

Enfermedad de Mondor: estudio de dos formas topográficas

M. ORTEGA CALVO, J. M. VILLADIEGO SÁNCHEZ

Centro de Salud Virgen de Belén. Unidad Clínica de Gestión. Pilas. Distrito Sanitario Aljarafe. Sevilla

MONSOR'S DISEASE: STUDY OF TWO TOPOGRAPHIC LOCALIZATIONS

RESUMEN

La flebitis superficial de la pared torácica y la tromboflebitis de la vena dorsal del pene se observan con poca frecuencia. A ambas se les conoce con el mismo nombre, enfermedad de Mondor. Describimos a continuación dos casos observados en un lapso de tiempo relativamente corto en un centro de atención primaria.

PALABRAS CLAVE: Flebitis. Vena torácica lateral. Vena dorsal del pene. Sida.

ABSTRACT

Superficial thoracic wall and dorsal vein of the penis phlebitis are uncommon diseases. Both are known as Mondor's disease. Two cases have been diagnosed in a short period of time in a Southern Spain primary care clinics.

KEY WORDS: Phlebitis. Lateral thoracic vein. Dorsal vein of the penis. AIDS.

Ortega Calvo M, Villadiego Sánchez JM. Enfermedad de Mondor: estudio de do formas topográficas. An Med Interna (Madrid) 2003; 20: 307-308.

INTRODUCCIÓN

Las dos situaciones clínicas que se enmarcan dentro del epónimo de enfermedad de Mondor son raras. La flebitis superficial de la pared torácica anterolateral en vecindad con la mama (1,2) y la tromboflebitis de la vena dorsal del pene (3-5) son patologías que se observan con poca frecuencia.

Sin embargo en nuestro centro de atención primaria que está localizado en una ciudad de algo más de 10.000 habitantes hemos observado dos casos en poco menos de 3 años.

CASOS APORTADOS

Caso 1: Mujer de 22 años de edad que unos doce meses antes había sido intervenida de un fibroadenoma de mama derecha y que vino a la consulta aquejándose de dolor y molestias en la misma mama sin signos de inflamación local. En el cuadrante infero-externo podía observarse un cordón linfangítico, de color rojo, que era doloroso a la palpación superficial.

Medía unos 5 ó 6 cm de longitud y recorría el trayecto de la vena torácica lateral. No existían adenopatías axilares ni inguinales. La palpación mamaria fue negativa, existiendo tan sólo una pequeña cicatriz en el cuadrante súpero-externo.

Se le instauró un tratamiento a base de ampicilina 500 mg cada 8 horas y diclofenaco 50 mg cada 12 horas por vía oral. El cuadro regresó en cuatro días no habiendo vuelto a producirse tras cuatro años de observación.

Esta paciente sufre episodios de anemia ferropénica por la que en algún momento ha sido estudiada por la posible existencia de una enteropatía al gluten. Los anticuerpos anti-gliadina y anti-endomisio han sido negativos. El proteinograma y el perfil tiroideo han sido

normales (TSH y tiroxina libre). Se achacan los cuadros de anemia a pérdidas menstruales. No se prosiguió con un estudio más profundo por el antecedente de cirugía mamaria reciente.

Caso 2: Varón de 28 años de edad, adicto a drogas por vía parenteral con infección por VIH demostrada pero asintomática, que se presentó en el servicio de urgencias del centro aquejándose de dolor y tumefacción en el pene. Refería febrícula vespertina pero no hematuria o disuria.

En la exploración clínica destacaba una lesión rojiza que ocupaba los tercios medio y distal del pene en su cara posterior, dolorosa a la palpación y que seguía el trayecto de la vena dorsal. En un interrogatorio más profundo, el paciente reconoció que se había inyectado una dosis de heroína intravenosa por ese lugar y que llevaba tres días afecto de dolor y tumefacción. No había lesiones en ningún otro lugar de la economía ni tampoco lesiones adenopáticas.

Se le instauró tratamiento a base de cefuroxima por vía oral a dosis de 500 mg cada 12 horas y diclofenaco a dosis de 50 mg cada 8 horas por vía oral también junto una protección gástrica a base de acexamato de zinc 300 mg cada 24 horas. La lesión desapareció en una semana. Este paciente falleció a los dos años de este evento por una tuberculosis diseminada en el contexto del sida que padecía al menos cinco años antes.

