

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE TOCGINECOLOGIA

- DOENÇA DE MONDOR -
DESCRIÇÃO DE UM CASO CLÍNICO

ALUNOS: - HUGO RAMON MACIEL CARDOZO
LUCIANE ÁVILA

Florianópolis, novembro/1990

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Dra. SANDRA RINALDI, pela atenção e orientação que nos dispensou para a realização deste trabalho.

INDICE

	Pag.
RESUMO	02
INTRODUÇÃO	03
RELATO DO CASO	04
DISCUSSÃO	08
CONCLUSÕES	11
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	12
ANEXO - 1	13

RESUMO

Os autores apresentam um caso raro da doença de Mondor, em paciente do sexo feminino, em idade fértil.

A doença é de etiologia desconhecida, sua principal manifestação é a dor. É auto-limitada e não requer tratamento específico.

INTRODUÇÃO

A doença de Mondor foi descrita primeiramente como casos isolados e sem maior importância nas publicações de Fiessinger e Mathieu, na França, em 1922, que descreveram a doença como se fosse tromboflebite das veias da parede abdominal; Williams, em 1931, descreve a doença como uma flebite toraco-epigástrica que levava à dispnéia; em 1932, o americano Daniels fala sobre tromboflebite superficial; Moschkowicz, em 1933, faz referências à doença como uma mastite vestigial; em 1939, Henri Mondor apresenta 4 casos da doença e em 1944 faz uma descrição detalhada e precisa do quadro clínico da doença, fato pelo qual esta patologia é conhecida como "doença de Mondor". Desta data em diante um razoável número de casos foi descrito por outros autores^(1,3).

Esse trabalho foi realizado com o fim de apresentar um caso raro da doença de Mondor e fazer com que ela seja incluída no diagnóstico diferencial quando se está frente a uma patologia da mama, já que esta se apresenta com um quadro clínico inconfundível e de fácil diagnóstico, embora sendo uma doença rara.

RELATO DO CASO

Apresentação de um caso clínico de paciente atendida em clínica privada de ginecologia, no dia 03.03.89.

1) ANAMNESE

- IDENTIFICAÇÃO: SSS, 26 anos, feminina, branca, desquitada, natural de Itajaí, procedente de Florianópolis, funcionária pública, com duas internações anteriores.

- Q.P.: "dor na mama".

- HDA: Há 6 anos paciente refere mastalgia em ambas as mamas, principalmente no período pré-menstrual, tendo sido diagnosticado displasia mamária e prescrito tratamento com bromoergocriptina e vitaminoterapia.

Há 2 dias começou com dor aguda, de aparecimento súbito, que vem se agravando, na parte inferior da mama esquerda, sem relação com ciclo menstrual.

- HMP: DPI. Salpingectomia direita há 5 anos. Safe-nectomia há 2 anos. Há 5 anos apresentou displasia moderada de colo uterino, sendo tratada com cremes vaginais. Nega alergias.

- HGO: Menarca aos 12 anos, com ciclos posteriores regulares.

Ciclos atuais regulares 3-4/28 dias.

GUM: 20.12.89

Gesta III Para II

Dois partos normais, sendo o último parto há 6 anos.

Uma gravidez tubária há 5 anos.

Amamentou duas vezes por um período de 6 meses.

Faz uso de condom e método rítmico para autoconcepção.

- HMF: n.d.n.

- HFS: Tabagista. Nega etilismo e uso de drogas.

2) EXAME FISICO: GERAL

- Estatura: 1,60m

- Peso: 51 kg

- PA: 110x70 mmHg

- Temperatura: 36,5°C

Paciente em bom estado geral, mucosas coradas, hidratadas, anictéricas e acianóticas.

Aparelho respiratório: MV presente, ausência de ruídos adventícios.

Aparelho cárdio-circulatório: BRNF, em 2 tempos, sem sopros ou frêmitos.

Abdomem: plano, simétrico, sem abaulamentos e retrações, estrias gravídicas, cicatriz mediana infra-umbilical de aproximadamente 5cm de comprimento. Indolor à palpação superficial e profunda. Ausência de massas palpáveis e visceromegalias. Ruídos hidro-aéreos presentes.

3) EXAME GINECOLÓGICO

- MAMAS: - inspeção estática: mamas de médio volume, simétricas, pele, papila e aréolas sem alterações.

- inspeção dinâmica: mama direita: ausência de abaulamentos e retrações;

mama esquerda: aparecimento de retração na linha axilar anterior nos quadrantes superior e inferior esquerdo, até região infra-mamária, dolorosa à mobilização (vide anexo 1).

- palpação: mama direita: parênquima normal;

mama esquerda: parênquima normal. Presença de cordão endurecido, extremamente doloroso, do quadrante superior esquerdo ao quadrante inferior esquerdo, sobre a linha axilar anterior.

- descarga papilar: ausente em ambas as mamas.

- GÂNGLIOS: presença de gânglio de 1x1cm, doloroso, móvel, superfície lisa, na axila esquerda.

