

Resúmenes**III JORNADAS ARGENTINAS DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN EN ANATOMÍA CLÍNICA. “ENSEÑAR Y APRENDER INVESTIGANDO”**

Salta, Argentina, 18 al 20 de setiembre de 2014

Conferencias**ANATOMÍA APLICADA DE LA CISTERNA SUPRASELAR**

Marcelo ACUÑA

Laboratorio de Neuroanatomía, Instituto de Morfología J. J. Naón, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires

Las cisternas son dilataciones del espacio subaracnoideo y están ampliamente comunicadas entre sí; desde un punto de vista didáctico, y por las estructuras que albergan, en algunos sectores estas dilataciones poseen un nombre propio. La cisterna supraselar es un espacio subaracnoideo amplio situado en la línea media, por encima del diafragma selar y del quiasma óptico. El límite anterior está definido por el borde posterior del giro recto del lóbulo frontal, el tracto olfatorio y el sector anterior de la cisura interhemisférica; su límite lateral está dado por el uncus del temporal, que le da una forma cóncava hacia fuera; el límite inferior lo definen el diafragma selar y la silla turca; el espacio perforado anterior, el infundíbulo, los tubérculos mamilares y la membrana de Liliequist limitan la porción posterior. Esta membrana es una formación aracnoidal incompleta y de grosor variable que se extiende desde el dorso de la silla turca a los tubérculos mamilares y el hipotálamo, y la separa de la cisterna interpeduncular. La cisterna esta en íntima relación con los nervios, quiasma y cintillas ópticas; el círculo arterial cerebral y sus ramas, la porción inferoanterior del hipotálamo y el infundíbulo. En la resonancia magnética se observa perfectamente su ubicación y forma, especialmente en los cortes axiales, donde se aprecia su forma de hexágono o, menos frecuente, de pentágono. Se encuentra rodeada por las cisternas de la lámina terminal, paraselares e interpeduncular, y penetra a través del orificio del diafragma selar en la silla turca. Es una estructura trascendental, tanto por su ubicación central, como por sus relaciones con estructuras vitales. La adherencia de la aracnoides a las estructuras adyacentes hace dificultosa su visualización completa en el material cadavérico, dado que, al elevar la base del cerebro, la membrana aracnoidal se rompe. Se visualiza mejor visualización durante los procedimientos quirúrgicos o en estudios de resonancia magnética.

PALADAR HENDIDO: PERSPECTIVA DESDE LA EMBRIOLOGÍA

Rodolfo E. ÁVILA

Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba

La comprensión de los trastornos del desarrollo y crecimiento (dismorfias) que afectan a la boca se logra a través del conocimiento de la embriología e histología de las estructuras que la constituyen. Estas dismorfias son de etiología desconocida por lo tanto su clasificación se basa principalmente en las características morfológicas. La cavidad nasal y la cavidad bucal se desarrollan a partir de la cuarta semana y en su morfogénesis participa el ectodermo del estomodeo, el endodermo de la faringe primitiva y el ectomesénquima de la región. Los tejidos de la cara se desarrollan desde ambos lados de la línea media. El labio se forma durante la quinta y sexta semana. Por su parte, el paladar se desarrolla entre la quinta y la décimo segunda semana a partir del segmento intermaxilar y de los procesos palatinos laterales. Se conoce como campo del desarrollo a la parte del embrión que reacciona como una unidad coordinada ante los efectos del crecimiento y la diferenciación. Un defecto de campo monotópico incluye anomalías contiguas por ejemplo: labio y paladar hendidos. En muchos casos se combinan ambos defectos, labio y paladar (LPH), pudiendo ser también unilaterales o bilaterales. Su embriogénesis dependerá de la combinación de los defectos y son fallos del desarrollo del segmento intermaxilar, de los procesos palatinos laterales y del proceso maxilar. El LPH primario puede ser completo e incompleto. Cuando es completo existe poca proyección de la punta nasal, domo nasal deprimido, columnela corta y desviada y el ala nasal deprimida en el lado de la fisura. El paladar hendido posee una incidencia de 1 por cada 2500 recién nacidos vivos y se caracteriza por un defecto a nivel del paladar que permite la comunicación anormal entre las cavidades nasal y bucal. Puede afectar al paladar en toda su longitud o solo una pequeña porción: úvula bifida. Se lo considera de etiología multifactorial y es más frecuente en el sexo femenino. El labio y paladar hendido se asocia con mucha frecuencia a síndromes cromosómicos, como la trisomía 13 y 18, y al efecto de agentes teratogénicos como

los anticonvulsivantes, retinoides, vitamina A, tabaco, alcohol y corticoides entre otros. También otros factores como deficiencias de vitaminas B y ácido fólico, las madres obesas y padres de mayoría de edad. El tratamiento de los pacientes con labio y paladar hendido requiere un manejo multidisciplinario e integral para proveer condiciones óptimas estructurales, funcionales y estéticas en los tejidos blandos y duros. Se sugiere comenzar desde el primer mes de vida lo que permite mejorar su aspecto facial permitiendo al niño su adaptación social.

QUÉ TRABAJOS SE CONSIDERAN COMO ANATOMÍA CLÍNICA PARA PUBLICACIÓN - LA REVISTA ARGENTINA DE ANATOMÍA CLÍNICA EN EL CONTEXTO MUNDIAL

Susana N. BIASUTTO

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

Se define como "Anatomía Clínica" a la Anatomía aplicada a la práctica médica o la aplicación práctica del conocimiento anatómico al diagnóstico y/o tratamiento. Este sencillo y amplio concepto, en algunas oportunidades resulta insuficiente para resolver situaciones particulares cuando se refiere a la aceptación de trabajos científicos para publicación. Que se trate de Anatomía macroscópica, microscópica o veterinaria; que la aplicación clínica sea potencial o real, no establecería una diferencia. Para definir si consideramos un manuscrito como de Anatomía Clínica es esencial que ambos aspectos estén claramente explicitados: los elementos anatómicos involucrados y la aplicación clínica o, a la inversa, el procedimiento clínico y las bases anatómicas correspondientes. Este es el criterio general con que nos regimos en la Revista Argentina de Anatomía Clínica y es el concepto prevalente a nivel internacional. La Revista Argentina de Anatomía Clínica ha logrado, en pocos años, posicionarse entre las revistas científicas de morfología más reconocidas del mundo. El prestigio alcanzado nos obliga a seguir trabajando cada vez más eficientemente para brindar un mejor servicio y tener la estabilidad deseada. Hemos mantenido estrictamente la periodicidad establecida. Se recibieron artículos cuyos autores proceden de 35 países diferentes, de todos los continentes. Somos reconocidos por la calidad del trabajo de revisión de manuscritos, el nivel de los revisores y la agilidad del proceso. Contamos con indexación en Latindex, Ashok Chakra Library, DOAJ, EBSCO, HINARI, MJL y Open J-Gate. En el último año recibimos 3.484 visitas, que accedieron a 12.294 páginas, provenientes de 80 países. El reciente "Debate" sobre uso y procuración de cadáveres, con participantes de todos los continentes, ha despertado un notable interés y esperamos que sirva para instalar la discusión sobre el tema. La Revista es de todos y los invitamos a participar, a contribuir a su crecimiento y a ser parte de sus logros.

ANATOMÍA DE LA FUNCIÓN: UN CONCEPTO FUNDAMENTAL EN CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA

Luis E. CRIADO del RÍO

Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba

La cirugía reparadora es por excelencia la rama de la cirugía encargada de resolver problemas.

Hay reportes de procedimiento reconstructivos de épocas remotas incluso de antes de cristo, especialmente en oriente. En ciertas áreas del cuerpo humano después de una resección oncológica reconstruir el defecto creado constituye un desafío, no solo por la apariencia y la estética sino también por la función que cumplía el tejido removido. Es por ello fundamental a la hora de reparar un defecto conocer la

función del tejido sacrificado y tratar de reemplazarlo haciendo una reconstrucción biológica o protésica aunque en muchas oportunidades la parte estética pase a un segundo plano.

CUAL ES EL LUGAR DE LA PLATAFORMA VIRTUAL EN LA ENSEÑANZA APRENDIZAJE DE LA ANATOMÍA CLÍNICA

Constanza DIEDRICH

Universidad Nacional de Salta

Las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TICs) constituyen un factor que han acelerado y modificado los procesos de manejo de la información y las comunicaciones. El desarrollo de estas competencias implica la exigencia de cambios profundos en la pedagogía, nuevos enfoques y otras formas de aprendizaje y enseñanza, modificándose el papel tradicional del profesor y del estudiante. Anatomía Humana ha sido tradicionalmente una materia troncal en la educación médica, sin tener en cuenta las naciones o especialidades. La utilización de espacios virtuales para la formación ha generado nuevos tipos de espacios de enseñanza y también de aprendizaje, que pueden contribuir a través de diversas herramientas a potenciar los procesos de enseñanza y aprendizaje de la Anatomía. Por todo ello, es necesario revisar los roles clásicos del profesor y los alumnos. En el primer caso, es necesario determinar cuáles son las estrategias que permitirán desarrollar sus funciones en un entorno de estas características. Los entornos virtuales ofrecen múltiples oportunidades para sustentar un modelo didáctico centrado en el alumno, ya que las herramientas tecnológicas que los componen, junto con las estrategias de aprendizaje que pueden proponerse a partir de ellas, exigen que el estudiante adopte un rol activo e interactivo en su proceso de formación. Centralizar la acción docente en el estudiante significa focalizar la docencia en el diseño de espacios y situaciones de aprendizaje. No sólo hay que seleccionar los contenidos, sino también el tipo de interacción que el estudiante tiene que establecer con éstos. La actividad es, por lo tanto, el elemento clave, el núcleo en torno al cual se organiza la docencia y se da sentido al aprendizaje de los estudiantes. El modelo educativo integra tres elementos esenciales que confluyen en el diseño de las actividades de aprendizaje: a) los recursos de aprendizaje, b) la colaboración y c) el acompañamiento. El aula virtual es el espacio específico en el que confluyen y se interrelacionan la presencia docente, la presencia social y la presencia cognitiva: los contenidos y recursos, los compañeros y el docente. Apostar por metodologías de aprendizaje colaborativo implica otorgar un papel fundamental a los procesos comunicativos, de trabajo conjunto entre los estudiantes (presencia social) en el diseño de las actividades de aprendizaje. El acompañamiento implica adoptar un papel de guía, de orientador, dar apoyo al estudiante, dinamizar la acción de éste a lo largo de su proceso de aprendizaje y ayudarlo a dirigirla hacia la consecución de los objetivos establecidos.

