



Enfermedad de Mondor idiopática

Manuel Rodríguez Rábago,* Cecilia Ortiz de Iturbide,† Raúl Rodrigo Arredondo Merino,§
María del Pilar Anaya Reyes,|| Mónica Rosas Cano¶

Resumen

Descrito inicialmente por Fagge en 1869, la enfermedad de Mondor es una rara entidad, que se caracteriza por la presencia de tromboflebitis esclerosante de la vena superficial de la pared anterolateral del tórax, la vena más frecuentemente involucrada es la toracoepigástrica. El diagnóstico de la enfermedad es básicamente clínico y se lleva a cabo mediante un interrogatorio ordenado y una exploración física acuciosa; sin embargo, los estudios de imagen son de utilidad para corroborar el diagnóstico y estudiar la lesión detalladamente, además de que serán valiosos para realizar el diagnóstico diferencial. El objetivo del tratamiento es disminuir los síntomas mediante analgésicos y antiinflamatorios, esta enfermedad suele autolimitarse y desaparecer completamente al paso de las semanas. Presentamos el caso de una paciente que acudió a consultorio privado refiriendo mastalgia derecha ubicada en el cuadrante inferior externo, acompañada de la aparición de un cordón subcutáneo de consistencia fibrosa.

Palabras clave: Enfermedad Mondor idiopática, trombosis de una vena superficial de la pared anterolateral del tórax.

Summary

Initially described by Fagge in 1869, Mondor's disease is a rare entity, in which appears a thrombophlebitis in the subcutaneous region of the thoracic wall, the vein that is frequently involved is the thoracoepigastric. It is an auto limited disease and usually disappears after a couple of weeks. The diagnosis is basically clinical and is carried out by means of a thorough interrogation and physical examination. The image studies will be helpful to corroborate the diagnosis and to study the lesion in detail. The aim of the treatment is to reduce the symptoms with analgesic and anti-inflammatory therapy. This disease is usually self-limiting and disappear completely over the weeks. We present the case of a patient with right breast pain located in the lower outer quadrant accompanied of subcutaneous cord with fibrous consistency.

Key words: Idiopathic Mondor disease, thrombophlebitis of the superficial veins of the breast and the anterior chest wall.

Trabajo realizado en el Hospital Ángeles Pedregal. Departamentos de Imagenología y Ginecología.

* Gineco-obstetra (OBSTETRIX).

† Jefa de Imagenología de la Mujer.

§ Residente de Ginecología y Obstetricia.

|| Médico ultrasonografista de CIIDEUS.

¶ Residente de Medicina Interna.

Hospital Ángeles Pedregal.

Correspondencia:

Correo electrónico: plumacaida@hotmail.com

drarredondomerino@hotmail.com

Aceptado: 05-10-2012.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actamedica>

INTRODUCCIÓN

Fue descrita la primera vez por Fagge en 1869 y posteriormente reportada por el cirujano francés Henri Mondor en 1939, a quien se le adjudica el nombre.^{1,2} La enfermedad de Mondor es una rara entidad con una incidencia reportada menor al 1%.³ Se caracteriza por una tromboflebitis esclerosante de las venas que se encuentran en el tejido celular subcutáneo de la pared anterior del tórax⁴ y no sólo se presenta en esa zona sino que también puede presentarse en la ingle, la fosa antecubital y la región posterior del cérvix.

En la mama las venas que se ven involucradas son: la vena torácica lateral (1), la epigástrica superior (2), la toracoepigástrica (3) y en menor proporción la mamaria interna (4), mostradas en la *figura 1*.



Figura 1. (Imagen proporcionada por el Dr. Raúl Rodrigo Arredondo Merino).

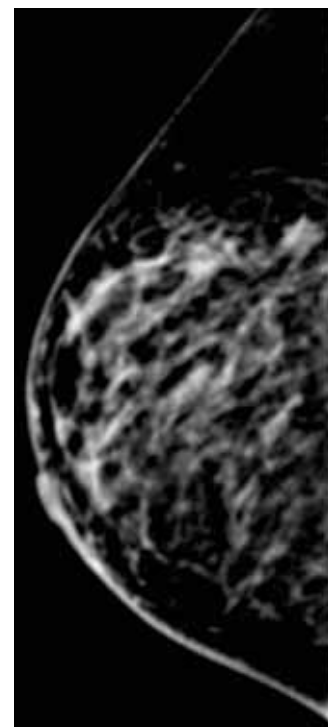


Figura 2. Proyección cefalocaudal con mastógrafo digital que presenta hallazgos en mama derecha; negativos para masa, nódulos y/o microcalcificaciones.

