

Fisura anal

Experiencia en el Hospital Militar Central

J.D. PUERTA, M.D.

Palabras Claves: Fisura anal, Hemorragia, Constipación, Dolor, Fisurectomía, Esfinterotomía, Hemorroidectomía.

En el Servicio de Proctología del Hospital Militar Central se atendieron 102 pacientes con fisuras anales, en un periodo comprendido entre el 1º de enero de 1984 y el 31 de diciembre de 1986; se observa que 89 pacientes recibieron tratamiento médico; de ellos, 6 no presentaron mejoría de los síntomas ni de la fisura, por lo cual fueron llevados a cirugía con otros 23 pacientes cuya indicación quirúrgica era una fisura anal crónica. El procedimiento que se efectuó más frecuentemente fue la hemorroidectomía, fisurectomía y esfinterotomía posterior, en 15 casos y la fisurectomía con esfinterotomía posterior, en 8 casos. Las complicaciones postoperatorias observadas en esta experiencia, fueron: dolor continuo en 8 pacientes, estrechez anal en 2, incontinencia para gases y líquidos en 2, constipación en 2, y retención urinaria en 1.

El procedimiento con mayor aceptación actual en la literatura, por ser el que tiene menor índice de complicaciones, es la esfinterotomía lateral izquierda, el cual sólo se efectuó, en esta serie, en 2 pacientes, que no presentaron complicaciones postoperatorias. Los dos grupos no se pueden comparar, por el escaso número del segundo. Es de anotar que se efectuó hemorroidectomía y fisurectomía en 2 pacientes y esfinterotomía anterior en otros 2; tampoco observamos complicaciones ni recurrencias de la lesión en estos 4 últimos pacientes.

INTRODUCCION

La fisura anal en su etapa inicial es un pequeño desgarro en el anodermo; suele ser única y localizada generalmente en nivel de la línea media posterior, aunque ocasionalmente se encuentra localizada en la línea media anterior, especialmente en mujeres. A veces las fisuras anales son múltiples.

Es frecuente que los pacientes relacionen el comienzo de sus síntomas con el paso de unas heces duras; algunos manifestarán que su hábito intestinal es regular gracias al uso continuo de laxantes lo cual ha sido causa de que sus heces sean casi líquidas, y el canal anal haya sufrido una estrechez.

El hecho de que las fisuras sean más frecuentes en nivel de la línea media posterior, puede ser debido a la angulación descrita entre el recto y el conducto anal, y a la forma elíptica de la porción externa del esfínter externo, lo cual deja el segmento mediano posterior del esfínter anal interno relativamente desprotegido y sin soporte.

La lesión se caracteriza por ser sumamente dolorosa con tendencia a perpetuarse, causando al mismo tiempo un gran espasmo del esfínter interno que hace dolorosa la defecación y el paciente siente gran temor para efectuarla, por lo cual retiene sus deposiciones, las cuales se hacen duras por deshidratación; cuando por fin se efectúa la deposición retenida, ésta ocasionará nuevamente ruptura del anodermo (1-3) y hemorragia, principal causa de consulta.

Las fisuras se presentan en forma aguda y crónica; las agudas presentan la pérdida de continuidad del anodermo, y la solución de continuidad llega hasta las fibras musculares longitudinales; estas fisuras pueden curar espontáneamente en una o dos semanas, especialmente si las deposiciones se mantienen blandas y se evita el estreñimiento, siendo de tratamiento médico. Si la lesión persiste, las fibras musculares longitudinales se ulceran exponiendo así el músculo circular, o sea, las fibras del esfínter anal interno, las cuales se ven de color blanquecino.

El mismo estado crónico de las fisuras hace que haya un espasmo crónico e irreversible del esfínter anal interno por lo cual se perpetúa la dificultad para la defecación, ya que, como queda dicho, el paciente tiene temor para efectuarla, estableciendo así un círculo vicioso (1-3).

El espasmo se puede observar clínicamente con el tacto rectal, y en ocasiones hace que la introducción del anoscopio y del rectosigmoidoscopio sea imposible. Hay estudios que han demostrado la elevación de la presión basal del canal anal y la forma como desciende luego de efectuar la esfinterotomía con cualquiera de las técnicas existentes (14, 15).

