

Tromboflebitis de Mondor del pene tras hernioplastia inguinal

Mondor's thrombophlebitis of the penis after inguinal hernioplasty

MSc. Tomás Lázaro Rodríguez Collar, Dr. Basily Valdés Estévez, MSc. Melvis González Méndez, MSc. Ariel González López, MSc. Ramiro Fragas Valdés

Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Paciente de 22 años de edad con antecedentes de salud. Hacía un mes se le había practicado una hernioplastia inguinal izquierda, y aproximadamente dos semanas después, comenzó a presentar aumento de volumen y dolor en el dorso del pene, tanto al tacto como con la erección. Al examen físico se constató, que la vena dorsal superficial del pene estaba aumentada de volumen, de color rojizo y dolorosa a la palpación. En el ultrasonido doppler-color peniano, se comprobó el engrosamiento de la pared de dicha vena, trombosis de esta, disminución del flujo sanguíneo, así como dolor al contacto del transductor. Se le indicó reposo sexual, tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos y corticoides orales, además de iontoforesis local con pomada de heparina sódica. El paciente evolucionó satisfactoriamente, con la desaparición del dolor y la recanalización de la vena dorsal del pene. La aparición de la tromboflebitis de Mondor del pene, con posterioridad a una hernioplastia inguinal, es excepcional. Su sospecha clínica más la confirmación con el ultrasonido doppler-color, son pilares básicos para el diagnóstico de certeza. El tratamiento conservador ofrece óptimos resultados.

Palabras clave: pene, tromboflebitis superficial, enfermedad de Mondor del pene, complicación por hernioplastia inguinal, ultrasonido doppler-color peniano, tratamiento conservador.

ABSTRACT

A male patient aged 22 years with a history of health problems. One month before, he had undergone left inguinal hernioplasty, but two weeks after surgery, he began suffering pain in the back of the penis together with increased volume, both on touch and at erect state. The physical examination revealed that the superficial dorsal vein of the penis was more swollen, red-colored and painful on palpation. Doppler-color ultrasound of the penis confirmed thickening of the vein wall, thrombosis, lower blood flow and patient's feeling of pain when the transducer touched it. He was prescribed non-steroidal anti-inflammatory drugs plus oral corticosteroids, cessation of sexual intercourse, in addition to local ionphoresis with sodium heparin ointment. The patient's progression was satisfactory since pain disappeared and the dorsal vein of the penis was re-canalized. Mondor's thrombophlebitis of the penis rarely occurs after inguinal hernioplasty. Clinical suspicion plus Doppler-color US confirmation are basic pillars for a correct diagnosis. The conservative treatment offers optimal outcomes.

Keywords: penis, superficial thrombophlebitis, Mondor's disease of the penis, complication from inguinal hernioplasty, penile Doppler color ultrasound, conservative treatment.

INTRODUCCIÓN

La primera descripción de una tromboflebitis superficial, la realizó Mondor en 1939, en la vena toracoepigástrica de una mujer.¹ Luego, en 1955 *Braun-Falco* y otros² aplicaron este término en similar presentación en el pene, en el contexto de una flebitis generalizada. Más tarde, en 1958 *Helm y Hodge*³ describieron la trombosis de la vena dorsal superficial del pene, de forma individualizada, se denominó desde entonces "enfermedad de Mondor del pene".

Es una entidad que posee baja prevalencia y se presenta, con mayor frecuencia, en hombres entre los 20 y los 45 años.^{4,5} Suele aparecer en las 24 h siguientes a una actividad sexual prolongada, posiblemente por causa de una lesión del endotelio vascular. Clínicamente, se manifiesta por dolor y aumento de volumen de la vena dorsal superficial del pene, la cual se palpa engrosada y con signos inflamatorios locales. Para su diagnóstico de certeza, se precisa de la realización de un ultrasonido (US) doppler-color peniano. Responde muy bien al tratamiento conservador y evoluciona hacia la curación entre 4 y 8 semanas.⁶

En este artículo se describe un nuevo caso de tromboflebitis de Mondor del pene (TMP), y se revisan algunos aspectos diagnósticos y terapéuticos recogidos en la literatura.

CASO CLÍNICO

Paciente de 22 años de edad, con antecedentes de salud hasta hace un mes, cuando se le realizó hernioplastia inguinal izquierda, con malla de polipropileno, por presentar hernia inguinal indirecta a ese nivel.

