Enfermedad de Mondor post cirugía plástica mamaria. Actualización y presentación de casos clínicos

Mondor's disease after breast plastic surgery. Update and presentation of clinical cases

Dra. María Emilia Barrios[1,3], Dra. Virginia Giachero[2,3]

RESUMEN

Introducción y objetivo: La enfermedad de Mondor (EM) es una tromboflebitis superficial de las venas torácicas, habitualmente asociada a cirugía mamaria. Es una condición benigna y autolimitada, y suele estar subdiagnosticada.
Materiales y métodos: Se presentan tres casos de EM tras cirugía mamaria, diagnosticados clínicamente por la aparición de cordones subcutáneos dolorosos en el postoperatorio inmediato.
Resultados: Todas las pacientes presentaron síntomas entre los 19 y 33 días tras la cirugía. El tratamiento fue conservador, con resolución completa en 3 a 6 semanas, sin recurrencias ni necesidad de estudios complementarios.
Conclusiones: La EM es una complicación poco reconocida. El diagnóstico basado en la evaluación clínica, junto con una adecuada información al paciente, permite un manejo adecuado, evitando la realización de más estudios y disminuyendo la ansiedad asociada.

Palabras clave: tromboflebitis, enfermedad de Mondor, cirugía plástica mamaria.

ABSTRACT

Introduction and objective: Mondor's disease (MD) is a superficial thrombophlebitis of the thoracic veins, most commonly associated with breast surgery. It is a benign and self-limiting condition and is often underdiagnosed.
Materials and methods: We present three cases of MD in breast surgery, clinically diagnosed based on the appearance of painful subcutaneous cords in the immediate postoperative period.
Results: All patients developed symptoms between 19 and 33 days after surgery. Treatment was conservative, with complete resolution within 3 to 6 weeks, without recurrences or the need for additional diagnostic studies.
Conclusions: MD is a poorly recognized complication. Diagnosis based on clinical evaluation and adequate patient information allows for appropriate management, avoiding unnecessary investigations and reducing associated anxiety.

Key words: thrombophlebitis, Mondor's disease, breast plastic surgery.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2026;32(3):140-145. HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202603/0140-0145

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La enfermedad de Mondor (EM) es conocida como una tromboflebitis superficial de las venas subcutáneas de la pared torácica anterior relacionada habitualmente con patología o cirugía mamaria, si bien su etiopatogenia no está del todo clara.
Clínicamente se caracteriza por la aparición de dolor en la mama o pared torácica, seguido por la aparición de un cordón firme, eritematoso y sensible.
La primera serie de casos de esta enfermedad fue informada por el cirujano francés Henri Mondor en 1939, a quien debe su nombre[1].
Aproximadamente la mitad (45-60%) de los casos son idiopáticos, no encontrándose una causa aparente. El porcentaje restante parece ser secundario a causas conocidas[2-5].
En los casos de EM por cirugía mamaria, la aparición de los síntomas dentro de un territorio abordado y doloroso, y su evolución con remisión espontánea en semanas, hace que la enfermedad pase desapercibida. La incidencia general aproximada según la bibliografía es de 0,5-0,96 %, sabiendo que existe un infradiagnóstico[4,6-9].
El objetivo de este trabajo es realizar una actualización del tema y la presentación de 3 casos clínicos de EM post cirugía mamaria.

CASOS CLÍNICOS

CASO I

Paciente de sexo femenino, 49 años. Doctora en Medicina. Sin antecedentes personales patológicos a destacar. Se realizó mamoplastia de aumento, *dual plane* tipo II de Tebbetts, abordaje submamario. Prótesis de silicona, redondas, perfil alto, microtexturizadas, 275 cc.
Tras autoexamen, a los 33 días postoperatorios la paciente nota la aparición de cordón visible y doloroso en la mama izquierda (cuadrante inferolateral), con irradiación del dolor hasta el surco inguinal homolateral.
Se realizó tratamiento evitando la compresión en la zona, AINE sistémicos y tópicos (diclofenac gel c/12 hs), heparina gel tópica c/12 hs, árnica tópica.

