

DOENÇA DE MONDOR NA CIRURGIA MAMARIA: UM RELATO DE CASO BILATERAL RARO

Ianka Reichert¹, Paula Dalberto², Luís Felipe Giacomini², Fabio Hockmuller Filho², Emerson Eduardo Duwe², Rafael Ceita Nunes³

¹ Estudante de Medicina na Faculdade Meridional (IMED)

² Estudante de Medicina na Faculdade Meridional (IMED)

² Cirurgião Plástico na Clínica Contour

INTRODUÇÃO

A Doença de Mondor (DM) foi descrita pela primeira vez em 1939, devido a sua raridade há pouco conhecimento elucidado. A DM apresenta-se clinicamente por uma tromboflebite autolimitada das veias superficiais, geralmente no tronco de forma unilateral, na região da mama, de caráter benigno, mas pode acontecer em outros lugares². A sintomatologia acontece pelo endurecimento do vaso, palpável, em forma de cordão que surge de forma aguda no corpo, resultando em dor local, rigidez, febre, alterações eritematosas da pele e desconforto no movimento¹.

A fisiopatologia da DM ainda não está consolidada. Entretanto, o desenvolvimento da flebite envolve algumas etapas fisiológicas, entre elas, inicialmente, eventos trombóticos nas veias afetadas, resultando em obstrução do lúmen com fibrina e células inflamatórias⁴. Dessa forma, há acúmulo de tecido conjuntivo no vaso em questão, formando um endurecimento, semelhante a um cordão, seguido da recanalização por várias semanas⁴.

Segundo revisões recentes a patologia acontece mais em mulheres de meia-idade e de forma unilateral, com razão de incidência de 0,07-0,96%⁵. Em relação a sua origem, apresenta-se dividida em DM primária (iatrogênica, traumática, idiopática) e DM secundária (devido a uma doença de base)⁵.

O diagnóstico requer uma boa anamnese e exame físico, visto que o endurecimento do vaso e dor serão as principais queixas do paciente¹. Diante desse prisma, vale destacar a importância do diagnóstico diferencial em relação a uma possível doença de base como, por exemplo, vasculites, neoplasias vasculares, câncer de mama, entre outros¹.

Em relação ao prognóstico da DM ainda não há lucidez, porém estudos observam bons desfechos, sem recorrências clínicas¹. O tratamento é sítio dependente e nas torácicas, por exemplo, recomenda-se o uso de AINEs e dispensa-se o uso de antitrombóticos².

