



SITUACIÓN CLÍNICA

Enfermedad de Mondor. A propósito de un caso

A. Peña-Irún*, G. Santiago-Ruiz, A. Muñecas-Cuesta y A. Pérez del Molino-Castellanos

Servicio de Medicina Interna, Hospital Comarcal Sierrallana, Torrelavega, Cantabria, España

Recibido el 4 de octubre de 2011; aceptado el 21 de noviembre de 2011

Disponible en Internet el 24 de mayo de 2012

PALABRAS CLAVE

Tromboflebitis;
Diagnóstico;
Tórax

KEYWORDS

Thrombophlebitis;
Diagnosis;
Thorax

Resumen La tromboflebitis superficial es un proceso frecuente. Habitualmente afecta a los miembros inferiores, pero a veces aparece en localizaciones un tanto especiales como la pared anterior del tórax o el pene, recibiendo el nombre de enfermedad de Mondor. Es importante identificarlo para excluir neoplasia de mama, enfermedad con la que se relaciona de forma significativa.

© 2011 Elsevier España, S.L. y SEMERGEN. Todos los derechos reservados.

Mondor's disease. Presentation of a case

Abstract Superficial thrombophlebitis is a common process. It usually affects lower limbs, but sometimes appears in rather special locations such as the anterior wall of the chest or in the penis, and is called Mondor's disease. It is important to identify it in order to exclude breast malignancy, with which it is often associated.

© 2011 Elsevier España, S.L. and SEMERGEN. All rights reserved.

Introducción

La enfermedad de Mondor consiste en una forma peculiar de tromboflebitis. Dentro del epónimo de enfermedad de Mondor se encuentran 2 formas de presentación clínica bien diferenciadas. Una es la afectación de la vena dorsal del pene¹. La otra, de la que vamos a hablar nosotros, es la que afecta a las venas subcutáneas de la pared del tórax (toracoepigástrica y torácica lateral), aunque también se han descrito otras localizaciones como miembros superiores y región inguinal. Normalmente afecta a una sola vena y raramente es bilateral.

Se trata de una enfermedad rara. Hasta la actualidad se han descrito menos de 400 casos. Pero debido a que es un proceso benigno, autolimitado y poco sintomático, probablemente esté infradiagnosticado y no se trate de una dolencia tan excepcional.

El primer caso fue descrito por Fagge en 1869, quien lo consideró como una forma de esclerodermia. Posteriormente se describieron casos esporádicos hasta que en 1939 un cirujano francés llamado Henry Mondor caracterizó la enfermedad².

Exposición del caso

Presentamos el caso de una mujer de 37 años, con antecedentes de 2 abortos previos, toma de anticonceptivos orales y pendiente de intervención de un teratoma en el

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alvaro290475@hotmail.com (A. Peña-Irún).

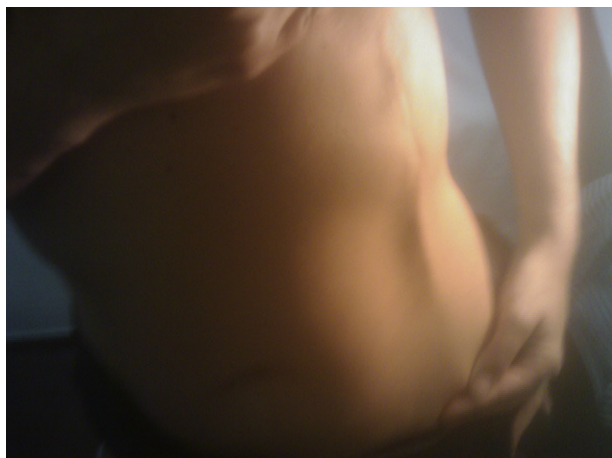


Figura 1 Tromboflebitis.

ovario derecho. Comenzó con dolor acompañado de la aparición de un nódulo en la pared anterior del tórax. Posteriormente desarrolló un cordón palpable a nivel inframamario izquierdo que se extendía caudalmente por toda la pared anterior del tórax y el abdomen, apreciándose un surco que recorría medialmente el trayecto del cordón (fig. 1). No presentaba dolor a la palpación ni signos inflamatorios, como tampoco fiebre ni síntomas de afectación sistémica. Negaba traumatismo, compresión a dicho nivel o haber realizado ejercicio físico extenuante. No se encontraron adenopatías y la exploración de las mamas era normal. Inicialmente se realizó radiografía de tórax y analítica con coagulación completa sin mostrar hallazgos de interés y fue tratada con ibuprofeno, 600 mg cada 8 h, con discreta mejoría.