DISCUSIÓN

Con frecuencia se piensa que el paradigma asistencial y preventivo de la atención primaria es la enfermedad más prevalente. Sin embargo, y mostramos aquí un ejemplo, somos los profesionales sanitarios de este nivel los que primero hemos de pensar en las entidades menos frecuentes de la clínica. Más aún cuando se pueden solucionar sin tener que derivarlas a otro nivel sanitario.

Trabajo aceptado: 1 de octubre de 2002

Correspondencia: Manuel Ortega Calvo. Avenida de la Cruz del Campo nº 36. Bloque 1, 2º A. 41005 Sevilla. e-mail: ortegacalvo@terra.es

Aunque a la variedad torácica se conoce como enfermedad de Mondor, existieron varias descripciones anteriores (6) de la misma entidad. Fagge la hizo en 1870 (7), Fiessinger y Mathieu en 1922 (8), Williams en 1931 (9) y Daniels en 1932 (10). Ha sido, no obstante, la descripción de Mondor (11) en 1939 la que ha calado más en la literatura.

El primero de nuestros casos fue tratado de forma empírica, pues en la primera visita de la paciente desconocíamos la existencia de la entidad. Después de realizada una pequeña revisión tuvimos una idea más clara del asunto. El aspecto clínico era típico.

No han existido recidivas. La enfermedad de Mondor de la pared torácica suele tener una etiología benigna (6). Catania y cols. informaron un 12,7% de neoplasias malignas de mama en el total de una serie de 63 casos de enfermedad de Mondor torácica (6).

La enfermedad de Mondor de la pared torácica se ha asociado también a procedimientos quirúrgicos (6), a la picadura de una medusa un mes antes de su aparición (12) o a la utilización de una faja corporal para el tratamiento del sobrepeso (13). También a la inyección intravenosa de drogas sobre el territorio mamario (14).

Desde un punto de vista estructural, la lesión ha recibido dos denominaciones: linfangiofibrosis trombótica oclusiva (15) y periflebitis esclerosante de la pared torácica (16).

En el segundo caso fue el interés que nos había suscitado el anterior lo que nos llevó al diagnóstico. El paciente siguió bien las recomendaciones terapéuticas en el problema agudo pero no llevaba un tratamiento reglado para su infección crónica por VIH, a pesar de nuestra insistencia.

Persistió en sus hábitos tóxicos, no pudiendo controlar una infección tuberculosa diseminada que le llevó a la muerte dos años después en el hospital.

Braun-Falco (17) describió por primera vez en 1955 la fle-

bitis de la vena dorsal del pene en el contexto de otras flebitis superficiales y Helm y cols. (18) la describieron de forma individualizada en 1958. Con posterioridad se conoce a esta entidad como enfermedad de Mondor del pene (4-5).

La flebitis de la vena dorsal del pene se ha asociado a exceso de actividad sexual (19), a abstinencia prolongada (20), infección (21), irritación por sangre menstrual (22), oclusión venosa por una vejiga distendida (18) y con el abuso de drogas intravenosas (23).

En el contexto de flebitis "migrans" dentro de la evolución de neoplasias de páncreas, vejiga o próstata también se puede diagnosticar esta entidad (24,25). Hay casos que son idiopáticos (20) pero pertenecen a la era previa al estudio biológico de las trombosis.

Fue necesario desde un punto de vista académico realizar el diagnóstico diferencial con la pseudo-tromboflebitis hiperalérgica que ocurre en pacientes VIH positivos (26) y con la linfangitis esclerosante no venérea del pene (5,27). Aunque hay autores que no han reconocido totalmente esta última entidad (28).

En este paciente no se pudo realizar el protocolo de estudio biológico de trombosis (26) para intentar descartar alteraciones del sistema de coagulación.

Además de estas dos localizaciones, existe un caso descrito (29) de enfermedad de Mondor de la región inguinal en un niño nigeriano de diez años en el que no se pudo llegar a diagnosticar su causa.

Finalmente, Eastcott (30) describió en la región cubital anterior unos cordones transversales de aspecto flebítico después de una mastectomía radical. No ha habido descripciones posteriores, ni asociaciones con alguna de las formas clínicas de la enfermedad de Mondor.

