



**Mi Universidad**

## **Resumen pares craneales**

*Méndez López Carlos Javier*

*Tercer parcial*

*Propedéutica semiología y diagnóstico físico*

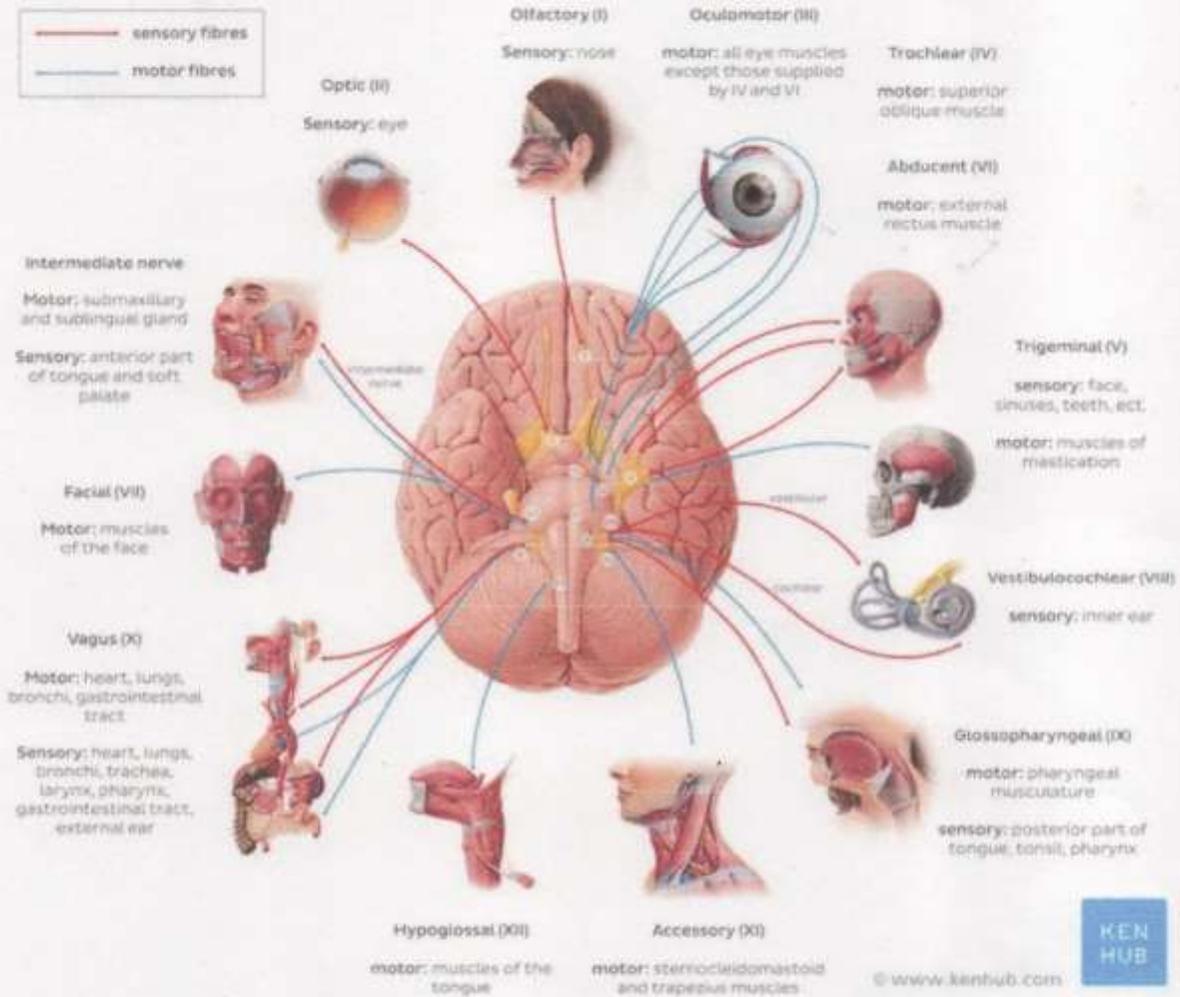
*Dr. Morales Domínguez Alan de Jesús*

*Medicina humana*

*Cuarto semestre, grupo "C"*

*Comitán de Domínguez, Chiapas a 27 de mayo del 2025*

# PARES CRANEALES



# PARES CRANEALES.

## Exploración física.

Los pares craneales son 12 nervios que emergen directamente del cerebro o tronco encefálico, y se encargan de funciones sensoriales, motoras y autonómicas en la cabeza, cuello, tórax y abdomen.

