

Fisura anal: ¿Esfinterotomía química o quirúrgica? Análisis prospectivo de 98 pacientes

Dres: Ricardo Misa*, Oscar Alonso*, Santiago Piñeiro*, Luis Cazaban*

Resumen

Introducción: La fisura anal es una patología de consulta frecuente en la policlínica de cirugía general o de proctología. El mejor conocimiento de la fisiología y fisiopatología ano-rectal han llevado a cambios en el arsenal terapéutico para esta patología.

Objetivo del trabajo: Valorar distintas alternativas terapéuticas en un grupo de pacientes con fisura anal. **Material y método:** Se realizó un estudio de cohorte, con registro prospectivo de datos sobre pacientes atendidos en policlínica de un servicio privado de salud. **Análisis estadístico:** descripción de variables continuas expresadas como mediana. La comparación de variables nominales se realizó con test de X^2 y para frecuencias espe-

Departamento de Cirugía de Medicina Personalizada (Director Prof. Dr. Ricardo Voelker) Montevideo, Uruguay

radas pequeñas con test de Fisher. El registro incluyó características poblacionales, definición de fisura aguda o crónica, sintomatología y características clínicas, tratamiento realizado definiendo morbilidad y eficacia. **Resultados:** Se analizaron 98 pacientes, 63 con fisura crónica. La diferencia entre sexos y la mediana de edad no fue significativa para pacientes con fisura aguda o crónica. El dolor fue el síntoma dominante. La presencia de estigmas de cronicidad hace ineficaz el tratamiento médico convencional: $p < 0,05$. El tratamiento con nitritos parece ser más eficaz que el tratamiento médico convencional, con un porcentaje de curación de 56% aunque el resultado no es estadísticamente significativo. La esfinterotomía interna lateral sigue siendo el gold standard para la fisura anal crónica, con un porcentaje de curación de 94%. Las complicaciones del procedimiento quirúrgico (11%) no fueron graves pero tampoco despreciables y deben ser tenidas en cuenta al momento de definir el tratamiento.

Presentado como Tema Libre en el 56° Congreso Uruguayo de Cirugía. Punta del Este 30 de noviembre-3 de diciembre de 2005.

* Cirujanos del Depto. de Cirugía de la Institución Medicina Personalizada

Correspondencia: Dr. Ricardo Misa Jalda
Camino Carrasco 4490 C 32 CP 11400
Mail: rmisa@adinet.com.uy

Palabras clave

Fisura anal / quimioterapia

Fisura anal / cirugía

Estudios de cohortes

Key words

Fissure in ano / chemotherapy

Fissure in ano / surgery

Cohort studies

Abstract

Introduction: Anal fissures are a frequent cause of consultation, be it at the general surgery hospital or in the proctology service. A better acquaintance with ano-rectal physiology and physiopathology have resulted in a change in therapy of this pathology.

Objective of paper: to evaluate the various alternative therapies in a group of patients with anal fissure.

Material and method: A cohort study was undertaken, with prospective data registration of patients in the general medical service of a private health Institution. Statistics analysis: description of continuous variables expressed as means. Comparison of nominal variables was made with the χ^2 test and in the case of small-expected frequencies with Fisher's test. Registration included population characteristics, definition of acute or chronic fissure, symptomatology and clinical characteristics, treatment, definition of morbidity and efficacy.

Results: the study comprised 98 patients, 63 of which suffered from chronic fissure. Neither sex difference nor mean age was significant in the case of patients with acute or chronic fissure. Pain was the predominant symptom. The presence of chronicity *stigmæ* render useless conventional medical treatment: $p < 0,05$. Treatment by nitrites seems to be more useful than conventional medical treatment, with a healing percentage of 56%, although the result is not statistically significant. Internal lateral sphincterectomy is still the gold standard for chronic anal fissure with a healing percentage of 94%. Surgery complications (11%) were not serious nor were they negligible and must be bon in mind at the moment of defining treatment.

Introducción:

La fisura anal es uno de los más frecuentes diagnósticos a plantear en un paciente que consulta por dolor anal⁽¹⁾, constituyéndose en uno de los problemas proctológicos más comunes en la población occidental actual.

Es motivo habitual de consulta en la policlínica de cirugía general y proctológica, llegando en ocasiones a condicionar la calidad de vida del paciente que la padece⁽²⁾, por lo que la elección de un tratamiento eficaz es de notable importancia para el paciente y beneficiará sin duda al sistema de salud.

Históricamente, el tratamiento de la fisura anal, especialmente de la fisura anal crónica ha sido quirúrgico. Hacia mediados de la década del 70, se pensaba en los tratamientos médicos administrados para la fisura anal, como una paliación a corto plazo, sin resultado eficaz salvo en los niños y en la fisura aguda. Esto, clásicamente señalado por Goligher⁽³⁾, estaba basado en una teoría puramente mecánica, donde la fisiopatología de la fisura anal crónica, se basaba exclusivamente en el espasmo esfinteriano, que impedía la cicatrización por tracción y deformación de la fisura.

En la evolución aparecen varios hechos que nuevamente llevan a la discusión sobre el tratamiento de la fisura anal crónica.

