

Tratamiento de la fisura anal crónica. Resultados alejados de las anoplastias

Javier Ignacio Villaggi,^a Agustina Jüül,^b César Eugenio Quijano^c

^aMédico cirujano-coloproctólogo, docente acreditado de la Carrera de post-grado de especialización en Cirugía General, UNR.

^bMédica cirujana. ^cMédico cirujano especialista en Coloproctología; médico del plantel del Instituto Cardiovascular de Rosario (ICR), investigador del Centro Rosarino de Estudios Perinatales.

RESUMEN

Introducción: La fisura anal es un desgarro de la mucosa anal ectodérmica. Se manifiesta con intenso dolor local y es una afección frecuente, aunque sub-diagnosticada. Puede presentarse en forma aguda y cicatrizar con un adecuado tratamiento médico, aunque si no es bien instituido puede evolucionar y conformar el complejo fisurario anal crónico. Sus causas más importantes son las heces gruesas y duras, así como otros traumas anales. La hipertonia esfinteriana, que podría ser la causa o consecuencia del trauma, produce además isquemia local que dificulta la cicatrización.

Diseño: Estudio retrospectivo y descriptivo.

Material y métodos: Entre 2010 y 2018, fueron operados 168 pacientes (58,3 % mujeres, 41,6% hombres, con rango etario entre 28 y 72 años) con fisura anal crónica primaria. A todos se les indicó preparación mecánica. Bajo anestesia general se les realizó la fisurectomía, previa identificación del esfínter anal que se respetó y se talló un colgajo cutáneo a pedículo subcutáneo que se deslizó y ancló a la línea pectínea.

Resultados: Luego del alta el 85 % de los pacientes no requirió rescate analgésico. Ningún paciente refirió dolor intenso horrible o extremo. La mediana del tiempo de cicatrización fue de 5 (rango: 4- 8) semanas. No se presentó recidiva o persistencia de la fisura, ni incontinencia anal.

Conclusiones: Los pacientes con fisura anal crónica pueden tratarse con colgajo de piel anal a pedículo subcutáneo con buenos resultados. La anoplastia es una técnica simple, reproducible, bien tolerada, con bajo dolor postoperatorio y altas tasas de curación. Su mayor beneficio radica en que no causa trastornos de la continencia anal con alta satisfacción a largo plazo. Por lo expuesto debería ser tenida en cuenta por el coloproctólogo para el tratamiento de la fisura anal crónica primaria.

Palabras clave: Fisura anal; Incontinencia fecal; Anoplastia

ABSTRACT

Introduction: Anal fissure is a tear of the ectodermal anal mucosa. It manifests with intense local pain and is a common but under-diagnosed condition. It can present acutely and heal with the appropriate medical treatment, although if it is not well established it can evolve into a chronic anal fissure complex. Its most important causes are thick and hard stools, as well as other anal trauma. Sphincter hypertonia, which can be the cause or consequence of trauma, also produces local ischemia that makes healing difficult.

Design: Retrospective and descriptive study.

Material and methods: Between 2010 and 2018, 168 patients (58.3% women, 41.6% men, age range between 28 and 72 years) with primary chronic anal fissure were operated on. They all had bowel preparation. Under general anesthesia, fissurectomy was performed. After identification and preservation of the anal sphincter, a subcutaneous pedicle skin flap was carved, slid, and anchored to the pectinate line.

Results: After discharge, 85% of the patients did not require analgesic rescue. No patient reported horrible or extremely intense pain. The mean healing time was 5 (range: 4-8) weeks. There was no recurrence or persistence of the fissure, or anal incontinence.

Conclusions: Patients with chronic anal fissure can be treated with a subcutaneous pedicle anal skin flap with good results. Anoplasty is a simple, reproducible, well-tolerated technique with low postoperative pain and high cure rates. Its greatest benefit is that it does not cause anal continence disorders with high long-term satisfaction. Therefore, it should be taken into account by the coloproctologist for the treatment of primary chronic anal fissure.

