

Fisura anal

R. Lombard-Platet

X. Barth

La patología fisural es frecuente. Es mal conocida aunque se trata de una semiología muy simple que merece ser revisada.

La fisura es un desgarró de la mucosa anal ectodérmica y se emplaza siempre bajo la línea pectínea.

Se distinguen dos tipos de fisuras.

— *La fisura anal reciente: es un desgarró mucoso de pocos milímetros de longitud, que se extiende desde el reborde anocutáneo donde termina en redondo, hasta la línea pectínea a la que apenas afecta y donde termina de forma afilada.*

Se localiza siempre en posición comisural o paracomisural.

Es posterior en 9 de cada 10 casos y solo en 1 sobre 10 es anterior, siendo entonces más frecuente en la mujer.

Puede ser doble, posterior y anterior.

Puede evolucionar en algunos días o en dos o tres semanas hacia la desaparición completa. También puede volverse crónica.

— *La fisura anal crónica. Sus bordes son gruesos, sobreelevados, esclerosos, su extremo interno afilado puede estar cubierto por una papila hipertrófica, su base externa puede estar rodeada por una excrecencia más o menos inflamatoria, mal llamada «hemorroide centinela».*

Bajo la piel, en la prolongación de la base externa, puede crearse una colección susceptible de fistulización espontánea. El orificio fistuloso está en posición estrictamente mediana en el pliegue interglúteo. Esta es la fístula infrafisuraria.

Semiología funcional

Es simple.

Los sangrados con la deposición, la exudación aparte de la deposición, el ano húmedo, se pueden encontrar también en la patología hemorroidal pero el dolor fisural es patognomónico: dolor a menudo moderado en el momento de la defecación, seguido de un momento libre, iniciándose de nuevo el dolor, a veces intenso, pudiendo durar desde unos instantes hasta horas.

El examen proctológico, a menudo ignorado, despeja, sin embargo, cualquier equívoco:

— La fisura en «raqueta» es descubierta mediante el despliegue del ano en el polo anterior o posterior de éste.

— El descubrimiento de fibras musculares circulares, blanquecinas tapizando el fondo de la fisura.

— En caso de no poder desplegar el ano porque la fisura dolorosa hiperálgica se acompaña de una contractura, haciendo el examen imposible. Sólo la anestesia local permitirá vencer la contractura y realizar el examen proctológico completo.

Fisiopatología

La aparición de la fisura origina una actividad anormal del esfínter interno y aumenta la presión anal en reposo. Se crea un círculo vicioso, el dolor anal implica el miedo a defecar, las heces son raras y duras, provocando dolor durante la defecación y ocasionando una hipertonía del esfínter interno [1].

Tratamiento

El tratamiento irá encaminado a vencer la contractura esfinteriana.

Tratamiento no quirúrgico

Dado que el dolor está regularmente desencadenado por la defecación, es necesario entonces prescribir emolientes de manera que las heces se ablanden, incluso se vuelvan líquidas: aceite, salvado, mucílagos, soluciones hipertónicas. Sin embargo, si bien es necesario facilitar el tránsito, no se debe aumentar el número de deposiciones diarias, ya que son el factor habitual que desencadena el dolor.

Los tratamientos locales son siempre aconsejables, baños de asiento, lavados con agua tras cada deposición, sobre todo evitar el papel higiénico.

Roger LOMBARD-PLATET: Professeur des Universités, chirurgien des hôpitaux de Lyon.

Xavier BARTH: Professeur des Universités, chirurgien des hôpitaux de Lyon. Hôpital Edouard-Herriot, pavillon G, place d'Arsonval, 69437 Lyon cedex 03.

Tratamientos locales

Son habitualmente poco eficaces. La administración de desinfectantes en los baños de asiento es inútil y puede a veces inducir reacciones locales inoportunas.

Infiltración subfisural

La anestesia local alrededor y por debajo de la fisura calma momentáneamente el dolor.

Permite también un examen proctológico completo al igual que una dilatación suave para eliminar el dolor.

La infiltración por debajo de la fisura con quinina-urea es a menudo muy eficaz para aliviar y eventualmente curar una fisura reciente, con la condición de asociar las reglas dietéticas ya citadas.

