



Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

347/2462 - SÍNDROME DE MONDOR

R. Lope^a, B. Lluna Peralta^a, D. Aguilar Pérez^b y L. González Ferreira^c

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Cubos. Burgos. ^bMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Agustín. Burgos. ^cMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gamonal Antigua. Burgos.

Resumen

Descripción del caso: Visita inicial: Mujer de 43 años, consulta por aparición repentina de cordón fibroso longitudinal, doloroso y de consistencia dura. Comienza en región submamaria izquierda prolongándose hasta fosa iliaca izquierda. No presenta fiebre ni otra sintomatología acompañante. No refiere traumatismo previo, aunque comenta aparición tras realizar sesión de pilates. Ha tomado AINES sin mejoría. Visita de control 15 días después: La lesión ha remitido espontáneamente hasta hacerse casi imperceptible.

Exploración y pruebas complementarias: Cordón fibroso de aspecto vascular en hemiabdomen izquierdo. No eritematoso, ni ruboroso y sin alteraciones sobre la piel. Doloroso a la palpación. Tiene un diámetro de 1 mm y una longitud de 15 cm. Resto de exploración normal. Realizamos una analítica sin obtener ningún resultado destacable que nos permita una orientación diagnóstica. Realizamos ecografía de partes blandas para intentar discernir las características de la lesión y obtenemos imagen de vena dilatada en tejido subcutáneo. No valorable la presencia de flujo debido a su pequeño calibre. Realizamos mamografía para completar el estudio que resulta normal.

Orientación diagnóstica: El hallazgo podría corresponder con el síndrome de Mondor. Esta patología consiste en una tromboflebitis superficial que afecta en un 80% de los casos a venas de la región toracoabdominal (epigástrica, toracoepigástrica y torácica lateral).

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial debe realizarse con rotura de fibras musculares, infección por larva migrans y enfermedad de Ackerman. También hay que diferenciarla de angeítis subaguda, angeítis por drogas y poliarteritis nodosa.

Comentario final: El síndrome de Mondor es una entidad poco frecuente de curso benigno y autolimitado, siendo lo más importante descartar una patología subyacente (especialmente cáncer de mama) que esté desencadenando el cuadro. Aunque esta vasculopatía se asocia en el 50% de los casos a una causa primaria (traumatismos directos, ejercicio intenso, mastitis, cirugías de aumento mamario), no hay que olvidar que hasta un 12% de los casos están causados por una neoplasia de mama subyacente.

Bibliografía

1. Barrantes-Tijerina M, Pérez-Vasconcelos M. Enfermedad de Mondor. Anales Médicos. 2011;56(3):159-61.
2. Villalobos Mora C. Actualización enfermedad de Mondor. Med Leg Costa Rica. 2017;34(1).

3. Juárez A, Pérez-Gala S. Enfermedad de Mondor. Actas Dermo-Sifiliográficas. 2006;97(9):614-5.

Palabras clave: Tromboflebitis autolimitada.