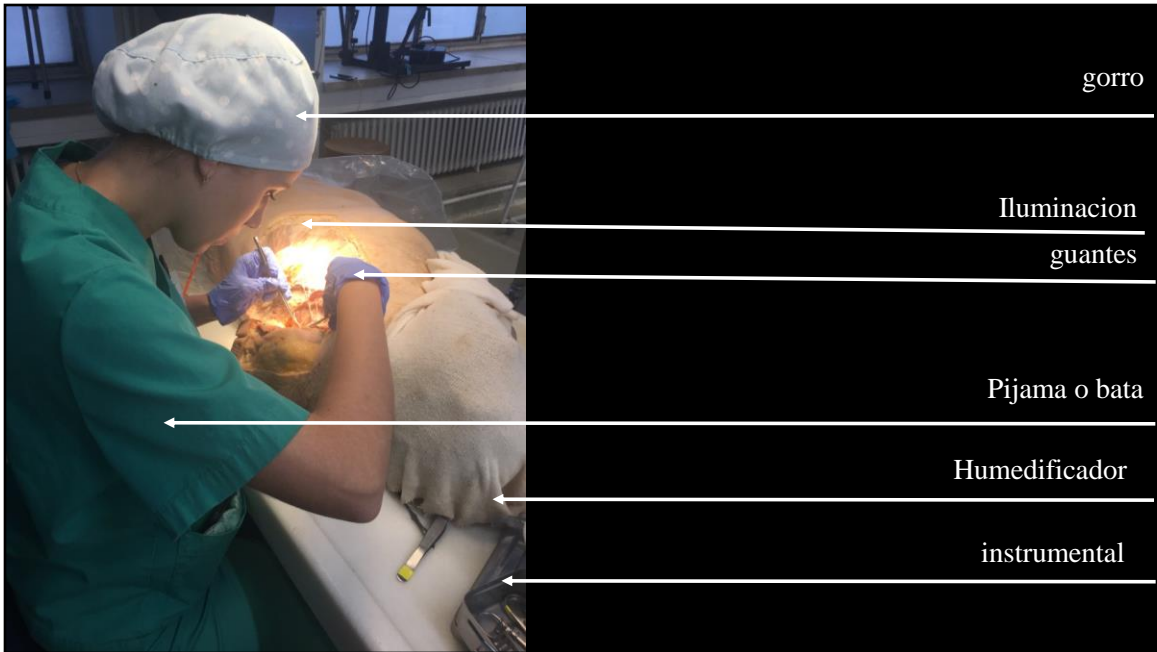
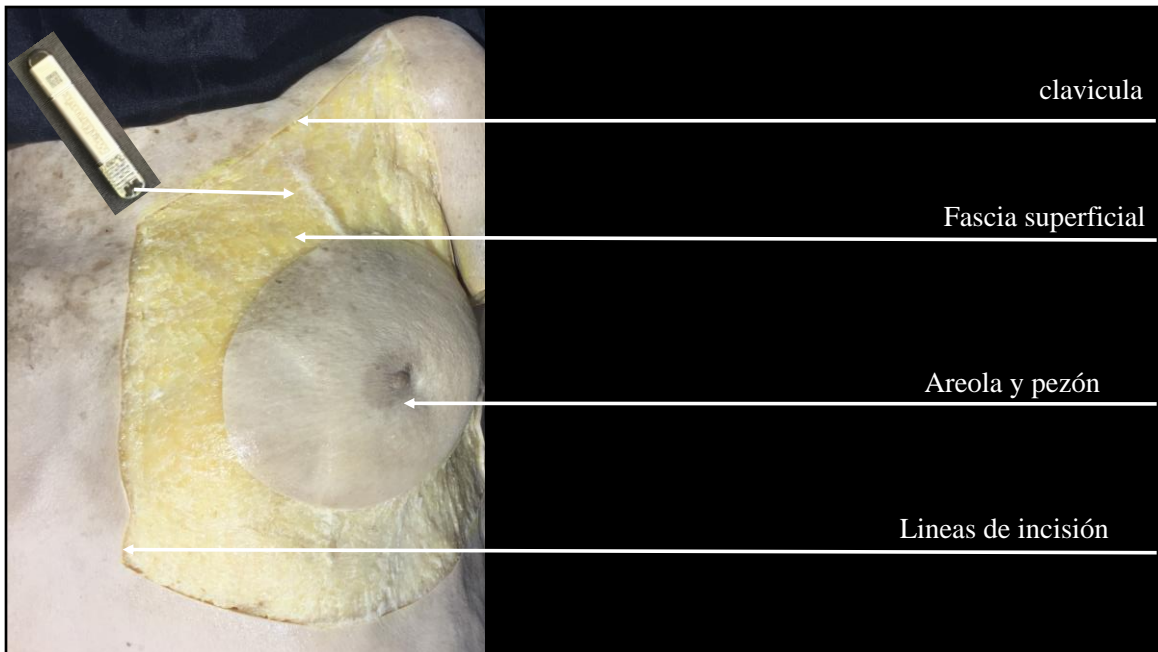


