



XIV Curso de Neurología Pediátrica para MIR de Pediatría y Pediatras

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA en el niño MAYOR

Óscar Blanco
S. Neuropediatría
Complejo Hospitalario
Universitario de Vigo



Oviedo
ASTURIAS
Febrero 2026

Principios

Proceso dinámico en función de la maduración y la colaboración del niño

Exige flexibilidad y observación indirecta.

Siempre debe incluir una exploración general

Debe incluir:

estado mental y lenguaje

pares craneales

sistema motor, reflejos y tono muscular

sensibilidad y coordinación

marcha y equilibrio.

Material Exploración



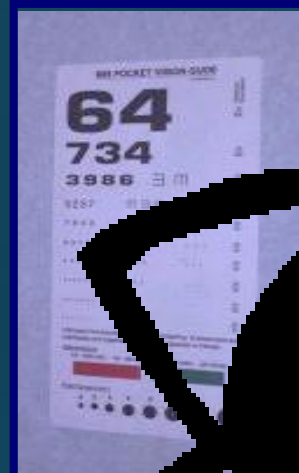
Algodón y depresor.



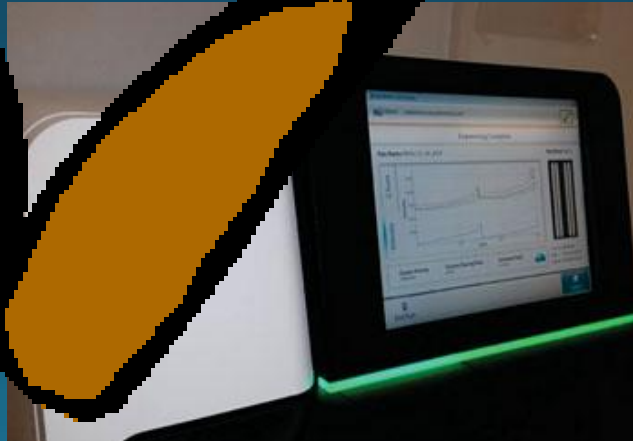
Diapason 515 y 128db



Optotipo de Snellen.



Ofthalmoscopio



Principios

Anamnesis y exploración: base para la orientación del diagnóstico neurológico
permitirá un uso racional de p.complementarias.

Es aconsejable que la exploración sea sistematizada y se realice de una forma ordenada

La rutina crea hábito

1. funciones corticales
2. pares craneales
3. sistema motor
4. sensibilidad
5. reflejos
6. coordinación
7. estática
8. marcha

Principios



La exploración se inicia ya durante la anamnesis mediante la observación.

Ganar confianza, dar tranquilidad, dejar explorar la consulta o jugar.

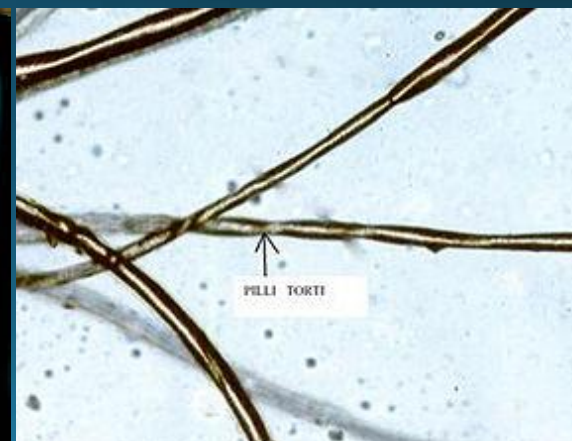
Nos permite valorar la interacción, lenguaje, motilidad espontánea, marcha y coordinación mediante la observación de como habla, juega o se mueve.

En ocasiones muchos casos eso nos tendremos que valer de métodos indirectos, camuflados con el juego y con la participación de los padres.

Debemos dejar constancia del grado de colaboración.

Exploración General

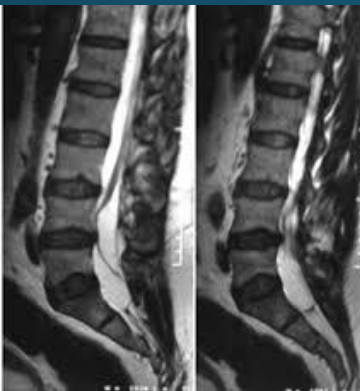
- La inspección y exploración general es clave: dismorfias, alt oculares, cardio...
- Somatometría (peso, talla, PC, TA).
- Observar forma del cráneo, prominencias, aplanamientos, fontanela, suturas...
- Valorar fallo de medro, desnutrición, distensión abdominal o pubertad adelantada.
- Describir fenotipo morfológico: buscar signos dismórficos y deformidades
- Signos cutáneos (MCL, acromías, angiomas, lipomas, hipertrichosis y exantemas)
- Buscar cardiopatía (ACP), hepatomegalia, esplenomegalia o adenopatías.
- Explorar signos meníngeos.
- Detectar alt musculoesqueléticas, atrofas, alteraciones alineación columna

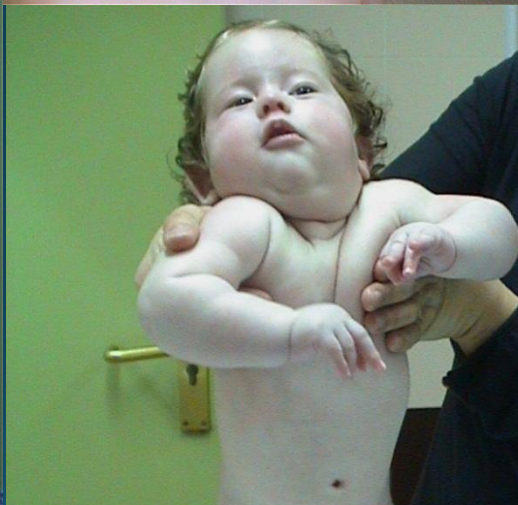
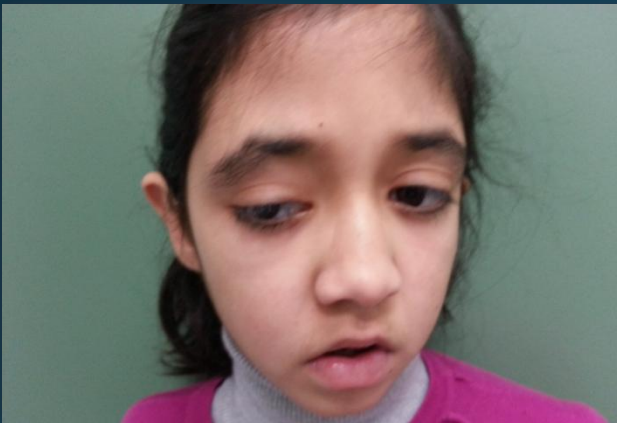


pili tortis y trichorrhexis nodosa

Metáfisis amplias, engrosamiento cortical diáfisis

INSPECCIÓN





1. Funciones corticales

- Nivel de conciencia
 - Capacidad Cognitiva
 - Comunicación
 - Valoración
- “neuropsicológica”

Cuadro # 1. Escala de Coma de Glasgow Modificada para lactantes y niños

Puntuación	>1 año	<1 año
Respuesta apertura ocular	Espontánea	Espontánea
4	A la orden verbal	Al grito
3	Al dolor	Al dolor
2	Ninguna	Ninguna
1		
Respuesta Motriz	Obedece órdenes	Espontánea
6	Localiza el dolor	Localiza el dolor
5	Defensa al dolor	Defensa al dolor
4	Flexión anormal	Flexión anormal
3	Extensión anormal	Extensión anormal
2	Ninguna	Ninguna
1		
Respuesta verbal	Se orienta – conversa	Balbucea
5	Conversa confusa	Llora – consolable
4	Palabras inadecuada	Llora persistente
3	Sonidos raros	Gruñe o se queja
2	Ninguna	Ninguna
1		

En un paciente estuporoso debe realizarse evaluación del nivel de conciencia: escala de coma de Glasgow.

1. Funciones corticales

La exploración del estado mental incluye el área cognitiva conductual y afectiva.

Naturalmente depende de la edad y la maduración del niño.

En un niño mayor con preguntas sencillas puede explorarse la **orientación espacio-temporal** (fecha, lugar en el que está, partes del cuerpo, izquierda/derecha), la **atención, memoria y cálculo** (repetir palabras, capacidad de contar objetos, sumar/restar), **lenguaje comprensivo y expresivo**



Funciones Corticales

COMUNICACIÓN

✓ Comprensión

✓ Expresión:

Vocabulario

fluencia

articulación (disartria)

corrección gramatical

construcción

Nominación

repetición

disfonía



✓ Aspectos pragmáticos

Afasia: ttno lenguaje consecuencia de patología cerebral (pérdida adquirida capacidad producir/comprender el lenguaje)

Motora (Broca): ↑Comprensión ↓ expresión

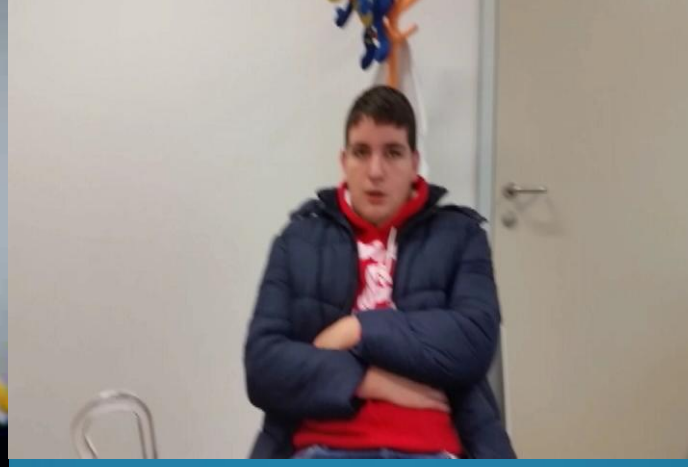
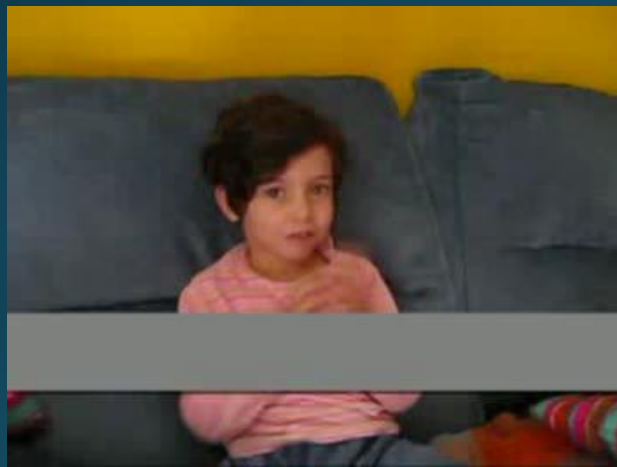
Apraxia: imposibilidad producción verbal fluida

Agramatismo: dificultad formar palabras gramaticalmente correctas (trastorno en la morfología) y utilizar el orden correcto de las palabras en una oración

Aprosodia: Ausencia características de acento, tono y ritmo

Denominación, alexia, agrafía.

Sensorial (Wernicke): ↓comprensión, habla fluida incoherente. **Logorrea**, palabras innecesarias, **neologismos** y **parafasias**). **Anosognosia** (↓conciencia errores)



