

Síndrome de Mondor. Reporte de un caso clínico y revisión de la literatura.

Mario Pardo⁽¹⁾, Ximena Gómez-Veroiza⁽²⁾, Patricia Santos⁽³⁾.

Resumen

El síndrome de Mondor es una entidad poco frecuente caracterizada por la tromboflebitis de las venas subcutáneas de la pared tóraco-abdominal anterolateral. Se manifiesta como un cordón subcutáneo doloroso, visualizable por la retracción de los tejidos circundantes. Esta condición corresponde generalmente a un proceso benigno y autolimitado, aunque se ha descrito su asociación a cáncer mamario. Reportamos el caso de una mujer de 39 años que consultó por dolor agudo en la pared toracoabdominal asociado a palpación de cordón indurado posteriormente. El diagnóstico se realizó en base a la clínica y hallazgos en la Ecografía Doppler. Se realizó una revisión bibliográfica de los casos descritos, realzando la necesidad de descartar la coexistencia de malignidad y síndromes de hipercoagulabilidad.

Summary

Mondor's disease is a rare entity characterized by thrombophlebitis of the subcutaneous veins of the anterolateral thoraco-abdominal wall. The manifestations are a painful subcutaneous cord, visible by the retraction of the surrounding tissues. This condition is usually a benign and self-limited process, although it has been associated with breast cancer. We report the case of a 39 year old woman who had acute thoraco-abdominal pain, associated later with a tender palpable cord. The diagnosis was made on the basis of clinical and Doppler ultrasonography findings. A bibliographic review of the described cases was made, enhancing the need to exclude malignancies and hypercoagulable states.

Palabras claves: Enfermedad de Mondor, Tromboflebitis.

Correspondencia: Dr. Marlo Pardo: Departamento de Obstetricia y Ginecología Hospital Clínico Universidad de Chile. Av. Santos Dumont 999. Fonofax: 02-7353866. E-mail: marlopardo@vtr.net

⁽¹⁾Departamento de Obstetricia y Ginecología Hospital Clínico Universidad de Chile

⁽²⁾Interna de medicina Hospital Clínico Universidad de Chile

⁽³⁾Servicio de Cirugía Hospital DIPRECA.

Introducción

La enfermedad de Mondor es una tromboflebitis de las venas subcutáneas de la región toracoabdominal anterolateral. Es una entidad poco frecuente, descrita por primera vez por Fagge en 1870 y sistematizada por Mondor en 1939^(1,2). Se han descrito 500 casos en la literatura^(3,4). Otras flebitis subcutáneas similares se han observado en otras zonas como la axila, fosa antecubital, ingle y pene^(3,5). Afecta al sexo femenino en una proporción de 3 por cada hombre, generalmente en la edad media de la vida^(6,7).

Manifestaciones clínicas

Dolor torácico súbito seguido por la aparición de un cordón palpable, arrosariado e indurado en el trayecto de la vena toracoepigástrica o en sus ramas afluentes⁽¹⁻⁸⁾. Se produce retracción del celular subcutáneo y de la piel en las zonas de trombosis que se detecta al examen físico. Habitualmente unilateral, aunque se han descrito casos de presentación bilateral en asociación a trombofilias^(6,9). Puede ser lineal o tener la forma de una «Y» ó «V», lo que hace pensar erróneamente en un proceso maligno⁽³⁾.

Caso clínico

Mujer de 39 años, con antecedentes de Mastopatía fibroquística diagnosticada desde hace 7 años y Fibroadenomas en mama izquierda y derecha operados en el año 1998 y 2003 respectivamente, con controles mamográficos y ecográficos anuales desde entonces sin alteraciones.

Durante el mes de Febrero 2004 consulta a médico por dolor y sensación de distensión a nivel pared toracoabdominal superior izquierda, de dos semanas de evolución a lo que posteriormente se suma palpación de cordón indurado visualizable en esta zona. La paciente

refiere que debe levantar a su hijo de 12 kg. repetidas veces al día sin otro antecedente traumático local, infecciones ni consumo de fármacos o cirugías recientes.

