

- carcinomas from the National Cancer Data Base. *Ann Surg Oncol*. 2013;20:2236-41.
8. Coates JM, Martinez SR, Bold RJ, Chen SL. Adjuvant radiation therapy is associated with improved survival for adenoid cystic carcinoma of the breast. *J Surg Oncol*. 2010;102:342-7.
 9. Sumpio BE, Jennings TA, Merina MJ, Sullivan PD. Adenoid cystic carcinoma of the breast. Data from the Connecticut Tumor Registry and a review of the literature. *Ann Surg*. 1987;205:295-301.
 10. Arpino G, Clark GN, Mohsin S, Bardou VJ, Elledge RM. Adenoid cystic carcinoma of the breast: Molecular markers, treatment and clinical outcome. *Cancer*. 2002;94:2119-27.

Alba Manuel Vázquez^{a,*}, Sagrario Fuerte-Ruiz^a, Miguel Ángel Hernández-Bartolomé^a, José María Jover-Navalón^a y José María Rodríguez-Barbero^b

^a Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alba.manuel.vazquez@hotmail.com (A. Manuel Vázquez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.senol.2015.06.001>

Enfermedad de Mondor de la mama: una entidad clínica poco frecuente



Mondor disease of the breast: an uncommon clinical entity

Sr. Director:

La enfermedad de Mondor de la mama es una entidad clínica rara, benigna y relativamente poco conocida. Se caracteriza por una flebitis y periflebitis de las venas superficiales toracoepigástricas y de la pared anterolateral del tórax, que puede extenderse en la mujer también a la piel de la mama y confundirse con patología mamaria. Los factores etiológicos descritos asociados a este cuadro son múltiples y suelen tener un curso autolimitado.

Presentamos el caso de una mujer de 40 años que consultó por la aparición súbita de un cordón fibroso en pared anterior del tórax, inframamario izquierdo, doloroso con irradiación a brazo ipsilateral, sin antecedente traumático ni inflamatorio local previo. Entre los antecedentes personales destacaba conización por carcinoma in situ de cérvix.

A la exploración física presentaba mamas ptósicas bilaterales sin lesiones palpables ni alteraciones dérmicas ni en axilas. En la región submamaria izquierda presentaba cordón indurado doloroso a la palpación, de trayecto descendente oblicuo de 7 cm de largo y 3 mm de grosor, móvil, sin signos inflamatorios (fig. 1) compatible con una tromboflebitis superficial de la vena toracoepigástrica izquierda.

Los hallazgos de laboratorio mostraron valores normales de hemograma, bioquímica, pruebas de coagulación y reumatológicas.

El estudio mamográfico bilateral de ambas mamas mostraba un patrón fibroglandular denso sin nódulos, focos de microcalcificaciones ni zonas de distorsión del parénquima con regiones axilares sin adenopatías, BI-RADS 0 (fig. 1). La ecografía de ambas mamas y axilas no reveló otros hallazgos.

Tras tratamiento analgésico y antiinflamatorio mejoró clínicamente con desaparición completa a las 8 semanas del inicio del cuadro.

Descrita inicialmente por Faage en 1869¹, quien caracterizó esta entidad que lleva su nombre en 1939 fue el cirujano francés Henry Mondor².

Su incidencia oscila entre 0,5-1,07%, aunque probablemente sea más prevalente^{3,4}. Afecta principalmente a mujeres entre 21 y 55 años, aunque puede aparecer en varones⁵.

La etiopatogenia no es bien conocida y solo un porcentaje variable que puede alcanzar la mitad de los casos se relaciona con una causa primaria⁶.

Las principales causas asociadas son las traumáticas o relacionadas con procedimientos diagnósticos o quirúrgicos sobre la mama⁶. No obstante, son múltiples las situaciones que están relacionadas con su aparición: ejercicio físico, mamas péndulas, infecciones, picaduras, estados de hipercoagulabilidad, enfermedades sistémicas o neoplasias, etc.⁵⁻⁹

La enfermedad de Mondor puede asociarse a una neoplasia de mama oculta hasta en más del 12% o de otros tumores^{6,9}, por lo que se recomienda descartar causas neoplásicas en su presencia⁷. En este caso, se atribuye a la compresión de las venas superficiales del tórax por el tumor o por metástasis ganglionares, favoreciendo la estasis sanguínea y la trombosis⁷. En nuestro caso, pese a una evaluación clínica y complementaria exhaustiva, no se identificó ningún factor asociado salvo las mamas péndulas.

