

ALTERACIONES DE LOS PARES CRANEALES QUE PARTICIPAN EN LAS FUNCIONES ESTOMATOGNÁTICAS

APENDICE 17 - ALTERACIONES DE LOS PARES CRANEALES QUE PARTICIPAN EN LAS FUNCIONES ESTOMATOGNÁTICAS					
PAR CRANEAL	ALTERACIÓN	CARACTERÍSTICA		CAUSAS	
V Par (Nervio trigémino)	Lesión infranuclear	Lesión infranuclear distal al ganglio semilunar o de Gasser	<p>Las lesiones del nervio oftálmico causan hipoestesia en su distribución cutánea (cuero cabelludo, frente, párpado superior y nariz medial) y mucosa, o en la de alguna de sus ramas: nasal, frontal o lagrimal. Existe hipo o arreflexia corneana o conjuntival.</p>	<p>Las lesiones que afectan al sector intracraneal de estas dos ramas del trigémino, en su trayecto por el seno cavernoso, pueden agregar compromiso de nervios craneanos oculomotores (síndrome del seno cavernoso).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Las ramas cutáneas de los nervios maxilar y mandibular se comprometen por neuropatías sensitivas causadas por neoplasias: linfomas, leucosis, mieloma, carcinoma de pulmón y mama, meningitis carcinomatosa, carcinomas de piel. • Las cirugías y extracciones dentales son causa de trastorno sensitivo por lesión de ramas del nervio dentario inferior o del lingual. • Cirugías maxilares, fracturas y masas ocupantes infraesfenoidales o de cavum pueden comprimir las ramas maxilares en su trayecto, dando manifestaciones según la altura del compromiso. • Las patologías que afectan al seno cavernoso o la hendidura esfenoidal comprometen a la rama oftálmica junto a los nervios oculomotores, y en menor medida a la rama maxilar. • Las osteítis o metástasis del vértice del peñasco lesionan la rama oftálmica. • El ganglio semilunar se afecta por Herpes Zóster, colagenopatías, Síndrome de Sjogren, TBC, sarcoidosis, infección y traumatismo. • Tumores, granulomas, infecciones y fracturas de la fosa craneal media pueden comprometer a las raíces de los nervios proximales al ganglio semilunar.
			<p>Las lesiones del nervio maxilar superior provocan asimismo hipoestesia en su distribución (piel de párpado inferior, mejilla, nariz, labio superior, dientes, paladar y mucosa nasal inferior). Cuando afectan al nervio infraorbitario causan sólo hipoestesia yugal (síndrome de la mejilla dormida). Existe hipo o arreflexia corneana o conjuntival.</p>		
			<p>Las lesiones del nervio mandibular originan hipoestesia en su distribución (región temporal, sien, mejilla posterior, labio inferior, mentón, dientes, encías inferiores, dos tercios anteriores de la lengua, piso de boca y mucosa yugal). Si se compromete más proximalmente, se agregará parálisis mandibular, que se caracteriza por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los músculos masetero y temporal forman escaso relieve y no se palpa su contracción al apretar las arcadas dentarias. • La mandíbula se desvía hacia el lado paralizado cuando el paciente abre la boca, por acción del pterigoideo externo del lado sano. • Por el mismo motivo, la mandíbula se desvía hacia el lado afectado si se la hace protruir. • La mandíbula no puede desviarse voluntariamente hacia el lado sano, por parálisis del pterigoideo externo homolateral a la lesión. • Atrofia y fasciculaciones temporomaseterinas de grado variable. • Puede existir trastornos del oído, por parálisis del músculo del martillo. <p>Eventualmente, trastornos tróficos como pérdida dentaria, edema y ulceraciones gingivales, ulceración corneana.</p>		
Lesión infranuclear en el ganglio semilunar o de Gasser	Se suelen comprometer las tres ramas del trigémino, total o parcialmente. Suele existir dolor, parestesias e hipoestesia en la hemicara homolateral, de extensión variable. Lo sugestivo es que los síntomas y signos sobrepasan el territorio individual de cada rama. Como la rama motora del trigémino se une al nervio mandibular distalmente, más allá del ganglio de Gasser, no suele producir déficit motor.				
Lesión infranuclear proximal al ganglio semilunar o de Gasser	Las manifestaciones son similares a las halladas en las lesiones situadas en el ganglio, pero es más frecuente que se acompañen de compromiso de otros nervios, en particular VI, VII y VIII.				

Extraído de: Susanibar y Parra (2011). Diccionario Terminológico de Motricidad Orofacial. Madrid. EOS

