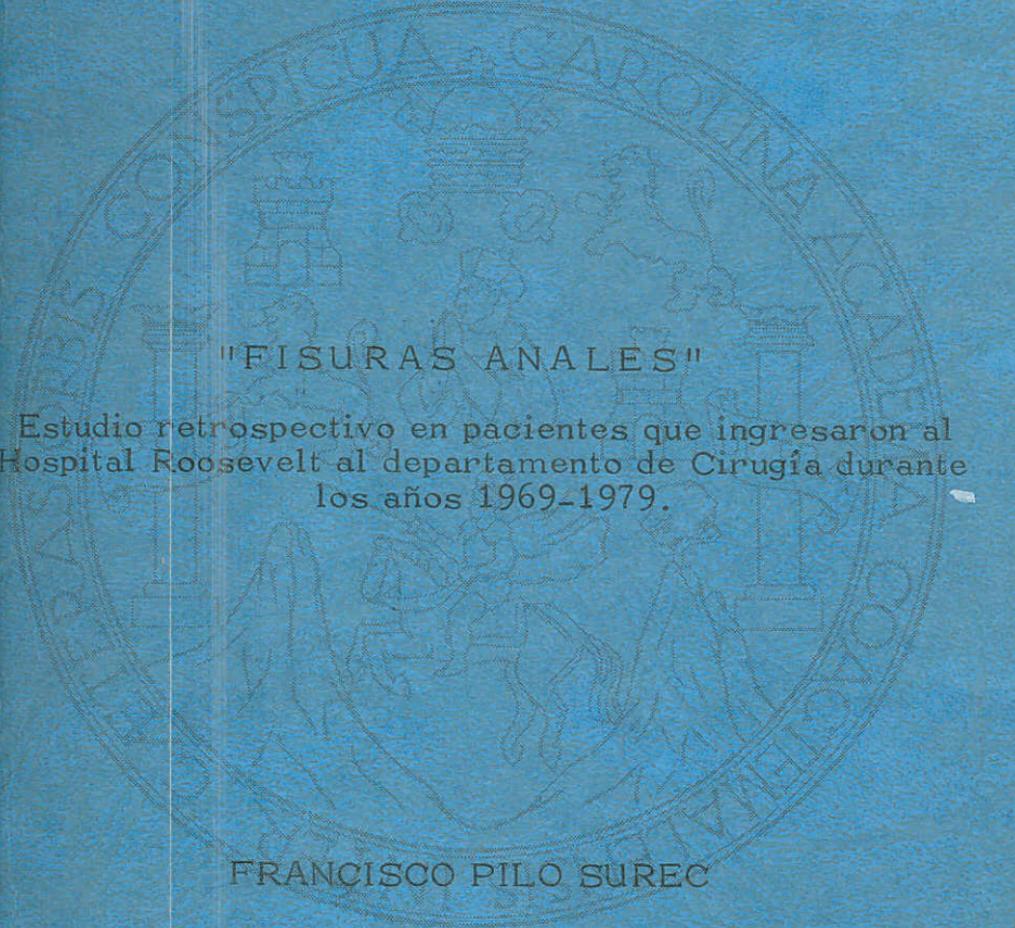


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



"FISURAS ANALES"

Estudio retrospectivo en pacientes que ingresaron al
Hospital Roosevelt al departamento de Cirugía durante
los años 1969-1979.

FRANCISCO PILO SUREC

INDICE

- I. INTRODUCCION
- II. ANTECEDENTES
- III. OBJETIVOS
- IV. JUSTIFICACION
- V. MATERIAL Y METODOS
- VI. ANATOMIA DEL ANO
 - A) ANATOMIA FISIOLÓGICA DEL AÑO
- VII. FISURA ANAL
 - A) DEFINICION
 - B) ETIOLOGIA
 - 1) ETIOLOGIA Y FISIOPATOLOGIA
 - C) ANATOMIA PATOLOGICA
 - D) MANIFESTACIONES CLINICAS
 - 1) SINTOMAS
 - 2) EXAMEN CLINICO
 - E) DIAGNOSTICO
 - 1) DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
- VIII. RESULTADOS
- IX. DISCUSION
- X. CONCLUSIONES
- XI. RECOMENDACIONES
- XII. REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

I. INTRODUCCION

Considerando que el problema de "Fisuras anales" en la patología guatemalteca no se ha dado la importancia que quizá tenga, hemos decidido realizar el presente trabajo, con la idea de contribuir a una mejor comprensión de los problemas que conlleva dicha entidad patológica.

Creemos que el médico general debe dar importancia a cualquier queja anorrectal que el paciente mencione y saber reconocerla y tratarla.

Al mismo tiempo pretendemos analizar las bases o parámetros del tratamiento, ya que suelen tratarse de diversas maneras y esto precipita otras complicaciones, que se evitan mediante tratamiento adecuado desde un principio.

Así, es frecuente que los enfermos consulten a los Hospitales, cuando se han presentado complicaciones, principalmente fístulas y abscesos, como se observa en una revisión de 10 años en Hospital Roosevelt, mientras se estaban revisando los casos de "Fisuras anales", se encontraron 101 Fístulas que probablemente se iniciaron con fístura anal que no fue diagnosticada y tratada adecuadamente.

Este trabajo de tesis se realiza con el propósito de divulgar su conocimiento y que el médico y especialmente el cirujano general, tomen en cuenta este problema proctológico y su solución, o al menos una buena opción para su manejo. 1.

II. ANTECEDENTES

Considerando que el problema de "FISURAS ANALES", en Guatemala es frecuente, decidí realizar el presente trabajo con la idea de contribuir a una mejor comprensión de los problemas, siendo este el primer trabajo sobre el tema. Se realizó en el Hospital Roosevelt en el departamento de Cirugía, en forma retrospectiva de 10 años comprendidos de 1969-1979. Así mismo se revisó la literatura encontrada que en Guatemala el Dr. Carlos Pineda presentó una serie en relación a "FISURA ANAL" en octubre de 1978. Siendo el único trabajo publicado.

Se revisó al mismo tiempo la literatura Mundial.

III. OBJETIVOS

- 1.- Conocer las causas predisponentes y descendenantes de las "FISURAS ANALES".
- 2.- Conocer el porcentaje en nuestro medio y hacer una comparación con la literatura extranjera.
- 3.- Señalar las formas de tratamiento de fisuras - anales que fueron aplicadas a los pacientes en el departamento de Cirugía.
- 4.- Conocer la incidencia de "FISURAS ANALES" - durante el período comprendido de 10 años - (1969-1979).
5. Identificar en sus diferentes aspectos las variables socio-económicas que giran alrededor del problema.
6. Revisar aspectos prácticos de la anatomía y Fisiopatología del problema y correlacionarlos - de una manera lógica al aspecto terapéutico.
7. Divulgar la existencia de un método curativo - efectivo para el tratamiento de la fisura anal, en sus diferentes etapas de evolución.

IV. JUSTIFICACION

En Guatemala se ha investigado muy poco sobre los tipos de Fisuras Anales y sobre las diferentes formas terapéuticas, como la efectividad de las mismas.

No existe estudio sobre seguimiento de los casos y la efectividad de las diferentes formas terapéuticas, en qué etapa de la evolución de una Fisura anal está indicado hacer una dilatación del esfínter anal, excisión de Fisura anal, esfínterotomía interna posterior abierta, esfínterotomía interna lateral subcutánea, las ventajas que existen en cada forma terapéutica en su aplicación en pro del paciente.

No existe estudio comparativo sobre la relación de Fisura Anal posterior, anterior y laterales, la frecuencia de cada una de ellas y las causas predisponentes.

V. MATERIAL Y METODOS

MATERIAL

- A) RECURSOS FISICOS:
- B) ESTABLECIMIENTOS:
 - B-1) Departamento de archivos del Hospital Roosevelt.
- C) MATERIAL DIDACTICO:
 - C-1) Ficha de evaluación del paciente con problema "Fisura anal".
- D) RECURSOS HUMANOS:
 - D-1) Los recursos humanos responsables directos:
 - a) Revisor.
 - b) Asesor.
 - c) Estudiante.
 - D-2) Jefe del departamento de Cirugía del Hospital-Roosevelt
 - D-3) Dr. Director Médico del Hospital Roosevelt.
 - D-4) Jefe del departamento de archivos clínicos del Hospital Roosevelt
- E) EQUIPO:
 - E-1) Papelería (papel bond, lápices, papel milimetrado, etc.)
 - E-2) Máquina de escribir.
 - E-3) Calculadora, etc.

METODOLOGIA DE ESTUDIO:

1. Se tomó a todos los pacientes que ingresaron al departamento de Cirugía del Hospital Roosevelt por problema de "FISURAS ANALES", comprendidos en el año de 1969-1979.
2. Diariamente durante el tiempo que duró la investigación, se asistió a los archivos clínicos;

mediante la colaboración del Jefe del Departamento de Archivos.

3. La investigación fue de tres meses para luego trabajar en base a los datos recopilados en las fichas anteriormente citadas y luego clasificarlos y tabularlos para concluir y dar las recomendaciones respectivas.
4. A cada paciente se le tomó los siguientes parámetros para luego realizar nuestra tabulación de los datos y que también fueron requerimientos para nuestro estudio:
 - 1.- Fecha de ingreso.
 - 2.- Nombre del paciente.
 - 3.- Edad del paciente
 - 4.- No. de Historia Clínica.
 - 5.- Sexo
 - 6.- Procedencia.
 - 7.- Ocupación.
 - 8.- Sintomatología (Motivo de consulta).
 - 9.- Tiempo de Evolución de la enfermedad.
 - 10.- Situación Anatómica de la Fisura:
 - a) Posterior
 - b) Anterior
 - c) Lateral
 - 11.- Tiempo de hospitalización, en días Postoperatorios.
 - 12.- Anestesia, (tipo utilizado):
 - a) Local
 - b) Epidural
 - c) General
 - d) Raquídea
 - e) Caudal
 - 13.- El tratamiento aplicado.
 - 14.- Resultados del procedimiento, obtenidos en las reconsultas:
 - 1.- Objetivos:
 - a) Satisfactorios: Desaparición total de la Fisura.

b) Moderadamente Satisfactorios: Mejoría, sin resolución total de la lesión.

c) Insatisfactorios: Ninguna mejoría - apreciable.

