



Mi Universidad

Adriana Janeth Sanchez Hernández

Pares craneales

Tercer parcial

Propedéutica, semiología y diagnóstico físico

Dr. Alan de Jesús Morales Domínguez

Medicina humana

Cuarto semestre

Comitán de Domínguez, Chiapas, a 27 de Mayo del 2025

CRANEALES

Los pares craneales son doce pares de nervios que emergen del encéfalo (bilaterales) y que serían homólogos a los nervios raquídeos. Según la información que llevan pueden clasificarse en motores, sensoriales o mixtos.

I Olfatorio:

Tipo Sensorial

Origen real Mucosa olfatoria

Origen aparente Capa inferior del bulbo olfatorio

Recorrido. Nace en la mucosa olfatoria, en porción superior de las paredes externas e internas de las fosas nasales, asciende por medio de la lámina cribosa del etmoides hacia la cara inferior del bulbo olfatorio.

Función Percepción del olfato.

Exploración

La exploración se realiza ofreciendo al paciente sustancias conocidas y no irritantes. Primero asegúrate de que cada fosa nasal esté abierta, luego comprime un lado de la nariz y pide al paciente que inhale por el otro. El px debe cerrar entonces ambos ojos. Obstruye una fosa nasal y vértelo el olfato en la otra, presentándole sustancias como clavo, café, jabón o vainilla. Evita los estímulos nocivos, como el amoníaco, que pueden estimular el V nervio craneal. Pregúntale al px si huele algo y, en tal caso, de qué se trata. Explora el otro lado. Una persona debe percibir el olor a cada lado, y a menudo lo reconoce.

II Óptico Explora la agudeza visual

Tipo sensorial

Origen real: Fibras nerviosas que nacen de cel. ganglionares de la retina.

Función: Transmisión de la información visual.

Exploración

Inspecciona los fondos de ojo con el oftalmoscopio, prestando especial atención a las papilas.

Explora los campos visuales por confrontación.

Revisa cada ojo por separado y después al mismo tiempo.

II y III Óptico y motor ocular común.

Inspecciona el tamaño y la forma de las pupilas y compara un lado con el otro. La anisocoria o una diferencia de más de 0.4 mm en el diámetro de una pupila con respecto de la otra, se observa en el 38% de las personas sanas. Verifica reacción pupilar.

De igual forma, verifica el reflejo de acomodación, que mide la constricción pupilar. Músculo constríctor de la pupila, la convergencia (músculos rectos internos) y la acomodación del cristalino (músculo ciliar).

III, IV y VI: Motor ocular común, troclear y abducens.

Explora la motilidad extraocular en las seis direcciones cardinales de la mirada, y busca si hay una pérdida de los movimientos conjugados en alguna de ellas que determine diplopia. Averigua si la diplopia es monocular o binocular pidiendo al px que se tape uno de los ojos o lleve a cabo la prueba de oclusión y de cobertura.

Durante la exploración neurológica, se debe identificar la presencia de nistagmo, movimientos involuntarios de los ojos, compuesto por 2 fases: lenta y rápida. Se clasifica según la dirección del componente rápido (horizontal, vertical, rotacional) o si el px fija la vista en un objeto lejano, observar si el nistagmo aumenta o disminuye, lo que puede indicar hacia su origen (central o periférico).

Presencia de ptosis, que es la caída del párpado superior.

V Triguemino

D M A

scribo

Evalúa funciones motoras y sensitivas. En la parte motora, se evalúa donde se palpan los músculos temporal y masetero mientras el px abre y cierra los dientes, observando la fuerza de contracción. Luego, se le pide que mueva la mandíbula de lado a lado para evaluar la simetría y fuerza de los movimientos.

En la parte sensitiva, se explora la sensibilidad al dolor en la frente, mejillas y mandíbula usando un objeto punzante alternando con un extremo roma. El px debe tener los ojos cerrados y se le pregunta si el estímulo es punzante o roma, comparando ambos lados de la cara. Si hay alteraciones, se evalúa la sensibilidad térmica con objetos fríos o calientes como un diapirón o tubos de ensayo con agua. También se revisa el tacto superficial usando un pedazo de algodón, pidiendo al px que indique cuándo lo siente.

Por último, se evalúa el reflejo corneal. Se le pide al px que mire hacia arriba y al lado opuesto, y se toca suavemente la córnea con algodón. Sin ver, las pestañas. Una respuesta normal es el parpadear. Este reflejo involucra la vía sensitiva del NC y la motora del NC VII. El uso de lentes de contacto puede reducir este reflejo.

VII Facial.

Inspecciona la cara en reposo y mientras habla con px. Observa cualquier asimetría, a menudo visible en los pliegues nasolabiales, y tics u otros movimientos anómalos.

Pide al paciente que:

1. - Levante las dos cejas
2. - Las frunza.
3. - Cierre ambos ojos con fuerza de manera que no pueda abrirlos. Evalúa la fuerza muscular logrando de abrirlos.
4. - Enseñe los dientes superiores e inferiores.
5. - Sonría
6. - Infla las mejillas.

VIII Acústico y Vestibular.

Valora la audición con la prueba del susurro. Hablando en voz baja de algunos números cerca del oído del px, obteniendo al mismo tiempo el oído contralateral o frotando tus dedos cerca de éste y pide al px que los repita.

Si hay sordera, averigua si es de conducción, por alteración de la transmisión "aérea a través del oído", o neurosensorial, por lesión del ramo coclear del NC III. Explora la conducción aérea y ósea por medio de la prueba de Rinne, y la lateralización con la prueba de Weber.

IX y X Glósofaringeo y Vago (neumogástrico)

Escucha la voz del px. ¿Elate ronco o tiene una calidad nasal? ¿Tiene dificultades para deglutir?

Pide al px que diga "aaah..." o que bastea mientras observas los movimientos del paladar blando y de la faringe. El paladar blando asciende en general de manera simétrica la úvula permanece en la línea media y cada lado de la parte posterior de la faringe se desplaza hacia adentro como una cortina. La úvula ligeramente curva de algunas personas es normal y no debe confundirse con una desviación por lesión de IX o X.

Advierte al px antes de evaluar el reflejo faríngeo, que consiste en elevar la lengua y el paladar blando y constreñir los músculos faríngeos. Estimula un poco la parte posterior de la lengua gorgoteando en cada lado y observa el reflejo. Muchas personas sonas presentan un reflejo faríngeo disminuido.

XI Accesorio.

Explora desde atrás en busca de atrofia o fasciculaciones del músculo trapecio, y compara un lado con el otro. Las fasciculaciones son movimientos papadéantes, irregulares y finos de pequeños grupos de fibras musculares. Pide al px que encoga ambos hombros, levantándolos y haciendo fuerza contra tus manos. Observa la fuerza y la contracción de los trapecios.

XII Hipogloso.

Monitoreo atento a la articulación de las del px, que depende de los nervios craneales VII, X y XII. Inspecciona la lengua del px suelo de la boca. Busca atrofia, o fasciculaciones. A menudo se observan movimientos más bruscos en lenguas normales. Luego, pide al px que mueva la lengua y la mano de un lado a otro, observa la simetría del movimiento. En caso de ambigüedad, pide al px que use la mano para empujar cada mejilla por dentro mientras los ojos por fuera la fuerza.