



Mi Universidad

Pares craneales.

Carlos Adrián Álvarez Lopez.

3er parcial.

Propedéutica, semiología y diagnóstico físico.

Dr. Alan de Jesús Morales Domínguez.

Medicina Humana

Tercer semestre, grupo "C"

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

Exploración física: Pares craneales.

Introducción:

La exploración de las funciones neurológicas son, junto con una buena anamnesis, la base del diagnóstico de algunas patologías del sistema nervioso. Se debe conocer los aspectos más importantes durante la exploración y realizarla de manera sistemática. Una exploración cuidadosa de los 12 pares craneales permite identificar de forma anticipada ciertas alteraciones motoras, sensitivas o reflejas, orientando así el diagnóstico y el manejo clínico correspondiente.

I Par / Nervio olfatorio:

El nervio olfatorio es responsable de la percepción de los olores. Alteraciones en este nervio producen anosmia o pérdida del olfato.

Dado que la anosmia se asocia más a causas locales como rinitis o tabaquismo y solo en menor medida con lesiones nerviosas como fracturas craneales de la lámina cribiforme, no suele explorarse de rutina durante la práctica médica.

Técnica:

Se ofrece al paciente sustancias olorosas conocidas o no irritantes como café o jabón, que no estimulan al nervio trigémino. Se solicita al paciente que identifique cada olor, primero en una fosa nasal y luego la otra, mientras se ocluye la contraria.

Hallazgos:

Un hallazgo normal es la identificación correcta de los olores familiares; una incapacidad para ello, nos orienta a neuropatías del par I, traumatismos o patologías nasales.

II Par / Nervio óptico

El nervio óptico transmite la visión desde la retina al cerebro. Su exploración física incluye agudeza visual, campo visual y examen del fondo del ojo.

Técnica:

Para la agudeza visual se utilizan pruebas estandarizadas como la tabla Snellen para la visión lejana y la cartilla de Jaeger

Para visión cercana.

El paciente debe leer las líneas de tamaño decreciente desde 6 metros (Snellen) o texto impreso a 30 cm (Jaeger); también es útil pedir que dedos a 1m o lea una nota de periódico para evaluar de forma global.

Resultados: 20/20	Interpretación Visión normal, el px ve a 6m, lo que una persona normal ve	La exploración del campo visual consiste en comparar el campo del paciente con el propio, moviendo un objeto desde el exterior hacia el centro en cada cuadrante.
20/40	El px necesita estar a 2m para ver lo que una persona con visión normal ve a 12m.	
20/200	Visión reducida. Se considera legalmente ciego en algunos países si no mejora.	Finalmente, se examina el fondo del ojo con un oftalmoscopio, se observa primero la papila óptica en busca de edema, lo cual es un signo de hipertensión intracraneal, se busca también atrofia óptica y luego la mácula y retina en busca de anomalías vasculares o pigmentarias.
Cuenta dedos, max. de manos.	Se usa si el px no puede leer la tabla; niveles severos de pérdida visual.	

Hallazgos: Los defectos del campo visual, como anopsia, hemianopsia, cuadrantopsias,

sugieren lesiones en la vía visual retiniana u óptica. Como hallazgos patológicos también podemos incluir la disminución de la agudeza visual, defectos de campimetría, papiledema o atrofia del nervio óptico.

Pares III, IV, y VI / Nervios oculomotores.

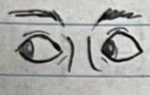
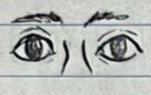
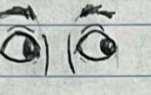
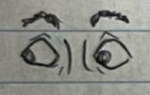
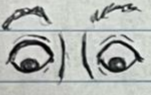
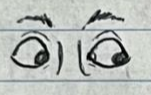
Los pares craneales III (oculomotor), IV (patético) y VI (abducens)

coordinan la motilidad ocular. Se exploran en conjunto ya que inervan los músculos extraoculares.

Técnica:

• Motilidad ocular extrínseca:

Se inspeccionan los párpados en busca de ptosis (par III). Con la cabeza del paciente fija, se pide que siga un objeto como un dedo o un lápiz en las 6 direcciones cardinales del campo visual.

		
Dextro-supraversion	Supraversion	Levo-supraversion
		
Dextroversion	Posición primaria	Levoversion
		
Dextro-introversion	Introversion	Levo-introversion

Se evalúa la función de cada músculo por ejemplo, recto lateral (par VI) aleja el ojo, recto medial (par III) lo acerca.