1. Residente tercer año. Unidad Académica de Cirugía Plástica y Quemados. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Miembro de la Sociedad de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética del Uruguay.
2. Prof. Agregada. Unidad Académica de Cirugía Plástica y Quemados. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Miembro de la Sociedad de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética del Uruguay.
3. Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Montevideo, Uruguay.

✉ **Correspondencia:** Dra. María E. Barrios. mebs186@gmail.com

Los autores no declaran conflictos de intereses
Recibido: 26/01/2026 | Aceptado: 18/08/2026

En este caso y en todos los casos las pacientes contaban con mamografía preoperatoria de rutina y no se solicitaron estudios complementarios postoperatorios.
Remisión al mes.

CASO II
Paciente de sexo femenino, 51 años. Doctora en Medicina. Sin antecedentes personales patológicos a destacar.
AP: Mastopexia estética en T invertida a pedículo superior con implantes subfasciales de 250 cc microtexturizados y resección de tejido mamario del polo inferior de mama izquierda para simetrización de volumen. Hallazgo de carcinoma *in situ* en la pieza de resección de la mama izquierda e hiperplasia ductal atípica.
Posteriormente se realizó mastectomía reductora de riesgo bilateral conservadora del complejo areola-pezón, con abordaje por la cicatriz vertical previa. Reconstrucción inmediata con expansores retromusculares. Se rellenaron progresivamente los expansores hasta un volumen de 250 cc.
A los 30 días del postoperatorio, tras autoexamen la paciente nota la aparición de cordones en el tórax, desde la cicatriz a nivel surco submamario lateral hasta el abdomen.
Se indica el mismo tratamiento que en el caso anterior, con una remisión de la signosintomatología a los 40 días.
Se realizó el cambio de expansores por prótesis a los 2 meses de completar la expansión, sin complicaciones, ni reaparición de cordones.

CASO III
Paciente de sexo femenino, 38 años. Ingeniera. Sin antecedentes patológicos a destacar.
Mamoplastia de aumento por abordaje submamario, plano subfascial, con implantes de silicona microtexturizados redondos, perfil alto, 275 cc.
A los 19 días del postoperatorio la paciente nota la aparición de cordones dolorosos submamarios a izquierda durante autoexamen, desde la cicatriz en el surco hacia el abdomen.
Se realizó el mismo tratamiento que en los casos anteriores, con remisión de la signosintomatología a las 4 semanas.

DISCUSIÓN

La EM es conocida como una tromboflebitis superficial de las venas de la pared torácica anterior. Las venas más comúnmente afectadas son aquellas que irradian desde la areola hacia la axila (vena torácica lateral), al epigastrio (vena epigástrica superior) o directamente hacia la pared abdominal (vena toracoepigástrica)[2,10].
Aunque se desconoce la etiología de la enfermedad, en casi la mitad los casos parecen ser idiopáticos (45 %),

Figura 1. Caso I. Cordón en mama izquierda.

en un 20% iatrogénicos (postquirúrgicos), en un 22 % traumáticos y el 5 % restante relacionados con cáncer de mama[2-5].
El mecanismo biológico exacto que desencadena este proceso no está del todo claro.
Se han reportado factores asociados como lesiones previas, biopsia quirúrgica, traumatismos, enfermedades mamarias inflamatorias e infecciosas, cáncer de mama, distensiones musculares locales, mamas hipertróficas y/o ptósicas, ropa o vendajes ajustados, ejercicio vigoroso de las extremidades superiores, entre otras[2,11].
La posible asociación entre la EM y el cáncer de mama ha sido objeto de debate en la literatura. Diversos estudios han reportado una incidencia del 12 % de cáncer de mama asociado en pacientes con EM. Sin embargo, esta asociación debe interpretarse con cautela, ya que muchos de los casos reportados corresponden a pacientes que se encontraban bajo investigación por síntomas mamarios, lo que podría representar un sesgo de selección[4,12].
Catania et al., en 1991, encontraron 8 casos (12 %) de EM asociados con cáncer de mama entre un total de 68 pacientes con EM. En esta serie, la incidencia de cáncer de mama en asociación con la EM es de las más altas reportadas. Destacamos que la población en estudio es del Centro de Cáncer de Mama del Hospital Vittore Buzzi, Milán, la División de Cirugía General del Hospital Civil, Padua, y el Instituto Nacional del Cáncer, Milán, Italia. Ello explica la asociación más elevada de la EM con dicha patología. Los datos obtenidos llevan a la conclusión de que la enfermedad de Mondor suele ser una condición idiopática, pero que ocasionalmente puede ser causada por un cáncer de mama[5].
Cabe aclarar que, en el caso II presentado, el hallazgo de carcinoma *in situ* fue incidental en la pieza de resección de simetrización, no fue detectado a partir de la EM. La secuencia fue cáncer-cirugía-EM, y no EM como signo de cáncer.

