

Enfermedad de Mondor

Manuel Barrantes-Tijerina,* Martín Pérez-Vasconcelos,* Juan Manuel Chaparro-González*

RESUMEN

La enfermedad de Mondor es una lesión benigna caracterizada por una tromboflebitis superficial de la región mamaria. La etiología de esta enfermedad no es clara. Existen factores de riesgo, los cuales incluyen cirugía de mama, biopsia de mama, cáncer de mama, procesos inflamatorios y trauma. Los pacientes son tratados de manera conservadora para el control del dolor con analgésicos y antiinflamatorios. La paciente que ocupa este estudio recibió tratamiento con una ampolla de betametasona (5 mg de betametasona como dipropionato y 2 mg de betametasona como fosfato de sodio) por vía intramuscular cada 24 horas (dos dosis) e ibuprofeno 200 mg cada 12 horas por cinco días. Evolucionó de manera satisfactoria y a la segunda semana se encuentra completamente asintomática.

Palabras clave: Mama, enfermedad de Mondor, tromboflebitis betametasona.

ABSTRACT

Mondor's disease is a benign condition that is characterized by a superficial thrombophlebitis of the mammary region. The etiology is not clear, there are risk factors that include breast surgery, biopsy, inflammatory process, breast cancer and trauma. Management is guided towards pain with analgesics and non steroidal antiinflammatories. The patient was treated with 1 ampulla of betamethasone (5mg of betamethasone as dipropionate and 2 mg of betamethasone as sodium phosphate) in 2 doses and ibuprofen 200 mg every 12 hours for two days and was re evaluated two weeks after. The patient responded well to treatment, nowadays is found asymptomatic.

Key words: Breast, Mondor's disease, superficial thrombophlebitis, betamethasone.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Mondor es una lesión benigna que se caracteriza por tromboflebitis superficial de la pared anterior del tórax.¹⁻³ Se presenta principalmente en edades medias de la vida. Anatómicamente, las venas afectadas incluyen la torácica lateral, la toracoepigástrica y la epigástrica superior.⁴ Esta enfermedad fue reportada en 1869 por Faage⁵ y, después, en 1939 por el cirujano Henry Mondor.⁶

En la literatura se han documentado lesiones en localizaciones atípicas: miembros superiores, abdomen, región inguinal y pene.^{7,8}

Manifestaciones clínicas. Se puede presentar clínicamente como aumento de volumen (cordón subcutá-

neo, que corresponde al vaso afectado) en la región submamaria, dolorosa e hipersensible. También se puede acompañar de eritema, edema o retracción.^{9,10}

Incidencia. Oscila entre 0.5 y 0.8%,¹⁰ aunque existe un sesgo importante, ya que los estudios realizados incluyen pacientes sintomáticos y no refleja la incidencia real de la enfermedad. Su incidencia es superior en pacientes que han sido sometidas a cuadrantectomías, mamoplastias de aumento y menor en mastectomías.¹¹

Etiología. Hasta el momento la etiología de esta enfermedad no ha sido definida completamente. Puede ser idiopática, infecciosa, traumática, por contractura muscular, mamas grandes y péndulas, uso de ropa ajustada, vendajes constrictivos, neoplasias, adenopatía, radiación, linfangitis, abuso de drogas intravenosas, mamoplastias de aumento. Hogan¹² postuló trauma directo a la vena o presión a las venas torácicas laterales que dan como resultado estasis. También la etiología infecciosa se ha reportado y se ha asociado a sepsis por Rickettsias, estafilococos coagulasa positivos, así como también a la polimialgia reumática y hepatitis C entre otros.^{12,13}

* Departamento de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva. Centro Médico ABC.

Recibido para publicación: 23/10/09. Aceptado: 11/03/10.

Correspondencia: Dr. Manuel Barrantes Tijerina
Centro Médico ABC. Depto. de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva.
Sur 136 núm 116, Consultorio 313, Col. Las Américas. 01120 México, D.F.
Tel: 5272-2702 Fax 5272-3584. E-mail: eldoctor98@prodigy.net.mx

Factores de riesgo. Éstos incluyen cirugía de mama (biopsia), procesos inflamatorios, infección, cáncer de mama.^{10,11}

Anatomopatología. En los estadios iniciales de flebitis aguda existe una tromboflebitis y fleboesclerosis con posible invasión del endotelio vascular, resultando en obliteración de la luz por un tejido fibroesclerótico y/o calcificado.¹⁴

Histología. Existen dos cambios principales histológicos. El primero es la formación de un trombo de fibrina con organización sucesiva y oclusión de la luz vascular. Y el segundo, hiperplasia fibromuscular de la pared con infiltración del tejido adiposo circundante, por lo que se ha nominado también como linfangioesclerosis trombótica oclusiva.¹⁴ Johnson WC y colaboradores¹⁵ clasificaron los hallazgos en la biopsia en cuatro estadios: *Estadio I:* Formación de trombo sin obliteración del lumen asociado con células inflamatorias y fibrina. *Estadio II:* Organización del trombo asociado con fibroblastos elongados y fibrina. *Estadio III:* Múltiples áreas pequeñas de recanalización. *Estadio IV:* Vena recanalizada con pared fibrosa engrosada.

