

Tratamiento quirúrgico de la fisura anal.

Juan Carlos Nader M., M.D.¹

Abraham Kestenberg H., M.D.²

RESUMEN

Se revisaron 33 pacientes por fisura anal entre marzo, 1986 y julio, 1988. Fueron tratados con esfinterotomía interna lateral subcutánea 28 pacientes (85%) y con dilatación forzada o procedimiento de Lord, 5. La fisura se localizó en 27 (82%) pacientes en la línea media posterior, en 3 (9%) en la línea media anterior y en los 3 (9%) restantes se localizó lateralmente. En ningún caso se demostró asociación con enfermedad inflamatoria intestinal. En 10 casos (30%) se encontró el complejo de hemorroide centinela y papila anal hipertrófica; en uno de ellos la histología de la hemorroide centinela resecada reveló un carcinoma escamocelular in situ. Se presentó recidiva en un paciente al que se le practicó dilatación anal forzada. En ninguno de los pacientes sometidos a esfinterotomía interna recidivó la enfermedad. En 4 (12%) pacientes se presentaron complicaciones infecciosas y en 1

(3%) granuloma anal; todos los casos se resolvieron fácilmente con drenaje y curetaje del espacio interesfinteriano. El seguimiento de los pacientes se realizó hasta los 6 meses postoperatorio. No se presentó ningún caso de incontinencia fecal, filtración de materia fecal o retardo en la cicatrización. Se concluye que la esfinterotomía interna lateral subcutánea es un procedimiento eficaz y sencillo para el tratamiento de la fisura anal crónica. En los casos del presente estudio sí hubo complicaciones infecciosas con una frecuencia mucho mayor que la informada en otras series. Esto ha obligado a los autores a depurar la técnica quirúrgica, especialmente si la fisura se acompaña de patología asociada como fistula en ano o hemorroides, circunstancias estas que normalmente aumentan la morbilidad cuando se realiza su tratamiento concomitantemente con el de la fisura.

La fisura anal constituye una de las patologías anorectales más dolorosas, que afecta a los pacientes de todas las edades, pero particularmente a aquellas en la segunda y tercera décadas de la vida^{1,2}. Consiste en una solución de continuidad localizada generalmente en la línea media posterior del borde anal. Cuando es crónica se acompaña de un ma-

risco anal también llamado hemorroide centinela y de hipertrofia de la papila anal adyacente (Figura 1).

Los síntomas de la fisura anal varían de leves a severos, siendo el dolor y el sangrado los que usualmente obligan al paciente a consultar. La etiología de la fisura anal ha sido controvertida³⁻¹⁰. Entre los múltiples factores postulados figuran el paso de material fecal dura en pacientes constipados, la diarrea y la enfermedad inflamatoria intestinal, siendo esta última la que más frecuentemente produce fisuras múltiples o de localización lateral³.

1. Residente, Departamento de Cirugía, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.
2. Docente Adjunto, Departamento de Cirugía, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