2.- Subjetivos:

a) Satisfactorios: Alivio total de los síntomas.

b) Moderadamente satisfactorios: Mejoría, sin alivio total de la sintomatología.

c) Insatisfactorios: Ningún alivio apreciable.

15.- Tiempo transcurrido desde la operación hasta la conclusión del caso:

16.- Complicaciones:

VI. ANATOMIA DEL ANO

El canal anal principia en la línea Pectínea, que marca la terminación del recto y que está recubierto por epitelio pavimentoso modificado, rodeado en su trayecto por los músculos esfintéricos, terminando en el margen anal; en promedio mide cuatro centímetros en su parte posterior y tres en la anterior. Siendo muy importantes, la línea pectínea, las papilas de Morgagni, las criptas anales, lateralmente se relaciona a los espacios isquio rectales perianales con sus linfáticos, grasa y estructuras vasculonerviosas, posteriormente se relaciona con el ra^hé anacoccígeo; anteriormente por la uretra en el hombre y la vagina en la mujer. 4, 6, 11, 13

El esfínter interno, músculo suave, cilíndrico, involuntario, es la continuación de la capa circular de la musculatura rectal; envuelve en su totalidad el canal anal y termina justamente en la línea de Hilton. Sus blancas fibras alcanzan de tres a tres y medio centímetros de longitud y alrededor de seis a ocho milímetros de grosor 6, 7. Se relaciona con el esfínter externo subcutáneo por medio de una depresión, intermuscular, fácilmente palpable. Su inervación es simpática y parasimpática, sin embargo sus actividades pueden seguir a estímulos directos o adyacentes, así como inherentes al estímulo nervioso reflejo. 6

Vale la pena recordar que el esfínter externo se divide según los anatomistas en tres porciones: subcutánea, superficial y profunda; teniendo una distribución especial en cuanto a su posición; esto posiblemente tenga valor al explicar más adelante los mecanismos de la formación del úlceras anales. 6

A) ANATOMIA FISIOLÓGICA DEL ANO

FUNCIONES DEL ESFÍNTER INTERNO: La cirugía del esfínter interno como la que nos ocupa, requiere el conocimiento de las funciones de este músculo. El Doctor Stephen Eisenhammer, 4. en 1959 logró resumir dicha función, hecho que está lejos de perder actualidad como se expone:

- Mantener la postura involuntaria hermética del canal anal en el reposo.
- Aumentar el tono con cualquier estímulo adicional.
- Complementar el cierre del canal, al seguir reflejamente el estímulo voluntario de los otros músculos.
- Controlar el grado de dilatación anal.
- Relajamiento adecuado.

Eisenhammer también demostró que su funcionamiento es mejor en tono moderado o bajo y asimismo estudio que la hipertonia predispone a estados patológicos incluyendo la enfermedad hemorroidal. 4

El aparato anorrectal comprende dos partes tubulares concéntricas. La estructura interna representa la terminación de la víscera digestiva, y está rodeada por los músculos estriados del periné, cuya parte más baja forma el esfínter anal externo. La Víscera propiamente dicha, o sea la parte inferior del recto y el conducto anal, está inervada por el sistema autónomo, y escapa al control de la voluntad. La continencia normal depende del esfínter externo estriado. La región superior del componente visceral está revestida de un epitelio cilíndrico simple, productor de moco, prácticamente desprovisto de sensibilidad. Pero los dos últimos centímetros del epitelio son diferentes, y la mucosa es substituida por epitelio escamoso procedente del ectodermo. En esta región no hay secreción de moco, lo que evita que el periné está cubierto continuamente de moco. Dicho epitelio inferior posee gran cantidad de terminaciones nerviosas sensitivas especializadas, que mandan su informa

ción a los centros medulares e intervienen importantemente en el fenómeno de continencia, La parte baja de capa muscular circular del intestino se hipertrofia notablemente, y forma el esfínter anal interno. El tono de este esfínter es un factor importante en el cierre del conducto anal, y no puede ser regulado. Por fuera se encuentra una capa relativamente delgada de músculos longitudinales, cúya función a este nivel es desdeñable. 7, 11, 12.

El intestino terminal está rodeado por el esfínter externo, también de forma tubular. Entre ambos se encuentra una capa de fusión embrionaria, llamada plano interesfínteriano, por donde muchas veces se extienden las infecciones.

El esfínter externo regula la abertura de la Víscera. Además de su función como esfínter, contribuye a combatir la gravedad, y a mantener el piso de la pelvis - contra las fuerzas originadas por la presión abdominal. Fisiológicamente, estos músculos presentan un tono poco común, pues se mantiene incluso en reposo y durante el sueño, merced a un reflejo medular integrado en la cola de caballo y que se inicia por receptores de tensión situados en los propios músculos 7, 11, 12.

Este tono basal obedece a varias influencias, de las cuales algunas lo aumentan y otras lo inhiben. El aumento de presión intraabdominal significa aumento reflejo inmediato del tono de los músculos del piso de la pelvis. Esto tiende a contrarrestar la incontinencia por esfuerzo que podría en estas condiciones, y evita también el prolapso de la región pélvica de la Víscera. Otro factor que aumenta el tono del esfínter y ayuda a la continencia es la distensión del recto. 7, 11, 12.

Son varios los factores que reducen el tono de reposo de los esfínteres anales; uno de los más potentes es el esfuerzos excesivos, que ocasionan anomalías que estudiaremos más adelante. También la micción ocasiona

una supresión considerable del recto, como en caso de impacción de heces, suprime totalmente el tono esfínteriano, lo que explica la incontinencia de estos pacientes. 7, 11, 12.

La parte superior del esfínter externo se continúa con los músculos elevadores del ano; se forma así una masa muscular unitaria, que se contrae como tal. El músculo inferior del grupo de los elevadores es el puborrectal, que incluso ejerce un poderoso efecto de esfínter al rodear el conducto anal superior. Las partes altas del músculo elevador, constituidas por el pubococcígeo y el ileococcígeo, cierran el piso de la pelvis a ambos lados del orificio visceral, y separan la pelvis del periné. Por debajo de ellos, a ambos lados del conducto anal, se encuentra la fosa isquiorrectal - que contiene principalmente tejido graso; por encima se encuentra la grasa del espacio pararectal. Estos detalles son de importancia en relación con la anatomía de las fístulas anales. 12

Como antes se dijo, el conducto anal inferior está revestido de un epitelio cilíndrico que produce moco. En la unión de estas dos variedades existe una zona de transición híbrida caracterizada por pequeñas glándulas de características especiales. Dichas glándulas atraviesan la submucosa, y llegan casi siempre hasta el esfínter interno. En dos tercios de los casos aproximadamente, terminan formando pequeñas masas glandulares en el espesor del tejido conectivo, entre los esfínteres interno y externo (plano interesfínteriano). Es frecuente encontrar a este nivel, alrededor - de las glándulas, una condensación de tejido linfóideo. Hay pruebas en el sentido de que las fístulas anales se deben muchas veces a infección de estas glándulas. 12

VII. FISURA ANAL

A) DEFINICION

Una fisura anal consiste esencialmente una rajadura en la parte lineal de la piel anal, usualmente encontradas en jóvenes en adultos en edad media; pero el algunas veces se puede encontrar en cualquier edad incluyendo infancia niñez temprana, es comunmente igual en ambos sexos.

Se emplea este término para denominar a aquellas úlceras dolorosas del orificio anal, siendo esta una condición común considerada como una de las causas más frecuentes de proctalgia. 6, 13

La localización más frecuente de estas úlceras es el ángulo posterior del ano, siendo poco frecuente en el borde anterior, aunque en mujeres se observa hasta en un 15% (2) según algunas series; se reportan algunas secundarias a rasgaduras en el trabajo de parto.

Las fisuras pueden ser agudas o crónicas, estas últimas, se asocian frecuentemente a una hemorroide centinela en su borde inferior y a un pseudopólipo (papila hipertrofica) en su margen superior. Se describen también fisuras de la piel perianal, generalmente presentan distribución radial, tienen relación con prurito anal y se distribuyen irregularmente. 6.

B) ETIOLOGIA

La etiología de las fisuras anales es en gran parte producida por el trauma en el canal anal durante el pasaje de evacuaciones grandes y duras es finalmente responsable de iniciación. Esta condición la mayoría de pacientes relaciona el inicio de sus síntomas con el pasaje

de este tipo de evacuaciones, por lo que usan laxantes ligeros y purgantes salinos. Como un resultado de esta medicación regular; mucho de estos pacientes presentan evacuaciones líquidas por meses ó años. La ocurrencia de constipación es frecuentemente indeterminado por pacientes como un factor responsable de la producción de recurrencias de sus síntomas de fisuras, después de que se ha cicatrizado. 2, 11

El porqué de las fisuras que ocurren en el plano medio y posterior es difícil explicar, si tomamos en cuenta la forma elíptica del borde inferior del esfinter externo, en la parte baja del esfínter interno, es talvez el área que tiene menos soporte posterior y anterior, así pues la piel está más propensa a dividirse atrás y adelante; pero aún así nos deja sin explicación porque la predilección por fisuras dorsales. 2

