



Nombre del docente: Dr. Miguel Basilio Roblero

Nombre del alumno: Johana Alejandra Muñoz Lay

Actividad: Mapa conceptual

Materia: Propedéutica semiológica

4to Semestre

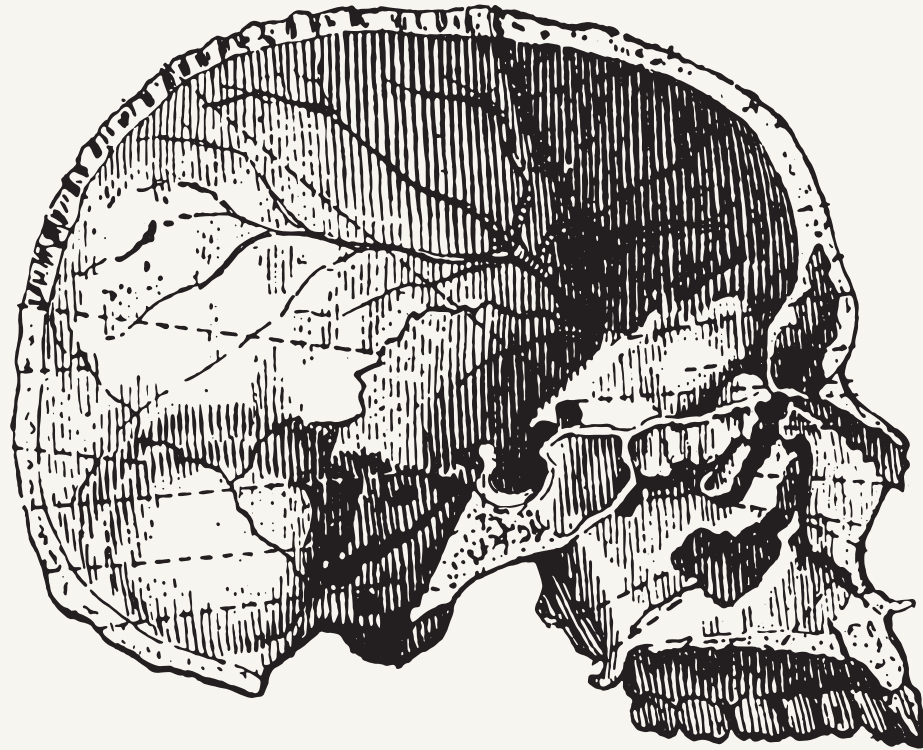
Grupo A

Medicina Humana

Fecha: 28 de julio del 2024



Sintomas frecuentes en patologías neurológicas



SISTEMA NERVIOSO

CEFALEA



CARACTERÍSTICAS

Existen varias causas ya sean benignas o malignas, pero estas van a depender de la evaluación que se realice

La cefalea de causas neurológicas más comunes son las hemorragias subaracnoideas Meningitis y otras tipo de lesiones masivas

¿CÓMO LA EVALUÓ

Siempre se debe evaluar a partir de la localización, duración y cualquier síntoma asociado

Los síntomas asociados más comunes como: visión doble, cambios en la vista y debilidad o pérdida de la sensibilidad

¿QUE DEBO PREGUNTAR?

- ¿ La cefalea se agudiza con la tos los estornudos o los movimientos repentinos de la cabeza que puedan elevar la presión intracraneal?
- ¿ se observa fiebre? Rigidez de cuello o un foco para meníngeo como infección del oído, el seno o la garganta que indique meningitis?

¿QUE OTROS ASPECTOS DEBO CONSIDERA?

En ocasiones hay presentaciones atípica de migraña, por lo cual nos puede indicar un caso de ictus, específicamente en mujeres que usan método de planificación familiar con anticonceptivos hormonales

En personas mayores de 50 años, siempre se deben buscar signos inusuales de cefalea que tengan un inicio repentina y que se asocien con fiebre y rigidez del cuello

SISTEMA NERVIOSO

MAREO O VÉRTIGO



CARACTERÍSTICAS

Son síntomas frecuentes, aunque algo vagos, pero van a motivar a una anamnesis más específica y una exploración neurológica centrada en la presencia de nistagmo y signos de foco neurológico

Esto va a ser más común en pacientes ancianos, así que es necesario preguntar sobre la ingesta de algún medicamento

¿CÓMO LA EVALUÓ

Se va a evaluar a partir de una pregunta específica

¿ El paciente tiene la sensación que va a desmayarse o de qué está apunto de caer o perder el conocimiento?.

¿QUE DEBO PREGUNTAR?

Dependiendo de cómo llegue el paciente se le seguirá preguntando lo siguiente

- ¿Se siente inestable y sin equilibrio?
- ¿Consta con vértigo real?
- ¿Tiene la sensación de estar girando o de qué el entorno lo haga?

