

Esfinterotomía lateral interna en el tratamiento quirúrgico de la fisura anal crónica

Ulises Rodríguez-Wong*

RESUMEN

Los pacientes con fisura anal tienen un aumento en la presión en reposo del esfínter anal. Las técnicas quirúrgicas más comúnmente utilizadas para el tratamiento de las fisuras anales incluyen la dilatación anal, la esfinterotomía lateral abierta, la esfinterotomía lateral cerrada, la esfinterotomía en la línea media posterior y la utilización de colgajos para cubrir la fisura anal. De acuerdo con el consenso general actual, la esfinterotomía lateral interna debe ser considerada el tratamiento de elección en el manejo quirúrgico de las fisuras anales refractarias, con un nivel de evidencia clase I y un grado de recomendación A.

Palabras clave: Fisura anal, fisura anal crónica, esfinterotomía lateral interna, esfínter anal.

ABSTRACT

Patients with anal fissure had an increase of the resting tone of the internal anal sphincter. Operative techniques commonly used for anal fissures include anal strecth, open lateral sphincterotomy, closed lateral sphincterotomy, posterior midline sphincterotomy, and flap coverage of the fissure. Lateral internal sphincterotomy is the surgical treatment of choice for refractory anal fissures, level of evidence class I, and grade of recommendation A.

Key words: Anal fissure, chronic anal fissure, lateral internal sphincterotomy, anal sphincter.

INTRODUCCIÓN

El aumento del tono del esfínter anal tiene un papel fundamental en la aparición de la fisura anal.^{1,2} El músculo liso del esfínter anal interno es el principal responsable de la presión en reposo anal.³ Varios autores han demostrado que los pacientes con fisura anal tienen un aumento en la presión en reposo del esfínter anal.⁴⁻⁶ No obstante, aún existe controversia con respecto a los factores etiológicos de esta entidad, ya que también se ha señalado que existe disminución del flujo sanguíneo con un trastorno de la microcirculación, lo cual provoca una capacidad de cicatrización disminuida.⁷

Otro factor involucrado en la aparición de fisuras anales es la configuración anatómica del esfínter anal, ya que el esfínter anal externo superficial forma una abertura a manera de una ranura elíptica en sentido anteroposterior, de tal manera que las fibras anteriores de este esfínter están fijas en la porción anterior, sitio en donde se entrecruzan, y en la parte posterior, donde se fijan al ligamento anococcígeo. Por esta razón se considera que el paso de las heces produce una mayor tensión en estos puntos de fijación.⁸

Las técnicas quirúrgicas más comúnmente utilizadas para el tratamiento de las fisuras anales incluyen la dilatación anal, la esfinterotomía lateral abierta, la esfinterotomía lateral cerrada, la esfinterotomía en la línea media posterior y la utilización de colgajos para cubrir la fisura anal.⁹

De acuerdo con el consenso general actual, la esfinterotomía lateral interna debe ser considerada el tratamiento de elección en el manejo quirúrgico de las fisuras anales refractarias, con un nivel de evidencia clase I y un grado de recomendación A.^{9,10} Sin embargo, los pacientes sometidos a este procedimiento pueden presentar algún grado de incontinencia anal.^{11,12} No obstante, se considera que la esfinterotomía lateral interna tiene mejores resultados que la fisurectomía con esfinterotomía en la línea media posterior.¹³

ESFINTEROTOMÍA LATERAL DEL ESFÍNTER ANAL INTERNO

Fue Eisenhamer en el año de 1951,^{14,15} quien reconoció primero la importancia del aumento del tono del esfínter anal en la fisiopatogenia de la fisura anal, sugiriendo la sección de la parte más baja de esfínter anal interno para el rápido alivio del dolor y la curación de la fisura anal.

Unos años atrás, en 1948, Gabriel¹⁶ había popularizado el uso de la escisión de la fisura anal para el tratamiento de la misma, pero al parecer el éxito del procedimiento no se debía a la resección de la fisura en sí, sino al corte o estiramiento del esfínter anal interno, maniobra que Gabriel incluyó sin tal propósito. Actualmente se considera que la escisión de la fisura sólo se requiere para abrir una fistula superficial asociada, eliminar una papila hipertrófica o prolapsada, de gran tamaño o para resecar un colgajo cutáneo que dificulte la higiene anal adecuada.⁸

* Coloproctólogo en el Hospital Juárez de México.

