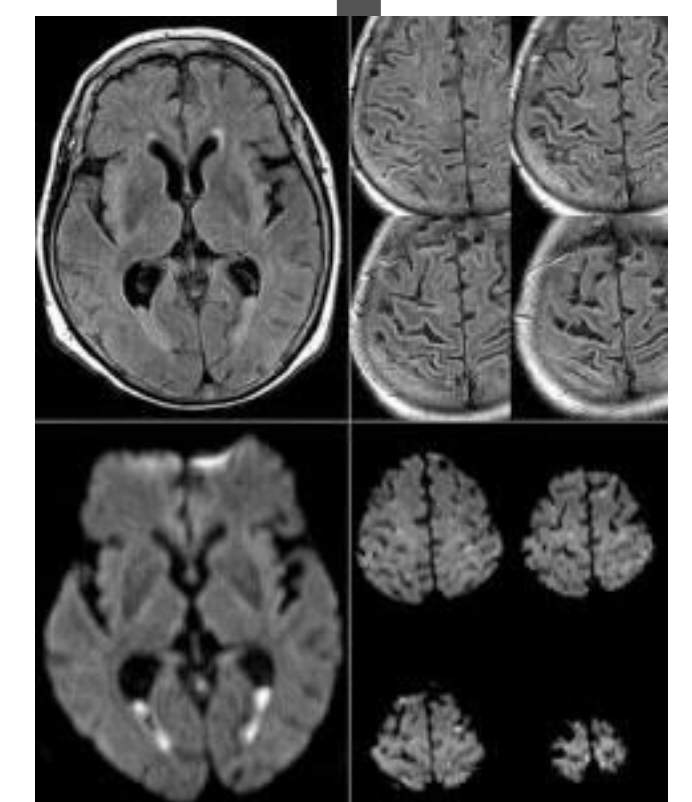
EN LA HEMIPLEJÍA AGUDA, LA PIERNA FLÁCIDA CAE CON MÁS RAPIDEZ

ESTUDIOS

HALLAZGOS EN LCR

HALLAZGO	NORMAL	BACTERIANA	VIRAL	MICÓTICA O TBC
Leucocitos/mcL	< 5 (0-10)	> 500 (10-20 000)	<500 (0-1 000)	50-750 (10-1 500)
Neutrófilos PMN (%)	2 (0-20)	> 80 (20-100)	< 50 (0-100)	< 50 (0-80)
Glc mg/dL	60 (45-65)	< 40 (0-65)	> 40 (30-65)	< 40 (5-50)
Proteínas mg/dL	≤ 30 (0-40)	> 100 (40-500)	< 100 (20-200)	50-200 (40-1 500)
Otras pruebas positivas	Ninguna	Tinción de Gram, detección de antígeno	PCR	Antígeno de criptococo, tinción ácida rápida

RESONANCIA MAGNÉTICA- MENINGITIS



PÍDELE QUE ELEVE BRAZO POR ENCIMA DE CABEZA Y LUEGO LO BAJE HASTA TOCARTE EL DEDO. TRAS VARIAS REPETICIONES, INDÍCALE QUE CIERRE OJOS Y LO INTENTE VARIAS VECES MÁS.

encontramos tambien

MIEMBROS INFERIORES: PRUEBA TALÓN-RODILLA.
• PIDE AL PACIENTE QUE COLOQUE EL TALÓN SOBRE LA RODILLA CONTRARIA Y LO BAJE POR TIBIA HASTA ALCANZAR PRIMER DEDO

MARCHA

CAMINE POR LA HABITACIÓN, A TRAVÉS DEL VESTÍBULO, SE GIRE Y REGRESE. OBSERVA POSTURA, EQUILIBRIO, BALANCEO DE BRAZOS Y MOVIMIENTOS DE PIERNAS.

encontramos tambien

CAMINE EN TÁNDEM EN LÍNEA RECTA



FIGURA 17-33. Marcha en tándem.

