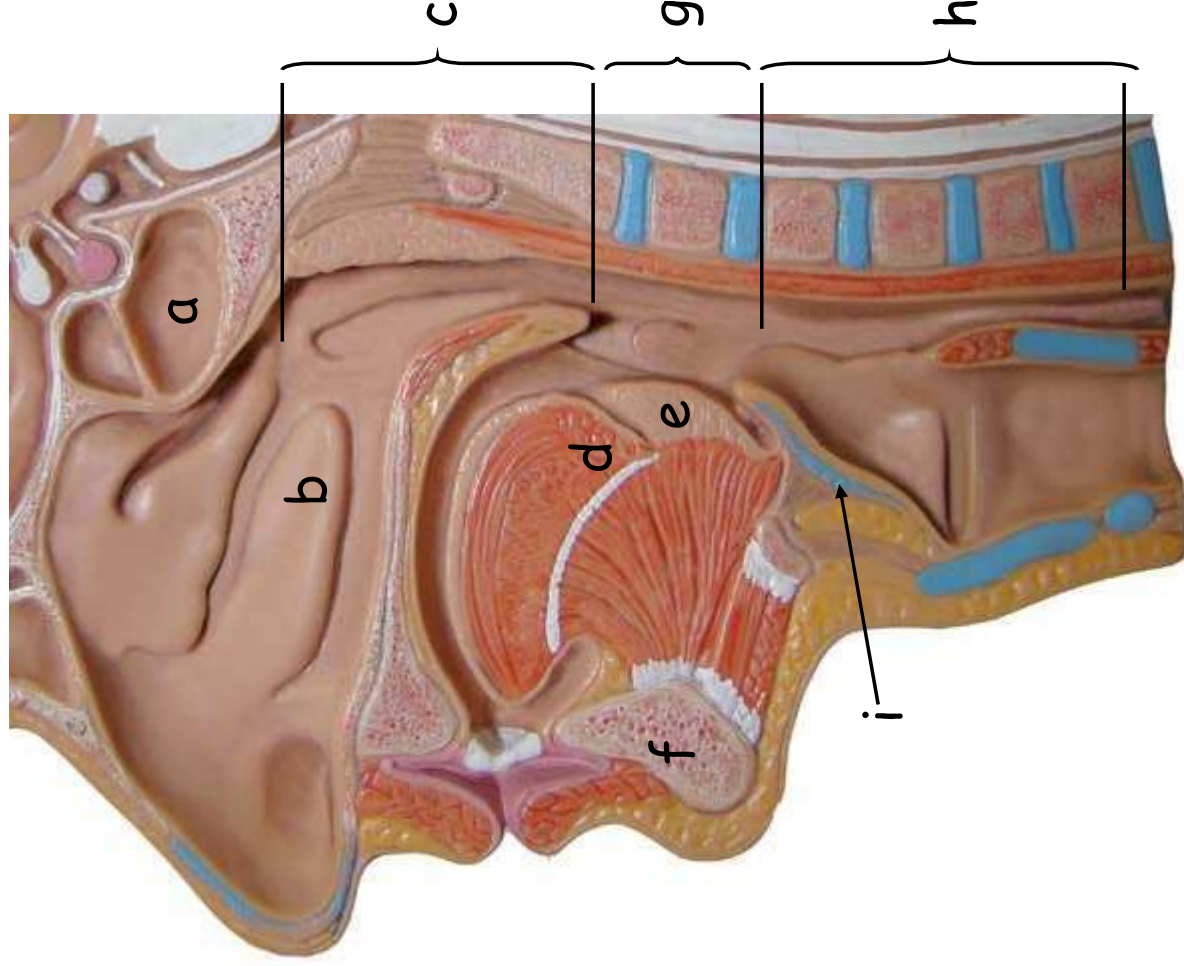


V SISTEMA DIGESTÓRIO

1. Face e pescoço – corte sagital
2. Esôfago *in situ* com coração, fígado e estômago removidos - vista anterior
3. Estômago *in situ* com fígado removido - vista anterior
4. Vísceras abdominais – vista anterior
5. Transição íleo-cecal – vista anterior
6. Fígado – vista anterior
7. Fígado – vista postero inferior
8. Pâncreas – vista anterior interna
9. Duodeno em corte – vista anterior

1. FACE E PESCOÇO – CORTE SAGITAL



O alimento que é deglutido passa da cavidade oral para a parte oral da faringe e após para a parte laríngea da faringe. Estas duas porções servem como uma passagem comum aos sistemas digestório e ventilatório. A principal função da faringe está relacionada com as contrações musculares envolvidas na deglutição. Após deixar a parte laríngea da faringe, o alimento entra no esôfago.