Al examen físico se constató un cordón fibroso subcutáneo de 2 a 3 mm de ancho y aproximadamente 10 cm de longitud, sensible a la palpación, ubicado desde la región submamaria izquierda hasta hipocondrio del mismo lado a nivel de línea medio clavicular. No se observó eritema ni edema circundante (Figura 1).

En la Ecografía Doppler de la zona se observó un tubo hipoecogénico superficial, doloroso al paso del transductor, con flujo interno filiforme,

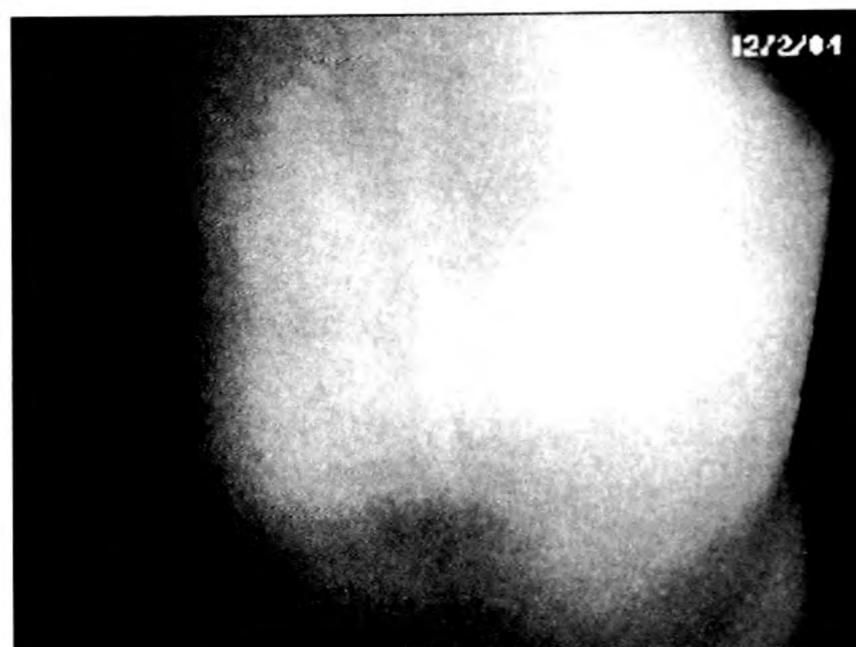


Figura 1: Lesión cutánea de 10 cm de longitud ubicada en la pared toraco-abdominal anterolateral izquierda.

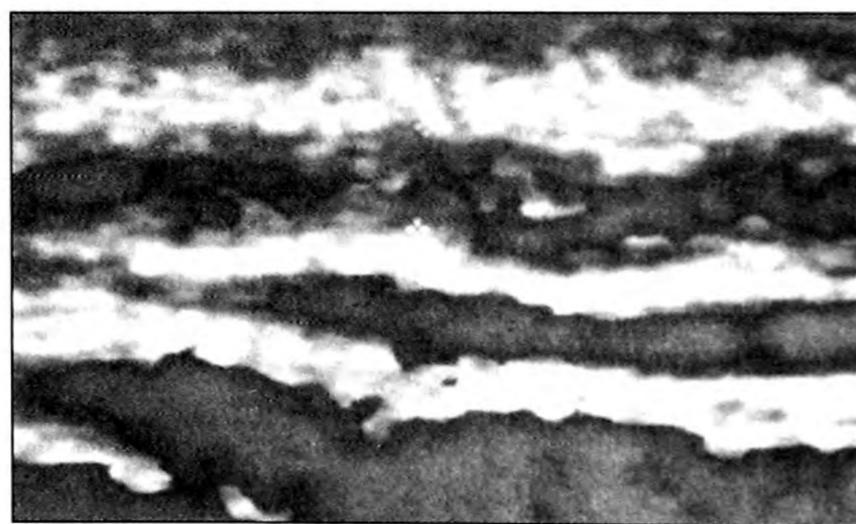


Figura 2. Estudio de Doppler color muestra flujo filiforme en la vena superficial.

y con aumento de la ecogenicidad de la grasa vecina (Figura 2).

