



Esfinterotomía Lateral Interna en el Tratamiento Ambulatorio de la Fisura Anal Crónica: Experiencia de los Últimos 20 Años

J.C. MARIN, MD; O.H. KAGOHARA, MD; J.A. DOS REIS JR., MD; F. CORDEIRO, MD, TSBCP, MASCRS; F.A. QUILICI, MD, TSBCP, MASCRS; J.A. DOS REIS NETO, MD, TSBCP, MASCRS.

Palabras clave: Fisura anal crónica, Esfinterotomía lateral interna subcutánea, Tratamiento ambulatorio.

Desde 1971 los pacientes con fisura anal crónica fueron tratados con esfinterotomía lateral interna subcutánea en un esquema ambulatorio; durante los últimos 20 años en la Clínica Reis Neto de Campinas (SP, Brasil), se han obtenido buenos resultados, con baja mortalidad y poca recidiva. Consideramos este tratamiento como una técnica segura para la fisura anal crónica en el régimen ambulatorio.

INTRODUCCION

La fisura anal es una de las patologías más frecuentes, con la cual el cirujano colorrectal se enfrenta en la práctica diaria. Esta molestia se caracteriza por la presencia de dolor intenso no relacionado con la magnitud de la lesión (14); ésta, que es inicialmente aguda, se torna crónica con el tiempo, constituyéndose en una lesión incapacitante (19); los pacientes llegan incluso a postergar la defecación para evitar la aparición de dolor anal.

La fisura anal, es una patología que compromete epidemiológicamente, adultos en la cuarta década de la vida de ambos sexos (14, 18, 33, 35, 47).

Las fisuras generalmente se localizan en la comisura posterior del ano (11, 13, 20); los porcentajes varían entre el 60%, pasando por el 75% hasta el 90% (11, 17, 20, 21, 26, 33); es-

te hecho parece estar relacionado con la falta de soporte anatómico del anodermo por parte del esfínter externo del ano (5, 26) y por la falta de adecuada vascularización de esta comisura, como fue demostrado y publicado recientemente (21, 43, 44).

Con el empleo de la manometría, que permite evaluar la fisiología de los esfínteres del canal anal, fue posible conocer un poco más de la fisiopatología de la fisura anal, al demostrarse hipertonía del esfínter interno del ano como factor importante en su aparición (12).

Desde el punto de vista terapéutico, se han usado diferentes técnicas sobre el esfínter interno en el tratamiento de la fisura anal; la dilatación anal fue en algún momento preconizada como una técnica adecuada (28), pero posteriores trabajos, realizados en St. Mark's y en el Royal Free Hospital, demostraron su poca utilidad (16, 29), además de cursar con mayor incontinencia postoperatoria (42). El empleo de fisurorectomía con o sin esfinterotomía, común en las décadas del 50 al 70 (6, 8, 41), fue relegado como tratamiento de elección de la fisura anal, por presentar mayor dolor postoperatorio (37, 42), por requerir mayor tiempo de cicatrización (1, 2), por presentar mayor número de complicaciones (17), mayores problemas de deformidad anal (*Keyhole* de la lengua inglesa), mayores trastornos de continencia (11, 41) y mayor número de recidivas (17, 41) con relación al uso de la esfinterotomía lateral interna (ELI).

Procedimientos más recientes, requieren de estudios adicionales con mayor número de pacientes (3, 18, 27) o tienen indicaciones más precisas (23, 31).

El objetivo de este trabajo es describir nuestros resultados con el empleo de la ELI, empleada de manera ambulatoria en el tratamiento de la fisura anal crónica, en la Clínica Reis Neto.

Doctores, Juan Carlos Marín Marmolejo, Cirujano General U. de Caldas, Residente de Coloproctología; Odorino H. Kagohara, Residente Coloproctología; José A. dos Reis Junior, Prof. Instructor de Cirugía; Fernando Cordeiro, Profesor; Flavio Antonio Quilici, Profesor; José A. dos Reis Neto, Profesor, Servicio de Coloproctología del Departamento de Cirugía de la U. Pontificia Católica de Campinas, Brasil, y Miembros de la Clínica Reis Neto de Campinas (S.P. Brasil).