Sin embargo, sus riesgos infecciosos han sido criticados. Es necesario saber limitarla a las fisuras agudas y no repetirla. Todo tratamiento local o general aparte de la inyección es totalmente ineficaz para curar una fisura crónica.

Tratamiento quirúrgico

Dilatación anal

Clásicamente se dice, desde Maisonneuve [15], que la dilatación anal fue propuesta por Récamier en 1829 como tratamiento de la fisura. Esta dilatación anal, que debe ser realizada bajo anestesia general o locorregional, es un método terapéutico simple, y todavía muy practicado en el mundo. Se debe no obstante, reprocharle un riesgo de recidiva del 15 al 20 % (17 % para Goligher [4]), al igual que secuelas sobre la continencia.

Por estudio endosonográfico anal realizado sobre 32 enfermos, 2 ó 6 años después de la dilatación anal, Nielsen y Christiansen [11] muestran que la dilatación anal implica heridas esfinterianas en la mitad de los casos pero que una incontinencia clínica sólo se manifiesta raramente. La herida esfinteriana se sitúa más a menudo sobre el esfínter interno, pero puede afectar igualmente el esfínter externo. Una incontinencia anal menor sobreviene en el 12,5 % de los casos.

En 1948, Gabriel [3] propone la escisión de la fisura, escisión triangular, reseca toda la fisura con una amplia base cutánea posterior, comportando una sección muscular parcial en el lecho de la fisura y una dilatación anal. Esta intervención en la que los resultados son habitualmente excelentes fue ampliamente difundida por los cirujanos del hospital St. Mark's de Londres. Se le reprocha, sin embargo, la lenta cicatrización de una herida cutánea, muy grande y situada a caballo sobre el pliegue interglúteo.

Por eso Hughes [7] propone remediar con grapas cutáneas y es por ello, sobre todo, que Arnous, Parnaud y Denis [13] propusieron, bajo el nombre de leiomiectomía con anoplastia, la intervención que describimos, pero en segundo lugar [5].

En efecto, Eisenhammer [1,2], en 1951, fue el primero en analizar precisamente el mecanismo patogénico de la fisura y en afirmar que la causa inicial del dolor y la causa del mantenimiento de la lesión anatómica era la contractura del esfínter interno. Es ahí donde él precisa la anatomía hasta entonces descuidada o desconocida. La sección parcial de este esfínter en la operación de Gabriel, su dislaceración en la dilatación anal, explican los éxitos de intervenciones establecidos sobre bases empíricas.

A partir de este dato, la sección del esfínter interno debe ser el acto quirúrgico esencial.

Al principio fue realizada en el eje de la fisura. [1]. La esfinterotomía total, en toda la longitud del esfínter, fue rápidamente abandonada porque generaba incontinencia. La esfinterotomía parcial, en el lecho mismo de la fisura, que

se detenía a la altura de la línea pectínea, pronto se mostró excelente en el tratamiento de la fisura, asociada a la escisión amplia tal como lo había demostrado Gabriel. Su inconveniente es crear una zona cicatricial, una deformación en canal, responsable de algunas fugas anales pero excepcionales y de algunas incontinencias de gases [4]. Pero estas secuelas a menudo descritas, son un hecho excepcional y no sobrepasan el 1 % [10].

En 1967, Parks [14] propone realizar esta esfinterotomía interna parcial, a distancia de la fisura, mediante una incisión radial separada, a caballo sobre la línea anocutánea, que permite identificar y aislar claramente el esfínter interno entre la submucosa y el esfínter externo y seccionarlo cerrando la herida operatoria.

En 1969, Notoras [12] propone la esfinterotomía lateral subcutánea cerrada. La hoja del bisturí se introduce a través de la piel, entre submucosa y esfínter interno. La hoja del bisturí se gira entonces 90° y secciona el esfínter interno [9].

En 1970, Hoffmann y Goligher [8] proponen una modificación de la técnica. El plano del bisturí se introduce, ya no entre la mucosa y el esfínter interno sino en el espacio interesfinteriano y la hoja del bisturí se gira 90°, seccionando el esfínter interno hasta la mucosa, sintiendo perfectamente a través de aquella el bisturí.