Palato duro é uma fina camada óssea do crânio, localizada no teto da boca, que separa a cavidade oral da porção nasal da faringe. Palato mole, véu palatino ou palato muscular é a parte posterior do palato que é importante para a fonação.

A língua é formada essencialmente de músculo esquelético e, encontra-se fixada à cartilagem hioide, à mandíbula e aos processos estiloides do osso temporal. A parte dorsal pode ser dividida em uma porção oral, que se encontra dentro da cavidade bucal, e uma porção faríngea (terço posterior da língua). As duas partes são separadas por um sulco em forma de “V”, o sulco terminal. O lado dorsal dos 2/3 anteriores (parte oral) da língua é revestido de papilas gustatórias. Posterior à parte oral da língua há de três a 14 papilas arranjadas em formato de “V” em frente ao sulco terminal. Não há papilas linguais na parte inferior da língua, que é revestida por membrana mucosa que aloja o frênulo da língua. A parte mais acima da língua posterior (parte faríngea) não possui papilas gustatórias visíveis, mas é áspera devido à presença de folículos linfáticos, as tonsilas linguais.

- | | |
|----|----|
| a) | f) |
| b) | g) |
| c) | h) |
| d) | i) |
| e) | |

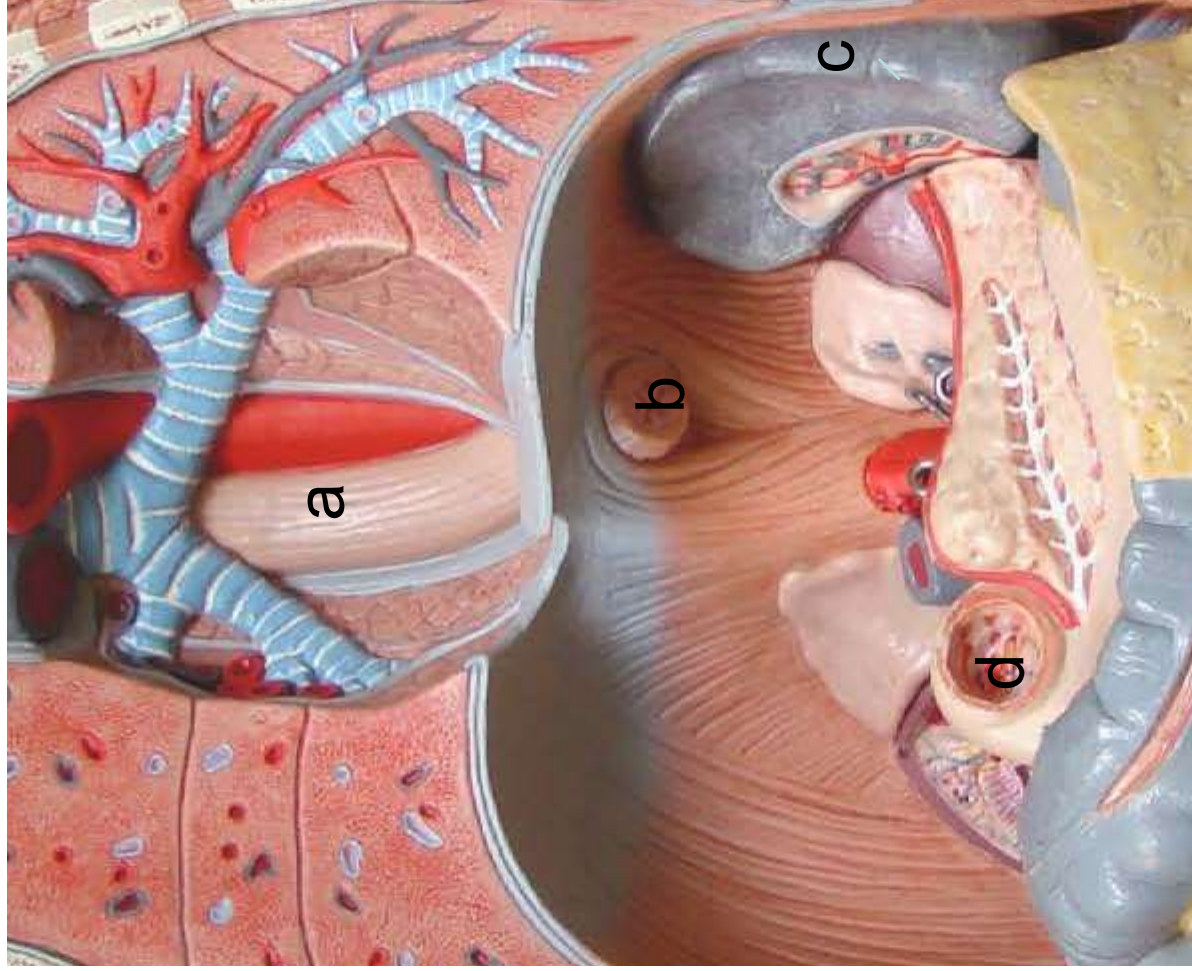
2. ESÔFAGO *IN SITU* COM CORAÇÃO, FÍGADO E ESTÔMAGO REMOVIDOS VISTA ANTERIOR

O esôfago é um tubo muscular contínuo com a parte laríngea da faringe na junção faringoesofágica; consiste em músculo estriado em seu terço superior, músculo liso em seu terço inferior e uma mistura de músculo estriado e liso na região intermediária.