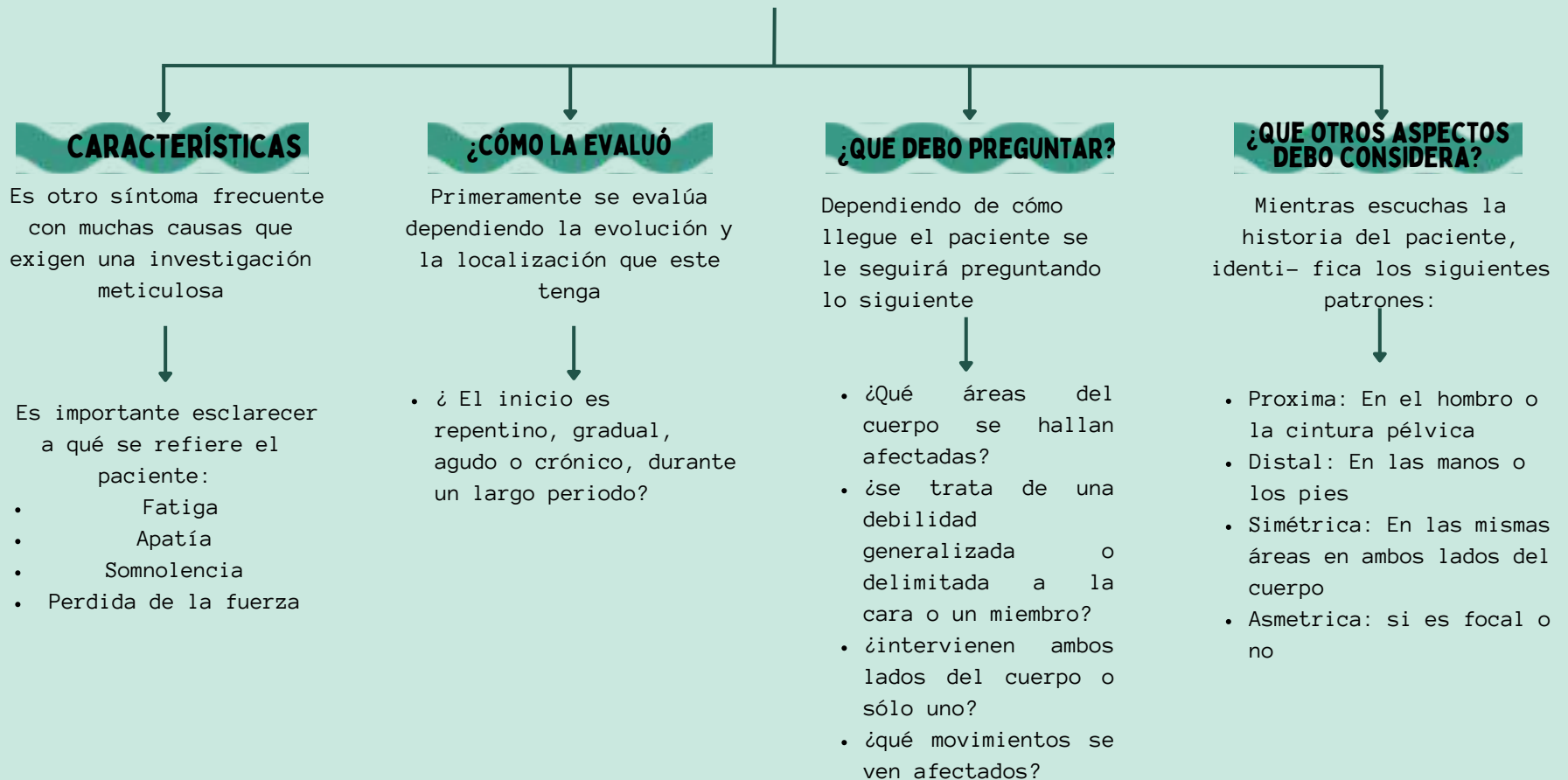
¿QUE OTROS ASPECTOS DEBO CONSIDERA?

Cabe recalcar qué hay más signos o síntomas localizados

- Doble visión
- Dificultad para formar palabras
- Problemas relacionados con la marcha

SISTEMA NERVIOSO

DEBILIDAD MUSCULAR



SISTEMA NERVIOSO

ENTUMECIMIENTO, SENSIBILIDAD ANÓMALA O AUSENTE

CARACTERÍSTICAS

Cuando el paciente refiere que tiene entumecimiento, este se debe confirmar, por lo tanto sea más preciso con los síntomas

¿Sufrir hormigueo como “pinchazos y piquetes”, una alteración de la sensibilidad llamada parestesia, sensaciones distorsionadas (disestesia) o su sensibilidad está reducida o completamente ausente?

¿CÓMO LA EVALUÓ

Primero se evalúa dependiendo la evolución y la localización que este tenga

- ¿El inicio es repentino, gradual, agudo o crónico, durante un largo periodo?

¿QUE DEBO PREGUNTAR?

Se establece el tipo de pérdida sensitiva

- ¿Tiene una distribución en guante y calcetín?
- ¿los déficit sensitivos son aislados, no dermatómicos y aparecen en más de un miembro?

¿QUE OTROS ASPECTOS DEBO CONSIDERAR?

En las disestesias, el tacto superficial o un pinchazo

Por ejemplo, pueden causar una sensación de quemazón o irritante.

SISTEMA NERVIOSO

CRISIS CONVULSIVAS



CARACTERÍSTICAS

Los pacientes pueden referir “lipotimias” o desmayos que hacen pensar en una convulsión, una descarga eléctrica excesiva y repentina desde las neuronas corticales.

Las convulsiones pueden ser sintomáticas, con una causa identificable, o idiopáticas

¿CÓMO LA EVALUÓ

- Es importante realizar una anamnesis meticulosa para descartar otras causas de la pérdida del conocimiento y las convulsiones sintomáticas agudas que tienen explicaciones perceptibles.

¿QUE DEBO PREGUNTAR?

Se le pregunta

- Se observó algún movimiento de tipo convulsivo en brazos o piernas?
- ¿presentó incontinencia urinaria o intestinal?
- Después del acontecimiento, ¿el paciente sintió somnolencia o alteración de la memoria, indicativos del estado posconvulsión?

¿QUE OTROS ASPECTOS DEBO CONSIDERA?

Indaga acerca de la edad de comienzo, la frecuencia, los cambios en la frecuencia o el patrón sintomático y el consumo de medicamentos, alcohol o drogas ilegales.

Comprueba si hay antecedentes de traumatismo craneoencefálico.

SISTEMA NERVIOSO

TEMBLORES Y MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS



CARACTERÍSTICAS

El temblor, “un movimiento oscilatorio rítmico de una parte del cuerpo debido a la contracción de grupos musculares opuestos”, es el trastorno del movimiento más frecuente.

Puede ser un síntoma aislado o formar parte de un trastorno neurológico.

- Es importante realizar una anamnesis meticulosa para descartar otras causas

¿CÓMO LA EVALUÓ

Pregunta por la existencia de temblor, agitación o movimientos corporales que el paciente no pueda controlar.

- ¿El temblor tiene lugar en reposo?
- ¿empeora con los movimientos intencionados voluntarios o al mantener una postura?

¿QUE OTROS ASPECTOS DEBO CONSIDERA?

El síndrome de las piernas inquietas, diferente a los síntomas anteriores, se presenta en el 6–12% de la población de los Estados Unidos.

Se describe como una sensación desagradable en las piernas, sobre todo por la noche, que empeora durante el reposo y que mejora con el movimiento de los miembros sintomáticos.

PATOLOGÍAS NEUROLOGICAS



Patologías neurológicas

Hemorragia subaracnoidea

¿Que es?