En 1985, Henry y Swash [6] proponen un metaanálisis de 12 series realizadas todas juntas, comportando 1.808 enfermos operados por esfinterotomía lateral, e informan de un 87,7 % de curación de la fisura, con el 1,8 % de recidiva y una tasa de complicaciones del 4 %.

El método de esfinterotomía lateral parcial subcutánea está actualmente muy extendido, sea cual sea la modalidad técnica utilizada.

Esfinterotomía lateral a «cielo abierto» bajo anestesia local

El enfermo se coloca en posición de litotomía, o sobre una «silla específica» (véase fascículo 40-681, «Principios generales de la cirugía proctológica») o bien en decúbito lateral. El borde inferior del esfínter interno y el espacio interesfinteriano son entonces fácilmente localizados a nivel del margen anal (fig. 1).

La anestesia local del esfínter se realiza con suero tamponado y adrenalina (véase fascículo 40-681). Una anestesia local se realiza también sobre el borde izquierdo del ano, sobre la vertiente cutánea de la línea anocutánea, en primer lugar, después sobre su vertiente mucosa, hasta la línea pectínea y algunas gotas de anestesia se inyectan igualmente en el espacio interesfinteriano, con el objeto de disecarlo.

Tras la anestesia local, un separador de Parks o una valva de Ferguson se colocan de manera que abran el canal anal dilatándolo, lo que permite perfectamente notar el esfínter interno y ver la línea pectínea (fig. 2).

Se realiza una corta incisión de 1 cm-1,5 cm sobre la piel, paralela a la línea anocutánea, algunos milímetros por fuera de ella (fig. 3).

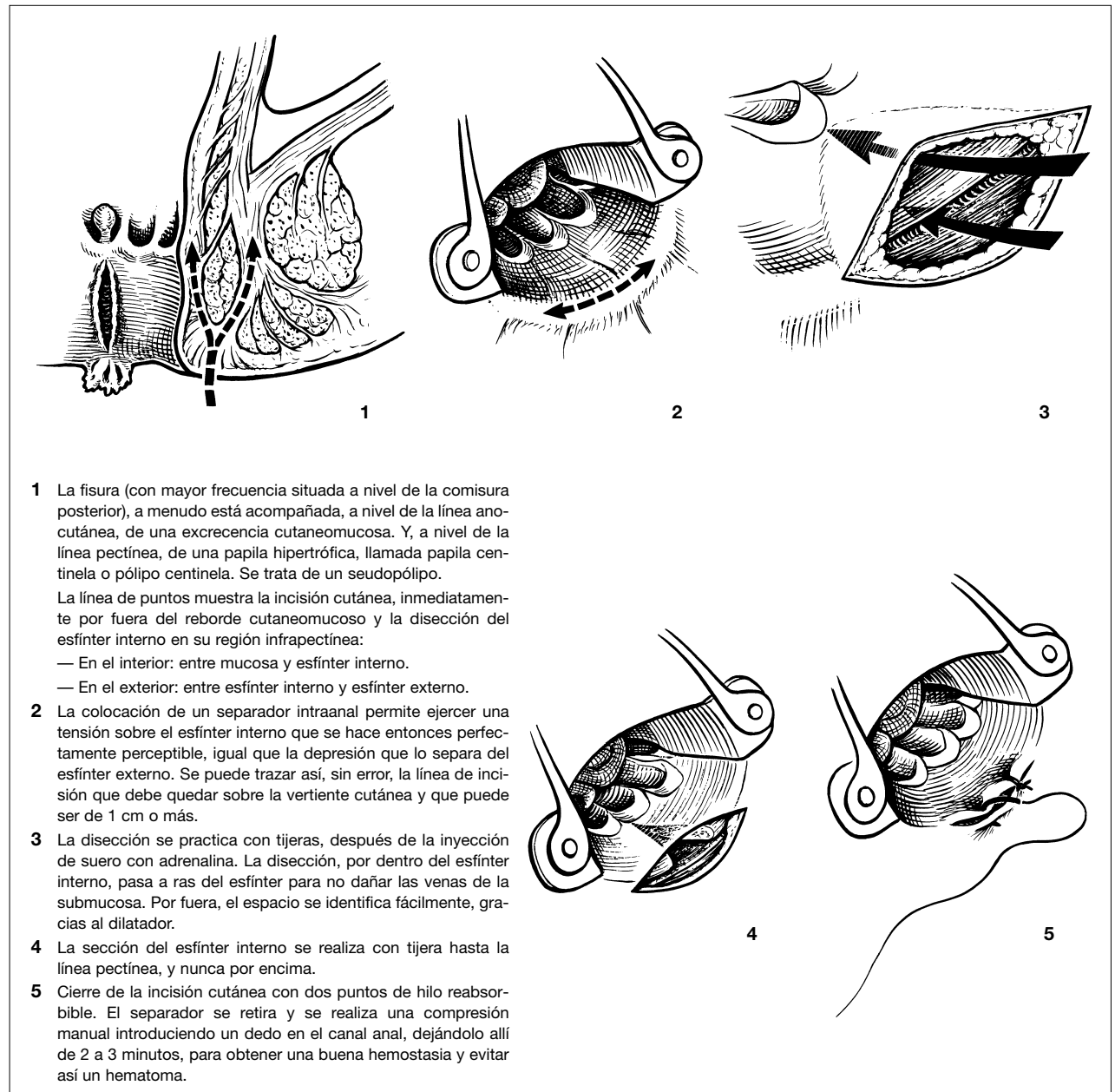
Una vez separado el borde mucoso, el esfínter interno se diseca con dos cierres de tijera:

— uno en contacto con la cara interna del esfínter, entre submucosa y músculo hasta el nivel de la línea pectínea;

— otro sobre la cara externa del esfínter interno, en el espacio interesfinteriano.

El esfínter interno, así expuesto, se secciona con tijera, hasta el nivel de la línea pectínea que es necesario alcanzar pero no sobrepasar (fig. 4).

Uno o dos puntos de hilo reabsorbible se colocan en la incisión cutánea. Después de una compresión digital mantenida algunos minutos, se retira el separador (fig. 5).



El paciente se deja en decúbito supino durante un cuarto de hora. Regresa a su domicilio por sus propios medios y nosotros le aconsejamos limitar su actividad durante las 48 horas siguientes y tomar baños de asiento, y eventualmente un analgésico la primera noche.

Si existe una papila hipertrófica voluminosa, o una excrecencia, pueden extraerse en el mismo tiempo operatorio. Las consecuencias son habitualmente muy sencillas. A veces se abre la herida, entonces curará por segunda intención.

Las fisuras crónicas tienen a veces dificultades en curarse; en ocasiones es necesario avivar los bordes en las semanas que siguen a la esfinterotomía.

Si una fisura debe ser tratada en el mismo tiempo operatorio que las hemorroides, nuestra actitud es realizar la esfinterotomía interna en la zona de la hemorroidectomía izquierda.

Esfinterotomía posterior

Realizada en el lecho de la fisura, es la leiomiectomía con anoplastia de Arnous, Parnaud y Denis [13].

Después de anestesia local, locorregional o general, se coloca una pinza sobre la excrecencia posterior y se corta con el bisturí un colgajo cutáneo triangular con base posterior, pasando a lo largo del polo posterior de la fisura, de la excrecencia y del trayecto fistuloso por debajo de la fisura, si éste existe.

El colgajo cutaneomucoso se diseca entonces de atrás hacia delante, hasta la línea pectínea, desnudando, sucesivamente, el tejido celular subcutáneo, las fibras del fascículo subcutáneo del esfínter externo, después las fibras blanquecinas del esfínter interno. El esfínter interno se secciona entonces, con tijera o bisturí, de abajo arriba, hasta la línea pectínea, a nivel de la comisura posterior. Su borde inferior es fácilmente distinguible de las fibras del fascículo subcutáneo, y su cara externa del esfínter externo propiamente dicho. Este tiempo de esfinterotomía es llamado «leiomiectomía» por Arnous. Es cómodo y puede ser todavía más fácil con la colocación de una valva o de un separador en el canal anal. El esfínter interno se pone así bajo tensión, se individualiza mejor y permite una disección más fácil.