Nosotros sabemos que las fisuras superficiales pueden cicatrizar espontáneamente, en una ó dos semanas, especialmente si las evacuaciones se mantienen suaves y la constipación es evitada, ahora existe la interrogante, ¿por qué? algunas de estas fisuras - se tornan crónicas y renuentes a cicatrizar? . La infección puede ser un factor de muchos casos, en algún grado no se ve ningún tipo de sépsis en fisuras crónicas como se ve en las más recientes. Un espasmo del esfinter, también puede ser inclinado libremente como factor responsable de crónicidad, y se ha dicho que el espasmo del ano llega a unir los bordes laterales de la Fisura, así pues las descargas de la fisura son retenidas atrás enbosadas y el tejido de granulación que viene de abajo no puede ocurrir ciertamente un espasno doloroso del esfínter, es la característica más notable en todo los casos de fisura crónica. Uno de los argumentos importantes en favor del espasmo del esfínter, es etiológicamente importante es la división del esfínter interno en parte o su totalidad que usualmente seguido por un alivio rápido de dolor, y cicatrización de la fisura; la evacuación de este paso, es con

fuso frecuentemente por las maniobras, llevar a cabo - al mismo tiempo como es la excisión de la fisura crónica, pero un buen resultado se ve también cuando el esfínter interno, es únicamente dividido en un lugar remoto de la fisura o sencillamente se hace una dilatación del esfínter bajo anestesia general, ningún recuento de la etiología de las fisuras va estar completo, si no se menciona la teoría, experiencias de Sir Charles Ball de Dublin (1908), En que él creía que las fisuras anales resultaban un desgarrro hacia abajo de la válvula anal, por una masa fecal dejando una herida lineal que se extendía de la línea Pectínea hacia el orificio anal, donde estan los bordes bien separados formaban la papila Centinela, sin embargo esta explicación en muy raros casos pueden ser correcta, ya que usualmente en caso de fisuras anales, la válvula anal es intacta en la parte. 2, 4. Superior de la fisuras en algunas veces se encuentra hipertrofiada y formando una papila anal. Nosotros estamos considerando que puede ser llamado como una fisura anal idiopática o primaria, debe agregarse que una fisura, su forma secundaria algunas veces se desarrolla en pacientes que han sufrido como operaciones anales como hemorroidectomía, en que se ha dejado en otros casos una fístula anal abierta baja en que la herida resultante es situada en la línea media - posteriormente o anteriormente 2.

1) ETIOLOGIA Y FISIOPATOLOGIA

Mucho se ha discutido acerca de la etiología de esta entidad, sin embargo hay acuerdo en la presencia de un factor mecánico; la constipación y la evacuación de heces voluminosas sobredistienden el anillo anal provocando la pérdida de continuidad de los tejidos blandos, esto a su vez provoca espasmo del esfínter interno y dolor. Recíprocamente el dolor provoca espasmo del esfínter interno, llegando a constituir un circulo vicioso

que hace progresar la fisura, explicación que parece lógica, sin embargo no indica la razón del porqué el segmento posterior del ano es el más afectado. 4, 11.

Lockhart Mummery (1923).3. consideró esa circunstancia, la cual se atribuyó a razones anatómicas. Las fibras superficiales del esfínter externo se disponen desde la punta del coxis a la porción media del canal anal formando una especie de Y; esta distribución en Y de las fibras implica una pérdida del soporte del epitelio en la parte posterior del mencionado canal, por lo que la sobredistensión del canal al paso de masas fecales grandes desarrolla el desgarrro con mayor facilidad. 7

Se ha propuesto la participación de algún factor infeccioso en las fisuras, como en el caso de las fístulas y hay quienes argumentan que si se toma en cuenta que la lesión es mas frecuente en la parte posterior es debido a la mayor cantidad de criptas. 14

También se habla de que la enfermedad ocurre al nivel donde el canal está recubierto por tejido estratificado (el "pecten"), esta capa esta "anclada" al esfínter interno subyacente por tejido fibroso que constituye el ligamento suspensorio mucoso de Parks, esto determina una arquitectura inelástica más suceptible al trauma. 14

Se describen también las fisuras por tracción, secundarias al "arrastramiento" 6. de los tejidos causada por un hemorroide de tercer grado ó a pólipos fibrosos particularmente aquellos situados en el cuadrante posterior derecho. Este tipo de Fisura se ve con alguna frecuencia en los casos de hematoma de la línea media. 7, 14.

No es raro que la fisura sea el centro de una reacción aguda con celulitis de los tejidos más profundos, esto lleva a la formación de absceso y fístula. 12.

C) ANATOMIA PATOLOGICA

Una de las características marcadas de esta condición es la constancia de su situación, casi siempre se encuentra en la línea media en la pared posterior del canal anal o inmediatamente a uno u otro lado de este. Ocasionalmente ocurre en la pared anal anterior en la línea media excepcionalmente se encuentra cualquier otro lugar de la circunferencia del ano. 4, 7, 11

Las fisuras anteriores son más comunes en mujeres que hombres y viene a formar parte el 10% de las fisuras de este sexo, en contraste con 1% en el hombre. Las fisuras son usualmente únicas y raramente hay dos o más fisuras que coexisten. La situación de la fisura en el apsis vertical del canal anal, es también muy constante. Siempre está localizado en la porción cutánea de la región anal entre el nivel de las válvulas anal y el orificio anal, en esta posición está situada superficialmente en el cuadro más bajo o el tercio de la musculatura del esfínter interno. Inicialmente está separada por el esfínter por una fina capa de músculo longitudinal que se encuentra en la región interna de la superficie, pero eventualmente puede estar más profunda tan lejos como los esfínteros y expone las fibras de éste en su piso. 4, 7, 11.

Debe ser notado particularmente que no existe ninguna relación con el esfínter interno. Como es sostenido por muchos autores de que las fisuras anales invariablemente están localizadas en la parte más baja o la parte subcutánea del esfínter externo y que siempre hay fibras del esfínter externo que son descubiertas en la base de la fisura (Milligan y Morgan, 1934, Blaisdell 1937, Milligan 1943 y Gabriel 1948). Miles (1919, 1939) fue que el tejido pálido expuesto por una fisura crónica no era el músculo del esfínter, pero en lugar de una condensación de tejido fibroso del plano submucoso del canal anal, formando así un anillo fibroso que

puede ser llamado como una banda pectínia y que él creía que jugaba una buena parte en la importancia de la etiología de la fisura anal. 7.

Los trabajos de Eisenhammer (1953), Goligher, Leacock y Brossy (1955) y Morgan y Thompson (1956), sin embargo no deja ninguna duda en cuanto a la parte baja donde se encuentra este tejido en la fisura del ano, es el esfínter interno y que la estructura identificada por Miles es como una banda pectínia, es simplemente un borde inferior prominente del esfínter y que no hay ningún grado de esfínter externo contacto directo con la fisura anal. 7, 11.

CAMBIOS SECUNDARIOS

Son secundaria a un grado leve de infección o de edema linfático, y frecuentemente ésta papila ha sido inflamada está tensa y con apariencia edematosa, más tarde ésta puede tornarse fibrosa y persistirse como una papila de piel fibrosa, después de que la fisura cicatrizada, es muy frecuente que la válvula anal inmediatamente por arriba de la fisura se edematiza secundaria al edema y la fibrosis llegar así a formar lo que se ha denominado como un pólipo, una papila anal hipertrofiada, lo cual no usualmente alcanza el mismo tamaño de una papila Centinela. Otras características de estos casos de largo tiempo es el desarrollo de una induración de los bordes laterales que se fibrosan, con franca induración que el tejido vecino sufra extensión de la infección y puede formarse un absceso perianal, lo cual puede drenar a través de la fisura hacia el canal anal, ó puede drenar externamente ó producir una fístula anal baja. Actualmente la abertura externa de esta fístula se encuentra en ó cerca de la línea media a una corta distancia por atrás del ano, ya la fisura anal se debe sospechar con la causa común de una fístula dorsal anal baja. 11.

Hay que hacer mención especial de los cambios del esfínter interno en su musculatura en presencia de una fisura anal, ya que tiene parte importante en cuanto a su manejo posterior, aún cuando la fisura es relativamente superficial con respecto de los síntomas, usualmente nos lleva a un espasmo fuerte pero cuando la fisura depende de la fibra del esfínter, ese espasmo se ve más pronunciado eventualmente, después de un mes de que el músculo se encuentra en esta condición se puede tornar fibroso, espástico, en esta condición el esfínter puede resultar fibrótico contraturado fuertemente; rígidos, prominentes de la musculatura puede llegar (por Miles) a formar un anillo de tejido fibroso. El esfínter externo puede también compartir en algún grado la contracción de la musculatura anal asociado con dolor a la fisura; pero no mantiene nunca una contracción intensa persistente ni tampoco una fibrosis como se ve en el esfínter interno. 11.

D) MANIFESTACIONES CLINICAS

1) SINTOMAS

DOLOR: EL principal síntoma de la fisura anal es dolor en el ano durante y después de la defecación, usualmente como un dolor punzante, cortante como una sensación de desgarramiento durante el pasaje de evacuaciones, y subsecuentemente puede continuar con una sensación menos severa de quemadura, por un período de 3 a 4 horas después de la defecación. En algunos pacientes, el dolor es tan fuerte de que ellos inclusive tienen tanto miedo de ir a evacuar, se mantienen en una condición de constipación por varios días. En caso menos severa el paciente ha llegado a estar tan acostumbrado a estas condiciones, puede haber descubierto que el uso de laxantes ligeros, que puede evitar la constipación y las evacuaciones duras, el dolor puede ser disminuido en esta forma. 13.

HEMORRAGIA: Este es bajo ningún punto de vista un

síntoma invariable de la fisura; pero es muy común - usualmente el sangrado es ligero en cantidad y muchas veces no es más que unas estrías en cada evacuación; pero ocasionalmente la pérdida puede ser profusa y puede causar anemia. 13.

EDEMA: Algunas pacientes con papilas Centinelas grandes, pueden tornarse concientes de esta pequeña tumefacción en el ano y se puede quejarse de tener una papila externa dolorosa. 11, 13.

DESCARGA Y PRURITO: El paciente da historia de descarga anal que puede ser un material seroso hasta purulento cuando hay absceso roto. Si hay mucha descarga esto puede llevar a una humidificación de la ropa interior y aumentar así la humedad del área de la piel perianal y resultar así un prurito anal. 13.

