

UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE CUENCA

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**  
*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*  
**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE MEDICINA**

**“SÍNDROME DE MONDOR. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MÉDICO**

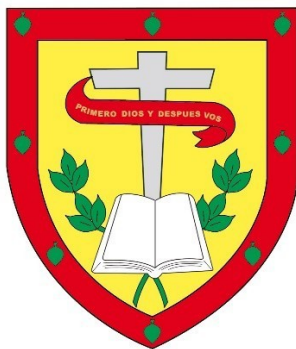
**AUTOR: FRANKLIN DAVID PATIÑO GONZÁLEZ**

**DIRECTOR: DR. DANILO GUSTAVO MUÑOZ PALOMEQUE**

**CUENCA - ECUADOR**

**2024**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE MEDICINA**

**“SÍNDROME DE MONDOR. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MÉDICO**

**AUTOR: FRANKLIN DAVID PATIÑO GONZÁLEZ**

**DIRECTOR: DR. DANILO GUSTAVO MUÑOZ PALOMEQUE**

**CUENCA - ECUADOR**

**2024**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**

## DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD

**Franklin David Patiño González** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **1104427362**. Declaro ser el autor de la obra: “**Síndrome de Mondor. Revisión Bibliográfica**”, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, **16 de febrero de 2024**

F:   
**Franklín David Patiño González**  
C.I. **1104427362**

## CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR / TUTOR

Certifico que el presente trabajo denominado "**SÍNDROME DE MONDOR. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**" realizado por **FRANKLIN DAVID PATIÑO GONZALEZ** con documento de identidad No. **1104427362**, previo a la obtención del título profesional de Médico, ha sido asesorado, supervisado y desarrollado bajo mi tutoría en todo su proceso, cumpliendo con la reglamentación pertinente que exige la Universidad Católica de Cuenca y los requisitos que determina la investigación científica.

Cuenca, 16 de febrero de 2024

F: .....  
**Dr. Danilo Gustavo Muñoz Palomeque**  
**DIRECTOR / TUTOR**

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA  
DR. DANILO MUÑOZ  
MEDICINA INTERNA  
C.I.: 0103652574

## **DEDICATORIA**

En homenaje a mis padres, los motores principales de mi vida, quienes con el mayor sacrificio me orientan hacia el camino de la superación personal.

A mi querida madre, por los momentos que me ha mostrado amor plasmada en el gran apoyo incansable, por creer siempre en mí a pesar de los momentos difíciles.

A mi padre, quien me guió con humildad y disciplina en el trayecto de mi vida, por su apoyo incondicional y sus sabios consejos de vida.

A mi familia en general por cada muestra de cariño que se transformó en fortaleza para lograr vencer cada obstáculo.

Franklin David Patiño González

## AGRADECIMIENTO

Primeramente, agradecer a Dios por las bendiciones que he recibido a lo largo de este arduo camino.

A mis padres por el apoyo incansable en cada momento del proyecto para lograr alcanzar esta meta.

A la Universidad Católica de Cuenca por permitirme ser parte de esta comunidad universitaria, lo cual, adquirir conocimiento científico-humano durante estos años de arduo estudio.

A los docentes que me brindaron su tiempo y conocimiento en cada una de sus clases impartidas con dedicación y amor por la profesión.

De manera especial a mi director y asesor de tesis al Dr. Danilo Muñoz Palomeque, quien me logro guiarme de una manera correcta en el desarrollo de este proyecto, por su paciencia y sabiduría para lograr encaminarme en esta etapa.

A mis amigos quienes fueron el soporte fundamental, para poder sobrellevar diariamente los complejos momentos de esta maravillosa carrera profesional.

Franklin David Patiño González

## RESUMEN

La trombosis venosa representa una de las causas de morbimortalidad y discapacidad a nivel mundial, y su incidencia sigue en ascenso. Por otro lado, la tromboflebitis del vaso dorsal del genital masculino, es determinada como el síndrome de Mondor. Ahora bien, esta patología es considerada infrecuente y catalogada como rara entre todos los tipos de flebitis existentes, su incidencia es inferior entre 0,9 y 0,5% de pacientes que muestran la sintomatología, y representa una recurrencia del 5%.

