

Revista Argentina de Morfología

MIEMBROS FUNDADORES DE LA REVISTA ARGENTINA DE MORFOLOGÍA

| | | |
|------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------|
| Méd. Sonia M. Alonso Salas | Prof. Dr. César Aranega | Prof. Dr. Rodolfo Ávila |
| Prof. Dra. María E. Dionisio de Cabalier | Prof. Dr. Enrique Castellani | Prof. Médico Oscar Castellanos |
| Prof. Médico Rodolfo Castro Pizarro | Prof. Dr. Alberto Gustavo Corball | Prof. Médico Rubén D'Agostino |
| Prof. Dr. Luis M. Defagot | Médico Gabriel A. Femopase | Prof. Médico Joaquín Fernández |
| Prof. Dra. Mónica Glocker | Prof. Méd. Liliana Grandi | Méd. Miriam L. Hidalgo de Femopase |
| Prof. Dr. Esteban Jáuregui | Prof. Ignacio F. Lares | Prof. Lic. Oscar Alfredo Méndez Loyola |
| Prof. Dra. Rosa E. Páez | Prof. Médico Héctor Ríos | Prof. Médico Marcelo Ruggieri |
| Prof. Dr. Diego Sánchez Carpio | Prof. Dr. Carlos Sánchez Carpio | Prof. Dra. María Elena Samar |
| Prof. Dr. Néstor Simondi | Prof. Lic. Alicia Tobares | Prof. Médi. Sergio Traverso |

MIEMBROS ACTIVOS DE LA REVISTA ARGENTINA DE MORFOLOGÍA

| | | |
|------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Prof. Dr. César Aranega | Prof. Dr. Rodolfo Ávila | Téc. Lab. Rosario Barello |
| Prof. Dr. Edgardo Bettucci | Prof. Dr. Enrique Castellani | Prof. Médico Oscar Castellanos |
| Prof. Médico Rodolfo Castro Pizarro | Prof. Dra. María Rosa Chaig | Prof. Dr. Alberto G. Corball |
| Prof. Médico Esteban Criado Del Río | Prof. Médico Rubén D'Agostino | Prof. Dr. Luis M. Defagot |
| Prof. Dra. María E. Dionisio de Cabalier | Prof. Médico Gabriel A. Femopase | Prof. Médico Joaquín Fernández |
| Mgter. Méd. Vet. Noemí Friedrich | Prof. Dra. Mónica Glocker | Prof. Médica Liliana Grandi |
| Médica Miriam L. Hidalgo de Femopase | Prof. Dr. Esteban Jáuregui | Prof. Ignacio F. Lares |
| Prof. Médico Sebastián López Bubica | Prof. Dr. José M. Mariconde | Prof. Lic. Oscar A. Méndez Loyola |
| Prof. Dr. Vicente A. Montenegro | Prof. Dra. Rosa E. Páez | Prof. Médico Héctor Ríos |
| Prof. Médico Marcelo Ruggieri | Méd. Sonia M. Alonso Salas | Prof. Dra. María Elena Samar |
| Prof. Dr. Carlos A. Sánchez Carpio | Prof. Dr. Diego G. Sánchez Carpio | Prof. Dr. Néstor G. Simondi |
| Prof. Lic. Alicia Tobares | Prof. Médico Sergio Traverso | Prof. Médico Néstor Villegas |
| Méd. Federico Prieto | | |

COMITÉ EDITORIAL**DIRECTOR HONORARIO**

Prof. Carlos Sánchez Carpio

DIRECTORES EDITORIALES

Prof. Dr. Diego Sánchez Carpio

Prof. Dr. Néstor Simondi

EDITORES ASOCIADOS

Prof. Dra. María E. Dionisio de Cabalier

Prof. Dra. María Rosa Chaig

EDITOR

Sr. Alfredo E. Benito

MIEMBRO HONORÍFICO

Prof. Dr. Rogelio Pizzi

COMITÉ DE REDACCIÓN

| | | |
|-----------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Prof. Dr. Alberto G. Corball (UNC) | Prof. Dr. José M. Mariconde (h) (UNC) | Prof. Dr. Roberto Brain (UNC) |
| Prof. Dr. Vicente A Montenegro (UNC) | Prof. Dra. Onell Gabriela Asís (UNC) | Prof. Dra. Ana María Juárez (UNC) |
| Prof. Dra. María Susana Kein (UNC) | Prof. Dra. Marta Furnes (UNC) | Prof. Dra. Reina Kaplan (UNC) |
| Prof. Méd. Rodolfo Castro Pizarro (UNC) | Prof. Méd. Sergio Traverso (UNC) | Méd. Marcelo Pagani (UNC) |
| Méd. Sebastián López Bubica (UNC) | Méd. Víctor Villarroel Saavedra (UNC) | Mgter Med. Vet. Noemi Friedrich (UNC) |
| Lic. Liliana Noemí Vega (UNC) | Dra. Fon. María V. Salinas (UNSL) | Lic. Alicia Hernández (UNC) |
| Lic. Comunic. Raúl AN Falcón (UNSL) | Lic. Fon. Norma B. Hernández (UNSL) | |

CONSULTORES NACIONALES

| | | |
|----------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------|
| Prof. Dr. César I. Aranega (UNC) | Prof. Dr. Rodolfo Ávila (UNC) | Prof. Dr. Carlos F. Buonanote |
| Prof. Dr. Ricardo Cortés (UNC) | Prof. Dra. María Rosa Chaig (UNC) | Prof. Dr. Luis María Defagot |
| Prof. Dr. Ismael Fonseca (UNC) | Prof. Dr. Gustavo Irico (UNC) | Prof. Dr. Rolando B. Montenegro |
| Prof. Dr. Pedro Pizarro (UNC) | Prof. Dr. Daniel Salica (UNC) | Prof. Dr. Mario E. Zernotti |
| Prof. Dra. Marta Andrómaco (UNC) | Lic. Fonoaud. María E Funez (UNSL) | Prof. Leonor Gauna Añasco (FV-UBA) |
| Dr. Roberto M.Á. Colque (SCC) | Dr. Sergio Efrén Navarro (Méd Veterinario) | |

CONSULTORES INTERNACIONALES

Prof. Dr. Alejandro Peralta Soler (Dermatopathologist, Richfield Laboratory of Dermatopathology, Ameripath, Cincinnati, EEUU.)

Dr. Pablo Luis Sánchez (Departamento de Cirugía, División de Cirugía Cardíaca. Universidad de Maryland, EEUU.)

Prof. Marcelo N. Rivolta (Centre for Stem Cell Biology. Department of Biomedical Science The University of Sheffield, UK)

EDITORIAL

En septiembre pasado, la Asociación de Anatomistas de Córdoba (ADACO) organizó el “IXº Congreso Interuniversitario Argentino de Anatomía 2023” en la Cátedra de Anatomía Normal de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba (FCM-UNC).

Con una destacada participación local y regional, diversos ponentes compartieron experiencias científicas y avances en Ciencias Morfológicas. Los trabajos presentados durante el Congreso se detallan a continuación, extendiendo su impacto más allá de las fronteras del evento y contribuyendo al progreso de la Anatomía.

Agradecemos a todos los participantes y esperamos continuar promoviendo actividades que enriquezcan la práctica académica.

|

AUTORIDADES ADACO 2023

| | |
|------------------------|-----------------------------------------------------|
| Presidente: | Prof. Carmen Liliana Grandi |
| Vicepresidente: | Prof. Dr. Néstor Simondi |
| Prof. Consulto Asesor: | Prof. Dr. Carlos Sánchez Carpio |
| Tesorero: | Prof. Dr. Alberto G. Corball |
| Secretarios: | Prof. Sergio Traverso - Prof. C. Mauricio Quinteros |
| 1° Vocal: | Prof. Dr. Diego Sánchez Carpio |
| 2° Vocal: | Prof. Rodolfo Castro Pizarro |
| 3° Vocal: | Prof. Dr. José M. Mariconde |
| 1° Vocal Suplente: | Prof. Norah Moya - Prof. Pagani Marcelo |
| 2° Vocal Suplente: | Prof. Vicente Montenegro - Prof. Javier Recchiuto |
| 3° Vocal Suplente: | Prof. Rubén D'Agostino - Prof. Ricardo Maceira |

COMITÉ EXPRESIDENTES ADACO

Prof. Dr. Aranega César Ignacio
Prof. Dr. Jáuregui Esteban
Prof. Dra. Páez Rosa E.

AUTORIDADES "IXº CONGRESO INTERUNIVERSITARIO ARGENTINO DE ANATOMÍA ADACO 2023"

| | |
|-----------------------|-----------------------------------------|
| Presidente: | Prof. Carmen Liliana Grandi |
| Vicepresidente: | Prof. C. Mauricio Quinteros |
| Presidente Honorario: | Prof. Dr. Carlos Alfredo Sánchez Carpio |

INVITADOS

Dr. Ricardo Losardo (UBA)
Dr. Alejandro Fazio (IUCBC)
Prof. Arturo Martín Gorodner (UNNE)
Dr. Rodolfo Gargiulo (UNViMe)
Dr. Horacio Mouguelar (FCA-UCC)
Dr. Bruno Martin Giordano (FCA-UCC)

PROGRAMA

Jueves 7 de septiembre

11:00 - ACTO INAUGURAL

12:00 - Actividades en el Museo Anatómico "Pedro Ara"

14:00 - Conferencia: Prof. Gustavo A. Corball (UNC) - "Variables Anatómicas, significado e importancia en la práctica médica y en la enseñanza"

14:30 - Conferencia: Dr. Pablo Rodríguez (UNLaR) – "Aspectos Anatómicos generales"

15:00 - Dr. Horacio Mouguelar (FCA-UCC) - "Aparato de soporte pasivo de Equinos"

Dr. Bruno Martin Giordano (FCA-UCC) – "Riñones de perros y gatos. Exposición de un caso clínico"

16:00 - Conferencia: Dr. Alejandro Fazio (IUCBC) – "Anatomía del Quirúrgica en la reconstrucción de lesiones traumáticas del Pie"

Viernes 8 de septiembre

10:30 - CONFERENCIA VIRTUAL "Vascularización de los Nervios Periféricos. Aplicabilidad Quirúrgica". Prof. Arturo Martín Gorodner (UNNE)

12:00 - Actividades interuniversitarias en Ciencias de la Salud

14:00 - Conferencia: Dr. Ricardo Losardo (UBA) – "La Primera Lección de Anatomía"

15:00 - Conferencia: Dr. Rodolfo Gargiulo (UNViMe) "Mediastino"

16:00 - Conferencia: Dr. Rafael Moncho (UNC) – "Historia de la Anatomía Normal y del Museo Anatómico Pedro Ara"