SINTOMAS URINARIOS: Algunos pacientes con fisuras anales dolorosa pueden desarrollar disturbios de la orina, como disuria, retención y una frecuencia incrementada. Dismenorrea, dolor de espalda pueden formar parte del cuadro clínico. 13.

2) EXAMEN CLINICO

Una fisura en el ano es extremadamente dolorosa. Es necesario hacer el examen lo menos incómodo para el paciente, evitando los procedimientos "de más"; puede auxiliarse al examinador con productos anestésicos-locales ó sedación leve 11.

INSPECCION: Esta es probablemente el paso más importante para el examen de las fisuras anales. El paciente con historia sugestiva y muy fuertemente presuntiva de una fisura, debemos de tomar como un hecho. El espasmo puede ser vencido por una gentil maniobra, separando lateralmente los bordes del orificio anal por una tracción con los dedos colocados juntos a cada lado

del ano. 11, 13. Si esto causa mucho dolor puede ser de mucho ayuda, tratar el afecto local de un unguento de ametocaina al 10% aplicando con un isopo insertado en el orificio anal por un período de 5 a 10 minutos, observandose primeramente una papila Centinela posterior o anterior. Esta papila puede ser tan grande como una pequeña uva, pero usualmente ó aproximadamente - la mitad de un tercio de este tamaño. 11.

La fisura en si mismo parece como una ranura en forma de pera, ó triangular en la piel en el canal anal, justamente arriba de la base de la papila Centinela. 11.

El piso de la fisura consiste en tejido conectivo de una lesión crónica, realmente donde se presenta el esfínter anal, el cuál se puede apreciarse en sus fibras transversas pálidas, las cuales pueden ser distinguidas facilmente en caso de una fisura superficial. Unicamente la piel anal puede ser encontrada como una rajadura, cuando se le estira conlleva a un sangrado, cuando una evacuación secundaria a unas constipación.

A veces una depresión correspondiente a la fisura, es observada, pero la fisura es cubierta con epitelio y en estos casos no hay ningún tipo de espasmo anal; por otro lado con una lesión crónica, puede haber considerable cantidad de inflamación con una exudación purulenta franca de la fisura, también puede haber ajuste a esto un edema inflamatorio detras de la fisura, secundaria a un absceso perianal y ó interesfínterico y puede llevarnos a traves de la fisura. 11.

PALPACION: Esto confirma la presencia del esfínter respástico, el borde redondo más bajo del esfínter interno, es usualmente facilmente palpable, justamente distal a la fisura en si mismo y el pasaje del dedo es poco confortable; pero, la atención máxima notada es

cuando el dedo es colocado en la fisura. 4, 11.

LA PRESION: En otras partes de la circunferencia del canal anal no produce el mismo tipo de dolor exquisito, la induración de los bordes laterales de la fisura indicando fibrosis, es especialmente notado la parte final superior de la fisura, una papila anal hipertrófica puede ser palpada en el exámen digital, es por supuesto importante para excluir otros tipos de lesión en la parte baja del Recto, un carcinoma o un pólipo lo cuál puede ser o estar presente adición o conjuntamente con una fisura. 11.

PROCTOSCOPIA: Este tipo de examen es usualmente imposible a causa del dolor, por lo que debe usarse proctoscopio pequeño.

Esta puede demostrar otros tipos de lesiones tales como hemorroides internos, proctitis, enfermedad de Crohn's en la parte distal del intestino, y ocasionalmente puede revelar un carcinoma sospechado. 11.

E) DIAGNOSTICO

La historia de dolor a la defecación es muy sugestiva y al examen de la región anal, usualmente se demuestran estas características de espasmo anal y la fisura. En el examen físico, con la simple inspección, detectar la fisura anal, para si obviar el uso de instrumentos que pueden ser innecesarios. En algunos pacientes fuera de la gentileza del cirujano, el dolor y el espasmo son suficientemente severos para prevenir una demostración propia de la fisura sospechada. El diagnostico final depende más el examen bajo anestesia general, hecho inicial antes de llevar a cabo otros procedimientos operatorios. 11.

1) DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

La mayoría de las otras condiciones que presenta dolor anal, probablemente edema anal y sangrado -

son usualmente fácil distinguibles al examen. Así tenemos el hematoma anal, prolapso de hemorroides internos trombosadas, absesos en la región anal que produce úlcera. Obviamente requiera discriminación más superficial.

1.- El prurito con una fisura en la piel anal algunas veces es fuente de dificultad de diagnóstico y en algunos casos el desarrollo de una fisura con prurito anal es secundaria a irritación de la región perianal.

2.- La Colitis ulcerativa asociada a fisura anal, es una complicación séptica, no del todo común en la región anal. Si el paciente tiene una colitis ulcerativa franca, que compromete gran parte del intestino grueso. El paciente presentará diarrea crónica y síntomas constitucionales. Pero pacientes con una proctocolitis distal relacionada únicamente a una diarrea inespecífica con muy pocos trastornos generales, puede desarrollar fisuras grandemente dolorosas. Es posible que aquellos pacientes reportan quejas de dolor en la región anal a la defecación y muy designado en cuanto a la diarrea la cuál pudo haber existido por meses y por años previamente. Estas fisuras sin embargo como mencionamos usualmente tienen la piel inflamada, y ponen al Cirujano sobre alerta por la asociación de proctocolitis, la cual puede ser fácil el diagnóstico si se da una vista de la mucosa rectal que puede obtenerse por endoscopia. Esto es importante para reconocer que la fisura es una complicación de la condición colónica.

3.- La enfermedad de Crohn con ulceración anal: es igualmente importante en el diagnóstico diferencial de la Fisura anal; de la enfermedad de Crohn del intestino grueso ó intestino delgado, ya que esta condición es asociada con ulceración en la región anal. El proceso de Fisurización en esta enfermedad, es más severo que aquella de las fisuras idiopáticas y más fácil de ser vista que en la colitis ulcerativa. Es pues más extensa, aún con la úlcera, la cual es parecida a una Fisura co

rriente. Por lo que debe recomendarse estudios endoscópicos de Colon y Recto. El examen histológico de esta lesión nos puede llevar a las características de la enfermedad de Crohn.

4. CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS DEL ANO Y ADEONOCARCINOMA DEL RECTO INVADIENDO EL CANAL ANAL O EL ANO: Cualquiera de estas enfermedades carcinomatosas, puede causar dolor severo a la defecación; la inspección puede ocasionalmente revelar apariencia no muy diferente a aquella fisura indurada, y la palpación digital demuestra que hay una induración mucho más severa que aquella encontrada en una simple fisura, sin embargo nos enseña que la úlcera tiene bordes más profundas y la región es más extensa hacia el canal o hacia el recto y los ganglios inguinales pueden ser encontrados aumentadas de tamaño; no hay ninguna duda cuando el diagnóstico es confirmado por Biopsia.

5.- FISURAS SIFILITICAS: Las fisuras anales secundarias a sífilis, pueden ser chancros primarios o condilomas. Un chancro nos puede simular una fisura anal, dándonos una induración en sus márgenes, en su base y también ganglios inguinales aumentados de tamaño. Una característica notoria es la presencia de lesiones simétricas en la pared opuesta del canal anal, y si se sospecha esta enfermedad debe hacerse un campo oscuro, encontrándose la presencia de espiroquetas.

La reacción de Wassermann puede ser positiva. Los condilomas anales pueden ocurrir en el orificio anal, así también en la región perianal y puede causar múltiples fisuras siendo húmedas y con prurito. En estos casos el hallazgo en cuando muchas fisuras infectadas superficiales, debe sugerir la posibilidad de sífilis. Las lesiones secundarias en la piel o parches en la mucosa de la boca, son usualmente presentes y la reacción de Wassermann es frecuentemente positiva. En contraposición con la creencia popular las lesiones

sifilíticas en la región anal, son fuertemente dolorosas.

6.- LESIONES DE TUBERCULOSAS: Las úlceras tuberculosas pueden estar en el canal anal, y pueden relacionarse a una fisura; la cual tiende a aumentar y desarrollar un borde no determinado, a menos que haya otro tipo de manifestaciones en la región anal o en el pulmón de T.B., va ser muy difícil el diagnóstico de una fisura ordinaria, hasta que una Biopsia o una inoculación a animales de laboratorio se efectúe el diagnóstico de la ulceración anal. Estas lesiones están asociadas a la enfermedad de Crohn y puede ser muy difícil su diagnóstico hasta que no se haga examen posterior.

7. ESTENOSIS INDIOPATICA DEL ESFINTER INTERNO: Parece ser una entidad clínica que ocurre en pacientes viejos o ancianos, usualmente en mujeres con el hábito de tomar laxantes por mucho tiempo, lo que produce poca dilatación del esfínter interno. Como consecuencia, éste sufre una contracción constante llevando a una fibrosis. Como en el caso de fisuras anales crónicas puede suceder que no existe ningún tipo de síntomas, cuando la contracción se hace muy severa, el paciente puede encontrar dificultad en evacuar, observándose esfínter interno fuertemente contraturado a la palpación, sin ninguna evidencia de fisura en el presente o en el pasado, para que el tratamiento deberá ser una esfínterotomía interna, exactamente como en el caso de una fisura anal crónica.

8.- CONDICIONES MISCELANEAS: En gran número de casos con dolor anal, (al exámen no se haya ninguna evidencia de lesión anal) el Cirujano tiene que considerar, cuidadosamente si el paciente tuvo o no una fisura anal, que ha sido cicatrizada recientemente; una fisura superficial puede cicatrizar sin dejar ningún rastro, pero en el caso de una fisura crónica, después de haber cicatrizado, puede haber alguna evidencia de una fisura crónica previa, ya sea por una papila Centinela o por unos pliegues radiales profundos en la línea media; obviamente están cubiertos por piel, que están firmemen-

te aplicadas en región más bajo del esfínter interno de su músculo. Sólo cuando la posibilidad de una fisura u otra lesión anal orgánica local han sido excluidas, se puede considerar condiciones menos definitiva, como sería una proctalgia fugaz occidinia o a manifestaciones secundarias una psiconeurosis franca.