SUJETOS Y METODOS

Durante los últimos 20 años, fueron atendidos ambulatoriamente 2.444 pacientes por la presencia de fisura anal crónica. Se revisaron las fichas de los pacientes que fueron operados por la técnica de esfinterotomía lateral interna (ELI).

Se analizaron los siguientes datos: edad, sexo, localización de las fisuras, complicaciones y recidivas. También se anotó si los pacientes recibieron tratamiento adicional para hemorroides. Por otro lado, se observó el número y la localización de las fisuras.

Con relación al procedimiento, los pacientes fueron informados sobre el empleo de anestesia local y del carácter ambulatorio del mismo; recibieron analgésico i.m. y luego fueron colocados en posición de Sims. Se realizó antisepsia de la región perianal e infiltración de anestésico local con vasoconstrictor, en la parte lateral izquierda del ano; se realizó una incisión pequeña, paralela al mismo y se procedió, con la ayuda del dedo índice de la mano izquierda en el ano, a realizar la esfinterotomía; se seccionó el esfínter anal interno con ayuda del tacto (37), usando una tijera de punta roma; luego se realizó una dilatación suave del ano, la cual contribuye a disminuir el dolor postoperatorio de manera importante. En seguida, se realizó el tratamiento de las hemorroides de segundo grado asociadas, usando ligadura elástica (38). Todos los pacientes, fueron dejados en observación durante más o menos 15 minutos. Antes de darlos de alta, recibieron instrucción sobre el empleo de analgésicos, baños de asiento con permanganato de potasio, ablandadores de las heces y sobre la forma y frecuencia de realizar las curaciones.

También fueron motivados para retornar a control y consultar por cualquier problema secundario a la cirugía, hasta por un período de 5 años.

Consideramos una buena respuesta al tratamiento, cuando los pacientes quedaron libres de síntomas y la fisura cicatrizó. Fueron clasificados como mala respuesta, los pacientes que no cicatrizaron o presentaron fístulas en el lugar de la fisura o recidivas.

RESULTADOS

En los últimos 20 años encontramos 2.444 (100%) pacientes atendidos en forma ambulatoria, con diagnóstico de fisura anal crónica. Entre ellos, 1.671 (68.3%) fueron intervenidos, mediante el uso de la esfinterotomía lateral interna (ELI). La distribución por sexos fue: 924 (55.2%) hombres, y 747 (44.7%) mujeres. La edad máxima fue de 92 años y la mínima de 15, con una edad media de 41.7 años.

Encontramos 97 (5.8%) de 1.671 pacientes que tuvieron alguna complicación, y 10 (0.59%) que presentaron recidiva (Tabla 1).

Tabla 1. Esfinterotomía lateral interna, sus complicaciones trans y postoperatorias y recidivas, en 1.671 pacientes operados.

<i>Complicaciones</i>	<i>Núm. ptes.</i>	<i>%</i>
Perforación de la mucosa	27	1.6
No cicatrización	17	1.0
Fístula en el lugar de la esfinterotomía	14	0.83
Absceso perianal	10	0.6
Absceso en el lugar de la esfinterotomía	7	0.4
Otras fístulas	5	0.29
Edema	4	0.24
Fístula en el lugar de la fisura	4	0.24
Sangrado	3	0.18
Hematoma	2	0.12
Trombosis hemorroidal	1	0.06
Infección en el lugar de la esfinterotomía	1	0.06
Necrosis del anodermo	1	0.06
Granuloma en el lugar de la fisura	1	0.06
Absceso en el lugar de la fisura	1	0.06
Total	97	5.8
Recidivas	10	0.59

De los 1.671 pacientes sólo 367 recibieron tratamiento para hemorroides de segundo grado en forma concomitante; 2 de ellos que desarrollaron como complicación, trombosis hemorroidal relacionada con la ligadura elástica, no fueron incluidas en la Tabla 1. Distribuidos en 261 hombres y 106 mujeres. En ninguno de estos pacientes se presentaron recidivas.