Figura 2. Caso I. Pre- y postoperatorio de mamoplastia de aumento.

Figura 3. Caso II. Cordones visibles bilaterales. Mastectomía bilateral y reconstrucción inmediata con colocación de expansor.

Existen diferentes hipótesis en cuanto a la fisiopatología de la enfermedad:

Parece que una incisión en la piel de la mama, especialmente de orientación transversal (aunque no de forma exclusiva) con la división de venas superficiales orientadas verticalmente, podría causar un deterioro del flujo sanguíneo retrógrado, con la consiguiente estasis y trombosis.

Estudios inmunohistoquímicos confirman la presencia de trombos venosos en más de la mitad de los casos y un aspecto histológico de linfangitis en un número significativo sin ninguna trombosis venosa[13,14].

Otra teoría plantea una etiología inicialmente fascial y no vascular; estos cordones serían el resultado de una contractura postraumática de la fascia, que se arrugaría después de una incisión, tensión o incluso manipulación del plano fascial, sin que sea estrictamente necesaria su sección directa (como lo evidencian casos descritos en aumentos mamarios realizados en el plano suprafascial, donde la fascia no es incidida pero sí sometida a tensión o desplazamiento). Esta teoría no ha sido comprobada histológicamente[13,15].

Cabe señalar que, hasta la fecha, la literatura no ha demostrado diferencias estadísticamente significativas en la incidencia de la EM según el tipo de acceso quirúrgico o el plano de colocación del implante, reflejando la escasez de series con un número suficiente de casos y la heterogeneidad de las variables estudiadas. Sin embargo, esta limitación metodológica es también consecuencia de que la etiología de la enfermedad permanece sin esclarecer, y los mecanismos propuestos hasta el momento constituyen hipótesis fisiopatológicas sin confirmación histológica ni experimental definitiva.

Los casos clínicos presentados son postquirúrgicos, tanto estéticos como reconstructivos, en los cuales se colocaron implantes en un plano retromuscular o subfascial, es decir que siempre hubo una incisión y apertura a nivel de la fascia prepectoral con posterior cierre de la misma. Ello podría tener relación con la teoría fascial, aunque al contar únicamente con tres casos no es posible inferir causalidad.

La presión mecánica causada por el implante desde el interior, sumada al cierre de la fascia, y eventualmente a la presión externa del sostén, podrían ser la