El tiempo de plastia es el verdaderamente original de la técnica de Arnous. La escisión cutaneomucosa se detiene a nivel de la línea pectínea, extirpando en ocasiones una seudopapila, si ésta existe.

La mucosa suprapectínea posterior se disecciona entonces a 1-2 cm de la circunferencia posterior, de manera que se moviliza un pequeño colgajo mucoso que se podrá aplicar sin tracción sobre la zona cruenta de la mitad inferior del canal anal. El colgajo se fija por tres puntos. No se debe fijar demasiado bajo, en todo caso nunca a nivel de la piel, porque allí creará las condiciones de un ectropión.

El interés de esta plastia mucosa consiste en acortar los plazos de la cicatrización y limitar al máximo la esclerosis cicatricial.

La mayoría de las fisuras se curan por esfinterotomía lateral, aislada o asociada a una hemorroidectomía. La técnica de Arnous y Parnaud debe reservarse en el arsenal terapéutico para tratar aquellas fisuras muy esclerosas, antiguas con excrecencias voluminosas y, sobre todo, las fisuras infectadas, en particular si hay un absceso por debajo de la fisura o una fístula infrafisuraria.

Cualquier referencia a este artículo debe incluir la mención: LOMBARD-PLATET R et BARTH X. – Fissure anale. – Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris-France), Techniques chirurgicales – Appareil digestif, 40-700, 1995, 4 p.

Bibliografía

- [1] EISENHAMMER S. Surgical correction of chronic internal anal (sphincteric) contracture. S Afr Med J 1951; 25 : 486
- [2] EISENHAMMER S. The evaluation of the internal anal sphincterotomy operation with special reference to an anal fissure. Surg Gynecol Obstet 1959; 109 : 583
- [3] GABRIEL WB. Principles and practice of rectal surgery. HK Lewis. London. 1948
- [4] GOLIGHER JC. Surgery of the anus rectum and colon (4^e ed). Baillière Tindall. London. 1980; 145 p
- [5] GRANDJEAN JP. Fissure anale à l'heure du traitement chirurgical : léiomyotomie postérieure avec anoplastie ou sphinctérotomie latérale interne. J Med Lyon 1987; 68 : 47-49
- [6] HENRY MM, SWASH M. Coloproctology and the pelvic floor. Butterworths. London. 1985
- [7] HUGHES ES. Anal fissure. Br Med J 1953; 2 : 803-805
- [8] HOFFMANN DC, GOLIGHER JC. Lateral subcutaneous internal sphincterotomy in treatment of anal fissure. Br Med J 1970; 3 : 673-675
- [9] JOST WH, RAULF F, MULLER-LOBECK H. Results of surgical treatment. Coloproctology 1991; 13 : 110-113
- [10] KORTBEEK JB, LANGEVIN JM, KHOO RE, HEINE JH. Chronic fissure in ano : randomized study comparing open and subcutaneous lateral internal sphincterotomy. Dis Colon Rectum 1992; 35 : 835-837
- [11] NIELSEN MB, RAS MUSSEN O, PEDERSEN JF, CHRISTIANSEN J. Risk of sphincter damage and anal incontinence after anal dilatation for fissure in-ano. An endosonographic study. Dis Colon Rectum 1993; 36 : 677-680
- [12] NOTORAS MJ. Lateral subcutaneous internal sphincterotomy for anal fissure. A new technique. Proc R Soc Med 1969; 62 : 713
- [13] PARNAUD E, ARNOUS J, DENIS J. La léiomyotomie avec anoplastie dans le traitement des fissures anales. Presse Med 1968; 76 : 1661-1663
- [14] PARKS AG. The management of the fissure in ano. Hosp Med 1967; 1 : 737
- [15] RECAMIER N (1829) cité par MAISONNEUVE JG. Du traitement de la fissure à l'anús par la dilatation forcée. Gazette des Hôpitaux 1849; 1 : 220