

## CASOS CLÍNICOS

# Tromboflebitis superficial de la pared torácica: enfermedad de Mondor idiopática

V. Díaz-Miguel, I. Gonzalo, A. Tello y E. Alonso

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Sección de Patología Mamaria. Hospital General Yagüe. Burgos. España.

### ABSTRACT

Mondor's disease is a superficial thrombophlebitis of the thoracic wall frequently affecting the female breast. In most cases the aetiology is unknown, although operation, direct and indirect trauma, muscular effort, is known as causative factors. Spontaneous resolution occurs in 6 weeks to 6 months, and no treatment apart from observation is required.

### INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Mondor es una condición benigna y rara que encontramos en la mama, caracterizada por la tromboflebitis superficial de las venas de la pared del tórax. Es 3 veces más frecuente en mujeres que en varones, y la edad media de aparición es 35 años<sup>1</sup>. Su etiología es desconocida, pero se puede relacionarla en algunos casos con traumatismo local, esfuerzo muscular, procedimientos quirúrgicos, cáncer, y otros. Habitualmente es autolimitada y evoluciona hacia la curación espontánea en un período comprendido entre 6 semanas y 6 meses, sin que requiera un tratamiento específico<sup>2</sup>.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 42 años de edad, que consulta por aparición de un «cordón» en la mama izquierda de 3 días de evolución, que se acompaña de leve molestia en dicha región, sin asociarse otra sintomatología. En todo momento la paciente niega contusión previa u otra situación que pudiera relacionarse con la aparición de la lesión. Como antecedentes ginecoobstétricos:



Fig. 1. Cordón de 0,5 cm de diámetro, situado en la unión de cuadrantes superiores de la mama izquierda, de unos 6 cm de longitud, que se hace más evidente con la tracción.

menarquia a los 14 años, fórmula menstrual: 5-6/28-30. Cuatro gestaciones; 3 partos eutócicos, el último en el año 2000, todos ellos con lactancia materna, y un legrado por gestación anembrionada en 2001. A la exploración se objetivó un cordón palpable y doloroso de 0,5 cm de diámetro, situado en la unión de cuadrantes superiores de la mama izquierda, de unos 6 cm de longitud (fig. 1), no se detectaron nódulos ni adenopatías en el resto de la exploración. En la mamografía (fig. 2) se observó una mama densa, con predominio del tejido fibroglandular, que presentaba múltiples imágenes micronodulares retroareolares, compatibles con cambios fibroquísticos. No se apreciaron nódulos sólidos ni zonas de distorsión del parénquima, de manera que no había una traducción mamográfica de la lesión. Dada la imagen cutánea, se realizó estudio ecográfico (fig. 3), en el que se visualizó una vena de trayecto tortuoso y con dilataciones

Aceptado para su publicación el 7 de marzo de 2005.



Fig. 2. Proyección axilar de la mama izquierda: mama densa con marcado predominio del tejido fibroglandular.

de aspecto varicoso, que se extendían desde debajo de la areola hacia la axila, prácticamente por debajo de la piel.

La paciente fue diagnosticada de enfermedad de Mondor por los hallazgos clínicos y ecográficos, y fue tratada sintomáticamente con antiinflamatorios y analgésicos. A las 8 semanas acudió a revisión, y la exploración física reveló la absoluta resolución del cuadro.

## DISCUSIÓN

La enfermedad de Mondor es una tromboflebitis superficial de la pared torácica que fue descrita con anterioridad por Fagge<sup>3</sup> en 1869, pero no fue hasta 1939 cuando la enfermedad fue definida por el cirujano francés Henri Mondor. En 1976 se publica el primer caso en nuestro país. Es una entidad benigna, cuya etiología es desconocida, aunque se han descrito casos de enfermedad de Mondor asociada a cirugía

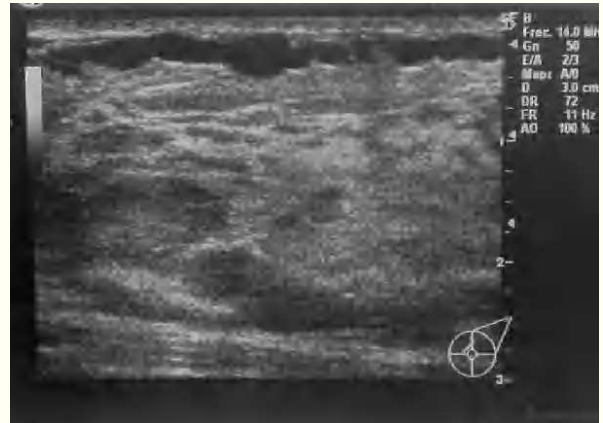


Fig. 3. Ecografía: vena de trayecto tortuoso y con dilataciones de aspecto varicoso.

sobre la mama (mastectomía radical, simple, cirugía estética), infección, enfermedades sistémicas como la artritis reumatoide, ejercicio físico excesivo que requiere movimientos repetitivos del brazo, e incluso se han descrito casos secundarios a picaduras de medusa. También se han publicado asociaciones con el embarazo, defectos de proteína C y anticuerpos anticardiolipina<sup>4</sup>, así como con situaciones que favorezcan una presión continua sobre esa área, como ocurre en los vendajes, o cuando se lleva ropa ajustada. Ocasionalmente puede aparecer en el marco de un cáncer de mama, cuya tasa de asociación es del 4-11%. En los casos en que se ha asociado a cáncer de mama, se ha atribuido a la compresión de las venas superficiales del pecho por el tumor, o por metástasis de los ganglios linfáticos, lo que favorecería la estasis sanguínea y la trombosis. Por eso, en el caso de no encontrar una causa aparente reciente, hay que descartar la posibilidad de cáncer oculto.

