

ENFERMEDAD DE MONDOR ABDOMINAL

SOFÍA D. SAURIN, MARÍA F. SOLA, CONSTANZA GIARDULLO, AGUSTINA BUSSO,
MARINA MARTINEZ, RODRIGO GARCÍA

Servicio de Clínica Médica, Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas, Buenos Aires, Argentina

Dirección postal: Sofía D. Saurin, Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas, Pte. Illia s/n y Marconi, 1684 El Palomar, Morón, Buenos Aires, Argentina

E-mail: sofi.saurin@gmail.com

Recibido: 18-VI-2025

Aceptado: 10-XI-2025

Resumen

La enfermedad de Mondor es una entidad rara, benigna y autolimitada, caracterizada por la tromboflebitis superficial de venas de la pared toracoabdominal anterior. No debe confundirse con el síndrome de Mondor, una entidad obstétrica grave caracterizada por hemólisis, coagulación intravascular diseminada y shock séptico, habitualmente asociada a aborto séptico. Aunque su etiología es desconocida, hay factores predisponentes asociados. Clínicamente se manifiesta como un cordón unilateral doloroso indurado subcutáneo. El diagnóstico es clínico, aunque se puede confirmar con estudios de imagen. El tratamiento es sintomático y su evolución es autolimitada.

Se presenta el caso de una paciente con enfermedad de Mondor que se desencadena luego de realizar esfuerzo físico. La ecografía resultó útil para confirmar el diagnóstico. Se descartó trombofilia o enfermedad neoplásica. Evolucionó con resolución completa del cuadro.

Palabras clave: Mondor, trombosis superficial, trombosis, abdominal, neoplasia

Abstract

Abdominal Mondor's disease

Mondor disease is a rare, benign and self-limiting entity, characterized by superficial thrombophlebitis of

veins of the anterior thoracoabdominal wall. Its etiology is unknown, although predisposing factors are associated. Clinical presentation is a unilateral painful cord-like subcutaneous induration. The diagnosis is clinical, although can be confirmed with imaging studies. Symptomatic treatment is suggested and its evolution is selflimited.

We present the case of a patient with Mondor disease triggered after physical exertion. Diagnosis was confirmed by ultrasound. Thrombophilia or neoplasm were ruled out. Condition improvement was complete.

Key words: Mondor, thrombosis superficial, abdominal, neoplasia

La enfermedad de Mondor (EM) es una entidad clínica benigna infrecuente caracterizada por la tromboflebitis superficial de las venas subcutáneas de la pared toracoabdominal anterior¹, con una prevalencia destacada en las venas torácicas laterales, toracoepigástricas y epigástricas superiores²⁻⁴. Suele presentarse en la edad media de la vida y su incidencia es mayor en mujeres³⁻⁵.

A pesar de los esfuerzos por determinar su etiología, esta sigue siendo desconocida. Sin embargo, se han descrito casos vinculados a traumatismos directos o indirectos (incluso si-

tuaciones donde se ejerce una presión continua sobre ese área, como por ejemplo cuando se lleva ropa ajustada), actividad física intensa, intervenciones quirúrgicas (mastectomías, colocación de implantes mamarios estéticos, biopsias mamarias, etc.), infecciones, uso de drogas vasoconstrictoras y la presencia de un cáncer subyacente⁴.

Clínicamente se presenta como un cordón unilateral indurado, palpable, generalmente doloroso, a nivel del tejido celular subcutáneo, pudiendo presentar o no eritema en la piel adyacente.

El diagnóstico es clínico, aunque en algunos casos se requiere la confirmación ecográfica⁶.

Se trata de una enfermedad autolimitada y el manejo es conservador con analgésicos y antiinflamatorios no esteroides (AINEs)⁶.

Caso clínico

Mujer de 56 años, con antecedentes de 3 abortos espontáneos, que consultó por cuadro de dos semanas de evolución caracterizado por la presencia de un cordón doloroso palpable en abdomen sin otros síntomas acompañantes. Al examen físico la paciente se encontraba hemodinámicamente estable, afebril, con cordón palpable y doloroso ante la palpación profunda en pared abdominal, sin signos de flogosis (Fig. 1). El resto del examen físico sin particularidades.

Se realizó ecografía de piel y partes blandas (PYPB) que evidenció una imagen tubular superficial desde flanco derecho hasta región paraumbilical homolateral compatible con vena, con contenido heterogéneo, no compresible por un trayecto de 6 cm aproximadamente en relación a trombosis venosa superficial. También se realizó ecografía abdominal que no mostró alteraciones. Se realizó eco Doppler de vasos del cuello que descartó afección a dicho nivel.