EJECUTE UNA LIGERA FLEXIÓN CON LA RODILLA, PRIMERO DE UN MIEMBRO Y LUEGO DEL OTRO. SUJETA EL CODO DEL PACIENTE



encontramos tambien

DE FORMA ALTERNATIVA, SE LEVANTE DE UNA SILLA SIN APOYAR MIEMBROS SUPERIORES Y SE SUBA A TABURETE, QUE SEA RESISTENTE.
SI PACIENTE TIENE MAL EQUILIBRIO, DÉFICIT NEUROLÓGICO O DEBILIDAD, ESTAS PRUEBAS SON MÁS ADECUADAS

MARCHA

PRUEBA DE ROMBERG.
SE TRATA DE UNA PRUEBA DEL SENTIDO POSTURAL. EL PACIENTE PERMANECE DE PIE CON PIES JUNTOS Y OJOS ABIERTOS, Y LUEGO CIERRA OJOS DURANTE 30-60 SEG SIN NINGÚN TIPO DE APOYO. ADVIERTE CAPACIDAD DE PACIENTE PARA MANTENER POSTURA ERGUIDA.

encontramos tambien

PRUEBA DE LA DESVIACIÓN PRONADORA.
EL PACIENTE DEBE MANTENER POSTURA ERGUIDA DURANTE 20-30 SEG CON AMBOS MIEMBROS SUPERIORES EXTENDIDOS HACIA DELANTE, CON PALMAS HACIA ARRIBA Y OJOS CERRADOS



FIGURA 17-35. Prueba de desviación pronadora.

ANOMALIAS DE SISTEMA MOTOR

POSICIONES ANÓMALAS ALERTAN SOBRE CIERTOS TRASTORNOS, COMO LA MONOPARESIA O HEMIPARESIA DEBIDAS A ICTUS.

encontramos tambien

LA ATROFIA RESULTA DE TRASTORNOS DEL SNP, COMO LA NEUROPATÍA DIABÉTICA, Y DE ENFERMEDADES DE LOS PROPIOS MÚSCULOS

encontramos tambien

LA HIPERTROFIA SE REFIERE A AUMENTO DE MASA CON FUERZA NORMAL O AUMENTADA, MIENTRAS QUE AUMENTO DE MASA CON DISMINUCIÓN DE FUERZA SE CONOCE COMO SEUDOHIPERTROFIA, SE OBSERVA EN DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE.

encontramos tambien

LA LESIÓN DEL TRACTO CORTICOESPINAL PUEDE CAUSAR ATROFIA LEVE DEBIDO A LA DISMINUCIÓN EN EL EMPLEO DE LOS MÚSCULOS.

encontramos tambien

LOS SURCOS ENTRE METACARPANOS Y EL APLANAMIENTO DE EMINENCIAS TENAR E HIPOTENAR (TAMBIÉN OBSERVADO EN LESIÓN DE NERVIOS MEDIANO Y CUBITAL, RESPECTIVAMENTE) SUGIEREN ATROFIA.

encontramos tambien

LOS SURCOS ENTRE METACARPANOS Y EL APLANAMIENTO DE EMINENCIAS TENAR E HIPOTENAR (TAMBIÉN OBSERVADO EN LESIÓN DE NERVIOS MEDIANO Y CUBITAL, RESPECTIVAMENTE) SUGIEREN ATROFIA.

encontramos tambien

LAS FASCICULACIONES CON ATROFIA Y DEBILIDAD MUSCULAR INDICAN UNA ENFERMEDAD DE LA MOTONEURONA PERIFÉRICA

encontramos tambien

LAS FASCICULACIONES CON ATROFIA Y DEBILIDAD MUSCULAR INDICAN UNA ENFERMEDAD DE LA MOTONEURONA PERIFÉRICA

encontramos tambien

encontramos tambien

LAS FASCICULACIONES CON ATROFIA Y DEBILIDAD MUSCULAR INDICAN UNA ENFERMEDAD DE LA MOTONEURONA PERIFÉRICA

encontramos tambien

LA FLACIDEZ MARCADA REVELA HIPOTONÍA MUSCULAR O FLACIDEZ, POR LO GENERAL DEBIDA A UN TRASTORNO DEL SISTEMA MOTOR PERIFÉRICO.