El margen de edad para esta afección es amplio, la cual incluye al sexo masculino entre los 21 a 70 años, pero con un rango de mayor incidencia en los hombres jóvenes, sexualmente activos entre 20 a 45 años de edad. Su diagnóstico es sencillo y se basa en los exámenes clínicos del paciente. Sin embargo, existen casos que ocurren secundarios de otra enfermedad subyacente, incluyendo malignidad, el estado de hipercoagulabilidad y la vasculitis. Es importante identificar con precisión y evaluar objetivamente para poder evitar cualquier tratamiento invasivo innecesario.

Se realizó mediante una revisión bibliográfica tipo narrativa de estudios preclínicos y clínicos, a través de la búsqueda de artículos publicados en las bases de datos como Scopus, Web of Science, Springer y Pubmed. Con la finalidad de lograr compilar información importante, que sirva de apoyo a la comunidad médica, permitiendo informar y agilizar una investigación sobre esta patología rara e infrecuente.

**Palabras clave:** afección, miembro genital masculino, síndrome de Mondor, trombosis, vena.

## ABSTRACT

Venous thrombosis represents one of the causes of morbidity, mortality and disability worldwide, and its incidence continues to rise. On the other hand, thrombophlebitis of the dorsal vessel of the male genital is determined as Mondor syndrome. Now, this pathology is considered uncommon and classified as rare among all existing types of phlebitis, its incidence is less than between 0.9 and 0.5% of patients who show symptoms, and it represents a recurrence of 5%.

The age range for this condition is wide, which includes males between 21 and 70 years of age, but with a higher incidence range in young, sexually active men between 20 and 45 years of age. Its diagnosis is simple and is based on the patient's clinical examinations. However, there are cases that occur secondary to another underlying disease, including malignancy, the hypercoagulable state, and vasculitis. It is important to accurately identify and objectively evaluate in order to avoid any unnecessary invasive treatment.

This condition will be determined through a narrative literature review of preclinical and clinical studies, through a search for articles published in databases such as Scopus, Web of Science, Springer and Pubmed. In order to compile important information that serves as support to the medical community, allowing to inform and expedite research on this rare and uncommon pathology.

**Keywords:** condition, male genital member, Mondor syndrome, thrombosis, vein.

## ÍNDICE

1. RESUMEN .....	7
2. ABSTRACT .....	8
3. INTRODUCCIÓN .....	10
4. JUSTIFICACIÓN .....	11
5. OBJETIVOS .....	12
6.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	12
6. METODOLOGÍA.....	13
7. DESARROLLO DEL TRABAJO .....	14
8. RESULTADOS .....	18
9. DISCUSIÓN.....	19
10. CONCLUSIONES .....	20
11. BIBLIOGRAFÍA .....	21

## 1. INTRODUCCIÓN

El síndrome de Mondor peneana también conocido como la trombosis venosa superficial (TVS) de la vena dorsal superficial del miembro masculino. Se ha observado que predomina en los individuos que padecen de cáncer e infecciones locales u alguna otra enfermedad, la cual es asociada a un mayor riesgo trombótico. Esta afección logra causar ansiedad, intimidad del paciente y desorientar fácilmente con las afecciones más preocupantes (3,5,6).

Henri Mondor descubrió por primera vez la tromboflebitis de los vasos venosos superficiales en el área torácica en 1939. Por otro lado, Helm y Hodge lo definieron como variante peneana cuando informaron de una tromboflebitis aislada de la vena dorsal del miembro masculino en 1958 (5,7).

La enfermedad es muy rara, benigna y autolimitada que afecta las venas dorsales superficiales del pene. Los pacientes suelen presentar una induración con forma de cordón que se localiza en el surco coronal, y más raramente suele afectar al cuerpo y al prepucio (8).