LECTURA CRÍTICA DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS EN ANATOMÍA CLÍNICA

Carlos ENGEL¹, Hugo N. CATALANO²

¹Salta. ²C.A.B.A

El taller de lectura crítica tendrá como objetivo relacionar a los participantes, miembros de un equipo de salud o investigadores en las ciencias morfológicas, en la aplicación de sus conocimientos a resultados importantes en el abordaje clínico de los pacientes. En otras palabras, se intentará lograr vínculos entre las ciencias morfológicas con las áreas de conocimiento clínico. La necesidad de la lectura crítica surge de demostrar como los sesgos (aquellos que nos aleja de la mejor verdad) nos expone a una información que atenta contra nuestro conocimiento, y nos impide obtener un

saber útil para resolver los interrogantes de nuestros pacientes. Durante el taller se discutirán las estimaciones de efecto que hacen que medidas supuestamente preventivas sean de poca importancia, la creación de nuevas enfermedades que atentan contra el concepto de salud, la transformación de factores de riesgo en enfermedades, la medicalización de procesos vitales normales, los reportes selectivos y/o falseados de resultados supuestamente importantes para los pacientes, la consistencia en las pruebas, la precisión de las pruebas, la relación directa entre pruebas y resultados clínicos. Discutiremos de qué manera los elementos descriptos pueden influir en las decisiones de tratamiento y de solicitud de estudios diagnósticos. En base a la discusión de dos artículos, uno de terapéutica y otro de diagnóstico, se pondrá en evidencia los riesgos a los que estamos expuestos los agentes de salud y pacientes, cuando recomendamos o sugerimos tratamientos o exámenes complementarios. Y se discutirán herramientas sencillas para poner en evidencia tales amenazas a la verdad. Se construirá un listado de sugerencias para evitarlos sesgos que el 50 % de la literatura médica expone a los que leen; sin estar advertidos de los peligros de la información no tamizada por criterios de validez relacionados con resultados relevantes para los pacientes. Como herramienta central de la lectura crítica expondremos los criterios que nos permitan valorar la confianza en lo que leemos.

ANATOMÍA QUIRÚRGICA DE LAS RESECCIONES PANCREÁTICAS

Carlos D. MEDAN

Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires

El abordaje quirúrgico del páncreas debido a múltiples afecciones del mismo, ya sea por tumores, quistes, pancreatitis, etc., requiere de un profundo conocimiento anatómico. Su ubicación en la zona celíaca de Lusk secundariamente retroperitoneal, su relación con el duodeno y la vía biliar, los vasos mesentéricos, el estómago y el pedículo esplénico lo convierten en un órgano de difícil acceso. Es imprescindible para su abordaje el conocimiento embriológico de las diferentes fascias o acolamientos peritoneales. Se describen las fascias de Told-Fredet, Treitz y propia de Wilkie, y Albanese. Ellas son la base de maniobras quirúrgicas incruentas como la de Wiar-Jourdán-Vautrin-Kocher-Albanese, para el abordaje supramesocolónico. Las inframesocolónicas de Narcizo Hernández, Cattell y Braash y la de Clairmont. El objetivo de la presentación es la mostración anatómica de las diferentes maniobras de abordaje duodeno-pancreáticas basadas en el conocimiento embriológico y de la anatomía duodeno pancreática.

ANATOMÍA IMAGENOLÓGICA: CAMBIO CURRICULAR EXITOSO EN CONTEXTOS DE MASIVIDAD CON POCOS RECURSOS DOCENTES

Gustavo H. R. A. OTEGUI

Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires

La currícula tradicional de la Carrera de Medicina supone una enseñanza de la anatomía centrada en el cadáver y basada en la proyección y la disección. En 2001 nos propusimos el desafío de empezar a enseñar la anatomía de los sujetos vivos. Sin dejar de lado todo lo bueno que la tradición anatómica nos estaba dando, implementamos un curso que incluía la anatomía imagenológica entre sus contenidos fundamentales. Desde el punto de vista epistemológico surgió el debate sobre la pertinencia de dichos contenidos en la asignatura anatomía. Quienes se oponían en ese entonces sostenían que los mismos eran propios de la asignatura diagnóstico por imágenes. Ahora, ¿Cómo enseñar y evaluar

anatomía radiológica a 1200 alumnos sin docentes preparados? La estrategia metodológica consistió en implementar cursos para docentes y seminarios para estudiantes. Se creó un recurso fundamental y de vanguardia para el momento que fue la Galería de Imágenes, la primera en nuestra Facultad y hasta donde sabemos del país. La misma consistió en disponer en 8 negatoscopios de 3 metros por 1,20 metros, el total de 300 imágenes. Las mismas estaban expuestas en forma permanente y el acceso a la Galería era libre y gratuito de 8 a 22 horas. Se elaboraron guías de estudio que facilitaron la interpretación y comprensión de las imágenes. Se diseñó una evaluación que permitió evaluar anatomía radiológica a cientos de alumnos simultáneamente. A la luz de los resultados obtenidos, 14 años después podemos decir que el programa implementado fue exitoso pues permitió una reforma curricular de vanguardia, en contextos de masividad estudiantil con pocos recursos docentes. Los índices de aprobación obtenidos hasta entonces no solo se conservaron sino que lo hicieron con el agregado de contenidos de una importancia fundamental como son el reconocimiento de estructuras a partir del estudio de las imágenes. Cuando lo hicimos el rechazo fue enorme, hoy no enseñar anatomía imagenológica en un curso de medicina sería estar fuera de época. El desafío actual es pasar de la anatomía radiológica que denominó del segundo paradigma a la del tercer paradigma. Nuestro modelo actual viene a proponer este nuevo cambio curricular. Esperemos que las condiciones históricas estén dadas para lograr este nuevo avance en la enseñanza de la anatomía.

INTEGRACIÓN MACRO Y MICROSCÓPICA EN DESMIELINIZACIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Alicia B. PENISSI¹, Elia MARTINO de VARGAS²
¹Instituto de Histología y Embriología, ²Área de Anatomía Normal. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo

La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad inflamatoria y desmielinizante del sistema nervioso central (SNC). Se la considera una enfermedad autoinmune mediada por linfocitos CD4+ Th1 que atraviesan la barrera hematoencefálica. Las investigaciones científicas llevadas a cabo durante la última década, no sólo han incrementado sustancialmente los conocimientos acerca de la participación de las células T CD4+ en la patogénesis de la EM, sino también han demostrado la activa participación de otros componentes del sistema inmune, como los mastocitos, en la fisiopatología de la enfermedad. Se ha demostrado una clara correlación entre el número, la distribución y el estado de activación de los mastocitos de SNC de pacientes con EM y la severidad de la patología. La lesión patológica más característica de la EM es la placa de desmielinización, localizada principalmente en la sustancia blanca del SNC, especialmente en la región periventricular, el nervio óptico, el tallo cerebral, el cerebelo y la médula espinal. La distribución de los mastocitos dentro y alrededor de las placas de EM y los niveles incrementados de mediadores específicos de mastocitos encontrados en el líquido cefalorraquídeo (LCR) de pacientes con EM, como la triptasa y la histamina, sugieren que los mastocitos juegan un rol importante en la patogénesis de la EM. Se ha demostrado además que los mastocitos pueden participar directamente en la destrucción de la vaina de mielina y de las neuronas. Este proceso está mediado por la secreción de enzimas proteolíticas, como la triptasa y la quimasa, que degradan directamente la mielina. Se sugiere así que la modulación de la activación de mastocitos podría proveer nueva herramienta terapéutica para el tratamiento de la EM. Teniendo en cuenta estos antecedentes, nuestras investigaciones actuales plantean un proceso de integración macromicroscópico, como también básico-clínico, a fin de contribuir al desarrollo de nuevas estrategias farmacológicas para el tratamiento

efectivo de las enfermedades desmielinizantes del SNC como la EM.

CURRICULUM INTEGRADO: ¿UTOPIA O REALIDAD?

Alicia B. PENISSI¹, Elia MARTINO de VARGAS²
¹Instituto de Histología y Embriología; ²Área de Anatomía Normal. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo

El desarrollo científico y tecnológico de los últimos tiempos ha incrementado sustancialmente el cúmulo de conocimientos en medicina, entre ellos, los vinculados con las ciencias morfológicas básicas. Si bien esta situación aporta ventajas considerables tanto en docencia como en investigación, es cada vez mayor el volumen de información que los estudiantes deben incorporar y procesar. Esto ha motivado la necesidad creciente de generar una enseñanza integrada, en la que los contenidos fundamentales de varias disciplinas se agrupen, se interrelacionen y conformen una nueva unidad de conocimiento interdisciplinario con mayor grado de generalización. Si bien se han realizado numerosos y grandes esfuerzos en educación médica al respecto, los mismos siguen siendo limitados. Se percibe a menudo que los ansiados cursos integrados, después de muchos años de su estructuración y a pesar de los logros alcanzados, siguen funcionando en muchos casos como sumatoria de las disciplinas tradicionales. Es así como a menudo se detecta hipertrofia, solapamiento de contenidos y fragmentación de la enseñanza. Estos aspectos, finalmente, terminan impactando negativamente en el aprendizaje significativo de los estudiantes. Indudablemente la aplicación de la enseñanza integrada en medicina, en parte utopía y en parte realidad, es posible si se cuenta con las medidas organizativas, la disposición personal y los recursos materiales pertinentes. La mirada utópica no nos libera de responsabilidades, sino que -por el contrario- nos compromete con una forma de actuar coherente con nuestras aspiraciones. Es un proyecto que requiere de voluntades personales e institucionales, como también de compromiso docente con el desarrollo de las capacidades de los estudiantes y con la institución.