Funciones Corticales

Mov anormales, tics, fenómenos paroxísticos



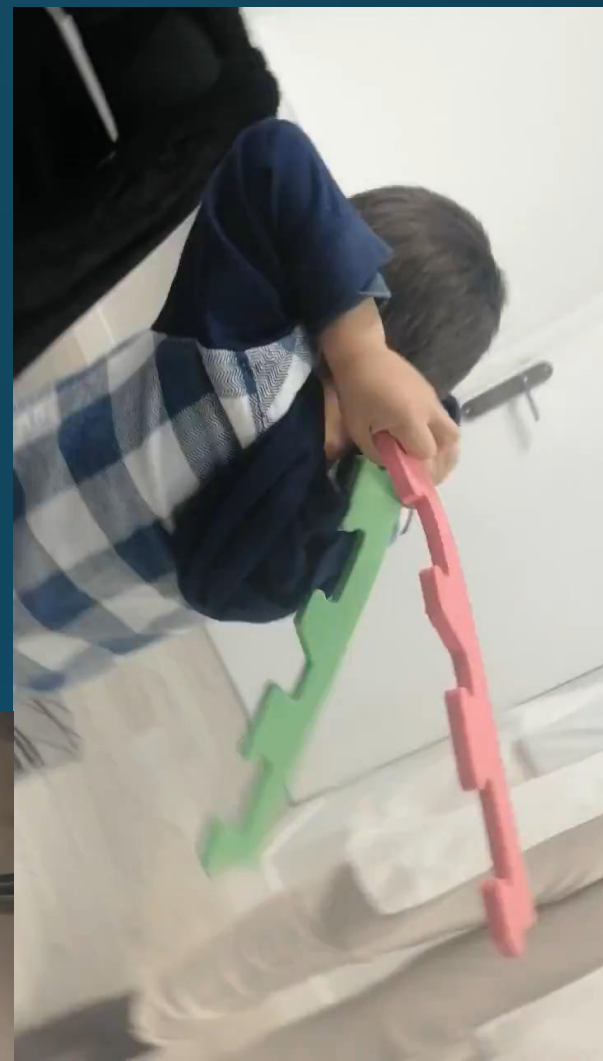
Conducta y Juego

Reacción al entorno y conducta

Socialización

Análisis del juego





BALONMANO

MATES

~~FIB~~

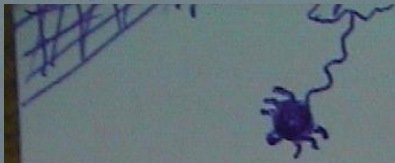
TABA

TABAOT

~~ESTOPA~~

ESTOPA

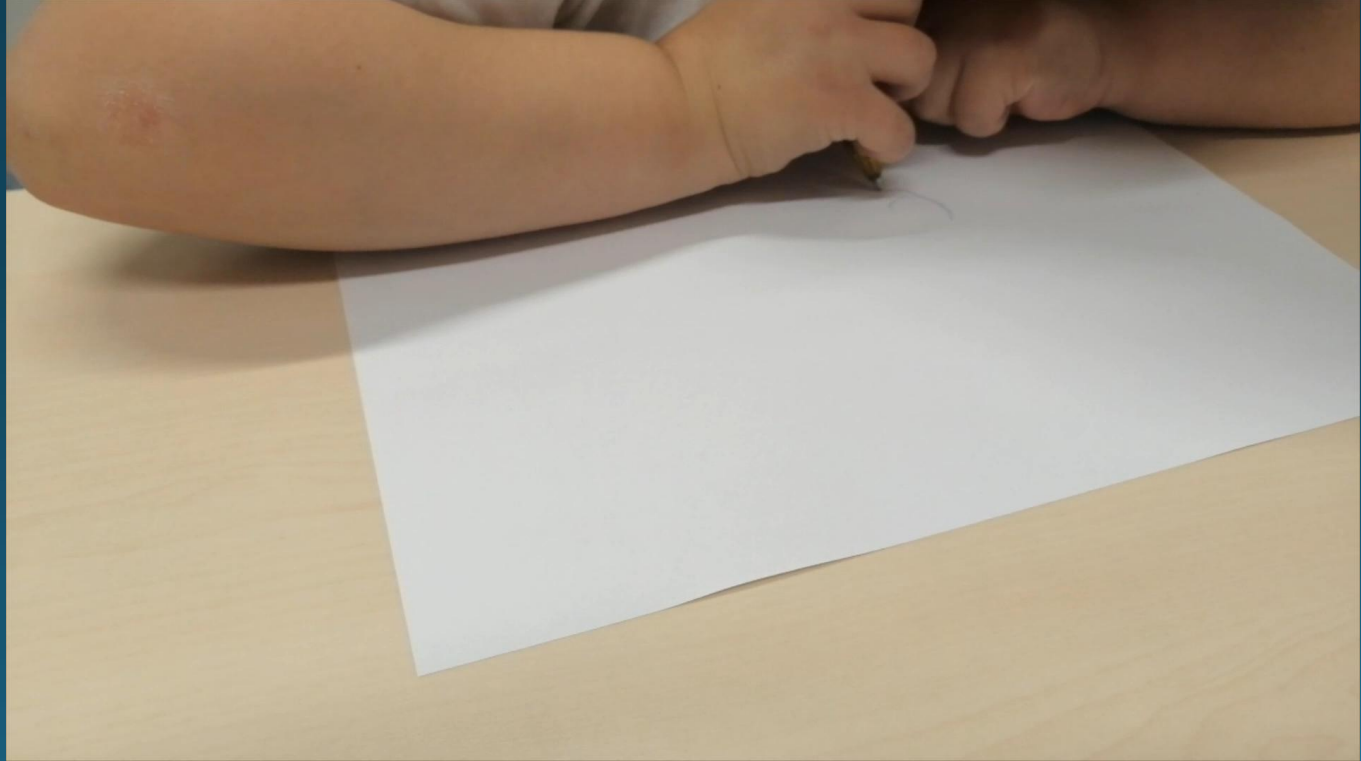
5 minutos



ESTE BERANO AGO JOGA A BALONMANO DE TUI DIA

5 minutos







Mami



Mi FAMILIA y Yo



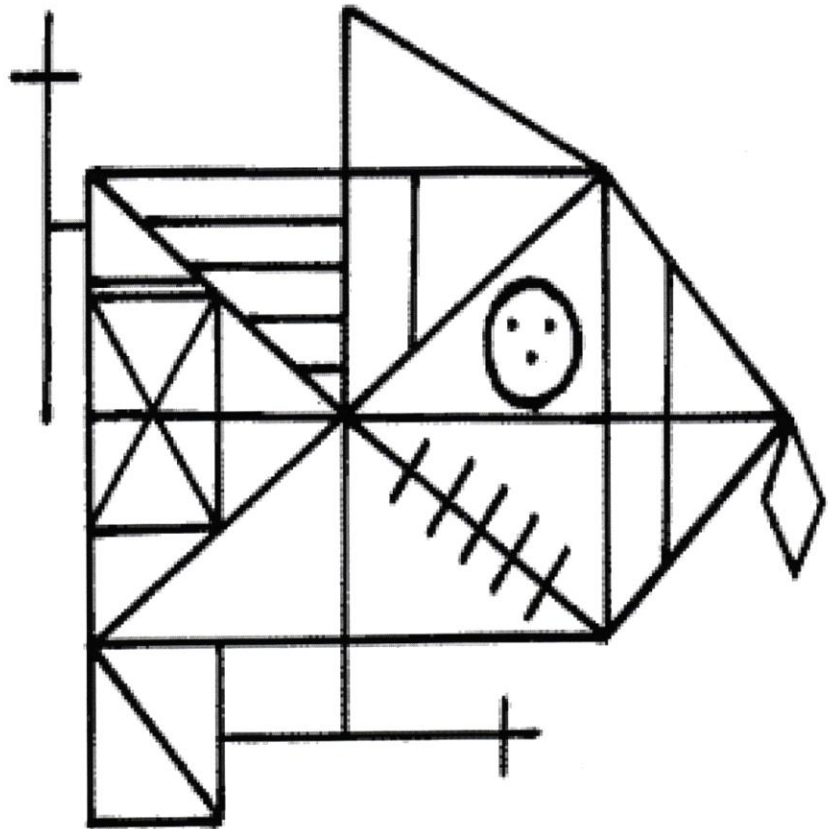
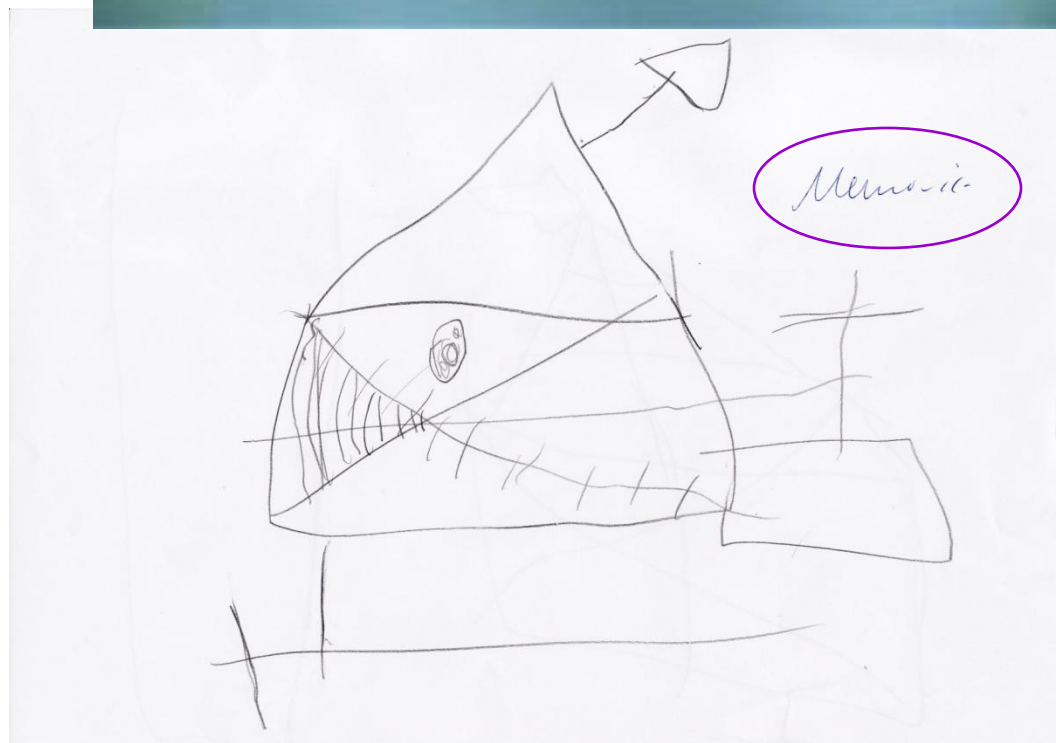
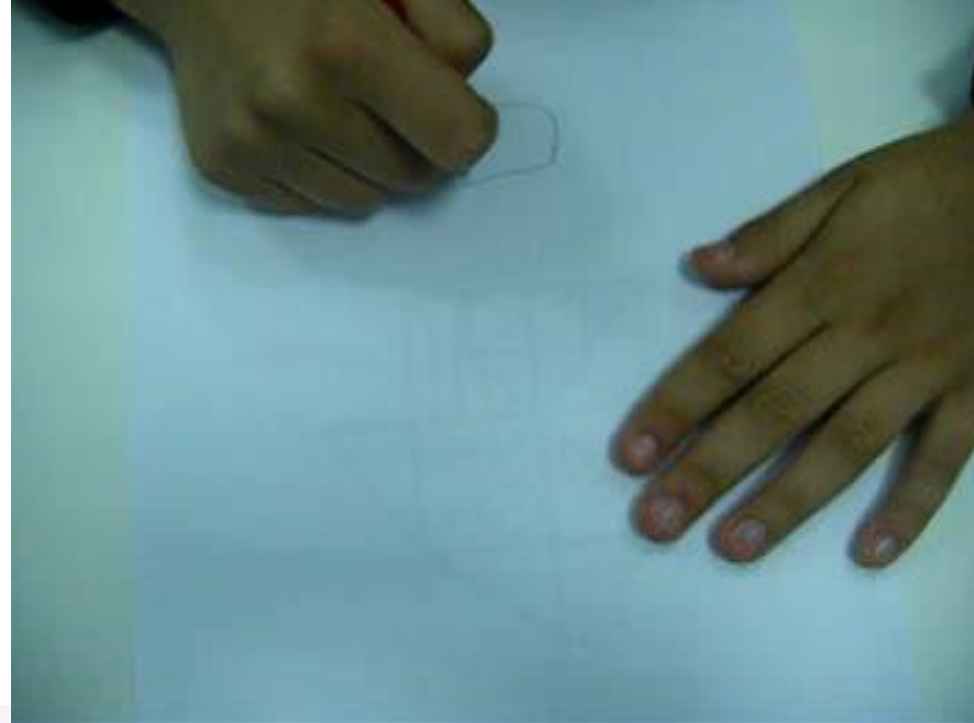


Figura compleja de Rey



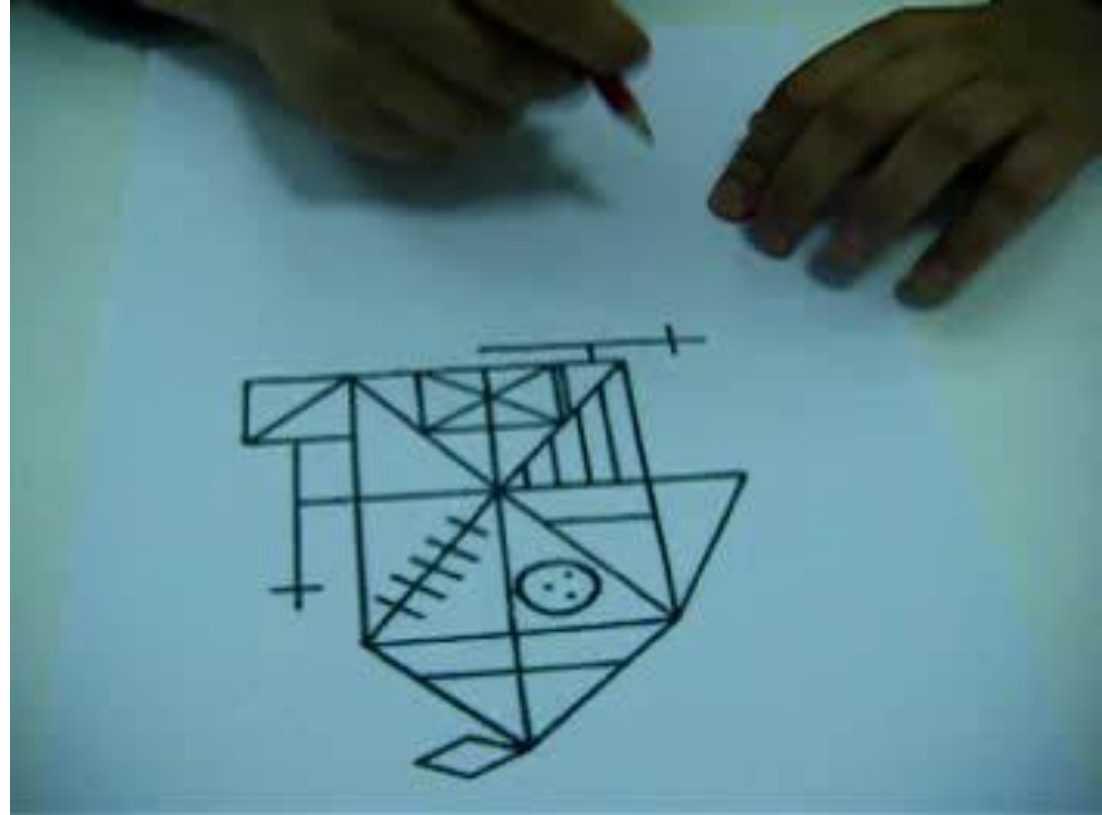
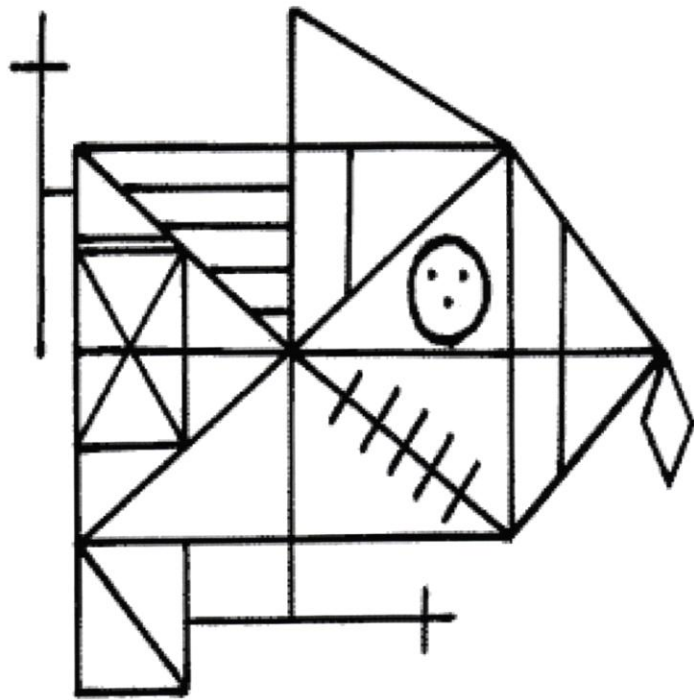
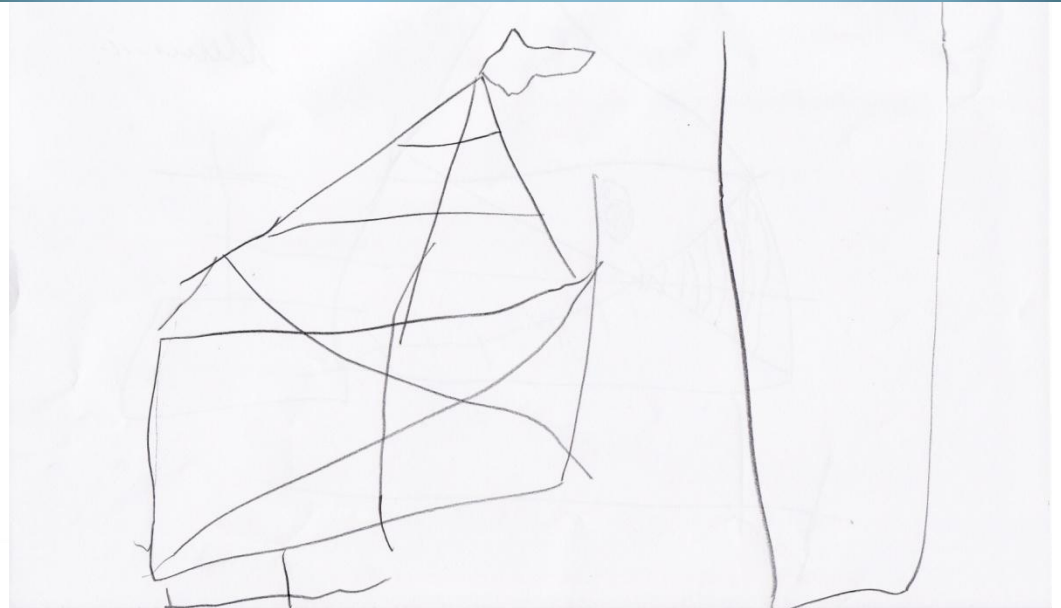


Figura compleja de Rey

copia



M. BIANCO GARCIA
dico Pediatra
citas: 670418696
coleg: 36/361806-6



2. Pares Craneales

Nervio

Función

Olfatorio (I)

Olfato

Óptico (II)

Visión

Oculomotor (III)

Constricción pupilar, apertura de los ojos y la mayoría de los movimientos extraoculares

TrocLEAR (IV)

Mirada hacia abajo en dirección nasal

Abducente (VI)

Desviación lateral de los ojos

Trigémino (V)

Motor: músc temporales y maseteros (masticación y movimientos laterales mandíbula)

Sensorial: sensibilidad de la cara (3 ramas: oftálmica, maxilar y mandibular)

Facial (VII)

Motor: movimientos de la cara (frente, orbicular)

Sensorial: sensibilidad gustativa 2/3 ant lengua

Auditivo (VIII)

Audición (rama coclear) y equilibrio (rama vestibular)

Glossofaríngeo (IX)

Motor: laringe

Sensorial: sensibilidad gustativa 1/3 post lengua, faringe, tímpano y CAE

Vago: (X)

Motor: velo del paladar, faringe y laringe

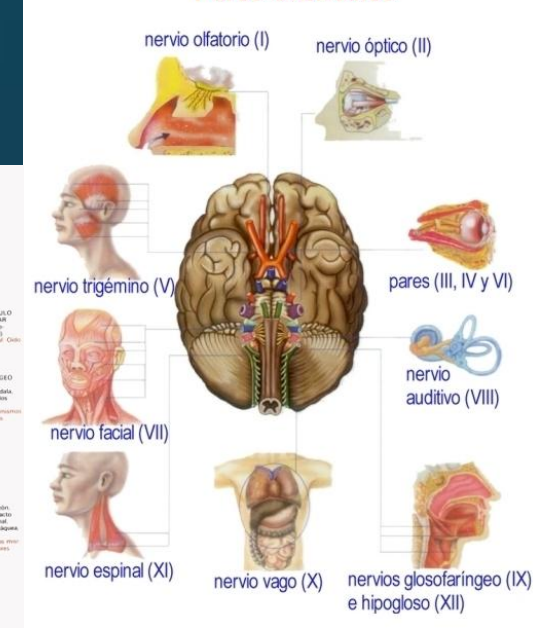
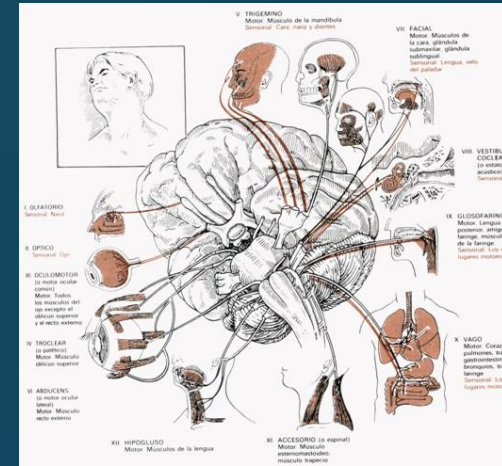
Sensorial: faringe y laringe

Espinal (XI)

