

Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol. 2009; 62 (4): 317-319

SÍNDROME DE MONDOR: REVISIÓN DE LA LITERATURA A PROPÓSITO DE UN CASO

Roberto Molina Escudero, Ramiro Cabello Benavente, Juan Ignacio Monzó Gardiner, Iñigo López Díez, Juan Tabares Jiménez, Eva Paños Fagundo y Carlos Hernández Fernández.

Servicio Urología Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Resumen.- OBJETIVO: Revisar la forma de presentación, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Mondor del pene mediante la presentación de un nuevo caso.

MÉTODOS: Varón de 43 años que acude a urgencias por inflamación y edema prepucial asociado a tumefacción del dorso peneano de 3 semanas de evolución.

RESULTADOS: Se realizó ecografía doppler peneana con el diagnóstico de trombosis de la vena dorsal superficial del pene, asociada a balanitis candidiásica. Se instauró tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos, antibiótico y antifúngico. La sintomatología desapareció tras 7 días de tratamiento, con desarrollo posterior de fimosis puntiforme que requirió circuncisión.

CONCLUSIONES: La enfermedad de Mondor es una patología infrecuente cuya etiología suele ser traumática, aunque es importante tener en cuenta su posible asociación a trastornos de la coagulación, infecciones y neoplasias.

La técnica de elección para la confirmación del diagnóstico y la resolución del cuadro es la ecografía doppler.

El tratamiento se fundamenta en AINES, antibioterapia y reposo de la actividad sexual. La utilización de anticoagulantes es un aspecto controvertido, aunque de utilidad en los pacientes que presentan trastornos de la coagulación.

Palabras clave: Síndrome de Mondor. Trombosis venosa. Anticoagulación.

Summary.- OBJECTIVE: We review the presentation, diagnosis and treatment of Mondor's disease of the penis, with the contribution of a new clinical case.

METHODS: A 43-year-old male reported to the emergency room with preputial inflammation and edema associated to swelling of the dorsal region of the penis for the previous three weeks.

RESULTS: Doppler ultrasound revealed thrombosis of the superficial dorsal vein of the penis, associated to candidiasis balanitis. Treatment was provided in the form of nonsteroidal antiinflammatory drugs and antibiotic and antifungal agents. The symptoms disappeared after 7 days of treatment, followed by the development of punctate phimosis that required circumcision.

CONCLUSIONS: Mondor's syndrome is an infrequent condition usually caused by trauma, though it is important to consider the possibility of associated coagulation problems, infections and neoplastic processes.

Doppler ultrasound is the technique of choice for confirming the diagnosis and resolution of the condition.

Treatment is based on nonsteroidal antiinflammatory medication, antibiotherapy and sexual abstinence. The use of anticoagulation is controversial, but may prove useful in patients with coagulation disorders.

Keywords: Mondor's syndrome. Venous thrombosis. Anticoagulation.

INTRODUCCIÓN

En 1939, Mondor diagnosticó por primera vez la trombosis de la vena toracoepigástrica en una mujer. En 1955 Braun-Falco describió la flebitis generalizada del dorso peneano, siendo en 1958 Helm y Hodge quienes describen la trombosis de la vena dorsal superficial del pene denominándola "Enfermedad de Mondor del pene", nombre con el que se conoce actualmente a esta entidad.



CORRESPONDENCIA

Roberto Molina Escudero
Juan Esplandiú, 9A - 14 - B
28007 Madrid. (España).

robersescu@hotmail.com

Trabajo recibido: 18 de junio 2008.

Aparece con mayor frecuencia entre los 20-45 años, generalmente 24-48 horas después de una actividad sexual prolongada, siendo su principal característica la presencia de un cordón palpable y doloroso en el dorso del pene.

CASO CLÍNICO

Varón de 43 años que acude a urgencias por inflamación y edema prepucial asociado a tumefacción del dorso peneano de 3 semanas de evolución.

El paciente niega relaciones sexuales de riesgo, síndrome miccional, o fiebre. Refiere dolor en el dorso del pene en relación a un cordón indurado y palpable en dicha región, que se acentúa con la erección.

En su historia clínica sólo destaca ser fumador de 20 cigarrillos/ día, sin ninguna enfermedad de base ni tratamiento habitual; en su historia familiar tampoco se encontraron antecedentes de interés.

Durante la exploración física se aprecia una inflamación prepucial intensa con erosiones blanquecinas sugerentes de candidiasis. En el dorso peneano se evidencia un cordón duro y doloroso que se extiende desde la base hasta el surco balanoprepucial, asociado a inflamación del tejido adyacente. El resto de la exploración física fue normal.

Ante la sospecha de enfermedad de Mondor se realizó ecografía doppler peneana que confirmó el diagnóstico (Figuras 1 y 2).