Debido a la asociación conocida con neoplasias solicitamos ecografía de abdomen y mamografía y se descartó malignidad. Por otro lado, se pidió estudio de trombofilia, serología de hepatitis y sífilis que resultaron negativas, y la enfermedad acabó resolviéndose de manera espontánea en 3 semanas.

Discusión

Esta enfermedad se presenta en forma de aparición brusca de dolor en la mama o pared anterior del tórax que aumenta al elevar la mama o abducir el brazo, seguido de la aparición de un cordón palpable de longitud variable que puede tener o no signos inflamatorios, aunque habitualmente tiene escasa reacción inflamatoria.

La mayoría de los autores describen la afectación de los vasos que conforman el sistema venoso epigástrico superior, que son la vena torácica lateral, toracoepigástrica y la vena epigástrica superior. Los vasos de la zona interna de la mama, que confluyen en el territorio de la yugular o del tronco mamario interno es excepcional que estén afectados, hasta tal punto que algunos autores piensan que la lesión que ocurre en esta área no debe ser considerada enfermedad de Mondor.

Es tres veces más frecuente en mujeres y aparece entre 30 y 60 años.

En cuanto a su etiología, el 50% se consideran idiopáticos y el otro 50% secundarios. La mayor parte de las veces existe un efecto mecánico³ debido a traumatismos locales,

esfuerzo muscular, procedimientos quirúrgicos sobre la mama o utilización de ropas ajustadas. Otras veces se ha visto asociada a infecciones o a enfermedades sistémicas como artritis reumatoide o arteritis de células gigantes.

También se han descrito casos en el contexto de estados de hipercoagulabilidad^{4,5} y neoplasias, fundamentalmente de mama, llegando alguna serie a constatar una asociación de hasta el 12,7%⁶.

Nosotros lo atribuimos al uso de anticonceptivos orales, que aunque no figura entre los motivos de la enfermedad, sí es una causa reconocida de flebitis superficial.

El diagnóstico es clínico. La ecografía Doppler y la biopsia son opcionales pero no necesarios, a diferencia de lo que ocurre en la afectación del pene, donde sí es preciso realizar ecografía Doppler para realizar el diagnóstico diferencial con la linfangitis esclerosante del pene⁷. Como norma general hay que descartar neoplasia, y si ya la hubo, una recidiva. Por lo tanto, en caso de presentación torácica, debemos realizar mamografía de manera sistemática. También es necesario realizar estudio de hipercoagulabilidad para descartar trombofilia. Pero se han descrito otras enfermedades asociadas (infecciones crónicas, enfermedades sistémicas). Por lo tanto, dependiendo de los antecedentes personales, anamnesis y exploración física variará la actitud con respecto a la petición de otras pruebas complementarias.

En cuanto a la evolución, los síntomas se resuelven entre 2 y 10 semanas del inicio, siendo el curso más corto en pacientes jóvenes y de causa idiopática. No tiene tendencia a la recidiva, y en ocasiones evoluciona a la cronicidad, pudiéndose complicar con pequeñas necrosis cutáneas sobre el área trombosada.

No existe ningún tratamiento específico. Se recomienda solo sintomático, siendo eficaces los antiinflamatorios no esteroideos. El tratamiento quirúrgico se debe reservar para aquellos pacientes que a pesar de tratamiento médico no tienen una evolución adecuada, persistiendo indefinidamente la enfermedad o presentando recidivas⁸. Otros tratamientos empleados como antibióticos o anticoagulantes no son necesarios.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Bibliografía

1. Zidani H, Foughali M, Laroche JP. Superficial venous thrombosis of the penis: penile Mondor's disease? A case report and literature review. *J Mal Vasc.* 2010;35:352-4.

2. Paniagua CT, Negron ZD. Mondor's disease: a case study. *J Am Acad Nurse Pract.* 2010;22:312-5.
3. Ortega M, Villadiego JM. Enfermedad de Mondor: estudio de dos formas topográficas. *An Med Interna.* 2003;20:307-8.
4. 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.
5. de Godoy JM, Godoy MF, Batigalia F, Braile DM. The association of Mondor's disease with protein S deficiency: case report and review of literature. *J Thromb Thrombolysis.* 2002;13:187-9.
6. Catania S, Zurrada S, Veronesi P, Galimberti V, Bono A, Pluchinotta A. Mondor's disease and breast cancer. *Cancer.* 1992;69:2267-70.
7. Ramos B, Portillo M, Correas G, Gutierrez B, Aguilera T, Ballester D. Enfermedad de Mondor versus linfangitis esclerosante de pene. *Arch Esp Urol.* 2008;61:340-837.
8. Álvarez-Garrido H, Garrido-Rios A, Sanz-Muñoz C, Miranda Romero A. Mondor's disease. *Clin Exp Dermatol.* 2009;34:753-6.