Su incidencia va desde el 0,5 al 0,8%<sup>5</sup>, aunque los casos estudiados sólo incluyen a los pacientes sintomáticos, por lo que no reflejan la incidencia real de esta enfermedad, que es 3 veces más frecuente en mujeres que en varones y aparece tanto en mujeres premenopáusicas como en posmenopáusicas. Algunos autores encuentran que la mama izquierda es la más afectada, aunque otros no observan diferencias. La manifestación clínica de la enfermedad de Mondor presenta una forma típica: la aparición de un cordón fibroso de 3 a 5 mm de diámetro, palpable en el tejido subcutáneo, que se hace más evidente con la tracción, elevación de la mama o la abducción del brazo ipsolateral. Los síntomas van desde el dolor localizado o la hipersensibilidad (que se incrementa cuando se eleva

el brazo o se hace una inspiración) al mero hallazgo casual de la paciente. Otros hallazgos son el eritema o la inflamación de la piel adyacente. Suele aparecer como un cordón que se inicia en el surco submamario y sigue la distribución de una de las tres grandes venas superficiales de la pared torácica, mientras que afecta en muy raras ocasiones a las venas de la pared abdominal; anatómicamente los vasos afectados son<sup>6</sup>: vena torácica lateral, gástrica superior y toracoepigástrica, las ramas de la mamaria interna raramente se afectan.

En la mamografía, estas lesiones pueden observarse como una densidad tubular dilatada, que a veces puede confundirse con un ducto dilatado, aunque en la mayoría de los casos no aporta gran información. Desde el punto de vista ecográfico, el vaso trombosado aparece localizado superficialmente, como una estructura tubular larga, anecoica, con aspecto de cuentas y que no muestra flujo en el estudio Doppler<sup>7</sup>. La ecografía permite identificar todo el trayecto del vaso, cosa que no ocurre con la mamografía en una mama densa, como es el caso que nos ocupa. Cuando se ha obtenido un estudio sonográfico y mamográfico correcto, la recomendación es el seguimiento en 6 meses<sup>7</sup>. El Doppler color puede ser utilizado en el seguimiento de las trombosis venosas, sobre todo en pacientes jóvenes, para demostrar la canalización de la vena<sup>8</sup>. La enfermedad es autolimitada, cede en la mayoría de los casos en 6 semanas y no requiere un tratamiento específico. El tratamiento se realiza de manera conservadora con antiinflamatorios y analgésicos; los anticoagulantes y antibióticos no están indicados.

Cuando un paciente se presenta con un cordón en el pecho, asociando dolor y eritema, hay que hacer diagnóstico diferencial con la presencia de una infección, cáncer inflamatorio mamario y carcinoma escirro. La biopsia no se requiere, salvo que se tenga una lesión sospechosa en la mamografía o la lesión no se resuelva como se esperaba<sup>9</sup>.

En el caso que se presenta se solicitó una mamografía para descartar enfermedad maligna, aunque la exploración mamaria fue negativa, y la ecografía fue la que nos proporcionó la prueba de imagen complementaria para llegar al diagnóstico. La resolución espontánea del cuadro a las 8 semanas sin tratamiento activo nos reafirmó en nuestro diagnóstico.

## CONCLUSIÓN

La enfermedad de Mondor es un proceso benigno y autolimitado que se caracteriza por la tromboflebitis de las venas de la pared torácica. Debido a su ocasional asociación al cáncer de mama, la mamografía está indicada en todos los casos aunque la exploración clínica sea negativa, y se debe seguir a todos los pacientes hasta la resolución de la situación.

## RESUMEN

La enfermedad de Mondor es una condición benigna y rara que encontramos en la mama, caracterizada por la tromboflebitis superficial de la pared torácica y que afecta preferentemente a la mujer. En la mayoría de los casos la etiología es desconocida. Habitualmente es autolimitada y evoluciona hacia la curación espontánea en un período comprendido entre 6 semanas y 6 meses, sin que requiera un tratamiento específico. Se presenta un caso de enfermedad de Mondor en una paciente en la que no se halló ningún factor causal, a la que se trató de manera sintomática y cuya evolución fue favorable. La clínica, el diagnóstico, el diagnóstico diferencial y el tratamiento se discuten en el texto.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Rubegni P, De Aloe G, Biagioli M, et al. Recurrent Mondor's disease resolved after exeresis of abdominal lipoma. *Dermatol Surg.* 1999;25:563.
2. Baker J. Augmentation mammoplasty. En: Grabb WC, Smith JW, editors. *Plastic surgery.* 3rd ed. Boston: Little, Brown & Co; 1979. p. 727.
3. Fagge CH. Remarks on certain cutaneous affections. *Guy's Hospital Rep.* 1870;15:302.
4. Wester JPJ, Kuenen BC, Meuwissen OJATH, de Maat CEM. Mondor's disease as first thrombotic event in hereditary protein C deficiency and anticardiolipin bodies. *Netherlands Journal of Medicine.* 1997;50:85-7.
5. Bejanga BI. Mondor's disease: analysis of 30 cases. *J Royal Coll Surg (Edinb).* 1992;37:322-4.
6. Daniel J, Abramson MD. Mondor's disease and string phlebitis. *JAMA.* 1966;196:1087-9.
7. Shetty M, Watson A. Mondor's disease of the breast: sonographic and mammographic findings. *AJR Am J Roentgenol.* 2001;177:893-6.
8. Yanik B, Conkbayir I, Oner O, et al. Imaging findings in Mondor's disease. *J Clin Ultrasound.* 2003;31(2):103-7.
9. Becker L, McCurdy LI, Taves D. Superficial thrombophlebitis of the breast (Mondor's disease). *Can Assoc Radiol J.* 2001;179(1):185-6.