Respecto al número y localización de las fisuras en los 1.671 pacientes, los resultados fueron los siguientes: un total de 1.768 (100%) fisuras, distribuidas en posteriores, 1.521 (86%), y anteriores, 247 (14%). La distribución por sexos, puede verse en la tabla 2.

Tabla 2. Esfinterotomía lateral interna en 1.671 pacientes con 1.768 fisuras anales, y su distribución por sexo y localización.

<i>Sexo y localiz.</i>	<i>Anter. %</i>	<i>Post. %</i>	<i>Total %</i>
Mujeres	157 9	675 38	832 47
Hombres	90 5	846 48	936 53
Total localiz. y %	247 14	1.521 86	1.768 100

El 99.6% de los pacientes fue operado con anestesia local y 0.34% con anestesia peridural o caudal. No observamos complicaciones anestésicas; 100% de los pacientes fueron operados con carácter ambulatorio.

DISCUSION

Encontramos una mayor frecuencia de fisuras en la década de los 40 años de edad, localizadas en la comisura anal posterior. La literatura menciona que el número de fisuras múltiples y el de fisuras anteriores, es mayor en el sexo femenino (20, 33). No se encontró ninguna explicación sobre este hecho. En nuestros pacientes se observó un predominio de fisuras posteriores sobre anteriores, y el número de estas últimas fue mayor en el sexo femenino (Tabla 2). Nuestros hallazgos concuerdan con los datos epidemiológicos y clínicos mencionados en la introducción de este trabajo.

En éste, la técnica empleada fue, esfinterotomía lateral interna subcutánea, en la que se presentaron varias complicaciones (Tabla 1). Para efectos comparativos, vamos a citar los informes de la literatura.

La *perforación de la mucosa* es tal vez una de las más frecuentes complicaciones (8); encontramos que 1.6%, ocurre por un corte generalmente inadvertido de la mucosa con el bisturí o la tijera durante la realización de la esfinterotomía lateral interna subcutánea. Este corte debe ser reparado para evitar la formación de abscesos o fístulas, procedimiento que fue realizado en todos nuestros pacientes; el porcentaje de abscesos, fue del 1%, comparable con las cifras de la literatura, las cuales fluctúan entre 0.5 y 16.3% (4, 17, 24, 25, 33, 40, 41). La presencia de absceso, está relacionada con la contaminación de la herida quirúrgica, con la perforación de la mucosa durante la esfinterotomía lateral interna subcutánea y con la técnica abierta de esfinterotomía. (Generalmente el absceso se desarrolla debajo de los puentes mucosos entre la fisura y el lugar de la esfinterotomía) (1, 24, 40); se reitera que todas las perforaciones de la mucosa detectadas, sean saturadas (40).

La *no cicatrización* ocupó el segundo lugar con un 1%, y los informes mencionan un porcentaje variable entre 1.5% y 16.3% (25, 33, 35, 36, 41, 47). Ocurre posiblemente con relación a la isquemia relativa de la mucosa y del anodermo (18, 21, 43, 44) y al proceso inflamatorio crónico presente en la fisura (7). En otros casos, existe una enfermedad inflamatoria o infecciosa subyacente (25, 41, 46). Aunque explicaciones exactas para esta complicación no se conocen (19), se piensa que sea debido a una esfinterotomía incompleta (25), lo cual permitiría la isquemia de la mucosa y del anodermo.

La *fístula* en el lugar de la esfinterotomía, fue reportada en un 1.2% (4); en nuestra experiencia ocurrió en el 0.83%, de-

bido posiblemente a una cicatrización inadecuada de la esfinterotomía abierta o por perforación de la mucosa durante la esfinterotomía lateral interna subcutánea (*close*, en inglés) (36).

La aparición de fístulas, se presentó en nuestros pacientes en 0.29%; en la literatura encontramos valores de 0.2 a 1.2% (4, 32, 47); los *abscesos* en el lugar de la fisura y/o de la esfinterotomía, están relacionados con su formación.

