



Dra. Esp. María Karla Feria San Juan

maria.feria@nauta.cu

Doctora en Medicina graduada en la Universidad de Ciencias Médicas de Holguín, Cuba. Especialista de Primer Grado e Investigadora del Servicio de Proctología del Hospital General Universitario “Vladimir Ilich Lenin” de Holguín, Cuba.

Cómo citar este texto:

Feria San Juan MK. (2019). Efectividad de la esfinterotomía anal en los pacientes atendidos en el servicio de coloproctología del Hospital “Vladimir Ilich Lenin”. REEA. No. 5, Vol II. Enero 2020. Pp. 442-467. Centro Latinoamericano de Estudios en Epistemología Pedagógica. URL disponible en: <http://www.eumed.net/rev/reea>

Recibido: 21 de julio 2019.

Aceptado: 21 de noviembre de 2019.

Publicado: enero de 2020.

Indexada y catalogado por:



Título: Efectividad de la esfinterotomía anal en los pacientes atendidos en el servicio de coloproctología del Hospital “Vladimir Ilich Lenin”.

Resumen: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal de serie de casos, para determinar los resultados del tratamiento por Esfinterotomía anal en pacientes atendidos en el Servicio de Coloproctología del Hospital Provincial “Vladimir Ilich Lenin” de Holguín, en el período Julio 2016 a enero 2018. El universo estuvo integrado por todos los pacientes que presentaron fisura anal, atendidos en el Servicio de Coloproctología mientras la muestra quedó constituida por los 50 enfermos que cumplieron los criterios de inclusión. Los resultados evidenciaron que el diagnóstico es mayor en adultos jóvenes, con una incidencia similar en ambos sexos y razas. La esfinterotomía anal como técnica quirúrgica demuestra una eficacia significativa. La estadía hospitalaria fue mínima al emplear anestesia local y la modalidad ambulatoria. Las complicaciones transoperatorias fueron escasas posterior a la práctica quirúrgica y el índice de incontinencia de gases es poco significativo, es leve o transitorio, aparece a poco tiempo de la cirugía y desaparece también de manera temprana.

Palabras clave: Coloproctología, Esfinterotomía anal, técnica quirúrgica.

Title: Effectiveness of the anal esfinterotomía in the patients attended in coloproctología's service of the Hospital Vladimir Ilich Lenin.

Abstract: Vladimir Ilich Lenin Provincial Hospital in Holguín, accomplished transverse court's descriptive study of series of cases, to determine the results of the treatment for anal Esfinterotomy in patients attended in Coloproctología's Service in the period July 2016 to January 2018. The universe was integrated for all of the patients that presented anal fissure, attended in Coloproctología's Service while the sign got constituted by the 50 sick persons that obeyed the criteria of inclusion. The results evidenced that the diagnosis is major in adult young people, with a similar incidence in both sexes and races. The anal esfinterotomy like surgical technique demonstrates a significant efficacy. The hospitable stay was minimal when using local anesthesia and the ambulatory mode. The trans-operative complications were on short supply posterior to the surgical practice and the index of incontinence of gases is little significant, it is light or transient, appears in a short while time of surgery and disappears also of premature way.

Key words: Coloproctología, anal Esfinterotomía, surgical technique.

Título: Efetividade da esfinterotomía anal nos pacientes atendidos no serviço de coloproctología do Hospital “Vladimir Ilich Lenin”.

Resumo: realizou-se um estudo descriptivo de corte transversal de série de casos, para determinar os resultados do tratamento pela Esfinterotomía anal em pacientes atendidos no Serviço da Coloproctología do Hospital Provincial “Vladimir Ilich Lenin” do Holguín, no período Julho 2016 a janeiro 2018. El universo esteve integrado por todos quão pacientes apresentaram fissura anal, atendidos no Serviço da Coloproctología enquanto a mostra ficou constituída pelos 50 doentes que cumpriram os critérios de inclusão. Os resultados evidenciaram que o diagnóstico é major em adultos jovens, com uma incidência similar em ambos os sexos e raças. A esfinterotomía anal como técnica cirúrgica demonstra uma eficácia significativa. A estadía hospitalar foi mínima ao empregar anestesia local e a modalidade ambulatoria. As complicações transoperatorias foram escassas posteriores à prática cirúrgica e o índice de incontinência de gases é pouco significativo, é leve ou transitivo, aparece a pouco tempo da cirurgia e desaparece também de maneira temprana.

Palavras claves: Coloproctología, Esfinterotomía anal, técnica cirúrgica.

Introducción.

La fisura anal es una úlcera lineal o elíptica de características benignas que se extiende desde la línea pectínea hasta el margen del ano afectando al anodermo que cubre la mitad inferior del esfínter anal interno.¹

Se dice que esta patología puede afectar ambos sexos aunque investigaciones realizadas han reportado un predominio en el femenino y en la edad media de la vida. Es un problema frecuente de salud que constituye el 15 y 20%, respectivamente, de las consultas e intervenciones en Europa; en los Estados Unidos llega hasta el 15% de las consultas externas y en Cuba alcanza un 35% de las consultas e intervenciones realizadas en una Unidad de Coloproctología, en Cuba.¹

Se origina más comunmente en la pared posterior, debido a la poca vascularización del espacio subendotelial y el esfínter anal en la región. La presencia de fisuras múltiples, muy dolorosas, y en otras localizaciones puede deberse a otras enfermedades, como: colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, tuberculosis, sífilis y VIH.² Por la forma de presentación clínica y las características patológicas de la lesión se describen dos formas de fisuras: Aguda y crónica cuando sobrepasa las 6 u 8 semanas de evolución.¹

El síntoma principal es el dolor anal durante y después de la defecación. Dolor de aparición súbita, con ardor, de gran intensidad, lacerante, que se inicia al pasar el bolo fecal por el conducto anal, puede durar de pocos segundos a varias horas, para presentarse nuevamente en la siguiente evacuación. El sangrado es frecuente, pero no siempre está presente; por lo regular es en escasa cantidad, de color rojo, brillante, rutilante, en forma de estría en la materia fecal o manchando el papel higiénico.