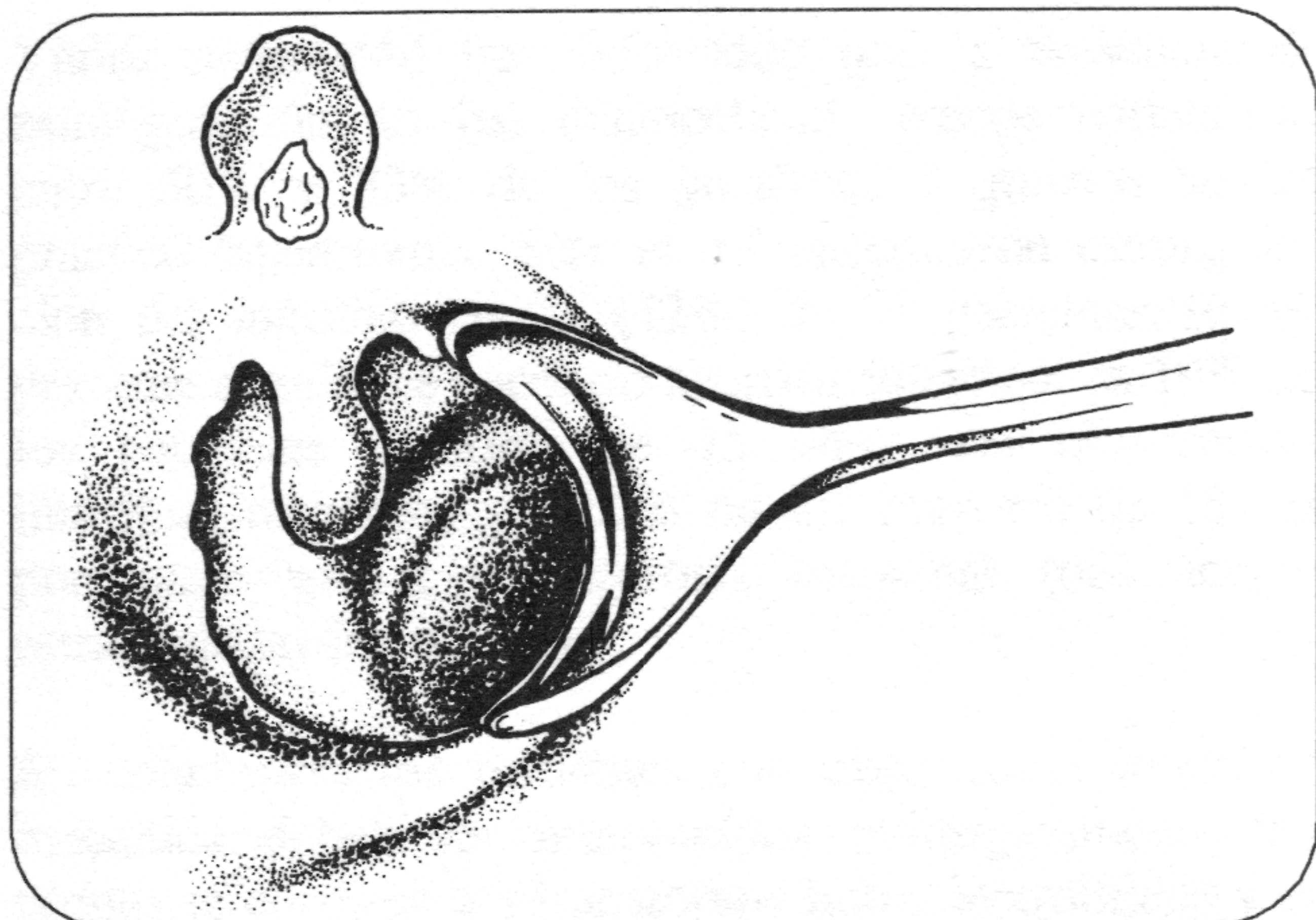


Figura 1

Los estudios manométricos realizados por Nothman & Schuster⁴ han aclarado en parte el panorama al demostrar la existencia de espasmo severo del esfínter interno en los pacientes con fisura anal. Este espasmo sería el causante de la fisura al producir isquemia de la piel y la mucosa que lo recubren.

Lockhart & Mummery^{5,6} consideran que la mayor frecuencia de aparición en la línea media posterior se debe a que la estructura del esfínter externo en su porción inferior y posterior no es verdaderamente circular. Esto hace que la piel anal lateralmente esté mejor soportada que la localizada en la línea media posterior. Esta teoría deja sin una buena explicación la génesis de las fisuras localizadas lateralmente. El menor sostén muscular en la región perineal anterior de la mujer, explicaría el porqué en este grupo la fisura se presenta un poco más frecuentemente en la línea media anterior⁷.

La dilatación anal forzada (DAF) y la sección del esfínter interno (SEI) permiten que se produzca la cicatrización de la fisura anal muy probablemente por disminución del tono esfinteriano⁷⁻¹⁰. Este estudio informa la experiencia reciente de los autores con el tratamiento de esta entidad.

MATERIALES Y METODOS

Se revisaron las historias clínicas de 33 pacientes tratados entre marzo, 1986 y julio, 1988 en los hospitales Universitario del Valle y Mario Correa Rengifo de la ciudad de Cali, Colombia, con el diagnóstico de fisura anal.

En el análisis se cuantificó y se describió las siguientes variables: edad, sexo, signos y síntomas, localización de la fisura, patología anorectal asociada, tipo de procedimiento realizado, complicaciones y seguimiento postquirúrgico.