17:00 Acto de Clausura y Entrega de Premios

ÍNDICE / CONTENTS

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| BASES ANATÓMICAS PARA EL BLOQUEO ANESTÉSICO DEL NERVI TIBIAL ANTERIOR. LÓPEZ BUBICAS, BRIZUELA CARBAJAL IJ, FADINI JORDAMA, GIANDON ENSEÑAT CF, ORTIZ VB, CAPELLAN R | 1 |
| DISCREPANCIAS ENTRE LA LITERATURA CONVENCIONAL Y LA REALIDAD CLÍNICA-QUIRÚRGICA: UN ANÁLISIS ANATÓMICO DEL APÉNDICE CECAL. CARRASCOTA, MARTINA JI, MELICAPAC- CIONI R, MENÉNDEZ M, MOLINA LOPEZ M, PAEZ R, THOMAS V | 2 |
| REALIDAD AUMENTADA EN LA ENSEÑANZA DE LA ANATOMÍA HUMANA. TARANTINO G, SÁN- CHEZ CARPIO CA, QUINTEROS CM | 3 |
| VARIACIONES ANATÓMICAS EN LA FORMACIÓN DEL NERVI MEDIANO. ABAD AR, AGOLTI I, FARIAS DF, FERRI PV | 4 |
| NOMENCLATURA ANATÓMICA INTERNACIONAL: SITUACIÓN EN LA CÁTEDRA DE ANATOMÍA NORMAL FCM-UNC. POSTACCHINI AVENALI MP, GRANDI CL | 5 |
| INERVACIÓN LARÍNGEA Y VARIEDADES ANATÓMICAS EN FETOS HUMANOS, CÓRDOBA, ARGEN- TINA. BONADA G, SÁNCHEZ CARPIO C, CORBALLAG | 6 |
| VARIANTES DEL RECORRIDO Y ORIGEN DE LA ARTERIA CÍSTICA. BETTUCCI E, FERNÁNDEZ DALMAU J, OLEART V, OLIVACE | 7 |
| TALLER DE NEUROANATOMÍA: EXPLORACIÓN DEL VENTRÍCULO LATERAL. PÉREZ T, RAMOS LD, PALACIO D, GIRAUDI GD, FLUCIA V | 8 |
| ELLOS TAMBIÉN RESPIRAN. TEJERINA CARILLO LE, URQUIZA S | 9 |
| REVISIÓN DE LA NEUROANATOMÍA DEL FASCÍCULO UNCINADO. NARI AM, THOMAS V, WESE- MANN HF, CARCAMO CURIQUEO FS, RAMOS DL | 10 |
| OBSERVACIÓN DE VARIACIONES ANATÓMICAS UTERINAS. SELEME JZ, SCHEURER AJ, BO- NADA G, CORBALLAG | 11 |
| NERVI CIÁTICO MAYOR: VARIACIONES ANATÓMICAS EN SU ORIGEN Y BIFURCACIÓN. BEGUE ML, MANGIAFAVE C, MORA DEL BOCA CB, SÁNCHEZ ACOSTA CL, SÁNCHEZ ACOSTA SD, VILLAGRA H JM | 12 |
| ABORDAJES ANATÓMICOS DE DISECCIÓN RENAL: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA. LUNA CANDIA MJ, SAGLIETTI S, VICCINI M, SIMONDI N | 13 |
| ANATOMÍA MICROQUIRÚRGICA DE LA CARA POSTERIOR DEL TRONCO ENCEFÁLICO. SÁNCHEZ MC, SÁNCHEZ ML, SÁNCHEZ ACOSTA CL, RAMOS LD | 14 |
| ABORDAJE ANATOMO-CLÍNICO DEL COMPLEJO LIGAMENTARIO LATERAL DE LA ARTICULACIÓN DE TOBILLO ASOCIADO A ESGUINCES. SÁNCHEZ MC, SÁNCHEZ ML, SÁNCHEZ ACOSTA CL, IBA- RRAM | 15 |
| EXPERIENCIA EN ENSEÑANZA DE TÉCNICA QUIRÚRGICA EN ESTUDIANTES DE GRADO DE LA CARRERA DE MEDICINA. D'ANGELO GIRAUDI G, WESEMANN HF, CARCAMO CU- RIQUEO FS, RAMOS LD, RECCHIUTO JD | 16 |
| VARIABILIDAD ANATÓMICA DEL CONDUCTO TORÁCICO EN FETOS EN LA CIUDAD DE CÓRDOBA, AR- GENTINA. SAGLIETTI S, MENAR V, PIZARRO LS, SÁNCHEZ CARPIO C, CORBALLAG | 17 |
| VARIANTES ANATÓMICAS DE LAS ARTERIAS POLARES DEL RIÑÓN. LOPEZ BUBICAS, GIANDON ENSEÑAT FC, HAUSBERGER V, ORTIZ V, CAPELLAN R | 18 |
| ESTRUCTURAS DE DEFENSA Y ATAQUE QUÍMICO EN INVERTEBRADOS: VARIACIONES ES- TRUCTURALES Y FUNCIONALES CON COMENTARIOS SOBRE SU EVOLUCIÓN. GARCÍA T, ROGGIO MA, URQUIZA SP | 19 |
| ACCESO QUIRÚRGICO Y PATOLOGÍA DE FRACTURA DE ESCAFOIDES. GRANADOS AJ, CORDOBA VA, RAMOS D | 20 |
| TIMO E HÍGADO EN NEONATO DE 36 SEMANAS. ANTONELLO A | 21 |
| RATA WISTAR COMO MODELO QUIRÚRGICO EN MICROQUIRÚRGÍA EXPERIMENTAL. WESEMANN HF, CARCAMO CURIQUEO FS, D'ANGELO GIRAUDI G, RAMOS LD, RECCHIUTO JD | 22 |
| REPAROS ANATÓMICOS DEL AGUJERO OBTURADOR. SU IMPORTANCIA EN LA COLOCACIÓN DE LA MALLA SLIMP. LOPEZ BUBICAS, BRIZUELA CARBAJAL IJ, HAUSBERGER V, ROMERO NA- ZAR MB, CAPELLAN R | 23 |
| VARIACIONES DE LA LONGITUD DEL INTESTINO DELGADO EN RELACIÓN CON EL SÍNDRO- ME DE INTESTINO CORTO. BECHIS M, BETTUCCI EJ, CELEDÓN ROSSI JV, CORZO RB, NEIS MA | 24 |
| ¿QUÉ ES UN CEREBRO? URQUIZA S, ROGGIO A | 25 |
| ANATOMÍA DEL NERVI RADIAL SUPERFICIAL, RIESGO EN PROCEDIMIENTOS MÉDICOS. TARANTINO G, SÁNCHEZ CARPIO CA, QUINTEROS CM | 26 |
| VARIACIONES ANATÓMICAS DEL ORIGEN DE LA ARTERIA BRONQUIAL DERECHA. LOPEZ | |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| BUBICA S, PERALTA NM, FOFRE AL, PRATO ULLAN J, SÁNCHEZ CARPIO C | 27 |
| ANATOMÍA APLICADA: "FRACTURA DE CADERA". FLORES OLDANI L, BONDI ABAD ON, GARCÍA BUSTOS L, CORVALÁN M, MOLINA LÓPEZ M, ESCOBARES FE, MONTENEGRO VA | 28 |
| COMPLICACIONES ASOCIADAS A LAS PRÁCTICAS DE PUNCIÓN LUMBAR Y ANESTESIA EPIDURAL. BASTA F, BEGUÉ ML | 29 |
| COLGAJONAS OSEPTAL: ANATOMÍA DE LA ARTERIA ESFENOPALATINA. GONZÁLEZ ABAD MS, CRIADO DEL RIO E, MARCHESINI MS, SCHEURER AJ, VALINOTTI J, DE ORO FN | 30 |
| ANÁLISIS MORFOLÓGICO DE LA ARTERIA FEMORAL PROFUNDA Y SUS RELACIONES. PÉREZ GÓMEZ G, PÉREZ MUQUINI BL, THOMAS V, SEIJAS CONCI FR, DEMARCHI MS, SPINELLI MA | 31 |
| BLOQUEOS NERVIOSOS PERIESCAPULARES PARA EL TRATAMIENTO DEL HOMBRO DOLOROSO. THOMAS V, PÉREZ GÓMEZ G, PÉREZ MUQUINI BL, SÁNCHEZ ML, TRAVERSO SG, QUINTEROS CM | 32 |
| VARIABILIDAD ANATÓMICA DE LA ARTERIA RADICULAR DE ADAMKIEWICZ. GARCÍA BUSTOS L, FLORES OLDANI L, BONDI ABAD ON, CORVALÁN M, MOLINA LÓPEZ M, ESCOBARES FE, MONTENEGRO VA | 33 |
| MICRODISECCIÓN DEL ESPACIO INFRATEMPORAL Y LÁTEROFARINGEO. FLUCIA V, RAMOS LD, PALACIO DS, D'ANGELO GIRAUDI G, PÉREZ T | 34 |
| VARIACIONES ANATÓMICAS DEL NERVIIO MEDIANO EN AXILA Y BRAZO EN FETOS DE CÓRDOBA, ARGENTINA. PRATO ULLAN J, MORA DEL BOCA CB, PIZARRO LS, CORBALL AG | 35 |
| VENA SATÉLITE DEL NERVIIO CIÁTICO: VARIACIÓN ANATÓMICA. LÓPEZ BUBICA S, HAUSBERGER V, FAZZIO M, ROBERTO V, ROMERO L, CAPELLAN R | 36 |
| TALLER DE NEUROANATOMÍA: DISECCIÓN DEL ÁNGULO PONTOCEREBELOSO A TRAVÉS DEL ABORDAJE LATERAL EXTREMO. SELEME JZ, SCHEIN VICÉNS FD, D'ANGELO GIRAUDI G, ARAGÓN LJ, ARNOSIO BASQUEZ L, RAMOS LD | 37 |
| ANATOMÍA DEL COLGAJO MUSCULOMUCOSO DE LA ARTERIA FACIAL (FAMM). CELEDON ROSSI JV, CRIADO DEL RIO E, TRINCHIERI B, TSCHOPPE E, VARGAS AIGNASSE R | 38 |
| TALLER DE NEUROANATOMÍA: DISECCIÓN DE LA VÍA ÓPTICA Y SU IMPORTANCIA ANATÓMICA. WESEMANN HF, CARCAMO CURIQUEO FS, NARIAM, THOMAS V, RAMOS LD, RUGGIERI M | 39 |
| REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y ANATÓMICA DE LA RELACIÓN ENTRE LA ARTERIA UTERINA Y EL URÉTER EN MATERIAL CADAVÉRICO Y SU IMPORTANCIA QUIRÚRGICA. LIENKA, SFEIR VELASQUEZ ER, ALTAMIRANO VYERA R, GRANDI L, PAGLIANO MV | 40 |
| TALLER DE NEUROANATOMÍA: DISECCIÓN DEL ÁNGULO PONTOCEREBELOSO A TRAVÉS DEL PEÑASCO DEL TEMPORAL. ARNOSIO BASQUEZ L, ARAGÓN LUNA J, SELEME JZ, SCHEIN VICÉNS FD, D'ANGELO GIRAUDI G, RAMOS LD | 41 |
| COMPLEJO ARTICULAR, LIGAMENTOSO Y MIOTENDINOSO DE RODILLA/ARTICULAR. ARREGUEZ RIOS MS, STURM JE | 42 |

Revista Argentina de Morfología
Año 2021, Volumen V N° 1

recursos
fotográficos
EDITORIAL

Este número está patrocinado por la
Secretaría de Extensión de la Facultad
de Ciencias Médicas - U.N.C.

Visítenos



FCM
Facultad de
Ciencias Médicas

SECRETARÍA DE
EXTENSIÓN

Editorial:

recursos fotográficos. Ramírez de Arellano 770, Planta Baja, Local Comercial 1, B° Alta Córdoba - Teléfono y fax: (54) 351-8936883 - 0351-155523555 - Córdoba - Argentina - X5000ABD - Argentina. recfot@gmail.com - www.recfot.com.ar - www.benito.com.ar

ISSN 1852-8740

Tirada 50 ejemplares. Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema alguno de tarjetas perforadas o transmitida por otro medio electrónico, mecánico, fotocopiador, registrador, etc.; sin permiso previo por escrito del Comité Editorial. All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without the prior permission in writing from the authors and Publisher. La editorial recursos fotográficos no es responsable de las opiniones, imágenes, tablas, gráficos, ilustraciones y fotos publicadas por los autores. Diseño y edición: Alfredo E. Benito

BASES ANATÓMICAS PARA EL BLOQUEO ANESTÉSICO DEL NERVIOS TIBIAL ANTERIOR

LÓPEZ BUBICA Sebastián^{1,2}; BRIZUELA CARBAJAL Ignacio José¹; FADINI JORDA María Agustina¹; GIANDON ENSEÑAT Conrado Felipe¹; ORTIZ Valentina Belén¹. CAPELLAN, Rodrigo¹

1. Cátedra de Anatomía Normal, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica de Córdoba
2. Cátedra de Anatomía Normal, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba

RESUMEN

El nervio tibial anterior es la rama interna de la división del nervio ciático poplíteo externo (peroneal nerve). Se conoce su trayecto normal, radicando su importancia en la zona del tobillo, donde pasa por debajo del tendón del hallux, y el pie, en el cual se sitúa entre el borde lateral del anteriormente dicho tendón y el borde medial del tendón del músculo extensor de los dedos; en un plano superficial a los vasos superficiales de la zona. Se realiza disección de 20 miembros inferiores fijados en formaldehído al 10% e instrumental convencional; se localizan dos sitios donde el nervio se hace más superficial. Uno de ellos en el trazado de una línea imaginaria entre los maléolos y por dentro de esta en el punto donde intercepta el borde anterior de la tibia a 1,50 cm (rango de 0,90 cm a 2,30 cm), por fuera del tendón del músculo tibial anterior. El segundo sitio, se localiza entre los tendones de los músculos externos propio del hallux medial y el extensor común de los dedos lateral, trazando una línea bimalleolar, en el punto medio a 1,50 cm (rango de 1,30 cm a 2 cm) por debajo de ella y por dentro de arteria pedia (a 0,30 mm). El reconocimiento de la anatomía permite bloquear el nervio correctamente e impedir lesiones vasculares.

Palabras clave: nervio ciático poplíteo externo, plano superficial, anestesia.

DISCREPANCIAS ENTRE LA LITERATURA CONVENCIONAL Y LA REALIDAD CLÍNICO-QUIRÚRGICA: UN ANÁLISIS ANATÓMICO DEL APÉNDICE CECAL

CARRASCO Tiziano Agustín¹; MARTINA Juan Ignacio¹; MELICA PACCIONI Rocio¹; MENÉNDEZ María¹; MOLINA LOPEZ Milagros¹; PAEZ Renata¹; THOMAS Valentín¹.

¹Cátedra de Anatomía Normal, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba.

RESUMEN

Introducción

El apéndice cecal es una estructura anatómica que se origina en el punto de convergencia de las tres tenias intestinales, específicamente en el ciego. Presenta una gran discrepancia en términos de disposición, irrigación y morfometría entre lo descrito en la bibliografía y lo encontrado en la práctica clínico-quirúrgica. Por esto creemos importante establecer un estándar fijo que reúna estas dos realidades para complementar su enseñanza.

Materiales y métodos

Se utilizó un espécimen cadavérico masculino formalizado al 10% perteneciente a la Cátedra de Anatomía Normal (FCM-UNC) en el cual se realizaron las técnicas descritas por el Dr. José Negrete Herrera para la localización de dicho elemento.

Resultados

Se identificó un apéndice cecal de unos 19 centímetros de longitud en posición retrocecal ascendente correspondiéndose con las variantes nombradas por Casado Méndez, P. R. et al. 2014 (Variantes morfométricas del apéndice cecal en el vivo Dr. Pedro Rafael Casado Méndez, I MSc.) Todo esto contrasta con lo descrito en la bibliografía tradicional que afirma: "el apéndice vermiforme es tubular y flexuoso, implantado en la parte inferior y medial del ciego, a unos 2 o 3 cm por debajo del orificio ileal. Mide unos 9 cm de longitud (...). En relación con el ciego, se distinguen apéndices: descendientes, oblicuos abajo y medialmente, que es la disposición más común (...)" (Latarjet M, Ruiz Liard A. Anatomía humana. Editorial Médica Panamericana; 1996).

Conclusión

Esta investigación confirma nuestra hipótesis. Por ello sugerimos que la enseñanza de elementos como este debería enfocarse también en la realidad clínico quirúrgica y no limitarse a patrones anatómicos preconcebidos, complementando así el aprendizaje de los estudiantes,

mejorando el conocimiento de la anatomía normal y su aplicación clínica. Todo esto con el fin de beneficiar la formación profesional.

Palabras clave: variantes morfométricas, realidad clínico-quirúrgica.

REALIDAD AUMENTADA EN LA ENSEÑANZA DE LA ANATOMÍA HUMANA

TARANTINO Gastón¹, SÁNCHEZ CARPIO Carlos Alfredo¹, QUINTEROS Carlos Mauricio¹.

1. Cátedra de Anatomía Normal. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

RESUMEN

Introducción

En el actual escenario educativo, las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) han demostrado ser fundamentales para la enseñanza y el aprendizaje. Este estudio preliminar intenta explorar el potencial de la realidad aumentada (RA) en la educación médica de grado de anatomía humana.

Material y Método

Docentes de anatomía evaluaron cinco aplicaciones gratuitas de RA en términos de contenido, interacción y facilidad de uso. Se consideraron sus opiniones y recomendaciones para seleccionar las aplicaciones más utilizadas. Estas aplicaciones se utilizarán en un futuro estudio con estudiantes cursantes de la materia anatomía humana de la carrera de medicina.

Resultados

Los docentes destacaron la inmersión proporcionada por la RA y su capacidad para visualizar estructuras anatómicas en tres dimensiones. Sin embargo, se identificaron desafíos relacionados con la disponibilidad de hardware y la necesidad de contenido más específico. La elección final de las aplicaciones se basará en estas consideraciones.

Discusión

La RA muestra un gran potencial para mejorar la enseñanza de la anatomía humana al brindar experiencias inmersivas, fusión de imágenes y reconstrucciones 3D. Los docentes reconocen su valor, pero subrayan la importancia de abordar desafíos técnicos y de contenido antes de su implementación.

Conclusión

La implementación exitosa de la realidad aumentada en la educación anatómica dependerá, de la disponibilidad de recursos técnicos, como la accesibilidad a dispositivos y la optimización de la experiencia de usuario, así como de una selección de contenido específico que

permita mejorar significativamente el proceso de aprendizaje de los estudiantes.

Palabras clave: realidad aumentada, enseñanza de anatomía, aplicaciones educativas.