El tratamiento conservador en el caso de las fisuras agudas se ha hecho con medidas tales como higiene local, baños de asiento, sustancias que aumentan el bolo fecal y disminuyen la dureza del mismo. Básicamente con estas medidas se ha logrado mejoría en un alto porcentaje de los pacientes (4).

Hay técnicas descritas según las cuales la inyección de un anestésico local seguido por la inyección de una sustancia esclerosante en la base de la fisura, da buenos resultados (4).

En lo referente al tratamiento de las fisuras crónicas, se han usado varias formas de tratamiento quirúrgico; el más simple de todos consiste en la dilatación anal; sin embargo, la rata de curación no es alta y hay un pequeño porcentaje de pacientes que presentan incontinencia.

La excisión quirúrgica de la fisura es otro procedimiento usado; algunos cirujanos también seccionan el segmento del esfínter interno que se observa en la parte más profunda de la fisura. Con este método se observa que el período de cicatrización es largo y se asocia con salida de materia fecal e irritación, lo cual exige limpieza permanente y cambios frecuentes de ropa. Algunos pacientes presentan deformidad en "ojo de cerradura" del ano, lo cual puede ocasionar incontinencia para gas y líquido, y prurito.

La esfinterotomía interna es el método actual más aceptado para el tratamiento de las fisuras anales. Miles dice que Boyer en 1818 fue el primero en sugerirla. Goodsall en 1892 dijo que la esfinterotomía invariablemente curaba la fisura; Martín en 1923 recomendó la esfinterotomía subcutánea en el cuadrante posterior. Miles en 1939 sugirió que la banda pectínea, y no el esfínter externo, era la estructura que se debía seccionar. Sólo hasta los estudios de Eisenhammer y Goligher se encontró que la estructura que se seccionaba era el esfínter interno. Eisenhammer en 1951 fue el primero que mostró que la fisura anal crónica podía ser tratada con esfinterotomía interna solamente. El primer cirujano que sugirió la esfinterotomía interna lateral subcutánea fue Parks en 1967.

Nuestro estudio trata de dilucidar la efectividad del tratamiento usado en el Servicio de Colo-Proctología del Hospital Militar Central para los pacientes con diagnóstico de fisura anal, tanto las agudas como las crónicas, y las complicaciones que ellas han ocasionado.

MATERIAL Y METODOS

Se tuvieron en cuenta para el presente estudio, los pacientes atendidos en el lapso comprendido entre el 1º de enero de 1983 y el 31 de diciembre de 1986. En total fueron tratados 102 pacientes con diagnóstico de fisura anal, cuyas edades oscilan entre los 18 y los 74 años con un promedio de 38,4 años; de ellos 55 eran mujeres y 47 hombres (Tabla 1).

Las fisuras estaban localizadas en nivel anterior en 34 pacientes; posteriores en 54; laterales en 3, y eran múltiples en 11 pacientes (Tabla 1).

Los pacientes fueron examinados en posición de "navaja sevillana" y se clasificaba la fisura en aguda o crónica según su sintomatología y aspecto clínico. Los pacientes con fisuras agudas recibieron tratamiento médico inicial el cual consistía básicamente en sustancias que aumentan el volumen del bolo fecal y disminuyen su consistencia, medidas dietéticas que incluyen aquellos alimentos que producen gran residuo, líquidos abundantes, higiene local, baños de asiento y aplicación local de nitrato de plata; los pacientes fueron controlados a los 8 días de iniciado el tratamiento, y luego cada quince días para ver la evolución de la fisura y de los síntomas clínicos; si la fisura no mejoraba con las medidas anteriormente descritas se consideraba que debía ser llevado a cirugía.

Tenemos otro gran grupo de pacientes, 23 en total, quienes tuvieron un diagnóstico inicial de fisura anal crónica y los cuales fueron llevados a cirugía, conformando el grupo quirúrgico un total de 29 pacientes, incluyendo aquellos que no respondieron adecuadamente al tratamiento médico.

Debemos tener en cuenta que gran cantidad de pacientes presentaban, además de la fisura, otros procesos patológicos, como hemorroides en 61 pacientes; fistula perianal en 4, y papilomas en 2 pacientes (Tabla 2).

Tabla 1. Distribución de las fisuras anales por sexo y localización.