Con el paso del tiempo y paralelamente al cambio del hábito intestinal, el sistema nervioso del enfermo se altera por el temor y la constante preocupación por el momento de la defecación, que puede convertirse en obsesión; la persistencia de la enfermedad termina por producir un cambio total de carácter, con irritabilidad exagerada, mal humor, ira, depresión, etcétera.²⁻³

El interrogatorio por sí mismo sugiere fuertemente el diagnóstico. La exploración proctológica lo confirma o descarta cualquier otra enfermedad. La inspección de la región anoperineal es por mucho el paso más importante para el diagnóstico. No todas las fisuras son fáciles de observar, pero al hacer una exploración cuidadosa es posible identificar la mayoría. Con el paso del tiempo, la piel del extremo distal de la fisura se vuelve edematosa y puede formar un colgajo cutáneo fibroso, lo que se conoce como “colgajo cutáneo centinela” o “hemorroide centinela”; el término “centinela” se utiliza porque señala el sitio de la fisura. ¹

Esta patología es una entidad muy dolorosa, por lo que se debe tener mucho cuidado para no lastimar al paciente. Con una ligera separación de las paredes laterales del ano se puede exponer el extremo distal de la fisura. El tacto rectal no siempre está indicado y si el diagnóstico es claro, se puede omitir; en caso de duda, es necesaria la aplicación de un anestésico tópico para precisar el diagnóstico. ¹⁻³ En forma clásica, la fisura anal crónica está constituida por una tríada (tríada de Brodie), que incluye un colgajo cutáneo o “hemorroide centinela”, una úlcera que por lo regular deja al descubierto las fibras del esfínter anal interno y una papila anal hipertrófica. ³

El tratamiento inicial de esta afección consiste en medidas higiénico-dietéticas, utilizando baños de asiento con agua caliente 2 a 4 veces por día que reducen la presión de reposo disminuyendo la hipertonía y el dolor anal. ²

Las medidas dietéticas consisten en un régimen rico en fibras, incluso agregando laxantes de volumen y/o vaselina líquida 4-8 cucharadas diarias, con lo que se logra disminuir la consistencia de las heces, y así atenuar los efectos traumáticos de estas, sobre la fisura y el aparato esfinteriano. ⁴ El tratamiento farmacológico disponible se puede diferenciar según su acción en dos grupos. Un primer grupo combate los síntomas de la fisura: analgésicos, antiinflamatorios (ketoprofeno 200mg, ketorolac 10-20mg), anestésicos y corticoides de aplicación local. Un segundo grupo disminuye la hipertonía del esfínter anal (nitroglicerina, toxina botulínica, diltiazem, etc.) buscando la reducción temporaria de la actividad esfinteriana disminuyendo la presión anal de reposo del esfínter interno lo que lleva a la cicatrización de la úlcera. ⁴

Los estudios disponibles han demostrado que la nitroglicerina y el óxido nítrico (producto de degradación de la nitroglicerina) son superiores a los anestésicos y/o corticoides tópicos.³⁻⁴ La toxina botulínica es producida por el *Clostridium botulinum*. Actúa a nivel de las terminaciones nerviosas colinérgicas. Los de uso más frecuente son el diltiazem y la nifedipina.¹⁻⁴

Como alternativa a estos tratamientos si no son eficaces encontramos el tratamiento quirúrgico. El objetivo del tratamiento quirúrgico es disminuir la hipertonia del esfínter anal y en consecuencia la isquemia local que perpetúa la fisura. Con el tratamiento quirúrgico se consigue un alivio más inmediato que con el farmacológico. Las técnicas empleadas pueden ser la dilatación anal o la esfinterotomía. La dilatación anal se considera una técnica agresiva para reducir la presión del esfínter, ya que puede producir una herida imprevisible en el esfínter anal. Esta técnica presenta un número de fracasos y un porcentaje de incontinencia elevada, y numerosos autores la han abandonado.²

El tratamiento quirúrgico está indicado en aquellas personas con fisuras crónicas que no responden a las medidas higiénico-dietéticas ni al tratamiento farmacológico. Existen distintas variantes, contamos con la esfinterotomía lateral interna, la dilatación anal, la fisurectomía, y está asociada a la esfinterotomía posterior.⁵⁻⁶

La incontinencia anal postquirúrgica es una entidad que afecta con relativa frecuencia a los pacientes con esfinterotomía y es difícil definir su frecuencia de presentación, tanto en Cuba como en otros países, esto se debe a que la mayoría de los pacientes no retornan a consulta o lo hacen cuando la enfermedad está completamente instalada, por lo que no se recogen datos significativos de periodización o frecuencia, lo cual estadísticamente no existe en el codificador empleado en el sistema de registros estadísticos del MINSAP.

Teniendo en cuenta la variedad de técnicas quirúrgicas descritas, para la solución de este problema de salud, en el centro seleccionado para realizar el estudio durante muchos años se ha realizado la exéresis de la fisura, con el consiguiente retardo en la cicatrización y otras complicaciones. Hace algún tiempo se comenzó a desarrollar la esfinterotomía lateral izquierda, técnica de Notaras, con resultados favorables.

En el presente estudio nos proponemos realizar una evaluación clínica de los resultados al aplicar la técnica quirúrgica de Notaras a pacientes con fisura anal. La información obtenida permitirá conocer la incidencia de esta entidad, establecer líneas de conducta y realizar diagnósticos más precoces, pero lo fundamental será trabajar con grupos de alto riesgo en materia de prevención primaria.

Objetivo general

Determinar la efectividad de la esfinterotomía anal en los pacientes en pacientes atendidos en el Servicio de Coloproctología del Hospital Vladimir Ilich Lenin en el periodo de Septiembre de 2016 a junio de 2018.

Objetivos específicos.

- Caracterizar los pacientes según las variables siguientes: edad, sexo, raza, estadía hospitalaria y complicaciones posoperatorias.
- Describir el comportamiento de la incontinencia posoperatoria según las variables: el tiempo de aparición, permanencia y tipo.

Marco teórico.

La fisura anal (F.A) es una úlcera lineal que afecta al anodermo y cubre la mitad inferior del esfínter anal interno (E.A.I).⁷ Generalmente se diagnostica en adultos jóvenes, puede observarse a cualquier edad con una incidencia similar en ambos sexos.⁸ La F.A es un desorden común, sin embargo su incidencia exacta es desconocida. Frecuentemente puede ser mal diagnosticada como hemorroides por muchos médicos. Esta entidad es rara en pacientes menores de 20 años, pero suele ser la causa más común de sangrado defecatorio en el niño,⁹ constituye el 15 y 20% respectivamente de las consultas e intervenciones realizadas en una Unidad de Coloproctología. La prevalencia de la F.A, según los diferentes estudios y la edad de la población estudiada, son muy variables y oscila entre el 4 y el 86% .¹⁰

La fisura anal se sospecha en pacientes que describen un dolor desgarrante con el paso de las deposiciones y postevacuación, asociado en ocasiones a pequeños restos de sangre roja en el papel al limpiarse. El prurito y la secreción anal suelen estar presentes en la fase crónica de la lesión. El diagnóstico se establece mediante la inspección anal,

mientras el paciente realiza una maniobra de defecación. Dada la hipertonia y el dolor en el canal anal, la separación de los márgenes anales para realizar la inspección debe hacerse con mucho cuidado y, precisa comúnmente la aplicación tópica de anestésicos en forma de pomadas o inyectables.

La fisura anal aguda se caracteriza por ser un desgarramiento superficial de bordes limpios, mientras que la fisura anal crónica por evolución de la aguda, que se transforma en un desgarramiento profundo con una úlcera de bordes indurados, en cuyo lecho pueden apreciarse las fibras blanquecinas del E.A.I y, generalmente, se acompañan de un pliegue cutáneo indurado en el extremo distal y una papila hipertrófica en el borde proximal.