PAR CRANEAL	ALTERACIÓN	CARACTERÍSTICA		CAUSAS
V Par (Nervio trigémino)	Lesión infranuclear	Lesión del núcleo y haz espinal del trigémino	Causa hipoestesia táctil y termoalgésia homolaterales: intraoral o en labios si dicha lesión es protuberancial; en mejilla medial, nariz y párpados si es bulbar; en mentón, mejilla lateral, y región superciliar si es cervical alta; y en mandíbula, región preauricular y frente si es cervical baja (distribución sensitiva facial rostrocaudal en catáfila). Con frecuencia se asocia a termoalgésia en el hemicuerpo contralateral por compromiso del haz espino-talámico lateral, que contiene fibras decusadas de sensibilidad termoalgésica corporal.	<ul style="list-style-type: none"> • Los tumores del ángulo pontocerebeloso (meningioma, neurinoma del acústico) comprometen el VIII, V y VII nervio.
	Lesión nuclear	Síndrome bulbar lateral de Wallenberg	Se debe a la oclusión de la arteria cerebelosa posterior (PICA), que irriga el bulbo lateral, cerebelo y pedúnculo cerebeloso inferior, o de arteria vertebral. Compromete al núcleo espinal del trigémino. Causa termoalgésia facial homolateral a la lesión (oftálmica y maxilar en la lesión ventral, maxilar y mandibular en la lesión dorsal del núcleo espinal) y braquiocrural contralateral. Además, hemiataxia cerebelosa, Síndrome de Homer y parálisis hemivelopalatina, y de cuerda vocal homolaterales a la lesión; vértigo, hipo y vómitos como síntomas.	<ul style="list-style-type: none"> • Infartos (oclusión de arterias cerebelosas, de arterias perforantes y circunferenciales del tronco), hemorragias pontinas, lesiones desmielinizantes, tumores, siringobulbia, síndrome bulbar de la esclerosis lateral amiotrófica.
		Síndrome de la oclusión de la arteria cerebelosa antero-inferior (AICA)	Es la que irriga la protuberancia lateral caudal, cerebelo y pedúnculo cerebeloso medio, causa similar altermoalgésia facial homolateral y braquiocrural contralateral a la lesión. Además, hemiataxia cerebelosa, Síndrome de Homer, paresia facial de tipo periférica e hipoacusia homolaterales a la lesión.	
		Lesión del núcleo sensitivo principal del trigémino	No origina hipoestesia táctil homolateral, se encuentra preservada la sensibilidad termoalgésica (compromiso disociado). Sin embargo, este núcleo es pequeño y las lesiones que lo afectan generalmente involucran también al núcleo espinal, cuyas manifestaciones encubren a las del primero.	
		Lesión del núcleo mesencefálico	No origina manifestaciones semiológicas salientes.	
		Lesiones del núcleo motor del trigémino en la protuberancia	Origina parálisis mandibular de características similares a las de la lesión infranuclear, también con atrofia y fasciculaciones. Raramente es bilateral, en cuyo caso se observa: <ul style="list-style-type: none"> • Mandíbula caída y boca entreabierta. • Parálisis mandibular bilateral: imposibilidad de morder, lateralizarla o protruirarla. • Atrofia o fasciculaciones de ambos maseteros. • Hipo o arreflexia maseterina. 	
	Lesión supranuclear	La inervación supranuclear trigeminal es bilateral y por ello sus lesiones unilaterales pueden no manifestarse con signos clínicos ostensibles. Sin embargo, a veces predomina el control cruzado, de modo que una lesión supranuclear unilateral puede eventualmente originar paresia mandibular contralateral, de características similares a las de la lesión infranuclear, aunque más leve, en este caso sin atrofia ni fasciculaciones. Las lesiones bilaterales corticonucleares pueden producir paresia o parálisis bilateral con boca entreabierta, hiperreflexia maseterica y trofismo preservado.	<ul style="list-style-type: none"> • Déficit motriz unilateral se debe a lesión en el haz corticobulbar por infartos, hemorragias, tumores u otras. • Lesión bilateral se debe a síndrome pseudo o suprabulbar, por encefalopatía vascular o enfermedad de la moto-neurona (esclerosis lateral amiotrófica). 	

Extraído de: Susanibar y Parra (2011). Diccionario Terminológico de Motricidad Orofacial. Madrid. EOS

PAR CRANEAL	ALTERACIÓN	CARACTERÍSTICA	CAUSAS
V Par (Nervio trigémino)	Otras alteraciones	<ul style="list-style-type: none"> • Trismo • Síndrome de Costen • Síndrome paratrigeminal de Raeder • Hemiespasmio masticatorio 	Revisar
VII Par (Nervio facial)	Parálisis facial infranuclear o nuclear (parálisis facial "periférica")	<p>La lesión se encuentra en el nervio, desde su núcleo de origen protuberancial a la periferia. Sus síntomas varían según la altura de la lesión. Afectan tanto al sector facial inferior como al superior.</p>	
		<p>Lesión extracraqueoductal (distal al agujero estilomastoideo)</p> <p>Se produce una parálisis facial homolateral completa (superior e inferior). En el lado afectado se aprecia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de las arrugas frontales, el paciente no puede fruncir la frente ni la ceja de ese lado, mostrando acentuada asimetría facial. • El ojo permanece abierto (lagofthalmos), por hipertonía compensatoria del párpado superior, inervado por el III nervio, sobre el orbicular de los párpados paralizado. • Las lágrimas se derraman sobre las mejillas en lugar de ser dirigidas al conducto lagrimal (epifora). • El globo ocular se dirige hacia arriba y afuera con el intento de oclusión palpebral, quedando al descubierto sólo la esclerótica o parte blanca del ojo (signo de Bell). Ocasionalmente no se desplaza o lo hace hacia abajo en individuos normales (signo de Bell invertido). Este signo revela el movimiento asociado o sinérgico normal del globo ocular cuando se ocluyen los párpados. • El ojo del lado paralizado se eleva más cuando el individuo mira hacia arriba (signo de negro). • Desviación leve del lóbulo de la nariz hacia el lado sano (acción de los músculos nasales no paralizados). • Ausencia del surco nasogeniano. • Desviación y descenso de la comisura labial hacia el lado sano (acción del orbicular de la boca no paralizado) • Incontinencia salivar. • Abultamiento de la mejilla al soplar (parálisis del buccinador) e imposibilidad de silbar. • Control oral asimétrico durante al abrir la boca o al mostrar los dientes. La boca abierta adquiere una forma similar a la de una raqueta: la abertura es más amplia del lado sano y el mango de la raqueta señala el lado paralizado (boca oblicua-oval de Pitres). • Ausencia de contracción del platisma. • Sensación de hipoestesia facial, por compromiso de la sensibilidad profunda de la cara. • Pequeña área de hipoestesia eventual y cambios vasodomodotres en el meato acústico externo y oreja. 	<p>Parálisis infranuclear:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idiopáticas como cambios bruscos de temperatura, del calor al frío o viceversa, infección por herpes simple y ocasionalmente a crisis hipertensiva. <p>Parálisis nuclear:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infartos o hemorragias. • Menos frecuente tumores o desmielinización por esclerosis múltiple, pueden lesionar el núcleo facial motor. • Isquemias, hemorragias, tumores, malformación de Chiari, siringobulbia.
		<p>Lesión en la raíz motora y el nervio intermedio o (en el conducto auditivo interno)</p> <p>Se suele asociar alteración del nervio auditivo (VIII). En el lado afectado se observa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Semiología motriz similar a las descritas anteriormente, excepto por presencia de pérdida auditiva por compromiso del nervio auditivo. • Trastornos del gusto en los dos tercios anteriores de la lengua. • Eventual alteración en la salivación. • Trastornos en la lagrimación. 	

