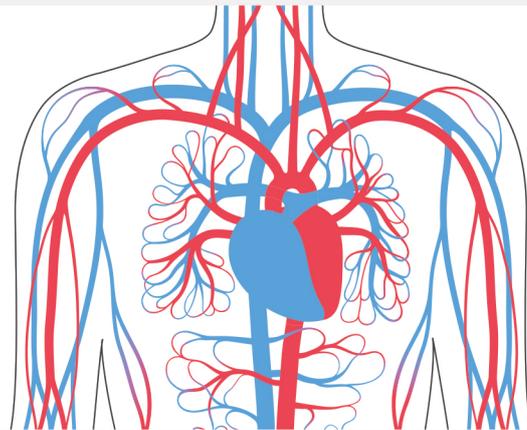


ANAIS DO VIII SEMINÁRIO DE

# ANATOMIA MÉDICA APLICADA



## A VASCULARIZAÇÃO DO CORPO HUMANO E SUAS AFECÇÕES



26, 27 E 28 DE OUTUBRO



**Anais do VIII Seminário de Anatomia Médica Aplicada**

**A vascularização do corpo humano e suas afecções**

**26, 27 e 28 de outubro**

Editora da Universidade de Vassouras  
Vassouras/RJ  
2022

Seminário de Anatomia Médica Aplicada. (VIII : 2021 : Minas Gerais, MG)

Sc5297

Anais do VIII Seminário de Anatomia Médica Aplicada / organizado por Istael Fernandes Bar. – Minas Gerais, MG : Universidade de Vassouras, 2021.

14 p.

**Modo de acesso:** <http://editora.universidadevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/3359>

**ISBN:** 978-65-87918-36-5

**DOI:** 10.21727/rpu.v13i2 (Sup).3359

1.Ciências médicas. 2. Anatomia. 3. Medicina. 4. Coração – Doenças.  
I. Bar, Istael Fernandes. II. Universidade de Vassouras. III. Título.

CDD 610

## VIII SEMINÁRIO DE ANATOMIA MÉDICA

**Nome do evento:** VIII Seminário de Anatomia Médica

**Instituição:** Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – PUC MG – campus Betim

**Docente Orientadora:** Stael Fernandes Bar

**Sobre o evento:** O Seminário de Anatomia Médica é um evento organizado pelos monitores de Anatomia Médica da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC – MG) campus Betim e encontra-se na sua oitava edição, adaptada ao ambiente virtual. O objetivo do SAMA é proporcionar o intercâmbio científico e cultural entre os acadêmicos de Medicina e estimular o aprendizado e a vivência de eventos científicos pelos alunos, no que tange aos conhecimentos sobre anatomia e afecções médicas.

**Comissão Organizadora:** Igor Amorim Amaral, Isabela Simões, Luísa França de Faria, Vitor Avelar Silvestre, Thiago Cunha Gomes de Oliveira, Beatriz Melo de Almeida, Letícia Almeida Souza, Gustavo Afonso Diniz Silva, Gilvar Victor da Silva Pereira, Lucas Klier Silva, Laura Nacife Rabello, Grazielle Aparecida Silva, Aylandra Lara Silva Melo, Júlia Neiva de Melo Franco Oliveira, Higor Gomes Mussi, João Ricardo Garcia Costa, Vitor de Marcus Mourão Araújo Pena, Mariana Cristina Flores Emiliano, Mateus Machado Decina, Ana Paula Mourão Santos, Giovane C. Constantino Ferreira de Paula, Clara Bucater Veado, Maria Fernanda Nascimento Reis, João Pedro Ribeiro Santos, Isabela Gontijo Mendonça, Marina Guimarães Bragatto, Lucas Júnio da Silva, Lucas Rodrigues Pereira Barros e Alex de Abreu Venâncio.

**Comissão Científica:** Luísa França de Faria, Aylandra Lara Silva Melo, Gilvar Victor da Silva Pereira, Lucas Klier Silva, Laura Nacife Rabello, Grazielle Aparecida Silva, Thiago Cunha Gomes de Oliveira, Beatriz Melo de Almeida, Letícia Almeida Souza e Gustavo Afonso Diniz Silva.

