

# Fisura anal. Consideraciones diagnósticas y terapéuticas con especial referencia a la esfinterotomía lateral interna

Dres. Jorge Berruete Villegas y Emil Kamaid

Luego de analizar una experiencia de 80 casos y, revisando la bibliografía, los autores subrayan la necesidad del diagnóstico de fisura anal idiopática, descartando patología asociada, sobre todo el absceso posterior. Prefieren como tratamiento de elección la esfinterotomía lateral interna subcutánea, considerando que se obtiene un mayor porcentaje de curaciones con menores complicaciones y secuelas. En la serie presentada hubo una sola recidiva (1,25%) por error diagnóstico, sin secuelas, por lo cual los autores recomiendan el procedimiento precisando sus indicaciones y contraindicaciones.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Anus Diseases

## INTRODUCCIÓN

La fisura anal es una de las más comunes afecciones benignas de la Patología anal, habitualmente considerada como un problema menor. Sin embargo, puede ser altamente incapacitante por su sintomatología dolorosa y, a veces por su prolongada evolución. A pesar de ser su clínica, patogenia y tratamiento muy conocidos, es un tema que está en permanente revisión, buscándose nuevas técnicas que ofrezcan un mejor resultado, con menor porcentaje de secuelas o sin ellas. Es así que, habiéndonos formado en el tratamiento de la misma por la dilatación anal a partir del año 1974 comenzamos a ensayar la técnica de la esfinterotomía lateral interna subcutánea (E.L.I.) luego de las publicaciones de Goligher (7) y Notaras (14). A medida que fuimos tomando confianza en la misma, observando sus buenos resultados, la fuimos aplicando con mayor convencimiento hasta hacerla de elección.

## CASUÍSTICA

Hemos revisado nuestra casuística de los últimos

CUADRO 1

Nº pacientes	80
Edades	3 a 79 años
Sexo masc.	31: 39%
Sexo Fem.	49: 61%
Dolor	100%
Sangrado	80%
Tiempo evol.	2m. a 10 años
Trat. Med. Previo	100%

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 24/6/81.

Residente de Cirugía y Profesor Agregado (H) de Clínica Quirúrgica Fac. Med. Montevideo.

Dirección Osorio 1275 (Dr. J. Bermúdez)

*Clínica Quirúrgica "I" (Prof. A. Aguiar) Hospital de Clínicas y Clínica Quirúrgica "A" (Prof. B. Delgado), Hospital Pasteur, Montevideo.*

cuatro años reuniendo un total de 80 casos (ver cuadro 1), de la cual destacamos la mayor frecuencia en el sexo femenino, 61 contra 39% con edades que oscilaron entre 3 y 79 años, con un máximo en la cuarta década. Todos ellos habían sido previamente tratados medicamente sin éxito, por períodos a menudo de años (hasta 10), en algún caso con severos trastornos de carácter por el continuo sufrimiento

CUADRO 2

Fisura única	78
F. única posterior	76
F. única anterior	2
Fis. + Hemorr.	16:20%
Fis. + absceso o fístula	7:8%
Papilitis hipertrófica	26:32%
Plicoma centinela	71:88%
Lues	1 caso
Leucosis aguda (fis. lateral)	1

to. Los hechos mostrados en el cuadro 2 son conocidos por todos, no mereciendo comentario más que el hecho de la frecuencia de la asociación con absceso criptico o fístula, posteriores, lo cual tiene, como veremos, gran importancia terapéutica.

Los procedimientos realizados se exponen en el

CUADRO 3

Dilatación anal	3
Esfint. Post. + fisurect.	7
Esfint.lat.int. subc.	62
Esf.lat.int. + hemorr.	8
E.L.I. + papila o plicoma	31
E.L.I. + Lig. Elástica o iny.	8

cuadro 3. Destacamos en primer lugar que todos los casos en los cuales había asociación de fisura con absceso posterior criptico se realizó la esfinterotomía posterior conjuntamente con la fisurectomía, en segundo lugar, la asociación con hemorroides, si

CUADRO 4: Resultados

Desaparición dolor	100%
Tiempo Hosp.	Horas a 4 d. x 2
Reintegro trabajo	x 4 d
Tiempo cicatrización	3-4 sem.
Recidivas	1:1,25%

bien es frecuente, solamente en 8 casos se asoció la hemorroidectomía a la E.L.I., en otros 8 casos de hemorroides de menor grado se realizaron procedimientos de tipo ambulatorio. Destacamos además

CUADRO 5: Complicaciones	
Equimosis	70-80%
Hematoma	0
Hemorragia	0
Infección	5 (1 fistula)
Incontinencia:	+ 2 sem.: 1
	+ 4 sem.: 0

que solo el 50% de los pacientes requirieron resección de papila hipertrófica. En los otros casos la fisura no se resecó.

### TECNICA

A continuación detallaremos la técnica de la esfinterotomía lateral interna (E.L.I.). Si bien hay autores que preconizan su realización con anestesia local (10) (15), preferimos, salvo excepciones, la anestesia general o regional, por permitir una mejor exploración de la región anal. El paciente en posición ginecológica forzada, la primera maniobra va a ser la exploración minuciosa del área de la fisura, buscando asegurarse de que se trate de una fisura idiopática, descartando la asociación en nuestra experiencia más frecuente, de la fistula y/o absceso criptico posteriores, en la cual está contraindicado el procedimiento. Asimismo, de no haberse realizado previamente la rectosigmoidoscopia, esta se realizará en este momento, con la finalidad de descartar lesiones asociadas o causantes como el neoplasma o las colopatías inflamatorias. Decidida la E.L.I., se procede a la exposición de la región lateral, izquierda o derecha, según preferencia del cirujano (ver esquema 1). Para ello usamos el separa-

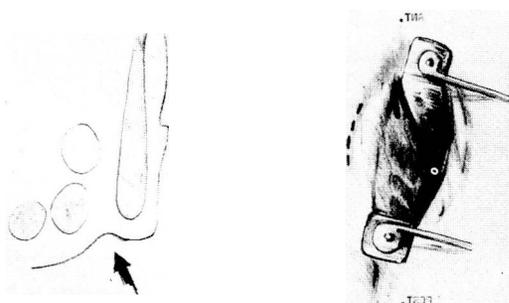


Fig. 1 - Emplazamiento de la incisión cutánea.

dor de Parks, que permite una perfecta exposición, pero también puede usarse un espéculo bivalvo. Al separar las hojas del mismo unos 3 cm. se comprueba fácilmente la existencia de un surco neto de separación entre el esfínter interno y externo, correspondiente al plano interesfinteriano. A continuación se infiltra la zona con una solución de adrenalina al 1/40.000 o más diluida, de acuerdo al paciente, en un anestésico local, preferentemente la bupivacaína

por su acción prolongada. Con ello obtenemos un campo exangüe, fundamental para una disección precisa, y una anestesia local prolongada. Se procede luego a la incisión de piel siguiendo la línea punteada, vertical, de 15 a 20 mm. Luego se disecciona la piel de la margen y el revestimiento cutáneo-mucoso del canal anal, separándolo del esfínter interno (esquema 2) hasta pasar 2 a 4 mm el nivel de la línea crip-

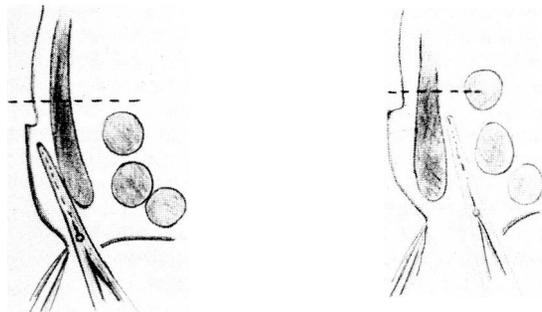


Fig. 2 - Liberación del esfínter liso

topapilar, teniendo sumo cuidado de no perforar la mucosa. Luego se disecciona el plano interesfinteriano hasta el mismo nivel (línea punteada) quedando así el esfínter interno diseccionado perfectamente, faltando sólo su sección, que hacemos a tijera (esq. 3) y bajo

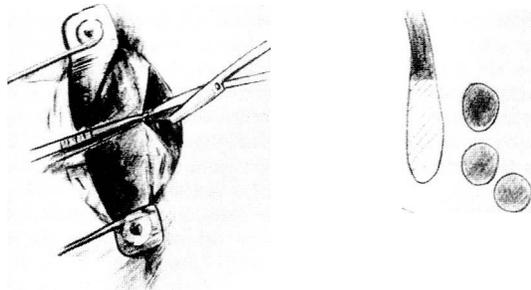


Fig. 3 - Sección del esfínter. a derecha sector que secciona.

visión directa hasta el nivel de la línea punteada. Presionando levemente con el índice desde el canal anal se podrá comprobar el resalto de los bordes de la sección esfinteriana y la depresión así producida y hasta el nivel deseado. Comprobada la hemostasis, la piel se cierra con material reabsorbible, 2 ó 3 puntos. Siendo una técnica cerrada, se debe insistir en una perfecta asepsia de la zona a operar. Finalizada la sección, se procede a la "toilette" de la fisura en los casos así indicados, resecaando plicoma centinela y/o papila hipertrófica. En los casos que esté indicado la hemorroidectomía, realizamos la técnica de Milligan y Morgan, realizando la sección esfinteriana en el lecho abierto del paquete lateral izquierdo. Se da por finalizado el procedimiento, insistiendo en la no colocación de mecha o drenaje alguno, simplemente una curación plana superficial.

## RESULTADOS

Según podemos apreciar en el cuadro 4, se produjo la desaparición del síndrome fisurario en la totalidad de los casos desde el momento de la operación, no requiriendo analgésicos en el postoperatorio como regla general. La primera evacuación se produce con una facilidad que asombra al paciente, acostumbrado al temor ante la defecación. Si bien la internación no es imprescindible más que el corto período de recuperación anestésica, la gran mayoría prefiere permanecer en el Hospital un día, a lo sumo dos, reintegrándose a sus tareas de inmediato. En el seguimiento, se comprobó en todos los pacientes la cicatrización de la fisura en el término de 4 semanas, cuando se controlaron, con la sola excepción de un caso que, a los tres meses sin cicatrizar, se decidió su exploración bajo anestesia, comprobándose un absceso intermuscular alto posterior, que fue puesto a plano con nueva sección esfinteriana, esta vez a nivel de la fisura (secundaria: error de diagnóstico y de elección del procedimiento), curando completamente al cabo de 6 semanas, sin secuela de incontinencia a pesar de la doble sección del esfínter interno.

En toda la serie se registraron escasas complicaciones, y de poca entidad. La existencia de una equimosis en la región se comprobó en las 3/4 partes de los pacientes, sin consecuencias evolutivas, por lo cual no la consideramos como complicación. En 5 casos tuvimos infección de la herida, curando espontáneamente 4 de ellos, otro se trataba de una pequeña fístula, auténticamente subcutáneo-mucosa, que requirió su puesta a plano para curar. la incontinencia para gases es un hecho frecuente, pero que desaparece rápidamente al cabo de una o dos semanas. En un sólo caso se prolongó un mes, en paciente hemipléjico, pero también desapareciendo luego de ese período. (cuadro 5).

## COMENTARIO

Del punto de vista diagnóstico no podemos sino enfatizar una vez más la importancia del diagnóstico certero de fisura primaria o idiopática, descartando patologías causantes, como las inflamatorias específicas o inespecíficas, pero sobre todo la asociación con absceso críptico posterior, fistulizado o no. En nuestra experiencia, tres de los casos de dicha asociación fueron tratados previamente como fisuras idiopáticas, dos con dilatación en otro Centro y un caso personal con una E.L.I., no respondiendo en ningún caso al tratamiento primario y requiriendo, por lo tanto, de una segunda intervención. Es e hecho, si bien es conocido, no está enfatizado en los textos ni tampoco en los trabajos científicos que hemos podido revisar.

Desde el punto de vista terapéutico, son muy variados los procedimientos que disponemos, todos ellos eficaces en un gran porcentaje de casos. Sin embargo, para una afección benigna se deben buscar tratamientos que ofrezcan la curación en un porcentaje cercano al 100% y sin secuelas, no habiéndose alcanzado sin embargo, dicho ideal. Cuando uno analiza la etiopatogenia de la fisura anal, así como de tantas otras afecciones, resulta, por así decirlo, obvio, que el tratamiento debe estar dirigido a las causas. No entraremos en detalles de las mismas,

pero no podemos dejar de mencionar que la constipación debe ser corregida en todos los casos, así como el hábito higiénico-dietético casi siempre asociado. La ausencia de residuos vegetales en la dieta, junto con un excesivo esfuerzo defecatorio van a ser las primeras medidas a corregir. Pero a menudo ello no alcanza para cortar lo que ya es un círculo vicioso de dolor y el otro factor casi constante en la fisura que es la hipertonia esfinteriana. Esto, demostrado definitivamente en 1977 por los trabajos de Hancock (8) como una hipertensión de base, sumada a la existencia de ondas de contracción anómalas en intensidad y frecuencia. En la experiencia de dicho autor, la no corrección del factor hipertensión, por el tratamiento que sea, condiciona la recidiva o, al menos, la persistencia de síntomas. Es así que podemos dividir los tratamientos en dos categorías: aquellos que corrigen la hipertonia esfinteriana y aquellos que no lo hacen. El tratamiento médico, si bien no lo hace y, tal vez ello explique la alta frecuencia de la recidiva o persistencia, por otro lado, debe ser, por su universalidad o inocuidad, aplicado en todos los casos iniciales.

### Fisurectomía

Técnica desarrollada por Gabriel (7) en 1948, difundida en nuestro medio por Chifflet (4) y su escuela, es una técnica que no contempla hipertonia, tratando la fisura como un problema de cicatrización, reseca los bordes, el plicoma ampliamente, la papila hipertrófica y avivando el lecho. En la experiencia de Goligher (7) cura un buen porcentaje de pacientes, pero con un prolongado postoperatorio no exento de dolor.

### Fisurectomía + esfinterotomía posterior

Técnica descrita por Miles como pectenotomía, es Eisenhamer (6) en 1951, 53 y 59, quien aprecia el verdadero valor terapéutico de la esfinterotomía interna. En nuestro medio, Stajano y colaboradores (3) utilizan el método en una variedad de situaciones, incluyendo la fisura. Con respecto a la técnica anteriormente descrita, consiste en, además de la fisurectomía la sección posterior del esfínter interno, liso. Como observamos en el cuadro 6, en el cual se comparan sus resultados con la dilatación anal y la E.L.I. conlleva un postoperatorio prolongado, demorándose considerablemente el reintegro al trabajo y aparejando además un porcentaje apreciable de secuela de incontinencia.

### Dilatación Anal

La más antigua de las técnicas quirúrgicas, ya que las primeras referencias bibliográficas citan (7) a Recamier en 1829 como el primero en tratar con éxito las fisuras con la dilatación. Esta se realizó hasta Lord (12) introduciendo progresivamente de 4 a 6 dedos. Lord lleva esta dilatación de 6 a 8 dedos, siempre con anestesia general y en posición de Sims, evitando ejercer la presión de distensión sobre las zonas débiles del esfínter (anterior y posterior).

### Esfinterotomía Lateral Interna

Técnica que describimos en detalle más arriba, se basa, como la esf. posterior, en la corrección del factor hipertensión esfinteriana. Fue desarrollada

por Parks (16), Notaras (14)(15) y Goligher (7) a partir de los conceptos de Eisenhamer (6) siendo la técnica del primero de los nombrados la que hemos mostrado.

**Resultados comparativos**

En la revisión bibliográfica que hemos realizado encontramos solamente tres trabajos prospectivos randomizados que compararan diferentes técnicas (1)(9)(10). Incluimos en el cuadro 6 el trabajo retrospectivo de Goligher (7) por la seriedad y reconocimiento internacional del autor. Si bien se pueden extraer de ellos conclusiones variadas, nos llama poderosamente la atención la variación consi-

AUTOR	TIPO OPER.	Nº PAC	REC. o PER.S	AUSEN. TRAB.	DIAS HOSP	INCONTINENCIA MATERIAS	OTRAS COMPLIC.
Abcarian (1980)	E.L.I.	450	4,3%		1-2d	0	
	F.E.P.	450	4,3%		34d	5%	
Hawley (1969)	E.L.I.	24	0	10d	4d	0	
	F.E.P.	32	8%	5 Sem	6d	2%	
	D.A.	18	28%	17d	4d	0	
Alexander Williams (1978)	E.L.I.	78	4,5%	4,5	0	0	4 Hemo- 4 Inf.
	D.A.	78	4%	4,6	1d	0	7 Hemo
Goligher (1975 - retros.p.)	E.L.I.	99	3%	3d	1d	7%	6% 1* 4 Inf.
	F.E.P.	127	7%	17d	1d	29%	24 1/2% 11%
	D.A.	90	16%	2d	1d	20%	12% 2% 2 Fil. Hemo

Fig. 6 - Resultados en diversas estaciones

table en los respectivos índices de recidiva, llegando Alexander Williams a conclusiones opuestas a las de Hawley y Goligher. Es posible que empleen ligeras variantes técnicas y que sea ello lo que explique esos resultados tan dispares. Sin embargo, se pueden extraer algunos hechos comunes a todas las experiencias: en primer lugar la esfinterotomía posterior (F.E.P.) si bien obtiene un muy elevado porcentaje de curaciones, ello es a expensas de un postoperatorio prolongado, tardío reintegro al trabajo (elevado costo social) y un porcentaje de secuelas de déficit de la continencia, que en la serie de Goligher llega al 28%, con un 11% de incontinencia para materias. Frente a ello, tanto la E.L.I. como la D.A. tienen resultados casi tan buenos en el caso de la D.A. o tan buenos o mejores en el caso de la E.L.I. con un considerablemente menor porcentaje de secuelas.

Los excelentes resultados de la E.L.I. son corroborados por experiencias muy numerosas, como la de Salvati (2) y Rudd (17) habiéndose todos ellos, a excepción de Williams (10) decidido enfáticamente a favor de la E.L.I.

**CONCLUSIONES**

A pesar de no ser éste un estudio comparativo de diferentes técnicas para el tratamiento de la fisura, sino un análisis de algunos aspectos diagnósticos y terapéuticos, podemos establecer, en base a nuestra experiencia y a la lectura y revisión bibliográfica, una serie de conclusiones:

1) La técnica de la E.L.I., dirigida fundamentalmente a tratar la hipertensión anal patológica como factor etiopatogénico, es un procedimiento sencillo técnicamente, de gran precisión, que puede ser acompañado de otros procedimientos complementarios sobre la propia fisura o complejo fisurario o patología asociada como hemorroides, pudiendo ser realizado en cualquier medio quirúrgico por no requerir instrumental especial.

2) Esta intervención tiene una excelente tolerancia, produciendo muy escaso o nulo dolor en el postoperatorio, con complicaciones mínimas, consiguiendo la curación de la enfermedad en la casi totalidad de los pacientes, permitiendo un rápido reintegro al trabajo, por el alivio inmediato de los síntomas.

3) Es el tratamiento de elección en la fisura anal idiopática, teniendo como única contraindicación la fisura asociada a absceso criptico posterior, en cuyo caso estará indicada la fisurectomía con sección posterior del esfínter interno y/o parte del externo, según las circunstancias. La consideramos como indicación de reserva frente a una recidiva o persistencia en caso del niño o del anciano, prefiriendo en esos casos una dilatación suave.

4) Habiendo podido reproducir una experiencia con resultados comparables a los de las series citadas, creemos que es una técnica que merece su difusión.

**RESUME**

Fissure anale. Considérations diagnostiques et thérapeutiques avec une référence spéciale de la sphinctérotomie latérale interne.

Après avoir analysé une expérience de 80 cas et revu la bibliographie, les auteurs soulignent la nécessité d'un diagnostic de fissure anale idiopathique, rejetant la pathologie associée sur un abcès postérieur. Ils préfèrent utiliser le traitement de sphinctérotomie latérale interne sous-cutanée, considérant qu'ainsi l'on obtient un plus grand pourcentage de guérison avec un minimum de complication ou de séquelles. Dans la série présentée une seule récurrence (1,25%) par erreur de diagnostic sans séquelles. Pour cette raison les auteurs recommandent le procédé en précisant les indications et les contraindications.

**SUMMARY**

Anal Fissure. Its Diagnosis and Therapy with special reference to Internal Lateral Sphincterotomy.

The authors analyzed a series of 80 cases and revised bibliography concluding that it is essential to establish the diagnosis of idiopathic anal fissure, discarding associated pathology, in particular posterior abscesses. As elective treatment they favour subcutaneous internal lateral sphincterotomy by reason of its higher percentage of cures with fewer complications and sequella. In the series considered there was a single recurrency (1.25%) which resulted from diagnostical error, with no sequellae, consequently the authors recommend this procedure specifying indications and contraindications.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ABCARIAN, H.: Surgical correction of chronic and fissure. Results of lateral internal sphincterotomy vs fissurectomy-milline sphincterotomy. *Dis. Col. Rect.* 23: 31, 1980.
2. BARLEY, R.V.; RUBIN, R.J.; SALVETI, E.P.: Lateral Sphincterotomy. *Dis. Col. Rect.* 21: 584, 1978.
3. BOTTO, J.: Esfinterotomía posterior en cirugía anoperinal. Concepto, técnica, estadística. *Bol. Soc. Cir. Urug.* 25: 75, 1954.
4. CHIFFLET, A.: Fisura anal. En "Enfermedades neoplásicas del recto". Montevideo, Ed. S.M.U., 1970.
5. CRAPP, A.R.; ALEXANDER WILLIAMS, J.: Fissure-in-ano and anal stenosis. Conservative treatment. *Clin. Gastroent.* 4: 619, 1975.
6. EISENHAMER, S.: The evaluation of the internal anal sphincterotomy operation with special reference to anal fissure. *Surg. Gynec. Obst.* 109: 583, 1959.
7. GOLIGHER, J.C.: Fisure-in-ano. In: "Surgery of the Anus, Rectum and Colon" London, Edit. Bailliere & Tindall, 1975.
8. HANCOCK, B.D.: Internal Sphincter and anal fissure. *Br. J. Surg.* 64: 92, 1977.
9. HAWLEY, P.P.R.: The treatment of chronic fissure-in-ano. Atrial of methods. *Br. J. Surg.* 56: 915, 1969.
10. KEIGHLEY, M.R.B.; ARABI, D.; GATEHOUSE, A.; KAPPAS, A. and ALEXANDER WILLIAMS, J.: A clinical trial to compare manual dilatation of the anus and lateral subcutaneous sphincterotomy for anal fissure. *Br. J. Surg.* 65: 371, 1978.
11. LOCK, M.R.; THOMSON, J.P.S.: Fissure-in-ano. The initial management and prognosis. *Br. J. Surg.* 64: 355, 1977.
12. LORD, P.H.: Fissure-in-ano. In "Surgery Annual" edit. Nyhus, L.M. 9: 204, 1977.
13. MAZIER, W.P.; DeMORAES, R.T.; DIGNAM, R.D.: Grietas y úlceras en el ano. *Clin. Quir. N. Am.* 58: 479, 1978.
14. NOTARAS, M.J.: Lateral subcutaneous sphincterotomy for anal fissure. A new technique. *Proc. R. Soc. Med.* 62: 713, 1969.
15. NOTARAS, J.N.: The treatment of anal fissure by lateral subcutaneous internal sphincterotomy. *Br. J. Surg.* 58: 96, 1971.
16. PARKS, A.G.: 1967, *Hosp. Med.*. Cit por Goligher, Notaras y Hawley.
17. RUDD, W.: Lateral subcutaneous internal sphincterotomy for chronic anal fissure, an outpatient procedure. *Dis. Col. Rect.* 18: 419, 1975.