Extraído de: Susanibar y Parra (2011). Diccionario Terminológico de Motricidad Orofacial. Madrid. EOS

PAR CRANEAL	ALTERACIÓN	CARACTERÍSTICA		CAUSAS
VII Par (Nervio facial)	Parálisis facial infranuclear o nuclear ('periférica')	Lesión intraacueductal infrageniculada (en el trayecto de las porciones segunda y tercera del acueducto de Falopio, por debajo del ganglio geniculado)	<p>En el lado afectado se observa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos los signos en el caso de la lesión extraacueductal (distal al agujero estilomas-toideo). • Trastornos gustativos (ageusia y disgeusia) en los dos tercios anteriores de la lengua, por compromiso de la cuerda del tímpano. • Eventualmente trastorno en la salivación por el compromiso de la cuerda del tímpano que transporta fibras parasimpáticas, provenientes del núcleo salivar superior, a las glándulas submandibulares y sublinguales por la vía del ganglio submandibular. • Si la lesión se sitúa por encima de la emergencia del nervio del músculo del estribo, hiperacusia o algiacusia (dolor al oír las notas bajas) como consecuencia de la no atenuación de las oscilaciones de los huesecillos del oído por atonía de ese músculo. 	<p>Parálisis infranuclear:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idiopáticas como cambios bruscos de temperatura, del calor al frío o viceversa, infección por herpes simple y ocasionalmente a crisis hipertensiva. <p>Parálisis nuclear:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infartos o hemorragias. • Menos frecuente tumores o desmielinización por esclerosis múltiple, pueden lesionar el núcleo facial motor. • Isquemias, hemorragias, tumores, malformación de Chiari, siringobulbia.
		Lesión intraacueductal suprageniculada (en la primera porción del acueducto de Falopio, por encima del ganglio geniculado)	<p>Se afectan la raíz motora y el nervio intermedio. En el lado afectado se observa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Semiología motriz similar a la descrita anteriormente. • Trastornos del gusto en los dos tercios anteriores de la lengua. • Algiacusia por paresia del músculo del estribo. • Eventualmente trastornos en la salivación por el compromiso de la cuerda del tímpano. • Trastornos en la lacrimación, por compromiso del nervio petroso superficial mayor, cuyas fibras parasimpáticas, provenientes del núcleo lagrimal, se dirigen por el ganglio esfénopalatino a las glándulas lagrimales. 	
		Lesión en la raíz motora y el nervio intermedio. (en el ángulo pontocerebeloso)	<p>Se suele asociar alteración del nervio auditivo (VIII) y trigémino (V). En el lado afectado se observa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Semiología motriz similar a las descritas anteriormente, excepto por presencia de hiperacusia. • Trastornos del gusto en los dos tercios anteriores de la lengua. • Eventual alteración en la salivación. • Trastornos en la lagrimación. • Hipoacusia por compromiso del nervio auditivo. • Hipoestesia superficial de la cara, con hiporreflexia corneana, por compromiso del V nervio. <p>Esta semiología constituye el llamado Síndrome del ángulo pontocerebeloso.</p>	
		Lesión en la raíz motora del facial (en la protuberancia)	<p>Se suele asociar alteración del nervio motor ocular externo (VI), circundado por la rodilla del facial. En el lado afectado se observa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Semiología motriz de tipo "periférico", similar a las descritas anteriormente. • No existen trastornos del gusto, lagrimales o salivares, cuyas fibras provienen de los núcleos salivar superior y lagrimal. • Parálisis del músculo recto externo del globo ocular, por compromiso del VI nervio. 	
		Lesión en el núcleo motor del facial (en la protuberancia)	<p>En el lado afectado se observa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Semiología motriz de tipo "periférico", similar a las descritas anteriormente. • No existen otros hallazgos. 	