CASO No. 1

L.P. DE R.

OIRGEN: Guatemala. SEXO: F. EDAD: 47 a 8m.

OCUPACION: Oficios Domésticos.

HISTORIA

1o. Ingreso 27 Enero 1969. Uretrocistocele, Rectocele, Rasgadura perianal. - Tratamiento, Operatorio. Corrección de Uretrocistocele más Colpoperineorrafia. Evolución Satisfactorio. Tx. Médico (Dulcolax) 1o. Febrero 1969.

2. ACTUAL.

MC. Evacuación Dolorosa acompañada de Estrías de sangre.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL: ?

ANTECEDENTES FAMILIARES: Neg.

PERSONAL: Médico
Quirúrgico
Traumático Ver ingreso previo.
alergias
hábitos
Ginecoobstetra.

REVISION POR SISTEMAS: Neg.

EXAMEN FISICO: Evaluación General: Satisfactoria.

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: Fisura Anal. Anterior.

TRATAMIENTO MEDICO:

- 1) Dieta Blanda
- 2) Enema Evacuador
- 3) Baño de asientos caliente - Bid. y después de evacuación intestinal.

TRATAMIENTO QUIRURGICO: 1) Esfinterotomía. Más resección de Fisura.

EVOLUCION: Satisfactoria.

COMPLICACIONES: Globo vesical de 1500 cc de orina.

RECURRENCIA: No hubo.

ANATOMIA PATOLOGICA: No.

CASO No. 2.

V.B. M. DE S.

ORIGEN: Guatemala. SEXO: F. EDAD 20 a.

OCUPACION: Oficios Domésticos.

HISTORIA

1o. Ingreso EL ACTUAL.

M.C: Dolor a la defecación acompañada de heces con estrías sanguinolentas de 3 meses de Evolución.

HISTORIA ACTUAL DE LA ENFERMEDAD: Paciente secundigesta, en puerperio tardío (3 meses) con historia de dolor a la defecación y expulsión de heces con estrías sanguinolentas.

ANTECEDENTES FAMILIARES: Neg.

PERSONAL: Médico
Quirúrgico
Traumático Neg.
Alergias
Ginecoobstetra: Menarquia 13 años 30x3 - días G: 2 P: 2 Ab: O.

REVISION POR SISTEMAS: Gastrointestinales: Hemorroides externos, más estrías sanguinolentas en las heces.

EXAMEN FISICO: Evaluación General: Satisfactoria.

Unicamente al Examen Rectal: Hemorroides ex
ternos y fisura
Anal posterior.

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: 1) Hemorroides Externos
2) Fisura Anal. Posterior.

TRATAMIENTO MEDICO: 1) Laxantes (leche de Mg.)

TRATAMIENTO QUIRURGICO: 1) Dilatación Anal.

EVOLUCION: Satisfactoria.

COMPLICACIONES: Ninguna.

RECURRENCIA: No hubo.

ANATOMIA PATOLOGICA: No.

CASO No. 3

R. R. H.

ORIGEN Quetzaltenango. SEXO: M. EDAD: 42 años.

OCUPACION: Fotografo

HISTORIA

1o. Ingreso 1967. Hemorroides internos. Tx. Hemorroi
dectomía.

2o. ACTUAL

MC: Heces con sangre, ardor y dolor al defecar 3
meses de Evolución.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL: Refiere el
paciente que desde 1967 fué operado de hemorroides in
ternos y luego desde hace mas o menos 3 meses ha vuel
to a presentar la misma sintomatología que cuando no
habia sido operado. Heces con sangre, dolor y ardor a
la defecación, no siempre y a veces tiene que hacer es
fuerzos para defecar.

ANTECEDENTES FAMILIAIRES: Ninguna.

PERSONAL: Médico: Ninguna
Quirúrgico: Hemorroidectomia en el H. R.
1967.

Traumático: Ninguna.

Alergias

Hábitos.

REVISION POR SISTEMAS: Ninguna.

EXAMEN FISICO: En Genral: NI.

Unicamente en Recto: No se palpa -
ningun hemorroides, tacto no dolo
roso, Prostata NI.

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: 1) Fisura Anal. Posterior.

TRATAMIENTO MEDICO: 1) Sedantes, Analgésicos.

TRATAMIENTO QUIRURGICO: 1) Resección de Fisura -
Anal.

EVOLUCION: Satisfactoria.

COMPLICACION: Ninguna.

RECURRENCIA: Ninguna.

ANATOMIA PATOLOGICA: Secciones de mucosa anal, -
revelan fibrosis e inflama
ción crónica, no hay eviden
cia de carcinoma.

CASO No. 4

M.C.Z.S.

ORIGEN: Guatemala. SEXO: F. EDAD 31 años.

OCUPACION: Oficios Domésticos.

HISTORIA

1o. ACTUAL

MC: Prurito, sensación urente y dolor en la región anal de 1 año 6 meses de evolución.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL: Pte. refiere prurito sensación urente y dolor de región anal con salida de agua amarillento, eventualmente sangre de 1 año 6 meses de Evol. también ha tenido evacuaciones pastosas en No. de 2 diarios desde hace 2 años.

ANTECEDENTES FAMILIARES: Ninguna

PERSONAL: Médico: Infección Urinaria, amebiasis intestinal 1978.

Quirúrgico: Resección de Fibroadenoma - 1973.

Traumático

Alergias Ninguna

Hábitos

Ginecoobstetra: G: 6 P: 4 Ab: 2.
2 legrados Uterinos IGSS
hace 3 años.

REVISION POR SISTEMAS: Ninguna.

EXAMEN FISICO: Estado General: Bueno.

Tacto Rectal: Se detecta pequeña fisura de más o menos 0.5 cm. de longitud y 1 cm. de ancho, a las 6:00 de las agujas de un reloj.

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: Fisura Anal Anterior.

TRATAMIENTO MEDICO: 1) Dieta
2) Anticonstipantes (Metamucil R)
3) Analgésicos.

TRATAMIENTO QUIRURGICO: 1) Fisurectomía Anal
2) Esfinterotomía parcial.

EVOLUCION: Satisfactoria.

COMPLICACIONES: Ninguna.

RECURRENCIA: No Hubo.

ANATOMIA PATOLOGICA: No. Hubo.

CASO No. 5

M. T. M.

ORIGEN: Guatemala SEXO: M. EDAD: 25 años.

OCUPACION: Panadero.

HISTORIA

1o. Ingreso EL ACTUAL:

MC: Referido por médico particular con Diagnóstico de hemorroides internos.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL: Pte. refiere que hace más o menos 9 meses ha presentado gotas de sangre al final de las evacuaciones, también refiere que cuando permanece mucho tiempo sentado siente molestias en el recto.

ANTECEDENTES FAMILIARES: Ninguna.

PERSONAL: Médico: 1) Uretritis gonorreica hace 6 y 3 años respectivamente.

2) Epilepsia Tipo Gran Mal.

Quirúrgico

Traumático Ninguna

Alergias

Hábitos

REVISION POR SISTEMAS: Ninguna.

EXAMEN FISICO: Estado General: Bueno.
Tacto Rectal: Pequeñas inflamaciones región anal.

Proctosigmoidoscopia: Cambios inflamatorios - de la mucosa alrededor del ano, al tacto rectal, no se siente ninguna anomalía. Al estudio se observa preparación regular (G II) Mucosa un poco enrojecida sin ninguna lesión, no hay hemorroides internos ni externos.

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: 1) Fisuras Anales Posterior
2) Inflamación perianal
3) Infección Urinaria.

TRATAMIENTO MEDICO: 1) Dieta libre.
2) Analgésicos.

TRATAMIENTO QUIRURGICO: Ninguno.

EVOLUCION: Mejorado.

COMPLICACIONES: Ninguna.

RECURRENCIA: No

ANATOMIA PATOLOGICA: No.

CASO No. 6

A. G. L. DE M.

ORIGEN: Suiza SEXO: F. EDAD: 31 años.

OCUPACION: Oficios Domésticos.

HISTORIA

1o. Ingreso ACTUAL:

MC: Salida de Sangre por el ano más o menos 8 días de Evol.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL:

Refiere paciente que le estaba saliendo sangre por el ano aunque actualmente es en muy poca cantidad.

ANTECEDENTES FAMILIARES: Aparentemente sanos.

PERSONAL: Médico
Quirúrgico
Traumático Ninguna.
Alergias
Hábitos
Ginecoobstetra: G:4 P:2 Ab:2 Menarquia 14 años. UR: 13-X-79.

REVISION POR SISTEMAS: Ninguna.

EXAMEN FISICO: En General: Satisfactorio
Unicamente en: Tacto Rectal: Inspección, se detecta fisura anal Posterior.

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: 1) Fisura Anal. Posterior.

TRATAMIENTO MEDICO: 1) Analgésicos.

TRATAMIENTO QUIRURGICO: 1) Fisurectomia
2) Esfinterotomía interna

EVOLUCION: Curado.

COMPLICACIONES: No.

RECURRENCIA: No.

ANATOMIA PATOLOGICA: Ninguna.

CASO No. 7

A. M. L.

ORIGEN: Chiquimula . SEXO: M. EDAD: 72 años.

OCUPACION: Periodista.

HISTORIA

1o. Ingreso ACTUAL:

MC: Presencia de una masa en región perianal de 40 días de Evol.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL: 40 días la presencia de una masa en región perianal, la cuál progresivamente aumentó de tamaño acompañándose dolor e incomodidad al sentarse, el dolor se exacerbaba al defecar, más o menos 20 días de tener secreción purulenta.

ANTECEDENTES FAMILIARES: No.

PERSONAL: Médico:

Quirúrgico

Traumático Ninguna.

Alergias

Hábitos

REVISION POR SISTEMAS: Ninguna.

EXAMEN FISICO: En General: Satisfactorio.

Únicamente al: Tacto Rectal: Presencia de Fístula anal.