Con el objetivo de descartar enfermedad neoplásica subyacente se realizó mamografía que evidenció una asimetría nodular en cuadrante superoexterno de mama izquierda que se comprimía y persistía; y ecografía mamaria que informó área nodular compatible con foco de adenosis de 13 × 9.8 × 17mm, Doppler negativo, BIRADS 3, descartando afección mamaria maligna. También se reinterrogó a la paciente acerca de síntomas asociados y mencionó cuadro de 2 meses de evolución de pirosis que cedía con la ingesta de alimentos fríos. En este contexto, se solicitó videoendoscopia digestiva alta (VEDA) que informó esofagitis grado B, hernia hiatal y enteropatía

eritematosa. Se indicó tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP). Se sospechó EM, por lo que se indicó reposo, tratamiento sintomático con AINEs y control evolutivo.

En contexto de paciente con trombosis venosa superficial y antecedentes de abortos se solicitaron anticuerpos para síndrome antifosfolipídico (SAF) a las 12 semanas del evento agudo, los cuales resultaron negativos.

Acudió a control clínico en reiteradas oportunidades, donde se constató franca disminución de la longitud del cordón palpable, desapareció completamente a los cuatro meses y medio del evento agudo (Fig. 2).

La paciente firmó el correspondiente consentimiento informado para la publicación del caso.

Discusión

La EM es una entidad poco frecuente con una incidencia de aproximadamente 0.5-1%⁷. Fue descrita por primera vez en 1869 por Fagge y posteriormente en 1939 por el cirujano francés Henri Mondor. Ha sido clasificada en tres tipos: EM tipo I: compromete la pared anterolateral tóracoabdominal; EM tipo II: compromete otros territorios venosos, principalmente la vena dorsal del pene; EM tipo III: luego de una cirugía de mama^{2,5}.

Dentro de los factores predisponentes, el más común parece ser el trauma local⁵. En nuestra paciente se pudo evidenciar en todas las consultas el uso de ropa ajustada. También se han descrito casos de EM relacionados con estados protrombóticos, por lo que algunos estudios sugieren realizar test para descartar condiciones de hipercoagulabilidad⁸. En nuestro caso se solicitaron anticuerpos para SAF, los cuales resultaron negativos.

La asociación entre cáncer de mama y la EM ha sido documentada en varios estudios con una prevalencia de alrededor del 12%⁹⁻¹¹, por lo que la mamografía siempre debería realizarse en pacientes con EM, incluso aunque el examen físico fuera negativo, para descartar cáncer de mama primario o secundario¹². En la paciente reportada no se evidenciaban alteraciones ni se palpaban formaciones nodulares en la mama; sin embargo, ante la sospecha de EM, se realizaron mamografía y ecografía mamaria que descartaron enfermedad maligna.

Diversas investigaciones^{11, 13, 14} sugieren una asociación entre trombosis venosa superficial

(TVS) y cáncer. Ante el cuadro de pirosis de dos meses de evolución más TVS reciente, se solicitó VEDA que descartó enfermedad neoplásica de tubo digestivo alto.

Sí bien el diagnóstico es clínico, la ecografía es útil para confirmarlo y descartar diagnósticos diferenciales. El vaso trombosado aparece localizado de manera superficial, como una estructura tubular larga, anecoica, sin flujo en el estudio Doppler⁴, similar a lo descrito en nuestra paciente.

La enfermedad es autolimitada y suele resolver en 4-8 semanas¹⁰, aunque algunos estudios presentaron mejoría en aproximadamente 12 semanas y algunos recién a los 6 meses^{5,7}. En el presente caso vimos la desaparición clínica del cordón a los cuatro meses y medio. Un estudio

Figura 1 | Tromboflebitis superficial de vena toracoepigástrica. Nótese marcas en piel producto del uso de ropa ajustada



Figura 2 | Abdomen de la paciente a los cuatro meses y medio del evento agudo. Nótese la desaparición completa del cordón abdominal



realizado en 45 pacientes con EM¹⁵ con seguimiento durante un año posterior al diagnóstico de la enfermedad, sugiere que la afección se encuentra en probable relación con eventos transitorios o complicaciones locales, lo que demuestra un buen pronóstico a largo plazo.