En su mayoría los casos son idiopáticos, pero en algunos pacientes la enfermedad es asociada a traumatismo (torsión o estiramiento de las venas) en el acto sexual, traumatismos quirúrgicos (cirugía hernia inguinal), traumatismo en la práctica deportiva y la trombosis venosa profunda (8).

Esta afección es infrecuente e incluso se la considera bastante rara, representa una incidencia baja de 0,9 y 0,5% de los pacientes sintomáticos con una frecuencia del 5% de recurrencia, el margen de edad para esta afección es amplio, la cual incluye al sexo masculino entre los 21 a 70 años, pero con un rango de mayor incidencia en los hombres jóvenes, sexualmente activos entre 20 a 45 años de edad (1,2).

En general, las lesiones suelen durar entre 4 a 9 semanas, pero se han descrito casos que han durado hasta los 6 meses. En la mayoría el cuadro clínico suele resolverse espontáneamente. El tratamiento antiinflamatorio sistémico, cremas locales como la heparina y, por ende, la abstinencia sexual ayuda a una resolución rápida en la mejoría del cuadro clínico (8).

## 2. JUSTIFICACIÓN

Es preocupante que siendo la trombosis venosa una patología prevenible se encuentre dentro de las más frecuentes de carácter vascular y con un alto grado de morbimortalidad. Ahora bien, lo más común es encontrar una trombosis venosa profunda. Sin embargo, aunque esta afección sea la más común también puede suceder en los lugares menos frecuentes, como es el síndrome de Mondor.

Los pacientes que padecen de este problema vascular, suelen generar un desafío debido a que los síntomas no son específicos, lo que puede retrasar su identificación y su tratamiento como tal. Sin embargo, existen varios métodos que pueden ayudar a detectar la trombosis. La evaluación clínica y la historia clínica suelen ser de gran importancia para poder relacionar e identificar los factores que implican la tromboflebitis y de la misma manera determinar su gravedad.

Los síntomas más frecuentes suelen ser el dolor, hinchazón, eritema, calor y sensibilidad en la zona afectada. Las técnicas de imagen suelen ser de gran ayuda para determinar la zona exacta en que se encuentra la afección. Por otro lado, las pruebas de laboratorio también son útiles al momento de evaluar la función de la coagulación sanguínea.

Es de gran importancia resaltar que a la mínima sospecha se debe acudir a la atención médica profesional, en especial si existe dolor o inflamación en la zona afectada. Un diagnóstico temprano mediante un examen de eco-Doppler, logra prevenir complicaciones graves y potencialmente mortales.

### **3. OBJETIVOS**

Detallar el síndrome de Mondor.

#### **3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Describir la forma de presentación clínica de acuerdo al sitio anatómico diagnosticado.
- Explicar el tratamiento de la enfermedad

#### **4. METODOLOGÍA**

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa, la cual se basó en una estructura clara y organizada, la cual se empleó diferentes secciones para abordar los objetivos planteados además de considerar la inclusión de tablas para resumir y analizar la información recopilada de los estudios revisados.

Se seleccionaron estudios escritos en idioma español o inglés, se incluyó artículos de investigación originales, revisiones sistemáticas, metaanálisis y ensayos clínicos relacionados con el tema. Siendo prioridad a aquellos estudios que posean una muestra representativa de pacientes.

Por otro lado, se descartaron artículos que no estén directamente relacionados a la enfermedad y que no proporcionen información relevante para los objetivos específicos de esta revisión, como aquellos que se centren en enfermedades no relacionadas.

Las palabras clave y términos de búsqueda que se usaron son: afección, miembro genital masculino pene, síndrome de Mondor, trombosis, vena. Se seleccionaron utilizando vocabularios controlados como MeSH, DeCS y/o Emtree, adaptados al tema. Se empleó el operador booleano como (OR, AND, NOT) lo cual se combinaron conceptos o los términos de búsquedas de una manera más efectiva, también se usó fuentes confiables como fueron Web of Science, Springer, PubMed y Scopus.

