

Enfermedad de Mondor axilar

Mondor's disease located in axilla

B. Blaya Álvarez, J. Gardeazabal García, JA Ratón Nieto, Z. Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya, M. Marcellán Fernández, JL Díaz-Pérez

Servicio de Dermatología. Hospital de Cruces. Baracaldo. Vizcaya.

Correspondencia:

Bruno Blaya Álvarez
Hospital de Cruces
Servicio de Dermatología
Plaza de Cruces, s/n
48903 Baracaldo (Vizcaya)
e-mail: 39144bba@comb.es

Resumen

La enfermedad de Mondor es una entidad rara de etiología desconocida que cuenta con escasas descripciones en la literatura. Se caracteriza por la aparición de un cordón palpable en la mama y/o la pared anterior del tórax que se correspondería con la tromboflebitis superficial de alguna vena a dicho nivel. Normalmente sigue un curso autolimitado que conduce a la curación en escasas semanas o meses. Presentamos aquí el caso de una paciente de 50 años con enfermedad de Mondor axilar.

(B. Blaya Álvarez, J. Gardeazabal García, JA Ratón Nieto, Z. Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya, M. Marcellán Fernández, JL Díaz-Pérez. Enfermedad de Mondor axilar. Med Cutan Iber Lat Am 2009;37(5):227-229)

Palabras clave: enfermedad de Mondor, axila, tromboflebitis.

Summary

Mondor's disease is a rare entity of unknown aetiology with few descriptions in literature. It is characterized by the appearance of a palpable cord-like structure in the breast and/or in the anterior wall of the chest corresponding to superficial thrombophlebitis of a vein at this level.

Normally, it has a self-limited course that leads to healing in a few weeks or months.

We describe herein the case of a 50-year-old woman presenting this pathology in an uncommon localization: the axilla.

Key words: Mondor's disease, axilla, thrombophlebitis.

La enfermedad de Mondor o tromboflebitis superficial de la pared torácica es una entidad clínica rara de la que existen escasas comunicaciones en la literatura. La primera mención de esta patología se remonta a 1869[1], aunque habrá que esperar a 1939 para que Henri Mondor, un cirujano francés, realice una descripción más detallada del cuadro clínico[2], lo que le valió para dar su nombre a esta enfermedad. Clínicamente se presenta como un cordón subcutáneo de aparición brusca en la pared torácica que en ocasiones puede ser doloroso y que habitualmente se resuelve espontáneamente en el plazo de semanas o meses. Se trata de una tromboflebitis esclerosante de las venas subcutáneas de la pared torácica (vena torácica lateral o toracoepigástrica) que puede extenderse hacia la región epigástrica[3], aunque también se ha descrito en otras localizaciones,

como en el dorso del pene[4]. De manera excepcional, esta patología puede presentarse en la axila, como en el caso que presentamos.

Observación

Mujer de 50 años que acudió a nuestra consulta por presentar una lesión ligeramente dolorosa a la palpación en axila izquierda de 15 días de evolución. No refería ejercicio físico ni traumatismos ni ningún proceso inflamatorio local previos. Presentaba buen estado general y no había tenido fiebre. Como único antecedente de interés explicaba haber sido diagnosticada de mastopatía fibroquística hacía años y seguía controles rutinarios con su ginecólogo. Le habían realizado una mamografía de control 2 meses antes que fue



Figura 1. Se aprecia una estructura con forma de cuerda a nivel centroaxilar sin signos inflamatorios asociados.

informada como normal. No refería antecedentes familiares relevantes para el caso que nos ocupa. A la exploración, se observaba un trayecto indurado subcutáneo de 10 centímetros de longitud en la axila izquierda sin signos inflamatorios en la piel suprayacente (Figura 1). La lesión no se encontraba fija a estructuras profundas. No se apreció edema en el brazo izquierdo ni adenopatías axilares o tumoraciones mamarias asociadas. En vista de que la lesión no producía molestias si no se manipulaba, decidimos optar por la observación y volver a valorar a la paciente 2 meses después con una ecografía de partes blandas de la axila afecta y una analítica general que incluyese un estudio básico de coagulación, así como una determinación de anticuerpos anticardiolipina IgM e IgG. Las pruebas resultaron normales y no se llegó a visualizar la lesión ecográficamente. Se observó una discreta mejoría, con desaparición completa de las molestias a la palpación y aspecto de la lesión similar al de la visita previa. Al cabo de 4 meses, la lesión había desaparecido por completo y la paciente se encontraba asintomática.

Comentario

La enfermedad de Mondor axilar se ha relacionado con múltiples situaciones responsables de traumatismos locales que podrían propiciar la aparición de una trombosis. Así, se han publicado casos en relación con cirugía mamaria[5], síndrome febril, ejercicio físico intenso[6-7], uso de prendas ajustadas, electrocución[8] y afeitado axilar, aunque aproximadamente en la mitad de los casos no se ha encontrado ningún desencadenante previo. Más discutida es su relación con el cáncer de mama, en la que no existe un acuerdo uná-

nime, aunque la mayoría de autores proponen la realización de pruebas de imagen para descartar esta patología[9].