En primer lugar, mejoró el conocimiento en la fisiología de la regulación del tono del esfínter interno estableciéndose la existencia de tres mecanismos responsables del mismo⁽⁴⁾: (Fig. 1)

- El tono biogénico intrínseco que depende de la estimulación por el calcio extracelular, por vía de los canales de calcio.
- El sistema nervioso entérico, cuyas vías no son colinérgicas ni adrenérgicas, siendo el neurotransmisor el óxido nítrico.

- La tercera influencia es el sistema nervioso autónomo que afecta la contracción y relajación del esfínter interno por las fibras postganglionares simpáticas y parasimpáticas respectivamente.

En segundo lugar, se demostró anatómicamente y experimentalmente el déficit circulatorio a nivel de la línea media (sobre todo en el sector posterior) en el anodermo, y la relación entre la hipertensión y el deterioro de flujo sanguíneo que impediría la cicatrización de la fisura.

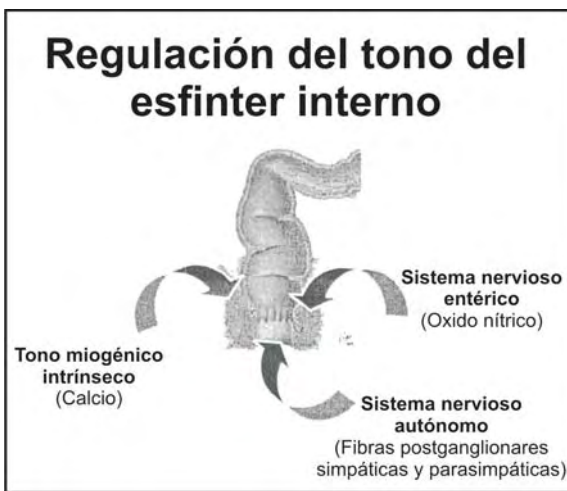


Figura 1

Al mismo tiempo, aparecen trabajos, como el de García Aguilar⁽⁵⁾, quien encuentra alteraciones permanentes de la continencia en cifras significativas (entre 24 y 30%) al comparar esfinterotomía interna lateral abierta y cerrada.

A partir de esto, se desarrolló una corriente mediática que buscó alternativas terapéuticas farmacológicas, que permitieran la curación de la fisura mediante la disminución de la contracción - en forma reversible- sin los efectos deletéreos de la cirugía.

La aparición de trabajos que mostraban éxito en la curación de la fisura anal crónica mediante métodos no quirúrgicos, obligó a replantear el papel de la cirugía en esta patología.

En algunos casos el tratamiento quirúrgico podría ser exagerado, por su mayor costo, (asisten-

cial y social) y la posibilidad de iatrogenia. Por otro lado: los métodos de curación no quirúrgicos no tienen la misma eficiencia que la cirugía; (medidos en índice de curación y de recidiva).

La profusión de trabajos en los últimos años muestra que la discusión todavía no está terminada.

Objetivo del trabajo:

Evaluar la eficacia y la morbilidad, en distintas alternativas terapéuticas empleadas para el paciente con una fisura anal primaria.

Material y método:

Se realizó un estudio de cohorte de pacientes atendidos por nosotros en una policlínica de cirugía. El análisis se realizó sobre una población cerrada, correspondiente a un seguro de salud, integrado por pacientes provenientes de medio socioeconómico medio o alto, altamente demandante y con fácil acceso a la consulta. Las decisiones sobre el tratamiento y el seguimiento fueron realizadas siempre por uno de los autores (RM).

Se definió como fisura anal primaria, a la fisura localizada distalmente a la unión mucocutánea, en la línea media, en la que el espasmo del esfínter interno juega un rol importante en su patogénesis. Se dejó fuera del análisis a las fisuras atípicas o secundarias, que pueden ser manifestación de enfermedad de Crohn, SIDA (per se o por infecciones secundarias asociadas), sífilis, tuberculosis, leucemia o cáncer.

Desde el año 2000 hasta la fecha, en todos los pacientes con este diagnóstico, se realizó un registro prospectivo de las características clínicas, terapéuticas y evolutivas; estos datos se registraron en el consultorio en forma computarizada. Los registros se agruparon en una planilla Excel diseñada para el estudio. En cuanto al análisis estadístico, las distintas variables continuas se expresaron como mediana. Para comparar proporciones con variables nominales, se realizó el test de X^2

con corrección de Yates, y para frecuencias esperadas pequeñas, el test exacto de Fischer.

Se registró:

