

## Síndrome de Mondor, a propósito dun caso.

### Mondor's syndrome, case report.

#### AUTORAS

Rial Fernández, Carla<sup>1</sup>, Grimán Perozo, Aurelysmar Pastora<sup>2</sup>

<sup>1</sup>MIR 4 Medicina Familiar e Comunitaria, Centro de Saúde de Bertamiráns

<sup>2</sup>Médica de Familia, Ambulatorio Concepción Arenal

**Autora para correspondencia:** Carla Rial Fernández, [Carla.Rial.Fernandez@sergas.es](mailto:Carla.Rial.Fernandez@sergas.es)

#### INTRODUCCIÓN

Muller de 44 anos, con antecedentes persoais de hidrosadenite, hábito tabáquico e sometida a intervención cirúrxica de laringocele. Non toma tratamento crónico neste momento.

Acode a consulta porque nota que “se lle infla unha vea” na axila dereita e que lle molesta ao levantar e baixar o brazo.

Durante a exploración obsérvase unha lesión de traxecto lonxitudinal que avanza dende un resto de hidrosadenite na axila ata a raíz do brazo dereito pola cara interna, doloroso á palpación, visible a simple vista e con nodularidade no traxecto á palpación.

A paciente nega traumatismo ou sobre esforzo previo.

#### DIAGNÓSTICO

Tras anamnese e exploración física dirixida fíxose o diagnóstico de Síndrome de Mondor, baralláronse os seguintes diagnósticos diferenciais: linfanxite superficial, hidrosadenite, necrose graxa subcutánea, síndrome de web axilar, mastite aguda ou absceso mamario. Co diagnóstico de Síndrome de Mondor decídese non realizar probas complementarias e prescribiuse tratamento con heparina sódica tópica 1000UI/g para aplicar cada 12 horas durante 10 días, explícanse síntomas de alarma e revisión posterior. Na revisión á semana o cadro xa mellorara moito (Figura 1) e a resolución total constatouse ás 4 semanas.

**Figura 1. Lesión na consulta de revisión, á semana do diagnóstico**



## CONCLUSIÓNS

O síndrome de Mondor (1) foi descrito por primeira vez en 1939, polo cirurxián francés Henri Mondor, orixinariamente como unha trombose das veas toracoepigástricas (2), pero co tempo incluíronse na definición outras entidades como a trombose da vea dorsal do pene e a cicatrización retráctil da fascia despois dunha cirurxía mamaria aínda sen a presenza de trombose venosa superficial concomitante (3, 4).

A etiología da enfermidade de Mondor segue sendo incerta, aínda que se coñecen factores predispoñentes como a actividade física excesiva, os traumatismos, infeccións, procesos inflamatorios, compresión venosa, uso de drogas vasoconstritoras ou iatroxenia (cirurxía, biopsia). Estudos xenéticos recentes demostraron que mutacións nos xenes encargados na regulación da hemostasia poden aumentar o risco de tromboflebite e, en consecuencia, do síndrome de Mondor (1).

A súa prevalencia oscila entre un 0,5 e un 0,8%, aínda que é probable que sexa maior debido a que se trata dunha entidade infradiagnosticada. É máis frecuente en mulleres nunha proporción de 3:1 e adoita aparecer aos 45 anos de idade de media (5).

O seu diagnóstico é basicamente clínico, polo que non é necesaria a realización de probas complementarias invasivas, aínda que pode utilizarse a ecografía para excluír datos de compresión venosa que se vería como unha estrutura hipoecoica dilatada e incluso se podería observar un trombo intraluminal sen fluxo no eco-doppler. Poden realizarse estudos de coagulación para descartar condicións de hipercoagulabilidade coa detección do dímero D (5).

A súa evolución é benigna e resólvese de maneira espontánea aos 2-3 meses sen deixar secuelas, aínda que nalgunha ocasión pode cronificarse ou recidivar. Poden utilizarse como tratamento medidas locais como cremas de heparina e antiinflamatorios orais. Nalgúns casos, poden utilizarse medias de compresión para mellorar o fluxo venoso se a localización o permite (1).