Extraído de: Susanibar y Parra (2011). Diccionario Terminológico de Motricidad Orofacial. Madrid. EOS

PAR CRANEAL	ALTERACIÓN	CARACTERÍSTICA	CAUSAS
VII Par (Nervio facial)	Parálisis facial supranuclear (parálisis facial "central")	<p>Se caracteriza porque sólo el sector facial inferior se encuentra afectado, y el orbicular de los ojos en forma leve. En el lado afectado se observa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El enfermo puede arrugar la frente, cerrar el ojo del lado paralizado y fruncir la ceja del mismo lado. • No logra contraer los músculos restantes relacionados a las (mejillas, nariz, boca, cuello "platisma"). • Ausencia de los signos de Bell y de Negro. • Al afectarse levemente el orbicular de los ojos, la oclusión del ojo deja entrever las pestañas (Signo de pestañas de Souqués). • No es posible la oclusión aislada (guiñar el ojo) del ojo paralizado (signo de orbicular de Revilliod). <p>En ésta parálisis los movimientos mímicos involuntarios correspondientes a estados emocionales (risa, llanto) se preservan a pesar de la parálisis de la movilidad voluntaria (parálisis facial volicional, discordancia emotiva de Monrad-Krohn). Además pueden existir parálisis o paresias de la mímica involuntaria, por compromiso de centros prefrontales o subcorticales, con preservación de la movilidad voluntaria (parálisis facial emocional). Si se afectan ambos niveles supranucleares, la parálisis será asimismo volicional y emocional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Las lesiones se sitúan en el haz corticobulbar y puede deberse a infartos, hemorragias, tumores u otras patologías. • Las lesiones unilaterales causan en general hemiparesia facioabraquiocrural contralateral. • Las bilaterales se deben a síndromes pseudo o suprabulbar, por encefalopatía vascular o enfermedad de la motoneurona (esclerosis lateral primaria y compromiso de pares craneales bajos, con paresia velopalatina, orolingüofacial, disfonía, disfagia y llanto inmotivado).
	Otras alteraciones	<ul style="list-style-type: none"> • Hemiespasmos faciales clónicos. • Anormalidades del parpadeo. • Neuralgia del ganglio geniculado. • Apertura ocular compulsiva. • Discinesias faciales. • Distonía facial. • Tics faciales. • Convulsiones faciales. 	Revisar
IX Par (Nervio glossofaríngeo)	Raramente este nervio se lesiona de manera aislada. Las principales alteraciones son:		
	Parálisis infranuclear y nuclear	<p>Parálisis infranuclear. Aislada se presenta de manera excepcional, porque casi siempre está asociada a parálisis del X y XI par, pudiendo formar parte del Síndrome del agujero rasgado posterior.</p> <p>Parálisis infranuclear y nuclear: Suele ser unilateral. Se observa, del mismo lado de la lesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disfagia leve, más para sólidos, y tos, en el primer tiempo de deglución. • Hipo o ageusia y parageusia en el tercio posterior de la lengua. • Hipo o anestesia velopalatina, amigdalina y faríngea. • Hipo o arreflexia nauseosa y velopalatina. 	<p>Parálisis infranuclear.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tumores de base de cráneo (linfomas, tumor del glomus de la yugular). • Tumores retrofaríngeos o retroparotídeos. • Meningitis. • Meningitis carotídeas. • Traumatismos. • Heridas penetrantes. • Adenomegalias. • Síndrome de Guillain-Barré. • Sarcoidosis. <p>Parálisis nuclear unilateral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Síndromes alternos bulbares vasculares. • Siringobulbia. • Tumores bulbares. • Desmielinización.

Extraído de: Susanibar y Parra (2011). Diccionario Terminológico de Motricidad Orofacial. Madrid. EOS