El tratamiento se realiza de forma conservadora con AINEs; los anticoagulantes y antibióticos no están indicados. Nuestra paciente recibió tratamiento con AINEs con mejoría de la sintomatología.

El caso clínico presentado destaca la complejidad diagnóstica y el manejo multidisciplinario necesario en pacientes con EM. A pesar de ser una entidad poco frecuente, su presentación clínica variada y sus posibles asociaciones con otros trastornos hacen que su abordaje sea desafiante, por lo que es fundamental la pesquisa, mediante una correcta anamnesis y examen físico, de factores desencadenantes.

La relación entre la EM y el cáncer de mama, aunque poco frecuente, subraya la necesidad de realizar estudios de imagen mamaria en pacientes con EM, incluso en ausencia de hallazgos clí-

nicos sugestivos. La detección precoz de lesiones mamarias concomitantes es crucial para un manejo adecuado y un pronóstico favorable.

El seguimiento a corto y largo plazo de los pacientes con EM es fundamental para evaluar la resolución de los síntomas y descartar complicaciones.

El tratamiento conservador con AINEs sigue siendo el enfoque principal, ya que los

anticoagulantes y los antibióticos no están indicados.

El caso ilustra la importancia de considerar la EM como un diagnóstico diferencial en pacientes con síntomas sugestivos y resalta la necesidad de una evaluación integral y un enfoque multidisciplinario para garantizar un manejo óptimo.

Conflicto de intereses: Ninguno para declarar

Bibliografía

1. Rivera-Chavarria JJ, González-Vargas AI. Enfermedad de Mondor. *Angiología* 2018; 70: 200-1.
2. Cervellin G, Creta M, Riva M, Di Comite V, Buttarelli L, Lippi G. Abdominal Mondor's disease presenting as acute abdominal pain. A case report and literature review. *Acta Biomed* 2013; 84: 155-8.
3. Barrantes-Tijerina M, Perez-Vasconcelos M, Chaparro-González JM. Enfermedad de Mondor. *An Med (Mex)* 2011; 56: 159-61.
4. Diaz-Miguel V, Gonzalo I, Tello A, Alonso E. Tromboflebitis superficial de la pared torácica: enfermedad de Mondor idiopática. *Clin Invest Gin Obst* 2006; 33: 64-6.
5. Schuppisser M, Khallouf J, Abbassi Z, et al. Abdominal Mondor disease mimicking acute appendicitis. *Int J Surg Case Rep* 2016; 20:37-40.
6. Kolakowska N, López Ortiz F, Altares Arriola N, San Julián Tejedor M, de Miguel de Juanes C, Barasoain Alcaide A. Enfermedad de Mondor: la gran desconocida. *Med Gen Fam* 2022; 11: 230-2.
7. Ramos Pérez V, Lamas López M, Arias Pacheco R.D, Mínguez Ruiz G, Martín Rivas B. Enfermedad de Mondor en el varón: una entidad clínica poco frecuente. *Cirugía Española* 2021; 99: 761-2.
8. Vannetti A.L, Bueno Canet R, Samper A. Enfermedad de Mondor. *Rev Argent Dermatol* 2013; 94: 59-66.
9. Catania S, Zurrida S, Veronesi P, Galimberti V, Bono A, Pluchinotta A. Mondor's disease and breast cancer. *Cancer* 1992; 69: 2267-70.
10. Amano M, Shimizu T. Mondor's disease: a review of the literature. *Intern Med* 2018; 57:2607-12.
11. Mondéjar Solís R, Obispo Portero B. Trombosis venosa superficial y cáncer. Sociedad Española de Oncología Médica, 2018. En: <https://seom.org/formacion/formacion-on-line/en-curso/revisiones-cientificas/106623-trombosis-venosa-superficial-y-cancer>; consultado junio 2025.
12. Villalobos Mora C, Mora Hernández G. Actualización en enfermedad de Mondor. *Med Leg Costa Rica* 2017; 34: 244-7.
13. Lozano Sánchez FS, González Porras JR, Torres Hernández JA, Carnicero Martínez JA. La trombosis venosa superficial ¿no es una enfermedad benigna! *Angiología* 2020; 72:135-44.
14. Laguna Argente C. Tromboflebitis superficial migratoria. *Piel (Barc)* 2011; 26:391-4.
15. Robert Kreuzpointner R, Johner F, Roth-Zetzsche S, Kucher N, Barco S. Clinical presentation and long-term follow-up of 45 patients with Mondor disease: A single-center longitudinal study. *Vascular Med* 202; 26: 409-14.