El tratamiento puede ser farmacológico, incluye entre sus variantes más aceptadas en la clínica las siguientes:¹¹

- Inyección intraesfintérica de toxina botulínica (5-25 U). Esta técnica, en los escasos estudios controlados existentes, consigue la curación de la úlcera y el alivio sintomático en el 80-100% de los casos a los 6 meses de su aplicación, y produce una disminución de las presiones del canal anal transitoria, entre 4 y 8 semanas. Los pacientes que no responden a la primera inyección o que presentan recidiva pueden recibir una segunda dosis con una posibilidad de respuesta superior al 60%. Hasta un 7% de pacientes pueden presentar incontinencia de gases leve y transitoria. El porcentaje de recidiva a los 4 años tras la cicatrización es superior al 40%, en relación con la localización anterior de la fisura, mayor tiempo de evolución o necesidad de dosis repetidas.
- Pomada con nitroglicerina al 0,2-0,4%, 2 veces al día y siempre después de cada deposición. El porcentaje de curación oscila entre el 40 y el 60% a las 4-8 semanas. El efecto secundario más frecuente es la cefalea.

Cuando fracasa el tratamiento médico debe indicarse el quirúrgico. Actualmente se considera la esfinterotomía lateral del E.A.I como el tratamiento más seguro y eficaz.^{12,13,14} Antes de realizar el tratamiento quirúrgico es recomendable una manometría donde se observa la existencia de hipertonia del canal anal. El efecto secundario más importante es la presencia de incontinencia anal leve (fundamentalmente de gases), que puede llegar

al 30-45% en el postoperatorio inmediato y el 6-30% a largo plazo, siendo más frecuente en mujeres, sobre todo en multíparas. Por ello, el tratamiento médico en pacientes de alto riesgo de incontinencia poscirugía debe ser completo. La variedad de tratamientos para la Fisura anal incluye la dilatación anal, la esfinterotomía lateral abierta o cerrada, la esfinterotomía posterior en la línea media y el colgajo cutáneo de avance.

Desde la descripción realizada en 1969 por Notaras,¹⁵ del abordaje lateral y subcutáneo, ha habido pocos cambios en la técnica durante los últimos 30 años,¹⁶ y desde entonces son numerosas las publicaciones que han demostrado la seguridad y eficacia de la esfinterotomía lateral del E.A.I.^{17,18} Estudios prospectivos y randomizados comparando la esfinterotomía posterior versus lateral favorecen a esta última, actualmente es el tratamiento de elección de la fisura anal para la mayoría de los cirujanos.

La esfinterotomía lateral interna puede realizarse mediante una técnica abierta o cerrada (subcutánea) y bajo anestesia local o general. Ambos métodos obtienen disminuciones presivas adecuadas y equivalentes. Lewis y colaboradores¹⁹ en un estudio prospectivo no hallaron diferencias entre ambos métodos respecto a la tasa de recurrencia, las complicaciones postoperatorias o el deterioro de la continencia. Sin embargo, García-Aguilar en un estudio retrospectivo observó mayores tasas de ensuciamiento e incontinencia fecal tras la realización de esfinterotomía abierta.

Asimismo, aunque ha habido estudios defendiendo la superioridad de la anestesia general para la realización de la esfinterotomía lateral subcutánea, actualmente se acepta por la mayor parte de autores que ésta puede realizarse de un modo seguro y efectivo bajo anestesia local de manera ambulatoria.

En las primeras descripciones se postuló la conveniencia de dividir el E.A.I en toda su longitud, sin embargo el objetivo actual es conseguir la división del tercio o la mitad distal del mismo. A este respecto, debe prestarse particular atención a la profundidad y longitud de la esfinterotomía en pacientes mayores de 40 años y en mujeres, fundamentalmente si asocian un traumatismo obstétrico previo. Tal vez un estudio manométrico preoperatorio en estos pacientes podría determinar con exactitud la longitud de esfínter que debe ser seccionado.²⁰

Estudios que muestran el efecto de esta técnica sobre las presiones anales, con una media de reducción presiva del 25-50% pero con variaciones considerables entre individuos. Normalmente la reducción presiva es suficiente para permitir la cicatrización de la fisura anal que alcanza tasas de éxito en cuanto a la cicatrización de la fisura mayores del 90%, los fracasos clínicos normalmente son debidos a una técnica quirúrgica inadecuada.

Aunque esta técnica es simple y efectiva, según referencia Khubchandani IT, Reed JF.²¹ su principal desventaja es su potencial posibilidad de originar alteraciones de la continencia. Se han publicado numerosos artículos con diferentes tasas de deterioro de la continencia tras esfinterotomía lateral interna. Éstos muestran cifras de afectación de la misma tan altas como el 38%, y aunque la mayor parte de los casos se trata de alteraciones menores (ensuciamiento, incontinencia a gases) y transitorias, en ocasiones pueden llegar a ser completas y permanentes.

Se considera que la esfinterotomía lateral interna es el tratamiento más eficaz de la fisura anal crónica, Rosen y colaboradores,²² sugieren precaución en su práctica, fundamentalmente en pacientes ancianos y en aquellos con diarrea, síndrome del intestino irritable, diabetes, o en fisuras recurrentes ya tratadas con cirugía previa. En manos experimentadas constituye un tratamiento seguro, con escasas complicaciones y con un alto grado de satisfacción para el paciente. Además, su coste económico es bajo y puede realizarse bajo anestesia local de modo ambulatorio. Todo ello sugiere que la esfinterotomía lateral interna debe continuar como tratamiento de elección de la F.A.C.²²

Boulos PB, Araujo JG.²⁷ Así como Kortbeek JB, Langevin JM, Khoo RE, Heine JA.²⁸ destacan que los resultados a corto plazo en estudios comparativos aleatorizados entre ambas técnicas mostraban su similitud, sin presentar resultados clínicos y manométricos a largo plazo. En estudios prospectivos-aleatorizados más recientes con seguimiento clínico-manométrico a largo plazo se ha demostrado que la realización de la técnica cerrada o abierta no presenta diferencias en la recidiva ni en la morbilidad.

Las complicaciones posoperatorias de la F.A por medio de la esfinterotomía se clasifican según el Consenso de fisura anal. Auspicio Sociedad Cubana de Coloproctología⁴⁵ en inmediatas con manifestaciones de: dolor excesivo, retención urinaria, hemorragia,

hematoma o equimosis. Las mediatas están en el orden de: absceso perianal, fistula anal, prolapso de hemorroides internas y sepsis. Mientras que las tardías se manifiestan en: falsa cicatrización, resumamiento anal, retardo en la cicatrización, ectropion de la mucosa, ano húmedo e incontinencia anal.

