# Arquivo de áudio

[Cefaleia - Nervos Cranianos - Parte 2.mp4](https://1drv.ms/i/s!AOt8L-e67QtzmrRZ)

# [Transcrever](https://1drv.ms/i/s!AOt8L-e67QtzmrRZ)

[Olá pessoal, tudo bem? Hoje nós vamos dar continuidade a nossa segunda parte da aula de nervos cranianos no módulo de cefaleia. Então, na primeira parte desta aula já comentei com vocês, do primeiro ao. Sexto par de nervo craniano e a partir deste momento que nós vamos revisar no sétimo ao 12º. Então, recordando aqui para vocês que do sétimo ao 12º par de nervos cranianos eles têm estão, em relação com a fossa craniana posterior, os sétimo e oitavo par penetrando na base do crédito por meio do meato acústico interno, o nono, décimo 11º par penetrando a base do crânio pelo fórum e jugular, e o 12º papo penetra base do crânio por meio do seu canal de mesmo nome, ou seja, canal do hipogloso. O sétimo par possui características sensitivas, sensibilidade especial principalmente para os 2 textos anteriores da língua, possui características motoras para inovação dos músculos do segundo arcofaríngeo, principalmente os músculos da expressão facial, e possui também componente autonomico para elevação das glândulas lacrimal, submanricular e sublin. O oitavo par craniano é completamente sensitivo. É o novo vestígulo qualquer que está relacionado à inovação, principalmente da cópia e dos órgãos. É semicirculares e órgãos geopolíticos, ou seja, os canais semicirculares o trículo e o saco. O nome parilene ucraniano, assim como décimo que. Transitam em conjunto e penetram a base do crânio também conjuntamente, além de possuir componente sensitivo, sensibilidade geral, possui também componente motor e componente autonomico. Essa sensibilidade do grosso fariju tem a especificidade que é para inovação do texto posterior da língua. Os 2 textos anteriores da língua é inovado pelo facial. Para agustação, o preço posterior da língua para agustação quem promove é o glossfaríngeo e a região de epiglote valécula enevado de maneira gustatória também sensibilidade geral pelo negro vago. Então, na região da cavidade oral nós temos a ação do facial, do glossofaríngeo e do vago para angustão. O 11º pá e o 12º são completamente motores, no caso do acessório para a inovação de trapézio externocledomastório, enquanto que o cobroso para a inovação dos músculos extrínsecos e intrínsecos da língua. Então, recordando para vocês que são pares cranianos ditos baixos facial até o hipogrosso estão relacionados à transição do contínuo e também ao bu. Mostrando para vocês os núcleos correlatos, nós vamos pontuar. A um. Medida que formos falando desses núcleos, mas todos eles estão aqui ou no Google ou na transição Google pontina. O nosso primeiro par de hoje é o negro facial, sétimo par de nervo ucraniano, que emerge da superfície do tronco encefálico pelo sucobuntino, em especial em uma região denominada de ângulo ponto. Por essa razão, as síndromes do ângulo ponto cerebelar podem repercutir com paralisia facial periférica, além da alteração do oitavo par de nevo craniano, uma vez que o sétimo oitavo par transitam em conjunto, emergem em conjunto também da. Da da superfície do tronco encefálico, o neurofacial sai da base do crânio, apesar de ele entrar no meado acústico interno, ele sai por meio do foram me chamado. Eles tinham o mastório. Isso aqui tem valor topográfico porque as lesões pões emergência do ner facial na base do crânio depois que ele emerge pelo foram mistletoe não tem hiperacuzinha e não tem hipogenia à geosia, enquanto que as lesões no canal ou acima do canal e. Tem hipogenia e tem também hiperacosia. Aí pegar a cozinha se dá pela lesão do músculo estratégico. E levo os. Da expressão facial é que são os músculos relacionados ao segundo arcofaríngeo. Tem composição parassimpática também para a Zelândia, submandibular e sublingular, bem como para as glândulas lacrimais. E nós vamos falar um pouquinho sobre isso, principalmente no contexto das regeneerações aberrantes na vigência da lesão do sétimo par, como por exemplo, a chamada síndrome de a marinha amante. E tem alguma especificidade também no tronco encefálico, o núcleo do facial possui 2 subnúcleos e é isso que vai justificar a paralisia facial central e a paralisia facial de caráter periférico. Então vocês estão vendo aqui que existe um subnútero que neva a metade superior da face e outro subnúcleo que neva a metade inferior da. Fácil, está bom, então. O subnúcleo inferior, o subnúcleo posterior perdão enerva metade inferior da face, o subnúcleo anterior enerva a metade superior da face, o subnucleo anterior que ineva a metade superior da face. Ele possui inovação de ambos os hemisférios cerebrais, enquanto que o subnútero posterior, que neve a metade inferior da face, só recebe inevação contra a lateral. Só você olhar aqui o tracejar. Sendo assim, nas lesões de topografia suprauclear. No trato córcio nuclear, o paciente vai desenvolver uma paralisia facial de caráter central, com envolvimento apenas da hemface contralateral. A lesão no seu quadrante inferior a penas não tem manifestação no quadrante superior por essa razão, enquanto que as lesões nucleares ou infranucleares no que diz respeito ao nucleo motor ou facial, o paciente vai ter uma paralisia facial completa. Sendo assim, as lesões na ponte envolvendo o núcleo do facial, por mais que a ponte pertença ao tronco encefálico, que é uma estrutura central, a lesão AA paralisia facial será uma paralisia facial de caráter periférico. Então observe aqui os outros componentes elevados pelo sétimo par, como já comentamos os 2 textos anteriores da língua, dando a submandigular e sublingular a paróquia ennevada pelo nono par, bem como também a glândula lacrimal. Então, mostrando para vocês essa questão da topografia, dos subnúcleos, do facial, então aqui vocês podem visualizar uma paralisia facial periférica à