

MODELO DE ANEURISMA SIFILÍTICO

SKU: MF-1122
Categorías: Modelos Anatómicos, Modelos Anatómicos 3D, Órganos con Patologías

Copyright © 2021 Medical Factory

GALERÍA DE IMÁGENES





Copyright © 2021 Medical Factory

DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO

Historia clínica: Un hombre de 61 años presenta dolor torácico anginoso de esfuerzo y disnea. Ha tenido estos síntomas durante 6 años con una severidad creciente. En el examen, está cianótico y taquicárdico con pulso colapsado. Se notó una hinchazón en el lado derecho de su cuello. Había un escalofrío en su arteria carótida. El latido del ápice estaba desplazado inferolateralmente. Se ausculta un soplo sistólico y diastólico intenso en el área aórtica. Las radiografías de tórax mostraron cardiomegalia con una gran lesión redondeada en el mediastino superior derecho continua con la sombra del corazón con evidencia radiográfica de insuficiencia cardíaca. Los análisis de sangre fueron positivos para anticuerpos antitreponémicos. El estado del paciente se deterioró y murió de insuficiencia cardíaca.

Patología: Este espécimen es el paciente corazón agrandado, incluido el arco aórtico y la aorta descendente. La aorta ascendente se dilata hasta 7 cm de diámetro y se expande superiormente por una gran protuberancia aneurismática de 11 x 13 cm de diámetro. Esto se ha abierto para mostrar la superficie íntima cicatrizada y arrugada. También hay marcado ateroma de la íntima. Las arterias innominada, carótida común izquierda y subclavia se han desplazado hacia los pacientes dejados por el aneurisma. En la superficie interna del aneurisma hay un engrosamiento en forma de cresta de 5 mm de altura. Este es el sitio de unión del saco pericárdico externamente. Hay una marcada congestión de pequeños vasos sanguíneos en la adventicia de la aorta. Este es un aneurisma sifilítico del arco de la aorta.

Más información: La sífilis es una infección crónica causada por la espiroqueta Treponema pallidum. La infección de transmisión sexual es la más común, pero también puede adquirirse congénitamente por transmisión transplacentaria de la bacteria. Aquellos que tienen un mayor riesgo de infección por sífilis incluyen aquellos en edad sexualmente activa, usuarios de drogas intravenosas, pacientes infectados con VIH y relaciones masculinas del mismo sexo. Las tasas de infección por sífilis disminuyeron significativamente con la introducción de la penicilina en 1943; sigue siendo el tratamiento principal en la actualidad. Sin embargo, la tasa de infección ha ido en aumento desde principios de la década de 2000.

La sífilis se divide en tres etapas clínicas con distintas características clínicas y patológicas con una endarteritis proliferativa característica que afecta a los vasos pequeños.

La sífilis primaria ocurre generalmente 3 semanas después de la infección inicial. infección. Esto se manifiesta típicamente como un único, lesión indolora y eritematosa llamada chancro en el sitio de inoculación. La sífilis se disemina por todo el cuerpo a partir de este chancro, que luego se cura espontáneamente después de 3 a 6 semanas.

La sífilis secundaria ocurre semanas o algunos meses después de que el chancro primario se resuelve en el 75 % de los pacientes no tratados. Durante esta etapa, los pacientes suelen tener síntomas generalizados, como

Copyright © 2021 Medical Factory

malestar y linfadenopatía y erupciones cutáneas. Las erupciones palmares/plantares son el sitio más frecuente, pero las erupciones pueden ser difusas. Estas erupciones pueden ser maculopapulares, escamosas o putulares.

Los condilomas planos son placas grises elevadas que surgen en las membranas mucosas húmedas, como las regiones orales o genitales. Otras manifestaciones menos comunes incluyen hepatitis, invasión o ulceración gastrointestinal y neurosífilis, que se analizan a continuación.

La sífilis terciaria tiene tres características principales: sífilis cardiovascular, neurosífilis y sífilis gomosa. Estos ocurren después de un período de latencia de 5 años o más en ? de pacientes no tratados. La sífilis cardiovascular implica una aortitis cuya fisiopatología exacta no está clara. La vasculitis afecta a la aorta torácica ascendente y conduce a una dilatación progresiva de la raíz aórtica. Esto puede conducir a una insuficiencia de la válvula aórtica debido a la dilatación del anillo de la válvula aórtica. La endarteritis de los vasa vasorum conduce a la cicatrización de los medios con pérdida de tejido muscular y elástico que conduce a la formación de aneurismas. La manifestación clínica generalmente ocurre entre 15 y 30 años después de la infección inicial.

La neurosífilis puede ser sintomática o asintomática. Ocurre en el 10% de los pacientes no tratados. Las primeras manifestaciones clínicas incluyen dolores de cabeza, meningitis, pérdida de audición y afectación ocular, más comúnmente uveítis, que causa pérdida de visión. Las manifestaciones tardías pueden ocurrir hasta 25 años después de la infección inicial. Las características principales son neurosífilis meningovascular, neurosífilis parética y tabes dorsal. La afectación meningovascular implica meningitis crónica y endarteritis que pueden provocar accidentes cerebrovasculares. Tabes dorsalis es causado por la degeneración de las columnas posteriores dentro de la médula espinal. Esto provoca pérdida de propiocepción, ataxia, pérdida de la sensación de dolor y pérdida de reflejos. La neurosífilis parética es causada por la invasión y el daño del parénquima cerebral, más comúnmente los lóbulos frontales. Esto conduce a deterioro cognitivo progresivo y alteración del estado de ánimo.

La sífilis gomosa se caracteriza por la formación de lesiones nodulares, más comúnmente óseas, piel y mucosa de las vías respiratorias superiores y la boca llamadas gomas. Estos pueden ocurrir en cualquier lugar, incluidas las vísceras. La formación de gomas es rara pero ocurre con mayor frecuencia en pacientes infectados por el VIH. La afectación esquelética provoca dolor y fracturas patológicas.

Copyright © 2021 Medical Factory