# REGIÓN PECTOROAXILAR

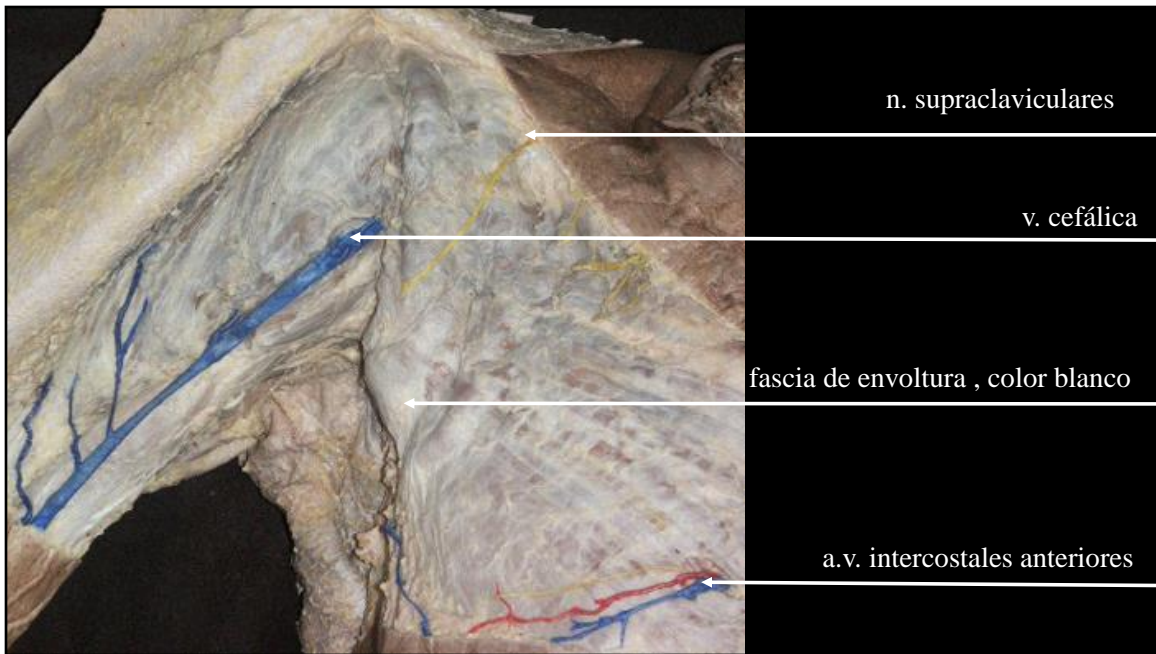


Para iniciar la disección se debe acudir con todo el equipo que se necesita. Vestuario: gorro, bata o pijama, zapato de goma y guantes. Instrumental, caja que contenga tijeras romas y de punta aguda, pequeña y grande, no escatimar la calidad, las de mala calidad es como tirar el dinero; mango de bisturí y hojas; pinzas con y sin dientes y un a pinza Kocher o mosquito.



La disección es la mejor forma de aprender la morfología del cuerpo humano, no solo por los que enseña de sus estructuras (color, textura, situación forma, etc.) sino porque en ocasiones puede suceder que presente variaciones anatómicas, patologías o la presencia de aparatos electrónicos, como en este caso que se implantan para favorecer el funcionamiento del corazón (un desfibrilador).

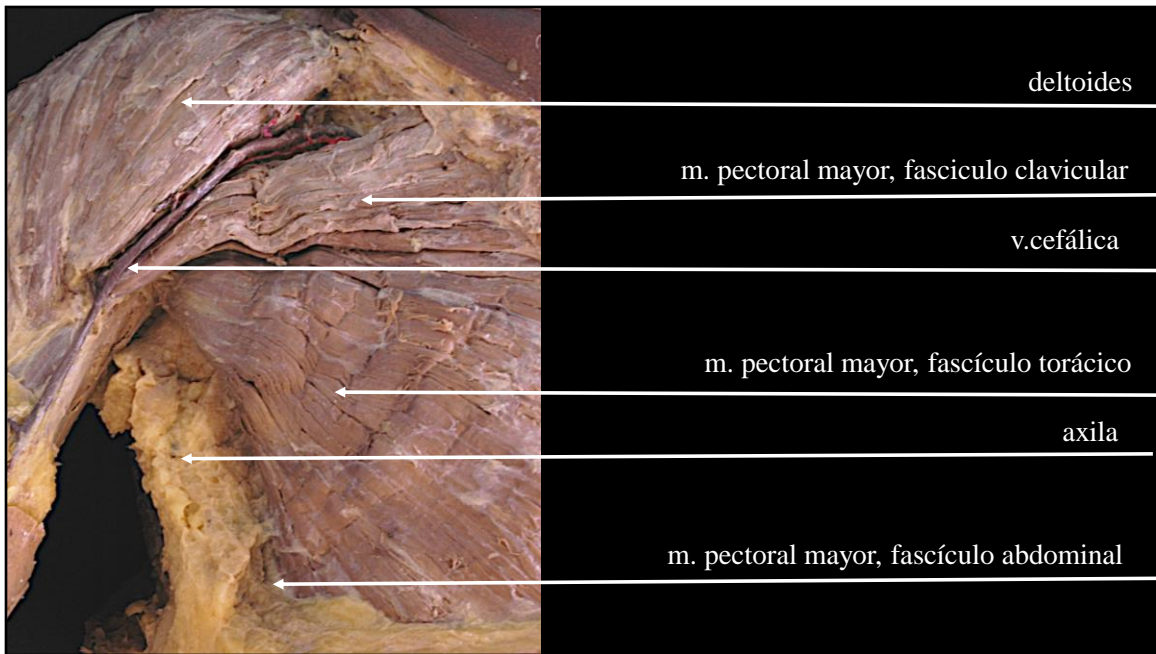
En primer paso a realizar son las líneas de incisión y reclinar la piel dejando en la evidencia a la fascia superficial de color amarillenta.



