



Enfermedad de Mondor del pene en un paciente después de hernioplastia inguinal bilateral

Mondor's disease of the penis in a patient after of bilateral inguinal hernioplasty

Carina Flora Salgado Reyes^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-6658-3120>

Erich Roberto Ramón Núñez¹ <https://orcid.org/0000-0002-6592-1033>

¹Hospital General del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Latacunga, Cotopaxi, Ecuador.

*Autor para la correspondencia: scarina94@yahoo.com

Cómo citar este artículo

Salgado Reyes CF, Ramón Núñez ER. Enfermedad de Mondor del pene en un paciente después de hernioplastia inguinal bilateral. Arch Hosp Calixto García. 2019;7(2):282-7. Acceso: 00/mes/19. Disponible en: <http://www.revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/343/328>

RESUMEN

Introducción: La enfermedad de Mondor en el pene tiene una baja incidencia.

Objetivo: Comunicar a los profesionales de la salud un nuevo caso de enfermedad de Mondor en el pene, que fue tratado con éxito de forma conservadora, tras una hernioplastia inguinal bilateral.

Caso clínico: Paciente masculino de 47 años de edad que hacía tres meses se le realizó hernioplastia inguinal bilateral. Al mes de la cirugía comenzó con dolor a nivel de la región dorsal del pene durante las relaciones sexuales y sensación de tensión en las erecciones. Al examen físico se observó el engrosamiento de la vena dorsal del pene y dolor a la palpación. La ecografía doppler informó la presencia de tromboflebitis superficial sin trombos en su interior. Con el diagnóstico clínico y ecográfico de la enfermedad de Mondor

del pene, se indicó tratamiento médico conservador local con la heparina sódica y antiinflamatorios no esteroideos por vía oral.

Conclusiones: Se logró la remisión de la enfermedad a las tres semanas del tratamiento. No presentó recidivas de la enfermedad en seis meses de seguimiento.

Palabras clave: Hernioplastia inguinal; ecografía doppler; tromboflebitis; enfermedad de Mondor.

ABSTRACT

Introduction: Mondor's disease in the penis has a low incidence.

Objective: To report to the health professionals a new case of Mondor's disease in the penis, which was successfully treated conservatively, following a bilateral inguinal hernioplasty.

Clinical case: A 47-year-old male patient who underwent bilateral inguinal hernioplasty three months ago. One month after the surgery, he began with pain at the level of the dorsal region of the penis during sexual intercourse and a sensation of tension in the erections. On physical examination, thickening of the dorsal vein of the penis and pain on palpation were observed. Doppler ultrasound reported the presence of superficial thrombophlebitis without thrombi inside. With the clinical and ultrasound diagnosis of Mondor's disease of the penis, local conservative medical treatment with sodium heparin and non-steroidal anti-inflammatory drugs by mouth was indicated.

Conclusions: Remission of the disease was achieved three weeks after treatment. There were no recurrences of the disease in six months of follow-up.

Keywords: Inguinal hernioplasty; Doppler ultrasound; thrombophlebitis; Mondor's disease.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Mondor es una lesión benigna. Fue reportada por primera vez en 1869 por *Faage* y descrita en 1939 por el cirujano *Henry Mondor*, como una tromboflebitis superficial de la pared torácica anterolateral.⁽¹⁾ Luego, en 1955, *Braun-Falco* aplicó esta terminología al similar padecimiento sufrido en el pene, junto a un contexto de una flebitis generalizada.⁽²⁾ Más tarde, en 1958, *Helm* y *Hodge* describieron en forma individualizada la afección peneana.^(3,4,5,6) La incidencia de la enfermedad ha sido estimada de forma reciente en un 1,39 % y se han reportados menos de 100 casos.⁽⁷⁾ Es infrecuente y de evolución generalmente autolimitada.⁽⁸⁾



El objetivo de éste trabajo es comunicar a los profesionales de la salud un nuevo caso de enfermedad de Mondor en el pene, que fue tratado con éxito de forma conservadora, tras una hernioplastia inguinal bilateral.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente masculino de 47 años de edad, con antecedente de operación de hernia inguinal bilateral con colocación de malla (hernioplastia). Un mes después de la operación comenzó con dolor en el pene, de mayor intensidad durante las erecciones y las relaciones sexuales. Luego notó en la cara dorsal del pene un aumento de volumen, doloroso y de forma alargada, lo que le preocupó y motivó asistir a consulta con el médico especialista en Urología.

Examen físico: Se observó el engrosamiento de la vena dorsal superficial del pene (Fig.1). Se palpó como una cuerda tensa y dolorosa desde el tercio medio hasta la base del pene.

