



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

CENTRO MEDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE

SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA

ENFERMEDAD DE MONDOR DE LA MAMA, REPORTE DE CASOS

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE
LA ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA PLÁSTICA
Y RECONSTRUCTIVA

PRESENTA

DR. ARMANDO MADRID ROTZINGER

ASESOR DE TESIS : Dra. Fanny Stella Herrán Motta

México, D.F. 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DR. MAURICIO DI SILVIO LÓPEZ _____
Subdirector de Enseñanza e Investigación

DR. RAMON CUENCA GUERRA _____
Profesor Titular del Curso de Posgrado
En Cirugía Plástica y Reconstructiva

DR. IGNACIO LUGO BELTRÁN _____
Jefe de Servicio de
Cirugía Plástica y Reconstructiva

DRA. FANNY STELLA HERRAN MOTTA _____
Médico Adscrito del Servicio de Cirugía
Plástica y Reconstructiva
Asesor de Tesis

DR. ARMANDO MADRID ROTZINGER _____
Autor y Médico Residente del Curso de Posgrado
en Cirugía Plástica y Reconstructiva

AGRADECIMIENTOS

- A Dios por darme la vida, llenarme de bendiciones y por darme los medios para cumplir esta meta en mi vida.
- A mi madre que en paz descanse.
- A mi padre quien a lo largo de mi vida se ha preocupado por mi, por mi formación y siempre ha estado pendiente, por haber sido hasta hoy el pilar principal en mi formación, mi mejor amigo, maestro y mi mentor en la cirugía plástica. Gracias Father
- A mi esposa quien llegó y marcó mi vida, llenó mi vida de ilusión y felicidad, con quién tendré la dicha de formar una familia a la cuál cuidaré con todo mi corazón, Te amo Mara
- A mi mamá Rose quién a lo largo de este tiempo me ha brindado su apoyo, amor y comprensión y me ha adoptado como hijo, gracias por ser tan linda, te quiero mucho.
- A mis maestros Dr. Cuenca, Dr. Duarte, Dr. Rivas, Dr. Shturman, Dr. Lugo, Dra. Herrán.
- A mis compañeros Dr. Mares, Dr. Alvarenga, Dr. Vélez, Dra. Menéndez, Dra. Morel, Dr. Uribe gracias por todo su apoyo durante estos años, saben que siempre contarán conmigo.
- A todos mis amigos a quienes en algún momento descuidé por estar en mi residencia, gracias por todo.

INDICE

- I. RESUMEN**
 - A. Objetivo General**
 - B. Material y métodos**
 - C. Resultados**
 - D. Conclusiones**
- II. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA**
- III. MARCO TEÓRICO**
 - A. Antecedentes históricos**
 - B. Etiología y Patogenia**
 - C. Cuadro clínico**
 - D. Patología**
 - E. Tratamiento**
- IV. JUSTIFICACIÓN**
- V. OBJETIVOS**
 - A. Objetivo General**
 - B. Objetivos específicos**
- VI. MATERIAL Y MÉTODOS**
 - A. Tipo de Estudio**
 - B. Muestra y Unidades de Observación**
 - C. Criterios de selección**
 - 1. Inclusión**
 - 2. Exclusión**
 - 3. Eliminación**
 - D. Definición de variables y unidades de medida**
 - E. Fuentes, métodos y técnicas de recolección de información**
- VII. RECURSOS Y LOGÍSTICA**
- VIII. ASPECTOS ÉTICOS Y DE BIOSEGURIDAD**
- IX. RESULTADOS**
- X. CONCLUSIONES**
- XI. BIBLIOGRAFIA**
- XII. ANEXOS**

I.- RESUMEN

En la actualidad la cirugía mamaria ha aumentado considerablemente ya sea con fines estéticos y reconstructivos como lo son el aumento, reducción y pexia mamaria; así como los procedimientos oncológicos (cuadrantectomías, mastectomías y biopsias).

Existe una patología descrita desde hace muchos años muy rara, la cual muchas veces pasa desapercibida o es mal diagnosticada por el médico tratante. Que consiste en una tromboflebitis superficial de una o varias venas de la pared torácica anterior; la cual se presenta generalmente de 2 a 3 semanas postoperatorias.

Dicha patología tiene una evolución benigna y tiene una evolución autolimitada, con predominio en el género femenino, y con una presentación entre las edades de 21 y 66 años, y la raza no juega un papel determinante en la presentación.