Si analizamos las altas y variables tasas de incontinencia (0-66%) descritas en la bibliografía de la E.L.I por Simkovic D, Smejkal K, Hladik P.²⁹ y Hyman N.³⁰ dos hechos importantes se deben destacar. En primer lugar, hay una “reversibilidad” de la incontinencia con el paso del tiempo. No obstante, en otros trabajos de Arroyo A, Perez F, Serrano P, Candela F, Calpena R^{31,32,33} las tasas iniciales de hasta un 7,5% de los pacientes con puntuaciones altas de incontinencia en la escala de Cleveland disminuyen con el tiempo a tasas < 5%, con una reducción significativa en las puntuaciones. En segundo lugar, estas tasas de incontinencia definitivas < 5% difieren de las más altas descritas en la bibliografía, de hasta el 66%.

Se considera que esto es debido, además de a las diferencias metodológicas en la forma de medición y el tiempo de seguimiento ya comentadas, a la realización de la técnica bajo anestesia local. Es un hecho bien demostrado que la realización de la ELI bajo anestesia local, por su mayor dificultad técnica y la menor relajación de la musculatura perineal con respecto a otros tipos de anestesia (general o raquídea), condiciona una menor sección del E.A.I distal. Esta sección más distal y limitada produce una menor tasa de incontinencia sin aumentar significativamente las tasas de recidiva y evita la morbilidad asociada con la anestesia general o regional en comparación con la local destaca: Al-Raymoony AE.³⁴

A pesar de esta tasa baja de incontinencia, hay un grupo de pacientes con ciertos condicionantes (> 50 años, incontinencia previa, factores de riesgo de incontinencia conocidos como cirugía anal previa, múltiples partos vaginales, diabetes, enfermedad inflamatoria intestinal) o con fisura anal sin hipertoniya asociada^{12,22,62} en el que hay un mayor riesgo de incontinencia residual tras la cirugía, por lo que debemos evitarla como primera opción terapéutica y buscar otras alternativas, como la esfinterotomía química, que no produce incontinencia residual.

La incontinencia anal se define como el escape involuntario de heces o gases por el ano, puede estar condicionada por un tratamiento quirúrgico como la F.A.C. Según la etiología: incontinencia primaria, cuando la causa radica en una alteración a nivel de las estructuras anorrectales y neurológicas implicadas en la continencia fecal, e incontinencia secundaria cuando acontece a pesar de la integridad de éstas.¹¹ En la clasificación de la incontinencia anal según la existencia de lesiones: se divide en incontinencia fecal funcional e incontinencia fecal con lesiones estructurales anorrectales. Por su parte según la gravedad: se caracteriza como incontinencia menor, escape de gases o heces líquidas e incontinencia mayor, escape de heces sólidas.¹¹⁻¹³

Los estudios que analizan la ocurrencia de la incontinencia anal por la realización de la tradicional esfinterotomía lateral interna destacan que la técnica quirúrgica cicatriza efectivamente una F.A.C en más de un 95% en al menos 3 semanas, con una incontinencia anal encontrada de menos del 3%, aunque existen estudios de largo plazo que muestran una tasa de incontinencia a gases y filtración mínima de deposiciones (soiling) de hasta 38%.³⁵

Asegura la Organización Panamericana de Salud,³⁶ que la esfinterotomía lateral interna como tratamiento definitivo de la fisura anal crónica es un método sencillo de realizar de escasa morbilidad y nula mortalidad, pero se han reportado cifras de incontinencia fecal que varían entre el 0 y 30%.

La incontinencia fecal sigue siendo el talón de Aquiles de la cirugía de la F.A mediante esfinterotomía anal, clasificada como leve, principalmente a gases, ya que la puntuación fue entre 1 y 3, que se corrigió espontáneamente antes de dos semanas, plantean las investigaciones observacionales de Charúa Guindic L, et al.³⁷ Entre los datos más significativos que refieren bajo nivel de incontinencia fecal está el caso de: Llanes Díaz G, et al.¹ que sostiene que la aparición de incontinencia fecal, tras la cirugía está en las tasas de incontinencia a gases o ensuciamiento del 0 a 39 % e incontinencia fecal hasta en 16 % de casos. O en el caso de Garg P, Garg M, Menon GR.¹demostrando que con una muestra de ^{4,5,12} pacientes, la tasa de incontinencia a gases fue solo del de 9%.

Diseño metodológico.

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal de serie de casos, para determinar los resultados del tratamiento por Esfinterotomía anal en pacientes atendidos en el Servicio de Coloproctología del Hospital Provincial “Vladimir Ilich Lenin” de Holguín, en el período Julio 2016 a enero 2018. El universo estuvo integrado por todos los pacientes que presentaron fisura anal, atendidos en el Servicio de Coloproctología mientras la muestra quedó constituida por los 50 enfermos que cumplieron los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

- Pacientes que fueron tratados con la esfinterotomía anal lateral por técnica de Notaras con previo consentimiento informado

Criterios de exclusión:

- Pacientes con incontinencia anal sin haber sido sometidos a esfinterotomía anal.
- Pacientes que no estén de acuerdo en participar en el estudio.
- Pacientes que no se encuentren en el momento de la investigación, por estar fuera del área

Se utilizaron métodos teóricos para la revisión de documentos y bibliografías de las temáticas afines con el objeto de investigación. Así como el análisis-síntesis, inducción-deducción, y el método de análisis histórico lógico. Se recogió la información prudente y necesaria para el estudio a través de las historias clínicas institucionales individuales, tanto quirúrgicas como anestésicas y se confeccionó una base de datos que incluyó las variables de interés. Se aplicaron como métodos teóricos y empíricos los siguientes: análisis documental.

Los datos obtenidos fueron procesados después de su revisión. Se confeccionó una base de datos con la ayuda del paquete EPI: INFO, versión 6.04; para el procesamiento fue utilizada una computadora Pentium IV. Los resultados se exponen en cuadros de distribución simple, expresados en números enteros y porcentajes; para el trabajo con la información obtenida y procesada sirvió el programa Microsoft EXCEL. Se arribó a conclusiones que respondieron adecuadamente los objetivos trazados y fueron hechas las recomendaciones pertinentes.

Aspectos éticos.

Se les realizará un consentimiento informado por escrito a cada paciente del grupo de estudio para garantizar la confidencialidad de la investigación y de los datos, declarando el uso de estos sólo con fines investigativos. (Anexo 1). Se tendrán en cuenta los principios éticos de la investigación establecido por comisión de ética internacional es decir explicar oralmente a los pacientes que se les aplicará la encuesta, abordando su pertinencia además de exponer los objetivos, métodos, beneficios esperados, la alternativa de participar o no.

Las molestias a las que pudieran estar sometidos y declaración de su consentimiento, además se les informó del derecho a participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias, pidiéndole su aprobación. Manteniendo el respeto a su criterio de participar o no, así como la debida discreción por los aspectos que pueda aportar al proceso investigativo.

Se informa a la dirección del Hospital Universitario Provincial “Vladimir Ilich Lenin”, a su comité de ética de las investigaciones, y se les explicará detalladamente los objetivos de esta investigación, solicitando de ellos su autorización para realizarla.