Motor: músculo esternocleidomastoideo y porción superior del músculo trapecio

Hipogloso (XII)

Motor: lengua



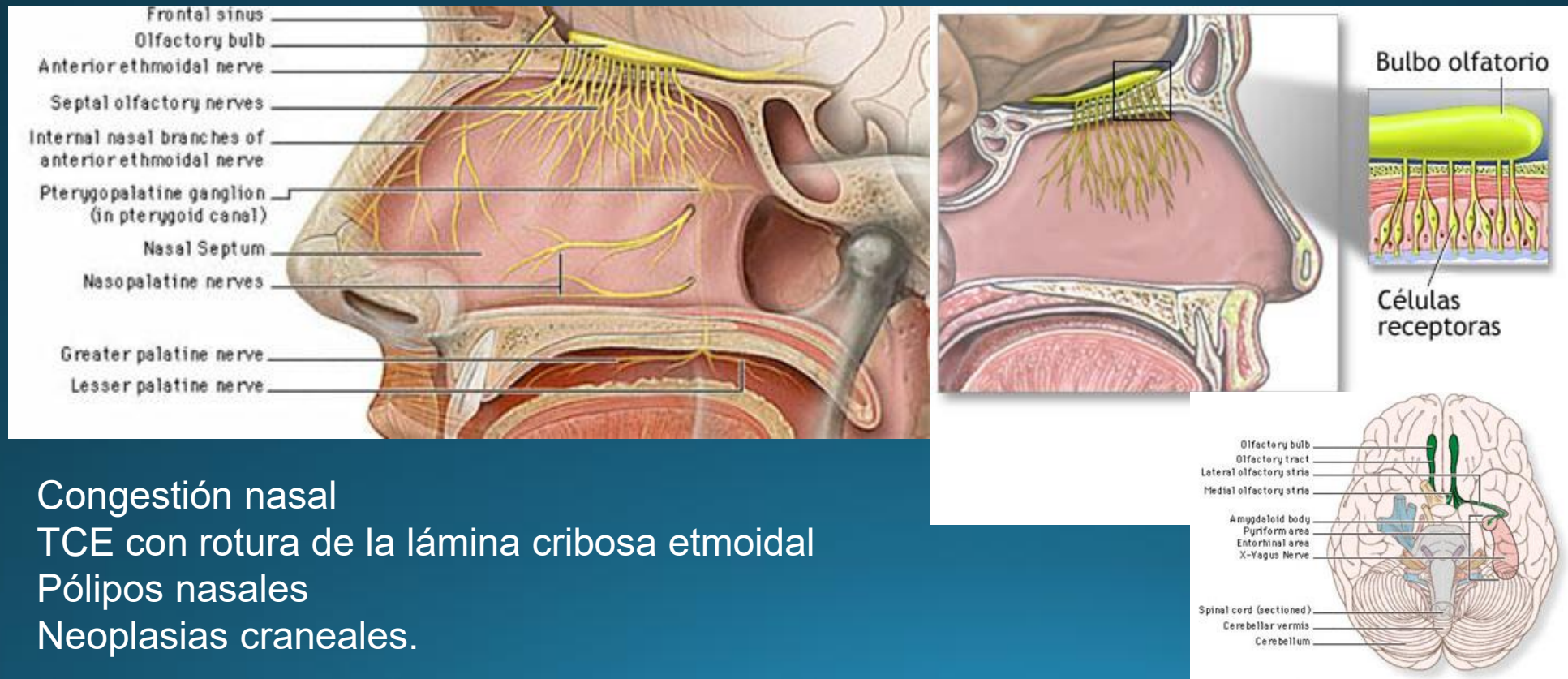
Nervio olfatorio (I)

Se presentan olores familiares que no sean irritantes.

1º se le pide que cierre los ojos y se tape una de las fosas nasales. Por la otra se aproximan productos que tengan un olor característico: café, tabaco, naranja, menta, jabón, vainilla, etc.

Anosmia: pérdida de olfato. Disosmia: alteración

!Ojo! Anosmia Unilateral



Congestión nasal

TCE con rotura de la lámina cribosa etmoidal

Pólipos nasales

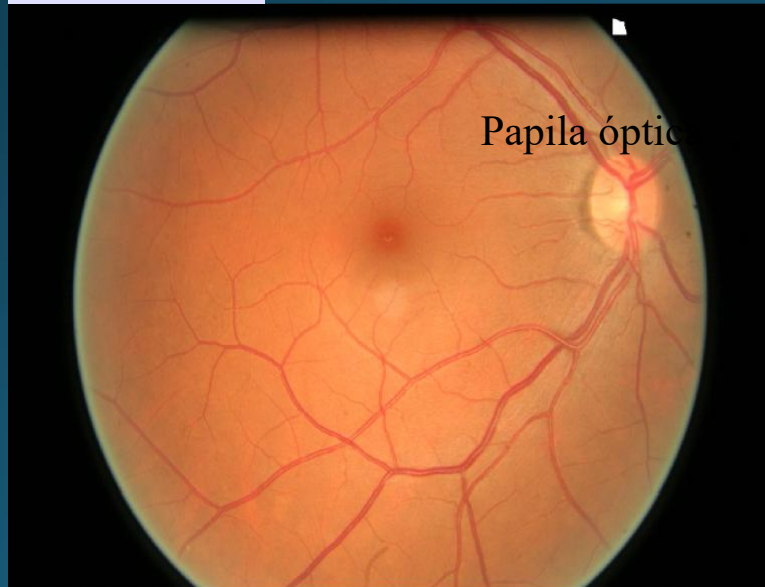
Neoplasias craneales.

Nervio óptico (II)

ALTERACIONES

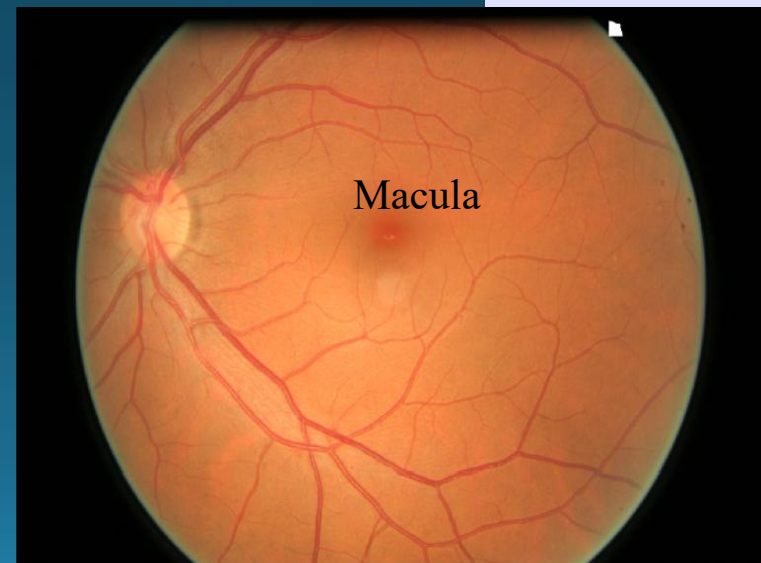
- ✓ Visión Central: Agudeza visual → Alt. de retina, n.óptico y quiasma
- ✓ Visión Periférica: Campimetría → Alt campo (lesiones retroquiasmáticas)
- ✓ Fondo de Ojo (+/- tropicamida 1%) → Edema de papila (HTC), hemorragias.
- ✓ Discriminación Colores

Ojo derecho



Normal

Ojo izquierdo



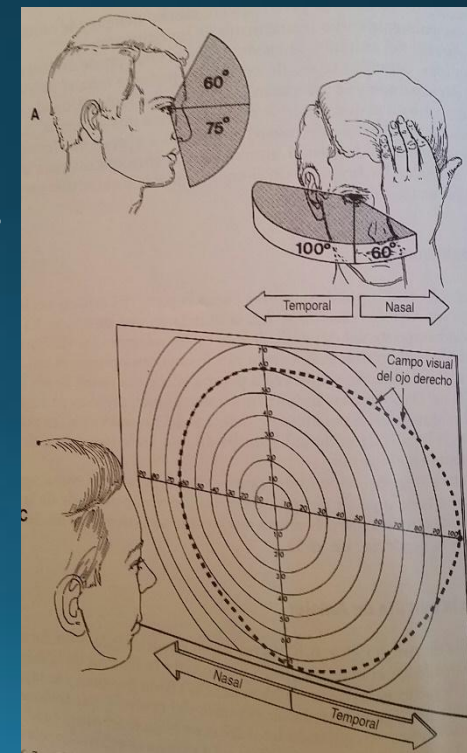
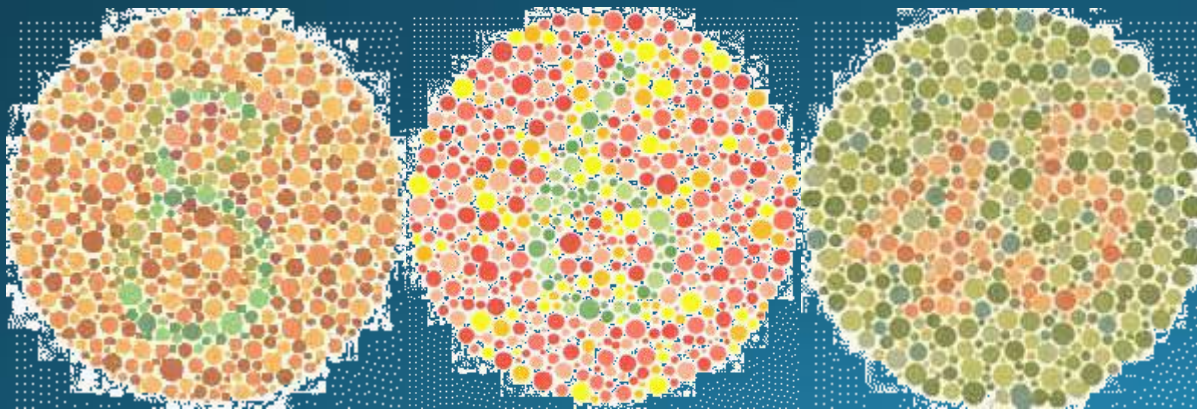
Nervio óptico (II)



AV (cercana y lejana): optotipo de Snellen

Campo visual grosero (técnica de la confrontación): 1º con los dos ojos abiertos y luego con un ojo tapado.

Visión del color: presentar, a c/u de los ojos del paciente por separado, láminas con puntos de colores que contienen siluetas numéricas (láminas de Ishihara).



Neuroanatomía Visión

Vía óptica: inicio en **retina** (cél bipolares y ganglionares).

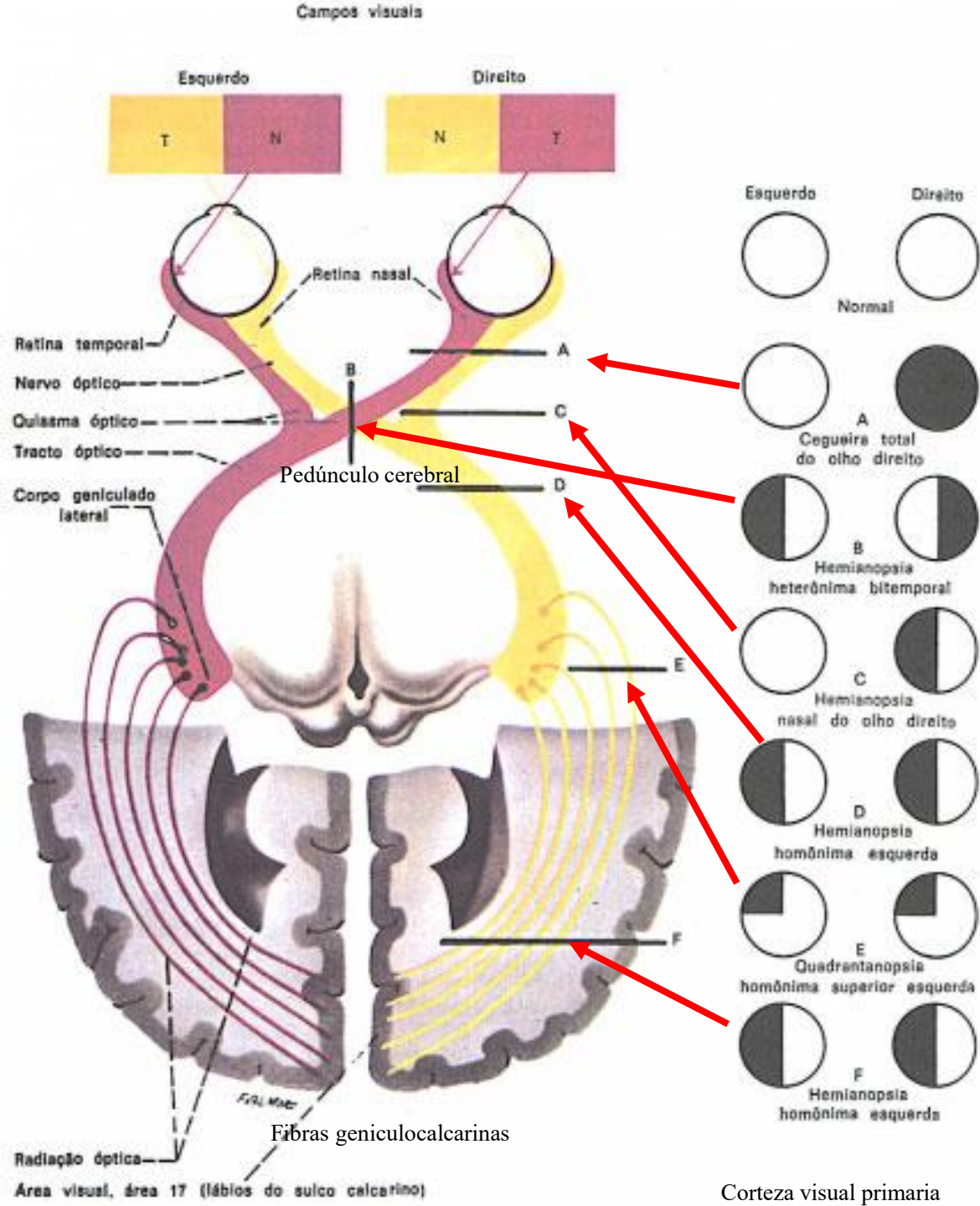
Los cilindros de estas forman **n.óptico**

Unión ambos n.ópticos: **quiasma óptico** (donde decusan fibras correspondientes a las retinas nasales). Las fibras temporales no se decusan (permanecen homolaterales).

Cintillas ópticas (tracto óptico): quiasma a cpo geniculado externo (tálamo óptico).

Fibras a corteza visual: **radiaciones ópticas**: cuadrantanopsias superiores que se producen en caso de lesiones de lóbulo temporal.

A nivel de **corteza occipital** la información recibida y codificada por la retina inicia su transformación en sensación visual.



Se deben apreciar los siguientes aspectos:

Tamaño: variable poblacional (pupilas >diámetro ojos oscuros)

Simetría: aprox 12% individuos normales presentan pequeñas diferencias

Forma



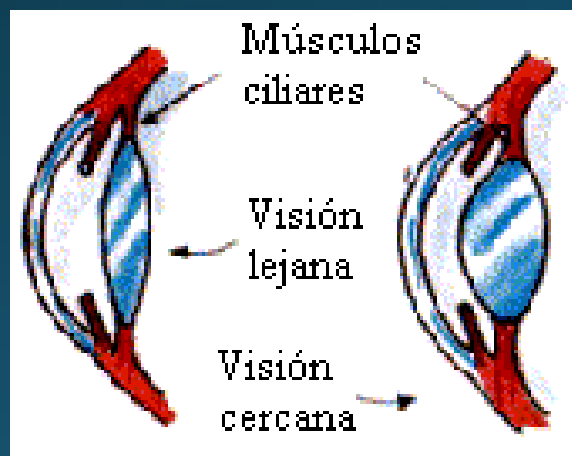
Reacción a la luz. Ambas pupilas deben contraerse cuando se ilumina uno de los ojos.

Cuando se enfoca la mirada en un objeto cercano:

Reacción de **acomodación**: **Músculo ciliar** (parasimpática III par): controla el grado de convexidad del cristalino

-El músculo ciliar se contrae haciendo al cristalino más convexo, acortando su distancia focal.

-Se contrae el músculo recto interno, produciendo una **convergencia**.



El iris controla el tamaño pupilar mediante 2 grupos fibras músculo liso:

- Esfínter pupilar**: inervado por SN Parasimpático III par
- Dilatador pupilar**: SN Simpático.