**Palavras-chave:** Anatomia; Medicina; Doenças Vasculares.

## **SUMÁRIO**

Oclusão Venosa Da Retina: Uma Revisão Anatômica e Fisiológica da Literatura..	6
Fístula Carotídeo-Cavernosa: Estudo de Caso.....	8
Linfadenectomia Pélvica Baseada no Conceito Anatômico do Y Invertido e Triângulo do Desastre.....	10
Intervenções Cirúrgicas da Persistência do Ducto Arterioso: Uma Abordagem Comparativa Entre os Procedimentos Resolutivos dessa Má Formação Anatômica.....	12

# OCCLUSÃO VENOSA DA RETINA: UMA REVISÃO ANATÔMICA E FISIOLÓGICA DA LITERATURA

Igor Wajnsztok Brasileiro<sup>1</sup>, Pedro Henrique Souza Silvino Assunção<sup>1</sup>, Emilio Rintaro Suzuki Junior<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Acadêmicos do 10º período do curso de medicina da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG) Campus Betim

<sup>2</sup> Médico especialista em Oftalmologia PUC-MG

**INTRODUÇÃO:** A oclusão venosa retiniana é caracterizada por problemas com a drenagem venosa da circulação da retina, podendo levar a cegueira aguda ou permanente. A oclusão pode ser na veia central ou de ramo venoso, sendo a segunda causa mais comum das doenças vasculares da retina, com perspectivas de crescimento, pois apresenta grande correlação ao envelhecimento. Historicamente, foi identificada há mais de um século, mas a fisiopatologia da condição permanece incerta, sendo, necessário sólido conhecimento anatômico da vasculatura local para melhor compreensão do quadro. **OBJETIVOS:** Realizar uma revisão anatômica da vascularização da retina para esclarecer aspectos fisiopatológicos e clínicos do transtorno. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Utilizou-se livros textos e a bases de dados PubMed, com os descritores: "Oclusão da Veia Retiniana"; "Anatomia"; "Neovascularização". Dos 2347 artigos encontrados aplicou-se os filtros: Revisão Sistemática; Ensaio Clínico Controlado; últimos 5 anos, encontrando 170 artigos. Desses, selecionou-se 6 artigos relevantes. **DISCUSSÃO:** A artéria central adentra no globo ocular ao nível da cabeça do nervo óptico, sendo responsável pela oxigenação da retina. A drenagem local é feita por ramos venosos que se juntam ao nível do disco óptico, originando a veia central da retina. Esta viaja pela lâmina crivosa, posteriormente ao nervo óptico, e junta-se às veias oftálmicas, drenando para o seio cavernoso. A principal fisiopatologia decorre de fenômenos ateroscleróticos, mas a oclusão pode ser por processos inflamatórios, vasoespasmos ou compressão. As variações anatômicas influenciam na patologia, mas a oclusão venosa de ramo ocorre geralmente via compressão venosa pelo engrossamento arteriolar numa região de cruzamento arteriovenoso. A oclusão da veia central é incerta, acredita-se que tenha relações com glaucoma, apneia do sono e trombofilias, com obstrução de fluxo por um trombo local. Os dois tipos

cursam, com uma diminuição súbita, indolor e monocular da visão. As principais complicações incluem o edema macular, neovascularização da retina e íris, glaucoma neovascular e risco real de cegueira. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A oclusão venosa retiniana é um problema da drenagem venosa da circulação da retina que ocorre principalmente por fenômenos ateroscleróticos. A oclusão de ramo é mais prevalente, mas a oclusão central possui piores desfechos, sendo necessários aprofundamentos, devido a sua alta prevalência.

**PALAVRAS-CHAVES:** Oclusão da Veia Retiniana; Anatomia; Neovascularização.

# FÍSTULA CAROTÍDEO-CAVERNOSA: ESTUDO DE CASO

Larissa Gabriely Rodrigues Vieira<sup>1</sup>, Leonardo Moreira de Vasconcelos<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Acadêmica do 5º período do curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG), Campus Betim.

<sup>2</sup> Médico especialista em Oftalmologia. CMMG.