Análisis y discusión de los resultados.

Al analizar la distribución según grupos de edades y el género en la Tabla 1. Se observa que predominó el grupo de edad de 40 a 49 años para el 58.0%, siendo muy poco frecuente en pacientes de 20 a 29 años, no se presentaron casos de 60 años o más.

Vila y colaboradores,⁴⁰ sostienen que la edad de mayor prevalencia en pacientes con F.A fue entre 21 y 40 años lo cual no coincide con este estudio. Charúa³⁷ reporta que puede presentarse en cualquier edad. Varios autores reportan el promedio de aparición de la F.A alrededor de los los 40 años,¹³⁻²⁹ los que coinciden con los obtenidos en el presente estudio.

Tabla 1. Distribución de los pacientes según edad. Hospital Universitario Provincial “Vladimir Ilich Lenin” de Holguín. Julio 2016-enero 2018.

Grupo de edades	No.	%
20-29 años	2	4.0
30-39 años	12	24.0
40-49 años	29	58.0
50-59 años	7	14.0
Total	50	100

Fuente: Modelo de encuesta de elaboración propia.

La tabla 2 muestra que la equivalencia entre sexos es de un 52 % para los hombres y de un 48 % para las mujeres, lo que es coincidente con los hallazgos bibliográficos consultados. Caeiro Castela⁴⁴ también reporta una incidencia igual en ambos sexos con mayor frecuencia en la edad media de la vida. Bennett,⁴² mostró sus experiencias más comunes en adultos jóvenes, con una incidencia similar en ambos sexos, similar reporte de González Carro y colaboradores.⁴³ en una muestra encontraron 50% de ocurrencia en correspondencia con el sexo.

Tabla 2. Sexo de los pacientes operados de F.A mediante la técnica quirúrgica de esfinterotomía anal en el Hospital Universitario Provincial “Vladimir Ilich Lenin” de Holguín. Julio 2016-enero 2018.

Sexo	No.	%
Masculino	26	52.0
Femenino	24	48.0
Total	50	100

Fuente: Modelo de encuesta de elaboración propia.

La autora considera que la incidencia en mujeres en su centro, está avalada por los factores predisponentes a la fisura, en este caso los partos y el estreñimiento crónico. En relación a la distribución por raza se muestra en la tabla 3. Se presentó una incidencia muy similar en cada raza, por lo que la diferencia no resulta altamente significativa. En el

caso de la raza negra presenta un 36%, solo con un 2 % superior a la raza blanca al mostrar como resultado un 34%.

La frecuencia absoluta de Fisura Anal no muestra un criterio definitivo entre las razas, puede declararse que la fisura anal no guarda relación con la raza. Autores que han realizado estudios en Europa y Estados Unidos reportan que en cuanto a raza afecta a cualquiera de estas sin incidencia específica en una u otra.⁴³⁻⁴⁵

De manera general la bibliografía consultada utiliza muy poco la variable raza en el contexto sociodemográfico para este tipo de investigaciones. La autora sostiene estos resultados, que se esperaban por la mezcla de razas característicos de la población en estudio, aunque el tamaño de la muestra pudo influir para la comparación.

Tabla 3. Raza de los pacientes operados de F.A mediante la técnica quirúrgica de esfinterotomía anal en el Hospital Universitario Provincial “Vladimir Ilich Lenin” de Holguín. Julio 2016-enero 2018.

Raza	No.	%
Blanco	17	34.0
Mestizo	15	30.0
Negro	18	36.0
Total	50	100

Fuente: Modelo de encuesta de elaboración propia.

La Tabla 4. presenta la distribución según la Estadía hospitalaria. El 94% de los paciente fueron dados de alta antes de las 12 horas de operados, se trataron con anestesia local y modalidad ambulatoria. Solo un 6% de la muestra requirió más tiempo, ya que hubo necesidad de observación y otro tipo de tratamientos que requirieron atención intrahospitalaria. Pero todos los pacientes habían recibido el alta en las 24 horas de realizada la intervención.

Arroyo et al.,⁴⁶ Hiltunen KM.⁴⁷ y Al-Raymoony AE.⁴⁸ muestran coincidencia con el estudio presente, el hecho de que no se requieran hospitalización, quirófano ni preparación preoperatoria, así como el alta inmediata tras esta cirugía con anestesia local permiten su realización de forma ambulatoria en la propia consulta, con lo que se resuelve de manera rápida y eficaz un problema socioeconómico incapacitante y motivo de baja laboral.⁴⁹⁻⁵⁰

El logro de la disminución de la estadía hospitalaria, según opinión de la autora favorece los índices de calidad hospitalarios y repercute en una ventaja para los pacientes, pero a su vez requiere una preparación preoperatoria adecuada para minimizar riesgos quirúrgicos en enfermos con comorbilidades.

Tabla 4. Distribución según la estadía hospitalaria. Hospital Universitario Provincial “Vladimir Ilich Lenin” de Holguín. Julio 2016-enero 2018.

Estadía hospitalaria	No.	%
<i>Menos de 12 horas</i>	<i>47</i>	<i>94.0</i>
entre 12 y 24 horas	3	6.0
Total	50	100

Fuente: Modelo de encuesta de elaboración propia.

En la Tabla 5. se presenta la distribución según la ocurrencia de complicaciones post operatorias, observando la ausencia de complicaciones en el 94.0% de los enfermos. Solo el 6.0%, concretamente en el estudio los tres pacientes que presentaron dificultades posteriores a la práctica de la técnica quirúrgica.

Tabla 5. Distribución según ocurrencia de complicaciones posoperatorias en el Hospital Universitario Provincial “Vladimir Ilich Lenin” de Holguín. Julio 2016-enero 2018.

Complicaciones transoperatorias	No.	%
Sí	3	6.0
<i>No</i>	<i>47</i>	<i>94.0</i>
Total	50	100

Fuente: Modelo de encuesta de elaboración propia.

En relación a la distribución según el Tiempo transcurrido desde la operación hasta la aparición de la incontinencia que se presenta en la Tabla 6, existió un 94,0% de pacientes operados sin incontinencia. Los enfermos que padecieron incontinencia solo representaron el 6,0% del total, esta se presentó en el primer mes de operado.

Autores revisados plantean que las complicaciones con la esfinterotomía anal son bajas, en estudios de Hananel y Gordon,⁵¹ en 265 esfinterotomizados tuvieron 8,7% de complicaciones menores que se solucionaron con tratamiento médico.

En la literatura se plantea que la incontinencia fecal, es la más común entre las complicaciones de la esfinterotomía anal clasificada como leve, principalmente a gases, ya que la puntuación fue entre 1 y 3.³⁷ Si bien la tasa a corto plazo de las complicaciones es muy baja afirma Murúa Barbenza A.⁴ que la falta de trabajos que estudien resultados a largo plazo no permite una evaluación de las complicaciones de esta técnica quirúrgica. Esta autora coincide con los criterios presentados por los autores antes mencionados en cuanto a la evolución y tratamiento de la incontinencia, así como el bajo grado de aparición de esta complicación.