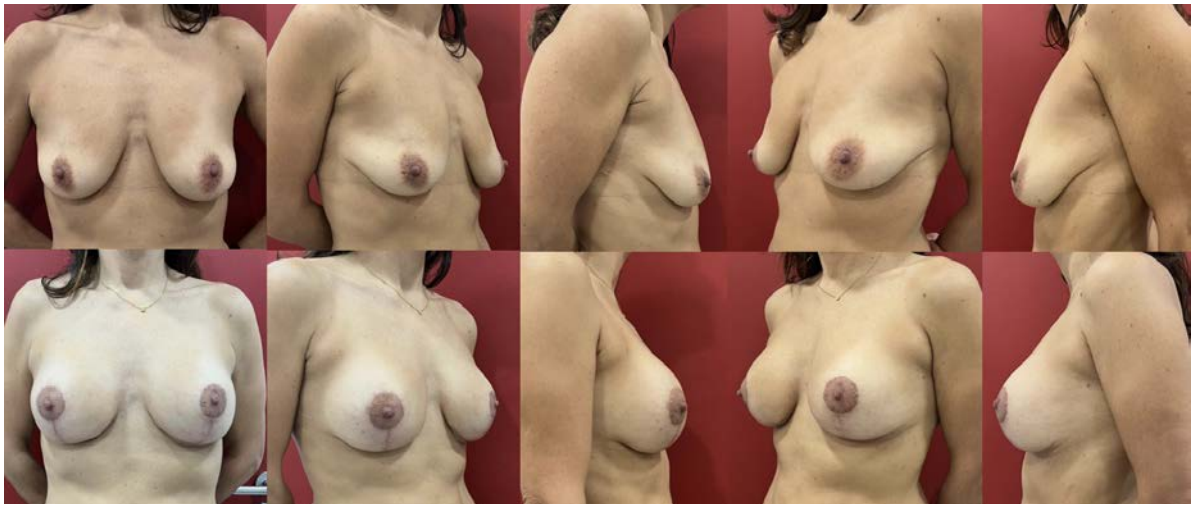

Figura 4. Caso II. Preoperatorio y resultado final.

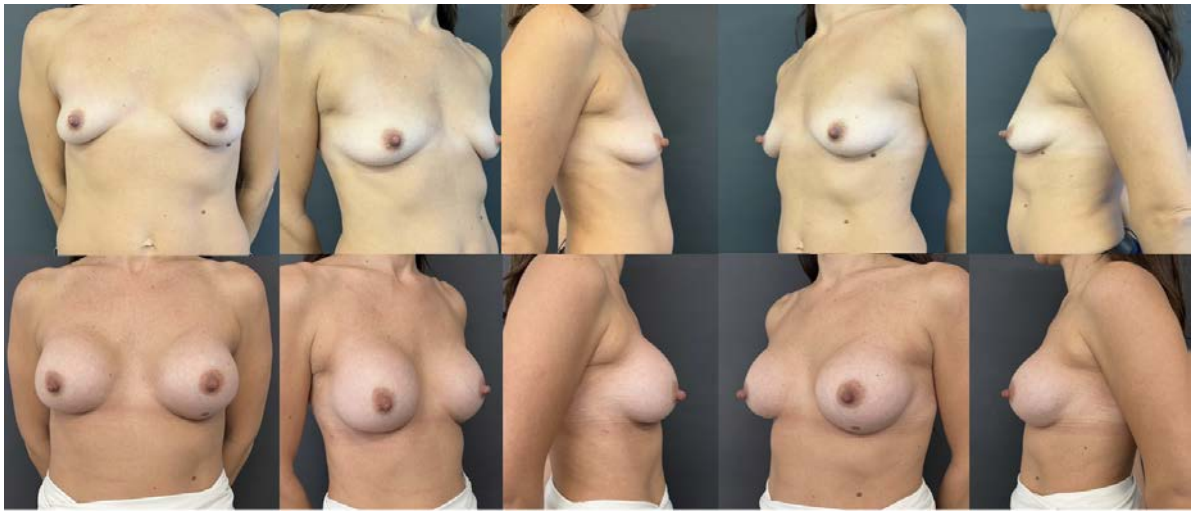

Figura 5. Caso III. Cordones en la mama izquierda.

causa de la compresión de las venas superficiales, lo cual se asocia con ambas teorías, la vasculolinfática y la fascial.

Es una enfermedad de diagnóstico clínico, basada en la historia clínica y la exploración física de la paciente.

La presentación típica consiste en la aparición de dolor en la mama o pared torácica, seguido por la aparición de un cordón firme, eritematoso y sensible que corresponde a la localización de una de las tres venas superficiales principales de la pared torácica.

El cordón es característicamente palpable, puede medir varios centímetros de longitud y frecuentemente se asocia con retracción cutánea.

Las pacientes típicamente describen una sensación de "tirón" o "tensión" en la zona afectada. El dolor puede llegar a la ingle homolateral en algunos casos y puede exacerbar con el movimiento o la palpación[2,3,5,11,16].