Enfermedad de Mondor y cáncer de mama. Los estudios de Catania¹¹ y Hou¹⁶ reportan asociación entre estas dos entidades. Sin embargo, resulta difícil de valorar y concluir, ya que los pacientes se presentaron inicialmente para valoración mamaria.

Diagnóstico. El diagnóstico de la enfermedad es básicamente clínico, con un ordenado interrogatorio y una adecuada exploración física. Sin embargo, podemos hacer uso de estudios de gabinete para corroborar el diagnóstico:

Mastografía. La evaluación mamográfica está indicada principalmente para la evaluación de la masa palpable. El principal hallazgo es aumento en la densidad tubular que puede ser confundida con una dilatación ductal y puede llevar a biopsia.^{10,18}

Ultrasonido. El vaso trombosado aparece como una estructura tubular larga, anecóica, localizada superficialmente con una apariencia «rosariada» con localización en el cuadrado superior externo.¹⁰

Tratamiento. La enfermedad de Mondor es una condición benigna y autolimitada. Los pacientes son tratados de manera conservadora requiriendo sólo tratamiento con analgésicos y antiinflamatorios.¹⁻³ El uso de antibióticos y anticoa-

gulantes no está indicado. La cirugía está indicada cuando se encuentre asociada con alguna malignidad, dolor severo o retracción o persistencia de la enfermedad.^{1,11,12}

CASO CLÍNICO

Mujer de 48 años de edad que, un mes después de intervención quirúrgica (cambio de implantes mamaros, microtexturizados, McGhan, 300 cm³) con abordaje periareolar, presentó mastalgia izquierda, de tres días de evolución, tipo urente, con localización superficial, anterolateroinferior, que se incrementaba con los movimientos, cedía parcialmente con el reposo y con el uso de antiinflamatorios (no especificados). No se reportaron otro tipo de síntomas.

Antecedentes de importancia: Cáncer de tiroides y tiroidectomía subtotal a los 18 años. Sin antecedentes de uso de drogas o trauma. Sin antecedentes de tabaquismo, enfermedad tromboembólica o uso de anticonceptivos orales.

Exploración física: Paciente alerta, cooperadora. Signos vitales estables. En mama izquierda, presencia de cordón lineal en la región anterolateral del tórax (*Figura 1*), superficial, dolorosa, de aproximadamente 4 x 5 cm de diámetro. Mamas simétricas y complejo areolapezón normal.

La paciente recibió tratamiento que consistió en aplicación de una ampula de betametasona (5 mg de betametasona como dipropionato y 2 mg de betametasona como fosfato de sodio) por vía intramuscular en dos dosis (una cada 24 horas) e ibuprofeno 200 mg cada 12 horas por cinco días. Fue revalorada una semana después y se le encuentra asintomática. A la segunda semana no hay presencia del cordón subcutáneo (*Figura 2*).

DISCUSIÓN

La enfermedad de Mondor es una entidad benigna, caracterizada por una tromboflebitis superficial de la región mamaria. Afecta comúnmente las venas torácica lateral, toracoepigástrica y epigástrica superior. En la mayoría de los casos es unilateral.²⁰

Las manifestaciones clínicas consisten en mastalgia de aparición aguda, seguida por la presencia de un cordón, firme, doloroso correspondiente a la

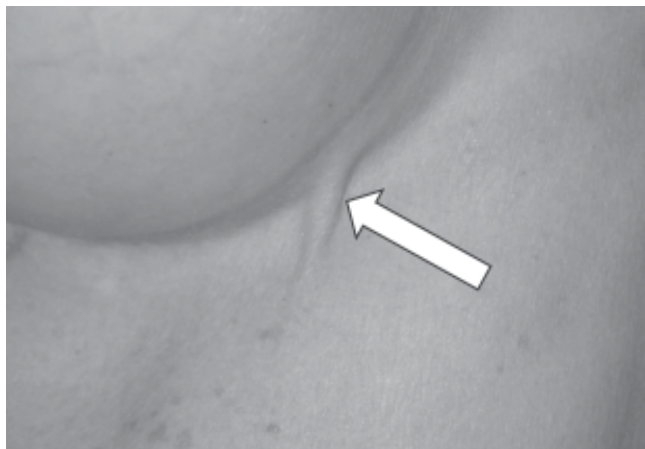


Figura 1. Mama izquierda. Se observa la presencia de cordón lineal en la región anterolateral del tórax, superficial, dolorosa, de aproximadamente 4 x 5 cm de diámetro.



