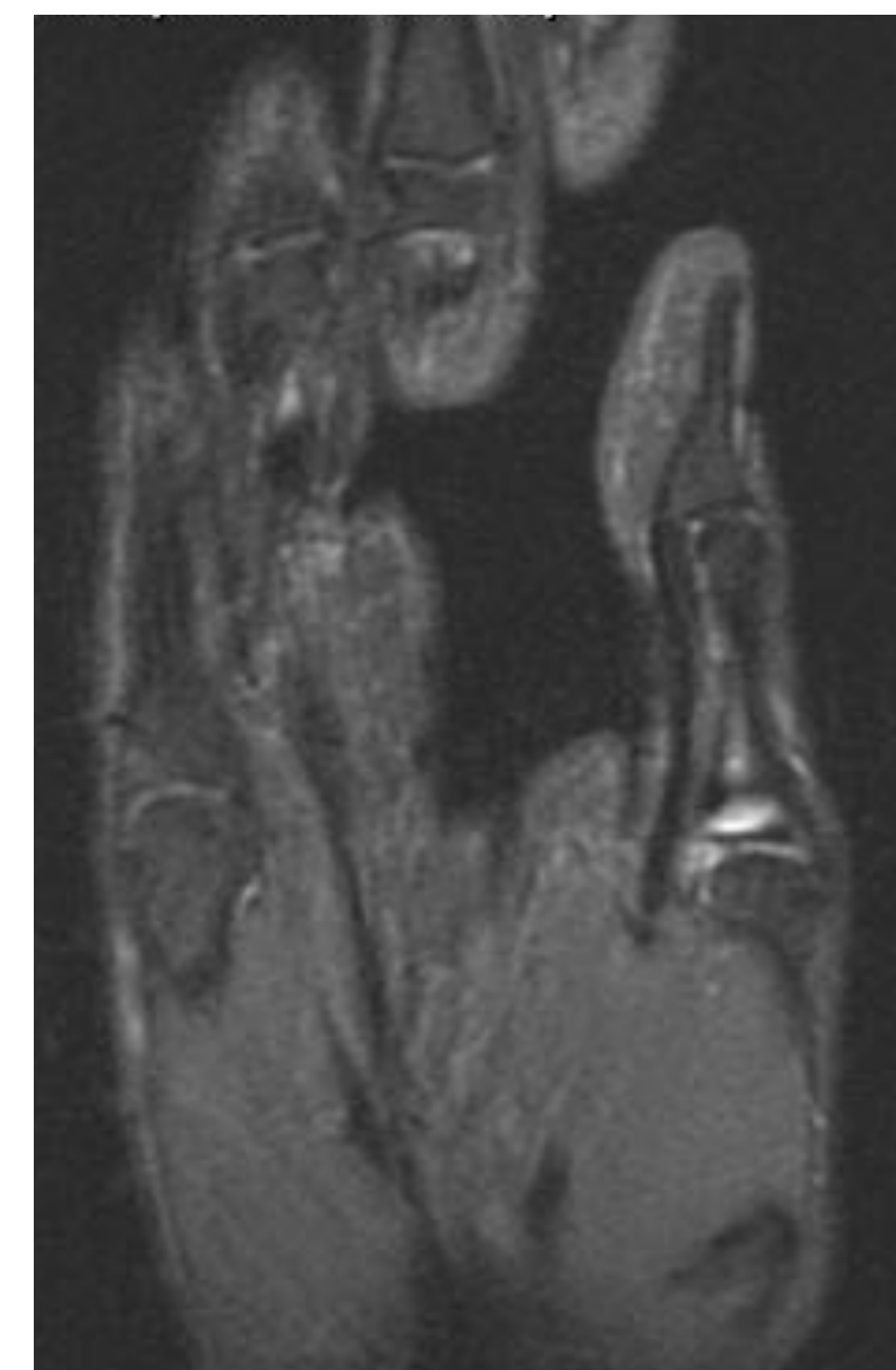
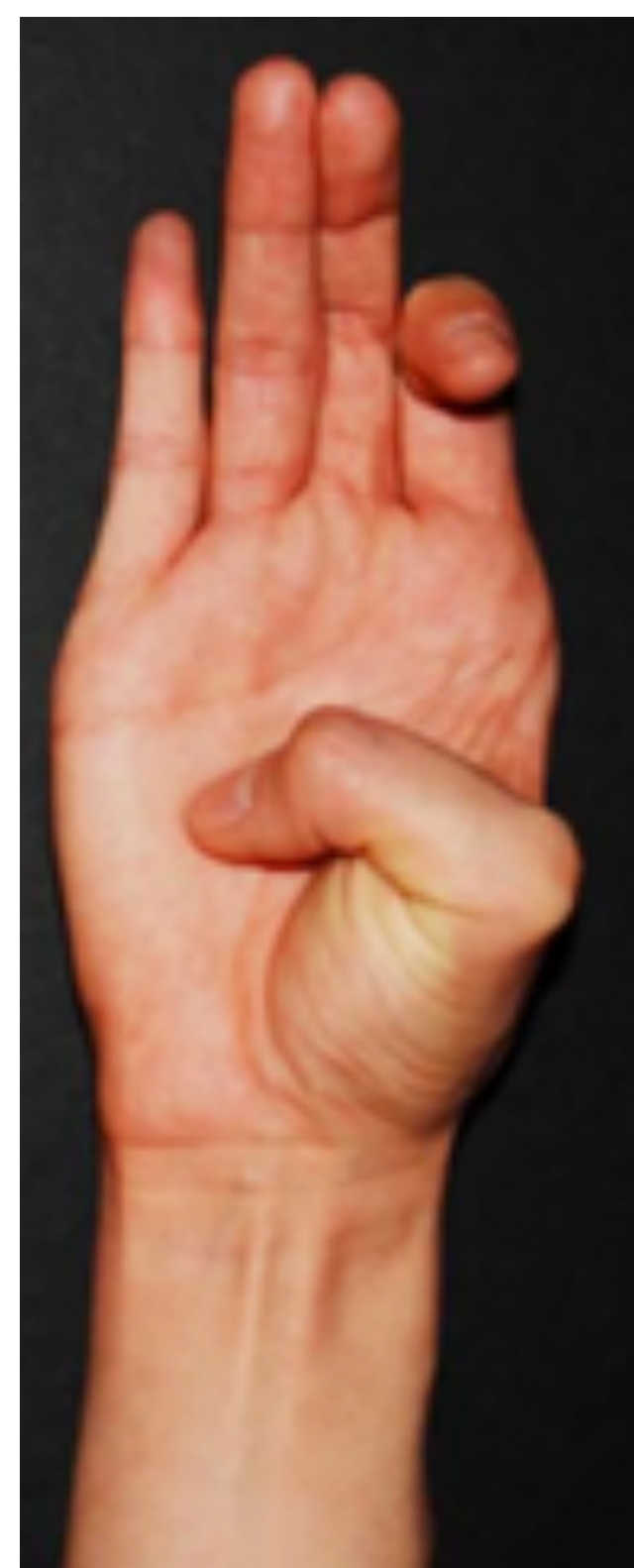