Dos semanas después de la intervención quirúrgica, comenzó a presentar aumento de volumen y dolor en el dorso del pene, tanto al tacto como con la erección, motivo por el cual asistió a la consulta de Urología.

Al examen físico se constató, que la vena dorsal superficial del pene estaba aumentada de volumen, de color rojo-parduzco, y dolorosa a la palpación sobre todo hacia su mitad proximal (Fig. 1). Al tacto dicha vena tenía consistencia dura y estaba adherida al tejido circundante. Al llegar a la base del pene se incurvaba hacia la izquierda, era doloroso y difícil su desplazamiento en sentido lateral.



Fig. 1. Vena dorsal superficial del pene, aumentada de volumen hacia su mitad proximal y de color rojo-parduzco.

En el US peniano se constató la presencia de dolor, en la zona antes referida, al contacto del transductor, así como engrosamiento de la pared de dicha vena de aspecto inflamatorio, acompañado de trombosis en su interior. Ambas situaciones impedían el colapso de las paredes venosas. Los cuerpos cavernosos eran de aspecto normal (Fig. 2 y 3).

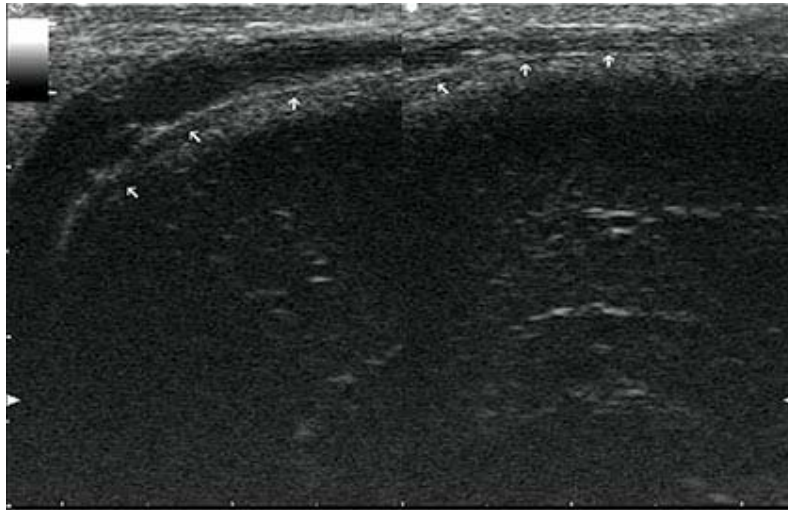


Fig. 2. Vista lateral del ultrasonido peniano. Engrosamiento de aspecto inflamatorio de la pared de la vena dorsal superficial y trombosis en su interior (señalado con flechas).

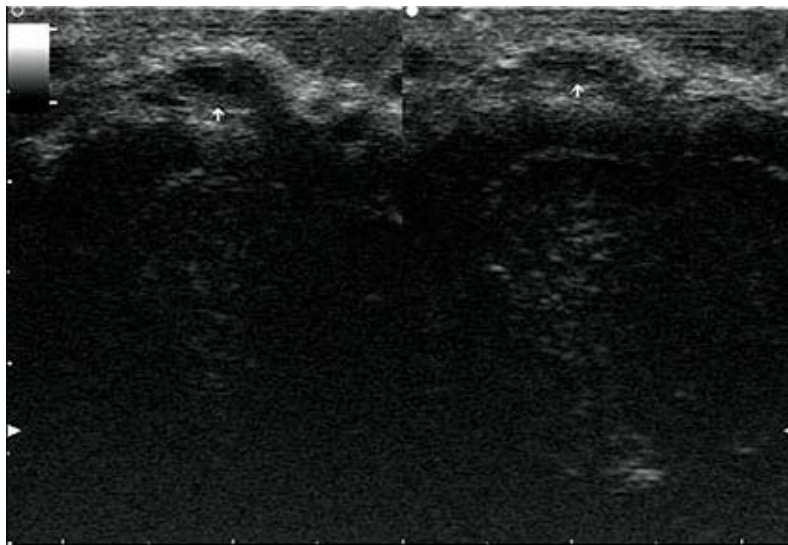


Fig. 3. Vista frontal del ultrasonido peniano. Vena dorsal superficial con signos de flebitis y trombosada (señalado con flechas); debajo los cuerpos cavernosos normales.