Es una hemorragia repentina dentro del espacio (espacio subaracnoideo) comprendido entre la capa interna (piamadre) y la capa media (aracnoides) del tejido que recubre el encéfalo (meninges).

Datos clínicos

Dolor de cabeza: se describe de forma usual como "el peor dolor de cabeza de mi vida" con un inicio súbito

- La fiebre, las cefaleas continuas o la confusión son frecuentes durante los 5 a 10 primeros días.

Manejo

- El estudio diagnóstico de elección es la tomografía computarizada (TC) craneal sin contraste. Si esta es negativa y persiste la sospecha clínica se aconseja realizar una punción lumbar

Ictus

¿Que es?

la interrupción brusca de la circulación cerebral tras una lesión de los vasos sanguíneos de esta zona. Generalmente se produce de forma inesperada y puede evolucionar en cuestión de minutos en síndromes neurológicos importantes.

Datos clínicos

Debilidad o pérdida de sensibilidad del lado del cuerpo contrario y también pérdida de visión en el campo visual contrario.

Manejo

Es ideal tener una identidad visual.

Sx de Guillén- barre

¿Que es?

Ocurre cuando el sistema de defensa del cuerpo (sistema inmunitario) ataca parte del sistema nervioso periférico por error. Esto provoca inflamación de nervios que ocasiona debilidad muscular o parálisis y otros síntomas.

Datos clínicos

- La debilidad muscular o la pérdida de la función muscular (parálisis) afecta ambos lados del cuerpo.
- En la mayoría de los casos, comienza en las piernas y luego se disemina a los brazos.
- Esto se denomina parálisis ascendente.

Manejo

- Muestra de líquido cefalorraquídeo (punción raquídea)
- Electrocardiografía (ECG)
- Electromiografía (EMG)
- Prueba de la velocidad de conducción nerviosa
- Pruebas de la función pulmonar

Polineuropatía

¿Que es?

La polineuropatía es una disfunción simultánea de muchos nervios periféricos en todo el cuerpo.

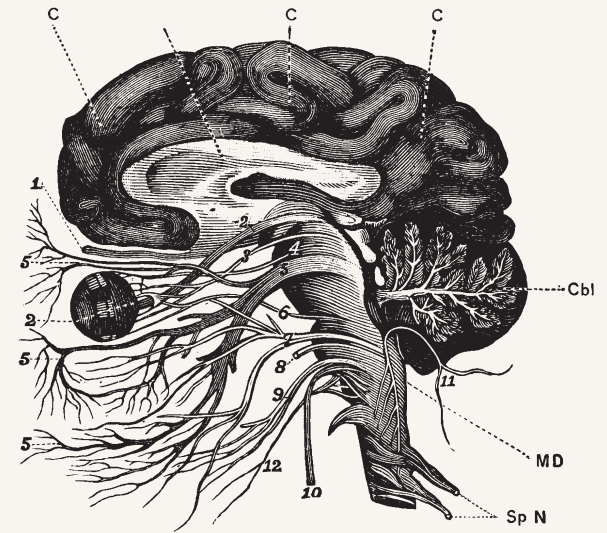
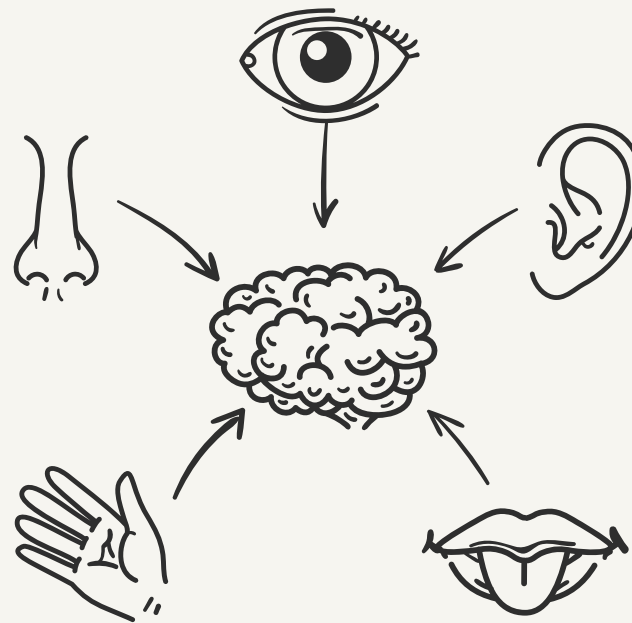
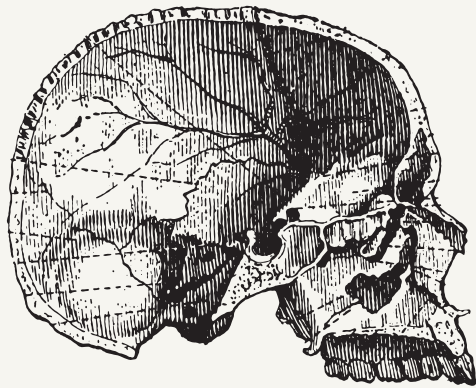
Datos clínicos

Los síntomas principales son sensación de hormigueo, entumecimiento, dolor urente y pérdida del sentido de la vibración y de la posición (saber dónde se encuentran los brazos y las piernas).

Manejo

- Evaluación médica
- Electromiografía y estudios de conducción nerviosa
- Se realizan análisis de sangre y de orina para determinar la causa

PARES CRANEALES



I PAR CRANEAL - NERVIIO OLFATORIO



¿De donde surge?

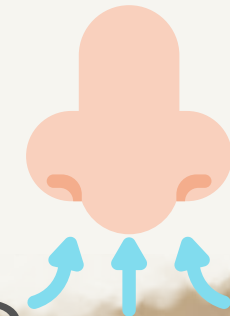
Éste surge a través de las neuronas sensoriales que intervienen en la olfacción y que se encuentran ubicadas en los cornetes superiores en el piso de la cabeza nasal y en el septum nasal superior

¿Hacia donde viajan sus neuronas?

