

Un caso di tromboflebite peniena

Penile Mondor's disease: a case report

M. Bolognesi*

Dipartimento di Cure Primarie, ASL 112 Cesena

KEY WORDS

Mondor's disease
Superficial
thrombophlebitis
Doppler
ultrasonography

Summary **CASE REPORT** This article describes a case report with a review of the symptomatology diagnosis, and treatment of thrombophlebitis in the superficial dorsal vein of the penis. Penile Mondor's disease is a benign condition, and after appropriate therapy, near complete recovery takes place within three weeks. **DISCUSSION** Thrombophlebitis of the superficial dorsal vein of the penis (Penile Mondor's disease) is a rare, but important clinical diagnosis that any physician, and in particular general practitioners, should be able to recognize. Indeed, correct diagnosis and consequent reassurance can help to control the anxiety typically experienced by patients suffering from the disease.

Caso clinico

Un atletico ragazzo di 26 anni si presentava nello studio medico ritenendo di avere un problema urologico. Questa ipotesi trae origine dalla scoperta di un cordone duro e dolente a livello della zona dorsale prossimale del pene. Il dolore, descritto come pulsante e moderatamente intenso, era iniziato una settimana prima della visita ed era durato 3-4 giorni prima di sparire. Il paziente riferiva di non aver avuto processi suppurativi penieni, ematuria, disuria, febbre, disfunzioni sessuali o aumento di dolore durante l'erezione. Inoltre affermava di non aver avuto, recentemente, un'intensa attività sessuale o traumi di alcun tipo al pene. Egli rivelava, tuttavia, che un mese prima della comparsa del dolore aveva usato, per il suo lavoro, un fastidioso utensile a cintura che gli aveva addirittura causato lividi all'altezza della vita.

La sintomatologia presentata non era mai comparsa prima e non vi erano mai stati episodi di infezioni sessualmente trasmissibili.

Per il resto, la storia clinica e familiare era irrilevante. Il paziente non stava assumendo farmaci al momento della comparsa del problema. L'anamnesi risultava negativa per uso di alcol o sostanze.

In sintesi l'esame clinico era quello di un uomo giovane e sano, senza apparenti disturbi organici. Alla palpazione si apprezzava un cordone superficiale nella parte dorsale prossimale del pene, con una porzione dilatata del diametro di circa 1,5 cm. Questo ispessimento pareva estender-

si anche all'interno della regione pubica per almeno 2 cm. Il cordone si presentava duro e la pelle sovrastante non mostrava eritema. L'esame obiettivo non rilevava segni di linfadenopatia nella regione inguinale. Non erano presenti segni di ernia inguinale diretta o indiretta. La clinica e l'esame obiettivo erano pertanto suggestivi per una tromboflebite della vena dorsale superficiale del pene. Si iniziava immediatamente una terapia con l'eparina a basso peso molecolare (EBPM) parnaparina 0,6 mL/die, prociclide 200 mg e ibuprofene 400 mg per os/die.

Il paziente veniva rassicurato circa la natura benigna della patologia e gli si consigliava di astenersi dall'attività sessuale finché il problema non fosse risolto.

Un esame ecodoppler penieno confermava la diagnosi e rivelava una tromboflebite della vena dorsale superficiale del pene, che appariva ostruita da un trombo, mentre la vena dorsale profonda del pene risultava pervia e indenne da malattia (**Fig. 1**). L'angiologo esaminatore confermava quindi diagnosi e terapia.

Il paziente veniva rivisto in studio la settimana successiva, la terza dopo la comparsa del dolore. La vena trombizzata era notevolmente diminuita di volume; gli episodi dolorosi si erano drasticamente ridotti sia in frequenza che in intensità. Come raccomandazione veniva consigliato di non indossare alcun utensile a cintura per evitare la ricomparsa del sintomo e di assumere l'ibuprofene in caso di ricidiva del dolore. Veniva sospesa l'EBPM e ribadita l'importanza di astenersi dall'attività sessuale fino alla completa guarigione.

Al paziente veniva suggerito di ritornare alla visita dopo 2 mesi se la trombosi non fosse risolta. Questa visita non è stata necessaria perché il problema si è risolto completamente prima del tempo stabilito.

* Corrispondenza:

Massimo Bolognesi, via Lambruschini 307, 47023 Cesena,
e-mail: massbolo1@tin.it

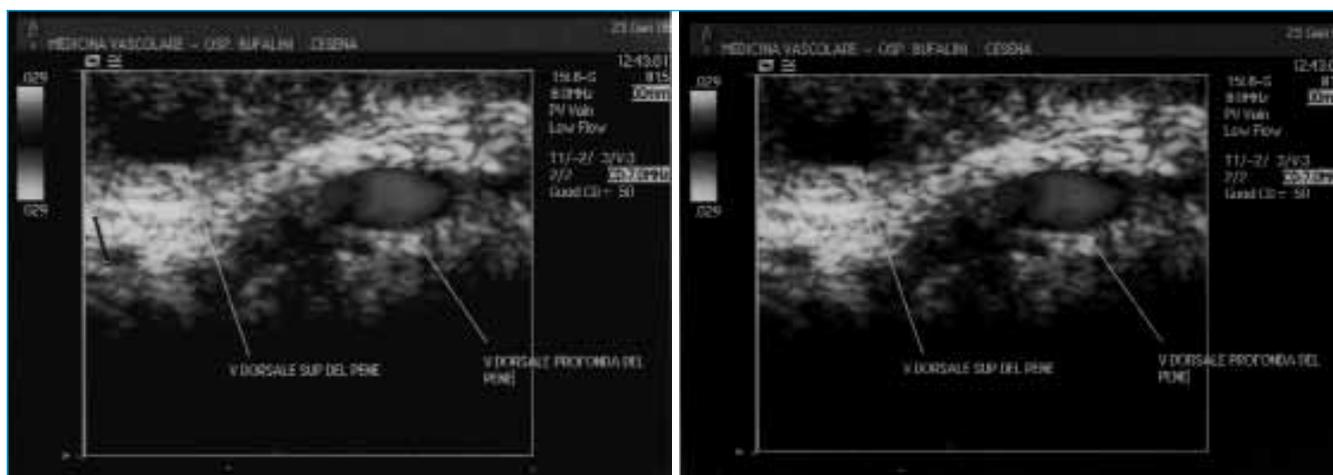


Figura 1 Ecodoppler penieno

Discussione

Questa patologia fu diagnosticata originariamente da Mondor, nel 1939, come una trombosi della vena toraco-epigastrica, quindi a livello della parete toracica, nelle donne. Nel 1958 Braun-Falco applicarono tale diagnosi anche alla vena dorsale del pene [1].

La patologia appare decisamente sottovalutata [2]. Nonostante la malattia peniena di Mondor sia un evento raro, si pensa sia molto più diffusa dei 42 casi documentati in letteratura [3]. Le ragioni della scarsità di casi documentati potrebbe dipendere dalla riluttanza, da parte del paziente, al ricorso alle cure mediche, specialmente se i pazienti associano la patologia a un comportamento sessualmente deviato [4].

La corretta diagnosi di tale condizione è estremamente importante per il medico di Medicina Generale, soprattutto perché può rassicurare il paziente sull'assenza di malattie sessualmente trasmesse o disfunzioni erettili. Molte sono le cause predisponenti che portano allo sviluppo della malattia peniena di Mondor e rimandano ai fattori patogenetici enunciati da Virchow: stasi ematica, alterazione della parete vascolare, variazione dell'assetto emocoagulativo. Altro fattore predisponente è l'ipospadia congenita con relativo intervento chirurgico ricostruttivo: la cicatrice che ne deriva può favorire la comparsa di trombosi precoce [5]. I pazienti, comunque, in genere riferiscono un'intensa attività sessuale nella settimana precedente la comparsa di sintomi [6].

Altre cause della malattia peniena di Mondor sono l'iniezione di sostanze illegali nella vena dorsale, la compressione venosa causata da un tumore o da una distensione vescicale, le infezioni, i bendaggi o i dispositivi sessuali e le malattie neoplastiche [7]. È riportato in letteratura anche un caso occorso durante un viaggio aereo di lunga durata [8].

Nel caso presentato, un utensile a cintura indossato all'altezza della vita ha causato un ristagno venoso della parete addominale e un trauma vascolare sfociato, poi, in trombosi della vena dorsale del pene.

La malattia peniena di Mondor può essere diagnosticata a partire dalle informazioni ottenute dall'esame fisico e dalla storia clinica e personale del paziente [6]. Nei pazienti affetti da malattia peniena di Mondor è sempre presente un cordone duro sul dorso del pene. Il cordone è la vena dorsale superficiale trombizzata che diventa spessa e aderente alla pelle circostante. Spesso la lesione si estende nell'area soprapubica. La vena può apparire gonfia ed eritematosa. Il paziente in genere riferisce dolore, che può essere episodico o costante.

I sintomi, tipicamente, durano da 6 a 8 settimane, dopodiché si risolvono completamente. Non vi è alcuna evidenza di conseguenze a lungo termine.

Nella diagnosi differenziale devono essere prese in considerazione anche la linfangite sclerosante e la malattia di Peyronie. La linfangite sclerosante è caratterizzata da ispessimento e dilatazione dei vasi linfatici, che si presentano tortuosi. La malattia di Peyronie provoca l'ispessimento della tunica albuginea e presenta una placca fibrotica ben definita sul pene. Se persiste il dubbio diagnostico anche dopo aver esaminato la storia personale e clinica del paziente, e dopo aver effettuato l'esame fisico, è di fondamentale importanza considerare un esame diagnostico con ultrasuoni [9]. La malattia di Mondor, infatti, può essere distinta dalla linfangite sclerosante e dalla malattia di Peyronie grazie a tale tecnica [10]: l'esame effettuato sulla vena dorsale superficiale del pene mostra l'assenza di comprimibilità della vena, che deve suggerire la diagnosi di trombosi venosa. Ne consegue che per la definizione corretta della diagnosi e della terapia non si può assolutamente prescindere dall'esame ecodoppler [11].

