



Enfermedad de Mondor de la mama. Reporte de caso bilateral

Mondor's disease of the breast. Bilateral case report

Dra. Fanny Stella Herrán Motta,* Dr. Ignacio Lugo Beltrán,**
Dr. Armando Madrid Rotzinger,*** Dra. Margarita Baquero Umaña****

Palabras clave:

Enfermedad de Mondor, tromboflebitis, mamas, cirugía mamaria.

Key words:

Mondor's disease, thrombophlebitis, breasts, breast surgery.

RESUMEN

En la actualidad la cirugía mamaria ha aumentado notablemente tanto para procedimientos estéticos como reconstructivos, tales como aumento, reducción o mastopexia; y los procedimientos oncológicos tales como la cuadrantectomía y mastectomía. Existe una patología descrita desde hace muchos años poco común, la cual muchas veces pasa desapercibida o es mal diagnosticada por el médico tratante. Consiste en una tromboflebitis superficial de una o varias venas de la pared torácica anterior, la cual se presenta generalmente de dos a tres semanas posteriores a la cirugía mamaria. La historia natural de esta enfermedad cursa con remisión espontánea con o sin tratamiento. Predomina en el sexo femenino y normalmente ocurre entre los 21 y 66 años de edad, sin predominio de raza. Habitualmente se presenta de manera unilateral y se caracteriza por la presencia de dolor en el trayecto venoso trombosado, con cordón fibrótico visible a la exploración que se hace más evidente a la elevación de los miembros torácicos. Usualmente no tiene afección sistémica pero puede existir hiperemia, fiebre y adenopatías. Dicha patología tiene una evolución benigna y tiene un cuadro clínico autolimitado. El diagnóstico es clínico y, en cuanto al tratamiento, la enfermedad *per se* tiende a la mejoría de manera espontánea; sin embargo, se ha observado que existe una disminución de este tiempo cuando se administran medicamentos desinflamatorios tanto esteroideos como no esteroideos, así como una terapéutica antimicrobiana de manera empírica. En el presente artículo se presenta un caso de forma bilateral posterior a la colocación de implantes mamarios subglandulares vía submamaria, que evolucionó a la mejoría en tres semanas y su tratamiento fue a base de medidas locales, analgésicos y desinflamatorio esteroideo. Sin secuelas posteriores.

ABSTRACT

Nowadays, breast surgery has increased considerably whether it is for aesthetic or reconstructive purposes, such as augmentation, reduction or mastopexy, and the oncological procedures such as quadrantectomy and mastectomy. There is a pathology described a long time ago, which is not diagnosed or diagnosed incorrectly many times by physicians. It consists of a superficial thrombophlebitis of one or more veins of the anterior chest wall, which generally occurs in the second or third week of the postoperative stage. The natural history of this disease causes spontaneous remission with or without treatment. It prevails in females and usually occurs between 21 and 66 years old with no predominance of race. It usually occurs unilaterally and is characterized by the presence of pain in the thrombosed venous pathway with fibrotic cord visible to exploration that becomes more evident when thoracic limbs are raised. Usually it has no systemic affection but there may be hyperemia, fever and lymphadenopathy. This pathology has a benign evolution to healing, and is self-limited clinically. It has been proven that the time of healing decreases if an steroid or non steroid anti inflammatory is used, accompanied with an antibiotic. This paper presents a case of bilateral breast augmentation with silicone implants placed under the glands. Three weeks after the surgery, the patient showed a favorable evolution. The treatment was with local measures, painkillers and anti inflammatory drugs. Healing occurred with no sequelae.

* Cirujano Plástico. Jefe de Sección Médica y Profesor adjunto del Curso de Cirugía Plástica y Reconstructiva.

** Cirujano Plástico. Jefe de Servicio y Profesor adjunto del Curso de Cirugía Plástica y Reconstructiva.

*** Cirujano Plástico egresado del Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva.

**** Residente de cuarto año de Cirugía Plástica y Reconstructiva.

Centro Médico Nacional «20 de Noviembre» del ISSSTE, México, D.F.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Mondor es una entidad benigna poco frecuente que se presenta como una tromboflebitis de las venas superficiales anteriores o laterales de la pared torácica y toracoabdominal;¹ para otros autores puede

surgir en sitios como cuello, ingle, brazos o abdomen.²

El término enfermedad de Mondor, que se usa actualmente, se estableció después de una revisión que realizó Leger en 1947, de los casos reportados. En dicha revisión se encontró que Mondor describió en 1939 casos que es-



tablecieron las bases de la descripción de esta patología, aunque hay reportes previos de esta entidad hechos por varios autores con distintos nombres, como escleriasis, en 1869 por Flagge y en 1933 Moschowitz le denominó mastitis vestigial.³⁻⁷

