

Cartas al Director



¿Disminuye la tasa de incontinencia tras la esfinterotomía lateral interna para el tratamiento de la fisura anal crónica la realización de la misma con anestesia local?

Sr. Director:

Hemos leído atentamente el artículo de Artieda et al¹ correspondiente al número de marzo del 2003 de esta revista, al respecto de las alteraciones de la continencia fecal tras esfinterotomía quirúrgica en el tratamiento de la fisura anal.

Estamos totalmente de acuerdo con que las causas de las diferencias "llamativas" en las tasas de incontinencia (0-66%) de las series publicadas en la bibliografía² son debidas a defectos o variabilidad metodológica de los estudios: criterios de inclusión, cantidad de esfínter seccionado, forma de medición o cuantificación de la incontinencia, y al tiempo de seguimiento.

Sin embargo, nos gustaría hacer algunas puntualizaciones al respecto que consideramos de gran importancia. Nuestro grupo de trabajo presentó los resultados de la esfinterotomía lateral cerrada realizada ambulatoriamente con anestesia local como tratamiento de la fisura anal crónica en CIRUGÍA ESPAÑOLA³. En 254 pacientes intervenidos se evidenció una incontinencia "reversible" cuantitativamente (de un 5% a la sexta semana a un 2% al año) y cualitativamente (de incontinencia a líquidos y heces inicial a incontinencia a gases-*soiling* al año). Hemos completado el seguimiento de estos pacientes hasta 4 años, sin que se modificaran las tasas de incontinencia descritas al año, por lo que se deduce que la continencia tras la esfinterotomía es recuperable tan sólo en los meses iniciales.

Si analizamos la razón de estas tasas "más" bajas de incontinencia, partiendo de una teórica correcta metodología de nuestro trabajo, creemos que son debidas a la utilización de anestesia local para realizar esta cirugía. Se conoce bien que la sección esfinteriana realizada con anestesia local⁴, por la mayor dificultad técnica de aislamiento del esfínter añadida a la falta de relajación del periné con respecto a otros tipos de anestesia (general, raquídea, etc.), produce una sección más distal y limitada del esfínter interno, con lo que la tasa de incontinencia es menor.

Por otra parte, múltiples estudios⁵ han destacado que la esfinterotomía con anestesia local realizada ambulatoriamente presenta resultados equiparables, en términos de curación y complicaciones postoperatorias, a los obtenidos con otros tipos de anestesia, añadidos a las ventajas socioeconómicas de la solución rápida del proceso y la ausencia de necesidad de hospitalización, quirófano ni estudios preoperatorios, y a la menor morbilidad de la anestesia local en comparación con la anestesia general o raquídea, que proporcionan así un mayor grado de satisfacción y bienestar por parte del paciente.

Por ello, en nuestro medio recomendamos la esfinterotomía con anestesia local realizada ambulatoriamente como *gold standard* en el tratamiento quirúrgico de la fisura anal crónica.

**Antonio Arroyo, Francisco Pérez-Vicente,
Pilar Serrano, Fernando Candela y Rafael Calpena**

Unidad de Coloproctología. Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital General Universitario Elche. Alicante. España.

Bibliografía

1. Artieda C, Yáñez C, Ortiz H. Alteraciones de la continencia fecal en el tratamiento quirúrgico de la fisura anal crónica. *Cir Esp* 2003; 73:170-2.
2. Nelson RL. Meta-analysis of operative techniques for fissure-in-ano. *Dis Colon Rectum* 1999;42:1424-8.
3. Arroyo A, Costa D, Fernández A, Serrano P, Pérez F, Oliver I, et al. ¿Es la esfinterotomía lateral cerrada realizada ambulatoriamente con anestesia local la técnica ideal en el tratamiento de la fisura anal crónica? *Cir Esp* 2001;70:84-7.
4. Neufeld DM, Paran H, Bendahan J, Freund H. Outpatient surgical treatment of anal fissure. *Eur J Surg* 1995;161:435-8.
5. Metcalf AM. Anal fissure. *Surg Clin North Am* 2002;82:1291-7.