La fístula en el lugar de la fisura, ocurrió en 0.24%; generalmente se presenta por una cicatrización precoz de los bordes y no por una que nazca del fondo del lecho de la fisura anal.

La *trombosis hemorroidal* fue observada en un porcentaje bajo del 0.06%, con relación al 1.7% hallado en la literatura (22).

Nuestro porcentaje de *sangrado* fue de 0.18%, cifra baja, pues la literatura menciona porcentajes que van de 1% a 8% (22, 24, 28, 33, 37, 41). Esta complicación es común y generalmente ocurre por hemostasia inadecuada o incompleta durante la esfinterotomía lateral interna subcutánea; se recomienda la presión directa sobre el lugar de la esfinterotomía, y el empleo de anestésico con vasoconstrictor (41), maniobras que hacen parte del tratamiento.

El *hematoma*, fue otra complicación cuya frecuencia en este trabajo fue de 0.22%, y en la literatura va del 0.5 al 6.6% (28, 37, 40, 41, 48) y está relacionada también con hemostasia incompleta durante el procedimiento de la esfinterotomía lateral interna subcutánea; en esta técnica, no se puede tener un control hemostático como el que se logra en la esfinterotomía abierta (*open*, en inglés). Su tratamiento es simple con el empleo de calor local, trombolíticos y analgésicos (8).

La *infección* del lugar de la esfinterotomía se presentó en 0.06%, porcentaje bajo si se observa un reporte en la literatura del 2% (22). Ocurre por contaminación directa o por la realización de la esfinterotomía en lugar cercano a una fisura infectada (40). Otros factores generales como diabetes mal controlada y/o alteraciones inmunológicas sistémicas, también contribuyen a la infección. Nuestro equipo, teniendo en cuenta que esta complicación, lo mismo que el absceso, pueden agravarse (gangrena de Fournier) está aplicando antibiótico profiláctico.

Otras complicaciones no fueron registradas, como el *prurito*, cuya frecuencia varía de 0.4 a 7.0% (24, 33, 35, 40, 47). *Descarga de moco*, cuya incidencia va de 0.4 a 7.0% (24, 35, 40, 47). Las anteriores complicaciones están relacionadas entre sí. La última puede ser consecuencia de no extirpar los plicomas y papilas hipertróficas asociados a la fisura anal crónica, cuya extirpación hace parte de nuestra con-

ducta, que debería generalizarse para evitar la aparición de tales complicaciones (24).

Las otras son, la *retención urinaria* cuyos porcentajes varían de 0.3 a 7.9% (4, 17, 23, 33), y la *impactación fecal* que ocurrió entre 1 y 1.2% en la literatura (35, 47). La ocurrencia de retención urinaria en algunos pacientes, está asociada al empleo de técnicas de anestesia general o conductiva (17, 22, 33). En nuestros casos, con el empleo de anestesia local, no observamos esta complicación.

La *impactación fecal*, generalmente está relacionada con el temor por parte del paciente de ocasionar dolor con la evacuación. No debemos olvidar que varios de ellos son constipados, por lo que generalmente formulamos ablandadores de las heces en el postoperatorio.

Las otras situaciones importantes postoperatorias, son la tasa de *recidiva* y los problemas de *incontinencia* (Tabla 3). La primera fue baja y puede compararse con las cifras de la literatura médica universal. No observamos trastornos de

Tabla 3. Cuadro comparativo sobre la morbilidad, incontinencia, recidiva y curación postoperatorias, según varios autores.

<i>Autor</i>	<i>No. Ref.</i>	<i>% Morbilidad</i>	<i>% Trastornos de continencia</i>	<i>% Recidivas</i>	<i>% Curación</i>
Millar	36	12	1 #	3.1	100
Notaras	21	—	6 #	10	100
Abcarian	1	—	4.5*	0	90
Rudd	37	4.5	0	0	99.9
Bailey	4	5.3@	2.2	—	99
Marby	25	—	0	16.6	78
Abcarian	2	—	30**	1.3	100
Ravicumar	33	20	5	0	97
Hsu	16	1.1	0	5.6	100
Walker	43	36	15 ***	0	100
Weaver	44	—	2.5	5.1	92
Gingold	12	—	0	3.4	96.4
Lewis	25	3 &	6.6 ****	6 “ “ “	94
Khubchandani	19	—	35.1 ##	—	97
Kortbeek	21	8	—	—	96.6 s 94.4 a
Pernikoff	32	15 a	8 8 s	0.4	98
Romano	36	31.8	4.5 “	0	100
Leong	23	—	—	2.63	—
Oh	30	3.2 t	1.5 “ “ 5.3 T	1.29	95

a: Abierta; s: Subcutánea; t: Temprana; T: Tardía.

