

LA SINDROME DI LINBURG E COMSTOCK

S. MARCHIONNI¹, M. BRUNO², M. CECCHI², J. MANUPASSA², A. MORELLI², A. REPOSSINI²

¹ Scuola di Specializzazione in Chirurgia Plastica e Ricostruttiva dell'Università degli Studi di Pavia

² Servizio di Chirurgia Ortopedica, Neurochirurgia periferica, Chirurgia Plastica Ricostruttiva e Estetica, Casa di Cura S. Ambrogio, Milano

Linburg-Comstock syndrome.

SUMMARY

The Linburg-Comstock syndrome, first described in 1979, is characterized by a carpal tunnel syndrome associated with an involuntary and synchronized flexion of the index finger during the active flexion of the thumb. This symptom could be of congenital or traumatic origin. We deemed it extremely interesting to present it because it is quite rare and because We have recently treated a patient with its congenital form. Such patient, a young man who had previously been treated for post-traumatic tenosynovitis, showed a worsening of all symptoms: increasing pain at the distal end of the upper limb, signs of peripheral neuropathy, involuntarily flexion of the index finger during a voluntary thumb flexion. The opening the carpal tunnel shows the presence of an anomalous muscle whose proximal origin is on the long flexor of the thumb, goes through the carpal tunnel and ends on the superficial and deep flexor of the index finger. A little branch of the median nerve penetrates the muscle belly and a direct electrostimulation gives rise to a flexion of the index finger's distal phalanx. After the removal of the muscle, the problem is completely resolved. This is a case of congenital Linburg-Comstock syndrome of traumatic-iatrogenic origin, despite the presence of a specific innervation of the accessory muscle. Riv Chir Mano 2002; 39: 76-79

KEY WORDS

Linburg-Comstock syndrome, anomalous muscle, carpal tunnel syndrome

RIASSUNTO

La sindrome di Linburg e Comstock descritta nel 1979 è caratterizzata da sindrome del tunnel carpale associata alla flessione consensuale e involontaria dell'indice con la flessione attiva del pollice. Questa sintomatologia poteva essere di origine congenita o metatraumatica. Essendo molto rara ed avendo trattato recentemente un paziente con una forma congenita, ci è sembrato interessante presentarlo. Il paziente è un giovane di sesso maschile che giunge a noi in quanto già trattato per tenovaginalite dei flessori post traumatica, presenta un peggioramento del quadro sintomatologico: dolore ingravescente all'estremità distale dell'arto superiore, segni di neuropatia periferica, flessione involontaria dell'indice consensuale alla flessione volontaria del pollice. L'intervento esplorativo con apertura del canale carpale mette in evidenza la presenza di un muscolo sovranumerario la cui origine prossimale coinvolge il flessore lungo del pollice, attraversa il canale del carpo e si inserisce sul flessore superficiale e profondo dell'indice. Nel ventre muscolare penetra un sottile ramo nervoso originato dal mediano e l'elettrostimolazione diretta provoca un accenno alla flessione della falange distale dell'indice. Asportato il muscolo il quadro si risolve completamente. È un caso di sindrome di Linburg e Comstock congenita manifestatasi per causa traumatico-iatrogena pur essendo presente una innervazione specifica del muscolo accessorio.

PAROLE CHIAVE

Sindrome di Linburg e Comstock, muscolo sovranumerario, sindrome del tunnel carpale

INTRODUZIONE

In letteratura sono stati descritti numerosi casi di muscolatura sovranumeraria a carico dell'arto superiore e in particolare nel terzo distale dell'avambraccio e nella mano. La maggior parte di queste anomalie sono associate a sintomi di neuropatia periferica da compressione del nervo ulnare, nervo mediano o nervo radiale, con o senza presenza di manifestazioni esterne obiettive (1-3). La diagnosi di tali anomalie è spesso intraoperatoria in quanto la sintomatologia orienta per una sindrome del tunnel carpale, o per un De Quervain, o per una tenovaginalite (4, 5).

Nel 1979 Linburg e Comstock descrissero una sindrome i cui sintomi fondamentali erano la compressione del nervo mediano al polso e la flessione consensuale e involontaria dell'indice durante la flessione attiva del pollice (6). Questa sintomatologia poteva essere sia acquisita, cioè una tenosinovite iperplastica di origine metatraumatica, sia congenita, dovuta ad una banda tendinea o miotendinea tra il flessore lungo del pollice e il flessore profondo dell'indice.