VARIACIONES ANATÓMICAS EN LA FORMACIÓN DEL NERVIOS MEDIANO

ABAD Astor Ricardo¹, AGOLTI Ignacio¹, FARIAS Diego Facundo¹, FERRI Paloma Valentina¹.

1. Cátedra de Anatomía Normal, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba.

RESUMEN

Este plexo está formado por el entrelazamiento que forman los ramos terminales de los cuatro últimos nervios cervicales y del primer nervio torácico, estos ramos anteriores constituyen las raíces del plexo braquial. A través de sus ramos colaterales y terminales el plexo asegura e inervación sensitiva motora de la cintura pectoral y en miembro superior. El nervio mediano se origina de la porción axilar del plexo braquial por dos fascículos una raíz medial y una raíz lateral que se unen delante de la arteria axilar y forman la horquilla del mediano. Con el objetivo de ver dicha formación se realizó una disección de la misma, en donde se halló una variación de las relaciones en el sitio de formación del nervio mediano. Este estudio contribuye a la ampliación del conocimiento en las variaciones anatómicas de este nervio, importantes en la práctica clínica y quirúrgica.

Palabras clave: anatomía, plexo braquial, disección, anomalías anatómicas.

NOMENCLATURA ANATÓMICA INTERNACIONAL: SITUACIÓN EN LA CÁTEDRA DE ANATOMÍA NORMAL FCM-UNC

POSTACCHINI AVENALI, María de la Paz¹, Dra. GRANDI, Carmen Liliana¹.

1. Cátedra de Anatomía Normal, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba.

RESUMEN

La Nomenclatura Anatómica Internacional fue publicada en el año 1998 por el Comité Federativo de Terminología Anatómica (FCAT). Su publicación cumple con el propósito de que cada elemento anatómico sea conocido con un único nombre, siendo estos nombres descriptivos y concordantes con su ubicación anatómica y eliminando el uso de epónimos y homónimos. Hoy, 25 años después, es común en nuestra cátedra y en el mundo el uso de terminología no aceptada internacionalmente. Por esta razón surge el interés en conocer la situación de los ayudantes alumnos de la Cátedra de Anatomía Normal en lo que respecta a su conocimiento y empleo de esta nomenclatura. Se elaboró una encuesta con preguntas de formato múltiple opción a 55 ayudantes alumnos. Se incluyeron imágenes de diversas estructuras anatómicas, donde se debía identificar el término aceptado por el FCAT y luego, indicar el término más utilizado en las clases prácticas. Sólo la mitad de los ayudantes alumnos conocían la existencia de la Nomenclatura Anatómica Internacional. En promedio, lograron reconocer un 53% de los términos aceptados, pero solo el 41.81% contestó correctamente el 60% o más de las preguntas. Los resultados indican que hay un mayor reconocimiento y uso de epónimos, indicando una situación similar a la de otros países latinoamericanos. En un mundo científico cada día más interconectado, es importante utilizar un lenguaje compartido. Por eso creemos relevante reconocer la Nomenclatura Anatómica Internacional, con el fin de que estudiantes, médicos y docentes puedan establecer una comunicación más fluida y sin confusiones.

Palabras clave: terminología anatómica internacional, anatomía normal, ciencias básicas.

INERVACIÓN LARÍNGEA Y VARIEDADES ANATÓMICAS EN FETOS HUMANOS, CÓRDOBA, ARGENTINA

BONADA Guadalupe¹, SÁNCHEZ CARPIO Carlos¹, CORBALL Alberto Gustavo¹.

1. Cátedra de Anatomía Normal, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba.

RESUMEN

La Laringe dispone una inervación provista por el nervio laríngeo superior (NLS) y el nervio laríngeo recurrente (NLR). El nervio laríngeo recurrente derecho presenta una variedad anatómica por la presencia de la arteria subclavia derecha aberrante (ASDA), en donde el nervio laríngeo arriba glándula tiroides sin realizar trayecto de recurrencia. El nervio laríngeo recurrente izquierdo contornea al arco aórtico, y asciende por detrás de la glándula tiroides. En ambas regiones, las ramas del nervio laríngeo recurrente presentan relación con las ramas de la arteria tiroidea inferior (ATI). El objetivo del trabajo es determinar las variedades anatómicas fetales de la relación entre el NLR y la ATI. Se realizó la disección anatómica de material cadavérico fetal, menor a 500 gramos, de 13 a 24 semanas cedido por el Hospital Misericordia, Córdoba. Se disecaron 30 regiones de cuello alto, a las cuales se accedió mediante un abordaje anterolateral mediante instrumental de microdisección. Los hallazgos anatómicos fueron: 1 - NLR posterior a ATI (53%); 2 - NLR anterior a ATI (23,3%); 3 - NLR paralelo a ATI (6,7%); 4 - ramas de NLR entre ramas de la ATI (13,3%); 5 - Nervio laríngeo no recurrente (3,3%).

Los resultados obtenidos por la bibliografía consultada corresponden a los obtenidos en las disecciones inéditas del presente trabajo. El conocimiento de las variedades anatómicas es de importancia al momento de una intervención quirúrgica, conocer su prevalencia evitará cometer errores durante los procedimientos en la región cervical, principalmente tiroidectomías. Una lesión unilateral del NLR da lugar a disfonía, y una lesión bilateral ocasionará disnea, un riesgo de vida para el paciente.

Palabras clave: nervio laríngeo recurrente, arteria tiroidea inferior, disecciones fetales.

VARIANTES DEL RECORRIDO Y ORIGEN DE LA ARTERIA CÍSTICA

BETTUCCI Edgardo¹; FERNÁNDEZ DALMAU Josefina¹; OLEART Valentina¹; OLIVA Carolina Elisa¹

¹Cátedra de Anatomía Normal, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba.

RESUMEN

Introducción

La arteria cística se origina en la arteria hepática derecha, se dirige hacia la derecha, relacionándose con el conducto hepático común hacia posterior, con mayor frecuencia. Se tiene como objetivo, reconocer las distintas variantes en el recorrido de dicha arteria y su importancia quirúrgica.

Materiales y métodos

La búsqueda incluyó cinco preparados cadavéricos, fijados con formol 10% recolectados de la cátedra de Anatomía normal, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba. Asimismo, una búsqueda en la base de datos PubMed utilizando como palabras clave: “*cystic artery variations*”.

Resultados

Teniendo en cuenta que la longitud normal aproximada de la arteria cística es de 1,5 a 2 cm, en el total de los preparados cadavéricos (n=5) estudiados encontramos que, dos presentan arterias cortas, uno presenta una longitud normal, uno larga y uno presenta un triple irrigación, lo cual se puede comparar con el artículo ‘*The clinical anatomy of cystic artery variations: a review of over 9800 cases*’ R. G. Andall et al. (2015), encontrado durante la investigación, donde se observan arterias cortas en 98 de 1037 (9,5%) casos y arterias múltiples encontradas en (8,9 %) de los casos. Debido al reducido número de cadáveres disecados con los que se realizó esta investigación, se puede destacar que es alto el porcentaje de variantes encontradas. Sin embargo, nos comprometemos desde la Cátedra de Anatomía Normal a aumentar el estudio en disecciones cadavéricas, para seguir indagando y recolectando más información que brinde conocimientos anatómicos en la práctica quirúrgica diaria.

Palabras clave: arteria cística, variantes anatómicas.

TALLER DE NEUROANATOMÍA: EXPLORACIÓN DEL VENTRÍCULO LATERAL

PÉREZ Tomás¹, RAMOS Luis Daniel¹, PALACIO D. Santiago¹, GIRAUDI Gino D'Angelo¹, FLUCIA Valentin¹.

1. Cátedra de Anatomía Normal, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba

RESUMEN

Introducción

Los ventrículos laterales son cavidades telencefálicas comunicadas con el tercer ventrículo, cuya función es la formación y transporte de líquido cefalorraquídeo. Su compleja configuración tridimensional, profundidad y relación con áreas cerebrales elocuentes supone un reto para el médico especialista a la hora de afrontar patologías en dicha región.

Materiales y métodos

Se realizó técnica en material cadavérico masculino fijado en formol 10%. Instrumental microquirúrgico y gafas lupas para ampliación visual aportada por el área de microcirugía experimental del Instituto de Anatomía Normal (FCM-UNC).

Resultados

Se abordaron dos sitios problema de mayor frecuencia, como son el asta frontal y el atrio ventricular. Para ello se tomaron referencias craneométricas para la orientación de la disección. Por medio de una craneotomía precoronal se accede de forma paramediana aproximadamente a 4 cm de línea media en forma concéntrica con referencia sobre el nasion, aumentando posteriormente mediante resección de la porción correspondiente de la circunvolución F3 y cuerpo caloso. Se expone así el asta frontal localizando como punto de referencia el agujero de Monro con el plexo coroideo, así como también la unión de las venas septal media y talamoestriada, ésta última orientándonos hacia los núcleos de la base. Por medio de una craneotomía post coronal amplia se accede por vía trans surcal interparietal al atrio ventricular, identificando principalmente el plexo coroideo, pulvinar y pilar posterior del fórnix, asiento de las principales patologías de la región.

Discusión

Importantes vías de acceso al ventrículo lateral, cuyo conocimiento y práctica supone en disminuir el riesgo

de importantes secuelas por daño en áreas elocuentes del cerebro.

Conclusión

Abordaje complejo el cual proporciona al estudiante de grado una opción de estudio *in situ*.

Palabras clave: ventrículo lateral, abordaje quirúrgico, microcirugía.

ELLOS TAMBIEN RESPIRAN

TEJERINA CARILLO Lola Estefania¹. URQUIZA Sergio¹.

1. Facultad de Ciencias Exactas Físicas y Naturales, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

RESUMEN

Introducción

Los invertebrados medran en todos los ecosistemas aeroterrestres, aunque persisten dudas de como efectúan y regulan la respiración. Además, como la evolución de estos sistemas se produjo tanto por homología como por homoplasia sus vínculos inter e intrafiléticos son variables.

Objetivo

Caracterizar y comparar las estructuras respiratorias, su control funcional y evolución en invertebrados de respiración aérea.

Materiales y métodos

Se efectuó una búsqueda bibliográfica sobre diversos taxones de invertebrados

Resultados

Los Poliquetos poseen branquias parapodiales con una red capilar que permite la hematosi. Los Decapodos tienen branquias pequeñas alojadas en branquiosteguitos. Los Isopodos presentan branquias con pseudotraqueas. En los Bivalvos se encuentran delgadas branquias. Los Gastropodos tienen un saco pulmonar vascularizado que se encuentra en la cavidad paleal como las branquias de los anteriores. Los arácnidos presentan pulmones en libro, mientras los insectos poseen un sistema de tráqueas.

Discusión

Las estructuras respiratorias son muy variadas y evolucionaron inter e intrafiléticamente tanto independientemente como también debido a homología. Se observa así claros casos de evolución convergente incluso entre animales con cierta cercanía intrafilética, como las tráqueas de los artrópodos.

Conclusión

Esta función parece ser más plástica que otras en donde los órganos son homólogos. Esta plasticidad y convergencia se observa por ejemplo en las tráqueas

de insectos, arácnidos, miriápodos y crustáceos (como pulmones traqueales) que son estructuralmente muy similares, aunque no homólogos.

Palabras clave: homólogos, invertebrados, evolución, sistema respiratorio, branquias.

REVISIÓN DE LA NEUROANATOMÍA DEL FASCÍCULO UNCINADO

NARI Ariana Maria¹, THOMAS Valentín¹, WESEMANN Herman Federico¹, CARCAMO CURIQUEO Fabricio Sebastián¹, RAMOS Daniel Luis¹,.

1. Cátedra de Anatomía Normal, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

RESUMEN

Introducción

Las fibras de asociación son trayectos de sustancia blanca que se encargan de interconectar dos porciones de sustancia gris pertenecientes a distintos lóbulos del mismo hemisferio. La importancia de éstas es variada, pero nos centraremos en describir al Fascículo Uncinado (FU), un conjunto de fibras de asociación larga en forma de gancho que se curvan alrededor del tallo de la cisura silviana y conectan los lóbulos frontal y temporal. El FU posee un componente superior e inferior, a los cuales se le atribuyen funciones de memoria asociativa y episódica, lingüística y socioemocionales. Su alteración se relaciona con patologías como demencia frontotemporal, epilepsia, psicopatía, esquizofrenia y ansiedad.

Materiales y métodos

Se realizó una disección del sistema nervioso central en un espécimen cadavérico femenino formolizado al 10% perteneciente a la Cátedra de Anatomía Normal, FCM, UNC. Para ello se utilizó un abordaje pterional convencional, el cual posteriormente fue ampliado a uno bifrontal, llegando así a visualizar la sustancia gris cerebral, la que fue removida mediante técnica de Klingler.

Resultados y conclusión

Mediante técnica de Klingler se realizó disección progresiva de la cisura de Silvio. En su profundidad y en relación con las porciones M1 y M2 de la arteria cerebral media, se encuentra el limen insular, el cual forma parte del central core cerebral. Se logra individualizar en este punto las fibras de asociación del fascículo uncinado, el cual representa las fibras anteriores de la capsula externa. Los fascículos de asociación son considerados por los diferentes autores como elementos vitales para el correcto funcionamiento neurofisiológico. La ínsula cerebral presenta el mayor respeto en su manipulación a partir de su funcionamiento. Esta técnica de disección es de suma importancia e interés para un correcto aprendizaje anatomofisiológico acerca del SNC y algunas de sus

patologías, por lo cual, para finalizar incentivamos al ayudante alumno, a los profesores y especialistas a adquirir las habilidades de disección y búsqueda de información acerca de esos temas.

Palabras clave: fibras de asociación, disección, abordaje pterional, técnica de Klingler.

OBSERVACIÓN DE VARIACIONES ANATÓMICAS UTERINAS

SELEME Juana Zuleika¹, SCHEURER Ana Josefina¹, BONADA Guadalupe¹, CORBAL Alberto Gustavo¹.

1. Cátedra de Anatomía Normal, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba

RESUMEN

Introducción

El útero, junto con los ovarios, las trompas de Falopio y la vagina, forma parte de los genitales femeninos internos. Éste, en su etapa embrionaria, se forma a partir de los conductos de Müller. Las malformaciones müllerianas son un grupo de alteraciones ginecológicas que pueden presentar una sintomatología variable. Según la clasificación de la Sociedad Americana de Fertilidad, se clasifican las malformaciones en 7 tipos: Hipoplasia y Agenesia (I), Unicornio (II), Didelfo (III), Septado (IV), Bicornio (V), Arcuato (VI) y Relacionado con DEB (dietiltilbestrol) (VII). Nuestro objetivo, planteado desde la Cátedra de Anatomía Normal de la Universidad Nacional de Córdoba, fue observar y describir la morfología del útero en la etapa embrionaria y compararla con la bibliografía de úteros ya desarrollados.

