



**Produto Final do Programa de Monitoria em
Anatomia Humana e Neuroanatomia:
Dissecação das Regiões da Axila, Pescoço, Antebraço,
Braço e Glúteo.**

Alunos:
Gabriel Henrique Farah
Sarah Mire Mofati

Orientador:
Magno César Vieira

2025

1. Material

Conforme pode ser visto abaixo (Imagem 1), foi utilizado cabo de bisturi nº24, lâmina de bisturi nº4, pinça dente de rato, pinça anatomica, pinça kocher, tesoura de Metzenbaum reta e curva e tesoura de Mayo.



Imagem 1

2. Dissecação do braço

Primeiramente foi realizada a separação da pele através de uma incisura com bisturi na região anterior do braço esquerdo (Imagem 2), ao longo de seu eixo longitudinal, desde a face medial do músculo deltoide até a fossa cubital, para que houvesse a abertura do campo de visão até o rebatimento total da pele da região (Imagem 3).



Imagem 2



Imagem 3

2.1. Retirada de tecido adiposo.

Após a remoção da pele, o tecido adiposo subcutâneo adjacente foi completamente retirado para a exposição das estruturas do braço. O principal desafio desta etapa foi a remoção do tecido adiposo sobre os músculos, devido à sua aderência e à necessidade de preservar estruturas vasculares. Por isso, inicialmente, identificamos a veia cefálica, a fim de evitar seu rompimento. Em seguida, fizemos a dissecação cuidadosa ao redor da veia, com atenção especial para não lesar as fibras musculares subjacentes (Imagem 4).

2.2. Braço (anterior)

Desde o início dos trabalhos, o técnico Cristiano nos informou que na dissecação do braço e antebraço desse cadáver, o objetivo seria preservarmos ao máximo todas as estruturas (vasos, músculos e nervos), para que posteriormente os alunos possam ver com riqueza de detalhes o posicionamento de cada parte, sem estruturas seccionadas. Diante dessa orientação, fizemos uma limpeza cuidadosa do músculo bíceps braquial, separando as cabeças longa e curta, do músculo braquial, e do tríceps braquial, sendo que este último é visível apenas sua parte lateral, dado que não tínhamos o objetivo de dissecar a parte posterior do braço. Os eventuais restos de tecido adiposo adjacentes aos vasos e nervos presentes, tanto em planos mais superficiais, como nos mais profundos, também foram retirados, mas mantivemos pontos de ancoragem dessas estruturas nos músculos, para evitar seccionamento durante manipulações futuras por parte dos alunos de graduação (Imagens 5, 6 e 7).

