

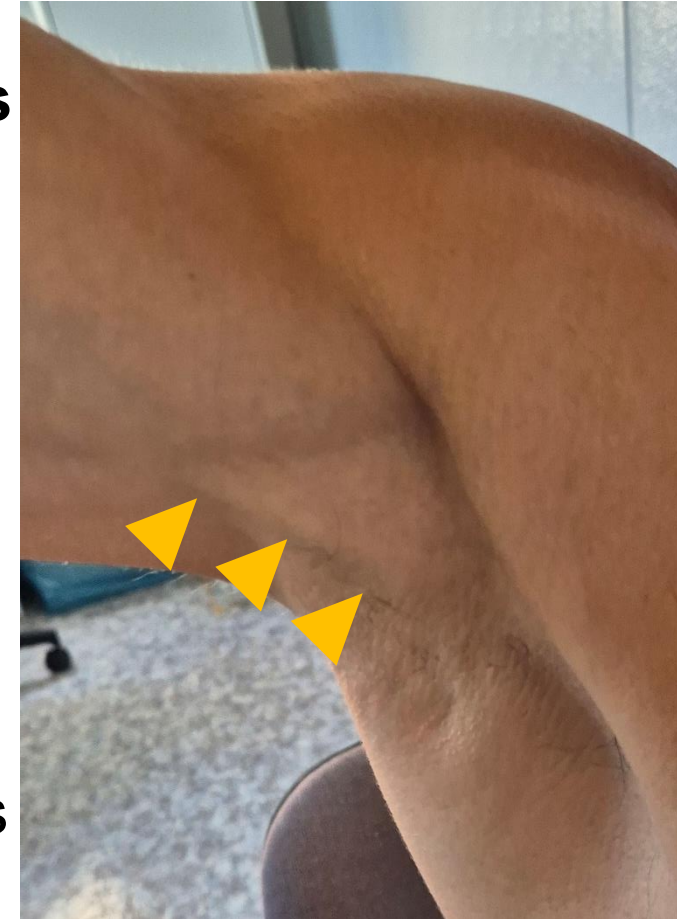
Tromboflebitis superficial axilar extensa: Presentación ecográfica pseudonodular

Jaime Roca Pujol¹, Laura Soler Góngora², Yolanda Garzón López¹, Jorge Eslava Valls³,
Saray Méndez González⁴, Marta Cuesta Ruiz², Esteban Cabezas Valladar¹, Sara López Pitarque⁵

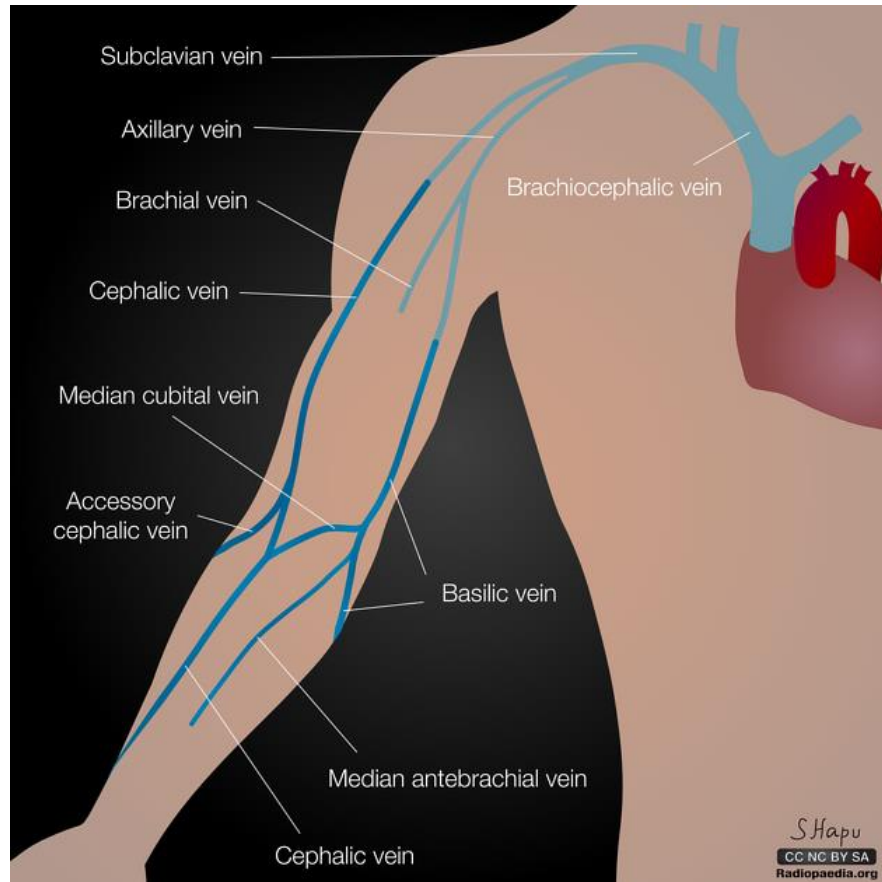
1. Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Martí Serra. Marratxí. Illes Balears. Atención Primaria.
2. Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Martí Serra. Marratxí Illes Balears.
3. Residente de 3^{er} año. Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Ruzafa. Valencia.
4. Residente de 4^o año Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Casa del Mar. La Coruña.
5. Residente de 4^o año Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Serreria 2. Valencia.