PAR CRANEAL	ALTERACIÓN	CARACTERÍSTICA	CAUSAS
IX Par (Nervio glossofaríngeo)	Parálisis infranuclear y nuclear	<p>Parálisis infranuclear y nuclear: Suele ser unilateral. Se observa, del mismo lado de la lesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disfagia leve, más para sólidos, y tos, en el primer tiempo de deglución. • Hipo o ageusia y parageusia en el tercio posterior de la lengua. • Hipo o anestesia velopalatina, amigdalina y faríngea. • Hipo o arreflexia nauseosa y velopalatina. 	<p>Parálisis nuclear bilateral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forma bulbar de esclerosis lateral amiotrófica (enfermedad de la motoneurona) que se asocia a compromiso de otros pares craneales bajos.
	Parálisis supranuclear	<p>La lesión unilateral no tiene características clínicas. Es casi siempre bilateral, pero excepcionalmente aislada, ya que aparece asociada al compromiso de los pares X, XI y XII. Estas se deben a Síndrome pseudo o suprabulbar. Las manifestaciones mencionadas para la parálisis unilateral (infranuclear o nuclear) se producen en ambos lados. En este caso con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disfagia inicial severa y riesgo de aspiración. • Paresia velopalatina y orolingüofacial. • Disfonía. • Llanto inmotivado. 	<p>Lesiones bilaterales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encefalopatía vascular o enfermedad de la motoneurona (esclerosis lateral primaria).
	Otras alteraciones	<ul style="list-style-type: none"> • Alucinaciones gustativas y otros trastornos del gusto y fauces. • Ageusia, hipogeusia y disgeusia. • Tos. • Neuralgia glossofaríngea o vagoglossofaríngea (glosodinia posterior, síndrome de Wilfred Harris). • Neuralgia de Harris. • Sudor gustatorio (síndrome de Lucie Fray). 	Revisar
X Par (Nervio neumogástrico o vago)	<p>La alteración fundamental es la parálisis del nervio, ésta puede ser uni o bilateral, parcial o completa (afecta todo el tronco o alguna de sus ramas), pura o asociada a parálisis de otros pares. El nervio vago puede ser lesionado por debajo del núcleo de origen (parálisis infranuclear), en su núcleo (parálisis nuclear) o en las conexiones corticonucleares (parálisis supranuclear).</p>		<p>Parálisis infranuclear: Del tronco del nervio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tumores de base de cráneo (linfomas, tumor de glomus de la yugular). • Meningitis. • Meningitis carcinomatosa • Otitis, sarcoidosis, aneurisma. • Disección y endarterectomía carotídeos. • Traumatismos o adenomegalia. • Heridas penetrantes. <p>Parálisis nucleares:</p> <p>Unilateral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de Wallenberg y otros alternos por lesión bulbar vascular, siringobulbia, tumores o desmielinización. <p>Bilateral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forma bulbar de esclerosis lateral amiotrófica que se asocia a alteración de otros pares.
	<p>Suele ser unilateral. Se observa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parálisis hemivelopalatina (hemiastafoplejía). • Parálisis del pliegue vocal homolateral (voz bitonal). • Hiporreflexia nauseosa y velopalatina homolateral. • En forma inconstante, parestesia o hipoestesia en el pabellón auricular posterior o conducto auditivo. • Signo del trapecio de Escat. 		
	Parálisis parcial (afección del recurrente en el tórax)	Únicamente se produce parálisis de pliegue vocal homolateral.	
	Parálisis recurrente unilateral	<p>Se aprecia típicamente: Voz bitonal, sobre todo durante la fonoarticulación de vocales, que se atribuye a la frecuencia desigual en la contracción de cada pliegue.</p>	
	Parálisis recurrente bilateral	<ul style="list-style-type: none"> • Poco frecuente. • Hipofonía acentuada. <p>Posible dificultad con la ventilación por flacidez de pliegues vocales, caracterizado por estridor laríngeo, que algunas veces requiere trequeostomía.</p>	
Parálisis nuclear (en la porción más cefálica del núcleo ambiguo)	Posible preservación de la contractibilidad de los pliegues vocales. (Revisar síndrome de Avellis).		

Extraído de: Susanibar y Parra (2011). Diccionario Terminológico de Motricidad Orofacial. Madrid. EOS

PAR CRANEAL	ALTERACIÓN	CARACTERÍSTICA	CAUSAS
X Par (Nervio neumogástrico o vago)	Parálisis supranuclear	<p>Excepcionalmente se presenta una parálisis unilateral. En la lesión bilateral que es la cotidiana se observa:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Velo descendido y pendiente, inerte y flácido como una cortina flotante. •Incompetencia velofaríngea - hipernasalidad. •La úvula se agita con la corriente de aire al respirar. •Disfonía o hipofonía acentuadas. •Disfagia. •Reflujo nasal. •Tos (débil) y sofocación durante la deglución. •Reflejos nauseoso y velopalatino exacerbados. 	<p>Las lesiones unilaterales no causan déficit, o lo hacen excepcionalmente, ya que el control supranuclear de los núcleos motores del vago es bilateral.</p> <p>Lesiones bilaterales:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Síndrome pseudo o suprabulbar por: Encefalopatía vascular o esclerosis lateral primaria.
XI Par (Nervio espinal accesorio)	Parálisis infranuclear	<p>Se debe a lesiones de la rama externa del nervio desde su salida por el agujero rasgado posterior hasta su distribución periférica. Produce parálisis y atrofia de los músculos que inerva. Las afecciones del nervio a su salida del cráneo generalmente se asocian a parálisis de otros pares bajos como el IX, X y XII con los que comparte trayectos anatómicos.</p>	<p>Lesión asociada a los pares IX, X y XII (síndromes asociados):</p> <ul style="list-style-type: none"> •Compresiones por tumores. •Aneurismas. •Exudados meníngeos. •Paquimeningitis cervical hipertrófica. •Traumatismos. •Hernias cortantes o de proyectil. <p>Parálisis aisladas:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Lesiones traumáticas. •Lesiones quirúrgicas (excisión de lipoma, biopsia ganglionar, enterectomía carotídea, canalización yugular, cirugía plástica, revascularización miocárdica). •Traumatismo de hombro. •Intento de estrangulamiento. •Radioterapia. •Elongación del brazo asociado a rotación contraria del cuello. •Neoplasias. •Adenomegalias infiltrantes.
		<p>Parálisis unilateral del esternocleido mastoideo</p> <p>Se observa:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Cabeza en posición habitual en posición adecuada en recta a la cintura escapular. •Déficit en la rotación de la cabeza hacia el hombro opuesto. •No se produce el relieve que caracteriza a su contracción. •En la flexión del cuello la cabeza se lateraliza levemente hacia el lado sano. 	
		<p>Parálisis bilateral del esternocleido mastoideo</p> <p>Se observa:</p> <ul style="list-style-type: none"> •La cabeza tiende a caer hacia atrás. •Déficit de flexión cefálica o cervical, especialmente en decúbito dorsal. 	
		<p>Parálisis unilateral del trapecio</p> <p>Se afectan predominantemente las fibras superiores del músculo además de observarse:</p> <ul style="list-style-type: none"> •El nuñón del hombro cae hacia adelante y abajo. •La fosa supraclavicular se hace más profunda. •La clavícula se presenta con un relieve marcado. •La escápula se muestra deprimida y alada (sobresalida en forma de ala). •Si el paciente retrae los hombros, la escápula se aproxima imperfectamente hacia la línea media y los músculos romboides se remarcan bajo la piel. •El borde espinal de la escápula se inclina de arriba hacia abajo y de fuera hacia adentro. •Dificultad para elevar el hombro. •Dificultad para elevar el brazo en abducción por encima de la línea horizontal. •Con brazos extendidos, los dedos del lado paralizado se dirigen hacia el lado sano. 	
	<p>Parálisis unilateral del trapecio y esternocleido mastoideo</p> <p>Se combinan las manifestaciones de déficit descritas de ambos músculos.</p>		
Parálisis nuclear	Son raras. Puede ser uni o bilateral y afecta a ambos músculos.	<ul style="list-style-type: none"> •Síndrome bulbar, poliomiélitis aguda, esclerosis lateral amiotrófica, siringomielia, tumores. 	