- VULVA: pilificação de acordo com sexo e idade. Grandes e pequenos lábios e clitóris normais. Uretra sem alteração. Cicatriz de episiotomia em região médio lateral direita.

- EXAME ESPECULAR: vagina rugosa, discreta hipóremia. Fluxo vaginal amarelo-esbranquiçado em média quantidade, fluído, odor fétido. Colo orientado para fundo de saco posterior, bem epitelizado, orifício externo central em fenda transversal.

- TOQUE: vagina elástica, permeável para dois dedos. Colo de tamanho, mobilidade, consistência e superfície normais. Útero em AVF, de tamanho, mobilidade, consistência e superfície normais. Ovário direito palpável e normal.

4) HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: tromboflebite de veia superficial da mama (tóraco-epigástrica). Doença de Mondor.

5) CONDUTA: prescrito anti-inflamatório.

Foram solicitados os seguintes exames, com seus respectivos resultados:

- hemograma: normal

- USG: não foi possível visualizar o cordão palpável por se confundir com tecido gorduroso.

- CO: classe II. Flora bacilar mista.

6) EVOLUÇÃO:

- 09/01/90: paciente retorna ao Consultório relatando dor na mama esquerda, de mesma intensidade e apresentando petéquias generalizadas. Solicitado coagulograma (que foi normal) e suspenso um dos anti-inflamatórios.

- 25/01/90: houve melhora dos sintomas, permanecendo ainda o cordão palpável.

- 27/02/90: exame físico normal.

DISCUSSÃO

A doença de Mondor é uma tromboflebite da veia mamária superficial⁽²⁾.

Histopatologicamente a lesão se apresenta essencialmente como vasos venosos trombosados. Existe um polimorfismo das lesões: às vezes as lesões são puramente intra-vasculares com obliteração total ou parcial; outras vezes a endoflebite se associa com a periflebite. Não se encontrou infiltrado linfocitário reacional. Nos casos avançados a estrutura venosa desaparece para transformar-se em um cordão com aspecto conjuntivo pré-colágeno. Outras vezes se observa na parede venosa uma inflamação crônica inespecífica. Junto a essas intensas alterações venosas encontram-se arteríolas intactas⁽³⁾.

Esta patologia é predominante no sexo feminino, mas também pode ser observada em indivíduos do sexo masculino. Atinge em média as mulheres na faixa etária entre 35 e 40 anos⁽³⁾.

Não se tem certeza quanto a etiologia, mas alguns autores acreditam que o trauma seja responsável pelo surgimento das lesões, visto que algumas pacientes apresentam antecedente de traumatismo local⁽¹⁾. Nos casos em que há trauma cirúrgico (como nas extirpações de lesões benignas da mama) a tromboflebite se produz ao redor de 3 semanas após. É evidente a vinculação da doença de Mondor a um fator de origem mamária, seja a uma doença da mama não operada ou a uma cirurgia mamária ou axilar.

A doença de Mondor de etiologia extra-mamária é rara. Na maioria das vezes é considerada como doença de origem idiopática⁽³⁾.

O quadro se apresenta, na maioria das vezes, com uma paciente do sexo feminino que se encontra no pós-operatório de uma cirurgia mamária ou exploração de gânglios.

O começo da doença pode ser progressivo e lento, ou súbito, com sintomas intensos desde o começo. Qualquer uma destas situações pode ser precedida ou acompanhada de dor. Na maioria dos casos a veia afetada é superficial e drena a face lateral da mama e hipocôndrio. Estende-se em diagonal para cima e lateralmente, desde o hipocôndrio até o extremo inferior da prega axilar anterior.

Um sinal fundamental é um cordão visível e palpável no local da veia trombosada. Às vezes, trata-se de um cordão único; outras vezes, é duplo ou triplo e muito raramente quádruplo.

Estes cordões podem ainda ser inferiores quando vão da mama ou sulco sub-mamário ao rebordo costal e podem sobrepassar e penetrar no abdômem, ou cordões superiores, quando acima da mama ou do sulco sub-mamário.

Os cordões geralmente são visíveis a simples vista e são mais evidentes com certas manobras, como a elevação do braço ou da mama, com as quais o cordão fica tenso, ao mesmo tempo que desencadeia dor. A pele que cobre os cordões pode, no começo, estar infiltrada, edemaciada e eritematosa. Mas essas manifestações cedem rapidamente e a pele suprajacente aparece normal^(1,3). A palpação do cordão nos permite apreciar a sensação de uma sonda uretral, um deferente inflamado, um arame ou uma corda de violão⁽³⁾.

Na mama, o cordão costuma puxar a pele desenhando sulcos; enquanto que no tórax e abdômem costuma levantá-la desenhando bridas.

O calibre do cordão se encontra geralmente entre 2 e 4mm quando palpado embaixo da pele. Mas na realidade é muito menor⁽³⁾.

O quadro clínico da doença de Mondor não acarreta modificações do estado geral⁽³⁾.