Almoguera Martínez, A.; Martín Núñez, P.; García López, M.; Fraga Vicandi, J.; García Salas, J.J.; Plasencia Arriba, M.A.

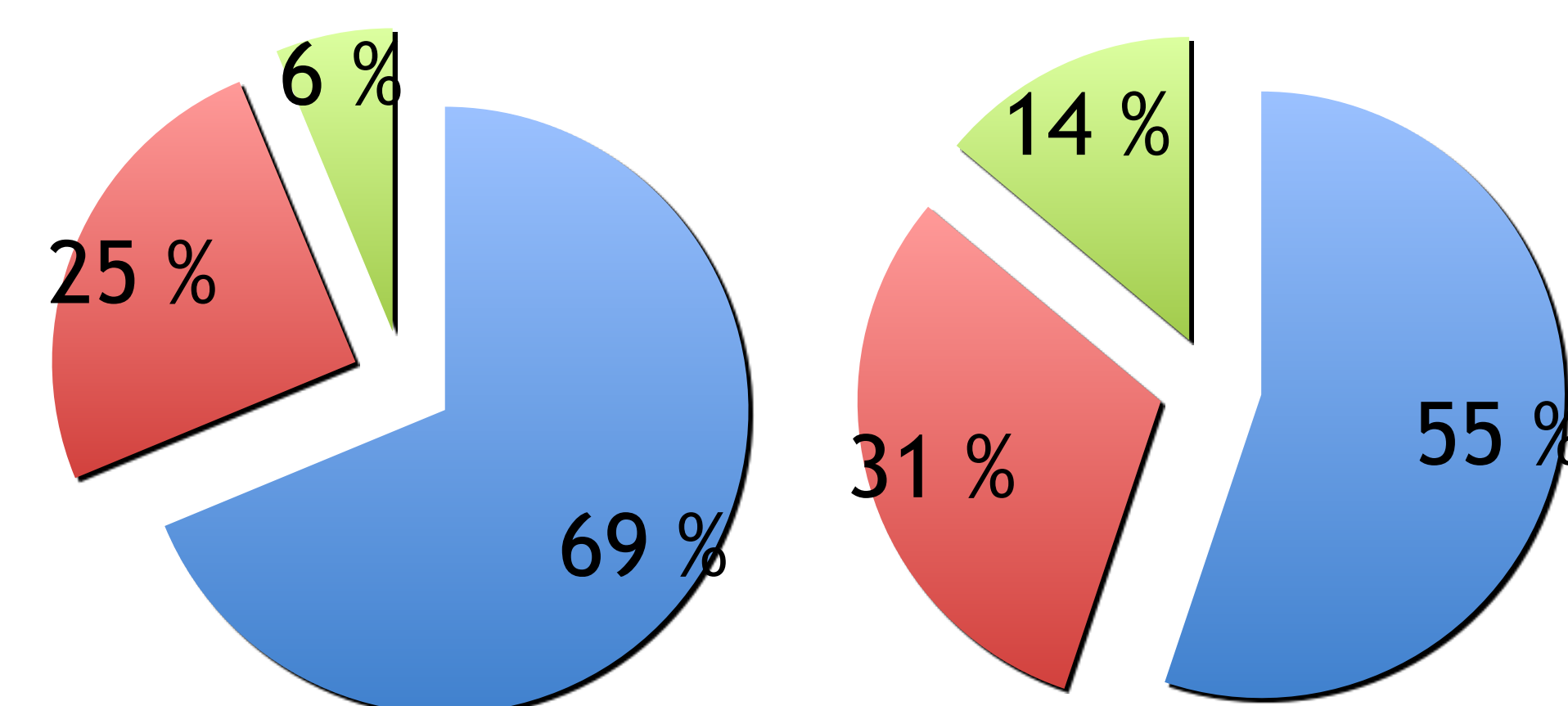
A PROPÓSITO DE UN CASO

- Varón 22 años sin AP de interés.
- Intervenido por rotura LLC 1ª MCF mano derecha / lesión Stener en Enero 2017 mediante reconstrucción y reinserción ligamentosa con arpón Miniquick®.