El tratamiento instaurado fue Fluconazol tópico 1 aplicación /12h, Amoxicilina- Clavulanico 875 mg/8h e Ibuprofeno 600 mg/8h durante 10 días, asociado a

reposo de la actividad sexual hasta la resolución del cuadro.

Durante la primera semana, se objetiva una disminución progresiva del cordón dorsal en sentido distal y del dolor. Las lesiones relacionadas con la candidiasis han desaparecido. En este momento se pone de manifiesto a la exploración una fimosis puntiforme que impide la retracción prepucial, y por la que precisará ser circuncidado. A las 6 semanas se realiza ecografía doppler peneana donde se aprecia la repermeabilización de la vena dorsal superficial del pene en ausencia de trombo venoso, dando por resuelto el cuadro.

DISCUSIÓN

El síndrome de Mondor es una entidad que está en íntima relación con traumatismos mecánicos intensos y repetidos sobre el pene (como la actividad sexual vigorosa, uso de elementos constrictores durante las relaciones sexuales). También está asociado a otras afecciones como tumores (prostáticos, vesicales y en el seno de una tromboflebitis migratoria por un cáncer de páncreas), trastornos de la coagulación (déficit de proteínas C y S), así como infecciones genitourinarias (3).

En el estudio histopatológico se pone de manifiesto un adelgazamiento de la pared vascular, con una pérdida de la diferenciación entre la capa íntima (adelgazada con células endoteliales engrosadas) y el tejido conectivo (con disminución del tejido elástico). Además se evidencia una luz venosa ocupada por material trombótico convencional (hematíes, plaquetas y fibrina) asociado a reacción inflamatoria local (4).

El cuadro clínico evoluciona en tres estadios: fase aguda, subaguda y de recanalización. La primera aparece

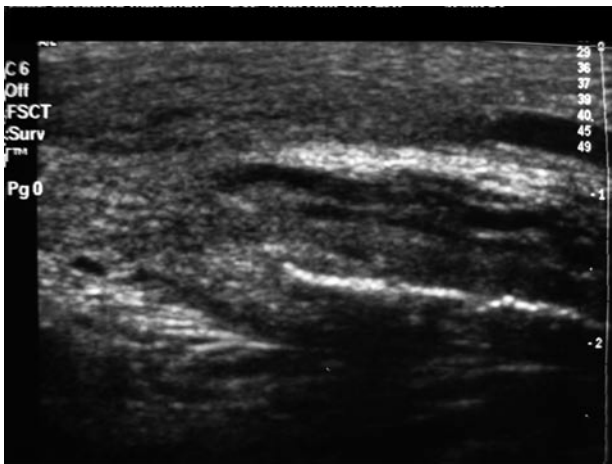


FIGURA 1. Trombosis de la vena dorsal superficial del pene diagnosticada por ecografía. Se aprecia un engrosamiento de la pared de la vena, cuya luz se encuentra ocupada por un material ecogénico que corresponde a la trombosis.

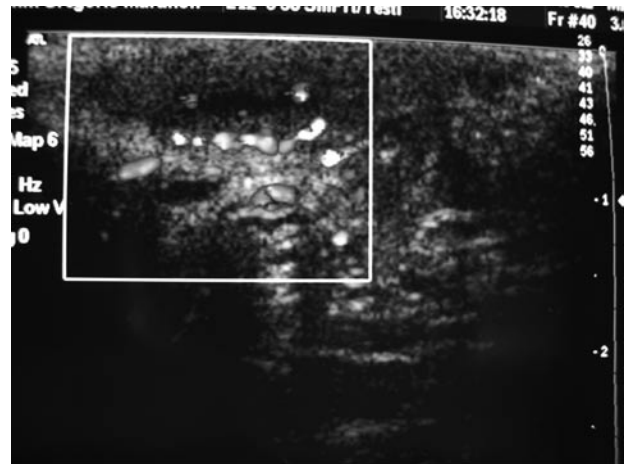


FIGURA 2. Ausencia de flujo sanguíneo en la vena dorsal del pene en Eco-Doppler.

a las 24-48 horas, es la menos constante, se asocia a dolor intenso y ocasionalmente fiebre. Posteriormente el dolor es de menor intensidad y puede asociarse a síntomas irritativos miccionales, llegando a durar 4-8 semanas. Por último se produce la recanalización de la vena con eliminación del trombo y resolución del cuadro en un tiempo entre 6-8 semanas (2).

La sospecha diagnóstica se establece con la anamnesis y en la exploración física, palpando un cordón duro, doloroso ("en alambre de hierro") ocasionalmente pulsátil en el dorso peneano. Es conveniente la realización de analítica de sangre y orina para descartar la trombofilia y la infección como posibles agentes etiológicos. La prueba de imagen de elección para la confirmación del diagnóstico es la ecografía doppler peneana. Su realización permite diferenciarlo de otros procesos que cursan con dolor y engrosamiento del dorso del pene sin trombosis venosa, como la linfangitis esclerosante venérea y la enfermedad de La Peyronie (5). La biopsia no está indicada de forma rutinaria.