Material y Métodos

Se trabajó con los úteros de 10 fetos femeninos, de hasta 500 gramos, de 12 semanas a 24 semanas de gestación, cedidos por el Hospital Misericordia de Córdoba. Los mismos se encontraban fijados en formol al 10% y se utilizó instrumental de microdissección para poder acceder a la pelvis.

Resultados

De los 10 fetos estudiados, se encontraron dos variaciones anatómicas presentes: bicornios parciales y completos. Se encontraron 50% bicornio parcial, 10% de bicornio completo y 40% normales, considerando normales a los úteros que presentaban un contorno externo convexo en su parte superior o fondo y una cavidad adecuada. Cabe destacar que no se detectó ninguna de las otras variaciones anatómicas previamente mencionadas, por lo cual habría un porcentaje de 50% de variaciones anatómicas en los úteros estudiados.

Discusión

Se compara los resultados obtenidos con otras

bibliografías. Se compara y la mayoría de los otros estudios tienen menos probabilidad de variaciones que nuestros datos recopilados

Conclusión

Todos los fetos diseccionados presentan un desarrollo uterino normal. Llegando al final de la semana 12, deberían dejar de presentar una forma cóncava en la parte superior. Por ende, los fetos que muestren una formación distinta después del periodo fetal tienen mayor probabilidad de resultar en úteros anómalos al nacer.

Palabras clave: fetos, desarrollo embriológico y bicornio.

NERVIO CIÁTICO MAYOR: VARIACIONES ANATÓMICAS EN SU ORIGEN Y BIFURCACIÓN

BEGUE Milagros Lucia¹, MANGIAFAVE Catalina¹, MORA DEL BOCA Candela Belén¹, SÁNCHEZ ACOSTA Candela Luján¹, SÁNCHEZ ACOSTA Santiago David¹, VILLAGRA H, Juan Manuel¹.

1. Cátedra de Anatomía Normal, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

RESUMEN

Introducción

El nervio ciático mayor es el más extenso y grueso del cuerpo. Presenta dos grandes variaciones anatómicas en su recorrido, la primera a nivel del músculo piramidal y la segunda cuando presenta su bifurcación, la cual se puede dar a diferentes alturas en la región posterior del muslo. El objetivo de este trabajo fue determinar de manera empírica las variaciones anatómicas del origen y bifurcación del nervio ciático mayor, en relación con el músculo piramidal y la fosa poplítea.

Material y Métodos

En dos cuerpos pertenecientes al material cadavérico de la Cátedra de Anatomía Normal de la Universidad Nacional de Córdoba se realizó la disección del muslo posterior en ambos miembros inferiores utilizando bisturí hoja 22 mango 4, portaagujas, pinza de disección lisa, tijera iris curva y mayo recta, aguja curva de sutura e hilo de sutura.

Resultados

En el primer cadáver, el miembro derecho presentó una división a una altura superior, a aproximadamente 2 o 3 cm de su emergencia por el borde inferior del músculo piramidal, variación del tipo G; mientras que en el miembro izquierdo se dio a un nivel inferior próximo al vértice superior de la fosa poplítea, variación del tipo A. En el segundo cadáver, se observó en el miembro inferior derecho una variación de tipo A. Mientras que, en el miembro izquierdo, variación del tipo G.

Conclusión

El conocimiento de las variaciones en el nacimiento y división del nervio ciático mayor nos permitirá un mejor conocimiento y manejo de este nervio en intervenciones, y sus posibles afecciones.

Palabras clave: anatomía, disección, cadáver, plexo sacro.

ABORDAJES ANATÓMICOS DE DISECCIÓN RENAL: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

LUNA CANDIA MJ¹, SAGLIETTI S¹, VICCINI M¹, SIMONDI Néstor G¹.

1. Cátedra de Anatomía Normal, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

RESUMEN

A lo largo de la historia de la enseñanza y aprendizaje de la anatomía humana, ha permanecido constante una técnica, la práctica de la disección. El objetivo de la presente revisión es exponer y dar a conocer los diferentes abordajes anatómicos de disección renal en cadáver. Se realizó una revisión sistemática de la literatura en primer lugar en las bases de datos internacionales de publicación de artículos de esta índole, como Pubmed y Google Academics y, en un segundo lugar, en libros físicos de técnicas de disección de la anatomía humana. Dos técnicas fueron destacadas como más relevantes, y corresponden a dos vías de acceso diferentes: La primera, obtenida del libro "Técnica de disecciones y Atlas de anatomía humana" por el Dr. José Negrette Herrera, se detalla cómo abordar la cápsula renal desde la región lumbar. La segunda, descrita en el libro "GRAY. Guía fotográfica de disección del cuerpo humano" en la que accede a estos órganos por medio de la pared abdominal anterior. Pese a los avances tecnológicos y a los métodos más modernos de enseñanza, la disección sigue siendo una pieza fundamental del plan de estudios de anatomía y la comprensión de la misma. Su utilidad también se refleja en la apreciación de los estudiantes, quienes destacan que la disección y el material cadavérico son vitales para el desarrollo de habilidades clínicas y su formación académica.

Palabras clave: riñones, anatomía, aprendizaje.

ANATOMÍA MICROQUIRÚRGICA DE LA CARA POSTERIOR DEL TRONCO ENCEFÁLICO

SÁNCHEZ María Candelaria¹, SÁNCHEZ María Lourdes¹, SÁNCHEZ ACOSTA Candela Luján¹, RAMOS Luis Daniel¹.

1. Cátedra de Anatomía Normal, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

RESUMEN

Palabras clave: anatomía sistema nervioso central, abordaje transvermiano, cuarto ventrículo, neurocirugía.

Introducción

El acceso al tronco encefálico supone el conocimiento de la configuración externa de sus componentes y accesos seguros debido a su compleja distribución compacta de sustancia gris y blanca. Su abordaje supone sortear de manera segura el cerebelo cuya ubicación limita su visualización in situ. Se expone la visualización de la cara posterior por medio de abordajes de línea media.

Materiales y Métodos

Se realizó técnica en material cadavérico femenino fijado en formol 10%. Instrumental microquirúrgico y gafas lupas para ampliación visual aportada por el área de microcirugía experimental del Instituto de Anatomía Normal (FCM-UNC).

Resultados

Por medio de una craniectomía amplia suboccipital se expuso la línea media de fosa posterior visualizando la cisterna magna, cuya apertura proporciona acceso al vermis cerebeloso y entre medio de las amígdalas cerebelosas el acceso al cuarto ventrículo. La disección de la aracnoides nos da visualización de las arterias cerebelosas posteroinferiores, una de las cuales se muestra hipoplásica en el espécimen, demostrando la dominancia derecha. Al liberar toda adherencia aracnoides y siguiendo dicha arteria encontramos la tela coroidea inferior, productora de líquido cefalorraquídeo, y a partir de su apertura la visualización del piso del cuarto ventrículo y sus componentes. La sección del vermis y a su vez de la válvula de Vieussens nos da ingreso a la cisterna de la vena de galeno, en relación directa con la lámina cuadrigémina y la región pineal, en el paso del mesencéfalo por la hendidura tentorial.

Conclusión

El conocimiento específico de la anatomía es imprescindible para la realización de intervenciones quirúrgicas, que permitan una adecuada extirpación de lesiones, con mínimas secuelas y manteniendo la funcionalidad.

ABORDAJE ANATOMO-CLÍNICO DEL COMPLEJO LIGAMENTARIO LATERAL DE LA ARTICULACIÓN DE TOBILLO ASOCIADO A ESGUINCES

SÁNCHEZ María Candelaria¹ SÁNCHEZ María Lourdes¹; SÁNCHEZ ACOSTA Candela Luján¹; IBARRA Mauro¹

¹Cátedra de Anatomía Normal, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.
²Área de Traumatología, Hospital Municipal de Urgencias, Ciudad de Córdoba, Argentina.

RESUMEN

Introducción

Una de las principales causas de consulta ante dolor y edema de tobillo son los esguinces. Siendo los más frecuentes derivados de la inversión del pie, viéndose afectados los ligamentos colaterales externos de la articulación. Este complejo está formado principalmente por los ligamentos Peroneoastragalino anterior y posterior y Peroneocalcáneo. El objetivo de este trabajo es la demostración anatómica en una disección cadavérica de este complejo ligamentario.

Materiales y Métodos

En la Cátedra de Anatomía Normal de la Universidad Nacional de Córdoba, se realizó la disección en un material cadavérico femenino de la región lateral de la articulación del tobillo derecho, utilizando bisturí, tijera Iris curva, pinza para disección con dientes.

Resultados

Reconocimiento de la ubicación anatómica de los ligamentos Peroneoastragalino anterior, extendido desde el borde anterolateral del maléolo externo a la porción anterolateral del cuerpo del Astrágalo; Peroneocalcáneo, desde el extremo inferior del maléolo externo a la porción lateral del cuerpo del calcáneo; y Peroneo Astragalino posterior extendido desde el extremos posteromedial del maléolo externo a la porción posterior del cuerpo del Astrágalo. Coincidiendo con la descripción anatómica de fuentes bibliográficas e investigaciones destinadas a la articulación.

Conclusión

La demostración de la disposición y extensión de los ligamentos colaterales externos de la articulación del tobillo a través de la disección, permite correlacionar esta anatomía con el mecanismo de lesión del esguince de tobillo en su presentación más frecuente.

Palabras clave: ligamento peroneoastragalino anterior; ligamento peroneoastragalino posterior; ligamento peroneo calcáneo; articulación tibioperoneoastragalina.

EXPERIENCIA EN ENSEÑANZA DE TÉCNICA QUIRÚRGICA EN ESTUDIANTES DE GRADO DE LA CARRERA DE MEDICINA

D'ANGELO GIRAUDI Gino¹, WESEMANN Herman Federico¹, CARCAMO CURIQUEO Fabricio S¹, RAMOS Luis Daniel¹, RECCHIUTO Javier Donato¹.

1. Cátedra de Anatomía Normal, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

RESUMEN

Introducción

La práctica es el eje fundamental en formación quirúrgica y esta hace al perfeccionamiento de la técnica. Frente a este escenario, desde el Área de Microcirugía y Microanatomía de la Cátedra de Anatomía Normal (FCM-UNC) propusimos un modelo de entrenamiento quirúrgico basado en la microcirugía experimental, con el objetivo de acercar a los estudiantes la simulación con el objetivo de afianzar la técnica y teoría necesaria para abordar con más sabiduría una primer cirugía a futuro.

Materiales y métodos

El curso se basa en 5 instancias de entrenamientos en material orgánico e inorgánico y una cirugía al final de curso que consta de una anastomosis termino-terminal de aorta abdominal. Las actividades previas a la cirugía constan de disección y sutura en materiales orgánicos cadavéricos "ala y muslo de pollo" y otros inorgánicos "sutura en látex". En cada una de estas instancias los estudiantes son cronometrados y evaluados según la escala GOALS y OSATS para el futuro análisis de los mismos.

Resultados

Disección de paquete vascular del ala "27 min", abordaje de arteria pernil "39 min", anastomosis termino-terminal de arteria pernil "17 min", tiempo total de cirugía "89 min", tiempo de anastomosis termino-terminal de aorta abdominal "18 min".

Conclusión

Los resultados muestran curvas de aprendizaje prometedoras y buscan ser aún mejores en el tiempo. El objetivo próximo es la comparación con residentes que posean o no experiencia en microcirugía para poder comparar nuevamente el método y verificar su eficacia a través de la comparación de los distintos grupos.

Palabras clave: microcirugía; cirugía; anastomosis termino-terminal; rata Wistar.

VARIABILIDAD ANATÓMICA DEL CONDUCTO TORÁCICO EN FETOS EN LA CIUDAD DE CÓRDOBA, ARGENTINA

SAGLIETTI Sofía¹, MENA R. Valentina¹, PIZARRO L. Santiago¹, SÁNCHEZ CARPIO Carlos¹, CORBALL Alberto Gustavo¹.

1. Cátedra de Anatomía Normal, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

RESUMEN

El conducto torácico (CT) es el principal colector linfático del cuerpo. Su desarrollo embrionario comienza a partir de células endoteliales mesodérmicas durante la sexta semana de gestación. En los diferentes estadios de maduración son observables atrofas diferenciadas de los conductos. Dado que en la bibliografía internacional los estudios publicados sobre el tema son escasos y aún más respecto a especímenes fetales, se propone la realización de esta investigación, con el objetivo de determinar las variedades anatómicas del conducto torácico en fetos. En 24 fetos, provenientes del Hospital Misericordia y Maternidad Provincial de Córdoba, se disecaron las regiones del mediastino y retroperitoneo para así hallar y exponer el CT. Los resultados obtenidos se tabulan en una tabla registro. La presencia del CT fue hallada en el 87,5%. El 63% de los CT presentaron trayecto identificable con el descrito en la bibliografía (variedad a). En un caso, a la cisterna del quilo fue posible describirla como un “collar de perlas”, una sucesión de dilataciones. El 12,5% de los CT presentó desembocadura derecha y el 87,5% izquierda. Además, se encontraron variedades que fueron clasificadas como: (b) CT de desembocadura derecha (12,5 %), (c) ausencia del CT (12,5%), (d) CT de nacimiento y desembocadura izquierda (4,17%), (e) CT de trayecto anterior al esófago (4,17%) y (f) CT curvo de trayecto anterior a la aorta (4,17%). Debido a las implicancias clínicas y quirúrgicas de lesiones en el CT, consideramos importante el conocimiento de sus variedades anatómicas, para prevenir errores diagnósticos o terapéuticos.

Palabras clave: disección fetal, cisterna del quilo, drenaje linfático.

VARIANTES ANATÓMICAS DE LAS ARTERIAS POLARES DEL RIÑÓN

LOPEZ BUBICA Sebastián^{1,2}, GIANDON ENSEÑAT Felipe Corrado¹, HAUSBERGER Valentin¹, ORTIZ Valentina¹, CAPELLAN Radrigo¹.

1. Cátedra de Anatomía Normal, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica de Córdoba, Argentina. 2. Cátedra de Anatomía Normal, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

RESUMEN

Las arterias polares renales son vasos inconstantes que carecen de descripciones detalladas o rutinarias en la literatura especializada. Teniendo en cuenta que la vasculatura renal compleja sigue siendo un problema que puede afectar el pronóstico de trasplante. Se realizó un análisis detallado y exhaustivo de 17 bloques, provenientes de cadáveres de evisceración provenientes de la morgue judicial. Cada bloque fue disecado minuciosamente, cuidando de no dañar el sistema arterial renal y sus ramas segmentarias, hasta el punto donde penetraban en el parénquima renal donde originan las arterias interlobulares. Las arterias polares fueron más frecuentes en el sexo masculino en un 67% y en el lado derecho 75% de los casos, demostrándose su presencia en 12, donde 5 presentaban, al menos, una arteria polar superior; 3 presentaron, al menos, una arteria polar inferior; y 4 casos presentaron, al menos, una de cada arteria polar. El origen de las ramas se encontró en un 60% de la arteria renal, 25% de las ramas pre y retropiélica y 15% directamente de la aorta abdominal.

