

Esfinterotomía interna lateral parcial vs. dilatación anal manual en el tratamiento de la fisura anal

Estudio prospectivo y aleatorizado.

Dr. Alberto Estefan, Dr. Guillermo Carriquiry,
Dr. Andrés Colet, Dr. Juan Domínguez,
Dr. Roberto Grezzi.

Los autores efectúan un estudio prospectivo y aleatorizado tendiente a evaluar la esfinterotomía interna lateral parcial (E.I.L.P.) y la dilatación anal manual (D.A.M.) en el tratamiento de la fisura anal.

Los resultados obtenidos demuestran que la E.I.L.P. posee mayores ventajas y menores inconvenientes que la D.A.M. por lo cual la hacen el procedimiento de elección.

Clinica Quirúrgica "3" (Director Prof. Dr. Raúl Praderri), Hospital Maciel. Facultad de Medicina, Montevideo.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Anus diseases / Therapeutics.

SUMMARY: Partial lateral internal sphincterectomy vs. manual anal dilatation in the treatment of anal fissures - Prospective and randomized study.

The authors make a prospective and randomized study intended to evaluate the partial internal sphincterectomy and the manual anal dilatation in the treatment of anal fissure.

Results indicate that the lateral internal sphincterectomy has more advantages and less inconveniences than the manual anal dilatation and consequently, has become the preferred procedure.

RÉSUMÉ: Sphinctérotomie latérale partielle vs. dilatation anale manuelle dans le traitement de la fissure anale.

Les auteurs font un étude prospective et alléatoire dans le but d'évaluer la sphinctérotomie interne latérale partielle (S.I.L.P.) et la dilatation anale manuelle (D.A.M.) dans le traitement de la fissure anale.

Les résultats obtenus montrent que la S.I.L.P. a des meilleurs avantages et moins d'inconvénients que la D.A.M., ce qui la transforme dans le procédé d'élection.

INTRODUCCION

La fisura anal (FA) constituye una de las afecciones más frecuentes del ano. Múltiples han sido los procedimientos quirúrgicos propuestos para su tratamiento: dilatación anal (Recamier⁽¹⁷⁾), resección de la fisura (Gabriel⁽⁸⁾), resección de la fisura seguida de injerto de piel libre (Hughes⁽¹¹⁾), pectentomía (Miles⁽¹³⁾), esfinterotomía interna posterior (Eisenhammer⁽⁶⁾), esfinterotomía interna lateral (Notaras⁽¹⁵⁾). Actualmente la preferencia de la mayoría de los cirujanos se inclinan por la dilatación anal manual (DAM) o la esfinterotomía interna lateral parcial (EILP). Cada uno de estos procedimientos tiene sus ventajas e inconvenientes lo que hace difícil establecer con certeza cuál es el procedimiento de elección en el tratamiento de la FA. Así, Abacarian⁽¹⁾, Hawley⁽¹⁰⁾, Millar⁽¹⁴⁾, Notaras⁽¹⁶⁾, Fischer y cols.⁽⁸⁾ se inclinan por la EILP. Por el contrario, Watts y cols.⁽²⁰⁾ y Marby y cols.⁽¹²⁾ lo hacen por la DAM.

Presentado como Tema Libre al 34° Congreso Uruguayo de Cirugía, Montevideo, 27 de noviembre al 1° de diciembre de 1983.

Prof. Agregado de Clínica Quirúrgica, Médicos Auxiliares y Ex-Prof. Adjunto de Clínica Quirúrgica.

Dirección: Echevarría 3216, Ap. 202, Montevideo.
(Dr. G. Carriquiry).

Los estudios prospectivos y aleatorizados de Millar⁽¹⁴⁾ y Fischer y cols.⁽⁸⁾ demuestran las ventajas de la EILP sobre la DAM, en tanto que el controlado por Marby y cols.⁽¹²⁾ arroja resultados exactamente opuestos.

Para tratar de dilucidar esta interrogante hemos efectuado un estudio prospectivo y aleatorizado tendiente a evaluar los resultados inmediatos y alejados de la DAM y de la EILP en el tratamiento de la FA.

MATERIAL Y METODO

El estudio fue efectuado entre marzo-1976 y marzo-1982. Se excluyó del estudio a todo paciente en que a la DAM o EILP se le adicionó otro procedimiento para tratar una afección anal concomitante (absceso, fistula, hemorroide). En ningún caso se actuó sobre la llamada "hemorroide centinela".

Los enfermos seleccionados fueron divididos en dos grupos de acuerdo al último dígito de la historia clínica.

El seguimiento de los enfermos fue el siguiente: todos los días hasta el alta (en aquellos que fueron hospitalizados), cada 2 días durante la primera semana, cada 7 días hasta el mes, cada 30 días hasta los 3 meses y por último cada 6 meses hasta completar el seguimiento.

La operación fue practicada siempre por 3 cirujanos con experiencia en patología anal.

La DAM se efectuó en posición de litotomía. Al comienzo se insinuó 1 dedo, luego 2, 3 y finalmente 4 dedos efectuando una dilatación anal delicada pero firme. La DAM se mantuvo durante 4 a 5 minutos. El sentido de la dilatación fue transversal o antero-posterior de acuerdo al espacio existente entre las tuberosidades isquiáticas.

La EILP fue practicada en posición de litotomía o de Simms. La incisión cutánea se efectuó sobre la hora 3 ó 9 del orificio anal. La sección del esfínter interno se practicó con tijera luego de disecar los espacios submucoso e intermuscular. La extensión de esfínter interno seccionado fue de 0,5 a 1 centímetro. En todos los casos se corroboró la sección esfinteriana por la dilatación anal espontánea producida y el surco impreso por la esfinterotomía en el canal anal.

RESULTADOS

D. .M. Este grupo estuvo conformado por 37 pacientes. Corresponden a 24 mujeres (68,9%) y 13 hombres (35,1%). La edad varió entre 15 y 65 años, con una media de 45 años. El tiempo de sufrimiento anal varió

entre 5 días a 3 años, con una media de 3 meses. Hubo 36 fisuras únicas (97,3%), la totalidad localizadas en la línea media posterior. Una paciente mujer tenía 2 fisuras (2,7%) topografiadas a las horas 6 y 12. En 30 casos (81%) se utilizó la anestesia general y en 6 (19%) la peridural.

La desaparición del dolor anal fue completa en 27 casos (72%), parcial en 9 (24,3%) y persistió en 1 caso (2,7%).

Se constataron las siguientes complicaciones postoperatorias: R.A. de O., 2 casos (5,4%); sangrado rectal, 2 casos (5,4%) y trombosis hemorroidaria en 1 caso (2,7%). Incontinencia anal se comprobó en 9 pacientes (24,3%). Siete tuvieron una incontinencia anal para gases que retrocedió en un tiempo máximo de 6 días. Dos pacientes tuvieron una incontinencia para gases y materias que se mantuvo durante 19 y 45 días.

El tiempo de internación hospitalaria varió entre 1 y 6 días, con una media de 2,5 días. El tiempo de inactividad laboral fluctuó entre 6 y 37 días, con una media de 11 días.

Se comprobó 1 caso (2,7%) de persistencia de la fisura y 3 casos (8,1%) de recidiva de la fisura a los 3, 8 y 14 meses.

El tiempo requerido para la cicatrización de la fisura varió entre 10 y 35 días.

E.I.L.P. Este grupo estuvo integrado por 39 pacientes. Veinticinco (64,1%) corresponden al sexo femenino y 14 (35,9%) al masculino. La edad varió entre 18 y 62 años, con una media de 47 años. El tiempo de sufrimiento anal fluctuó entre 7 días y 2 años, con una media de 2,5 meses.

En 37 casos (94,9%) la fisura era única y asentaba en la hora 6. En 2 casos (5,1%) había 2 fisuras en las horas 6 y 12.

Veinticinco (64,2%) fueron tratados con anestesia local, 9 (23%) con anestesia general y 5 (12,8%) con peridural.

En 16 casos (41%) la EILP fue practicada en forma ambulatoria. En 23 pacientes (59%) estuvieron hospitalizados por un tiempo que varió entre 1 y 3 días, con una media de 1,3 días.

La desaparición del sufrimiento anal fue total en 33 casos (84,6%) y parcial en 6 (15,4%). No hubo casos de fisuras persistentes.

Hubo 4 pacientes con hematomas y/o equimosis (10,2%) de grado variable adyacente al sitio de emplazamiento de la incisión cutánea. En 1 caso (2,6%) hubo un sangrado que requirió internación y hemostasis quirúrgica.

La continencia anal fue perfecta en 38 casos (97,3%). En 1 caso (2,7%) se produjo una incontinencia parcial para gases que retrocedió a los 9 días.

No se registraron abscesos, fistulas y/o R.A. de O.

El tiempo de internación, en aquellos pacientes que fueron hospitalizados varió entre 1 y 4 días, con una media de 1,3 días. El tiempo de inactividad laboral fluctuó entre 2 y 8 días, con una media de 6 días. El tiempo de cicatrización de la fisura fue de 15 a 40 días y el de la incisión cutánea de 10 a 15 días.

Recidivas fisurarias se demostraron en 2 casos (5,4%), a los 4 y 17 meses.

DISCUSION

Los grupos estudiados fueron homogéneos en número de pacientes, edad, sexo, número de fisuras y tiempo de sufrimiento. La única diferencia destacable entre los grupos estudiados radicó en el tipo de anestesia empleada. En el grupo de DAM se empleó la anestesia general en 81% y la peridural en el 19% de los casos. En tanto que en el grupo tratado mediante la EILP se utilizó la anestesia local en el 64,2%, general en el 23% y peridural en el 12,8% de los casos.

El índice de curación definitiva de la fisura fue similar con la EILP (94,5%) y la DAM (89,2%).

Las diferencias entre la EILP y la DAM radicarón esencialmente en:

Menor incidencia de incontinencia anal y grado de incontinencia con la EILP que con la DAM. En efecto, la DAM estuvo gravada de un índice de incontinencia anal 24,3% (18,9% para gases y 5,4% para gases y materias), en tanto que la EILP fue del 2,6% (para gases exclusivamente). Sin embargo, es de hacer notar que ninguno de los dos procedimientos desencadenaron incontinencias anales definitivas. A los 2 meses la continencia anal fue excelente en ambos grupos de pacientes.

Menor tiempo de internación hospitalaria y de inactividad laboral con la EILP (1,3 y 6 días) que con la DAM (2,5 y 11 días).

La EILP puede ser efectuada de modo ambulatorio.

Tanto la EILP como la DAM persiguen, en último término, un mismo fin fisiopatológico: el "reposo funcional" del esfínter interno para romper el círculo vicioso contractura del esfínter interno-fisura que mantiene y cronifica a la fisura. La diferencia entre ambos procedimientos radica en que mientras en la EILP la sección es exclusiva del esfínter interno y es controlada y mensurable, en la DAM la dilatación es del esfínter interno y también del externo y no es mensurable. Ello explica, a nuestro criterio, los diferentes resultados

en cuanto a persistencia de la fisura e incidencia y grado de incontinencia anal con uno y otro procedimiento.

Los resultados de este estudio son sensiblemente similares a los reportados por Hawley⁽¹⁰⁾ y Fischer y cols.⁽⁸⁾, pero opuestos a los de Marby y cols.⁽¹²⁾. Estas diferencias son difíciles de explicar para estudios prospectivos y aleatorizados que emplean los mismos procedimientos. Es posible que la explicación radique esencialmente en la extensión de la sección del esfínter interno. Si es poco extensa expone a persistencia y a recidiva de la fisura. Por el contrario, si es muy extensa puede condicionar índices elevados de incontinencia anal. Lo mismo es probable que suceda con la DAM.

Con Vafai y Mann⁽¹⁹⁾ creemos que no se justifica la resección de la "hemorroide centinela" por cuanto ello conlleva mayor dolor postoperatorio y no aporta beneficios tangibles inmediatos y/o alejados.

De acuerdo a los resultados de este estudio la EILP ha demostrado poseer mayores ventajas y menores inconvenientes que la DAM por lo cual la hacen de elección en el tratamiento de la fisura anal.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ABACARIAN H. — Lateral internal sphincterotomy. A new technique for treatment of chronic fissure-in-ano. *Surg. Clin. North Am.*, 55: 143, 1975.
2. ARABI Y., ALEXANDER-WILLIAMS J., KEIGHLEY M. — Anal pressures in haemorrhoides and anal fissure. *Am. J. Surg.*, 134: 608, 1977.
3. BENNETT R., GOLIGHER J. — Results of internal sphincterotomy for anal fissure. *Br. Med. J.*, 2: 1500, 1962.
4. BENNETT R., DUTHIE H. — The functional importance of the internal anal sphincter. *Br. J. Surg.*, 51: 356, 1964.
5. EISENHAMMER S. — The internal anal sphincter, its surgical importance. *S. Afr. Med. J.*, 27: 266, 1953.
6. EISENHAMMER S. — The evaluation of the internal anal sphincterotomy operation with special reference to anal fissure. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 109: 583, 1959.
7. FISCHER M., THERMANN M., HAMELMANN H. — Manometrische Untersuchungen des Analkanals bei der primär-chronischen Fissur vor und nach der Behandlung durch Dehnung oder sphincterotomie. *Chirurg.*, 49: 111, 1978.
8. FISCHER M., HAMELMANN H. — Dehnung ocer sphincterotomie als Behandlung der primär-chronischen Analfissur. *Chirurg.*, 49: 215, 1978.
9. GABRIEL W. — Treatment of pruritus ani and fissure: the use of anaesthetic solutions in oil. *Br. Med. J.*, 1: 1070, 1929.
10. HANCOCK B. — The internal sphincter and fissure. *Br. J. Surg.*, 64: 92, 1977.
11. HAWLEY P. — The treatment of chronic fissure-in-ano. *Br. J. Surg.*, 56: 915, 1969.
12. HUGHES E. — Anal fissure. *Br. Med. J.*, 2: 803, 1953.
13. MARBY M., ALEXANDER-WILLIAMS J., BUCHMANN P., ARABI Y., KAPPAS A., MINERVINI S., GATEHOUSE D., KEIGHLEY M. — A randomized controlled trial to compare

- anal dilation with lateral subcutaneous sphincterotomy for anal fissure. *Dis. Colon Rectum*, 43: 308, 1978.
14. MILES W. — Observations upon internal piles. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 29: 497, 1919.
 15. MILLAR D. — Subcutaneous lateral internal sphincterotomy for anal fissures. *Br. J. Surg.*, 58: 737, 1971.
 16. NOTARAS M. — Lateral subcutaneous sphincterotomy for anal fissure. A new technique. *Proc. R. Soc. Med.*, 62: 713, 1969.
 17. NOTARAS M. — The treatment of anal fissure by lateral subcutaneous internal sphincterotomy. A technique and results. *Br. J. Surg.*, 58: 96, 1971.
 18. RECAMIER N. — Du traitement de la fissure à l'anus par dilatation forcée. *Gaz. d'Hosp.*, 1: 220, 1829.
 19. VAFAI W., MANN C. — Closed lateral internal anal sphincterotomy without removal of sentinel pile for fissure-in-ano. *Colo-Protocol.*, 3: 91, 1981.
 20. WATTS J., BENNETT R., GOLIGHER J. — Stretching of anal sphincters in treatment of fissure-in-ano. *Br. Med. J.*, 2: 342, 1964.