Clínicamente se caracteriza por la aparición brusca de dolor en mama, el epigastrio, el margen subcostal y/o pared anterior de tórax, seguida de la aparición de un cordón fibroso palpable y doloroso en dicha zona^{5,7,8}, más evidente con la tracción, elevación de la mama o la abducción del brazo ipsilateral⁷, como refleja la iconografía del caso. Se inicia en el surco submamario y sigue la distribución de una de las tres grandes venas superficiales de la pared torácica, afectando en muy raras ocasiones a las venas de la pared abdominal⁷. En ocasiones, el dolor puede estar ausente y pueden aparecer también signos inflamatorios en la piel adyacente⁷.

El diagnóstico diferencial en esta situación debe realizarse con infección, cáncer inflamatorio de mama y carcinoma escirro⁷.

El diagnóstico de esta entidad es eminentemente clínico y la actitud varía dependiendo de las caracte-

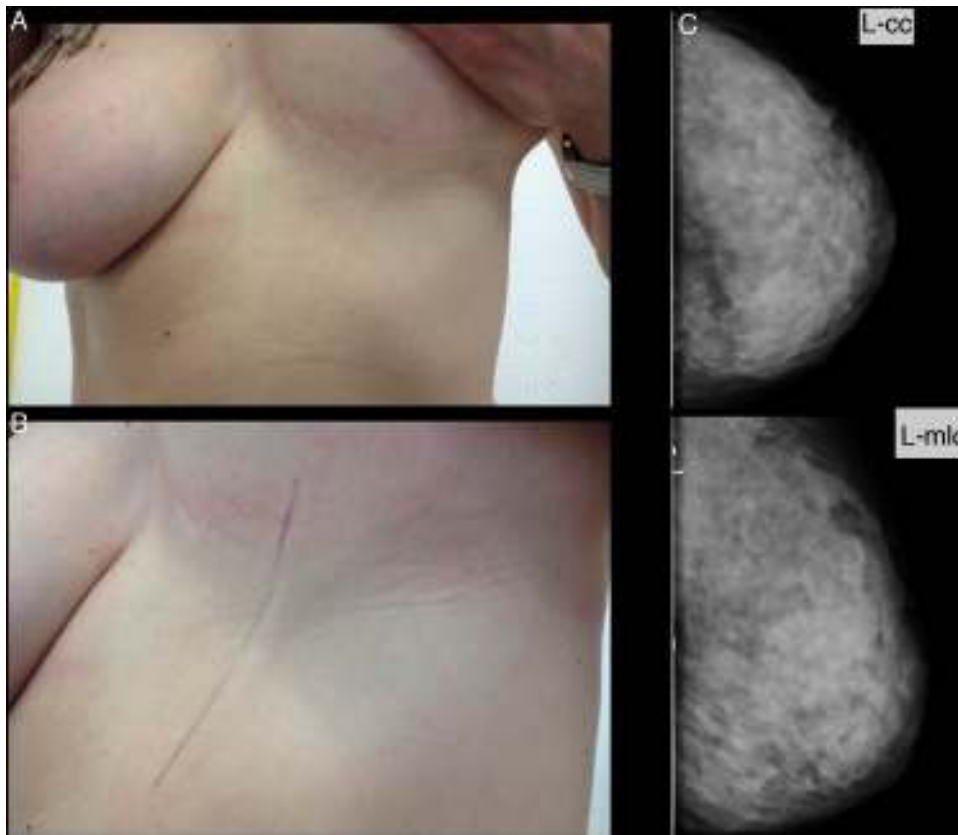


Figura 1 A) Imagen del trayecto del cordón inframamario indurado. B) Detalle del cordón inframamario marcado a lo largo de su trayecto. C) Estudio mamográfico de la mama izquierda en proyecciones craneocaudal y oblicua mediolateral donde se observa patrón fibroglandular denso sin nódulos, microcalcificaciones ni adenopatías.

rísticas del paciente, exploración y comorbilidades⁵. Los hallazgos radiológicos en mamografía y ecografía pueden ofrecer datos característicos⁸.