- 3 meses PO. No dolor. No inestabilidad. BM completo. Realiza flexión de IFD 2º dedo al realizar flexión activa de IF de pulgar.**
- RX y RMN negativas. Material quirúrgico en base de FP del primer dedo. Cambios post-quirúrgicos.

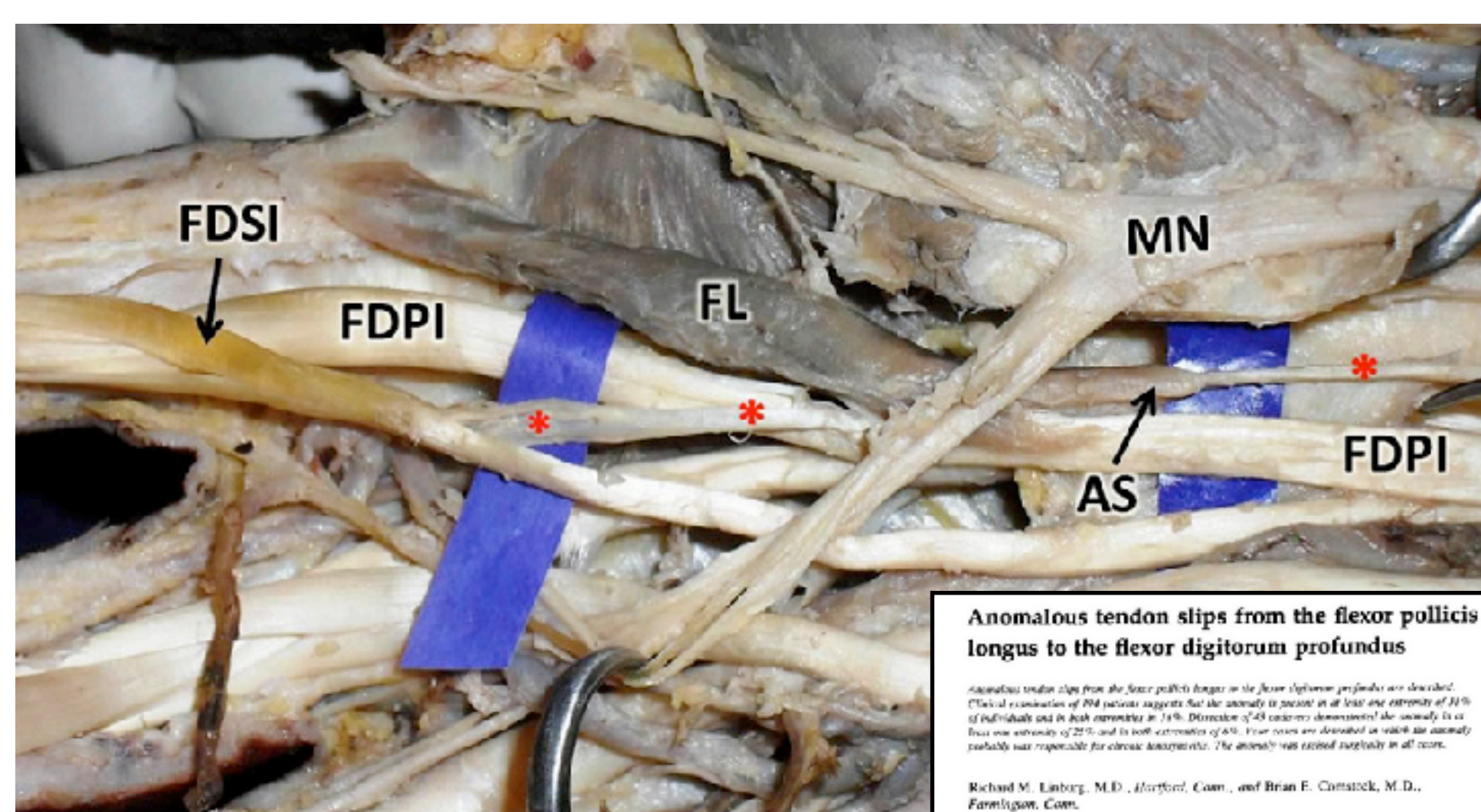


- Síndrome de Linburg: interconexiones entre FLP y FDP, usualmente del 2º dedo > 3º > 4º.**
- Descrito por Lindburg en 1979.
- Lombardi 1988 presentó 33 casos.

