

Invest. Medicoquir 2021;13 (2)

ISSN: 1995-9427, RNPS: 2162

PRESENTACIÓN DE CASO

Enfermedad de Mondor de la mama

Mondor's disease, breast

Amel Alfonso Simón,^I Iris Beatriz Inguanzo Valdés,^{II} Ramón del Castillo Bahi.^{II}

I. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas (CIMEQ) La Habana. Cuba

II. Instituto de Oncología y Radioterapia (INOR). La Habana. Cuba

RESUMEN

La enfermedad de Mondor de la mama es una condición benigna y poco común caracterizada por tromboflebitis de las venas superficiales de la pared torácica en la región mamaria. En la mayoría de casos es unilateral. Clínicamente se manifiesta como un cordón subcutáneo indurado, de rápida aparición. La etiología de esta condición aún no está clara, pero se puede relacionar en algunos casos con traumatismo local, esfuerzo muscular, procedimientos quirúrgicos, y/u otros. Afecta principalmente a mujeres de edades comprendidas entre los 21 y 55 años de edad, aunque también afecta a los hombres, pero en menor medida. El diagnóstico es fundamentalmente clínico y sólo tratamiento sintomático con evolución satisfactoria sin secuelas. Se presenta caso de paciente femenina de 39 años de edad con antecedentes de plastia de mama izquierda que es diagnosticada con esta patología.

Palabras clave: enfermedad de Mondor, mama, tromboflebitis.

ABSTRACT

Mondor's disease of the breast is a rare and benign condition characterized by thrombophlebitis of the superficial veins of the chest wall in the mammary region. In most cases it is unilateral. Clinically it manifests as a rapidly appearing, indurated subcutaneous cord. The etiology of this condition is not yet clear, but it can be related in some cases to local trauma, muscular effort, surgical procedures, and / or others. It mainly affects women between the ages of 21 and 55, although it also affects men, but to a lesser extent. The diagnosis is mainly clinical and only symptomatic treatment with satisfactory evolution without sequelae. We present a case of a 39-year-old female patient with a history of left breast plasty who is diagnosed with this pathology.

Keywords; Mondor's disease, breast, thrombophlebitis

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Mondor fue descrita por primera vez por Henri Mondor, cirujano francés en 1939, realizando una descripción más detallada del cuadro clínico en cuatro pacientes vistos por él.¹ Se presenta principalmente en edades medias de la vida y es tres veces más común en mujeres que en hombres. Anatómicamente, las venas afectadas incluyen la torácica lateral, la toracoepigástrica y la epigástrica superior. En la literatura se han documentado lesiones en localizaciones atípicas: miembros superiores, abdomen, región inguinal y pene.²

Se clasifica en: original (en pared toracoabdominal anterolateral), peneana (en dorso y lateral del pene) y síndrome de la red axilar (en miembro superior). La etiología es: idiopática (45 %), iatrogénica (20 %, tras cirugía, radiación, hormonoterapia), traumática (22 %, por esfuerzo físico excesivo, sujetador apretado) y relacionada con cáncer de mama (5 %). Tiene una incidencia < 1 % en pared torácica de mujeres de mediana edad y del 1,39 % en la variante peneana, con la triada de Virchow como factor de riesgo.³

DESARROLLO

Exponemos un caso de Enfermedad de Mondor, con el objetivo de revisar la etiología, presentación clínica y manejo de esta patología, así como el diagnóstico diferencial de posibles enfermedades subyacentes, ya que éstas condicionan el pronóstico

Caso clínico

Mujer de 39 años que acude a consulta de Cirugía Vascular refiriendo que hace alrededor de un año se realizó una cirugía de mama (mastoplastia bilateral) evolucionando satisfactoriamente y que hace 15 días comenzó con la aparición súbita de un cordón fibroso en pared anterior del abdomen, inframamario izquierdo, doloroso sin antecedente traumático ni inflamatorio local previo. A la exploración física no presentaba alteraciones dérmicas a ese nivel ni en axilas. En la región submamaria izquierda presentaba cordón indurado doloroso a la palpación, de trayecto descendente oblicuo de 7 a 8 cm de largo y entre 2 y 3 mm de grosor, móvil, sin signos inflamatorios (figura. 1) compatible con una tromboflebitis superficial de la vena toracoepigástrica izquierda.