De la misma manera, otros autores la detallaron después de la descripción de Mondor, con distintos nombres, desconociendo probablemente los antecedentes, tal es el caso de Aldair en 1950 y Johnson en 1955, quienes le dieron el nombre de linfangitis superficial.^{4,5,7}

La etiología precisa no ha sido aclarada. Dentro de los principales factores etiológicos que se han relacionado está la cirugía mamaria, sea para aumento, reducción, pexia, biopsia o cirugía oncológica; sin embargo, existen reportes de otros factores como traumatismos, uso de prendas muy apretadas, esfuerzo físico intenso y procesos inflamatorios locales, sin descartar la presencia de la patología oncológica.^{3,7-9}

Con base en lo anterior se ha llegado a la conclusión que esta entidad se debe a una lesión de la pared torácica, de una inflamación de las paredes vasculares venosas que derivan en trombosis o a través de la incisión para la inclusión del implante que ocasiona una sección de la vena, y por las válvulas no se vacía, lo que condiciona una estasis y formación de trombo.^{3,5,6}

El elemento vascular afectado con el proceso tromboflebítico se identifica de acuerdo con el trayecto del cordón subcutáneo y puede ser con un trayecto hacia afuera, iniciando en el complejo areola-pezones, lo que indica que se trata de la vena torácica lateral; tener un trayecto hacia abajo y hacia adentro, lo que indica que es la epigástrica superior, o bien, hacia abajo únicamente, lo que indica que es la toracoepigástrica.^{10,11}

Característicamente se presenta de dos a cinco semanas después del procedimiento quirúrgico. Alrededor del 90% de los casos¹² presentan dolor e hiperestesia en el territorio de la vena afectada. Puede haber eritema y cursa con endurecimiento a nivel de tejido celular subcutáneo que tiene forma de cordón y está fijo a tejidos profundos (se le han dado varios nombres, como cuerda de violín, entre otros),

con una longitud variable que en general es de 8 a 10 cm, pero puede ser mucho mayor llegando incluso a medir 30 cm, con diámetro de 3 a 5 mm, o bien, tan pequeño que se puede confundir con otra patología, generalmente infecciosa. Este signo se hace más evidente al levantar los brazos, ya que se produce una tracción del cordón sobre su propio eje. Generalmente es unilateral, pero hay reportes de casos bilaterales.^{3,5} En general no hay sintomatología sistémica, aunque Bejanga y cols., reportaron adenopatías ipsilaterales y fiebre leve en el 43 y 13% de los pacientes. Se ha observado que los pacientes jóvenes usualmente cursan con formas más leves y de menos duración de la enfermedad.

El curso normal de la enfermedad es a la resolución espontánea en un periodo de semanas a un mes. Johnson y colaboradores describieron cuatro fases en la evolución de esta entidad, con hallazgos microscópicos del proceso de tromboflebitis.¹³

Primer estadio: en esta fase se observa el trombo pegado a la pared vascular, la cual no tiene alteraciones aparentes. Dicho trombo está formado por fibrina y elementos formes sanguíneos con alteraciones, generalmente eritrocitos.

Segundo estadio: en esta fase se encuentra bloqueado el lumen vascular con daño al tejido elástico de la pared. Se observa un trombo bien formado compuesto por fibroblastos. Se pueden observar indicios de recanalización.

Tercer estadio: presencia de recanalización parcial del lumen vascular e inicia la mejoría del tejido elástico venoso.

Cuarto estadio: recanalización venosa sin trombo con fibrosis a nivel de la pared que condiciona un engrosamiento de la misma.

Además de estos hallazgos, existe reacción inflamatoria perivascular en todo el trayecto del vaso.^{1,3}

El diagnóstico de la enfermedad de Mondor prácticamente es clínico. La mastografía y el ultrasonido pueden apoyar la impresión diagnóstica. En la mastografía se encuentran densidades tubulares que corresponden topográficamente al cordón palpable. En los casos con tejido mamario denso se recomienda el uso de ultrasonido. En este último se observan estructuras tubulares anecoicas superficiales,

no compresibles, arrosariadas y múltiples áreas de estrechamiento sin detectarse flujos en Doppler. En enfermedad de Mondor idiopática los estudios de gabinete se deben utilizar para excluir cáncer de mama al detectar masas que compriman las venas superficiales.^{5,14}

