Fisura anal 24

TERRY C. HICKS
ALAN E. TIMMCKE

La fisura anal se define como un doloroso defecto longitudinal en el revestimiento (anodermo) del conducto anal. Las fisuras se extienden por lo general desde inmediatamente por debajo de la línea dentada hasta el orificio anal. Pueden ser agudas y superficiales o crónicas, en cuyo caso pueden verse fibras musculares expuestas, márgenes fibrosos socavados, un apéndice cutáneo "centinela" redundante y una papila anal hipertrofiada (fig. 24-1). Las fisuras son la causa más común de sangrado rectal doloroso y frecuentemente generan dolor desproporcionado con respecto al tamaño de la lesión. Las fisuras afectan a todos los grupos etarios pero ocurren predominantemente en la tercera y cuarta décadas de la vida. Los dos sexos son afectados en igual proporción.[3] En lactantes y niños las fisuras son frecuentes y representan la fuente más común de sangrado rectal en ese grupo etario.[5]

En el 99% de los hombres y el 90% de las mujeres las fisuras anales están ubicadas en la línea media posterior. Las lesiones restantes se sitúan en la parte anterior. Si se observan fisuras en otras ubicaciones se debe sospechar alguna otra enfermedad subyacente asociada (p.ej., enfermedad intestinal inflamatoria).[15]

ETIOLOGÍA

La etiología de la fisura anal no es clara y posiblemente sea multifactorial. Se ha sugerido que podrían ser causas contribuyentes los traumatismos, la anatomía del conducto anal, la disfunción del esfínter, la cirugía previa y la enfermedad intestinal inflamatoria.[6]

Se considera que el traumatismo es el factor desencadenante en la mayoría de las fisuras. Los pacientes relatan a menudo que los síntomas comenzaron al evacuar una materia fecal gruesa y dura. Con menos frecuencia el trauma se relaciona con el trabajo de parto o con la introducción de un cuerpo extraño. También la diarrea puede traumatizar el ano. El anodermo puede tornarse susceptible al traumatismo por las defecaciones repetidas y forzadas más la irritación química asociada.

Situaciones tales como la enfermedad intestinal inflamatoria o la cirugía anal previa pueden predisponer al paciente a la formación de una fisura. La asociación de fisura anal y enfermedad intestinal inflamatoria está bien establecida. La cirugía anal puede producir cicatrices y estenosis que generan susceptibilidad al desgarro por dilatación.

La configuración anatómica de los esfínteres anales también predispone a desgarramientos en las ubicaciones posterior y anterior. El esfínter anal superficial externo forma una abertura elíptica tipo ranura dispuesta en un plano anteroposterior. Las fibras del esfínter superficial externo están fijadas en la porción anterior, sitio donde se entrecruzan y en la parte posterior, donde se unen al ligamento anococcígeo. Se considera que con el pasaje de las heces se producen fuerzas de corte superiores en estos puntos de fijación.[13,30]

El esfínter anal interno puede contribuir a la fisura anal. El músculo liso del esfínter anal interno es responsable principal de la presión de reposo del ano. Nothmann y Schuster,[29] Hancock[18] y Arabi y col.[2] demostraron que los pacientes con fisura anal tienen alta presión de reposo en el esfínter anal, en comparación con sujetos control normales.

Duthie y Bennett[7] comunicaron hallazgos contradictorios; no pudieron demostrar diferencias en la presión de reposo entre pacientes con fisuras y controles. Nothmann y Schuster[29] de-

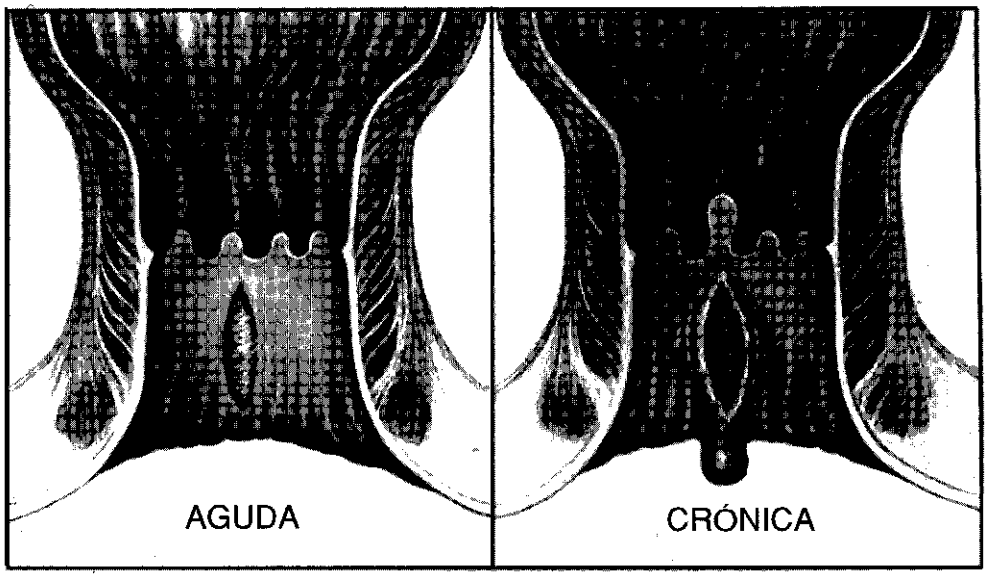


Fig. 24-1. Fisura aguda y fisura crónica. (Modificado de Hicks, T. C. y Ray, J. E.: Rectal and perianal complaints. En Polk, H. C. [h.], Stone, H. H. y Gardner, B. [comps.]: *Basic Surgery*, 3ª ed. Norwalk, CT, Appleton-Century-Crofts, 1987, pág. 455.)

mostraron la relajación refleja normal del esfínter anal interno cuando el recto estaba distendido. En cambio, en su trabajo sobre pacientes con fisura anal, la relajación normal era seguida por una contracción que excedía la presión de reposo basal previa (fig. 24-2). Estos autores hallaron también que después de la curación de la fisura este reflejo "excesivo" desaparecía. El fenómeno de la respuesta excesiva puede desempeñar un papel en la perpetuación del dolor y en el retardo de la curación de una fisura anal.