Normalmente se presenta de manera unilateral y se caracteriza por presentar dolor a nivel del trayecto venoso acompañado de un cordón fibroso el cuál se hace más evidente al abducir y levantar los brazos. Se puede presentar hiperemia. Todo esto remite en el trascurso de semanas a un mes.

No existe un estudio ideal que sea considerado como diagnóstico, ni de imagenología, ni de laboratorio.

En cuanto al tratamiento ya se mencionó previamente que la enfermedad per se tiende a la mejoría de manera espontánea, sin embargo se ha observado que existe una disminución de éste tiempo cuando se administran medicamentos desinflamatorios tanto esteroideos como no esteroideos, así como una terapéutica antimicrobiana de manera empírica.

Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo en las pacientes operadas de aumento, reducción o pexia mamaria dentro del servicio de cirugía plástica del CMN 20 de noviembre del ISSSTE en un periodo del 1º de Marzo de 2008 al 31 de Mayo de 2010. Encontrando un total de 119 pacientes dentro de las cuales se encontró 1 caso, el cuál es bilateral.

Tuvo una evolución a la mejoría en 3 semanas y su tratamiento fue a base de medidas locales, analgésicos, desinflamatorios esteroideos. Sin secuelas posteriores.

En base a los resultados obtenidos se llegó a las siguientes conclusiones:

- 1) El agregar esteroide y analgésicos así como medidas generales disminuye el tiempo de recuperación por el que cursa la patología.
- 2) Se confirmó la incidencia tan baja que tiene la patología
- 3) La patología no tiene secuelas.

II.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La enfermedad de Mondor es como se le conoce al proceso tromboflebítico superficial en la pared torácica anterior.

Se presenta generalmente posterior a una intervención quirúrgica mamaria en la cual se encuentra un cordón a nivel subcutáneo, acompañado de dolor.

Determinar ¿cuál es el curso clínico de la enfermedad de Mondor de la mama?

III.- MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES HISTORICOS

El término Enfermedad de Mondor que se usa actualmente, se estableció posterior a una revisión que realizó Leger en 1947, de los casos reportados.

En la cual encontraron que en 1939 Mondor, describió casos que establecieron las bases de la descripción de esta patología.

Por otro lado hay reportes previos de esta entidad por varios autores con distintos nombres como Escleriasis en 1869 por Flagge, y en 1933 Moschowitz le denominó Mastitis vestigial

De la misma manera otros autores la han descrito posterior a la descripción de Mondor, con distintos nombres probablemente desconociendo los antecedentes, tal es el caso de Aldair en 1950, y Johnson y colaboradores en 1955 quienes le dieron el nombre de linfangitis superficial.

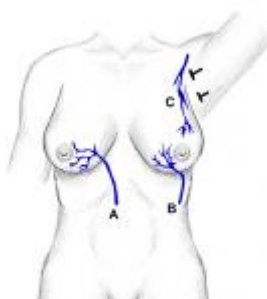
ETIOLOGIA Y PATOGENIA

Dentro de los factores etiológicos que se han descrito el principal es la cirugía mamaria, ya sea para aumento o bien reducción, pexia o biopsia, sin embargo existen reportes de otros factores como traumatismos, uso de prendas muy apretadas, esfuerzo físico intenso, y procesos inflamatorios locales. Sin descartar la presencia de patología oncológica.

En base a lo anterior se ha llegado a la conclusión que esta entidad se debe a una lesión de la pared torácica, que condiciona una inflamación de las paredes vasculares venosas que derivan en trombosis; o bien a través de la incisión para la inclusión del implante se ocasiona una sección de la vena, la cuál por las válvulas no se vacía lo que condiciona una estasis y formación de trombo.

Se han descrito varios canales venosos implicados en la enfermedad de Mondor, los cuales son (Fig.1)

- A) Vena epigástrica superior
- B) Vena toracoepigástrica
- C) Vena torácica lateral



CUADRO CLÍNICO

Es una entidad rara, con pocos casos reportados, en ocasiones con un curso subclínico, no detectado por los médicos, y como tiene resolución espontánea, no se le brinda mayor interés.

En general tiene un predominio en el género femenino en un 75%, y se presenta generalmente entre los 21 y los 66 años, sin predominio por raza o etnia.