Extraído de: Susanibar y Parra (2011). Diccionario Terminológico de Motricidad Orofacial. Madrid. EOS

PAR CRANEAL	ALTERACIÓN	CARACTERÍSTICA	CAUSAS	
XI Par (Nervio espinal accesorio)	Parálisis supranuclear	Se produce por lesiones hemisféricas o troncales y se acompaña por ello de hemiplejía. No se produce atrofia. Existen varios síndromes de valor localizador en relación con las particularidades del control central de los núcleos espinales ya descritos.	<ul style="list-style-type: none"> • Lesiones focales. • Lesiones vasculares. • Eventualmente tumores primarios o secundarios. • Abscesos. • Desmielinización. • Otras patologías cerebrales. 	
		Déficit del trapecio homolateral a la hemiplejía y déficit del esternocleidomastoideo contralateral a la hemiplejía		Se observa: <ul style="list-style-type: none"> • Cabeza ligeramente rotada hacia el lado no hemipléjico. • Déficit en la rotación de la cabeza hacia el lado hemipléjico. • Lesión hemisférica o eventualmente mesencefálica contralateral a la hemiplejía. • Puede asociarse a síndrome alterno.
		Déficit del trapecio y esternocleidomastoideo homolaterales a la hemiplejía		Se observa: <ul style="list-style-type: none"> • Cabeza ligeramente rotada hacia el lado hemipléjico. • Déficit en la rotación de la cabeza hacia el lado no hemipléjico. • Lesión pontina o bulbar contralateral a la hemiplejía. • La lesión ubica en un punto por debajo de la primera decusación de la vía supranuclear de control del espinal, que se produciría en la unión pontomesencefálica. • Síndromes alternos pontinos o bulbares asociados.
		Déficit del trapecio homolateral a la hemiplejía y preservación de ambos esternocleidomastoideos		Se observa: <ul style="list-style-type: none"> • Lesión pontina o bulbar ventral contralateral a la hemiplejía, por donde pasan las fibras destinadas al trapecio. • La cabeza rotada hacia ambos lados. • Síndromes alternos asociados.
		Déficit del esternocleidomastoideo homolateral a la hemiplejía y preservación de ambos trapecios		Se observa: <ul style="list-style-type: none"> • Lesión tegmentaria contralateral a la hemiplejía, por donde pasan las fibras del esternocleidomastoideo. • Déficit de rotación hacia el lado no hemipléjico.
XII Par (Nervio hipogloso mayor)	En general rara vez se afecta el hipogloso en forma aislada. Es común que su parálisis se asocie con parálisis del paladar blando, de la faringe o de la laringe e incluso con parálisis facial, por extensión de la lesión causal a los nervios próximos. Las alteraciones fundamentales del hipogloso es su parálisis. En las lesiones nucleares e infranucleares la lesión puede estar en el núcleo, trayecto intracraneal hasta el agujero condileo anterior, recorrido periférico por la base del cráneo o en la región cervical superior. En las supranucleares la lesión está en el haz corticobulbar, en cualquier punto de su trayecto.		<p>Si la parálisis es aislada de este nervio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tumores de base de cráneo, retrofaríngeos o retroparotídeos. • Lesiones por proyectil de arma de fuego. • Aneurisma carotídeo. • Disección de la carótida interna. • Kinking de la arteria vertebral. • Lesión durante endarterectomía carotídea. • Artritis atlantoaxoidea. 	
	Parálisis infranuclear	Suele ser unilateral. Se observa: En postura habitual: <ul style="list-style-type: none"> • Atrofia, pliegues, fasciculaciones o fibrilaciones en la hemilengua paralizada. • La hemilengua sana se ubica en forma de media luna alrededor de la afectada. Durante la palpación entre el pulgar e índice: <ul style="list-style-type: none"> • La mitad atrofiada está blanda, no se contrae ni tensiona como la mitad sana. 		