Se realizaron pruebas de laboratorio para descartar trombofilia o enfermedades inmunes (hemograma, VHS, Pruebas de coagulación, Factor reumatoideo, anticuerpos antifosfolípidos y anticuerpos antinucleares), que resultaron negativos.

El diagnóstico fue tromboflebitis aguda de vena superficial tóraco-abdominal. Se trató con antiinflamatorios orales. El dolor cedió en 2 semanas, y el cordón fue desapareciendo progresivamente en 6 semanas.

Discusión

La etiología del síndrome de Mondor aún no ha sido establecida. Algunos autores creen que es un proceso multifactorial^(3,7). Se ha asociado a trauma local, procesos infecciosos de la mama, embarazo, lactancia, exceso de ejercicio físico, uso de ropa ceñida y fajas, mamas grandes y péndulas^(7,10). También se ha descrito su presentación junto con enfermedades sistémicas inmunológicas y trombofilias como el déficit de proteína S, proteína C y síndrome de antifosfolípidos^(5,8,9,11). Además se puede presentar en el postoperatorio de cirugía de mama por el daño a las venas subcutáneas del tórax, con mayor incidencia si la incisión se efectúa a más de 3 cm del borde areolar según una serie china^(12,13). No parece existir relación específica con el uso de implantes de silicona⁽¹²⁾. Se ha asociado a malignidad, en concomitancia con ganglios axilares metastásicos y después de biopsia de ganglio centinela^(14,15). También se ha descrito en asociación con cáncer de mama. En una serie publicada por Catania en 1992, esta coexistencia llega hasta un 12,7% de los casos⁽¹⁶⁾. No obstante, la mayoría de los casos

son benignos, y no asociados a patologías sistémicas⁽³⁻⁸⁾.

Los hallazgos histológicos están limitados a una vena subcutánea en que se observa trombosis y organización. Algunos autores dividen los cambios histológicos en 4 etapas: formación del trombo; organización del trombo; recanalización del trombo; y fibrosis de la pared vascular que puede o no calcificarse^(6,17).

El diagnóstico es fundamentalmente clínico. En la mamografía se ha descrito la observación de una estructura tubular subcutánea de aspecto vascular engrosada y densa, en relación al sitio de la alteración clínica. Generalmente requiere desproyección con placas tangenciales adicionales al examen habitual^(8,18). Aunque estos hallazgos son inespecíficos, se ha recomendado el estudio mamográfico en todos los casos para descartar cáncer de mama, además del seguimiento clínico cercano⁽¹⁹⁻²¹⁾.

El ultrasonido con Doppler color es actualmente el examen de elección frente a la sospecha de enfermedad de Mondor. Permite confirmar el diagnóstico y descartar otras patologías, además de realizar el seguimiento y comprobar la resolución de la trombosis. Se puede visualizar un tubo hipoecogénico paralelo a la piel, doloroso al paso del transductor relacionado con el sistema venoso superficial toracoepigástrico e independiente del sistema galactóforo. Al Doppler se describe ausencia de flujo interno; además de ecogenicidad aumentada en la grasa vecina^(8,18,22).

Dentro del estudio se ha sugerido biopsiar aquellas lesiones en forma de "Y" por mayor riesgo de malignidad⁽²³⁾. También se recomienda descartar con exámenes de laboratorio trombofilias y alteraciones inmunológicas^(11,19).

La enfermedad es de curso autolimitado con una duración variable de los síntomas y signos que oscila entre 2 y 16 semanas. Hay descritos casos de recurrencia, aunque raras⁽²⁴⁾.

El tratamiento debe ser sintomático. En algunos casos asociados con procesos malignos, o dolor local severo y retracción⁽⁵⁾ se indica cirugía.