Sexo	Anteriores	Posteriores	Laterales	Múltiples
Masculino	12	30	3	2
Femenino	22	24	0	9
Totales	34	54	3	11

Tabla 2. Patologías asociadas con fisura anal.

Patología	No. de ptes.	% del total de ptes.
Hemorroides	61	59
Fístula perianal	4	39
Pólipos	2	19

El procedimiento quirúrgico usado más frecuentemente fue la hemorroidectomía con esfinterotomía interna posterior y fisulectomía; se efectúa la hemorroidectomía y posteriormente se incide en nivel del borde mucocutáneo en el sitio donde se encuentra la fisura, se disecciona por debajo de la mucosa hasta lograr comprometer toda la fisura y se secciona el tejido. Si la fisura es posterior, se disecciona el esfínter interno, se separa del externo y se secciona su tercio inferior. Si la fisura está localizada en otro nivel, se efectúa una incisión de aproximadamente 1 cm en nivel del borde mucocutáneo posterior, se disecciona hasta encontrar el esfínter interno el cual se separa del externo y se secciona de la misma manera.

El procedimiento que ocupó el segundo lugar en frecuencia fue la fisulectomía con esfinterotomía posterior; procedimiento similar al descrito anteriormente pero que se efectuó en pacientes a los cuales no había necesidad de practicarles hemorroidectomía.

Se efectuó esfinterotomía anterior y fisulectomía en dos pacientes que presentaban fisuras anteriores, luego de practicar incisión en nivel del borde mucocutáneo anterior y de diseccionar la submucosa hasta reseccionar todo el tejido comprometido por la fisura, se procedió a separar el esfínter interno del externo y se seccionó el tercio inferior del esfínter interno. Se efectuó hemorroidectomía y fisulectomía en dos pacientes; en ninguno de ellos se efectuó rotación de colgajos como han recomendado algunos autores (5).

En dos pacientes se efectuó esfinterotomía lateral izquierda, técnica practicada por muchos autores actualmente, que la han comparado con los otros procedimientos quirúrgicos, incluido el de la esfinterotomía posterior; encuentran menos complicaciones, baja tasa de recurrencia y disminución de la estancia hospitalaria (6-10, 12, 13). (Tabla 6).

Los pacientes en el periodo postoperatorio recibieron dieta con abundantes residuos, sustancias que aumentan el bolo fecal y disminuyen la dureza del mismo; además, siguieron las recomendaciones del tratamiento médico ordenadas.

RESULTADOS

Fueron tratados 102 pacientes con fisuras anales en el Servicio de Cirugía Proctológica del Hospital Militar Central; de ellos 55 eran mujeres (53,9%) y 47 hombres (46,1%); las fisuras eran anteriores en 34 pacientes (33,3%), posteriores en 54 pacientes (52,9%), laterales en 3 pacientes (2,9%) y múltiples en 11 pacientes (10,9%).

En el grupo femenino hubo 24 fistulas posteriores (43,6%); 22 pacientes tenían fisuras anteriores (40%), y 9 tenían fistulas

múltiples (16,4%). En el grupo masculino hubo un mayor predominio de fisuras posteriores las cuales se diagnosticaron en el 63,8% de los pacientes; las fisuras anteriores ocuparon el segundo lugar en frecuencia y se presentaron en el 25,5% de los pacientes; hubo tres pacientes con fisuras laterales (6,3%) y 2 pacientes con fisuras múltiples (4,4%) (Tabla 1).

El promedio de edad de los pacientes con fisura anal fue de 38,4 años; el grupo de edad más afectado por esta patología fue el comprendido entre los 20 y 29 años de edad, seguido por el incluido en la quinta década de la vida (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución por edad de los pacientes con fisuras anales.

Edad (años)	Núm. de ptes.	%
10 a 19	4	3,9
20-29	26	25,5
30-39	22	21,5
40-49	25	24,5
50-59	20	19,6
60-69	4	3,9
70-79	1	1,1
Totales	102	100.0

La principal causa de consulta en la serie fue el sangrado, el cual se presentó en el 79,4% de los pacientes, seguido por el dolor, en el 75,4% de ellos.

Los síntomas que siguieron en frecuencia fueron: constipación, sensación de masa anal, prurito y humedad anal (Tabla 4).

Tabla 4. Síntomas por los cuales consultaron los pacientes.

