



**Produto final do Programa de Monitoria em Anatomia Humana e
Neuroanatomia:
Dissecação do glúteo, Braço, Antebraço e Mão.**

Alunos:

Lidia Domiciano de Godoi
Heitor Fraga

Orientador:

Magno César Vieira

São Paulo - 2025

1. Material utilizado:

Foi utilizado Cabo de bisturi nº24, Lâmina de bisturi nº4, pinça dente de rato, pinça anatômica, pinça Kelly reta, tesoura de Metzenbaum reta e curva, tesoura de Mayo e porta-agulha Mayo-Hegar.



Essa imagem apresenta apenas a pinça anatômica, o cabo bisturi nº24, a lâmina de bisturi nº4, a tesoura de Mayo e a pinça Kelly reta.

2. Dissecção do Glúteo:

Para iniciar a dissecção da região glútea, foi realizada uma incisão cutânea curvilínea, contornando o contorno do músculo glúteo máximo. A primeira etapa consistiu na separação da pele e tecido subcutâneo.



2.1. Retirada do tecido adiposo:

Durante essa fase, foi possível observar a espessura considerável do tecido adiposo glúteo, especialmente nas regiões superiores e laterais, o que exigiu maior delicadeza para diferenciar os planos e manter a fáscia muscular intacta.



2.2. Separação do músculo glúteo máximo:

O músculo glúteo máximo foi separado de suas inserções e refletido, revelando as estruturas mais profundas, como o glúteo médio, músculos pelvitrocantéricos e os principais elementos neurovasculares da região, incluindo o nervo isquiático e vasos glúteos.



2.3. Limpeza das estruturas profundas e individualização muscular:

Após a reflexão do glúteo máximo, foi realizada a remoção do tecido adiposo remanescente entre as estruturas profundas da região glútea. Isso fez com que fosse visualizado de forma mais nítida e detalhada dos músculos pelvitrocantéricos, incluindo o piriforme, gêmeo superior, obturador interno, gêmeo inferior, além de

permitir o seguimento mais claro do nervo isquiático (com variação anatômica) e de ramos dos vasos glúteos

A variação anatômica do posicionamento do nervo isquiático se deve pois ele está sendo dividido pelo músculo piriforme.



2.4. Reflexão do glúteo médio e exposição do quadrado femoral

Por fim, procedeu-se à reflexão do músculo glúteo médio, permitindo maior acesso às camadas inferiores da região glútea. Essa manobra possibilitou a visualização completa do músculo quadrado femoral, anteriormente encoberto.



3. Dissecção do Braço:

A primeira etapa foi realizar uma incisão sagital superficial na face posterior do braço esquerdo, a qual se iniciava na parte posterior do ombro, cerca de 2–3 cm abaixo da espinha da escápula, e se estendia até o olécrano da ulna. Tal incisão foi feita com a lâmina de bisturi n°24.



3.1. Retirada do tecido adiposo:

Após a incisão e remoção da pele na face posterior do braço, procedeu-se com a retirada do tecido adiposo subcutâneo. Essa etapa foi essencial para permitir a adequada visualização das estruturas profundas, como o músculo tríceps braquial e o nervo radial.



A maior dificuldade observada nessa região foi a separação cuidadosa entre o tecido adiposo e a fáscia profunda, especialmente na porção proximal do braço, onde o tecido apresentava maior aderência.



3.2. Identificação e separação das estruturas musculares, nervosas e vasculares.

Com o tecido adiposo removido, iniciou-se a separação das estruturas profundas da face posterior do braço. A dissecação prosseguiu com a identificação do músculo deltóide e do músculo tríceps braquial em suas três porções (longa, lateral e medial), cuidadosamente isolando suas origens e inserções para uma melhor exposição anatômica. Em seguida, realizou-se a exploração do compartimento posterior, permitindo a localização do nervo radial, que foi identificado no sulco radial do úmero, entre as cabeças lateral e medial do tríceps. Acompanhando esse nervo, foi exposta também a artéria braquial profunda, com seus ramos colaterais.

