

Bibliografía

- Sechi G, Serra A. Wernicke's encephalopathy: New clinical settings and recent advances in diagnosis and management. *Lancet Neurol.* 2007;6:442-55.
- Galvin R, Brathen G, Ivashynka A, Hillbom M, Tanasescu R, Leone MA, EFNS. EFNS guidelines for diagnosis, therapy and prevention of Wernicke encephalopathy. *Eur J Neurol.* 2010;17:1408-18.
- Pina Latorre MA, Díaz Hurtado M, Vidal Tolosa A, Lerín Sánchez FJ. Encefalopatía de Wernicke oligosintomática. Revisión y medicina de Atención Primaria. *Semergen.* 2003;29:376-8.
- Scalzo SJ, Bowden SC, Ambrose ML, Whelan G, Cook MJ. Wernicke-Korsakoff syndrome not related to alcohol use: A systematic review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2015, pii: jnnp-2014-309598. doi: 10.1136/jnnp-2014-309598 [Epub ahead of print].
- Kleinert-Altamirano AP, Juárez Jiménez H. Encefalopatía de Wernicke y criterios de Caine. Informe de seis casos. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2014;52:104-7.
- Chamorro Fernández AJ, Marcos Martín M, Laso Guzmán FJ. Encefalopatía de Wernicke en el paciente alcohólico. *Rev Clin Esp.* 2011;211:9.
- Montero Pérez FJ, Jiménez Murillo L, Reyes Aguilar C. Intoxicación etilica aguda. Cetoacidosis alcohólica. Encefalopatía de Wernicke. En: Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ, editores. *Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación.* 4.ª ed. Barcelona, España: Elsevier; 2010. p. 760-4.
- Day E, Bentham PW, Callaghan R, Kuruvilla T, George S. Thiamine for prevention and treatment of Wernicke-Korsakoff syndrome in people who abuse alcohol. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;7:CD004033, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004033.pub.3>.

M. Sánchez-García^{a,*}, A. Vera-Montes de Oca^b, I.G. Tomoiu^a y J.A. Delgado-Casado^a

^a Centro de Salud Ciudad Real II, Ciudad Real, España

^b Servicio de Urgencias, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fenetra.444@hotmail.com

(M. Sánchez-García).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerng.2015.03.010>

Tromboflebitis submamaria, una enfermedad no tan infrecuente



Submammary thrombophlebitis, a not so uncommon condition

La enfermedad de Mondor, tromboflebitis o flebitis de las venas superficiales de la pared antero lateral del tórax, son una causa infrecuente de enfermedad mamaria en mujeres, con una incidencia menor del 1%¹, que pueden presentar dudas diagnósticas diferenciales en el momento de las manifestaciones clínicas (dolor mamario, flebitis, retracción del tejido mamario, palpación patológica). La etiología de esta enfermedad es muy amplia, siendo la causa más frecuente la traumática o la quirúrgica de la mama y, con un porcentaje menor, la idiopática. Otros factores predisponentes como el ejercicio extenuante o la compresión directa sobre el tórax, podrían contribuir a la aparición de la misma.

Exponemos un caso clínico de dolor torácico atípico. Mujer de 47 años sin antecedentes patológicos conocidos ni alergias medicamentosas, celadora de profesión, acudió al servicio de urgencias del centro de salud, por presentar dolor submamario derecho de 5 días de evolución. En la exploración física destacaba inflamación de la vena superficial submamaria derecha y dolor a la palpación, encontrándose cordón venoso fibroso sin retracción cutánea ni secreción por el pezón (figs. 1 y 2). A la exploración de las mamas no se palpaban masas o nódulos, así como tampoco adenopatías. No había signos de traumatismo directo o erosión. Mamografía previa hacía un año sin alteraciones.

Se decidió aconsejar reposo relativo y tratamiento antiinflamatorio con seguimiento mensual. Posteriormente fue revalorada destacando persistencia de la sintomatología, motivo por el que se solicitó mamografía bilateral y ecografía con mantenimiento de los antiinflamatorios hasta finalizar los 2 meses de tratamiento. Tras obtener

el resultado de la mamografía, observándose imágenes nodulares, en contexto de alteraciones fibroquísticas con presencia de quiste dominante en cuadrante supero externo en mama derecha de 16 mm y Breast Imaging Reporting and Data System 2 (BI-RADS 2) con resultados ecográficos sin apreciarse conducto dilatado ni ausencia de flujo con utilización de Doppler, se presentó resolución espontánea de la clínica durante las 4 semanas posteriores.