Los pacientes fueron tratados mediante DAF o, en la mayoría de los casos, mediante esfinterotomía interna lateral subcutánea. Se realizó DAF en 5 (15%) pacientes. La dilatación se realizó bajo anestesia raquídea o anestesia general, mediante la introducción progresiva de cuatro dedos, produciendo un estiramiento progresivo del aparato esfinteriano. Este estiramiento se mantuvo durante cuatro minutos (Figura 2).

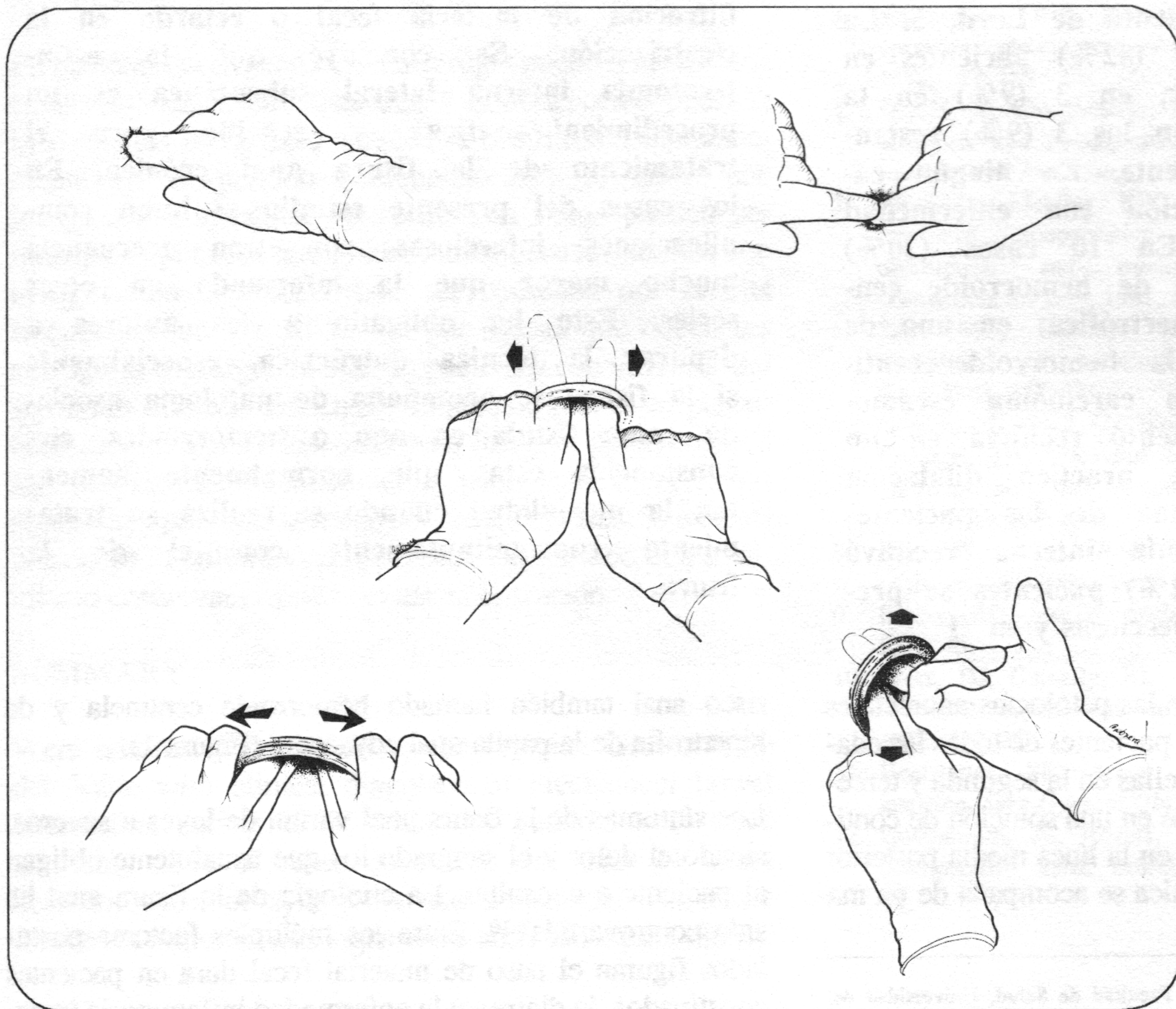


Figura 2. En forma progresiva se introducen cuatro dedos manteniendo la dilatación alcanzada durante cuatro minutos.