Pirose ou azia, é o tipo mais comum de desconforto esofágico ou dor subesternal. Esta sensação de queimação na parte abdominal do esôfago geralmente é causada pela regurgitação de pequenas quantidades de alimento ou líquido gástrico para a parte inferior do esôfago (distúrbio de refluxo gastroesofágico, DRGE). A pirose também pode estar associada à hérnia de hiato.

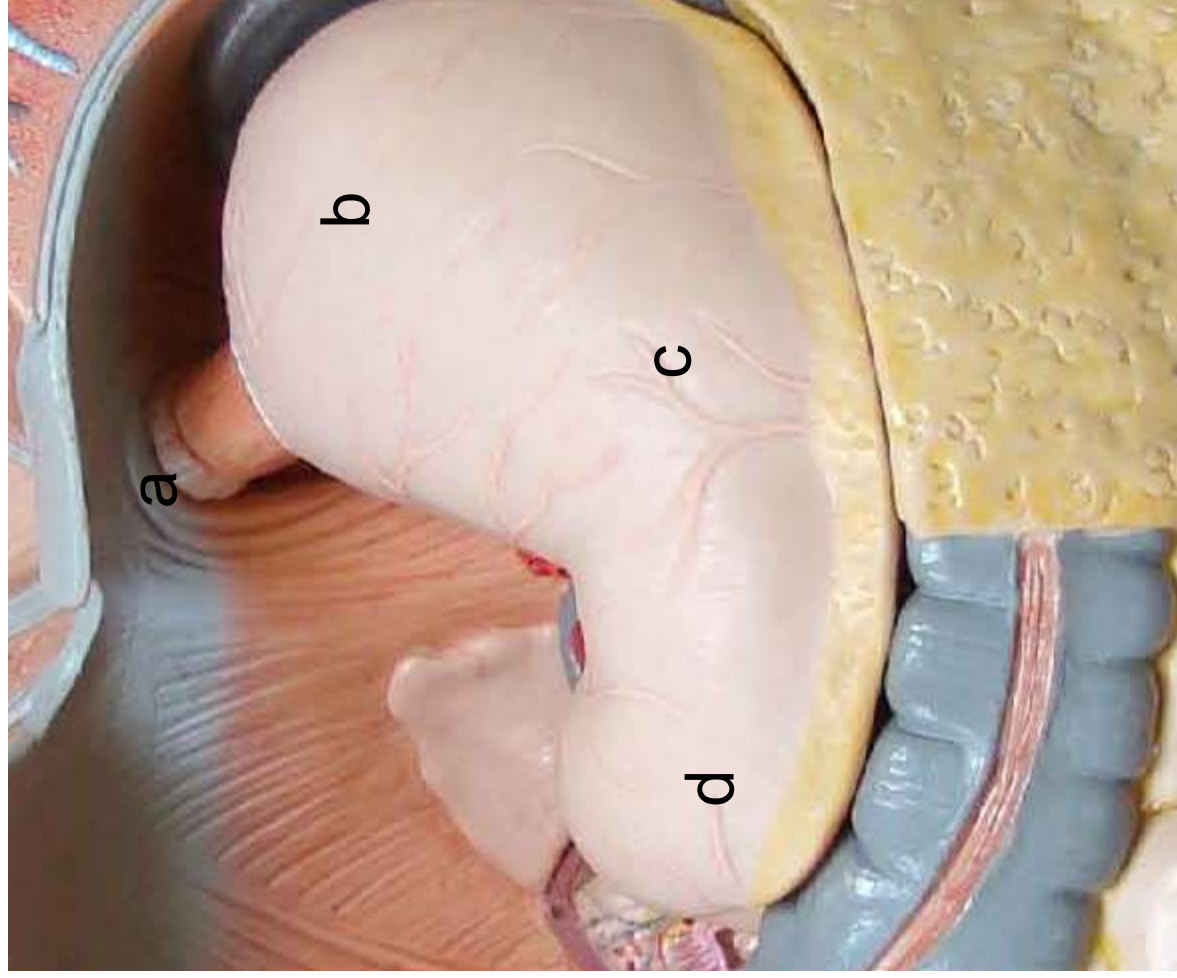
O esôfago é formado por três porções:

- porção cervical que está em contato íntimo com a traqueia;
- porção torácica que passa por trás do brônquio esquerdo (mediastino superior), entre a traqueia e a coluna vertebral e
- porção abdominal, que repousa sobre o diafragma e pressiona o fígado.



a) b) c) d)

ESTÔMAGO *IN SITU* COM FÍGADO REMOVEDO - VISTA ANTERIOR



O estômago está situado assimetricamente na cavidade abdominal, à esquerda da linha mediana e geralmente, no quadrante superior esquerdo. A parte abdominal do esôfago entra na cárdia, e a parte pilórica do estômago leva à saída para o duodeno. O esvaziamento gástrico é controlado pelo piloro.