Reflejos pupilares (reflejo fotomotor directo y consensuado):

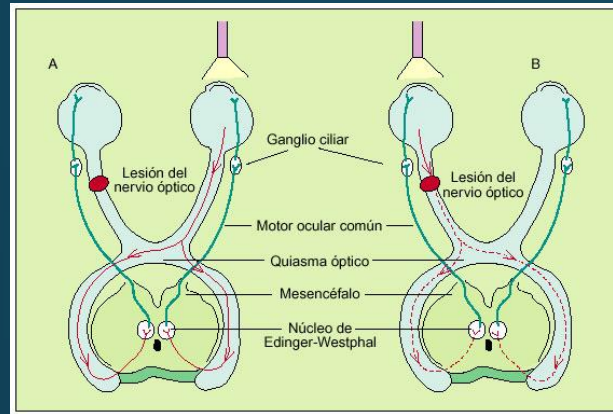
La alteración o ausencia de reacción pupilar a la luz puede deberse a la interrupción de la rama aferente o eferente del arco reflejo.

La exploración del reflejo pupilar diferenciará entre lesiones del nervio óptico (II) y lesiones del motor ocular común (III).



Lesiones de **vía visual anterior**

producen interrupción **rama aferente** del reflejo pupilar



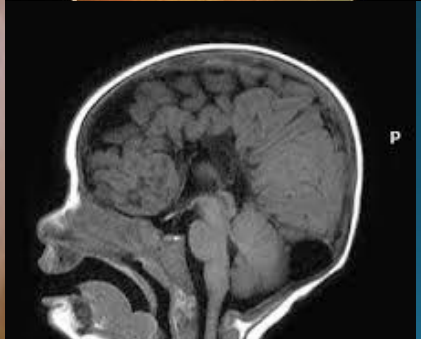
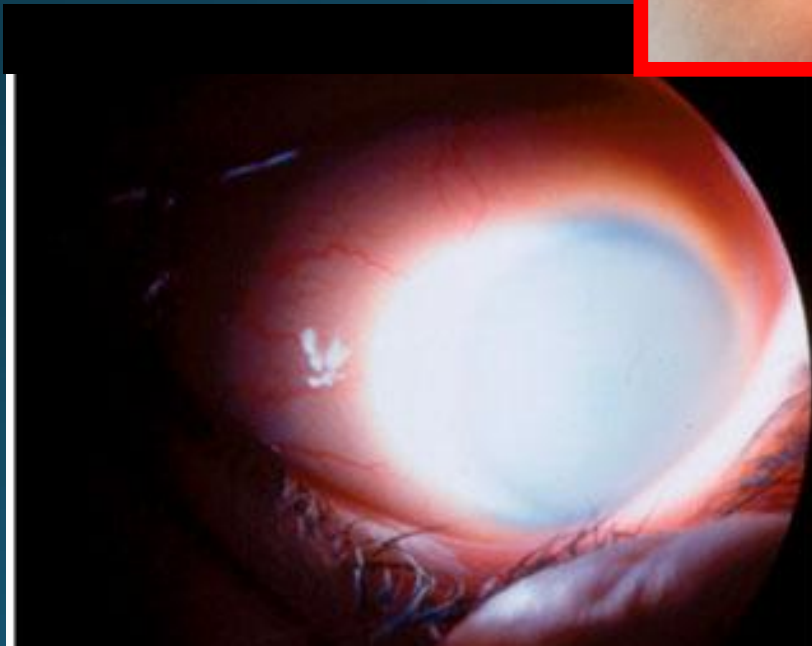
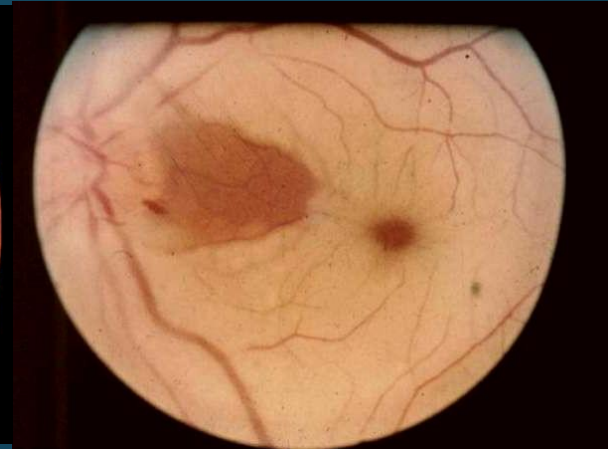
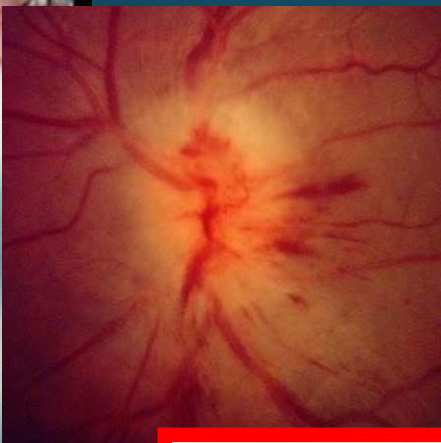
**Ausencia reflejo directo
consensuado conservado.**

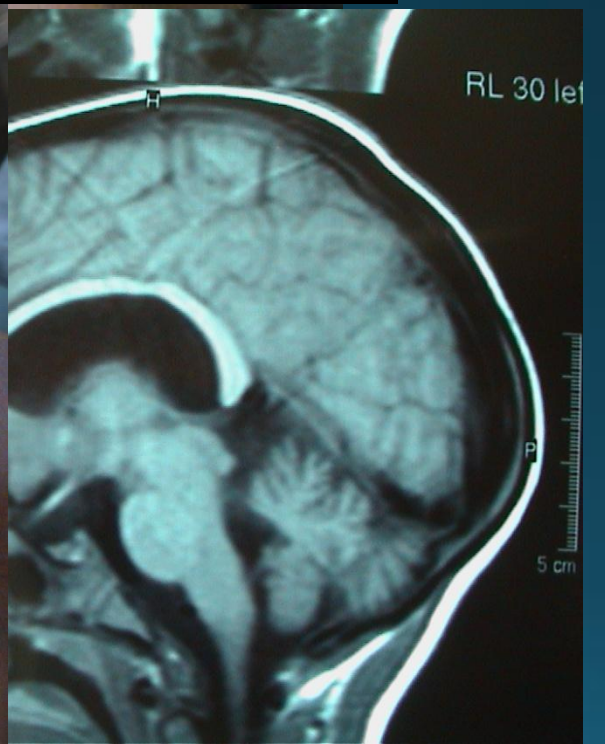
**(pupila de Marcus Gunn
ó fuga papilar)**



Pupila ojo afecto puede dilatarse ligeramente durante estimulación directa









Nervio motor ocular común (III) Troclear o patético (IV) Motor ocular externo (VI)

Recto externo: abducción

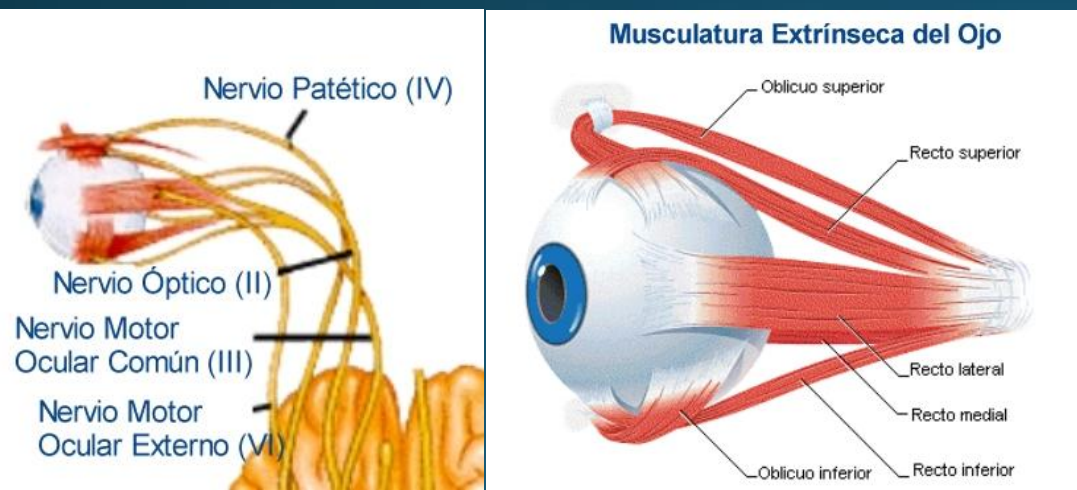
Recto interno: aductor

Recto superior y oblicuo inf: elevadores

Recto inferior y oblicuo sup: depresores

Oblicuos: actúan en el plano vertical cuando un ojo está en **aducción**

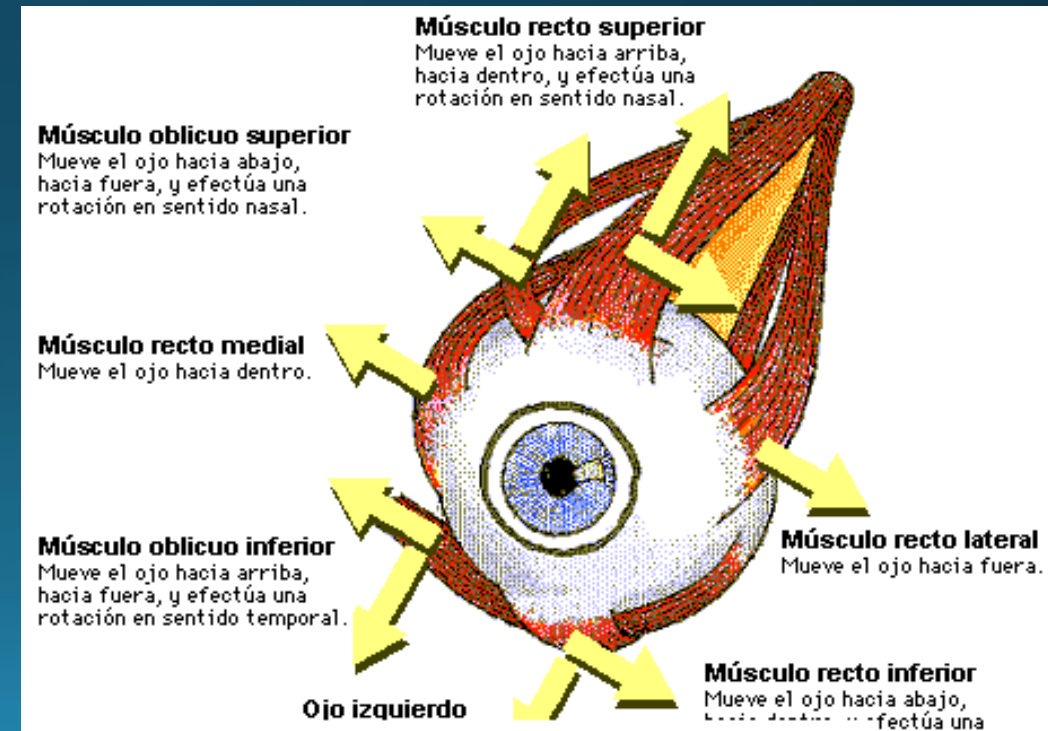
Rectos sup e inf: actúan en el plano vertical cuando un ojo está en **abducción**



RECTOS controlan los movimientos ascendentes, descendentes y laterales
OBLICUOS controlan la rotación del eje durante la visualización en ángulo

DESVIACIÓN OCULAR en las parálisis MEO

Músculo parético	Par	Desviación ocular
Oblicuo inferior	III	Abajo y afuera
Recto inferior	III	Arriba y adentro
Recto externo	VI	interna
Recto interno	III	externa
Oblicuo superior	IV	arriba y afuera (cabeza inclinada)
Recto superior	III	Abajo y adentro

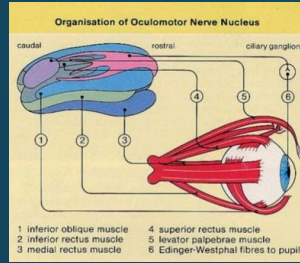


Nervio ocular común (III)

Recto interno
Recto inferior
Recto superior
Oblicuo inferior

rama superior: recto superior
elevador del párpado

inferior: recto medial e inferior
oblicuo inferior
fibras PSP presinápticas al ganglio ciliar



Núcleo Edinger-Westphal + Subnúcleo del elevador del párpado
(subnúcleo visceral situado pared superior complejo nuclear):

Manda fibras parasimpáticas al:

- Elevador parpado superior**
- Músculo constrictor pupilar iris:** rama eferente reflejo fotomotor
- Cuerpo ciliar (convergencia)

Parálisis III par: { ptosis
dilatación pupilar
desviación ojo externa y abajo



Nervio Troclear o patético (IV)

Musc Oblicuo Sup Depresor de la mirada
Actúa en el plano vertical con ojo en aducción



Parálisis IV par:

desviación ocular arriba y afuera



Parálisis del IV par. Hipertropía en posición primaria de mirada.

Elevación (**hipertropía**) del ojo afecto: esta elevación suele aumentar en aducción

Tortícolis 2^{aria}: inclinación de cabeza hacia el hombro **contrario** a la lesión (para no accionar el Oblicuo Superior afectado)

La visión doble se acentúa al mirar hacia abajo (ej.: al leer o para bajar las escaleras) y cuando mira hacia el lado contralateral

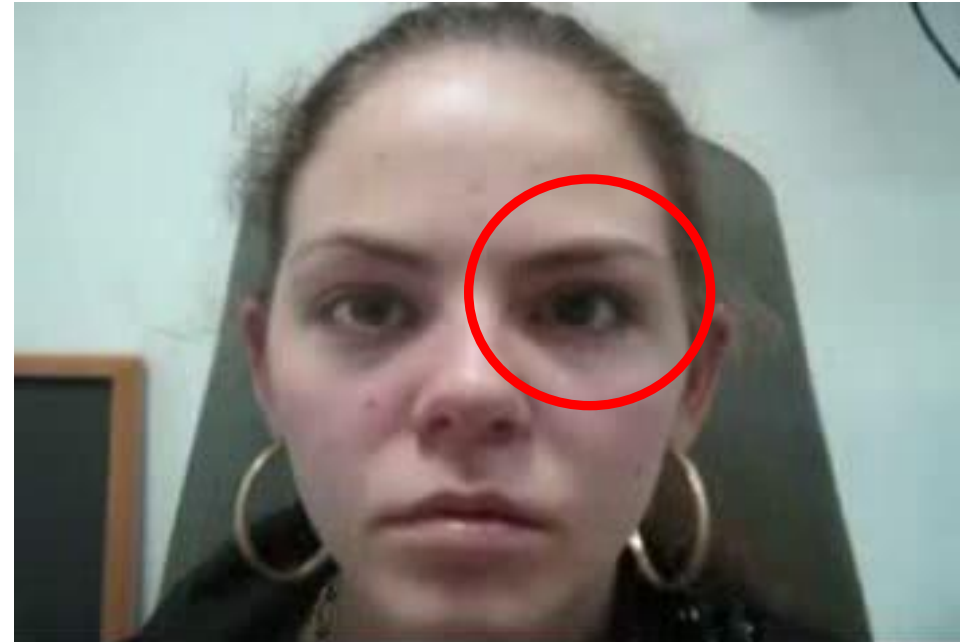
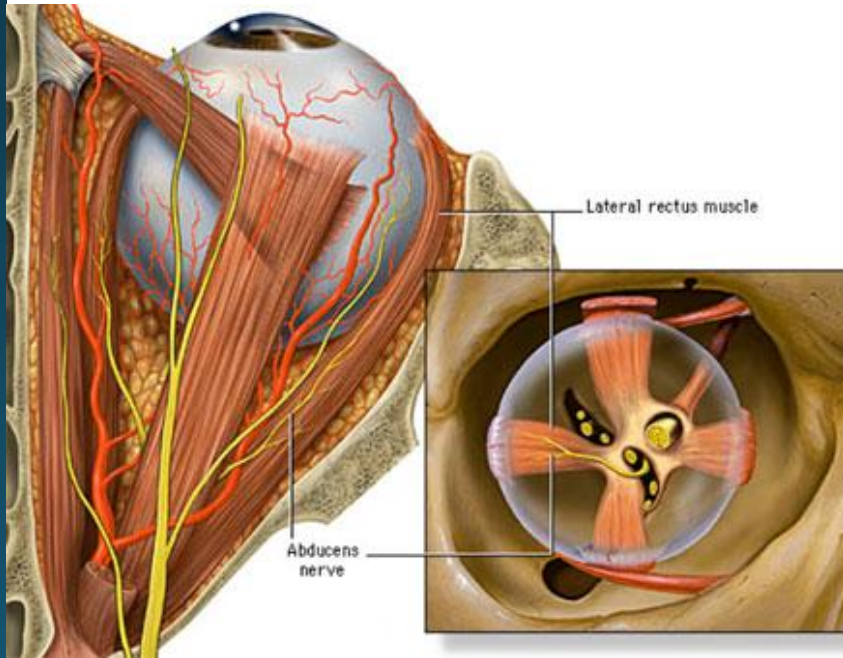
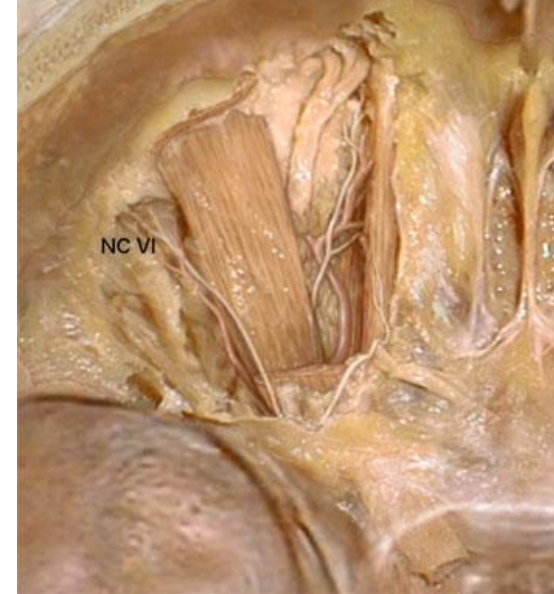
Signo de Bielchowsky

