

TROMBOFLEBITIS DE LA VENA TORÁCICA LATERAL DEL TÓRAX: ENFERMEDAD DE MONDOR

Juan Carlos Moreno Fernández^{1*}; Blanca Sanz Pozo²; Claudia López Marcos¹; Esther Martín Ruíz³; Carolina Peláez Laguno⁴; David González Gallardo⁵

1. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Américas. Parla. Madrid

2. Doctora en Medicina, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Américas. Parla. Madrid

3. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Bercial. Getafe. Madrid.

4. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Greco. Getafe. Madrid

5. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II-1. Parla. Madrid

*Correspondencia: Juan Carlos Moreno-Fernández. C. S. Las Américas. C/Melilla nº 39, 4º A. 28005.Madrid.

E-mail: jc.moreno@wanadoo.es

RESUMEN

Presentamos el caso de una paciente que comienza con dolor y aparición de cordón fibroso en la zona anterolateral del tórax compatible con el diagnóstico de enfermedad de Mondor. Todas las pruebas complementarias solicitadas fueron normales, incluida la mamografía, por lo que no se pudo determinar la etiología exacta. Tras el tratamiento con antiinflamatorios el cuadro se resolvió y la paciente sigue asintomática en la actualidad.

ABSTRACT

We present the case of a patient who starts with pain and appearance of fibrous cord in the area anterolateral chest compatible with the diagnosis of Mondor's disease. All requested additional tests were normal, including mammography, therefore it was not possible to determine the exact etiology. After treatment with antiinflammatory was resolved and the patient remains asymptomatic at present.

PALABRAS CLAVE

Tromboflebitis, enfermedad de Mondor, diagnóstico, tratamiento.

KEYWORDS

thrombophlebitis, Mondor disease, diagnosis, treatment

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Mondor es una tromboflebitis de una vena superficial del tórax. Es una enfermedad rara y poco conocida, siendo escasos los casos publicados en la literatura médica. No se conoce su etiología, aunque en algunas ocasiones se puede asociar a otras patologías entre ellas el cáncer de mama. El diagnóstico es fundamentalmente clínico y su tratamiento sintomático. Su pronóstico es favorable, si no se asocia con otras patologías porque tiende a la resolución espontánea en unos meses.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Mujer de 40 años sin alergias medicamentosas conocidas, ni hábitos tóxicos. Entre sus antecedentes personales destacan sus antecedentes ginecológicos, ya que ha presentado 7 gestaciones, de los cuales 5 han sido abortos (una interrupción voluntaria del embarazo por anencefalia, un aborto por hemorragia en 2º trimestre por placenta de inserción baja y otros tres abortos en el 1º trimestre). No otras cirugías previas salvo una cesárea hace 2 años. No sigue tratamiento con ninguna medicación de forma crónica. Sus antecedentes familiares no tienen interés.

Acude a consulta por apreciar desde hacía dos días una zona abultada dolorosa en la mitad derecha zona anterior del de la pared toracoabdominal. En los días previos a la aparición de este cordón había presentado dolor en la misma zona que relacionaba con el esfuerzo físico (pues había cargado con su hijo de 13 kilos en la cabalgata de Reyes), motivo por el que había tomado naproxeno de forma intermitente. No habría sufrido traumatismo previo en dicha zona ni presentaba fiebre ni otra clínica a otro nivel.

A la exploración se observa un cordón fibroso subcutáneo, doloroso a la palpación a nivel de hipocondrio derecho y parte de pared torácica inmediatamente superior, de unos 7 centímetros de longitud, cuyo extremo proximal comienza en reborde costal derecho línea medio clavicular. No se aprecia aumento de temperatura ni enrojecimiento a nivel de dicho cordón. (Figura 1) La auscultación cardiopulmonar y abdominal es normal. La exploración mamaria es normal, y no se observan adenopatías axilares o supraclaviculares ni en otra localización. El resto de exploración por aparatos es normal.

