

Trabajo original

Tromboflebitis toracoabdominal. Enfermedad de Mondor

Dr. Guillermo Uribe,* Dr. Luis Sigler,** Dr. Rafael Gutiérrez-Carreño,***
Dr. Carlos Sánchez-Fabela,*** Dra. Rocío Jiménez-Godínez**

RESUMEN

Introducción: En condiciones normales las venas de la pared torácica o abdominal no son visibles ni prominentes. En un proceso obstructivo de las venas profundas de la pelvis o del abdomen son una vía que facilita el retorno de la sangre al corazón; en raras condiciones sufren inflamación secundaria como sucede en casos de trauma, hipercoagulación, cirugía mamaria, entre otras. **Objetivo:** Presentar casos con tromboflebitis de la pared abdominal o torácica atendidos en los últimos 30 años. **Material y métodos:** Se realizó una revisión de expedientes e imágenes de ocho pacientes de entre 25 a 56 años de edad que presentaron esta condición. **Resultados:** Seis pacientes se trataron como externos; se les recomendó calor local, antiinflamatorios no esteroideos y analgésicos. A un paciente con trombosis venosa suprapúbica se le realizó varicotrombectomía y a otro con una gran hernia abdominal y trombosis venosa de la pared se le realizó plastia abdominal. Todos los pacientes se recuperaron en menos de ocho semanas. **Conclusión:** En la región toracoabdominal puede ocurrir tromboflebitis que cause dolor, eritema y un cordón subcutáneo. En la mayoría de los casos es autolimitada y mejora con antiinflamatorios no esteroideos y ocasionalmente requiere excisión o drenaje; en algunas situaciones se debe descartar el trauma repetido, hipercoagulación e inclusive neoplasias.

Palabras clave: Tromboflebitis toracoabdominal, enfermedad de Mondor.

ABSTRACT

Background: In normal conditions thoracoabdominal veins are not visible or prominent. When there is an obstructive process in deep veins of the pelvis or the abdomen, they represent a way to facilitate blood return to the heart. In other rare conditions, they may suffer secondary thrombophlebitis as in trauma, hypercoagulation, and mammary surgery, among others. **Objective.** To present patients with abdominal or thoracic wall thrombophlebitis treated in the last 30 years. **Material and methods.** Chart and photographic review of eight patients with ages from 25 to 56 years old seen with this condition. **Results.** Six patients were seen and treated as outpatients with local heat, nonsteroidal antiinflammatory drugs and analgesics. Varicthrombectomy was done in a patient with suprapubic thrombosis, and a patient with a huge abdominal hernia with parietal vein thrombosis was operated upon. All patients recuperated in less than eight weeks. **Conclusions.** As in any territory of the venous system, thrombophlebitis can affect the thoracoepigastric region, causing pain, erythema, and a palpable subcutaneous cord. Most of the times is a limited condition improving with nonsteroidal antiinflammatory drugs and occasionally may require excision or drainage. Repeated trauma, hypercoagulability or even neoplasms have to be ruled out occasionally.

Key words: Thoracoabdominal vein thrombophlebitis, Mondor's disease.

* Cirujano general, Tijuana, México.

** Cirujano general y vascular, Tijuana, México,

*** Cirujano vascular, México, D.F.

INTRODUCCIÓN

En condiciones normales las venas de la pared toracoabdominal no son visibles ni palpables, pero ante una obstrucción en las venas profundas de la pelvis, abdomen o tórax, representan una ruta alterna para el regreso de la sangre al corazón. Estas venas pueden estar expuestas a varios traumas: usar un cinturón apretado, lesionarse durante cirugía mamaria o la introducción de instrumentos en cirugía laparoscópica o toracoscópica, o cuando el paciente se reclina sobre una superficie firme. También son el sitio de tromboflebitis cuando existe hipercoagulabilidad de la sangre o alguna neoplasia oculta. Se puede presentar dolor local, induración, enrojecimiento de la región, cordón subcutáneo o inclusive ulceración.

En 1939 Henri Mondor, cirujano francés, describió esta condición.¹ Aunque la mayoría de los informes reporta el área toracoabdominal, puede ocurrir en otras zonas: región mamaria, axila, pene, ingle, fosa antecubital y la región cervical.²⁻⁸ Se ha asociado a esfuerzo físico, embarazo, cáncer de mama, cáncer metastásico a pulmón, arteritis de células gigantes y hepatitis C; también se ha considerado en el diagnóstico diferencial de una hernia de Spigel.⁹⁻¹⁶ La mayoría de los informes señala mejoría en menos de seis semanas.

