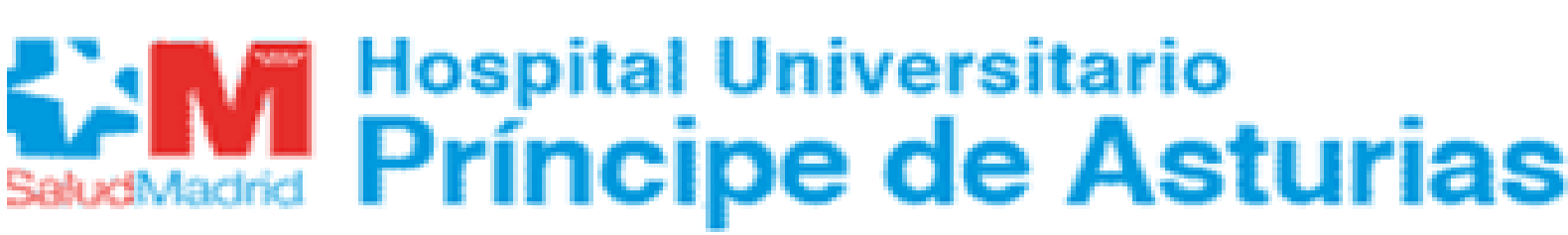


SÍNDROME DE LINBURG. REVISIÓN DE LA LITERATURA A PROPÓSITO DE UN CASO

Óscar Serrano Alonso, M^a Ángeles Martínez Calvo, Lydia Cristina Jiménez de Alcázar, Juan Moreno Blanco, Pablo Millán Antelo