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: 1) Fístula anal
2) Físuras anal anterior.

TRATAMIENTO MEDICO: 1) Laxantes (leche de Mg.)
2) Analgésicos.
3) Baños de asientos

TRATAMIENTO QUIRURGICO: 1) Fístulotomía
2) Fisurectomía.

EVOLUCION: Curado.

COMPLICACIONES: No.

RECURRENCIA: No.

ANATOMIA PATOLOGICA: No.

VIII. RESULTADOS

REVISION DE CASOS

Se revisaron las fichas clínicas de pacientes con Físuras anal como única enfermedad ano-rectal, tratados con diferentes métodos. Retrospectivamente de 1069-1979 en el Depto. de Cirugía del Hospital Roosevelt.

1. Edad: el paciente más joven de la serie tenía 20 años y el más grande 72 años. La mayoría de los pacientes oscilaban entre los 20 y 49 años (85.71%) distribuidos así:

20 - 29 años	2 casos	28.57%
30 - 39 "	2 casos	28.57%
40 - 49 "	2 casos	28.57%
40 o más	1 caso	14.28%

2. Sexo:

Femeninos	4 casos	57.14%
Masculinos	3 casos	42.85%

3. Procedencia:

Rural	1 caso	14.28%
Urbano	6 casos	85.71%

4. Ocupación:

Oficios Domésticos	4 casos	57.15%
Fotografo	1 caso	14.28%
Panadero	1 caso	14.28%
Periodista	1 caso	14.28%

5. Manifestaciones clínicas: el dolor anal fue el toma cardinal de este grupo de pacientes. El 100% de los pacientes refirieron dolor a defecar; síntoma mas relacionados se encontraron como sigue.

Dolor más hemorragia	4 casos	57.15%
Dolor más prurito	1 caso	14.28%
Solo hemorragia anal	1 caso	14.28%
Dolor más descarga (secreción purulenta)	1 caso	14.28%

6. Tiempo de Evolución: el 42.86% de los casos tenían síntomas entre 1 a 3 meses previo a su consulta. Vemos los siguientes casos distribuidos de la siguiente manera.

Menos 1 mes	2 casos	28.57%
1 - 3	3 casos	42.86%
4 - 6	0 -----	00.00%
7 - 9	1 caso	14.28%
10 - 12	0 -----	00.00%
13 - 18	1 caso	14.28%
19 ó más	0 -----	00.00%

7. Situación anatómica de la fisura: el 57.14% de los casos presentaba una fisura posterior, el 42.85% de los casos presentarón una fisura anterior; no se presentó fisura lateral ni Fisuras anterior y posterior.

Posterior	4 casos	57.14%
Lateral	0 -----	00.00%
Anterior	3 casos	42.85%
Anterior y Posterior	0 -----	00.00%

8. Tiempo de hospitalización: el 57.14% de los pacientes permanecieron de 3 a 5 días.

Menos 1 día	0 -----	00.00%
1 - 2	0 -----	00.00%
3 - 5	4 casos	57.14%
6 - 9	3 casos	42.85%
10 ó más	0 -----	00.00%

9. Anestesia: Los métodos anestésicos empleados, fueron varios, siendo más utilizado la anestesia General.

Local	1 caso	14.285%
Epidural	1 caso	14.285%
Raquídea	1 caso	14.285%
Caudal	0 ----	00.000%
General	3 casos	42.857%
Ninguna	1 caso	14.285%

10. Tratamiento aplicado, se utilizaron varias formas ó métodos terapéuticos.

Resección de la Fisura anal más esfínterotomía Externa	1 caso	14.285%
Dilatación anal	1 caso	14.285%
Resección de Fisura anal	2 casos	18.571%
Fisurectomía anal más esfínterotomía parcial	1 caso	14.285%
Tratamiento Médico	1 caso	14.285%
Fisurectomía más esfínterotomía interna	1 caso	14.285%

11. Resultados obtenidos: desde el punto de vista de dolor el 85.71% de los pacientes, tuvo un alivio significativo del mismo, un paciente tuvo alivio moderadamente satisfactorio que representa el 14.28%. La cicatrización de la herida fue aceptable en el 100% de los casos según la revisión de expedientes, como se observa en la tabla siguiente.

1.- Objetivos

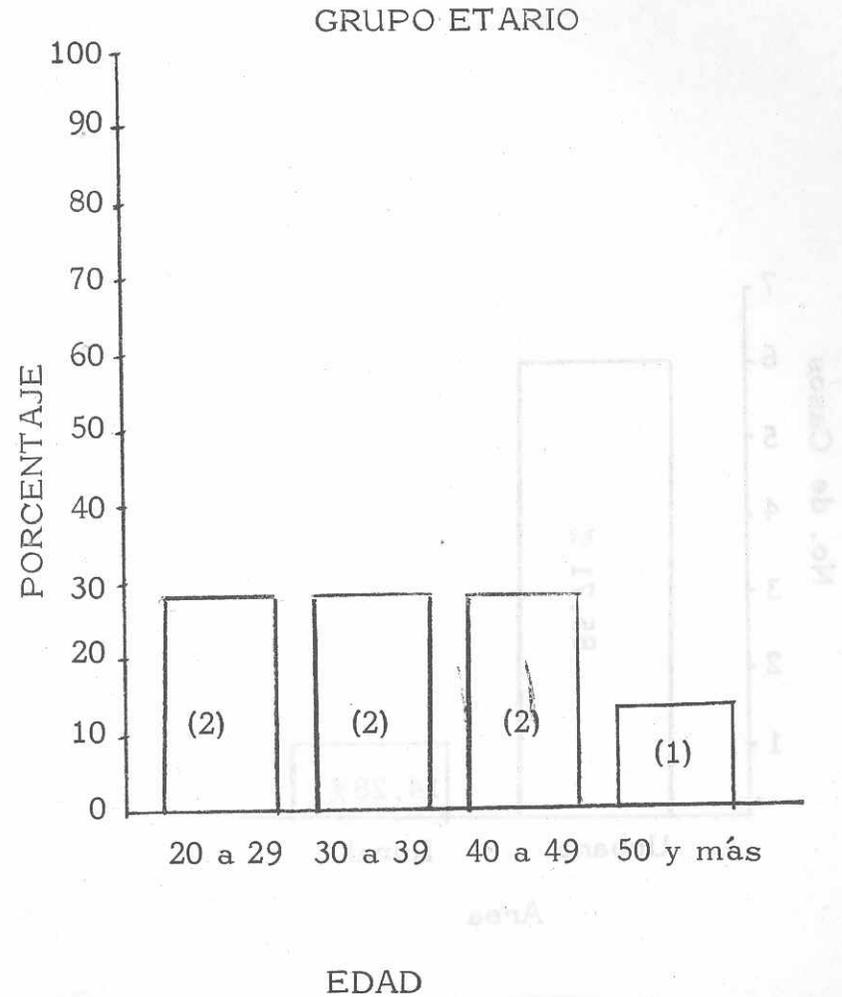
a) Satisfactorio	6 casos	85.71%
b) Moderadamente satisfactorios	1 caso	14.28%
c) Insatisfactorio	0 ----	00.00%

2.- Subjetivos

a) Satisfactorio	6 casos	85.71%
b) Moderadamente satisfactorio	1 caso	14.28%
c) Insatisfactorio	0 ----	00.00%

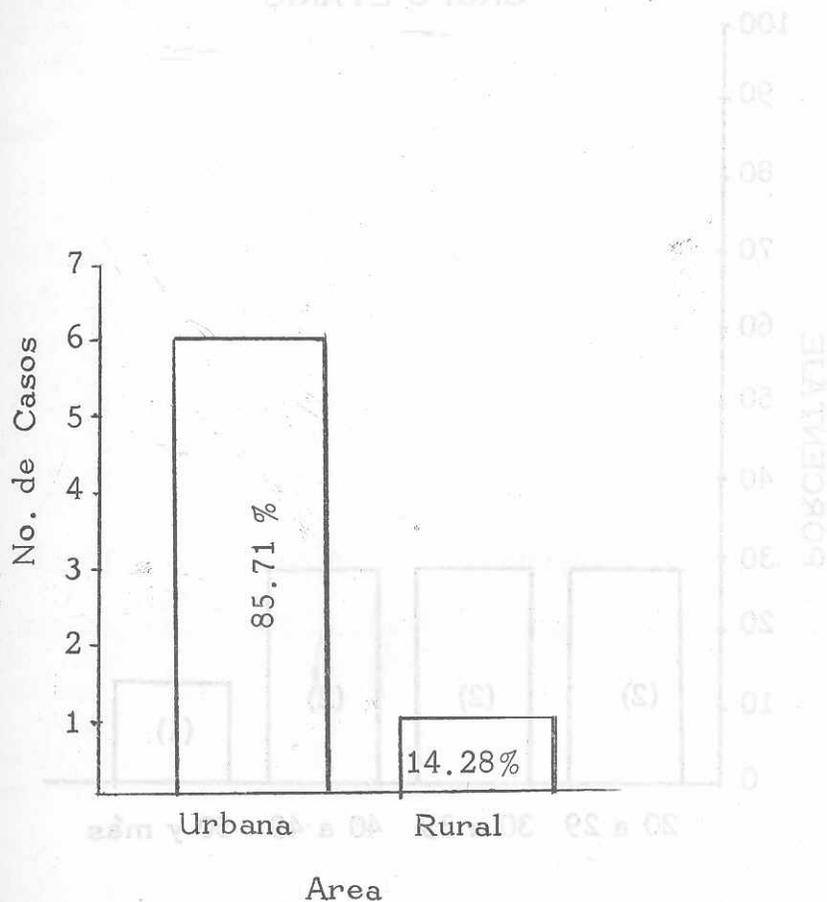
12. Complicación: No hubo.

