

**PARES CRANEALES:**  
**Variedad de patología**  
**que afecta a los**  
**nervios craneales**  
**- Nuestra experiencia -**

Soledad NEGRO, Romina Maricel RIQUELME,  
Bruno FIORE, Luciano MOLINA FERRER

**CIMED**  
ALTA COMPLEJIDAD MEDICA  
La Plata, Buenos Aires

## **OBJETIVOS DE APRENDIZAJE**

**Tenemos como objetivo hacer un repaso de la variedad de patología que afecta a los nervios craneales en sus diferentes orígenes y trayectos, según casos que se nos han presentado a la consulta.**

---

Sabemos resulta de gran importancia en un principio ***conocer la anatomía y función de cada par craneal***, además de su adecuada valoración mediante estudios de imagen, de modo que pueda orientarse el estudio según la signo-sintomatología del paciente.

Los nervios craneales en general tienen un ***origen real*** que corresponde a la ubicación de los cuerpos neuronales en la sustancia gris del encéfalo, tronco y médula espinal. De allí configuran su trayecto, designándose el nombre a cada par según el orden de emergencia el llamado ***origen aparente***.

---

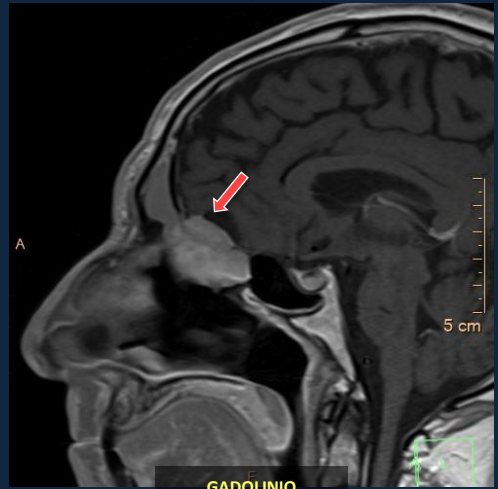
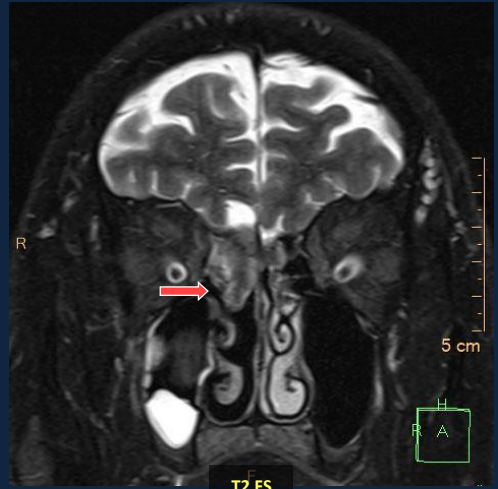
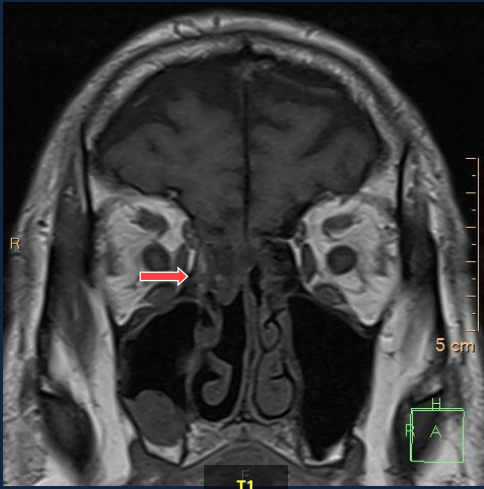
Diversas patologías pueden afectar a los nervios en su origen real, aparente o trayecto, existiendo también ante una misma entidad afectación de uno o varios pares.

*Proponemos un repaso de variada patología que afecta a uno o varios pares craneales,* haciendo hincapié en la signo-sintomatología del paciente, sospecha clínica y hallazgos en imágenes.