Referencias

1. Fagge CH. Remarks on certain cutaneous affections. *Guy's Hosp Rep London*. 1869-70; 15 (series3): 302.
2. Mondor H. Tronculite sous-cutanée subaigue de la paroi thoracique antero-latérale. *Mem Acad Chir* 1939; 65: 1271-78.
3. Hacker SM. Axillary string phlebitis in pregnancy: a variant of Mondor's disease. *J Am Acad Dermatol*. 1994; 30(4):636-8.
4. Bartolo M, Bartolo M, Amoroso A, Bonomo L. Mondor's disease. Report of 22 cases. *Recenti Prog Med*. 1993; 84(11): 737-41.
5. Fietta P, Manganelli P. Mondor's diseases. Spectrum of the clinical and pathological features. *Minerva Med*. 2002; 1993(6): 453-6.
6. Dirschka T, Winter K, Bierhoff E. Mondor's disease: a rare cause of anterior chest pain. *J Am Acad Dermatol*. 2003; 49(5): 905-6.
7. Bejanga BI. Mondor's disease: analysis of 30 cases. *J R Coll Surg Edinb*. 1992 Oct; 37: 322-4.
8. González P, Horvath E, Pinochet MA, Uchida M, Wenzel H. Contribución del ultrasonido Doppler color al diagnóstico de la enfermedad de Mondor. *Rev Chil Radiol* 2001; 7: 5-7
9. 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(2): 85-7.
10. Chiedozi LC. Mondor's disease. Relationship to use of body girdle. *Trop Geogr Med*. 1990; 42(2): 162-5.
11. De Godoy JM, Godoy MF, Batigalia F, Braille DM. The association of Mondor's disease with protein S deficiency: case report and review of literature. *J Thromb Thrombolysis*. 2002 Jun;13(3):187-9.
12. Green RA, Dowden RV. Mondor's disease in plastic surgery patients. *Ann Plast Surg*. 1988; 20(3): 231-5.
13. Hou MF, Huang CJ, Huang YS, Hsieh JS, Chan HM, Wang JY, et al. Mondor's disease in the breast. *Kaohsiung J Med Sci*. 1999; 15(11): 632-9.
14. Miller DR, Cesario TC, Slater LM. Mondor's disease associated with metastatic axillary nodes. *Cancer*. 1985 Aug 15; 56(4): 903-4.
15. Pappo I, Wasserman I, Stahl-Kent V, Sandbank J, Halevy A. Mondor's disease of the axilla: a rare complication of sentinel node biopsy. *Breast J*. 2004; 10(3): 253-5.
16. Catania S. Mondor's disease and breast cancer. *Cancer* 1992; 69: 2267-70.
17. Roscher AA, Weinstein E. The clinico-pathological spectrum of Mondor's disease: an important surgical entity. *Int Surg*. 1980; 65(4): 325-9.
18. Shetty MK, Watson AB. Mondor's disease of the breast: sonographic and mammographic findings. *AJR Am J Roentgenol*. 2001; 177(4): 893-6.
19. Mayor M, Buron I, De Mora JC, Lazaro TE, Hernández-Cano N, Rubio FA, et al. Mondor's disease. *Int J Dermatol*. 2000; 39(12): 922-5.
20. Fornero G, Rosato L, Ginardi A. Rare venous pathology: Mondor's disease. *Minerva Chir*. 1994; 49(11): 1179-80.
21. Pugh CM, DeWitty RL. Mondor's disease. *J Natl Med Assoc*. 1996; 88(6): 359-63.
22. Yanik B, Conkbayir I, Oner O, Hekimoglu B. Imaging findings in Mondor's disease. *J Clin Ultrasound*. 2003; 31(2):103-7.
23. Chiedozi LC, Aghahowa JA. Mondor's disease associated with breast cancer. *Surgery*. 1988; 103(4): 438-9.
24. Elsayh NI. Recurrent Mondor's disease after augmentation mammoplasty. *Aesthetic Plast Surg*. 1983; 7(4): 259-60.