

Revista Mexicana de Coloproctología

Enfermedades del ano, recto y colon

Volumen
Volume **11**

Número
Number **2**

Mayo-Agosto
May-August **2005**

Artículo:

**Fisura anal: Resultados de la
esfinterotomía interna lateral *versus*
anoplastia sin esfinterotomía**

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Sociedad Mexicana de Cirujanos del Recto y Colon A.C.

**Otras secciones de
este sitio:**

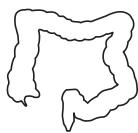
- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

***Others sections in
this web site:***

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



medigraphic.com



Fisura anal: Resultados de la esfinterotomía interna lateral *versus* anoplastia sin esfinterotomía

Joaquín Villalba Acosta*
Jorge Rodas Gauto**

* Profesor Cirugía. Jefe de Servicio.
** Profesor de Cirugía. Jefe de Sección.
2ª Cátedra de Clínica Quirúrgica.

Hospital de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción

Dirección para correspondencia:
Dr. J. Villalba Acosta
Defensores del Chaco 383
San Lorenzo-Paraguay.
E-mail: joaquinv@telesurf.com.py

Resumen

El tratamiento quirúrgico de la fisura anal comprende diversas técnicas. En este trabajo se comparan los resultados de la EIL *versus* anoplastia mucosa medial posterior sin esfinterotomía. **Pacientes y métodos:** Estudio observacional sobre 182 pacientes tratados en la 2^a CCQ y en clínicas privadas, durante 8 años. Se revisaron las complicaciones con cada técnica, mediante seguimiento promedio de 3 años. **Resultados:** En 85 pacientes se realizó anoplastia posterior sin esfinterotomía y en 97 esfinterotomía interna lateral. La recidiva fue de 2 casos con cada técnica. Hubo 3.5% de alteraciones de la continencia con la anoplastia sin esfinterotomía y 9.2% con la EIL. **Conclusiones:** La recidiva es similar con ambas técnicas. Los trastornos de la continencia son más frecuentes con la EIL.

Palabras clave: Fisura anal, reparación, resultados.

Abstract

The surgical treatment of the anal fissure is composed of diverse techniques. In this work the results of the EIL are compared with later medial mucous anoplasty without sphincterotomy. Patients and methods: Observational Study, with 182 patients treated in the 2^a CCQ and in Private Clinics, during 8 years. The complications were revised with each technique, by a follow-up of 3 years on average. Results: Anoplasty without sphincterotomy was practiced in 85 patients. Lateral internal sphincterotomy was practiced in 97 patients. There were two cases of recurrence in each technique. There were 3.5% alterations of the continence with the anoplasty without sphincterotomy and 9.2% with the EIL. Conclusions: The recurrence is comparable in both techniques. The dysfunctions of the continence are more frequent with the EIL.

Key words: Anal fissure, repair, results.

INTRODUCCIÓN

La fisura anal es una afección bien definida caracterizada por dolor, úlcera –generalmente posterior– y una hipertonia del esfínter interno.

Aun cuando el diagnóstico no plantea dificultades, hasta el presente no hay consenso sobre el tratamiento ideal de la fisura. La fisura anal puede curar espontáneamente, con terapéuticas médicas simples (regularizar el tránsito intestinal, analgésicos orales, pomadas con lubricantes, anestésicos locales, baños de asiento y dieta) o mediante la aplicación local de derivados nitrogenados o inyección intraesfínteriana de toxina botulínica.¹⁻³

Con todo, la cirugía sigue siendo el tratamiento más eficaz para la fisura anal, dado que logra la curación en

casi 100% de los casos. A pesar de los resultados muy buenos en cuanto a curación, se discute sobre la técnica quirúrgica más conveniente, debido a las alteraciones de la continencia que sobrevienen como consecuencia de ellas.⁴⁻⁶

Entre las principales variantes técnicas se cuenta con la esfinterotomía interna lateral (EIL) –de lejos, la preferida por la mayoría de los expertos–, la fisurectomía con anoplastia varias (colgajos o islotes), con o sin esfinterotomía.⁶⁻¹⁰

En este trabajo, se compararon dos técnicas quirúrgicas –EIL y anoplastia mucosa sin esfinterotomía (AMsE)– y la morbilidad de cada una de ellas.

El objetivo es señalar los resultados con ambas técnicas para tratar de inferir la que presenta mejores resultados.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio observacional, sobre 182 pacientes tratados en la 2^a Cátedra de Clínica Quirúrgica del Hospital de Clínicas, FCM, UNA y en Clínicas Privadas, durante 8 años (marzo de 1995 hasta febrero de 2003).