La SEI se realizó en 28 (85%) pacientes utilizando la técnica cerrada. Este procedimiento se practicó igualmente bajo anestesia raquídea o anestesia general. Después de colocar el paciente en la posición de navaja, se hace una incisión radial en el surco interesfinteriano, disecando en profundidad para separar el esfínter interno del esfínter externo hasta alcanzar el nivel de la línea dentada. Posteriormente se diseca el esfínter en el espacio submucoso también hasta la línea dentada, procediendo a continuación a practicar la división de este. Usualmente la herida se deja abierta, como fue el caso en la mayor parte de los pacientes del presente estudio (Figura 3).

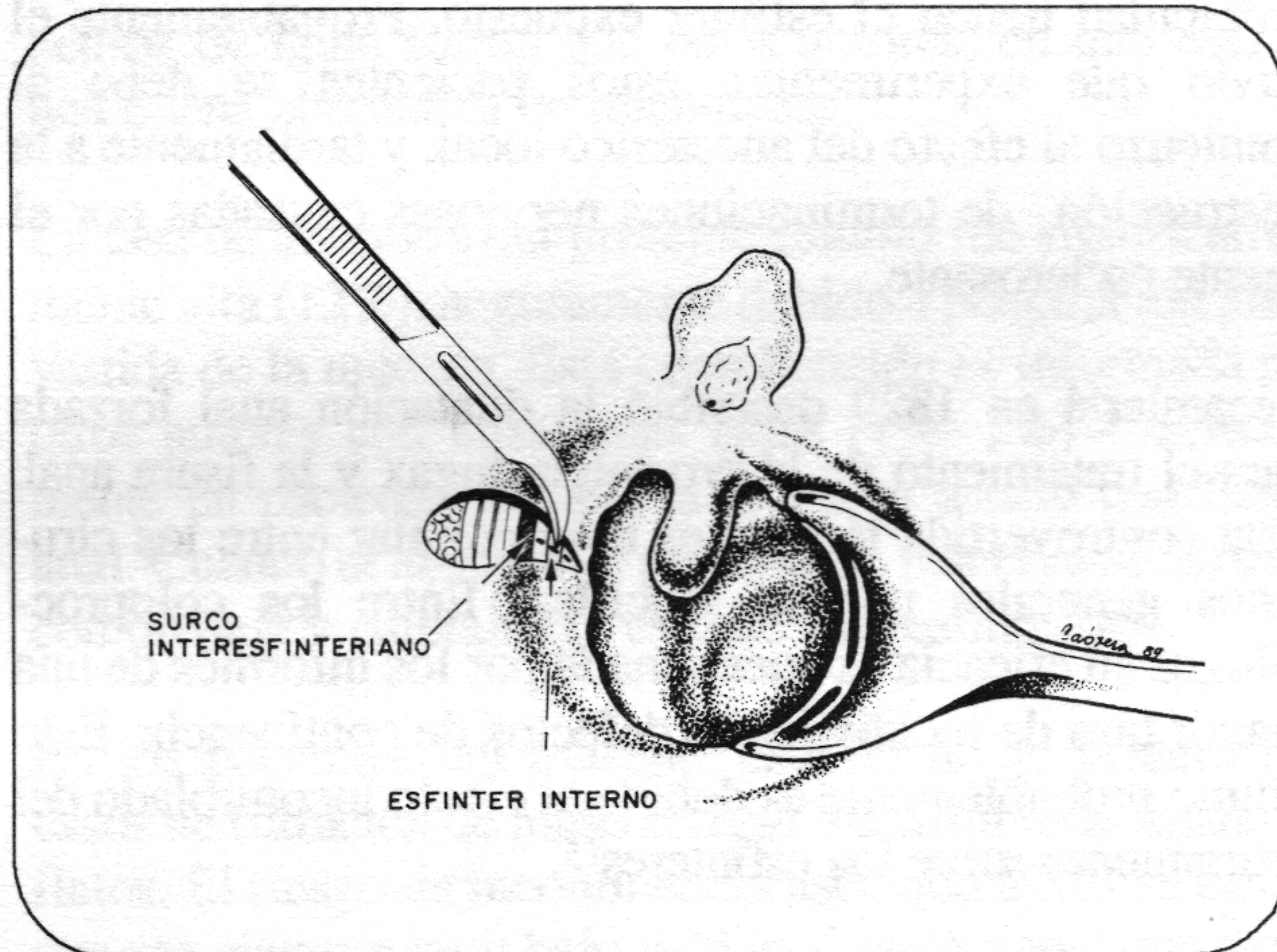


Figura 3. Se muestra la división del esfínter interno orientando el bisturí de afuera hacia adentro. Algunos cirujanos prefieren realizar el corte a la inversa.