Estas neuronas bipolares van a residir en el epitelio nasal y van a contar con dos prolongaciones

Una periférica y gruesa que va a pasar a la superficie

Otra delgada y central



A partir de estos se constituyen los filetes olfatorias amielinicos, estos forman pequeños fascículos que atraviesan la lámina cribosa de etmoides, sobre la cual descansa el bulbo olfatorio

Tipos de células nerviosas del bulbo olfatorio

Dentro de la sustancia gris del olfatorio, hay distintos tipos de células nerviosas

Los más grandes son las células mitrales

Los más pequeños son las células llamadas en penacho

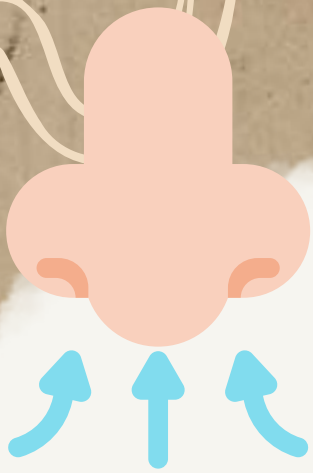
Células de tamaño intermedio

A partir de esta transcurren a lo largo de las cintillas, olfatorias y arriban a la corteza olfatoria primaria

Esta está constituido por la corteza y la área periagminalina cercanas al uncus del hipocampo

La corteza entorrinal se considera como la segunda área olfatoria ortical

I PAR CRANEAL - NERVIO OLFATORIO



Exploración

Se realiza para cada fosa nasal por separado.

Se le solicita al paciente que con un dedo ocluya la fosa contralateral mientras se expone una sustancia

Se deberá identificar la sustancias, y estoy se repetirá tres o cuatro veces

El paciente contestará si lo huele o no, si el olor, es agradable o desagradable, y por último si le identificas

La sustancias que más utilizan son el café, la esencia de vainilla y el chocolate

Alteraciones

- ➔ **Anosmia** Ausencia de olfacción, independientemente de la intensidad del estímulo utilizado
- ➔ **Hiposmia** Elevación del umbral olfatorio discriminatorio.
- ➔ **Parosmia** Percepción distorsionada de los olores
- ➔ **Cacosmia** Percepción de malos olores
- ➔ **Alucinaciones olfatorias** Percepción de dolores sin que existan estímulos o olorosos
- ➔ **Hiperosmia** Exageración del olfato

II PAR CRANEAL - NERVIO OPTICO



¿De donde surge?

Éste surge a través de los axones de las neuronas lunares multi polares de la retina que convergen en la papila para formar el nervio óptico

Emergen del glóbulo ocular, donde las fibras son cubiertas por una vaina de Melina y penetran en la cavidad craneal a través de los agujeros ópticos



Éstos nervios ópticos se unen para formar el que asma óptico, en el cual se produce una entrecruzamiento de parcial de las fibras: las cuales se dirigen hacia el lado opuesto, mientras que temporales presentan un curso homolateral



Esta se encargará de formar cintillas ópticas. La sencilla óptica izquierda va a representar el campo visual, derecho en su totalidad y viceversa.



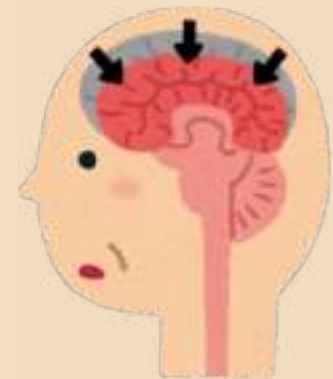
La cintilla óptica de cada lado se dirige hacia fuera y atrás, Y la mayoría de sus fibras terminan en el cuerpo geniculados externo, el cual da origen al géniculocalcarino.



Esta disposición de la vida ética condiciona que las alteraciones del sector superior de las fibras provoquen un trastorno asimétrico inferior y viceversa



Así como la lesión de las fibras nasales se traduce en un defecto a métrico temporal y el temporal en nasal



II PAR CRANEAL NERVIO OPTICO

Exploración

Comprende el examen de:

Agudeza visual

Se evalúa mediante orto tipos constituidos por otras de imprenta o símbolo de tamaño presente de arriba hacia abajo, acompañada por una escala. En este caso más utilizada es la tabla de Snellen

Alteraciones

→ **Ambliopía:** disminución de la agudeza visual

- • Miopía
- • Catarata
- • Retinitis pigmentaria

→ **Amaurosis:** La ceguera o pérdida de la visión

→ **Amaurosis fugaz:** Pérdida transitoria y unilateral de la visión, producida por una ateroembolia de la arteria oftálmica

Visión de colores

Las alteraciones en la visión de los colores pueden detectarse mediante la utilización de las tablas de Ishihara. Consiste en solicitar al paciente que lea un número compuesto por puntos de distintos colores distribuidos sobre un fondo también de puntos diferente color

Alteraciones

→ **Daltonismo:** Trastorno de la percepción de colores

→ **Acromaptosia:** visualización de objetos sin color

→ **Metacromaptosia:** Cuando los objetos se ven de color diferente del real

→ **Monocromaptosia:** Cuando todo se ve de un mismo color

→ **Agnosia cromatica:** Trastorno en la identificación de colores

Campo visual

Se le solicita al paciente que con una mano no se tapa no mientras el médico hace lo propio con su ojo opuesto. Luego el caminador desplaza la mano con el dedo índice extendido, desde afuera hacia el centro del campo visual, pide al paciente que indique cuando comienza a verlo.

Alteraciones

→ **Hemianopsias:** el defecto comprometen la mitad del campo visual

→ **Homónimo:** cuando corresponde a los lados homólogos

→ **Heteronima:** cuando involucra la distintos

→ **Cuadrantanopsia:** cuando comprometen un cuadrante del campo visual

Fondo de ojo

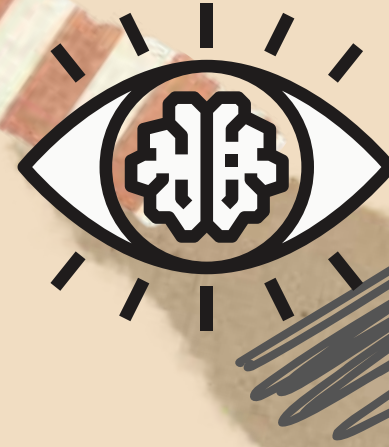
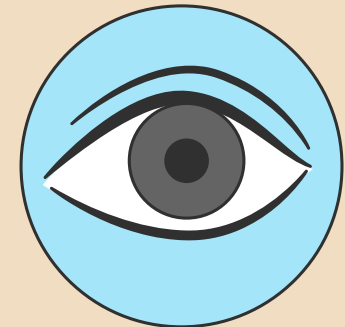
Se evalúa en lugar donde haya poca luz, se le indicará al paciente que se retire gafas en el caso de que las tenga y mira un punto fijo durante todo el examen. Luego al médico colocará a unos centímetros del paciente. El oftalmoscopio que tomaron con su mano derecha, cuando evalúa el ojo derecho con su mano libre para apoyarla sobre la cabeza del paciente

Alteraciones

→ **Edema de papila**

→ **Atrofia de papila**

→ **Neuritis óptica**



III PAR CRANEAL - IV PAR CRANEAL - IV PAR CRANEAL NERVIO MOTOR OCULAR - NERVIO TROCLEAR - NERVIO ABDUCEN



¿De donde surge?



Nervio motor ocular

Se desarrollan en los órganos de los sentidos y en las estructuras accesorias del ojo



El núcleo motor se encuentra ubicado en la sustancia gris, periacueductal del mesencéfalo, a la altura de los tubérculos, cuadrigéminos superiores y adyacente a él se encuentra en núcleo Edinger-Westphal

Nervio troclear

Se desarrolla en los órganos de los sentidos y en las estructuras accesorias del ojo



Es un pequeño como celular, situado en la parte ventral de la sustancia gris central que parece formar una impronta sobre la superficie dorsal del fascículo longitudinal medial

Nervio abducens

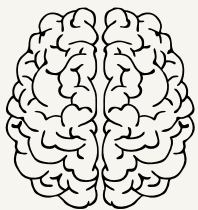
Se desarrolla en los órganos de los sentidos y en las estructuras accesorias del ojo



Se encuentran en la protuberancia en la parte lateral o externa de la eminencia medial y los circulan las fibras del nervio facial



Exploración de la motilidad ocular extrínseca



Durante la inspección se pueden detectarías en la posición de la cabeza, ptosis palpebral, alteraciones en la posición primaria, de los ojos o de la mirada, nistagmo y exoftalmos



La exteriorización sintomática de la alteración de alguno de los músculos óculo motores, produce diplopía o visión doble que se hace más evidente al intentar movilizar los ojos en el plano del músculo parético o paralizado



En esos casos se interroga respecto a la ubicación relativa de las imágenes, en qué campo de la mirada aparece o aumenta, y aún su ritmo horario

III PAR CRANEAL - IV PAR CRANEAL - IV PAR CRANEAL NERVIO MOTOR OCULAR - NERVIO TOCLEAR - NERVIO ABDUCEN



ALTERACIONES



Nistagmo patológico

Se debe explorar, observando al paciente con adecuada. En la mira, en la mirada extrema a la izquierda y a derecha, así como en el eje vertical hacia arriba y abajo



se valoran el sentido del movimiento, la fase, dirección, amplitud, frecuencia, intensidad



Otras alteraciones

- Nistagmo congénito
- Nistagmo optocinetico
- Nistagmo vestibular
- Nistagmo cerebeloso
- Opsoclonus
- Mioclonia ocular
- Aleteo ocular
- Bobbing ocular

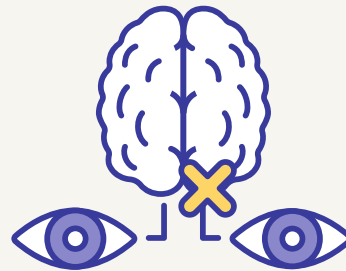
Parálisis del III par

Puede ser completa o incompleta, en el primer caso, se observa ptosis parpebral, desviación del globo ocular hacia abajo y afuera, dilatación o midriasis, pupilar y ausencia de los reflejos pupilares



Causantes

- Lesiones supra nucleares
- Lesiones nucleares
- Lesiones infra nucleares
- Oftalmoplejía internuclear
- Lesion del seno cavernoso
- Lesion involucre el espacio subaracnoideo



Parálisis del IV par

Es de difícil cimiento y poco frecuente. Puede ser congénita o adquirida, por lo común, esta última de origen traumático, y condiciona una inclinación de la cabeza hacia el lado opuesto al músculo paralizado

Parálisis del IV par

El globo ocular se desvía hacia adentro y resulta imposible llevarlo hacia fuera? el paciente tendrá Diplo horizontal cuando intenta mirar hacia lado del músculo paralizado, puede ser provocada por una neuropatía y obedecer. Causas, tumorales y vasculares.

III PAR CRANEAL - IV PAR CRANEAL - IV PAR CRANEAL NERVIO MOTOR OCULAR - NERVIO TROCLEAR - NERVIO ABDUCENTE



Exploración de motilidad ocular intrínseca



En la evaluación se debe tener en cuenta el tamaño y simetría de las pupilas, así como también su forma y las respuestas reflejas

Tamaño y simetría

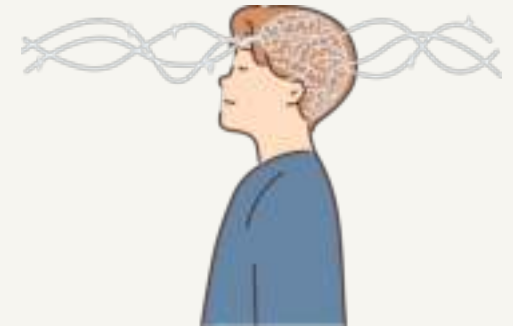
• Si la pupila tiene más de 4 mm de diámetro, se dice que se encuentra dilatada o midriática. Si tiene menos de 2 mm, está contraída o miótica. Se debe comparar el tamaño pupilar de un ojo con el otro.. cuando existe desigualdad esta situación se denominan anisocoria



• Siempre es importante interrogar a los pacientes sobre posibilidades de institución de colirios que puedan alterar el tamaño pupilar, así como descartar causas oftalmológicas o alteraciones del nervio óptico

Forma

Se denomina discoria a la irregularidad del contorno pupilar, generalmente se debe a causas lógicas como el coloboma primario o secundario a cirugía los traumatismos oculares y las enfermedades del iris



Reflejos

• **Reflejo fotomotor:**
para evaluarlo el examinador se debe colocar delante del paciente, aunque algo lateral para evitar desencadenar el reflejo de acomodación se evalúa por separado simulando con la luz de una interna, y entonces se observa la meiosis mientras se evalúan. Se le solicita al paciente que con su mano se tape el contralateral.