Recamier a mediados del siglo XIX había propuesto la dilatación del esfínter anal como una forma de tratamiento para las fisuras anales, procedimiento que posteriormente Lord utilizó para el tratamiento de la enfermedad hemorroidal; desafortunadamente esta técnica quirúrgica provoca una alta incidencia de problemas de continencia anal postoperatorios.¹⁷ El procedimiento empleado por Recamier da como resultado sólo 72% de curaciones de fisuras, 16% de dolor recurrente y 20% de incontinencia fecal.⁸

Se ha comparado en diversos estudios las técnicas de esfinterotomía abierta y cerrada para el tratamiento de la fisura anal crónica, no encontrándose diferencias significativas en cuanto a recidiva de la fisura y tasa de incontinencia anal postoperatoria. García-Aguilar y Belmonte,¹⁸ encontraron persistencia de la sintomatología en 3.4% de los pacientes sometidos a esfinterotomía abierta y en 5.3% de los pacientes en quienes se realizó esfinterotomía cerrada; la fisura anal recurrió en 10.9% de los pacientes con la técnica abierta y en 11.7% en los que se realizó el procedimiento cerrado, en tanto que 3.4% de los pacientes en quienes se realizó el procedimiento abierto y en 4% en los que se realizó el procedimiento cerrado requirieron de una segunda operación para la corrección de la fisura anal crónica. Hyman y Osler¹⁹ observaron que la tasa de persistencia de la fisura anal varió entre 5 y 30%, en tanto que la tasa de incontinencia tuvo una variación entre 0 a 25% en los estudios revisados. Nyam¹¹ encontró que 45% de los pacientes pueden presentar algún grado de incontinencia fecal en el postoperatorio. En un metaanálisis realizado por Nelson⁹ no se encontraron diferencias significativas entre la esfinterotomía cerrada y la abierta y tampoco entre la esfinterotomía lateral y la realizada en la línea media posterior.

También se han realizado estudios para correlacionar la extensión de la esfinterotomía con la aparición de incontinencia fecal.^{20,21}

ESFINTEROTOMÍA ABIERTA

En 1951, Eisenhamer propuso una técnica abierta en la cual el esfínter anal interno se seccionaba en la línea media posterior, en la parte más baja del esfínter anal interno, desde la línea dentada en sentido distal; esto generalmente se realizaba a través de la misma fisura, dejando una herida que cicatriza por segunda intención. Sin embargo, Bennett y Goligher reportaron en 1962 que esta técnica producía una herida que curaba lentamente con la presencia de fibrosis, dando por resultado la aparición de la deformidad en cierre de cerradura de la apertura anal; siendo ésta la explicación de la aparición de fuga fecal en 22% de los casos, falta del control a gases en 19% y a heces en 9%. Por resultados similares en otros trabajos, en 1959 Eisenhamer propuso el abordaje lateral para la



Figura 1. Esfinterotomía con técnica abierta de Eisenhamer.

sección del esfínter anal interno, esperando una cicatriz más rápida y menos efectos secundarios asociados al procedimiento¹⁵ (Figura 1). En un principio esta esfinterotomía lateral se hacía de la misma manera que la que se hacía en la línea media posterior, dejando la herida abierta; pero posteriormente se agregó el cierre de la misma, obteniéndose una cicatrización mucho más rápida.

ESFINTEROTOMÍA CERRADA

La esfinterotomía subcutánea lateral del esfínter anal interno fue propuesta por Parks en 1967,²⁰ realizada a través de una pequeña incisión en la piel de localización lateral con relación a la apertura anal; evitando de esta manera la incisión en el anodermo del conducto anal y el dolor que ésta conlleva. Durante este procedimiento, se diseña el anodermo para separarlo del esfínter anal subyacente, previa identificación de la línea interesfinterica de Hilton, se continúa la disección en el surco interesfinteriano, para finalmente bajo visión directa seccionar la porción inferior del esfínter anal mediante tijeras de Metzenbaum (Figura 2), vigilando la hemostasia cuidadosamente. La herida puede dejarse abierta o cerrarse con varios puntos separados. En tanto que la incisión puede ser circunferencial o radiada; esta última cierra de manera más rápida y con menos fibrosis cicatricial.

En el año de 1969, Notaras²² publicó una modificación a la técnica de esfinterotomía lateral subcutánea del esfínter anal interno. En esta modificación el corte del esfínter no se realiza bajo visión directa, ya que se introduce un bisturí angosto a través de una incisión lateral a nivel del borde inferior del esfínter interno, entre la línea interesfinterica de Hilton y avanzándolo entre el surco interesfinterico hasta la línea dentada, se gira el bisturí de tal manera que el filo de la hoja se



Figura 2. Esfinterotomía lateral interna con técnica cerrada de Parks.

orienta hacia dentro del canal anal para seccionar de esta manera el esfínter interno. Posteriormente se retira el bisturí y se realiza hemostasia mediante presión por unos instantes. Si el cirujano inserta un dedo en el conducto anal se podrá hacer el corte del esfínter anal, guiado digitalmente, evitando lacerar el anodermo.