En 29 (88%) pacientes el procedimiento se practicó hospitalariamente y en 4 se realizó en forma ambulatoria. Todos los procedimientos se realizaron por un cirujano de colon y recto o por un residente bajo su supervisión. A los pacientes se les formularon analgésicos no opiáceos, ablandadores de materia fecal, y se les dio instrucciones para practicarse baños de asiento en el postoperatorio.

RESULTADOS

De los 33 pacientes 82% se encontraron en los grupos de edades comprendidas entre los 15 y los 44 años, siendo mayor la proporción de mujeres que de hombres, 2.6 a 1. La mayoría de los pacientes presentaron como síntomas cardinales dolor y sangrado en 100% y 97% respectivamente; otros síntomas menos frecuentes fueron prurito, supuración y constipación (Cuadro 1). El promedio de estancia hospitalaria fue de 2.2 días. En el Cuadro 2 se aprecia que en 30% de los pacientes se encontró el complejo de hemorroide centinela y de papila anal hiper-

Cuadro 1
Fisura Anal. Síntomas

	Nº	%
Dolor	33	100
Sangrado	32	97
Prurito	5	15
Supuración	4	12
Constipación*	5	15
Sensación de cuerpo extraño	1	3

Tiempo de evolución 9.3 meses

* Desapareció con el tratamiento quirúrgico

Cuadro 2
Fisura Anal. Hallazgos Físicos

	Nº	%
Fisura	33	100
Hemorroide centinela	10	30
Papila anal hipertrófica	9	27
Hemorroides	7	21
Fístula in ano	3	9
Cáncer de colon	1	3
Cáncer escamocelular in situ	1	3

trófica acompañando a la fisura. Estos hallazgos se hacen más prominentes al separar los glúteos y levantar la hemorroide centinela que usualmente oculta la fisura. Se encontraron hemorroides internas en 7 (21%) pacientes y fístula anal en 3 (9%). En 2 pacientes se encontró cáncer asociado. En el primer caso se trataba de un carcinoma de colon, y en el segundo un carcinoma escamocelular in situ que se asentaba en una hemorroide centinela. La fisura se localizó en la línea media posterior en 24 (73%) pacientes, y en la línea media anterior en 3 (9%) pacientes. En 3 pacientes se encontraron fisuras de localización anterior y posterior y finalmente en 3 casos la fisura se localizó lateralmente.

Ninguno de estos últimos pacientes presentaba enfermedad inflamatoria concomitante. Fueron tratados con DAF 5 (15%) pacientes y los restantes 28 (85%) con esfinterotomía interna lateral subcutánea (Cuadro 3). En el grupo de pacientes en quienes se realizó SEI hubo 6 a quienes se les añadió resección de la hemorroide centinela y de la papila anal hipertrófica. En 7 pacientes se practicaron procedimientos adicionales según la patología asociada (hemorroidectomía, fistulotomía).

Se presentaron complicaciones en 6 (18%) pacientes siendo en 12% abscesos interesfinterianos (Cuadro 4). En el

Cuadro 3
Fisura Anal. Tratamiento

	Nº	%
Dilatación forzosa	5	15
Esfinterotomía más plicatura de hemorroides	2	6
Esfinterotomía más resección*	6	18
Esfinterotomía	15	46
Esfinterotomía más hemorroidectomía	4	12
Esfinterotomía más fistulotomía	1	3
Total	33	100

* Un caso con cáncer escamocelular in situ

grupo de pacientes tratados con sección del esfínter no hubo casos de recidiva, en tanto que se presentó una recurrencia en un paciente sometido a estiramiento del esfínter. Excepto este paciente en el resto del grupo no se presentó retardo en la cicatrización, como tampoco problemas de filtración de material fecal, control de flatos o incontinencia. Es interesante resaltar la mejoría experimentada por los pacientes con constipación preoperatoria.