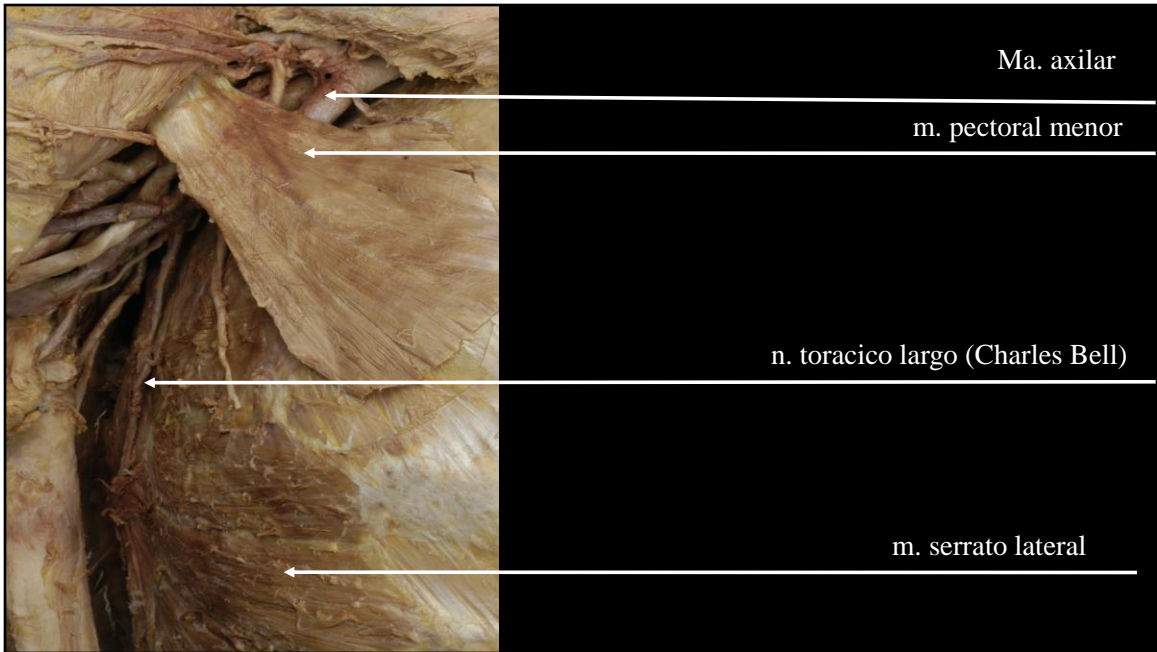
Para eliminar la fascia superficial hay que proceder con el conocimiento previo de donde se encuentran los elementos que transitan en ella. No siempre es fácil dar con todos ellos pero en esta imagen se pueden ver, apoyados sobre la fascia de revestimiento de color blanco, a los nervios supraclaviculares, vasos intercostales anteriores y vena cefálica.



A continuación se elimina la fascia de envoltura. Siempre humedeciendo mucho la pieza y siguiendo el sentido de las fibras musculares. De esta forma expondremos os músculos deltoides y pectoral mayor.



A continuación se elimina la fascia de envoltura. Siempre humedeciendo mucho la pieza y siguiendo el sentido de las fibras musculares. De esta forma expondremos los músculos deltoides y pectoral mayor, caminando entre ellos la vena cefálica para desembocar en la vena axilar.