direita, com manifestação de toda a hemifase. E aqui, uma paralisia facial central direita, com a manifestação apenas do quadrante inferior da mface. Aqui à direita. Alguns reflexos que são mediados pelo sétimo par como reflexo corneano, juntamente com com o quinto par, os 2 medeiam esse reflexo reflexo estapedial, bem como também um reflexo orbiculado dos olhos que se torna inesgotável no contexto da doença de Parkinson e por isso é chamado de sinal de mirson. Vamos aqui resolver esta questão, questão complexa que tem o seguinte enunciado, nas paralisias faciais supranucleares, ou seja, essa que acabamos de comentar, ocorre o comprometimento da musculatura inferior, devido aí 2 pontos assinale, a alternativa correta. As fibras córstanucleares são cruzadas. Bom, nesse caso, as fibras córstanucleares, né? Elas são cruzadas e também são diretas, né? Não podemos dizer que são apenas cruzadas. 2 as fibras que se destinam a parte superior da face recebem inovação a uma lateral exclusivamente? Sim, isso é uma verdade. Nós sabemos que o maior contingente de fibras. Para o padrante da hemifas parâmetros superior é omulateral, ou seja, y lateral 3. A velocidade de condição de condução nervosa motora é diferente entre os 2 anos. Luz do nível facial, não, não existe diferença. E 4 as fibras corte nucleares diretas enervam também parte do núcleo facial? Sim, então é a 2 e a 4 são corretas. E nesse caso, aqui a nossa alternativa é AC. Por outro. Uma outra questão aqui também é com no contexto das paralisias faciais ou em relação à paralisia facial periférica, não é correto afirmar que no topo de topo diagnóstico, ou seja, no diagnóstico topográfico, utiliza se o teste de lacrimejamento do paladar e do fluxo salivar e reflexos estratégicos. Isso é verdadeiro, né? Ele perde Oo incorreto são sinais da p. P sinal legendary, isso é verdadeiro, não é? O sinal de legenda está relacionado. Diminuição da contração do músculo orbicular dos olhos. Mas aqui a gente já vê que é falso, porque megasinho não tem nada a ver com paralisia facial periférica, tá bom? Então, nesse caso aqui, a nossa alternativa correta já é a alternativa b, porque ele pede aquilo que é errado. O novo vestido coclear, que é o oitavo par de nevocraniano, também vai emergir na superfície do tronco encefálico juntamente com o facial, ou seja, no sucumbu pontinho, em especial no ângulo ponto cerebelar. É esse negro como muito acometido no contexto da neurofibromatose tipo 2, com xivanomas bilaterais. Pode ser comprometido também nos aneurismas da aica e no contexto da base do crânio. Ele emerge por meio do meato acústico interno. Porém, ele não sai do crânio. Ele vai nevar ali os elementos da orelha interna. No caso, a cópia e os órgãos automáticos, como os canais semicirculares, o triplo e o saco. Mostrando para vocês a inervação do componente coclear e do componente aqui vestibular, os canais semi cinculais são os 3 e também aqui o triplo e o. Lembrando que as vias da audição samburais e por isso que as lesões centrais do tronco, em especial são raras, levarem a distúrbio da audição. O que é uma? Buraural informação entra de um. Aí ela é percebida nos 2 hemisférios cerebrais. Então, essa é uma característica. Vale ressaltar que o componente vestibular do vestibular nuclear é importante também nos movimentos oculares, tá bom? Principalmente para a organização desses movimentos. E integração também entre o movimento da cabeça e o movimento dos olhos. Então, essa função não podemos esquecer relacionados aí a motricidade ocular extrínseca. O grosso farijo e o vago trabalham conjuntamente promovendo a inovação dos músculos da faringe, músculos da laringe, os músculos do palato, a palato grosso, palato faríngeo e geralmente são lesados em conjunto. Não é? Então vocês podem ver que eles têm nervos, têm núcleos em comum no tronco encefálico, como é o caso do núcleo ambíguo, o núcleo do trato solitário. E esses 2 núcleos medeiam um reflexo important. Isso mesmo é o chamado reflexo nauseoso. Havia na frente do reflexo nauseoso é o grossofaringeo e havia eferência do reflexo Naldo. É o nível chamado de nível vago. Aqui vocês podem ver o padrão de elevação, no caso é A esquerda do nervo vago, promovendo também a elevação parassimpática, inúmeras vísceras cervicais, torácicas e abdominais. E aqui o livro de osso faríngeo também promove a elevação dos músculos da faríngeo. Os músculos do palato mole é um componente também relacionado a barra receptores. E aqui, mostrando para vocês, na vigência da lesão, principalmente do Gloss, faríngeo, o sinal da cortina de vernet com o desabamento do véu palatino por lesão do nono par de nevocraniano e é comum, também relacionada a essa condição, a ausência do reflexo nauseoso. Bom, algumas questões aqui pra gente ir exercitando. E essa questão muito simples, muito tranquila, não é somente de nomenclatura. Então, quando fala de a neurologia de ar, nojo, excepônimo. Não podemos esquecer que estão diante da neurologia do nervo hospital maior, que é o nervo relacionado ao plexo cervical. Essa outra muito interessante que fala das regene ações aberrantes do nervo facial. Mulher de 22 anos desenvolveu uma paralisia facial de bel no lado direito, concurso evolutivo de 7 dias. Foi dedicada com velaciclovia e predizona e teve recuperação praticamente completa ao final de 4 meses. Porém, ela se queixa que todas as vezes que tenta fechar o olho direito, sente pequenos abalos musculares no canto da boca. No lado direito. Qual a provável explicação para esse fenômeno? Nesse caso, aqui são as várias. As regenerações aberrantes do nervo facial, que podem acontecer como a. De free. Como por exemplo, a síndrome de a marinha amante, a síndrome da lágrima de crocodilo. Então nossa alternativa correta é a letra e. E para a gente finalizar esta aula pessoal?](https://1drv.ms/i/s!AOt8L-e67QtzmrRZ)