En cuanto a la actitud terapéutica, se basa en medidas conservadoras como el reposo, la utilización de AINES y, ocasionalmente, heparinizantes tópicos para la disminución del dolor y la inflamación local (6). El uso de antibióticos está especialmente indicado en pacientes que presentan signos sugerentes de celulitis en la exploración física, así como en la fase aguda de la enfermedad. Son de elección aquellos que cubren la flora bacteriana implicada frecuentemente en procesos cutáneos como Amoxicilina-Clavulánico o Cloxacilina. Los anestésicos locales como la bupivacaína, no se emplean de forma rutinaria dada la brevedad de su acción, así como la posibilidad de empeorar una celulitis existente (2).

La utilización de anticoagulantes es actualmente es tema de controversia. En líneas generales no existe en la literatura recomendación para su utilización en pacientes diagnosticados de síndrome de Mondor. Sin embargo, los trabajos publicados por Sasso et al. (4) recomiendan su uso en la fase aguda (24-48 horas) para prevenir posibles eventos trombóticos adicionales. También están indicados en pacientes con antecedentes de patología trombótica o con alteraciones de la coagulación (déficit de proteína S, proteína C activada, etc). En los raros casos de trombosis de la vena dorsal profunda del pene, Shen et al. respaldan la anticoagulación del mismo modo que en otra trombosis venosa profunda por el riesgo asociado de desarrollar un tromboembolismo pulmonar. En cualquier caso la utilización de anticoagulantes tiene que estar supeditada a la relación riesgo beneficio y a las probabilidades de desarrollar un nuevo evento trombótico (7).

En los casos en que se produzca persistencia de los síntomas tras 8 semanas, la alternativa terapéutica es la cirugía siendo la técnica más habitualmente empleada la trombectomía y en algunos casos la escisión de la vena dorsal superficial del pene. Ocasionalmente el edema

prepuccial y la inflamación circundante ocasionados por el daño vascular, pueden condicionar la presencia de fimosis, susceptible de tratamiento quirúrgico mediante circuncisión (8).

CONCLUSIONES

El síndrome de Mondor es una infrecuente enfermedad de evolución generalmente autolimitada, en cuya etiología están implicadas la actividad sexual vigorosa, las infecciones, las neoplasias, y los trastornos de la coagulación.

Los síntomas cardinales del cuadro son dolor y la existencia de un cordón palpable en el dorso peneano. Ante su sospecha está indicada la realización de ecografía doppler donde se evidencia la trombosis de la vena dorsal superficial del pene.

El tratamiento se fundamenta en el reposo de la actividad sexual, AINES y antibióticos en casos seleccionados. La utilización de anticoagulantes es controvertida y esta supeditada a la valoración del riesgo-beneficio, aunque parece ser de utilidad en la fase aguda de la enfermedad y en aquellos casos asociados a trombofilia.

BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS RECOMENDADAS (*lectura de interés y **lectura fundamental)

- *1. Kumar B, Narang T, Radotra BD. Mondor's disease of penis: a forgotten disease. *Sex Transm Infect*, 2005; 81:480-482.
- **2. Rodríguez Faba O, Rodríguez Muntaner L. Trombosis de la vena dorsal del pene (Flebitis de Mondor). Aportación de un nuevo caso. *Actas Urol Esp* 2006; 30: 80-82.
3. Schmidt B, Schwarz T. Spontaneous Thrombosis of the deep dorsal penile vein in a patient with thrombophilia. *J Urol*; 2000; 164:1649
- **4. Sasso F, Gulino G, Basar M, et al. Penile Mondor's disease: an underestimated pathology. *BJU* 1996; 77: 729-732.
5. Griger D, Tanae A, Douglas B. Penile Mondor's disease in a 22-year-old man. *JAOA* 2001; 101: 235-237.
6. Al-Mwalad, Loertzer H, Wicht A., et al. Subcutaneous penile vein thrombosis: Pathogenesis, diagnosis and therapy. *Urology* 2006; 67: 586-588.
7. Shen H, Liu S, Wang S, et al. Elevated plasma factor VIII coagulant activity presenting with thrombophlebitis of the deep dorsal vein of the penis. *Int J Urol* 2007; 14: 663-664.
- *8. Liliás LA, Mumtaz FH, Madders DJ. Phimosis after penile Mondor's phlebitis. *BJU Int* 1999; 83: 520-521.
9. Dicuio M, Pomara G, Cuttano MG, et al. Penile mondor's disease after intensive masturbation in a 31- and a 33-year-old man. *Thromb Haemost* 2003; 90: 155-156.