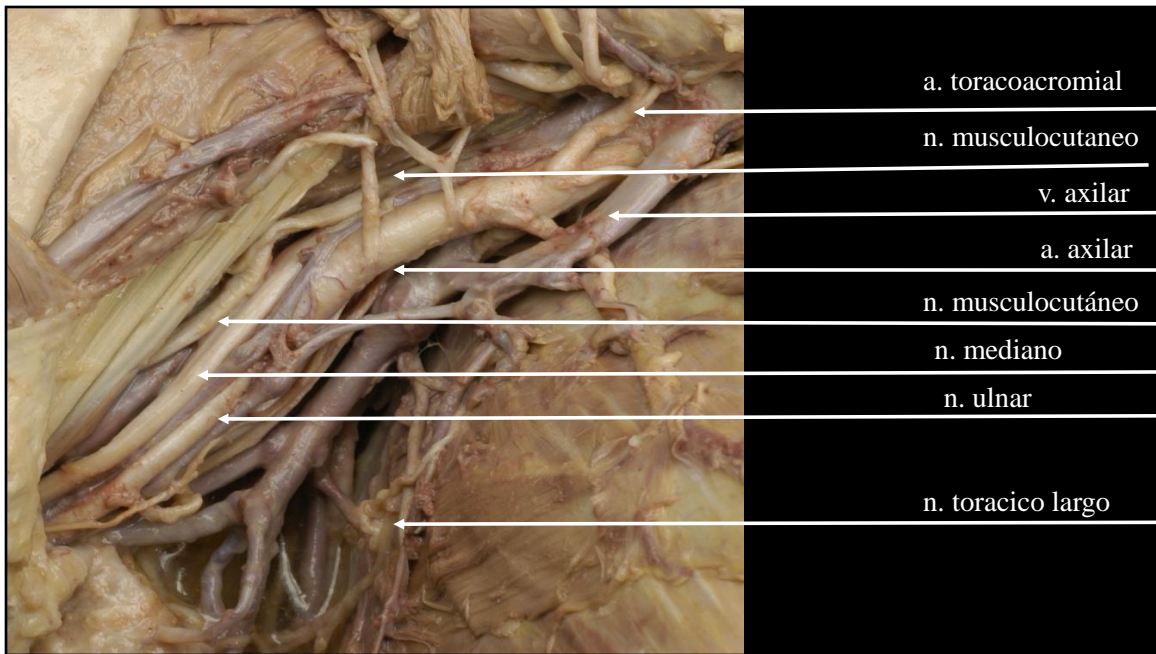
Una vez reclinado seccionando el tendón del músculo pectoral mayor y reclinado pasamos a ver claramente la pared torácica y el músculo pectoral menor. Al cual desinsertaremos en su origen torácico y lo reclinaremos hacia la región del hombro.



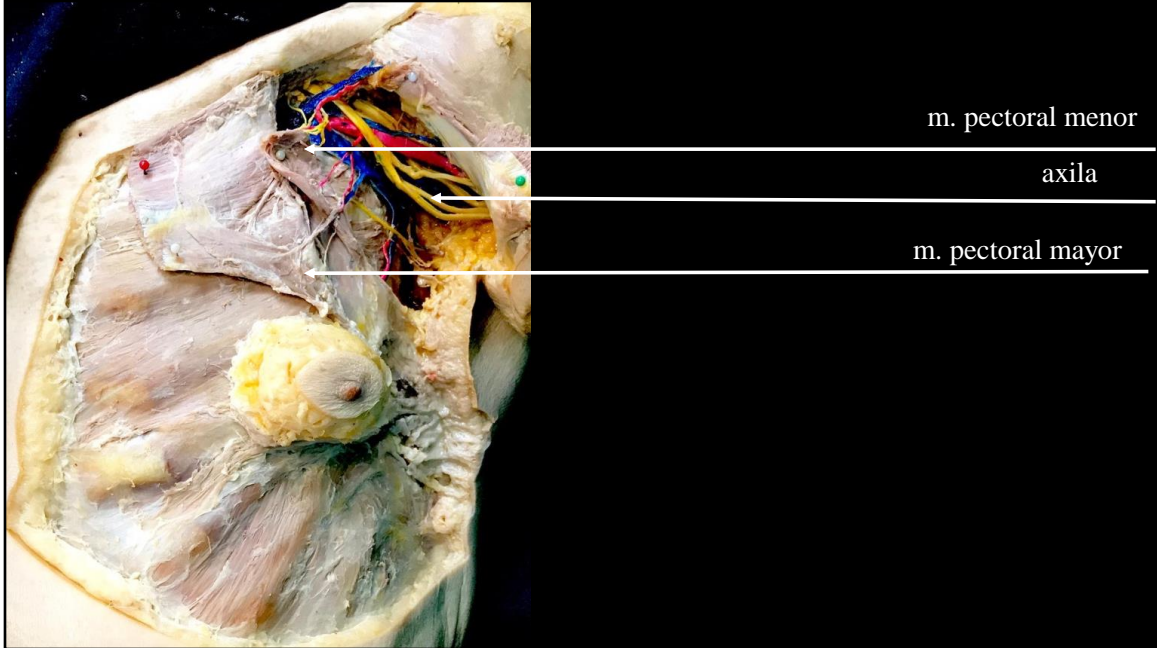


A continuación reclinamos el músculo pectoral menor y pasamos a delimitar el contenido de la axila. La vena siempre el elemento más anterior y medial, en la vecindad de la pared torácica. A continuación el cordón medial que da origen al mediano y musculo cutáneo y, también podemos ver el nervio ulnar y la arteria en profundidad.