• **Reflejo consensual:**
se estimula la pupila y se observa la respuesta en una opuesta. El examinador coloca su mano en la cara de la línea media del paciente para evitar que la luz aplicada en una lado se perciba en el otro



• **Reflejo de acomodación y convergencia:**
se le solicita al paciente que mira hacia un punto lejano para luego dirigir la mirada hacia el dedo índice del examinador colocado a 30 cm. Se observa entonces miosis y convergencia de los glóbulos oculares.

V PAR CRANEAL - NERVIOS TRIGEMINOS

¿De donde surge?

El nervio trigémino se origina del tronco encefálico, específicamente de un nervio diferente visceral, especial y eferentes somático general, es el principal nervio sensitivo de la cara. Además, proporciona la inervación motora a los músculos de la cabeza derivados del primer arco, faríngeo, de los cuales el grupo que más destaca son los músculos de la masticación.



Nervios se origina de cuatro núcleos del tronco encefálico, uno motor y tres sensitivos, los cuales dan lugar a raíces motoras y sensitivas de este mismo. A partir de este surgen divisiones del trigémino.

Nervio oftálmico

Este sale a través de la fisura orbitaria superior



El nervio oftálmico continúa anteriormente desde el ganglio del trigémino. Entra al seno cavernoso, recorriendo dentro de su pared lateral.

Nervio maxilar

sale a través del foramen redondo



El nervio maxilar, al igual que el oftálmico, ingresa a la pared del seno cavernoso poco después de emerger del ganglio del trigémino.



Nervio mandibular

Atraviesa el foramen oval



El nervio mandibular no pasa a través de la pared del seno cavernoso, a diferencia de los demás ramos del trigémino. En su lugar, sale del cráneo relativamente rápido a través del foramen oval. Posteriormente, continúa en dirección al mentón, emitiendo sus ramos a lo largo de su recorrido.



V PAR CRANEAL- NERVIIO TRIGEMINO



Exploración

Comprende el examen de:

Exploración sensitiva

- Se investiga el tacto mediante el pincel del martillo, neurológico o simplemente rozando la cara del paciente con los dedos del examinador
- Se realiza de manera simétrica en ambos lados, y en sentido descendente desde el Vertex hacia el mentón
- Se examina de la misma manera, pero con una aguja la sensibilidad dolorosa de forma circular

Exploración motora

- Se evalúan los músculos de la masticación por inspección y palpación. s se le pide al paciente que cierre la mandíbula para poder palpar los músculos y esto se deberán contraer de forma bilateral
- Se le pide al paciente que mire hacia arriba y el exterminador se acerca del ojo desde afuera. Como resultado normal se produce un parpadeo rápido bilateral.

Alteraciones

Supranucleares

Alteraciones bilaterales, como síndrome pseudobulbares provocan un compromiso motoraveave y hiperreflexis maseeterina.

Cómo resultado se observan infartos hemorragias tumores esclerosis múltiple y parálisis vulvar

Nucleares

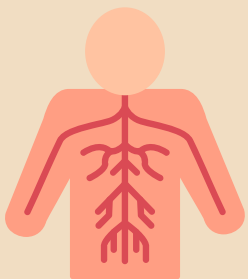
Se caracterizan por parálisis unilateral o bilateral, atrofia de los músculos temporales y maceteros, con hiporreflexia o arreflexia maseeterina

Suelen observarse en esclerosis lateral amiotrofica, Síndromes vulvares, y la siringopontia

Infranucleares

Se caracterizan porque afectan a la sensibilidad en todas sus formas en el territorio de una dos o inclusive tres ramas periféricas asociadas a la disminución o evolución de los reflejos correspondientes

Se observan como consecuencia de tumores del ángulo pontocerebeloso con abolición temprana del reflejo coreano.



VII PAR CRANEA NERVIO FACIAL



Definición

Ese par cuenta con funciones motoras, neurovegetativas sensoriales y sensitivas

Fibras motora

Inervan los músculos de la mímica facial del cuello y del vientre posterior del digástrico. El núcleo motor se encuentra en la porción inferior de la protuberancia por dentro del núcleo del descendente del trigémino

Fibras neutro vegetativas

Salen del ganglios esfenopalatina y se dirigen a glándulas lagrimales, mucosa nasal la faringe, el paladar y la rinofaringe

Fibras sensoriales

Se originan a partir de las papilas gustativas de los 2/3 anteriores, la lengua y pasan por el nervio lingual y la cuerda del tímpano hacia el facial

Fibras sensitivas

Son aportadas por el nervio intermediario de wriberg, cuyo núcleo de origefn, se halla en la parte superior del fascículo, solitario y de la gris, y se dirige hacia delante y hacia fuera

Otras pasan a la cuerda del tímpano, y por intermedio del nervio lingual, llegan a las glándulas submaxilar y sublingual

Proporciona sensibilidad al dorso de la oreja y el conducto auditivo externo

VII PAR CRANEAL NERVIO FACIAL

Exploración

Con la inspección se aprecian los rasgos anatómicos, evaluando si existen o no asimetría de las arrugas frontales alteraciones de la oclusión palpebral borramiento del círculo enano y desviación de la comisura bucal

Se le solicita al paciente que realice determinados movimientos que puedan poner en evidencia la déficit motores:

Arrugar la frente, elevar las cejas, lucir el sueño o fluir fuertemente los párpados, abrir la boca, mostrando la los dientes, silbar, soplar entre

Para objetivar la fuerza de músculo cutáneo del cuello, se le piden al paciente que llevando el mentón hacia abajo, flexión y firmemente la cabeza, mientras que el examinador se oponen a este movimiento con su puño colocado debajo del mentón

Alteraciones

Parálisis central

Se produce por la lesión del a córticobulbar. En este caso, se observa parálisis de la mitad inferior de la cara, con relativa integridad de la mitad superior

Parálisis periférica

Es producida por la lesión del núcleo o de cualquier parte de su trayecto periférico. Los pacientes presentan aplanamiento de las arrugas frontales descenso de las cejas lagrimeo, etc.