Objetivo docente:

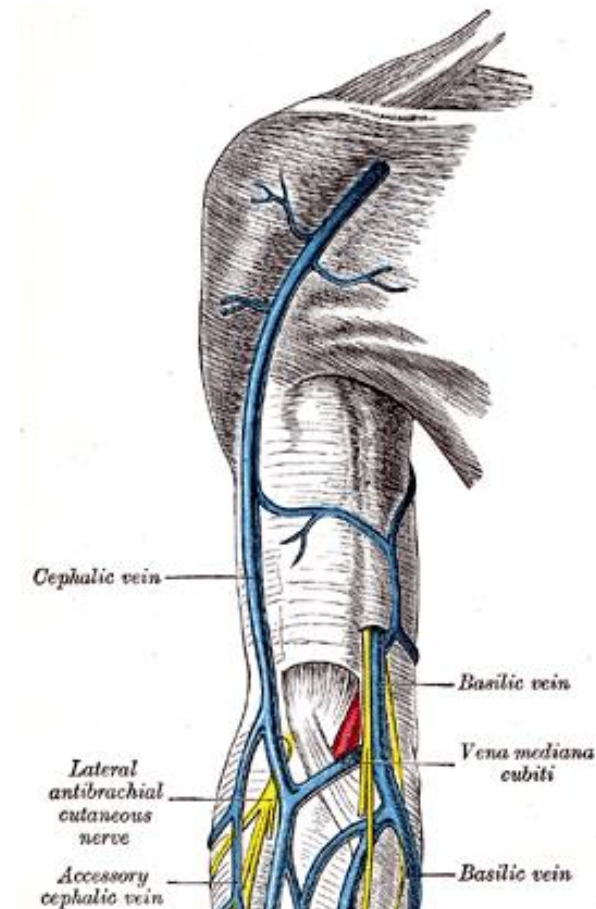
- Describir la **semiología ecográfica** de la **trombofleblitis superficial (TFS)** axilar y braquial.
- Analizar la **morfología pseudonodular** para evitar errores de interpretación diagnóstico.
- Establecer el **diagnóstico diferencial** con neoplasias y adenopatías de partes blandas.
- Subrayar la **utilidad** de la **ecografía Doppler** como herramienta clave en el estudio de una **trombosis venosa profunda (TVP)** y en la optimización de recursos asistenciales.