DIAGNÓSTICO

La obtención de una historia minuciosa antes del examen de un paciente por lo general conduce al diagnóstico correcto. El dolor anal es el síntoma de presentación más común de la fisura anal, en especial la defecación dolorosa. Otros síntomas asociados incluyen: sangrado, prurito o descarga purulenta. El dolor frecuentemente es descrito como sensación lancinante, de desgarramiento o ardor, iniciada por el pasaje de la materia fecal y que por lo general persiste varias horas después de la defecación. Algunos pacientes sufren un dolor tan pronunciado o prolongado que llegan a posponer la defecación regular, lo cual los lleva a una severa constipación. El ulterior pasaje de heces duras puede generar nuevo traumatismo anal y espasmo continuado del esfínter anal. Una vez establecido este círculo vicioso, el dolor se perpetúa. La sangre –escasa– suele ser de color rojo brillante y a menudo se encuentra solamente en el papel higiénico. Hasta el 50% de los pacientes con fisura anal también se quejan de prurito, que probablemente sea secundario a la persistente descarga anal. Los pacientes con dolor severo por fisura también pueden tener síntomas urinarios como disuria, mayor frecuencia o retención.[24]

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Las fisuras anales deben ser distinguidas de las úlceras que son producidas por otros procesos patológicos, como la enfermedad inflamatoria intestinal, infecciones o cáncer. Con no poca frecuencia la enfermedad anal representa la manifestación inicial de una enfermedad de Crohn o una colitis ulcerosa. A veces, la demora en la curación de una fisura o su recurrencia después de la intervención quirúrgica sugiere la posibilidad de enfermedad inflamatoria intestinal. Hasta un 50% de los pacientes con enfermedad de Crohn sufren fisuras anales en algún momento de su enfermedad. Estas fisuras en ocasiones son múltiples y tienen una ubicación atípica. Desafortunadamente, la proctosigmoideoscopia podría no confirmar el diagnóstico de enfermedad de Crohn, porque la enfermedad intestinal se encuentra en el intestino más proximal. Rara vez es útil la biopsia de una fisura

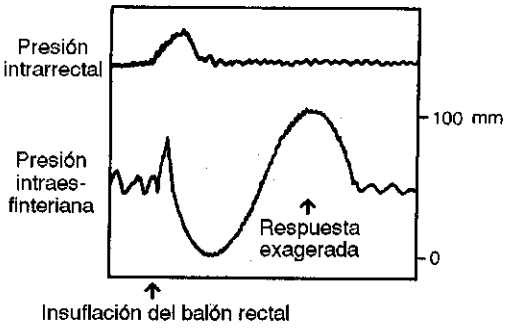


Fig. 24-2. Reflejo inhibitorio rectoanal con fenómeno de respuesta "exagerada". (Modificado de Nothmann, B. J. y Schuster, M. M.: Internal anal sphincter derangement with anal fissures. *Gastroenterology* 67:216, 1974.)

anal sospechosa para confirmar la presencia de enfermedad de Crohn y puede ser necesaria la evaluación completa del tracto gastrointestinal alto y bajo. Las úlceras anales también pueden estar asociadas con colitis ulcerosas. Por lo común tienen base amplia y se hallan fuera de la línea media. El cirujano puede confirmar el diagnóstico de proctocolitis mediante sigmoideoscopia.

El prurito anal crónico a menudo se vincula con la formación de fisuras, pero esas lesiones suelen ser superficiales, externas y no asociadas con el dolor y el espasmo que se observan en la fisura anal aguda.

Infecciones tales como herpes, sífilis, chancroide y tuberculosis pueden dar como resultado úlceras anales.[15] El herpes anal puede producir ulceración dolorosa que puede ser confundida con una fisura anal. Estas úlceras están ubicadas atípicamente y son mucho más dolorosas de lo que su apariencia superficial sugiere. El diagnóstico de herpes anal puede confirmarse con cultivos virales. Las fisuras sifilíticas a menudo muestran lesiones "en espejo" y el diagnóstico se puede hacer por examen (microscópico) de fondo oscuro, confirmado con estudios de anticuerpos treponémicos (inmunofluorescencia). El chancroide puede producir úlceras anales pero esto es inusual si no hay adenopatía inguinal notable. La úlcera anal tuberculosa es una entidad muy rara que casi nunca se ve sin enfermedad pulmonar concomitante.

El carcinoma epidermoide del ano y el adenocarcinoma del recto que involucra al conducto anal pueden dar como resultado defecación dolorosa. Sin embargo, estas lesiones suelen ser atípicas por su aspecto y el clínico las reconoce fácilmente. La biopsia confirma el diagnóstico clínico. Los infiltrados leucémicos en el ano a menudo son extremadamente dolorosos y se requiere adecuado drenaje del absceso, aunque rara vez es satisfactorio para este estadio final de la enfermedad maligna. Hay informes que describieron lesiones ulceradas en el conducto anal, vinculadas con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Estas lesiones pueden ser resultado de herpes anal, citomegalovirus, sarcoma de Kaposi y linfoma de células B. El médico debe sospechar –nuevamente– de toda lesión fuera de la línea media o de una lesión con lenta cicatrización. Estos hallazgos deben conducir a pruebas diagnósticas adicionales, incluyendo biopsias.

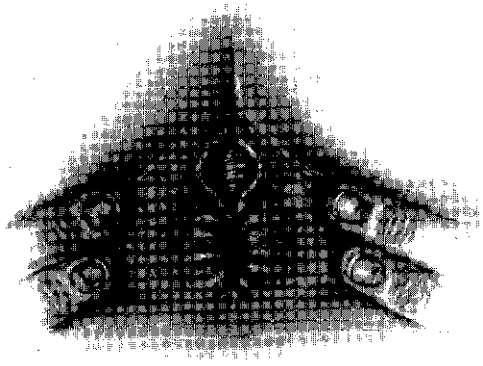


Fig. 24-3. Inspección de la fisura.