- 1) Edad y sexo.
- 2) Definición de fisura aguda o crónica. Se definió como fisura crónica, cuando existía alguna de las siguientes características:
 - Síndrome fisurario de por lo menos 1 mes de evolución.
 - Historia de por lo menos 3 episodios recurrentes en la historia del paciente que hayan requerido tratamiento médico.
 - Estigmas de cronicidad, definidos por una o más de las siguientes características: observación de fibras del esfínter interno en la base de la fisura, bordes indurados, plicoma centinela, presencia de una papila hipertrófica proximal a la misma.
- 3) Tiempo de evolución de los síntomas.
- 4) Forma clínica de presentación.
- 5) Presencia de patología asociada.
- 6) Realización de tratamiento médico. Se definió como tratamiento médico convencional, la utilización de medidas higiénico-dietéticas habituales, unido a la aplicación 3 veces día de ungüentos locales con corticoides, anestésicos y promotores de cicatrización (dexpantenol). Los ungüentos con corticoides se aplicaron siempre por plazos no mayores de 1 mes. Este tratamiento se realizó inicialmente a todos los pacientes con diagnóstico de fisura anal aguda. En los pacientes con fisura anal crónica diagnosticado, sólo fue utilizado por nosotros, en forma inicial, si el paciente consultaba sin ningún tratamiento previo, cuando no disponíamos todavía de nitritos.
- 7) Aplicación de ungüento de nitroglicerina. A partir del año 2003 incorporamos como alternativa de tratamiento el glyceryl trinitrato al 0,2% utilizado dos veces día. En los pacientes con diagnóstico de fisura aguda, el ungüento de nitroglicerina se indicó frente a la falla del tratamiento médico convencional. Cuando se indicaba este tratamiento, se utilizaba por un plazo de 6 semanas.
- 8) Efectos colaterales y respuesta al tratamiento médico. El paciente se controlaba a las 3 semanas de instaurado el tratamiento, decidiendo o no la continuación de acuerdo a la respuesta y a los efectos colaterales. El paciente podía solicitar consulta previamente, si la sintomatología no disminuía con el tratamiento. Los efectos colaterales al ungüento de nitroglicerina se dividieron en: hipotensión ortostática, cefaleas leves (cuando no requerían analgésicos), moderadas (cuando requerían analgésicos para su alivio), intensas (cuando obligaban a suspensión de tratamiento).
- 9) Persistencia o recidiva luego del tratamiento médico.
- 10) Necesidad de tratamiento quirúrgico. Cuando estuvo indicado, el tratamiento quirúrgico realizado fue siempre la esfinterotomía interna lateral, realizada por el mismo cirujano (RM) ayudado por uno u otro de los autores del trabajo. Para el procedimiento quirúrgico se siguieron siempre los siguientes pasos:
 - Sedación profunda a cargo de anestesiata.
 - Paciente en posición ginecológica.
 - Infiltración con Bupivacaína al 0,25%.
 - Colocación de separador de Parks, abriéndolo apenas lo necesario para lograr una buena definición del esfínter interno por palpación.
 - Incisión paralela al margen anal, localizada a la hora 9 (con el paciente en posición ginecológica). Exposición del esfínter interno. Sección del mismo en una extensión apenas superior a la extensión de la fisura, sin llegar necesariamente a la línea ano-pectínea.
 - Colocación de esponja de gelatina absorbible.

- Analgesia con ketoprofeno i/v o propoxifeno asociado a dipirona en el postoperatorio inmediato.
 - Alta entre las 12-24 hs. del postoperatorio.
 - Control a los 7 días y al mes de la intervención.
 - Si fue necesaria realizar reintervención, se realizó con la misma técnica, con un abordaje contralateral (hora 3).
- 11) Complicaciones postoperatorias: dolor postoperatorio; sangrado.
 - 12) Morbilidad mediata y tardía: persistencia de síndrome fisurario, no cicatrización de abordaje quirúrgico, alteraciones de continencia. Las alteraciones de la continencia se definieron como:
 - Ano húmedo: necesidad de apósitos higiénicos o de extremar higiene anal luego de 1 mes de postoperatorio.
 - Sensación de defecación imperiosa.
 - Incontinencia para gases: ocasional o permanente.
 - Incontinencia para materias líquidas.
 - Incontinencia para materias sólidas.
 - 13) A los pacientes con alteraciones de la continencia se les encuestó directamente acerca de la afectación en la calidad de vida, y sobre la elección del tratamiento.
 - 14) Persistencia o recidiva de la enfermedad.

Resultados

Población: Registramos un total de 112 pacientes con diagnóstico de fisura anal primaria. Eliminamos 14 pacientes (12,5%) por seguimiento incorrecto. Trabajamos para el análisis con un total de 98 pacientes.

En el análisis global 63 pacientes se clasificaron como una fisura anal crónica; 35 pacientes fueron diagnosticados como fisura aguda. La di-

ferencia entre los sexos no fue estadísticamente significativa. (Fig. 2)

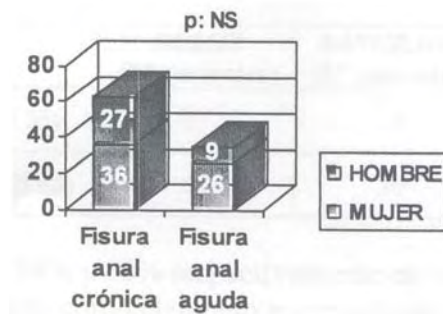
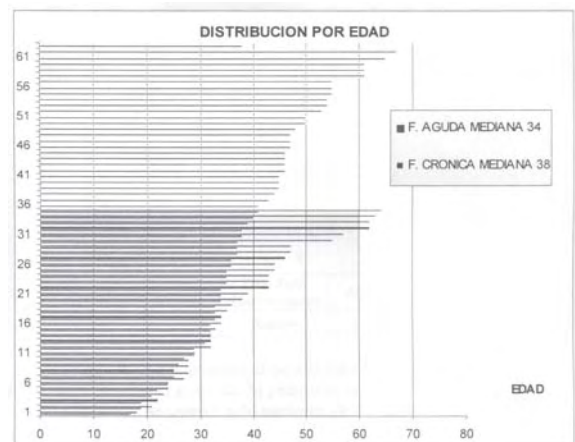


Figura 2 Distribución por sexo

El promedio de edad en los pacientes con fisura anal crónica, fue de 40 años con un rango entre 15 y 68 años. La mediana para este grupo fue de 38.