Extraído de: Susanibar y Parra (2011). Diccionario Terminológico de Motricidad Orofacial. Madrid. EOS

PAR CRANEAL	ALTERACIÓN	CARACTERÍSTICA	CAUSAS
XII Par (Nervio hipogloso mayor)	Parálisis infranuclear	<p>Suele ser unilateral. Se observa:</p> <p>Movilidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En la protrusión se desvía hacia el lado paralizado, por acción del geniogloso del lado sano. • Al empujar la lengua contra la mejilla hay disminución de la fuerza del lado paralizado. <p>Otras características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se aprecia disartria leve. • Dificultad para lateralizar el alimento hacia el lado sano. • La parálisis unilateral de los músculos infrahioides puede determinar que la laringe sea llevada hacia el lado sano durante la deglución. <p>Pueden presentarse trastornos vasomotores en la mitad atrofiada de la lengua, cuando la lesión abarca al ramo anastomótico del simpático.</p>	<p>Si la parálisis es aislada de este nervio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Condilitis occipital (se asocia a dolor occipital continuo agravado por rotación contralateral, flexión cervical y ocasional rigidez de nuca). • Fractura condílea occipital. • Artritis reumatoidea. • Cirugías y radioterapia de cuello. • El síndrome bulbar anterior de Déjerine, que asocia parálisis hipoglosa a hemiplejía contralateral, generalmente causado por lesión vascular, es infranuclear por compromiso de las fibras emergentes del núcleo del nervio en su trayecto intrabulbar.
	Parálisis nuclear	<p>Suele ser bilateral por la proximidad que tienen entre sí los núcleos de origen del hipogloso, pero puede afectar un solo lado. Se observa:</p> <p>En postura habitual:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atrofia, pliegues y fibrilaciones bilaterales. <p>Movilidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La lengua está inmóvil y no existe la protrusión. <p>Otras características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disartria evidente, principalmente para los sonidos fricativos “f”, “d” y “t”. • Disfagia, no logra llevar el alimento hacia los arcos dentarios para ser triturado ni hacia la faringe para deglutirlos. • En decúbito dorsal la lengua puede caer hacia atrás y ocluir la faringe. <p>Cuando asociada a otros pares craneales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disartria. • Disfagia. • Regurgitaciones. • Hipernasalidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Siringobulbia. • Lesiones vasculares. • Desmielinización. • Tumores. • Síndrome bulbar, generalmente por esclerosis lateral amiotrófica (lesión asociada a otros pares craneales).
	Parálisis supranuclear	<p>El déficit motor, uni o bilateral, tiene manifestaciones similares a la lesión supranuclear o nuclear, pero no se aprecia atrofia ni fibrilaciones o fasciculaciones. La paresia es homolateral a la hemiplejía, contralateral a la lesión y la lengua se desvía hacia el lado de la hemiplejía. Una paresia lingual unilateral puede acompañar a las hemiplejías corticales, subcorticales, capsulares, mesencefálicas o pontinas por paresia del geniogloso, cuyo control central es únicamente cruzado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lesiones vasculares

Extraído de: Susanibar y Parra (2011). Diccionario Terminológico de Motricidad Orofacial. Madrid. EOS

PAR CRANEAL	ALTERACIÓN	CARACTERÍSTICA		CAUSAS
XII Par (Nervio hipogloso mayor)	Otras alteraciones	Afecciones bilaterales de los haces cortico-nucleares	<p>Síndrome supra o pseudobulbar con compromiso bilateral de los pares craneanos bajos y originan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parálisis orolingüofacial, llamada también de apraxia orolingüofacial. • Disartria, por la parálisis lingual bilateral. • Disfonía. • Disfagia. • Parálisis velopalatina por afección asociada de los pares IX y X, (incompetencia velofaríngea) apreciándose por consiguiente voz hipernasal. <p>Cuando a lesiones vasculares hemisféricas preexistentes se agrega la instalación de lesiones contralaterales la parálisis orolingüofacial se puede presentar de manera repentina.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lesiones vasculares supranucleares bilaterales. • Esclerosis lateral primaria (enfermedad primaria de la motoneurona).
I Par (Nervio olfatorio)	Anosmia	<p>Pérdida del olfato:</p> <p>Anosmia unilateral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lesión en el nervio olfatorio. • Lesión en el bulbo olfatorio. • Lesión en la cintilla olfatoria. • Estrías olfatorias. <p>Anosmia bilateral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lesión traumática de fibras olfatorias a la altura de la lámina cribosa del etmoides, con o sin fractura craneal. <p>Anosmia congénita.</p> <p>Anosmia postquirúrgica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Causas locales, no son alteraciones neurológicas (Revisar anosmia). <p>Unilateral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tumores nasofaríngeo, frontales basales (gliomas, abscesos), esfenoidales o pituitarios con extensión supraselar. • Meningioma de la hendidura olfatoria. • Aneurismas de la porción anterior del polígono de Willis. • Estesioneuroblastomas. • Síndrome de Foster-Kennedy <p>Bilateral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Traumatismos craneoencefálicos. <p>Congénita:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disautonomía familiar. • Agenesia de bulbo olfatorio. • Síndrome de Turner. • Síndrome de Kallmann. <p>Postquirúrgica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cirugías nasales o sinusales. • Clipaje de aneurismas de comunicante anterior. • Hipofisectomías efectuadas por vía nasal. 	
	Hiposmia y anosmia	Disminución y pérdida del olfato en trabajadores que entran el contacto frecuente con cadmio.	Intoxicación industrial.	