Paciente masculino, 62 años

Antecedente de polipectomía en seno maxilar derecho

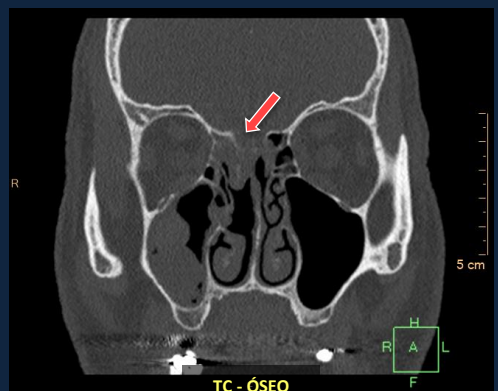
- Consulta por **trastornos olfatorios de varios meses de evolución.**



**Resonancia magnética (RM):** Sobre las celdillas etmoidales y meato superior de fosa nasal derecha se observa **componente sólido que capta difusamente** contraste endovenoso (EV), de contornos mal delimitados, que **se extiende a las celdillas etmoidales izquierdas y a través de la lámina cribosa al endocráneo** en topografía fronto-basal homolateral.

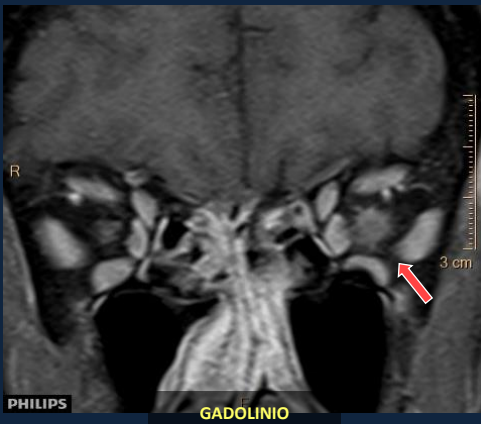
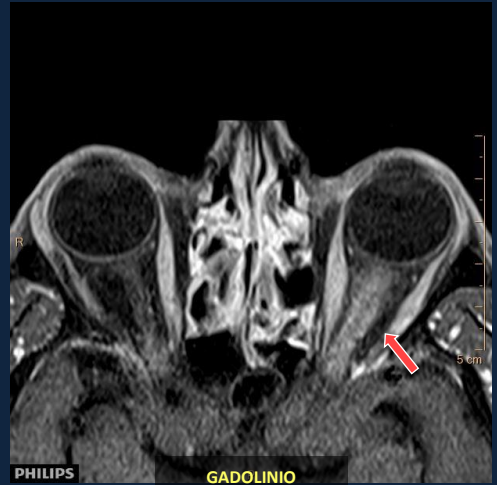
**Diagnóstico (DX): ESTESIONEUROBLASTOMA**

**Tomografía Computada (TC):** **Erosión ósea** de la lamina cribosa etmoidal y celdillas etmoidales.



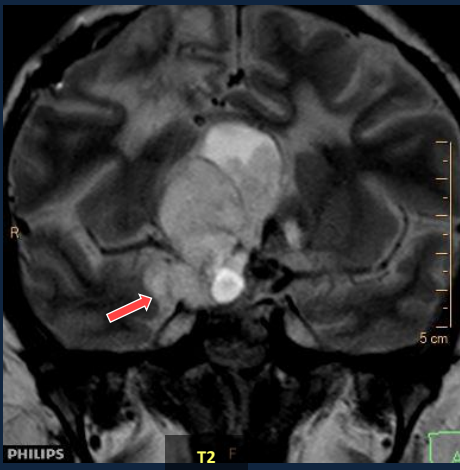
Paciente masculino, 47 años

- Consulta por dolor ocular de 48 horas de evolución, que se asocia a disminución de la agudeza visual.



**RM:** A nivel orbitario izquierdo se observa un engrosamiento del complejo de la vaina del nervio óptico, con captación difusa de contraste EV, que involucra el plano graso perineural, irregularidad de sus márgenes e hiperintensidad en secuencias T2FS (no se muestra).

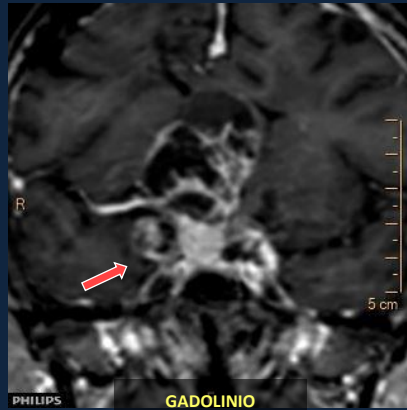
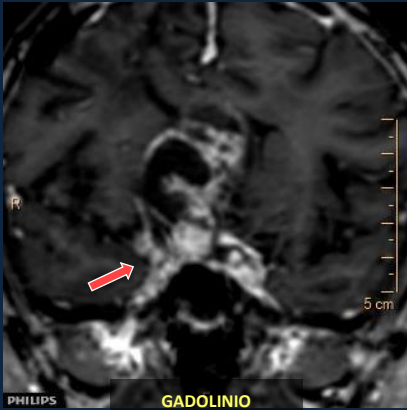
**DX:** NEURITIS ÓPTICA AGUDA