Recuerdo anatómico:



Hoskins A, Yu Y, Raymond Chieng S, et al. Cephalic vein.
Reference article, Radiopaedia.org (Accessed on 27 Mar 2026) <https://doi.org/10.53347/rID-51652>



Hacking C, Kusel K, Median antebrachial vein.
Reference article, Radiopaedia.org (Accessed on 27 Mar 2026)
<https://doi.org/10.53347/rID-55341>

Material y métodos:



- **Anamnesis:** Varón de 38 años de edad sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Consulta por la aparición de una **lesión cordonal** en extremidad superior derecha, no dolorosa.
 - **Exploración física:** lesión lineal, palpable, compresible parcialmente, de aproximadamente **10 cm** de longitud desde **cara interna** del **brazo** derecho hacia hueco axilar. Llama la atención su morfología **pseudonodular**. No se asocia a signos inflamatorios locales, ni calor ni eritema, ni dolor.
 - **Contexto:** 10 días atrás presentó cuadro de odinofagia y artromialgias autolimitado.
 - Dada la morfología y localización se plantea **diagnóstico diferencial** entre adenopatía axilar patológica vs tromboflebitis superficial.
-

Material y métodos:

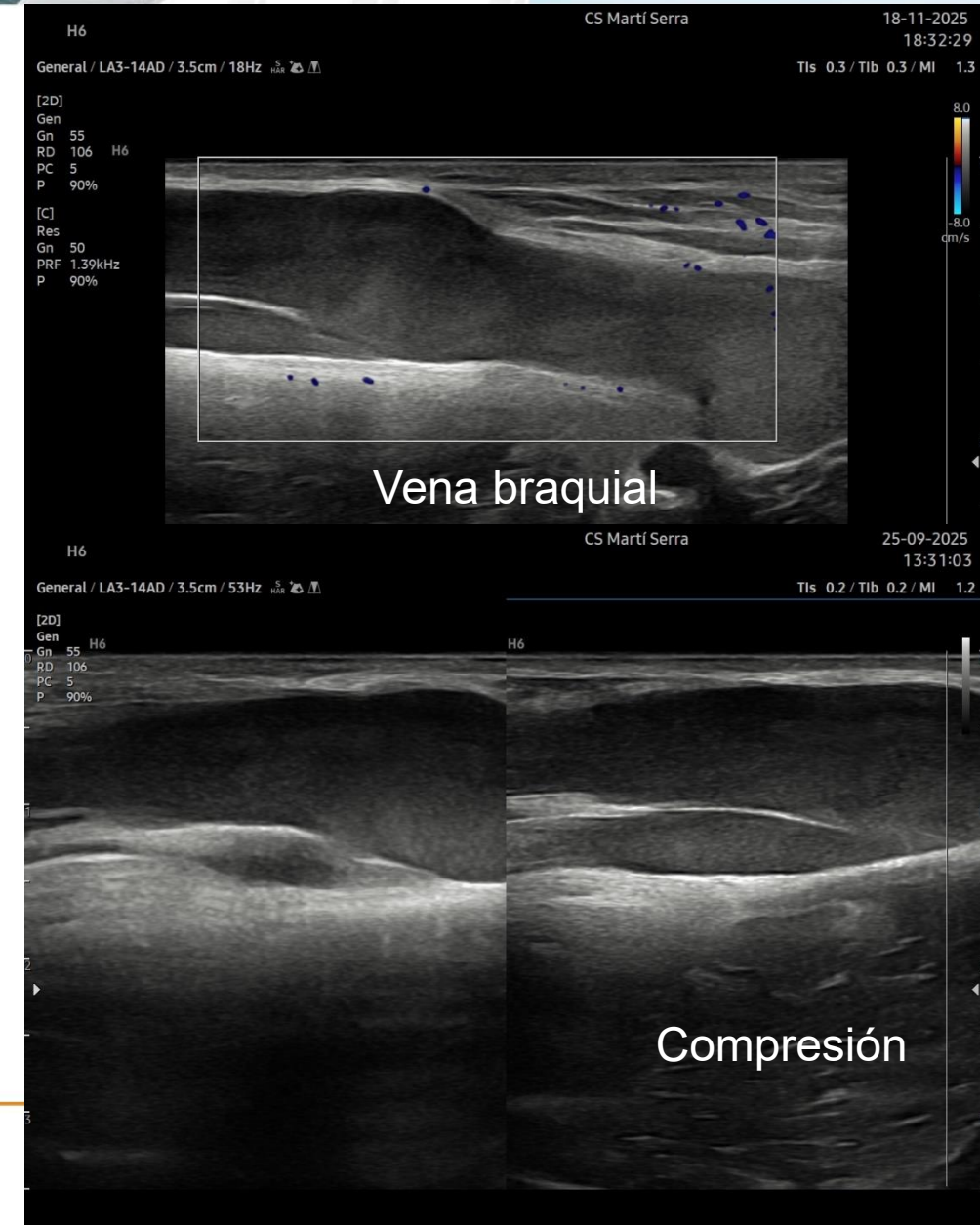
- La técnica ecográfica ha de ser **sistemática**.
- Paciente en decúbito supino, transductor adecuado a la **profundidad** a estudiar. De entrada, sonda **lineal** de alta frecuencia. En casos concretos, sonda cónvex.
- Se inicia el estudio en **transversal**, pero debe incluir planos **longitudinales**, en modo B con **compresiones** idealmente cada 2cm. Maniobra de **valsalva** para demostrar agumento de flujo venoso. En caso de dificultad, puede solicitar al paciente maniobras de inspiración rápida, 'sniff' para objetivar respuesta venosa.
- El modo **Doppler Color** para demostrar flujo y pulsabilidad, y visualizar las curvas espectrales. Se realizarán **compresiones distales** para demostrar el aumento del flujo venoso.
- El estudio debe implicar un **barrido** completo de la estructura a estudiar así como las estructuras **profundas** como vena braquial, axilar y subclavia.



