

Enfermedad de Mondor

Sr. Director:

La enfermedad de Mondor es una vasculopatía que consiste en una tromboflebitis superficial. En la mayoría de los casos (80 %) afecta a la vena epigástrica, toracoepigástrica o torácica lateral. Ocasionalmente se ha descrito en axila¹, región inguinal y pene. Nosotros aportamos un caso en el que únicamente hallamos como antecedente una hepatitis C.

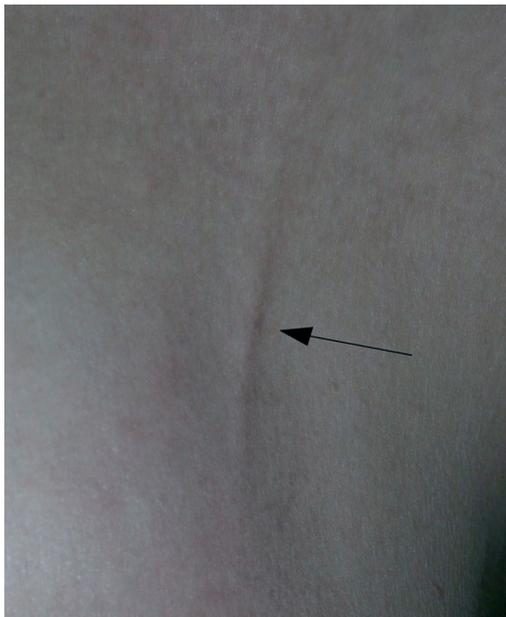


Fig. 1.—Cordón fibroso en la pared torácica.

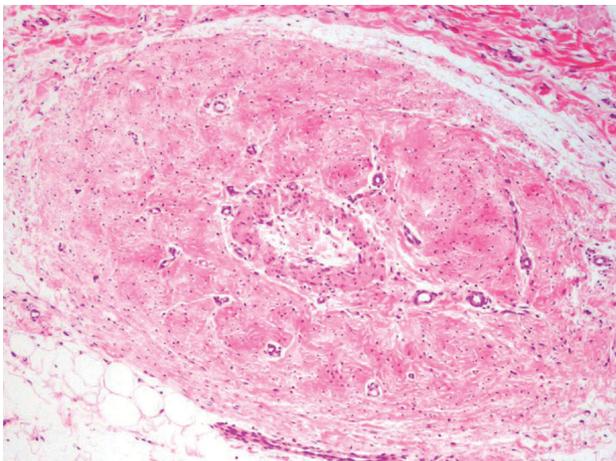


Fig. 2.—Trombosis venosa recanalizada (tinción: hematoxilina-eosina, x200).

Una mujer de 71 años, con el antecedente personal de virus de la hepatitis C (VHC) positivo de larga evolución y sin actividad, presentaba desde hacía 5 meses, un cordón lineal de 12 cm de longitud y 4 mm de grosor, bien delimitado, a lo largo de hemiabdomen izquierdo (fig. 1), compatible con una tromboflebitis superficial de la vena toracoepigástrica izquierda. El estudio histopatológico demostró una «trombosis venosa antigua recanalizada» (fig. 2). En la mamografía, ecografía abdominal y tomografía axial computarizada (TAC) cérvico-tóraco-abdominal no se encontraron hallazgos significativos. También fueron negativos los anticuerpos anticardiolipina, anticoagulante lúpico, anticuerpos antinucleares (ANA), ENA y DNA.

A los 6 meses las lesiones se resolvieron de forma espontánea.

La etiopatogenia de esta enfermedad no es bien conocida, sólo en el 50 % de los casos de Mondor se relaciona con una causa primaria. Dentro de las causas asociadas con esta vasculopatía se han descrito: traumatismos directos, ejercicio físico intenso (nadadores, culturistas, etc.)², mastitis, infecciones mamarias³, cirugía de aumento mamario⁴, cirugía de ganglio centinela¹, lipoma abdominal⁵, adictos a drogas por vía parenteral (ADPV), adenopatías metastásicas, etc. Es importante destacar que existe una neoplasia de mama oculta en más del 12 % de los casos.

En nuestro caso únicamente hallamos como antecedente un VHC positivo, una asociación que ha sido recogida con anterioridad en un caso publicado por Holle-Robatsch S et al⁶. Nosotros queremos resaltar que interpretamos dicha asociación como una mera coincidencia, y pensamos que no existe una relación clara en el caso que exponemos.

En general no es necesario su tratamiento, salvo sintomático con antiinflamatorios, pues se resuelve espontáneamente, casi siempre el dolor desaparece en 10 días. La sensación de tirantez con la elevación del brazo ipsilateral y el cordón fibroso pueden permanecer hasta un año², aunque la mayoría se resuelven en 4-6 semanas de forma espontánea. En los casos de falta de resolución puede plantearse la extirpación quirúrgica como alternativa terapéutica.

Á. Juárez^a, S. Pérez-Gala^a, G. Guhl^a,
M. Aragüés^a, T. Reina^b, J. Fraga^b
y A. García-Díez^a

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. España.

^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pappo I, Wasserman I, Stahl-Kent V, Sandbank J, Halevy A. Mondor's disease of the axilla: a rare complication of sentinel node biopsy. *Breast J.* 2004;10:253-5.
2. Onder M, Canpolat B, Aksakal B, Gurer MA. Case of Mondor's disease of the abdomen (body-building induced). *Int J Dermatol.* 2005;44:345-6.
3. Bahal V, Mansel RE. Mondor's disease secondary to breast abscess in a male. *Br J Surg.* 1986;73:931.
4. Marín-Bertolín S, González-Martínez R, Velasco-Pastor M, Gil-Mateo MD, Amorrortu-Velayos J. Mondor's disease and aesthetic breast surgery: report of case secondary to mastopexy with augmentation. *Aesthetic Plast Surg.* 1995;19:251-2.
5. Rubegni P, De Aloe G, Biagioli M, Rubegni M, Fimiani M. Recurrent Mondor's disease resolved after exeresis of abdominal lipoma. *Dermatol Surg.* 1999;25:563-5.
6. Holle-Robatsch S, Fink AM, Schubert C, Steiner A, Partsch H. Mondor phlebitis associated with hepatitis C. *Vasa.* 2001; 30:297-8.