Keywords: Anal Fissure; Fecal Incontinence; Anoplasty

INTRODUCCIÓN

La fisura anal es un desgarro de la mucosa anal ectodérmica que habitualmente tiene pocos milímetros de longitud (<10 mm) y se extiende desde el borde ano-cutáneo hasta la línea pectínea, a la cual rara vez compromete.¹ Se localiza con mayor frecuencia en la unión de los cuadrantes pos-

teriores (9 de cada 10 pacientes), pudiendo también ser para-comisural (1 de cada 10 pacientes), más frecuentemente en el sexo femenino.^{2,3}

La fisura anal es una afección muy frecuente en nuestro medio y a la vez se encuentra sub-diagnosticada. Clínicamente se presenta con intenso dolor anal que se exacerbaba durante la defecación y puede acompañarse de escasa proctorragia rutilante. Al examen físico digital, cuando éste se puede realizar, se encuentra en la gran mayoría de los casos una hipertonia esfinteriana en reposo.

Se distinguen dos tipos de fisuras: 1) Agudas, que con

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés.

Agustina Jüül

agus.juul@gmail.com

Recibido: agosto de 2021. Aceptado: marzo de 2022.



Figura 1: Complejo fisurario anal crónico: hemorroide centinela, fisura de bordes labiados y papila hipertrófica.



Figura 3: Colgajo cutáneo a pedículo subcutáneo completamente suturado.



Figura 2: Colgajo en casa tallado y suturado a la línea pectínea.

un tratamiento médico bien instituido evolucionan hacia la curación en menos de 6 semanas y 2) Crónicas, en las que la falta de cicatrización determina la aparición del complejo fisurario anal crónico caracterizado por la triada de la hemorroide centinela, la fisura propiamente dicha con bordes labiados y la papila hipertrófica⁴ (Fig. 1).

La etiología no está clara y posiblemente sea multifactorial. La gran mayoría de los pacientes refiere el paso de heces gruesas y duras, u otro tipo de trauma anal como hecho previo a la aparición de los síntomas.⁵ La hipertonia esfinteriana ha sido mencionada desde los primeros reportes y se ha documentado por manometría en múltiples estudios, pero lo que no está claro si es la causa o la consecuencia del trauma.⁶⁻⁸ Otra teoría afirma que el espasmo

esfinteriano severo produce un área de isquemia que torna difícil la cicatrización.⁹

Desde el trabajo de Eisenhammer en 1951¹⁰ y posteriormente Notaras,¹¹ la contractura del esfínter anal interno, que se traduce clínicamente en una hipertonia del mismo, se considera el factor desencadenante de la fisura. Es por ello que se propone a la esfinterotomía lateral interna (ELI) abierta o cerrada, como la cirugía estándar. Sin embargo, otros autores la ponen en tela de juicio por la incontinencia postoperatoria que puede presentarse entre el 1 y el 47 % y que muchas veces permanece sub-diagnosticada por el cirujano.^{12,13} Una revisión sistemática de Cochrane publicada por Nelson et al. en 2011,¹⁴ con ensayos aleatorios que evaluaron la aparición de incontinencia fecal después de la esfinterotomía reveló un riesgo promedio del 10 %. En las anoplastias, los esfínteres anales no se manipulan, por ello el riesgo de incontinencia es muy bajo o inexistente.¹⁵

En este estudio presentamos nuestra experiencia en el tratamiento de la fisura anal crónica primaria mediante el deslizamiento de un colgajo cutáneo a pedículo subcutáneo, como lo pregonaran los Dres. Galván¹⁶ y Villaggi Leiva,¹⁷ técnica que consideramos alternativa a la esfinterotomía lateral interna.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se realizó en pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años que presentaron fisura anal crónica primaria. Fueron criterios de exclusión: todos los pacientes con cirugía proctológica previa, estenosis con fisura y fisura posterior a ELI. También los que presentaran algún grado de incontinencia previa en el interrogatorio. Los datos



