

¿Es la esfinterotomía lateral cerrada realizada ambulatoriamente con anestesia local la técnica ideal en el tratamiento de la fisura anal crónica?

A. Arroyo, D. Costa, A. Fernández, P. Serrano, F. Pérez, I. Oliver, F. Candela, P. Cansado, R. Ferrer, R. Carvajal y R. Calpena
Unidad de Coloproctología. Servicio Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital General Universitario de Elche. Alicante.

Resumen

Introducción. La fisura anal crónica es una enfermedad de alta prevalencia en la población occidental, donde la esfinterotomía lateral interna (ELI) subcutánea o cerrada es una de las opciones terapéuticas descritas.

Material y métodos. Realizamos un estudio retrospectivo de los 254 pacientes intervenidos por fisura anal crónica con ELI cerrada con anestesia local (10 ml de mepivacaína al 2%) tratados ambulatoriamente en la consulta de la unidad de proctología entre los años 1996 y 2000. No se realizó profilaxis antibiótica. Los pacientes fueron revisados a la primera y sexta semanas y al año.

Resultados. Complicaciones precoces (primera semana): 10 hematomas-equimosis de la herida (3,93%), 2 trombosis hemorroidales (0,8%), 3 retenciones de orina (1,2%); no encontramos fistulas ni abscesos perianales ni mortalidad. Complicaciones tardías (sexta semana): 18 casos de persistencia de la fisura (7,1%), 12 de incontinencia a gases (4,7%) y 2 a líquidos (0,8%). Complicaciones a largo plazo (primer año): 2 pacientes con recurrencia de la fisura y 5 (1,97%) con incontinencia a gases ocasionalmente.

Conclusiones. La ELI cerrada con anestesia local tiene una tasa de curación a largo plazo y unos índices de morbilidad equiparables a otras técnicas, por lo que puede ser considerada como un tratamiento adecuado y eficaz para esta enfermedad.

Palabras clave: Fisura anal. Esfinterotomía. Recidiva. Incontinencia.

(Cir Esp 2001; 70: 84-87)

Correspondencia: Dr. A. Arroyo Sebastián.
Avda. Óscar Esplá, 35, esc. 4, 6.^oD. 03007 Alicante.
Correo electrónico: arroyocir@latinmail.com

Aceptado para su publicación en mayo de 2001.

IS AMBULATORY CLOSED LATERAL ANAL SPHINCTEROTOMY PERFORMED UNDER LOCAL ANAESTHESIA A GOOD TREATMENT OF CHRONIC ANAL FISSURE?

Introduction. Primary chronic fissure-in-anus is a common cause of anal pain and bleeding. Hence, closed lateral anal sphincterotomy has successfully been reported to induce healing.

Material and methods. We retrospectively report on 254 patients who underwent ambulatory closed lateral anal sphincterotomy at our out-patient clinic, from 1996 to 2000.

Antibiotic prophylaxis was not indicated, and the closed technique was performed under local anaesthesia. The patients were visited in the first postoperative week, sixth month and first year.

Results. Early complications (first week) included haematoma (3.93%), hemorrhoidal thrombosis (0.8%) and difficulty in spontaneous miccion (1.2%). We have not reported on fistula-in-anus or perianal abscesses either. Eighteen patients presented recurrence of fissure-in-anus within the first six months (7.1%), with cumulative recurrence of 7.87% in the first year. Fourteen patients developed initial minor faecal continence disorders, with only five (1.97%) persisting in the long term, as flatus incontinence.

Conclusions. Ambulatory closed lateral sphincterotomy under local anaesthesia can be safely performed at quite high healing rates and reasonable continence impairment without bringing disturbing complications about.

Key words: Anal fissure. Sphincterotomy. Recurrence. Incontinence.

Introducción

La fisura anal crónica sigue siendo uno de los problemas proctológicos más frecuentes en la población occidental actual, que en ocasiones llega a condicionar la calidad de vida del paciente que la padece^{1,2}.