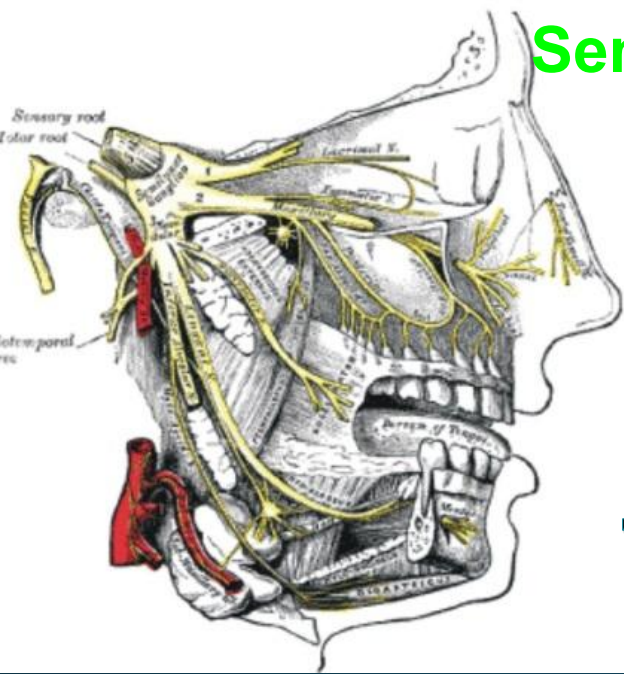
(aumento de hipertropía del ojo afecto y diplopia vertical al inclinar cabeza sobre hombro **ipsilateral** a lesión)

Parálisis VI par: desviación interna



Nervio
Motor
ocular
externo
(VI)





Sensorial: sensibilidad cara (3 ramas: oftálmica, maxilar y mandibular)

Tacto ligero y dolor en territorio 3 ramas

Comparar los dos lados de frente, mejillas y mandíbula.

**Nervio
Trigémino
(V)**



Motor: músc temporales y maseteros (masticación y mov laterales mandíbula)

Palpar musculatura masticación mientras aprieta dientes o mueve mandíbula contra R.



Reflejo corneal

Rozar cornea (no la conjuntiva), con trozo fino de algodón humedecido, mientras mira hacia otro lado (reducir al mínimo el parpadeo defensivo reflejo)

Depende de la **rama oftálmica del V (vía sensorial)** y **del VII (vía motora)**.

Normal: contracción refleja orbicular del párpado ipsi y contralateral (**reflejo consensual**)

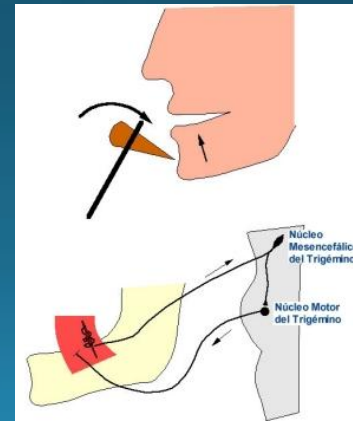
Comprobación de la sensibilidad nasociliar de la rama oftálmica

Cilindro algodón humedecido en c/u orificios nasales: respuesta normal es apartarse y arrugar la nariz



Reflejo mentoniano

Pulgar o dedo índice sobre la punta de la mandíbula (colgando relajada), golpeándolo hacia abajo con martillo
Respuesta refleja: cierre brusco de mandíbula.



Fenómeno de Marcus Gunn

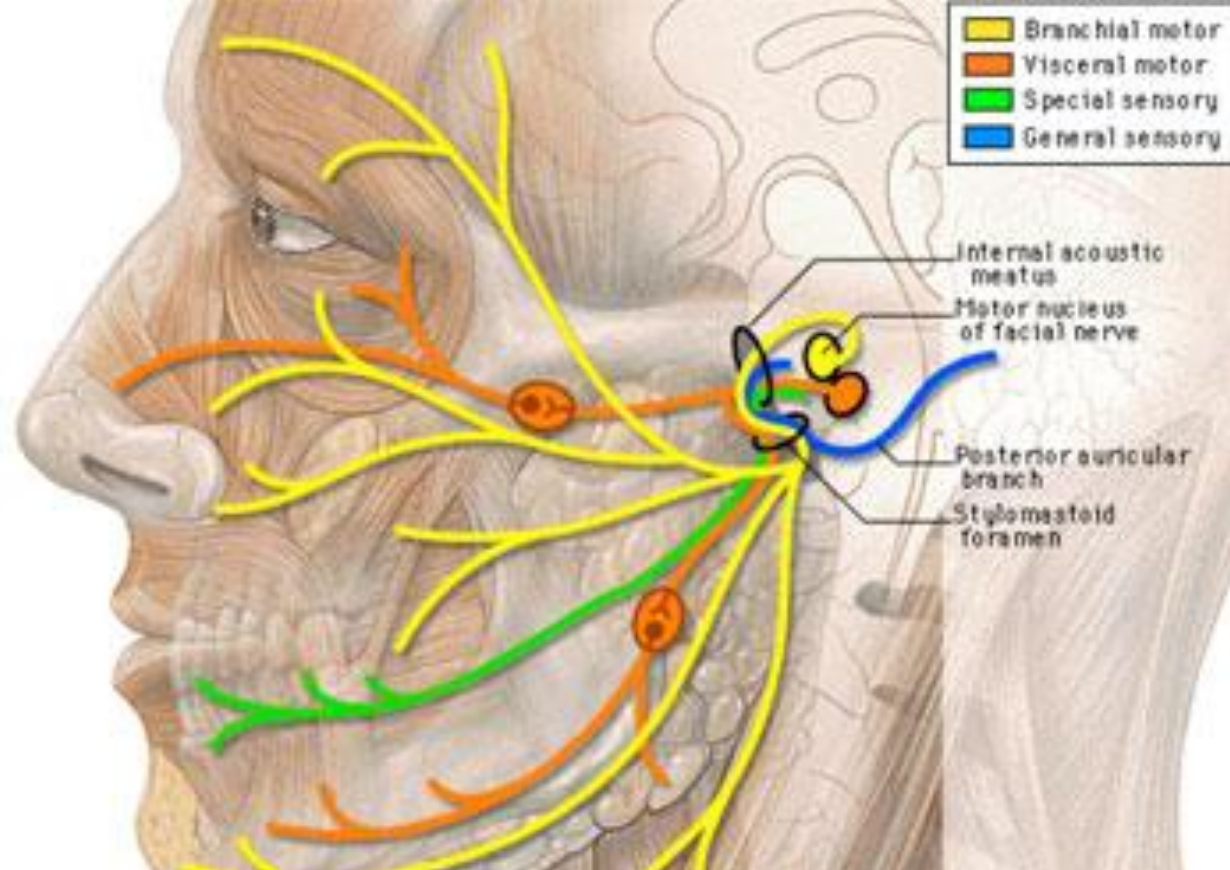
Ptosis congénita (+frec uni): elevación exagerada del párpado ptósico al mover la mandíbula.

2^{ario} conexión inusual entre **ramas motoras del TG** (inervan **músc pterigoide**) y fibras porción superior del **III par** (inervan **músc elevador del párpado superior**).

6% de ptosis congénita . Herencia AD con penetrancia incompleta.



Nervio Facial (VII)



Función motora: músc cutáneos de la cara y cuello (Cutáneo del cuello, estilohiideo, vientre posterior del digástrico, músc estribo, estilogloso, glosostafilino, palatoestafilino, periestafilino interno, músc cutáneos del cráneo, párpados, nariz, auriculares, boca y labios).

Función sensorial: sentido gusto 2/3 anteriores lengua (*n. intermediario Wrisberg*).

Función de sensibilidad general: sensibilidad piel dorso pabellón (*zona de Ramsay-Hunt*) y CAE.

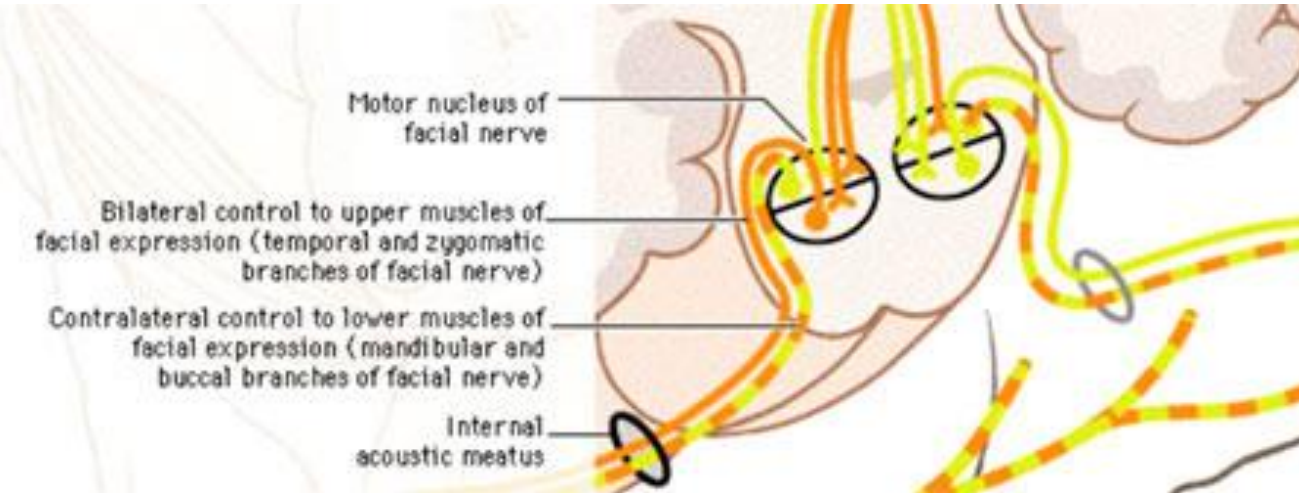
Función motora visceral: fibras parasimpáticas secretoras y VD: gl.lacrimales, sudoríparas cara, salivales sublingual y submaxilar, arteria auditiva y vasos de mucosas paladar nasofaríngeo y fosas nasales

Las fibras de **vía piramidal (neurona motora central)** que sinaptizan en la **porción inferior** del núcleo del facial:

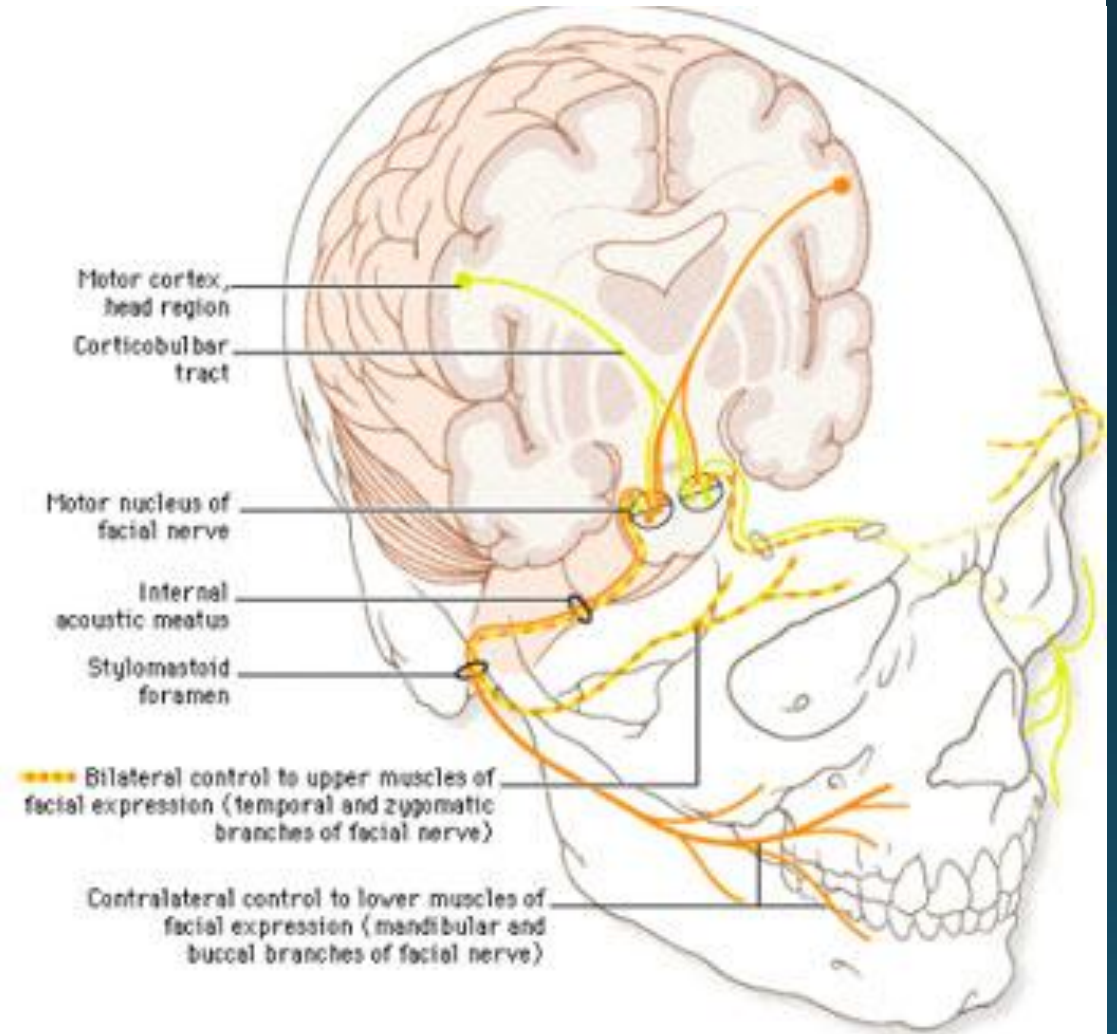
-origen exclusivamente cruzado

-Inervarán todos los músc faciales homolaterales excepto:

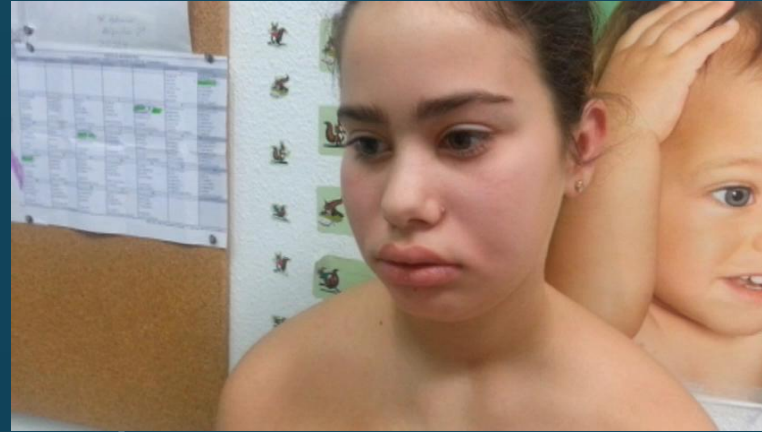
Frontal
Superciliar
orbicular párpados



En cambio, las que sinaptizan con las neuronas de la **porción superior** que inervarán los tres músculos mencionados, son de origen **cruzado y directo**

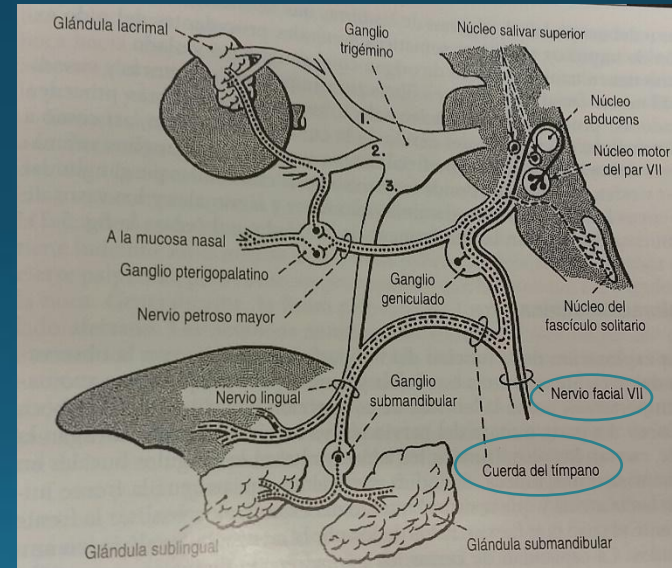


f(x) motora: fruncir el ceño, elevar las cejas, arrugar la frente y cerrar los ojos lo más fuerte que pueda, mostrar dientes, hinchar carrillos, fruncir labios y silbar.