ANATOMIA DE LAS EMOCIONES

Roxana QUINTANA

IUCS- Fundación Barceló

¿Cómo definir las emociones? ¿Existen sitios anatómicos donde "localizar" las emociones? ¿Dónde se "procesan" las emociones? ¿Cómo se "expresan" las emociones?. Desde hace mucho tiempo atrás se intentan localizar los efectores de la respuesta emocional. En 1850 Paul Broca utilizó el término *Lóbulo Límbico* para referirse a la corteza que rodea al cuerpo calloso (circunvolución cingular + circunvolución parahipocámpal) y lo relacionaba fundamentalmente con el sentido del olfato. En 1937 James Papez propone por primera vez que ciertos circuitos cerebrales específicos se relacionaban con el comportamiento emocional y propuso que el *Lóbulo Límbico* era uno de los sectores relacionados con las emociones. Bard y Hess en 1928 habían propuesto la intervención del *HIPOTÁLAMO* en la emoción. Finalmente Papez en 1937 demuestra la existencia del *CIRCUITO DE PAPEZ* que proporcionaba las conexiones necesarias para el *CONTROL CORTICAL DE LA EXPRESIÓN EMOCIONAL*. Con el tiempo se revisó el circuito diseñado por Papez y se incluyeron partes de la *Corteza Prefrontal Orbitaria y Medial*, *Porciones ventrales de los Ganglios Basales*, *núcleo mediodorsal del tálamo* y una masa nuclear por delante del hipocampo en el *lóbulo temporal* denominada *AMÍGDALA*. Todo este conjunto de estructuras sumadas a las anteriores pasan a denominarse *SISTEMA LIMBICO*. La *AMÍGDALA* conecta las regiones corticales con el hipotálamo y el tronco del encéfalo. La corteza informa acerca de + visuales, + somato-sensitivos, + viscerosensitivos y + auditivos (hay por

ejemplo neuronas en el grupo laterobasal que responden de modo selectivo a los rostros) También la *AMÍGDALA* recibe + olfatorios y del tronco encefálico. Además conecta con áreas corticales *COGNITIVAS* por lo tanto puede integrar el significado emocional de estos estímulos. Por último conecta con el tronco y posiblemente con la medula. Lo que le permite influir en el comportamiento somático frente a las emociones (motor somático y motor visceral). *PARTICIPACIÓN DE LA CORTEZA CEREBRAL* El procesamiento emocional se encuentra influido por la experiencia individual. El mismo *ESTÍMULO* puede provocar temor en algunos individuos y no tener efecto en otros. La *amígdala* se interconecta con la *Corteza prefrontal*, *Lóbulo temporal anterior*, *Cara orbitaria y medial del lóbulo frontal* (corteza prefrontal orbitaria y medial) y a través del *tálamo* (*núcleo mediodorsal*) con estas mismas áreas corticales. Se conecta además con los *ganglios basales* que a su vez conectan con la corteza prefrontal. Para concluir el término "*EMOCION*" define una variada cantidad de estados que tienen como factor común la asociación de respuestas motoras viscerales, el comportamiento somático y sentimientos subjetivos. Estas respuestas se encuentran gobernadas por el sistema motor visceral, por el sistema límbico, hipocampo, amígdala, y varias regiones corticales.

ANATOMÍA DIGESTIVA POR ENDOSCOPIA: ¿QUÉ HAY DE NUEVO?

José M. SANGUINETTI

Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Salta

La evolución de la endoscopia digestiva es realmente apasionante y ha estado marcado por el vertiginoso desarrollo tecnológico que marcó el Siglo XX. La inquietud de observar el interior del cuerpo humano acompañó permanentemente a los médicos. Hipócrates y Galeno realizaron descripciones de enfermedades del útero; la utilización del espéculo y posteriormente el desarrollo de sondas para observar el recto, cavidad oral e hipofaringe fueron los mayores alcances hasta mediados del Siglo XIX. Fue el siglo pasado, indudablemente, donde la revolución tecnológica permitió explorar el tubo digestivo como nunca antes. Los siglos XIX y XX mostraron distintas etapas en el desarrollo de la endoscopia: La *Endoscopia Rígida* (1868-1932), La *Endoscopia Semiflexible* (1932-1956), La *endoscopia flexible* 1956 – 1983 y La etapa actual. La evolución de los *Sistemas de Video* permitió integrar las imágenes, logrando mayor nitidez y capacidad de documentación y una mejora en los procesos de educación por otro. El desafío inicial de lograr sistemas cómodos, flexibles y accesibles fue reemplazado por el de llegar a áreas fuera del alcance de la endoscopia convencional. Así es que el surgimiento de los enteroscopios y de la cápsula endoscópica permite visualizar la el intestino delgado. El desarrollo de las imágenes ha sido realmente excepcional en las últimas décadas. Como fruto de estos logros los estudios radiológicos convencionales contrastados fueron, en cierta manera, dejados de lado. Desde hace aproximadamente quince años la aparición de la colonoscopia virtual es una alternativa a los estudios invasivos con menor morbilidad y buenos resultados. La combinación de la endoscopia digestiva y la ecografía se muestran en la ultrasonografía endoscópica (ecoendoscopia) con la posibilidad de obtener imágenes de la pared digestiva y estructuras adyacentes así como muestras de tejidos a través de punción. Por último los sistemas de video han avanzado notablemente en la posibilidad de visualizar detalles mucosos y submucosos mediante el uso de tinciones vitales y de modalidades de ampliación de imágenes. Por lo tanto la endoscopia actual permite un acceso a la anatomía digestiva mucho más integral, logrando una evaluación no sólo de la mucosa sino que obteniendo imágenes y tejido de las diferentes capas de la pared digestiva y de estructuras adyacentes. Hoy la endoscopia es una combinación de

imágenes endoscópicas, ultrasonografía e histología que brinda información completa y detallada de las estructuras digestivas optimizando la capacidad diagnóstica y generando posibilidades de diagnóstico temprano de enfermedades y de terapéutica mínimamente invasiva.

ANATOMÍA FUNCIONAL DEL ESTÓMAGO: VISIÓN DEL GASTROENTERÓLOGO

José M. SANGUINETTI

*Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad
Nacional de Salta*

El funcionamiento gástrico sigue siendo un tema de discusión y de avances. Si bien los conocimientos descriptivos, estructurales y topográficos del órgano han sido los primeros en mostrarse casi en su totalidad, la combinación de la Anatomía y la Fisiología gástrica sigue aportando elementos que permiten interpretar mejor los procesos patológicos. La capacidad de la Endoscopia Digestiva para evaluar "funcionalidad" es prácticamente nula limitándose a observaciones indirectas (por ejemplo: una Hernia Hiatal como causa de Reflujo). La importancia del funcionamiento gástrico en la génesis de diferentes afecciones de alta prevalencia e impacto en la salud pública (cómo el Reflujo Gastroesofágico o la Dispepsia Funcional) hace que su estudio se mantenga vigente. Durante los últimos cuarenta años hemos sido testigos de avances extraordinarios de la ciencia que, de la mano de la tecnología, nos permiten hoy tener acceso prácticamente ilimitado a la observación de la cavidad gástrica (Endoscopia Digestiva), de detalles mucosos casi a nivel histológico (Sistemas de Magnificación de Imágenes), de la pared gástrica en sus diferentes capas

(Ecoendoscopia) y de las estructuras adyacentes (Ecoendoscopia, Tomografía y Resonancia Magnética entre otros). La funcionalidad gástrica puede ser evaluada de diferentes maneras: la motilidad, la sensibilidad por distensión y la función secretora. El aporte de la bioquímica y de diferentes estudios como la Electrogastrografía, el Estudio del Vaciamiento Gástrico con radioisótopos y la manometría permiten hoy tener elementos de juicio mucho más claros si bien el acceso a estos estudios se encuentra limitado a centros de referencia. Como ejemplo del aporte de la Anatomía Funcional al desarrollo de la especialidad mencionaré el trabajo de Hill y col (Gastrointest Endosc 1996) donde se describen las características de la "flap valve" y su relación con el gradiente de presión a nivel de la unión gastroesofágica. Un estudio cadavérico que generó una clasificación endoscópica que podemos utilizar para inferir "funcionamiento" del Esfínter Esofágico Inferior y presencia de Reflujo. Un segundo artículo que sirve de muestra para reconocer la importancia del estudio de la Anatomía Funcional gástrica es el Consenso sobre motilidad gastrointestinal y colónica publicado por Camilleri y col en 2008 (Neurogastroenterol Motil) y un tercero de Seltman y col (Gastrointest Endosc 2006) donde la medición del cardias demostró ser un buen indicador de Reflujo Gastroesofágico. El estudio del Estómago requiere de elementos anatómicos estructurales (radiología, endoscopia, etc.), funcionales e histológicos que día a día se aplican en forma combinada como parte de un todo. Es de esperar que el avance tecnológico sumado a las inquietudes de nuevas generaciones de profesionales nos lleve a responder viejas preguntas, generar nuevos interrogantes y enfrentar nuevos desafíos.