@ Entre 418 pacientes, sólo 264 operados con ELI

& Tanto para un grupo operado por ELI abierta como para otro grupo ELI subcutánea

Escape de heces

* Escape persistente de heces

** Temporaria para gases

*** Para gases y/o escapes de heces

**** Incontinencia a largo plazo

Incontinencia en un grupo que incluyó pacientes con ELI, ELI bilateral y esfinterotomía posterior.

“ Para gases o líquidos

““ Este grupo de pacientes presentó mejoría luego de 6 meses de postoperatorio.

“““ Incluye casos no cicatrizados y recidivas.

continencia. Las recidivas están relacionadas con la realización de una esfinterotomía incompleta (25, 37).

Podría recomendarse el tratamiento concomitante de las hemorroides de segundo grado en los pacientes con fisura anal crónica mediante el empleo de ligadura elástica, método menos cruento que la hemorroidectomía, pero no exento de complicaciones. Nuestras observaciones sugieren que la morbilidad no aumenta; de todos modos una respuesta más precisa sólo podrá ser obtenida con estudios comparativos adicionales.

Empleando la esfinterotomía lateral interna subcutánea de manera ambulatoria, se disminuyen los costos para el paciente y para el hospital, se facilita un rápido regreso del paciente a sus actividades diarias y se simplifica el trabajo hospitalario para el médico (8, 36). Se observó una buena respuesta de nuestros pacientes a la esfinterotomía lateral interna, en 97% de los casos, demostrada en la mejoría clínica y en la cicatrización de la fisura operada (Tabla 3).

Históricamente la esfinterotomía fue propuesta inicialmente por Boyer en 1818, promocionada por Eisenhammer en los 50's, y modificado el sitio de realización, de posterior a lateral, por el mismo Eisenhammer al inicio de los 60's (41); luego fue propuesta la variante técnica "subcutánea", por Ribeiro en Brasil (39), y más adelante por Parks y Notaras, en Inglaterra, (30, 34), aunque algunos autores señalan que fue Martín quien, sin éxito, la recomendó primero durante 1923, en los Estados Unidos (41).

Desde los años 60's la esfinterotomía lateral interna, ha venido destacándose como la terapia adecuada de la fisura anal, y en reciente pronunciamiento de la Sociedad Americana de Colon y Recto, la esfinterotomía lateral interna fue el procedimiento quirúrgico señalado en el tratamiento de la fisura anal crónica (45).

Procedimientos de evaluación

La fisura anal es una patología que ha sido tratada principalmente con el empleo de la clínica pero, en los últimos tiempos, han aparecido tecnologías que permiten una evaluación adicional. Recientemente se ha intentado dar un mayor papel a la *manometría* en el tratamiento de la fisura anal, en el sentido de definir la necesidad de la cirugía (esfinterotomía), con base en los resultados de la misma; pero en una publicación donde se comparan 2 grupos diferentes sometidos

a esfinterotomía por fisura anal, seleccionados con base en las mediciones manométricas, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en incontinencia y recidiva postoperatorias, por lo cual los autores concluyeron que la manometría no es necesaria para indicar el tratamiento quirúrgico de la fisura, y que una buena evaluación clínica constituye una base suficiente para indicar la cirugía (10), lo cual ha sido la regla en nuestro protocolo para el tratamiento del paciente con fisura anal crónica.