## 5. DESARROLLO DEL TRABAJO

El síndrome de Mondor es una patología rara, desconocida y lo cual puede dar lugar importantes niveles de estrés psicológico al paciente. Inicialmente fue descrita en los años 1939 por Mondor como tromboflebitis de las venas superficiales torácicas, al paso de los años, Helm y Hodge describieron como la afección del pene en una forma aislada en 1958 (7,9).

El síndrome de Mondor es una afección superficial del miembro masculino poco frecuente, que suele presentarse con una induración lisa en forma de un cordón en el dorso del cuerpo peniano. Las relaciones sexuales, suele ser el principal factor que predispone la afección, aunque existen otras posibles etiologías de daño endotelial, como las infecciones urogenitales, la abstinencia sexual prolongada, hipercoagulabilidad, varicosectomía, oclusión venosa a causa de la vejiga llena y el uso de fármacos intracavernosos como los inhibidores de la fosfodiesterasa (PDE)-5 (10,11,13). El margen de edad para esta afección es amplio, la cual incluye al sexo masculino entre los 21 a 70 años, pero con un rango de mayor incidencia en los hombres jóvenes, sexualmente activos entre 20 a 45 años de edad (2).

Por otro lado, el sistema venoso inicia en la base del glande, con una serie de varios canales venosos que se unen y forman el dorso venoso del miembro, a su vez recorre a lo largo de una ranura en el cuerpo y drena en el plexo venoso de la próstata (12). Estas venas circunflejas nacen en el cuerpo esponjoso y se extienden por el cuerpo cavernoso a cada lado para luego unirse con la vena dorsal profunda de una forma perpendicular. Las vénulas intermedias de los senos venosos a su vez se forman y drenan en el plexo capilar por debajo de la túnica. Este sistema da lugar a venas emisoras que en general se extienden oblicuamente en las capas de la túnica que luego drenan en la vena circunfleja a nivel dorsolateral (12).

En cuanto a las venas emisoras del tercio proximal del miembro se unen a la superficie dorso medial del cuerpo cavernoso bilateralmente para formar entre la 2 y la 5 vena cavernosa. En el hilum del miembro genital masculino, los vasos sanguíneos atraviesan los pilares y la región bulbar recibe una rama de cada una, para luego unirse con los vasos pudendo internos. Aparte de las estructuras eréctiles, los vasos de la piel del miembro suelen también originarse en la rama

puddendo externa de la arteria femoral, estos vasos entran en la rama del miembro genital masculino (12).

Esta red venosa en general puede verse afectada por un proceso inflamatorio y por un trauma o infecciones en la zona genital. La trombosis en general es el resultado de la coagulación intravascular debido a las lesiones de la pared vascular, estasis venosa y la hipercoagulabilidad, más conocida como la triada de Virchow (14).

Esta afección es infrecuente e incluso se la considera bastante peculiar de los tipos de flebitis existentes, su incidencia es baja entre 0,9 y 0,5% de los pacientes sintomáticos, representa el 5% de recurrencia (1). Pero su incidencia podría ser mucho mayor, ya que puede existir casos infra diagnosticados, en parte por lo que existen casos de pacientes asintomáticos y también al ser una enfermedad la cual afecta el miembro masculino. Sin embargo, los factores como la intimidación social, la timidez, la falta de información, el orgullo y claramente el machismo, logran interactuar de manera directa e impedir que los pacientes que lo padezcan busquen ayuda médica profesional (15,16).

La estasis sanguínea puede darse por múltiples factores, como la erección prolongada, la sedación prolongada por los vuelos largos, estrangulación del miembro, priapismo, déficit de las proteínas S y C, la antitrombina III, abstinencia coital prolongada, sobre distensión de la vejiga y compresiones de la vasculatura pélvica como son las riñoneras y los cinturones de trabajo (5,16,17).