Resúmenes**III JORNADAS ARGENTINAS DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN EN ANATOMÍA CLÍNICA. “ENSEÑAR Y APRENDER INVESTIGANDO”**

Salta, Argentina, 18 al 20 de setiembre de 2014

Comunicaciones libres**LA TUTORIA ENTRE PARES COMO DISPOSITIVO DE ENSEÑANZA DE LA ANATOMIA Y LA FISILOGIA**

A BERGAGNA, N CARDOZO, L CHAÑI
Servicio de Orientación y Tutoría. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Salta. Salta. Argentina

Introducción: El proceso de ingreso constituye una etapa de pasaje de un nivel educativo a otro, de una modalidad de enseñanza a otra y de un conjunto de exigencias académicas a otro diferente; lo que demanda a los nuevos estudiantes saberes necesarios para el ejercicio del oficio de estudiante universitario. En este marco, la Facultad de Ciencias de la Salud implementa el dispositivo, “Tutorías entre pares”, cuyo propósito es acompañar a los estudiantes en su proceso de ingreso, favoreciendo aprendizajes autónomos que reduzcan los fenómenos de deserción, desgranamiento, entre otros. Anatomía y Fisiología es una Cátedra de primer año de las carreras de nutrición y enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud. Cada año, inician su cursado aproximadamente 850 estudiantes; de los cuales el 10% decide participar del espacio de Tutorías. Este trabajo socializa la experiencia, desde la mirada de los actores involucrados. Objetivos: Analizar el impacto de la implementación de la Tutoría entre pares, como dispositivo de enseñanza de la Anatomía y Fisiología en el primer año de las Carreras de Nutrición y Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud. Material y Método: Se realizó un análisis cuali-cuantitativo de la práctica tutorial a partir de encuestas y entrevistas aplicadas al estudiante tutor y a los alumnos que participaron del espacio durante el período lectivo 2013. Resultados y Discusión: Se valoró a la experiencia como altamente positiva, ya que, los datos arrojados permitieron dar cuenta de las potencialidades del espacio tutorial entre pares. La experiencia de formar y formarse entre pares ubica al tutor y a los estudiantes en un rol activo respecto de los procesos de aprendizajes; ya sea en aspectos académicos como vinculares.

MODELOS ANATÓMICOS 3D VIRTUALES

H BIELSA, J LANUZA, A N RIVERO, R R FARIZANO, G H R A OTEGUI
Laboratorio de Preparados Especiales, 2ª Cátedra de Anatomía, F Medicina. UBA. CABA. Argentina

Introducción: los atlas, videos o clases en diferentes formatos han resuelto de manera parcial y. por lo tanto. incompleta el problema de estudiar las diferentes preparaciones anatómicas. La posibilidad de interactuar activamente con las preparaciones queda supeditada al trabajo práctico o a las clases complementarias que se organicen. Objetivo: elaborar modelos anatómicos en 3D que admitan la manipulación virtual y cuyo diseño resuelva el problema del reconocimiento e interpretación de estructuras superpuestas. Material y Método: se analizaron 30 preparaciones de diferentes regiones corporales realizadas por disección convencional en base a la metodología propuesta en los manuales de disección clásicos (Testut y Rouviere). Se identificaron las estructuras y órganos a mostrar. Se elaboró un diseño que dé cuenta del objetivo y se realizó la disección en base al modelo teórico propuesto. Se obtuvieron secuencias de fotografías desde diferentes perspectivas. Las mismas se procesaron en el programa Autodesk 123D catch. Resultados: luego del procesamiento de las imágenes obtenidas por fotografía se obtuvieron los modelos 3D que permiten la visualización de diferentes elementos sin la necesidad de reclinar otras estructuras u órganos. Discusión: A diferencia de lo que sucede en la interacción con los modelos estáticos (fotos, videos, clases grabadas, etc.), en este caso, el alumno puede manipular la “preparación” (modelo 3D) buscando activamente aquella respuesta que responde a sus inquietudes. El modelo 3D permite responder interrogantes sobre situación, límites, relaciones, inervación, vascularización, etc. Constituye un recurso didáctico de avanzada en un currículo centrada en el alumno.

MODELOS QUE EJEMPLIFICAN Y CORROBORAN EL TERCER PARADIGMA DE LA ANATOMÍA IMAGENOLÓGICA

G BLATEZKY, E FERNÁNDEZ TALAVERA, M GUTIÉRREZ, F DE NICOLA, R MARTÍNEZ, G H R A OTEGUI

Laboratorio de Imágenes, 2ª Cátedra de Anatomía, F Medicina. UBA. CABA. Argentina

Introducción: nuestra investigación histórica y epistemológica ha demostrado la existencia de tres paradigmas en la enseñanza e investigación anatómica basada en las imágenes. La periodización de los mismos es la siguiente: a) Paradigma de la Ilustración, anterior a 1985; b) Paradigma de la correlación que rigió entre 1985 y 2004 y c) paradigma de la investigación-descubrimiento, que está vigente desde 2005. Objetivo: Reconocer ejemplares paradigmáticos (en el sentido kuhniano del término) que constituyan evidencia de la existencia del tercer paradigma. Material y Método: Estudio descriptivo, longitudinal retrospectivo, que analizó una muestra de 5 revistas de la especialidad en diagnóstico por imágenes. Se seleccionaron tres temas de anatomía: a) anatomía de las funciones cerebrales superiores; b) anatomía del aparato locomotor; c) anatomía del sistema cardiovascular. Estudiamos la presencia de imágenes diagnósticas como recursos didácticos y de investigación, y la forma en que los mismos reemplazaban o superaban al cadáver al estudiar a un sujeto con vida. Resultados: a) Anatomía de las funciones cerebrales superiores: se rescataron estudios de tensión difusión en resonancia magnética que permiten reconstruir trectos de asociación y estudiar sus volúmenes y conectividades, resonancia magnética funcional, tomografía computada por emisión de fotón único, tomografía computada, tomografía por emisión de positrones, que permiten evaluar áreas corticales que estén funcionando, etc. b) Anatomía del aparato locomotor, se pudieron reconstruir huesos y disecar virtualmente las estructuras musculares. c) Anatomía cardiovascular; se estudiaron angiotomografías y angiorresonancias que permitieron la reconstrucción tridimensional y la superposición o abstracción del resto de las estructuras y evaluar diámetros y volúmenes comparados (aneurisma, aplasias, coartaciones, etc.). Discusión: los modelos ejemplares hallados corroboraron que estos estudios permiten conocer la anatomía real con mejor calidad y en mayor profundidad que lo observado en el cadáver.

CORRELACIÓN ANATÓMICA Y CLÍNICO – QUIRÚRGICA DEL ABORDAJE LATERAL EN TIROIDECTOMÍAS TOTALES.

M BRAHIM¹, S R TAMAYO², S COSTELLO³, C HERNÁNDEZ³, M NOGUERA¹, A ROJAS³, W ZUBELZA³

¹Cátedra de Anatomía. Facultad de Ciencias Médicas. U.N.T. ²Cátedra de Anatomía.

Facultad de Ciencias de la Salud. U.N.Sa.

³Servicio Cirugía Hospital Avellaneda. Tucumán. S.M. de Tucumán. Argentina.

Introducción: La tiroidectomía total, es una práctica quirúrgica usual para los cirujanos. El abordaje cervical transversal es el más frecuente, aunque existen otras vías de acceso. Objetivo: Analizar la arquitectura anatómica del abordaje lateral selectivo, como paso previo en la estrategia quirúrgica de la tiroidectomía total. Material y Método: Estudio descriptivo de 30 (treinta) pacientes entre 2012 - 2014. Incluye tiroidectomía total por patología benigna, localizada (microcarcinoma) y bocios moderado. Parámetros estudiados: tiempo operatorio, tamaño de la herida, colocación de drenajes, débitos por los mismos, estancia operatoria, complicaciones (hipocalcemia, lesión nerviosa), anatomía

patológica de la glándula y grado de satisfacción. Resultados: No hubo diferencias significativas en los tiempos operatorios. El débito de los drenajes fue inferior utilizando la incisión lateral y en varios casos innecesaria la colocación de los mismos. La estancia postoperatoria y el número de complicaciones fue menor cuando se ha utilizado la vía lateral. Se registraron tres casos de conversión al abordaje convencional y un caso de paresia recurrencial transitoria. Conclusión: La vía de acceso lateral selectiva es una buena opción para la realización de tiroidectomías totales. Es menos agresiva que la incisión transversal, dada su: menor longitud y sección de tejidos. No precisa elaboración de colgajos ya que en la disección anatómica se siguen las vainas aponeuróticas del cuello. Requiere de un equipo quirúrgico entrenado y especializado en ésta técnica. Reduce la estancia posoperatoria y el número de complicaciones. Grado de satisfacción de los pacientes: bueno.

