

ARTÍCULO ORIGINAL

Resultados alejados de la esfinterotomía interna lateral en el tratamiento de la fisura anal. Unidad de Coloproctología de la Clínica Quirúrgica 2 del Hospital Maciel

Long term outcomes of lateral internal sphincterotomy for the treatment of anal fissure.
Coloproctology Division of Surgical Clinic 2, Maciel Hospital

Javier Chinelli¹ Carlos Barberousse² Juan Martín Costa³ Santiago González⁴ José Luis Rodríguez⁵

Recibido: 16 de agosto 2017
Aceptado: 15 setiembre de 2017

Resumen

Antecedentes: La esfinterotomía interna lateral es el tratamiento de elección de la fisura anal cuando fracasa el tratamiento médico. Tiene una elevada tasa de éxito pero como contrapartida puede presentar hasta en un 10 % grados variables de incontinencia

Objetivo: Evaluar los resultados alejados de la esfinterotomía interna lateral en una serie de pacientes operados por fisura anal.

Materiales y métodos: Se evaluaron 20 pacientes portadores de fisura anal en quienes se realizó una esfinterotomía interna lateral al año de la misma. La evaluación fue realizada mediante entrevista personal o telefónica. Se analizó fundamentalmente dos aspectos: recidiva de la sintomatología y función esfinteriana.

Resultados: La totalidad de los pacientes fueron dados de alta dentro de las 24 horas del postoperatorio con niveles bajos de dolor postoperatorio, controlado con analgésicos orales. A los diez días del postoperatorio no presentaron complicaciones mayores ni dolor anal intenso en ningún caso. Al año de controlados no se constataron recidivas de la fisura anal. Los niveles de continencia fecal fueron perfectos en 17 pacientes (score de Wexner 0) y en tres pacientes (15%) se constató incontinencia para gases y excepcionalmente para materias líquidas (score 5)

Discusión: La esfinterotomía interna lateral sigue siendo una opción segura para el tratamiento de la fisura anal, con niveles altos de curación y bajos de secuelas en la función esfinteriana, afectando principalmente la continencia para gases.

Palabras clave: esfinterotomía interna lateral, incontinencia, recidiva

Abstract

Background: Sternal lateral sphincterotomy is the treatment of choice for anal fissure when medical treatment fails. It has a high success rate but as a counterpart can present up to 10% variable degrees of incontinence:

Objective: To evaluate the results of lateral lateral sphincterotomy in a series of patients with anal fissure.

Materials and methods: Twenty patients with anal fissure were evaluated in whom a lateral internal sphincterotomy was performed at one year. The evaluation was done by personal or telephone interview. Two aspects were fundamentally analyzed: relapse of the symptomatology and sphincter function.

Results: all patients were discharged within 24 hours postoperatively with low levels of postoperative pain, controlled with oral analgesics. Ten days postoperatively they did not present major complications or intense anal pain in any case. No recurrences of the anal fissure were found at one year after the patients were monitored. Fecal continence levels were perfect in 17 patients (Wexner score 0) and in 3 patients (15%) incontinence was detected for gases and exceptionally for liquid substances (score 5)

Discussion: Internal lateral sphincterotomy remains a safe option for the treatment of anal fissure, with high levels of cure and low sequelae in sphincter function, mainly affecting gas continence

Keywords: lateral internal sphincterotomy, incontinence, relapse

¹ Asistente Clínica Quirúrgica 2, Hospital Maciel, Universidad de la República. Facultad de Medicina. Montevideo, Uruguay jchinelli01@hotmail.com

² Ex Prof. Adj. Clínica Quirúrgica 2, Hospital Maciel, Universidad de la República. Facultad de Medicina. Montevideo, Uruguay

³ Prof. Adj. Clínica Quirúrgica 2, Hospital Maciel, Universidad de la República. Facultad de Medicina. Montevideo, Uruguay

⁴ Ex residente Clínica Quirúrgica 2, Hospital Maciel, Universidad de la República. Facultad de Medicina. Montevideo, Uruguay

⁵ Ex profesor Clínica Quirúrgica 2, Hospital Maciel, Universidad de la República. Facultad de Medicina. Montevideo, Uruguay