EXAMEN FÍSICO

Pese a que una historia clínica cuidadosa a menudo sugiere el diagnóstico de fisura anal antes del examen físico, éste es necesario no solamente para confirmar el diagnóstico sino también para eliminar otras enfermedades asociadas o contribuyentes. Los pacientes con fisura anal muchas veces se acercan a la consulta con gran ansiedad. Es importante que el médico demuestre paciencia y gentileza. No puede dejar de destacarse la utilidad de la "anestesia local".

El primer paso –y el más importante– consiste en la inspección cuidadosa del ano. Una suave separación de las nalgas a menudo permite ver la fisura (fig. 24-3). Inclusive en pacientes con espasmo marcado, la tracción lateral suave pero firme generalmente hace suficiente eversión del ano como para exponer la fisura, lo que torna innecesario el examen digital o anoscópico. En ocasiones puede resultar útil la aplicación digital de un gel o pomada anestésica tópica. Un paciente con fisura crónica puede presentar una hemorroides "centinela" por fuera de la fisura y, si es posible el examen anoscópico, podrá verse una papila anal

hipertrofiada (fig. 24-4). Repetimos que las fisuras halladas en sitios que no sean la línea media anterior o posterior pueden asociarse con otros estados fisiopatológicos subyacentes.

A continuación el examinador debe palpar el ano, lo cual a menudo le confirmará la presencia de espasmo esfinteriano y de dolor. Deben realizarse exámenes digital y sigmoideoscópico para descartar una enfermedad intestinal inflamatoria o un posible carcinoma. A menudo el dolor es tan intenso que estos exámenes deben ser diferidos y efectuados bajo anestesia.[20]

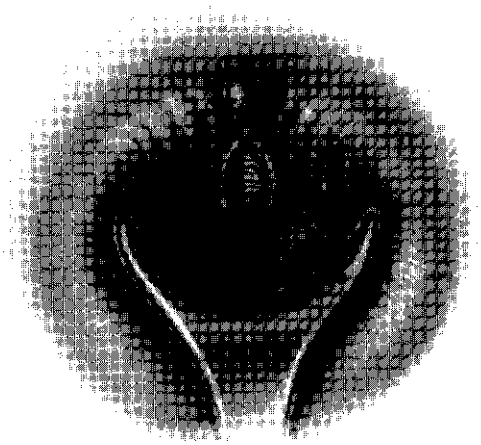


Fig. 24-4. Examen físico de una fisura crónica. (Modificado de Hicks, T. C. y Ray, J. E.: Rectal and perianal complaints. En Polk, H. C. [h.], Stone, H. H. y Gardner, B. [comps.]: *Basic Surgery*, 3ª ed. Norwalk, CT, Appleton-Century-Crofts, 1987, pág. 455.)

TRATAMIENTO

Manejo clínico

En todos los pacientes debe intentarse el manejo clínico de la situación. La decisión de continuar con un ensayo de manejo conservador debe basarse en el juicio clínico. Una fisura anal superficial aguda que produjo síntomas de duración relativamente breve, por lo general responde sintomáticamente y cura después de un régimen clínico. Este régimen incluye preparados para dar volumen y ablandar las heces (p. ej., preparados de plantago o metilcelulosa), dieta con alto contenido de fibra, como el uso generoso de salvado no procesado, mantenimiento de una hidratación adecuada y baños de asiento calientes, en particular después de la defecación, para relajar el espasmo reflejo del esfínter anal y evitar la limpieza que produzca dolor. Las sustancias que ablandan y dan volumen a las heces y la dieta con alto contenido de fibra producen materia fecal grande, pasa fácilmente lubricada y que requiere menos tiempo para el doloroso acto de la defecación y menor necesidad de higienización perianal vigorosa. Además, el mayor diámetro de las heces puede producir la dilatación natural del esfínter anal, lo que reducirá el espasmo. La hidratación adecuada es necesaria para asegurar que la materia fecal siga siendo blanda y esté bien lubricada. Se debe recordar a los pacientes que mantengan sus heces regulares y blandas hasta varias semanas después de la remisión de los síntomas, porque no es raro que una única defecación de sustancia dura reabra una fisura anal recientemente curada.

Ungüentos, emolientes y cremas, algunas con contenido de anestésicos o antiinflamatorios (p. ej., hidrocortisona), se han usado con diversos grados de éxito. Estos preparados requieren aplicación digital dentro del conducto anal para producir algún beneficio, acto que muchos pacientes encuentran no sólo doloroso sino desagradable. La eficacia adjudicada a estos agentes probablemente se deba a su efecto lubricante, a la historia natural de curación que presentan muchas fisuras o posiblemente al efecto placebo de aplicar un agente directamente sobre el sitio doloroso. Los ungüentos anestésicos pueden producir dermatitis perianal, además de ser poco beneficiosos a largo plazo. Debe evitarse el uso de supositorios. Su inserción con frecuencia es dolorosa y migran hacia la parte alta del recto, donde sus ingredientes tienen poco o ningún efecto sobre una fisura situada en el conducto anal. La eficacia que se les adjudica probablemente se deba a los mismos factores descritos en el caso de los ungüentos y las cremas.

Hacia las décadas de 1920 y 1930 gozaron de popularidad los anestésicos locales de acción prolongada, generalmente en suspensión oleosa e inyectados por lateral del esfínter anal para bloquear los ramos anales de los nervios pudendos. Por los problemas asociados de incontinencia y –no pocas veces– abscesos, fístulas y sepsis por la inyección de sustancias inmunogénica pobrementre absorbidas, esta práctica ha sido abandonada.[11,17,26,39]

Gabriel propuso, en 1948, el uso de dilatadores anales en pacientes ambulatorios.[12] Éstos fueron sugeridos por Goligher[15] como medio para aplicar ungüento anestésico. Si se considera el dolor que hasta un suave examen digital produce, parecería lógico que casi todos los pacientes prefieran la aplicación de un anestésico local antes que la inserción de un dilatador. Aunque los dilatadores anales todavía se usan bastante en Gran Bretaña, hay pocas evidencias que justifiquen su empleo.