Al aplicar el US doppler-color a la vena en cuestión, se puso en evidencia la ausencia de flujo sanguíneo (Fig. 4). Se confirmó la sospecha diagnóstica de TMP.

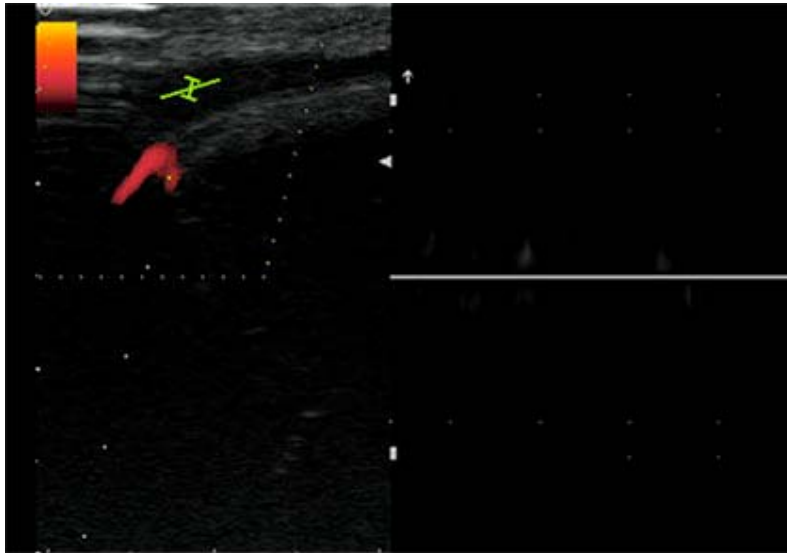


Fig. 4. Ultrasonido doppler-color peniano que confirma ausencia de flujo sanguíneo, a través de la vena dorsal superficial.

Al paciente se le indicó reposo sexual, antiinflamatorios no esteroideos orales (ibuprofeno) y la aplicación de iontoforesis local con pomada de heparina durante una semana. Al cabo de este tiempo fue revalorado, observándose que los signos inflamatorios locales eran aún marcados, por lo que se le agregó a la terapéutica corticoides vía oral (dexametasona) hasta completar otras 3 semanas de tratamiento. De esta forma se logró la desaparición total de los síntomas; se corroboró en el US doppler-color peniano evolutivo, la restitución a la normalidad del flujo sanguíneo en la vena dorsal superficial. Se le dio el alta definitiva en 6 semanas.

COMENTARIOS

La TMP es una enfermedad rara y benigna, que se presenta en hombres entre los 20 y los 70 años, aunque es más frecuente entre los 20 y los 45 años;⁷⁻⁹ este último es el rango de edades en el que se incluye el paciente de esta presentación.

Los factores etiológicos que se describen en el desarrollo de la TMP están relacionados, fundamentalmente, con situaciones en las que se han producido traumatismos a repetición sobre el pene, como ocurre en la actividad sexual prolongada y con el uso de elementos constrictores del pene, durante las relaciones sexuales. También se ha presentado en períodos de abstinencia sexual mantenida, en el curso de infecciones locales o a distancia, por la sobredistensión vesical sostenida y por el abuso de drogas endovenosas. Han sido descritas también asociaciones con determinados tumores de la pelvis (vesicales y prostáticos) y como manifestación inicial e inusual, de un adenocarcinoma pancreático diseminado.^{4,6,7,9,10}

Otro factor predisponente hacia la aparición de la TMP, descrito por algunos de los autores consultados,^{4,7} está relacionado con una complicación de la cirugía de la hernia inguinal, como ocurre con el caso que se presenta en este artículo. Recordemos que, anatómicamente, la vena dorsal superficial del pene drena en la vena pudenda externa que, a su vez, lo hace en la vena safena magna. El campo

operatorio necesario para la reparación de la hernia inguinal abarca el tejido fibroadiposo subcutáneo situado a ambos lados de la región suprapúbica, zona por donde transcurre la vena pudenda externa; al ser manipulada y traumatizada con instrumentos y con la colocación de la malla de polipropileno, actuó como mecanismo productor del daño vascular que, finalmente, desencadenó la TMP en este paciente.