La Sindrome di Linburg è molto rara; avendo recentemente trattato un paziente con una forma congenita manifestatasi tardivamente in seguito ad un trauma, ci è sembrato interessante presentarlo anche perché un caso simile è stato recentemente descritto (7).

IL CASO

Un giovane di 17 anni giunse al nostro ambulatorio con una sintomatologia eclatante di flessione contemporanea dell'indice e del pollice.

Il paziente riferisce di essere stato trattato chirurgicamente presso un'altra sede per tenovaginalite dei tendini flessori al polso destro, di eziologia traumatica. A distanza di un anno durante il quale il paziente rammenta di non aver avuto miglioramento della sintomatologia dolorosa ma addirittura una progressione in senso negativo, arriva alla nostra osservazione lamentando dolore ingravescente localizzato al terzo distale dell'avambraccio destro e

al palmo della mano. L'esame clinico non evidenzia tumefazioni ma solo lievi segni di neuropatia a carico del nervo mediano: parestesie, nevralgia alle prime tre dita, nevralgie ricorrenti.

L'esame della motilità mostra però un quadro caratteristico: si ha la flessione involontaria e non consensuale dell'indice durante la flessione attiva del pollice. Durante il movimento si ha un'acutizzazione della sintomatologia dolorosa che assume il carattere di trafittivo in sede palmare. Gli esami preoperatori sono stati eseguiti solo al fine di determinare l'idoneità del paziente, per altro giovane e in apparente buona salute, ad essere sottoposto all'intervento esplorativo. L'unico esame di pertinenza ortopedica è stata la radiografia delle mani che viene effettuata routinariamente nei nostri pazienti.

L'intervento, è stato condotto previa apertura completa del canale carpale destro (Fig. 1). Si è potuto così evidenziare tessuto cicatriziale con aderenze a carico dei flessori superficiali e profondi nella sede del precedente intervento e la presenza di una massa muscolare accessoria. Il ventre muscolare si reperiva in sede radiale, al terzo distale dell'avambraccio e le sue inserzioni tendinee prossimali coinvolgevano il tendine flessore lungo del pollice, penetrava nel tunnel carpale e si inseriva sui tendini del flessore superficiale e profondo dell'indice prossimalmente alla troclea basale (Fig. 2). L'elettrostimolazione diretta provocava accenno alla flessione della falange distale dell'indice e così pure l'elettrostimolazione della parte volarodiale dove sembrava di scorgere un sottile ramo nervoso che penetrava sul muscolo anomalo.

Si è proceduto asportando sia il tessuto cicatriziale, sia il muscolo sovranumerario (Fig. 3). Il quadro sintomatologico si è risolto completamente nell'immediato post-operatorio. Questo quadro rimasto silente per molti anni ha manifestato gli effetti dell'anomalia, cioè il trascinamento prossimale del flessore profondo sinistro (FPI) e del flessore superficiale dell'indice (FSI) in quanto ancorati al flessore lungo del pollice (FLP), probabilmente a causa del processo infiammatorio e quindi edema e fibrosi causati in primo luogo dallo scorrimento del ventre muscolare che occupa volume in una sede

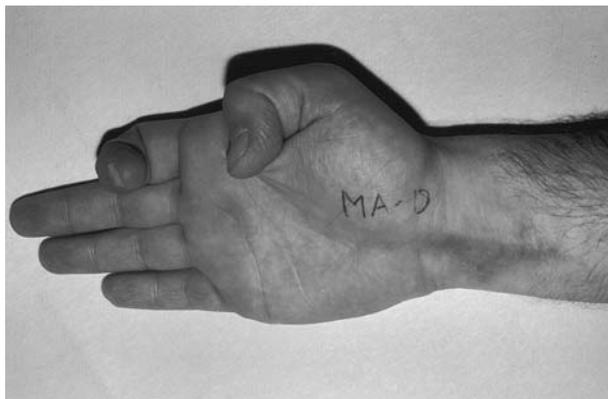


Figura 1. Pre-operatorio in cui si nota la flessione dell'indice consensuale alla flessione del pollice.