A separação dessas estruturas exigiu precisão para evitar danos à integridade dos feixes neurovasculares, especialmente nas regiões onde se apresentavam fortemente aderidos ao tecido conjuntivo denso.



4. Dissecação da face anterior do membro superior esquerdo:

Inicialmente foram realizadas duas incisuras horizontais para delimitar a região de dissecação. A primeira acima da região cubital posterior e a segunda, mais discreta, na borda proximal do retináculo dos flexores. Em seguida, uma incisura oblíqua foi feita para separar a pele longitudinalmente partindo da linha média da incisura horizontal proximal e terminando na linha média da região distal do membro.



4.1. Separação e ancoragem da pele.

Com um bisturi e pinça foi feita a separação da pele em camada única expondo a tela subcutânea, fáscia e o tendão do músculo palmar longo. A pele foi dissecada até as áreas correspondentes aos epicôndilos medial e lateral do úmero, na região proximal, e processos estilóides do rádio e ulna, na região distal.



4.2. Remoção da tela subcutânea.

A remoção da gordura foi feita com tesoura, divulsionando a tela subcutânea das estruturas mais profundas a ela para garantir que não houvesse nenhum tipo de dano nelas. A partir dessa etapa, foi possível visualizar as fáscias dos músculos flexores e os tendões internos a elas.



4.3. Abertura das fáscias e limpeza.

A fim de apresentar vasos, nervos, tendões e feixes musculares, as fáscias foram abertas com tesoura e as bordas recortadas sempre no ponto onde a aderência com a musculatura poderia causar algum tipo de lesão às fibras musculares. A limpeza das estruturas internas foi feita sempre divulsionando com tesoura e pinças para preservar, com o máximo de qualidade, as estruturas de interesse. Vale destacar na região dissecada a passagem dos nervos ulnar e mediano (e algumas fibras do nervo radial na porção lateral), além das artérias radial e ulnar. O tendão do músculo palmar longo foi preservado durante todo o processo e os demais músculos flexores do carpo

e dos dedos, além do pronador redondo, também foram preservados e apresentados. A Dissecação visava mostrar músculos mais superficiais, porém, foi possível a visualização do músculo pronador quadrado por meio de uma divulsão perpendicular na região distal do membro.



5. Dissecação da região palmar da mão esquerda.

A incisão inicial foi feita a partir da incisão horizontal feita durante a dissecação do antebraço seguindo em direção ao ponto médio entre o terceiro e o quarto dedo. Em seguida foram feitos cortes para medial e para lateral até ancorar a pele. O corte para lateral contornou todo o polegar com o intuito de ancorar a pele na região tenar.



5.1. Remoção de gordura e exposição do músculo palmar curto e da aponeurose palmar.

Foi feita a limpeza da gordura da palma de maneira gradual devido à proximidade dela com estruturas importantes como as ramificações das artérias digitais comuns em digitais próprias e as ramificações dos nervos ulnar e mediano. Com a remoção da tela subcutânea, foi possível visualizar a aponeurose e sua bifurcação na parte distal, além de apresentar o músculo palmar curto que possui fibras muito delicadas e curtas. Logo em seguida a aponeurose foi rebatida para permitir a dissecação das estruturas profundas a ela.



5.2. Limpeza do arco palmar, dos ramos vasculares e nervosos.

Logo abaixo da aponeurose palmar se apresenta o arco palmar superficial formado pela junção da artéria ulnar com a radial e seus ramos que dão origem às artérias digitais comuns que novamente se dividem em artérias digitais próprias. É possível

visualizar também o ponto no qual a artéria ulnar adentra a musculatura para formar o arco palmar profundo. Ainda nessa porção, se apresentam os ramos do nervo mediano surgindo a partir da sua entrada pelo túnel do carpo enquanto os ramos do nervo ulnar surgem dela passando por fora do túnel.



5.3. Abertura das fáscias e apresentação de músculos.

As fáscias foram abertas evidenciando os músculos tenares (abdutor curto, flexor curto e adutor), os músculos lumbricais e os músculos hipotenares (abdutor, oponente e flexor curto).