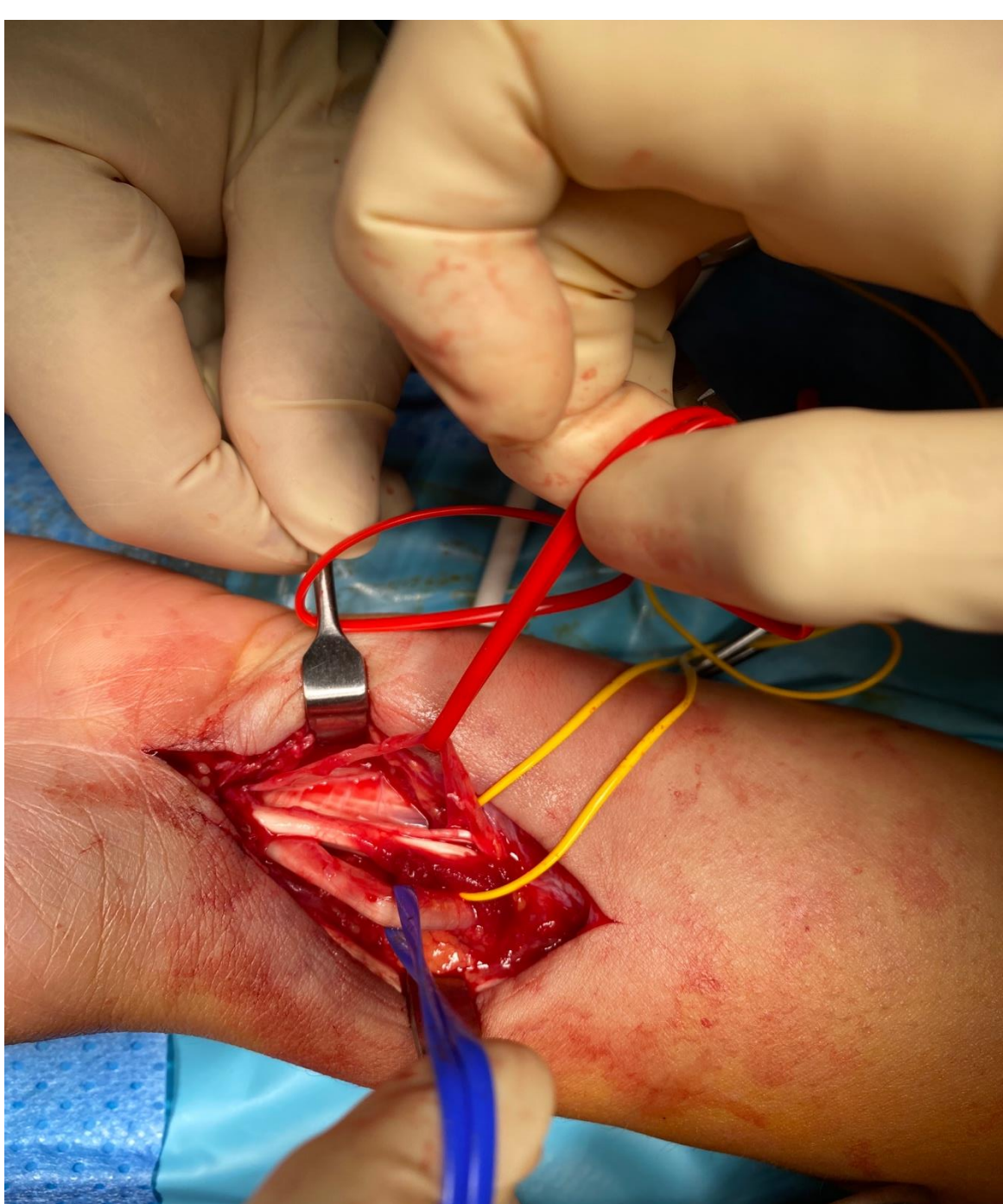
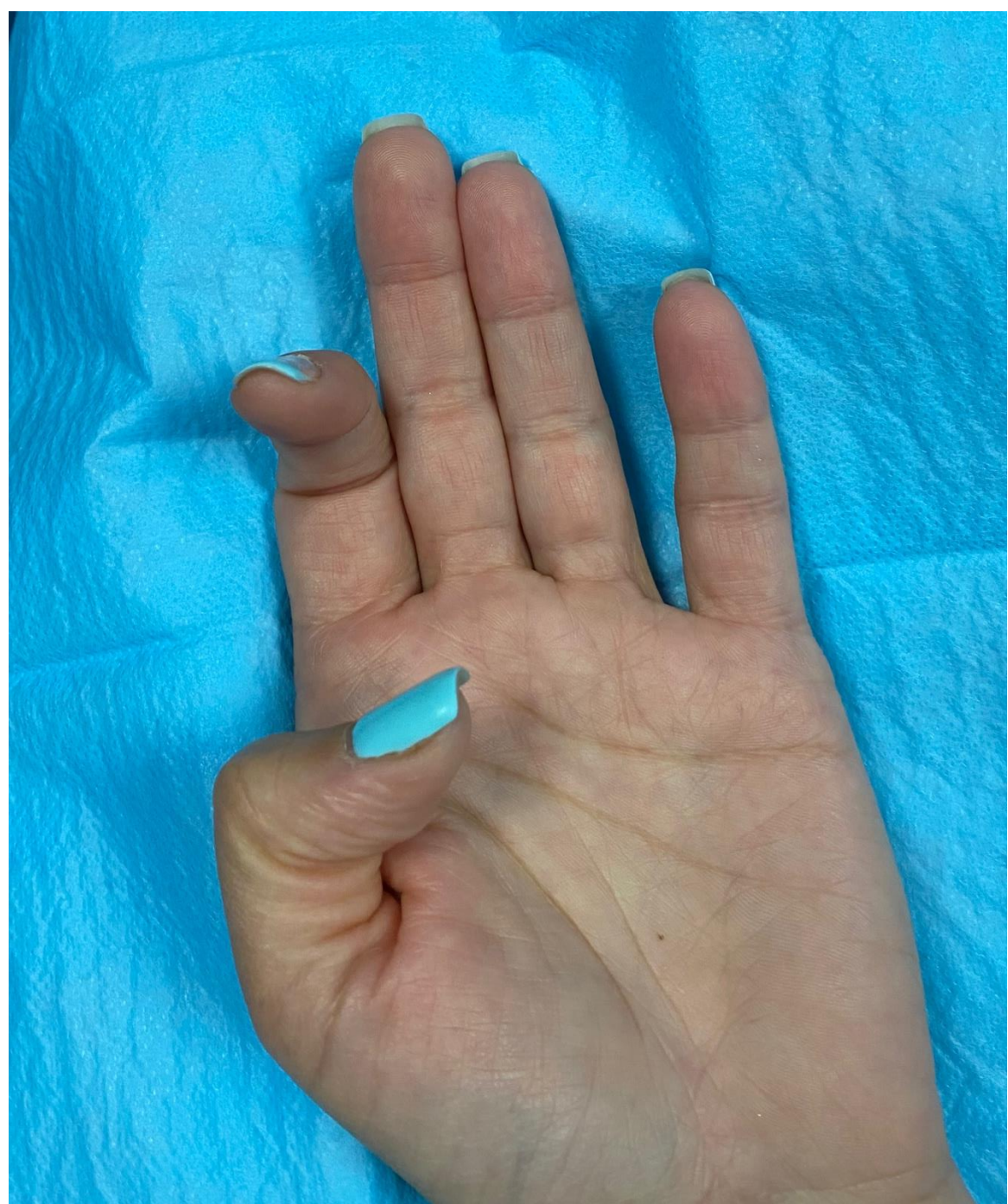


INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El síndrome de Linburg se define como la imposibilidad de flexionar activamente la articulación interfalángica del primer dedo sin flexionar a su vez la articulación interfalángica distal del segundo dedo. Se debe a la existencia de interconexiones entre el flexor largo del pulgar y el flexor profundo del segundo dedo, presente hasta en un 30% de la población, asintomáticos la mayoría. El objetivo es la revisión y resultados de un caso de síndrome de Linburg tratado quirúrgicamente mediante tenolisis y sinovectomía.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente mujer de 37 años, que en el postoperatorio de una cirugía de túnel carpiano comienza con dolor e inflamación en la muñeca intervenida, e incapacidad de flexionar individualmente primer y segundo dedos de la mano, diagnosticándose de síndrome de Linburg. Se utilizó la técnica anestésica WALANT para contar con la colaboración intraoperatoria del paciente y, mediante un abordaje volar en la muñeca se realiza disección por planos hasta localizar los tendones flexores largo del pulgar y profundo del segundo dedo, observando la existencia de adherencias y una comunicación tendinosa entre ambos, que se corta y se comprueba la flexión independiente de ambos dedos.



RESULTADOS

Nueve meses después de la intervención, la paciente refiere ausencia de dolor e inflamación en la muñeca. Es capaz de flexionar de manera completamente independiente las articulaciones interfalángica del primer dedo e interfalángica distal del segundo, sin dolor y siendo capaz de realizar la totalidad de sus actividades cotidianas sin limitaciones. Durante el postoperatorio no se produjeron complicaciones con la herida quirúrgica, ni tampoco a nivel neurovascular.



CONCLUSIONES

El diagnóstico de síndrome de Linburg se realiza de manera clínica, sospechándolo ante la aparición de dolor en muñeca e incapacidad de flexión individualizada de primer y segundo dedo, especialmente después de una cirugía, donde las adherencias postquirúrgicas junto con una predisposición congénita pueden desencadenar la clínica, como en este caso. Las pruebas complementarias se reservan para planificar la cirugía. En los casos sintomáticos el tratamiento conservador suele ser insuficiente, siendo necesario realizar una tenolisis para eliminar la interconexión y las adherencias entre los flexores implicados, seguido de una movilización precoz de la mano, según la literatura consultada.

1. M. Linburg R, Comstock BE. Anomalous tendon slips from the flexor pollicis longus to the flexor digitorum profundus. J Hand Surg Am. 1979; 4(1):79–83
2. Yoon H-K, Kim C-H. Linburg–Comstock syndrome involving four fingers: A case report and review of the literature. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2013; 66(9):1291–4
3. Badhe S, Lynch J, Thorpe SKS, Bainbridge LC. Operative treatment of Linburg-Comstock syndrome. J Bone Joint Surg Br. 2010;92-B(9):1278–81