CONCLUSIONES

El aumento del tono del esfínter anal tiene un papel fundamental en la aparición de la fisura anal. Las técnicas quirúrgicas más comúnmente utilizadas para el tratamiento de las fisuras anales incluyen la dilatación anal, la esfinterotomía lateral abierta, la esfinterotomía lateral cerrada, la esfinterotomía en la línea media posterior y la utilización de colgajos para cubrir la fisura anal. A la luz de los conocimientos actuales, la esfinterotomía lateral del esfínter anal interno es el procedimiento de elección para el tratamiento quirúrgico de la fisura anal crónica. Según algunos trabajos de investigación no existen diferencias significativas entre el procedimiento cerrado y el abierto.¹⁸⁻²³

REFERENCIAS

1. Nothmann BJ, Schuster MM. Internal anal sphincter derangement with anal fissures. *Gastroenterology* 1974; 67: 216-20.
2. Rodríguez-Wong U. Fisura anal. *Rev Hosp Jua Mex* 1992; 59: 88-90.
3. Rodríguez-Wong U. Manometría ano-rectal, perspectivas actuales. *Rev Hosp Jua Mex* 2006; 73: 28-32.
4. Arabi Y, Alexander-Williams J, Keighley MRB. Anal pressures in hemorrhoids and anal fissures. *Am J Surg* 1977; 134: 608.
5. Hancock BD. The internal sphincter and anal fissure. *Br J Surg* 1977; 64: 92-5.
6. Farouk R, Duthie GS, McGregor AB, Bartolo DC. Sustained internal sphincter hypertonia in patients with chronic anal fissure. *Dis Colon Rectum* 1994; 37: 424-9.
7. Schouten WR, Briel JW, Auwerda JJ, De Graaf EJ. Ischaemic nature of anal fissure. *Br J Surg* 1996; 83: 63-5.
8. Hicks TC, Timmcke A. Fisura anal. En: Zuidema "Shackelford's Surgery of the Alimentary Tract". Philadelphia, PA: WB Saunders Co.; 1991, 4: 351-7.
9. Nelson RL. Meta-analysis of operative techniques for fissure-in-ano. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 1424-31.
10. Orsay C, Rakinic J, Perry B, Hyman N, Buie D. Practice parameters for the management of anal fissures (revised). *Dis Colon Rectum* 2004; 47: 2003-7.
11. Nyam DCNK, Pemberton JH. Long-term results of lateral internal sphincterotomy for chronic anal fissure with particular reference to incidence of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 1306-10.
12. Sosa-Gallegos J. Fisura anal. *Rev Hosp Jua Mex* 2007; 74: 21-6.
13. Abcarian H. Surgical correction of chronic anal fissure: Results of lateral internal sphincterotomy vs. fissurectomy-Midline sphincterotomy. *Dis Colon Rectum* 1980; 23: 31-6.
14. Eisenhamer S. The surgical correction of chronic internal anal (sphincteric) contractura. *S Afr Med J* 1951; 25: 486.
15. Eisenhamer S. The evaluation of the internal anal sphincterotomy operation with special reference to anal fissure. *Surg Gynecol Obstet* 1959; 109: 583.
16. Gabriel WB. Principles and Practice of Rectal Surgery. 4th Ed. London: HK Lewis; 1948, p. 112-4.
17. Lord PH. Diverse methods of managing hemorrhoids dilatation. *Dis Colon Rectum* 1973; 16: 180-3.
18. García-Aguilar J, Belmonte C, Wong D, Lowry A, Madoff RD. Open vs. closed sphincterotomy for chronic anal fissure. *Dis Colon Rectum* 1996; 39: 440-3.
19. Hyman NH, Osler T. Meta-analysis of fissure surgery. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 1428-9.
20. Parks AG. The management of fissure in ano. *Hosp Med* 1967; 1: 737-8.
21. Sultan AH, Kamm MA, Nicholls RJ, Bartram CI. Prospective study of the extent of internal anal sphincter division during lateral sphincterotomy. *Dis Colon Rectum* 1994; 37: 1031-3.
22. Notaras MJ. Lateral subcutaneous sphincterotomy for anal fissure – a new technique. *Proc R Soc Med* 1969; 62: 713-4.
23. Bennett RC, Goligher JC. Results of internal sphincterotomy for anal fissure. *Br Med J* 1962; 2: 1500-3.

Solicitud de sobretiros:

Dr. Ulises Rodríguez-Wong
Tepic 113-611. Col. Roma Sur
C.P. 06760, México, D.F.
Tel.: (55) 5264-8266