Hérnia de hiato é a protrusão de uma parte do estômago para o mediastino através do hiato esofágico do diafragma. As hérnias são mais frequentes após a meia idade, possivelmente devido ao enfraquecimento da parte muscular do diafragma e alargamento do hiato esofágico, geralmente causando dor e desconforto.

a) b) c) d)

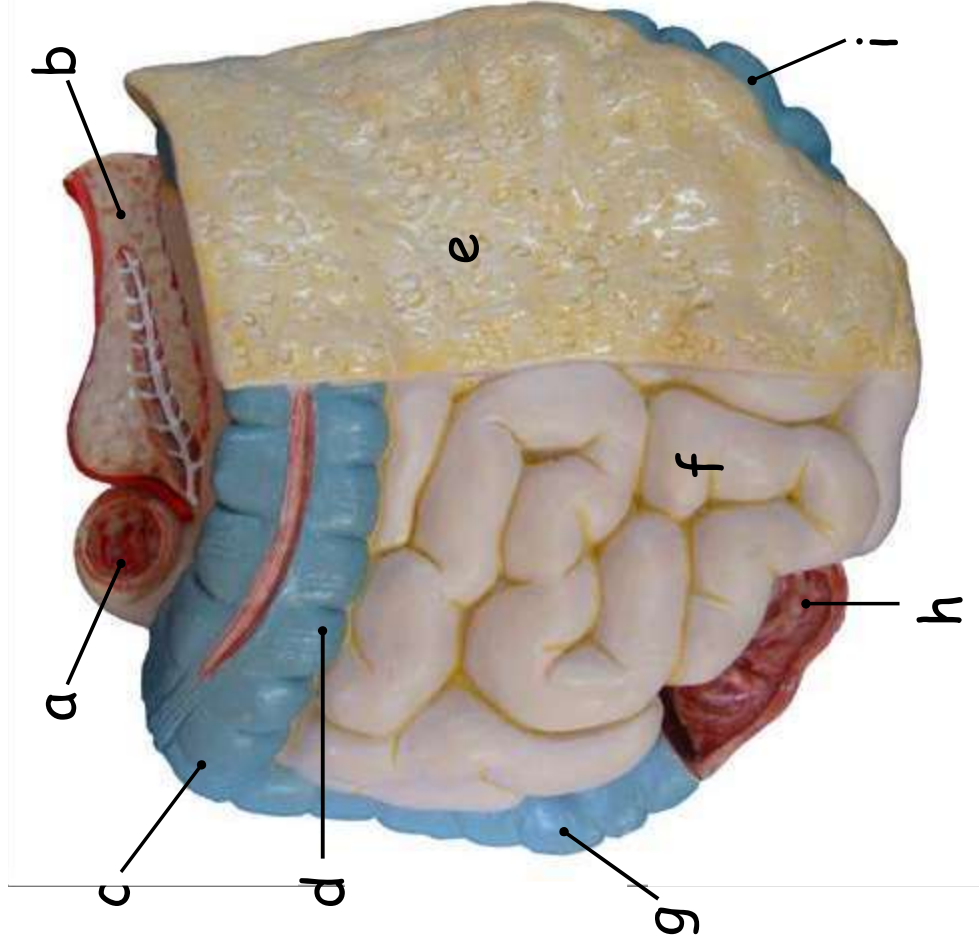
VÍSCERAS ABDOMINAIS – VISTA ANTERIOR

As úlceras duodenais são erosões inflamatórias da mucosa duodenal. A maioria das úlceras duodenais ocorre na parede posterior da parte superior do duodeno, a 3 cm do píloro. Ocasionalmente, uma úlcera perfura a parede duodenal, permitindo a entrada do conteúdo na cavidade peritoneal e causando peritonite. Como a parte superior do duodeno está intimamente relacionada ao fígado, vesícula biliar e pâncreas, qualquer uma dessas estruturas pode aderir ao duodeno inflamado e também sofrer ulceração enquanto a lesão continua para o tecido que a circunda.

O intestino grosso pode ser distinguido do intestino delgado por apêndices omentais do colo, que são pequenas projeções adiposas, semelhantes ao omento.