**INTRODUÇÃO:** Fístulas carotídeo-cavernosas (FCCs) são um tipo específico de fístula, em que ocorrem comunicações anormais entre o segmento cavernoso da artéria carótida e o plexo venoso do seio cavernoso (SC). O desvio do sangue dos sistemas da artéria carótida aumenta a pressão dentro do SC, o que leva a uma miríade de manifestações que mimetizam doenças oculares e cervicais. As manifestações clínicas da FCC abrangem desde paresias e disfunções nervosas leves, sem congestão orbitária, até proptose pulsátil. O método de diagnóstico padrão ouro, em qualquer tipo de FCC, é a angiografia cerebral. Somado, o manejo conservador e cirurgia aberta, sendo a embolização endovascular a terapêutica de primeira escolha, são determinantes para resolução do quadro. **DESCRIÇÃO**

**DO CASO:** Paciente do sexo feminino, 60 anos, encaminhada ao Instituto de Saúde Ocular, para triagem de facectomia. Entretanto, no dia do procedimento apresentou inflamação ocular o que levou a uma nova avaliação clínica e hipótese diagnóstica. Posterior à realização dos exames e diante os sinais e sintomas apresentados pela paciente nas consultas, como edema, quemose, cefaleia intensa associada a diplopia e proptose, foi aventado a hipótese diagnóstica para FCC. Seguindo a conduta, foi agendada uma embolização para a resolução do caso. Contudo, uma nova arteriografia demonstrou resolução espontânea do quadro.

**DISCUSSÃO:** Com base no caso clínico apresentado é notório o correto diagnóstico de FCC, visto os sintomas característicos apresentados, como: proptose, quemose, hiperemia e diplopia. Ademais, os exames de imagem, evidenciaram o quadro de FCC da paciente. Vale ressaltar que algumas condições têm um início lento e insidioso, em muitos casos com sintomas mínimos, não exigindo tratamento. No entanto, outros podem constituir uma emergência médica ou neurológica.

**CONCLUSÃO:** A fístula carotídeo-cavernosa é uma união anormal entre o sistema arterial carotídeo e o seio cavernoso. Pode ocorrer espontaneamente ou após um trauma, e necessita de um exame específico para o seu diagnóstico. Logo, o diagnóstico de FCC deve ser minucioso, visto que deve ser capaz de englobar os aspectos do histórico médico do paciente, do exame físico e dos exames de

imagem, os quais são imprescindíveis.

**PALAVRAS-CHAVE:** Fístula Carotidocavernosa; Artéria carótida interna; Artéria carótida externa;

# LINFADENECTOMIA PÉLVICA BASEADA NO CONCEITO ANATÔMICO DO Y INVERTIDO E TRIÂNGULO DO DESASTRE

Arthur Monteiro Neder Issa<sup>1</sup>, Maria Clara Batista Andrade<sup>1</sup>, Pedro Romanelli de Castro<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Acadêmico do 2º período do curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG)

<sup>2</sup> Cirurgião Urologista do Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte

**INTRODUÇÃO:** A dissecação dos linfonodos pélvicos é eficaz para detectar metástases em pacientes com câncer de próstata. Considerando a dificuldade da localização de pontos anatômicos na região, um mapeamento embasado no conceito anatômico do “Y invertido” e do “triângulo do desastre” (FURTADO, et al) é útil. **OBJETIVOS:** Descrever uma técnica cirúrgica para a dissecação de linfonodos pélvicos assistida por robô (ePLND) em pacientes com câncer de próstata localizado de alto risco. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Foi realizada uma revisão dos registros médicos de 73 pacientes submetidos à ePLND antes da realização da prostatectomia radical assistida por robô (RARP) entre 2017 e 2019. Somente pacientes com probabilidade maior que 5% de invasão dos linfonodos de acordo com o nomograma de Briganti foram incluídos no estudo. **RESULTADOS:** O tempo médio operacional foi de 140 minutos. A perda mediana de sangue e o tempo de internação hospitalar foram de 289 mililitros e 1,8 dia respectivamente. Encontraram-se linfonodos positivos em 20,5% dos pacientes e 6% dos pacientes formaram linfocele clínica. **CONCLUSÃO:** A técnica de ePLND assistida por robô antes do RARP proporciona uma abordagem segura e eficaz. Primeiro, libera-se o sigmoide do peritônio parietal para acessar a região pélvica. Identifica-se então o “triângulo do desastre” formado pelos vasos gonadais lateralmente, ducto deferente medialmente e ureter na base. Nesta região encontram-se os vasos ilíacos externos. No vértice do triângulo entre o ducto deferente e os vasos gonadais, localiza-se o anel inguinal profundo, onde reside a artéria epigástrica inferior, formando assim o “Y invertido”. Posteriormente, inicia-se a incisão do peritônio dentro do “triângulo do desastre” sobre a artéria ilíaca externa, sendo estendida proximalmente até o cruzamento do ureter, na bifurcação da artéria ilíaca comum. Disseca-se a artéria ilíaca interna, identificando seu primeiro ramo anterior que é a artéria umbilical, marco anatômico para definição da área da