Principalmente, suele ser en su mayoría benigna y logra resolverse en semanas sin la necesidad de intervenciones mayores, por lo tanto, el manejo del cuadro clínico es conservador existen tres fases clínicas en el síndrome: aguda, subaguda y la recanalización (18,19).

En la fase aguda los síntomas suelen ser en las primeras 24 a 48 horas luego del acto sexual y es ahí cuando los síntomas inician con mayor exaltación. En la fase subaguda las molestias suelen minimizarse, sin embargo, los síntomas son irritativos y molesto a nivel vesical, esta puede extenderse hasta las 8 semanas. Por último, en un plazo de 6-8 semanas suele ocurrir la tercera fase, donde se da la recanalización del vaso con una reabsorción del coágulo y, por ende, la resolución del cuadro clínico. Una mínima parte de los pacientes llegan a evolucionar al agravamiento del cuadro clínico, con la aparición de la necrosis cutánea alrededor

de los vasos afectados (18,19).

Su patología suele indicar alteraciones en los vasos sanguíneos, con formación de trombos y diferentes grados de obstrucción, incremento de las células endoteliales, engrosamiento de la pared con infiltrado perivascular de linfocitos e histiocitos. En fases avanzadas de la enfermedad se logra observar una proliferación en el tejido conectivo en el interior de las paredes vasculares. El paciente suele presentar una dureza como una cuerda exactamente en el dorso del miembro. El dolor es de moderado-severo con palpitaciones ya sean continuos o episódicos. Se puede lograr observar un sarpullido eritematoso y el edema en la parte cutánea del miembro genital. En general, las molestias suelen exacerbarse durante la erección, algunos pacientes desarrollan síntomas de micción irritante (8,19).

Su diagnóstico es clínico y se confirma mediante un examen eco-Doppler por la visualización de un trombo venoso en la parte superficial del genital masculino. También se ha diagnosticado con imágenes por la resonancia magnética, del mismo modo, el examen histopatológico también puede ser útil en el diagnóstico (5,20).

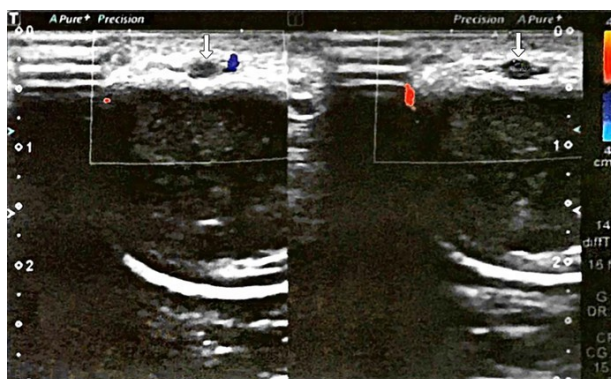
Las lesiones suelen durar entre 4 a 9 semanas, pero se han descrito casos que han durado hasta los 6 meses, en la gran parte de los casos suelen resolverse espontáneamente. El tratamiento antiinflamatorio sistémico, cremas locales como la heparina y, por ende, la abstinencia sexual ayuda a una resolución rápida del cuadro clínico (8).

En la fase aguda, las opciones de tratamiento pueden variar, algunos especialistas utilizan un antiagregante plaquetario (aspirina) y un AINE, mientras que otros especialistas usan (HBOM) heparina de bajo peso molecular como una medida preventiva o curativa en los 15 días. Para los estadios que son avanzados y no responden al tratamiento designado por el médico, se ha sugerido la extirpación de la vena dorsal superficial o incluso la trombectomía, sin embargo, en la mayor parte de los casos los AINES locales y generales son suficientes, su longitud de trombosis oscila entre los 2 y 4 cm. La trombectomía logra eliminar eficazmente el coágulo sanguíneo al instante (5,14,21).