En la ecografía suele mostrar una alteración en la permeabilidad del vaso por un trombo intraluminal en forma de una estructura tubular hipoeoica en un plano superficial^{5,8,10}; pueden ofrecer una visión completa de todo el trayecto del vaso trombosado, que puede no ser visible en la mamografía en mamas densas¹⁰. En la ecografía Doppler color puede observarse la ausencia de flujo venoso^{8,10}.

La imagen mamográfica puede ser característica con la vena trombosada presentando una morfología alargada o como las cuentas de un collar⁵, aunque el hallazgo de una densidad tubular dilatada puede confundirse con un ducto dilatado¹⁰. La mayoría de los autores recomiendan la realización de una mamografía en todos los casos, incluso con exploración física anodina¹¹.

En el caso descrito, pese a que el hallazgo clínico era evidente, no se logró obtener una traducción radiológica de la lesión, lo que revela una importante disociación clínico-radiológica y enfatiza la importancia del diagnóstico clínico. No obstante, como recomienda la literatura, creemos obligado el estudio radiológico para descartar otras etiologías, principalmente las neoplásicas.

Determinadas situaciones pueden requerir una biopsia de la zona de piel afecta para diferenciar enfermedad de Mondor de la diseminación cutánea de un cáncer. Los factores

clínicos que orientan a la etiología neoplásica son duración prolongada, ausencia de calor o induración perilesional y adherencia a planos profundos sin movilidad⁹.

El tratamiento recomendado es sintomático con analgésicos y antiinflamatorios; los anticoagulantes y antibióticos no están indicados^{6,7}.

Habitualmente suele tener un curso autolimitado, resolviéndose la mayoría de los casos en 4-6 semanas de forma espontánea^{5,6} como en nuestro caso, cuyo seguimiento posterior a las 8 semanas del inicio del cuadro no reveló persistencia sintomática ni hallazgos clínicos.

Bibliografía

1. Faage CH. Remarks on certain cutaneous affections. *Guys Hosp Rep* (3rd series). 1869;15:295-302.
2. Mondor H. Tronculite sous-cutané subaigue de la paroi thoracique antero laterale. *Mem Acad Chir (Paris)*. 1939;65:1271-8.
3. Günhan-Bilgen I, Altunel E, Üstün E, Memis A. Mondor's disease of the breast. *Eur J Radiol. Extra*. 2003;46:11-3.
4. Khan UD. Incidence of Mondor disease in breast augmentation: A retrospective study of 2052 breasts using inframammary incision. *Plast Reconstr Surg*. 2008;122(2):88e-9e.
5. González Romero EA, Falcón Morales F. Enfermedad de Mondor. A propósito de un caso. *MEDIFAM*. 2002;12(5):351-6.

6. Juárez A, Pérez-Gala S, Guhl G, Aragüés M, Reina T, Fraga J, et al. Enfermedad de Mondor. *Actas Dermosifiliogr*. 2006;97(9):614–5.
7. Díaz-Miguel V, Gonzalo I, Tello A, Alonso E. Tromboflebitis superficial de la pared torácica: enfermedad de Mondor idiopática. *Clin Invest Gin Obst*. 2006;33(2):64–6.
8. Alonso Álvarez P, Chamorro AJ, Valeiras E. Enfermedad de Mondor: causa atípica de dolor torácico. *Semergen*. 2010;36(5):302–3.
9. Kamangar F, McCalmont T, Shinkai K. Cutaneous metastasis of thyroid carcinoma mimicking Mondor disease. *J Am Acad Dermatol*. 2012;67(2):e79–81.
10. Shetty MK, Watson AB. Mondor's disease of the breast: sonographic and mammographic findings. *AJR Am J Roentgenol*. 2001;177(4):893–6.
11. Catania S, Zurida S, Veronesi P, Galimberti V, Bono A, Pluchinotta A. Mondor's disease and breast cancer. *Cancer*. 1992;69:2267–70.

Miguel Ruiz Marín^{a,*}, M. Fe Candel Arenas^b,
Nuria Martínez Sanz^a, Delia Luján Martínez^a,
Manuel Madrigal de Torres^a, Ana Ruiz Rodríguez^a
y Antonio Albarracín Marín-Blázquez^b

^a *Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia, Murcia, España*

^b *Facultad de Medicina, UCAM Universidad Católica de Murcia, Murcia, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: miguel_ruizmarin@yahoo.es
(M. Ruiz Marín).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.senol.2015.07.004>