Paciente femenina, 18 años  
- Derivación por **trastornos visuales** y **cefalea** muy intensa de reciente inicio  
Antecedente quirúrgico por *craneofaringioma* en infancia.

**RM:** A nivel selar-supraselar formación sólido-quística que produce compresión de ventrículos laterales, cuerpo calloso y tronco. Edema perilesional bifrontal; produce **compresión del quiasma óptico** e **invasión de los senos cavernosos**.

**DX: CRANEOFARINGIOMA RECIDIVADO**

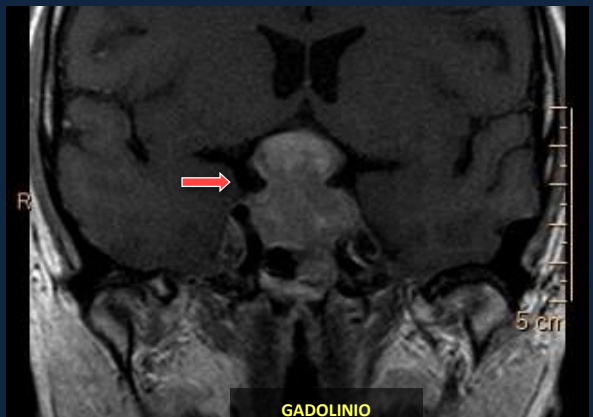


**Realce Intenso con contraste EV.**

Paciente masculino, 35 años  
- Consulta por **cefaleas** y **disminución de la agudeza visual**.

**RM:** En región selar formación expansiva isointensa en T1 e hiperintensa en T2, que **capta** en forma irregular **el contraste EV** y **compromete ambos senos cavernosos** desplazando hacia superior y comprimiendo el quiasma óptico.

**DX: MACROADENOMA**

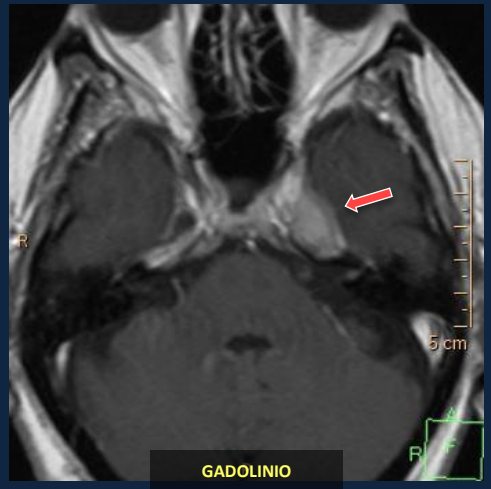
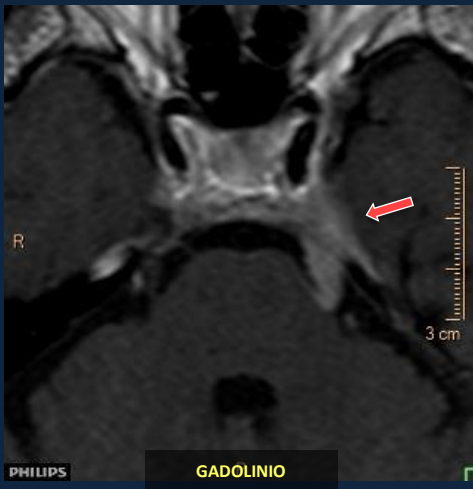
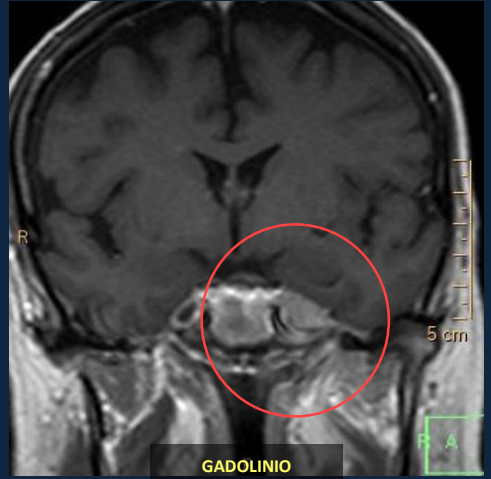