VIII PAR CRANEAL NERVIO AUDITIVO



Definición

Posee dos ramas, la coclear relacionada con la audición y la vestibular relacionada con el equilibrio y la orientación en el espacio tridimensional



Rama coclear

El conducto coclear contiene el órgano de corte, el cual es un receptor compuesto por una hilera de células ciliadas internas y tres hileras de células ciliadas externas

También se encuentra el ganglio espiral. La primera neurona de la vía auditiva.

Rama vestibular

Está formada por las prolongaciones nucleares del ganglio de escarpa, situado en el conducto auditivo interno

El aparato vestibular se encuentra constituido por tres conductos semicirculares el horizontal anterior y posterior. Así como también el utrículo saculo.

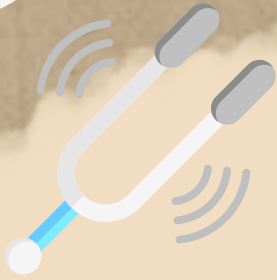
VIII PAR CRANEAL - NERVIIO AUDITIVO



Exploración de la rama coclear

En las análisis el paciente con alteraciones de la rama nuclear referida reducción de la audición, así como de ella.

Para evaluar tu agudeza auditiva se pronuncian tres letras o números bajas a 60 cm por detrás del paciente con su dedo meñique que ocluya el conducto auditivo externo.



Prueba de weber



Se diapason vibrando en el vertex craneal y se le pregunta al paciente si la vibración se desvía lateral o a la derecha o izquierda

Cuándo este refiere la desviación de la vibración hacia algún lado se habla de weber lateralizado

En la hipoacusia de conducción por alteraciones del conducto auditivo, la conducción ósea es más eficaz que la aérea, ya que esta se lateraliza al lugar afectado

Prueba de rinne



Se coloca el diapason vibrando sobre el cocleide hasta que el paciente diga que ha dejado de percibir la vibración momento en el cual se coloca rápidamente en el conducto auditivo externo del mismo

En condiciones normales se debe continuar percibiendo la vibración cuando se coloca frente al conducto o

Cuándo el día paso es percibido sobre los mastoides es un rinne positivo y cuando no ocurre es un rinne negativo

Prueba de schwabach



Se coloca el diapason vibrando sobre la apofisis mastoide, para medir los segundos durante los cuales el paciente percibe sonido

Si la percepción dura más de 20 segundos, se dice que la prueba está dura menos de 16 segundos. Está acortada

En la conducción, esta prueba está alargada del lado afectado y si es de percepción estará acortada

Audiometría



Con este método pueden evaluarse todas las identidades frecuencia de sonidos que pueden ser percibidos con lo cual la hipoacusia de conducción fue objetivarse a la pérdida de audición por los tonos bajos en 128 y 1.024 vibraciones

En la percepción hay pérdida auditiva, especialmente para los más altos más allá de la frecuencia de 1.0,24



VIII PAR CRANEAL - NERVIIO AUDITIVO



Exploración de la rama vestibular

En interrogatorio debe estar dirigido a descartar el vértigo y los mareos. inclusive la presiones que comprometen el sistema vestibular pueden ser de carácter indicativo o destructivos.



Prueba calóricas

- Antes del examen, se revisará el oído, especialmente el tímpano.
- Se revisa un oído a la vez.
- Se introduce una pequeña cantidad de agua o aire frío suavemente en uno de los oídos. Los ojos deben mostrar un movimiento involuntario llamado nistagmo. Luego, deben alejarse de ese oído y regresar lentamente. Si se utiliza agua, se deja que drene del conducto auditivo externo.
- A continuación, se introduce una pequeña cantidad de agua o aire caliente en el mismo oído. Una vez más, los ojos deben mostrar nistagmo. Luego, deben girar hacia ese oído y regresar lentamente.

Prueba rotatoria

Se utiliza un sillón giratorio en el cual el paciente deberá permanecer sentado con la cabeza inclinada 30° hacia delante para asignar los conductos semicirculares horizontales

Se hace girar sillón a razón de 10 vueltas en 15 segundos. Después se detiene bruscamente el sillón y se solicita al paciente que abra los ojos y mire el dedo del examinador.

Todo nistagmo provocado por la rotación que dura menos de 15 segundos, se considera prueba inexcitabilidad laberíntica

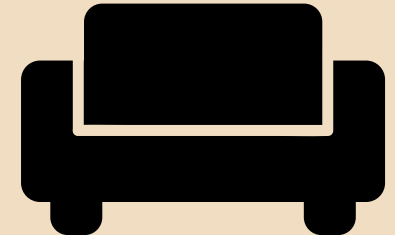
Prueba de Adaptación estática de Rademaker-Garcin

Utiliza una camilla giratoria a nivel de su eje transversal o longitudinal; el paciente debe estar ubicado a gatas sobre ella y adaptarse a las diferentes inclinaciones que se le imprimen

Al tener una patología, los pacientes caen de la camilla

Electronistagmografía

En este estudio se analiza las características de nistagmo espontáneo provocado y de todas maneras se pueden poner y manifiesto trastornos de titulares y determinar si son centrales o periférico



IX PAR- NERVIIO GLOSOFARINGEO



Definición

Es un nervio que posee fibras, aferentes y eferentes, somáticas y viscerales generales y especiales, y está íntimamente ligado al neumogástrico



Fibras aferentes somáticas generales



Proviene de la piel del área retroauricular y se proyecta a través de la rama articular del nervio vago

Fibras aferentes viscerales especiales



Conducen la sensación gustativa del tercio posterior de la lengua y se integran de una rama sensorial especial

Fibras aferentes viscerales generales



Conducen los impulsos, táctiles, térmicos y dolor dolorosos de la mucosa del tercio posterior de la lengua, las amígdalas la pared posterior superior de la faringe y la trompa de Eustaquio

Fibras eferentes viscerales generales



Están destinadas a la glándula parótida y se originan en el núcleo salival inferior

Fibras eferentes viscerales especiales



Salen del núcleo ambiguo y van a Inbar el músculo estilofaríngeo y parte del constructor superior de la faringe