El *ultrasonido endoanal*, el cual define la anatomía del sistema esfinteriano y permite detectar lesiones previas, tanto del esfínter anal externo como interno (46); esta tecnología podría tener un papel más importante, porque el diagnóstico de esas lesiones, sumadas a la realización de una esfinterotomía, podrían llevar a trastornos de continencia (46). Las lesiones del mecanismo esfinteriano son más comunes en mujeres; por ello el grupo de St. Mark's sugirió la realización de una esfinterotomía de menor extensión o recurrir a otro tipo de tratamiento para evitar la aparición de trastornos de continencia (46).

Teniendo en cuenta estos procedimientos, más el empleo de un buen estudio clínico, la aparición de trastornos postoperatorios será cada vez menor.

CONCLUSION

Con el empleo de la esfinterotomía lateral interna subcutánea se tuvo poca morbilidad y escasas recidivas, además de todos los beneficios del tratamiento ambulatorio. No se observaron trastornos de continencia. Nuestros resultados, sumados a múltiples evidencias publicadas en la literatura, confirman que la esfinterotomía lateral interna subcutánea es una técnica segura en el tratamiento ambulatorio de los pacientes con fisura anal crónica.

ABSTRACT

Starting in 1971, patients with chronic canal fissure have been treated with subcutaneous lateral internal sphincterotomy as an ambulatory procedure. Over the past 20 years we have obtained good results with this technique, as performed at the Clinica Reis Neto of Campinas (S.P., Brazil); mortality has been low and recurrence infrequent. We consider this procedure a safe technique in the ambulatory management of chronic anal fissure.

