

CASOS CLÍNICOS

Enfermedad de Mondor. Descripción de un caso clínico

M.R. Noguero, B. Sancho, D. Escribano, E. Campos, P. Viana, J.L. Muñoz, J.S. Jiménez y P. de La Fuente

Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital 12 de Octubre. Madrid. España.

ABSTRACT

Mondor's disease is an uncommon disorder, characterized by superficial thrombophlebitis of the thoracic veins.

We present a case of Mondor's disease in a woman 85 year old, who presented with a tumor in the left breast, that appeared spontaneously and with no apparent cause.

With the application of local anti-inflammatory treatment, complete resolution occurred within weeks.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Mondor es una patología infrecuente, autolimitada en su evolución, caracterizada por la tromboflebitis de las venas torácicas subcutáneas. Clínicamente, cursa con dolor local y ocasionalmente hipertermia, y responde al tratamiento con antiinflamatorios locales en un período variable (entre 2 y 10 semanas).

Aunque la etiología no está clara, entre los factores causales podríamos destacar: traumatismo directo sobre la vena lateral torácica, procesos inflamatorios febriles, biopsias mamarias, cirugía reconstructora mamaria y cáncer de mama.

A continuación, describimos el caso de una paciente de 85 años que presentaba un cuadro compatible con la citada entidad.

CASO CLÍNICO

Paciente de 85 años de edad, que consulta por la aparición de un nódulo en la mama izquierda en el mes previo.

– Antecedentes personales: hipertensión arterial; intervenida por cataratas; desprendimiento retiniano; insuficiencia vascular cerebral, con varios episodios de isquemia; hipoacusia bilateral severa; traumatismo secundario a accidente de tráfico; prótesis en rodilla derecha.

– Antecedentes obstetricoginecológicos: menarquia a los 13 años; T/M, 3-4/28; menopausia a los 50 años; 3 embarazos normales y 3 partos eutócicos; lactancia materna.

– Anamnesis: la paciente acude a consultas tras notarse una tumoración mamaria; no refería asociación a ningún factor causal directo en las semanas previas.

En la exploración se palpaba un nódulo blando, no adherido a planos profundos ni superficiales, alargado de 0,8 4,5 cm, localizado en intercuadrantes superiores (ICS) de mama izquierda; mama derecha normal; sin adenopatías axilares.

– Radiología complementaria: la mamografía informó de la existencia de calcificaciones vasculares en ambas mamas (fig. 1); sin lesiones nodulares ni signos sospechosos de malignidad; sin representación mamográfica del nódulo palpable en la mama izquierda.

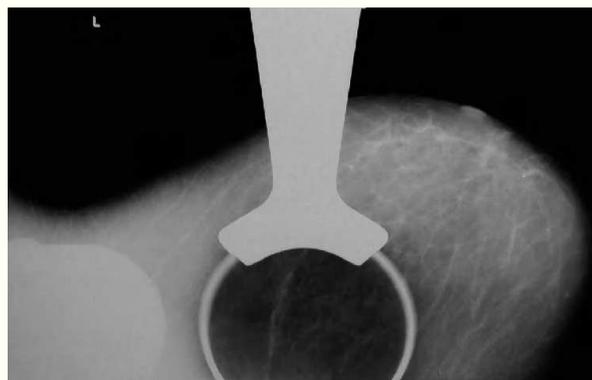


Fig. 1. Calcificaciones vasculares. Sin representación mamográfica del nódulo palpable en mama izquierda.

Aceptado para su publicación el 8 de julio de 2004.



Fig. 2. Formación econegativa alargada de 0,8 4 cm, localizada en intercuadrantes superiores (ICS) de mama izquierda, compatible con enfermedad de Mondor.

La ecografía mamaria informó de formación econegativa alargada de 0,8 4 cm localizada en ICS de mama izquierda, compatible con enfermedad de Mondor (fig. 2).

La analítica, que incluía hemograma, bioquímica y estudio de coagulación, también fue normal.

Tras la valoración de la exploración clínica y radiológica, así como de los datos de la analítica, y al no ser la tumoración sospechosa de malignidad, se planteó adoptar una conducta expectante, instaurando tratamiento con antiinflamatorios locales. La respuesta fue óptima, y en la revisión efectuada 2 semanas más tarde se evidenció la disminución del tamaño del nódulo, que desapareció por completo 3 meses después. En la actualidad, la paciente continúa asintomática.

DISCUSIÓN

La tromboflebitis superficial de las venas toracolaterales, toracoepigástricas y epigástricas superiores, fue descrita por Faage en 1869 y posteriormente caracterizada por el cirujano francés Henri Mondor en 1939¹.

Las cifras de incidencia oscilan entre el 0,5 y el 0,8%, incluidas las pacientes sintomáticas; sin embargo, no reflejan la incidencia real de la enfermedad en la población asintomática.