Tiene un inicio de 2 a 3 semanas posterior a la cirugía, en la cual se presenta dolor de intensidad variable, a nivel de la cara anterolateral del tórax, el cuál en algunos casos no existe. Eritema en el mismo sitio y al último aparece un endurecimiento a nivel de tejido celular subcutáneo que tiene forma de cordón, y está fijo a tejidos profundos, se le han dado varios nombres como cuerda de violín entre otros, con una longitud variable, pero en general mide alrededor de 8 a 10 cm, pero puede ser mucho mayor, o bien tan pequeño que se puede confundir con otras patologías, generalmente infecciosa. El cuál se hace más evidente al levantar los brazos.

Generalmente es unilateral, pero hay reportes de casos bilaterales.

Su evolución es normalmente de días a semanas.

El elemento vascular afectado con el proceso tromboflebítico se identifica de acuerdo al trayecto del cordón subcutáneo y puede ser con un trayecto hacia afuera iniciando en el complejo areola pezón, lo cual nos indica que se trata de la vena torácica lateral.

Puede tener un trayecto hacia abajo y hacia adentro lo que indica que es la epigástrica superior, o bien hacia abajo únicamente que indica que es la toracoepigástrica.

A nivel de piel pueden presentarse alteraciones como retracciones o adherencia a planos más profundos.

Hay descripciones de un surco que normalmente se presenta en el mismo trayecto del cordón, sin embargo no de manera inicial, sin embargo se ha reportado desde el inicio. Este se puede hacer más evidente mediante la tracción longitudinal del cordón sobre su eje, lo que se consigue elevando los brazos, o bien manualmente.

El curso normal de la enfermedad es a la resolución en un periodo de semanas a un mes, sin embargo hay reportes de casos más prolongados. Sin importar el tratamiento establecido.

Por otro lado existen documentos que mencionan que cuando ha habido duda en cuanto al diagnóstico y se ha realizado algún estudio como biopsia, la evolución tiende a la mejoría en un menor tiempo, en comparación con los casos a los que no se les ha realizado.

PATOLOGÍA

Johnson y colaboradores describieron 4 fases en la evolución de esta entidad, con hallazgos microscópicos del proceso de tromboflebitis

- 1) En esta fase se observa el trombo pegado a la pared vascular la cual no tiene alteraciones aparentes, el dicho trombo está formado por fibrina, elementos formes sanguíneos con alteraciones generalmente eritrocitos
- 2) En esta fase se encuentra bloqueado el lumen vascular con daño al tejido elástico de la pared, se observa un trombo bien formado, el cual esta conformado por fibroblastos. Se pueden observar indicios de recanalización.
- 3) Presencia de recanalización parcial del lumen vascular e inicia la mejoría del tejido elástico venoso.
- 4) Recanalización venosa, sin trombo, con fibrosis a nivel de la pared, que condiciona un engrosamiento de la misma.

Además de estos hallazgos existe reacción inflamatoria perivascular en todo el trayecto del vaso.

No hay estudios específicos y los cultivos no son de utilidad

TRATAMIENTO

Debido a la evolución natural de la enfermedad que es a la mejoría como se menciono previamente, no hay un tratamiento establecido como específico, sin embargo se ha presentado mejoría mas pronta cuando se utiliza algún esteroide, antimicrobianos de manera empírica, manejo preventivo tromboembólico.

De la misma forma se ha observado mejoría posterior a la toma de biopsia, por lo que algunos autores recomiendan esta como parte del proceso terapéutico.

IV.- JUSTIFICACIÓN

Esta es una entidad poco frecuente, descrita previamente con diferentes nombres, en la cual se han establecido distintos tratamientos, se analizará cual es el tratamiento ideal y si existe alguna forma de prevención con objeto de disminuir la incidencia de ésta patología y los costos de tratamiento, en beneficio del paciente y de la institución.

V.- OBJETIVOS

General

Describir la presentación y el curso clínico de la enfermedad de Mondor

Específico

Descripción de tratamientos y evolución de los pacientes.

VI.- MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de Estudio

Retrospectivo, descriptivo.

DISEÑO

Tamaño de la muestra.

Pacientes del CMN diagnosticados con enfermedad de Mondor del 01-Marzo de 2008 al 31-Mayo de 2010.

Esta patología es en extremo rara con una incidencia menor al 1%. En este hospital se presentó 1 caso en el periodo mencionado, y será él que se analizará.

Criterios de inclusión.

- Pacientes con antecedente de cirugía de aumento mamario con implantes
- Pacientes con antecedente de cirugía de reducción mamaria
- Pacientes con antecedente de pexia de ligamentos de Cooper
- Edad 20-50 años
- Género Femenino

Criterios de exclusión.

- Pacientes con cirugía mamaria previa
- Pacientes con inyección de modelantes

Criterios de eliminación.