OBJETIVOS

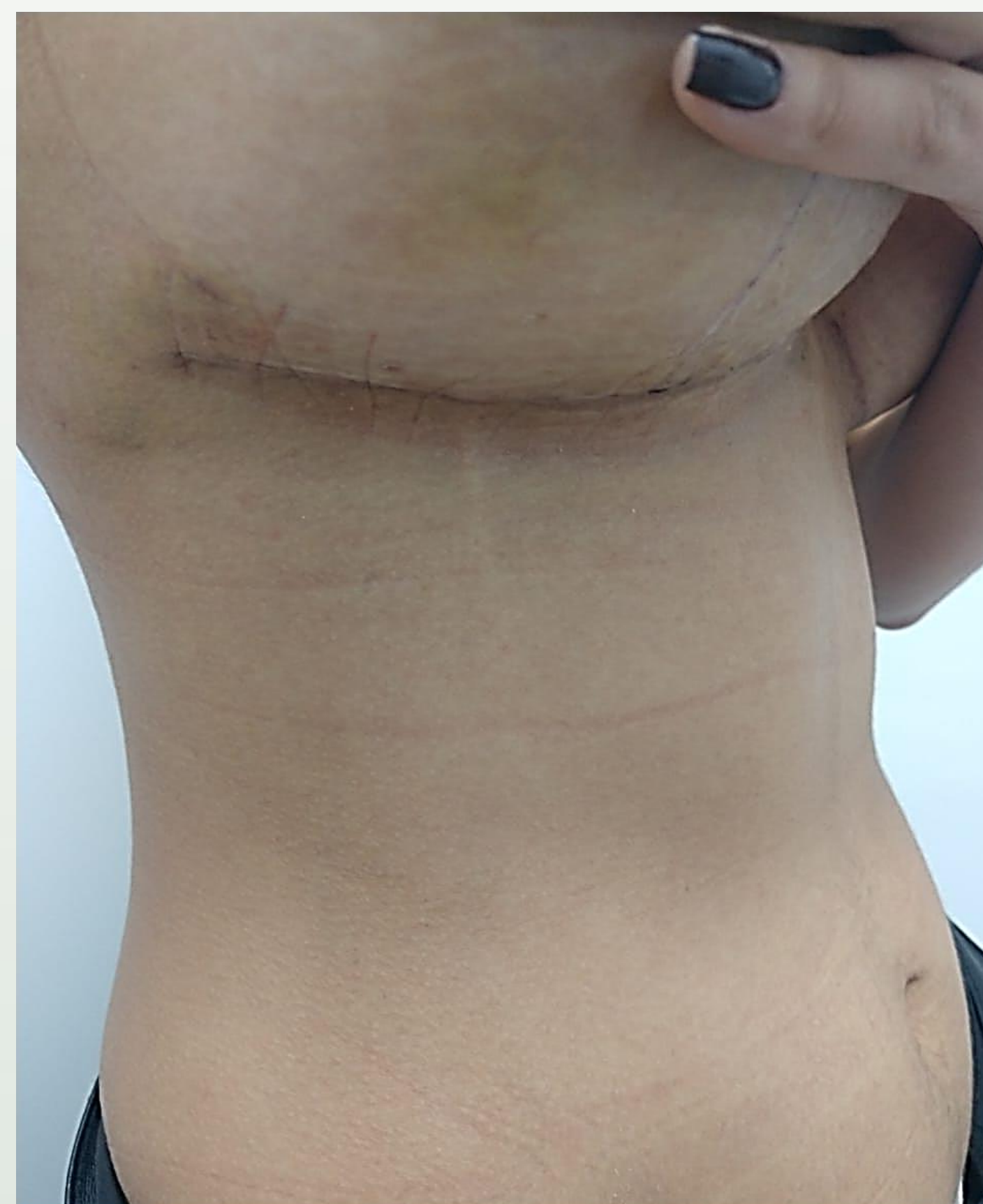
O presente relato de caso tem como objetivo apresentar à comunidade acadêmica, a condição de uma paciente, cuja desenvolveu DM bilateralmente, após mastopexia. Além do mais, abordaremos intervenção para a situação e desfecho da circunstância.

RELATO DE CASO

FDC, 29 anos, submetida à cirurgia de mastopexia com prótese dual plane, sem nenhuma intercorrência, evoluiu bem no pós-operatório imediato e recente. A deambulação da paciente foi precoce, algumas horas após a cirurgia. Com 21 dias de pós-operatório foi observado lesão em cordão no abdômen bilateral acompanhado de dor.

No exame físico evidenciou-se abaulamento linear em abdome superior lateral bilateral, mais evidente a esquerda, dor leve a palpação, consistência endurecida, sem sinais de hiperemia ou calor, além de estar mais evidente a tração superior da mama, caracterizando a síndrome de Mondor.

O tratamento instituído foi um comprimido de AINEs a cada 12 horas. Após 13 dias da intervenção médica paciente relatou melhora da dor, porém ainda com abaulamento linear e consistência macia. Dessa forma, manteve-se o tratamento e passados 5 dias houve melhora clínica importante, apenas com lesões discretas.



CONCLUSÃO

Conclui-se, dessa forma, que a DM é rara, apresentando diversas etiologias, sendo de grande importância o conhecimento da doença, os diagnósticos diferenciais e os tratamentos adequados de acordo com o sítio da ocorrência. Ademais, a conduta certa é imprescindível para a resolução do quadro estabelecido e satisfação do paciente.

REFERÊNCIAS

¹ AMANO, M; SHIMIZU, T. Emphysematous cystitis: a review of the literature. Internal medicine, 2014, 53(2), 79-82.

² MONDOR, H; BERTRAND, I. La maladie de Mondor. J Chir (Paris) 1985; 122: 615-20.

³ KHAN, UD. Incidência de doença de mondor no aumento do peito: a estudo retrospectivo de 2.052 mamas usando incisão inframamária. Plast Reconstr Surg, 2008, 122: 88-89.

⁴ ÁLVAREZ-GARRIDO, H; et al. Mondor's disease. Clinical and Experimental Dermatology: Clinical dermatology, 34(7), 753-756.

⁵ LAROCHE, JP; et al. Mondor's disease: what's new since 1939?. Thrombosis Research, 130, S56-S58.