Las medidas conservadoras rara vez promueven la curación de una fisura anal crónica típica, caracterizada por un apéndice centinela prominente, fibras circunferenciales expuestas del músculo esfínter anal interno, bordes socavados e indurados y una papila anal hipertrofiada (fig.24-4). Las fisuras crónicas que responden sintomáticamente rara vez curan por completo y los síntomas a menudo recidivan. Una fístula superficial asociada también es altamente sugestiva de una eventual necesidad de intervención quirúrgica. Empero, a pesar de las características clínicas de cronicidad, no es inusual que una fisura sea indolora, sangre sólo ocasionalmente o produzca descarga o prurito. Cuando los síntomas son de severidad insuficiente como para recomendar tratamiento operatorio, la única opción es el manejo conservador.

Se debe tener en cuenta que el tratamiento operatorio y la ocasional perturbación de la continencia resultante pueden tornar más severos los síntomas de descarga y prurito. En realidad, una fisura crónica, relativamente asintomática e indolora puede representar la manifestación inicial de la enfermedad intestinal inflamatoria. Por último, sea la fisura anal aguda o crónica, la decisión de usar tratamiento quirúrgico depende de la presencia de dolor persistente o sangrado y de la falta de una respuesta aceptable al manejo clínico. Frecuentemente es el paciente el que decide si los intentos de manejo conservador han fracasado y, debido al dolor intolerable o al sangrado, requieren cirugía.

Manejo quirúrgico

Eisenhammer[8,10] fue el primero en reconocer que la división de la parte más baja del esfínter anal interno por lo común da como resultado el rápido alivio del dolor y la consiguiente curación de la fisura. Goligher[15] adjudica a Miles haber sido el primero en hacer esfinterotomía interna para el tratamiento de la fisura anal en 1938, aunque Miles[25] se refirió a la estructura que él dividía como "banda del pecten" y no reconoció que en realidad se trataba de la porción inferior del esfínter anal interno. En 1948 Gabriel[12] popularizó la escisión de la fisura (fisurectomía), durante la cual él también dividía una porción del músculo que consideraba que representaba el esfínter anal externo subcutáneo espástico. Empero a Eisenhammer,[9] –sustentado por ulteriores estudios anatómicos de Goligher y col.[16]– se le debe dar el crédito de haber reconocido la importancia del esfínter anal interno en la patogenia y el tratamiento de la fisura anal. Todos los procedimientos quirúrgicos exitosos para el manejo de la fisura anal, aunque varían en su método, emplean estiramiento o división del esfínter anal interno.

Estiramiento del esfínter anal

A Recamier se le adjudica haber utilizado por primera vez el estiramiento manual de los esfínteres anales para el tratamiento de la fisura anal.[23,35] Más recientemente, Goligher[14] popularizó el procedimiento como alternativa a la esfinterotomía anal interna. En 1973, Lord[22] a quien se atribuyó epónimamente el método, sugirió extender el uso de la técnica para el tratamiento de las hemorroides. Aunque el procedimiento por lo común es exitoso para aliviar inicialmente el dolor, requiere anestesia general y da como resultado sólo un 72% de curaciones de fisuras, un 16% de dolor recurrente y un 20% de incontinencia fecal.[14,38] La técnica implica la inserción de cuatro a ocho dedos en el orificio anal y ejerce presión (que se mantiene durante varios minutos) hacia los laterales o anteroposterior para producir la dilatación esfinteriana. Además de ser un método bastante antiestético e incontrolado, el estiramiento del esfínter es poco recomendable en términos de sus resultados o falta de complicaciones.

Resección de la fisura

Popularizada por Gabriel en 1948, parece ser que el éxito de la resección de la fisura no se debía a la escisión sino al seccionamiento o estiramiento del esfínter anal interno, maniobra que Gabriel incluyó sin tal propósito.[12,15] La herida triangular que él describe tiene su vértice en la línea dentada y su base a unos 4 cm por distal de esa línea. El defecto cura lentamente y a menudo da como resultado una característica "deformidad en ojo de cerradura" con la consiguiente pérdida fecal. Desde el advenimiento de la esfinterotomía subcutánea lateral interna se hizo evidente que la fisura rara vez requiere escisión. La escisión de la fisura se hace necesaria sólo para abrir una fístula superficial asociada, eliminar una gran papila hipertrofiada prolapsada o mejorar la higiene anal impedida por un apéndice cutáneo redundante.

Esfinterotomía anal interna

La esfinterotomía del músculo esfínter anal interno se ha convertido en el procedimiento preferido para el tratamiento de la fisura anal sintomática. En 1951 Eisenhammer propuso una técnica abierta en la cual el esfínter anal interno se divide en la línea media posterior, des-

de el nivel de la línea dentada por distal.[8] Esto se hacía habitualmente a través de la fisura misma, dejando que la herida curase por segunda intención. Bennett y Goligher[3] comunicaron que esta técnica daba como resultado una herida que curaba lentamente pero asociada con fibrosis, lo cual generaba la típica deformidad en ojo de cerradura. Se consideraba que esta deformidad explicaba la incidencia bastante alta de pérdida fecal (22%) y la falta de control de flatos (19%) o heces (9%). Resultados similares fueron los que influyeron para que Eisenhammer –en 1959– propusiese un abordaje lateral para dividir el esfínter, con la esperanza de que ese tipo de herida curara con mayor rapidez y produjera un defecto longitudinal menos prominente.[10] La esfinterotomía anal interna lateral se hacía en un principio usando una técnica abierta similar a la de la esfinterotomía en la línea media posterior; una ulterior modificación incluyó el cierre de la piel, que produjo una curación todavía más rápida y menos dolor posoperatorio (fig. 24-5).