La mayoría de los casos se presentan unilateralmente y la vena que está involucrada con mayor frecuencia es la toracoepigástrica.^{5,6} Aparece principalmente en mujeres entre los 21 y 55 años de edad, representando un 75% de los casos.⁷

El cuadro clínico se caracteriza por la aparición repentina de un cordón subcutáneo rojizo que con el paso de los días se vuelve doloroso, fibroso y tenso, presentando retracción en la piel,⁸ suele desaparecer completamente a los 10 días, aunque en pocas ocasiones puede evolucionar a la cronicidad y acompañarse de múltiples necrosis cutáneas sobre las zonas trombosadas. Debido a su rápida regresión no es necesario ningún tratamiento, salvo en los casos que se presente dolor intenso, entonces serán de utilidad analgésicos, antiinflamatorios⁶ y antibióticos, mismos que estarán especialmente indicados en pacientes que presentan signos sugestivos de celulitis durante la exploración. Los antibióticos a usar serán aquellos que cubran la flora bacteriana implicada frecuentemente en procesos cutáneos como son la amoxicilina y la dicloxacilina.

La cirugía estará indicada cuando la lesión primaria se encuentre asociada con malignidad como cáncer inflamatorio mamario o carcinoma escirro, también en casos de dolor severo y recidiva.⁹ Es idiopática en la mayoría de los casos³ y ha llegado a ser atribuida a varios factores como estasis venosa con aumento de la presión o trauma directo sobre el vaso. En otros casos, la explicación más razonable,

es atribuida al movimiento repetido de los músculos pectorales posterior a un ejercicio extenuante, produciendo así estrechez y relajación de las venas.^{10,11}

Se ha presentado como el resultado de la excisión de nódulos axilares posterior a una ruptura de implantes de silicona¹² y se ha llegado a sugerir su asociación con el cáncer de mama,^{13,14} el embarazo y puerperio.¹⁵

En cuanto a los cambios histológicos se destaca la formación de un trombo de fibrina con organización sucesiva y oclusión de la luz vascular o hiperplasia fibromuscular de la pared con infiltración del tejido adiposo circundante.^{16,17}

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la enfermedad es básicamente clínico y se lleva a cabo mediante un interrogatorio ordenado y la exploración física acuciosa; sin embargo, los estudios de imagen serán de utilidad para corroborar el diagnóstico y estudiar la lesión detalladamente, además de que serán de utilidad para descartar cáncer.¹⁸ El hallazgo característico en la mastografía se presenta como una densidad nodular o tubular subyacente a la piel, la cual representa la vena dilatada y trombosada. Si la lesión es de repetición se pueden apreciar en el trayecto de la vena algunas calcificaciones de la pared.^{3,19} En los casos que se tenga una mama densa la mamografía será negativa, por lo tanto, se tendrá que recurrir a la realización de un ultrasonido en el que el hallazgo