La enfermedad de Mondor, es una afección infrecuente que se presenta en ambos sexos, con mayor prevalencia en las mujeres entre la segunda y la quinta década de la vida², en el 75% de los casos, y se caracteriza por ser benigna, unilateral y autolimitada. A pesar de su escasa incidencia (0,5-0,8%)², los estudios realizados hasta el momento no incluyen los pacientes asintomáticos con enfermedad. Consiste en una tromboflebitis de una de las venas superficiales de la pared antero lateral toraco abdominal, principalmente la toraco epigástrica y, con menos frecuencia, la yugular externa o la mamaria interna³. El tratamiento en caso de dolor intenso, consiste en antiinflamatorios orales y calor local⁴.

La etiología es amplia, siendo la principal causa la traumática, por contusión directa, y la quirúrgica de la mama, así como picaduras de artrópodos⁵; hipercoagulabilidad; infecciones virales y bacterianas; complicación de catéter venoso central; neoplasia mamaria; embarazo y puerperio; artritis reumatoide y esfuerzo físico intenso con implicación de extremidades superiores y tórax. La relación con el cáncer de mama es un punto controvertido, ya que en un porcentaje no despreciable de los casos (12%) existe asociación, secundario a la compresión directa del tumor sobre la vena o por metástasis axilares³.

El diagnóstico diferencial es preciso realizarlo con rotura de fibras musculares, infección por larva *migrans* y enfermedades reumatológicas, caracterizándose por ser enfermedades más dolorosas y con afectación arterial⁴.



Figuras 1 y 2 Eritema y cordón de 7 cm de longitud, arrosariado palpable (flecha), submamario derecho.

Según la bibliografía consultada, la mamografía está indicada en aquellas pacientes que se desee confirmación del diagnóstico de la enfermedad de Mondor, y para descartar malignidad concomitante⁶, a través de las diferentes densidades exploradas en el tejido afectado. Resulta negativa para neoplasia, en la mayor parte de los casos, observándose densidad nodular o tubular subyacente a la piel y, ocasionalmente, calcificaciones de la pared venosa, en casos repetidos. La ecografía puede contribuir en la ayuda diagnóstica para confirmar/descartar la presencia de trombosis mediante la falta de compresibilidad y de flujo en Doppler. Apreciándose entonces, una estructura tubular anecoica dilatada y larga, descrita en la literatura como «arrosariada», a nivel de la grasa subcutánea, no compresible en la fase aguda y sin presencia de flujo mediante Doppler implicando trombo intramural⁷.

Según los estudios realizados, el hallazgo mamográfico correspondiente a BI-RADS 3), recomiendan seguimiento a los 6 meses para confirmar la resolución completa de la enfermedad³. La punción está desaconsejada por el riesgo de infección.

La importancia del caso radica en la realización de una correcta exploración mamaria por parte del médico

de atención primaria, y la utilización de pruebas complementarias en los casos indicados (considerando que son herramientas de bajo coste y alta efectividad), siendo necesarias para confirmar el diagnóstico, dada la relevante relación existente con la presencia de neoplasia oculta.

Las enfermedades poco frecuentes o «raras», se caracterizan por su alta morbimortalidad precoz. Es por ello fundamental el papel del médico de atención primaria como primer eslabón para establecer en los casos sospechosos de padecerlas, un estudio inicial para poder discernir si es imprescindible, a través de la correlación entre el servicio médico especialista de esa enfermedad, la continuidad del estudio. Es trascendental seguir en la búsqueda de las enfermedades menos prevalentes de la sociedad, a pesar de la falta de inversión y tratamiento en numerosas ocasiones, para poder albergar algo de esperanza e identidad a aquellos que las sufren. Como dijo Platón: «Si bien buscas, encontrarás».

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

- Shetty NK, Watson AB. Mondor's disease of the breast: Sonographic and mammographic findings. *AJR Am J Roentgenol.* 2001;177:893-6.
- Díaz-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.
- Garza ML, Putz MD, Garza NL, Dávila YJ. Enfermedad de Mondor de la mama: hallazgos por mamografía y ultrasonidos. *Avances.* 2011;23:14-7.
- Vannetti AL, Bueno R, Samper A. Enfermedad de Mondor. *Rev Argent Dermatol.* [consultado 6 Feb 2015]. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-300X2013000100006&lng=es&nrm=iso>.
- Álvarez A, Chamorro AJ, Valeiras E. Enfermedad de Mondor: causa atípica de dolor torácico. *Semergen.* 2010;36:302-3.
- Yanik B, Conkbayir I, Oner O, Hekimoglu B. Imaging findings in Mondor's disease. *J Clin Ultrasound.* 2003;31:103-7.
- Rodríguez M, Ortiz C, Arredondo R, Anaya MP. Enfermedad de Mondor idiopática. *Acta Médica Grupo Ángeles.* 2013;11:32-5.

J. Mezquida Arnó*, C. Canet Fajas y R. Córdoba García

Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Delicias Sur, Zaragoza, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: juliama50@hotmail.com

(J. Mezquida Arnó).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2015.03.008>