Figura 4: Control postoperatorio de anoplastia.

demográficos de los pacientes intervenidos entre enero de 2010 y enero de 2018 fueron recolectados en forma retrospectiva de la base de datos de historias clínicas del Sanatorio Parque. A todos los pacientes se les indicó preparación mecánica con enema de picosulfato la noche anterior a la intervención. Se sometieron a anestesia general y se acomodaron en posición de navaja sevillana. Durante la inducción anestésica se realizó una dosis de antibiótico que luego fue continuado hasta el 7° día postoperatorio según protocolo del Comité de Infectología de la institución. Se realizó la fisurectomía, previa identificación del esfínter anal interno el cual se respetó y se talló un colgajo cutáneo “en casa” que se deslizó y ancló a nivel de la línea pectínea con un surget de Vicryl 5-0 (Figs. 2, 3 y 4). Todos los pacientes estuvieron internados un día. Se les indicó analgesia post-operatoria con diclofenac 150 mg a pasar por colateral en 24 hs durante su estadía hospitalaria. Al momento del alta se les indicó diclofenac 50 mg + paracetamol 500 mg cada 8 hs y, de ser necesario, rescate con ketorolac 20 mg o tramadol 50 mg según intensidad del dolor. Los pacientes fueron dados de alta al día siguiente de la cirugía con indicaciones precisas de cuidados higiénico-dietéticos. Se recomendó una dieta rica en fibras y en aquellos casos que no lograban una evacuación dentro de las primeras 48 hs, se indicó un laxante en base a picosulfato + magnesio.

Se analizaron la cantidad de analgésicos requeridos, la necesidad de rescate con opiáceos y el grado de satisfacción del paciente mediante el cuestionario de dolor de Mc Gill, donde 0 es la no presencia de dolor, 1 incomodidad,

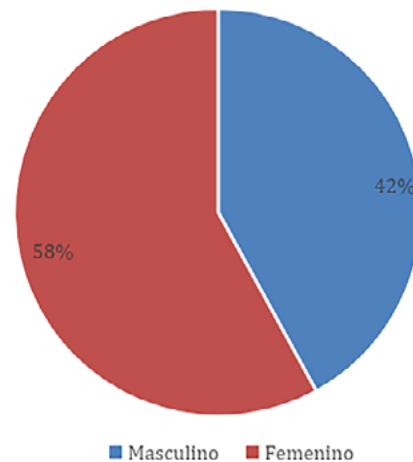


Figura 5: Distribución de los pacientes por sexo.

TABLA 1: REQUERIMIENTO DE RESCATE ANALGÉSICO POSTOPERATORIO

Rescate analgésico	n	%
Ninguno	143	85
Ketorolac	23	14
Tramadol	2	1

2 dolor leve, 3 dolor que perturba, 4 dolor horrible y 5 dolor extremo.¹⁸ También se analizaron las complicaciones post-operatorias, el grado de incontinencia postoperatoria según escala de Wexner y el tiempo de cicatrización.

RESULTADOS

Se operaron por fisura anal crónica primaria 168 pacientes, de los cuales 98 fueron del sexo femenino (58,3 %) y 70 del sexo masculino (41,7 %) (Fig. 5), con un rango etario entre 28 y 72 años de edad.

En 73 (43 %) pacientes se realizó sólo anoplastia, mientras que en 95 (57 %) se asoció hemorroidectomía.

De los 168 pacientes, el 85 % no necesitó ningún rescate analgésico, el 14 % requirió rescate post-defecatorio con ketorolac y el 1 % con tramadol. Ninguno requirió la utilización de la vía IM o EV para calmar el dolor luego del alta (Tabla 1).

El grado de satisfacción en base al cuestionario de satisfacción (dolor de Mc Gill) mostró que el 88 % de los pacientes presentó puntaje 1, y solo el 1 % un puntaje 3. Ningún paciente refirió dolor horrible o extremo (Tabla 2).