DISCUSION

El tratamiento de la fisura anal depende de la severidad de los síntomas asociados, de la cronicidad del proceso y de la preferencia personal del cirujano. Algunos pacientes con síntomas menores como incomodidad postdefecatoria, o fisura anal aguda (no tienen hemorriode centinela, papila anal hipertrófica, ni exposición de las fibras del esfínter interno) pueden responder a medidas conservadoras como evitar el uso de papel higiénico, aseo local postdefecatorio con choro de agua, baños de asiento y ablandadores de materia fecal.

Gabriel¹¹ en 1929 sugirió el uso de anestésicos locales inyectados perianalmente. Esta técnica puede producir incontinencia temporal ocasional o absceso local con formación de fístula. Dury¹² en 1950 adicionó a la inyección del anestésico local un esclerosante aplicado en la base de la fisura. Antebi *et al*¹³ recientemente informó sus resultados utilizando este tratamiento en 96 pacientes. Una característica importante de este grupo de enfermos fue que el esfínter interno no estaba expuesto en la base de la fisura. Después de un año de seguimiento en 77 pacientes (80.2%) los resultados fueron excelentes.

El procedimiento aunque atractivo no ha sido aún válido por otros estudios. Además no es claro cuál sería la res-

Cuadro 4
Fisura Anal. Complicaciones

	Nº	%
Hematoma infectado	1	3
Granuloma anal	1	3
Absceso isquiorectal	1	3
Absceso postanal profundo	2	6
Recidiva*	1	3

puesta clínica en aquella mayoría de pacientes que por su cronicidad tienen el esfínter expuesto. Probablemente el alivio que experimentan estos pacientes se debe al comienzo al efecto del anestésico local, y tardíamente a la destrucción de terminaciones nerviosas causadas por el agente esclerosante.

Recamier¹⁴ en 1829 describió la dilatación anal forzada para el tratamiento de la proctalgia fugax y la fisura anal. Esta controvertida técnica es muy popular entre los cirujanos generales por su sencillez. Entre los coloproctólogos su eficacia es cuestionada por los informes de una mayor tasa de recidiva y de defectos de continencia. Esto último probablemente es debido al efecto incontrolado del estiramiento sobre los esfínteres¹⁵.

Weaver *et al*¹⁶ recientemente informó los resultados de un estudio prospectivo al azar en el que concluye que si la dilatación anal se utiliza juiciosamente produce excelentes resultados. A su vez condena el uso de dilatación en pacientes ancianos, o en descenso perineal.

En los pacientes del presente estudio en quienes se practicó dilatación anal hubo un solo caso de recidiva sintomática (20%). Los restantes cuatro pacientes están asintomáticos. En cuatro de ellos se escogió esta alternativa por ser enfermos inmunosuprimidos por quimioterapia (leucemia en dos casos, mieloma múltiple en un caso y cáncer de mama en otro). Estas circunstancias son una buena indicación para escoger esta alternativa.

Eisenhammer^{17,18} en 1951 fue el primer autor en proponer la sección del esfínter interno en la línea media, procedimiento que a veces se realizaba sobre la fisura misma. Este procedimiento produjo con mucha frecuencia la molesta deformidad conocida como el defecto en "ojo de cerradura", el cual se asocia con altas tasas de filtración de materia fecal. El mismo autor luego sugirió la sección del músculo en posición lateral evitando así este problema. A pesar de lo anterior hay aún autores que siguen utilizando esta técnica con algunas modificaciones¹⁹.

En 1969 Notaras²⁰⁻²² describió la técnica cerrada, conocida como esfinterotomía interna lateral subcutánea, técnica que posteriormente se convertiría en la más frecuentemente utilizada por los excelentes resultados en lo relacionado con recurrencia y baja morbilidad²³⁻³⁰.

La muy buena respuesta obtenida por los autores del presente artículo en los pacientes tratados con SEI difiere un poco de las cifras de recidiva publicadas por Abcarian²³, Hawley²⁵ y Hoffman & Goligher²⁶ (0-15%) probablemente por ser la muestra tan pequeña (33 pacientes). Sin embargo, los resultados consistentemente buenos en los pacientes seguidos por 2 años obliga a pensar de igual forma que otros autores, en que esta es una buena alternativa de tratamiento.