HOMOLOGÍA DE LOS FASCÍCULOS ARCUATO Y OCCIPITOFONTAL INFERIOR EN BASE A LA ANATOMÍA COMPARADA

M F BRESNAL, M F ALONSO, J C SIRONI, F GRUBER, G MORÁN, G H R A OTEGUI

Laboratorio de Neurobiología, 2ª Cátedra de Anatomía, F Medicina. UBA. CABA. Argentina

INTRODUCCIÓN: los antecedentes sobre la existencia de los fascículos occipito-frontal inferior y arcuato en *Bos taurus* son inexistentes o confusos en su referencia empírica con la consiguiente duda sobre su existencia real. OBJETIVO: Identificar la existencia y conectividad cortical de los fascículos arcuato y occipito-frontal inferior en cerebros de *Bos taurus* y compararlos con los datos obtenidos a partir del cerebro de *Homo sapiens*. MATERIAL Y MÉTODO: Estudio exploratorio, descriptivo, transversal que analizó una muestra de 30 hemisferios cerebrales izquierdos obtenidos de *Bos taurus* sin evidencia macroscópica de enfermedades cerebrales. Se excluyeron aquellas muestras que luego de la fijación presentaron zonas de reblandecimiento o signos aparentes de mala fijación. Estudiamos la existencia y eventual conectividad de los fascículos arcuato y occipito-frontal inferior en *Bos taurus*. Las disecciones se realizaron con instrumental (espátulas de madera) diseñado en nuestro laboratorio, agujas y pinzas de disección. RESULTADOS: En todas las muestras se observó un lóbulo de la ínsula icpiente y de poco desarrollo. En el sector inferior del hemisferio cerebral (lóbulos occipital y temporal) se reconocieron 3 fascículos (uncinado, longitudinal inferior y occipito-frontal inferior). Este último fascículo conectaba las áreas frontales, parietales y temporo-occipitales. En la profundidad del esbozo de la ínsula y dorsal a la misma encontramos un pequeño fascículo (que identificamos como arcuato) y que conectaba las mismas áreas peri-insulares que el fascículo occipitofrontal inferior. DISCUSIÓN: la superposición de áreas en la conectividad de los fascículos occipito frontal inferior y arcuato y la separación apenas insinuada por la presencia de la ínsula debe interpretarse a nuestro juicio como dos expresiones de un mismo fascículo separados por este pequeño lóbulo. En *Bos taurus* se hace más fácil apreciar la identidad que en el humano, pues en éste la separación es mayor.

EVIDENCIA ANATÓMICA Y CLÍNICA DE LA HOMOLOGÍA DE LOS FASCÍCULOS ARCUATO Y OCCIPITOFONTAL INFERIOR

M BRESNAL, J SIRONI, M F ALONSO, F GRUBER, G MORÁN, G H R A OTEGUI

Laboratorio de Neurobiología, 2ª Cátedra de Anatomía, F Medicina. UBA. CABA. Argentina

Introducción: Se ha encontrado evidencia empírica que mostró la persistencia de lenguaje articulado en lesiones del

fascículo arcuato o ausencia del mismo. Se ha postulado la existencia de una doble vía en la conectividad entre Wernicke y Broca: dorsal (fascículo arcuato) y ventral (fascículo occipito-frontal inferior). Objetivo: Identificar la superposición de conectividad areal de los fascículos arcuato y occipito-frontal inferior. Material y Método: Estudio exploratorio, descriptivo, transversal que analizó una muestra de 10 hemisferios cerebrales izquierdos obtenidos de personas sin antecedentes de enfermedades cerebrales. Se excluyeron aquellas muestras que luego de la fijación mostraron zonas de reblandecimiento o signos aparentes de mala fijación. La variable estudiada fue la conectividad de los fascículo arcuato y occipito-frontal inferior. No se consideraron las conexiones rostrales de los otros segmentos del fascículo longitudinal superior. Se registró la misma en tablas ad hoc. Las disecciones se realizaron con instrumental (espátulas de madera) diseñado en nuestro laboratorio, agujas y pinzas de disección. Resultados: En todas las muestras el fascículo arcuato conectaba caudalmente con las áreas BA 41; BA 42; BA 22; BA 39; BA 40 y rostralmente con: BA 4; BA 6; BA 44; BA 45; BA 47; posibles BA 46 y BA 9. El fascículo occipito-frontal inferior caudalmente conectó las mismas áreas que el fascículo arcuato y agregó las áreas BA 19 y BA 7 y rostralmente encontramos conexiones con las mismas áreas que el fascículo arcuato excepto BA 4; BA 6 y se agregaron BA 46 y BA8, BA 9; BA 10; y BA 11. Discusión: la superposición de áreas y la evidencia clínica de lesiones y síntomas obtenida de la bibliografía indican una notable homología en la conectividad que avala identidad morfológica y funcional.

ESTRATEGIAS DOCENTES EN LAS CLASES TEÓRICAS DE LA CÁTEDRA DE ANATOMIA Y FISILOGIA DE NUTRICIÓN Y ENFERMERÍA.

N CARDOZO, A BERGAGNA, M A FALÚ

Servicio de Orientación y Tutoría. Cátedra de Anatomía y Fisiología. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Salta. Salta. Argentina.

Introducción: Anatomía y Fisiología es una Cátedra de primer año de las carreras de nutrición y enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud. Anualmente la cursan aproximadamente 1300 estudiantes, de los cuales, 900 abandonan o quedan libres. Esta situación constituye un complejo problema multicausal en el que se cruzan múltiples aspectos; aquellos que no son factibles de morigerar desde la institución y otros, posibles de mejorar desde el trabajo docente. Este trabajo analizó las estrategias docentes, implementadas en las clases teóricas de una profesora de la cátedra. Objetivos:

- ✓ Describir las estrategias de intervención docentes utilizadas en clases teóricas para la enseñanza de la materia en ambas carreras.
- ✓ Identificar estrategias, que desde la opinión de los alumnos, aportan mejor comprensión de los contenidos.
- ✓ Reflexionar sobre estrategias docentes para la enseñanza de la asignatura en carreras no médicas.

Material y Método: Estudio de caso que se circunscribió a las clases teóricas de una de las Profesoras de la Cátedra de Anatomía y Fisiología en Agosto de 2014. Como espacio de indagación, hubo características propias y particulares, como un alto contenido descriptivo que mostró la complejidad del problema. Las técnicas utilizadas fueron: observación participante, entrevista semiestructurada y encuesta. Resultados: Los métodos y técnicas utilizados fueron exposiciones magistrales empleándose como soporte didáctico esquemas, figuras e imágenes multimedia. Se observó intentos de la docente de trascender las pedagogías tradicionales buscando posicionarse en el enfoque de la enseñanza reflexiva, no pudiendo implementarse por la masividad estudiantil.

MODELOS DE EVALUACIÓN NO ESTRUCTURADA EN CURSOS MASIVOS DE ANATOMÍA RADIOLÓGICA CON POCOS DOCENTES

E FERNÁNDEZ TALAVERA, S FERREYRA, G BLATEZKY, F IGLESIAS, G H R A OTEGUI

Laboratorio de Imágenes, 2ª Cátedra de Anatomía, F Medicina. UBA. CABA. Argentina

Introducción: Desde la implementación del cambio curricular y la introducción de la anatomía imagenológica en la enseñanza de la anatomía en la carrera de medicina de la UBA se han venido planteando diferentes alternativas en las configuraciones didácticas y en las prácticas de evaluación. La masividad plantea un desafío difícil de resolver a la hora de desarrollar sistemas de evaluación complejos que den cuenta de las competencias adquiridas por los alumnos en contextos de aprendizaje con pocos docentes con plena capacitación en anatomía radiológica. Objetivos: Desarrollar un sistema de evaluación que permita valorar la adquisición de competencias complejas en contextos de masividad estudiantil y carencia de recursos docentes. Material y Método: Se elaboró un sistema de evaluación abierto y de aplicación simultánea a estudiantes en contextos de masividad. Se realizó un estudio descriptivo, transversal, que analizó los resultados de la aplicación de la prueba (sistema de evaluación implementado). Las variables evaluadas fueron: a) reconocimiento de estructuras y fundamentación; b) reconocimiento del nivel de sección y fundamentación; c) que estructuras aparecen y desaparecen en niveles de sección siguientes (1 nivel vertebral arriba o bien 1 nivel vertebral abajo, etc.). Resultados: El modelo de evaluación fue aplicable en contextos de masividad y recogió información que permitió valorar la competencia alcanzada por parte de los alumnos en cuanto a reconocer y fundamentar estructuras anatómicas y niveles de sección. Discusión: El sistema propuesto constituye un avance sobre los sistemas estructurados, que si bien son importantes, realizan una verificación del reconocimiento de la respuesta correcta sin identificar producción de respuesta. Falta complejizar aún más los sistemas de evaluación generando nuevas alternativas superadoras.

LOS TRES PARADIGMAS DE LA ANATOMÍA IMAGENOLÓGICA

S FERREYRA, F IGLESIAS, M GUTIÉRREZ, F DE NICOLA, R MARTÍNEZ, G H R A OTEGUI

Laboratorio de Imágenes, 2ª Cátedra de Anatomía, F Medicina. UBA. CABA. Argentina

Introducción: Los programas de anatomía, históricamente han estado centrados en el estudio del cadáver. El avance de las técnicas de diagnóstico por imagen supuso la posibilidad de profundizar el estudio de las estructuras en los sujetos vivos. Objetivo: Caracterizar la evolución del uso de las imágenes diagnósticas en la enseñanza y la investigación anatómica. Material y Método: Estudio descriptivo, longitudinal retrospectivo, que analizó 17 textos de anatomía humana usados para la enseñanza en la carrera de medicina (UBA) entre 1974 y 2014 y 3 revistas de radiología usadas en investigación médica. Estudiamos la presencia de imágenes diagnósticas como recursos didácticos y de investigación, tipos de imágenes, grado de importancia asignado a las mismas y caracterización del significado de la imagen y su relación con la disciplina anatomía. Resultados: Los textos cuya edición es anterior a 1985 mostraron radiografías (simples y contrastadas) en mayor o menor frecuencia según el momento de edición. El uso dado fue ilustrar el texto. Los textos editados entre 1985 y 2004 mostraron diferentes tipos de estudios diagnósticos (radiografías, tomografías computadas, y resonancias magnéticas) y su correlación con el cadáver. A partir del año 2005 comenzaron a aparecer

estudios de imágenes más sofisticados (reconstrucciones tridimensionales, tensión difusión por resonancia magnética, endoscopías virtuales, etc.). En revistas especializadas pudo observarse un tercer uso, el de la investigación. Discusión: es evidente en la cronología los tres períodos y paradigmas de la anatomía imagenológica: a) período de la ilustración que es anterior a 1985; b) período de la correlación, entre 1985 y 2004; c) período de la investigación-descubrimiento, que comenzó en 2005. En este último período las imágenes alcanzaron tal calidad que permitieron visualizar formas y modos funcionales imposibles de ver en el cadáver. Se estudia el cerebro vivo, el ciclo cardíaco y el cambio anatómico que explica la función.