Las arterias polares no constituyen variantes anatómicas de rara presencia y su conocimiento es imprescindible en el planeamiento de la cirugía excretora y reconstructiva nefrourológica.

Palabras clave: arteria renal, arterias polares, variantes anatómicas.

ESTRUCTURAS DE DEFENSA Y ATAQUE QUÍMICO EN INVERTEBRADOS: VARIACIONES ESTRUCTURALES Y FUNCIONALES CON COMENTARIOS SOBRE SU EVOLUCIÓN

GARCÍA T¹, ROGGIO MA¹, URQUIZA SP¹.

1. Cátedra de Morfología Animal, Facultad de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

RESUMEN

Los animales venenosos causan numerosas muertes cada año. Aunque no se los ha podido definir satisfactoriamente, todos exhibirían una glándula venenosa con su conducto, y se categorizarían en “activamente venenosos” (actualmente denominados ponzoñosos), con sistemas de inyección, y en “pasivamente venenosos” (actualmente venenosos), que no los tienen (Bücherl y Buckley 1971). Sin embargo, ciertos poliquetos y cnidarios presentan adaptaciones que desafían la definición anteriormente citada. El objetivo del siguiente trabajo fue responder al interrogante: ¿Qué es un animal venenoso? Se realizó un análisis teórico mediante revisión bibliográfica de invertebrados marinos para ajustar la definición de animal venenoso. Luego de dicha revisión, se pudo conocer que los poliquetos marinos venenosos pueden presentar dos tipos de estructuras: mandíbulas venenosas (“activamente venenosos”) y setas sin glándulas ni conductos (“pasivamente venenosos”). Los resultados obtenidos llevan a reconsiderar la definición propuesta por Bücherl y Buckley (1971). Por otro lado, en relación a los Cnidarios, estos no disponen de un sistema venenoso centralizado, sumado al hecho que ocasionalmente poseen diferentes venenos según su etapa vital. Esto último contradice la idea de que los animales optimizan el uso y composición del veneno, ya que dichos cnidarios pueden inyectar una mezcla tóxica heterogénea con diferentes funciones. De acuerdo a lo analizado, se propone una nueva definición siendo “un animal venenoso aquel que manifiesta adaptaciones fisiológicas, morfológicas o bioquímicas que le confieren la capacidad de producir y emplear sustancias tóxicas en actividades como la caza, la defensa y otros propósitos biológicos”.

Palabras clave: morfología animal; biología evolutiva; animales venenosos; animales ponzoñosos.

ACCESO QUIRÚRGICO Y PATOLOGÍA DE FRACTURA DE ESCAFOIDES

GRANADOS Álvaro Joaquín¹, CORDOBA Víctor Ariel¹, RAMOS Daniel¹.

1. Cátedra de Anatomía Normal, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba

RESUMEN

Introducción

Las fracturas de escafoides presentan desafíos quirúrgicos debido a su localización anatómica y la variabilidad en su presentación. Este estudio se propuso evaluar el acceso quirúrgico a través de la tabaquera anatómica en la disección de manos cadavéricas de género femenino y masculino, y examinar las características patológicas asociadas con las fracturas de escafoides en cada género.

Material y Método

Se llevaron a cabo disecciones en dos cadáveres, uno masculino y otro femenino. Se utilizó el acceso quirúrgico por la tabaquera anatómica para exponer el escafoides en ambos casos. Se registraron las características anatómicas relevantes y se examinaron las relaciones entre las arterias y el escafoides. Además, se analizaron los hallazgos patológicos y su distribución en cada género.

Resultados

En el cadáver masculino, se encontró que la arteria radial daba origen a la arteria del escafoides desde el lado dorsal por parte de la arteria dorsal del carpo. Por el contrario, en el cadáver femenino, la arteria del escafoides ínfima emergía de la arteria Radial específicamente de la Radio Palmar, además, se identificaron diferencias en la morfología y la densidad ósea en el área de la fractura en función del género.

Discusión

Los resultados resaltan la importancia de considerar las diferencias anatómicas y patológicas al abordar las fracturas de escafoides. La variabilidad en la vascularización y la morfología ósea puede influir en la elección del acceso quirúrgico y el manejo de estas fracturas.

Conclusión

La evaluación de la anatomía y la patología del escafoides proporciona información valiosa para el tratamiento de las fracturas. Los resultados subrayan

la necesidad de una atención individualizada según las características de cada paciente.

Palabras clave: fractura de escafoides, acceso quirúrgico, tabaquera anatómica, disección cadavérica, diferencias de género.

TIMO E HÍGADO EN NEONATO DE 36 SEMANAS

ANTONELLO, Agustina¹

1. Cátedra de Anatomía Normal, Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera Medicina, Universidad Católica de Córdoba

RESUMEN

El timo es una glándula de secreción interna situada en la parte inferior del cuello y en la cavidad torácica, anteriormente a la tráquea y a los grandes vasos del mediastino anterior. Es un órgano transitorio, En el recién nacido, el timo pesa aproximadamente 5 gr y mide 5 cm de largo, 15 mm de ancho y 1 cm de espesor. Su peso aumenta 2 g al año hasta los 3 años de edad. Relaciones: posterior tráquea y pericardio; inferoposterior tronco braquiocefálico; lateralmente nervios frénicos. El hígado es una voluminosa glándula que excreta la bilis y es fundamental en la secreción y almacenaje de glucosa, proteínas y factores de coagulación. En general se estima que valores superiores a 3,5 cm en neonatos y a 2 cm en niños.

Objetivo

Exponer las características del timo e hígado y principales relaciones en un neonato de 36 semanas
Materiales: feto formolizado al 10%, de 10 años de antigüedad; pinzas de disección; mango de bisturí 3 y 4; porta aguja; tijera Allis.

Método

Comenzamos con un corte transversal que extendemos hacia distal para levantar la piel del tórax y del abdomen; siguiendo con el orden de disección comenzamos con la extracción del tejido adiposo, con la fascia superficial, levantamiento de los músculos del tórax y abdomen, disecando los componentes óseos del tórax como la clavícula, escápula, cara anterior de los cartílagos costales y el esternón. Una vez con músculos y piezas óseas extraídas, continuamos extrayendo tejido adiposo para mejorar la visualización del hígado y del timo, lo cual nos permite exponer todas las relaciones de dichos órganos, su ubicación y características.

Resultados

Conseguimos exponer el tamaño, las relaciones del timo e hígado.

Conclusión

Con este trabajo aprendimos a abordar las prácticas necesarias para una disección, identificando los elementos en las distintas capas y elementos que fuimos visualizando, para su posterior empleo en la enseñanza de la anatomía normal en las distintas carreras de las Ciencias de la Salud.

Palabras clave: neonatos, anatomía normal, hepatomegalia, disección.

RATA WISTAR COMO MODELO QUIRÚRGICO EN MICROCIURUGÍA EXPERIMENTAL

WESEMANN Herman Federico¹, CARCAMO CURIQUEO Fabricio S¹, D'ANGELO GIRAUDI Gino¹, RAMOS Luis Daniel¹, RECCHIUTO Javier Donato¹.

1. Cátedra de Anatomía Normal, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba

RESUMEN

Introducción

La rata Wistar se caracteriza por poseer una fisiología y anatomía similar y comparable en muchos aspectos a la del ser humano. Por esta razón es utilizado como modelo de simulación para práctica quirúrgica, siendo de gran utilidad el estudio comparativo y el conocimiento previo de la anatomía humana.

Materiales y métodos

Se revisó la bibliografía disponible y actualizada al respecto. Se utilizaron cepas de rata Wistar proporcionada por el Bioterio de la Catedra de Fisiología Humana FCM-UNC. Cirugías realizadas en el Área de Microcirugía Experimental de la Catedra de Anatomía Normal FCM-UNC, mediante anestesia sedativa y disociativa.

Resultados

La circulación abdominal tiene como ejes a la aorta abdominal y la vena cava inferior. El tamaño de las mismas varía en base a la etapa del desarrollo y el sexo. El diámetro arterial promedio es de 0,2 cm mientras que el diámetro venoso triplica al anterior. Su disección implica la sección de la raíz mesentérica similar a la humana. Sus ramas colaterales simulan arteriolas, destacando las renales en diámetro y la rama lumbar que divide a la región infrarrenal en dos mitades iguales.

Conclusión

La similitud anatómica vascular entre las especies y el buen conocimiento previo de la anatomía humana, hace que constituya un elemento importante en la práctica y simulación durante la carrera de grado.

Palabras clave: cirugía, aparato circulatorio, aorta abdominal, anastomosis termino-terminal.

REPAROS ANATÓMICOS DEL AGUJERO OBTURADOR. SU IMPORTANCIA EN LA COLOCACIÓN DE LA MALLA SLIMP

LOPEZ BUBICA Sebastian^{1,2}, BRIZUELA CARBAJAL Ignacio José¹, HAUSBERGER,Valentin¹, ROMERO NAZAR María Benlén¹, CAPELLAN Rodrigo¹.

1. Cátedra de Anatomía Normal, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica de Córdoba. 2. Catedra de Anatomía Normal, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba

RESUMEN

El agujero obturador, también llamado isquiopúbico, es un gran orificio situado en la porción inferior del hueso coxal, por debajo de la cavidad cotiloidea. Circunscrito de arriba abajo por la rama horizontal y el cuerpo del pubis, y por la rama ascendente y el cuerpo del isquion. El agujero obturador tiene forma triangular en la mujer; en el hombre, el ángulo externo es más abierto, adquiriendo una forma oval con el eje mayor dirigido oblicuamente hacia abajo y atrás. A través del canal y el agujero obturador pasan el nervio y los vasos obturadores, dispuestos de arriba abajo: nervio, arteria y vena. Por lo tanto, el nervio obturador a este nivel es el más superficial. Se realizaron disecciones de 11 pelvis femeninas fijadas con formaldehído al 10%, se usó materia de disección clásico. Se realizaron mediciones utilizando distintos reparos óseos para determinar el sitio de seguridad de colocación del trocar. Podemos establecer que la zona de seguridad se halla a 2,3 cm de la rama horizontal del pubis, a 1,5 cm de la rama ascendente del isquion y a 5 cm de la tuberosidad isquiática, por lo que se determinó una distancia del nervio obturador que fue de 3,5 cm (promedio 2,8 a 3,7 cm). En nuestras disecciones, mostramos las relaciones que el nervio y los vasos obturadores guardan entre sí, la distancia entre estas estructuras y las porciones que forman el agujero obturador. Los reparos anatómicos del agujero obturador permiten determinar un punto de seguridad para la punción transcutánea de la aguja, para colocar malla slimp en pacientes afectados de incontinencia por hipermeabilidad uretral.

Palabras clave: nervio obturador, agujero obturador, malla slimp.

VARIACIONES DE LA LONGITUD DEL INTESTINO DELGADO EN RELACIÓN CON EL SÍNDROME DE INTESTINO CORTO

BECHIS Micaela¹, BETTUCCI Edgardo Juan¹, CELEDÓN ROSSI Juan Valentín¹, CORZO Rocío Belén¹, NEIS María Agustina¹.

1. Cátedra de Anatomía Normal, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba

RESUMEN

Introducción

El intestino delgado es la porción del sistema digestivo que se encuentra entre el estómago y el colon. Se considera que mide entre 6 a 7 metros y consta de tres porciones: duodeno, yeyuno e íleon. Se plantea que la longitud del intestino delgado no es de 6 a 7 metros como afirman los libros tradicionales de Anatomía Normal, si no entre 3 a 3,8 metros. Debido a esto, se debe tener en cuenta el porcentaje que mínimamente se debe preservar a la hora de practicar una resección del mismo, para evitar el Síndrome de Intestino Corto.

Materiales y métodos

Se midió un total de 12 intestinos delgados de cadáveres de la Cátedra de Anatomía Normal de la UNC y 2 intestinos delgados en pacientes vivos.

Resultados

En las mediciones de cadáveres se obtuvo una longitud media de 3,3 metros y en pacientes vivos 3,2 metros.

Discusión

La clínica asociada a intestino corto está relacionada con la zona afectada por la resección o la alteración funcional. Se necesita como mínimo un 25%-30% de intestino funcional para poder vivir, aunque el pronóstico y el manejo de esta patología están condicionados por la longitud, el tipo y el estado del intestino remanente.

Conclusión

Se destaca la importancia de ser conservador ante la necesidad de resecar parte del intestino, ya que remover el 25% de un intestino de 6 metros no sería lo mismo que resecar el 25% de 3,2 metros, como se comprobó en las mediciones realizadas.

Palabras clave: resección, asas intestinales, mediciones, absorción de nutrientes.

¿QUÉ ES UN CEREBRO?

URQUIZA Sergio¹, ROGGIO Angelina¹.

1. Facultad de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales, Universidad Nacional de Córdoba.

RESUMEN

Introducción

El cerebro podría definirse según su estructura, función u origen. Empero, diferentes estructuras pueden tener la misma función y orígenes evolutivos diferentes. Incluso, pueden tener diferentes orígenes, pero una función equivalente y con un programa de desarrollo similar, lo que sería el caso de la homología profunda. Todas estas situaciones podrían darse en el cerebro, palabra que suele evocar la de un vertebrado excluyendo a los invertebrados.

Objetivo

Acuñar una definición abarcativa de cerebro.

Materiales y métodos

Se efectuó una búsqueda bibliográfica describiendo estructuras, funciones y orígenes del cerebro de filos representativos.

Resultados

La total homología de neuronas y/o cerebros no está probada y la estructura de los tejidos nerviosos y de los cerebros presentan gran variabilidad interfilética. Incluso puede ser difícil establecer si un organismo tiene cerebro o no (medusas y equinodermos).

Discusión

Quedaría la función integradora como el eje para definir al cerebro. Incluso para las medusas, cuyos anillos neurales podrían obedecer más bien a las constricciones topológicas de su propia anatomía que a su posición filogenética, ya que efectúan tareas bastante complejas, al menos las cubomedusas. Sin embargo, parece pertinente mencionar que no puede descartarse que estas estructuras podrían ser generadas por genes heredados desde antes de la separación acontecida entre radiados y bilateria.

Conclusión

En forma tentativa podría definirse al cerebro como

cualquier concentración de interneuronas, con sinapsis uni o bidireccionales, que integren la mayoría de las entradas sensoriales en respuestas conscientes o no.