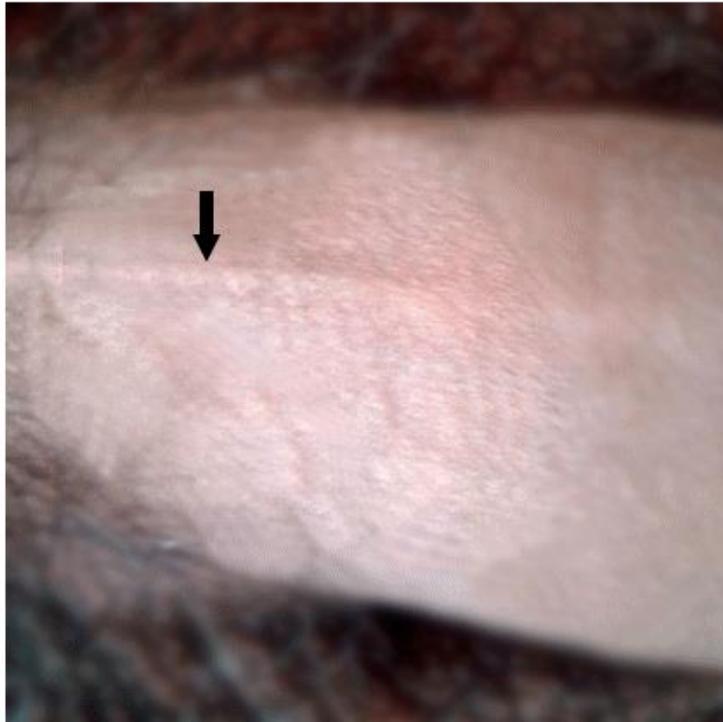


Fig. 1. Engrosamiento de la vena dorsal superficial del pene. Foto tomada por los autores.

La ecografía doppler del pene informó: Integridad de los cuerpos cavernosos y del esponjoso. Integridad de las arterias. Índice de doppler normal. Ectasia de la vena dorsal superficial, con cambios inflamatorios que reducen su luz en diferentes áreas, pero sin signos que sugieran presencia de trombo. (Fig. 2).

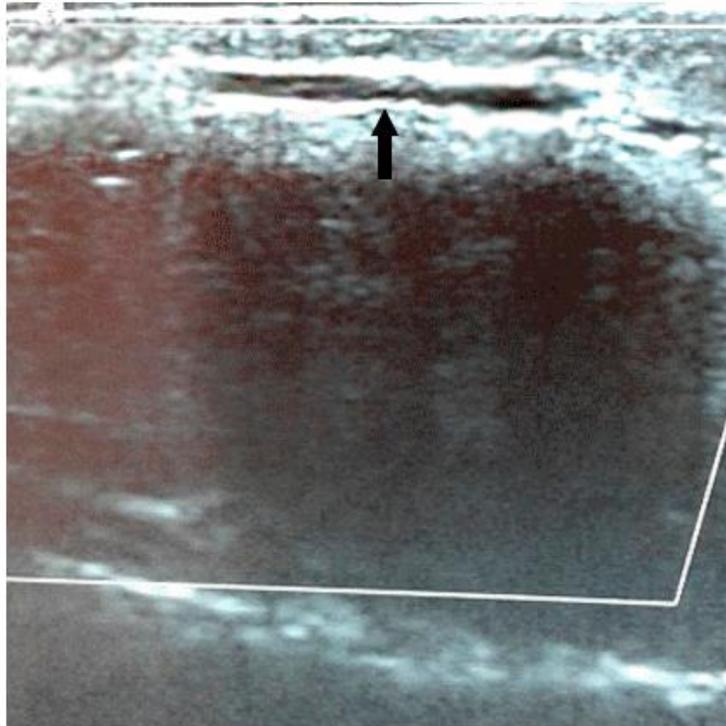


Fig. 2. Ectasia de la vena dorsal superficial del pene. Cambios inflamatorios. Foto tomada por los autores.

Con el diagnóstico clínico y de la ecografía doppler de tromboflebitis en la vena dorsal superficial del pene, se decidió indicar tratamiento conservador con antiinflamatorio no esteroideo -ibuprofeno 400 mg vía oral cada 12 horas por 10 días- y tratamiento local con heparina sódica dos veces al día, durante tres semanas, además de la limitación en las relaciones sexuales y los esfuerzos físicos por igual período. La mejoría clínica se constató a las tres semanas del tratamiento con la desaparición del dolor en la región dorsal del pene al tacto y durante las erecciones. No se observó engrosamiento de la vena superficial.

DISCUSIÓN

La enfermedad de Mondor se presenta en hombres entre 21 y 70 años. Revisiones posteriores delimitan más la edad entre los 20 y 45 años.⁽³⁾ Los factores predisponentes incluyen, la prolongada actividad sexual, abstinencia sexual prolongada, tumores pélvicos, cáncer vesical y de próstata, o a distancia -como el carcinoma de páncreas-, infecciones, hipospadias -con o sin relación a su corrección quirúrgica-, distensión vesical, operaciones de hernia inguinal, de escroto, trombosis venosa profunda, elementos constrictores para determinadas prácticas sexuales, drogas endovenosas, y de aparición espontáneas en pacientes sin la

presencia de factores de riesgo.^(3,6) La edad de este paciente estaba en el rango de la informada estos autores y la enfermedad apareció posterior a la hernioplastia inguinal bilateral, con similitudes al paciente presentado reportaron *Rodríguez* y otros.⁽⁶⁾