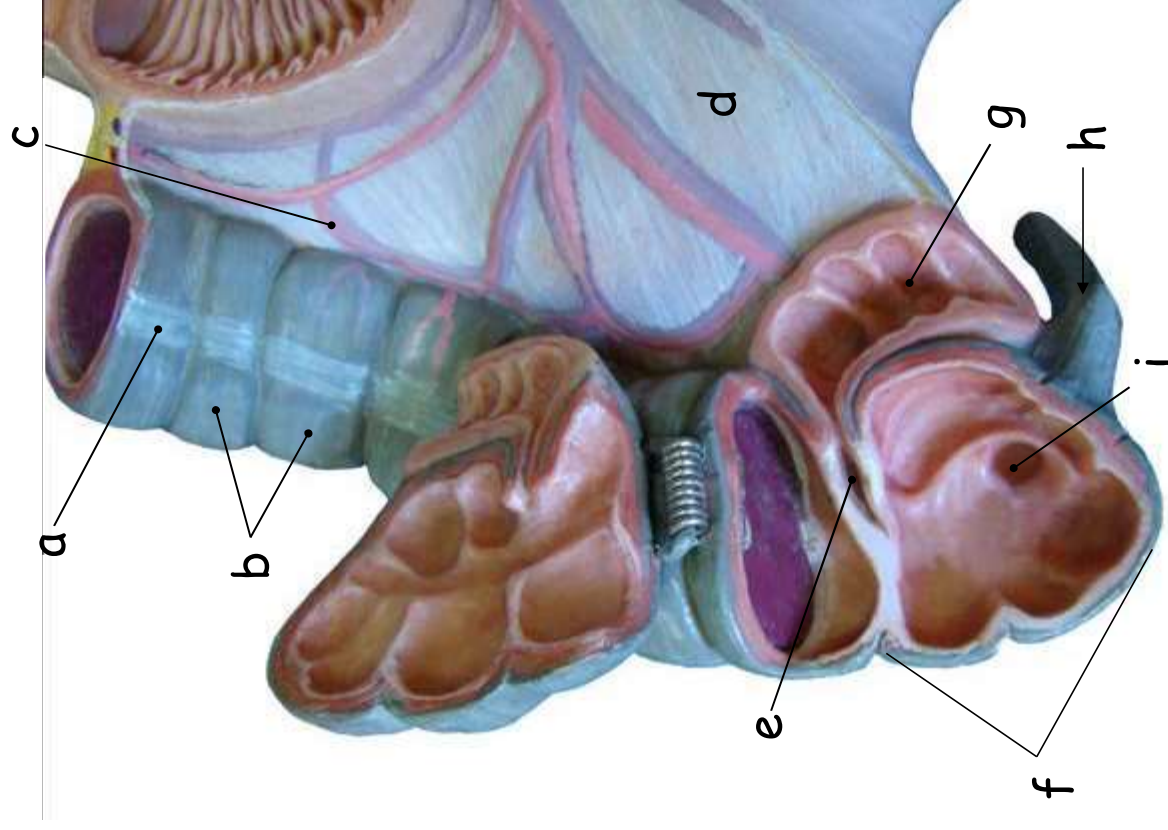
Existem três tênias do colo: a mesocólica, a omental e a livre e saculações da parede do colo entre as tênias.

O intestino grosso mede cerca de 6,5 cm de diâmetro e 1,5 m de comprimento.



- | | |
|----|----|
| a) | f) |
| b) | g) |
| c) | h) |
| d) | i) |
| e) | |

TRANSIÇÃO ÍLEO-CECAL – VISTA ANTERIOR



O ceco é a primeira porção do intestino grosso. É uma bolsa intestinal cega, com aproximadamente 7,5 cm de comprimento e largura, localizada no quadrante inferior direito, na fossa ilíaca, inferiormente à junção com o íleo terminal.

O divertículo ileal (de Meckel) é uma anomalia congênita que ocorre em 1 a 2% da população. Um remanescente da parte proximal do pedículo vitelino embrionário, o divertículo geralmente apresenta-se como uma bolsa digitiforme. O divertículo geralmente está localizado de 30 a 60 cm da junção ileocecal em lactentes e a 50 cm em adultos. Pode estar livre (74%) ou fixado ao umbigo (26%). Embora sua mucosa seja principalmente ileal, também pode incluir áreas de tecido gástrico produtor de ácido, tecido pancreático ou mucosa jejunal ou colônica. Um divertículo ileal pode inflamar e causar dor semelhante àquela produzida por apendicite.

a)

b)

c)

d)

e)

f)

g)

