



Medicina de Familia  
**SEMERGEN**

www.elsevier.es/semergen



## CARTA AL DIRECTOR

### Enfermedad de Mondor: causa atípica de dolor torácico

#### Mondor's disease as atipic cause of chest pain

*Sr. Editor:*

La enfermedad de Mondor (EM) es una entidad clínica rara y relativamente poco conocida. El cuadro clínico fue apuntado inicialmente por Fagge en 1869, posteriormente se recogieron casos esporádicos hasta que el cirujano francés Henri Mondor la describió en 1939, dándole su nombre. En 1976 se

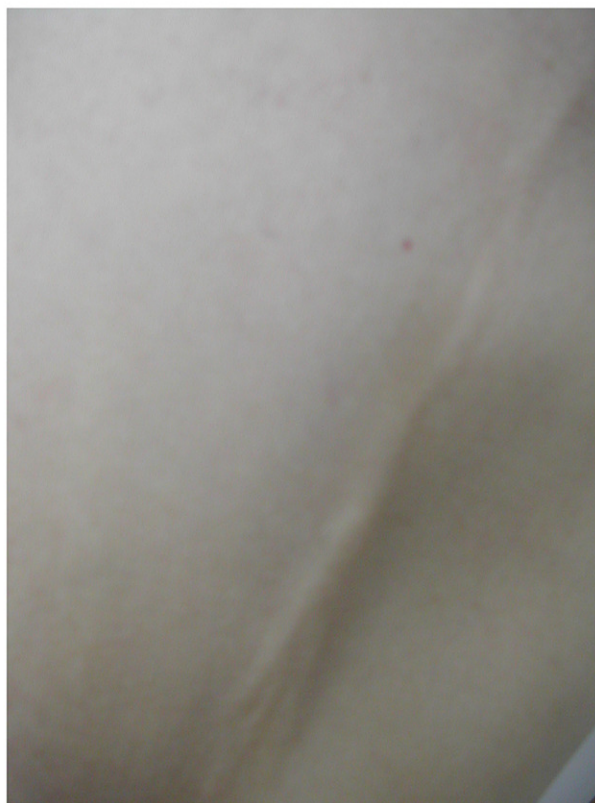
publica el primer caso en nuestro país<sup>1</sup>. Es una vasculopatía de etiología desconocida, aunque se ha relacionado con traumatismos locales, picaduras de artrópodos, procedimientos quirúrgicos (prótesis mamarias, biopsias o punción-aspiración con aguja fina), esfuerzo físico excesivo e, incluso, con cáncer de mama en mujeres (12,7%)<sup>2</sup>. Se presenta con una frecuencia muy baja y con una tasa de incidencia entre un 0,5–0,9%; sin embargo, estos estudios incluyen tan sólo pacientes sintomáticos de la enfermedad, por lo que no reflejan la verdadera incidencia en la población asintomática<sup>3</sup>.

La EM consiste en una tromboflebitis superficial del tórax, la vena torácica lateral o toracoepigástrica, que puede extenderse hacia la pared abdominal en la

a



b



**Figura 1** a y b) Hiperextensión de la extremidad superior derecha.

región epigástrica<sup>4</sup> y, en la mujer, también a la piel de la mama<sup>5</sup>.

Clínicamente, se caracteriza por la aparición brusca de dolor en la mama, el epigastrio, el margen subcostal y/o la pared anterior del tórax, seguida de la aparición de un cordón, estría o canal visible y palpable, doloroso en dicha zona.

Presentamos un caso clínico que debutó con dolor torácico. Mujer de 47 años que acudió por presentar desde hacía dos semanas dolor en la zona anterior del tórax a nivel inframamario y con irradiación al costado derecho. El dolor era continuo y no se modificaba con los movimientos respiratorios ni del tronco; tampoco se acompañaba de disnea ni de otra clínica cardiorrespiratoria. Entre sus antecedentes personales destacaba hipertensión y fibromialgia. La exploración física inicial y la radiografía de tórax resultaron ser anodinas. A las 2 semanas acudió de nuevo por persistencia del dolor a pesar del tratamiento analgésico. En esta ocasión, en la exploración se apreciaba en la inspección en la cara anterolateral derecha del tórax un cordón indurado, adherido, de unos 12 cm, que se bifurcaba terminando en la zona central inframamaria derecha. Dicho cordón era discretamente doloroso a la palpación y se acentuaba con la hiperextensión de la extremidad superior derecha (fig. 1a y b). Se le practicó una mamografía y una ecografía mamaria y del cordón sin observarse hallazgos de interés. Se diagnosticó de tromboflebitis superficial o EM y se prescribieron antiinflamatorios. A las 6 semanas, los hallazgos clínicos iniciales se resolvieron espontáneamente.

El diagnóstico de esta entidad es eminentemente clínico. La ecografía puede presentar una alteración en la permeabilidad del vaso por un trombo intraluminal, mientras que en la eco-Doppler color se observa la inexistencia del flujo venoso, pero en contadas ocasiones se describe este hallazgo. Aunque la anatomía patológica puede demostrar oclusión venosa casi completa por el tejido fibroso como resultado de una trombosis organizada, la punción está desaconsejada por el riesgo de infección. El

tratamiento consiste fundamentalmente en la utilización de antiinflamatorios con una duración media de entre 2–10 semanas<sup>6</sup>.

La EM es benigna y autolimitada. Sin embargo, y debido a su elevada asociación con el cáncer de mama, se aconseja descartar esta última entidad. En nuestro caso, a la paciente se le practicaron una ecografía mamaria y una mamografía, siendo ambas normales.

## Bibliografía

1. Marrón Gasca J, Berdún Franco E, Giménez Serrano H, Ruíz de Azagra JV. Enfermedad de Mondor: primer caso en España. *Actas Dermosifiliogr*. 1976;67:571–82.
2. Rodríguez E, Santos-Juanes J, Junquera ML, Nosti D. A propósito de una singular dermatosis lineal post-picadura. *Actas Dermosifiliograf*. 1999;90:9026–33.
3. Günhan-Bilgen I, Altunel E, Üstün E, Memis A. Mondor's disease of the breast. *European Journal of Radiology Extra*. 2003;46:11–3.
4. Mayo Aparicio WN, Muxi Moner C, Yuste Botey M. Enfermedad de Mondor. *FMC*. 2000;7:646.
5. Arcelus Imaz I. Trombosis venosas. En: Durán H, Arcelus I, García-Sancho L, González F, Álvarez J, Ferrández L, et al. editores. *Cirugía venosa. Tratado de patología y clínica quirúrgicas*. Madrid: Interamericana; 1983. p. 576.
6. Dirschka T, Winter K, Bierhoff E. Mondor's disease: A rare cause of anterior chest pain. *J Am Acad Dermatol*. 2003;49:905–6.

P. Alonso Álvarez<sup>a</sup>, A.J. Chamorro<sup>b,\*</sup> y E. Valeiras<sup>c</sup>

<sup>a</sup>*Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud, Verín, Ourense, España*

<sup>b</sup>*Servicio de Medicina Interna, Hospital de Verín, Ourense, España*

<sup>c</sup>*Servicio de Cirugía General, Complejo Hospitalario de Ourense, Ourense, España*

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jchamorro@gmail.com (A.J. Chamorro).