Introducción

La fisura anal es un desgarramiento de la mucosa del canal anal que afecta por igual a ambos sexos, con claro predominio entre los 20 y 40 años de edad. La mayoría suelen ser agudas, vinculadas a factores dietéticos y del hábito defecatorio, y se resuelven con tratamiento médico en un plazo de hasta 6-8 semanas. Sin embargo, algunas pasan a la etapa de cronicidad, caracterizada por la profundización del desgarramiento hacia la submucosa, con exposición de las fibras del esfínter anal interno. Característicamente estas fisuras se sitúan en el rafe medio posterior del margen anal, siendo la base fisiopatológica para ello, la mayor isquemia a ese nivel, producto de la hipertonia del esfínter interno del ano¹. De esta manera se establece un círculo vicioso en el cual la hipertonia esfinteriana genera intenso dolor y a su vez el dolor e irritación mantiene la hipertonia esfinteriana. Las diversas opciones de tratamiento médico, especialmente el uso local de pomadas miorelajantes a base de nitritos, obtiene el control de la enfermedad con cicatrización de la fisura en no más del 50-60% de los pacientes². En los casos en los cuales el tratamiento médico fracasa, la cirugía es la alternativa que ofrece los mejores resultados, siendo el procedimiento de elección la Esfinterotomía interna lateral, con una muy baja tasa de recidivas (2-3%). La razón por la cual no se recurre a la cirugía desde el inicio es que puede presentar una complicación muy temida que es la incontinencia fecal, con una incidencia variable, que puede llegar a alcanzar hasta un 10% de los pacientes.

En el presente trabajo nuestro objetivo ha sido analizar los resultados de una serie de pacientes a los que se realizó una esfinterotomía interna lateral, aproximadamente al año de la misma, haciendo especial énfasis en los dos aspectos más salientes mencionados, el control del dolor y la continencia esfinteriana.

Materiales y métodos

Se analizó una serie consecutiva de pacientes en los que se realizó una esfinterotomía interna lateral durante el periodo enero-diciembre del año 2010 en el Hospital Maciel. El diagnóstico de fisura anal se realizó en base a los criterios clínicos conocidos, dolor anal a predominio defecatorio y post defecatorio, rectorragia leve y al examen proctológico una lesión ulcerada sobre el rafe medio posterior, con bordes algo engrosados, y una intensa hipertonia esfinteriana que en muchos casos no permitió desplegar el ano para observar la fisura detalladamente. En todos los casos se indicó un tratamiento médico no inferior a 3 semanas en base a régimen con fibras, vaselina líquida como lubricante de materias, analgésicos mayores orales (AINE) y aplicación tópica de pomada con dilución de Nitroglicerina. En caso de respuesta parcial al tratamiento médico se insistió con el mismo hasta por 2 meses y solamente ante la persistencia de síntomas (o en caso de no respuesta inicial a las 3 semanas) se planteó a los pacientes la realización del procedimiento quirúrgico explicando el riesgo del mismo el cual aceptaron. Los pacientes fueron preparados para la cirugía mediante una dieta líquida desde 48 horas antes, un enema evacuador la noche previa y profilaxis antibiótica una hora antes del procedimiento. Los pacientes fueron colocados en posición ginecológica e intervenidos bajo anestesia general. Se utilizó una valva de Hill-Ferguson para la exposición anal. La técnica de esfinterotomía interna utilizada fue la abierta, mediante una incisión paralela al ano, sobre el surco interesfinteriano, a nivel del cuadrante posterior e izquierdo, es decir, sobre la hora 4-5 de la margen anal, de unos 15 mm de longitud. Se realizó la disección con tijera



del espacio interesfinteriano y del plano entre el esfínter liso y la mucosa anal. Se procedió a seccionar el sector distal del esfínter liso (1/3 distal) con bisturí eléctrico extendiendo la sección proximalmente hasta la línea criptopapilar. Se realizó hemostasis y se cerró la incisión mucosa con puntos de Poliglactina 3-0. Los procedimientos fueron realizados por un cirujano coloproctólogo con dedicación especial o por residentes supervisados por éste. En el postoperatorio se les reinstaló precozmente la vía oral mediante una dieta de colon con residuos, apoyada con vaselina líquida como lubricante de las materias. La analgesia fue en base a Ketoprofeno y la antibiótico-terapia en base a Ciprofloxacina (500 mg cada 12 hs) se mantuvo por 48 horas en forma oral. Luego del año de intervenidos fueron entrevistados personalmente o por vía telefónica realizándose un cuestionario que se centró fundamentalmente en dos aspectos: reaparición de los síntomas luego de la cirugía, especialmente dolor, evaluado mediante la Escala Visual Análoga (EVA) y modo de control del mismo, y función defecatoria, en base a score de continencia y calidad de vida de Wexner-Jorge.