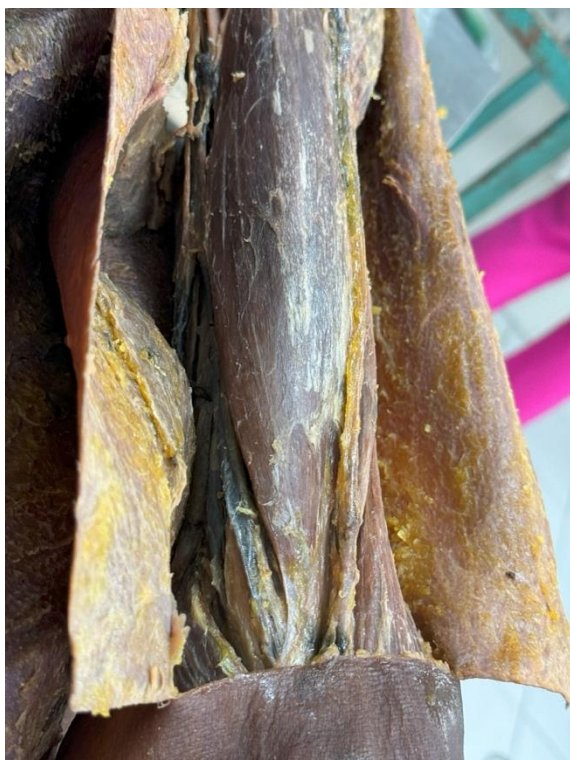


Imagem 4



Imagem 5



Imagem 6

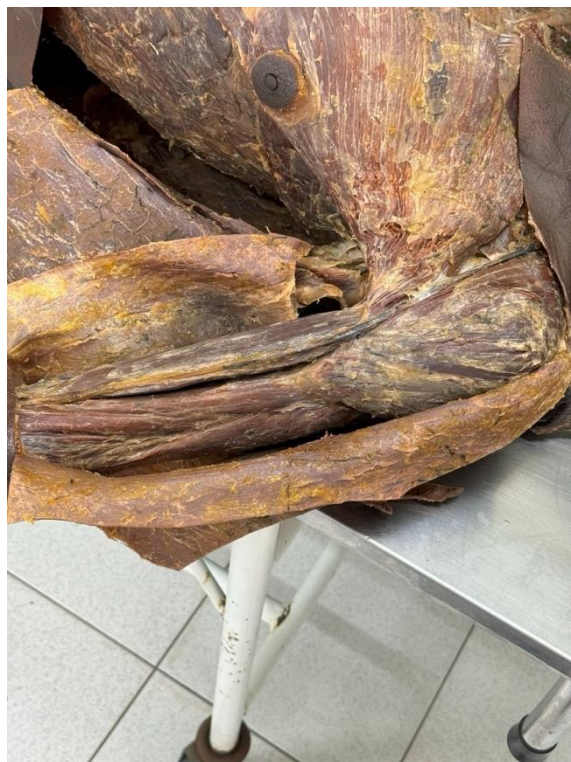


Imagem 7

2.3. Dissecação da Axila

A dissecação se iniciou pela região axilar esquerda. Vale destacar que nas Imagens 8 e 9 é possível ver o músculo peitoral maior exposto e dissecado, porém, tal trabalho de dissecação não foi realizado por nós. Inicialmente, realizamos a remoção do tecido adiposo que recobria as estruturas superficiais da axila, permitindo a exposição dos elementos neurovasculares locais.

Na Imagem 8 é possível identificar a artéria axilar, situada em posição mais profunda e com trajeto longitudinal. Anteriormente a ela, podemos observar o nervo mediano, formado pela união dos ramos da raiz lateral e medial do plexo braquial (estes não visíveis na imagem), além da veia axilar. Na face anterior do braço, podemos ver o nervo musculocutâneo dirigindo-se ao músculo bíceps braquial (Imagem 8), bem como as fibras musculares do músculo subescapular que compõem parte da parede posterior da axila.

Além disso, conforme o Técnico Cristiano havia nos informado previamente, o cadáver em estudo apresenta diversas variações anatômicas, e ao progredirmos com a dissecação da axila, nos deparamos com a veia toracodorsal, em sua confluência com a veia axilar, formando uma bifurcação, em forma de Y, e dando origem a uma espécie de arco, por onde podemos ver emergindo o nervo toracodorsal (origem nas raízes C6, C7 e C8 – surge como um ramo do cordão posterior do plexo braquial), que após atravessar essa bifurcação, continua seu trajeto para uma posição mais anterior, seguindo seu trajeto anatômico esperado (Imagem 9).



