



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 160/212 - Enfermedad de Mondor: Un dolor idiopático

E.M. Cama Meza<sup>a</sup>, S. Córdova Peralta<sup>b</sup>, P.Á. Oriol Torón<sup>c</sup> y F.J. Peligro Adarve<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente del 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Martorell-Baix Llobregat Nord. Barcelona. <sup>b</sup>Médico Residente del 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Martorell-Baix Llobregat Nord-Barcelona. Barcelona. <sup>c</sup>Médico de Familia. ABS Martorell urbano. Barcelona. <sup>d</sup>Médico de Familia ABS Martorell-Baix Llobregat Nord-Barcelona.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 48 años, natural de Martorell (Barcelona). Trabaja como monitora en un comedor y no tiene hábitos tóxicos ni presenta patologías relevantes. Antecedente patológico: mamas fibroquísticas. Realiza revisiones anuales y ha requerido aspiración de algunas de estas lesiones. Consulta por clínica de 10 días de dolor en hemitórax derecho que aumenta al levantar los brazos y que irradia a cara lateral externa de la mama, costado y abdomen. No ha existido antecedente traumático ni sobrecarga.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exámenes auxiliares. Analítica: Hb 12 mg/dl, leucos 5,1800 (N: 63,2%, linf: 29%, M: 6%, Eo: 0%) plaquetas: 219,000. Bioquímica normal, función hepática: normal, coagulación normal. Ecografía mamaria: macronódulos redondeados sin ecos en su interior y con refuerzo posterior compatibles con quiste simples de tamaño entre 10-40 mm. No se observan imágenes de malignidad. Adenopatía derecha de 2,1 cm y núcleo discretamente desplazado. Mamografía: mama con patrón nodular BI RADS2. Tratamiento: se recomendó naproxeno 500 cada 12 horas, y la paciente evidenció una notable mejoría a partir de la segunda semana de tratamiento; dos semanas después, la resolución era prácticamente total. TA 120/70 mmHg, FC 75 × minuto EVA: 8. En la cara lateral derecha del tronco se observaba un cordón longitudinal, que desde la axila avanzaba lateralmente por el costado hacia el abdomen, bifurcándose y alcanzando una longitud de 12 cm. Era doloroso a la palpación, no presentaba signos inflamatorios externos y se movilizaba en dirección ascendente cuando a la paciente se le invita a levantar el brazo. Exploración mamaria: presencia de múltiples nódulos en ambas mamas, molestos a la palpación, destacando tumoración de 3 cm en cuadrante inferior derecho. Se palpaban dos adenopatías axilares derechas de aspecto inflamatorio, de 2 y 1 cm de diámetro aproximadamente.

**Juicio clínico:** La presencia de un cordón fibroso y doloroso de las características descritas, nos orientó hacia la enfermedad de Mondor.

**Diagnóstico diferencial:** Se ha de realizar con: ruptura fibrilar, hipercoagulabilidad, angeítis subagudas o por drogas, infecciones y compresión de vasos sanguíneos.

**Comentario final:** La enfermedad de Mondor es una entidad benigna, idiopática y normalmente autolimitada. Su incidencia es baja. El diagnóstico es eminentemente clínico. Se trata de una

tromboflebitis superficial de la pared torácica, que se presenta como un cordón subcutáneo indurado, no adherido a la piel y sin signos inflamatorios externos que se resuelve en un periodo que va de unas semanas a 2-3 meses. En un 12% se puede asociar a neoplasia mamaria, por lo que es relevante descartar esta patología.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Álvarez B, Gardezabal García JA, Martínez Álvarez Z et al. Enfermedad de Mondor axilar. Med Cutan Iber Lat Am. 2009; 7(5):227-9.
2. Hodorowicz-Zaniewska D, Szczepanik KJ. Ultrasound-guided vacuum-assisted core biopsy in the diagnosis and treatment of focal lesions of the breast - own experience. Videosurgery Miniinv. 2013;8:63-8.
3. Vincenza M, De Cicco, Apicella R. Tight bra in a 34-year-old woman: an unusual cause of Mondor's disease. Ann Vasc Dis. 2014;7:149-51.