Sono stati proposti molti metodi per il trattamento della malattia peniena di Mondor, ma il più efficace sembra essere l'associazione della terapia eparinica e antinfiammatoria [12]. Il trattamento conservativo è indicato; solo in caso di recidiva può essere preso in considerazione un approccio chirurgico. Dovrebbe essere, comunque, somministrata anche una terapia antibiotica quando si sospetta una cellulite e, per i casi più gravi e persistenti, potrebbe esse-

re necessaria una pulizia venosa. I farmaci antinfiammatori non steroidei sono usati nel tentativo di bloccare i meccanismi infiammatori della flebite e di procurare sollievo dal dolore.

Nel caso in esame si è optato per un trattamento farmacologico combinato con EBPM, più prociclide e ibuprofene, ogni 8-12 ore. È stata scelta, per principi di farmacoeconomia, la parnaparina, eparinico con indicazione in scheda tecnica per la terapia delle patologie venose a eziologia trombotica, prescrivendo il dosaggio giornaliero minimo necessario alla risoluzione della patologia (non trattandosi di una trombosi venosa profonda, bensì di una trombosi venosa superficiale, quindi a evoluzione favorevole e prognosi benigna) e associando il prociclide in qualità di antiaggregante piastrinico e fibrinolitico minore che, come si evince dalla scheda tecnica, aumenta la deformabilità delle emazie e risulta attivo sulla funzione endoteliale.

Detto farmaco, inoltre, esplica un'azione fibrinolitica (aumenta il rilascio dell'antecedente plasmatico della trombo-plastina, PTA, parietale) senza interferire sulla cascata coagulativa e riduce la concentrazione ematica degli inibitori della plasmina, per cui viene suggerito nella terapia della tromboflebite superficiale nei classici testi di terapia medica [13]. Per ultimo, hanno indotto l'autore alla prescrizione di questa associazione farmacologica le positive esperienze aneddotiche della descritta terapia in precedenti casi di tromboflebite superficiale. Dopo una settimana di trattamento il paziente ha notato un deciso miglioramento dei sintomi, ed entro 3 settimane dalla prima visita la malattia di Mondor era completamente risolta.

Bibliografia

- [1] Bird V, Krasnokutsky S, Zhou HS, Jarrahy R, Khan SA. Traumatic thrombophlebitis of the superficial dorsal vein of the

penis: an occupational hazard. *Am J Emerg Med* 1997;15(1):67-9.

- [2] Sasso F, Gulino G, Basar M, Carbone A, Torricelli P, Alcini E. Penile Mondor's disease: an underestimated pathology. *Br J Urol* 1996;77(5):729-32.
- [3] Shapiro RS. Superficial dorsal penile vein thrombosis (penile Mondor's phlebitis): ultrasound diagnosis. *J Clin Ultrasound* 1996;24(5):272-4.
- [4] Dicuio M, Pomara G, Cuttano MG, et al. Penile Mondor's disease after intensive masturbation in a 31-and a 33-year-old man. *Thromb Haemost* 2003;90(1):155-6.
- [5] Griger DT, Angelo TE, Grisier DB. Penile Mondor's disease in a 22-year-old man. *J Am Osteopath Assoc* 2001;101(4):235-7.
- [6] Swierzewski SJ 3rd, Denil J, Ohl DA. The management of penile Mondor's phlebitis: superficial dorsal penile vein thrombosis. *J Urol* 1993;150(1):77-8.
- [7] Horn AS, Pecora A, Chiesa JC, Alloy A. Penile thrombophlebitis as a presenting manifestation of pancreatic carcinoma. *Am J Gastroenterol* 1985;80(6):463-5.
- [8] Day S, Bingham JS. Mondor's disease of the penis following a long-haul flight. *Int J STD AIDS* 2005;16(7):510-1.
- [9] Dicuio M, Pomara G, Ales V, Fabris FM, Dahlstrand C, Morelli G. Doppler ultrasonography in a young patient with penile Mondor's disease. *Arch Ital Urol Androl* 2005;77(1):58-9.
- [10] Khan SA, Smith NL, Hu KN. New perspectives in diagnosis and management of thrombophlebitis of the superficial dorsal vein of the penis. *J Dermatol Surg Oncol* 1982;8(12):1063-7.
- [11] Le Pioufle N, Djafari M, Garcier JM, De Fraissinette B, Boyer L. Thrombosis of the superficial dorsal vein of the penis (penile Mondor's phlebitis). The interest of Doppler examination. *Presse Med* 2003;32(23):1074-6.
- [12] Al-Mwalad M, Loertzer H, Wicht A, Fornara P. Subcutaneous penile vein thrombosis (Penile Mondor's Disease): pathogenesis, diagnosis, and therapy. *Urology* 2006;67(3):586-8.
- [13] Zangara A. Terapia medica ragionata delle malattie del cuore e dei vasi. Padova: Piccin, 2000.