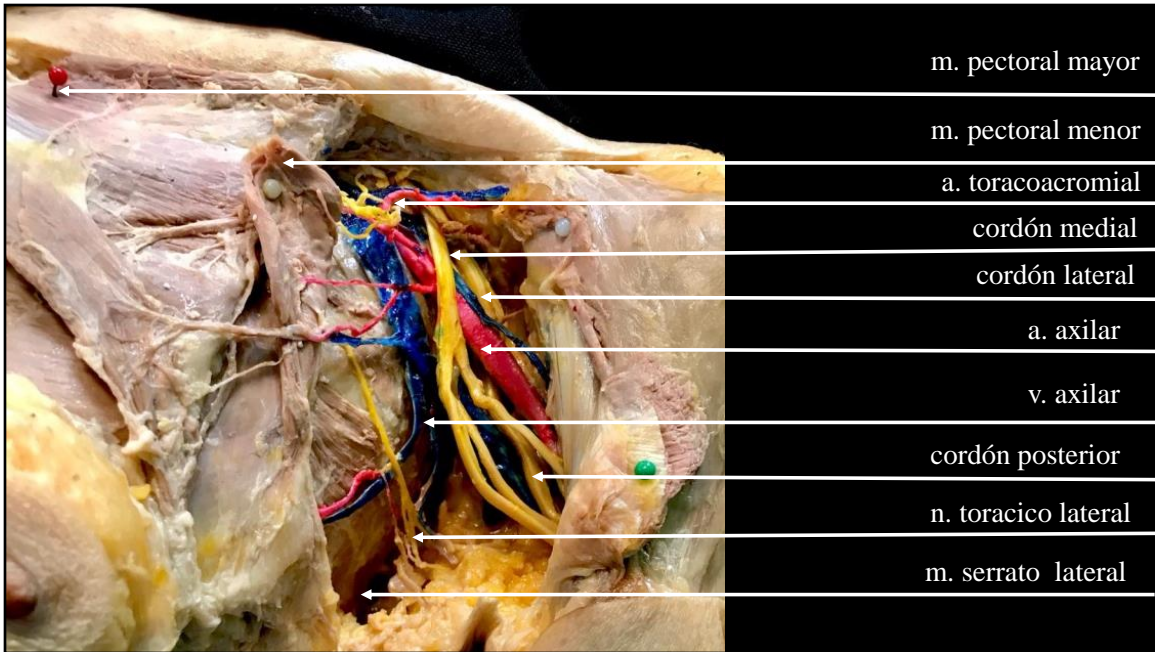




Siempre pensemos en la arteria axilar como el eje central de la axila y a la vena como el elemento más voluminoso y torácico. Aquí para poder ver al nervio axilar y al nervio radial deberíamos levantar a la arteria axilar.



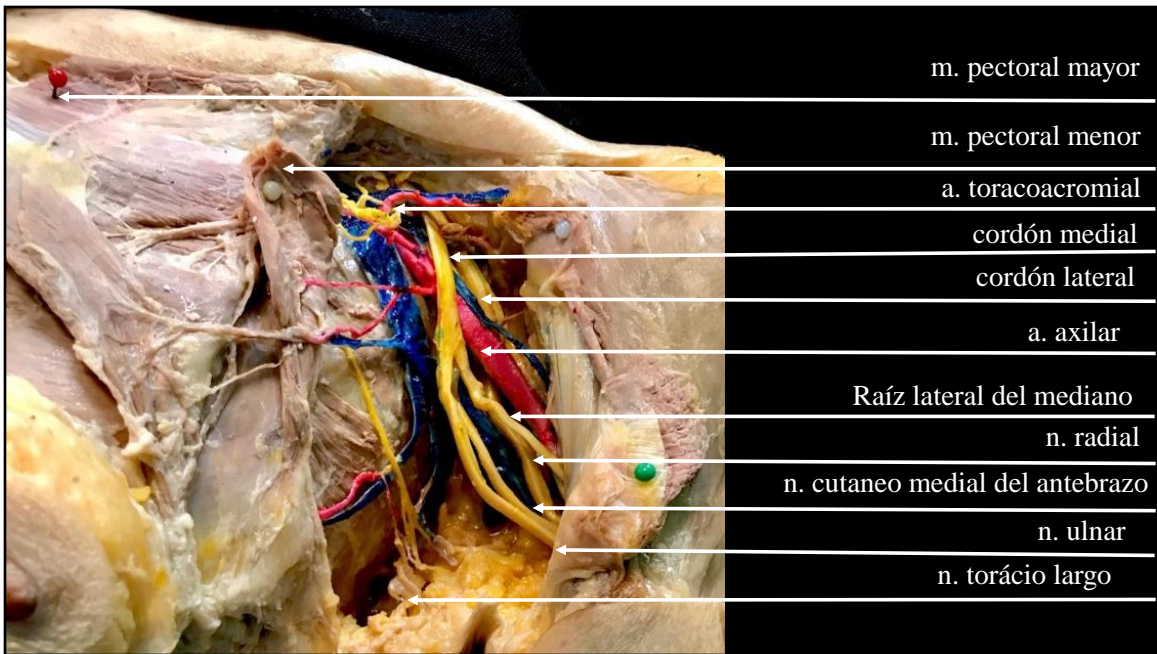
A continuación comenzaremos con la disección de la axila. Para es necesario realizar dos procedimientos. El primero seccionar la inserción del pectoral mayor y reclinarlo con su vascularización e inervación hacia el tórax. Con ese procedimiento podremos observar perfectamente el músculo pectoral menor. Ha este músculo también le cortaremos de su origen en la apófisis coracoides y lo reclinaremos hacia la pared torácica con su vascularización e inervación. Y así , con estas simples maniobras pasaremos a ver todo la axila cubierta por el tejido célula-adiposo y nodos ganglionares. Lo anteriormente mencionado lo veremos a mayor detalle en la siguiente imagen.



La disección del contenido de la axila es muy agradecido. Os elementos más superficiales son los nervios pectorales medial y lateral que rodean a la arteria axilar y se acompañan de la arteria toracoacromial.

El elemento más anteromedial , y de gran calibre es la vena axilar, que es única (no dos por arteria) y recibe las venas concomitantes homónimas de las colaterales arteriales.

