



Doença de Mondor em cirurgia estética de mama

Mondor's disease in aesthetic breast surgery

JOÃO MÁRCIO PRAZERES DOS SANTOS¹

RESUMO

Introdução: A doença de Mondor é descrita como um processo inflamatório raro, benigno e autolimitado que acomete os vasos tóraco-abdominais. São vários os fatores predisponentes e entre eles a cirurgia de mama é um dos mais frequentes.

Relato de Caso: O objetivo do trabalho é descrever um caso típico e tecer considerações quanto ao tratamento, após breve revisão bibliográfica, para que sejam evitados procedimentos desnecessários.

Descritores: Doença de Mondor; Tromboflebite Superficial; Mamoplastia Estética.

ABSTRACT

Introduction: Mondor's disease is a rare, benign, and self-limiting inflammatory condition that affects the thoracoabdominal vasculature. Among the several predisposing factors of this disease, breast surgery is one of the most frequent.

Case Report: The aim of this work was to describe a typical case of Mondor's disease and to discuss treatment options based on a succinct literature review, so that unnecessary procedures can be avoided in the future.

Keywords: Mondor's Disease; Superficial Thrombophlebitis; Aesthetic Mammoplasty.

Instituição: Trabalho realizado em clínica particular do autor.

Artigo submetido: 21/2/2011.
Artigo aceito: 28/2/2011.

DOI: 10.5935/2177-1235.2014RBCP0034

INTRODUÇÃO

A doença de Mondor é descrita como um processo inflamatório raro, benigno e autolimitado que acomete os vasos tóraco-abdominais. São vários os fatores predisponentes e entre eles a cirurgia de mama. A descrição da doença foi feita pelo cirurgião francês Henri Mondor, em 1939, e passou a ser conhecida como doença ou síndrome de Mondor, mas permanece sem esclarecimento a sua fisiopatologia. Importante que seja diagnosticada nos pós-operatório para acompanhamento e tranquilização dos pacientes e tratamento adequado.

RELATO DE CASO

Paciente feminino, 54 anos, normolínea, com índice de massa corporal de 24,4. Foi submetida à mastopexia e aumento de mama com prótese texturizada de 200ml, em outubro de 2008.

Os exames pré-operatórios eram normais e incluiu-se hemograma, coagulograma, EAS, ECG com risco cirúrgico, radiografia de tórax. À mamografia paciente apresentava, bilateralmente, mamas com classificação radiológica 2 BI-RADS®, com achados benignos. Foi realizada ainda ultrassonografia das mamas que evidenciaram mamas normais, com moderada substituição adiposa.

Na história de saúde prévia constavam duas cesarianas e cirurgia de hemorróidas bem sucedidas. E deve ser ainda realçado o hábito de tabagismo, em média, de 20 cigarros/dia.

Com cinco semanas de pós-operatório, apresentou dor em parede anterior direita de abdome, em linha para-mediana direita, abaixo de cicatriz da cirurgia. Alguns dias após, apresentou cordão fibroso endurecido e leve hiperemia de pele. A dor e o cordão eram mais aparentes quando a paciente fazia a elevação do membro superior homolateral e/ou da mama homolateral. (Figura 1).

1 - Especialista pela SBCP - Professor da Disciplina de Clínica Cirúrgica I da Faculdade de Medicina de Barbacena.



Figura 1. Cordão fibroso veia epigástrica superior em pós-operatório de Mastopexia e aumento mamário.

A paciente apresentou melhora, com remissão completa do quadro clínico, em três semanas, com uso oral de anti-inflamatório não-esteróide, nimesulida, 200mg/dia. E como medidas gerais, repouso e compressa quente e úmida local. Paciente foi ainda estimulada a abandonar tabagismo.

DISCUSSÃO

A primeira descrição do comprometimento dos vasos superficiais de tórax e abdome, em 1869, foi realizada por Fagge¹⁻³. A descrição mais detalhada foi feita pelo cirurgião francês Henri Mondor, em 1939, e a patologia passou a ser conhecida como doença ou síndrome de Mondor. A fisiopatologia da doença não está bem definida, porém, hodiernamente é reconhecida como trombose de vasos superficiais de tórax e abdome, sendo os mais frequentes veia tóraco-epigástrica, veia torácica lateral e veia epigástrica superior^{4,5}.

As causas da doença são: traumas^{1,2,4}, cirurgias^{1,2}, câncer de mama², uso de roupas ou faixas apertadas^{1,2}, atividade esportivas excessivas¹, sexo vigoroso⁴, biópsia ou ressecção de linfonodos axilares ou sentinela³, hepatite C², porém todas elas relacionadas, em algum grau, à tríade de Virchow, lesão do vaso, estase sanguínea ou estado de hipercoagulabilidade.