Síntoma	Núm. de ptes.
Hemorragia	81
Dolor	73
Constipación	26
Sensación de masa	23
Prurito	19
Humedad anal	1

A 79 pacientes se les dio tratamiento médico; de ellos, en 6 la fisura persistió y fueron sometidos a tratamiento quirúrgico; a 4 se les efectuó fisurectomía y esfinterotomía posterior; a un paciente se le efectuó hemorroidectomía con fisurectomía y al

Tabla 5. Procedimientos quirúrgicos usados en esta serie

Procedimiento	Núm. de ptes.	%	Sexo
Hemorroidectomía, esfinterotomía posterior y fisurectomía.	15	51,7	4 M. 11 F.
Fisurectomía y esfinterotomía posterior.	8	27,9	5 M. 3 F.
Fisurectomía y esfinterotomía anterior.	2	6,8	0 M. 2 F.
Hemorroidectomía con fisurectomía y esfinterotomía lateral izquierda.	2	6,8	2 M. 0 F.
Hemorroidectomía y fisurectomía.	2	6,8	1 M. 1 F.
Totales	29	100.0	12 M. 17 F.

paciente restante, hemorroidectomía, esfinterotomía posterior y fisurectomía. Ninguno de los pacientes ha presentado recidiva de la fisura en el período de observación.

Fueron llevados a cirugía 29 pacientes, de los cuales 18 con fisuras posteriores, 9 con fisuras anteriores y 2 con fisuras múltiples.

La cirugía que se efectuó con mayor frecuencia fue hemorroidectomía, esfinterotomía posterior y fisurectomía, practicada en 15 pacientes; uno de ellos presentó recidiva de la fisura, por lo cual recibió tratamiento médico con el cual cedió. La cirugía que siguió en frecuencia fue la fisurectomía con esfinterotomía posterior, la cual se efectuó en 8 pacientes. La fisurectomía y esfinterotomía anterior fue efectuada en 2 pacientes; la hemorroidectomía con fisurectomía y esfinterotomía lateral izquierda, en 2; y la hemorroidectomía y fisurectomía, en 2 (Tabla 5). Es de anotar que hay trabajos en los cuales se compara la fisurectomía y esfinterotomía posterior con la esfinterotomía lateral izquierda, en los que se demuestra que es mejor el último procedimiento porque presenta menos complicaciones, menor tiempo de cicatrización y más bajo índice de recurrencias (Tabla 6).

La complicación más frecuente ocurrida en los pacientes sometidos a cirugía por fisuras anales fue el dolor el cual se presentó en 8 pacientes; a 5 de ellos se les había practicado hemorroidectomía, fisurectomía y esfinterotomía posterior, y a 3 se les había efectuado fisurectomía con esfinterotomía posterior. Dos pacientes presentaron constipación en el período postoperatorio; a uno de ellos se le había efectuado hemorroidectomía, esfinterotomía posterior y fisurectomía, y al otro, fisurectomía con esfinterotomía anterior. Dos pacientes presentaron incontinencia para gas y líquido; a ambos se les había practicado hemorroidectomía, esfinterotomía posterior y fisurectomía. Dos pacientes presentaron estrechez del canal anal; a estos últimos se les había efectuado hemorroidectomía, esfinterotomía posterior y fisurectomía. Un paciente a quien se le había efectuado fisurectomía y esfinterotomía anterior, presentó dificultades para la micción (Tabla 7).

La patología más frecuentemente asociada a la fisura anal fue las hemorroides; le siguieron en frecuencia la fístula y los pólipos (Tabla 2).

múltiples (16,4%). En el grupo masculino hubo un mayor predominio de fisuras posteriores las cuales se diagnosticaron en el 63,8% de los pacientes; las fisuras anteriores ocuparon el segundo lugar en frecuencia y se presentaron en el 25,5% de los pacientes; hubo tres pacientes con fisuras laterales (6,3%) y 2 pacientes con fisuras múltiples (4,4%) (Tabla 1).

El promedio de edad de los pacientes con fisura anal fue de 38,4 años; el grupo de edad más afectado por esta patología fue el comprendido entre los 20 y 29 años de edad, seguido por el incluido en la quinta década de la vida (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución por edad de los pacientes con fisuras anales.