Bibliografía

- Kikano GE, Caceres VM, Sebas JA. Superficial thrombophlebitis of the anterior chest wall (Mondor's disease). *J Fam Pract* 1991; 33: 643-4.
- Conant EF, Wilkes AN, Mendelson EB, Feig S.A. Superficial thrombophlebitis of the breast (Mondor's disease): mammographic findings. *Am J Roentgenol* 1993; 160: 1201-3.
- Wester JP, Kuenen BC, Meuwissen OJ, et al. Mondor's disease as first thrombotic event in hereditary protein C deficiency and cardiolipin antibodies. *Neth J Med* 1997; 50: 85-7.
- Sasso F, Gulino G, Basar M, Carbone P, Torricelli P, Alcini E. Penile Mondor's disease: an under estimated pathology. *Br J Urol* 1996; 77: 729-732.
- Tanii T, Hamada T, Asai Y, Yorifuji T. Mondor's phlebitis of the penis: a study with factor VIII related antigen. *Acta Derm Venereol* 1984; 64: 337-340.
- Catania S, Zurrida S, Verones P, et al. Mondor's disease and breast cancer. *Cancer* 1992; 69: 2267-70.
- Fagge CH. Remarks on certain cutaneous affections. *Guy's Hosp Rep London* 1869; 15: 302.
- Fiessinger N, Mathieu P. Thrombophil bites des veins de la paroi thoraco-abdominale. *Bul Soc Med Hosp Paris* 1922; 46: 352.
- Williams GA. Thoraco-epigastric phlebitis producing dyspnea. *JAMA* 1931; 96: 2196.
- Daniels WB. Superficial thrombophlebitis. *Am J Med Sci* 1932; 183: 398.
- Mondor H. Tronculite sous-cutan, subaigue de la paroi thoracique antero-laterale. *Mem Acad Chir Paris* 1939; 65: 1271.
- Ingram DM, Sheiner HJ, Ginsberg AM. Mondor's disease of the breast resulting from jellyfish sting. *Med J Aust* 1992; 157: 836-7.
- Chiedozi LC. Mondor's disease. Relationship to use of body girdle. *Trop Geogr Med* 1990; 42: 162-5.
- Cooper RA. Mondor's disease secondary to intravenous drug abuse. *Arch Surg* 1990; 125: 807-8.
- Marsch WC, Haas N, Stuttgart G. Mondor's phlebitis - a lymphovascular process. Light and electron microscopic indications. *Dermatologica* 1986; 172: 133-8.
- Aloi FG, Tomasini CF, Molinero A. Railway track-like dermatitis: an atypical Mondor's disease? *J Am Acad Dermatol* 1989; 20: 920-923.
- Braun-Falco O. Zur Klinik. Histologie und Pathogenese der strangförmigen oberflächlichen Phlebitiden. *Derm Wschr* 1955; 132: 705-15.
- Helm JD, Hodge IG. Thrombophlebitis of a dorsal vein of the penis: report of a case treated by phenylbutazone (Butazolodin). *J Urol* 1958; 79: 306-7.
- Harrow BR, Sloane JA. Thrombophlebitis of superficial penile and scrotal veins. *J Urol* 1963; 84: 1-2.
- Khan SA, Smith NL, Hu KN. New perspectives in diagnosis and management of thrombophlebitis of the superficial dorsal vein of the penis. *J Dermatol Surg Oncol* 1982; 8: 1063-6.
- Thomazeau H, Alno L, Lobel B. Thrombose de la veine dorsale de la verge. A propos de 2 observations. *J d'Urol* 1983; 89: 691-2.
- Nickel WR, Plumb RT. Nonvenereal sclerosing lymphangitis of the penis. *Arch Derm* 1962; 86: 761-3.
- Bennett RG, Leyden JJ, Decherd JW. The heroin ulcer: new addition to the differential diagnosis of ulcers of the penis. *Arch Derm* 1973; 107: 121-2.
- Horn AS, Pecora A, Chiesa JC, Alloy A. Penile thrombophlebitis as a presenting manifestation of pancreatic carcinoma. *Am J Gastroenterol* 1985; 80: 463-5.
- Sierra-Callejas JL, Gotthard K. Gefäßveränderungendes penis besonders im Alter. *Verh Dtsch Ges Path* 1975; 59: 357.
- Samlaska CP, James WD. Superficial thrombophlebitis. II. Secondary hypercoagulable states. *J Am Acad Dermatol* 1990; 23: 1-18.
- Doi Y, Takeyama M, Matsui T, Fujioka H. A case of Mondor's disease of the penis. *Hinyokika Kyo* 1988; 34: 1245-8.
- Findlay GH, Whiting DA. Mondor's phlebitis of the penis. A condition miscalled non-venereal sclerosing lymphangitis. *Clin Exp Dermatol* 1977; 2: 65-67.
- Efem SEE. Mondor's disease in the groin. *Br J Surg* 1987; 74: 468.
- Eastcott HH. Antecubital strings: a new physical sign? *Br J Surg* 1960; 47: 629-35.