Resultados

Once pacientes eran del sexo masculino y nueve del femenino. El rango de edad fue de 16-45 años con una media de 24. La duración promedio de los procedimientos fue de 25 minutos. Los pacientes fueron dados de alta dentro de las 24 horas del postoperatorio en todos los casos, con niveles bajos de dolor, controlados con analgésicos orales comunes. Fueron controlados a los diez días de intervenidos en la policlínica de coloproctología no presentando dolor anal intenso en ningún caso. En un caso presentó una rectorragia leve pero vinculada a patología hemorroidal concomitante y en otro caso presentó una supuración escasa de la herida que se manejó en forma conservadora con buenos resultados.

Al año de intervenidos no se constataron recurrencias de la fisura ni de su sintomatología (dolor en relación a la defecación). Los niveles de continencia fecal fueron perfectos en 17 pacientes (score de Wexner 0) y en tres pacientes (15%) se constató incontinencia para gases y excepcionalmente para materias líquidas con soiling (score 5). En estos tres pacientes los índices de satisfacción fueron elevados, no afectándoles la calidad de vida y considerando la situación francamente mejor que previo a la cirugía.

Discusión

La base fisiopatológica de la fisura anal crónica es la hipertonía del esfínter interno del ano, y el dolor que la misma genera es lo que mantiene el círculo vicioso de la fisura⁵, si bien ésta no es la única causa, ya que algunas veces puede primar la fibrosis (pectenosis), o incluso no existir hipertonía. Otras veces, se vinculan a patologías como la enfermedad inflamatoria intestinal o infecciones específicas (VIH), que plantean soluciones terapéuticas distintas. Por lo tanto, uno de los objetivos terapéuticos es el control del dolor y el tratamiento de la hipertonía. A ello se le agrega otro componente fundamental, modificando dieta y hábitos para ablandar las heces y revertir la constipación. Con respecto al primer pilar (tratamiento de la hipertonía), se puede hacer por medio de tratamiento médico o quirúrgico. Con los tratamientos médicos actuales esto se logra resolver en un porcentaje variable de pacientes, pero que en general no supera el 50-60%. La opción de la



cirugía es mucho más exitosa, con porcentajes de éxito superiores al 90%. Dentro de las opciones quirúrgicas, la Esfinterotomía interna lateral ha reemplazado a otras técnicas como la dilatación anal (esfinterotomía no controlada) o la esfinterotomía posterior, las cuales presentaban tasas de incontinencia posterior muy elevadas e inaceptables. En tal sentido la EIL es un procedimiento simple, que se puede realizar en forma casi ambulatoria, que en la medida en que se realice en forma controlada sus resultados son muy satisfactorios⁴, como ha sido reportado por autores nacionales⁶. Su principal cuestionamiento sigue siendo el riesgo de afectación de la continencia fecal. La incidencia real del problema no ha sido bien documentada, siendo las cifras muy variables, de entre 1.3 a 66 %⁷. En 3 pacientes (15%) de la serie se constató incontinencia para gases y excepcionalmente para materias líquidas con soiling (score 5), más allá de que los tres pacientes acusaron índices de satisfacción elevados. Estas grandes diferencias se atribuyen a seguimientos cortos pero ante todo a la falta de uso de scores estandarizados para evaluar esta complicación, que en los casos severos afecta seriamente la calidad de vida de los pacientes. Tampoco existe consenso en cuanto a la evolución alejada de los pacientes con incontinencia postoperatoria. Algunos autores⁸ reportan tasas de incidencia altas en el postoperatorio inmediato que luego descienden considerablemente mientras que otros⁹ reportan tasas mucho menores pero mantenidas en el seguimiento a largo plazo. Diversos factores han sido involucrados como coadyuvantes del desarrollo de incontinencia fecal. Las mujeres presentan un canal anal más corto, por lo que la longitud de sección esfinteriana puede ser mayor a la deseada. El trauma obstétrico previo (con lesión del esfínter anal externo y neuropatía pudenda) también se cita, aunque algunos estudios no han encontrado asociación estadísticamente significativa para ambos. Incluso hasta el día de hoy se discute si la extensión de la esfinterotomía más allá de la línea dentada (que es el procedimiento habitual y que realizamos para los pacientes del estudio) ofrece ventajas en la curación con igual o mayor tasa de incontinencia¹⁰.