Material y métodos:

Ecografía clínica en **modo B** identificación de estructura tubular anecoica superficial compatible con vena basílica/braquial superficial:

- Ausencia de colapso a la presión con el transductor.
- Presencia de material isoecogénico endoluminal con apariencia pseudonodular tanto en cortes longitudinales como transversales.



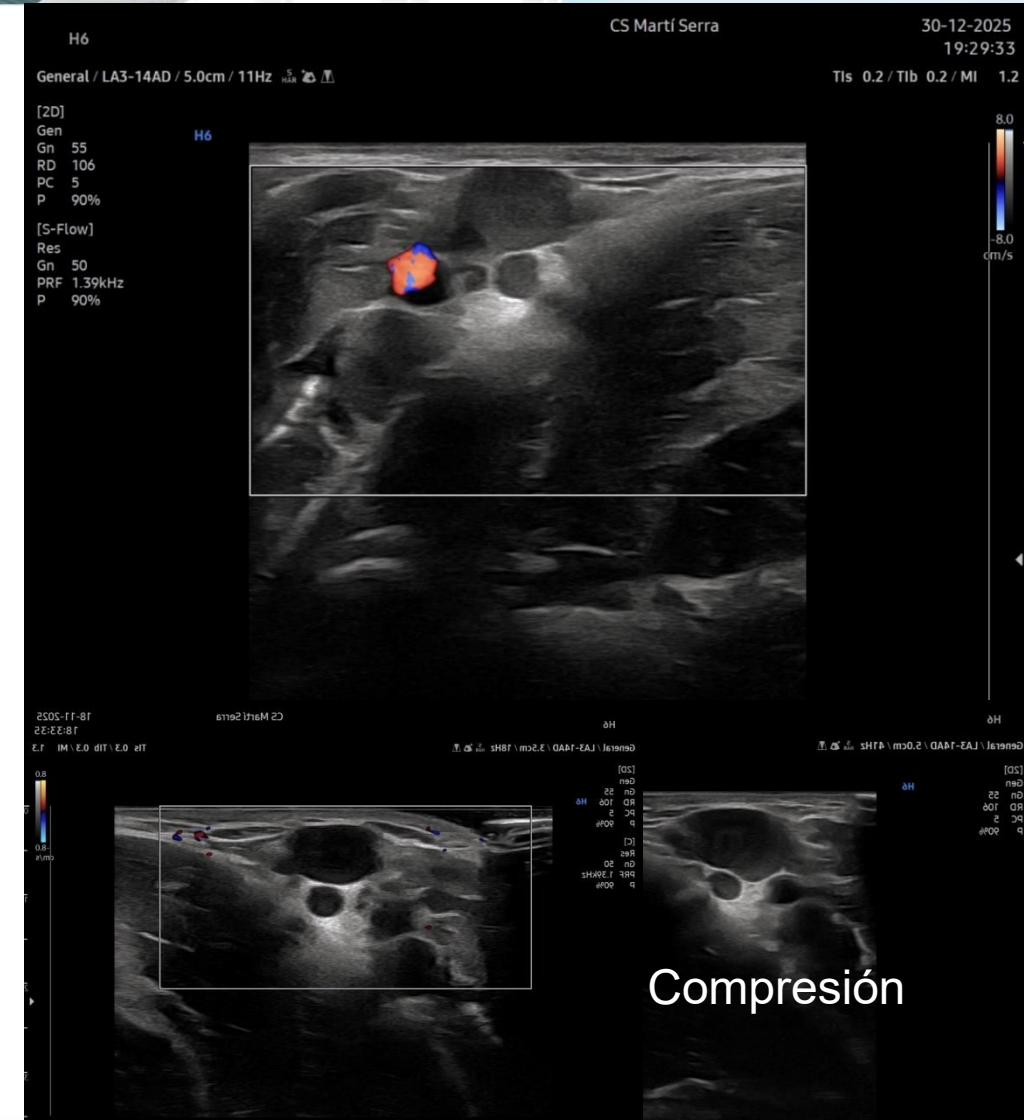
Resultados:

Estudio Doppler:

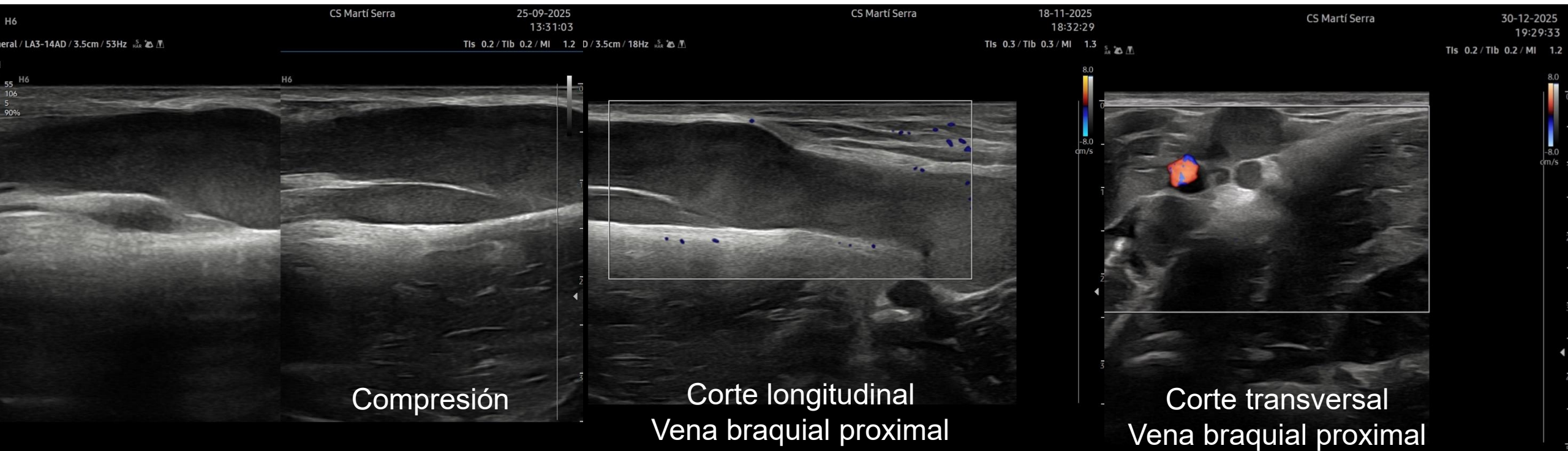
- **Ausencia** de señal **Doppler** en el trayecto afectado confirmando la ocupación del lúmen.
- **Permeabilidad** de la vena **axilar** y localización del extremo proximal del trombo a **>3 cm** de la **unión** venosa, descartando la afectación del sistema venoso profundo.