Figura 2. Dos semanas después del tratamiento, se encuentra asintomática, no existe presencia de cordón subcutáneo.

localizaciones de una de las tres venas superficiales del tórax.^{1,20} La etiología se ha asociado frecuentemente a trauma local, por ejemplo, cirugía mamaria y biopsias.

CONCLUSIONES

La enfermedad de Mondor, a pesar de presentar una incidencia de 0.5 a 0.8% como se reporta en algunas series, se ha diagnosticado con mayor frecuencia debido al conocimiento sobre la existencia de esta entidad; anteriormente se consideraban como primeras opciones diagnósticas contractura capsular, contracturas musculares, pliegues formados por la presencia de implantes mamarios o áreas inespecíficas de hipersensibilidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Whitaker-Worth DL, Carlone V, Susser WS, Phelan N, Grant-Kels JM. Dermatologic diseases of the breast and nipple. *J Am Acad Dermatol* 2000; 43: 733-751.
- Lhoest F, Grandjean FX, Heymans O. La maladie de Mondor: Une complication de la chirurgie mammaire. *Ann Chir Plast Esthet* 2005; 50: 197-201.
- Kikano GE, Caceres VM, Sebas JA. Superficial thrombophlebitis of the anterior chest (Mondor's Disease). *J Fam Pract* 1991; 33: 643-644.
- Fischl RA, Kajin S, Simon BE. Mondor's Disease. *Plastic Reconstr Surg* 1975; 56: 319-322.
- Faage CH. Remarks on certain cutaneous affections. *Guys Hosp Rep (3rd series)* 1869; 15: 295-302.
- Mondor H. Tronculite sous-cutané subaigue de la paroi thoracique antero laterale. *Mem Acad Chir (Paris)* 1939; 65: 1271-1278.
- Fietta P, Manganelli P. Mondor's Diseases. Spectrum of the clinical and pathological features. *Minerva Med* 2002; 93 (6): 453-456.
- Katz R, Blachar A. Superficial dorsal penile vein thrombosis (Mondor's Disease). *Harefuah* 1997; 132 (8): 544-545, 607.
- Day S, Bingham JS. Mondor's Disease of the penis following a long-haul flight. *Int STD AIDS* 2005; 16 (7): 510-511.
- Shetty MK, Watson AB. Mondor's Disease of the breast sonographic and mammographic findings. *AJR* 2001; 177: 893-896.
- Catania S, Zurida S, Veronesi P, Galimberti V, Bono A, Pluchinotta A. Mondor's Disease and breast cancer. *Cancer* 1992; 69: 2267-2270.
- Hogan GF. Mondor's Disease. *Arch Intern Med* 1964; 113: 881-885.
- Bejanga BI. Mondor's Disease: Analysis of 30 cases. *J Royal Coll Surg (Edinb)* 1992; 37: 322-324.
- Morales-Wong MM et al. Enfermedad de Mondor. ¿Es una enfermedad tan frecuente? VIII Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica. (Actas Hispanoamericanas de Patología). Octubre de 2006. <http://conganat.cs.urjc.es>
- Johnson WC, Wallrich R, Helwig EB. Superficial thrombophlebitis of the chest wall. *JAMA* 1962; 180: 103-108.
- Hou MF, Huang CJ, Huang YS et al. Mondor's disease in the breast. *Kao Hsiung, I Hsueh Ko Hsueh Tsa Chih* 1999; 15: 632-639.
- Conant EF, Wilkes AN, Mendelson EB, Feig SA. Superficial thrombophlebitis of the breast (Mondor's Disease): Mammography findings. *AJR* 1993; 160: 1201-1203.
- Huynh PT, Parellada AJ, Shaw de Paredas E et al. Dilated duct pattern at mammography. *Radiology* 1997; 204: 137-141.
- American College of Radiology. Illustrated breast imaging report and data system (BI-RADS), 3rd ed. Reston, Va: American College of Radiology; 1998. p. 128-130.
- Viana G et al. Superficial thrombophlebitis (Mondor's Disease) after breast augmentation surgery. *Indian J Plast Surg* 2008; 41 (2): 219-221.