encontramos tambien

LA ESPASTICIDAD PROPIA DE LAS ENFERMEDADES DEL TRACTO CORTICOESPINAL CENTRAL ES DEPENDIENTE DE LA VELOCIDAD Y AUMENTA CON LOS MOVIMIENTOS RÁPIDOS

encontramos tambien

LA PARAPLEJÍA SIGNIFICA LA PARÁLISIS DE LOS MIEMBROS INFERIORES, Y LA TETRAPLEJÍA LA DE LOS CUATRO MIEMBROS

encontramos tambien

LA PARAPLEJÍA SIGNIFICA LA PARÁLISIS DE LOS MIEMBROS INFERIORES, Y LA TETRAPLEJÍA LA DE LOS CUATRO MIEMBROS

encontramos tambien

LA DEBILIDAD PARA LA EXTENSIÓN SE OBSERVA EN LA LESIÓN PERIFÉRICA DEL NERVIIO RADIAL Y EN LA HEMIPLEJÍA ORIGINADA EN EL SNC POR ICTUS O ESCLEROSIS MÚLTIPLE

encontramos tambien

PRENSIÓN DÉBIL SE OBSERVA EN LA RADICULOPATÍA CERVICAL, LA NEUROPATÍA PERIFÉRICA DE LOS NERVIOS MEDIANO O CUBITAL Y ADEMÁS SE ACOMPAÑA DE DOLOR EN LA TENOSINOVITIS DE QUERVAIN, EL SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO, LA ARTRITIS Y LA EPICONDILITIS

encontramos tambien

LA OPOSICIÓN DÉBIL DEL PULGAR SE OBSERVA EN LOS TRASTORNOS DEL NERVIO MEDIANO, COMO EL SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO

encontramos tambien

EN LA ENFERMEDAD CEREBELOSA BUSCA NISTAGMO, DISARTRIA, HIPOTONÍA Y ATAXIA

encontramos tambien

ENFERMEDAD CEREBELOSA, EN LUGAR DE UN MOVIMIENTO ALTERNANTE RÁPIDO, LOS MOVIMIENTOS SON LENTOS, IRREGULARES Y TORPES, UNA ANOMALÍA DENOMINADA DISIDIADOCINESIA

encontramos tambien

LA DESVIACIÓN REPETIDA Y SISTEMÁTICA QUE EMPEORA CON LOS OJOS CERRADOS, DENOMINADA HIPERMETRÍA, SUGIERE ENFERMEDAD CEREBELOSA O VESTIBULAR

encontramos tambien

MARCHA SIN COORDINACIÓN, CON TAMBALEO E INESTABILIDAD, SE LLAMA ATÁXICA. LA ATAXIA PUEDE OBEDECER A ENFERMEDAD CEREBELOSA, PÉRDIDA DEL SENTIDO POSTURAL O INTOXICACIÓN

encontramos tambien

DIFICULTAD PARA REALIZAR LA FLEXIÓN LIGERA DE LA RODILLA SUGIERE DEBILIDAD PROXIMAL (EXTENSORES DE LA CADERA), DEBILIDAD DEL CUÁDRICEPS (EXTENSOR DE LA RODILLA) O AMBAS

ESTUDIOS

TONO MUSCULAR Y ESPASTICIDAD - SIGNO NEUROLOGICO QUE CARACTERIZA A PATOLOGÍAS COMO PARÁLISIS CEREBRAL, DAÑO CEREBRAL POR ANOXIA, TRAUMATISMO ENCEFALICO, ETC (ESCALA DE ASHWORTH)

PUNTUACIÓN	DESCRIPCIÓN
0	No hay cambios en la respuesta del músculo en los movimientos de flexión y extensión.
1	Ligero aumento en la respuesta del músculo al movimiento (flexión o extensión) visible con la palpación o relajación, o solo mínima resistencia al final del arco del movimiento.
1+	Ligero aumento en la resistencia del músculo al movimiento en flexión o extensión seguido de una mínima resistencia en todo el resto del arco de movimiento (menos de la mitad).
2	Notable incremento en la resistencia del músculo durante la mayor parte del arco de movimiento articular, pero la articulación se mueve fácilmente.
3	Marcado incremento en la resistencia del músculo; el movimiento pasivo es difícil en la flexión o extensión.
4	Las partes afectadas están rígidas en flexión o extensión cuando se mueven pasivamente.

ELECTROMIOGRAFÍA (EMG) ES UN PROCEDIMIENTO DE DIAGNÓSTICO QUE SE UTILIZA PARA EVALUAR LA SALUD DE LOS MÚSCULOS Y LAS CÉLULAS NERVIOSAS QUE LOS CONTROLAN (NEURONAS MOTORAS)



DINAMÓMETRO ES UN INSTRUMENTO UTILIZADO PARA MEDIR FUERZAS O PARA CALCULAR EL PESO DE LOS OBJETOS



Bibliografía

Argente. (s.f.). *Semiología médica* (2a ed.).

Bates. (s.f.). *Guía de exploración física* .

MOORE. (s.f.). *Anatomía* .