



Mi Universidad

Resumen

Espinosa Calvo Brayan Armando

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

EXPLORACIÓN DE LOS PARES CRANEALES.

Armando Espinosa.

Es la base del dx de patologías del SN, esta exploración se realiza de manera sistemática.

■ # Par craneal ■ Nombre ■ Función. P → Prueba.

PARES CRANEALES.

1. Olfatorio. Olfato.

Alteraciones debidas a causas locales (tabaquismo, rinitis), casi no de tipo nervioso, si es así podría ser por traumatismos craneales → fractura lámina cribosa del etmoides.

↳ **PRUEBA.** Se ofrece al px sustancias conocidas y no irritantes como el jabón, se coloca bajo la nariz y se alternan las fosas ocluyendo la contralateral, identificar de cada lado (cada fosa).

2. Oftálmico / óptico. Visión, detección de la luz.

Exploración mediante agudeza visual, campimetría y fondo del ojo.

Agudeza mediante tabla de Snellen → letras, cartilla de Jaeger → cerca. La tabla de Snellen consiste en una serie de letras de tamaño creciente a 6 mts del px, leyendo cada línea desde la primera hasta no distinguir más, la cartilla de Jaeger muestra un texto de manera decreciente a 30 cm del px. Solicitar al px contar sus dedos a un mt. de distancia o leer algo como de manera habitual.

• Campo visual → Px con patologías cerebrovasculares, por medio de campimetría. El explorador

coloca su cara frente a la del px y mueve un lápiz de exterior/interior, evaluar en 4 cuadrantes de cada ojo, según la extensión los defectos del campo se clasifican como escotomas, cuadrantanopsias o hemianopsias. Tapar la mitad de la cara. Debe haber percepción.

• Fondo del ojo → oftalmoscopia; se evalúa la papila buscando edema o atrofia, después el px debe ver la luz del oftalmoscopio, se examina la mácula buscando cambios degenerativos, pigmentación, alteraciones de la vascularización y hemorragias.

3. Motor ocular común / oculomotor. Movs. oculares, constricción, dilatación, resp. de la pupila, levantamiento de párpados

4. Troclear o patético. Movs. oculares hacia abajo y hacia adentro

6. Motor ocular externo / abductor. Movs. oculares hacia afuera.

- Estos 3 se exploran en conjunto ya que inervan la muscul. que mueve el ojo.
- Motilidad ocular extrínseca** → inspección de los párpados (determinar si hay ptosis palpebral, elevador del párpado → (3).
 - Examen de fijación y mirada sostenida. Fijar cabeza con la mano y pedir al px que siga con la vista un dedo o lápiz con distancia de 30-60 cm. Mov. en direcciones cardinales (lateral: recto externo; medial: recto interno, arriba y lateral: recto superior; abajo y lateral: recto inferior; arriba y medial: oblicuo menor; abajo y medial: oblicuo mayor).
 - Signo externo → parálisis de los oculomotores
 - ↳ estrabismo
 - Parálisis del 3 PC : * Completa → ptosis palpebral, ojo desviado hacia afuera, + midriasis. Propia de enfermedades como aneurismas o tumores.
 - Lesión =
 - * Bifurcación
 - * Estrabismo div.
 - * Incompleta → ptosis palpebral, ojo desviado sin midriasis. Propia de diabetes, HT. Reversible.
 - VI PC → recto externo
 - Motilidad ocular intrínseca** → Se valora tamaño y simetría pupilar, los reflejos fotomotor, consensual y de acomodación de la pupila.
 - Tamaño y simetría → Grado de igualdad/desigualdad en tamaño de pupilas. Diferencia conocida como anisocoria, debida a midriasis o miosis, con afección unilateral o bilateral.
 - Reflejo fotomotor y consensual → Contracción pupilar mediante luz aplicada (fotomotor), contralateral (consensual).
 - Reflejo de acomodación → Después de mirar un objeto lejano → fijar la vista a un próximo, se asiste a un cambio de midriasis por miosis.

5. Trigemino. Sensibilidad facial, masticación.

Recoge la sensibilidad de la mucosa nasal y bucal, así también se trata del nervio de la musculatura de la masticación (pte. rigoides, temporales y maseteros). Explorar en 3:

- 1-FUNCIÓN MOTORA:** Corresponde al nervio mandibular (3ra rama del trigemino). El Px deberá apretar un objeto entre dientes (maseteros) o abrir la boca contra resistencia (pterrigoideos). Valorar atrofia en muscul. temporales y maseteros. Rinitis mand. → ref. - glabella - Supercilios
- 2-FUNCIÓN SENSITIVA:** Valorar sensibilidad facial táctil y dolorosa en sus 3 ramas:
 - 1-oftálmica, 2-maxilar, 3-mandibular; abajo, arriba y ambos lados, puede usarse un algodón o un alfiler. Explorar en 3 puntos en una misma línea vertical: por encima de la ceja (la frente), el labio superior y el mentón. Zona t afectada = 2da-3ra rama.
- 3-FUNCIÓN REFLEJA:** Reflejo corneal, al tocar suavemente la córnea del px con un bastoncillo de algodón se produce el cierre palpebral de ambos ojos. Advertir al px que desvíe la mirada hacia un lado lo más posible.