REFERENCIAS

1. Abcarian H: Lateral internal sphincterotomy. A new technique for treatment of chronic fissure-in-ano. *Surg Clin North Am* 1975; 55: 143-50
2. Abcarian H: Surgical correction of chronic anal fissure: Results of lateral internal sphincterotomy vs. Fissurectomy-midline sphincterotomy. *Dis Colon Rectum* 1980; 23: 31-6
3. Antebi E, Schwartz P, Gilon E: Sclerotherapy for the treatment of fissure in ano. *Surg Gynecol Obstet* 1985: 378-82
4. Bailey R, Rubin RJ, Salvati EP: Lateral internal sphincterotomy. *Dis Colon Rectum* 1978; 21: 584-6
5. Blaisdell PC: Pathogenesis of anal fissure and implications as to treatment. *Surg Gynecol Obstet* 1937; 65: 672-7
6. Bode WE, Cul CE, Spencer RJ, Beart Jr. RW: Fissurectomy with superficial midline sphincterotomy. A viable alternative for surgical correction of chronic Fissure/ulcer-in-ano. *Dis Colon Rectum* 1984; 27: 93-5
7. Brown AC, Sumfest JM, Rozwadowski JV: Histopathology of the internal anal sphincter in chronic anal fissure. *Dis Colon Rectum* 1989; 32: 680-3
8. Cordeiro F: Tratamento cirúrgico em regime ambulatorial da fissura anal crônica por esfínterectomia lateral interna subcutânea. Tese de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidad Estadual de Campinas. 1989
9. Detrano SJ: The role of cryosurgery in management of anorectal disease: Preliminary report on results. *Dis Colon Rectum* 1975; 18: 292-7
10. Phrohm P, Benner C: Is manometry essential for surgery of chronic fissure-in-ano? *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 735-8
11. Fleshman JW: Fissure in ano and anal stenosis. In: Beck DE, and Wexner SD (Eds). *Fundamentals of anorectal surgery*. 1st ed. New York: McGraw-Hill, Inc, 1990; 170-82
12. Gibbons CP, Read NW: anal hypertonia in fissures. Cause or effect? *Br J Surg* 1986; 73: 443-5
13. Gingold BS: Simple in-office sphincterotomy with partial fissurectomy for chronic anal fissure. *Surg Gynecol Obstet* 1987; 165: 46-8
14. Goligher J: *Surgery of the anus, rectum and colon*. London: Balliere Tindall, 1975: 170-91
15. Gorfine SR: Treatment of benign anal disease with topical nitroglycerin. *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 453-7
16. Gough MJ, Lewis A: The conservative treatment of fissure-in-ano. *Br J Surg* 1983; 70: 175-6
17. Hsu T-C, MacKeigan JM: Surgical treatment of chronic anal fissure. *Dis Colon Rectum* 1984; 27: 475-8
18. Jost WH, Schimrigk K: Therapy of anal fissure using Botulin Toxin. *Dis Colon Rectum* 1994; 37: 1321-4
19. Keck JO, Staniunas RJ, Coller JA et al: Computer-generated profiles of the anal canal in patients with anal fissure. *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 72-9
20. Khubchandani IT, Reed JF: Sequelae of internal sphincterotomy for chronic fissure in ano. *Br J Surg* 1989; 76: 431-4
21. Klosterhalfen B, Vogel P, Rixen H, Mittermayer C: Topography of the inferior rectal artery: A possible cause of chronic, primary anal fissure. *Dis Colon Rectum* 1989; 32: 43-52
22. Kortbeek JB, Langevin JM, Khoo REH, Heine JA: Chronic fissure-in-ano: A randomized study comparing open and subcutaneous lateral internal sphincterotomy. *Dis Colon Rectum* 1992; 35: 835-7
23. Leong AFPK, Seow-Choen F: Lateral sphincterotomy compared with anal advancement flap for chronic anal fissure. *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 69-71
24. Leong AFPK, Hussain MJ, Seow-Choen F, Goh HS: Performing internal sphincterotomy with other anorectal procedures. *Dis Colon Rectum* 1994; 37: 1130-2
25. 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
26. Lock MR, Thomson JPS: Fissure-in-ano: the initial management and prognosis. *Br J Surg* 1977; 64: 355-8
27. Loder PB, Kamm MA, Nichols RJ, Phillips RK: Reversible chemical sphincterotomy by local application of glyceryl trinitrate. *Br J Surg* 1994; 81: 1386-9
28. Marby M, Alexander-Williams J, Buchmann P et al: A randomized controlled trial to compare anal dilatation with lateral subcutaneous sphincterotomy for anal fissure. *Dis Colon Rectum* 1979; 22: 308-11
29. McDonald P, Driscoll AM, Nicholls RJ: The anal dilator in the conservative management of acute anal fissures. *Br J Surg* 1983; 70: 25-6
30. Notaras MJ: Lateral subcutaneous sphincterotomy-a-new technique. *Proc R Soc Med* 1969; 62: 713
31. Nyam DCNK, Wilson RG, Stewart KJ, Farouk R, Bartolo DCC: Island advancement flaps in the management of anal fissures. *Br J Surg* 1995; 82: 326-8
32. O'Connor JJ: The role of cryosurgery in management of anorectal disease: A study of cryosurgical techniques. *Dis Colon Rectum* 1975; 18: 298-300
33. Oh C, Divino CM, Steinhagen RM: Anal fissure 20-year experience. *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 378-82
34. Parks AJ: The management of fissure-in-ano. *Hosp Med* 1967; 1: 737-8
35. Pernikoff BJ, Eisenstat TE, Rubin RJ, Oliver GC: Reappraisal of partial lateral internal sphincterotomy. *Dis Colon Rectum* 1994; 37: 1291-5
36. Quilici FA, Oliveira LAR, Cordeiro F, Reis Jr. JA, Reis Neto JA: Tratamento ambulatorial da fissura anal. Em: Congresso Brasileiro de Colo-proctologia, Foz de Iguaçu, Temas Livres, 1987
37. Ravicumar TS, Srdhar S, Rao RN: Subcutaneous lateral internal sphincterotomy for chronic fissure-in-ano. *Dis Colon Rectum* 1982; 25: 798-801
38. Reis Neto JA, Quilici FA, Cordeiro F, Reis Jr. JA: Tratamento ambulatorio de las hemorroides. *Colo-proct* 1993; 9 (1): 26-32
39. Ribeiro MC: Esfínterectomia subcutânea mucosa no tratamento da fissura anal: técnica original. *Rev Med Cir, São Paulo* 1958; 18: 399-416
40. Romano G, Rotondano G, Santangelo M, Esercizio L: A critical appraisal of pathogenesis and morbidity of surgical treatment of chronic anal fissure. *J Am Coll Surg* 1994; 178: 600-4
41. Rudd WW: Lateral subcutaneous internal sphincterotomy for chronic anal fissure, an