48 Cadáveres (96) 194 Pacientes (388)



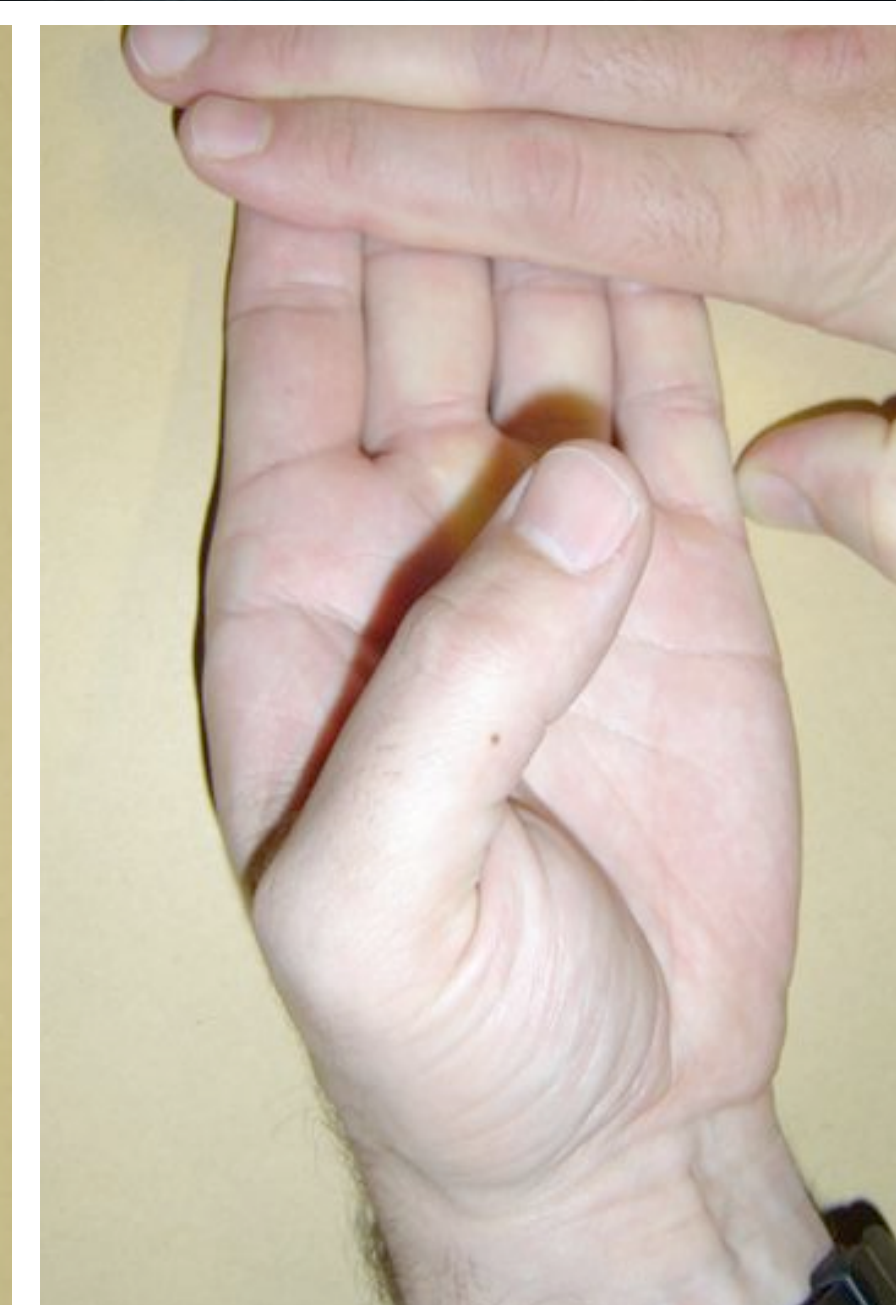
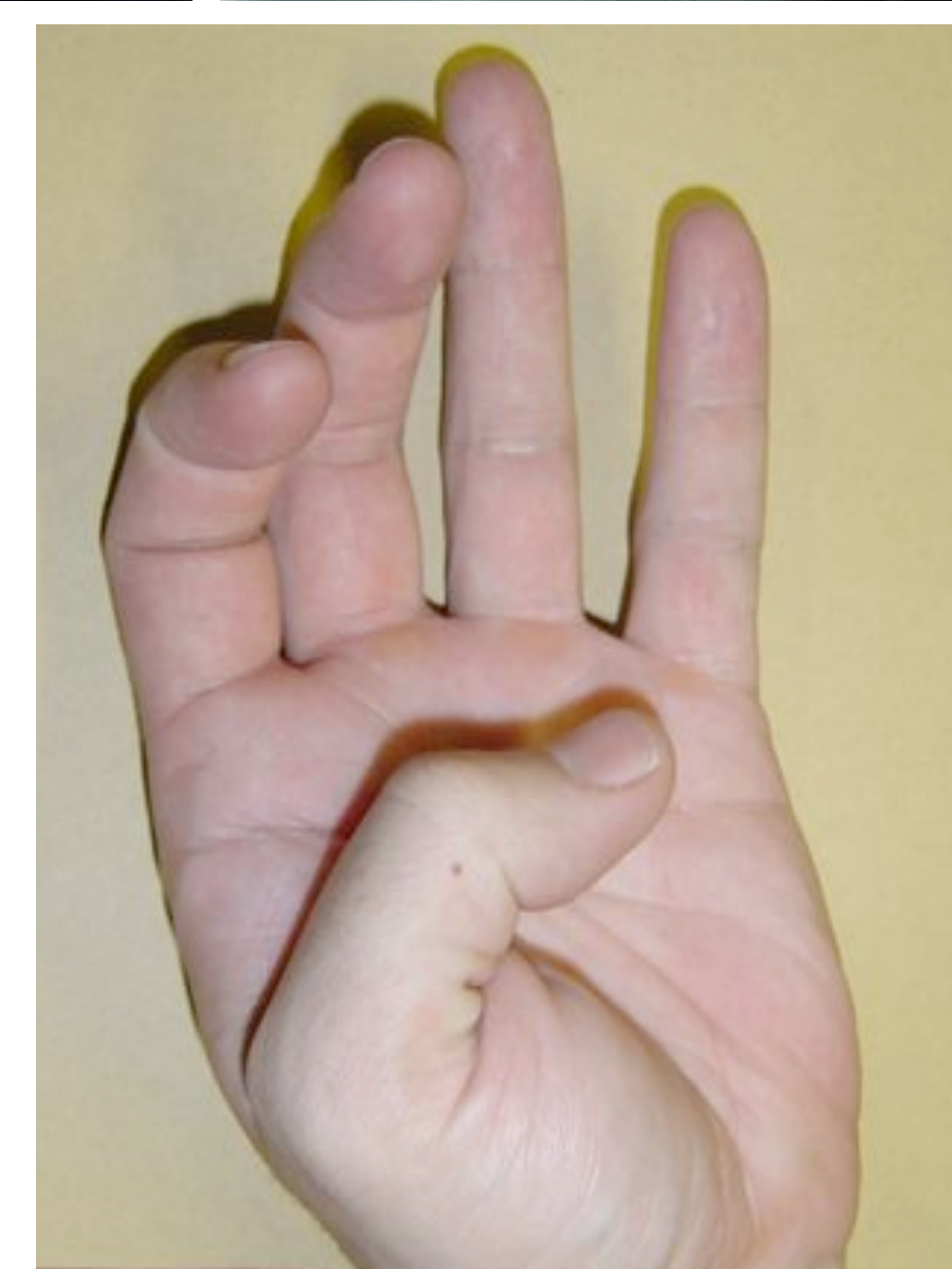