La mayoría de los pacientes requieren únicamente tratamiento sintomático. Éste se compone de medicamentos antiinflamatorios esteroideos sistémicos o intralesionales; también se utilizan antiinflamatorios combinados, y algunos prefieren anticoagulantes. Cuando la paciente presenta mucho dolor se han llegado a describir infiltraciones de anestésico local.¹⁵

Por otro lado, existen documentos que mencionan que cuando ha habido duda en cuanto al diagnóstico y se ha realizado algún estudio como biopsia, la evolución tiende a la mejoría en un menor tiempo, en comparación con los casos a los que no se les ha hecho, por lo que algunos autores recomiendan ésta como parte del proceso terapéutico.^{3,6,7,16,17}

CASO CLÍNICO

Mujer de 27 años con antecedente de hipotrofia y ptosis mamaria bilateral, sin algún otro antecedente de importancia para el padecimiento actual. Se le realizó mamoplastia de aumento con colocación de implantes de silicón de 375 mL redondos, texturizados, de perfil alto, idénticos en ambas mamas. El procedimiento se efectuó mediante las técnicas convencionales con incisiones inframamarias longitudinales de 5 cm de longitud a 1 cm del surco inframamario en el plano subglandular. El procedimiento se realizó bajo anestesia general sin complicaciones intraoperatorias, sangrado de 100 mL, verificando la hemostasia y se dejó drenaje a succión negativa. Se colocó un sostén compresivo en el postquirúrgico inmediato y se egresó a domicilio con medicación analgésica, antiinflamatoria y antibiótica.

Cursó el postoperatorio sin eventualidades hasta la tercera semana en que acudió a revisión refiriendo dolor abdominal superior constante sin exacerbaciones. A la inspección se observaron las heridas quirúrgicas afrontadas, con cicatrices de características normales.

En cada mama se identificó un cordón subcutáneo que corría desde la mitad de la incisión en sentido longitudinal sobre la cara anterior del tórax, de aproximadamente 3 cm de largo en el lado derecho y de 4 cm en el izquierdo. Estos cordones se hacían más evidentes al pedir a la paciente la extensión o abducción de los brazos (*Figuras 1 a 4*). Con estos datos clínicos se integró el diagnóstico de enfermedad de Mondor en ambas mamas y se continuó el manejo con medidas generales y antiinflamatorio esteroideo (betametasona) intramuscular en una sola dosis. Los cordones desaparecieron entre la segunda y tercera semana de tratamiento sin dejar secuelas.



Figura 1. Fotografía de frente con brazos abajo.



Figura 2. Fotografía frontal con brazos elevados haciendo evidente el cordón subcutáneo.



Figura 3. Fotografía 3/4 izquierda con brazo levantado.



Figura 4. Fotografía 3/4 derecha con brazo levantado.

DISCUSIÓN

En la actualidad la cirugía mamaria ha aumentado considerablemente tanto con fines estéticos como reconstructivos. El aumento, reducción y pexia mamaria, así como los secundarios a procedimientos oncológicos (cuadrantectomías, mastectomías y biopsias) son procedimientos altamente requeridos, y la colocación de implantes mamarios es la cirugía más solicitada.

La enfermedad de Mondor es una entidad poco frecuente, asociada con la cirugía mamaria, con pocos casos reportados, en ocasiones presenta un curso subclínico no detectado por los médicos, y como tiene solución espontánea, no se le brinda mayor interés.

En algunas revisiones de la literatura se ha mencionado que la enfermedad tiene una

incidencia menor al 1%, es más frecuente en mujeres que en hombres en una relación 3:1, sin asociarse con algún tipo étnico específico y en un rango de edad de aparición entre los 16 y 60 años, y la enfermedad bilateral se ha descrito en 4.76% de los casos.⁹

Khan y cols., reportaron una incidencia de 0.63% de enfermedad de Mondor en 1,026 casos de aumento mamario bilateral realizadas a través de incisión inframamaria. El autor sugiere que los vasos venosos superficiales que se encuentran orientados verticalmente y con este tipo de incisión son seccionados o divididos, resultando en una estasis sanguínea con subsecuente formación de trombos.³

La presencia de enfermedad de Mondor espontánea reportada en clínicas de mastología se asocia con cáncer de mama en 0.84 a 0.96% anual,¹⁸ por lo que los estudios de gabinete se deben utilizar para excluir cáncer de mama.^{5,8,14}

Además del gabinete, en caso de que el paciente curse con un estado de hipercoagulabilidad como factor de riesgo, se deben realizar pruebas de coagulación para detectar deficiencias de proteína S, proteína C, antitrombina III o la presencia de anticuerpos anticardiolipina.¹⁹