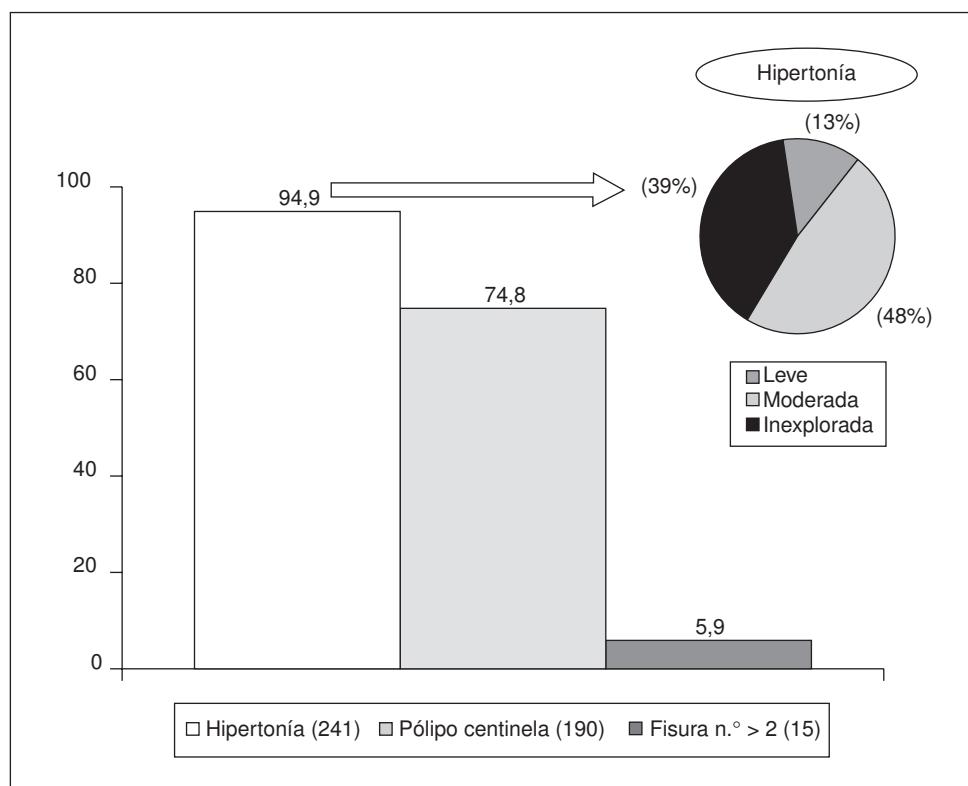


Fig. 1. Exploración física.

TABLA 1. Presentación clínica

	N.º de pacientes (%)
Proctalgia	235 (92,5)
Rectorragia	208 (82)
Estreñimiento	170 (67)
Prurito	144 (56,7)
Antecedentes cirugía anal	12 (4,7)
Tiempo de puntuación de los síntomas	15 meses

Por ello, el tratamiento rápido y eficaz de esta enfermedad se convierte en prioritario en las consultas de proctología y cirugía general^{1,2}.

La esfinterotomía lateral interna es aceptada por la mayoría de los proctólogos como el tratamiento de elección en la fisura anal crónica, ya que reduce la hipertonia esfinteriana, mecanismo etiopatogénico fundamental de la fisura, y por tanto permite disminuir la proctalgia favoreciendo la curación de la fisura³⁻¹¹.

Por ello, hemos realizado una revisión de las esfinterotomías realizadas en nuestra consulta de proctología para evaluar nuestros resultados en términos de curación y complicaciones en el tratamiento de la fisura anal.

Material y métodos

Realizamos un estudio retrospectivo de 254 pacientes intervenidos con diagnóstico de fisura anal crónica, en nuestra consulta de coloproctología del Hospital General Universitario de Elche. Hemos considerado como fisura anal crónica aquella que no se ha resuelto con tratamiento médico en un tiempo superior a un mes, indicando por tanto el tratamiento quirúrgico.