Dicha enfermedad afecta con igual frecuencia ambos lados del tórax, aunque la presentación bilateral simultánea es excepcional[4,6].

La localización más frecuente es el cuadrante inferior externo de la mama, en relación con las venas toracoepigástrica y epigástrica superior[2,3,5].

En los casos presentados, las pacientes notaron dolor submamario, que motivó el autoexamen frente al espejo elevando los miembros superiores, lo cual genera elevación de la mama y tensión en la piel del tórax, haciendo evidente la presencia de los cordones.

El dolor en la zona de la herida operatoria es un hallazgo frecuente en el postoperatorio mamario, lo que tiende a restar sospecha clínica a la EM. Aunque los cordones venosos característicos de esta entidad son claramente visibles al tensar la piel torácica mediante la elevación del brazo, suelen pasar desapercibidos con los miembros superiores en reposo, lo que contribuye a su infradiagnóstico. En todos los casos analizados, las pacientes presentaban un alto nivel educativo y un perfil sumamente detallista, lo que les permitió identificar por sí mismas los signos clínicos: notaron inicialmente dolor inframamario y, al observarse frente al espejo realizando maniobras como la extensión del brazo, visualizaron los cordones subcutáneos, lo que motivó la consulta.

Figura 6. Caso III. Pre- y postoperatorio de mamoplastia de aumento.

En cuanto a la solicitud de estudios paraclínicos, la ecografía puede ser necesaria cuando la presentación clínica no es clara. En la EM la ecografía puede evidenciar estructuras tubulares superficiales incompresibles con contenido anecoico o hipoecoico. La característica más importante es la ausencia de señal de flujo venoso en los estudios Doppler color. Estos hallazgos pueden tener baja sensibilidad y no se demuestran en gran número de casos[4,16-19].

La EM suele ser un proceso benigno y autolimitado raramente secundario al cáncer de mama. La valoración preoperatoria en cirugía estética mamaria incluye la evaluación imagenológica de la mama dependiendo de la edad de la paciente, por lo cual en la mayoría de los casos la etiología maligna fue descartada *a priori* desde el preoperatorio. Si bien hay poca asociación entre EM y cáncer de mama, es importante tenerlo en cuenta ya que podría motivar la evaluación por parte de un equipo de mastología y oncología, dependiendo de cada caso[5,18,19].

Es discutible la indicación de factores protrombóticos según la bibliografía. Según la mayor parte de los autores el chequeo paraclínico para realizar diagnóstico por este motivo es inútil dado que la presencia de una anomalía hereditaria no cambia la estrategia terapéutica de la enfermedad, ni se ha demostrado que identificar trombofilias en EM mejore los resultados (prevención de recurrencia, cambio en el tratamiento) de manera comprobada. Por tanto, la indicación queda al criterio clínico y muchas guías de trombosis no contemplan específicamente la EM como indicación clara para estudios de trombofilia[3,4,11,13].

En cuanto al tratamiento de la enfermedad, en la mayoría de las series se opta por el tratamiento local con compresas calientes, evitar ropa apretada y sintomático con antiinflamatorios no esteroideos (AINE), logrando la remisión espontánea sin cicatrices en un plazo promedio de 4-8 semanas. La aplicación de AINE orales o tópicos puede ayudar a disminuir el dolor, pero no acorta la progresión del cordón[10,11,16,20-22].

En el protocolo aplicado para las pacientes presentadas, además de AINE se utilizó árnica tópica; su indicación se basó en una extrapolación de su mecanismo de acción: antiinflamatoria (inhibición de la síntesis de prostaglandinas y leucotrienos)[23,24] y su efecto sobre la microcirculación (inhibición de la agregación plaquetaria y de la formación de tromboxano por la helenalina, junto con la actividad anticoagulante descrita para los ácidos hexurónicos presentes en la planta)[25,26]. Es importante mencionar que la indicación de la misma fue de carácter empírico/complementario. No existen a la fecha ensayos clínicos que evalúen árnica específicamente en enfermedad de Mondor.