A continuación y como eje y un poco posterior y profundo se encuentra la arteria axilar rodeada por fuera por el cordón lateral, por dentro por el cordón medial y por detrás por el cordón posterior. Pegado a la pared torácica veremos al músculo serrato lateral y nervio torácico lateral.

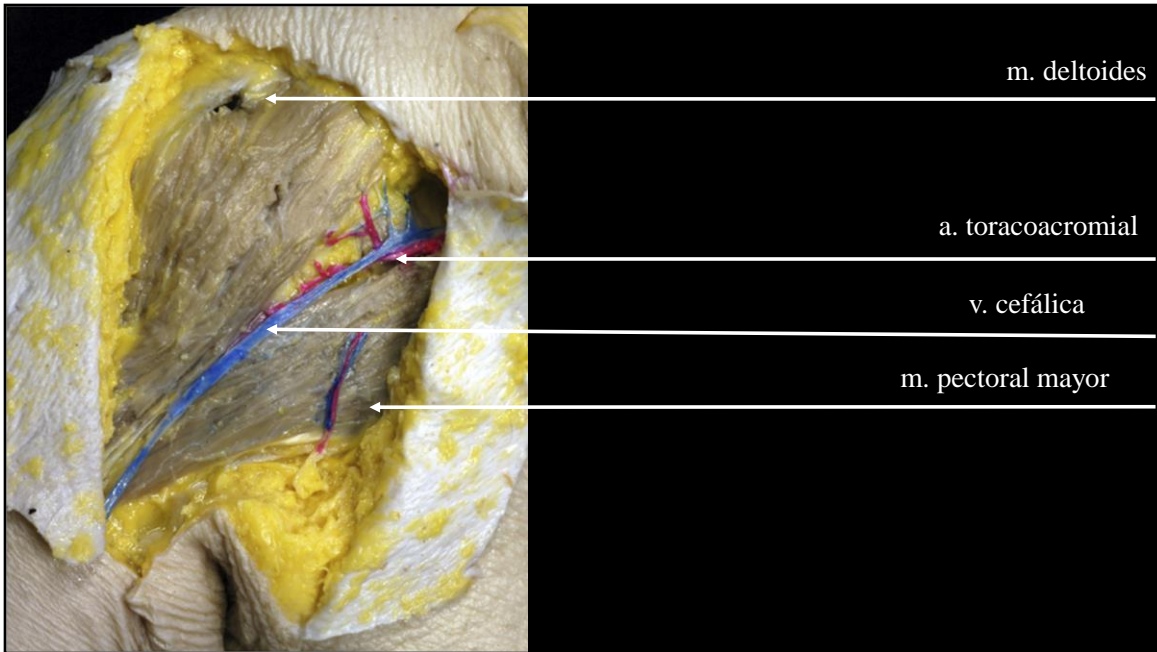


Aunque es la misma imagen que la anterior aquí se puede ver la formación de la raíz lateral del nervio mediano, el nervio radial, como continuidad del cordón posterior, y los nervios ulnar y cutáneo medial del antebrazo, a continuidad del cordón medial.



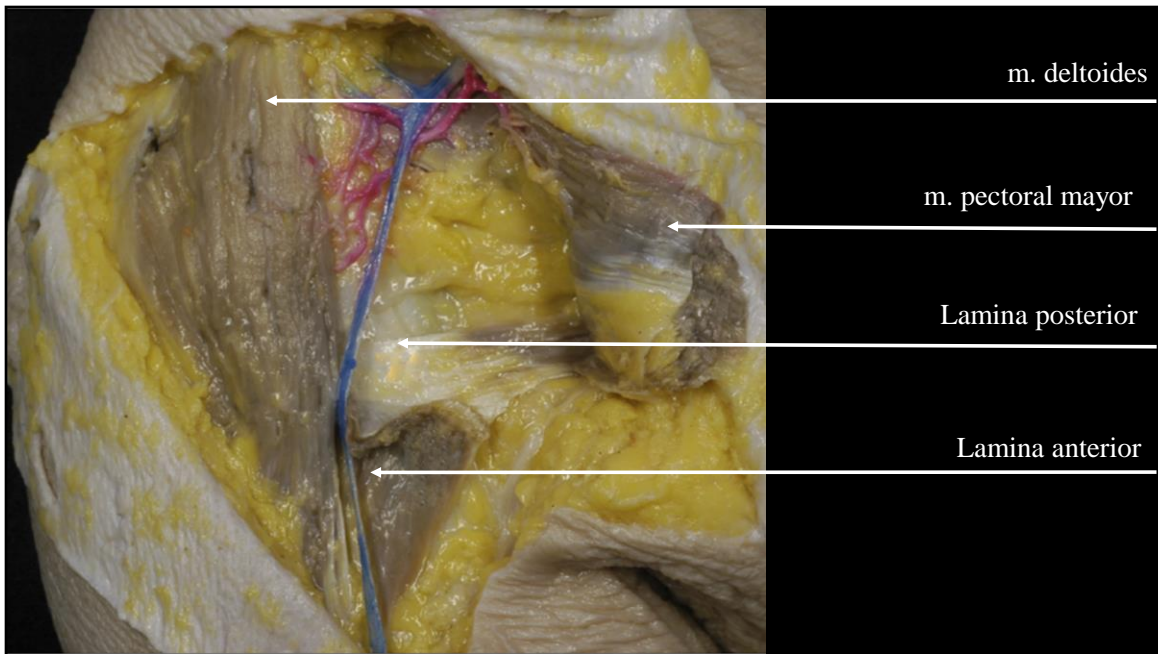
Pere Virgili (siglo XVIII) autor intelectual de los Reales Colegios de Cirugia de España. Que tuvo como gran afan hacer de la cirugia una ciencia empirica.