Paciente masculino, 35 años

- Consulta por **dolor facial y parálisis facial izquierda**

Antecedente de Linfoma no Hodgkin (LNH) en tratamiento



**RM:** Sobre el sector posterior de la región paraselar izquierda, en situación extra-axial e involucrando el seno cavernoso y topografía de ganglio de Gasser, se observa una lesión sólida, de contornos bien delimitadas, que **capta contraste en forma homogénea**; se extiende sobre el nervio trigémino homolateral, el cual **se encuentra engrosado** y a nivel extra-craneal a través de la base de cráneo (agujero oval)

**DX:**  
**COMPROMISO TRIGEMINAL POR LNH**

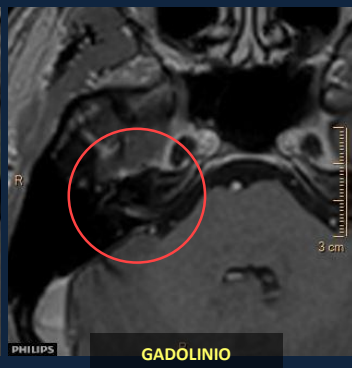
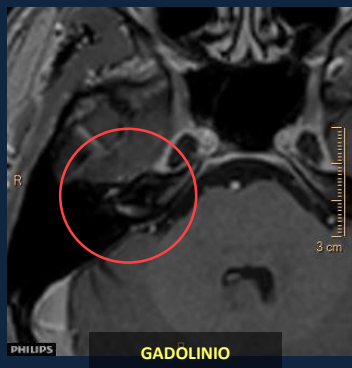


Paciente masculino, 32 años  
 - Consulta por parálisis facial izquierda.



**RM:** En peñasco izquierdo se observa tras el contraste ev un **realce intenso del nervio facial** en la profundidad del CAI, primera, segunda y la proximidad de la tercera porción del mismo.

**DX: NEURITIS FACIAL**

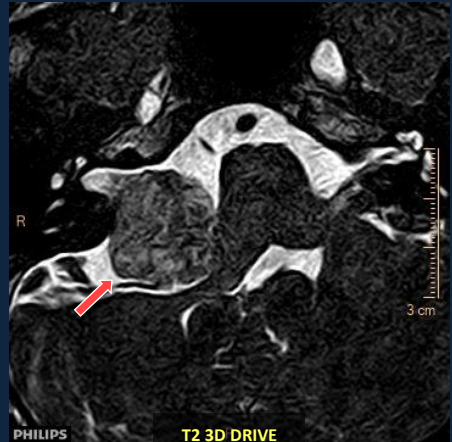
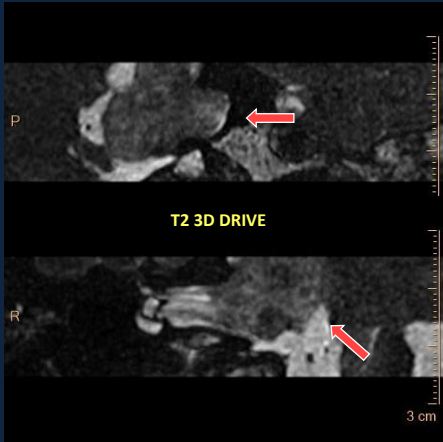


Otro ejemplo de paciente masculino, 30 años, que se presenta a la consulta con parestesias en lengua y hemicara derecha de 48 horas de evolución.

**RM:** Realce del nervio facial derecho

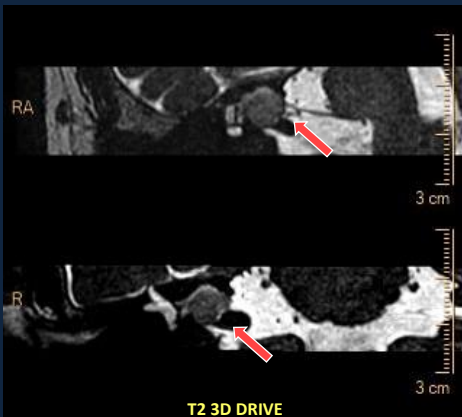
**DX: NEURITIS FACIAL AGUDA**

Paciente femenina, 26 años con **hipoacusia derecha**.



