



Resumen

María Fernanda Pérez Guillén

Tercer parcial

Propedéutica, semiología y diagnóstico físico

Dr. Alan de Jesús Morales Domínguez

Medicina humana

Cuarto semestre, grupo "C"

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

Pares craneales

Los pares craneales son 12 nervios que emergen directamente del encéfalo (no de la médula espinal). Se numeran del I al XII y se organizan de anterior a posterior. Pueden ser sensitivos, motores o mixtos (ambos).

I - NERVIIO OLFATORIO

Es sensorial y se encarga del olfato. Se origina en el bulbo olfatorio y pasa por la lámina cribosa del etmoides. Para explorarlo se tapan ambos ojos del paciente y se le pide que identifique olores familiares, como café o vainilla, una por una a la vez. Las alteraciones pueden ser anosmia (ausencia de olfato), hiposmia (disminución) o parosmia (distorsión). Puede estar afectado en traumatismos craneoencefálicos, tumores o enfermedades neurodegenerativas.

II - NERVIIO OPTICO

Es sensorial y transmite la información visual desde la retina hasta el cerebro. Se examina la agudeza visual con cartillas, los campos visuales por confrontación y el fondo del ojo con oftalmoscopia. También participa en el reflejo rotomotor (junto con el III par). Las lesiones pueden causar pérdida de visión, escotomas (punto ciego), papiledema o atrofia del nervio óptico. Es importante en patologías como la esclerosis múltiple y la hipertensión endocraneana.

III - NERVIOS MOTOR OCULAR COMÚN

Es motor. Inerva la mayoría de los músculos extraoculares, el elevador del párpado y también fibras parasimpáticas que producen miosis y acomodación. Su lesión produce ptosis (párpado caído), midriasis (pupila dilatada), diplopía (visión doble) y el ojo desviado "hacia afuera y abajo". Se examina el movimiento ocular en H y los reflejos pupilares.

IV - NERVIOS PATÉTICO O TROCLEAR

Es motor y controla el músculo oblicuo superior del ojo, responsable de dirigirlo hacia abajo y adentro. Su lesión produce diplopía vertical y dificultad para leer o bajar escaleras. El paciente suele inclinar la cabeza al lado opuesto para compensar.

V - NERVIOS TRIGÉMINO

Es mixto. Tiene una función sensitiva en la cara (dividida en tres ramas: oftálmica, maxilar y mandibular) y una función motora en los músculos de la masticación. Se explora la sensibilidad con un algodón o un alfiler en las tres ramas, el reflejo corneal (junto con el VII par), y se evalúa la fuerza del masetero al pedir que el paciente apriete los dientes. Puede haber hipoestesia, dolor (como en la neuralgia del trigémino) o debilidad mandibular.

VI - NERVIO MOTOR OCULAR EXTERNO - VI - XI

Es motor y se encarga del músculo recto lateral, que abduce el ojo. Su lesión provoca diplopía horizontal y el ojo se desvía hacia el centro. Es uno de los pares más sensibles a la hipertensión endocraneana.

VII - NERVIO FACIAL

Es mixto. Controla los músculos de la expresión facial, el gusto en los dos tercios anteriores de la lengua y también lleva fibras parasimpáticas para salivación y lagrimeo. Se examina pidiendo al paciente que frunza el ceño, cierre los ojos con fuerza, sonría y muestre los dientes. En la lesión periférica (como en la parálisis de Bell), toda la mitad de la cara se ve afectada; en la lesión central (como en un EVC), solo la parte inferior contralateral se ve afectada. También se puede explorar el gusto si es necesario.

VIII - NERVIO VESTIBULOCOCLEAR

Es sensorial. Tiene dos componentes: coclear (audición) y vestibular (equilibrio). Se explora con pruebas como Rinne y Weber (usando un diapason) para distinguir entre hipoacusia conductiva o neurosensorial. Para el equilibrio se utiliza la maniobra de Romberg o se evalúa signos de vértigo y nistagmo. Las alteraciones incluyen hipoacusia, acúfenos, vértigo y pérdida del equilibrio.

IX - NERVIO GLOTOFARÍNGEO

Es mixto. Participa en el gusto del tercio posterior de la lengua, en la deglución y en el reflejo faríngeo (nauseoso), junto con el nervio vago. Se explora observando la elevación del paladar y el reflejo nauseoso al estimular la faringe. Las lesiones pueden provocar disfagia, alteración del gusto posterior o pérdida del reflejo nauseoso.

X - NERVIO VAGO

Es mixto. Tiene funciones muy amplias: controla la fonación, la deglución y parte del sistema autónomo. Se explora observando si la úvula se eleva de forma simétrica y si hay voz nasal o disfonía. La lesión unilateral desvía la úvula hacia el lado sano. También puede haber disfagia o voz bitonal.

XI - NERVIO ACCESORIO ESPINAL

Es motor. Inerva el esternocleidomastoideo y el trapecio. Se evalúa pidiendo al paciente que gire la cabeza contra resistencia (para el ECM) y que eleve los hombros (para el trapecio). Su lesión puede deberse a cirugía cervical o trauma y provoca debilidad o atrofia de estos músculos.

XII - NERVIOS HIPOGLOSOS

Es motor y controla los músculos de la lengua. Se examina pidiendo al paciente que saque la lengua; si hay una lesión, la lengua se desvía hacia el lado afectado. También puede haber atrofia y provoca debilidad o atrofia de estos músculos.