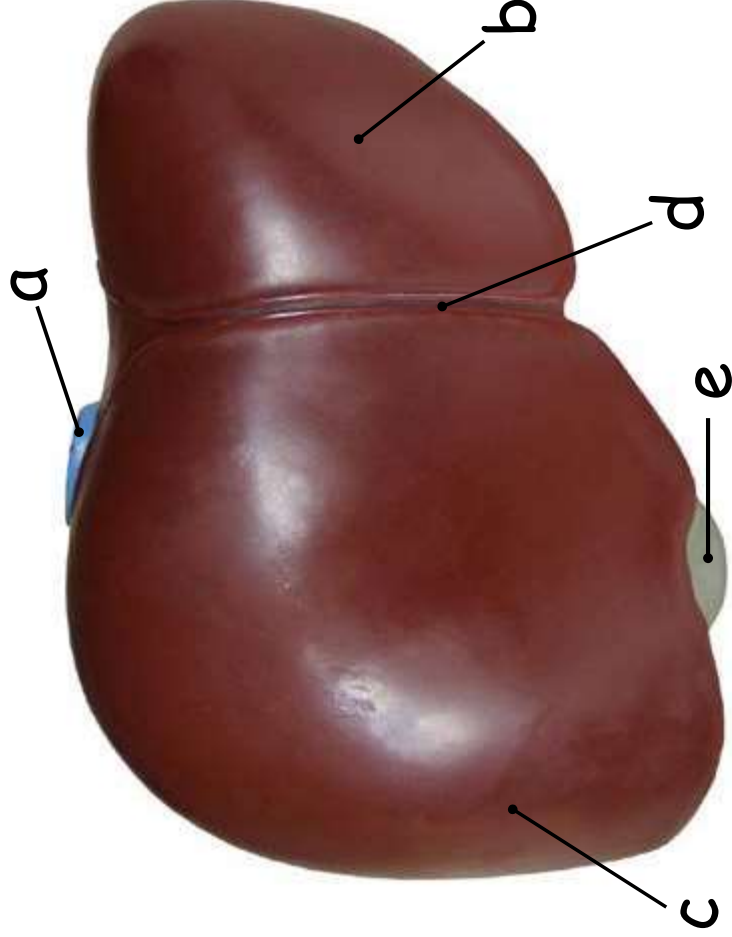
h)

i)

O fígado apresenta uma face diafragmática convexa que possui o ligamento falciforme, dividindo essa face em lobo direito e lobo esquerdo. A face visceral relativamente plana, ou mesmo côncava, apresenta quatro lobos. São eles:

- Lobo esquerdo – porções à esquerda do ligamento venoso;
- Lobo direito – localiza-se à direita da veia cava inferior e da vesícula biliar;
- Lobo caudado – situa-se entre o ligamento venoso, o pedículo hepático e a veia cava inferior;
- Lobo quadrado – localiza-se entre o ligamento redondo, o pedículo hepático e a vesícula biliar.

O fígado é facilmente lesado porque é grande, tem posição fixa e é friável (se fragmenta facilmente). Frequentemente, uma costela fraturada que perfure o diafragma pode causar sua laceração. Devido à grande vascularização e friabilidade do fígado, as lacerações frequentemente causam hemorragia considerável e dor no quadrante superior direito.



a)

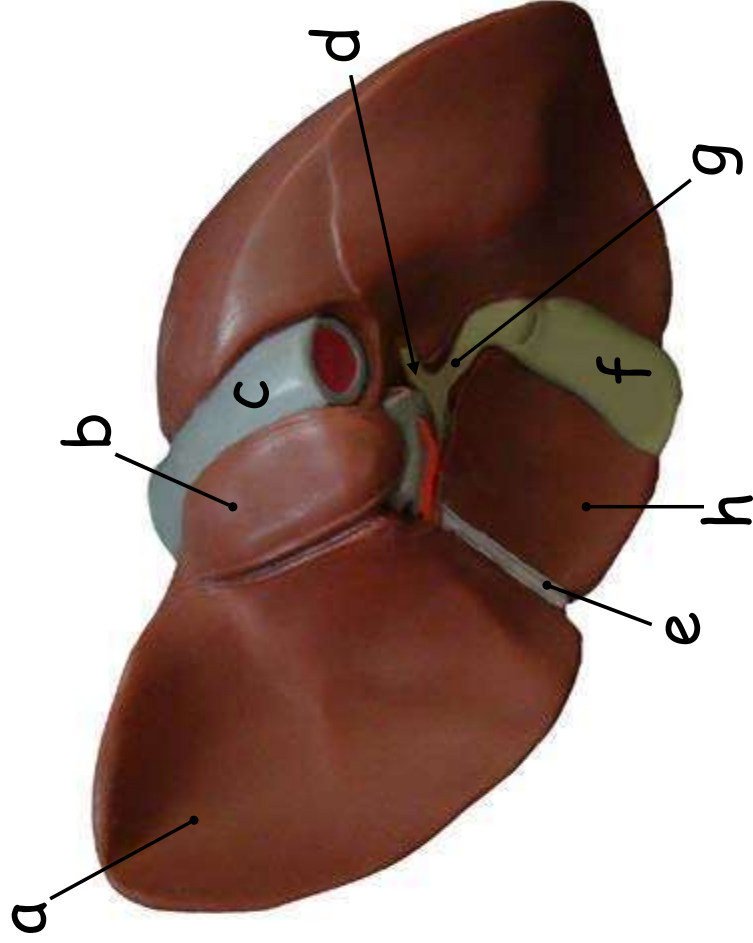
b)

c)

d)

e)