La edad promedio en los pacientes con fisura anal aguda fue de 38 años, con un rango entre 18 y 64 años. La mediana fue de 34. Tampoco aquí hubo diferencias estadísticamente significativas.



La media de seguimiento fue de 20 meses para los pacientes con fisura anal crónica y de 23 meses para los pacientes con fisura aguda.

Presencia de síntomas: (Tabla 1) El dolor fue el síntoma dominante en los dos grupos de pacientes. Sólo en 4 pacientes con fisura aguda y en 2 con fisura crónica no se presentaba este síntoma, o el paciente refería solamente disconfort.

Tabla 1
Forma de presentación clínica
p: NS

SÍNTOMA	DOLOR (Nº pac.)	SANGRADO (Nº pac.)	PRURITO (Nº pac.)
FISURA AGUDA (N 35)	31	19	2
FISURA CRÓNICA (N 63)	61	30	7

Aproximadamente el 54% y 48% respectivamente en los dos grupos de pacientes, presentaban sangrado como elemento acompañante; fue el motivo de consulta en dos pacientes en ambos grupos, los que presentaban escasas signología dolorosa.

Dos pacientes con fisura aguda (en ellos fue el síntoma dominante) y 7/63 con fisura crónica presentaban asociado prurito.

Las diferencias entre los dos grupos no fueron estadísticamente significativas. (p:NS)

Análisis de los pacientes con fisura anal aguda: De 35 pacientes que consultaron por fisura anal aguda, se operaron 3 (8,6%) por falla en el tratamiento médico.

Dividimos estos pacientes (Tabla 2) en dos subgrupos de acuerdo al momento en que introducimos los nitritos como arma terapéutica.

Tabla 2
Pacientes con Fisura anal aguda
Necesidad de cirugía (p: NS)

	Sólo trat. Médico	Cirugía
Período pre nitritos (N: 11)	9	2 (22%)
Período post nitritos (N: 24)	Trat. Méd. Convencional	15
	Nitritos	8
		1 (4%) No respuesta a nitritos

En el grupo de 11 pacientes en el período previo a la utilización de nitritos, se operaron 2 pa-

cientes. En el grupo de 24 pacientes, en que ya contábamos con nitritos como arma terapéutica, se operó 1 solo paciente. (p: NS)

En este grupo, se utilizaron nitritos en 9 pacientes por falla del tratamiento médico convencional. Dos pacientes presentaron cefalea moderada; un paciente presentó cefalea intensa por lo que mantiene tratamiento convencional, evolucionando de todos modos a la curación. Un paciente presentó a los 6 meses recidiva de su enfermedad; se realizó nuevamente tratamiento médico y lleva 24 meses asintomático.

Si consideramos la necesidad de utilizar nitritos como una falla del tratamiento médico convencional, la falla global de éste fue de 29%. La falla en el tratamiento con nitritos fue de 11% (p: NS)

Análisis de los pacientes con fisura anal crónica: En este grupo, 44 pacientes se presentaban con estigmas de cronicidad. En 19 pacientes, el diagnóstico de fisura crónica se planteó por tiempo evolutivo o por múltiples episodios.

Agrupamos a los pacientes con fisura anal crónica de acuerdo a la utilización o no de nitritos en alguna etapa de su tratamiento: se utilizaron nitritos en 36 pacientes, y no se utilizaron en 27 (Tabla 3).

TABLA 3
Utilización de ungüento de nitroglicerina en pacientes con fisura anal crónica

	Nº pacientes		
UTILIZACIÓN DE NITRITOS	36		
GRUPO SIN NITRITOS	27	Era prenitritos	15
		Curación con trat. Médico Convencional	7
		No aceptación de nitritos	5

En el grupo sin nitritos requirieron cirugía 16 pacientes (59%). 11 pacientes (41%) curaron exclusivamente con tratamiento médico convencio-

nal (Tabla 4). Sólo 1 paciente del grupo que curó con tratamiento médico convencional tenía estigmas de cronicidad. A la inversa, 15 de 16 pacientes que requirieron cirugía, tenían estigmas de cronicidad.

TABLA 4

Relación entre presencia de estigmas de cronicidad y necesidad de cirugía, en pacientes en los que no se utilizaron nitritos. p: <0,05

	Necesidad de cirugía	Curación con tratamiento médico convencional
Estigmas de cronicidad	15	1
Diagnóstico de Cronicidad por evolución (no estigmas)	1	10

Esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p: <0,00005$). La relación entre la existencia de estigmas de cronicidad y la necesidad de cirugía en este grupo de pacientes tuvo una Sensibilidad de 94% con una Especificidad de 91%. El VPPP fue de 94% y el VPPN fue de 91%.

