

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA FISURA ANAL

**Dr. Pedro Morgado
Dr. Virgilio Torrealba
Dra. Yvonne Bayeh**

El término "fisura anal" no implica solamente una solución de continuidad la superficie del canal anal, sino también un estado inflamatorio en sus bordes, con infiltrado celular. En otras palabras, se trata realmente de una úlcera que, por otra parte, no tiende a cicatrizar.

La fisura anal es, quizás, la patología anal más dolorosa, solamente comparable en intensidad al cáncer del canal anal. Este dolor, que básicamente es producido por un espasmo permanente del esfínter interno del ano y al cual Hilton (3) le buscó una explicación anatómica adecuada, obliga al enfermo a evitar las evacuaciones, cerrándose un círculo vicioso dolor-espasmo-estreñimiento voluntario, que resulta en una intensificación de la tríada sintomática característica: dolor, estreñimiento y sangramiento.

El propósito de este trabajo es evaluar el resultado de nuestra conducta terapéutica frente al paciente privado, con fisura anal.

MATERIAL Y METODO

Estudiamos un grupo de 298 pacientes con fisura anal, atendidos en la consulta de uno de nosotros en el Hospital Privado Centro Médico de Caracas, entre Agosto de 1970 y Diciembre de 1978. Este total representa un 15 por ciento de nuestra consulta, dedicada exclusivamente a enfermedades de ano, recto y colon.

Para su estudio, dividimos los enfermos en dos grupos:

Grupo I: se incluyen 73 pacientes diagnosticados como portadores de una úlcera anal crónica;

Grupo II: Reúne 225 pacientes catalogados como portadores de una fisura anal no crónica.

Centro Médico de Caracas

XV Congreso Venezolano de Cirugía. Marzo 1979. Porlamar.

PACIENTES DEL GRUPO I. Consultaron por dolor de más de seis meses de evolución, de mediana intensidad, que persistía hasta 4 horas después de las evacuaciones, con emisión de sangre rutilante en cada una de ellas. Voluntariamente evitaban la defecación y empleaban algún laxante cada tres o cuatro días, con el fin de tener heces suaves.

Al examen físico se encontró una úlcera generalmente amplia, de fondo grisáceo, descansando sobre un esfínter hipertónico. En 54 pacientes existía una hemorroide centinela y en 23 de ellos existía una papila hipertrófica en el extremo proximal de la fisura.

En estos pacientes el tratamiento efectuado fue quirúrgico, practicándose fisurectomía y esfínterotomía del tercio inferior del esfínter interno y del tercio superior del fascículo subcutáneo del esfínter externo, bajo anestesia caudal simple.

La evolución postoperatoria fue sin incidentes en 47 pacientes, mientras que en los otros 7 restantes hubo retención urinaria. La cicatrización total de la herida operatoria tomó un promedio de cuatro semanas. Todos los 54 pacientes operados fueron controlados hasta el sexto mes, no reportándose recidivas en este grupo.

PACIENTES DEL GRUPO II: Por fisura anal no crónica atendimos 225 pacientes. Bajo este término incluimos aquellos pacientes cuyos síntomas principales, dolor y sangramiento, tenían menos de seis meses de evolución y en cuyo examen físico solo se evidenciaba la fisura anal, de fondo rosado y con bordes tendientes a mantenerse unidos pero fácilmente separados al momento del examen. En este grupo pudimos separar dos subgrupos: IIa) con pacientes cuyo dolor era moderado, persistiendo desde minutos hasta una hora después de la evacuación, con escaso sangramiento y con una sintomatología de menos de dos meses de evolución. En este subgrupo incluimos 140 pacientes; IIb) con 85 pacientes cuyo dolor era severo, persistiendo más de una hora después de las evacuaciones, con sangramiento importante y que evitaban las defecaciones, fuesen duras o blandas.

En los pacientes del subgrupo IIa, el tratamiento consistió en la administración de reblandecedores fecales del tipo de la metilcelulosa, antiespasmódicos, cremas rectales con base de cortisona, baños de asiento con agua tibia después de cada evacuación, empleo de papel higiénico húmedo, dieta con alto residuo y prohibición de picantes, frituras y comidas muy condimentadas. En 92 pacientes desaparecieron los síntomas y las lesiones anatómicas. En algunos de ellos se produce ardor ocasional, cuando las heces son muy duras. El resto de los pacientes, 48, no regresó a la consulta.