FÍGADO – VISTA POSTERO INFERIOR



A face diafragmática do fígado é coberta por peritônio visceral, exceto posteriormente, na área nua do fígado, onde está em contato direto com o diafragma. A área nua é demarcada pela reflexão do peritônio do diafragma para o fígado como as lâminas anterior, superior e posterior do ligamento coronário. Essas lâminas encontram-se à direita para formar o ligamento triangular direito e divergem para a esquerda para envolver a área nua triangular.

O fígado é o local primário de desintoxicação das substâncias absorvidas pelo sistema digestório, e assim é vulnerável à lesão celular e consequente fibrose, acompanhadas de nódulos degenerativos. Há destruição dos hepatócitos na cirrose hepática e sua substituição por gordura e tecido fibroso.

Embora muitos solventes industriais, como o tetracloreto de carbono, causem cirrose, o distúrbio é mais frequente em pessoas que sofrem de alcoolismo crônico. A cirrose alcoólica, a mais comum de muitas causas de hipertensão porta, é caracterizada por aumento do fígado. Este órgão tem grande reserva funcional, o que protela o surgimento de insuficiência hepática.

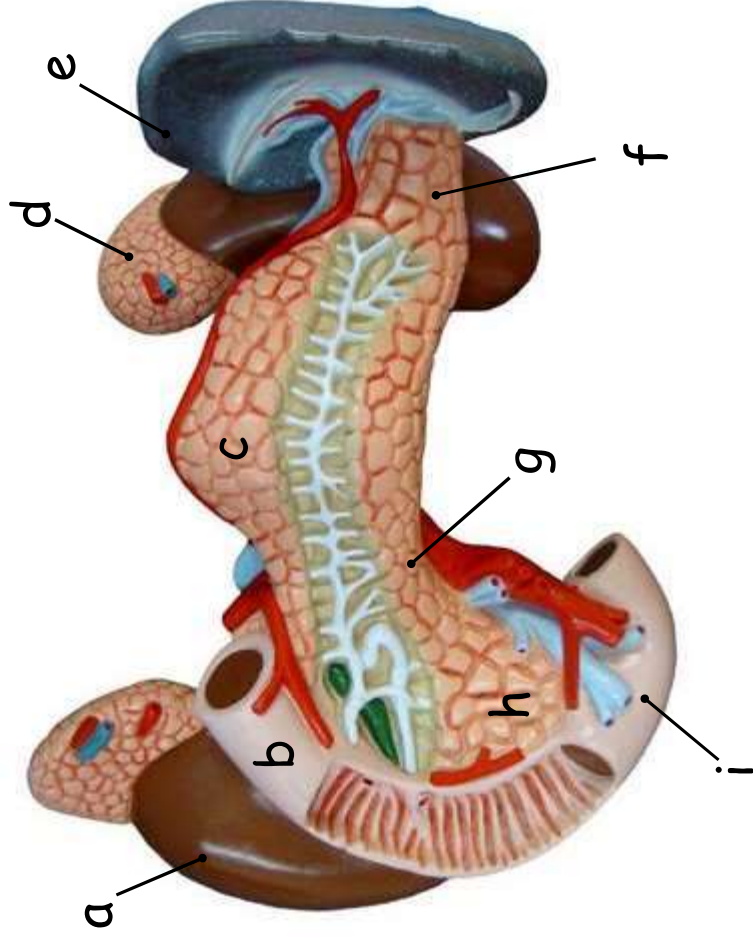
- | | |
|----|----|
| a) | e) |
| b) | f) |
| c) | g) |
| d) | h) |

PÂNCREAS – VISTA ANTERIOR INTERNA

O pâncreas é uma glândula acessória da digestão, alongada, de localização retroperitoneal e transversa na parede posterior do abdome, posterior ao estômago, entre o duodeno à direita e o baço à esquerda.

O mesocolo transverso fixa-o à sua margem anterior.