Debemos ter en conta outras entidades clínicas para facer un axeitado diagnóstico diferencial como os seguintes:

- Linfate superficial (6): Trátase dun cordón eritematoso, doloroso, moi frecuente tras unha picadura de artrópodo ou infección local. Diferénciase do síndrome de Mondor en que adoita acompañarse de signos inflamatorios máis evidentes.
- Necrose graxa subcutánea (7): Placas induradas, móbiles, non dolorosas, máis frecuente en neonatos pero posible en adultos tras trauma. É útil a ecografía para diferenciar.
- Mastite aguda ou absceso mamario (8): Dor, eritema, calor local e fiebre. A presenza de fluctuación ou pus orienta a absceso. A ecografía pode descartar colección.
- Variz superficial trombosada (9): Cordón doloroso, palpable, a miúdo en extremidades pero posible en parede torácica.
- Síndrome de web axilar (10): Caracterizado por dor e sensación de tensión cutánea axilar irradiada ao brazo, con limitación do movemento do ombreiro e un cordón palpable doloroso máis evidente na exploración coa abducción do brazo en pacientes con antecedente de cirurxía axilar como a biopsia de ganglio centinela en mulleres con cancro de mama ou linfadenectomía.

O síndrome de Mondor é unha entidade moi infrecuente entre os tipos de tromboflebite superficial na que o diagnóstico é fundamentalmente clínico. Debido a súa baixa prevalencia é unha patoloxía que non temos moi presente na nosa práctica habitual o que motiva o seu infradiagnóstico, motivo polo que se decide publicar este caso clínico.

**Consentimiento informado:** A autora declara que se obtivo consentimento informado por escrito para a publicación deste caso clínico.

## BIBLIOGRAFÍA

1. H. Alvarez-Garrido, A.A. Garrido-Rios, C. Sanz-Munoz, A. Miranda-Romero. Mondor's disease. Clin Exp Dermatol., 34 (2009), pp. 753-76
2. M. Schuppisser, J. Khallouf, Z. Abbassi, M. Erne, D. Vettorel, A. Paroz, et al. Abdominal Mondor disease mimicking acute appendicitis. Int J Surg Case Rep., 20: 37-40
3. Conkbayir, B. Yanik, B. Keyik, B. Hekimoğlu. Superficial dorsal penile vein thrombosis (Mondor disease of the penis) involving the superficial external pudendal vein. J Ultrasound Med. 2010;29(8):1243-5.
4. Pittaka, E. Fotiou, M. Dionysiou, P. Polyviou, E. Eracleous, D. Andreopoulos, et al. Penile Mondor's disease in a patient treated with radical chemoradiation for anal cancer. Oxf Med Case Reports. 2017; (8): omx036
5. Amano M, Shimizu T. Mondor's Disease: A Review of the Literature. Intern Med. 2018;57(18):2607-2612
6. Marque M, Girard C, Guillot B, Bessis D. Superficial lymphangitis after arthropod bite: a distinctive but underrecognized entity? Dermatology. 2008;217(3):262-7
7. Restrepo R, Inarejos Clemente EJ, Corral G, Mas TR, Fenlon EP 3rd, Jaramillo D. Subcutaneous fat necrosis of the newborn: a pictorial essay of an under-recognized entity. Pediatr Radiol. 2023;53(2):313-323
8. Morcomb EF, Dargel CM, Anderson SA. Mastitis: Rapid Evidence Review. Am Fam Physician. 2024;110(2):174-182
9. Piazza G, Krishnathasan D, Hamade N, Ujueta F, Scimeca G, Ortiz-Rios MD et al. Superficial Vein Thrombosis: A Review. JAMA. 2025 Sep 15.
10. Nieves Maldonado SM, Pubul Núñez V, Argibay Vázquez S, Macías Cortiñas M, Rui bal Morell Á. Axillary web syndrome following sentinel node biopsy for breast cancer. Rev Esp Med Nucl Imagen Mol. 2016 Sep-Oct;35(5):325-8.