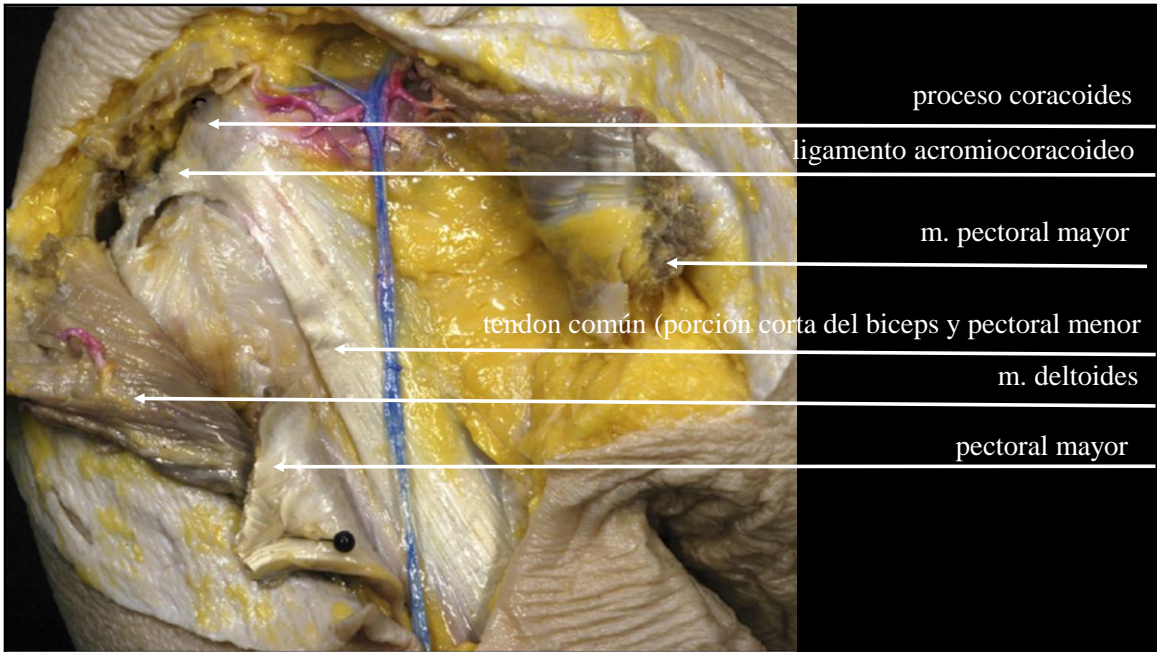
Disecada la fascia superficial y para facilitar la visión de los elementos que en ella se sitúan hemos también retirado la fascia de envoltura de la región y de los diferentes músculos que allí se encuentran.

Así vemos a los músculos pectoral mayor y deltoides, con el surco deltopectoral en cuyo fondo se sitúa la arteria toracoacromial y en la superficie la vena cefálica.