- outpatient procedure. *Dis Colon Rectum* 1975; 18: 319-23
42. Saad AM, Omer A: Surgical treatment of chronic fissure-in-ano: a prospective randomized study. *East Afr Med J* 1992; 69: 613-5 (Abstract)
43. Schouten WR, Briel JW, Auwerda JJA: Relationship between anal pressure and anodermal blood flow the vascular pathogenesis of anal fissures. *Dis Colon Rectum* 1994; 37: 664-9
44. Achouten WR, Briel JW, Auwerda JJA, de Graaf EJR: Why do anal fissures heal after lateral internal sphincterotomy? *Gut* 1994; 35 (S2): S61 (Abstract)
45. The Standards Task Force American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice parameters for the management of anal fissure. *Dis Colon Rectum* 1992; 35: 206-8
46. Sultan AH, Kamm MA, Nichols RJ, Bartram CL: Prospective study of the extent of internal anal sphincter division during lateral sphincterotomy. *Dis Colon Rectum* 1994; 37: 1031-3
47. Walker WA, Rothenberger DA, Golberg SM: Morbidity of internal sphincterotomy for anal fissure and stenosis. *Dis Colon Rectum* 1985; 28: 832-5
48. Weaver RM, Ambrose NS, Alexander-Williams J, Keighley MRB: Manual dilatation of the anus vs. lateral subcutaneous sphincterotomy in the treatment of chronic fissure-in-ano. *Dis Colon Rectum* 1987; 30: 420-3.

Correspondencia:

José A. dos Reis Neto, MD, TSBC P. MASCRS
 Rua General Osorio 2273 CEP. 13010-112 Cambuí Campinas (SP) Brasil.
 Tel.: (019) 2525611 - Fax: (019) 2543839

COMENTARIO

Señor Editor:

Este interesante artículo revisa una importante casuística de 2.444 casos en el Servicio de Coloproctología de la Universidad Pontificia Católica de Campinas, Brasil, y quiero destacar varios aspectos revisados en él.

1. El procedimiento quirúrgico hoy por hoy aceptado en forma universal es la esfinterotomía lateral interna.
2. La técnica se realiza con anestesia local en forma ambulatoria.
3. Tuvieron las complicaciones más frecuentemente mencionadas en la literatura como son: perforación de la mucosa, no cicatrización de la fisura, fístulas en el sitio de la esfinterotomía, absceso perianal, sangrado, hematoma y trombosis hemorroidal y recidiva de la fisura, entre las principales.
4. La buena respuesta al tratamiento con la esfinterotomía lateral fue del 97%.
5. Revisan los autores las mismas controversias y resultados de la literatura universal sobre esta patología anal.

Estoy de acuerdo con los autores en destacar que la manometría anal, no se constituye en un examen paraclínico que defina la conducta que conviene seguir desde el punto de vista terapéutico; la evaluación clínica y los hallazgos a la proctoscopia son los pilares para el consecuente tratamiento.

La dilatación anal, la fisurectomía y la esfinterotomía posterior no son los procedimientos, que a la luz de la literatura actual sean recomendados, por sus malos resultados finales.

La experiencia no ha demostrado que en la gran mayoría de los casos de fisura anal crónica muy sintomática no sea posible realizar instrumentación endoscópica por el intenso dolor del paciente, prefiriéndolo hacer transoperatoriamente.

Finalmente, una lectura obligatoria para quienes se interesan por esta frecuente y muy dolorosa patología anal hace referencia a los "parámetros prácticos de tratamiento de la fisura anal" impulsados por la "Sociedad Americana de Cirujanos de Colon y Recto", y publicados en *Diseases of the Colon & Rectum* 1992; 35:206-28.

Jorge Padrón M., MD, MASCRS.

Jefe del Servicio de Cirugía de Colon y Recto

Fundación Santa Fe de Bogotá.