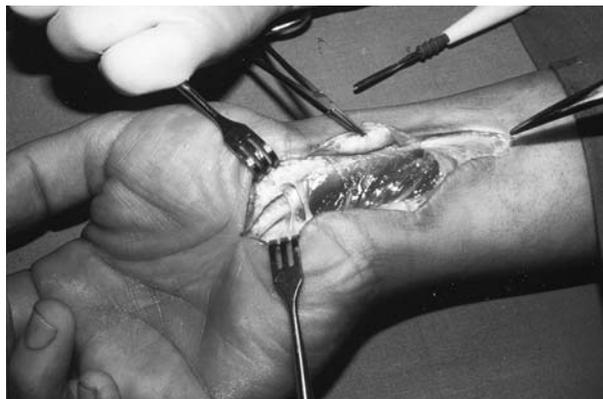


Figura 2. Apertura estesa del canale carpale.



Figura 3. L'esplorazione del canale carpale ha messo in evidenza la presenza di un muscolo sovrannumerario.

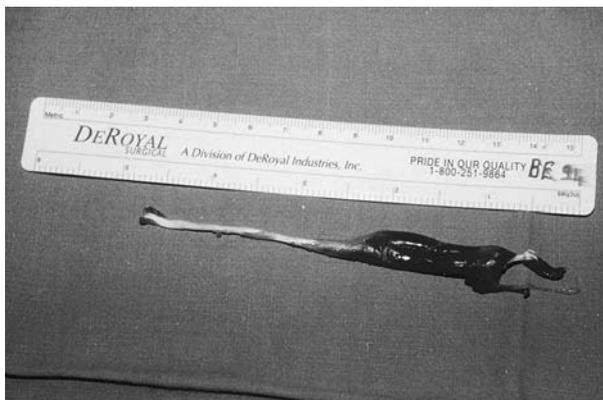


Figura 4. Muscolo sovrannumerario asportato: si nota l'estremità distale bifida.

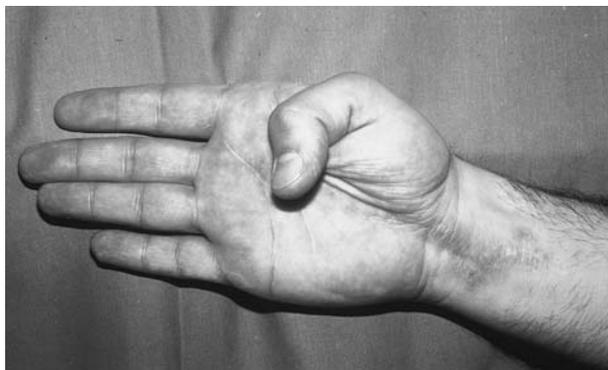


Figura 5. Post-operatorio in cui si valuta la risoluzione del quadro clinico.

dove non dovrebbe esserci e che indubbiamente comprimeva il tronco del nervo mediano. Tuttavia non si comprende perché la manifestazione si rivelò tardivamente e a seguito di trauma quando era evidente l'innervazione del muscolo anomalo da parte del nervo mediano rivelata dall'elettrostimolazione sopradescritta.

Si può concludere dicendo che questo quadro assimilabile alla sindrome di Linburg probabilmente si sarebbe manifestato più tardivamente senza l'insulto chirurgico. La rarità di tale anomalia ci ha spinti a renderla nota.

BIBLIOGRAFIA

1. Jeffery AK. Compression of the deep palmar branch of the ulnar nerve by an anomalous muscle. *J Bone Joint Surg* 1971; 53B: 718-23.
2. Thomas CG. Clinical manifestation of an accessory palmaris muscle. *J Bone Joint Surg* 1958; 40A: 929-30.
3. Kelly EJ. An anomalous muscle in the hand. *J Hand Surg* 1998; 23B: 389-90.
4. Goto S, Kojima T. An anomalous lumbrical muscle with an independent muscle belly associated with carpal tunnel syndrome. *Handchir Mikrochir Plast Chir* 1993; 25: 72-4.
5. Pribyl CR, Moneim MS. Anomalous hand muscle found in the Guyon's canal at exploration for ulnar artery thrombosis. *Clin Orthop* 1994; 306: 120-3.
6. Linburg RM, Comstock BE. Anomalous tendon slips from the flexor pollicis longus to the flexor digitorum profundus. *J Hand Surg* 1979; 4: 79-83.
7. Poggi DS. La Sindrome di Linburg. *Riv Chir Mano* 1997; 34: 235-7.