La evaluación del grado de continencia o no, como complicación está asociada íntimamente a otra variable estudiada, el tipo de incontinencia presentado en la Tabla 7. Se mostró un 6,0% de incontinencia de carácter transitorio que coincidió en los pacientes con el tipo, todos a la expulsión de gases, se considera un porcentaje permisible, con efecto transitorio, aportando crédito a la aplicación de la técnica quirúrgica que se evalúa. Charúa Guindic L, et al.³⁷ reporta también bajos índices y una remisión espontánea antes de dos semanas. Hequera JA.⁵² con esta técnica en 287 pacientes sometidos a esfinterotomía anal en estudio no tuvieron incontinencia.

Tabla 6. Distribución según el tiempo transcurrido desde la operación hasta la aparición de la incontinencia. Hospital Universitario Provincial “Vladimir Ilich Lenin” de Holguín. Julio 2016-enero 2018.

Tiempo para la aparición de la incontinencia	No.	%
Primeras 48 horas	---	---
De 48 horas a un mes	3	6.0
Más de 3 meses	---	---
<i>Sin incontinencia</i>	47	94.0
Total	50	100

Fuente: Modelo de encuesta de elaboración propia.

Se ha descrito que la esfinterotomía podría llegar a producir un grado de incontinencia hasta en el 35% de los casos declara Sharp FR.⁵³ Esta complicación es una realidad y aparece cuando se siguen los pacientes en períodos prolongados de tiempo. Heguera, reporta solo complicaciones menores y transitorias como control imperfecto para gases (1,4%), ensuciamiento leve (0,35%) y urgencia defectoria (0,7%). También reporta cuatro recurrencias y una persistencia de la fisura.⁵² Según este autor ha encontrado pacientes con molestias por pérdida de gases y deposiciones escasas a los cinco o más años de evolución. La incidencia real en nuestro medio la ignoramos, porque la gran mayoría de los pacientes se pierden del control, pero impresiona ser mucho menor al porcentaje anteriormente citado.

Otros autores expresan que las complicaciones postquirúrgicas observadas a corto plazo con estas técnicas incluyen la incontinencia fecal a sólidos y gases, hemorragia y sepsis local, que han sido reportadas entre un 8 y 15%.⁵⁰

Tabla 7. Distribución según el tiempo de permanencia de la incontinencia. Hospital Universitario Provincial “Vladimir Ilich Lenin” de Holguín. Julio 2016-enero 2018.

Tiempo de permanencia de la incontinencia	No.	%	Tipo de incontinencia	No.	%
Transitoria	3	6.0	De gases	3	6.0
Permanente	---	---	De heces	---	---
Total	50	100	Total	50	100

Fuente: Modelo de encuesta de elaboración propia.

En un estudio controlado estandarizado de esta técnica se encontraron resultados similares a los mencionados.⁵⁴ El período de aparición de complicaciones y específicamente de la incontinencia anal es variable según la bibliografía. En el estudio de González Carro y cols.⁴³ dos pacientes presentaron incontinencia anal ligera y transitoria durante dos semanas. En recientes revisiones Pernikoff y cols.⁵⁵ enfatizan en la importancia del seguimiento a largo plazo, ya que los índices de incontinencia fecal pueden ser hasta de un 15%.

Autores que han iniciado la técnica presenta un número de fracasos y un porcentaje de incontinencias elevadas, y opinan que debería ser abandonada.⁵⁶ Criterio que no se comparte pues el estudio que se realiza demuestra que no solo el índice de incontinencia es poco significativo, sino que además de ser leve o transitorio aparece a poco tiempo de la cirugía y desaparece también de manera temprana.

Se aprecia que el mayor número de autores y sobre todo que han tratado el perfeccionamiento de la esfinterotomía anal, sostienen la calidad del tratamiento quirúrgico, así como validan las bajas tasas de incontinencia y que en todos los casos son leves o transitorias, con lo que coincide este trabajo.

Un pequeño grupo de investigadores sostienen una tendencia al tratamiento farmacológico, lo cual no limita el riesgo de incontinencia anal, en el caso de la utilización del dinitrato de isosorbida según Torres Dugarte CG.⁵⁷ o con la toxina botulínica a dosis altas como plantea González Carro y colaboradores.⁴³

Brisinda G, María G, Sganga G. et al.⁵⁸ plantea que hay en el caso de la incontinencia fecal tras la esfinterotomía anal una incontinencia transitoria para gases menor al 10%. Jost Wh, Schrank B.⁵⁹ y María G, Caseta E, Gui D.⁶⁰ presentan una incontinencia para materia fecal menor al 5%. Garg P, Garg M y Menon GR.³⁹ plantean que la tasa de incontinencia a gases fue de 9%. Los criterios coinciden relativamente a diferencia de Mínguez Pérez M, Sánchez Soler V. quienes declaran que actualmente se considera la esfinterotomía lateral del EAI como el tratamiento más seguro y eficaz superior al 90%.¹¹

Antes de realizar el tratamiento quirúrgico es recomendable observar la existencia de hipertonia del canal anal mediante la realización de una manometría. El efecto secundario más importante es la presencia de incontinencia anal leve (fundamentalmente de gases), que puede ser de hasta el 30-45% en el postoperatorio inmediato y del 6-30% a largo plazo.

Conclusiones.

- El diagnóstico es mayor en adultos jóvenes, con una incidencia similar en ambos sexos y razas.
- La esfinterotomía anal como técnica quirúrgica demuestra una eficacia significativa. La estadía hospitalaria fue mínima al emplear anestesia local y la modalidad ambulatoria.
- Las complicaciones transoperatorias fueron escasas posterior a la práctica quirúrgica y el índice de incontinencia de gases es poco significativo, es leve o transitorio, aparece a poco tiempo de la cirugía y desaparece también de manera temprana.

Recomendaciones.

La elaboración de una guía clínica de diagnóstico, tratamiento y seguimiento a pacientes con Fisura Anal tratados por la esfinterotomía anal por técnica de Notaras.

Referencias bibliográficas.