Finalmente, un aspecto interesante y que recientemente ha empezado a considerarse, es el hecho de que un elevado porcentaje de los pacientes con fisura anal crónica presentan un canal anal normo o incluso hipotónico (hasta 52%)¹¹, pero que no constatamos en ningún caso de nuestra serie. En estos casos sería deseable contar con una manometría anal preoperatoria a los efectos de adecuar la extensión de la sección esfinteriana o bien considerar otra opción quirúrgica como la fisurectomía¹² o la anoplastia¹³. En el caso de nuestra serie, en la cual hemos realizado esfinterotomías que se extienden únicamente hasta la línea criptopapilar, la tasa de alteración funcional al año de la cirugía ha sido de 15%. Este porcentaje si bien puede considerarse como significativo, no ha determinado una afectación de la calidad de vida de los pacientes en la medida en que la incontinencia ha sido práctica y exclusivamente para gases o materias muy líquidas. Por otra parte los índices de satisfacción de los pacientes han sido elevados cuando se les interroga en comparación a su sintomatología previa a la cirugía.

Conclusiones

Si bien el número de casos no permite sacar conclusiones definitivas, podemos afirmar que la esfinterotomía interna lateral es un procedimiento simple que resuelve la fisura anal en la amplia mayoría de los casos, siendo sus riesgos bajos en lo que refiere a la función defecatoria resultante, con solamente 15% de alteración en la continencia, con grados altos de satisfacción. Esto hace que siga manteniéndose al día de hoy como el estándar de oro para el tratamiento de esta patología cuando fracasa el tratamiento médico.



Bibliografía

1. Gibbons CP, Read NW. Anal hypertonia in fissures: cause or effect? *Br J Surg.* 1986;73(6):443–5
2. Nelson RL, Thomas K, Morgan J, Jones A. Non surgical therapy for anal fissure. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;15;(2):CD003431
3. Kiyak G, Korukluoğlu B, Kuşdemir A, Şişman IC, Ergül E. Results of lateral internal sphincterotomy with open technique for chronic anal fissure: evaluation of complications, symptom relief, and incontinence with long term follow-up. *Dig Dis Sci* 2009;54(10):2220–4
4. Khan JS, Tan N, Nikkhah D, Miles AJ. Subcutaneous lateral internal sphincterotomy (SLIS)—a safe technique for treatment of chronic anal fissure. *Int J Colorectal Dis* 2009 24(10):1207–11
5. Zaghiyan KN, Fleshner P. Anal fissure. *Clin Colon Rectal Surg.* 2011;24(1):22-30
6. Misa R, Alonso O, Piñeiro S, Cazaban L. Fisura anal ¿química o quirúrgica? Análisis prospectivo de 98 pacientes. *Cir Uruguay.* 2006; 76(2): 184-96
7. Elsebae MM. A study of fecal incontinence in patients with chronic anal fissure: prospective, randomized, controlled trial of the extent of internal anal sphincter division during lateral sphincterotomy. *World J Surg* 2007 31:2052–2057
8. Nyam DC, 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(10):1306-10
9. Rotholtz NA, Bun M, Mauri MV, Bosio R, Peczan CE, Mezzadri NA. Long-term assessment of fecal incontinence after lateral internal sphincterotomy. *Tech Coloproctol* 2005; 9(2):115–8
10. Menteş BB, Ege B, Leventoglu S, Oguz M, Karadag A. Extent of lateral internal sphincterotomy: Up to the Dentate Line or Up to the Fissure Apex? *Dis Col Rectum* 2005;48(2):365-70
11. Bove A, Balzano A, Perrotti P, Antropoli C, Lombardi G, Pucciani F. Different anal pressure profiles in patients with anal fissure. *Tech Coloproctol* 2004;8(3):151–7
12. Schornagel IL, Witvliet M, Engel AF. Five year results of fissurectomy for chronic anal fissure : low recurrence rate and minimal effect on continence. *Colorectal Dis.* 2011;4(8): 997-1000
13. Patel SD, Oxenham T, Praveen BV. Medium-term results of anal advancement flap compared with lateral sphincterotomy for the treatment of anal fissure. *Int J Colorectal Dis.* 2011;26(9):1211-4