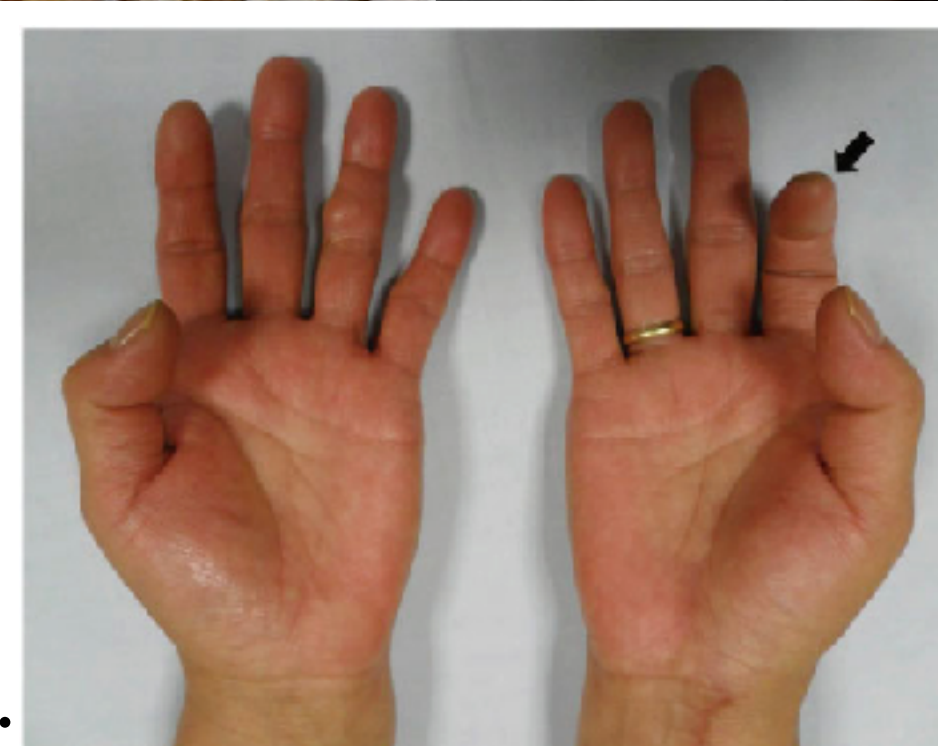
- Sin anomalía
- Unilateral
- Bilateral