OBJETIVO

Revisar el expediente de los pacientes con tromboflebitis de la pared torácica o abdominal tratados en los últimos 30 años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión del expediente e imágenes de ocho pacientes con tromboflebitis de la pared torácica o abdominal en el Distrito Federal y en Tijuana, Baja California. La edad osciló entre 25 y 56 años y fueron cinco mujeres y tres hombres. Seis pacientes se trataron fuera del hospital con calor local, antiinflamatorios no esteroideos y analgésicos (*Figuras 1-3*). Uno de ellos tuvo sangrado de la piel que cubría un área trombótica a nivel del margen costal (*Figura 4*). A un paciente con venas suprapúbicas trombosadas se le realizó varicotrombectomía y a otro con un gran hernia ventral con trombosis venosa parietal se le intervino quirúrgicamente (*Figuras 5 y 6*). Con fines de enseñanza se muestra una fotografía del seno de una paciente tratada en España por el doctor J. Soler-González (*Figura 7*). Todos los pacientes recibieron medicamentos antiinflamatorios no esteroideos, analgésicos y calor local.

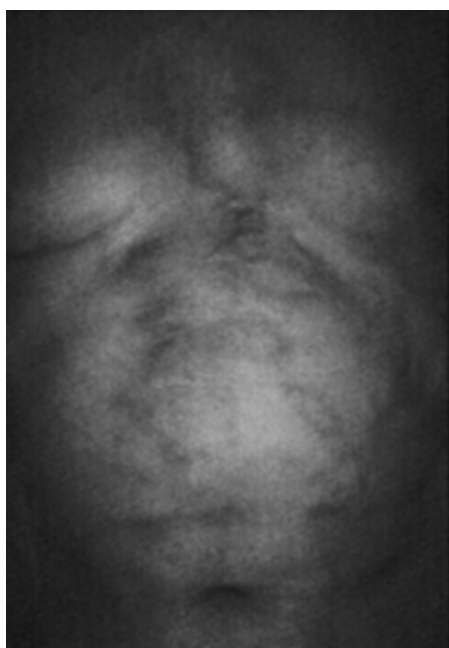


Figura 1. Hombre de 37 años, alcoholíco, estuvo reclinado en una mesa por tiempo prolongado. Desarrolló dolor, eritema e induración de venas abdominales.

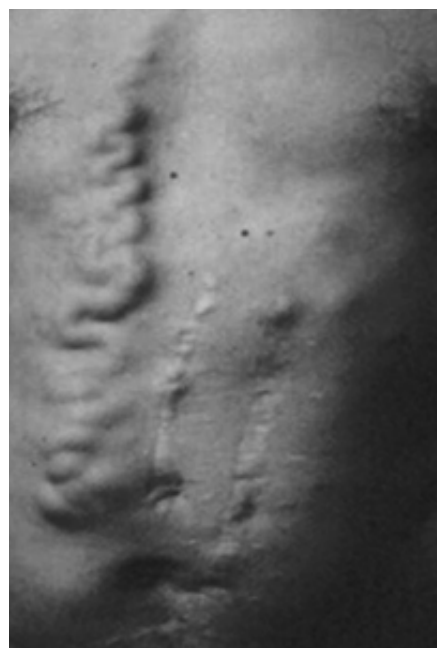


Figura 2. Hombre de 50 años con obstrucción de la vena cava inferior después de dos intentos de derivación portocava presentó trombosis de venas dilatadas y tortuosas.



Figura 3. Después de un partido de futbol un hombre de 23 años presentó dolor y venas firmes y prominentes en el cuadrante inferior derecho del abdomen.

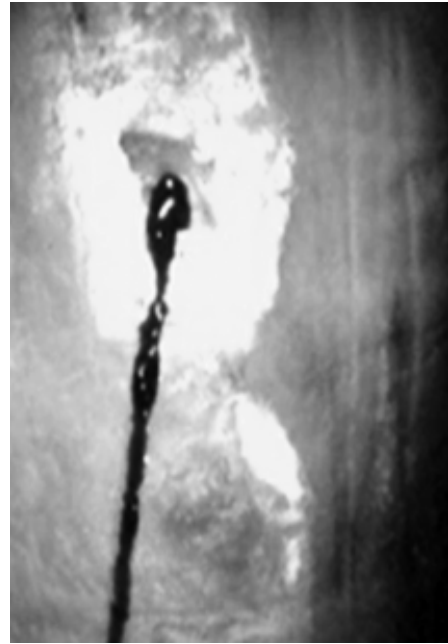


Figura 4. Ruptura espontánea de una vena trombosada en el abdomen. Se drenó sangre coagulada.



Figura 5. Trombosis venosa suprapúbica después del parto en una mujer de 42 años con trombosis iliaca previa. Requirió trombectomía venosa.