Catania et al² recogen una serie de 63 casos diagnosticados, en la cual señalan una incidencia de cáncer de mama asociado a la enfermedad de Mondor del 12,7%.

La mayor casuística encontrada en la bibliografía consultada, con 84 años, corresponde a Hou et al³. En 23 de estas pacientes no existía ningún factor causal

directo. En 43 casos, la enfermedad se presentó de forma secundaria a una cirugía de mama, en 16 se atribuyó a una patología mamaria benigna y en 2 el factor causal más destacado fue una neoplasia mamaria.

Esta enfermedad muestra una incidencia por año del 0,84-0,96%, con tendencia al incremento.

En más de la mitad de los casos existía un antecedente de cirugía de mama. Estos autores refieren que cuando se utiliza una incisión circunareolar con tunelización posterior hasta la lesión por motivos estéticos, el riesgo de desarrollar una enfermedad de Mondor es muy superior al hallado tras practicar una incisión directa sobre la lesión. Por ello, los autores desaconsejan este tipo de biopsias. Encuentran una incidencia del 1,56% tras practicar cirugía conservadora y del 0,37% tras mastectomía.

La evolución es favorable y espontánea en unas semanas⁴, y aunque dicho cuadro no se considera una lesión precancerosa, las pacientes con curso clínico atípico se deben someter a control estricto⁵.

Otros factores etiológicos descritos serían: el uso de anticonceptivos orales, el déficit hereditario de la proteína C y los anticuerpos anticardiolipina⁶.

En nuestro caso, la aparición del cuadro clínico no se relacionó con factor causal alguno evidente.

La enfermedad de Mondor inicialmente cursa sin síntomas hasta que aparece la trombosis venosa, la cual puede manifestarse con o sin dolor e hipertermia. La vena afectada se convierte en un cordón fibroso palpable, a veces fijo, que puede producir retracción en la línea axilar anterior.

El cuadro cede espontáneamente, aunque el dolor puede persistir entre 1 y 6 semanas y el cordón puede durar de 1 a 7 meses.

En casos de dolor y retracción severos, la biopsia o extirpación del cordón puede acelerar su desaparición.

Nuestra paciente cursó de forma asintomática, sin dolor ni fiebre, únicamente refirió la aparición de la tumoración mamaria.

Se llega al diagnóstico de la enfermedad de Mondor tras una combinación de hallazgos: anamnésticos, exploratorios y radiológicos. La mamografía es normal en la mayor parte de las ocasiones y ocasionalmente se visualiza una densidad de aspecto tubular. La ecografía mamaria puede ser más específica; la imagen es de una figura tubular anecoica en tejido subcutáneo, no compresible a la presión y con características de vaso, sin flujo ni espectro en Doppler color (importante en el diagnóstico y en la monitorización de la resolución del proceso)⁷. Estos hallazgos coinciden con los de nuestro caso clínico.

En general, la enfermedad de Mondor no precisa de tratamiento, a lo sumo la aplicación de pomadas he-

parinoides y tratamiento sintomático del dolor. La cirugía se reserva para los casos con dolor y retracción severos.

Debe realizarse seguimiento para descartar la existencia de un carcinoma de mama oculto.

RESUMEN

La enfermedad de Mondor es una patología infrecuente, caracterizada por la tromboflebitis de la venas torácicas subcutáneas.

Presentamos el caso de una paciente de 85 años de edad, que acudió por la aparición de una tumoración en la mama izquierda de aparición espontánea, sin causa aparente.

El cuadro mejoró tras la aplicación de un tratamiento antiinflamatorio local, hasta su completa resolución transcurridas unas semanas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mondor H. Tronculite sous-cutanéé subaigue de la paroi thoracique antéro-latérale. *Mem Acad Chir.* 1939;65:1271-8.
2. Catania S, Zurrida S, Veronesi P, Galimberti V, Bono A, Pluchinotta A. Mondor disease and breast cancer. *Cancer.* 1992; 69:2267-70.
3. Hou MF, Huang CJ, Huang YS, Hsieh JS, Chan HM, Wang JY, et al. Mondor's disease in the breast. *Kaohsiung J Med Sci.* 1999;15:632-9.
4. Formedo G, Rosato L, Ginardi A. Rare venous pathology: Mondor's disease. *Minerva Chir.* 1994;49:1179-80.
5. Pugh CM, DeWitty RL. Mondor's disease. *J Natl Med Assoc.* 1996;88:359-63.
6. Wester JP, Kuenen BC, Meuwissen OJ, De Maat CE. Mondor's disease as first thrombotic event in hereditary protein C deficiency and anticardiolipin antibodies. *Neth J Med.* 1997;50:85-7.
7. Yanik B, Conkbayir I, Oner O, Hekimoglu B. Imaging findings in Mondor's disease. *J Clin Ultrasound.* 2003;31:103-7.