**RM:** A nivel del ángulo ponto-cerebeloso derecho, formación nodular sólida **extra-axial en íntima relación con las raíces nerviosas del VIII par craneal**, capta contraste EV en forma difusa (no se muestra) y se extiende levemente al CAI; desplaza al VII par craneal, al pedúnculo cerebeloso medio y hemisferio cerebeloso homolateral y al IV ventrículo, ocasionando hidrocefalia.

**DX: NEURINOMA DEL ACÚSTICO**



Paciente femenina, 72 años  
- Consulta por **hipoacusia** bilateral gradual de años de evolución.

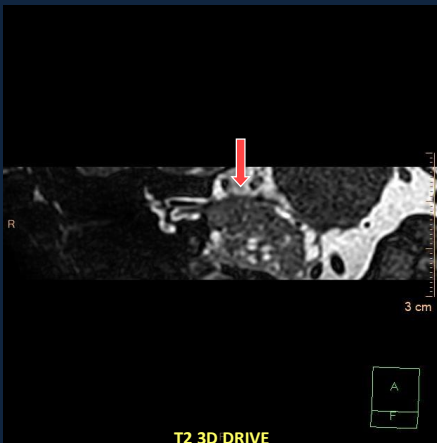
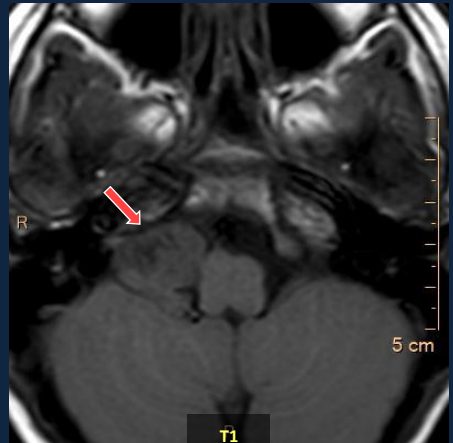
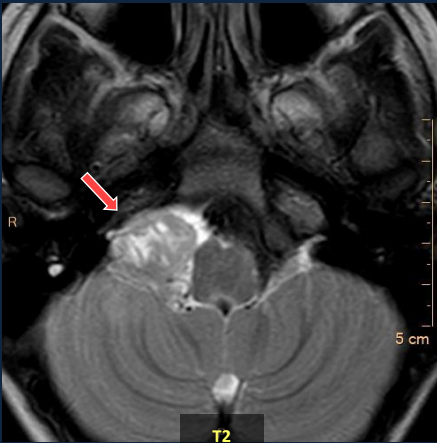
**RM:** Lesión sólida que compromete el CAI derecho, con marcado realce tras la inyección del contraste EV. Ocupa parcialmente el APC homolateral.