Diagnóstico diferencial:

- La ecografía permite **excluir** la presencia de linfadenopatías patológicas o neoplasias de partes blandas.

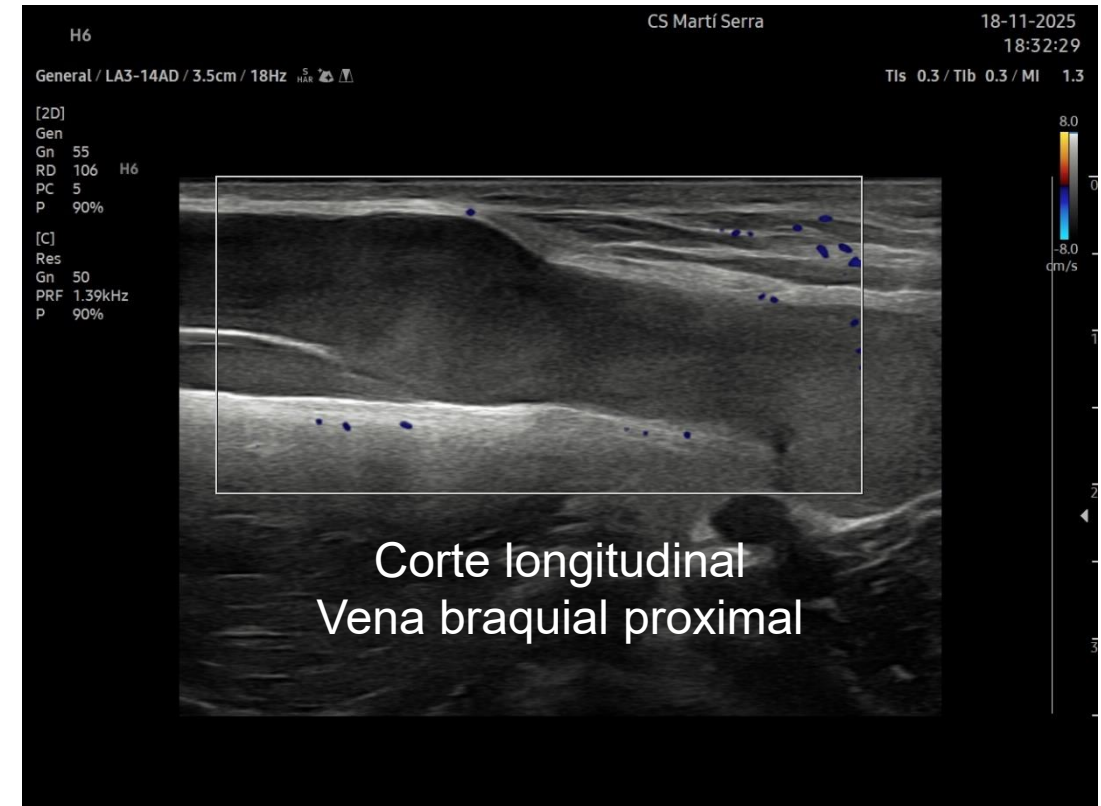


Resultados:



Técnica ecográfica:

- Debemos usar abundante gel para visualizar la estructura en cuestión.
- El reto de la exploración:
 - La vena trombosada se puede '**escurrir**' dificultando la obtención de las imágenes.
 - Técnica de la **Pinza**. Un segundo explorador estabilizará la vena con los dedos para lograr obtener el



Diagnóstico:

- **Tromboflebitis superficial axilo-braquial** como variante braquial de la **enfermedad de Mondor** de probable origen idiopático/reactivo a proceso viral previo.
-

Discusión:

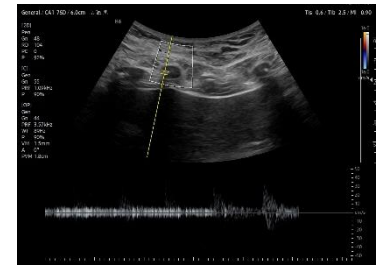
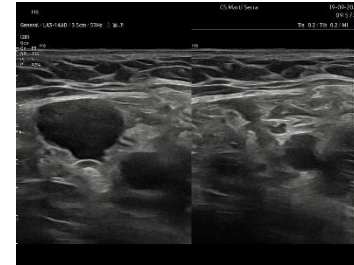
- **Trombosis venosa profunda (TVP):** se localiza profunda a la fascia muscular presentando los vasos un calibre superior. Mayor riesgo de embolismo pulmonar.
 - **Adenopatías axilares:** morfología ovoidea concentro ecogénico (hilio graso) en caso de reactivas con señal Doppler interior. Las adenopatías patológicas presentan morfología redondeada, ausencia de hilio y señal doppler, y ausencia de continuidad con el sistema venoso.
 - **Hidradenitis supurativa:** colecciones dermo-epidérmicas o trayectos fistulosos con cambios inflamatorios cutaneos sin relación a luz vascular.
 - **Linfangitis:** canales linfáticos dilatados con edema de partes blandas circundantes sin estructuras endoluminales ni incompresibilidad del vaso.
 - **Neoplasias de partes blandas:** ecoestructura interna heterogenea, vascularización aumentada. Pueden comprimir vasos circundantes pero no se originan en su interior. Incluyen: lipomas, sarcomas o metástasis.
-

Discusión:

- La **trombosis venosa** se define como la formación de un trombo en el sistema venoso del miembro superior. Presenta relevancia clínica la afectación de zonas proximales a la axila por la **posible extensión** a estructuras **profundas** como son vena axilar y/o subclavia. Puede complicarse con **embolismo pulmonar** y producir secuelas postrombóticas.
 - Un 6% de las TVP son de extremidad superior.
 - La fisiopatología del proceso se explica por la **tríada de Virchow**: lesión endotelial, estasis venosa (catéteres, compresión anatómica, inmovilización o traumatismos repetidos) e hipercoagulabilidad (neoplasias, estados hormonales o trombofilias).
 - El sobreesfuerzo repetitivo y la compresión en el desfiladero torácico están entre las causas primarias. Dentro de las causas secundarias predominan los dispositivos intravasculares y las neoplasias.
 - La clínica será variable, desde **asintomáticas** hasta **edema, dolor**, cambios de **coloración** o aparición de **colaterales**.
 - En Atención Primaria la **ecografía** será la prueba **inicial**, accesible y **no invasiva**, con valoración del sistema venoso profundo tanto axilar como subclavia, dificultada por estructuras óseas. La venografía con contraste es una prueba invasiva. En casos de duda diagnóstica, TC o RMN puede estar indicadas según ámbito y disponibilidad.
-

Discusión:

- La **evaluación focal** del hueso axilar desde el hospital permitió detectar una **adenopatía** de características benignas y descartar la afectación del sistema venoso profundo.
- **Sesgo de focalidad**: la ausencia de un **barrido dinámico** braquial limitó el estudio hospitalario.
- La **correlación** de la **exploración física**, presencia de cordón lineal de 10 cm con nodulaciones a nivel brazo derecho, con el **barrido** en longitudinal del vaso afectado permite **identificar** la **extensión** braquial del trombo.
- Ante una lesión lineal con **nodulaciones** es obligatorio completar el estudio para valorar la etiología vascular.



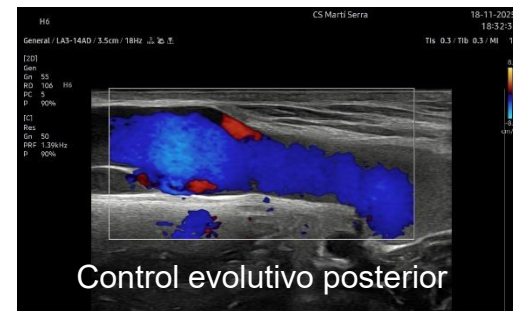
Evolución:

- Se pautó inicialmente AINEs y medidas físicas con reposo relativo de la extremidad afectada.
- Dado la no mejoría del cuadro a los 15 días junto con la **extensión** del trombo se planteó tratamiento con Fondaparinux, por problemas de suministro se optó por Heparina de bajo peso molecular (**HBPM**) 45 días con derivación a **hematología**.
- Estudio de **hipercoagulabilidad**: El estudio de trombofilia (Factor V de Leiden, mutación Protrombina, anticoagulante lúpico y anticuerpos antifosfolípidos) resultó **negativo**.
- Desde hematología se solicitó **ecografía** de **partes blandas**, la cual **se centró en axila** detectando adenopatías no patológicas (2).
- Buena evolución posterior con mejoría gradual.



Conclusiones:

- La **tromboflebitis axilar** es una entidad benigna según su tamaño y morfología deberemos **descartar** la afectación del sistema venoso **profundo**.
- La **ecografía** clínica permite **caracterizar** la lesión orientando en el proceso diagnóstico y terapéutico.
- La identificación de la **permeabilidad** del **sistema venoso profundo** y la distancia de **>3cm** del trombo permitieron un tratamiento conservador con seguridad desde el primer nivel asistencial.



Mensajes para llevar a casa:

- La **Enfermedad de Mondor braquial** debe incluirse en el **diagnóstico diferencial** ante un cordón palpable o una pseudomasa axilar. No todo nódulo es una adenopatía. Requiere descartar la afectación del sistema venoso profundo.
 - **Sistemática de exploración:** La exploración ecográfica debe ser **sistemática**, multiplanar (longitudinal y transversal), **dinámica**, extendiendo el **barrido** más allá del área de sospecha clínica para evitar errores diagnósticos por focalidad.
 - **Semiología diagnóstica:** El diagnóstico de la tromboflebitis superficial se basa en la identificación de una estructura tubular hipoecoica con incompresibilidad de la luz vascular y ausencia de señal Doppler. Esto permite el **diagnóstico diferencial** con procesos neoplásicos o adenopatías.
 - La **ecografía clínica** desde **Atención Primaria** permite el estudio inicial de las masas de partes blandas con correlación clínico-radiológica inmediata, **optimiza** el uso de **recursos**, minimiza el sobrediagnóstico de masas de partes blandas.
-

Bibliografía

- Alvarez-Garrido H, Garrido-Ríos AA, Sanz-Muñoz C, Miranda-Romero A. La enfermedad de Mondor. Actas Dermosifiliogr. 2012;103(9):759-766
 - Joynt I, Thompson G. Axillary Mondor's disease: a rare cause of a painful axillary lump. J Surg Case Rep. 2024 May 16;2024(5):rjae312.
 - Kuitert H, Janssen L, van de Beek C, et al. Axillary Mondor's disease: a rare but important diagnosis in the differential of chest and axillary pain. JSES Int. 2023 Sep;7(5):912-915.
 - Aman J, Al-Jabari S. Ultrasound diagnosis of Mondor's disease: a case report of a rare superficial thrombophlebitis. J Ultrasound. 2022 Dec;25(4):1001-1004.
 - García-García J, et al. Enfermedad de Mondor: el reto diagnóstico de un cordón palpable. Radiología (Madrid). 2021;63(2):185-187.
 - Aeschlimann F, et al. Mondor's disease: a case report and review of the literature. Swiss Med Wkly. 2021;151:w20456.
 - Unal E, Kabaalioglu A, Arıcı C. Mondor's disease of the breast and axilla: Sonographic findings with color Doppler. J Clin Ultrasound. 2019;47(6):363-365.
 - Mayor-Zaragoza MD, et al. Tromboflebitis superficial de la vena torácica lateral (Enfermedad de Mondor). Semergen. 2017;43(5):395-397
 - Laroche JP, et al. La maladie de Mondor : à propos de 12 cas. J Mal Vasc. 2012;37(4):204-20
 - Mondor H. Tronculite sous-cutanée subaiguë de la paroi thoracique antéro-latérale. Mém Acad Chir. 1939;65:1271-8.
-