Los criterios de inclusión fueron:

- Pacientes de ambos sexos con edad entre 20 y 60 años.
- Estado de salud tipificada en ASA I o II.
- Portadores de fisura anal crónica esencial (2 o más meses de evolución).
- Operados con EIL y AMsE. La elección de la técnica fue aleatoria.
- Seguimiento mínimo de 6 meses.

Fueron excluidos los pacientes con:

- Alteraciones preexistentes de la continencia.
- Antecedentes de operaciones anales.
- Fisuras de causas conocidas (sífilis, TBC, etc.).

Todas las EIL fueron realizadas a cielo abierto, en el cuadrante izquierdo y sin sobrepasar en altura la línea pectínea.

La anoplastia consistió en exéresis de la fisura y descenso de mucosa rectal sana hasta el lecho de la fisura. La herida cutánea (externa) se dejó abierta o se reparó mediante colgajo de piel suturado al borde de la mucosa descendida.

Se registraron las complicaciones de la cirugía, mediante un seguimiento promedio de 3 años (12 meses mínimo y máximo de 8 años).

La evaluación de las alteraciones de la continencia se realizó según el scorer de Jorge y Wexner.¹¹

Para el análisis de datos, se utilizó la prueba de chi cuadrada y la de Fisher con nivel de confianza del 5% ($p < 0.05$).

RESULTADOS

En 85 pacientes se realizó anoplastia mucosa posterior sin esfinterotomía y 97 esfinterotomía interna lateral abierta.

Se constató 2 casos de recidiva con AMsE y 2 con EIL, como se grafica (*Figuras 1 y 2*).

Hubo 3 casos (3.52%) de alteraciones de la continencia con anoplastia y 9 (9.27%) con la EIL.

Estas alteraciones consistieron en dificultad para retener gases con frecuencia menor a una vez por semana y algunos manchados. Ningún paciente presentó dificultad para retener heces.

La puntuación no superó, con ninguna de las técnicas, 4 puntos (escala de 0 a 20 de Jorge y Wexner).

En el cuadro siguiente se muestran las complicaciones posoperatorias que se detectaron con ambas técnicas:

Complicaciones	EIL	AMsE
Hemorragia posoperatoria	0	0
Retención urinaria	4 (4.12%)	4 (4.7%)
Infección HO	2 (2.06%)	2 (2.35%)
Retardo de cicatrización	0	1 (1.17%)
Recidiva	2 (2.06%)	2 (1.35%)
Tnos. de continencia	9 (9.27%)	3 (3.52%)

Noventa y dos pacientes tratados con EIL estuvieron satisfechos con la operación y 83 del grupo tratado con AMsE.

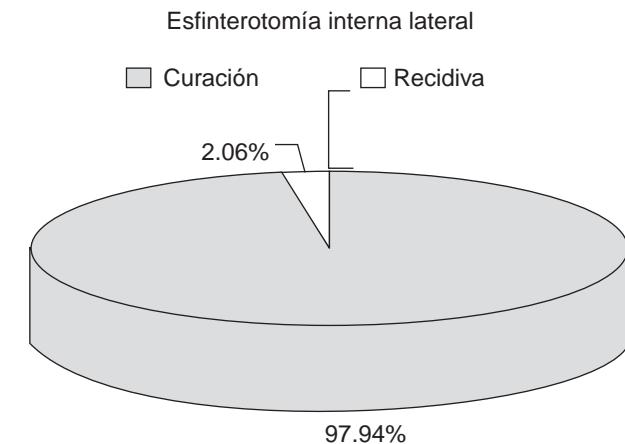


Figura 1.

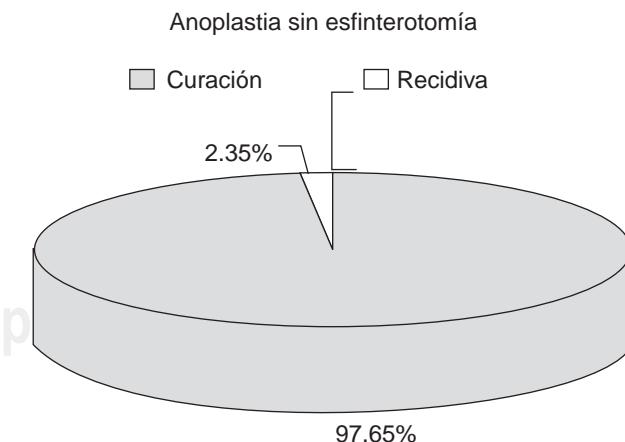


Figura 2.

DISCUSIÓN

Para algunos autores, el tercio o casi la mitad de las fisuras anales pueden curar espontáneamente o con terapéuticas médicas simples.²

Empero, la cirugía sigue siendo el tratamiento que obtiene los mejores resultados, ya que logra la curación de casi todos los pacientes^{6,7,14} aunque va seguida de alteraciones de la continencia en porcentaje no desdenable.^{5,6}

En nuestra experiencia, con las dos técnicas empleadas en la cirugía, los resultados no difieren de los reportes de la literatura.