Por lo tanto, en la fase aguda se debe restringir la actividad sexual además del uso de agentes anticoagulantes. El uso de cremas con heparina o fármacos antiinflamatorios se usan en etapas subagudas y crónicas. Durante estas etapas el

paciente debe restringirse de actividad sexual hasta que los síntomas y dolor desaparezcan. No se ha definido una secuela como tal a largo plazo (21). Por otro lado, si el síndrome no se resuelve espontáneamente, esta logra evolucionar hacia una cronicidad, lo cual puede formar la presencia de mínimas zonas necróticas cutáneas en los vasos que se encuentran afectadas, por lo tanto, el uso de analgésicos y antiinflamatorios sería prolongado (21).

En un estudio realizado por Cortés JD, et al., 2022, a un paciente masculino de 24 años de edad, diagnosticado con síndrome de Mondor fue medicado en un inicio con antiinflamatorios no esteroideos tópicos y con una dosis terapéutica de anticoagulante con heparina de bajo peso molecular de enoxaparina. El paciente mostró una mejoría clínica significativa luego de 5 días. En cuanto el seguimiento ambulatorio fue de 6 semanas y el cuadro se resolvió completamente (3).



**Figura 2.** Ecografía Doppler. Extraído de “Flebitis de Mondor” Elaborado por Cortés JDA, Santos ODG, Moncada LDA, Cruz SR (3).

## 6. RESULTADOS

Es muy probable que existan muchos más hombres de los declarados de haber padecido el síndrome en algún momento de su vida. Es probable que el síndrome no se notifique con exactitud debido a su naturaleza autorresolutiva y a la posibilidad de que esta sea asintomática en algunos casos, es por ello, que la limitación de los casos notificados ha logrado contribuir a la escasez de estudios sobre este síndrome y a la restricción de calidad, ya que la mayoría son de naturaleza retrospectiva (8). Por lo tanto, es difícil de hacer alguna afirmación generalizada sobre el algoritmo del diagnóstico tratamiento debido a la falta de poder estadístico global (5).

Sin embargo, es lógico que, basándose en los casos y los estudios ya publicados en la literatura, no sea necesario realizar un diagnóstico absoluto de la enfermedad mediante un análisis histológico en la mayoría de los casos. Por lo demás, cuando la evolución del síndrome no es prolongada, se recomienda un enfoque conservador de la evaluación y tratamiento como tal (5,20).

No existen informes que indiquen que las técnicas más avanzadas, como la resonancia magnética (RM) o la angiografía a través de la resonancia magnética aporten beneficio adicional en la evaluación de todos los casos (5,20).

Por lo tanto, a partir de la información recolectada de los distintos estudios realizados, se ha logrado describir que el síndrome mondor es una afección infrecuente que perjudica a los vasos sanguíneos superficiales del genital masculino (12). Aunque logra ser una experiencia preocupante para quienes lo padecen, generalmente tiene un curso autolimitado y se logra resolver sin complicaciones graves.

Los síntomas típicos incluyen el dolor y la presencia de una banda en forma de cordón palpable en la superficie del miembro masculino. El tratamiento suele ser sintomático, utilizando los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) para aliviar el dolor. En algunos casos se prescriben anticoagulantes para prevenir la formación de trombos (5,14).

La mayoría de los pacientes que experimentan este síndrome logran recuperarse completamente y la condición no suele dejar secuela alguna. Los consejos y la orientación profesional de la salud, son muy fundamentales para abordar de manera efectiva esta condición (8).

## 7. DISCUSIÓN

El síndrome de Mondor del miembro genital masculino, generalmente afecta en las venas dorsales superficiales (5). Fue descrito en los años 1939 por Mondor como tromboflebitis esclerosante venoso subcutánea de la pared torácica anterior, y en 1958 fue descrita por primera vez por Helm y Hodge como un proceso benigno, por lo general, autolimitado (7,9).