• Motilidad ocular intrínseca:

Se mide el tamaño y simetría pupilar; cualquier diferencia entre estas, se considerará como anisocorias. Luego se realizan los reflejos fotomotor y consensual al iluminar cada ojo, donde se deben observar

la constricción del mismo y del contralateral. También se prueba el reflejo de acomodación, la cual debe haber miosis al enfocar un objeto cercano.

Hallazgos:

La parálisis completa del par III se caracteriza por ptosis, ojo desviado y midriasis, mientras que en una parálisis incompleta no habrá midriasis.

La parálisis del par IV causa una dextro-supraversion unilateral al intentar mirar hacia abajo.

Una lesión en el par VI produce una desviación de la mirada hacia adentro o estrabismo convergente.

V Par / Trigémino:

Se trata de un nervio mixto, ya que cuenta con 3 ramas, 2 sensitivas (oftálmica y maxilar superior) y una motora (maxilar inferior o mandibular) que inerva la musculatura de la masticación.

Su exploración se divide en 3 partes.

Técnicas:

• Función motora:

Con el paciente sentado, se le pide que apriete los dientes fuertemente, evaluando masetero y temporal, y que abra la boca contra resistencia, evaluando pterigoides. Se deben palpar los músculos temporales y maseteros en busca de atrofia o debilidad.

• Función sensitiva:

Con el paciente con los ojos cerrados, se prueba la sensibilidad táctil y dolorosa en las 3 ramas. Se puede usar algodón para el tacto suave, y un alfiler para el dolor, en puntos representativos de la frente, labio superior y mentón.

• Reflejo corneal:

Se toca suavemente la córnea con un hisopo o algodón, lo que debe inducir el cierre palpebral bilateral.

Hallazgos:

Un resultado normal es sensibilidad y reflejo corneal, simétricos y fuerza muscular conservada.

Como hallazgos patológicos se incluyen hipersensibilidad o hipoestesia en las áreas de distribución del trigémino.

VII Par / Nervio facial:

Este nervio es mixto: Moto neurona de la expresión facial y transmite el gusto de los 2/3 anteriores de la lengua.

Técnicas:

Función motora: Inspeccionar simetría facial en reposo y se le pide al paciente realizar movimientos como fruncir el ceño, cerrar fuerte los ojos, mostrar dientes y soplar con las mejillas infladas. También se prueba la fuerza orbital orbicular (se le pide que apriete los párpados con fuerza mientras el explorador trata de abrirlos).

Funciones sensitivas:

Se valora el gusto con soluciones dulces o saladas en los 2/3 anteriores de la lengua. Asimismo, se evalúa la secreción lagrimal y salival observando si hay disminución en la producción.

VIII Par / Nervio vestibulococlear

Tiene 2 componentes el auditivo (coclea) y vestibular (equilibrio).

Técnicas:

Componente auditivo:

Se frota los dedos cerca del oído del paciente. Si existen dudas, se usan pruebas de:

Rine: Diapasón en mastoides y luego frente al pabellón auricular

Weber: Diapasón en la frente; se observa si el sonido se percibe igual en ambos oídos.

Componente vestibular:

Se busca nistagmo al observar ojos.

Se realiza pruebas de Romberg (px de pie, ojos cerrados) y prueba de Barany (brazos extendidos, ojos cerrados).

IX y X Par / Nervios glosofaríngeo y vago:

Se exploran juntos porque comparten funciones en la faringe y el paladar.

Técnica:

Se observa la faringe mientras el px dice "ah": la úvula debe verse simétricamente

Se estimula la pared faríngea con un abatelenguas para comprobar el reflejo nauseoso.

Se escucha la voz (valorar disfonía) y se prueba la deglución

XI Par / Accesorio espinal:

Este nervio inerva el músculo esternocleidomastoideo, y trapecio. Se evalúa de dos maneras:

Técnica:

Se pide al paciente que gire la cabeza contra resistencia para evaluar el ECM.

Luego, que eleve los hombros contra resistencia para evaluar el trapecio.

XII Par / Hipogloso:

Inerva la musculatura lingual.

Técnica:

Se solicita al paciente que saque la lengua y la mueva de lado a lado.

Se observa si hay desviación, atrofia o fasciculaciones.