La tasa de abscesos del presente estudio fue significativamente alta (12%), seguramente debido a penetración inadvertida de la mucosa. Esta complicación es informada por otros autores con cifras más bajas (1%- 2%)^{1,2} especialmente en pacientes en que la fisura se asoció con fístula anal. Cuando el absceso se presenta se resuelve fácilmente con drenaje y curetaje del espacio interesfinteriano.

En los pacientes del presente estudio no se presentaron casos de filtración de materia fecal o control inadecuado de flatos. El riesgo de incontinencia asociado a SEI se espera que sea siempre muy bajo debido al poco papel que juega el esfínter interno en el complejo mecanismo continente. En general se informan sólo defectos menores con cifras que van de 3% al 10%²¹⁻²⁶. Finalmente se desea destacar que la mejoría experimentada por los pacientes constipados se debe a la desaparición del dolor defecatorio. Al no haber miedo ocasionado por una defecación dolorosa se adquiere de nuevo un hábito intestinal normal.

CONCLUSIONES

La fisura anal es una enfermedad de personas jóvenes que ocurre más frecuentemente en mujeres, pudiendo ser incapacitante por el severo dolor defecatorio que ocasiona en la gran mayoría de los pacientes. Los autores del presente artículo piensan que en la actualidad la mejor alternativa de tratamiento es la SEI, especialmente en aquellos pacientes con descenso perineal o ancianos, reservando la dilatación anal para los pacientes cuyo riesgo de infección sea muy alto (pacientes inmunosuprimidos). El no tener extremo cuidado en la ejecución de la esfinterotomía puede resultar en una morbilidad inaceptable (absceso interesfinteriano). Cuando la hemorroide centinela se reseque lo mismo que la papila anal, se deben enviar para estudio histológico. Lo anterior es válido para cualquier material que sea resecado en cirugía anal (hemorroidectomía).

SUMMARY

The clinical charts of 33 patients with anal fissure were reviewed between March, 1986 and July, 1988; 28 patients (85%) were treated with lateral subcutaneous internal anal sphincterotomy and 5 with anal stretching or lord procedure. The fissure was located in the posterior midline in 27 patients (82%), in the anterior midline in 3 (9%) and in the other patients it was located laterally (3%). In none of such patients it was demonstrated concomitant inflammatory bowel disease. In 10 cases (30%) a complex of sentinel pile and hypertrophy of anal papilla was founded. In one of these the histology of the sentinel pile resected revealed a squamous cell carcinoma in situ. There was recurrence in one patient treated with anal stretching, with no recurrences noted in those treated with sphincterotomy. Infectious complications were demonstrated in 4 patients (12%). All of these cases were treated successfully with drainage and curettage of the intersphincteric space.

All patients were followed up for at least six months. No cases of anal incontinence, soiling or delayed healing were demonstrated. Lateral subcutaneous internal anal sphincterotomy is an efficient and easy procedure for the treatment of chronic anal fissure. Our infectious rate was higher than the frequencies reported in other series. Because of this fact we have been forced to depurate our surgical technique, specially if there is concomitant anal pathology, like fistula in ano or hemorrhoids. This circumstance makes morbidity higher if they are simultaneously treated with anal fissure.

REFERENCIAS

1. Marvin, LC. *Colon and rectal surgery*. JB Lipincott Co, Philadelphia, pp. 74-84, 1984.
2. Lewis, TH, Corman, ML, Pragger, ED & Robertson, WG. Long term results of open and closed sphincterotomy for anal fissure. *Dis Colon Rectum*, 1988, 31: 368-371.
3. Sweeney, JL, Richie, JK & Nicholls, RI. Anal fissure in Crohn's disease. *Br J Surg*, 1988, 75: 56-57.
4. Nothmann, BJ & Shuster, MM. Internal anal sphincter derangement with anal fissure. *Gastroenterology*, 1974, 67: 216-220.
5. Lockhart-Mummery, HEP. *Diseases of the rectum and anus*. New York, Wm Wood, pp. 169-170, 1914.
6. Lockhart-Mummery, HEP. *Diseases of the rectum and anus*. New York, Wm Wood, p 171, 1914.
7. Shafik, A. A new concept of the anatomy of the anal sphincter. Mechanism and the physiology of defecation. XV Chronic Anal Fissure: a new theory of pathogenesis. *Am J Surg*, 1986, 144: 262-265.
8. Bennett, RC & Duthie, HL. The functional importance of the internal anal sphincter. *Br J Surg*, 1964, 51: 355-357.
9. Hancock, BD. The internal sphincter and anal fissure. *Br J*