Esfinterotomía subcutánea lateral del esfínter anal interno

En 1967 Parks propuso la esfinterotomía subcutánea lateral del esfínter anal interno ejecutada a través de una corta incisión circunferencial situada lateralmente en la piel que circunda al orificio anal (fig. 24-6).[32] En este procedimiento se evita la incisión en el conducto anal y el dolor que ella generaría. Se diseca cuidadosamente el anodermo separándolo del esfínter anal interno subyacente y, después de continuar la disección en el surco interesfinteriano se lleva a cabo la división del esfínter bajo visualización directa. Así es posible una hemostasia minuciosa. La herida puede dejarse abierta o cerrarse –según lo descrito por Parks[32]– con varios puntos separados. La incisión puede orientarse circunferencial o radialmente; esta última cura más rápido si se deja abierta. El agregado de un cierre subcuticular con sutura absorbible parece facilitar la curación y reducir las molestias.

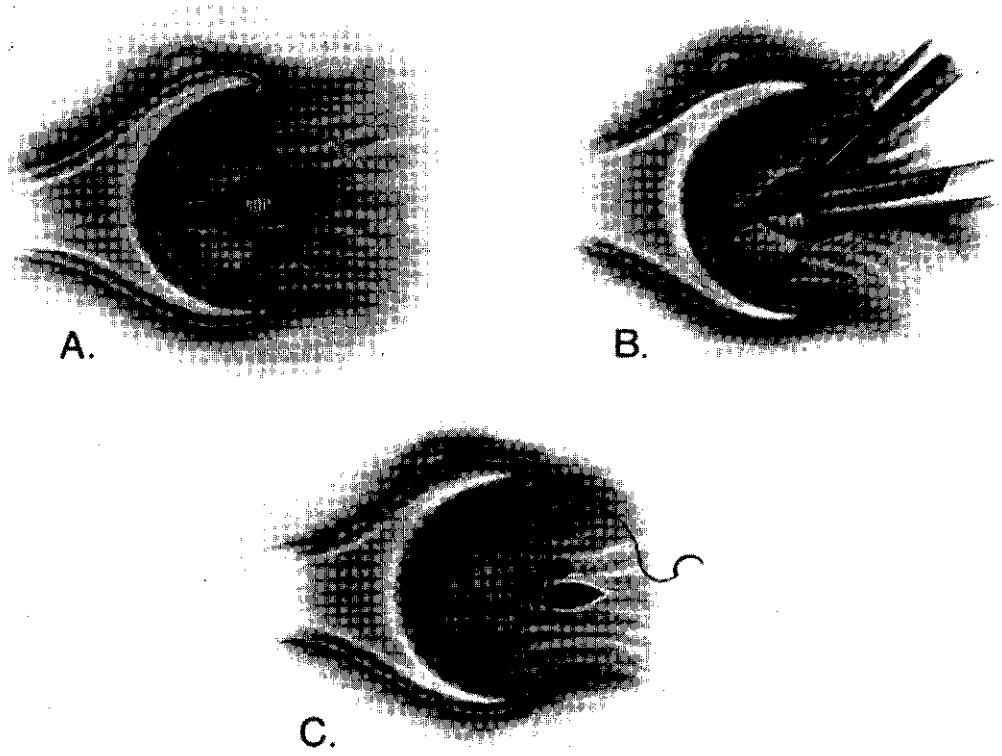


Fig. 24-5. Esfinterotomía anal lateral interna. **A.** El esfínter anal interno, visible a través de la incisión. **B.** División lateral del esfínter anal interno. **C.** Cierre de la herida. (Modificado de Storer, E. H., Goldberg, S. M. y Nivatvongs, S.: Colon, rectum an anus. En Schwartz, S. I. [comps.]: *Principles of Surgery,* 4ª ed. Nueva York, Mc Graw-Hill, 1984, pág. 1169. Reproducido con autorización.)

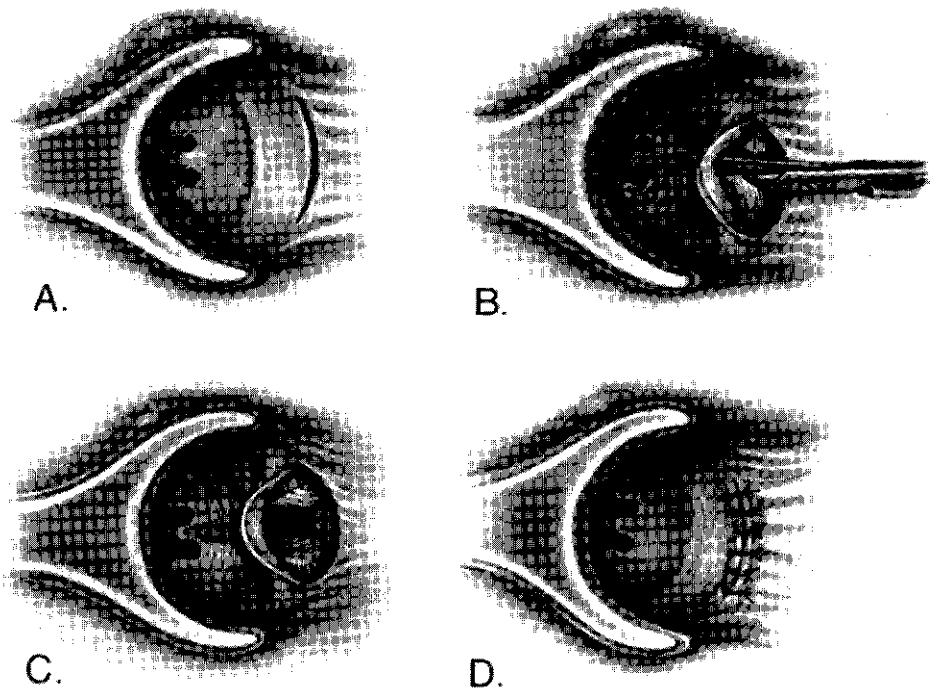


Fig. 24-6. Esfinterotomía subcutánea lateral del esfínter anal interno. **A.** Incisión circunanal. **B.** División del esfínter anal interno. **C.** Esfínter anal interno dividido. **D.** Cierre de la herida. (Modificado de Parks, A. G.: The management of fissure-in-ano. *Hosp. Med., 1*:737, 1967.)