Algunos autores han propuesto el tratamiento antiagregante o anticoagulante durante la fase aguda de la enfermedad. Sin embargo, el papel de la anticoagulación en el tratamiento de la EM sigue siendo incierto, ya que la tromboembolia venosa y la extensión no se han descrito como complicaciones, y la recurrencia es rara. Algunos autores plantean evaluar el uso de anticoagulantes si existen factores de riesgo protrombóticos concomitantes como malignidad, exposición a estrógenos y quimioterapia, aunque el nivel de evidencia sobre este punto y la EM es bajo[4,11,16,20].

Elizondo et al. recomiendan la inyección local con corticoides, refiriendo que es necesaria una dosis única de 5 mg de betametasona para aliviar los síntomas y acortar la evolución del síndrome. En dicha serie, el cordón se resolvió en 15 días, sin reaparecer[21].

La resolución espontánea varía, según las series, entre 4-8 semanas y 6 meses[2,3,5,6,10,16,21,23].

Puede ocurrir recurrencia en el 5 % de los casos, la cual se describe homolateral[22,23].

CONCLUSIONES

Los casos clínicos presentados evidencian que la EM puede manifestarse como una complicación benigna, pero poco reconocida en el postoperatorio de cirugías mamarias tanto estéticas como reconstructivas. En todos los casos, el diagnóstico fue clínico, basado en la aparición de cordones subcutáneos dolorosos evidenciados mediante el autoexamen al elevar los miembros superiores.

La evolución fue favorable en todos los casos con tratamiento sintomático tópico y sistémico, sin requerimiento de estudios complementarios ni intervenciones adicionales, y con remisión completa en un plazo de 3 a 6 semanas.

La EM se encuentra frecuentemente subregistrada, particularmente en el contexto de cirugías mamarias, lo cual puede conducir a diagnósticos erróneos, estudios complementarios innecesarios o a una preocupación injustificada por parte de las pacientes. Si bien su