IX PAR- NERVIIO GLOSOFARINGEO

Exploración

La función motora se explora pidiéndole al paciente que diga la letra a y observando la contracción de los músculos faríngeo

Reflejo velopalatino

Se obtiene estimulando el borde libre del paladar blando con un batelengua, observando la elevación de aquel sin desviación de la úvula

Reflejo faríngeo

Se explora estimulando con una bate lengua la pared posterior de la faringe, observando su contracción y si hay náuseas

Sensaciones gustativas

Se basa en el reconocimiento de los cuatro sabores: dulce, amargo, ácido y salado, por lo cual se utilizarán soluciones con azúcar, quinina, vinagre y sal de mesa

Alteraciones

Lesiones infranucleares

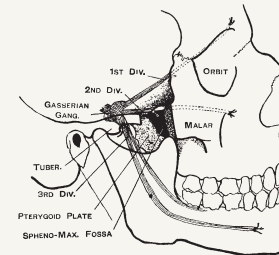
Se asocia con el compromiso de los pares X y XII, secundario, alteraciones a nivel del agujero rasgado posterior

Lesiones nucleares

Por lo general de etiología vascular deslizante tumoral por enfermedad de la neurona motora y en la siringobulvia

Lesiones supranucleares

No producen déficit neurológico debido a la inervación córtico vulgar bilateral del núcleo ambiguo



X PAR - NEUMOGASTRICO

Definición

Probé fibras motoras pre ganglionares, fibras motoras para el músculo cricotiroides y los músculos intrínsecos de la laringe fibras sensoriales que provienen de las vísceras torácicas abdominales y fibras sensoriales desde el oído externo, función que comparten los faríngeo y el facial

Fibras motoras

Origen en el núcleo, ambiguo e inerva los músculos constructores, medio e inferior de la faringe, del velo del paladar, el músculo cricotiroides

Fibras parasimpáticas preganglionares

Nacen en el núcleo dorsal del vago, proveen la inervación de la faringe, el esófago, el estómago, el intestino delgado, etc.

Neuronas del ganglio nodoso

Se proyectan hacia el núcleo del fascículo solitario, donde dan origen a las fibras que llevan la sensibilidad visceral de la faringe, laringe y las vísceras abdominales y torácicas

Exploración

La exploración motora comienza con la evaluación de la calidad y la articulación de la voz

Las lesiones del vago que ocasionan una parálisis del velo paladar se, la voz se torna nasal, lo cual es más evidente cuando las lesiones son bilaterales

Para evaluar el velo del paladar, se le solicita al paciente que abra la boca y el examinador observará si hay asimetrías

La exploración sensitiva es difícil de evaluar debido a la superposición del territorio con los de otros pares craneales y que algunas estructuras son de difícil acceso

XI PAR CRANEAL NERVIO ESPINAL

Ubicación

También llamado accesorio del vago, es exclusivamente motor y se divide en dos ramas, una interna o craneal que se origina del bulbo y se considera parte integrante del logotipo y otra externa o espinal que nace en el núcleo. Accesorio del hasta ventral de los primeros cuatro segmentos de la médula cervical



Sus fibras espinales entran en el cráneo por el agujero occipital y luego lo abandonaron por el agujero rasgado posterior



Más tarde se separan las ramas craneales y espinal, y esta última se dirige hacia el músculo externo, más excluido cruzando luego el triángulo cervical posterior para inervar el músculo tra



la inervación supranuclear se origina en la circunvolución central inferior, terminando en las asas anteriores hornos, C1 y C2



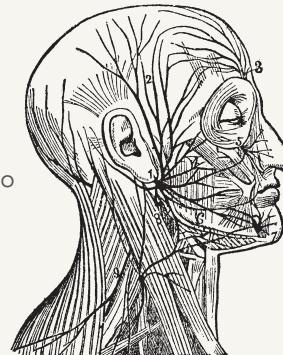
También en las astas anteriores, contralaterales de los segmentos, C3 y C4

Exploración

Se le solicita al enfermo que rote la cabeza del lado izquierdo en contra de la mano del examinador

Esto es para que se produzca una construcción en el esternocleido derecho que se evalúa mediante la inspección y la palpación

Si se desea evaluar ambos, se le pide al paciente que flexione la cabeza, y el mismo examinador establece resistencia contra la frente del sujeto



Alteraciones

La parálisis de un externo más excluido no altera la postura, cefálica en reposo, pero se evidencia hipofunción de la rotación de la cabeza hacia el lado opuesto

XII PAR - NERVIIO HIPOGLOSO

Definición

Suministra inervación motor a la lengua, el núcleo yace en la parte alta del bulo cerca de la línea media. El nervio se dirige hacia delante y desciende por el cuello hasta el ángulo de la mandíbula.

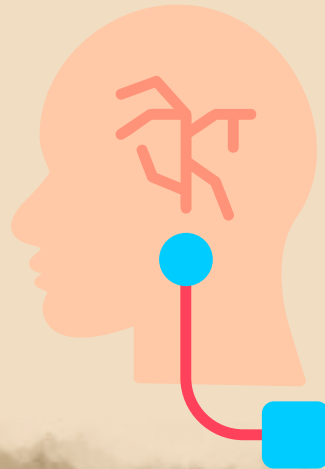
Exploración

Se observa la lengua en reposo, con lo cual se pueden objetivar, signos de atrofia o fasciculaciones y surcos prominentes

Luego se le pide al paciente que proyecte la lengua hacia fuera y mueva hacia derecha izquierda y hacia arriba

Para determinar las fuerzas, se le solicita que empuje la mejilla con la lengua al tiempo que el examinador se opone a este movimiento con su mano

En las lesiones supranucleares unilaterales la lengua azul desviarse hacia el lado de mi cuerpo, parético o pléjico asociado, es decir, hacia el lado contrario del sitio de la lesión cerebral



Alteraciones

Pasa cuando existe una lesión unilateral, ya sea al protruir voluntariamente, se observa una desviación hacia el lado afectado, por acción del geniogloso sano

En las lesiones supranucleares bilaterales no se observan atrofia, ni fasciculaciones, y por lo general forman parte del síndrome pseudobulbo

Bibliografía

Álvarez, M. E. (2013). Semiología
médica. Ed. Médica Panamericana.