Se realizó a todos los pacientes con diagnóstico de fisura anal crónica una esfinterotomía lateral interna cerrada o subcutánea según la

técnica de Notaras. La sección del esfínter interno se realizó a las 3 h en posición genupectoral (lateral-derecha) con bisturí de hoja nº 11, previa infiltración de anestesia local (10 ml de mepivacaína al 2%) en el lugar de la sección del esfínter y en la zona de la fisura.

Durante la realización de la intervención quirúrgica el paciente fue monitorizado con pulsioxímetro, no requiriendo ingreso ni observación hospitalaria. No se utilizó profilaxis antibiótica, ni otra medicación preoperatoria.

Fueron criterios de exclusión para la realización de esta técnica en la consulta los siguientes: pacientes con criterios ASA IV, alergia a anestésicos locales, antecedentes de cuadros vagales en procedimientos quirúrgicos, enfermedad anal asociada que requiriese intervención quirúrgica (hemorroides, fistula perianal, etc.).

La revisión de los pacientes se realizó a la primera y a la sexta semanas y al año. En caso de persistencia o recidiva de la fisura se realizó la esfinterotomía abierta en quirófano bajo anestesia general o raquídea.

Analizamos los antecedentes y los datos epidemiológicos, la clínica y la exploración física previa a la cirugía, las complicaciones precoces-tardías, y las tasas de curación-recidiva.

Resultados

La edad media de la población estudiada fue de 39,2 años, con predominio del sexo masculino (65% de la serie).

Las características de la forma de presentación clínica de la fisura anal se detallan en la tabla 1. Destacamos el estreñimiento, la proctalgia y la rectorragia como síntomas principales de esta enfermedad, ocurriendo en más del 60% de los pacientes.

La localización de la fisura más frecuente fue a las 12 h en posición genupectoral; en la mayoría de los casos es única, encontrándose tan sólo en 15 pacientes más de una fisura. Destaca en la exploración física la alta incidencia de hipertonia esfinteriana asociada y la presencia de un “pólipo o hemorroide centinela” sobre la fisura (fig. 1).

TABLA 2. Complicaciones tardías

Complicaciones	Sexta semana (%)	Un año (%)
Incontinencia a gases (esporádica)	12 (4,7)	5 (1,97)
Incontinencia a líquidos (esporádica)	2 (0,8)	0 (0)
Incontinencia a heces (esporádica)	0 (0)	0 (0)
Persistencia fisura	18 (7,1)	—
Recidiva de la fisura	—	2 (0,8)
Curación definitiva	—	234 (92,1)

Como complicaciones postoperatorias inmediatas descritas en la revisión de la primera semana encontramos: 10 hematoma-equimosis de la herida (3,93%), 2 trombosis hemorroidales (0,8%), 3 retenciones urinarias (1,2%); no hallamos ni hemorragias de la herida, abscesos ni fistulas perianales residuales. No hubo mortalidad postoperatoria ni pacientes que requirieran ingreso hospitalario por complicación quirúrgica.

En la revisión de la sexta semana observamos que a la exploración 236 pacientes (92,9%) presentan a la exploración curación de la fisura con desaparición de la clínica asociada. Como complicación encontrada en esta revisión destaca la incontinencia a gases en 12 pacientes (4,7%), 2 (0,8%) a líquidos y ninguno (0%) a heces, ocurriendo en todos ellos esporádicamente. La tasa de persistencia de la fisura y, por tanto, de fracaso del tratamiento fue del 7,1%, no encontrándose incontinencia en ninguno de estos pacientes.

En la revisión del año encontramos recidiva de la fisura en 2 pacientes más, presentando todos ellos una clínica leve en forma de manchado o proctalgia mínima ocasionalmente por lo que la tasa final global de curación al año en todo el grupo de pacientes sometidos a ELI cerrada bajo anestesia local fue del 92,1%. En cuanto a la incontinencia residual: 5 pacientes (2%) tenían una incontinencia a gases de forma esporádica, presentando el grupo de pacientes restante, que referían una incontinencia de distinto grado a la sexta semana, una desaparición total de la misma (tabla 2).

Discusión

La fisura anal continua siendo uno de los problemas proctológicos más importantes en las consultas de medicina general, que frecuentemente es diagnosticada de forma errónea como hemorroides, fistula perianales, etc., con la consecuente persistencia del problema. A pesar de su apariencia banal por tratarse de una lesión de pequeño tamaño, es causa en ocasiones de dolor incapacitante y alteración de la calidad de vida^{1,2}.

Puede afectar por igual a ambos sexos en cualquier etapa de la vida, siendo más frecuente en el grupo de población entre 20 y 40 años^{1,3}.

La identificación de la etiología o factores predisponentes puede ayudarnos a prevenir y reducir la alta incidencia de esta enfermedad. Múltiples estudios han propuesto varias teorías etiopatogénicas de la fisura anal, que pueden, por tanto, dilucidar el probable origen multifactorial

(estreñimiento, diarrea, procesos infecciosos o vasculares locales, idiopático, etc.) de esta enfermedad, por lo que en un gran número de casos no encontramos la causa de la misma^{1,3}.

La forma de presentación clínica también es muy variable, aunque es típica la tríada estreñimiento, rectorragia y proctalgia, siendo esta última su principal síntoma. A la exploración, que en ocasiones debe ser bajo anestesia local a causa del dolor local, observamos la fisura anal situada en la mayoría de los casos a las 12 h (rafe posterior) en posición genupectoral, y es muy frecuente apreciar sobre ella una "hemorroide o pólipos centinela"^{1,3}.

Una gran variedad de métodos terapéuticos han sido propuestos en el tratamiento de la fisura anal crónica tras el fracaso del tratamiento conservador (baños de asiento, dieta rica en fibra, analgesia, etc.)^{1,3}.

La dilatación anal ha demostrado tasas de recidiva altas con un elevado índice de incontinencia asociado, por lo que ha sido desaconsejada su utilización como tratamiento de la fisura anal³. Eisenhammer^{12,13} describió en 1951 la esfinterotomía posterior media abierta, siendo modificada por él mismo a esfinterotomía lateral interna para disminuir los altos índices de incontinencia resultantes. Diversos trabajos incluidos en la bibliografía internacional obtienen con esta técnica índices de curación superiores al 90% y de incontinencia variables (0-20%)³⁻⁷.

Notaras¹⁴ describe en 1971 la esfinterotomía lateral interna subcutánea con índices de curación cercanos al 90%, mejorando los índices de incontinencia descritos con la técnica abierta.

Desde entonces, múltiples estudios han intentado comparar ambas técnicas quirúrgicas, con resultados muy dispares y contrapuestos en cuanto a decidir la técnica de elección⁸⁻¹¹. Nuestro grupo realiza la esfinterotomía subcutánea bajo anestesia local^{7,8} de forma ambulatoria, con resultados comparables a los publicados con la técnica abierta, con índices de curación por encima del 90% y con una incontinencia esporádica inicial menor al 6% (4,7% a gases y 0,8% a líquidos), que se corrige con el tiempo llegando a ser tan solo un 2% de incontinencia a gases al año de la sección esfinteriana. Esto demuestra la mejoría de los resultados de la técnica cerrada en comparación a la técnica abierta con respecto a la incontinencia residual, a igualdad de tasas de curación.

Por ello, consideramos que la técnica adecuada inicialmente para el tratamiento de la fisura anal crónica es la esfinterotomía lateral interna cerrada. En casos de persistencia o recidiva de la fisura, aconsejamos la realización de la técnica abierta controlada en quirófano con anestesia general o locoregional, que nos permite una mejor visualización del esfínter interno y, por tanto, una sección mayor del mismo.

En los últimos años otros tratamientos están siendo utilizados (nifedipina¹⁵, nitroglicerina¹⁶, toxina botulínica^{17,18}, etc.), con índices de morbilidad mínimos y tasas de recidiva a largo plazo algo mayores a la esfinterotomía quirúrgica. A falta de estudios prospectivos comparativos con los métodos quirúrgicos a largo plazo, que demuestren claramente sus ventajas, y a la espera de que exista consenso en la dosificación, la duración, el modo de empleo, etc. de estas sustancias, recomendamos el tratamiento quirúrgico.

Bibliografía

1. Oh C, Divino CM, Steinhagen RM. Anal fissure: 20-year experience. *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 378-382.
2. Sailer M, Bussen D, Debus ES, Fuchs KH, Thiede A. Quality of life in patients with benign anorectal disorders. *Br J Surg* 1998; 85: 1716-1719.
3. Sales R, Martínez P, López T, Culell P, Fons P, Ballús LL et al. Cirugía de la fisura anal crónica: resultados a largo plazo. *Cir Esp* 2000; 68: 467-470.
4. Nelson RL. Meta-analysis of operative techniques for fissure-in-ano. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 1424-1431.
5. García-Aguilar J, Belmonte C, Javier JJ, Jensen L, Madoff RD, Douglas W. Incontinence after lateral internal sphincterotomy. Anatomic and functional evaluation. *Dis Colon Rectum* 1998; 41: 423-427.
6. Nyam D, Pemberton JH. Long-term results of lateral internal sphincterotomy for chronic anal fissure with particular reference to incidence of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 1306-1310.
7. Argov S, Levandovsky O. Open lateral sphincterotomy is still the best treatment for chronic anal fissure. *Am J Surg* 2000; 179: 201-202.
8. Pernifoff BJ, Eisenstat TE, Rubin RJ, Oliver GC, Salvati EP. Reappraisal of partial lateral internal sphincterotomy. *Dis Colon Rectum* 1994; 37: 1291-1295.
9. Kortbeek JB, Langevin JM, Khoo REH, Heine JA. Chronic fissure-in-ano: a randomized study comparing open and subcutaneous lateral internal sphincterotomy. *Dis Colon Rectum* 1992; 35: 835-837.
10. García-Aguilar J, Belmonte C, Wong WD, Lowry AC, Madoff RD. Open vs closed sphincterotomy for chronic anal fissure. Long-term results. *Dis Colon Rectum* 1996; 39: 440-443.
11. Boulos PB, Araujo JGC. Adequate internal sphincterotomy for chronic anal fissure: subcutaneous or open technique? *Br J Surg* 1984; 71: 360-362.
12. Eisenhamer S. The surgical correction of chronic anal (sphincteric) contracture. *S Afr Med J* 1951; 25: 486-489.
13. Eisenhamer S. The evaluation of internal anal sphincterotomy operation with special reference to anal fissure. *Surg Gynecol Obstet* 1959; 109: 583-590.
14. Notaras MJ. The treatment of anal fissure by lateral subcutaneous sphincterotomy; a technique and results. *Br J Surg* 1971; 58: 96-100.
15. Cook. Oral nifedipine reduces resting anal pressure and heals chronic anal fissure. *Br J Surg* 1999; 86: 1269-1273.
16. Richard CS, Gregoire R, Plewes EA, Silverman R, Burul C, Buie D et al. Internal sphincterotomy is superior to topical nitroglycerin in the treatment of chronic anal fissure. *Dis Colon Rectum* 2000; 43: 1048-1058.
17. Fernández F, Conde R, Ríos A, García Iglesias J, Cainzos M, Potel J. *Dig Surg* 1999; 16: 515-518.
18. Mínguez M, Melo F, Espí A, García-Granero E, Mora F, Lledó S et al. Therapeutic effects of different doses of botulinum toxin in chronic anal fissure. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 1016-1021.