[O.](https://1drv.ms/i/s!AOt8L-e67QtzmrRZ)

[O segundo momento da aula de nervos cranianos, vamos falar do nervo acessório, que é um nervo puramente motor. Que transita no trígono cervical posterior e por isso pode ser comprometido num contexto de traumas por arma de fogo ou por arma branca, levando a fraqueza do trapézio e dos termocladomastoideio que. Os músculos. Únicos que são elevados pelo 11º par de nevocraniano, que é o nervo acessório. Por fim, o 12º par de negro ucraniano. É o nível hipoglusso, observamos ele aqui. Esse nível hipoglusso está relacionado à inovação dos músculos intrínsecos e extrínsecos da língua e, quando comprometido, não é necessário, diante de uma avaliação do 12º ponto, ser válido a língua em repouso e em movimentação, pois em repouso, na vigência da lesão do 12º par, a língua desvia para o lado oposto da lesão dentro da cavidade oral e quando o paciente protrai a língua, ela desvia para o mesmo lado da lesão. Então, os pacientes podem apresentar glusolegia com desvio para o mesmo lado da lesão. Faz circulações e o e o sinal do prendedor de guardanapos também ao abaixar no abaixador de língua. Quando você toca o abaixador de língua na mlíngua do paciente, você vai ter aquela região deprimida, contraída e com demora ao retorno à normalidade. Então isso é chamado de sinal do prededor de guardanapos. Então veja aqui, ó. Paciente para atrair uma língua com desviar direita. Nesse caso aqui a lesão foi bipolso à direita. Então, aqui nós temos as causas para as lesões supranucleares e lesões nucleares, no caso de lesões nucleares pensarem doença do neuronomotor, como a escleros lateral amiotrófica. Os AVCs isquêmicos neoplasias e sífilis. No caso de lesões supranucleais, as lesões isquêmicas do chamado trato córtico igual que é uma parte do trato córtico nuclear. Então era isso que eu tinha para trazer para vocês, pessoal, nessa segunda parte da aula de neutral cranianos e nos vemos na nossa próxima aula. Um abraço e até. Mais.](https://1drv.ms/i/s!AOt8L-e67QtzmrRZ)