Imagem 8

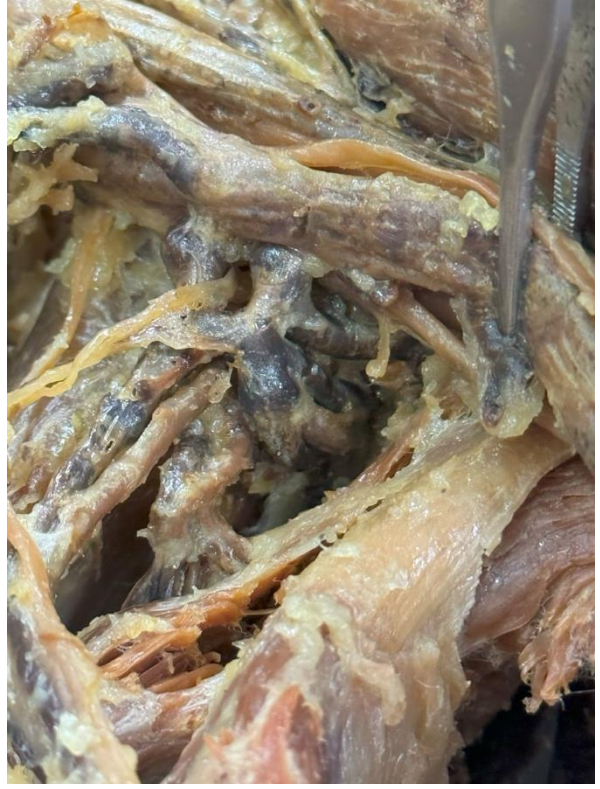


Imagem 9

2.4. Continuação da Dissecação da Axila

Continuamos com a dissecação fina da região, observamos a artéria subescapular emitindo a artéria toracodorsal, que desce acompanhada do nervo toracodorsal em direção ao músculo latíssimo do dorso, que se encontra rebatido (Imagem 10). Ambas as estruturas percorrem a parede posterior da axila. Podemos ver com mais clareza o nervo mediano, a artéria braquial, e a veia basílica, posterior ao músculo bíceps do braço. Podemos ver também a veia axilar e braquial, bem como o nervo musculo cutâneo.



Imagem 10

3. Dissecação do Pescoço

Prosseguimos com a dissecação superiormente, assim, podemos ver o tronco superior do plexo braquial, posterior ao músculo escaleno anterior, bem como o nervo supra escapular (Imagem 11).



Imagem 11

3.1. Dissecação do pescoço

Continuamos a dissecação, aprofundando a região cervical, direcionando nossa exploração para porções mais superiores. Nesta etapa, identificamos os três troncos do plexo braquial: o tronco superior, formado pela união das raízes C5 e C6; o tronco médio, continuação direta da raiz de C7; e o tronco inferior, formado pelas raízes de C8 e T1. Superiormente a essas estruturas, podemos ver a raiz do quinto nervo cervical (C5), delimitado anteriormente pelo músculo escaleno anterior e posteriormente pelo escaleno médio, além disso, também conseguimos ver a artéria subclávia inferiormente às raízes do plexo, entre C5 e C6 podemos ver a veia cervical transversa, uma variação anatômica. Todas as estruturas citadas se localizam no triângulo posterior do pescoço, delimitado pela margem posterior do músculo esternocleidomastóideo (rebatido), margem anterior do músculo trapézio e margem superior da clavícula, removida para melhor visualização.



Imagem 12



Imagem 13

3.2. Plexo cervical

Encontramos dificuldade para dissecar a alça cervical, pois é uma estrutura muito delicada. Nos aprofundamos com o objetivo de mostrar a artéria carótica comum, a veia jugular interna e o nervo vago, medialmente a essas estruturas conseguimos observar o nervo frênico, mais visível na Imagem 15. Cruzando obliquamente as estruturas, podemos ver o músculo omo-hioideo, rompido para melhor visualização das estruturas profundas.



Imagem 14

3.3. Veia tireóidea inferior

Direcionamos nosso foco para a região inferior do pescoço, aprofundando a dissecação das estruturas cervicais profundas. O foco foi a veia tireóidea inferior, tributária venosa da porção inferior da glândula tireoide, tal estrutura fica profundamente aos músculos infrahioideos, tal qual o esterno-hioideo e esterno tireóideo, rebatidos pela pinça.

A veia tireóidea inferior drena diretamente para a veia braquiocefálica, porém, a junção entre elas foi rompida. Entretanto, devido a sua localização, ambas podem ser identificadas (Imagem 15). Em continuidade, inferiormente, podemos ver o nervo frênico, facilmente identificável à esquerda do arco da aorta, esse nervo desce obliquamente sobre o músculo escaleno anterior, lateral à origem do nervo vago. O nervo frênico tem como principal função motora a inervação do diafragma, sendo de importante relevância clínica.



Imagem 15

4. Antebraço

Após finalizarmos os trabalhos no braço, prosseguimos para o antebraço. De forma análoga ao que foi feito no braço, seguimos com uma incisão longitudinal na pele, desde o ponto em que paramos anteriormente na fossa cubital, indo até o retináculo do punho, onde já havia uma incisão de uma dissecação da mão, feita previamente por outras pessoas. Realizamos toda a retirada do tecido adiposo, preservando a veia cefálica, músculos e seus tendões, além do nervo mediano, que já havia sido seccionado próximo ao retináculo por quem realizou a dissecação da mão (Imagem 16)



Imagem 16

Após esse primeiro momento, utilizando a pinça dente de rato, pinça anatômica, e a tesoura de Metzenbaum curva, prosseguimos divulsionando as estruturas e fazendo uma limpeza mais detalhada. Além disso, utilizamos o bisturi para retirar ao máximo o retináculo na região de transição entre antebraço e mão, a fim de destacar ainda mais os tendões, nervos e vasos ali presentes. Desta forma, fizemos a separação dos músculos braquiorradial, e flexores superficiais (músculos pronador redondo, flexor radial do carpo, palmar longo, e flexores dos dedos), conforme podemos ver nas Imagens 17 e 18.