La incidencia es la misma en todas las razas, y se ha visto que es 3 veces más frecuente en mujeres que en hombres[10]. Puede aparecer a cualquier edad, aunque acostumbra a verse en pacientes de edad comprendida entre los 30 y los 60 años[11].

Es importante destacar que el diagnóstico de esta entidad es fundamentalmente clínico, pero en los casos en los que se ha realizado biopsia se ha observado que su histopatología es variable en función del momento en que se tome ésta. Así, existe una primera fase de organización del trombo en la que encontraremos hallazgos propios de una tromboflebitis más o menos inflamatoria[12] que se seguirá posteriormente de una esclerosis de las paredes de la vena afectada. Más adelante puede recanalizarse el trombo, hecho que coincidirá con la resolución de la sintomatología. El diagnóstico diferencial de esta entidad debe realizarse fundamentalmente con la rotura de fibras musculares, la infestación por larva migrans y con una rara entidad denominada dermatitis granulomatosa intersticial o enfermedad de Ackerman, que cursa con artritis y lesiones cutáneas en forma de placas infiltradas y cordones eritematosos, que constituyen el “signo de la cuerda”[13-15].

La historia natural de la enfermedad de Mondor motiva que su tratamiento sea conservador, ya que como hemos mencionado previamente, la tendencia a la resolución espontánea es la norma, con muy escasas excepciones. La sintomatología dolorosa suele responder favorablemente al tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos y calor local, y algunos autores asocian además el empleo de geles de heparina.

Es probable que la enfermedad de Mondor sea más frecuente de lo que recoge la literatura por dos motivos: en primer lugar, por la existencia de formas y localizaciones atípicas de esta patología que hacen pensar al médico en otros diagnósticos (tendinitis, rotura de fibras musculares...) antes de pensar en ella y, por otro lado, por el hecho de que algunos pacientes presentan formas paucisintomáticas e incluso asintomáticas, situación que aunada a la historia natural de la enfermedad hace que muchos pacientes incluso no lleguen a consultar.

Conclusión

La enfermedad de Mondor es una patología benigna de curso normalmente autolimitado que se localiza en la pared anterior del tórax y en ocasiones a otros niveles, como la axila, el dorso del pene e incluso a nivel abdominal.

Creemos necesario recordar la existencia de formas menos típicas por su clínica o localización que tendremos que tener en cuenta si queremos realizar un diagnóstico correcto de esta patología.

Bibliografía

1. Fagge CH. Remarks on certain cutaneous affections. *Guy's Hosp Rep* 1869; 15: 295-302.
2. Mondor H. Tronculite sous-cutanée subaiguë de la paroi thoracique antéro-latérale. *Mem Acad Chir* 1939; 65: 1271-8.
3. Fietta P, Manganelli P. Mondor's disease. Spectrum of the clinical and pathological features [italiano]. *Minerva Med* 2002; 93: 453-6.
4. Sasso F, Gulino G, Basar M et al. Penile Mondor's disease: an underestimated pathology. *Br J Urol* 1996; 77: 729-32.
5. Loos B, Horch RE. Mondor's disease after breast reduction surgery. *Plast Reconstr Surg* 2006; 117: 29e-132e.
6. Talhari C, Mang R, Megahed M, Ruzicka T, Stege H. Mondor disease associated with physical strain: report of 2 cases. *Arch Dermatol* 2005; 141: 800-1.
7. Onder M, Canpolat B, Aksakai, B et al. Case of Mondor's disease of the abdomen (bodybuilding induced). *Int J Dermatol* 2005; 44: 345-6.
8. Randell, P. Mondor's disease and electrocution. *Australas J Dermatol* 2003; 44: 75-6.
9. Catania S, Zurrida S, Veronesi P et al. Mondor's disease and breast cancer. *Cancer* 1992; 69: 2267-70.
10. Weinstein EC. Mondor's disease. *West J Med* 1975; 123: 56-7.
11. Hacker SM. Axillary string phlebitis in pregnancy: a variant of Mondor's disease. *J Am Acad Dermatol* 1994; 30: 636-8.
12. Aloï FG, Tomasini CF, Molinero A. Railway track-like dermatitis: an atypical Mondor's disease? *J Am Acad Dermatol* 1989; 20: 920-3.
13. Ackerman AB, Guo Y, Vitale PA, Vossaert K. Clues to diagnosis in dermatopathology. Vol 3. Chicago: ASCP Press; 1993, pp. 309-12.
14. Dubey S, Merry P. Interstitial granulomatous dermatitis (Ackerman's syndrome) in SLE presenting with the "rope sign". *Rheumatology* 2006; 40: 80.
15. Chen DL, Chong AH, Green J, Orchard D, Williams R, Clemens L. A novel case of polyfibromatosis and interstitial granulomatous dermatitis with arthritis. *J Am Acad Dermatol* 2006; 55: S32-7.