Exploración sensitiva: comprobación del gusto en los 2/3 anteriores lengua (dulce, salado, amargo y ácido).

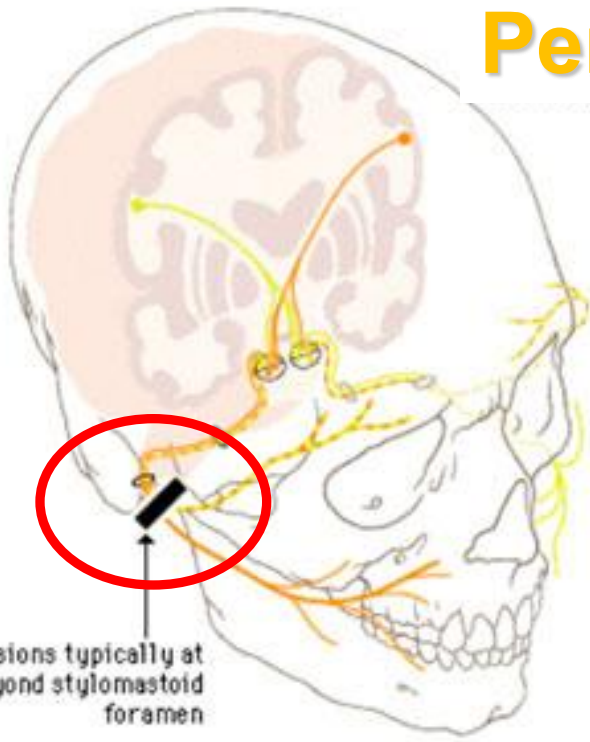
Funciones secretoras: no se comprueban habitualmente.



Reflejo nasopalpebral o glabellar:

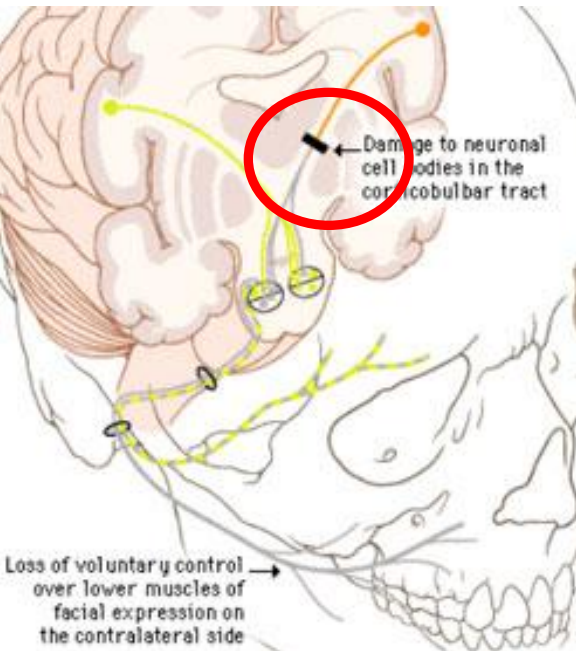
percusión con el dedo sobre la raíz de la nariz. La respuesta refleja: cierre brusco bilateral de ojos

Periférica



Cuando se interrumpe la vía VII par en el **núcleo, protuberancia o periferia del nervio**: disf(x) motora completa de un lado de la cara, acompañado de alt. secreción lagrimal y salival, y sensibilidad gustativa

Central

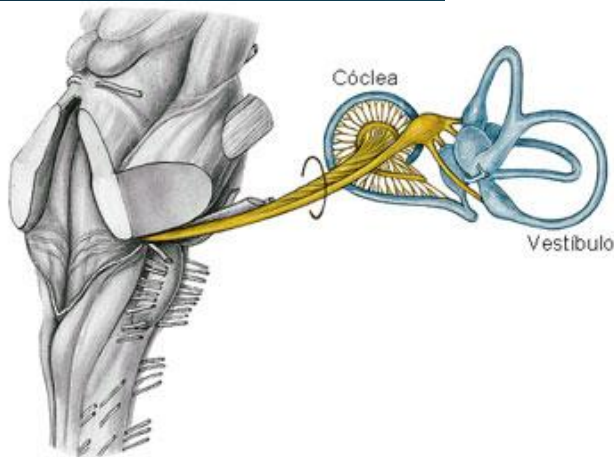


Afectación central (supranuclear): paresia musc parte inf cara: descenso ángulo boca, disminución pliegue nasolabial y aumento hendidura palpebral. **Frente no se afecta**

La división coclear (auditiva)

Para la valoración de la f(x) auditiva: importante realizar **otoscopia** CAE y del tímpano.

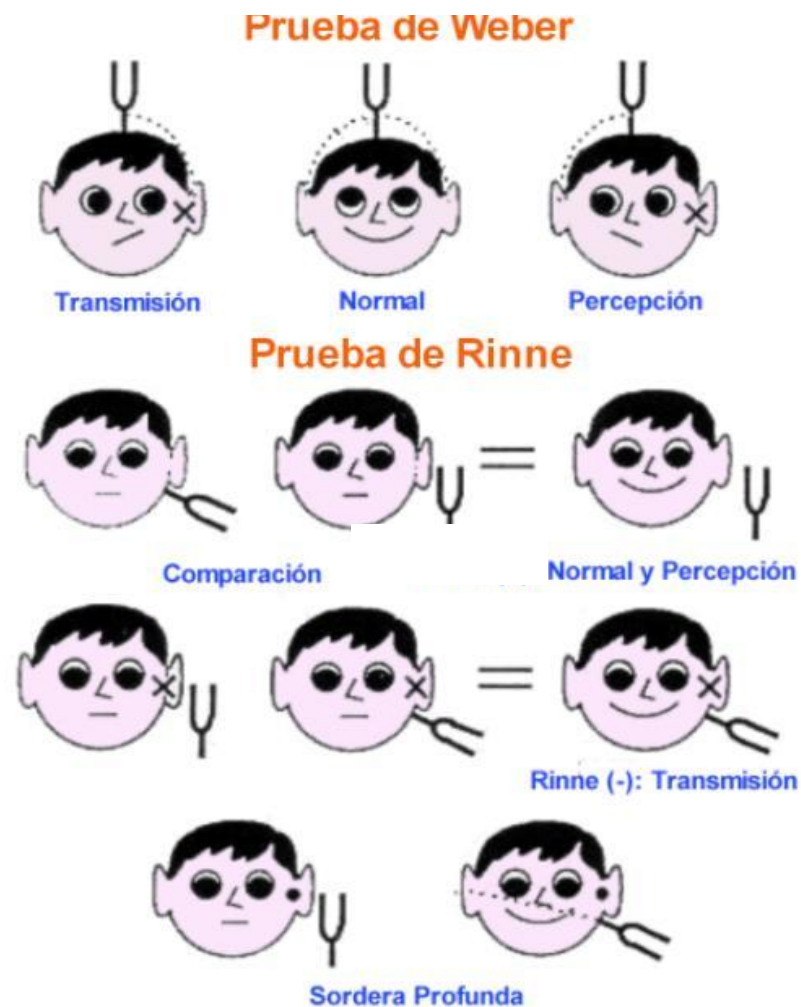
Se susurra al paciente con los ojos cerrados y el oído contralateral ocluido.
Si alteración f(x) auditiva. Siguiendo paso: determinar si es por lesión CAE
(**sordera conducción**) o si defecto cóclea y su nervio (de **percepción**).



N. vestibulo-coclear o estato-acústico (VIII)

Sobre la base de estos dos test, puede ocurrir:

- Hipoacusia de un lado que lateraliza con Weber al mismo lado: probable defecto de **transmisión aérea** (Rinne del oído enfermo: no tiempo adicional de transmisión aérea).
- Hipoacusia de un lado que lateraliza con Weber al lado sano: probable **defecto sensorial** (Rinne del oído enfermo: escucha menos, pero se mantiene tiempo adicional de transmisión aérea).



Nervio glossofaríngeo (IX)

Motor: laringe

Sensorial: sensibilidad gustativa 1/3 post lengua, faringe, tímpano y CAE

Afect unilateral: paresia unilateral del paladar blando con caída ipsilateral

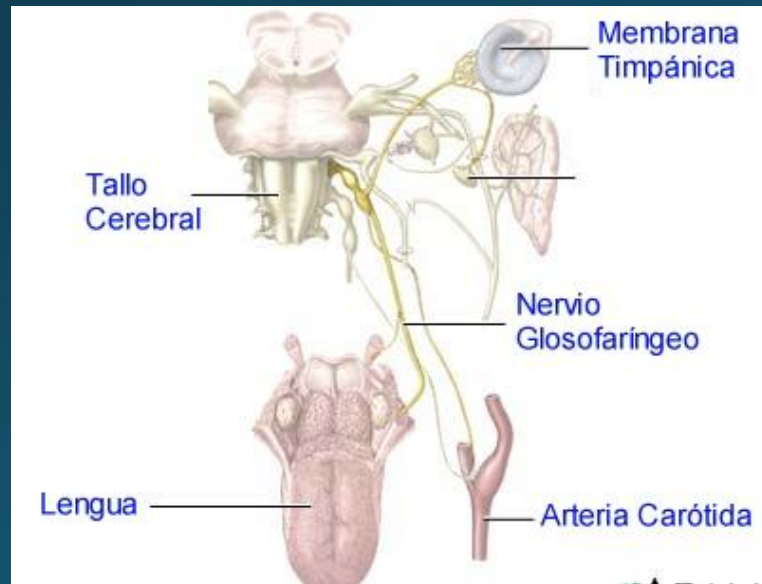
Afect bilateral: paladar flácido, blando bilateralmente. Estridor, ronquera, disfonía, voz nasal y frec regurgitación al beber

Para su examen se pide que degluta hasta diez veces

Es muy difícil comprobar aisladamente la sensibilidad gustativa del 1/3 post lengua.



Reflejo nauseoso: La estimulación de la pared posterior de la faringe provoca su constricción y elevación. En este reflejo participan el IX y X



Nervio Vago (X)

Motor: velo del paladar, faringe y laringe. **Sensorial:** faringe y laringe

Las **lesiones del X:** disfonía, voz bitonal o voz nasal por paralización del paladar.

En una parálisis unilateral existirá una caída ipsilateral, desviándose la úvula hacia el lado normal.

Reflejo nauseoso: La estimulación de la pared posterior de la faringe provoca su constricción y elevación. En este reflejo participan el IX y X.

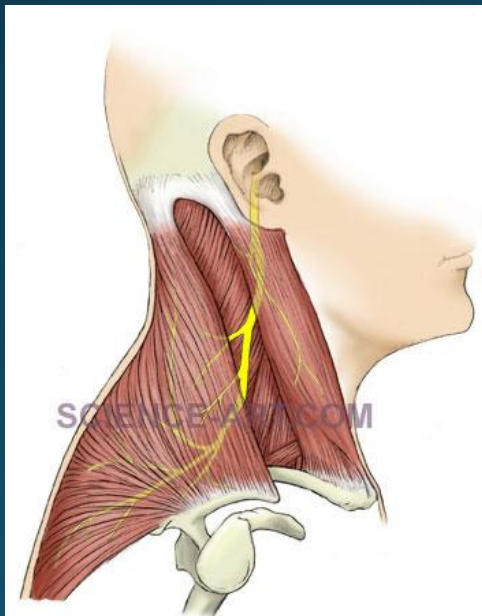


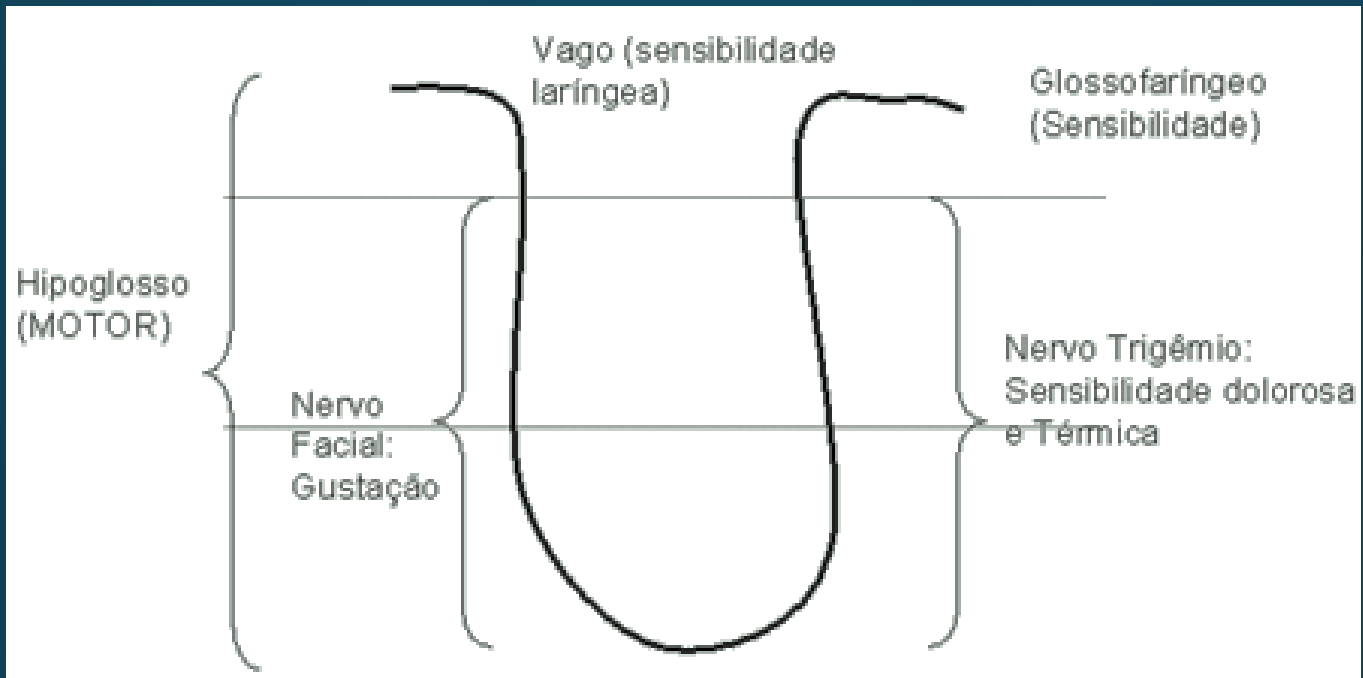
Nervio Espinal (XI)

Nervio espinal (XI): masa y fuerza de músc esternocleidomastoideo y trapecio.

El 1º se pide que gire la cabeza mientras se le opone resistencia.

El 2º se le pide al paciente que eleve los hombros contra resistencia.





La localización de los pares craneales afectados nos puede orientar en el al lugar de la lesión:

I y **II** par están en **cerebro medio**

III y **IV** en **mesencéfalo**

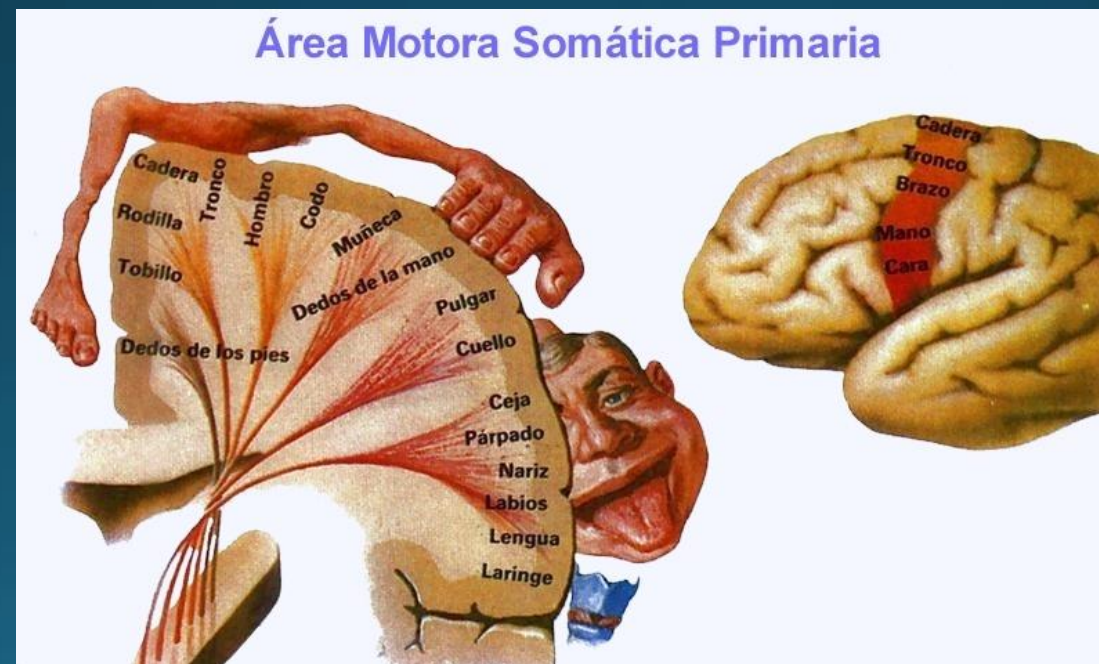
V, **VI**, **VII** y **VIII** en la **protuberancia**

IX, **X**, **XI** y **XII** en el **bulbo**.