- Abandono al tratamiento
- Reintervención quirúrgica.
- Patologías asociadas mamarias como Cáncer mamario, Fibroadenosis mamaria, mastopatía fibroquística.
- Expedientes incompletos

Definición de variables y unidades de medida.

- Tratamiento establecido (variable nominal)
- Evolución clínica (variable numérica en tiempo, variable nominal en mejoría o deterioro)
- Fotografías antes y después del tratamiento (evolución clínica, variable nominal mejoría, deterioro)
- Edad (variable numérica)
- Antecedentes patológicos (variable nominal de acuerdo al expediente clínico)
- Complicaciones quirúrgicas
- Tiempo de evolución

Selección de las fuentes, métodos, técnicas y procedimientos de recolección de la información :

La fuente de recolección de datos serán los pacientes y sus expedientes.

Hoja de recolección de datos anexo 1

VII.- RECURSOS Y LOGÍSTICA

Los propios del servicio de Cirugía Reconstructiva del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE

Dra. Fanny Stella Herrán Motta médico Adscrito del Servicio de Cirugía plástica y Reconstructiva, Dr. Armando Madrid Rotzinger residente del tercer año de CPR y demás residentes del servicio de CPR.

VIII.- ASPECTOS ÉTICOS Y DE BIOSEGURIDAD

No aplica, riesgo menor al mínimo según Ley General Salud en Materia de Investigación en Humanos, apartado de Ética

Estudio descriptivo, serie de casos, uso de expedientes.

Se anexa consentimiento informado para asegurar confidencialidad en la sesión fotográfica. (anexo 2)

Se explicarán con detalle los riesgos y peligros de la investigación, así como las medidas que deban tomarse para evitar procedimientos inadecuados. El paciente o sus familiares deberán ser informados de su participación en la investigación y deberá ser recabada su conformidad por escrito, en los casos que se considere necesario.

Evaluación clínica de rutina (Investigación sin riesgo según la Ley General de Salud en materia de investigación).

IX.- RESULTADOS

En el período de 01-Marzo de 2008 al 31-Mayo de 2010. Se encontraron a 53 pacientes en quienes se realizó colocación de implantes mamarios, a 34 pacientes se les realizó reducción mamaria y a 32 pacientes pexia.

Dentro de las cuales nos da un total de 119 pacientes en las cuales se encontró esta patología en 1 paciente la cual se presentó de manera bilateral.

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 35 años de edad quien tiene diagnóstico de hipoplasia mamaria, quien se programa para realizar colocación de implantes mamarios, redondos microtexturizados de 375 cc perfil alto.

La cirugía se realizó sin complicaciones transoperatorias colocando los implantes por vía submamaria, en bolsillo retroglándular. Con evolución a la mejoría por lo que se egresa para continuar control en la consulta externa.

Inicia con sintomatología a la 3ª semana de postoperatoria, con dolor a nivel submamario, presencia de cordón subcutáneo el cual se hacía más aparente al abducir y levantar los brazos. Todo esto de manera bilateral.



Fotografía frente.



Fotografía frontal con brazos abducidos y elevados haciendo evidente cordón subcutáneo.



Fotografía ¾ izquierda con brazo abducido y levantado.



Fotografía ¾ derecha con brazo abducido y levantado

Se estableció tratamiento con una dosis de antiinflamatorio esteroideo (betametasona) Intramuscular dosis única, analgésico (ketorolaco) y medidas generales.

La paciente presento evolución a la mejoría remitiendo el cuadro en 3 semanas, sin secuelas.

X.- CONCLUSIONES

En base a lo anterior se encontró que con el tratamiento establecido se presentó una disminución en el tiempo esperado de recuperación.

Se confirmó que la patología como tal no tiene secuelas, no se presentan alteraciones en la forma o en la sensibilidad de las mamas posterior a la patología.

XI.- BIBLIOGRAFIA

1) Incidence of Mondor Disease in Breast Augmentation: A Retrospective study of 2052 Breasts using Inframammary incision

Plastic and Reconstructive Surgery 2008:122,2

2) MONDORS DISEASE AFTER BREAST REDUCTION SURGERY

Plastic and Reconstructive Surgery 2006:117,7

3) ENFERMEDAD DE MONDOR

(TROMBOFLEBITIS SUPERFICIAL DE LA PARED ANTERIOR DEL TÓRAX) INFORME DE LOS PRIMEROS CASOS EN HONDURAS

Dr. R. A. Durón M. (*) Dr. Héctor Láinez (**)

REV. MED. HONDUR. VOL. 35—1967

4) Enfermedad de Mondor: estudio de dos formas topográficas

M. ORTEGA CALVO, J.M. VILLADIEGO SÁNCHEZ

Centro de Salud Virgen de Belén. Unidad Clínica de Gestión. Pilas.