Edad (años)	Núm. de ptes.	%
10 a 19	4	3,9
20-29	26	25,5
30-39	22	21,5
40-49	25	24,5
50-59	20	19,6
60-69	4	3,9
70-79	1	1,1
Totales	102	100,0

La principal causa de consulta en la serie fue el sangrado, el cual se presentó en el 79,4% de los pacientes, seguido por el dolor, en el 75,4% de ellos.

Los síntomas que siguieron en frecuencia fueron: constipación, sensación de masa anal, prurito y humedad anal (Tabla 4).

Tabla 4. Síntomas por los cuales consultaron los pacientes.

Síntoma	Núm. de ptes.
Hemorragia	81
Dolor	73
Constipación	26
Sensación de masa	23
Prurito	19
Humedad anal	1

A 79 pacientes se les dio tratamiento médico; de ellos, en 6 la fisura persistió y fueron sometidos a tratamiento quirúrgico; a 4 se les efectuó fisurectomía y esfinterotomía posterior; a un paciente se le efectuó hemorroidectomía con fisurectomía y al

paciente restante, hemorroidectomía, esfinterotomía posterior y fisurectomía. Ninguno de los pacientes ha presentado recidiva de la fisura en el periodo de observación.

Fueron llevados a cirugía 29 pacientes, de los cuales 18 con fisuras posteriores, 9 con fisuras anteriores y 2 con fisuras múltiples.

La cirugía que se efectuó con mayor frecuencia fue hemorroidectomía, esfinterotomía posterior y fisurectomía, practicada en 15 pacientes; uno de ellos presentó recidiva de la fisura, por lo cual recibió tratamiento médico con el cual cedió. La cirugía que siguió en frecuencia fue la fisurectomía con esfinterotomía posterior, la cual se efectuó en 8 pacientes. La fisurectomía y esfinterotomía anterior fue efectuada en 2 pacientes; la hemorroidectomía con fisurectomía y esfinterotomía lateral izquierda, en 2; y la hemorroidectomía y fisurectomía, en 2 (Tabla 5). Es de anotar que hay trabajos en los cuales se compara la fisurectomía y esfinterotomía posterior con la esfinterotomía lateral izquierda, en los que se demuestra que es mejor el último procedimiento porque presenta menos complicaciones, menor tiempo de cicatrización y más bajo índice de recurrencias (Tabla 6).

La complicación más frecuente ocurrida en los pacientes sometidos a cirugía por fisuras anales fue el dolor el cual se presentó en 8 pacientes; a 5 de ellos se les había practicado hemorroidectomía, fisurectomía y esfinterotomía posterior, y a 3 se les había efectuado fisurectomía con esfinterotomía posterior. Dos pacientes presentaron constipación en el periodo postoperatorio; a uno de ellos se le había efectuado hemorroidectomía, esfinterotomía posterior y fisurectomía, y al otro, fisurectomía con esfinterotomía anterior. Dos pacientes presentaron incontinencia para gas y líquido; a ambos se les había practicado hemorroidectomía, esfinterotomía posterior y fisurectomía. Dos pacientes presentaron estrechez del canal anal; a estos últimos se les había efectuado hemorroidectomía, esfinterotomía posterior y fisurectomía. Un paciente a quien se le había efectuado fisurectomía y esfinterotomía anterior, presentó dificultades para la micción (Tabla 7).

La patología más frecuentemente asociada a la fisura anal fue las hemorroides; le siguieron en frecuencia la fistula y los pólipos (Tabla 2).

Tabla 5. Procedimientos quirúrgicos usados en esta serie

Procedimiento	Núm. de ptes.	%	Sexo
Hemorroidectomía, esfinterotomía posterior y fisurectomía.	15	51,7	4 M. 11 F.
Fisurectomía y esfinterotomía posterior.	8	27,9	5 M. 3 F.
Fisurectomía y esfinterotomía anterior.	2	6,8	0 M. 2 F.
Hemorroidectomía con fisurectomía y esfinterotomía lateral izquierda.	2	6,8	2 M. 0 F.
Hemorroidectomía y fisurectomía.	2	6,8	1 M. 1 F.
Totales	29	100,0	12 M. 17 F.