No tratamento de alguns pacientes com pancreatite crônica, é removida a maior parte do pâncreas, a pancreatectomia. As relações anatómicas e o suprimento sanguíneo da cabeça do pâncreas, ducto colédoco e duodeno tornam impossível retirar toda a cabeça do pâncreas. Geralmente é preservada a margem do pâncreas ao longo da margem medial do duodeno, garantindo o suprimento vascular.



a)

b)

c)

d)

e)

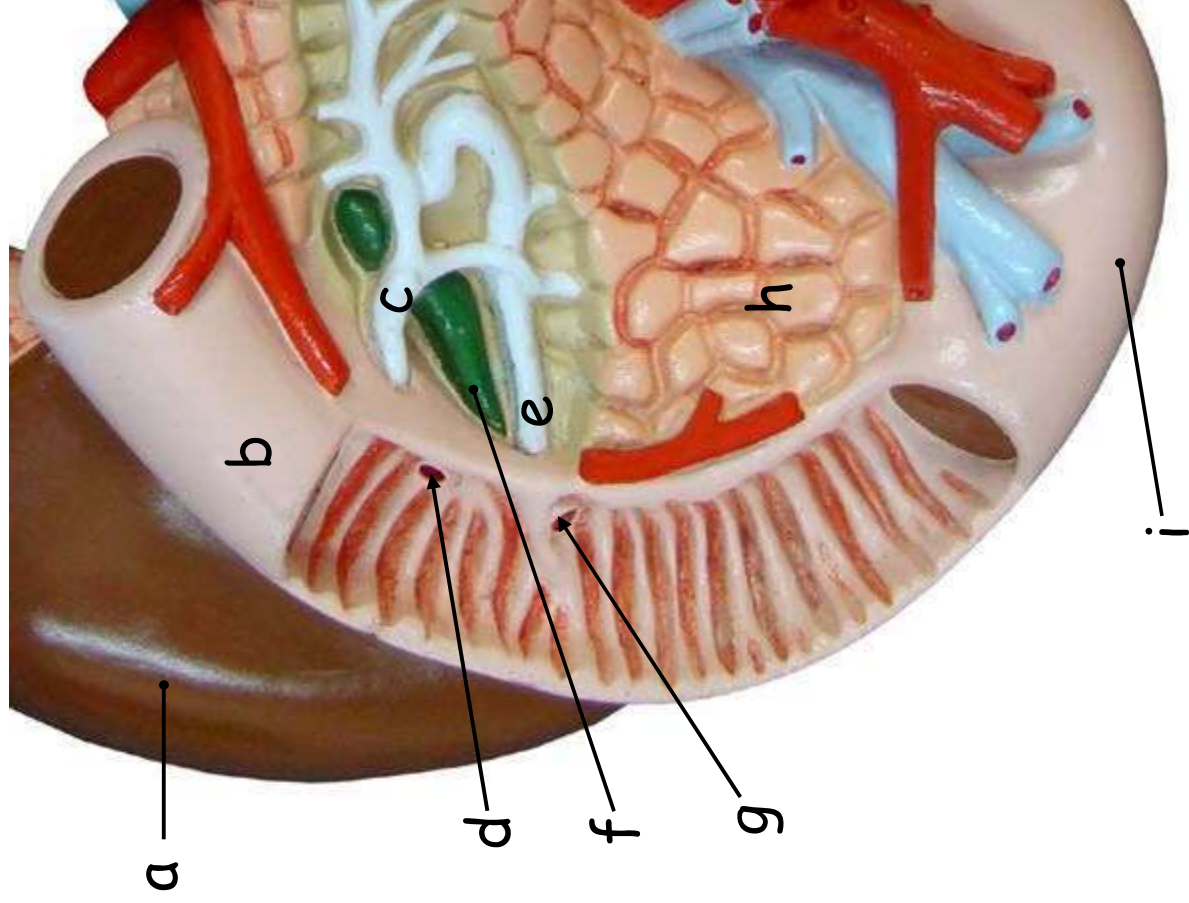
f)

g)

h)

i)

DUODENO EM CORTE – VISTA ANTERIOR



O duodeno pode ser dividido em: parte superior (primeira) que tem aproximadamente 5 cm de comprimento e localizada antero lateralmente ao corpo da vértebra L1; parte descendente (segunda), mais longa, de 7 a 10 cm de comprimento que desce ao longo das faces direitas das vértebras L1 e L3; parte horizontal (terceira), com 6 a 8 cm de comprimento, que cruza a vértebra L3; parte ascendente (quarta), com 5 cm de comprimento, começando à esquerda da vértebra L3 e elevando-se superiormente até a margem superior da vértebra L2.

No duodeno desembocam dois canais:

- o do pâncreas, chamado de canal de Wirsung, que conduz o suco pancreático e o canal colédoco, que é uma união do canal hepático do fígado com o ducto cístico da vesícula biliar, que conduz bile.

a)

b)

c)

d)

e)

f)

g)

h)

i)