Palabras clave: cerebro, vertebrados, invertebrados, filogenética.

ANATOMÍA DEL NERVO RADIAL SUPERFICIAL, RIESGO EN PROCEDIMIENTOS MÉDICOS

TARANTINO Gastón¹, SÁNCHEZ CARPIO Carlos Alfredo¹, QUINTEROS Carlos Mauricio¹.

1. Cátedra de Anatomía Normal. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba.

RESUMEN

Palabras clave: nervio radial superficial, anatomía, lesión nerviosa periférica.

Introducción

El nervio radial superficial es uno de los ramos terminales del nervio radial, exclusivamente sensitivo, contribuye a la inervación cutánea de la región radiodorsal de la mano y al dorso de la primera y segunda falange de los tres primeros dedos. Por su característica y trayecto subcutáneo, es propenso a lesiones.

Objetivos

Caracterizar las principales causas lesionales del ramo superficial del nervio radial en procedimientos médicos.

Materiales y métodos

Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos digitales de ciencias de la salud, libros de anatomía normal y atlas de disección. Además, se practicó la disección de un cadáver a nivel del antebrazo y mano.

Resultados

La literatura consultada resalta que las lesiones del nervio radial superficial son predominantemente iatrogénicas, destacándose los accesos venosos periféricos. Otras causas descriptas menos frecuentes son las traumáticas, compresivas y los abordajes quirúrgicos ortopédicos.

Discusión

Se enfatiza la alta incidencia de lesiones iatrogénicas, especialmente aquellas vinculadas a procedimientos de acceso venoso. Esta incidencia podría estar relacionada a la frecuencia propia del procedimiento o al desconocimiento de las variabilidades anatómicas del nervio radial superficial.

Conclusión

La preponderancia de lesiones iatrogénicas resalta la necesidad de comprender la anatomía del nervio radial superficial y su interacción con las estructuras circundantes.

VARIACIONES ANATOMICAS DEL ORIGEN DE LA ARTERIA BRONQUIAL DERECHA

LOPEZ BUBICA Sebastián¹, PERALTA Noelia Mercedes¹, FOFRE Andrés Lorenzo¹, PRATO ULLAN Juanita¹, SÁNCHEZ CARPIO Carlos¹.

1. Cátedra de Anatomía Normal, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba.

RESUMEN

Es fundamental el conocimiento de la anatomía vascular, previa a la decisión terapéutica endovascular ya que puede ayudar a acortar el tiempo del procedimiento y reducir el riesgo de complicaciones. Doble circulación arterial Arterias pulmonares Arterias sistémicas Bronquiales Ortótópicas Ectópicas Colaterales no bronquiales. En el 95% de los casos, el sistema arterial sistémico es el origen del sangrado, siendo las arterias bronquiales el principal foco. Se realizó disección de 10 tórax humanos adultos fijados con formaldehído al 10%, utilizando material de disección convencional. Se observó que en el 100% de los casos el origen fue de la aorta torácica, por su cara anterolateral a la altura de T5 y T6, denominándose a este origen como arterias ortótópicas. De la variación de su origen, las que fueron descripta por Cauldwell en cuatro tipos, encontramos dos variedades, la tipo 1: donde la arteria es única y nace de un tronco común intercostobronquial en el 70% y el tipo 3: donde nace del tronco intercostobroncial como arteria única y otra arteria que nace directamente de la aorta torácica, en el 20%. Una variación ectópica encontrada fue el nacimiento directamente de la aorta torácica en el 10%. La importancia del conocimiento del origen de las arterias bronquiales es determinante desde el punto de vista hemodinámico, en las embolizaciones por hemoptisis, además toma importancia en las neumonectomías debido a que son puntos de sangrando intraoperatorios de importancia.

Palabras clave: arteria bronquial derecha, variaciones, origen.

ANATOMÍA APLICADA: “FRACTURA DE CADERA”

FLORES OLDANI Lucía¹, BONDI ABAD Oriana Nahir¹, GARCÍA BUSTOS Luisina¹, CORVALÁN Manuel¹, MOLINA LÓPEZ Milagros¹, ESCOBARES Francisco Ezequiel¹, MONTENEGRO Vicente Adelio¹.

1. Cátedra de Anatomía Normal, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba.

RESUMEN

Introducción

La articulación de la cadera está conformada por el extremo femoral proximal y el acetábulo del coxal permitiendo un amplio rango de movimientos y estabilidad. Su correcto funcionamiento es necesario para la bipedestación y marcha. Se denomina fractura de cadera cuando compromete al extremo femoral proximal, medialmente a nivel del cuello anatómico o lateralmente a nivel intertrocantérico. Esta lesión predomina en la tercera edad de vida, por traumatismos de baja energía como una caída de poca altura, en personas con disminución del capital óseo. Factores como senectud, sobrepeso, marcha inestable, malos hábitos alimenticios, alcoholismo, tabaquismo, entre otros, aumentan la incidencia de esta patología.

Objetivos

Informar a la comunidad sobre prevalencia de las fracturas de cadera y contribuir en la toma de medidas preventivas.

Material y métodos

Para la realización se dispuso de: a) textos bibliográficos recomendados por nuestra Cátedra de Anatomía FCM-UNC; b) preparados cadavéricos pertenecientes a dicha institución; c) resultados post quirúrgicos de cadera expuestos en Museo “Pedro Ara”; d) trabajos actualizados de la red de instituciones prestigiosas. Todo fue documentado fotográficamente.

Resultados

Comparamos material cadavérico de caderas normales con otras fracturadas, resaltando muy buenos resultados post cirugía protésica. Destacamos la importancia de medidas preventivas domiciliarias, hábitos alimenticios, factores de riesgo, ejercicios preventivos y fortalecimiento muscular, así como controles médicos periódicos.

Conclusiones

La aplicación de medidas preventivas en esta pa-

tología de alta incidencia contribuirá a que la comunidad se vea favorecida al atenuar los problemas presentes, por lo que consideramos fundamental instaurar estrategias extensivas en las distintas instituciones.

Palabras clave: traumatismo de baja energía, prevención de la salud, extensión universitaria.

COMPLICACIONES ASOCIADAS A LAS PRÁCTICAS DE PUNCIÓN LUMBAR Y ANESTESIA EPIDURAL

BASTA Florencia¹, BEGUÉ Milagros Lucía¹.

1. Cátedra de Anatomía Normal, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba.

RESUMEN

La punción lumbar es un procedimiento médico que se utiliza para diagnóstico, terapéutica y anestesia en la práctica médica. Consiste en la introducción de una aguja en la cisterna lumbar entre la cuarta y quinta vértebra lumbar, donde transcurre el líquido cefalorraquídeo, para extraer una muestra del mismo o bien introducir medicación con mínimo riesgo de complicaciones. La anestesia epidural es un método similar en el que se infiltra el tejido adiposo del espacio epidural y desde allí se difunde al espacio subaracnoideo, utilizado en múltiples procedimientos quirúrgicos y obstétricos. A pesar de que las técnicas se encuentran ampliamente desarrolladas, existen complicaciones y efectos adversos dados por su incorrecta ejecución, el desconocimiento de la anatomía o por la naturaleza de las intervenciones y mecanismos fisiológicos que desencadenan. En esta revisión se buscó aportar nuevo material bibliográfico con información pertinente y vigente en torno a las complicaciones de la punción lumbar y anestesia epidural. Las complicaciones más frecuentes presentadas fueron: cefalea post-punción, parestesias, náuseas y vómitos, hipotensión endocraneana, desgarro de estructuras vecinas, retención urinaria, lumbalgia, infección en el lugar de inyección, hematomas espinales epidurales, subdurales; y con menos frecuencia: parálisis de nervios craneales, hematomas subaracnoideos, lesiones de los nervios por toxicidad y tumores epidermoides espinales. Teniendo en cuenta su frecuencia, gravedad y causas, destaca la importancia del adecuado entrenamiento al personal de salud sobre la correcta realización de las técnicas, el cuidado periprocedimiento y el conocimiento de la anatomía, para minimizar las complicaciones y tratar a tiempo sus consecuencias.

Palabras clave: subaracnoideo, cefalea, bradicardia, raquídeo, conducto vertebral.

COLGAJO NASOSEPTAL: ANATOMÍA DE LA ARTERIA ESFENOPALATINA

GONZÁLEZ ABAD Melisa Sofía¹, CRIADO DEL RIO Esteban¹, MARCHESINI María Sol¹, SCHEURER Ana Josefina¹, VALINOTTI Joaquín¹, DE ORO Federico Nicolás¹.

1. Cátedra de Anatomía Normal, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba.

RESUMEN

Uno de los enfoques quirúrgicos más utilizados para el acceso a la región selar es el abordaje endoscópico transnasal transesfenoidal y, para la reconstrucción de los defectos duros que trae consigo, en el año 2006 Hadad y col. describen un colgajo vascularizado a través de la arteria septal posterior rama terminal de la arteria esfenopalatina. La utilización del colgajo nasoseptal (CNS) se ha convertido en una herramienta crucial en la reconstrucción de la base craneal anterior. Este colgajo ofrece numerosas ventajas, como la disponibilidad de tejido autólogo y la capacidad de proporcionar una barrera efectiva entre el espacio intracraneal y las cavidades nasales minimizando el riesgo de fístula de LCR, meningitis y neumoencéfalo. Sin embargo, la aplicación exitosa de este colgajo depende en gran medida de una comprensión detallada de la anatomía vascular circundante, en particular de la arteria esfenopalatina y su rama terminal, la arteria septal posterior. Con el desarrollo de este trabajo se busca lograr la identificación de la arteria esfenopalatina y realizar una descripción detallada de su topografía y trayecto. Esto se llevó a cabo a partir de material bibliográfico disponible y de la disección de material cadavérico. Para ello se accedió a una mejor visualización del septum nasal a través de la resección de la pared externa de las fosas nasales. La combinación de sólidos conocimientos anatómicos junto con una técnica quirúrgica precisa se vuelve fundamental para garantizar el éxito en los resultados obtenidos mediante la aplicación de este colgajo.

Palabras clave: colgajo nasoseptal, arteria esfenopalatina, arteria septal posterior, cirugía de la base del cráneo.

ANÁLISIS MORFOLÓGICO DE LA ARTERIA FEMORAL PROFUNDA Y SUS RELACIONES

PÉREZ GÓMEZ Guillermina¹, PÉREZ MUQUINI Brisa de Lourdes¹, THOMAS Valentín¹, SEIJAS CONCI Facundo Ramiro¹, DEMARCHI María Sol¹, SPINELLI Marcos Abel¹.

1. Cátedra de Anatomía Normal, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba.

RESUMEN

femoral; bloqueo nervioso; variantes, triángulo femoral.

Introducción y objetivo

El presente estudio busca analizar la relación de la arteria femoral profunda (AFP) con la arteria femoral (AF) y el nervio femoral (NF). La AFP surge como rama de la AF a la altura del triángulo femoral. El origen de la AFP es muy variable siendo el posterior el más frecuente (38,8%), seguido por orígenes posterolateral (34%), lateral 21,7%, posteromedial (2,6%), medial 2,5% y anterolateral con 0,4%. El NF es un ramo terminal del plexo lumbar que se ubica lateral a la AF en el triángulo femoral y por fuera de la vaina femoral. El conocimiento de las variantes de la AFP y su relación con los elementos mencionados es de importancia en la realización de procedimientos de la región femoral.

Materiales y métodos

Se realizó disección en una región anteromedial del muslo correspondiente a un espécimen cadavérico formolizado al 10% perteneciente a la cátedra de Anatomía Normal (FCM-UNC). Se individualizó la AFP donde se analizó origen, ramificaciones y relaciones.

Resultados

La disección anatómica reveló el nacimiento de la AFP desde la cara posterior de la AF a la altura del triángulo femoral. El NF se encontró anterior a la AFP y fuera de la vaina femoral.

Conclusión

Si bien los resultados sugieren uno de los patrones más comunes de origen de la AFP, se debe tener en cuenta las demás variantes debido a su alta frecuencia e importancia intraoperatoria, crucial para los médicos que realizan procedimientos en la región femoral (bloqueo del NF, cateterismo de la AF, ligadura de los vasos femorales, etc.), con el objetivo de disminuir el riesgo de lesiones iatrogénicas.

Palabras clave: anatomía, nervio femoral; arteria

BLOQUEOS NERVIOSOS PERIESCAPULARES PARA EL TRATAMIENTO DEL HOMBRO DOLOROSO

THOMAS Valentín¹, PÉREZ GÓMEZ Guillermina¹, PÉREZ MUQUINI Brisa de Lourdes¹, SÁNCHEZ María Lourdes¹, TRAVERSO Sergio Gustavo¹, QUINTEROS Carlos Mauricio¹.

1. Cátedra de Anatomía Normal, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba.

RESUMEN

Palabras clave: bloqueo neural, nervio axilar, nervio supraescapular, plexo braquial.

Introducción y objetivo

El hombro doloroso es una patología muy frecuente relacionada a la afección musculotendinosa del manguito rotador, entre los diversos tratamientos se incluye el ortopédico, quirúrgico y rehabilitación. Como alternativas terapéuticas, exploramos el potencial de los bloqueos nerviosos periescapulares del nervio axilar (NA) y del nervio supraescapular (NSE) en el manejo de esta patología.

Materiales y métodos

Se realizaron disecciones de ambas regiones escapulares de un espécimen cadavérico femenino formolizado al 10% perteneciente a la Cátedra de Anatomía Normal (FCM-UNC). Se utilizaron técnicas específicas de disección, con el objetivo de localizar continente y contenido del espacio axilar medial, lateral y posterior.

Resultados

Encontramos una precisa disposición de las estructuras nerviosas en los espacios axilares, destacando la relación entre el nervio axilar y el nervio supraescapular con las estructuras circundantes.

Discusión

Diversos autores proponen como alternativa terapéutica bloquear la inervación sensitiva del hombro, obteniendo mayor analgesia postquirúrgica, recomendándola también como opción para el manejo ambulatorio del dolor. Aunque se requiere un conocimiento de la anatomía normal periescapular de las ramificaciones del plexo braquial.

Conclusión

El presente estudio ratificar la constancia de la anatomía de la región periescapular, aunque se requieren mayor número de disecciones, el soporte bibliográfico admite mínimas variaciones de la anatomía neurovascular periescapular.

VARIABILIDAD ANATÓMICA DE LA ARTERIA RADICULAR DE ADAMKIEWICZ

GARCÍA BUSTOS Luisina¹, FLORES OLDANI Lucía¹, BONDI ABAD Oriana Nahir¹, CORVALÁN Manuel¹, MOLINA LÓPEZ Milagros¹, ESCOBARES Francisco Ezequiel¹, MONTENEGRO Vicente Adelio¹.