En el grupo de pacientes con fisura anal crónica en que se utilizaron nitritos como arma terapéutica, 17 pacientes (47%) curaron con este tratamiento. Trece de estos pacientes tenían estigmas de cronicidad. En 19 pacientes no existió buena respuesta a los nitritos; se operaron 17 de este grupo de pacientes; 15 de ellos presentaba estigmas de cronicidad. (Tabla 5)

TABLA 5

Relación entre presencia de estigmas de cronicidad y necesidad de cirugía, en pacientes en los que se utilizaron nitritos como arma terapéutica

p: NS

	Necesidad de cirugía	Curación con nitritos*
Estigmas de cronicidad	15	13
Diagnóstico de cronicidad por evolución. (no estigmas)	2	4

* (dos pacientes suspenden nitritos por intolerancia y curan con tratamiento médico convencional)

A diferencia del grupo anterior, cuando se utilizan nitritos, los estigmas de cronicidad no fueron estadísticamente significativos como determinantes de cirugía, con descenso marcado de la sensibilidad y especificidad (54% y 67% respectivamente) para determinar mala respuesta al tratamiento médico.

La eficacia del tratamiento con nitritos comparado al tratamiento médico convencional fue algo superior en la fisura anal crónica en nuestra serie, aunque estadísticamente no es significativo. (Tabla 6)

TABLA 6

Relación entre curación con tratamiento médico convencional y tratamiento con nitritos en pacientes con fisura anal crónica

p: NS

Tratamiento médico exitoso	% de curación	Pacientes con estigmas de cronicidad	Pacientes con diagnóstico de cronicidad por evolución
Convencional (N 27)	41%	1	10
Utilización de Nitritos (N 36)	47%	13	4

Morbilidad de nitritos: Del grupo tratado con nitritos 21 pacientes (58%) presentaron efectos colaterales. Siete de estos pacientes (19%) suspendieron el tratamiento por mala tolerancia. (Seis por cefalea intensa y uno por hipotensión ortostática).

Si reunimos todos los pacientes tratados con nitritos (en el grupo de agudo y crónico) (Tabla 7) el porcentaje global de efectos colaterales fue de 53%, con un porcentaje cercano al 18% de pacientes que debieron suspender el tratamiento por intolerancia.

TABLA 7
Efectos Colaterales

Tratamiento con nitritos f. Aguda (N: 9)		
Cefaleas	Leve	0
	moderada	2
	Intensa	1
Tratamiento con nitritos f. Crónica (N: 36)		
Cefaleas	Leve	7
	moderada	7
	Intensa	6
Hipotensión	1	

Morbilidad global del uso de nitritos: 55%

Abandono de tratamiento por intolerancia: 18%

Destacamos que dos pacientes que suspendieron el tratamiento con nitritos por intolerancia, persistieron con tratamiento médico convencional con remisión de los síntomas.

Cirugía: Se operaron un total de 36 pacientes; 33 pacientes con diagnóstico de fisura anal crónica, y 3 pacientes que ingresaron con fisuras agudas y no respondieron el tratamiento médico.

Siete pacientes presentaron dolor en el postoperatorio; (Tabla 8). En 4 pacientes el dolor estuvo asociado a patología quirúrgica concomitante. Tres pacientes persistieron con síndrome fisurario: uno de ellos mejoró con un nuevo tratamiento con nitritos y promotores de cicatrización. Dos pacientes presentaron una falla del tratamiento, requiriendo una nueva esfinterotomía interna colateral (ver más adelante en discusión). **El porcentaje de curación fue de 94%.**

No existieron complicaciones por sangrado.

TABLA 8
Complicaciones en postoperatorio de esfinterotomía interna lateral

DOLOR POSTOPERATORIO	
	Resección de fisura y cierre de la misma 1
Patología	Resección de plicoma 1
quirúrgica	Hemorroidectomía de 3 paquetes 1
asociada:	Prolapso hemorroidario 1
Sin causa	Requiere nitritos en postoperatorio para completar curación 1
asociada:	Dolor persistente: FALLA DEL PROCEDIMIENTO 2
SANGRADO 0	
CICATRIZACIÓN TÓRPIDA DEL ABORDAJE 4	

En 4 pacientes, el abordaje quirúrgico presentó evolución tórpida, sin cicatrización completa. En dos pacientes, la curación se produjo luego de la esfinterotomía contralateral. Un paciente, presentó retardo en la cicatrización asociado a dolor; mejoró con tratamiento con nitritos y promotores de cicatrización. En un paciente se utilizó con éxito el mismo tratamiento, frente a una cicatriz de evolución tórpida, a pesar de la ausencia del dolor.

En 5 pacientes (14%) existió en el postoperatorio algún grado de alteración de la continencia. No se presentaron casos con incontinencia grave. En 4 pacientes (11%) estas alteraciones se mantuvieron en el control al año. (Tabla 9)

TABLA 9
Alteraciones de la continencia luego de esfinterotomía interna lateral

Ano húmedo e incontinencia para gases transitoria	1
Alteraciones permanentes	Urgencia defecatoria 1
	Incontinencia ocasional para gases 1
	Ano húmedo 2

Los 4 pacientes con alteraciones persistentes fueron entrevistados, acerca de la afectación en la calidad de vida, y fueron coincidentes en:

- la conformidad con el tratamiento realizado.
- No presentar déficits en su vida social.
- Minimizar los trastornos, comparado con la alteración sufrida previamente por la presencia del síndrome fisurario.

No tuvimos hasta el momento ninguna recidiva.