linfadenectomia. Removem-se os linfonodos sobre os vasos ilíacos externos seguindo proximalmente até a bifurcação da artéria ilíaca comum (linfonodos ilíacos externos). Logo, retira-se os linfonodos na região proximal dos vasos ilíacos internos seguindo distalmente (linfonodos ilíacos internos). Por fim, retiram-se os linfonodos situados no ângulo das artérias ilíacas interna e externa, na fossa obturatória (linfonodos obturatórios).

**PALAVRAS-CHAVE:** Anatomia; Vasos Sanguíneos; Pelve; Linfonodos.

# INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS DA PERSISTÊNCIA DO DUCTO ARTERIOSO: UMA ABORDAGEM COMPARATIVA ENTRE OS PROCEDIMENTOS RESOLUTIVOS DESSA MÁ FORMAÇÃO ANATÔMICA

Miguel Pires Pinto<sup>1</sup>; Pedro Henrique Rego Viana<sup>1</sup>, Rafael Cunha Silva Araújo<sup>1</sup>; Lamara Laguardia Valente Rocha<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Discente do Curso de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais

<sup>2</sup>Professora do Curso de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais

**INTRODUÇÃO:** A oxigenação do feto ocorre pela placenta, local mais a montante da veia umbilical. Para permitir a nutrição do feto, por meio desse vaso, existem três grandes adaptações, sendo o Ducto Arterioso, o Ducto Venoso e o Forame Oval. O Ducto Arterioso é importante, na circulação fetal, pois permite o esvaziamento do ventrículo direito, uma vez que os pulmões estão cheios de líquido, ocasionando a redução do volume de irrigação das artérias pulmonares. Embora importante para a vida intrauterina, sua persistência após o nascimento pode trazer sérias consequências, como a Insuficiência Cardíaca Congestiva e Hipertensão Arterial Pulmonar. Para evitar essas complicações normalmente, é adotado um tratamento farmacológico em primeira instância, mas caso o ducto permaneça, são utilizados métodos cirúrgicos, o percutâneo e o que envolve uma toracotomia. Assim, comparar os métodos de tratamento é essencial para a decisão de uma melhor conduta. **OBJETIVO:** Comparar a eficácia da Intervenção Cirúrgica com a eficácia da Cirurgia por cateterismo na resolução da Persistência do Ducto Arterioso em recém nascidos prematuros. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Foi utilizado a consulta às bases de dados Scielo e PubMed, utilizando os descritores DeCS e MeSH, "Permeabilidade do Canal Arterial" e "Recém-Nascido Prematuro", esses foram relacionados com a utilização do operador booleano "AND". Após, foram utilizados critérios de exclusão e inclusão, sendo idioma - português; inglês -, data de publicação - 2017 a 2021 - e delineamento de estudos - excluindo livros e documentos. **DISCUSSÃO:** A ligação cirúrgica através da toracotomia além de expor o paciente a riscos desnecessários, foi associada ao mal desenvolvimento dos recém nascidos, em alguns casos, o que causou um declínio no uso dessa técnica. Em contrapartida, foram desenvolvidos equipamentos que possibilitaram o ligamento do ducto via transcateter de forma bem menos invasiva e com

menos complicações associadas. Dessa forma, as possibilidades de propedêutica aumentarem e é necessário avaliar a individualidade de cada caso para decidir a intervenção apropriada. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O método percutâneo é, na maioria dos casos, mais benéfico para os pré termos. Além de evitar uma toracotomia, a utilização de cateterismo é mais simples e oferece menor possibilidade de complicações ao paciente.

**PALAVRAS-CHAVE:** Desenvolvimento Embrionário e Fetal; Permeabilidade do Canal Arterial; Procedimentos Cirúrgicos Cardiovasculares;



UNIVERSIDADE DE  
**VASSOURAS**