En los enfermos del subgrupo IIb, excepto en 5 pacientes donde la intervención se propuso en la primera consulta y se efectuó al día siguiente por la severidad del dolor, el tratamiento fue igual al del subgrupo IIa, añadiendo analgésicos orales después de cada evacuación. Fueron intervenidos 50 pacientes que no mejoraron de sus síntomas, 14 de ellos bajo anestesia local y en el consultorio. El resto de los pacientes o mejoró de sus síntomas o ha aprendido a vivir con ellos, tolerando sus exacerbaciones con las evacuaciones duras.

En los pacientes intervenidos se practicó la fisurectomía con esfinterotomía media posterior. El tiempo de cicatrización de la herida tomó entre tres y cuatro semanas. Hubo ocho retenciones urinarias postoperatorias, cinco de ellas en los operados de urgencia. En seis meses de control, reportamos una recidiva en una paciente que resultó ser portadora de una rectocolitis ulcerosa.

Es conveniente señalar que en todos los pacientes intervenidos, la localización de la fisura fue en la línea media posterior, mientras que en los tratados médicamente la fisura fue lateral en cinco. En uno de estos últimos se trataba de una leucosis. En los otros cuatro no se encontró ninguna enfermedad sistémica asociada.

DISCUSION

La fisura anal aparece como una de las principales razones de consulta de los pacientes con problemas anales, incriminándose a la infección de una cripta anal posterior como la razón fundamental de su aparición (5) La fisura se localiza, en la gran mayoría de los casos, en la línea media posterior, dentro de la margen del ano, posiblemente porque en este sitio las fibras del esfínter externo del ano que rodean al canal anal, dejan, al nacer, del vértice y los lados del coxis, un área débil en la pared posterior del canal anal, área que es fácilmente lesionada por las heces duras y posteriormente infectada (6). La fisura puede ocurrir secundariamente a una lesión que exista en el canal anal, tal como una hemorroide de tercer grado, o un pólipo o una papila hipertrófica. Ella misma puede servir de asiento a la formación de un absceso perianal. Las primeras lesiones, al ser forzadas fuera del canal por el paciente estreñado, producen una fisura por tracción de la mucosa. Al comienzo la base de la fisura está formada por fibras longitudinales, pero a medida que la fisura se hace más crónica y profunda, aparecen las fibras más pálidas y grisáceas del esfínter interno. El depósito de material fecal, que produce infección y edema, es responsable de una lesión de piel, dura, en forma de saco, que se sitúa en el extremo distal de la fisura: es la "hemorroide centinela". Se constituye así la tríada anatomopatológica tan frecuente en estos pacientes: papila hipertrófica, fisura anal y hemorroide centinela.

Los síntomas de la fisura anal son característicos: dolor, que el paciente refiere generalmente como una severa sensación de quemadura, que aparece durante la evacuación y persiste mucho tiempo después; pérdida de sangre con las evacuaciones o con el simple esfuerzo y cambios en el hábito intestinal ocasionados por el dolor

El dolor varía en intensidad, desde un ligero ardor que persiste después de las evacuaciones, hasta un dolor severo, incapacitante para el paciente. Esto es explicable sobre la base de la neurofisiología anorectal (5,2). La úlcera envuelve los tejidos que tapizan el canal anal, particularmente la piel, que tiene una inervación sensorial somática. La defecación causa un estiramiento de los tejidos y separación de los bordes de la úlcera anal, despertando estímulos aferentes dolorosos, los que a su vez provocan la aparición de estímulos somáticos motores eferentes hacia el músculo estriado del esfínter externo. En esta forma, el complejo esfinteriano entra en espasmo, permaneciendo así hasta que el músculo se fatiga y el paciente obtiene un alivio hasta el próximo acto

defecatorio. El espasmo esfinteriano es acompañado de dolor, que mejora al fatigarse el músculo.

En sangramiento es muy común en el paciente con fisura anal, generalmente en poca cantidad y usualmente al efectuarse la limpieza del ano. El dolor es tan intenso, usualmente, que el sangramiento llama poco la atención.

Algo que el paciente portador de una fisura anal aprende muy rápidamente es que mientras menos defaque, menos dolor padece. En consecuencia, el estreñimiento, que es usualmente una queja de estos enfermos, es agravado por la voluntad de no evacuar. Y el resultado es que la siguiente evacuación es más dura y voluminosa produciéndose mayor daño local y un dolor cada vez más intenso.