**DX: NEURINOMA DEL ACÚSTICO**



Paciente femenina, 8 años

- Hipoacusia derecha leve, cefalea a predominio occipital

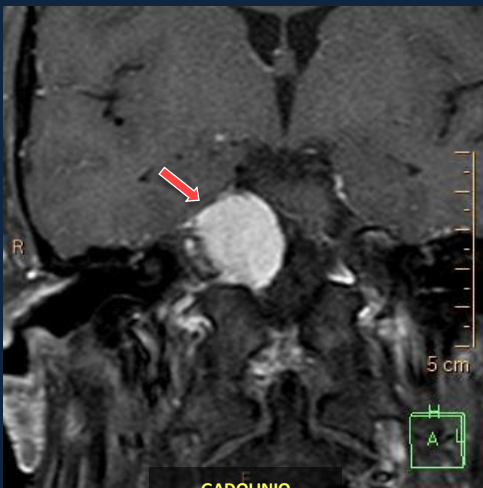
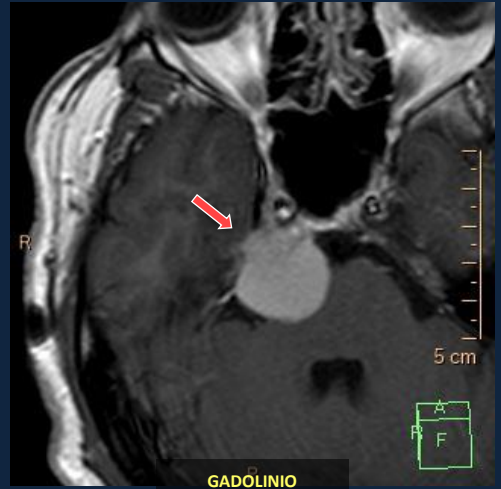
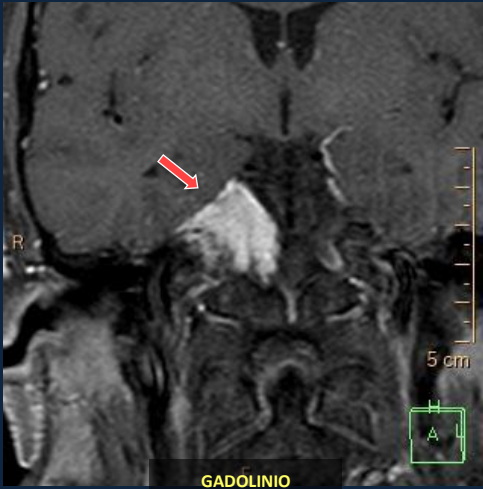
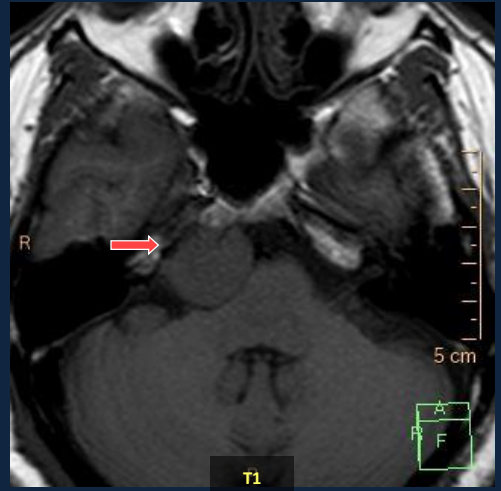
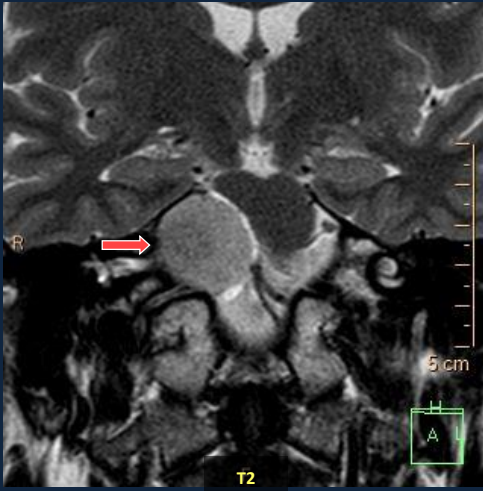


**RM:** Comprometiendo la porción más baja de la cisterna del ángulo ponto cerebeloso derecho se observa una lesión heterogénea, de configuración irregular, predominantemente isointensa en T1 e hiperintensa en T2 y FLAIR que **impresiona comprometer parcialmente el pedúnculo cerebeloso vecino, no restringe significativamente la difusión y no se tiñe con el contraste endovenoso.** En la Espectroscopía: reducción del pico de NAA y **aumento de Cho.**

**DX: ASTROCITOMA**

Paciente masculino, 33 años

- Consulta por **hipoacusia derecha gradual**, varios meses de evolución



**RM:** A nivel del ángulo pontocerebeloso derecho se identifica formación sólida redondeada isointensa en T1 e hiperintensa en T2 y FLAIR, con **base menígea** y extensión intracanalicular, efecto de masa sobre el tronco encefálico. Presenta **intenso realce homogéneo** con gadolinio.

**DX: MENINGIOMA**

## CONCLUSIÓN

**En la búsqueda de afectación aislada o en conjunto de los pares craneales, tenemos que tener en cuenta que existe una amplia variedad de patología.**

**Debemos dirigir el estudio conociendo la anatomía de cada par craneal y contextualizando al paciente según signo-sintomatología.**

---

*Imágenes obtenidas con equipos  
1,5 Tesla - 16 canales*