Notaras[27,28] fue el primero en sugerir la esfinterotomía subcutánea lateral a ciegas del músculo anal interno. La técnica se presta muy bien para usar anestesia local en el marco de la atención de pacientes ambulatorios. En este procedimiento se inserta un bisturí angosto (hoja Nº 11 o para cataratas) a través de una incisión lateral a nivel del borde inferior del esfínter interno, justo por medial del surco interesfinteriano, como lo señala la pinza hemostática en la figura 24-7**A**. Tal como fuera descrito originalmente, la hoja se ubica paralelamente al esfínter y se avanza por debajo de la piel anal hasta que su punta esté a nivel de la línea dentada; luego se divide el esfínter poniendo el bisturí perpendicular y haciendo un suave movimiento oscilante hacia afuera (fig. 24-7, recuadro). Una modificación reciente de esta técnica involucra la inserción de la hoja entre los esfínteres interno y externo, volviéndola hacia adentro para seccionar el esfínter con un suave movimiento (fig. 24-7**A**, **B** y **C**). Luego se retira el bisturí y, con presión lateral se avulsionan las escasas fibras musculares remanentes. La hemostasia se logra manteniendo la presión unos instantes.

En ambas técnicas se deja abierta la pequeña herida. La técnica modificada reduce la posibilidad de incidir fibras del esfínter anal externo, cuyo corte aumentaría la posibilidad de incontinencia fecal. La técnica modificada también puede usarse con anestesia local. Al aplicar un dedo en el conducto anal se puede guiar digitalmente el corte a ciegas del esfínter, para evitar la laceración del anodermo (fig. 24-8). Para mejorar la visibilidad, tensionar el esfínter y eliminar la necesidad de introducir un dedo en el conducto anal se puede usar un separador anal bivalvo o de Hill-Ferguson. Ese tipo de separador puede usarse con anestesia local, pero requiere un bloqueo más amplio y aun así produce molestias y hace necesaria la sedación del paciente. Por estas razones, la mayoría de los cirujanos que emplean un separador lo reservan para usarlo con anestesia general. La técnica de esfinterotomía a ciegas puede verse facilitada si se usa anestesia local (fig. 24-8).

La operación puede hacerse en posición de litotomía, prona o lateral izquierda, según las preferencias del paciente, el cirujano y el anestesista. Nosotros preferimos la posición prona "en navaja". En ella la incisión se ubica en po-

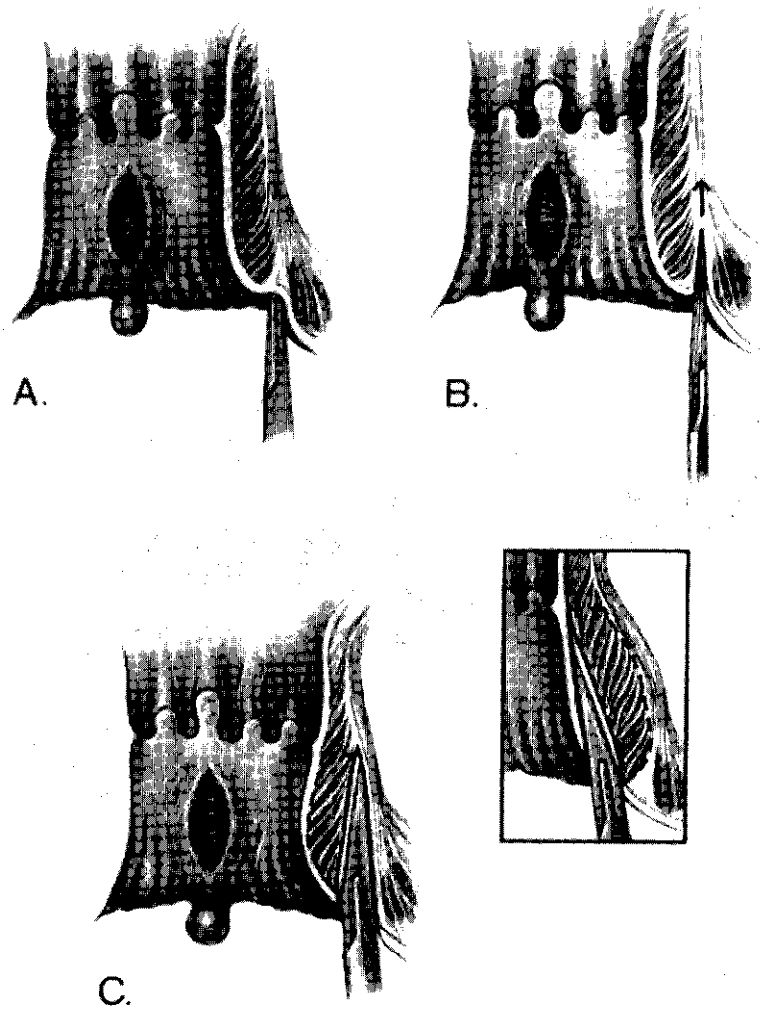


Fig. 24-7. Esfinterotomía subcutánea lateral a ciegas del esfínter anal interno. **A.** Una pinza hemostática señala el surco interesfinteriano. **B.** Inserción del bisturí entre los esfínteres interno y externo. **C.** División del esfínter mediante movimiento del bisturí hacia adentro. *Recuadro:* técnica original de Notaras, que muestra el movimiento hacia afuera del bisturí. (Modificado de Notaras, M. J.: The treatment of anal fissure by lateral subcutaneous internal sphincterotomy –a technique and results. *Br. J. Surg.*, *58*:96, 1971, con autorización de los editores, Butterworth & Co. © 1971.)