Distrito Sanitario Aljarafe. Sevilla

An. Med. Interna (Madrid) v.20 n.6 Madrid jun. 2003

5) Mondor's Disease of the Breast Sonographic and Mammographic Findings

Mahesh K. Shetty^{1,2} and Alfred B. Watson²

¹ Department of Radiology, The Woman's Hospital of Texas, 7600 Fannin St., Houston, TX 77054.

² Department of Radiology, Baylor College of Medicine, One Baylor Plaza, Houston, TX 77030.

Received January 23, 2001; accepted after revision March 28, 2001.

6) Superficial Thrombophlebitis

Author: Nelson Menezes, MD, RVT, Chief of Vascular Surgery, Assistant Professor, Department of Surgery, Division of Vascular Surgery, The Brooklyn Hospital Center and Cornell University

7) ENFERMEDAD DE MONDOR. PRESENTACION DE UN NUEVO CASO

J. FREIXINET, M.A. CALLWPIs, H. BALLON,* M. CARRANZA y J. SANCHEZ-LLORET

Servicio de C i g í a Torácica. Servicio de Cirugía Cardiovascuiar*. Hospital Clíco y Universitario. Barcelona (España)

8) TROMBOFLEBITIS DE LA VENA TORÁCICA LATERAL DEL TÓRAX: ENFERMEDAD DE MONDOR

Juan Carlos Moreno Fernández^{1*}; Blanca Sanz Pozo²; Claudia López Marcos¹; Esther

Martín Ruíz³; Carolina Peláez Laguno⁴; David González Gallardo⁵

Re v i s t a V a l e n c i a n a d e M e d i c i n a d e F a m i l i a , N 2 6

XII.- ANEXOS

ANEXO 1 HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



*Centro Medico Nacional
"20 de Noviembre"
Subdirección de Enseñanza e Investigación
Coordinación de Investigación*



CMN 20 DE NOVIEMBRE ISSSTE

CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA

ENFERMEDAD DE MONDOR DE LA MAMA REPORTE DE CASOS

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

Fecha: _____

Nombre: _____

Número de registro: _____

Edad: _____

Diagnóstico: _____

Patologías asociadas: _____

Cirugía realizada: _____

Complicaciones: (si) (no), cuál: _____

Tratamiento de la misma: _____

Fecha de inicio de enfermedad de mondor: _____

Cuadro clínico: _____

Tratamiento establecido: _____

Antimicrobianos: (si) (no), cuál?: _____

Tiempo de administración: _____

Fecha de remisión: _____

Secuelas: _____

ANEXO 2 CONSENTIMIENTO INFORMADO



*Centro Medico Nacional
"20 de Noviembre"
Subdirección de Enseñanza e Investigación
Coordinación de Investigación*



SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA
ENFERMEDAD DE MONDOR DE LA MAMA REPORTE DE CASOS
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por este conducto yo _____

De _____ años de edad, con No de expediente _____, manifiesto ser paciente del Servicio de Cirugía Plástica Reconstructiva, estando actualmente en tratamiento por presentar complicación de cirugía mamaria, ENFERMEDAD DE MONDOR DE LA MAMA, estoy enterado(a) del protocolo de investigación que en esta subespecialidad de Cirugía Plástica Reconstructiva se está realizando.

Doy mi consentimiento para participar activamente en dicho trabajo de investigación, conociendo la confidencialidad del mismo, ajustándome a las indicaciones que se me proporcionen por parte del personal que realiza el protocolo, autorizando el uso de material fotográfico, entre ellos firmar este consentimiento que me proporciona el servicio de cirugía Plástica y Reconstructiva como rutina para analizar y tratar mi patología. Por lo tanto, en pleno uso de mis facultades mentales y en forma voluntaria autorizo mi participación en el protocolo de investigación con título arriba descrito, entendiéndolo que en caso de no aceptar no se retirará mi tratamiento

Nombre y firma paciente: _____

Nombre y firma testigo: _____

Nombre y firma testigo: _____

Nombre y firma investigador principal: Dr. Armando Madrid Rotzinger _____

Investigador: Dra Fanny Stella Herrán Motta _____