Exploración Neurológica Básica

3: Sistema motor:

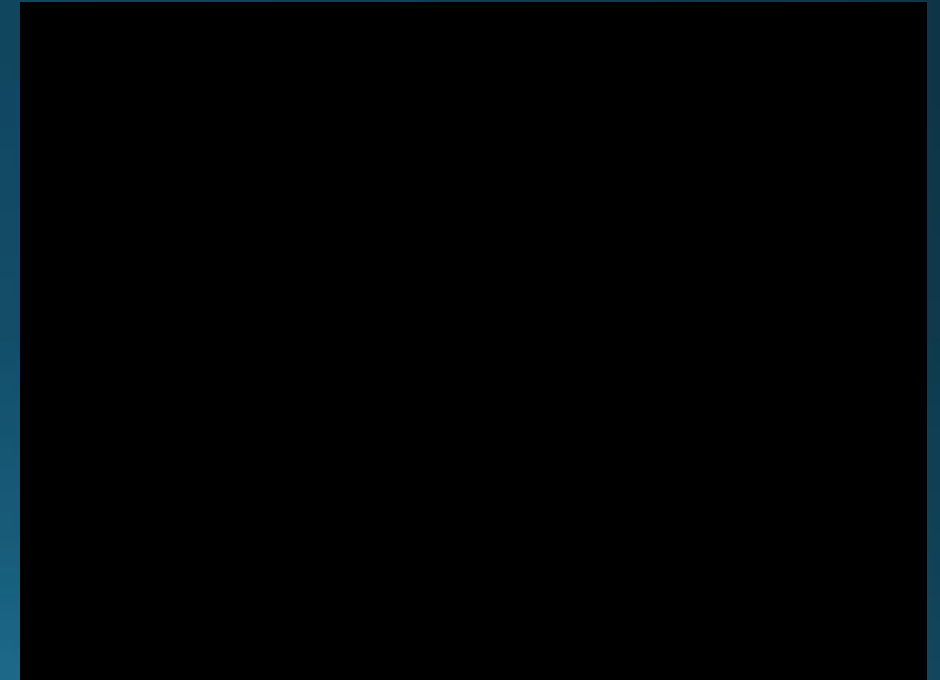
- Tono
- Fuerza
- Movimientos anormales



Exploración función motora general



- Con 4-6 años participación activa
- Saltar sin desplazarse sobre un solo pie
- Caminar en tandem hacia delante y hacia atrás
- Andar de puntillas y sobre los talones
- Levantarse desde cuclillas
- Movimientos dedo-nariz con ojos cerrados
- Movimientos dedo-dedo-nariz con los ojos abiertos
- Permanecer de pie con los pies muy juntos, ojos cerrados y brazos y manos extendidos: Romberg y visualización mov extraños



Espasticidad

Tono Muscular

- Trastorno motor caracterizado por un aumento dependiente de velocidad en el **reflejo de estiramiento muscular (tono muscular)**, con movimientos exagerados en los tendones, que se acompaña de **hiperreflexia** e **hipertonía**, debido a hiperexcitabilidad del reflejo de estiramiento
- Forma parte del **S. de motoneurona superior**
- La actividad de control superior se cancela y las riendas de la actividad muscular quedan al cargo de los sistemas de control medulares y periféricos.
- **Fenómenos (-): debilidad, fatiga o ↓ destreza**
- **Fenómenos (+): clonía, Babinski, espasticidad, espasmos, distonías.** > musc. Antigravitatorios



EE en reposo suelen adoptar postura fija
Movimientos reducidos EESS al caminar

Fenómeno navaja: Con un desplazamiento pasivo rápido, la R muscular aumenta y luego se relaja



Tono Muscular

Rigidez

Aumento tono muscular por contracción mantenida flexores y extensores. Aumento resistencia al movimiento pasivo. ROT normales.

Parkinsonismo: **Rigidez Rueda Dentada** (interrupciones rítmicas de la R al desplazarse la EE)



Hipotonia

Músculos blandos, flácidos, ↓resistencia mov pasivo



Valoración de la función motora: *Inspección*

Masa muscular:

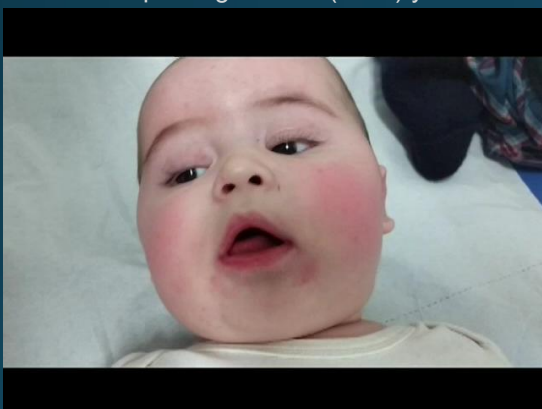


Fasciculaciones

Espasmos musculares en reposo por descargar unidades motoras

No produce movimiento articular.

Asociación patología 2ª mn(SMA) y ELA



Calambres



Mioclonías



Miotonía



Reacción miotónica



Miotonía de percusión



Valoración de la función motora:

Observación



Palpación:

Tono, espasticidad, rigidez,
contracciones anormales

Percusión

Fuerza muscular

Escala de fuerza muscular del MRC	
Puntuación	Función motora
0	No contracción
1	Contracción que no desplaza articulación
2	Desplazamiento articular sobre plano
3	Desplazamiento articular contra gravedad
4	Movimiento contra resistencia
5	Fuerza normal

Medical Research Council (MRC) (Preston et al; 2006)



Exploración de la **FIJACIÓN POSTURAL**:

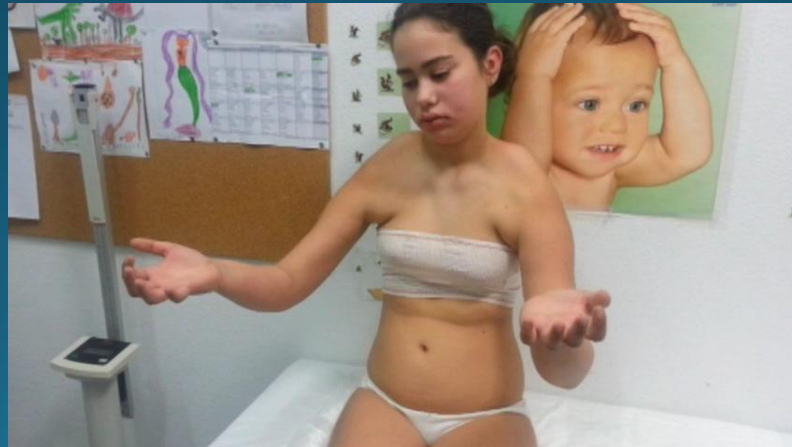
La EE normal mantiene la postura deseada durante un tiempo razonable sin necesidad de movimientos de corrección voluntarios.

Alterado en ttnos tono muscular, debilidad, alt sensibilidad propioceptiva, alt. vestibulares

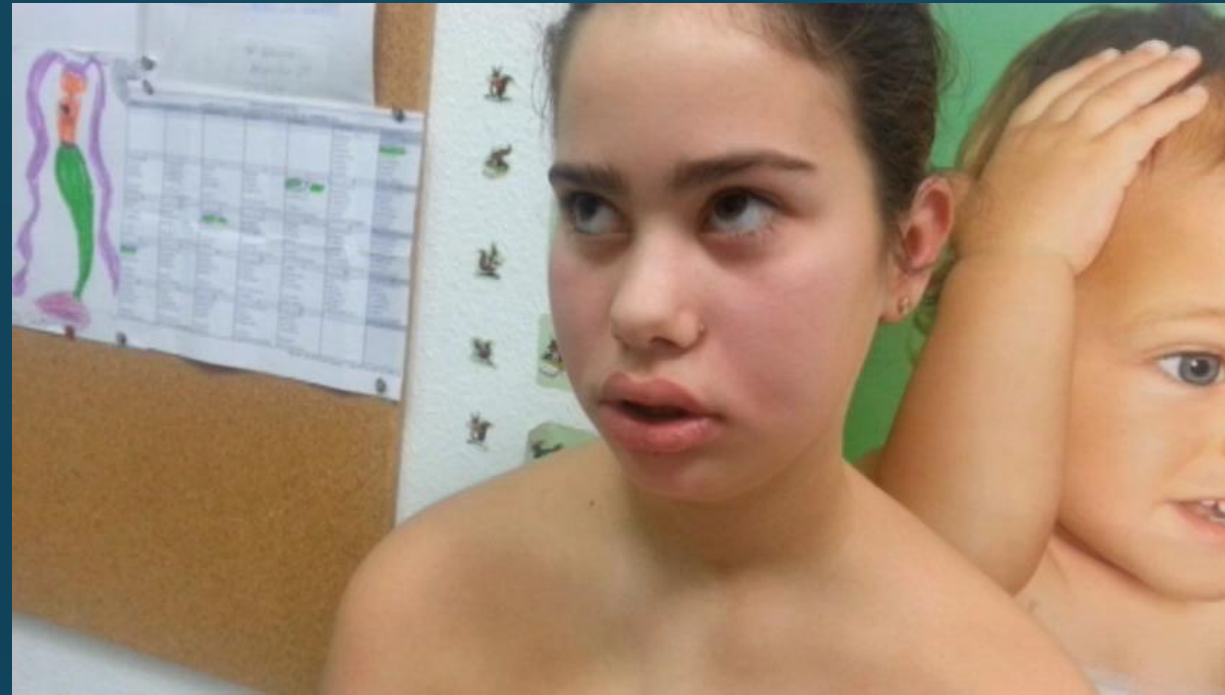
Maniobras de pequeña paresia o claudicación piramidal:

Maniobra de Mingazzini (MMII)

Maniobras de Barré (MMSS)

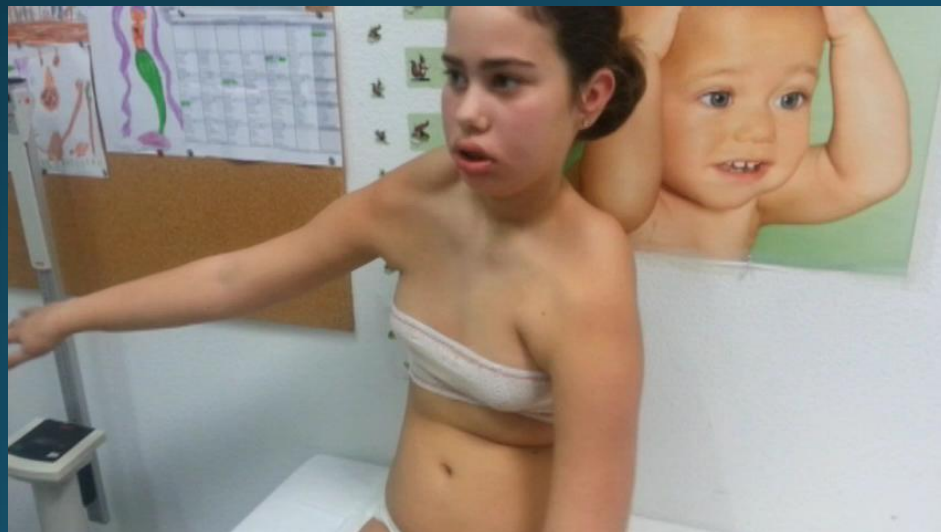


Exploración fatigabilidad



Fijación Postural

La EE normal mantiene la postura deseada durante un tiempo razonable sin necesidad de movimientos de corrección voluntarios



Fuerza ab-ducción cadera. Mingazzini



Movimientos involuntarios anormales

Acatisia

Sensación subjetiva de agitación interna que tiende a provocar movimientos que ayudan a aliviar la tensión interna

Ej: Discinesia tardía 2^{ario} Fcos



Síndrome Piernas Inquietas

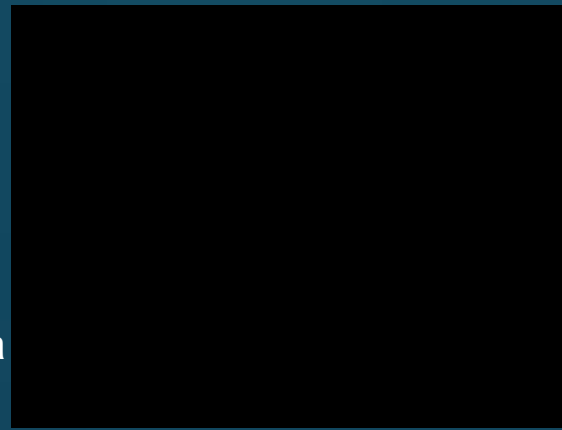
Incapacidad para sentirse cómodos en una actividad sedentaria

Sensación de tener que mover las EEl
Asociado a “**movimientos periódicos del sueño**”: flexión dorsal pie asociado flexión rodilla y cadera, que reaparecen a intervalos de tiempo definido

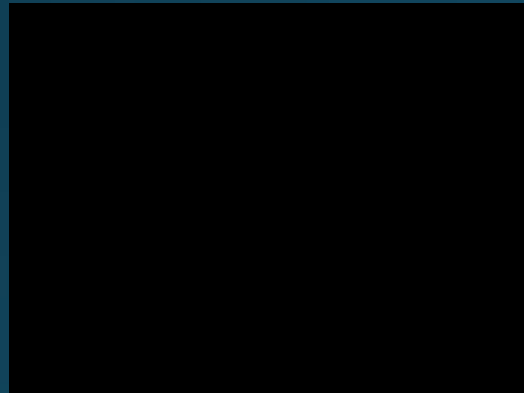


Distonia

Postura anormal
Contracción simultánea musc agonistas y antagonistas
Focal, segmentaria o generalizada



Corea



movimiento contorsionante, involuntario, irregular, brusco, rápido, breve y no mantenido que fluye aleatoriamente de una parte del cuerpo a otra.