Discusión

En nuestra serie, tuvimos un franco predominio de pacientes con diagnóstico de fisura crónica, lo que es de esperar ya que es habitual que el paciente llegue a la policlínica de cirugía frente al fracaso del tratamiento médico. Seguramente nuestra valoración en el tratamiento médico de la fisura anal aguda está sesgada por este motivo.

Cuando intentamos comparar en la bibliografía, resultados en el tratamiento de la fisura anal, se nos plantean numerosas dificultades:

- Diferencias en el diagnóstico de cronicidad: Cuando se establece que se tratan fisuras crónicas no se señalan independientemente las fisuras con diagnóstico *temporal* de cronicidad, de las que presentan *estigmas* de cronicidad, que intuitivamente impresionan de menor respuesta al tratamiento médico.
- Dificultades en la medida del resultado: Debido a que la fisura anal puede presentar en su evolución natural remisiones y recurrencias, puede ser difícil definir la respuesta al tratamiento, o, si se trata de una recidiva o de una persistencia, cuándo aparece el dolor nuevamente.
- Posibilidad de mejoría con tratamiento conservador no específico o con placebo, en porcentajes que rondan el 40%.
- Diferencias en la definición de los distintos grados de incontinencia.

Nuestro límite arbitrario para el diagnóstico temporal de cronicidad fue de un mes, si bien otros

autores⁽⁴⁾ proponen un plazo no menor a 6 semanas para esta definición.

En nuestros pacientes utilizamos tres modalidades terapéuticas definidas: un tratamiento médico convencional o no específico, un tratamiento médico específico basado en la utilización de nitritos (liberadores de óxido nítrico) y un tratamiento quirúrgico, la esfinterotomía interna lateral.

Con respecto al tratamiento médico convencional, está señalado en la literatura⁽⁶⁾ posibilidad de mejoría con tratamiento médico conservador no específico, o incluso con placebo, en porcentajes que rondan el 40%.

Si tomamos el total de los pacientes de nuestra serie, 35 curaron con tratamiento médico convencional, lo que marca una eficacia del mismo en torno al 36%. (Asciende al 38% si consideramos además pacientes que abandonaron el tratamiento con nitritos y continuaron con tratamiento no específico y que tuvieron una respuesta positiva).

Es interesante que encontramos estadísticamente significativo, algo que intuitivamente era de esperar: los pacientes que presentan estigmas de cronicidad responden en forma escasamente satisfactoria al tratamiento médico no específico, siendo los mismos en esta situación predictores de cirugía.

Con respecto al tratamiento con nitritos, se trataron en total 45 pacientes (incluyendo los pacientes de ambos grupos, agudo y crónico). Curaron con este método 25 pacientes, aproximadamente un 56%. Nos llama la atención la diferencia en la literatura⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾ en el análisis de estos valores, lo que puede explicarse por diferentes características poblacionales y por las dificultades ya señaladas al inicio de la discusión. (Tabla 10)

La eficacia de los nitritos fue superior al tratamiento médico convencional, pero esta diferencia no fue estadísticamente significativa. Esto también se mantuvo en el análisis individual del grupo de fisuras agudas o crónicas. Este resultado está acorde con las conclusiones y recomendaciones

de la Sociedad Americana de cirujanos colo-rectales.⁽¹²⁾

Los efectos colaterales con el uso de nitritos fueron significativos, prácticamente la mitad de los pacientes tuvieron cefalea, si bien la intolerancia fue sólo de 18%. Lo que sí es destacable, es que los síntomas colaterales desaparecen con la suspensión de la aplicación del producto. (Tabla 10)

a cuatro dedos (la dilatación de Lord fue descrita a ocho dedos) provoca lesión esfinteriana con una frecuencia de hasta 65% cuando se busca por sonografía con un índice de incontinencia clínico que ronda el 25%.

La esfinterotomía interna lateral es el “gold Standard” con el que se comparan todos los otros procedimientos. No existiría diferencia entre la

Tabla 10
Eficacia y Morbilidad de Nitritos

Autor	Año	N	Curación	Recidiva	Efectos Secundarios
Graziano	2001	32	75%	67%	Cef. Leves 77%
Jonas	2002	72%	68%	30%	Cef. Intensa 4%
Scholefield	2003	200	36-57%		Cef. Intensa 7,7%
Novell	2004	80	78%		Cef. Intensa 15%
Songun	2003	100	93%	14%	Cef. Leve 7%
Nuestra Serie	2005	45*	56%	2%	Leves-moderados 56% Intensos: 18%

* total de pacientes en los que se realizó nitritos

Cuando hablamos de cirugía en el tratamiento de la fisura anal crónica, hablamos de esfinterotomía interna lateral. La esfinterotomía interna posterior fue abandonada por la deformación “en ojo de cerradura” que atentaba contra la continencia correcta. La bibliografía está también de acuerdo⁽⁴⁾ en que la dilatación anal, incluso la dilatación

realización mediante técnica cerrada o abierta en cuanto a la eficacia del procedimiento.