1. Garg P, Garg M, Menon GR. Trastornos de la continencia a largo plazo de la esfinterotomía lateral interna. Rev Chil Cir. 2014; 66 (1):92.
2. Consenso Nacional de Fisura Anal, 2011. Sociedad Cubana de Coloproctología. La Habana, Cuba. [citado 20 ene 2017] Disponible en: [http://files.sld.cu/coloproctologia/files/2011/05/consenso-nacional-fisura-anal-2011-2 .pdf](http://files.sld.cu/coloproctologia/files/2011/05/consenso-nacional-fisura-anal-2011-2.pdf)
3. Hequera JA. Fisura anal. Cir digest. [Internet]. 2009 [Citado 2 abr 2018]; 3: 317: 1-13. Disponible en: <http://www.sacd.org.ar/tsetentaysiete.pdf>
4. Charúa Guindic L. Fisura anal. [Internet]. 2016 [Citado 2 abr 2018]; 149-158. Disponible en: <http://someal.org/wp-content/uploads/2016/05/Fisura-anal-Dr.-Charua.pdf>
5. Murúa Barbenza A. Fisura anal .Cuad Cir [Internet]. 2001 [Citado 2 abr 2018]; 15: 58-60. Disponible en: <http://mingaonline.uach.cl/pdf/cuadcir/v15n1/art11.pdf>
6. Vila S, Garcia C, Piscocoya A, De los Ríos R, Pinto J L., Huerta-Mercado J, [et all]. Uso de Trinitrato de Glicerol en ungüento para el manejo de la Fisura Anal Crónica en

- el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Rev. Gastroenterol. Perú; 2009; 29-1: 33-39.
7. Alonso-Coello P, Marzo-Castillejo M, Mascort J J , Hervás A J , Viña L M. Guía de práctica clínica sobre el manejo de las hemorroides y la fisura anal (actualización 2007) Gastroenterol Hepatol. 2008; 31(10):668-81.
 8. Corman MI. Anal fissures. In: Corman ML, ed. Colonet. Rectal Surgery, 5th edn. Philadelphia, PA: Lippincott Williams Wilkins; 2015: 255-77.
 9. Lund JN. Nitric oxide deficiency in the internal anal sphincter of patients with chronic anal fissure. Int J Colorectal Dis [Internet]. 2006 Oct [Citado 2 abr 2018];2 (7):673-5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16052310>.
 10. Jost WH, Schimrigk K. Therapy of anal fissure using botulin toxin. Dis Colon Rectum. [Internet]. 2014 [Citado 2 abr 2018]; 37:1321-4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2366122/>
 11. Johanson JF, Sonnenberg A. The prevalence of hemorrhoids and chronic constipation. An epidemiologic study. Gastroenterology. 2013; 98:380-6.
 12. Mínguez Pérez M, Sánchez Soler V. Enfermedad recto anal benigna. [Internet]. [Citado 2 may 2018]. Disponible en: <http://www.studentconsult.es/bookportal/seccion-iii-intestino/9788475927220/500/716.html>
 13. Bleday R, Breen E. Treatment of Hemorrhoids. Up To Date. [Internet]. 2010 [Citado 2 abr 2018]; 18(1). Disponible en: <https://www.webmd.com/digestive-disorders/hemorrhoid-home-care#1>
 14. Madoff RD, Fleshman JW. AGA. Technical Review on the Diagnosis and care of Patients With Anal Fissure. Gastroenterology. 2013; 124:235-45.
 15. Nelson R. Operative procedures for fissure in ano. Cochrane Database Syst Rev. [Internet]. 2015 [Citado 2 abr 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22071803>
 16. Notaras MJ. Anal fissure and stenosis. Surg Clin North Am 1988; 68: 1427-40.
 17. Oettlé GJ. Glyceryl trinitrate vs sphincterotomy for treatment of chronic fissure-in-ano. Dis Colon Rectum 2017; 40: 1318-20.
 18. Abcarian H. Surgical correction of chronic anal fissure: results of lateral internal sphincterotomy vs. fissurectomy-midline sphincterotomy. Dis Colon Rectum. 1980; 23:31-6.

19. Hsu TC, Mackeigan JM. Surgical treatment of chronic anal fissure: a retrospective study of 1,753 cases. *Dis Colon Rectum* 1984; 27:457-8.
20. Lewis TH, Corman ML, Prager ED, Robertson WG. Long-term results of open and closed sphincterotomy for anal fissure. *Dis Colon Rectum*. 1988; 31:368-71.
21. Ruiz MD, Alós R, Roig JV. Anal fissure. *Rev Soc Valencia Patol Dig* 2012; 21(1):65-72.
22. Khubchandani IT, Reed JF. Sequelae of internal sphincterotomy for chronic fissure in ano. *Br J Surg*. 1989; 76:431-4.
23. Rosen L, Abel ME, Gordon PH, et al. Practice parameters for the management of anal fissure. *Dis Colon Rectum* 2012;35:206-8.
24. Argov S, Levandovsky O. Open lateral sphincterotomy is still the best treatment for chronic anal fissure. *Am J Surg*. 2012; 179:201-2.
25. Saad AM, Omer A. Surgical treatment of chronic fissure-in-ano: a prospective randomised study. *East Afr Med J*. 2012; 69:613-5.
26. Aysan E, Aren A, Ayar E. A prospective, randomized, controlled trial of primary wound closure after lateral internal sphincterotomy. *Am J Surg*. 2014; 187:291-4.
27. Giral A, Memisoglu K, Gultekin Y, Imeryuz N, Kalayci C, Ulusoy NB, et al. Botulinum toxin injection versus lateral internal sphincterotomy in the treatment of chronic anal fissure: a non-randomized controlled trial. *BMC Gastroenterol*. [Internet]. 2014 [Citado 2 abr 2018]; 4:7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15035674>
28. Boulos PB, Araujo JG. Adequate internal sphincterotomy for chronic anal fissure: subcutaneous or open technique? *Br J Surg*. 1984; 71:360-2.
29. Kortbeek JB, Langevin JM, Khoo RE, Heine JA. Chronic fissure-in-ano: a randomized study comparing open and subcutaneous lateral internal sphincterotomy. *Dis Colon Rectum*. 2012; 35:835-7.
30. Simkovic D, Smejkal K, Hladik P. Evaluación de los efectos de la esfinterotomía en los enfermos tratados por fisura anal crónica. *Rev Esp Enf Dig*. 2014; 6:399-401.
31. Hyman N. Incontinence after lateral internal sphincterotomy: a prospective study and quality of life assessment. *Dis Colon Rectum*. 2014; 47:35-8.
32. Arroyo A, Perez F, Serrano P, Candela F, Calpena R. ¿Disminuye la tasa de incontinencia tras la esfinterotomía lateral interna para el tratamiento de la fisura anal crónica la realización de la misma con anestesia local? *Cir Esp*. 2013; 73:177.