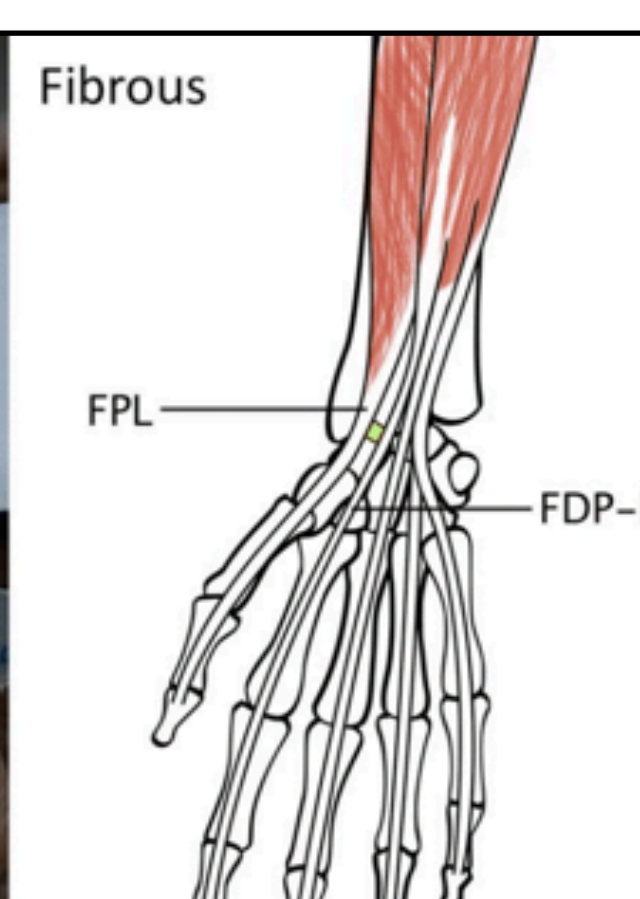
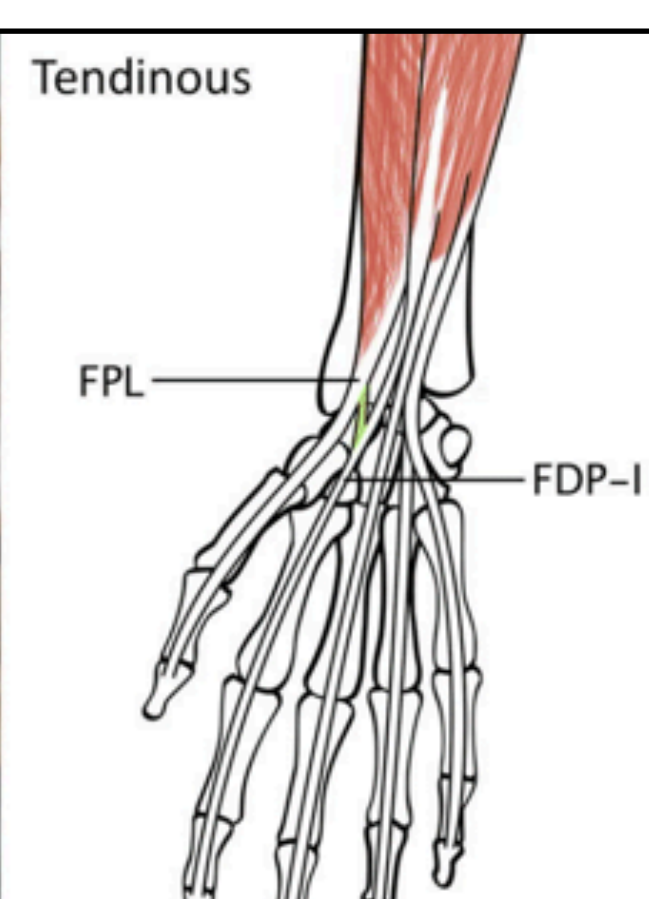