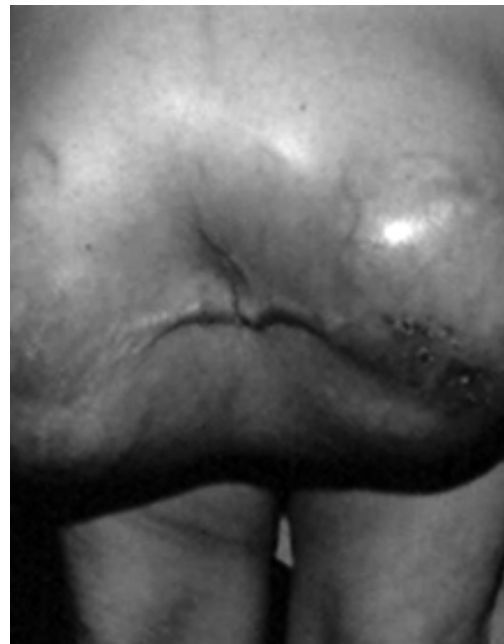


Figura 6. Hernia ventral recurrente en una mujer de 56 años con trombosis de venas superficiales.

RESULTADOS

Todos los pacientes se recuperaron del episodio agudo en menos de dos meses; persistieron las venas dilatadas como parte de la circulación colateral en casos de obstrucción de la vena cava inferior.

DISCUSIÓN

Cualquier vena del cuerpo puede ser afectada por un proceso inflamatorio agudo o crónico reconocido como tromboflebitis. Cuando sucede en el área toracoabdominal o en otra zona superficial no se re-



Figura 7. Mujer de 32 años con tres días de dolor y sensación de un cordón subcutáneo en la mama izquierda (Cortesía del Dr. Soler-González, España).

quieren mayores estudios, ya que es fácil identificar el cuadro. Cuando se presenta en la mama es necesario descartar neoplasias y se requiere una mamografía, incluso biopsia; en el primer estudio las venas trombosadas se ven como las cuentas de un collar. En algunos casos por medio de ultrasonido se identifica la vena como una estructura tubular que alterna con segmentos de vena gruesa o de zonas dilatadas.

Cuando el trombo está firme y adherido a la piel y además causa dolor severo, es preciso realizar una varicotrombectomía. De otro modo el uso de drogas antiinflamatorias no esteroideas, tomadas dos veces al día, y analgésicos son suficientes para mejorar el cuadro. En casos de trombosis extensa, aun cuando sea superficial y sin reportes de embolia pulmonar, se requieren anticoagulantes como la heparina de bajo peso molecular.

REFERENCIAS

1. Mondor H. Tronculite sours-coutanee subaigue de la paroi thoracique anterolaterale. *MWm Acad Chir* 1939; 65: 1271-8.
2. Pugh CM, DeWitty RL. Mondor's Disease. *J Natl Med Assoc* 1996; 96: 359-63.
3. Álvarez-Garrido H, Garrido-Ríos AA, Sanz-Muñoz C, Miranda-Romero A. Mondor's disease. *Clin Exp Dermatol* 2009; 34: 753-6.
4. Quéhé P, Saliou AH, Guías B, Bressollette L. Mondor's disease, report on three cases and literature review. *J Mal Vasc* 2009; 34: 54-60.
5. Zidani H, Foughali M, Laroche JP. Superficial venous thrombosis of the penis: Penile Mondor's disease? A case report and literature review. *J Mal Vasc* 2010; 35: 352-4.
6. Soler-González J, Ruiz MC. Mondor's Disease. *N Engl J Med* 2005; 352: 1024.
7. Dudrap E, Milliez PY, Auquit-Auckbur I, Bony-Rerolle S, Chu Charles-Nicolle. Mondor's disease and breast plastic surgery. *Ann Chir Plast Esthet* 2010; 55: 233-7.
8. Khan UD. Mondor disease: a case report and review of the literature. *Aesthet Surg J* 2009; 29: 209-12.
9. 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.
10. Duff P. Mondor's disease in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1981; 58: 117-9.
11. Levi I, Baum M. Mondor's disease as a presenting symptom of breast cancer. *Br J Surg* 1987; 74: 700.
12. Chiedozi LC, Aghahowa JA. Mondor's disease associated with breast cancer. *Surgery* 1988; 103: 438-9.
13. Courtney SP, Polaczar S, Raftery AT. Mondor's disease associated with metastatic lung cancer in the breast. *Postgrad Med J* 1989; 65: 779-80.
14. Diamantopoulos EJ, Yfanti G, Andreadis E. Giant-cell arteritis presenting as Mondor disease. *Ann Internal Med* 1999; 130: 78-9.
15. Holle-Robatsch S, Fink AM, Schubert C, Steiner A, Partsch H. Mondor phlebitis associated with hepatitis C. *Vasa* 2001; 30: 297-8.
16. Losanoff JE, Basson MD, Salwen WA, Sochaki P. Mondor's disease mimicking a Spigelian hernia. *Hernia* 2008; 12: 425-7.

Correspondencia:

Dr. Guillermo Uribe
Centro Médico del Noroeste
Blvd. Sánchez Taboada, Núm. 1527-205
Tijuana, Baja California
Tel. (55-664) 684-8127
Correo electrónico: drguribe@hotmail.com