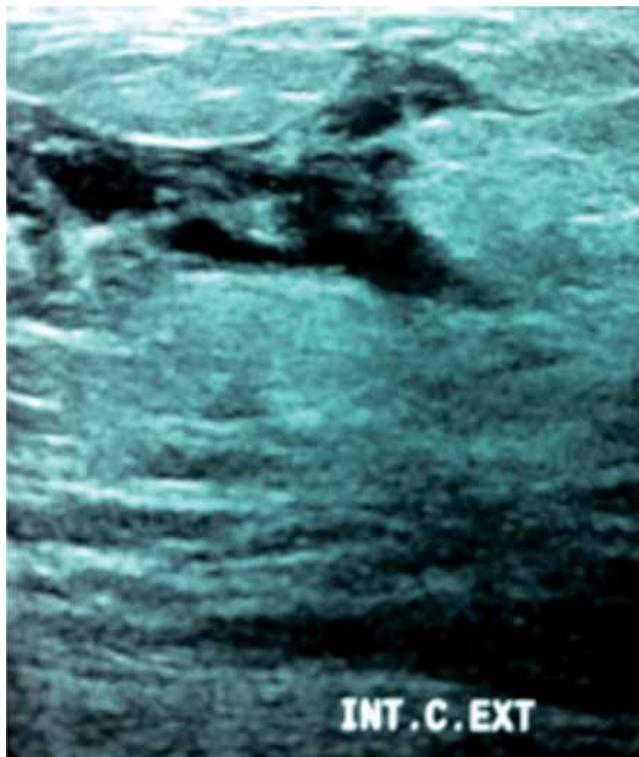


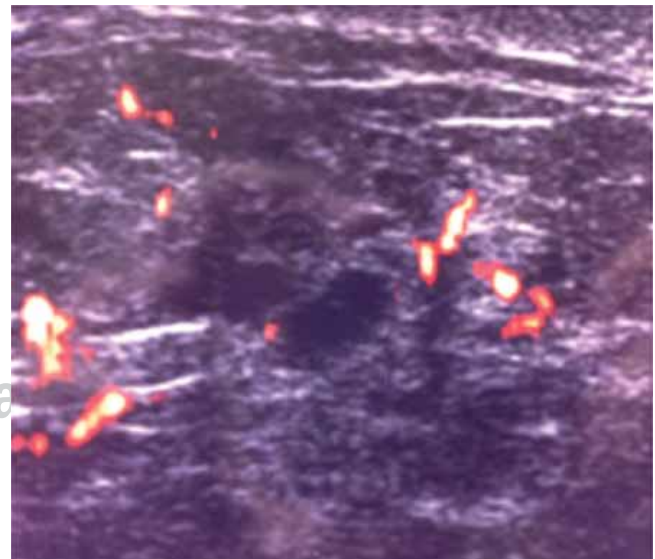
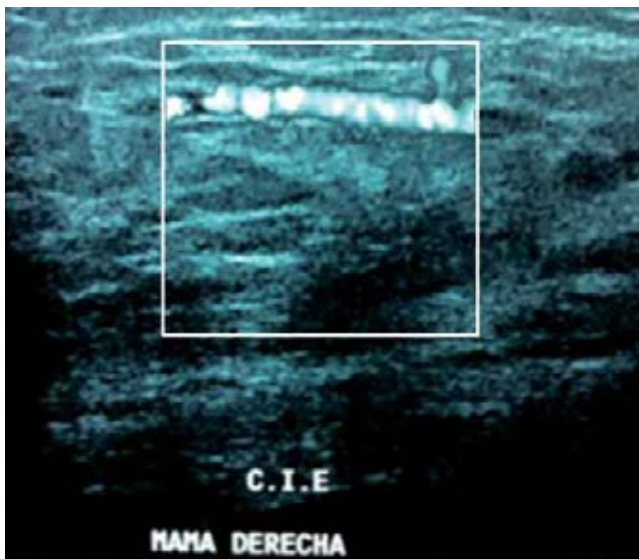
Figura 3. Ultrasonido mamario con imagen tubular que se bifurca de contenido anecoico y múltiples ecos en el interior que corresponden a trombos.

típico es una estructura tubular anecoica, dilatada, larga, de apariencia arrosariada, localizada en la grasa subcutánea y que es factible demostrar en todo su trayecto. Mediante el uso de Doppler puede o no demostrarse flujo y esto dependerá de la presencia o disolución del coágulo en la luz del vaso. En la fase crónica de la enfermedad la vena trombosada puede llegar a ser invisible ecográficamente, debido a que el trombo antiguo se vuelve isoecoico con el tejido adyacente.²⁰

El diagnóstico diferencial se hará con un conducto dilatado, la diferencia fundamental radica en el hecho de que la vena es más larga que un conducto y a diferencia de éstos, es superficial y sigue un trayecto oblicuo. La vena trombosada no termina nunca en la areola como lo hacen los conductos, ni tampoco tendrá una apariencia arrosariada.²¹

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 37 años de edad, gesta III, aborto I, cesárea II; refiere como antecedentes de importancia tabaquismo ocasional e ingesta de alcohol social, niega el uso de hormonales y niega traumatismo previo. Acude a consulta con médico particular presentando mastalgia derecha de aparición súbita que se ubica en el cuadrante inferior externo, el dolor aumenta con la actividad física diaria y cede al reposo e ingesta de analgésicos. A la exploración física se encuentran mamas que se aprecian simétricas con complejo areola-pezones normal, se encuentra



Figuras 4 y 5. Ultrasonido Doppler que demuestra que la estructura tubular corresponde a un vaso. Al Doppler color se identifica vascularidad en los tejidos blandos adyacentes que corresponden a cambios inflamatorios.

en la mama derecha una zona indurada con eritema en la región inferoexterna de la mama la cual es dolorosa al tacto superficial con aumento en la temperatura, con una dimensión aproximada de 5 x 5 cm de diámetro. Una vez realizada la exploración se sospechó de probable mastitis *versus* carcinoma inflamatorio, y por ello se solicitó a la paciente una mamografía realizada con equipo digital marca Hologic la cual únicamente muestra un tejido glandular heterogéneamente denso. Los hallazgos son inespecíficos (Figura 2), se realizaron tanto mamografía como ultrasonido complementarios realizados con equipo iu22 de la marca Philips, el cual demostró una imagen tubular hipoeoica que muestra ecos en el interior y que al Doppler Color demostró corresponder a un vaso con flujo en su interior e imágenes ecogénicas que pudieran corresponder a trombos (Figuras 3, 4 y 5). Así pues, se excluyen dichas posibilidades diagnósticas y se diagnostica como enfermedad de Mondor.

Finalmente, mediante la ingesta de naproxeno y dicloxacilina, y posterior a un par de semanas, el padecimiento remitió.