Numerosos trabajos⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾ señalan el alto porcentaje de curación, la mayoría alrededor de un 95%, aunque con variada incidencia de complicaciones. (Tabla 11)

Tabla 11
Eficacia y Morbilidad de la Esfinterotomía Lateral Interna

AUTOR	AÑO	N	CURACIÓN	RECIDIVA	INCONTINENCIA	
					LEVE	SEVERA
* GARCÍAAGUILAR	1996	549	95%	11%	16-30%	11%
* WILEY	2004	76	96%	0	3%	4%
* GARCEA	2004	60	97%	10	1,7%	1,7%
SÁNCHEZ	2004	120	92,5%	7,5%	5%	
*** HYMAN	2004	32	94%	0	9%	0
*** ORTIZ	2005	109	96%	1,8%	35%	
NUESTRA SERIE	2005	36	94%	0	11%	0

* Trabajos que comparan esfinterotomía cerrada vs. abierta.

** Esfinterotomía interna lateral “conservadora”.

*** Índices de Calidad de Vida habitualmente mejorados.

Son llamativas las diferencias en los índices de recidiva y en la incidencia de complicaciones, lo que podría explicarse por diferencias en el seguimiento y en las definiciones de incontinencia.

Garcea⁽¹⁵⁾ presenta los índices más bajos de incontinencia, mediante la utilización de la esfinterotomía lateral interna “conservadora”. La misma implica una sección del esfínter interno hasta la

TABLA 12
CIRUGÍA VS. NITRITOS

AUTOR	AÑO	TRATAMIENTO	N	CURACIÓN	RECIDIVA	EFFECTOS SECUNDARIOS
RICHARD	2000	GTN	82	30%		Cef. Intensa 21%
		EIL		92%		No incontinencia
EVANS	2001	GTN	65	61%	37%	No efectos graves
		EIL		97		No incontinencia
LIBERTINY	2002	GTN	70	54%	16%	No efectos graves
		EIL		100%	3%	No incontinencia
PARELLADA	2004	GTN	54	89%		No efectos graves
		EIL		100%		Incontinencia menor: 15%
NUESTRASERIE	2005	GTN	81*	56%	2%	Intolerancia 18%
		EIL		94%	0	Incontinencia menor 11%

* 81 pacientes en los que se realizó nitritos o tratamiento quirúrgico.
(Se excluyen los pacientes que curaron solamente con tratamiento médico)
N global: 98

A pesar de esto, incluso los estudios prospectivos que comparan tratamiento con nitritos vs. esfinterotomía interna lateral, están de acuerdo en la eficacia del tratamiento quirúrgico. (Tabla 12)

Si bien en nuestra serie, el fracaso terapéutico fue de 6%, la esfinterotomía contralateral fue exitosa y no ocasionó en estos dos pacientes alteraciones de la continencia. Sobre todo en uno de los dos pacientes, pensamos que el defecto fue nuestro y no de la técnica.

No hemos tenido recidivas en pacientes operados, pero todavía nuestra mediana de seguimiento es baja.

altura correspondiente al límite proximal de la fisura, sin llegar necesariamente hasta la línea anopectínea como está descrito en la técnica original.

Si bien faltan nuevos trabajos que avalen esta modificación técnica, nosotros estamos afiliados a la misma.

Es interesante que Human⁽¹⁴⁾ y sobre todo Ortiz⁽¹⁷⁾, muestran incidencia elevada de incontinencia leve, pero cuando comparan calidad de vida antes y después de la cirugía, los índices mejoran, aún en pacientes que presentan algún tipo de incontinencia menor.

Sin duda, uno de nuestros déficits es no tener objetivado con los Índices Store adecuados, la continencia y calidad de vida antes y después del procedimiento. Esta objetivación debería además conseguirse en forma anónima, ya que la verdadera situación puede estar oculta o disminuida por el pudor. De todos modos, estamos convencidos que, aún en nuestros pacientes con complicaciones, la calidad de vida fue siempre mejor que en el preoperatorio.

Queremos destacar por último el valor del dolor en el postoperatorio. En nuestra experiencia, en un paciente con analgésicos intermedios, no existe dolor importante en el postoperatorio, incluso con la primera evacuación intestinal. Cuando éste se presentó, coincidió siempre con procedimientos quirúrgicos asociados, con complicaciones locales (prolapso hemorroidario) o, lo que es más importante, con persistencia de la enfermedad. El mismo valor tuvo la no cicatrización del abordaje quirúrgico. En cuatro pacientes se presentaron estas situaciones clínicas: en dos se obtuvo la mejoría con nitritos y ungüentos promotores de cicatrización. En dos pacientes, la evolución mostró el fracaso del tratamiento quirúrgico y la necesidad de una nueva intervención.

Conclusiones

El tratamiento médico convencional puede ser beneficioso como primera línea de tratamiento, aunque no debería utilizarse cuando existan estigmas de cronicidad, por su escasa utilidad.

El tratamiento con nitritos parece ser superior al tratamiento médico convencional, si bien sus mejores resultados no fueron -en nuestra serie- significativos desde el punto de vista estadístico.

A pesar que el índice de curación con nitritos es significativamente menor que con el tratamiento quirúrgico, su utilización parecería estar indicada, ya que los efectos colaterales remiten siempre con la suspensión del producto.

La esfinterotomía interna lateral sigue siendo

el tratamiento con mayor eficacia, si bien no está exento de riesgos. Es el procedimiento de elección frente al fracaso del tratamiento médico bien conducido.

La realización de la esfinterotomía interna lateral como procedimiento de primera elección en una fisura crónica, puede ser ofrecida apropiadamente, pero el paciente debe conocer la morbilidad del procedimiento.