7. Facial. Mov. músculos de la cara.

Valoración en 3 puntos:

- Función motora: Inspeccionar asimetrías en la expresión facial. Examinar movs: Fruncir el entrecejo, cerrar los ojos, enseñar los dientes, hinchar los mejillas. Prueba de fuerza del Oblicuo los ojos → px cierra los ojos con fuerza y el observador intenta elevar el párpado sup. determinando la resistencia. Dx dif. en parálisis facial periférica y central.
- Función sensitiva y vegetativa: Determinar el gusto de los dos tercios anteriores de la lengua usando soluciones acuosas débiles de azúcar o sal. La función vegetativa se explora comprobando la producción de lágrimas y saliva.

Se afectan los 2 tercios con pérdida de la expresión completa de la hemicontra



8. Vestibulococlear / auditivo. Audición

Explorar por separado la porción acústica y la vestibular.

- Componente acústico: valorar la percepción del sonido al frotar los dedos frente al meato auditivo externo, si es anormal → hipoacusia, valorar conducción aérea (CA) y ósea (CO) del sonido, usando un diapasón, mediante las pruebas de Rinne y de Weber.
- * Rinne: Comparar vía aérea con la ósea en la percepción del sonido. Se coloca el diapasón vibrante primero sobre la apófisis mastoidea (CO) y luego frente al conducto auditivo externo (CA), pidiendo al px indicar cuando deje de escuchar el sonido.
- Rinne + : sonido se percibe + fuerte y duradero por vía aérea que por ósea. Audición normal o hipoacusia neurosensorial donde la percepción disminuye en ambos.
- Rinne - : sonido se percibe más fuerte y duradero por vía ósea que por vía aérea. Hipoacusia conductiva → disminución o pérdida de la conducción aérea, se conserva la conducción ósea.
- * Weber: Utilizada colocando el diapasón en la línea media del cráneo para identificar la lateralización del sonido. El px indica en que oído percibe el sonido con mayor intensidad. Es normal si la resonancia es la misma en ambos oídos. Los resultados ayudan a diferenciar entre hipoacusia conductiva y neurosensorial.
- Lateralización hacia el oído afectado: hipoacusia conductiva en ese oído
- Lateralización hacia el oído sano: hipoacusia neurosensorial en oído opuesto.
- Componente vestibular: Constituye junto al cerebelo en la intervención de la coordinación motora, del equilibrio y de la marcha, su déficit → sx vestibular → principal síntoma el vértigo. Se inspeccionan los ojos buscando nistagmo (movs. oculares, rítmicos e involuntarios en dirección ↑, ↓, ←, →, ↻; fase rápida y lenta (de lesión), completar la observación de la marcha en tandem, la prueba de Barany y Romberg.

Movs. varién.

Px sentado, ojos cerrados, ambos brazos extendidos rectos de frente. Se valoran las desviaciones de brazos D-I = Armonico - lado contrario Disarmónico - lado de afección

- 9. **Glosotaringeo.** Deglución, reflejo del vómito y el habla.
- 10. **Vago** " "

Examinación juntas por innervar estructuras relacionadas.

Con la boca abierta explorar la faringe y comprobar si los pilares se contraen simultáneamente al tocar la faringe con el depresor y si se da el reflejo nauseoso. Solicitar al px decir "ah" y observar elevación simétrica de la uvula en lesión se desvía al lado sano.

Valorar Fonación, existencia de disartria, tos o seducción. Pueden haber trastornos en el gusto del tercio posterior de la lengua.

- 11. **Espinal o accesorio.** Girar el cuello, encoger los hombros

Exploración con 2 maniobras: ordenando al px girar la cabeza contra la mano del observador mientras éste con la otra mano palpó el músc. ECM, o pidiendo al px que eleve o encoga los hombros contra resistencia.

- 12. **Hipogloso.** Mov. de la lengua.

Solicitar al px que protruya la lengua y que la movilite en todas direcciones. Valorar atrofas, fasciculaciones y pérdidas de fuerza, que originan una desviación de la lengua hacia el lado de lesión.

BIBLIOGRAFÍA

- García J., Garrido J., Martín A. (s. f.). Exploración neurológica y atención primaria. Bloque I: pares craneales, sensibilidad, signos meníngeos. Cerebelo y coordinación. ELSEVIER