DISCUSIÓN

El caso presentado en este manuscrito es un ejemplo de enfermedad de Mondor idiopática, ya que no se encontró ningún factor causal. Cuando un paciente se presenta con un cordón doloroso y eritema, los diagnósticos diferenciales a tomar en cuenta serán el de una infección, cáncer inflamatorio mamario o carcinoma escirro y salvo que se tenga una lesión sospechosa en la mamografía o la lesión no se resuelva estará indicado realizar una biopsia.

El Colegio Americano de Radiología sugiere que ante un caso de enfermedad de Mondor con una calificación BI-RADS (*Breast Imaging Reporting and Data System*) grado III, el seguimiento a corto plazo de seis meses será lo apropiado.²⁰

La resolución de las lesiones será confirmada clínicamente y se le dará seguimiento mediante mamografía y ultrasonido complementario.

La enfermedad de Mondor suele limitarse y en la mayoría de los casos cederá al pasar de unas semanas con la ingesta de analgésicos y antiinflamatorios. Será muy importante para la paciente que el médico se familiarice con este padecimiento, ya que solamente teniendo un alto índice de sospecha será posible prevenir la realización de una biopsia innecesaria.

CONCLUSIÓN

La enfermedad de Mondor es una entidad poco frecuente y será importante que tanto el médico tratante como el

radiólogo conozcan y sospechen esta patología con el fin de poder diagnosticarla y no exponer así a la paciente a métodos invasivos innecesarios. La mamografía y el ultrasonido son herramientas esenciales para realizar el diagnóstico, se recomienda siempre hacer un estudio de imagen completo debido a que está descrita su asociación con una lesión maligna oculta.

REFERENCIAS

1. Marrón GJ, Berdún FE, Giménez SH, Ruíz de Azagra JV. Enfermedad de Mondor: primer caso en España. *Actas Dermosifilio Gr* 1976; 67: 571-582.
2. González REA, Morales FF. Enfermedad de Mondor: a propósito de un caso. *MEDIFAM* 2002; 12 (5): 351-356.
3. Shetty MK, Watson AB. Mondor's disease of the breast: sonographic and mammographic findings. *AJR Am J Roentgenol* 2001; 177: 893-896.
4. Schwartz AR, Elston MD. Mondor disease. Available in: <http://emedicine.medscape.com/article/1087099-overview>
5. Viana GA, Okano M. Superficial thrombophlebitis (Mondor's disease) after breast augmentation surgery. *Indian J Plast Surg* 2008; 41(2): 219-221.
6. Conant EF, Wilkes AN, Mendelson EB et al. Superficial thrombophlebitis of the breast (Mondor's disease): mammography findings. *AJR Am J Roentgenol* 1993; 160: 1201-1203.
7. Garza-Montemayor M, Putz-Botello MD, Garza-García NL, Dávila-Zablah YJ. Enfermedad de Mondor de la mama: hallazgos por mamografía y ultrasonido. *AVANCES* 2011; 8(23): 14-17.
8. Pugh CM, De Witty RL. Mondor's disease. *J Natl Med Assoc* 1996; 88: 359-363.
9. 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.
10. Hogan GF. Mondor's disease. *Arch Intern Med* 1964; 113: 881-885.
11. Pugh CM, DeWitty RL. Mondor's disease. *J Natl Med Assoc* 1996; 88: 359-363.
12. Khan UD. Mondor disease: a case report and review of the literature. *Aesthet Surg J* 2009; 29(3): 209-212.
13. Levi I, Baum M. Mondor's disease as a presenting symptom of breast cancer. *Br J Surg* 1987; 74: 700.
14. Chiedozi LC, Aghahowa JA. Mondor's disease associated with breast cancer. *Surgery* 1988; 103: 438-439.
15. Duff P. Mondor's disease in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1981; 58 (1): 117-119.
16. 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, 2006. Disponible en: <http://conganat.cs.urjc.es>
17. Barrantes-Tijerina M, Vasconcelos PM, González CMJ. Enfermedad de Mondor. *An Med (Mex)* 2011; 56(3): 159-161.
18. Johnson WC, Wallrich R, Helwig EB. Superficial thrombophlebitis of the chest wall. *JAMA* 1962; 180: 103-108.
19. Catania S, Zurrada S, Veronesi P, Galimberti V, Bono A, Pluchinotta A. Mondor's disease and breast cancer. *Cancer* 1992; 69: 2267-2270.
20. Stavros AT. *Breast ultrasound*. USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2004: 429-435.
21. American College of Radiology. *Illustrated breast imaging report and data system (BI-RADS)*, 3rd ed. Reston, Va: American College of Radiology 1998: 128-130.
22. Huynh PT, Parellada AJ, de Paredas ES et al. Dilated duct pattern at mammography. *Radiology* 1997; 204: 137-141.