Extraído de: Susanibar y Parra (2011). Diccionario Terminológico de Motricidad Orofacial. Madrid. EOS

PAR CRANEAL	ALTERACIÓN	CARACTERÍSTICA	CAUSAS
I Par (Nervio olfatorio)	Anosmia y/o disosmias	Pérdida del olfato. Tergiversación, ya sea percibiendo olores distintos de los reales u olores desagradables. Se pueden asociar a trastornos del gusto (ageusia o disgeusia), porque la vía gustativa alcanza áreas corticales primarias y de asociación similares a las del olfato, en el lóbulo temporal medial.	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad de Paget. • Rinitis atrófica. • Diabetes. • Hipotiroidismo. • Insuficiencia renal. • Hepática. • Enfermedad de Parkinson. • Síndrome de Korsakoff del alcoholismo crónico. • Lesiones talámicas o prefrontales. • Enfermedad de Alzheimer. • Corea de Huntington. • Esclerosis múltiple. • Meningitis.
	Hiperosmia	Exacerbación del olfato.	<ul style="list-style-type: none"> • Migraña. • Hiperémesis gravídica.
	Cacosmia	Percepción de olores desagradables.	<ul style="list-style-type: none"> • Observada en algunas alteraciones ya descritas anteriormente. • Trastornos psiquiátricos como la depresión y otros.
	Alucinaciones olfatorias	Percepción de olores sin que exista estímulo olfatorio. Crisis temporales atribuidas a irritaciones de la circunvolución del hipocampo (llamadas también de crisis uncinadas).	<ul style="list-style-type: none"> • Epilepsia, primaria o secundaria de origen tumoral.
Síndromes por afecciones simultánea de varios pares craneales	Síndrome del conducto auditivo interno	Asocia: <ul style="list-style-type: none"> • Parálisis facial periférica. • Pérdida auditiva, por afección del acústico. • Síndrome vestibular periférico homolateral. 	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de Ramsay-Hunt (Herpes Zóster del ganglio geniculado) • Tumores. • Traumatismos.
	Síndrome del agujero rasgado posterior (yugular o de Vernet)	Compromiso de los nervios craneales IX, X y XI que salen por el agujero rasgado posterior. Asocia: <ul style="list-style-type: none"> • Parálisis hemifaringea (disfagia), por compromiso del IX. • Parálisis hemivelopalatina y hemilaringea (disfagia y disfonía), por compromiso del X. • Parálisis de trapecio y esternocleidomastoideo con descenso del muñón del hombro y dificultad para rotar la cabeza, por compromiso de XI. 	<ul style="list-style-type: none"> • Traumatismos • Compresiones tumorales (tumor del glomus yugular). • Aneurismáticas. • Neuritis de diversa etiología.
	Síndrome conjunto del agujero condíleo anterior y del agujero rasgado posterior	Síndrome de Sicard-Collet (afección del IX, X, XI y XII nervios craneales). Asocia: <ul style="list-style-type: none"> • Parálisis hemifaringea (disfagia), por compromiso del IX. • Parálisis hemivelopalatina y hemilaringea (disfagia y disfonía), por compromiso del X. • Parálisis de trapecio y esternocleidomastoideo con descenso del muñón del hombro y dificultad para rotar la cabeza, por compromiso del XI par. • Parálisis hemilingual por afección adicional del hipoglosos mayor, que pasa por el agujero condíleo anterior. 	<ul style="list-style-type: none"> • Traumatismos • Compresiones tumorales (tumor del glomus yugular). • Aneurismáticas. • Neuritis de diversa etiología.

Extraído de: Susanibar y Parra (2011). Diccionario Terminológico de Motricidad Orofacial. Madrid. EOS

PAR CRANEAL	ALTERACIÓN	CARACTERÍSTICA	CAUSAS
Síndromes por afecciones simultánea de varios pares craneales	Síndrome retroparotideo de Villaret	Asocia: <ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de Sicard-Collet (afección del IX, X, XI y XII nervios craneales). • Parálisis del simpático cervical (Síndrome de Horner). 	<ul style="list-style-type: none"> • Lesiones exocraneanas que actúan en el espacio retroparotideo y en el sector correspondiente al agujero rasgado posterior (tumores de parótida, metástasis).
	Síndrome del ángulo pontocerebeloso	Asocia: <ul style="list-style-type: none"> • Déficit de los nervios VIII, V, VII y ocasionalmente el VI. Principales signos: <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida auditiva progresiva. • Hipoestesia o parestesia en el territorio del trigémino con arreflexia corneana. • Nistagmo. • Paresia facial con trastorno del gusto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tumores (neurinomas del VIII, meningiomas del ángulo pontocerebeloso, neurofibromas).
	Síndrome paralítico unilateral global de los nervios craneales	Síndrome de Garcin-Guillain. Asocia: <ul style="list-style-type: none"> • Todos los síndromes mencionados anteriormente, por compromiso gradual de todos los nervios craneales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Neoplasia infiltrante de la base del cráneo (linfoma).
	Síndrome de Tapia	Asocia: <ul style="list-style-type: none"> • Lesión de los nervios X, XI y XII. • Parálisis del pliegue vocal homolateral. • Parálisis de la hemilengua homolateral. 	<ul style="list-style-type: none"> • Heridas punzantes en la región cervical.