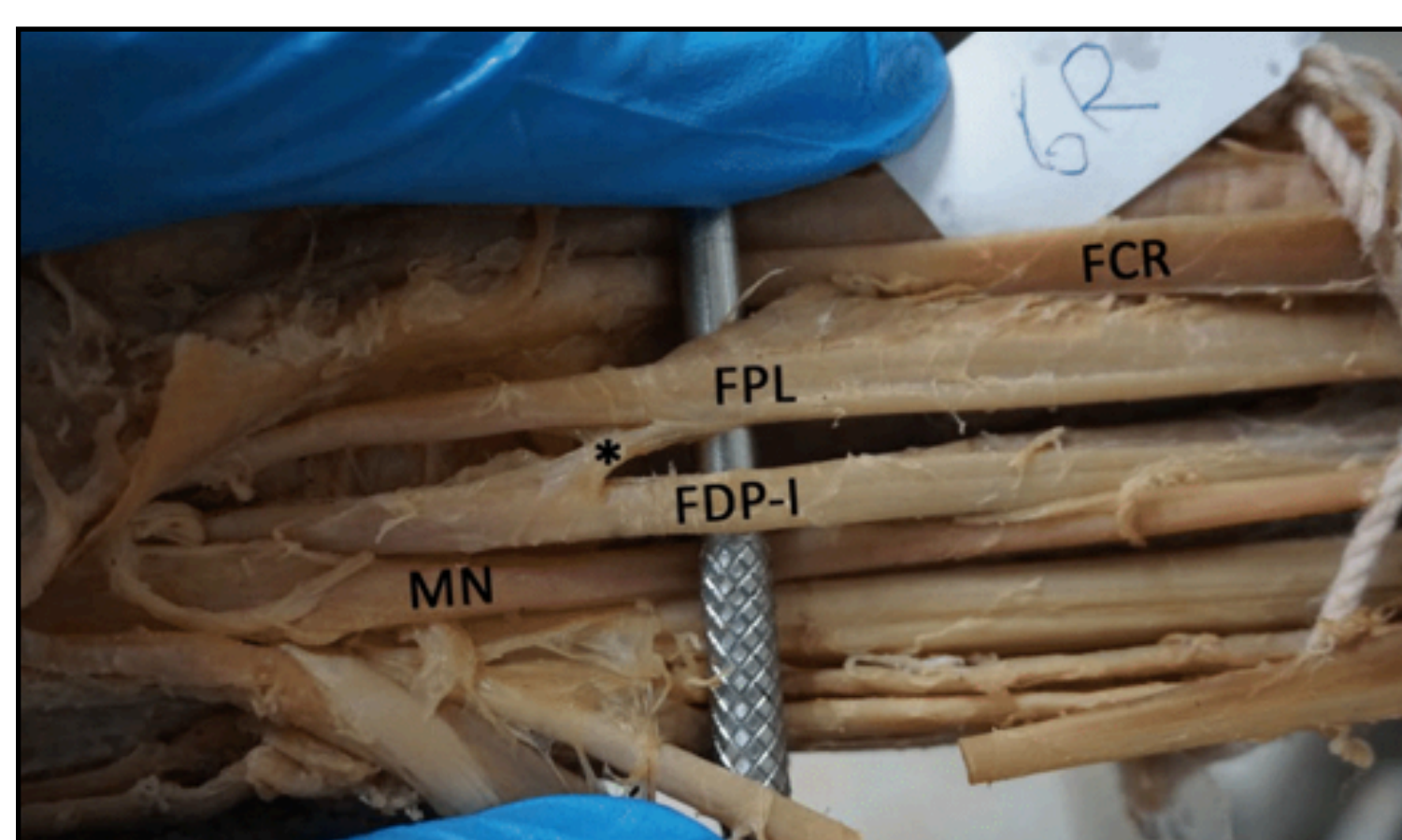
¿DE QUÉ HABLAMOS?