Na doença de Mondor, como descrita pelo autor, apesar

de ocorrer comprometimento venoso, poderá ocorrer comprometimento linfático e foram apresentados alguns marcadores imunohistoquímicos, como CD 31 e D240, para a diferenciação^{6,7}, porém com pouca aplicação clínica, pois o tratamento sintomático permanece inalterado para ambos os casos.

A doença de Mondor foi ainda descrita em outras regiões como pênis⁷, pescoço^{8,9}, membros superiores¹⁰, região inguinal¹⁰ e são poucos os relatos em pós-operatórios de cirurgia estética¹¹.

Os exames complementares para diagnóstico de doença de Mondor são a mamografia e a ultrassonografia. A mamografia tem poucos achados para o diagnóstico e, na maioria das vezes, se limita a relatar a presença de densidade tubular dilatada e superficial ou não apresentar nenhuma alteração⁹; Porém, é de relevante importância para diagnóstico do câncer de mama subjacente e causador da doença. A frequência relatada varia de 1% até 12,7%¹⁴. A ultrassonografia poderá se apresentar normal ou como imagem tubular hipocóica superficial e, se associada com Doppler, evidenciar ausência de fluxo sanguíneo⁹. Não são necessários exames laboratoriais⁴.

O exame clínico é essencial e o sintoma mais comum é a dor¹, seguida de um ou mais cordões fibrosos superficiais, que pioram com o movimento da região afetada que se encontra hiperemiada^{2,4,5}.

Os sinais inflamatórios duram de 2 semanas a 6 meses e a dor pode persistir de 2 a 6 semanas^{14,9}.

O tratamento da doença de Mondor é o sintomático, sendo que o uso de anti-inflamatórios não-esteróides é a única medida a ser instituída¹⁻¹¹. Existem relatos do uso de corticosteróides, antibióticos, vacinas, anticoagulantes² e até manobras de distração manual³, porém sem evidência de função terapêutica.

CONCLUSÃO

Conclui-se que o reconhecimento da patologia de Mondor é importante, apesar de rara, é autolimitada e muito infrequentemente torna necessário qualquer procedimento invasivo para sua plena resolução, que não a conduta conservadora. Portanto serve de lembrança para tranquilizar cirurgião e paciente quanto à evolução favorável da maioria dos casos.

REFERÊNCIAS

1. Bauerfeind I, Himsel I, Ruehl I. Mondor's disease after bilateral axillary node biopsy. Arch Gynecol Obstet. 2006; 27(6)3: 374-7.
2. Santos JA, Santos KG, Nazário AC. Doença de Mondor. R Bras Mastol. 2008; 18(4): 179-81.
3. Salmon RJ, Berry MG, Hamelin J P. A novel treatment for postoperative Mondor's disease: manual distraction. Breast J. 2009; 15(4): 381-84.
4. Schwartz R A, Trovato M J. Mondor Disease. Disponível em [HTTP://emedicine.medscape.com/article/1087099-overview](http://emedicine.medscape.com/article/1087099-overview). Acesso em 15/12/2010.
5. Tljerina AN, Saenz RA. Mondor's syndrome: a clinical finding on subfascial breast augmentation. Aesthetic Plast Surg. 2010; 34(4): 531-3.

6. Ichinose A, Fukunaga A, Terashi H, Tanemura A, Nakajima T, Fukasawa Y A, et al. Objective recognition of vascular lesions in Mondor's disease by immunohistochemistry. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2008; 22(2):168-73.
7. Garrido HA, Muñoz CS, Fernandez L P, Ríos AA, Romero AM. Immunochemical clues to the diagnosis of Mondor's Disease of the penis. *Clic Exp Dermatol.* 2009; 34(8):e663-5.
8. Mera K, Terasaki K, Kawasaki T, Kanekura T. Mondor Disease on the neck. *J Dermatol.* 2009; 36(3):179-80.
9. Faucz RA, Hidalgo R T, Faucz R S. Doença de Mondor: achados mamográficos e ultrasonográficos. *Radiol Bras.* 2005; 38(2): 153-155.
10. Losannoff MD, Basson MD, Salwen WA, Sochaki P. Mondor's Disease Mimicking a spigelian hernia. *Hernia.* 2008; 12(4): 425-7.
11. Bertolin SM, Martínez RG, Pastor MV, Mateo MD, Velayos J A. Mondor's disease and aesthetic breast surgery: report of case secondary to mastopexy with augmentation. *Aesthetic Plast Surg.* 1995; 19(3): 251-2.

Autor correspondente:

João Márcio Prazeres dos Santos

Rua Catarina de Castro 75, Bairro Jardim Glória - Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. CEP: 36036-060.
E_mail: jmprazsantos@hotmail.com