- Surg*, 1977, 64: 92-95.
10. Chowcat, NL & Araujo, JGC. Internal sphincterotomy for anal fissure. Long term effects on anal pressure. *Br J Surg*, 1986, 73: 915-916.
 11. Gabriel, WB. Treatment of pruritus ani and anal fissure. The use of anaesthetic solutions in oil. *Br Med J*, 1929, 1: 1070-1072.
 12. Oury, P & Bensuade, A. *Les hémorroïdes et leur traitement*. 3rd ed, Paris, Expansion Scientifique Française, 1950.
 13. Antebi, E, Schwartz, P & Gilon, E. Sclerotherapy for the treatment of fissure in ano. *Surg Gynecol Obstet*, 1984, 160: 204-206.
 14. Recamier, JC. Extension, massage et percussion cadencée dans le traitement des contractures musculaires. *Rev Medicale Fran*, 1830, 1: 74-89.
 15. Keighley, MRB & Fielding, JW. Management of fecal incontinence and results of surgical treatment. *Br J Surg*, 1983, 70: 463-468.
 16. Waver, RM, Ambrose, NS, Alexander, WJ & Keighley, HCB. Manual dilatation of the anus vs lateral subcutaneous sphincterotomy in the treatment of chronic fissure in ano: results of a prospective randomized, clinical trial. *Dis Colon Rectum*, 1987, 30: 420-423.
 17. Eisenhammer, S. The surgical correction of chronic internal anal (sphincteric) contracture. *South Afr Med J*, 1951, 25: 486.
 18. Eisenhamer, S. The evaluation of internal anal sphincterotomy operation with special references to anal fissure. *Surg Gynecol Obstet*, 1959, 109: 583-590.
 19. Bode, WE, Clyde, EC, Spencer, RT & Bekat, KW. Fissurectomy with superficial midline sphincterotomy. *Dis Colon Rectum*, 1984, 2: 93-95.
 20. Notaras, MJ. Lateral subcutaneous sphincterotomy for anal fissure. A new technique. *Proc R Soc Med*, 1969, 62: 713.
 21. Notaras, MJ. The treatment of anal fissure by lateral subcutaneous sphincterotomy a technique and results. *Br J Surg*, 1971, 58: 96-100.
 22. Notaras, MJ. Fissure in ano. Lateral subcutaneous internal anal sphincterotomy. Pp. 354-360. In Todd, IP (ed) *Colon, rectum and anus*. 3rd ed, (Operative Surgery Series) London, Butterworth, 1972.
 23. Abcarian, H. Surgical correction of chronic anal fissure: results of lateral and internal sphincterotomy vs. fissurectomy and midline sphincterotomy. *Dis Colon Rectum*, 1980, 23: 31-36.
 24. Tzu-Chi Hsu & Mackeigan, J. Surgical treatment of chronic anal fissure a retrospective study of 1753 cases. *Dis Colon Rectum*, 1983, 27: 475-478.
 25. Hawley, PR. The treatment of chronic fissure in ano. A trial of methods. *Br J Surg*, 1969, 56: 915-918.
 26. Hoffmann, DC & Goligher, JC. Lateral subcutaneous sphincterotomy in the treatment of anal fissure. *Br Med J*, 1970, 3: 673-675.
 27. Bailey, RV, Rubin, RJ & Salvati, EP. Lateral internal sphincterotomy. *Dis Colon Rectum*, 1978, 21: 584-586.
 28. Marya, SK, Mittal, SS & Single, S. Lateral subcutaneous sphincterotomy for acute fissure in ano. *Br J Surg*, 1980, 67: 299.
 29. Millar, DM. Subcutaneous lateral internal sphincterotomy for anal fissure. *Br J Surg*, 1971, 58: 737-739.
 30. Ravikumar, TS, Sridhar, S & Rao, RN. Subcutaneous lateral internal sphincterotomy for chronic fissure in ano. *Dis Colon Rectum*, 1982, 25: 798-801.

XXII CONGRESO BRASILEIRO DE UROLOGIA

5 AL 9 DE NOVIEMBRE DE 1989

RIO DE JANEIRO, BRASIL

Informes: Rua Visconde Silva 52
Sala 1104, Botafogo, Rio de Janeiro