No se constató grado alguno de incontinencia al año del procedimiento según la escala de Wexner.

El tiempo de cicatrización tuvo un rango de 4 a 8 semanas, con una mediana de 5 semanas. El 5,3 % de los pacientes tuvieron un desprendimiento lateral parcial

TABLA 2: INTENSIDAD DEL DOLOR SEGÚN ESCALA DE MCGILL

Puntaje	n	%
1	148	88
2	18	11
3	2	1

TABLA 3: CICATRIZACIÓN POSTOPERATORIA

Tipo de cicatrización	n	%
Completa	103	61,3
Dehiscencia zona dadora	56	33,3
Desprendimiento lateral parcial	9	5,3

del colgajo, lo cual sólo retrasó la cicatrización, y en el 33,3 % se abrió la zona dadora sin ninguna implicancia clínica (Tabla 3). Aquellos pacientes en los que se asoció la hemorroidectomía no tuvieron mayor dolor postoperatorio ni retardo en la cicatrización de la herida.

No se presentó recidiva o persistencia de la fisura.

DISCUSIÓN

El tratamiento clásico de la fisura anal crónica es la esfinterotomía lateral interna, abierta o cerrada descrita en 1835 por Brodie, técnica que persiste hasta nuestros días como el gold standard a pesar de haber sufrido algunas modificaciones. Presenta un 90-100 % de éxito, con un alto nivel de satisfacción del paciente. Sin embargo, muestra una recurrencia que oscila entre el 3 y el 8 % de los casos y una incontinencia a las heces de 2 al 23 % y a gases que alcanza un 46 %.^{19,20}

La anoplastia con colgajo de avance fue descrita en nuestro medio en los años '60 por diferentes autores que la utilizaron para el tratamiento de la estenosis anal, fisura

anal crónica y las hemorroidectomías posteriores.²¹⁻²⁴

La anoplastia puede realizarse por igual ante la presencia de hipertonia como de hipotonía esfinteriana.

En nuestra serie, además de presentar muy buena tolerancia, los pacientes no presentaron incontinencia postoperatoria alguna, lo que es lógico puesto que el esfínter anal interno no se manipula con esta técnica. La tasa de éxito fue del 100 %. La complicación más frecuente fue el desprendimiento del colgajo, pero esto no modificó el éxito de la cirugía. Si bien al interrogatorio el comentario de los pacientes era que el postoperatorio era largo y requería de muchos cuidados, refirieron que igualmente recomendarían este tratamiento a algún familiar o amigo con un cuadro similar.

Recientemente, se publicó un estudio comparativo entre anoplastia y ELI en pacientes con fisura anal crónica, mostrando que el grupo sometido a anoplastia sin esfinterotomía presenta una tasa de incontinencia del 2 frente al 14 % del grupo de ELI.²⁵ De todas formas consideramos que es necesario la realización de más estudios comparativos entre ambas técnicas.

CONCLUSIÓN

En base al análisis de los resultados de esta serie, podemos concluir que los pacientes con fisura anal crónica pueden tratarse con colgajo de piel anal a pedículo subcutáneo con buenos resultados. La anoplastia es una técnica simple, reproducible, bien tolerada, con bajo dolor postoperatorio y altas tasas de curación. Su mayor beneficio radica en que no causa trastornos de la continencia anal con una alta satisfacción a largo plazo. Por lo expuesto la anoplastia con colgajo deslizado debería ser tenida en cuenta por el coloproctólogo para el tratamiento de la fisura anal crónica primaria.