Ante la sospecha de una tromboflebitis se solicita analítica completa con pruebas de coagulación y fibrinógeno que resultaron



Figura 1: Cordón varicoso a nivel de la zona anterolateral de la pared toracoabdominal derecha

normales. Tenía un estudio previo por los antecedentes ginecológicos con hormonas tiroideas, fólculo, homocisteína, proteína C, proteína S y anticuerpos anticardiolipina, antigliadina y antiendomiso, antiplasmina, plasminógeno, test de resistencia prot C y mutación del factor V Leiden y gen de Ia protrombina normales.

Se inicia tratamiento con un antiinflamatorio de forma pautaada y continuada (naproxeno 500 mgr cada 12 horas). Ante la asociación rara que puede haber entre este cuadro y el cáncer de mama aunque la exploración era normal, se solicitó una mamografía cuyo resultado fue el siguiente: Mamas con densidad intermedia, adenopatías inespecíficas en axilas. Es decir un BIRADS 2: Hallazgos benignos. Aunque no es absolutamente necesario, en este caso también se solicitó una ecografía de la pared abdominal en la que se observaba una estructura tubular hipoeoica con zonas alternantes dilatadas y engrosadas (Figura 2)

A los 7 días el dolor desapareció persistiendo la zona indurada.. Se ha revisado posteriormente a la paciente al mes en la consulta y hasta este momento ha permanecido asintomática, aunque persiste un cordón de menor longitud 2 cm palpable pero no visible y sin ningún otro signo o síntoma nuevo.

DISCUSIÓN

La enfermedad de Mondor es una flebitis la vena torácica lateral o toracoepigástrica que puede extenderse hacia la pared abdominal en la región epigástrica¹, y en la mujer también a la piel de la mama, pudiendo confundirse con patología de origen mamario.

La enfermedad de Mondor ocurre en un 75% de los veces en el sexo femenino y en un 25% en el sexo masculino, con una edad media de 45 años². Aunque en la mayor parte de las ocasiones es unilateral se han descrito algunos casos de afectación bilateral³. Se ha descrito el mismo hallazgo también en otras localizaciones anatómicas: axila, ingle, región cervical posterior, fosa antecubital y pene³.

La etiología es idiomática aunque se ha asociado en ocasiones con esfuerzo muscular (como ocurrió en nuestro caso), traumatismo local, intervenciones quirúrgicas en la mama y procesos febriles previos⁴. También se han referido casos asociados a embarazo y puerperio, a la arteritis de células gigantes y a otras enfermedades sistémicas² No parece existir relación con el cáncer de mama aunque se han

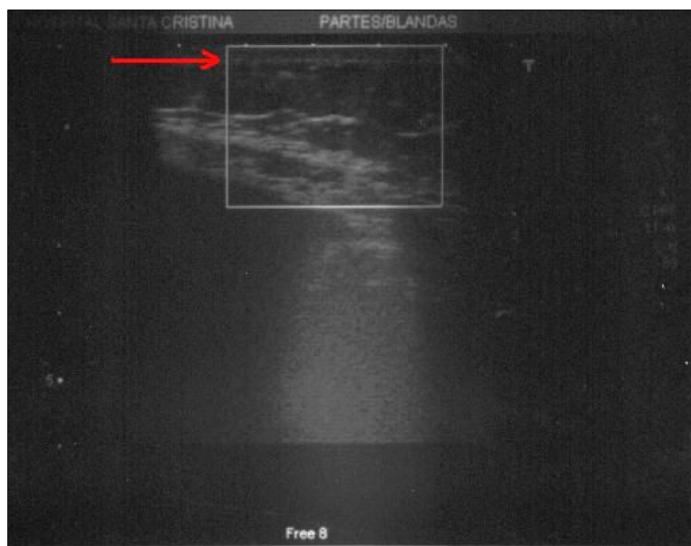


Figura 2: Ecografía de la vena en la que se aprecia una imagen hipoeoica arrosariada en pared abdominal sin flujo



descrito algunas series en las que se observa una asociación del 12%⁵. En principio no se ha relacionado con anomalías vasculares o estados de hipercoagulabilidad⁶.