La fisiopatología intrínseca del proceso tromboflebítico, fue descrita en 1845 por Virchow, quien postuló que el daño a la integridad de la pared del vaso, produce cambios en el flujo sanguíneo y en la composición de la sangre.^{10,11} Es decir, que la lesión de la vena provoca la necrosis del endotelio con la consecuente ectasia, estado de hipercoagulabilidad y la consecuente formación del trombo.⁴ Desde el punto de vista histológico se pone de manifiesto un adelgazamiento de la pared vascular, con una pérdida de la diferenciación entre la capa íntima y el tejido conectivo. Además, se evidencia una luz venosa ocupada por material trombótico convencional (hematíes, plaquetas y fibrina) asociado a reacción inflamatoria local.⁵

También se reconoce la existencia de pacientes en los que la causa de la TMP, no se logra dilucidar. En estos casos se plantea que la deficiencia de la proteína S puede considerarse un factor de riesgo. La proteína S¹² es antitrombótica, presente en el plasma, que actúa como cofactor para otras proteínas plasmáticas. Por otro lado, se ha informado que la deficiencia de antitrombina III, proteína C y proteína S, representa un factor genético importante involucrado en el proceso de la trombosis venosa. Estos defectos fueron encontrados de un 15 a un 20 % de todas las familias con trombofilia.¹²

Desde el punto de vista clínico, la TMP puede dividirse en tres etapas: aguda, subaguda y recanalizada. El síntoma principal es el dolor en el dorso del pene, tanto al tacto como con la erección. En el examen físico se palpa un cordón duro, lineal y con signos inflamatorios locales, que sigue el trayecto de la vena dorsal superficial del pene;^{5,6,9,13} en la literatura francesa se ha descrito este cordón como si se palpase un "alambre de hierro".^{5,6} El cuadro clínico del paciente de este informe, coincidió con el que describen los autores consultados.

El diagnóstico diferencial de la TMP debe realizarse, fundamentalmente, con la linfangitis esclerosa del pene y con la enfermedad de Peyroni. Para ello son básicos los datos clínicos del enfermo y sus antecedentes, pero sobre todo las características del examen físico ya que, en cada una de las entidades señaladas, este último tiene sus particularidades distintivas.^{4,5,7}

Para establecer el diagnóstico de certeza y diferencial, así como el seguimiento evolutivo de la TMP, se necesita del US peniano. En el caso de este trabajo, todos los signos imagenológicos típicos descritos,^{7,8,11,14} estuvieron presentes. En la modalidad del US de partes blandas, se constató el engrosamiento de aspecto inflamatorio en las paredes de la vena dorsal superficial, presencia de contenido ecogénico en su interior por trombosis de esta, falta de compresibilidad debido a esta causa y dolor local derivado de la compresión producida por el transductor. Al aplicar el US doppler-color, se comprobó la ausencia de flujo sanguíneo en la vena de referencia, y una vez que se logró la resolución total del proceso tromboflebítico, se confirmó la recanalización del vaso mediante este mismo examen.

La variante conservadora es la principal opción terapéutica para el manejo de la TMP. Se conoce que este es un proceso autolimitado, entre 6 y 8 semanas evoluciona hacia la curación espontánea y se produce la recanalización venosa.^{5-7,12} No obstante, y dada la persistencia del dolor que impide la erección y el coito, se describen como medidas iniciales el reposo sexual, el tratamiento sintomático con antiinflamatorios no esteroideos y la aplicación de pomadas locales a base de heparina. El empleo de

anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios en estos pacientes, no ha demostrado modificar el curso de la enfermedad.^{4,6,10,12} Para aquellos casos en los que persisten los síntomas, tras 8 semanas de tratamiento conservador, se describe la alternativa quirúrgica, que consiste en la trombectomía o la resección de la vena dorsal superficial del pene.^{4,5,7,10} En el paciente que describimos, se emplearon medidas conservadoras como las referidas. En el caso de la pomada de heparina se le aplicó con iontoforesis, para favorecer una mayor y mejor penetración del medicamento en los tegumentos del pene. Fue necesario agregarle corticoides orales al tratamiento, ante la persistencia de signos inflamatorios locales marcados, lo cual contribuyó notablemente a la rápida resolución del cuadro, lográndose el alta clínica e imagenológica del paciente en 6 semanas.