sición lateral derecha en caso de que el cirujano sea diestro. De esta forma se evita la columna hemorroidal izquierda, que a menudo es la más prominente. Con el paciente bajo ligera sedación se aplica un rollo debajo de las caderas y se separan las nalgas usando tiras de tela adhesiva de 10 cm. Con aguja de 4 cm calibre 27 o 30 se inyectan bilateralmente los tejidos perianales subcutáneos con 3 a 5 ml de lidocaína al 0,5% con epinefrina 1:200.000. Luego se infiltran 3 a 5 ml adicionales de esta solución, bilateralmente, en el espacio interesfinteriano. Del lado sobre el cual va a dividirse el esfínter se inyecta 1 ml adicional dentro del espacio situado entre el anodermo del conducto anal y el esfínter interno. Si se inserta un dedo en el conducto anal podrá hacerse el corte a ciegas del esfínter –guiado digitalmente– evitando la laceración del anodermo (fig. 24-8). Como alternativa, con el grado de anestesia y sedación suministrado por esta técnica podrá usarse un separador de Hill-Ferguson para estirar el esfínter y permitir la visualización del anodermo situado por encima. Si se desea una anestesia más prolongada puede usarse bupivacaína al 0,25% con epinefrina 1:200.000.

Cuadro 24-1. *Esfinterotomía lateral subcutánea del esfínter anal interno*

Autor	Cantidad de pacientes	% de curados	% de recidivas	Defectos menores del control anal (%)			% de otras complicaciones
				Heces	Flatos	Ens. ropas	
Hawley[19]	24	100	0	0	0	0	0
Hoffman y Goligher[21]	99	97	3	1,0	6,1	7,1	3
Notaras[28]	82	100	0	1,4	2,7	5,5	1,4
Ray y col.[34]	21	100	0	0	0	0	4,8
Rudd[36]	200	99,5	0,5	0	0	0	0,5
Abcarian[1]*	150	98,7	1,3	0	0	0	1,3
Oh[31]	550	99,6	0,4	?	?	?	6,9
Ravikumar y col.[33]	60	96,7	3,3	0	0	0	5,0
Boulos y Araujo[4]	28	100	0	0	17,9	?	7,1

* Las esfinterotomías laterales de esta serie no se hicieron de forma subcutáne.

MANEJO POSOPERATORIO

Los cuidados posoperatorios consisten en el uso de un preparado de psillium, baños de asiento y un analgésico suave. Por lo general puede reanudarse la dieta habitual y las actividades normales dentro de las 24 horas. Habitualmente el dolor es menos intenso que el producido por la fisura antes de la operación. En realidad, la mayoría de los pacientes experimentan un completo alivio del dolor dentro de las primeras 48 horas del posoperatorio, a pesar de que la curación total de la fisura puede demorar varias semanas. Esta observación tiende a sustentar la teoría que postula que el espasmo del esfínter anal interno, y no la fisura propiamente dicha, es responsable del dolor asociado con la fisura anal.

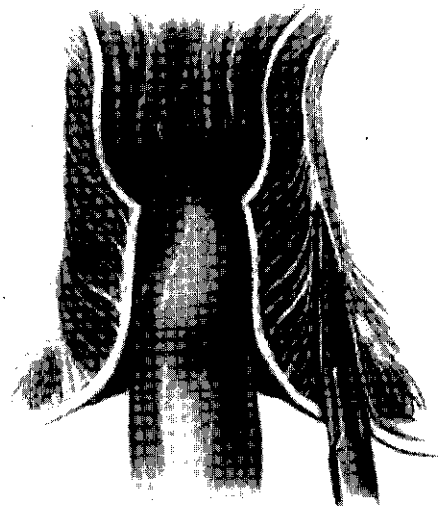


Fig. 24-8. Esfinterotomía lateral subcutánea del esfínter anal interno dirigido digitalmente. (Modificado de Notaras, M. J.: The treatment of anal fissure by lateral subcutaneous internal sphincterotomy–a technique and results. *Br. J. Surg.*, *58*:96, 1971, con autorización de los editores, Butterworth & Co. © 1971.)

RESULTADOS Y COMPLICACIONES

Como se observa en el cuadro 24-1, entre el 97 y el 100% de los pacientes fisurados y tratados con esfinterotomía subcutánea lateral del esfínter anal interno experimentan curación completa.[1,4,19,21,28,31,33,34,36] La mayoría de los pacientes (> 90%) están libres de dolor a las 48 horas y pueden retornar a sus tareas. En el 96% de los casos la curación completa de la fisura ocurre antes de transcurrido un mes. Después de la esfinterotomía subcutánea lateral fueron documentados defectos menores en el control anal, pero consisten solamente en poco control de los flatos y alguna pérdida fecal menor. La salida de mucus y la ocasional incontinencia fecal son comunes después de una esfinterotomía lateral con incisión en el conducto anal o estiramiento del ano. De los 1.214 pacientes representados en el cuadro 24-1, solamente 2 experimentaron incontinencia fecal prolongada. Otras complicaciones incluyen: sangrado, formación de abscesos, fistulización, prolapso hemorroidal, hematoma, equimosis perianal y prurito. Estas situaciones se encuentran rara vez y –sumadas– son responsables de problemas en menos del 7% de los pacientes.

Creemos que la esfinterotomía subcutánea lateral del esfínter anal interno es el procedimiento de elección para el manejo quirúrgico de la fisura anal. El cirujano que opera poco en la región anal tal vez halle más satisfactoria la técnica con buena visualización descrita por Parks.[32] Los más familiarizados y experimentados con la anatomía anal pueden optar por la técnica a ciegas de Notaras.[27] En todo caso, los resultados de estas técnicas con respecto al de-