Entre las complicaciones, el sangrado posoperatorio, la retención urinaria, infección de herida operatoria y retardo de la cicatrización no fueron serias y se presentaron en porcentaje semejante con EIL y AMsE.

En lo que concierne a los disturbios de la continencia, en esta serie, el porcentaje es mayor con la EIL. De cualquier manera, se trataron de dificultad ocasional para retener gases o manchado de ropa interior. Ningún paciente presentó pérdida de heces de consistencia normal ni tuvo necesidad de usar protectores.

El grado de satisfacción con los resultados de la operación fue superior a 95% en los dos grupos.

Khubchandani⁴ refiere alteraciones de la continencia hasta 36% y Nyam⁵ reporta 10% de trastornos permanentes, ambos con la EIL. Algunos de estos problemas fueron para materias normales y otros pacientes tuvieron necesidad de usar protectores.

Con la fisurectomía sin esfinterotomía (AMsE) se reportaron cifras bajas de trastornos de la continencia, pero todavía está en fase de evaluación, ya que no hay trabajos suficientes al respecto hasta el presente.⁶

En cuanto a las recidivas, van de 0 a 11% en las publicaciones con las diversas técnicas señaladas.^{6,8-10,12-14}

Con las técnicas sin esfinterotomía (AMsE, colgajos en V o Y, islotes), las cifras de recidiva no difieren de las que se reportan con las otras opciones quirúrgicas, pero las alteraciones funcionales de la continencia son menores, al respetar la integridad del esfínter interno.^{6,12}

Esta misma impresión confiere la serie de pacientes considerada en este trabajo, sin embargo, las complicaciones observadas con cada técnica no presentan diferencia de significación estadística.

CONCLUSIONES

- La curación es cercana a 100% con cualquiera de las dos técnicas.

- La EIL provoca mayor frecuencia de disturbios funcionales de la continencia, pero, sin significación estadística.
- Es preferible preservar la integridad del esfínter interno para disminuir los trastornos de la continencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rosen L, Abel ME, Gordon PH et al. Practice parameters of the management of anal fissure. *Dis Colon Rectum* 1992; 35: 206-8.
2. Carapetti EA, Kamn MA, McDonald PJ et al. Randomized controlled trial shows that glyceryl trinitrate relieves anal fissures, higher doses are not more effective, and there is a high recurrence rate. *Gut* 1999; 44: 727-30.
3. Siproudhis L, Reymann JM, Pigot F et al. Toxine botulique et fissure anale chronique: progrès ou intox? *Gastroenterol Clin Biol* 2000; 24: A85.
4. Khubchandani IT, Reed JF. Sequelae of internal sphincterotomy for chronic fissure in anus. *Br J Surg* 1989; 76: 431-4.
5. Nyam DC, Pemberton JH. Long-term results of lateral internal sphincterotomy for chronic anal fissure with particular reference of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 1306-10.
6. Ganansia R, Grozel L, Puy-Montbrun T et al. Anoplastie muqueuse dans le traitement des fissures anales non compliquées (étude retrospective—resultants à trois ans). *Bull Fr Coloproctologie* 1995; 1: 9-13.
7. Denis J, Ganansia R, Puy-Montbrun T. Fissure anale. En: *Proctologie pratique*. 4^a Ed. Ed. Mason 1999: 47-54.
8. García AJ, Belmonte C, Wong WD et al. Open versus closed sphincterotomy for chronic anal fissure. Long-term results. *Dis Col Rectum* 1996; 39: 440-3.
9. Bode WE, Culp CE, Spencer RJ et al. Fissurectomy with superficial midline sphincterotomy: a viable alternative for the surgical correction of chronic fissure/ulcer in anus. *Dis Col Rectum* 1984; 27: 93-5.
10. Abcarian H. Surgical correction of chronic anal fissure: results of lateral internal sphincterotomy vs fissurectomy midline sphincterotomy. *Dis Col Rectum* 1980; 23: 31-6.
11. Jorge JMN, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Col Rectum* 1993; 36: 77-97.
12. Leong AFP, Seow-Choen F. Lateral sphincterotomy compared with anal advancement flap for chronic anal fissure. *Dis Col Rectum* 1995; 38: 1335-44.
13. Evans J, Luck A, Hewett P. Glyceryl trinitrate versus lateral sphincterotomy for chronic anal fissure. *Dis Colon Rectum* 2001; 44: 93-7.
14. Büllent MB, Irkörücü O, Akim M et al. Comparison of botulinum toxin injection and lateral internal sphincterotomy for the treatment of chronic anal fissure. *Dis Colon Rectum* 2003; 46: 232-7.