33. Arroyo A, Pérez F, Serrano P, Candela F, Lacueva J, Calpena R. Surgical vs chemical (botulinum toxin) sphincterotomy for chronic anal fissure. Long-term results of a prospective randomized clinical and manometric study. *Am J Surg.* 2015; 189:421-34.
34. Arroyo A, Perez F, Serrano P, Candela F, Calpena R. Open vs close lateral sphincterotomy performed as an outpatient procedure under local anaesthesia for chronic anal fissure. Prospective randomized study of clinical and manometric long-term results. *J Am Coll Surg.* 2014; 199:361-7.
35. Al-Raymoony AE. Surgical treatment of anal fissure under local anesthesia. *Saudi Med J.* 2011; 22:114-6.
36. Williams N, et al. Effect of lateral sphincterotomy on internal anal sphincter function. A computerized vector manometry study. *Dis Colon Rectum.* 2015; 38: 700-4.
37. Organización Panamericana de la Salud. Tratamiento de la F.A.C por esfinterectomía anal. 2014
38. Charúa Guindic L. Tratamiento de la fisura anal crónica con toxina botulínica tipo A. *Rev Gastroenterol Mex.* [Internet]. 2017 [Citado 2 abr 2018]; 72 (1). Disponible en: <http://aeeh.es/wp-content/uploads/2012/05/v2n3a114pdf001.pdf>
39. Llanes Díaz G, et al. Fisura anal. Una revisión de la patología. Servicio de atención terciaria de salud y Coloproctología. México; 2015.
40. Garg P, Garg M, Menon GR. Revisión sistemática y meta-análisis de una esfinterotomía lateral interna en el manejo de la fisura anal crónica: *Rev Chil Cir.* [Internet]. 2014 Feb [Citado 2 abr 2018]; 66 (1). Disponible en: <http://aeeh.es/wp-content/uploads/2012/05/v2n3a114pdf001.pdf>
41. Vila S, García C, Piscoya A, De los Ríos R, Pinto JL, Huerta-Mercado J, Bussalleu J. Uso de Trinitrato de Glicerol en ungüento para el manejo de la Fisura Anal Crónica en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Rev Gastroenterol Perú.* 2009; 29-1: 33-39.
42. Vila S, García C, Piscoya A, De los Ríos R, Pinto JL, Huerta-Mercado J, Bussalleu J. Uso de Trinitrato de Glicerol en ungüento para el manejo de la Fisura Anal Crónica en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Rev. Gastroenterol. Perú;* 2009; 29-1: 33-39.

43. Bennett RC, Goligher JC. Results of internal sphincterotomy for anal fissure. *BMJ* 1962;2: 1500-3.
44. Anal fissure. En: Corman ML. *Colon and rectal surgery*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 2016. p. 206-23.
45. González Carro P, Pérez Roldán F, Legaz Huidobro ML, R. Torres Herrera F, Ruiz Carrillo J, Sáez Bravo M, Pedraza Martín C. Tratamiento de la fisura anal con toxina botulínica a dosis altas. Hospital General La Mancha-Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real; 2013.
46. Caeiro Castelao J. Fisura anal. *Guías Clínicas en Atención Primaria. Atención Primaria en la Red*. [Internet]. [Citado 2 abr 2018]. Disponible en: <http://www.fisterra.com>
47. MIINSAP. Consenso de fisura anal. Auspicio Sociedad Cubana de Coloproctología. [Internet]. [Citado 2 abr 2018]. Disponible en: [http://files.sld.cu/coloproctologia/files/2011/05/consenso-nacional-fisura-anal-2011-2 .pdf](http://files.sld.cu/coloproctologia/files/2011/05/consenso-nacional-fisura-anal-2011-2.pdf)
48. Sánchez A, Arroyo A, Pérez F, Serrano P, Candela F, Tomas A, et al. Esfinterotomía lateral interna abierta con anestesia local como gold standard en el tratamiento de la fisura anal crónica. Estudio prospectivo clínico-manométrico a largo plazo. *Rev Esp Enf Dig*. 2014; 96:856-63.
49. Hiltunen KM. Anal manometric findings in patients with anal incontinence. *Dis Colon Rectum*. 2015; 12:925-8.
50. Al-Raymoony AE. Surgical treatment of anal fissure under local anesthesia. *Saudi Med J*. 2011; 22:114-6.
51. Neufeld DM, Paran H, Bendahan J, Freund U. Outpatient surgical treatment of anal fissure. *Eur J Surg*. 1995; 161:435-8.
52. Carditello A, Meduri F, Cardillo P, Mule V, La Rocca T, Caminiti F. Proctologic day-surgery. Results of 2000 surgical interventions. *Chir Ital*. 2014; 53:219-24.
53. Hananel N, Gordon PH. Lateral internal sphincterotomy for fissure-in-ano- revisited *Dis Colon Rectum* 2017;40:597-602.
54. Sharp FR. Patient selection and treatment modalities for chronic anal fissure. *Am J Surg*. 2016; 171: 512-5

55. Wiley M, Day P, Rieger N, Stephens J, Moore J. Open vs closed lateral internal sphincterotomy for idiopathic fissure-in-ano: a prospective, randomized, controlled trial. *Dis ColonRectum* 2014; 47: 847-52.
56. Pernikoff BJ, Eisenstat TE, Rubin RJ, Oliver GC, Salvati EP. Reappraisal of partial lateral internal sphincterotomy. *Dis Colon Rectum* 2014; 37: 1291-5.
57. Torres Dugarte CG. Tratamiento de la fisura anal con dinitrato de isosorbida. *Medula, Revista de Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes*. [Internet]. 2013 [Citado 2 abr 2018]; 9(1-4). Disponible en: <https://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/21810/articulo8.pdf;jsessionid=C0B74DE0ECB7EE77D999191BE9418B05?sequence=1>
58. Brisinda G, María G, Sganga G. et al. Effectiveness of higher doses of botulinum toxin to induce healing in patients with chronic anal fissures. *Surgery* 2012; 131: 179-84.
59. Jost Wh, Schrank B. Repeat botulinum toxin injections in anal fissure: in patients with relapse and alter insufficient effect of first treatment. *Dig Dis Sci* 1999; 44: 1588-9.
60. María G, Caseta E, Gui D. A comparison of botulinum toxin and saline for the treatment of chronic anal fissure. *NEngl J Med*. 2001;338:217-20.

Anexo. Encuesta propuesta para formulario de recogida de datos.

Como parte de la investigación, le solicitamos que responda el siguiente cuestionario. La sinceridad con que conteste resulta esencial para desarrollar nuestro trabajo de manera eficiente. Le agradecemos por adelantado su cooperación, y esperamos poder contar nuevamente con su ayuda en caso de que fuese necesario. Gracias por su colaboración.

I - Datos generales:

Edad: ____ Sexo: ____ Raza: _____. Ocupación. _____

II- ¿Qué tiempo lleva de operado? _____

III - ¿Qué tipo de incontinencia usted presenta?:

- Expulsión de gases espontáneos
- Heces líquidas
- Heces líquidas y gases.
- Heces sólidas

Todas las anteriores

IV – Marque con una x las enfermedades que usted padece:

Asma Bronquial Cirrosis Hepática Tumores Malignos
 Diabetes Mellitus Cardiopatía isquémica Hipertensión Arterial.
 Insuficiencia cardiaca Insuficiencia renal crónica Otras

V- Marque con una x los factores de riesgo que usted considere se asocian a su enfermedad

Esta usted sometido a stress
 Hábito de Fumar
 Consumo de bebidas alcohólicas de forma prolongada
 Dieta inadecuada

VI- Otros datos de Interés

Complicaciones quirúrgicas _____

Estadía Hospitalaria _____

Estado al Alta médica _____