Los pacientes suelen mencionar que existen induraciones en forma de cordón umbilical, que en muchos de los casos son dolorosos, en la parte dorsal del miembro, provocando un dolor que suele ser episódico o constante. La etiología de este síndrome es desconocida. Existen muchos factores que predisponen al desarrollo de la tromboflebitis dorsal genital como la actividad sexual excesiva, trauma en el miembro, abstinencia sexual prolongada, infecciones, elementos constructivos que se usan en el acto sexual y los tumores pélvicos (10,15). Todos los factores se relacionan con la triada de Virchow, desencadenando el daño endotelial la cual se cruzan con los riesgos subyacentes de estasis sanguínea y la hipercoagulabilidad (5,16).

De todos los factores relacionados, el trauma causado por las relaciones sexuales intensas o la masturbación parecen ser el primordial factor etiológico. Este trauma puede deberse al estiramiento y a la torsión de las venas del miembro, provocando el daño endotelial y posteriormente la liberación de las sustancias trombóticas que logran activar la cascada de coagulación (16).

El diagnóstico del síndrome es principalmente clínico, la cual se complementa con la ecografía Doppler (5,20). Su tratamiento es fundamentalmente conservador, se han propuesto varios métodos para el tratamiento como el anticoagulante con aspirina, la heparina entre otros agentes antiplaquetarios. Los AINES se pueden usar para lograr aliviar el dolor, así como también para su acción inflamatoria. Los pacientes deben ser informados sobre la evitación de tener relaciones sexuales intensas o la masturbación. En general, la mayoría de los cuadros clínicos suelen resolverse por completo a un plazo de 4 a 9 semanas. En los casos que no se logra la resolución del cuadro, a pesar del tratamiento conservador, se realiza la escisión del trombo (trombectomía) o la escisión de la vena, estas cirugías logran aliviar el dolor y minimizar el endurecimiento de la piel, y dar resultados estéticamente agradables (14,21).

## 8. CONCLUSIONES

Cuando existe la presencia de una induración subcutánea en forma de cordón sensible en el miembro, la exploración física y la anamnesis son las herramientas iniciales esenciales para su diagnóstico, a veces puede ser suficiente para la toma de una decisión terapéutica adecuada al cuadro clínico. Esta afección se presenta en edades entre los 20 a 40 años. En cuanto la anamnesis junto con el examen físico, logran proporcionar información adicional lo cual influye en el índice de la sospecha del médico de alguna malignidad como una ITS, trastornos hematológicos, trombofilia y otros posibles factores de riesgo.

Las técnicas de ultrasonido han sido útiles en el diagnóstico, la ecografía en escalas de grises a altas frecuencias logra demostrar coágulos sanguíneos venosa por la ecogenicidad interna con distensión y no la compresibilidad del vaso asociado, mientras que el eco Doppler a color ha demostrado un efecto de llenado de la vena dorsal superficial con flujo ausente o bajo. Se debe considerar la vigilancia completa en el control del dolor con un AINE y también la abstinencia sexual en cada caso. Se debe aconsejar sobre el riesgo que conlleva y discutir cualquier ansiedad sobre la afección, para lograr aliviar esta importante causa de angustia en los pacientes.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