La fisiopatología puede ser resumida en la tríada de Virchow: daño en la pared vascular, estasis sanguínea e hipercoagulabilidad. A nivel histopatológico este trastorno atraviesa estadios diferentes, según el tiempo de evolución. Al inicio aparece un infiltrado inflamatorio denso en la pared del vaso y un trombo que ocluye la luz. Luego hay proliferación de tejido conectivo de las paredes de los vasos, con la formación de un cordón duro.^(4,5,6) La evolución de la enfermedad incluye la fase aguda en las primeras horas asociada a síntomas inflamatorios como el dolor, la fase subaguda que se manifiesta por induración vascular acompañada de dolor y la fase crónica con disminución gradual de los síntomas hasta la recanalización espontánea del vaso, que ocurre entre 6-8 semanas.⁽⁹⁾ El paciente que sufre esta afección tiene mucha ansiedad por los signos inflamatorios locales que limitan la función normal del órgano. En el paciente evaluado, se diagnosticó en la fase subaguda, se indicó tratamiento conservador con la heparina sódica local e ibuprofeno 400 mg oral cada 12 horas. A las tres semanas desapareció el dolor y el engrosamiento de la vena dorsal del pene. En la literatura revisada, varios autores^(4,6) reportaron pacientes diagnosticados en la fase subaguda de la enfermedad, con buena respuesta al tratamiento conservador y resolución clínica entre las tres y diez semanas.

El diagnóstico es clínico, pero es confirmado con la ecografía doppler, mediante la cual se puede observar material ecogénico en la luz de la vena, no compresión del vaso, disminución o ausencia de flujo sanguíneo a dicho nivel y cambios inflamatorios de su pared.^(3,4,5,6)

El diagnóstico diferencial se realizó con la linfangitis esclerosa del pene y la enfermedad de Peyroni.

El tratamiento quirúrgico, la trombectomía y la resección de la vena superficial del pene, se aplica en pacientes refractarios al tratamiento médico. Pacientes sintomáticos sin flujo en la ecografía doppler color después de la sexta semana deben considerarse como refractarios al tratamiento médico.⁽²⁾

Conclusiones

El antecedente de hernioplastia inguinal bilateral, los signos clínicos y el resultado de la ecografía doppler del pene, permitieron realizar el diagnóstico de enfermedad de Mondor en el pene en fase subaguda, así como aplicar el tratamiento conservador con evolución clínica favorable sin complicaciones.

REFERENCIAS

1. Barrantes Tijerina M, Pérez-Vasconcelos M, Chaparro-González JM. Enfermedad de Mondor. *An Med (Mex)*. 2011 [citado 15 dic 2018];56(3):159-61. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2011/bc113h.pdf>
2. Öztürk H. Penile Mondor's disease. *Basic and Clinical Andrology*. 2014 [cited 2018 Dec 15];24(1):1-5. Available from: <http://www.bacandrology.com/content/24/1/5>



3. Machan K, Rojo Carmona LE, Márquez Moreno AJ, Herrera Imbroda B, Ruiz Escalante JF, Herrera Gutiérrez D, et al. Diagnóstico ecográfico de tres casos de enfermedad de Mondor del pene. Arch Esp Urol. 2012 [citado 17 dic 2018];65(2):262-6. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/1810/181024480009/>
4. Reinoso Hermida S, San Emeterio Muñoz E, Padrón Chao A. Enfermedad de Mondor. Med Gen y Fam. 2012 [citado 20 dic 2018];1(3):154-5. Disponible en: mgyf.org/wp-content/uploads/2017/revistas_antes/V1N3/V1N3_154_155.pdf
5. Vannetti AL, Bueno Canet R, Samper A. Enfermedad de Mondor. Rev Argent Dermatol. 2013 [citado 20 dic 2018];94(1):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-300X2013000100006
6. Rodríguez Collar TL, Valdés Estévez B, González Méndez M, González López A, Fragas Valdés R. Tromboflebitis de Mondor del pene tras hernioplastia inguinal: Presentación de caso. Rev Cubana Med Mil. 2014 [citado 19 dic. 2018];43(3):386-93. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedmil/cmm-2014/cmm143l.pdf>
7. Polat H, Yucel MO, Gok A, Benlioglu C, Cift A, Sarica MA. Penile Mondor's Disease: Primum Non Nocere! 2015 [cited 2018 Dec 20];12(2):2096-8. Available from: <http://www.urologyjournal.org/index.php/uj/article/viewFile/2751/1026>
8. Singh M, Dalal S, Chhabra T, Bhatia C. Penile Mondor's Disease: A Case Report and Review of Literature. Ann Clin Case Rep. 2017 [cited 2018 Dec 22];2:1-2. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/4b5b/599ccc2def61e17b9790455f0491fb060cea.pdf>
9. Almeida JB, Rodríguez M, Bravo C, Urbina AP, Murgui M, Machado G, et al. Doença de Mondor peniana: a propósito de un caso. Acta Urol Port. 2016 [citado 25 dic 2018];33(2):59-62. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2341402216300064?via%3Dihub>

Conflicto de interés

Los autores declaran que no existen conflictos de interés.

Recibido: 23/08/2019

Aprobado: 15/10/2019