La clínica consiste en la aparición de dolor a nivel de la zona anterior del tórax y posteriormente la aparición de uno o más cordones dolorosos a dicho nivel, con escasa reacción inflamatoria. Mediante el levantamiento del brazo o el estiramiento manual de los extremos del cordón o a veces espontáneamente, en el área correspondiente al cordón puede observarse un surco característico que sigue exactamente la misma trayectoria lineal del cordón. Esto es más aparente en el estado tardío, fibrótico de la enfermedad, aunque puede observarse también desde el comienzo. El cordón es adherente a la piel que lo recubre y se mueve con ella notándose a veces retracción cutánea semejando "piel de naranja" y pudiendo confundirse con el cáncer de mama.

No es necesario solicitar apenas pruebas complementarias salvo una analítica con estudio de coagulación, para descartar otras entidades y una mamografía por la asociación rara aunque existente con el cáncer de mama, por lo que el manejo puede realizarse desde la Atención Primaria. El resto de pruebas complementarias como ecografía o biopsia de la lesión son opcionales.

La mamografía en la mayor parte de las ocasiones es normal o se puede observar una densidad tubular dilatada superficial correspondiente a la masa palpable⁷

En la ecografía se observa una estructura hipoecoica, compatible con una vena dilatada como las cuentas de un collar, sin flujo en el Doppler. A veces se ve la presencia de un trombo intraluminal hiperecogénico.

En la biopsia se aprecia obliteración, proliferación fibrosa, recanalización de la vena y aumento del grosor de la pared⁶.

El tratamiento es sintomático y se basa en analgésicos o antiinflamatorios para el dolor y reposo relativo, incluso en algunas ocasiones

soporte mamario si eso alivia el dolor. No están indicados ni la antiagregación, ni la anticoagulación.

Su curso es benigno y autolimitado. En casi todos los casos hallados en la literatura la enfermedad revierte espontáneamente en 2-3 meses, sin dejar secuelas, aunque en algunas ocasiones puede evolucionar a la cronicidad y complicarse con pequeñas necrosis cutáneas sobre la zona de la vena trombosada. Se han descrito casos en los que esta patología ha recidivado³.

Al tener esta entidad un diagnóstico principalmente clínico, es fundamental que los médicos de atención primaria la conozcan pudiendo solucionar el cuadro desde este nivel y evitando derivaciones a un segundo nivel innecesarias. También es fundamental conocer su asociación ocasional con distintas patologías entre ellas el cáncer de mama por lo que dependiendo de las características de los pacientes deberíamos solicitar una u otra prueba complementaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Mayo Aparicio WN, Muxi Moner C, Yuste Botey M. Enfermedad de Mondor. FMC 2000; 7: 646
- 2- González Romero EA, Falcón Morales F. Enfermedad de Mondor. A propósito de un caso. MEDIFAM 2002; 12: 352-3
- 3- Rodríguez Aguirregabiria J., Rodríguez Blanco A., Morera Montes J.. Presentación de un nuevo caso de enfermedad de Mondor. MEDIFAM 2002; 12: 118-9
- 4- Pugh CM, De Witty RL. Mondor's disease. J Natl Med Assoc 1996; 88: 359-63.
- 5- Catania S, Zurrada S, Veronesi P, Galimberti V, Bono A, Pluchinotta A. Mondor's disease and breast cancer. Cancer 1992; 69: 2267-70.
- 6- Mayor M, Buron I, de Mora JC, Lázaro TE, Hernández-Cano N, Rubio FA, Casado M. Mondor's disease. Int J Dermatol 2000; 39 (12): 922-5.
- 7- Shetty MK, Watson AB. Mondor's disease of the breast: sonographic and mammographic findings. Am J Roentgenol 2001; 177 (4): 893-6.