1. Hernández Quirós T. Enfermedad de Mondor y su presentación en pene: Revisión bibliográfica. *Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos*. 2023 Mar 16;7(1):73–7.
2. Ramón-Núñez E SRC. Mondor's disease of the penis in a patient after of bilateral inguinal hernioplasty. *Archivos del Hospital Universitario "General Calixto García [Internet]*. 2019;7(2). Available from:  
<http://www.revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/343/328>
3. Alvarado Cortés JD, Gradis Santos OD, Andrade Moncada LD, Rivera Cruz S. Penile Mondor's disease. *Medicina Clinica Practica*. 2022; 5(2).
4. Iniestares España Ramos Barseló ES, Martín P, Antonio J, Gomez C, Baños G, Luis J, et al. *Archivos Españoles de Urología*. 2008;61(7):837–40. Available from:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181013947015>
5. Manimala NJ, Parker J. Evaluation and Treatment of Penile Thrombophlebitis (Mondor's Disease). Vol. 16, *Current Urology Reports*. Current Medicine Group LLC 1; 2015. p. 1–7.
6. Zerweck C, Knittel M, Zeller T, Schwarz T. Penile Mondor's Syndrome after endovenous treatment of the great saphenous vein with 1470 nm diode laser. *Phlebology*. 2015 Apr 2;30(3):217–9.
7. Singla K, Sharma AK, Viswaroop SB, Gopalakrishnan G, Kandasami SV. Mondor's disease of the penis: A forgotten entity. *UroToday International Journal*. 2012;5(1).
8. G-S Tiplica CMSN. Mondor's phlebitis of the penis: an investigational periplus. Vol. 26, *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2012. p. 391–3.
9. Almeida JB, Rodríguez M, Bravo C, Urbina AP, Murgui M, Machado G, et al. Doença de Mondor peniana: a propósito de um caso. *Acta Urológica Portuguesa*. 2016; 1;33(2):59–62.
10. Özbek DA, Bilgin E, Onur MR, Karadağ Ö, Kiraz S. Successful treatment of penile Mondor's disease with infliximab in a patient with Behçet's disease. Vol. 60, *Rheumatology (Bulgaria)*. Medical Information Center; 2021. p. 400–1.
11. Amano M, Shimizu T. Mondor's Disease: A Review of the Literature. *Intern Med [Internet]*. 2018; 57(18):2607–12. Available from:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29780120/>

12. Rodríguez Faba Ó, 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*. 2006; 30(1):80–2.
13. Griger DT, Angelo TE, Grisier DB. Penile Mondor's disease in a 22-year-old man. *J Am Osteopath Assoc* [Internet]. 2001; 101(4):235–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11370549/>
14. Zidani H, Foughali M, Laroche JP. Thrombose veineuse superficielle au niveau de la verge : maladie de Mondor ? À propos dun cas et revue de la littérature. *J Mal Vasc*. 2010 Dec;35(6):352–4.
15. Bhushan Kumar; Abir Saraswat; BD Radotra; Tarun Narang. Presentation of Lymphogranuloma Venereum (LGV) in 2012 in the Reference STI Unit of Barcelona. *Sex Transm Infect*. 2013 Jul;89(Suppl 1):A127.1-A127.
16. Bagheri SM, Tabrizi Z. Deep dorsal penile vein thrombosis in a patient with COVID-19 infection: A rare complication and the first reported case. *Clin Case Rep* [Internet]. 2021; 9(12). Available from: [/pmc/articles/PMC8647807/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35639369/)
17. Day S, Bingham JS, Frcog F. Mondor's disease of the penis following a long-haul flight.
18. 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; 211(4):216–7. Available from: <https://www.revclinesp.es/es-enfermedad-mondor-una-forma-inusual-articulo-S0014256511000397>
19. Castañeda DA, Velásquez J, Maya D, Pardo J, Capera C, Guzmán C, et al. Superficial vein thrombosis of the penis: A case report and current recommendations for diagnosis and management. *Urologia Colombiana*. 2019; 28(1):61–5.
20. Niechajev I. Mondor's subcutaneous banding after transaxillary breast augmentation: case report and the review of literature. *Aesthetic Plast Surg* [Internet]. 2013; 37(4):767–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23708243/>
21. Chakra MA, Roux S, Peyromaure M, Delongchamps NB, Bailly H, Duquesne I. An unusual presentation of penile Mondor's disease in an HIV-positive patient. *Ann R Coll Surg Engl* [Internet]. 2022; 104(9):e258–60. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35639369/>

## AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Franklin David Patiño González portador(a) de la cédula de ciudadanía N°1104427362. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación “**Síndrome de Mondor. Revisión Bibliográfica**” de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, **16 de febrero de 2024**

F:   
**Franklin David Patiño González**  
C.I. **1104427362**