Referencias bibliográficas

- 1) Nelson R. Treatment of anal fissure. *BMJ* 2003; 327:354-5.
- 2) Sánchez A.; Arroyo A., Pérez F., Serrano P.; Candela F.; Tomás A. et al. Esfinterotomía lateral interna abierta con anestesia local como gold Standard en el tratamiento de la fisura anal crónica. Estudio prospectivo clínico y manométrico a largo plazo. *Rev. Esp. Enferm. Dig.* 2004; 96(12): 856-63.
- 3) Goligher J. Fisura anal. In: Goligher J. Cirugía del ano, recto y colon. Barcelona: Salvat, 1987, 143-58.
- 4) Lindsey I.; Jones O.M.; Cunningham C.; McMortensen N.J. Chronic anal fissure. *Br J. Surg.* 2004; 91: 270-9.
- 5) García-Aguilar J, Belmonte C, Wong WD, Lowry AC, Madoff RD. Open vs. closed sphincterotomy for chronic anal fissure: long-term results. *Dis Colon Rectum.* 1996 39 (4): 440-3.
- 6) Nelson R. Tratamiento no quirúrgico para la fisura anal (Revisión Cochrane traducida). In: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005, I Oxford; Update Software Ltd. <http://www.update-software.com>
- 7) Graciano A.; Svidler L.; Lencinas S.; Masciangioli G.; Gualdrini U.; Bisio O. Long-term results of tropical nitroglycerin in the treatment of chronic anal fissures are disappointing. *Tech Coloproctol* 2001; 5 (3): 143-7.
- 8) Jonas M.; Lund J.; Scholefield JH. Tropical 0,2% glyceryl trinitrate ointment for anal fissures: long-term efficacy in routine clinical practice. *Colorectal Dis* 2002. 4 (5): 317-20.
- 9) Scholefield JH.; Bock J.; Richter H.; Athanasiadis S.; Prôis M.; Herold A. A dose finding study 0,1%, 0,2% and 0,4% glyceryl trinitrate ointment in patients with chronic anal fissures. *Gut* 2003; 52: 264-9.
- 10) Novell F.; Novell-Costa F.; Novell J. Utilidad del gliceril trinitrato en el tratamiento tópico de la fisura anal. *Rev. Esp. Enferm. Dig.* 2004; 96 (4): 255-8.
- 11) Songun I.; Boutkan H.; Delemarre JB. Breslau PJ. Effect of isosorbide dinitrate ointment on anal fissure. *Dig Surg* 2003; 20 (2): 122-6.

- 12) Orsay C.; Rakinic J.; Perry B.; Hyman N.; Buie D.; Cataldo P. et al. Practice parameters for the management of Anal Fissures (Revised) *Dis. Colon Rectum* 2004; 47: 2003-7.
- 13) Sánchez A.; Arroyo A.; Pérez F.; Serrano P.; Candela F.; Tomás A. et al. Esfinterotomía lateral interna abierta con anestesia local como gold Standard en el tratamiento de la fisura anal crónica. Estudio prospectivo clínico y manométrico a largo plazo. *Rev. Esp. Enferm. Dig.* 2004; 96 (12): 856-63.
- 14) Hyman N. Incontinent alter lateral internal sphincterotomy: a prospective study and quality of life assessment. *Dis. Colon Rectum* 2004; 47 (1): 35-8.
- 15) Garcea G.; Sutton C.; Mansoori S.; Lloyd T.; Thomas M. Results following conservative lateral sphincterotomy for the treatment of chronic anal fissures. *Colorectal Dis* 2003; 5 (4): 311-4.
- 16) Wiley M.; Day P.; Rieger N.; Stephen J.; Moore J. Open vs. closed lateral internal sphincterotomy for idiopathic fissure-in-ano: a prospective, randomized, controlled trial. *Dis. Colon rectum* 2004; 47 (6): 847-52.
- 17) Ortiz H.; Marzo J.; Armendáriz P.; De Miguel M.; Blasi M. Fisura de ano. Alteraciones de la continencia y de la calidad de vida durante la enfermedad y a los 6 meses de la esfinterotomía lateral interna subcutánea. *Cir. Esp.* 2005; 77 (2): 91-5.
- 18) Parellada C. Randomized, prospective trial comparing 0,2 percent Isosorbide Dinitrate ointment with sphincterotomy in treatment of chronic anal fissure. A two-year follow up. *Dis. Colon Rectum* 2003; 46 (6): 805-8.
- 19) Libertiny G.; Knight JS.; Farouk R. Randomised trial of tropical 0,2% glyceryl trinitrate and lateral internal sphincterotomy for the treatment of patients with chronic anal fissure: long term follow-up. *Eur J. Surg.* 2002; 168 (7): 418-21.
- 20) Evans J.; Luck A.; Hewett P. Glyceryl trinitrate vs. lateral sphincterotomy for chronic anal fissure: prospective, randomized trial. *Dis. Colon Rectum* 2001; 44 (1): 93-7.
- 21) Richard C.; Gregoire R.; Plewes E.; Silverman R.; Burul C.; Guie D. et al. Internal Sphincterotomy is superior to tropical nitroglycerin in the treatment of chronic anal fissure: results of a randomized, controlled trial by the Canadian Colorectal Surgical Trials Group. *Dis Colon Rectum* 2000; 43 (8): 1048-57.