

Alteraciones de la continencia fecal en el tratamiento quirúrgico de la fisura anal crónica

Cristina Artieda, Concepción Yáñez y Héctor Ortiz

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Virgen del Camino. Pamplona. España.

Resumen

Objetivo. Determinar la tasa de incontinencia anal tras esfinterotomía lateral interna subcutánea en pacientes diagnosticados de fisura anal crónica.

Pacientes y métodos. Cien pacientes consecutivos diagnosticados de fisura anal crónica y que presentaban una continencia fecal perfecta antes de la intervención fueron incluidos en el estudio. A todos los pacientes se les realizó una esfinterotomía lateral interna subcutánea. La continencia de los pacientes se valoró en consulta, antes de la operación y un año después mediante la escala de Miller et al. El análisis estadístico se realizó mediante los tests t de Student y de χ^2 .

Resultados. De los 100 pacientes incluidos en el estudio, 56 eran varones. La edad media fue de 45,2 años (intervalo, 24-88). Un año después de la operación, el 29% de los pacientes encuestados refirió alteraciones de la continencia fecal. De ellos, el 26% presentó alteraciones en la continencia de gases. Un 3% tuvo episodios de incontinencia para gases y para heces sólidas. Además, entre ambos grupos hubo 4 pacientes que presentaron incontinencia cuando padecían diarrea. No se observaron diferencias en la edad ni en el sexo entre los pacientes que presentaron alteraciones de la continencia y los que no la presentaron.

Conclusiones. Nuestro estudio muestra que aunque esta técnica quirúrgica sea la mejor para tratar la fisura anal crónica, presenta una tasa grande de alteraciones de la continencia fecal, hecho que debería ser conocido por los pacientes a los que se les ofrece esta intervención.

Palabras clave: Fisura anal. Esfinterotomía. Incontinencia.

DISTURBANCE OF FECAL CONTINENCE FOLLOWING SURGERY FOR CHRONIC ANAL FISSURE

Objective. To determine the fecal incontinence rate following lateral internal subcutaneous sphincterotomy in patients diagnosed with chronic anal fissure.

Patients and Methods. One hundred consecutive patients with a diagnosis of anal fissure and perfect anal continence before the intervention were included in this study. In all patients lateral subcutaneous left internal sphincterotomy was performed. Continence was evaluated in the office before the intervention and 1 year later using the continence score system described by Miller et al. Statistical analysis was performed with Student's t test and the chi-squared test.

Results. Fifty-six patients were male. The mean age was 45.7 years (range, 24-88). One year after the procedure, 29% of patients reported some disturbance in fecal continence. Of these, 26% of patients reported gas incontinence and 3% reported gas incontinence and accidental bowel movements. Moreover, in both groups there were four patients who presented incontinence when they had diarrhea. There were no differences in age or gender between the patients who presented incontinence and those who did not.

Conclusions. This study shows that although this surgical technique is the procedure of choice for treating chronic anal fissure there is a considerable rate of fecal continence disturbances. Patients offered this surgical procedure should be aware of this fact.

Key words: Anal fissure. Sphincterotomy. Incontinence.

Correspondencia: Dra. C. Artieda.
Servicio de Cirugía General. Hospital Virgen del Camino.
C/Irunlarrea n.º 4. 31008 Pamplona. España.
Correo electrónico: cartieds@cfnavarra.es

Aceptado para su publicación en noviembre de 2002.

Introducción

La esfinterotomía lateral interna es actualmente la técnica quirúrgica de elección en el tratamiento de la fisura anal¹. Aunque en todas las series publicadas^{1,2}, esta técnica no está exenta de complicaciones postoperatorias

inmediatas y recidivas, la presencia de secuelas crónicas en la continencia fecal es discutida^{3,4}. En diversas series de la bibliografía se describe la ausencia de esta complicación^{3,5}. Sin embargo, en otras publicaciones se ha descrito la presencia de alteraciones de la continencia fecal, aunque la frecuencia con la que aparecen es muy variable, desde cifras del 1,5%⁶ hasta un 45%⁴.

El objetivo de este trabajo ha sido determinar, de forma prospectiva, la frecuencia con la que los pacientes intervenidos de una fisura anal crónica, mediante una esfinterotomía del esfínter interno, presentan alteraciones de la continencia fecal y si éstas dependen de la edad o del sexo de los pacientes.

Material y métodos

Cien pacientes consecutivos diagnosticados de fisura anal crónica, que presentaban una continencia fecal perfecta antes de la intervención y en los que no se había realizado antes ni simultáneamente otro procedimiento quirúrgico anal, fueron incluidos en el estudio realizado en la Unidad de Coloproctología del Hospital Virgen del Camino de Pamplona.

Todos los pacientes fueron operados por dos cirujanos titulados. A todos los pacientes se les realizó una esfinterotomía lateral izquierda subcutánea según técnica de Ray et al⁷. El esfínter interno se seccionó hasta la línea pectínea.

La continencia fecal fue determinada mediante la escala de Miller et al⁸. Esta escala evalúa la continencia en función de la frecuencia de episodios de incontinencia y de la naturaleza del contenido de los escapes (gases, líquidos o sólidos). La clasificación asigna una gradación según la frecuencia de los episodios: grado I: episodios de incontinencia con frecuencia menor de una vez por mes. Grado II: episodios de incontinencia con periodicidad menor de una vez por semana y mayor de una vez por mes. Grado III: episodios de incontinencia con frecuencia superior a una vez por semana. El grado de incontinencia se cuantifica según la frecuencia y el tipo de los escapes, de tal manera que se obtiene una puntuación global que puede variar desde 0 (continencia perfecta) hasta 18 (incontinencia grado III para gases, líquidos y sólidos). La continencia de los pacientes se valoró en la consulta, antes de la operación y un año después de ésta. Esta valoración la realizó un observador independiente.

El análisis estadístico se realizó mediante los tests t de Student y de χ^2 .

RESULTADOS

De los 100 pacientes incluidos en el estudio 56 eran varones. La edad media de la muestra fue de 45,2 años (intervalo, 24-88). Un año después de la operación, el 29% de los pacientes encuestados refirió alteraciones de la continencia fecal. De ellos, tres referían episodios de incontinencia para heces sólidas y gases, y 26 presentaron solamente alteraciones en la continencia para gases. Además, 4 pacientes incontinentes, tres para heces sólidas y uno para gases, presentaron incontinencia para heces cuando padecían diarrea. La frecuencia de los episodios de incontinencia y la puntuación de la escala se expresan en la tabla 1.

Analizada la muestra en función del sexo de los pacientes, se puso de manifiesto que el 31,8% de las mujeres y el 26% de los varones presentaron alteraciones de la continencia (p no significativa). No se observaron diferencias entre la edad de los pacientes que presentaron alteraciones de la continencia, con una edad media de $49,65 \pm 11,25$ (intervalo, 24-88) y los que no la presenta-

TABLA 1. Frecuencia de las alteraciones de la continencia fecal a partir de la escala de Miller et al⁸

	Gases	Líquidos	Sólidos
Grado I (< 1/mes)	8	4	0
Grado II (1/mes-1/sem)	5	0	1
Grado III (> 1/sem)	13	0	2

ron, edad media de $45,41 \pm 12,29$ (intervalo, 28-74) (p no significativa).

Discusión

La filosofía del tratamiento de la fisura de ano es disminuir la presión basal del canal anal y prevenir el aumento de presión que se produce en el momento de la defecación⁹. Esto permite un aumento de flujo sanguíneo a la fisura, y la cicatrización de ésta¹⁰. Aunque ambos objetivos se consiguen con la esfinterotomía lateral subcutánea, la disminución de la presión basal conseguida podría dar lugar a alteraciones de la continencia fecal.

En nuestra serie la tasa de alteraciones de la continencia ha sido del 29%. En la bibliografía, esta cifra es sumamente variable, desde series en las que esta complicación no existe^{3,6} hasta publicaciones con unas tasas similares a las observadas en este estudio^{2,4}. En nuestro trabajo, como en la mayoría de las series publicadas, la falta de continencia para gases ha sido la alteración más frecuente de la intervención^{2,4,11}. Aunque también hemos encontrado un porcentaje de pacientes con incontinencia para heces, complicación que ha sido referida en otras publicaciones con una frecuencia similar^{2,4}. La incontinencia para heces de consistencia líquida que ha ocurrido en un 4% de los pacientes de nuestro estudio ha sido referida en otras series de la bibliografía⁶. Sin embargo, la frecuencia de la incontinencia para heces líquidas es difícil de evaluar, ya que depende de que los pacientes tengan diarrea o no durante el período de seguimiento.

Las diferencias observadas entre los trabajos podrían atribuirse a diversos factores: a la cantidad de esfínter interno seccionado en la intervención, a la forma de medir las alteraciones de la continencia y al tiempo de seguimiento de los pacientes.

La cantidad de esfínter interno seccionada se describe de formas variables en la bibliografía: la mitad distal del esfínter², la sección del 50 al 60% del músculo⁴. Estas descripciones llevan a confusión, porque es difícil precisar estas cantidades si no se define una estructura anatómica visible. En este sentido solamente Leong y Seow-Choen³ definen la cantidad de esfínter seccionado de acuerdo con una estructura anatómica visible, la línea pectínea, tal como se ha llevado a cabo en nuestro trabajo. Por esto, es difícil llegar a una conclusión sobre si en todos los estudios se está seccionado la misma cantidad de esfínter. No obstante, y a pesar de coincidir con Leong y Seow-Choen³ en la descripción de la esfinterotomía, en su estudio no se observan alteraciones de la continencia, mientras que nuestras cifras son similares a las de los estudios que definen de otra forma la cantidad de músculo seccionada^{2,4}.

Por lo que respecta a la valoración de las alteraciones de la continencia, la forma de recoger los datos y las escalas de medida han sido muy variables. En cuanto a la forma de recoger los datos, se suele afirmar que los pacientes pueden tener tendencia a disminuir la importancia de sus síntomas en presencia del cirujano². Sin embargo, los resultados de series en las que el seguimiento se ha realizado por encuesta telefónica han dado unas tasas de alteraciones de la continencia fecal menores¹² que las observadas en nuestra serie, en la que se realizó una entrevista personal en la consulta con observador independiente. Por otra parte, nuestros resultados han sido similares a los de series en las que los datos se han recogido de una forma más impersonal, como la encuesta postal anónima^{2,13}. Por ello es difícil atribuir las diferencias observadas a este factor.

Otro aspecto que puede dar lugar a la diferencia entre los resultados de las series es la utilización de formas diferentes para medir la continencia fecal. En todos los estudios los resultados se clasifican por el tipo de los escapes, sin embargo la gradación de la importancia del problema en función de la frecuencia de éste se considera en pocos trabajos⁴. En este sentido las series que no utilizan una escala de frecuencia tienen mejores resultados^{3,6} que las que sí la emplean, tal como se hace en nuestro estudio⁴. Sin embargo, García-Aguilar et al² observan una frecuencia de alteraciones similar a la de nuestro estudio, a pesar de no considerar el concepto de frecuencia en la gradación de la incontinencia. Por ello, es difícil establecer que la causa de la disparidad sea la consideración de este factor. Además, en la escala empleada en nuestro estudio para valorar el resultado de esta operación no se incluye ensuciar la ropa interior, complicación presente en todas las series de la bibliografía que la han evaluado^{2,4} menos en una³.

Las diferencias también podrían deberse al tiempo de seguimiento de los pacientes en relación con la intervención quirúrgica. Así, en el trabajo de Nyam et al⁴ la tasa de incontinencia varía del 45 al 11% entre el seguimiento realizado al mes de la intervención y el realizado a los 6 años. Otros autores, como Romano et al¹¹, también observan una disminución de las alteraciones de la continencia del 14 al 4,5% cuando los pacientes son evaluados un mes después de la operación o a los 3 meses. Sin embargo, nuestros resultados evaluados un año después de la operación son peores que los observados por Nyam et al⁴ 6 años después de la intervención y similares a los de García-Aguilar et al², autores que realizaron la valoración a los 3 años.

En este estudio tampoco hemos encontrado una diferencia en la edad o el sexo de los pacientes continentes e incontinentes. Hallazgo similar a los encontrados en otras series⁴. Por ello, estas dos variables no permiten discriminar qué pacientes tienen un riesgo mayor de sufrir esta complicación.

En conclusión, nuestro estudio muestra que aunque la esfinterotomía lateral subcutánea sea la mejor opción quirúrgica para el tratamiento de la fisura anal crónica presenta una tasa grande de alteraciones de la continencia fecal, principalmente para gases, hecho que debería ser conocido por los pacientes a los que se les ofrezca esta intervención.

Bibliografía

1. Nelson R L. Meta-analysis of operative techniques for fissure-in-ano. *Dis Colon Rectum* 1999;42:1424-31.
2. García-Aguilar J, Belmonte C, Wong DW, Lowry A C, Madoff R. Open vs. closed sphincterotomy for chronic anal fissure. Long-term results. *Dis Colon Rectum* 1996;39:440-3.
3. Leong AFPK, Seow-Choen F. Lateral sphincterotomy compared with anal advancement flap for chronic anal fissure. *Dis Colon Rectum* 1999;42:1306-10.
4. Nyam DCNK, 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;42:1306-10.
5. Caballé J, Soto E, Sales R, Martínez P, López T, Culell P, et al. Cirugía de la fisura anal crónica: resultados a largo plazo. *Cir Esp* 2000;68:467-70.
6. Oh C, Divino CM, Steinhagen RM. Anal fissure. 20-year experience. *Dis Colon Rectum* 1995;38:378-82.
7. Ray JE, Penfold JCB, Garthright JB, Robinson SH. Lateral subcutaneous internal anal sphincterotomy for anal fissure. *Dis Colon Rectum* 1974;17:139-44.
8. Miller R, Bartolo DCC, Locke-Edmunds JC, Mortensen NJMcC. Prospective study of conservative and operative treatment for faecal incontinence. *Br J Surg* 1988;75:101-5.
9. McNamara MJ, Percy JP, Fielding IR. A manometric study of anal fissure treated by subcutaneous lateral internal sphincterotomy. *Ann Surg* 1990;212:235-8.
10. Schouten Wr, Briel JW, Auwerda JJA. Relationship between anal pressure and anodermal blood flow. *Dis Colon Rectum* 1994;37:664-9.
11. Romano G, Rotondano G, Santangelo M, Esercizio L. A critical appraisal of pathogenesis and morbidity of surgical treatment of chronic anal fissure. *J Am Coll Surg* 1994;178:600-4.
12. Lewis TH, Corman ML, Prager ED, Robertson WG. Long-term results of open and closed sphincterotomy for anal fissure. *Dis Colon Rectum* 1988;31:368-71.
13. Kubchandani IT, Reed JF. Sequelae of internal sphincterotomy for chronic fissure in ano. *Br J Surg* 1989;76:431-4.