GRAFICA No. 1
DISTRIBUCION ETARIA



GRAFICA No. 2

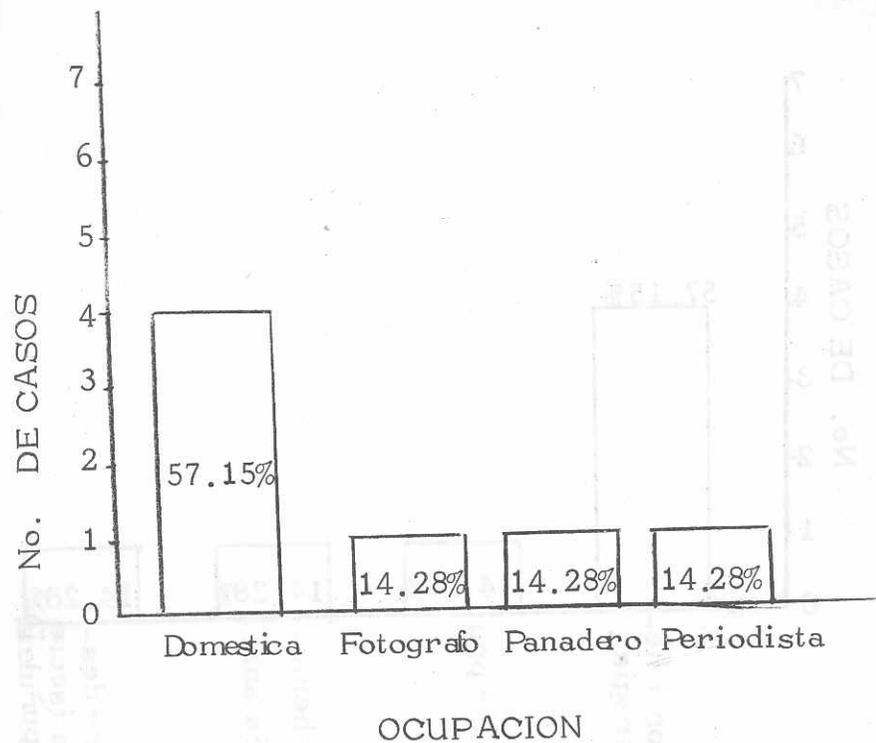
NUMERO CASOS, RELACION AREA Y SU PORCENTAJE



EN EL AREA URBANA FUE DONDE SE PREDOMINARON TODO O LA MAYOR PARTE DE LOS CASOS ESTUDIADOS.

GRAFICA No. 3

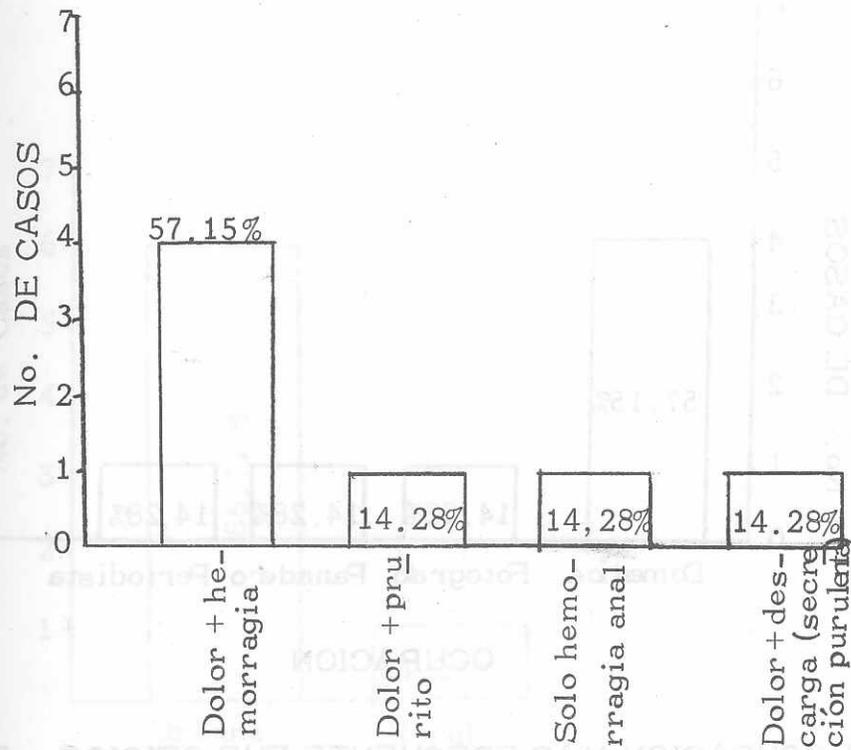
RELACION ENTRE OCUPACION Y SU PORCENTAJE



LA OCUPACION MAS FRECUENTE FUE OFICIOS DOMESTICOS. YA QUE EL SEXO FEMENINO FUE QUE PREDOMINO.

GRAFICA No. 4

MANIFESTACIONES CLINICAS

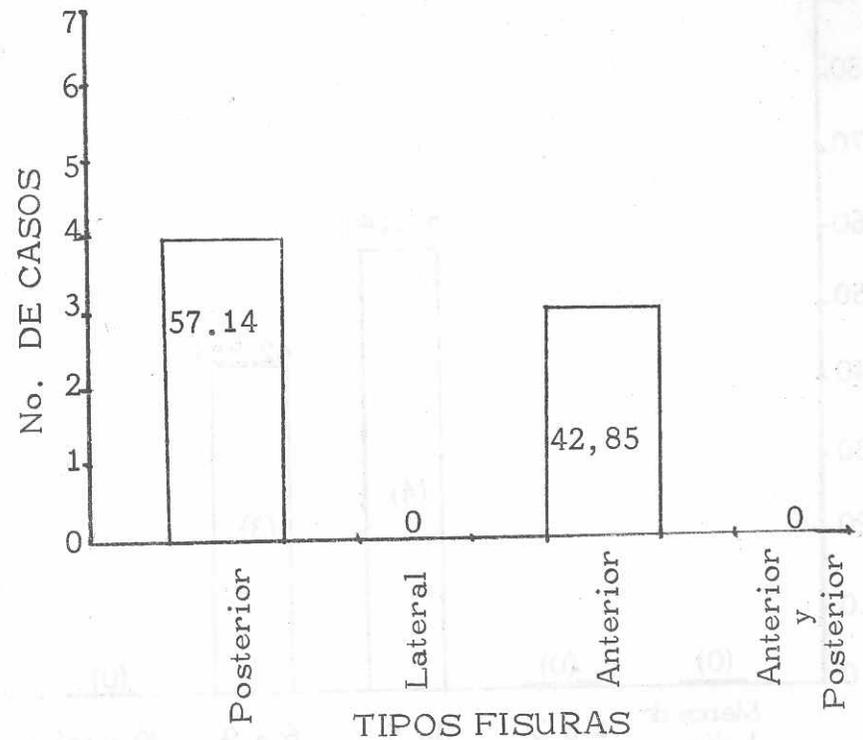


SINTOMATOLOGIA

DOLOR MAS HEMORRAGIA FUE EL SINTOMA PRINCIPAL EN TODOS LOS PACIENTES.

GRAFICA No. 5

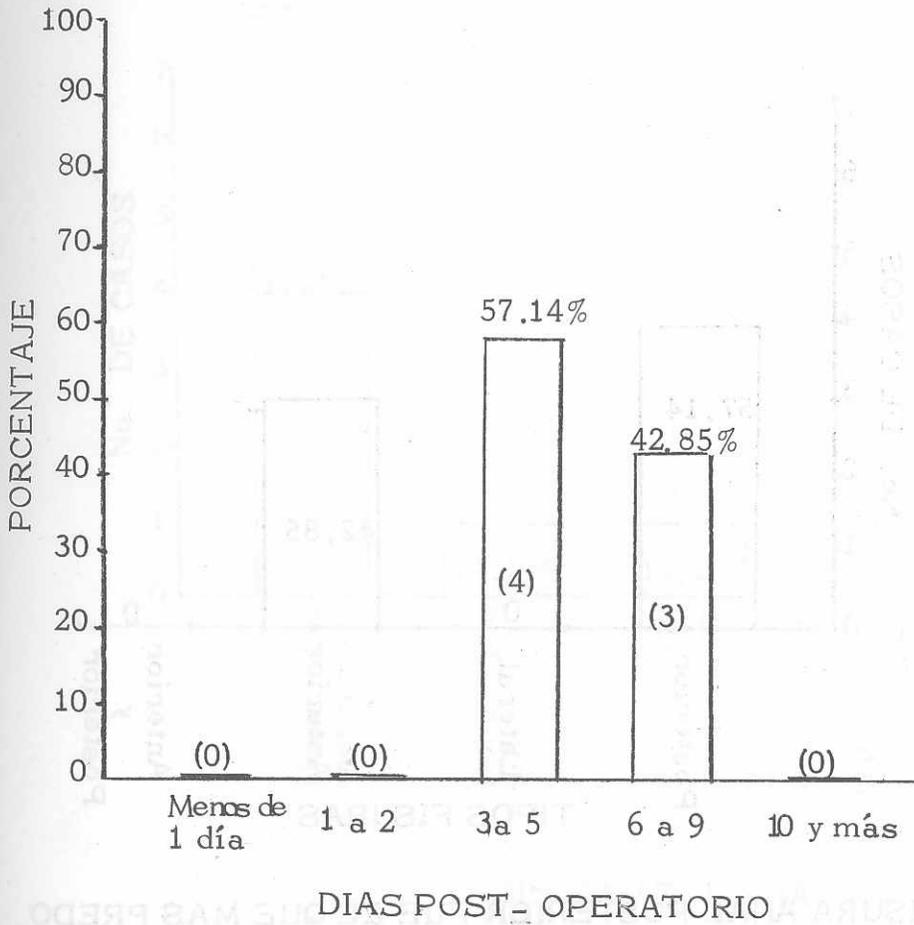
RELACION ENTRE TIPO DE FISURA Y SU PORCENTAJE



FISURA ANAL POSTERIOR FUE EL QUE MAS PREDOMINO Y LE SIGUE LA FISURA ANAL ANTERIOR.