REFERENCIAS

- Herzig DO, Lu KC. Anal Fissure. Surg Clin North Am 2010; 90:33-44.
- Lu KC, Herzig DO. Anal fissure. In: The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery. Steele SC, Hull TL, Read TE, Saclarides TJ, Senagore AJ, Whitlow CB (eds). 3rd ed. Springer: Arlington Heights. 2018:205-14.
- Latif JA., Rodríguez Martín JA., Hequera JA. Urgencias en enfermedades del colon, recto y ano. Akadia: Buenos Aires. 2014:330-339.
- Yeo Charles J. Shackelford's Surgery of The Alimentary Tract. 3rd. ed. Panamericana: Buenos Aires. 1993:350-51.
- Douglas W Mapel, Michael Schum y Ann Von Worley. La epidemiología y tratamiento de la fisura anal en una cohorte de base poblacional. BMC Gastroenterología 2014 14:129-136.
- Goligher J. Surgery of the Anus, Rectum and Colon. Bailliere Tindall: Londres.1991:143-44.
- Farouk R, Duthie GS, Mac Gregor AB, Bartolo DC. Sustained internal sphincter hypertonia in patients with chronic anal fissure. Dis Colon Rectum 1994; 37:424-29.
- Gibbons CP, Read NW. Anal hypertonia in fissures: cause or effect? Br J Surg 1986; 73:443-52.
- Schouten WR, Briel JW, Auwerda JJ, De Graff EJ. Ischemic nature of anal fissure. Br J Surg 1996; 83:63-5.
- Eisenhammer S. Surgical correction of chronic internal anal (sphincteric) contracture. S Afr Med J 1951; 25:486-9.
- Notaras MJ. Lateral subcutaneous sphincterotomy for anal fissure a new technique. Proc R Soc Med 1969; 62:713.
- Garg P, Garg M, Menon GR. Long term continence disturbance after lateral internal sphincterotomy for chronic anal fissure: a systematic review and meta-analysis. Colorectal Dis 2013;15 104-17.
- Casillas S, Hull TL, ZutshiM, Trzcinski R, Bast JF, Xu M.

- Incontinence after a lateral internal sphincterotomy: are we underestimating it? *Dis Colon Rectum* 2005; 48: 1193-99.
14. Nelson RL, Chattopadhyay A, Brooks W, Platt I, Paavana T, Earl S. Operative procedures for fissure in ano. *Cochrane Database Syst Rev* 2011: CD002199.
 15. Nyam DC, Wilson RG, Stewart KJ, Farouk R, Bartolo DC. Island advancement flaps in the management of anal fissures. *Br J Surg* 2005; 82:326-28.
 16. Galván ES. Técnica plástica para el tratamiento de la fisura de ano. *Prensa Med Argent* 1972; 50:613-15.
 17. Villaggi Leiva JC. Actas IX Congreso Latinoamericano de Proctología (ALAP). I Congreso Chileno de Colproctología, Santiago, 1984: 34-37.
 18. Melzack R. The short-form McGill Pain Questionnaire 1987; 30:191-97.
 19. Elsebae MM. A study of fecal incontinence in patients with chronic anal fissure: prospective, randomised, controlled trial of the extent of internal anal sphincter division during lateral sphincterotomy. *World J Surg* 2007; 31:2052-57.
 20. Garcia-Aguilar J, Belmonte C, Wong WD, Lowry AC, Madoff RD. Open vs closed sphincterotomy for chronic anal fissure: long-term results. *Dis Colon Rectum*; 1996;39:440-43.
 21. Musiari J. Estenosis de ano. *Sem Med* 1954;104:883-84.
 22. Heidenreich A, Zavaleta D. Estenosis anal. *Rev Argent Cirug* 1970;19:397-401.
 23. Cabral Arrayagaray AM, Rodriguez JR. Plásticas en cirugía orificial. *Prensa Med Argent* 1977; 64:200.
 24. Sarner JB. Plastic relief of anal stenosis. *Dis Colon Rectum* 1969;12:277-80.
 25. Magdy A, El Naked A, el Food Y, Youssef M, Farid M. Comparative study of conventional lateral internal sphincterotomy, V-Y anoplasty, and tailored lateral internal sphincterotomy with V-Y anoplasty in the treatment of chronic anal fissure. *J Gastroenterol Surg* 2012;16:1955-62.