1. Cátedra de Anatomía Normal, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba.

RESUMEN

Introducción

La arteria de Adamkiewicz (AAK) es el principal vaso irrigador de la médula espinal desde el 8º nivel torácico hasta el cono medular. Su lesión iatrogénica puede dañar neurológicamente por isquemia de médula espinal. Por lo tanto, la identificación preoperatoria de la AAK es fundamental para la prevención de dicho suceso.

Objetivos

Describir posibles variaciones anatómicas de la AAK y su implicancia quirúrgica.

Materiales y métodos

Se utilizó un espécimen cadavérico femenino formolizado al 10% de la Cátedra de Anatomía Normal (FCM-UNC) para realizar laminoplastia a puertas abiertas. Se emplearon pinzas de disección común, tipo Addson, Kerrison y gubia, mangos de bisturí n°4 con hoja n°24, escoplo y periostótomo. Identificada la arteria, evidenciamos su trayecto utilizando tinta roja a base de aceite diluida en alcohol al 70%.

Resultados

Se identificó que la AAK nacía unilateralmente del lado izquierdo, a nivel del segmento medular T9. Esto fue comparado con el estudio de investigación de Dominik Tattera et al. 2019 (Artery of Adamkiewicz: a meta-analysis of anatomical characteristics) 1 que incluye 60 estudios publicados entre 1989 y 2017. Revelaron que la AAK estaba en la mayoría de la población (84,6%), frecuente como único vaso (87,4%) originada en el lado izquierdo (76,6%) entre T8 y L1 (89%).

Conclusión

Basándonos en posibles variaciones anatómicas de la arteria de Adamkiewicz, recomendamos identificarla antes de practicar procedimientos quirúrgicos vasculares y endovasculares en la médula espinal toracolumbar para

evitar daño neurológico postoperatorio.

Palabras clave: irrigación de médula espinal, prevención de lesiones.

MICRODISECCIÓN DEL ESPACIO INFRATEMPORAL Y LÁTEROFARINGEO

FLUCIA Valentin¹, RAMOS Luis Daniel¹, PALACIO D. Santiago¹, D'ANGELO GIRAUDI Gino¹, PÉREZ Tomás¹.

1. Cátedra de Anatomía Normal, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba.

RESUMEN

Introducción

La fosa infratemporal es un espacio en la base del cráneo cuyo acceso y disección se encuentra limitado por su profundidad y estructuras óseas que la rodean. La resección parotídea permite la disección de los espacios laterofaríngeos con sus componentes neurovasculares. Importante abordaje para el cirujano de cabeza y cuello hacia la base del cráneo.

Materiales y métodos

Se realizó técnica en material cadavérico masculino fijado en formol 10%. Instrumental microquirúrgico y gafas lupas para ampliación visual aportada por el área de microcirugía experimental del instituto de anatomía normal - FCM - UNC.

Resultados

Se realizó un abordaje lateral, preauricular posterior a la mandíbula. Por medio de una parotidectomía parcial se tiene control del nervio facial hasta su ramificación y la arteria carótida externa en su bifurcación, continuando en dirección de la arteria maxilar interna, el cual describe un trayecto sinuoso medial y ascendente en dirección de la fosa pterigopalatina, previa intersección con el nervio dentario inferior, continuación de la rama mandibular del nervio trigémino. A través del diafragma estíleo se visualiza el componente vasculonervioso del cuello alto, cruzados por los pares craneales bajos. Nuestro abordaje tuvo como límite las apófisis pterigoides, con una amplia visualización laterofaríngea, útil para el estudiante de grado para su identificación.

Discusión

Frecuente e importante vía de acceso de fosa infratemporal y espacios laterofaríngeos, con complejas relaciones neurovasculares cuyo conocimiento es crucial para el cirujano para evitar complicaciones.

Conclusión

Abordaje complejo el cual proporciona al estudiante

de grado una opción de estudio in situ.

Palabras clave: fosa subtemporal, cirugía de base del cráneo, abordaje quirúrgico.

VARIACIONES ANATÓMICAS DEL NERVIOS MEDIANO EN AXILA Y BRAZO EN FETOS DE CÓRDOBA, ARGENTINA

PRATO ULLAN Juanita¹, MORA DEL BOCA Candela Belen¹, PIZARRO Luis Santiago¹, CORBALL Alberto Gustavo¹.

1. Cátedra de Anatomía Normal, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba.

RESUMEN

El nervio mediano, es un nervio mixto rama terminal del plexo braquial, que contiene fibras procedentes de las cinco raíces que conforman este plexo. El objetivo fue investigar las variedades anatómicas en la formación del nervio mediano y su comunicación anormal con otras ramas terminales del plexo braquial. También, determinar la bilateralidad de estas, su incidencia según sexo y destacar su importancia clínica. Se disecaron 30 regiones axilares y anteriores de brazos correspondientes a 15 fetos, provenientes del Hospital Misericordia y la Maternidad Provincial de la Ciudad de Córdoba, de hasta 500 gr, de 16 a 24 semanas de gestación, fijados en formol al 5%. Los especímenes, se colocaron en posición decúbito supino y se accedió a la zona a través de un abordaje anterior utilizando técnicas e instrumental de microdissección. Se encontraron 4 tipos de variedades: IIb (3 raíces, la raíz extra proviene del nervio musculocutáneo); IIc (3 raíces, la raíz extra proviene de la rama anterior del tronco medio); VI (rama comunicante con el nervio musculocutáneo) y VIIc (la rama anterior del tronco medio forma la raíz lateral del nervio mediano). 25 regiones se hallaron sin particularidades (83,33%) y 5 con variedades (16,67%). Las variaciones tipo IIb y VI se presentaron en 2 plexos, y las del tipo IIc y VIIc solo en uno. Conclusión: El conocimiento de estas variaciones nos permite generar un registro con el propósito de prevenir errores diagnósticos por síntomas atípicos y lesiones iatrogénicas por confusiones en los procedimientos quirúrgicos y por anestesia.

Palabras clave: nervio mediano, variaciones, fetos.

VENA SATÉLITE DEL NERVIU CIÁTICO: VARIACIÓN ANATÓMICA

LÓPEZ BUBICA Sebastián^{1,2}, HAUSBERGER Valentin¹, FAZZIO Marco¹, ROBERTO Valentina¹, ROMERO Lucas¹, CAPELLAN Rodrigo¹.

1. Cátedra de Anatomía Normal. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Católica de Córdoba. 2. Cátedra de Anatomía Normal. Facultad de Ciencias de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba.

RESUMEN

Introducción

Hemos encontrado con muy poca frecuencia una vena que acompaña por su cara profunda al nervio ciático, que aparentemente no presenta ningún cambio hemodinámico de la circulación. Se supone que consiste en una aberración embrionaria que no se reabsorbe en la etapa fetal tardía. En disecciones de embriones la vena recoge la sangre de la parte posterior del miembro inferior.

Objetivos

Identificar la persistencia de esta vena en cadáveres adultos.

Material y Métodos

Se disecaron 12 miembros inferiores de cadáveres adultos y 8 miembros de fetos sin distinción de sexo, fijados con formol al 10% y materia de disección convencional.

Resultados

De las disecciones de los cadáveres adultos solo se encontraron en tres especímenes en el miembro inferior izquierdo, 25%, la misma se origina como un colateral de la vena poplítea, ascendiendo por la cara profunda del nervio ciático y terminando de dos forma diferentes se anastomosa con la última perforante y termina en la vena femoral profunda, la otra variante es la que termina anastomosándose con la vena femoral común. En las disecciones fetales se observa 5 especímenes con esta variación, 62,5%, de los cuales en el 100% se presenta bilateralmente.

Discusión

Concluimos que es una vena que se existe en la etapa feta para luego ir atrofiándose y reabsorbiéndose en la etapa feta, para quedar como vena aberrante al finalizar la gestación.

Conclusión

A pesar de que es una variación muy poco frecuen-

te, hay que tenerla en cuenta en cirugías vasculares o de la cara posterior del muslo.

Palabras clave: vena aberrante, nervio ciático.

TALLER DE NEUROANATOMÍA: DISECCIÓN DEL ÁNGULO PONTocerebeloso A TRAVÉS DEL ABORDAJE LATERAL EXTREMO

SELEME Juana Zuleika¹, SCHEIN VICÉNS Fabricio David¹, D'ANGELO GIRAUDI Gino¹, ARAGÓN Luna Julieta¹, ARNOSIO BASQUEZ Lucas¹, RAMOS Luis Daniel¹.

1. Cátedra de Anatomía Normal, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba.

RESUMEN

foramen magno, nervio facial, nervio trigémino, nervio vestibulococlear, abordaje quirúrgico.

Introducción

El ángulo pontocerebeloso es un espacio ubicado a nivel de la fisura del mismo nombre, ocupando aproximadamente de 4 a 5 cc de volumen en la fosa posterior craneal. Su acceso se ve limitado por el hemisferio cerebeloso el cual descansa sobre el peñasco homolateral. Se describe aquí su estudio a partir del abordaje lateral extremo retrosigmoideo, diferenciando su variación paracondilar y transcondilar.

Material y método

Se realizó técnica en material cadavérico masculino fijado en formol 10%. Instrumental microquirúrgico y gafas lupas para ampliación visual aportada por el área de microcirugía experimental del Instituto de Anatomía Normal (FCM).

Resultado

La experiencia demuestra una óptima visión de los complejos neurovasculares inferior y medio, así como control vascular a partir de la disección de los segmentos V3 y V4 de la arteria vertebral. Como principal limitación, el hemisferio cerebeloso cuya agresiva movilización puede provocar lesiones en el mismo, el cual mejora a partir de la exposición de la cisterna magna y su comunicación con el cuarto ventrículo para evacuación de líquido cefalorraquídeo. La resección parcial del cóndilo occipital mejora la exposición y manejo del complejo inferior.

Discusión

Importante vía de acceso de fosa posterior, el cual requiere particular entrenamiento del neurocirujano para su uso y minimizar complicaciones.

Conclusión

Abordaje neuroquirúrgico el cual proporciona al estudiante de grado una opción de estudio in situ.

Palabras clave: cisterna magna, arteria vertebral,

ANATOMÍA DEL COLGAJO MUSCULOMUCOSO DE LA ARTERIA FACIAL (FAMM)

CELEDON ROSSI Juan Valentín¹, CRIADO DEL RIO Esteban¹, TRINCHIERI Benjamín¹, TSCHOPP Eugenia¹, VARGAS AIGNASSE Ramiro¹.

1. Cátedra de Anatomía Normal, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba.

RESUMEN

Palabras clave: reconstrucción, defectos intraorales, vasos faciales, comisura labial, conducto de Stenon.

Introducción

El colgajo musculomucoso de la arteria facial (FAMM por sus siglas en inglés) permite la reparación de pequeños y medianos defectos intraorales. Se encuentra conformado por mucosa, submucosa, músculo buccinador, arteria facial y en algunos casos por la vena facial. Presentamos un estudio con fines descriptivos con el objetivo de comunicar los resultados obtenidos a partir de las mediciones de los reparos anatómicos empleados para la confección del colgajo FAMM.

Materiales y métodos

La muestra incluyó material cadavérico adulto de ambos sexos (3 cabezas, considerando un total de 6 hemifaros) fijados en formol al 5%, pertenecientes a la Cátedra de Anatomía Normal de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba.

Resultados

Tomando como referencia la comisura labial, la distancia media hasta la arteria facial fue de 1,6 cm. Por otro lado, teniendo en cuenta la desembocadura del conducto de Stenon la media fue de 1,1 cm.

Discusión

La literatura revela la utilidad de FAMM dependiendo de la experiencia del cirujano en la reconstrucción de defectos bucales. No se conocen complicaciones importantes en el sitio donante excepto la paresia del nervio marginal. Su capacidad de estiramiento y la curva de aprendizaje mínima lo convierten en un colgajo robusto y versátil.

Conclusión

Teniendo en cuenta que una de las principales ventajas de este procedimiento es la ausencia de cicatrices externas, se debe evaluar la distancia a la cual se encuentra el vaso de la comisura labial para no generar retracciones y las complicaciones que estas acarrearán.

TALLER DE NEUROANATOMÍA: DISECCIÓN DE LA VÍA ÓPTICA Y SU IMPORTANCIA ANATÓMICA

WESEMANN Herman F¹, CARCAMO Curiqueo Fabricio S¹, NARI Ariana María¹, Thomas Valentín¹, RAMOS Luis Daniel¹, RUGGIERI Marcelo¹.

1. Cátedra de Anatomía Normal, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba

RESUMEN

Introducción

La vía óptica tiene la función de captar y transmitir los estímulos visuales a la corteza visual. La disección de esta vía nos permite conocer la neuroanatomía regional, sistémica y funcional así como también las complicaciones que presentan ciertas estructuras de difícil acceso.

Materiales y métodos

Se realizó una disección de sistema nervioso central en una pieza cadavérica conservada en formol al 10% en la cual se realiza una craneotomía para luego realizar la disección de la cavidad orbitaria dejando ver el globo ocular y anexos, seguida de la disección de las fibras nerviosas del hemisferio cerebral izquierdo mediante la utilización de la técnica de Klingler.

Resultados

El trayecto de las fibras de la vía óptica inicia en la retina dando origen al nervio óptico, para posteriormente formar el quiasma óptico y continuar como tracto óptico hasta el cuerpo geniculado lateral del tálamo de donde parten las fibras geniculocalcarinas hasta la corteza visual primaria.

Discusión

La anatomía de la vía óptica se ve sometida a diversos procesos patológicos en sus distintos niveles y por causas variables, ya sean de origen compresivo, vascular e iatrogénico entre otros.

Conclusión

El conocimiento anatómico del recorrido de la vía óptica y sus relaciones con sus elementos vecinos es de vital importancia para comprender los procesos fisiológicos y patológicos a los que se encuentra expuesta.

Palabras clave: fibras nerviosas, método Klingler, nervio óptico, asa de Meyer.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y ANATÓMICA DE LA RELACIÓN ENTRE LA ARTERIA UTERINA Y EL URÉTER EN MATERIAL CADAVERÍCO Y SU IMPORTANCIA QUIRÚRGICA

LIEN Keyla Alejandra¹, SFEIR VELASQUEZ Elías Ramón¹, ALTAMIRANO VYERA Ramiro¹, Dra. GRANDI, Liliana¹, Dra. PAGLIANO María Veronica¹.

1. Cátedra de Anatomía Normal, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Argentina.

RESUMEN

Introducción

La arteria uterina es una de las colaterales de la arteria hipogástrica o ilíaca interna. En la base del ligamento ancho, el uréter está cruzado hacia adelante por la arteria uterina a 15 mm del cuello. La cirugía ginecoobstétrica puede complicarse con una lesión ureteral en 0,5% a 1% de los casos. El 75% de las lesiones ureterales se vinculan con la histerectomía total o subtotal.