Los diagnósticos diferenciales incluyen angéitis subaguda, poliarteritis nodosa, angéitis secundaria a fármacos o drogas. Estos desórdenes generalmente son más dolorosos y cursan con más manifestaciones inflamatorias que afectan igualmente arterias y venas.^{19,20}

CONCLUSIONES

Dado que la cirugía mamaria es un procedimiento rutinario en nuestra especialidad, es importante tener en cuenta la enfermedad de Mondor como patología que se puede asociar con estos procedimientos quirúrgicos y poder realizar el diagnóstico que es clínico, y puntualizar que no hay estudios específicos de laboratorio o imagen y los cultivos no son de utilidad. Recordemos que para poder diagnosticar una patología hay que pensar en ella y para esto tenemos que conocerla.

Además, se debe tener presente dentro de nuestras valoraciones preoperatorias para cirugía de mama, a fin de excluir otras afec-

ciones mamarias como cáncer mamario. Y una vez que se presente recordar que su manejo es conservador y con la finalidad de acelerar el proceso de recuperación se pueden utilizar corticoides sistémicos o locales. No hay que olvidar que el tiempo es nuestro mejor aliado.

REFERENCIAS

1. Álvarez-Garrido H, Garrido-Ríos A, Sanz-Muñoz C, Miranda-Romero A. Mondor's disease. *Clin Exp Dermatol* 2009; 34: 753-756.
2. Roscher A, Weinstein E. The clinical-pathological spectrum of Mondor's disease: an important surgical entity. *Int Surg* 1980; 65(4): 325-329.
3. Khan UD. Incidence of Mondor's disease in breast augmentation: a retrospective study of 2,052 breasts using inframammary incision. *Plast Reconstr Surg* 2008; 122(2): 88-89e.
4. Ortega-Calvo M, Villadiego-Sánchez JM. Enfermedad de Mondor: estudio de dos formas topográficas. *An Med Int* 2003; 20(6): 307-308.
5. Shetty MK, Watson AB. Mondor's disease of the breast: sonographic and mammographic findings. *Am J Roentgen* 2001; 17(4): 893-896.
6. Viana G, Okano F. Superficial thrombophlebitis (Mondor's disease) after breast augmentation surgery. *Ind J Plast Surg* 2008; 41(2): 219-221.
7. Aguilar-García J, Domínguez-Pérez A, Iribarren-Marín M, Talegon-Meléndez A. Mondor's disease. An uncommon form of superficial venous thrombosis. *Rev Clin Esp* 2011; 211(4): 216-217.
8. Catania S, Zurrada S, Veronesi P, Galimberti V, Bono A, Pluchinotta A. Mondor's disease and breast cancer. *Cancer* 1992; 69(9): 2267-2270.
9. Loos B, Horch RE. Mondor's disease after breast reduction surgery. *Plast Reconstr Surg* 2006; 117(7): 129e-132e.
10. Salemis NS, Merkauris S, Kimpouri K. Mondor's disease of the breast: a retrospective review. *Breast Dis* 2012; 33(3): 103-107.
11. Hacker S. Axillary string phlebitis in pregnancy: a variant of Mondor's disease. *J Am Acad Dermatol* 1994; 30(4): 636-638.
12. Pugh CM, De Witty RL. Mondor's disease. *J Natl Med Assoc* 1996; 88(6): 359-363.
13. Bejanga B. Mondor's disease: analysis of 30 cases. *J R Coll Surg Edin* 1992; 37(5): 322-324.
14. Johnson W, Wallrich R, Helwing E. Superficial thrombophlebitis of the chest wall. *JAMA* 1962; 180(2): 103-108.
15. Yanik B, Conkbayir I, Oner O, Hekimoglu B. Imaging findings in Mondor's disease. *J Clin Ultrasound* 2003; 31(2): 103-107.
16. 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): 922-925.
17. Loos B, Horch RE. Mondor's disease after breast reduction surgery. *Plast Reconstr Surg* 2006; 117(7): 129e-132e.
18. Onder M, Canpolat B, Aksakal B, Ali Gurer M. Case of Mondor's disease of the abdomen (body-building induced). *Int J Dermatol* 2005; 44(4): 345-346.
19. 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): 632-639.
20. Quéhé P, Saliou AH, Guías B, Bressollette L. Mondor's disease: report on tree cases and literature review. *J Mal Vasc* 2009; 34(1): 54-60.

Correspondencia:

Dra. Fanny Stella Herrán Motta

Durango 50 consultorio 503, Col. Roma,

México, D.F.

E-mail: drafannysherran@yahoo.com.mx

www.medigraphic.org.mx