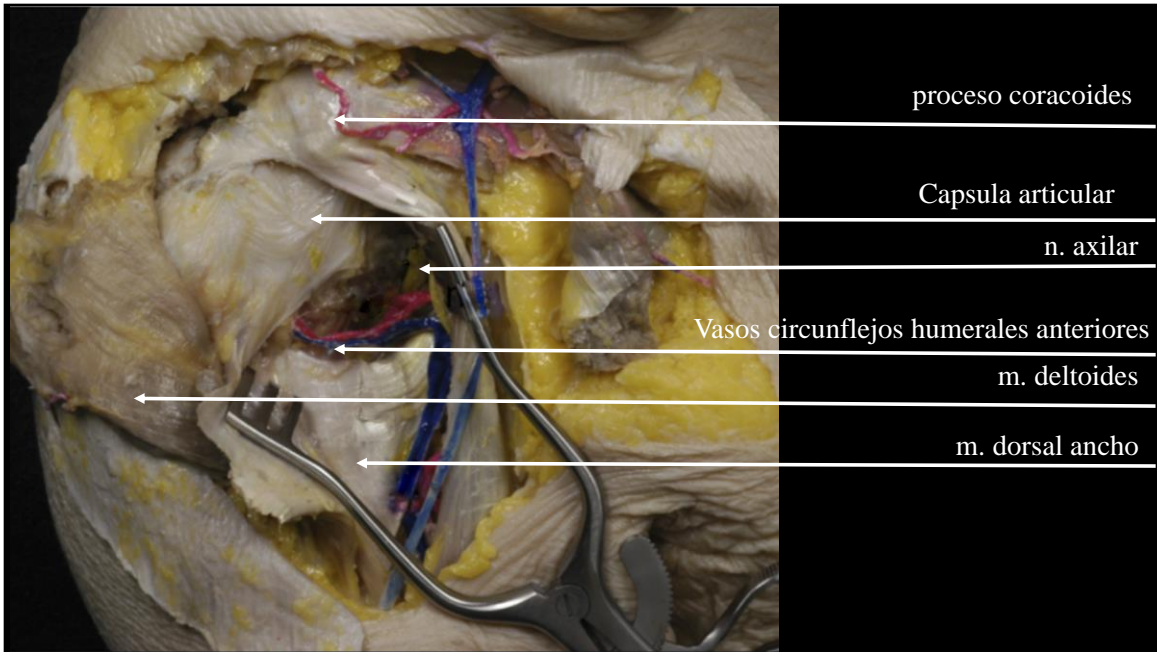


Para poder seguir con la disección es necesario cortar la inserción humeral del pectoral mayor. Su tendón es especial, en forma de “U” con una lámina anterior y otra posterior, que se pueden ir seccionando selectivamente.

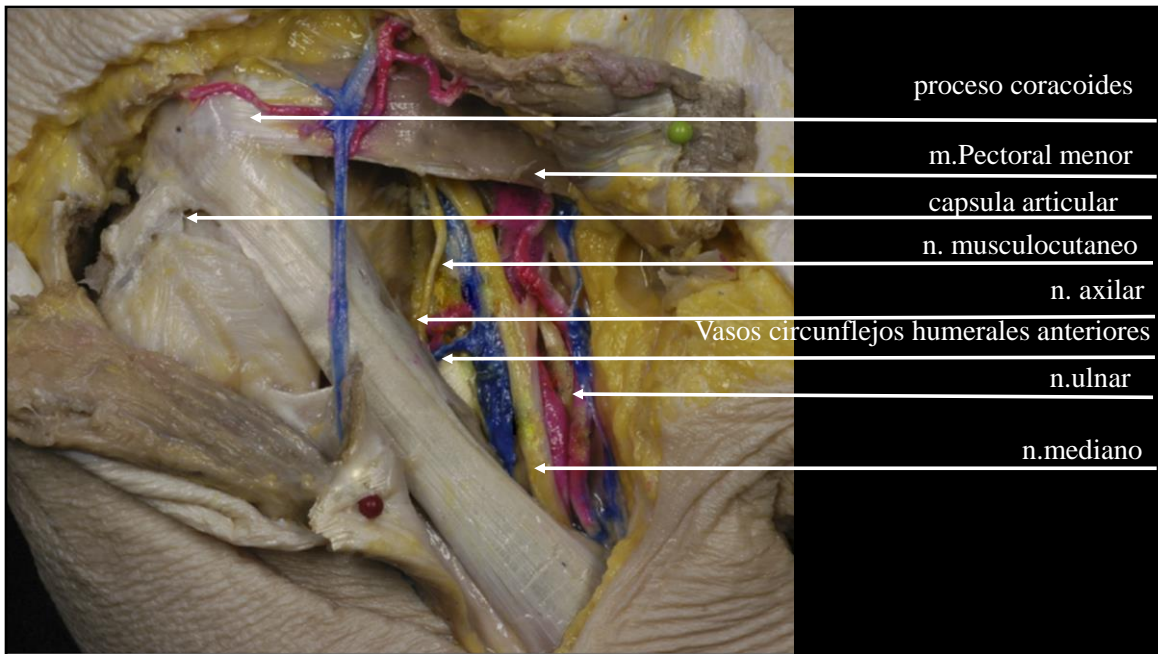




A continuación seguimos con el procedimiento de exponer el proceso coracoideo y el ligamento acromioclavicular. Posteriormente podremos ver los ligamentos coracoclaviculares. Para ello, desinsertamos el origen clavicular del deltoides. Tener presente que al despegar el pectoral menor vemos al tendón común, pectoral menor y porción corta del bíceps. Por tanto la grasa medial al mismo está cubriendo al músculo pectoral menor.



En ese plano si movilizamos el tendón común hacia la pared torácica pasamos a observar la cápsula escapulohumeral y el cuello humeral, con los vasos circunflejos humerales anteriores y el nervio axilar , en íntimo contacto con el cuello humeral.



Si movemos el tendón común hacia el brazo, y retiramos la grasa de la región pasamos a observar el espacio ocupado por la fascia clavipectoroaxilar, arriba, aquí se ve arriba al músculo pectoral menor. Su contenido más superficial y anterior es la vena axilar seguido de los nervios musculocutaneo y mediano rodeando a la arteria axilar. En este cadáver existe una variación anatómica, probablemente una arteria brachioradial (18%) del tamaño de la axilar que puede inducirnos a un error de, quien sabe las consecuencias. Por eso es importante disecar. Solamente por aprender que existen variaciones anatómicas. La veremos mejor en las siguientes imágenes.



En esta imagen, que es más cercana al hueco axilar se puede distinguir mejor las ramas del cordón lateral musculocutáneo y mediano, la arteria axilar y la arteria brachioradial, y todo ello gracias a la sección del músculo pectoral menor que nos permite ampliar el campo de forma que vemos al músculo subescapular reforzando la cápsula articular.

Todo este procedimiento presentado, sin disecar todos el contenido de la axila es, como dije al principio, la anatomía que un cirujano de hombro debe conocer.