Em 3 a 4 semanas, gradativamente a dor vai diminuindo, o cordão vai desaparecendo e habitualmente de 6 a 8 semanas não há mais rastros da lesão⁽¹⁾.

A doença de Mondor é auto-limitada e não requer tratamento. Porém, quando a paciente apresenta dor muito intensa e há sinais flogísticos, no local é indicado o uso de gelo e analgésicos. É benéfico o uso de pomada heparinóide trombolítica e de anti-inflamatórios por via oral, como a fenilbutazona. Quando as bridas vasculares são dolorosas, tensas e limitam os movimentos do braço, tem sido o proposto efetuar sob anestesia local, a secção dos cordões vasculares; isto permite a recuperação imediata da mobilidade do membro^(1,3).

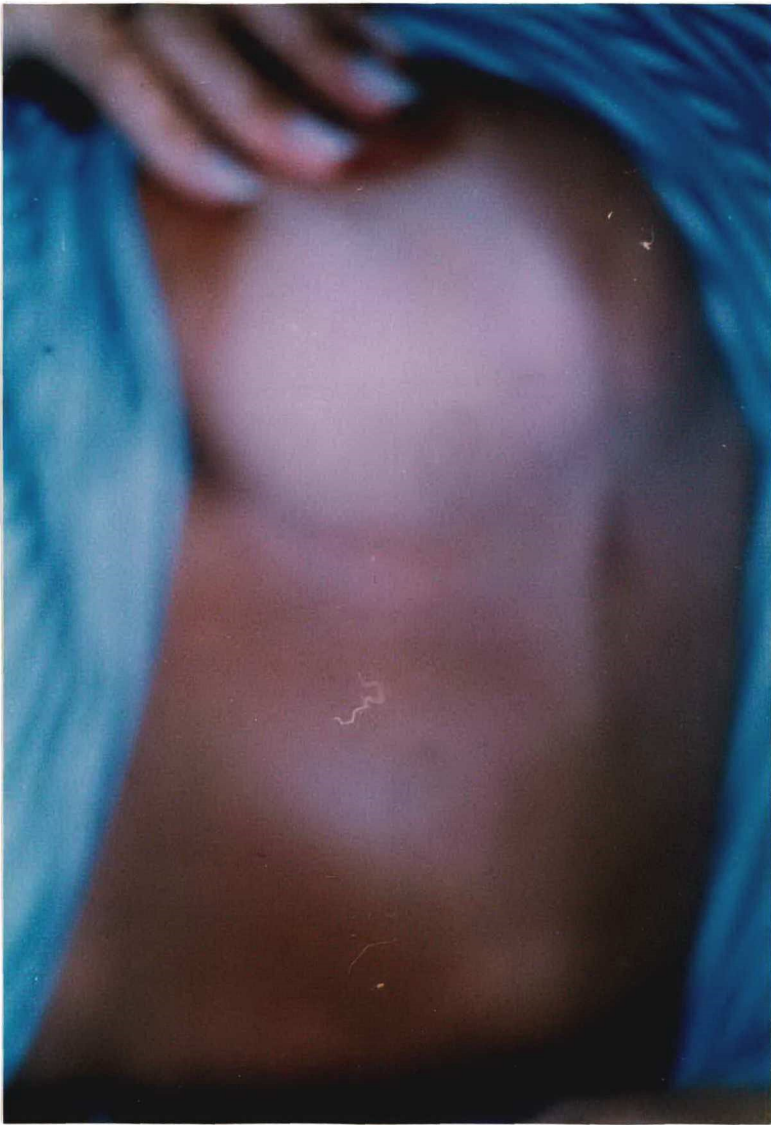
CONCLUSÕES

1. A doença de Mondor é uma patologia rara e, em consequência disto, há dificuldade em encontrar artigos, livros ou qualquer publicação descrevendo ou apresentando casos clínicos a respeito desta.
2. Devido aos sintomas apresentados serem tão exuberantes e inconfundíveis, a doença de Mondor é uma entidade de fácil diagnóstico.
3. Os exames complementares não enriquecem o diagnóstico, pois são inespecíficos.
4. É uma doença benigna, auto-limitada e não requer tratamento específico.
5. Não existem, comprovadamente, fatores predisponentes ao surgimento dessa doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CUSHMAN D. HAAGNESEN, M. D. Enfermedades de la Mama. Buenos Aires. Argentina. Ed. Beta, 1973. p. 369.
2. MONTORO, Antônio Franco. Mastologia. São Paulo. Brasil. Ed. Sarvier, 1984. p. 21.
3. URIBURU, J. V. La Mama. Buenos Aires. Argentina. Ed. Lopez 1977. p. 701.

ANEXO - 1



**TCC
UFSC
TO
0207**

N.Cham. TCC UFSC TO 0207

Autor: Cardozo, Hugo Ramo

Título: Doença de mondor- Descrição de u



972808080

Ac. 254341

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM