Tratamiento de la fisura anal en forma ambulatoria mediante esfinterotomía interna lateral parcial

A propósito de 43 casos.

Dr. Alberto Estefan, Dr. Guillermo Carriquiry,
Dr. Fernando Lago, Dr. Juan C. Falchetti,
Dr. Roberto Grezzi.

Análisis de una serie de 43 pacientes portadores de una fisura anal tratados en forma ambulatoria mediante la esfinterotomía interna lateral parcial.

La utilización racional y selectiva de esta opción terapéutica redundó en un rápido y sencillo alivio de los síntomas, así como en la curación definitiva de la enfermedad.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Anal diseases / Surgery.

SUMMARY: Anal fissure treated ambulatorily by means of partial lateral internal sphincterectomy.

Analysis of a series of 43 patients with anal fissure treated ambulatorily by means of partial lateral internal sphincterectomy.

Rational and selective use of this therapeutic option results in quick and simple alleviation of symptoms, as well as definitive cure of the disease.

RÉSUMÉ: Traitement de la fissure anale de façon ambulatoire à travers la sphinctérotomie interne latérale partielle. À propos de 43 cas.

Analyse d'une série de 43 malades qui souffraient d'une fissure anale traités de façon ambulatoire à tra-

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

vers la sphinctérotomie interne latérale partielle.

L'utilisation rationnelle et sélective de cette option thérapeutique aboutit à un rapide et simple soulagement des symptômes, ainsi qu'à une guérison définitive de cette maladie.

INTRODUCCION

La fisura anal (FA) tiene una etiología discutible. Está caracterizada por la pérdida del revestimiento mucoso del anodermo, probablemente debido a la sobredilatación anal secundaria al pasaje de materias fecales voluminosas y/o sólidas. La predilección de la FA por ubicarse sobre la línea media posterior puede ser explicada por la forma elíptica del ano, la distribución de los esfínteres anales y la angulación del recto^(8, 9, 10, 13, 14). Sin embargo, ninguno de estos factores explica adecuadamente la etiología ni las características patológicas de la FA. Estenosis anales preexistentes son causas predisponentes del desarrollo de una FA^(2, 9).

Desde los trabajos de Eisenhammer^(4, 5, 6) se sabe que el piso de la FA es el músculo esfínter interno y no el esfínter externo como había sido afirmado por Milligan y Morgan⁽¹¹⁾. La FA crónica se produciría como resultado de la contractura espasmódica del esfínter interno que se traduce, clínica y experimentalmente, por la elevación de la presión endoanal^(1, 7, 10). La contractura del esfínter interno unida a la infección crónica justifican y explican el pasaje de la fase aguda a la fase crónica de la FA.

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

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

Dirección: José H. Figueira 2302, Montevideo. (Dr. A. Estefan).

Es sobre estas bases fisiopatológicas que Eisenhammer^(4, 5) propone la esfinterotomía interna posterior para el tratamiento de la FA. Este procedimiento en manos de otros autores^(1, 2) demostró poseer algunos inconvenientes: índices elevados de incontinencia anal de grado y duración variable y defectos en la morfología anal. Es por ello que, actualmente, se reserva esta técnica para el tratamiento de la FA asociada a absceso parafistulario interesfinteriano.

Notaras⁽¹²⁾, en 1969, propone la esfinterotomía interna lateral parcial (EILP) por vía subcutánea para el tratamiento de la FA. Este procedimiento rápidamente se generalizó en función de sus uniformemente buenos resultados^(8, 9, 13, 14, 15). La EILP es conjuntamente con la dilatación anal los procedimientos más comúnmente empleados.

La EILP puede ser efectuada con internación hospitalaria de corta duración y empleando anestesia local, epidural o general. También puede ser practicada con anestesia local y en forma ambulatoria.

La finalidad de esta comunicación es la de exponer y analizar nuestra experiencia con la EILP en el tratamiento de la FA efectuada en consultorio externo (con anestesia local y ambulatoriamente).

MATERIAL Y METODO

Técnica. Posición lateral derecha o izquierda de Simms. Un ayudante despliega la región ano-perineal mediante el tironeamiento suave pero firme del glúteo superior. Anestesia local con Bupivacaína clorhídrica (solución 0,25% o 0,5%) de todo el ano de acuerdo a la técnica habitual. De este modo se obtiene una excelente exposición y buena relajación del ano. No utilizamos soluciones de anestesia y epinefrina por cuanto preferimos que si se produce algún sangrado vinculable al procedimiento este se manifiesta de inmediato para proceder a la hemostasis definitiva.

Incisión cutánea de 1-1,5 centímetros de extensión en forma radiada y emplazada a la hora 3 ó 9 del orificio anal.

Introducción del dedo índice de la mano izquierda en el canal anal. Disección atraumática y poco extensa de los espacios submucoso o interesfinteriano con tijera de Metzemaun orientada en sentido transversal. Luego se cambia la orientación de la tijera y se procede a la sección del esfínter interno en una extensión aproximada de 0,5-1 centímetro. El dedo endoanal permite apoyar la tijera durante el tiempo de disección del espacio submucoso e impide la disrupción de la

mucosa anal. Compresión digital durante 1-2 minutos. Control cuidadoso de la hemostasis. Dejamos exclusivamente una gasa cubriendo la incisión cutánea que dejamos abierta.

El enfermo es controlado a los 60 minutos y de no existir nada anormal es dado de alta para ser controlado a las 24 horas.

El procedimiento consume en total un tiempo variable entre 10 a 15 minutos.

Todo enfermo que era portador de otra patología anal que justificara su tratamiento quirúrgico concomitante (hemorroide, fistula) fue excluido. Tampoco fueron tratados ambulatoriamente enfermos que fuesen pusilánimes, con un perfil psicológico ansioso y/o el seguimiento y control inmediato fuese difícil o imposible.

RESULTADOS

En el período comprendido entre marzo 1976 y marzo 1983 hemos practicado en forma ambulatoria 43 EILP en enfermos portadores de una FA.

La edad varió entre 16 y 65 años, con una media de 42 años. Treinta y tres (76,8%) correspondieron a mujeres y 10 (23,2%) a hombres.

Cuarenta y dos (97,7%) eran FA únicas ubicadas a la hora 6. Dos pacientes eran portadores de 2 FA topografiadas a las horas 6 y 12.

El tiempo de sufrimiento anal varió entre 5 días y 11 meses, con una media de 2,3 meses.

El seguimiento fue cada 2 días durante la primer semana, cada 7 días hasta el mes, cada 30 días hasta los 3 meses y luego cada 6 meses. El tiempo medio de seguimiento fue de 2,7 años.

Todos los pacientes fueron dados de alta del consultorio externo entre 1 y 2 horas de efectuado el procedimiento.

Retroceso del dolor. El dolor retrocedió marcadamente en todos los casos. Sin embargo, en la mayoría de los pacientes persistió durante un tiempo variable de 3 a 7 días un dolorimiento vago de la región perianal.

Cicatrización de la fisura. Al cabo de 20 a 25 días estaban cicatrizadas el 88% de las FA. El resto (5/43) cicatrizaron en un plazo entre 30 y 40 días.

Primera defecación. El dolor y las molestias correspondientes a la primera defecación fueron catalogadas de leve en 25 casos (58,1%) y moderadas en 18 (41,9%).

Tiempo de inactividad laboral. Varió entre 3 y 18 días, con una media de 5 días.

Complicaciones. Se comprobó una hemorragia (2,3%) que requirió internación y he-

mostasis quirúrgica. Equimosis y/o hematomas de grado variable hubo en 8 casos (18,7%). No se comprobó fistulas, abscesos y/o R.A. de O. No hubo que lamentar incontinencias anales de ningún tipo.

Recidivas. Se diagnosticaron 2 recidivas fisurarias a los 7 meses y 3,2 años. Fueron tratadas mediante EILP sobre el cuadrante contralateral al utilizado en primera instancia y permanecen asintomáticos desde entonces.

DISCUSION

Al igual que otros autores^(3, 7, 9, 10, 13, 14, 15) los resultados inmediatos y alejados obtenidos pueden ser catalogados de muy buenos.

El único caso de hemorragia postoperatoria se presentó al comienzo de nuestra experiencia cuando empleábamos solución de anestesia y vasoconstrictor local. Actualmente no utilizamos ningún vasoconstrictor local y antes de otorgar el alta del consultorio externo procedemos a un minucioso examen de la zona operatoria.

No se comprobó abscesos ni fistulas. Estas complicaciones son debidas al desgarramiento de la mucosa anal producido durante la disección del espacio submucoso o en la sección del esfínter interno⁽¹³⁾. La técnica que empleamos (tijera y no bisturí, y dedo endoanal) tienen la ventaja de proteger y evitar la solución de continuidad de la mucosa anal y sus eventuales consecuencias.

Al igual que otros autores^(8, 13, 14, 15) no hemos tenido casos de incontinenencia anal. Esta complicación debe ser atribuida a una sección exagerada del esfínter interno.

Entendemos que no se justifica ningún tipo de tratamiento quirúrgico complementario sobre la "hemorroide centinela" y/o la papila hipertrófica que habitualmente acompañan a la FA⁽¹⁵⁾.

Consideramos obligatorio el proceder al cabo de 10-15 días a un estudio clínico y endoscópico completo del ano-recto con la finalidad de descartar un cáncer rectal asociado. Esta contingencia la hemos constatado en 1 caso.

Es nuestra política actual tratar la FA en ausencia de otra patología anal concomitante mediante la EILP con anestesia local y en forma ambulatoria empleando la técnica descrita. El éxito de la operación depende, en buena medida, del siquismo del enfermo y de su grado de colaboración. Por ello, procedemos siempre a explicar someramente

al paciente sobre el tipo de enfermedad que padece y sus posibles soluciones quirúrgicas que requerirán anestesia local sin necesidad de internación o anestesia general, epidural o local con internación de breve duración. En nuestra experiencia la mayoría de los enfermos optan por la primera alternativa terapéutica.

La utilización racional de esta opción terapéutica (EILP con anestesia local y sin internación hospitalaria) redundará en un rápido, sencillo y seguro alivio de los síntomas, así como de la curación definitiva de la FA. Igualmente, evita la internación y la eventual utilización de anestesia general o epidural con los consiguientes consumos y costos potencialmente obviados.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BENNETT C., GOLIGHER J. — Results of internal sphincterotomy for anal fissure. *Br. Med. J.*, 2: 1.500, 1962.
2. BENNETT C., DUTHIE H. — The functional importance of the internal anal sphincter. *Br. J. Surg.*, 51: 356, 1964.
3. BERMUDEZ VILLEGAS J., KAMAID E. — Fisura anal. Consideraciones diagnósticas y terapéuticas con especial referencia a la esfinterotomía lateral interna. *Cir. Urug.*, 52: 19, 1982.
4. EISENHAMMER S. — The surgical correction of chronic internal anal sphincteric contracture. *S. Afr. Med. J.* 25: 486, 1951.
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 oder Sphincterotomie als Behandlung der primär-chronischen Analfissur. *Chirurg.*, 49: 215, 1978.
9. HANCOCK B. — The internal sphincter and anal fissure. *Br. J. Surg.*, 64: 92, 1977.
10. 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 sphincterectomy for anal fissure. *Dis. Colon Rectum*, 49: 308, 1978.
11. MILLIGAN J.C., MORGAN C.N. — Surgical anatomy of the anal canal with special reference to anorectal fistula. *Lancet*, 257: 1150, 1934.
12. NOTARAS M. — Lateral subcutaneous sphincterotomy for anal fissure. A new technique. *Proc. R. Soc. Med.*, 62: 713, 1969.
13. NOTARAS M. — The treatment of anal fissure by lateral subcutaneous internal sphincterotomy. A technique and results. *Br. J. Surg.*, 58: 96, 1971.
14. SARLES J., CELECOURT P. — La place de la sphinctérotomie latérale dans le traitement des fissures anales. *Ann. Chir.*, 31: 969, 1977.
15. VAFAI W., MANN C. — Closed lateral internal sphincterotomy without removal of sentinel pile for fissure-in-ano. *Colo-Proctocol.*, 3: 91, 1981.