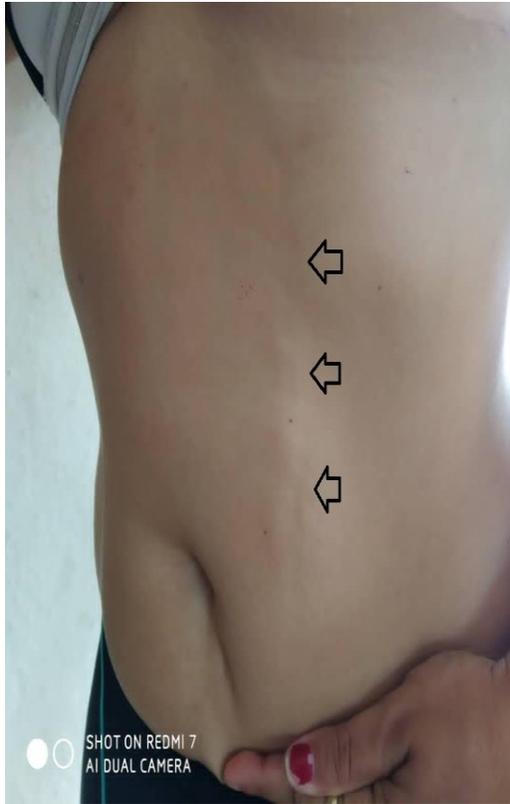


Figura 1. Mama izquierda. Observe el trayecto del cordón inframamario indurado marcado a lo largo de su trayecto.

En el caso descrito, pese a que el hallazgo clínico era evidente, no se logró obtener una traducción radiológica de la lesión, lo que revela una importante disociación clínico-radiológica y enfatiza la importancia del diagnóstico clínico.

DISCUSIÓN

La enfermedad de Mondor afecta principalmente a las mujeres (10:1), con el pico de incidencia a la edad de 43 años. Menos de 400 casos han sido reportados en la literatura mundial. Sin embargo, su incidencia después de la cirugía del cáncer de mama y plastias estéticas se ha estimado en 1%. Clínicamente se presenta como un cordón subcutáneo indurado, de aparición brusca en la pared torácica. La piel que lo recubre es móvil y no suele presentar signos inflamatorios. A pesar que es una lesión frecuentemente asintomática, algunos pacientes experimentan dolor o molestia especialmente a la

palpación. Un dato característico es la aparición de dolor en la pared torácica, antes de hacerse evidente la induración de la piel.¹ Es una entidad rara caracterizada por tromboflebitis esclerosante que implica clásicamente una o más de las venas subcutáneas de la mama y de la pared anterior del tórax (epigástrica superior, toracoepigástrica y / o vena torácica lateral). Raros casos se han reportado en sitios atípicos (pene, la ingle, el abdomen y la fosa antecubital).^{4,5}

La etiología de la enfermedad de Mondor sigue sin estar clara. Los factores predisponentes son sobre todo un trauma, actividad física excesiva, cirugía de mama, biopsia de mama, procesos inflamatorios, cáncer de mama, e infecciones. Algunos autores consideran este síndrome como un marcador de cáncer sincrónico.⁵ Aunque la enfermedad de Mondor no es un factor de riesgo en el cáncer de mama, hay informes de casos de pacientes que presentan esta condición en el momento del diagnóstico de cáncer de mama.

Las manifestaciones de la enfermedad, posteriormente, se han observado en el pene, la ingle, axila, pliegue del codo, de la pared anterior del tórax, la pared abdominal y la región cervical posterior. La asociación descrita con patologías sistémicas, tales como el cáncer de mama y estados de hipercoagulabilidad, obliga a realizar una completa evaluación de los pacientes afectados, para descartar las mencionadas afecciones.^{1,2}

En la ecografía suele mostrar una alteración en la permeabilidad del vaso por un trombo intraluminal en forma de una estructura tubular hipoeoica en un plano superficial; pueden ofrecer una visión completa de todo el trayecto del vaso trombosado, que puede no ser visible en la mamografía en mamas densas. En la ecografía Doppler color puede observarse la ausencia de flujo venoso.⁶

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. **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.⁷ Johnson WC y colaboradores clasificaron los hallazgos en la biopsia en cuatro estadios.⁸

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.

Tratamiento.