El diagnóstico de una fisura anal es relativamente simple. La historia es típica y la simple inspección del ano a menudo bastan para establecerlo. Muy frecuentemente debe dejarse la proctoscopia para un exámen posterior, ya que el dolor impide cualquier maniobra en la zona. La inyección local de un anestésico permite completar el exámen.

El diagnóstico diferencial deberá plantearse, en primer lugar, con un simple desgarramiento traumático. Este es superficial y no afecta todo el grosor de la piel anal. Este diagnóstico no es necesario plantearlo con la fisura crónica, ya que esta se acompaña siempre de hemorroide centinela y/o pólipo fibroso del ano. Las fisuras fuera de la línea media deben hacernos siempre tener en consideración la presencia de una enfermedad sistémica: colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, chancro sífilítico duro, tuberculosis, angina agranulocítica, epiteloma y, sobre todo en los niños, leucosis aguda (1).

Para resolver el tratamiento, debe diferenciarse de si se trata de una fisura reciente o una fisura crónica. En las fisuras recientes, el tratamiento debe dirigirse, en primer lugar, a disminuir el espasmo muscular anal; luego, a corregir el estreñimiento, procurando que las heces sean gruesas, suaves y que sean expulsadas diariamente, practicándose así el mismo paciente una auto-dilatación anal; finalmente, mejorar el estado inflamatorio local. Si la fisura va a responder a este tratamiento, se obtendrá una franca mejoría en las tres primeras semanas. Si el tratamiento falla, deberá indicarse la intervención quirúrgica.

En nuestra experiencia, la esfinterotomía anal mediana acompañada de la resección de la fisura, la hemorroide centinela y el pólipo anal, es el mejor tratamiento. La esfinterotomía incluye el tercio inferior del esfínter interno y el tercio superior del fascículo subcútaneo del esfínter externo.

Pueden emplearse como métodos quirúrgicos, igualmente, la dilatación forzada del canal anal, bajo anestesia, (6) y la esfinterotomía lateral, esta última practicada como procedimiento de consultorio, bajo anestesia local.

El resultado operatorio después de la dilatación forzada de los esfínteres dá una recurrencia de síntomas de alrededor del 10 por ciento (6), mientras que con la esfinterotomía sola es de aproximadamente 7 por ciento (2). Citando a Slack (6), señalaremos que la recidiva de síntomas consecutivas a esfinterotomía y fisurectomía es de menos del 5 por ciento. En la serie que presentamos

a ustedes, nuestra recidiva con este último procedimiento es de 0.7 por ciento en controles que van desde 6 meses hasta 7 años.

RESUMEN

Presentamos una serie de 298 pacientes con fisura anal atendidos en la consulta privada de uno de nosotros en el Hospital Privado Centro Médico de Caracas, dedicada exclusivamente a enfermedades de ano, recto y colon, en un período de ocho años. A casi todos los pacientes con fisura reciente se les indicó tratamiento médico conservador, en base a reblandecedores fecales, antiespasmódicos, analgésicos y anti-inflamatorios locales, además de algunas medidas higiénicas y dietéticas, que mejoraron o curaron el proceso en 162 pacientes o 54 por ciento. En el resto de los casos fue necesario practicar una intervención quirúrgica, escogiéndose como tratamiento único la fisurectomía con esfinterotomía mediana posterior, bajo anestesia regional o local, en 136 pacientes. La tasa de persistencia de los síntomas después del sexto mes de la intervención fue de 0.7 por ciento, sin complicaciones postoperatorias inmediatas importantes.

SUMMARY

A report on 298 private patients with anal fissure, seen on a period of 8 years is given. Our personal approach to this problem is exposed and the results analysed.

BIBLIOGRAFIA

- 1 DUHAMEL, J.- Affections non congénitales de l'anus et du rectum chez l'enfant. Masson et Cie., Paris, 1958.
- 2 GABRIEL, W.B.- The Principles and Practice of Rectal Surgery. H. K. Lewis & Co. Ltd. pp 237-258, 1963,
- 3 HILTON, J.- On Rest and Pain. William Hood & Co., New York, pp 167-168, 1879.
- 4 HUGHES, ESR.- Inflammations and Infections of the Anus, en "Diseases of the Colon and Ano-Rectum. W. B. Saunders & Co., pp 980-996, 1969.
- 5 NESSEBROD, J. P.- Clinical Proctology. W. B. Saunders & Co. p. 107, 1964.
- 6 SLACK, W.- Anal Fissure, en "Diseases of the Colon, Rectum and Anus", W. Heine-mann Medical Books Ltd., London, pag. 270 1969.