CONCLUSIONES

El tratamiento médico de la fisura anal fue efectivo en el 92,5% de un total de 89 pacientes; de ellos, 6 necesitaron ser llevados a cirugía junto con otros 23 que tenían diagnóstico inicial de fisura anal crónica.

La esfinterotomía posterior fue la cirugía que más se efectuó; en 15 casos se acompañó de fisurectomía y hemorroidectomía y en 8 casos, de fisurectomía solamente; hubo un paciente que presentó recidiva de la fisura y, además, con este procedimiento ocurrieron complicaciones tales como dolor, estre-

chez anal, constipación, incontinencia para líquidos y gas y retención urinaria.

La cirugía más recomendada en el momento actual para esta patología es la **esfinterotomía lateral izquierda** la cual fue efectuada en 2 pacientes de la presente serie que cursaron sin complicaciones, aunque el grupo, por su escaso número, no es comparable con el que fue sometido a esfinterotomía posterior; sin embargo, pensamos que en nuestra Institución se debe seguir efectuando la esfinterotomía lateral izquierda para comparar posteriormente los resultados a corto y largo plazo.

Tabla 6. Comparación multicéntrica entre la esfinterotomía lateral izquierda y la posterior.

Centro Hosp.	Recurrencia de la fisura (%)		Incontinencia (%)	
	Esfint. lat.	Esfint. post.	Esfint. lat.	Esfint. post.
Hosp. Milit. (Bogotá)	0	9	0	9
St. Mark's (Hawley)	0	8	0	8
Ferguson Clinic	5,6	5,0	0	0
Cook County Hosp.	1,3	1,3	0	5

Tabla 7. Complicaciones postoperatorias. Número de pacientes complicados según el procedimiento quirúrgico empleado.

Tipo de complicación	Hemorroidectomía, fisurectomía y esfinterotomía post.	Fisurectomía y esfinterotomía post.	Fisurectomía y esfinterotomía ant.
Dolor continuo	5	3	0
Estrechez anal	2	0	0
Constipación	1	0	1
Incontinencia para gases y líquidos	2	0	0
Retención urinaria	0	0	1
Total	10	3	2

BIBLIOGRAFIA

- Goligher J: Cirugía del ano, recto y colon. Primera edición, Barcelona, Salvat Editores, 1981, pp. 141-147.
- Escobar J: Colon, recto y ano. Enfermedades y tratamiento. Primera edición, Bogotá, Vórtice, 1982, pp. 263-269.
- Mazier P, de Moraes R, And Dignan R: Grietas y úlceras en el ano. Surg. Clin. North Am. 58: 479-487, 1978.
- Antebi E, Schwartz P, And Gilon E: Sclerotherapy for the treatment of fissure in ano. Surg. Gynecol. Obstet. 160: 204-206, 1985.
- Samson R, and Stewart W: Sliding Skin Grafts in the treatment of anal fissures. Dis. Colon Rectum. 13: 372-375, 1970.
- Rudd W: Lateral Subcutaneous internal sphincterotomy for chronic anal fissure, an outpatient procedure. Dis. Colon Rectum. 18: 319-323, 1975.
- Abcarian H: Lateral internal sphincterotomy. Surg. Clin. North Am. 55: 143-150, 1975.
- Ray J, et al.: Lateral subcutaneous internal anal sphincterotomy for anal fissure. Dis. Colon Rectum. 17: 139-144, 1974.
- Mazier P: An evaluation of the surgical treatment of anal fissures. Dis. Colon Rectum. 15: 222-227, 1972.
- Hawley P: The treatment of chronic fissure in ano. J. Surg. 56: 915-918, 1969.
- Walker W, Rothenberger D, and Goldberg S: Morbidity of internal sphincterotomy for anal fissure and stenosis. Dis. Colon Rectum 28: 832-835, 1985.
- Hsu T, and MacKeigan J: Surgical treatment of chronic anal fissure. Dis. Colon Rectum. 27: 475-478, 1984.
- Abcarian H: Surgical correction of chronic anal fissure. Dis. Colon Rectum. 23: 31-36, 1980.
- Crдан F, et al: Anal sphincteric pressure in fissure in-ano before and after lateral internal sphincterotomy. Dis. Colon Rectum 25: 198-201, 1982.
- Handcock B: The internal sphincter and anal fissure. Br. J. Surg. 64: 92-95, 1977.