CASO CLÍNICO: MUJER JOVEN CON CÁNCER DE PARÓTIDA. IMPORTANCIA DE LA ANATOMÍA EN IMÁGENES

P E GARCÍA, D FERNÁNDEZ, R E AVILA, M E SAMAR

Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba. Argentina.

Instituto de Radioterapia Fundación Marie Curie.

Introducción: Los tumores de las glándulas salivales son neoplasias clínicas y morfológicamente heterogéneas; sus principales factores pronósticos son: la histología, el grado de malignidad y la extensión; por ello es de fundamental importancia la correcta evaluación para determinar los tratamientos más adecuados a realizar. **Objetivos:** Demostrar la importancia de los estudios de imágenes, no sólo para el diagnóstico, sino también para determinar la extensión del tumor que define el tratamiento quirúrgico y la radioterapia postoperatoria. **Material y Método:** Paciente mujer de 29 años de edad, con diagnóstico de cáncer de parótida: el diagnóstico de la biopsia preoperatoria indicó carcinoma de tipo basaloide, tratada con cirugía y posterior radioterapia con radioterapia de intensidad modulada (IMRT). Antes del año presentó un nódulo en región premandibular izquierda, debajo de la cicatriz; se realizaron ecografía y Tomografía Axial Computada (TAC) para evaluar el diagnóstico, posibilidad de reintervención quirúrgica y re-irradiación con IMRT. **Resultados:** En la ecografía y TAC se confirmó el diagnóstico de recidiva y se decidió la reintervención quirúrgica. El diagnóstico histopatológico fue carcinoma de células basales con márgenes comprometidos. Se realizó radioterapia de intensidad modulada, previa planificación con TAC para delimitar la zona a irradiar y proteger los tejidos sanos. El tratamiento resultó en respuesta clínica completa y toxicidad aceptable que no alteró la calidad de vida de la paciente. Luego de 4 años de seguimiento está libre de enfermedad y llegó a tener un embarazo sin complicaciones. **Conclusiones:** Los estudios de imágenes fueron de gran utilidad para el diagnóstico de la recidiva y determinar la posibilidad de una nueva intervención quirúrgica y tratamiento de radioterapia con curación de la paciente.

PREPARACIONES ESPECIALES PARA EL ESTUDIO DE LA ANATOMÍA FUNCIONAL DEL CODO Y ANTEBRAZO

M R GARCÍA ESPAÑA, S ESTRADA, A BAGÚ, C BARETTO, D OLMEDO, G H R A OTEGUI

Laboratorio de Preparados Especiales, 2ª Cátedra de Anatomía, F Medicina. UBA. CABA. Argentina

Introducción: Las preparaciones habituales siguen el formato de disección por planos. En líneas generales sus procedimientos se encuentran normalizados en los manuales de disección y la mayoría se caracterizan por su homogeneidad procedimental. Las "preparaciones especiales" empiezan con el diseño teórico del modelo y con la formulación de objetivos que nos proponemos alcance el

estudiante. Se pretende que el alumno adquiera una determinada competencia y por tanto se "diseña" una preparación que se transforme en un recurso didáctico que constituya un puente cognitivo en el logro del objetivo. **Objetivo:** Elaborar un preparado especial cuyo diseño resuelva el problema de la explicación de la función pronosupinación del antebrazo y flexo-extensión del codo, en base a la morfológica. **Material y Método:** Se tomaron 10 preparaciones realizadas por disección convencional en base a la metodología propuesta por los manuales de disección clásicos (Testut y Rouviere). Se identificaron las estructuras que permiten dar cuenta de la función flexo-extensión de codo y pronosupinación de antebrazo y se desarrollaron modelos de disección en ese sentido. Se elaboró una guía de orientación para el trabajo práctico. No se buscó cuantificar el rendimiento de los estudiantes en el reconocimiento de estructuras ya que éste depende no solo del recurso sino de las configuraciones didácticas usadas y del contexto en el que las mismas se desarrollen. **Resultados:** Se obtuvo un modelo (preparado especial) que conjuga la disección de estructuras nerviosas, musculares y osteo-articulares que explican (dan cuenta) las funciones de flexo-extensión del codo y pronosupinación del antebrazo. **Discusión:** En este trabajo se ha diseñado un recurso didáctico destinado a facilitar el aprendizaje de la anatomía funcional del antebrazo y del codo. La guía de trabajos prácticos adjunta, problematiza situaciones que el alumno debe responder interactuando con la preparación diseñada ad hoc.

SITIO WEB INTERACTIVO COMO RECURSO PARA EL APRENDIZAJE DE LA ANATOMÍA

J LANUZA, H BIELSA, M PEREZ, A N RIVERO, M I OTEGUI, G H R A OTEGUI

Laboratorio de Preparados Especiales, 2ª Cátedra de Anatomía, F Medicina. UBA. CABA. Argentina

Introducción: Es común ver atlas impresos de preparaciones cadavéricas con estructuras señaladas, álbumes de fotos subidas a un sitio web, videos con mostraciones cadavéricas, etc., pero no es frecuente encontrar un espacio virtual que actúe como repositorio de las preparaciones trabajadas en cada una de las clases, que ofrezca posibilidades de consulta previa y posterior a la misma. **Objetivo:** desarrollar un sitio web interactivo centrado en la anatomía que permita la consulta permanente asistida por tutores con sistemas de autogestión y autoevaluación del aprendizaje. **Material y Método:** se obtuvieron imágenes correspondientes a las preparaciones especiales usadas en los trabajos prácticos de anatomía de la carrera de medicina de la 2ª Cátedra de Anatomía del Departamento homónimo. Se obtuvieron fotografías desde diferentes perspectivas. Las mismas se procesaron en el programa Autodesk 123D catch® para desarrollar un modelo 3D. Se cargaron imágenes 2D interactivas y se desarrollaron fichas explicativas de cada una de las imágenes. Se elaboraron programas de autoevaluación que al finalizar entregan una valoración del rendimiento obtenido. **Resultados:** Se obtuvo una plataforma virtual que permite la autogestión. Las pestañas de la página abren ventanas que permiten la consulta desde perspectivas diversas. El sitio ofrece visualizaciones 2D, 3D, autoevaluaciones, fichas explicativas, foro de consultas, canal de youtube, sala de chat, consultas vía mail, etc. **Discusión:** Proponemos un sitio web con un diseño original en cuanto a la formulación de objetivos. Se ofrecen los mismos recursos didácticos (preparaciones cadavéricas especiales usados en los trabajos prácticos) en un contexto y con posibilidades que facilitan la interacción en formas diversas. Es decir que cada alumno puede continuar trabajando en forma individual y/o grupal con total flexibilidad en cuanto al uso del espacio y el tiempo.

CAPA MEDIA DEL MIOCARDIO VENTRICULAR IZQUIERDO: SU EXISTENCIA Y POSIBLE ROL FUNCIONAL

E MARCHETTI, V B FRANCO RIVEROS, M A BENEGA, G H R A OTEGUI

Laboratorio de Ciencias Morfológicas, 2ª Cátedra de Anatomía, F Medicina. UBA. CABA. Argentina

INTRODUCCIÓN: La existencia de una capa "media" ha sido propuesta por los investigadores clásicos y cuestionada por ciertos autores contemporáneos como Torrent Guasp. El diseño experimental supone un análisis previo de aquellos criterios que serán considerados indicadores de la presencia o ausencia de la misma, cuestión que rara vez es tratada por los diferentes autores. **OBJETIVO:** Corroborar la existencia de la capa media en el ventrículo izquierdo de corazones de *Bos taurus* y postular su función a partir de los hallazgos experimentales y clínicos referidos por la bibliografía. **MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio exploratorio, descriptivo, transversal que analizó una muestra de 5 ventrículos izquierdos de *Bos taurus*. La disección se realizó con agujas y pinzas de disección y estecas metálicas usando la técnicas de tracción de fibras por niveles. Se entendió por capa media la disposición fascicular paralela (+/- 15°) al plano del orificio auriculoventricular izquierdo. **RESULTADOS:** En todas las muestras se observó la existencia de la capa media (CM). En todos los casos el espesor de la capa media (ECM) fue de aproximadamente el 50% del espesor total de la pared del ventrículo izquierdo (EVI) es decir que tenemos $ECM = EVI \times 0.5$. Si bien no podemos inferir valores con valor estadístico nuestros primeros resultados parecen mostrar una cierta dependencia o relación entre el espesor de la capa media y el espesor de la pared de todo el ventrículo izquierdo. **DISCUSIÓN:** nuestros resultados refutan de manera categórica la existencia de la banda de miocardio ventricular de Torrent Guasp y apoyan la existencia de una zona (capa) de fibras que adopta una disposición paralela al orificio auriculoventricular izquierdo. La aparición (o mayor desarrollo) de esta capa en el ventrículo derecho en algunas patologías (estenosis pulmonar, etc.) avalarían el concepto propuesto por Krehl de una función propulsora para esta capa (triebwerkzeug).

CONECTIVIDAD ROSTRAL DEL FASCÍCULO ARCUATO: POSIBLES IMPLICANCIAS EN EL LENGUAJE

G MORÁN; P BUOSI; G H R A OTEGUI

Laboratorio de Neurobiología, 2ª Cátedra de Anatomía, F Medicina. UBA. Argentina.