Coreoatetosis

Distonía + corea



Balismo

Subtipo corea

corea de gran amplitud y predominio proximal

Movimientos incontrolados, oscilantes y en ocasiones violentos

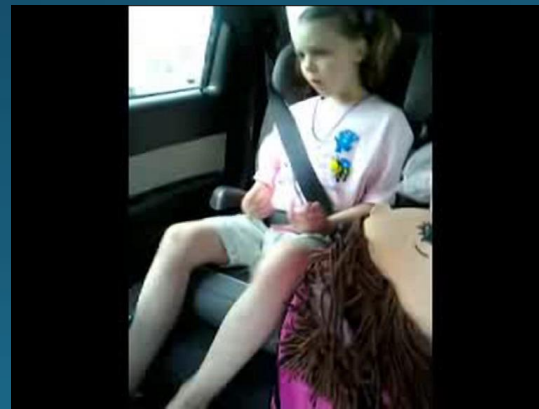
Se asocia de forma característica con lesión núcleo subtalámico



Mioclónía



Discinesias tardías



Asterixis

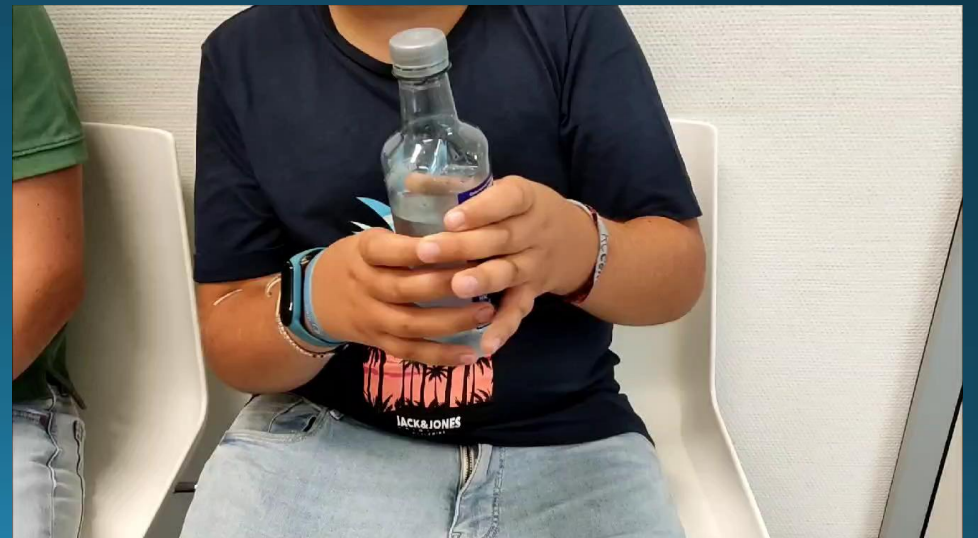


Breves y bruscas interrupciones de la contracción muscular

Forma de “mioclonía negativa”

Se indica que se mantenga los brazos por delante con las muñecas en extensión completa (como un policía deteniendo el tráfico)

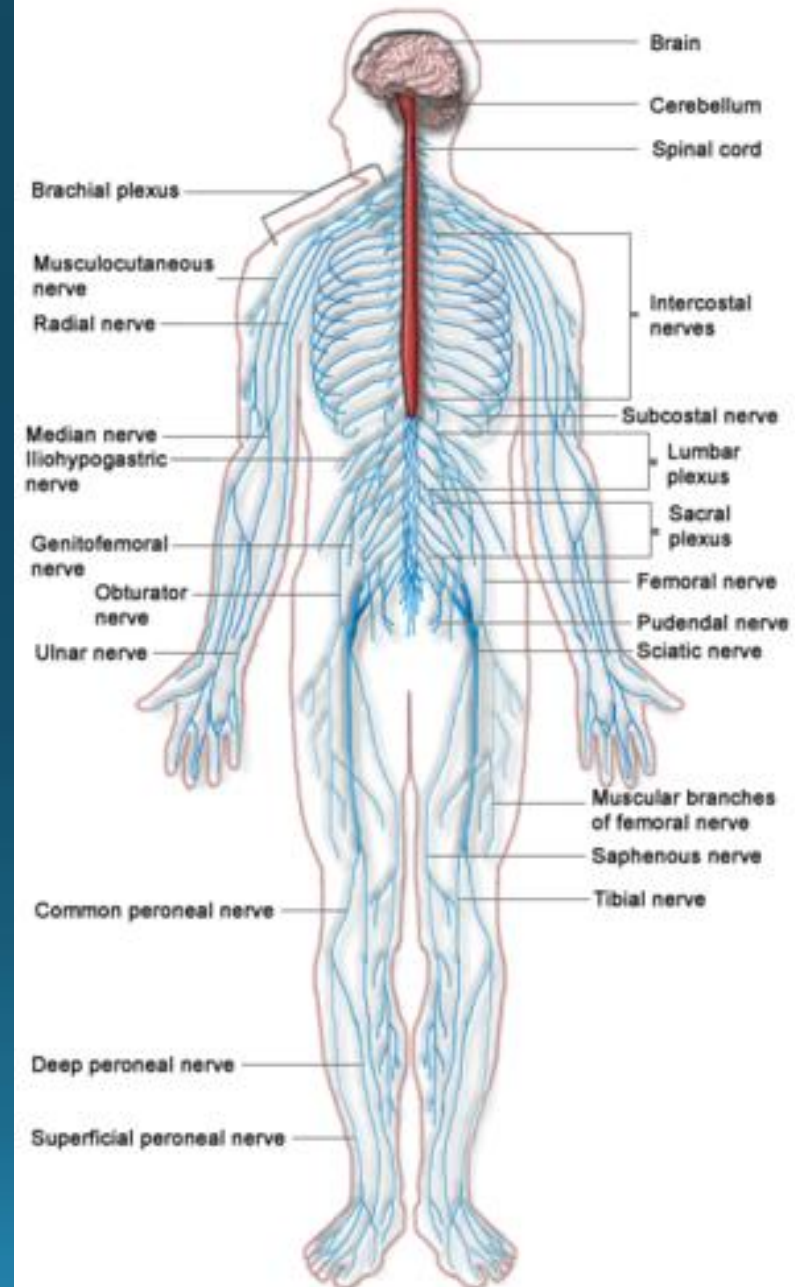
Incapacidad de mantener esa posición en contra de la gravedad + aparición aleteo lento e irregular de las muñecas (**flapping**)



Exploración Neurológica Básica

4: Sensibilidad

- Superficial
- Profunda
- Romberg



➤ Sensibilidad Superficial

- ✓ La dolorosa y la táctil superficial:
 - discurren por las mismas vías,
 - distribución metamérica
 - aguja o algodón.

- ✓ Comparar:
 - Derecha/Izquierda
 - Proximal/Distal



➤ Profunda

- ✓ **Vibratoria** Importante en enfermedades desmielinizantes y neuropatías
 - diapasón de 128 db
 - sobre eminencias óseas.

✓ La artrocinética, posicional y discriminativa discurren por las mismas vías:

- Romberg



Exploración Neurológica Básica

5: Reflejos

- Osteotendinosos
- Cutaneos
- Liberación frontal

Escala (MedicalResearch Council)

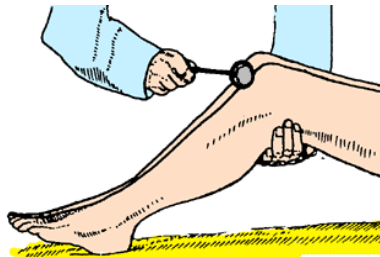
- No se obtienen ni con refuerzo
- Se obtienen con refuerzo
- Normales
- Se propagan a otros músculos
- Respuestas clónicas

Reflejos de estiramiento muscular o profundos

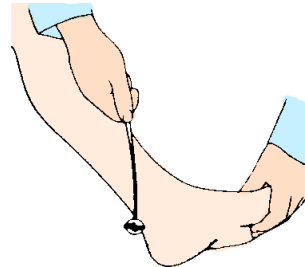


Reflejo cubito pronador

Miembro inferior



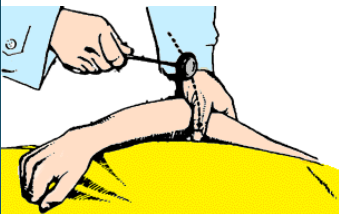
Reflejo rotuliano



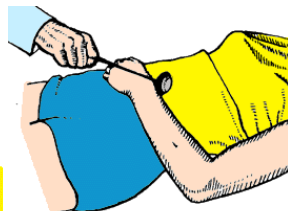
Reflejo aquileo



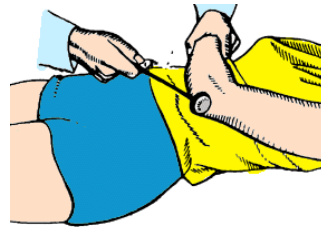
Miembro superior



Reflejo bicipital



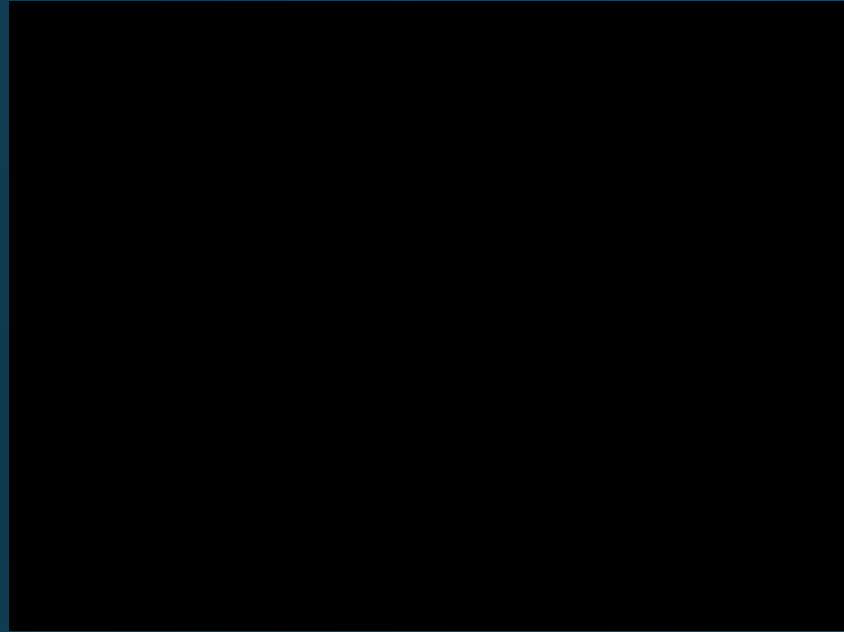
Reflejo braquiorradial o supinador



Reflejo tricipital



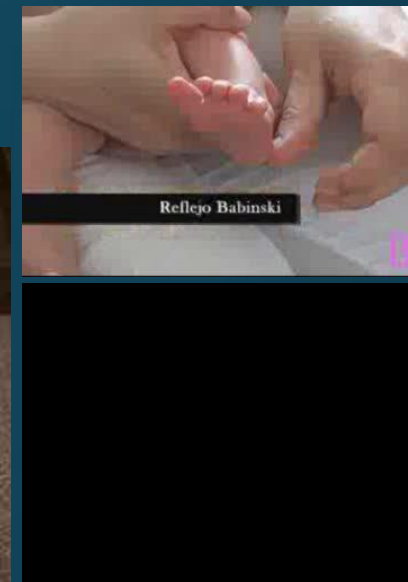
Hiperreflexia



Reflejos superficiales



Lesión del sistema de la motoneurona superior. Es fisiológico 1ª vida (vías piramidales aún desmielinizadas)
En su expresión más patológica se produce triple retirada: extensión 1º dedo, flexión de rodilla y flexión de cadera.
Si no se obtiene una respuesta, intentar otras maniobras.



Porción superior del abdomen: T8-10.
Porción inferior del abdomen: T10-12.



Reflejo cremastérico

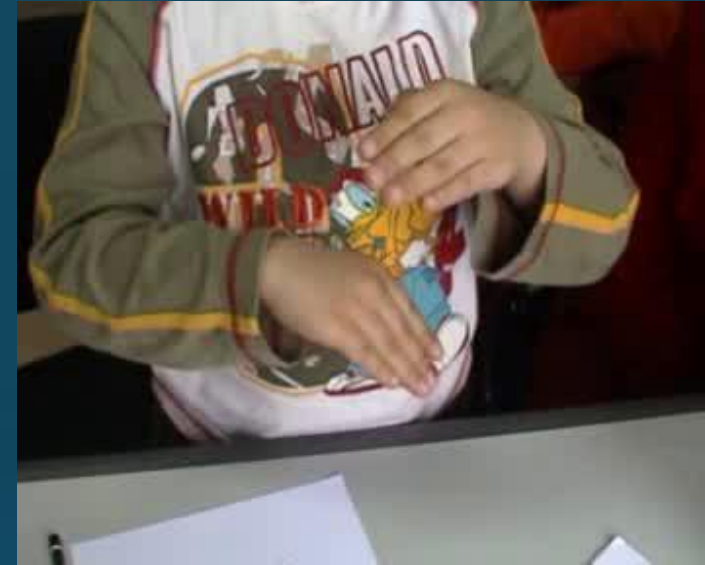


L1-L2

6. Coordinación

Exploración:

- ✓ Lenguaje.
- ✓ Prueba dedo-nariz
- ✓ Prueba dedo-dedo.
- ✓ Prueba de pronación-supinación
- ✓ Talón-rodilla
- ✓ Movimientos rápidos dedos
- ✓ Movimientos alternantes.



Diadococinesia



Observar amplitud, ritmo y precisión del movimiento

7. Estática

Exploración:

✓ Mantenerse de pie, con ojos cerrados y pies juntos (posición de **Romberg**).

- lesiones de Nervio periférico,
- cordón posterior
- sistema vestibular



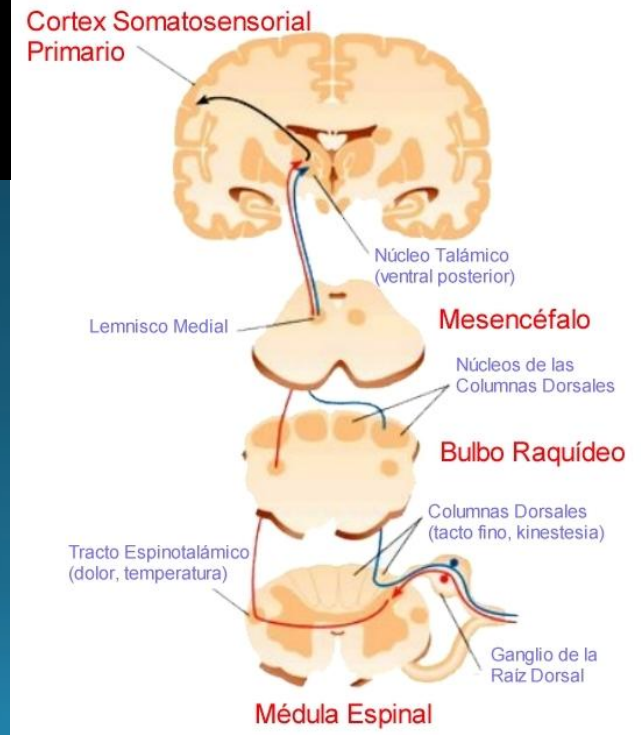
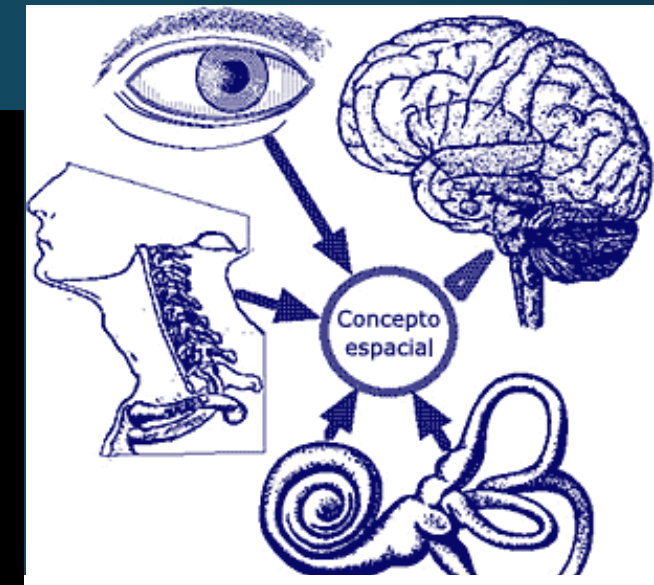
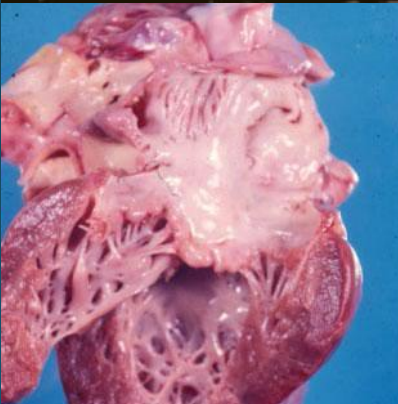
En las lesiones laberínticas existe una latencia y el desbalance es siempre unilateral

En las cerebelopatías el desbalance del paciente aparece incluso antes de cerrar los ojos.

Otro signo que pueden indicar una alteración del sentido de la posición es una alteración de la prueba dedo-nariz.
Se puede observar el **signo de Romberg**



pie cavo



8. Marcha

Exploración:

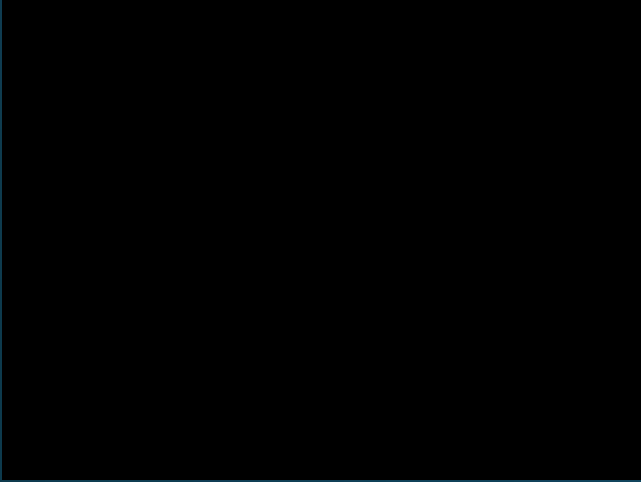
- ✓ Levantarse de la posición de sentado
- ✓ Notar braceo, posición del cuerpo
- ✓ Marcha en puntillas y talones
- ✓ Mantener el equilibrio sobre un solo pie
- ✓ Marcha en “tandem”

Marcha anserina

La debilidad tronco y cintura pélvica provoca postura inclinada hacia atrás y con protrusión abdomen, con marcha en ánade.



Steppage



Marcha Parkinsoniana



Bradicinesia, propulsión, marcha festinante

Trendelemburg



“en tijera”

Marcha espástico-distonica



Marcha ataxica



La exploración neurológica requiere su experiencia, pericia, paciencia y tiempo

Dr Santapaciencia
Neuropediatra



**!MUCHAS
GRACIAS!
POR
VUESTRA
ATENCIÓN**