Se concluye que la aparición de la TMP, con posterioridad a una hernioplastia inguinal, es excepcional. La sospecha clínica de la misma, más la confirmación con el US doppler-color, son pilares esenciales para el diagnóstico de certeza. El tratamiento conservador ofrece óptimos resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mondor H. Tronculite sous-cutané de la paroi thoracique antero-laterale. Med Acad Chir (Paris). 1939;65:1271-8.
2. Braun-Falco O, Zur K. Histologie und Pathogenese der strangförmigen oberflächlichen Phlebitiden. Derm Wschr. 1955;132:705-15.
3. Helm JD, Hodge IG. Thrombophlebitis of a dorsal vein of the penis: report of a case treated by phenylbutazone. J Urol [Internet]. 1958 [cited 2013 Aug 14];79:[aprox 2 p.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13514882>
4. Rembolá SE, Beresñak A. Tromboflebitis superficial del pene. Enfermedad de Mondor. Rev Argent Radiol [Internet]. 2005 [citado 14 Ago 2013];69:[aprox 4 p.]. Disponible en: http://www.rard.org.ar/numeros/2005_3/6rombola/rombola.pdf
5. Molina Escudero R, Cabello Benavente R, Monzó Gardiner JI, López Díez I, Tabares Jiménez J, Paños Fagundo E, et al. Síndrome de Mondor: revisión de la literatura a propósito de un caso. Arch Esp Urol [Internet]. 2009 [citado 14 Ago 2013];62(4):[aprox 3 p.]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181013958010>
6. Ruiz de la Illa NS, Zubiaur Líbano C, Unda Urzaiz M. Patología vascular del testículo y del pene. En: Castiñeiras Fernández J. Libro del Residente de Urología. Madrid: Gráficas Marte, S.L.; 2007. p. 868-9.
7. Ramos Barseló E, Portillo Martín JA, Correas Gómez M, Gutiérrez Baños JL, Aguilera Tubet C, Ballesteros Diego R, et al. Enfermedad de Mondor versus linfangitis esclerosante de pene. Arch Esp Urol [Internet]. 2008 [citado 14 Ago 2013];61(7):[aprox 4 p.]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181013947015>
8. Aguilar García JJ, Domínguez Pérez AD, Iribarren Marín MA, Talegón Meléndez A. Enfermedad de Mondor. Una forma inusual de trombosis venosa superficial. Rev Clin Esp [Internet]. 2011 [citado 14 Ago 2013];211(4):[aprox 2 p.]. Disponible en: <http://medes.com/publication/65665>

9. Rodríguez Faba O, Parra Muntaner L, Gómez Cisneros SC, Martín Benito JL, Escaf Barmadah S. Trombosis de la vena dorsal del pene (Flebitis de Mondor). Aportación de un nuevo caso. *Actas Urol Esp* [Internet]. 2006 [citado 14 Ago 2013]; 30(1): [aprox 3 p.]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1426764>
10. Nazir SS, Khan M. Thrombosis of the dorsal vein of the penis (Mondor's Disease): A case report and review of the literature. *Indian J Urol* [Internet]. 2010 [cited 2013 Aug 14]; 26: [aprox 3 p.]. Available from: <http://www.indianjurol.com/text.asp?2010/26/3/431/70588>
11. Dell'Atti L. Role of ultrasonography with color-Doppler in diagnosis of penile Mondor's disease. *J Ultrasound* [Internet]. 2013 Sep [cited 2013 Aug 14]. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs40477-013-0035-8>
12. Gigli F, Beltrami P, Arancio M, Zattoni F. Mondor's penile disease: personal experience. *J Androl Sciences* [Internet]. 2008 [cited 2013 Aug 14]; 15: [about 6 p.]. Available from: <http://www.journalofandrologicalsciences.eu/media/07.pdf>
13. Rosety Rodríguez JM, García-Baquero R, Conde Giles A, León Delgado C, Ledo Crespo M, Pérez-Lanzac A, et al. Trombosis aislada de la vena superficial dorsal del pene. Flebitis de Mondor. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Rev Int Androl* [Internet] 2011 [citado 14 Ago 2013]; 9(4): [aprox 3 p.]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1698031X1170036X>
14. 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* [Internet]. 2012 [citado 14 Ago 2013]; 65(2): [aprox 5 p.]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1810/181024480009.pdf>

Recibido: 18 de septiembre de 2013.
Aprobado: 9 de enero de 2014.

Tomás Lázaro Rodríguez Collar. Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". Ave 114 y 31, Marianao, La Habana, Cuba. Correo electrónico: tomasrc@infomed.sld.cu