Introducción: El modelo anatómico canónico que explica la función del lenguaje articulado se construyó entre 1961 (Broca) y 1874 (Wernicke). La visión clásica sostiene que el fascículo arcuato conecta las áreas de Broca (BA 44 y 45) con el área de Wernicke (BA 22 sector caudal). Actualmente hay autores que han formulado que este modelo no sería correcto y que el fascículo arcuato no conecta con Broca, sino con las áreas motora primaria (BA 4) y premotora (BA 6). **Objetivo:** Identificar las áreas diana del sector rostral del fascículo arcuato. **Material y Método:** Estudio exploratorio, descriptivo, transversal que analizó una muestra de 10 hemisferios cerebrales izquierdos obtenidos de personas sin antecedentes de enfermedades cerebrales o cuya causa de muerte hubiese sido un accidente cerebro vascular, y se excluyeron aquellas muestras que luego de la fijación mostraron zonas de reblandecimiento o signos aparentes de mala fijación. La variable en estudio fue la conectividad del segmento rostral del fascículo arcuato. No se consideraron las conexiones rostrales de los otros segmentos del fascículo longitudinal superior. Se registró la misma en tablas ad hoc. Las disecciones se realizaron con instrumental (espátulas de madera) diseñado en nuestro laboratorio, agujas y pinzas de

disección. **Resultados:** En todas las muestras el fascículo arcuato conectaba rostralmente con las siguientes áreas: BA 4; BA 6; BA 44; BA 45; BA 47; posibles BA 46 y BA 9. **Discusión:** Obtuvimos evidencia que refuta los resultados que indican conectividad exclusiva con uno de los dos sectores, Broca o bien fuera del área de Broca. Hemos interpretado la complejidad constitutiva de la conectividad rostral del fascículo arcuato con el cumplimiento de un rol funcional complejo: generación (elección) de palabras (nombres y otros), ordenamiento de números, letras y palabras, respuestas automáticas y variables en función de contextos.

VARIANTES ANATOMICAS OSTEOARTICULARES EN MIEMBROS INFERIORES. SU PRESENTACIÓN A TRAVÉS DE RADIOLOGÍA CONVENCIONAL

T NEMECEK, S R TAMAYO

Cátedra de Anatomía. Facultad de Ciencias de la Salud. U.N.Sa. Salta. Argentina

Introducción: Existen numerosas variantes anatómicas osteoarticulares en los miembros inferiores (MMII) que pueden ser documentadas y estudiadas a través de bioimágenes (radiología convencional) y que son necesarias conocerlas para evitar cometer errores diagnósticos y terapéuticos. **Objetivo:** Remarcar la importancia de algunas variantes osteo articulares en los MMII y su objetivación diagnóstica por medio de imágenes radiológicas. **Presentación de los casos:** Os talonaviculares. Es un hueso accesorio que se encuentra dorsal a la tuberosidad posteromedial del hueso navicular del tarso. Está presente en aproximadamente el 10% de la población, es más común en el sexo femenino y aparece con mayor frecuencia en la adolescencia. **Rango de bilateralidad:** aproximadamente 70%. Os trigonum. Hueso adicional que se desarrolla congénitamente en relación a la cara dorsal del astrágalo, al cual está conectado por una cinta fibrosa. Evidente recién en la adolescencia. Escasa frecuencia. Rótula bipartita. Anomalia congénita caracterizada por la existencia de uno o varios puntos de osificación suplementarios, que quedarán siempre aislados de la rótula. Su frecuencia de aparición es del 0,2 – 6%, haciéndose evidente alrededor de los 12 años. Más frecuente en hombres, y es bilateral en 57% de los pacientes. Asintomática. **Conclusión:** Elevada frecuencia de presentación en nuestra práctica de las variantes mencionadas, lo que motiva su conocimiento y recordatorio permanente.

APLICACIÓN ANATOMOQUIRURGICA DEL COLGAJO INDIANO

S REVIGLIO; G SCAGLIARINI; J TERCEROS; J DI SANTO; Y CHAP; S GENTILE; L E CRIADO

DEL RIO

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

Introducción: el Colgajo Indiano (CI) constituye la primera opción reconstructiva para reparar defectos extensos del tercio medio facial. **Objetivos:** revisar las características anatómicas del CI y su aplicación quirúrgica. **Material y Método:** se utilizaron 6 cadáveres formalizado al 5% disecado con instrumental y técnicas convencionales con elementos de magnificación y 6 pacientes entre 56 y 87 años sometidos a procedimientos reconstructivos del tercio medio facial en el Hospital Italiano de Córdoba. **Resultados:** los especímenes disecados muestran una anatomía vascular constante en la región frontal siendo los vasos epitrocleares los que permiten la transferencia pediculada del tejido frontal al tercio medio facial. Todos los defectos reconstruidos fueron secundarios a resecciones oncológicas y obtuvimos un 100% de viabilidad en los colgajos sin complicaciones

postoperatorias. Conclusiones: el CI es una excelente opción reconstructiva para resecciones centofaciales especialmente para grandes defectos nasales. Es sencillo de diseccionar y por su anatomía constante vascularizado por los vasos epitrocleares es un colgajo seguro con una baja tasa de isquemia.

PLEXO LUMBAR DE *Gallus gallus*: DESCRIPCIÓN E IMPLICANCIAS EN ESTUDIOS CLADÍSTICOS

F E RUIZ de GALARRETA, R VISCIGLIA, M V UNAMUNO, J I ARCE OLAVARRÍA, B LAMBRE, G H R A OTEGUI

Laboratorio de Ciencias Morfológicas, 2ª Cátedra de Anatomía, F Medicina. UBA. CABA. Argentina

INTRODUCCIÓN: Dubbelldam ha descrito el plexo lumbar y sacro del pigeon, *Columba livia* pero la constitución de los mismos en *Gallus gallus* ofrecida por Sisson-Grossman en su tratado no parece avalada por otros autores. Si bien las relaciones de parentesco de las familias de aves no siempre pueden definirse por morfología, y en esos casos los estudios de ADN ayudan en gran medida, las descripciones comparadas permiten obtener inferencias que constituyen buenas aproximaciones para deducir posibles relaciones filogenéticas entre especies. **OBJETIVO:** Describir el patrón constitutivo del plexo lumbar de *Gallus gallus*, y analizar el grado de semejanza con otros miembros de la misma clase. **MATERIAL Y MÉTODO:** estudio exploratorio, descriptivo, transversal que analizó una muestra de 10 plexos lumbares obtenidos de la especie *Gallus gallus*. La fijación se realizó por inyección en aorta ascendente con solución de formol al 10%. La disección se realizó siguiendo el método convencional. **RESULTADOS:** se observó el plexo lumbar formado por las ramas ventrales de los nervios espinales que se extienden desde las vértebras L₁ a L₃. Las tres raíces se unen para formar una rama terminal, el nervio femoral. El nervio obturador tiene origen en dos raíces: ramas L₂ y L₃. **DISCUSIÓN:** nuestros resultados difieren de las descripciones existentes de *Gallus gallus* y se acercan a la de *Columbia livia*. Para nosotros el nervio femoral está formado por la unión de las tres raíces y no solo por la unión de la raíz media con la raíz caudal. El patrón observado por nosotros podría ser interpretado como una variación o bien como una diferencia entre especies.

TOPOLOGÍA DEL MIEMBRO SUPERIOR EN UN MODELO 3D DE PREPARACIÓN CADAVÉRICA ESPECIAL

M E SALDEÑA, E S J STURMER, J I LUNA MOZZI, M PEREZ, G H R A OTEGUI

Laboratorio de Preparados Especiales, 2ª Cátedra de Anatomía, F Medicina. UBA. CABA. Argentina

Introducción: Las relaciones inmediatas y mediatas no se comprenden fácilmente con las disecciones habituales pues la superposición de los elementos impide observar todas las estructuras al mismo tiempo. **Objetivos:** Elaborar un preparado especial cuyo diseño resuelva el problema de la superposición de estructuras y permita reconocerlas sin superposiciones. **Material y Método:** Se tomaron 10 preparaciones realizadas por disección convencional en base a la metodología propuesta en los manuales de disección clásicos (Testut y Rouviere). Se identificaron las estructuras a mostrar: principales nervios, vasos (arteriales y venosos) y músculos de hombro, brazo, antebrazo y mano. Se elaboró un diseño que dé cuenta del objetivo y se realizó la disección en base al modelo teórico propuesto. No se buscó cuantificar el rendimiento de los estudiantes en el reconocimiento de estructuras ya que este depende no solo del recurso sino de las configuraciones didácticas usadas y del contexto en el

que las mismas se desarrollan. **Resultados:** Se obtuvo un modelo (preparado especial) que conjuga la disección de estructuras neuro-vasculares con planos de sección que muestran desde caudal (distal) las relaciones de las estructuras coexistentes en un mismo nivel. El eje vertebrador de todo el preparado y que señala al mismo tiempo el nivel de sección es la estructura ósea. Los planos de sección (niveles) están constituidos por segmentos del miembro superior en el que se resaltaron las estructuras a mostrar. Entre cada uno de los planos solo se ve el sistema óseo del miembro superior. **Discusión:** Creemos haber encontrado un modelo de disección que ha resultado útil para el reconocimiento de las estructuras y que enriquece los ya existentes. Este diseño puede ser usado como recurso en diferentes configuraciones didácticas que impliquen la participación activa de los estudiantes.

GLÁNDULAS SALIVALES HUMANAS: HISTOLOGÍA CLÍNICA Y EPIDEMIOLOGÍA DEL CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE EN CÓRDOBA (ARGENTINA)

M E SAMAR; R E AVILA; M FURNES; I FONSECA; A CORBALL; R FERRARIS; L FERRARIS; M E DIONISIO de CABALIER
*Facultades de Odontología y Ciencias Médicas.
Universidad Nacional de Córdoba Córdoba.
Argentina.*

Introducción: Las glándulas salivales son órganos del sistema estomatognático que producen y secretan saliva. Dentro de la patología tumoral de cabeza y cuello se encuentran las neoplasias salivales, poco frecuentes y escasamente estudiadas en Argentina. **Objetivo:** El propósito fue determinar el perfil histológico y epidemiológico del carcinoma mucoepidermoide (CME), el tumor salival maligno más común. **Material y Método:** Se realizó el análisis retrospectivo de los casos de CME documentados en el Servicio de Patología (Hospital Nacional de Clínicas, la Fundación para la Educación, Investigación y Prevención en Cabeza y Cuello y el Laboratorio Privado de Patología (años 1995 a 2013). Las variables estudiadas fueron: localización, tipo de glándula (mayores o menores), sexo, edad, edad media y grado histológico (bajo, intermedio y alto grado de malignidad). **Resultados:** Se encontraron 24 tumores, en 10 mujeres (41,6%) y 14 hombres (58,3%), con una relación H:M de 1,3: 1. La edad media de los pacientes fue de 52 años con un rango de 15 a 85 años, siendo parótida más afectada (14 casos, 58,3%). Los otros sitios fueron paladar (n=4; 16,7%), submandibular (n=2; 8,3%), lengua (n=2; 8,3%), intraóseo (n=1; 4,2 %) y mejilla (n=1; 4,1%). En relación al tipo de glándula tenemos 16 casos (66,7%) en glándulas mayores y 8 (33,3%) en menores. En esta casuística predominan tumores de bajo grado de malignidad (n=15; 62,5%), siendo 4 de grado intermedio (16,7%) y 5 de alto grado (20,8%). **Conclusiones:** A partir de nuestro estudio y de la revisión de la literatura concluimos que en nuestra casuística de CME predominan tumores de bajo grado, más frecuentes en glándulas salivales mayores, principalmente parótida seguido de paladar, lo que coincide con la bibliografía, con una incidencia más elevada en hombres a diferencia de lo reportado en la literatura.

APORTE DE LOS ENTORNOS VIRTUALES (EVEA) A LA ENSEÑANZA APRENDIZAJE EN ANATOMÍA PARA RECURSANTES. UNA PROPUESTA.

S R TAMAYO, C DIEDRICH
*Cátedra de Anatomía. Facultad de Ciencias de la
Salud. U.N.Sa. Salta. Argentina*

Introducción: Las dificultades académicas suscitadas en la enseñanza de la Anatomía, motivan una necesidad de

reflexionar sobre las modalidades de enseñanza tradicionales, con el fin de buscar nuevas alternativas metodológicas que aseguren una mejor calidad del aprendizaje de esta ciencia. Las EVEA son herramientas útiles para generar nuevas estrategias educativas, y con esto mejorar el rendimiento académico. Objetivo: Implementar una propuesta innovadora utilizando la Plataforma Moodle, en el cual docentes y alumnos recurrentes de una cátedra de grado comparten un ámbito de trabajo, comunicación, interacción, colaboración y acceso a recursos de interés, tanto para el aprendizaje en el aula, como fuera de ella. Presentación del proyecto: Las actividades propuestas para el desarrollo del proyecto se dividen en cuatro etapas: - relevamiento de los conocimientos de los usuarios, - capacitación en el manejo del entorno, - incorporación al dictado del curso de Anatomía y -eficacia de la intervención en el rendimiento académico. Para la valoración del proyecto se evaluarán los indicadores de eficiencia (aprobados, desaprobados y niveles de retención) funcionalidad e impacto sobre los actores involucrados (encuestas a docente y alumnos). Conclusión: La evaluación del proyecto educativo será, finalmente, la valoración de la innovación en lo que hace al rendimiento de los alumnos y la valoración de otros aspectos de la herramienta en relación a los procesos de enseñanza y aprendizaje.

HIDROCELE DEL CONDUCTO PERITONEO VAGINAL. RESEÑA DE UN CASO

S R TAMAYO, F GALLO CORNEJO

Cátedra de Anatomía. Facultad de Ciencias de la Salud. U.N.Sa. Sanatorio Parque. Salta.

Argentina

Introducción: En el desarrollo embriológico de la mujer, una pequeña evaginación del peritoneo parietal acompaña al ligamento redondo del útero a través del anillo inguinal interno en el canal homónimo. Ocasionalmente dicha protrusión peritoneal no se oblitera por completo, denominándose "canal de Nuck", pudiendo coleccionar líquido en su interior (hidrocele) y manifestándose clínicamente con dolor, edema o disconfort local. Puede presentar una variedad de características ecográficas, (principal modalidad diagnóstica). Objetivo: Reportar el caso de una anomalía relativamente infrecuente: "hidrocele del canal de Nuck", asintomática y su exitosa corrección quirúrgica. Presentación del caso: Niña de 13 años, que súbitamente presentó tumoración asintomática en pliegue inguinal derecho, sin antecedentes patológicos relevantes. El examen clínico: reveló formación ovoide, firme aunque renitente, no reducible sobre pliegue inguinal derecho. La ultrasonografía de partes blandas mostró: formación quística (42 x 16 x 28 mm), contenido líquido (volumen: 10 ml) superficial a los vasos epigástricos inferiores, con un cuello (cara posterior) y extensión lateral en dirección a los vasos femorales. Los diagnósticos diferenciales fueron: adenopatía inguinal, hernia inguinal e hidrocele, etc. Se realizó escisión quirúrgica completa de la formación quística, con adecuada evolución postoperatoria y alta en la jornada siguiente. Histopatología (Hematoxilina y Eosina x250): pared fibrosa, con áreas hialinizadas, edematizadas con microhemorragias murales, (remanentes de cubierta mesotelial aplanada preservada focalmente). Los hallazgos confirman el diagnóstico de hidrocele del canal de Nuck. Conclusión: Es importante remarcar que ante signos y síntomas en la región inguinal deberíamos incluir entre los diagnósticos diferenciales a esta anomalía poco prevalente pero de ocasional presentación y que su tratamiento quirúrgico es eficaz y seguro.

COLGAJO SUBMENTAL: REVISIÓN ANATOMICA Y SU APLICACIÓN QUIRÚRGICA

J TERCEROS; S REVIGLIO; G SCAGLIARINI; J DI SANTO; Y CHAP; S GENTILE; L E CRIADO DEL RIO

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

Introducción: La utilización del Colgajo submental (SM) es una herramienta útil y eficaz para la reconstrucción en el territorio maxilofacial. Objetivos: Revisar las características anatómicas del CS y su aplicación quirúrgica. Material y Método: Se utilizaron 5 cadáveres formalizado al 5% disecado con instrumental y técnicas convencionales con elementos de magnificación y 4 pacientes sometidos a procedimientos reconstructivos faciales en el Hospital Italiano de Córdoba. Resultados: los especímenes disecados muestran una anatomía constante siendo la arteria submental rama de la facial. Nace en el espesor de la glándula submaxilar y transcurre por debajo del reborde mandibular y por encima del músculo milohioideo dando numerosas ramas perforantes cutáneas. Todas las reconstrucciones fueron secundarias a resecciones oncológicas. Un paciente presentó una pérdida parcial del colgajo. Conclusiones: el CS es una alternativa reconstructiva para resecciones faciales. Presenta anatomía vascular constante con aceptable secuela estética en la zona dadora.

PLEXO BRAQUIAL DE *Gallus gallus*: DESCRIPCIÓN E IMPLICANCIAS EN ESTUDIOS CLADÍSTICOS

R VISCIGLIA, F E RUIZ de GALARRETA, M V UNAMUNO, J I ARCE OLAVARRÍA, B LAMBRE, G H R A OTEGUI

Laboratorio de Ciencias Morfológicas, 2ª Cátedra de Anatomía, F Medicina. UBA. CABA. Argentina

INTRODUCCIÓN: a diferencia de los mamíferos las aves presentan una gran homogeneidad morfológica. Las relaciones de parentesco de las familias de aves no siempre pueden definirse por morfología, y en esos casos los estudios de ADN ayudan en gran medida. Dubbeldam ha estudiado el plexo braquial del pigeon, *Columba livia* y el de *Gallus gallus* se describe en el tratado de Sisson-Grossman. OBJETIVO: Describir el patrón constitutivo del plexo braquial de *Gallus gallus*, y compararlo con el de otras aves. MATERIAL Y MÉTODO: estudio exploratorio, descriptivo, transversal que analizó una muestra de 10 plexos braquiales obtenidos de la especie *Gallus gallus*. La fijación se realizó por inyección en aorta ascendente con solución de formol al 10%. La disección se realizó siguiendo el método convencional. RESULTADOS: el plexo braquial está formado por las ramas ventrales de los nervios espinales XI a XV. El aporte de las raíces XI y XV es menor. La raíz XII recibe un aporte de XI y se une a la raíz XIII formando el tronco primario craneal y XIV recibe un pequeño aporte de XV y da origen al tronco primario caudal. Ambos troncos se dividen en ramos anteriores y posteriores que al unirse forman un tronco secundario anterior que origina los nervios pectoral y mediano-cubital. El tronco secundario posterior da origen al nervio radial que emite como colateral el nervio axilar. DISCUSIÓN: nuestros resultados difieren de las descripciones existentes de *Gallus gallus* y se asemeja al de *Columba livia*. El plexo aparece constituido fundamentalmente por tres ramas (XII a XIV) y un aporte menor de las ramas XI y XV. El N. axilar no surge del tronco dorsal como rama terminal sino como colateral. El patrón observado por nosotros podría ser interpretado como una variación o bien como una diferencia entre especies.