- Típicamente estas **variantes** anatómicas no causan sintomatología.
- Síntomas vagos, de dolor intermitente, cara volar de antebrazo y muñeca.
- Linburg describió 2 signos a la exploración:
 - Incapacidad para flexionar la IF del pulgar sin además flexionar la IDF del 2º dedo.
 - Test de provocación:** flexión activa de IF del pulgar mientras se impide la flexión del resto de dedos provoca dolor en el trayecto del FLP.



LOMBARDI



Tendón bien definido

Flexor profundo bífido

Adherencias por hiperplasia tenosinovial sin tendón

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

- Etiología desconocida.** Se postula multifactorial:

- Teoría mecánica.
- Teoría postraumático.
- Iatrogenia.

- DIAGNÓSTICO CLÍNICO.**

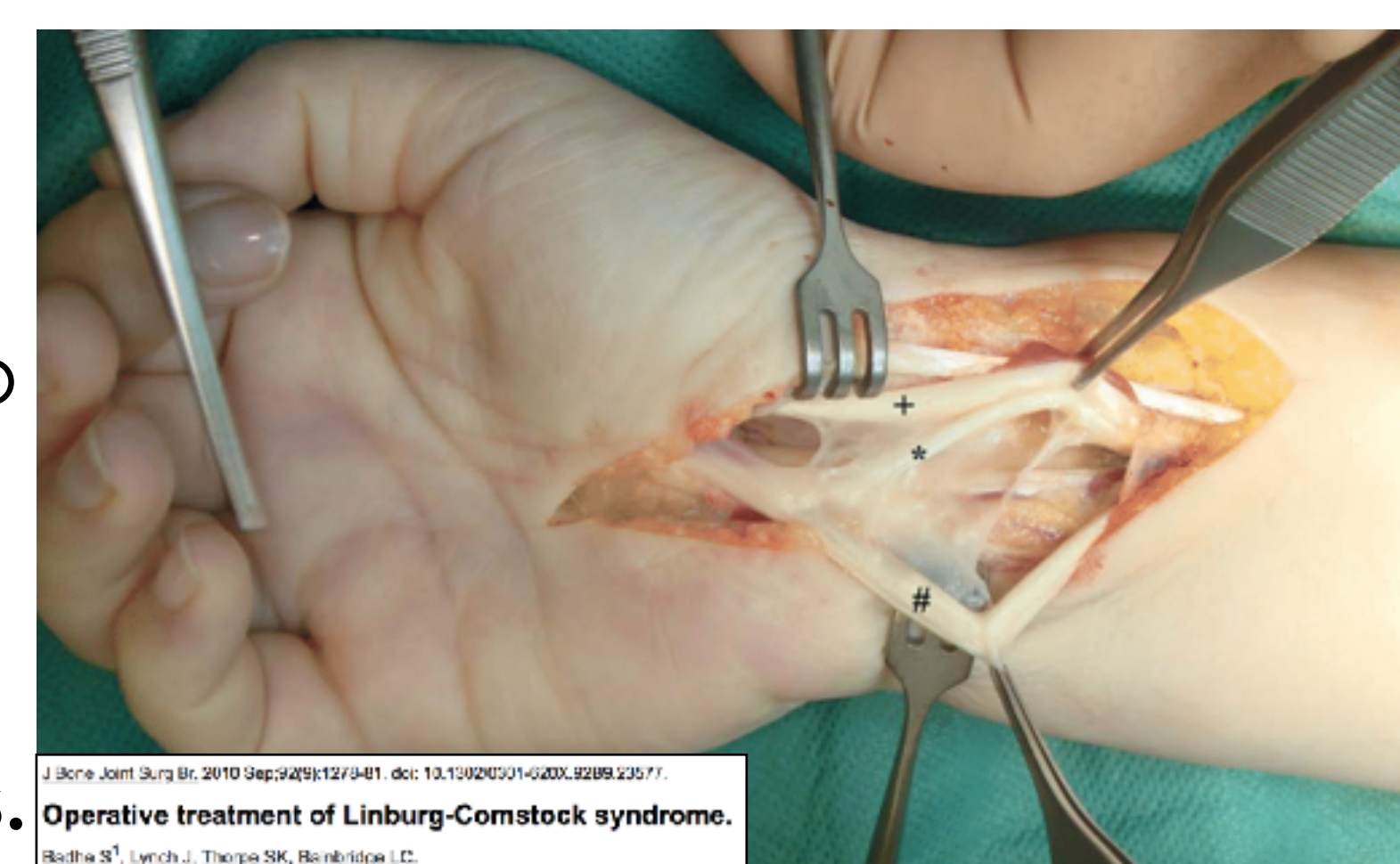
- RMN: planificación preoperatoria.

CONCLUSIÓN:

- Anomalía anatómica frecuente → >30% población. Asintomática.**
- Importancia sospecha clínica. Diagnóstico clínico.**
- Si clínica y tto. conservador insatisfactorio: tenolisis abierta → buenos resultados.**
- Movilización precoz.**



- Tratamiento Qx: **TENOLISIS** con liberación de adherencias.
- Indicación: dolor persistente que no cede con tto. conservador.
- Debe preservarse la mayor vaina flexora no dañada.
- Post: Ejercicios ACTIVOS inmediatos.**



BIBLIOGRAFÍA:

- Yamine K, Erić M. Linburg-Comstock variation and syndrome. A meta-analysis. Surg Radiol Anat. 2018 Mar 7;40(3):289-96.
- Kirchberger MC, Hahn P, Unglaub F, Leclère FM, Spies CK. [The Linburg-Comstock phenomenon: a review]. Handchir Mikrochir Plast Chir. 2015 Feb 23;47(1):58-61.
- Gancarczyk SM, Strauch RJ. Linburg-Comstock anomaly. J Hand Surg Am. 2014 Aug;39(8):1620-2.
- Badhe S, Lynch J, Thorpe SKS, Bainbridge LC. Operative treatment of Linburg-Comstock syndrome. J Bone Joint Surg Br. 2010 Sep;1278-81.
- Lombardi RM, Wood MB, Linscheid RL. Symptomatic restrictive thumb-index flexor tenosynovitis: incidence of musculotendinous anomalies and results of treatment. J Hand Surg Am. 1988 May;13(3):325-8.
- Linburg RM, Comstock BE. Anomalous tendon slips from the flexor pollicis longus to the flexor digitorum profundus. J Hand Surg Am. 1979 Jan;4(1):79-83.