curso suele ser benigno y autolimitado, la sintomatología puede ser dolorosa y generar ansiedad significativa. En este sentido, se destaca la importancia de incluir información clara durante el proceso de consentimiento preoperatorio, advirtiendo sobre la posible aparición de esta entidad, su fisiopatología probable y su evolución esperada. Un diagnóstico clínico oportuno no solo optimiza el manejo terapéutico, sino que también favorece una participación activa y consciente del paciente en su seguimiento postquirúrgico, reduciendo la incertidumbre y mejorando la experiencia en su proceso de recuperación.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Mondor H. Tronculite sub-cutánea subaguda de la pared torácica anterolateral. Mém Acad Chir. 1939;65:1271-8.*
2. *Pugh CM, DeWitty RL. Mondor's disease. J Natl Med Assoc. 1996;88(6):359-63.*
3. *Pasta V, D'Orazi V, Sottile D, Del Vecchio L, Panunzi A, Urciuoli P. Breast Mondor's disease: Diagnosis and management of six new cases of this underestimated pathology. Phlebology. 2015;30(8):564-8.*
4. *Amano M, Shimizu T. Mondor's disease: a review of the literature. Intern Med. 2018;57(18):2607-12.*
5. *Catania S, Zurrida S, Veronesi P, Galimberti V, Bono A, Pluchinotta A. Mondor's disease and breast cancer. Cancer. 1992;69(9):2267-70.*
6. *Salemis NS, Vasilara G, Lagoudianakis E. Mondor's disease of the breast as a complication of ultrasound-guided core needle biopsy: management and review of the literature. Breast Dis. 2015;35(1):73-6.*
7. *Clegg-Lamptey JN, Aduful HK, Yarney J, Adu-Aryee NA, Vanderpuye V, Kyereh M, et al. Profile of breast diseases at a self-referral clinic in Ghana. West Afr J Med. 2009;28(2):114-7.*
8. *Hou MF, Huang CJ, Huang YS, Hsieh JS, Chan HM, Wang JY, et al. Mondor's disease in the breast. Kaohsiung J Med Sci. 1999;15(11):632-9.*
9. *Khan UD. Incidence of Mondor disease in breast augmentation: a retrospective study of 2052 breasts using inframammary incision. Plast Reconstr Surg. 2008;122(2):88e-9e.*
10. *Loos B, Horch RE. Mondor's disease after breast reduction surgery. Plast Reconstr Surg. 2006;117(7):129e-32e.*
11. *Marín-Bertolín S, González-Martínez R, Velasco-Pastor M, Gil-Mateo MD, Amorrortu-Velayos J. Mondor's disease and aesthetic breast surgery: report of case secondary to mastopexy with augmentation. Aesthetic Plast Surg. 1995;19(3):251-2.*
12. *Levi I, Baum M. Mondor's disease as a presenting symptom of breast cancer. Br J Surg. 1987;74(8):700.*
13. *Dudrap E, Milliez PY, Auquit-Auckbur I, Bony-Rerolle S. Maladie de Mondor et chirurgie plastique du sein. Ann Chir Plast Esthet. 2010;55(3):233-7.*
14. *Ichinose A, Fukunaga A, Terashi H, Nishigori C, Tanemura A, Nakajima T, et al. Objective recognition of vascular lesions in Mondor's disease by immunohistochemistry. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2008;22(2):168-73.*
15. *Salmón R, Hamelin JP. Maladie de Mondor: vers une nouvelle explication physiopathologique et son traitement. Oncologie. 2004;6(7):477-80.*
16. *Ben Hamida K, Ghalleb M, Triki A, Jebir I, Makhlouf R, Touinsi H. Mondor's disease of the breast: a case series. J Med Case Rep. 2021;15(1):188.*
17. *Yanik B, Conkbayir I, Oner O, Hekimoğlu B. Imaging findings in Mondor's disease. J Clin Ultrasound. 2003;31(2):103-7.*
18. *Shetty MK, Watson AB. Mondor's disease of the breast: sonographic and mammographic findings. AJR Am J Roentgenol. 2001;177(4):893-6.*
19. *Obradovic K, Adzic N, Pavlovic Stankovic D, Petkovic I, Urban V, Milosevic Z. Superficial thrombophlebitis of the breast (Mondor's disease): an uncommon localization of common disease. Clin Med Insights Case Rep. 2020;13:1179547620972414.*
20. *Adeniji-Sofoluwe A, Afolabi O. Mondor's disease: classical imaging findings in the breast. BMJ Case Rep. 2011;2011:bcr0720114521.*
21. *Tijerina VN, Saenz RA. Mondor's syndrome: a clinical finding on subfascial breast augmentation. Aesthetic Plast Surg. 2010;34(4):531-3.*
22. *Thiery G, Liard O, Duboscq JC. La maladie de Mondor: à propos de deux cas. Ann Chir Plast Esthet. 2005;50(3):251-4.*
23. *Lyu G, Knorre A, Schmidt TJ, Pahl HL, Merfort I. The anti-inflammatory sesquiterpene lactone helenalin inhibits the transcription factor NF-κB by directly targeting p65. J Biol Chem. 1998;273(50):33508-16.*
24. *Röhrl J, Piqué-Borràs MR, Jaklin M, Werner M, Werz O, Josef H, et al. Anti-inflammatory activities of Arnica montana planta tota versus flower extracts: analytical, in vitro and in vivo mouse paw oedema model studies. Plants. 2023;12(6):1348.*
25. *Schröder H, Lösche W, Strobach H, Tiess M, Siems W, Planta C, et al. Helenalin and 11α,13-dihydrohelenalin, two constituents from Arnica montana L., inhibit human platelet function via thiol-dependent pathways. Thromb Res. 1990;57(6):839-45.*
26. *Pawlaczyk I, Czerchawski L, Logisz J, Stępień K, Karpińska J, Kolodziejska J, et al. Polyphenolic-polysaccharide compounds from selected medicinal plants of Asteraceae and Rosaceae families: chemical characterization and blood anticoagulant activity. Carbohydr Polym. 2009;77(3):568-75.*
27. *Mayor M, Burón I, Calvo de Mora J, Lázaro TE, Hernández-Cano N, Rubio FA, et al. Mondor's disease. Int J Dermatol. 2000;39(12):922-5.*