### Olfatorio (I)

La exploración de este nervio se realiza ofreciendo al paciente sustancias conocidas y no irritantes (estimulan el V par craneal): chocolate, Cafe, Jabon. Se alteran las fosas nasales ocluyendo la contralateral. El paciente debe identificar el olor en cada lado.



La alteración del olfato se debe principalmente a causas locales (tabaquismo, rinitis).

### Oftálmico / óptico (II)

Se explora mediante los exámenes de agudeza visual, campimetría y Fondo del ojo.

La agudeza visual se valora con las pruebas específicas para visión de lejos (tabla de Snellen) y visión de cerca (cartilla de Jaeger). La tabla de Snellen consiste en una serie de letras de tamaño decreciente colocadas a una distancia de 6 metros: el



paciente debe leer cada línea desde la primera hasta capaz de distinguir más detalles. La cartilla de Jaeger muestra una serie de texto en tamaño decreciente a una distancia de 30 cm. El clínico puede obtener una valoración global de la agudeza visual

Solicitando que el paciente cuente con los dedos de la mano a una distancia de un metro y que lea el periódico a una distancia habitual.

El explorador coloca frente a la del paciente y mueve un lápiz desde el exterior hacia el interior.

Según su extensión, los defectos del campo visual se clasifican como escotomas, cuadrantanopsias o hemianopsias.

El examen del fondo del ojo debe realizarse con un oftalmoscopio, en principio sin dilatar farmacológicamente las pupilas del paciente. Inicialmente, se valora la papila que es el aspecto más rentable en atención primaria buscando signos de edema o atrofia.

Después se solicita al paciente que mire la luz del oftalmoscopio y se examina la mácula en busca de cambios degenerativos, pigmentación, alteraciones de la vascularización y hemorragias.



Nervios motor ocular común (III), palético (IV) y motor ocular externo (VI): Oculomotores.

Se explora conjuntamente ya que todos inervan la musculatura del ojo.

**Motilidad ocular extrínseca:** Inspección de los párpados. Determinar la existencia de ptosis; el elevador del párpado superior está inervado por el motor ocular común.

El médico fija la cabeza con la mano y pide al paciente que siga con la vista un dedo o lápiz colocado a una distancia entre 30 y 60 cm. Este objeto se mueve en las direcciones cardinales dentro del campo visual.

**Parálisis del III por craneal:** parálisis completa porque afecta las fibras motoras del nervio (ptosis palpebral y ojo desviado hacia fuera por acción del recto externo que depende de VI par)

Parálisis Incompleta: ptosis palpebral, ojo desviado pero sin midriasis. Este tipo de parálisis es propia de enfermedades que afectan a la microvasculatura del nervio (diabetes, hipertensión). Suele ser reversible.

**Motilidad ocular intrínseca:** Se explora valorando el tamaño y simetría pupilar, así como los reflejos fotomotor, consensual y de acomodación de la pupila. La inervación de la pupila corresponde al sistema nervioso vegetativo, aunque se suele explorar conjuntamente cuando se examina los pares craneales oculomotores.



Tamaño y simetría pupilar. Se ha de valorar el grado de igualdad o desigualdad en tamaño de ambos pupilas. La diferencia en tamaño se conoce como anisocoria, que puede ser debida a dilatación de una pupila (midriasis) o contracción de la misma (miosis) con afección unilateral o bilateral según su causa.

Reflejo fotomotor y consensual. Al iluminar cada uno de los ojos con una fuente de luz (lámpara o linterna) se comprueba la contracción pupilar del ojo iluminado (reflejo fotomotor) y del controlateral.

Reflejo de acomodación. Después de mirar un objeto lejano, se fija la vista sobre uno próximo, se asiste a un cambio de midriasis por miosis.