terioro de la continencia fecal son superiores a los del estiramiento esfinteriano y la esfinterotomía en la línea media posterior, y estos procedimientos deberían ser abandonados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abcarian, H.: Surgical correction of chronic anal fissure: results of lateral internal sphincterotomy vs. fissurectomy-midline sphincterotomy. Dis. Colon Rectum, *23*:31, 1980.
2. Arabi, Y., Alexander-Williams, J., and Keighley, M.R.B.: Anal pressures in hemorrhoids and anal fissure. Am. J. Surg., *134*:608, 1977.
3. Bennett, R.C., and Goligher, J.C.: Results of internal sphincterotomy for anal fissure. Br. Med. J., *2*:1500, 1962.
4. Boulos, P.B., and Araujo, J.G.C.: Adequate internal sphincterotomy for chronic anal fissure: subcutaneous or open technique? Br. J. Surg., *71*:360, 1984.
5. Connor, J.J.: Pediatric proctology. Dis. Colon Rectum, *18*:126.
6. Corman, M.L.: Colon and Rectal Surgery. Philadelphia, J.B. Lippincott, 1984.
7. Duthie, H.L., and Bennett, R.C.: Anal sphincter pressure in fissure-in-ano. Surg. Gyncol. Obstet., *119*:19, 1964.
8. Eisenhammer, S.: The surgical correction of chronic internal anal (sphincteric) contracture. S. Afr. Med. J., *25*:486, 1951.
9. Eisenhammer, S.: The internal anal sphincter: its surgical importance. S. Afr. Med. J., *27*:266, 1953.
10. Eisenhammer, S.: The evaluation of the internal anal sphincterotomy operation with special reference to anal fissure. Surg. Gynecol. Obstet., *109*:583, 1959.
11. Gabriel, W.B.: Treatment of pruritus ani and anal fissure: the use of anesthetic solution in oil. Br. Med. J., *1*:1070, 1929.
12. Gabriel, W.B.: Principles and Practice of Rectal Surgery, 4th ed. London, H.K. Lewis, 1948.
13. Gabriel, W.B.: Principles and Practice of Rectal Surgery, 5th ed. Springfield, IL, Charles C Thomas, 1963.
14. Goligher, J.C.: An evaluation of internal sphincterotomy and simple sphincter stretching in the treatment of fissure-in-ano. Surg. Clin. North Am., *42*:1299, 1965.
15. Goligher, J.C.: Surgery of the Anus, Rectum and Colon, 4th ed. London, Baillière Tindall, 1980.
16. Goligher, J.C., Leacock, A.G., and Brossy, J.J.: Surgical anatomy of the anal canal. Br. J. Surg., *43*:51, 1955.
17. Gorsch, R.V.: Oil soluble anesthetics in proctology. Med. Rec., *139*:35, 1934.
18. Hancock, B.D.: The internal sphincter and anal fissure. Br. J. Surg., *64*:92, 1977.
19. Hawley, P.R.: The treatment of chronic fissure-in-ano. A trial of methods. Br. J. Surg., *56*:915, 1969.
20. Hicks, T.C., and Ray, J.E.: Rectal and perianal complaints. *In* Polk, H.C., Jr., Stone, H.H., and Gardner, B. (eds.): Basic Surgery, 3rd ed. Norwalk, CT, Appleton-Century-Crofts, 1987, p. 455.
21. Hoffmann, D.C., and Goligher, J.C.: Lateral subcutaneous internal sphincterotomy in treatment of anal fissure. Br. Med. J., *3*:673, 1970.
22. Lord, P.H.: Diverse methods of managing hemorrhoids: dilatation. Dis. Colon Rectum, *16*:180, 1973.
23. Maisonneuve, J.G.: Du traitement de la fissure a l'anus par la dilatation forcée. Gaz d'hop, 3rd series *1*:220, 1849.
24. Mazier, W.P., De Moraes, R.T., and Dignan, R.D.: Anal fissure and anal ulcers. Surg. Clin. North Am., *58*:479, 1978.
25. Miles, W.E.: Rectal Surgery. London, Cassell, 1939.
26. Morgan, C.N.: Oil soluble anesthetic in rectal surgery. Br. Med. J., *2*:938, 1935.
27. Notaras, M.J.: Lateral subcutaneous sphincterotomy for anal fissure—a new technique. Proc. R. Soc. Med., *62*:713, 1969.
28. Notaras, M.J.: The treatment of anal fissure by lateral subcutaneous internal sphincterotomy—a technique and results. Br. J. Surg., *58*:96, 1971.
29. Nothmann, B.J., and Schuster, M.M.: Internal anal sphincter derangement with anal fissures. Gastroenterology, *67*:216, 1974.
30. Oh, C.: Lateral subcutaneous internal sphincterotomy for anal fissure. Mt. Sinai J. Med., *42*:596, 1975.
31. Oh, C.: The role of internal sphincterotomy. Mt. Sinai J. Med., *49*:484, 1982.
32. Parks, A.G.: The management of fissure-in-ano. Hosp. Med., *1*:737, 1967.
33. Ravikumar, T.S., Sridhar, S., and Rao, R.N.: Subcutaneous lateral internal sphincterotomy for chronic fissure-in-ano. Dis. Colon Rectum, *25*:778, 1982.
34. Ray, J.E., Penfold, J.C.B., Gathright, J.B., et al.: Lateral subcutaneous internal anal sphincterotomy for anal fissure. Dis. Colon Rectum, *17*:139, 1974.
35. Récamier, J.C.A.: Extension, massage et percussion cadencée dans le traitement des contractures musculaires. Rev. Medicale Franc., *1*:74, 1838 (Translated Dis. Colon Rectum, *23*:362, 1980).
36. Rudd, W.W.H.: Lateral subcutaneous internal sphincterotomy for chronic anal fissure, an outpatient procedure. Dis. Colon Rectum, *18*:319, 1975.
37. Storer, E.H., Goldberg, S.M., and Nivatvongs, S.: Colon, rectum and anus. *In* Schwartz, S.I. (ed.): Principles of Surgery, 4th ed. New York, McGraw-Hill, 1984, p. 1169.
38. Watts, J.McK., Bennett, R.C., and Goligher, J.C.: Stretching of anal sphincters in treatment of fissure-in-ano. Br. Med. J., *2*:342, 1964.
39. Yeomans, F.C., Gorsch, R.V., and Mathesheimer, J.L.: Benachol in the treatment of pruritus ani (preliminary report). Trans. Am. Proct. Soc., *28*:24, 1927.