Imagem 17



Imagem 18

Em seguida prosseguimos divulsionando, os músculos, os tendões, e vasos, seguindo a instrução de preservar sempre ao máximo as estruturas, para que seja possível observar as que estão mais profundas sem que haja danos para as mais superficiais (Imagens 19 e 20).



Imagem 19



Imagem 20

5. Glúteo

Os trabalhos de dissecação do glúteo (esquerdo) se deram em um cadáver distinto daquele no qual dissecamos braço, antebraço, axila e pescoço. Neste havia um desafio maior em relação ao tecido adiposo, pois apresentava uma cada bastante espessa, com diferentes colorações, devido a maior ou menor irrigação sanguínea em determinadas regiões, o que muitas vezes nos induzia a pensarmos que já estávamos próximos aos músculos subjacentes, quando, na realidade, ainda havia uma distância considerável.

5.1. Incisão e início da remoção de tecido adiposo

A incisão, conforme instrução do técnico Cristiano, iniciou na região medial, próxima ao períneo, prosseguindo de forma longitudinal, para cima, até chegar na região sacral, onde passamos a fazer uma curvatura à esquerda, seguindo até a face lateral do quadril, e então descendo de forma longitudinal até aproximadamente a região do trocanter maior. A partir desse ponto, fizemos uma última incisão horizontal, conectando até o ponto do períneo de onde partimos.

Feita essa abertura da pele, fomos rebatendo a maior parte do tecido adiposo aderido ao subcutâneo, e posteriormente aprofundamos divulsionando e cortando grandes blocos de tecido adiposos, que como informado anteriormente, possuía coloração distinta, que ia do amarelo que costumamos ver em livros e atlas, até um vermelho tendendo para o marrom nas regiões onde havia pequenos vasos (Imagem 21).

Ao chegarmos nos primeiros trechos de fibras musculares aparentes (destacados em vermelho na Imagem 22 abaixo), optamos por interromper os trabalhos e deixar alguns dias drenando todos os líquidos ali presentes, como formol, glicerina e tecido adiposo em forma mais líquida.



Imagem 21



Imagem 22

5.2. Continuação da remoção do tecido adiposo

Prosseguimos com a remoção da espessa camada de tecido adiposo subcutâneo, tivemos dificuldade devido ao grande acúmulo de gordura nessa região, característica da topografia glútea, mas ainda mais acentuada no cadáver estudado.

A retirada foi realizada aos poucos, primeiramente paralelo à pele em planos sucessivos com bisturi, a partir do momento em que encontramos o músculo glúteo máximo, fizemos a remoção com paralelamente ao músculo, para que não o rompêssemos. Vale destacar que o músculo glúteo máximo é uma estrutura volumosa e superficial da região posterior do quadril, tendo importância na extensão e rotação lateral do quadril, além de auxiliar na estabilização da pelve durante a marcha.



Imagem 23



Imagem 24

5.3. Remoção fina do tecido adiposo

Prosseguimos removendo o tecido adiposo subcutâneo, dessa vez com mais cuidado, pois já encontrávamos as fibras musculares do glúteo máximo, buscamos removê-la com precaução mantendo uma fina camada de tecido adiposo sobre o músculo, para protegê-lo do ressecamento que ocorreria ao longo do tempo.