No existe un consenso universal acerca del manejo terapéutico óptimo. La mayoría de los pacientes requieren tratamiento con medicamentos antiinflamatorios no esteroideos. Los estudios han demostrado que la administración de los agentes antiplaquetarios y heparina no ayudó a aliviar o para prevenir la trombosis local adicional. En caso de dolor implacable severo, la infiltración local de agentes anestésicos puede ser requerida para ayudar en la resolución de los síntomas. Cuando este tratamiento no es suficiente, o en caso de enfermedad recurrente, una trombectomía o resección venosa superficial puede ser necesario. La combinación de AINE y la infiltración local de bupivacaína al 0,25 % para alcanzar una mejoría notable de los síntomas. Debido a que este proceso tiende a la resolución espontánea, el tratamiento generalmente es conservador. El dolor suele responder favorablemente a los AINE y calor local. Las guías recientes sugieren dosis profilácticas o intermedias de heparina de bajo peso molecular durante al menos 4 semanas. Algunos autores sugieren el tratamiento de los síntomas con la aplicación de fármacos locales o sistémicos de antiinflamatorios no esteroides, otros recomiendan la terapia antitrombótica y anticoagulante en las primeras etapas de la enfermedad. La anticoagulación puede ser indicada cuando exista riesgo protrombótico asociado, tales como malignidad, exposición a estrógenos y quimioterapia.^{9 - 13}

CONCLUSIONES. La enfermedad de Mondor es infrecuente, puede presentarse secundario a mamoplastías, es de diagnóstico clínico y sólo tratamiento sintomático con evolución satisfactoria sin secuelas.¹³ Desde su primera descripción en 1939 ha

evolucionado desde el punto de vista clínico, patológico, de diagnóstico y tratamiento. Fisiopatológicamente es importante la alteración en la tríada de Virchow¹² En todos los casos el examen clínico es el primer paso de la gestión de diagnóstico junto con el ultrasonido Doppler.⁹ Debe de hacerse diagnóstico diferencial con angeítis subaguda, angeítis por drogas y poliarteritis nodosa; la mayoría de los pacientes requieren tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos.¹²

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Villalobos Mora Carlos, Mora Hernández Gustavo. Actualización en enfermedad de Mondor. Med. leg. Costa Rica [Internet]. 2017 Mar [cited 2021 Mar 06]; 34(1):244-247. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S140900152017000100244&lng=en.
2. Barrantes-Tijerina M et al. Enfermedad de Mondor. An Med (Mex) 2011; 56 (3): 159-161
3. Calvo García, Haydée; Santamaría Revuelta, Cristina; Martínez Rodríguez, María Isabel; Sánchez-Brunete Medina, Valle; Pastor Fuente, Enrique; Canseco Fernández, Rosario; Sanz Guadarrama, Óscar; Elosua González, Tomás. P-515 – Enfermedad de Mondor: Una Entidad no tan lejana como la tierra media. CIR ESP. 2020;98(Espec Congr 1):1004
4. Mesquita, R., Manso, P., Urzal, C., Batista, J., Aragão, C. & Cortez, F. (2014). Mondor's disease in puerperium: case report. Rev Bras Ginecol Obstet, 36(3), 139-41.
5. Belleflamme M, Penaloza A, Thoma M. (2012). Mondor disease: a case report in ED. American Journal of Emergency Medicine, 30, 1325.e1-1325.e3.
6. Miguel Ruiz Marín, M. Fe Candel Arenas, Nuria Martínez Sanz, Delia Luján Martínez, Manuel Madrigal de Torres, Ana Ruiz Rodríguez, Antonio Albarracín Marín-Blázquez. Enfermedad de Mondor de la mama: una entidad clínica poco frecuente. Vol. 29. Núm. 1. pag 46-48 (Enero - Marzo 2016)

7. 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>.
8. Johnson WC, Wallrich R, Helwig EB. Superficial thrombophlebitis of the chest wall. *JAMA* 1962; 180: 103-108.
9. AL, A., Canet, R. & Samper, A. (2013). Enfermedad de Mondor. *Rev. Argent. Dermatol.*, 94, 1.
10. Belleflamme M, Penalzoza A, Thoma M. (2012). Mondor disease: a case report in ED. *American Journal of Emergency Medicine*, 30, 1325.e1-1325.e3.
11. Pignatti, M., Loschi, P., Pedrazzi, P. & Marietta, M. (2014) Mondor's disease after implant-based breast reconstruction. Report of three cases and review of the literatura. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 67, e275ee277.
12. Schuppisser, M., et al. (2016). Abdominal Mondor disease mimicking acute apendicitis. *International Journal of Surgery Case Reports*, 20, 37-40.
13. Jury Santibañez J, Jury Salinas C, Morales Olate B, Jury Salinas O. Enfermedad de Mondor y mamoplastías. *Rev. Cirugia*. 2020;73(3). Disponible en: [doi:10.35687/s2452-45492021003798](https://doi.org/10.35687/s2452-45492021003798) [Accessed 6 mar. 2021].

Recibido 24 de enero de 2021

Aceptado 12 de marzo de 2021

Dr. Amel Alfonso Simón¹, Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. Calle 216 y 11b, reparto Siboney, La Habana. Cuba.

Teléfono. 53 78581000