Objetivos

General: Observar la relación anatómica entre la arteria uterina y el uréter en la cavidad pelviana femenina y su relevancia quirúrgica.

Específicos: Diseccionar la arteria uterina y uréter en su porción pelviana, en material cadavérico. Analizar la bibliografía disponible sobre la relación anatómica de la arteria uterina y el uréter. Analizar la importancia quirúrgica de la relación anatómica entre la arteria uterina y el uréter en las histerectomías totales o subtotales.

Materiales y métodos

Se llevo a cabo la disección de la región pelviana de un cadáver de sexo femenino de la Cátedra de Anatomía Normal de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba.

Resultados

En la disección cadavérica encontramos que la arteria uterina, en su recorrido, cruza efectivamente al uréter de afuera hacia adentro, por delante del mismo.

Discusión y conclusión

Se demuestra y reafirma la relación entre la arteria uterina y el uréter encontrada en la disección cadavérica con los datos recopilados en las bibliografías de Anatomía Normal. Tanto la proximidad y adherencia entre ambas estructuras como la relación cercana al útero, sumado a la complejidad que implica el acto quirúrgico dentro de la cavidad pélvica, explican la aparición de lesiones ureterales. Se destaca la importancia de conocer la anatomía de esta zona para poder ligar la arteria uterina sin dañar el uréter y permanecer alerta tanto durante el acto quirúrgico, para su ubicación y resolución, como durante el periodo postoperatorio, para su sospecha ante indicios

de lesión ureteral, incluida fiebre, oliguria y dolor en fosa ilíaca o flancos, lo que obliga a una evaluación inmediata mediante estudios complementarios.

Palabras clave: anatomía humana, arteria hipogástrica, arteria uterina, uréter, histerectomía.

TALLER DE NEUROANATOMÍA: DISECCIÓN DEL ÁNGULO PONTOCEREBELOSO A TRAVÉS DEL PEÑASCO DEL TEMPORAL

ARNOSIO BASQUEZ Lucas¹, ARAGÓN Luna Julieta¹, SELEME Juana Zuleika¹, SCHEIN VICÉNS Fabricio David¹, D'ANGELO GIRAUDI Gino¹, RAMOS Luis Daniel¹.

1. Cátedra de Anatomía Normal, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba.

RESUMEN

Introducción

Las cisternas pontocerebelosa y cerebelomedular lateral son espacios subaracnoideos de la fosa craneal posterior confinados entre el cerebelo y tronco encefálico hacia posterior y medial, y del peñasco hacia anterior. Se describe aquí su estudio a partir del abordaje presigmoideo transpetroso, con una variante supratentorial.

Material y método

Se realizó técnica en material cadavérico masculino fijado en formol 10%. Instrumental microquirúrgico y gafas lupa para ampliación visual aportada por el área de microcirugía experimental del Instituto de Anatomía Normal (FCM). Resultado: La vía requiere una cuidadosa progresión a través del peñasco, con exposición de la porción mastoidea del nervio facial y conductos semicirculares hacia anterior, y del seno sigmoide hacia posterior, espacio denominado triángulo de Trautmann, después de la resección completa del laberinto óseo. Su combinación con una craneotomía temporal proporciona la exposición del ángulo pontocerebeloso hasta la unión petroclival, con un óptimo control de los complejos neurovasculares medio y superior junto al acceso de la cisterna prepontina con un control mínimo sobre la arteria basilar con mínima retracción cerebelosa. Al ser combinado por una vía supratentorial aporta visión hacia la cisterna ambiens y tercio posterior del seno cavernoso.

Discusión

Importante vía de acceso de fosa posterior, cuya técnica requiere la práctica previa del neurocirujano para su uso y minimizar complicaciones.

Conclusión

Abordaje neuroquirúrgico el cual proporciona al estudiante de grado una opción de estudio in situ y estudio de la configuración interna del peñasco del temporal.

Palabras clave: ángulo pontocerebeloso, cisterna pontocerebelosa, fosa craneal posterior, complejos neurovasculares, abordaje neuroquirúrgico.

COMPLEJO ARTICULAR, LIGAMENTOSO Y MIOTENDINOSO DE RODILLA/ ARTICULAR

ARREGUEZ RIOS Mauro Sebastián¹, STURM Joana Elizabeth¹.

1. Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica de Córdoba

RESUMEN

Introducción

La articulación de la "rodilla" une el muslo a la pierna y pone en contacto 3 huesos: fémur, tibia y rótula. Desde el punto de vista mecánico está compuesta por la articulación femorotibial y la articulación femoropatelar. Sus superficies articulares están conformadas en su parte superior por los cóndilos femorales y hacia inferior se encuentran las mesetas tibiales las cuales dan inserción a los meniscos. Estas articulaciones cumplen varias funciones; una estática en la cual toma importancia anatómica y funcional su aparato ligamentario, meniscos lateral medial y sus ligamentos y una función de estabilización dinámica la cual está conformada por los músculos que la rodean.

Objetivo

Exponer el complejo articular, ligamentoso y miotendinoso de la rodilla, mediante la técnica de disección, para facilitar el conocimiento anatómico.

Método y materiales

Estructura corporal formolizada al 10%, 10 años de antigüedad; mango de bisturí y hojas de bisturí; porta aguja; pinzas con y sin dientes; guantes de látex. Se comienza disecando de un cadáver la región de la rodilla, por la piel, luego la fascia superficial, venas y nervios, el tejido adiposo, la fascia profunda, hasta llegar a que queden expuestos los componentes óseos, miotendinosos y ligamentarios del complejo articular de la rodilla.

Resultados

Se puede exponer el complejo articular ligamentoso, miotendinoso y articular de la rodilla.

Conclusión

Se trabajó con técnicas de disección en cadáveres y nos permitió afianzar y reforzar los conocimientos previos anatómicos sobre las estructuras musculares, ligamentosas y óseas que componen el complejo de la rodilla.

Palabras clave: ligamentos, complejo articular, rodilla, meniscos, cuerpo, disección.

REVISTA ARGENTINA DE MORFOLOGIA

NORMAS DE PUBLICACIÓN

1- **Contenido:** la Revista Argentina de Morfología es la revista oficial de la Asociación de Anatomistas de Córdoba, que se publica semestralmente, constituyendo los dos números anuales un volumen. Considerará para su publicación trabajos relacionados con todas las temáticas de las Ciencias Morfológicas desde una perspectiva multidisciplinaria e interdisciplinaria, en las siguientes áreas: Anatomía e Histología humanas, animal y vegetal, Embriología, Bioética, Epidemiología, Investigación básica y clínica, Educación e Historia de las Ciencias Morfológicas.

2- **Condiciones:** Los trabajos que se reciban para su publicación se aceptarán sobre la base de ser originales e inéditos, y que no hayan sido publicados total o parcialmente, ni remitidos a otra revista o medio de difusión. Los editores informarán a los autores de la recepción del trabajo. Todo material propuesto para su publicación será revisado por el Comité Editorial y enviado para su evaluación a dos evaluadores externos. Los autores recibirán los comentarios de los evaluadores debiendo incorporar las modificaciones sugeridas. La REVISTA ARGENTINA DE MORFOLOGIA se reserva el derecho de aceptar o rechazar los artículos y hará sugerencias para mejorar su presentación.

3- **Tipos de artículos:** la revista publica artículos originales, editoriales, artículos de revisión, ensayos, actualizaciones, casos clínicos, conferencias, comunicaciones breves, cartas al editor.

4- **Presentación de los artículos:** los artículos podrán redactarse en español, inglés o portugués. Mecanografiados a doble espacio, en páginas numeradas desde la correspondiente al título, escritas en una sola carilla, fuente Times New Roman 12. El texto se entregará por triplicado, en hojas tamaño A4, acompañado de disco compacto en Word, indicando en la etiqueta el número de versión, título del artículo y el nombre del autor principal. En archivo aparte se enviarán las figuras, gráficos y tablas.

5- **Referencias bibliográficas:** Serán enumeradas en hojas diferentes a las del texto, con números arábigos de forma consecutiva a su aparición en el texto, según las Normas Vancouver, que se pueden consultar en la dirección electrónica: http://www.fisterra.com/recursos_web/mbe/vancouver.asp#ejemplos

LIBROS Y MONOGRAFÍAS

Autor. Título. Edición. Lugar. Editorial y año

Lolas, F. *Bioética: el diálogo moral en las ciencias de la vida. Segunda Edición. Santiago de Chile. Editorial Mediterráneo, 2001.*

CAPÍTULO DE UN LIBRO

Autor del capítulo. Título del capítulo. En: Apellido del autor del libro. Título del libro. Edición. Lugar. Editorial, año. Volumen y páginas consultadas y serie.

Ocaña Riola, R. *Análisis descriptivo. En: Burgos Rodríguez, Rafael. Metodología de Investigación y escritura científica en clínica. Segunda Edición. España. Escuela Andaluza de Salud Pública, 1996. 131-154*

ARTÍCULO DE REVISTA

Autor. Título del artículo. Título de la Revista. Año; vol: (n°), páginas.

Medrano MJ, Cerrato E, Boix R, Delgado-Rodríguez M. Factores de riesgo cardiovascular en la población española: metaanálisis de estudios transversales. *Med Clin (Barc)*. 2005; 124 (16): 606-612.

DOCUMENTOS ELECTRÓNICOS: ARTÍCULO DE REVISTA EN FORMATO ELECTRÓNICO

Francés I, Barandiarán M, Marcellán T, Moreno L. Estimulación psicocognoscitiva en las demencias. *An Sist Sanit Navar [revista en INTERNET, o revista online o revista en línea] 2003 setiembre-diciembre. [acceso o citado 19 de octubre de 2005]; 26(3). Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol26/n3/revis2a.html>*

NO SE DEBEN INCLUIR:

- Resúmenes o abstracts de presentaciones a congresos.
- Publicaciones internas de instituciones públicas o privadas.
- Datos sin publicar.

DATOS SIN PUBLICAR: ESTA INFORMACIÓN SE CITA EN EL TEXTO DE LA SIGUIENTE MANERA:

- según Polak (sin publicar)
- according to Polak (unpub. data)

ARTÍCULOS EN PREPARACIÓN Y ARTÍCULOS EN ETAPA DE REVISIÓN PERO NO ACEPTADOS AÚN:

- según Polak (in litt.)
- according to Polak (in litt.)

COMUNICACIONES PERSONALES

- según Polak (com. pers.)
- according to Polak (pers. comun.)

ARTÍCULOS ORIGINALES:

Con una extensión máxima de 12 páginas, incluyendo texto, ilustraciones y referencias. Las secciones se ordenarán por separado, de la siguiente manera: * primera página o página del título; segunda página, resumen estructurado (objetivo, materiales y métodos, resultados, principales conclusiones) en el idioma original del trabajo y en inglés y hasta cinco palabras clave después del resumen; a partir de la tercera página, el texto dividido en Introducción, Materiales y Métodos, Resultados, Discusión.

En la página del título se indicarán los siguientes datos: título del trabajo en el idioma original y en inglés, nombre y apellido de los

autores, nombre completo y dirección del centro o institución donde se desarrolló el trabajo, título abreviado de hasta 40 caracteres incluyendo los espacios, dirección del autor responsable del trabajo y correo electrónico para la correspondencia y fuente de financiación de la investigación realizada, si corresponde.

Fotografías, gráficos y figuras deberán ser de buena calidad y tendrán una dimensión máxima de 10 x 15 cm. Se citarán en el texto por orden de aparición.

Las imágenes podrán ser en color o blanco y negro. En las imágenes microscópicas incluir técnica de coloración y aumento según el objetivo utilizado o la escala. En hoja aparte se incluirán los pies de figura debidamente numerados. Las tablas se incluirán en número de una por hoja, con su número y enunciado. Tablas, gráficos y figuras deberán ser lo suficientemente autoexplicativos para que no se necesite remitirse al texto para su comprensión.

ARTÍCULOS BREVES (SHORT COMMUNICATIONS)

De estructura similar a la de los artículos originales, escribir introducción, materiales y métodos, resultados y discusión en un solo bloque, con una extensión máxima de 3 páginas.

ARTÍCULOS DE REVISIÓN (REVIEW)

Constará de introducción, desarrollo según el tipo de estudio, conclusiones. Se puede acompañar de resumen, cuadros, figuras y referencias. Debe incluir un análisis crítico de la literatura y datos propios de los autores.

EDITORIALES

Sección que se aceptará sólo por invitación para expresar una opinión, reflexión o punto de vista sobre un asunto de actualidad o para comentar algún artículo reciente de particular interés. Abarcará una o dos páginas, tendrá un firme sustento científico y puede incluir algunas referencias.

ENSAYO

Sección de análisis y reflexión de contenido analítico, que expresa la opinión del autor sobre un tema específico o de actualidad, constará de introducción, desarrollo y conclusiones, en un texto de una a dos páginas, con firme sustento científico y pocas o ningunas referencias

ACTUALIZACIONES

Estos trabajos descriptivos en los que se expone una visión global y actualizada sobre la situación de un área podrán ser tan extensos o breve como se requiera.

CASOS CLÍNICOS

En estos trabajos se presentarán resumen, introducción, presentación del caso clínico, discusión, referencias.

6- Remisión del manuscrito: El manuscrito se enviará a la dirección postal Chubut 419 B° Alberdi Córdoba CP 5000, y/o al correo electrónico: recfot@gmail.com . Ética: cuando se informen trabajos con pacientes, cadáveres o animales, es indispensable tener la aprobación del Comité de Ética de la institución donde se realizó el estudio y estar de acuerdo con la última revisión de la declaración de Helsinki.

7- Nomenclatura: La terminología utilizada estará de acuerdo a la última edición de Anatomic Terminology, Nomina Anatómica Veterinaria, Terminología Histológica (Federative International Committee on Anatomical Terminology – FICAT –)

8- Costo de publicación y separatas: El costo de las imágenes en colores correrá por cuenta de los autores. Costo por artículo: 25 dólares. Costo de 10 separatas: 25 dólares.

9- Fotografías: Deberán enviarse en imágenes digitales con terminación .jpg, de más de 300 dpi, nítidas y bien definidas. En el pie de figura de cada imagen anotará la palabra clave que identifique el trabajo, el número de la ilustración y apellido del primer autor. Si la fotografía se incluyera en material previamente publicado, deberá acompañarse de la autorización escrita del titular de los Derechos de Autor. Todas las imágenes deberán citarse en el texto en orden de aparición. Las gráficas, dibujos y otras ilustraciones deben dibujarse o elaborarse con un programa de computación y adjuntarlas al mismo CD del texto; se debe señalar en la etiqueta el programa utilizado.