Imagem 25

5.4. Exposição das estruturas profundas ao glúteo máximo

Após a remoção da camada de tecido adiposo da região glútea, pudemos prosseguir para a próxima etapa: Rebatimento do músculo glúteo máximo. Durante esse processo, tivemos dificuldades devido a sua forte aderência na inserção óssea, além da dificuldade em distinguir as fibras do músculo glúteo médio. Devido a isso, infelizmente, rompemos algumas fibras do glúteo máximo, próximo à sua inserção, apesar do ocorrido, não houve prejuízo das demais estruturas. Após o rebatimento, podemos agora visualizar as estruturas mais profundas, primeiro o glúteo médio, inferior ao máximo e na mesma inserção óssea, inferiormente a esses músculos, temos o músculo piriforme, transversalmente, que emerge da face anterior do sacro e se dirige lateralmente ao trocânter maior do fêmur (não visualizado na imagem). Os músculos gêmeo superior e obturador interno, não podem ser tão facilmente visualizados devido às estruturas neurovasculares que o cobrem. Inferiormente a piriforme, podemos ver o nervo isquiático, principal estrutura nervosa do membro inferior, com trajeto oblíquo descendente. Também foram visualizadas ramificações nervosas acessórias, possivelmente relacionadas aos nervos glúteos inferiores ou nervos cutâneos posteriores da coxa. Tivemos cuidado para preservar o ligamento sacrotuberal, inferiormente às essas estruturas, este ligamento se estende da margem inferior do sacro até o túber isquiático e junto com o ligamento sacroespinal, formam os forames isquiáticos, permitindo a passagem de estruturas como o músculo piriforme, o nervo isquiático, nervos glúteos superior e inferior, vasos glúteos e o nervo pudendo.



Imagem 26

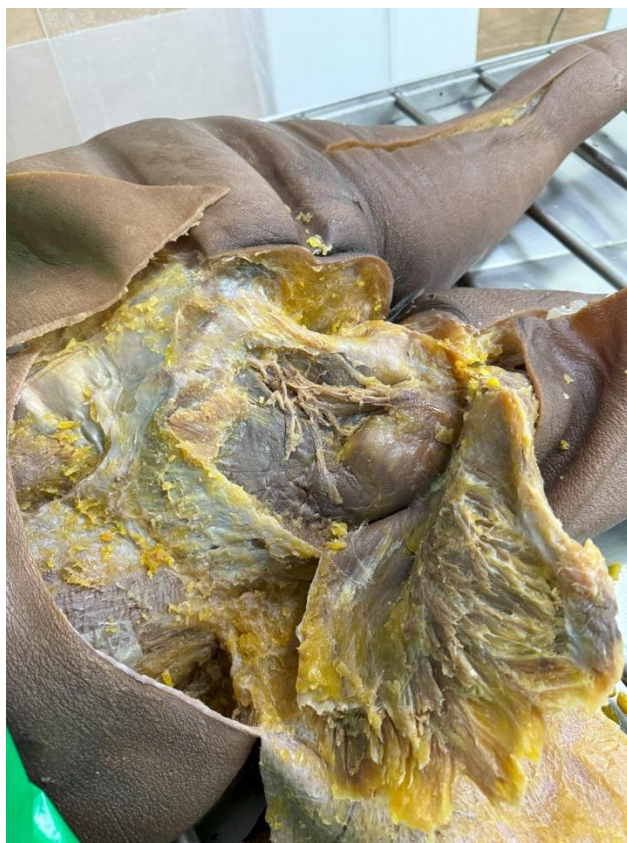


Imagem 27

6. Agradecimentos

Expressamos nossa sincera gratidão ao nosso preceptor, Prof. Magno Vieira, e ao técnico Cristiano Souza, cuja orientação e dedicação foram essenciais ao longo de nossa experiência como monitores de anatomia. Durante as atividades com os colegas do 1º e 2º semestres e nos períodos de dissecação, tivemos a oportunidade de aprender com profundidade, participar dos projetos enriquecedores acima expostos, e desenvolver habilidades fundamentais para nossa formação médica. O tempo que passamos sob sua supervisão foi de extremo valor e certamente marcará nossa trajetória profissional.

Por fim, mas não menos importante, também reconhecemos a relevância dos corpos doados ao ensino, que nos permitiram um contato direto e respeitoso com a anatomia humana. Mais do que simples instrumentos de aprendizado, esses corpos representam vidas que, em silêncio, contribuíram imensamente para o nosso crescimento. Inspirados nas palavras do médico patologista e filósofo austríaco Karl Rokitansky, lembramos que cada corpo um dia teve uma história, sentimentos e sonhos, e que hoje, mesmo sem nome conhecido, continua servindo à humanidade de forma nobre. A esses doadores, nosso mais profundo respeito e eterno agradecimento.