## Nervio trigémino (V)

Se trata de un nervio mixto, que recoge la sensibilidad de las mucosas nasal y bucal. Así mismo, se trata del nervio motor de la musculatura de la masticación (ptericigoides, temporales y masetero). Su exploración se divide en tres partes:

1: Función motora. Corresponde al nervio mandibular que también presenta fibras sensitivas (3.ª rama del trigémino). Se explora pidiendo al paciente apriete un objeto entre los dientes (maseteros) o abra la boca contra resistencia.

2. Función sensitiva. Se explora la sensibilidad facial y táctil y dolorosa sus tres ramas faciales (maxilar, mandibular y de abajo arriba) y comparativamente de ambos lados.

3.- Función refleja. Se explora con reflejo corneal al tocar suavemente la cornea del paciente con un bastoncillo

de algodón se produce el cierre palpebral de ambos ojos.

## Nervio facial (VII)

Es un nervio mixto así que su exploración se divide en tres partes:

**Función motora.** Se valora en primer lugar la inspección buscando asimetrías en la exploración facial.

Se examinan los movimientos flaccid el entrecerjo, cerrar los ojos, enseñar los dientes e hinchar las mejillas. Es útil es la prueba de la fuerza del oícular de los ojos se indica al paciente que cierre los ojos con fuerza y luego el explorador intenta elevar el párpado superior para determinar el grado de resistencia.

**Funciones sensitivas y vegetativa.** Determinar el gusto en los tercios anteriores de la lengua utilizando soluciones acuosas débiles de azúcar o sal. La función vegetativa se explora comprobando la producción de lágrimas y de saliva.

## Nervio vestibulococlear (VIII)

Tiene dos porciones, acústica y vestibular y deben explorarse por separado

- **Componente acústico:** Se valora inicialmente notando si el paciente es capaz de percibir el sonido al frotar los dedos frente al meato auditivo externo. Si esta exploración es anormal (hipoacusia) debe valorarse la conducción aérea (CA) y ósea (CO) del sonido usando una diapasón, mediante los pruebas de Rinne y de Weber,

En la prueba de Rinne, el objetivo es comparar la vía aérea con la vía ósea. Se coloca el mango del dispositivo (diapasón) en la apofisis mastoidea del sujeto examinado pidiéndole que nos diga cuando deje de percibirlo; a continuación acercamos las varillas del diapasón al pabellón auditivo pidiéndole que nos diga si percibe aún por vía aérea.



- En la prueba de weber se coloca el mango del diapason en el centro de la frente del paciente y se comprueba la resonancia de la vibración de ambos oídos.

Componente vestibular: El aparato vestibular (vía vestibular y laberinto) su exploración suele realizarse de manera conjunta.



- Nervios glosofaríngeo (IX) y vago (X)

Se examinan juntos porque inervan estructuras relacionadas funcionalmente. Con la boca abierta explorar la faringe y comprobar si los pilares se contraen simultáneamente al tocar la faringe con el depresor y si esta maniobra produce náuseas (reflejo nauseo). A continuación se solicita al paciente que diga "A" y se observa si la elevación de la úvula es simétrica: en caso de lesión si la elevación de la úvula se desvía hacia el lado sano. También deben valorarse la fonación, la existencia de disartria, tos o salivación. Pueden existir trastornos en el gusto del tercio posterior de la lengua.

### Nervio espinal o accesorio (XI)

Se explora con dos maniobras: Ordenando al paciente girar la cabeza contra la mano del observador mientras éste con la otra mano palpa el músculo esternocleidomastoideo, o pidiendo al paciente que eleve o encoja los hombros contra la resistencia.

## Nervio hipogloso (XII)

Se explora solicitando al paciente que protuya la lengua y que la movilice en todas las direcciones. Deben valorarse atrofia, fasciculaciones y pérdidas de fuerza, que originan una desviación de la lengua hacia el lado de la lesión.

## Bibliografías:

- Horacio A. Argenta, Marcelo E. Álvarez (2021). Semiología médica. Panamericana. Obtenido el 24 de mayo del 2025.
- García Ballesteros J.G. Garrido Robres J.A. Martín Villuendas A.B. (2011) Exploración neurológica y atención primaria. ELSERVIER DOYMA