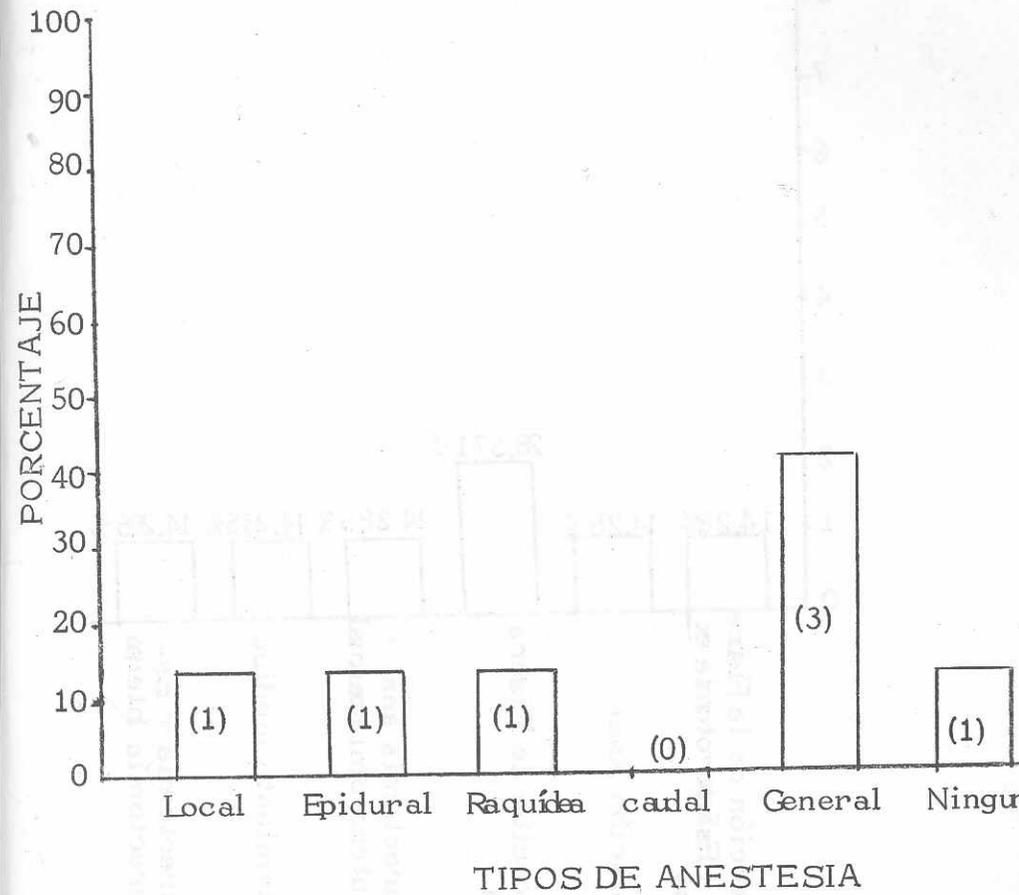
GRAFICA No. 6

TIEMPO POS OPERATORIO HASTA LA SALIDA EL HOSPITAL



GRAFICA No. 7

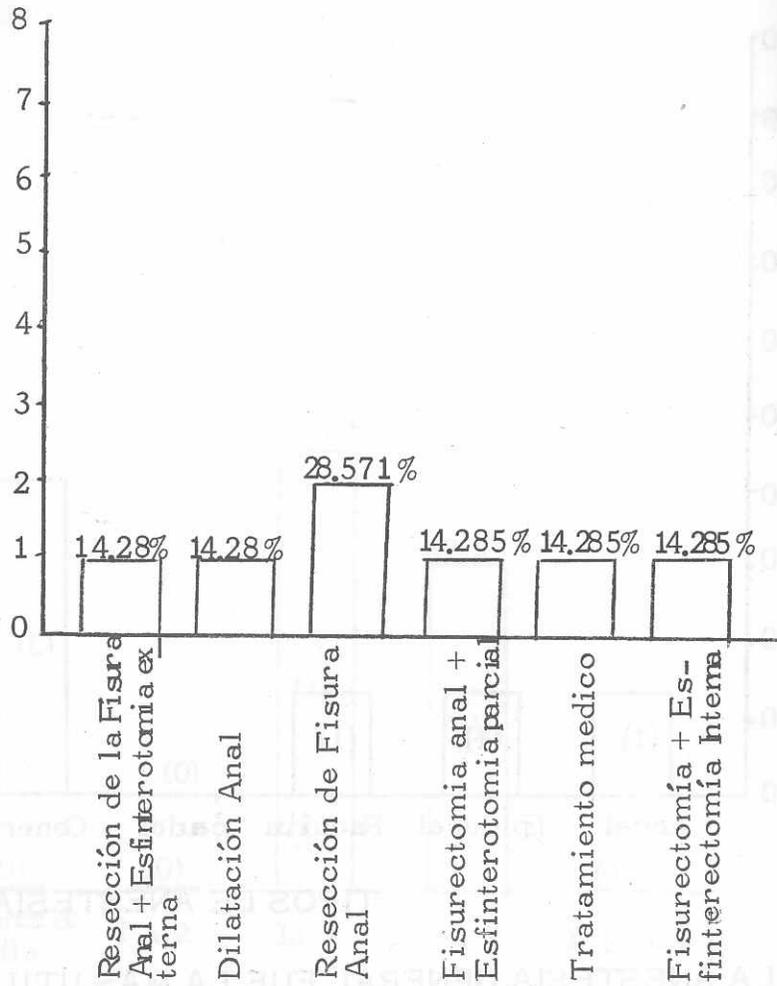
TIPOS DE ANESTESIA UTILIZADA



LA ANESTESIA GENERAL FUE LA MAS UTILIZADA EN ESTE ESTUDIO.

GRAFICA No. 8

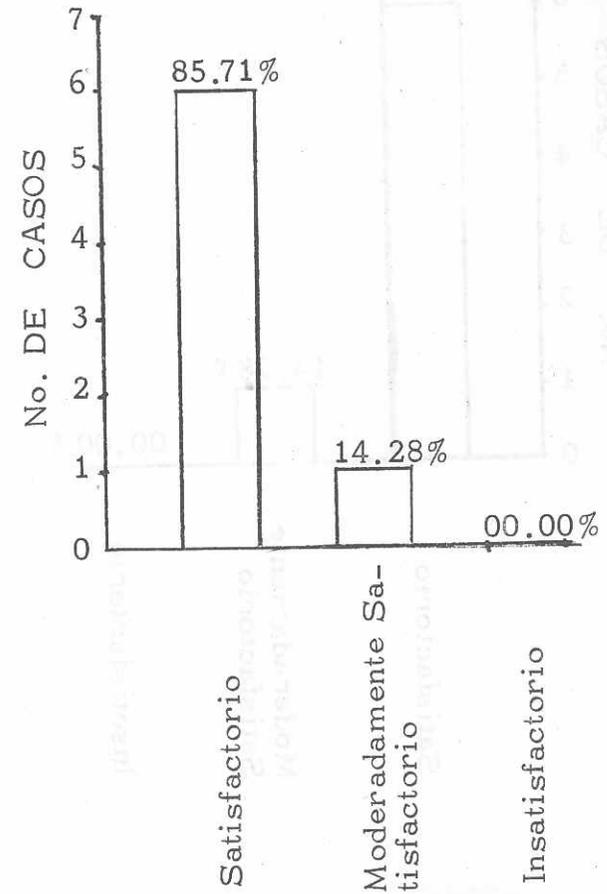
TRATAMIENTO APLICADO



GRAFICA No. 9

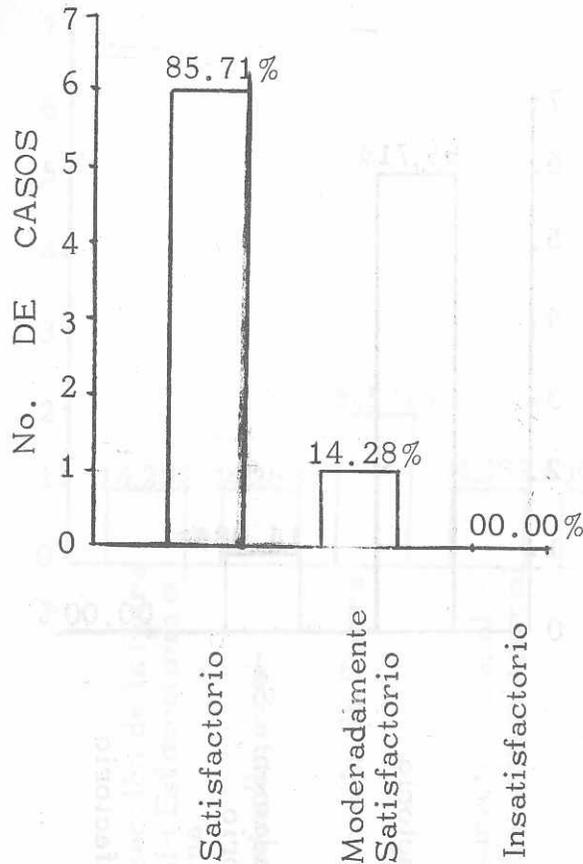
RESULTADO DEL TRATAMIENTO APLICADO

1.- OBJETIVOS



RESULTADOS DEL TRATAMIENTO APLICADO

2.- SUBJETIVOS



IX. DISCUSION

Las Fisuras anales son entidades clínicas, que deben ser estudiadas muy cuidadosamente por todo Mé^o General ya que el tratamiento y el pronóstico es excelente. Sin embargo un Diagnóstico equivocado - pueden producir graves consecuencias para el paciente, ya que otras enfermedades más graves pueden simular una Fisura como tales el caso del Cancer anal, Colitis ulcerativa etc.

En nuestro estudio se efectuó diversidad de técnicas quirúrgicas y tratamiento médico conservador. De tal manera que seguimos considerando que cada caso en particular debe tratarse, siguiendo las condiciones de la fisura. Cuando el tratamiento quirúrgico se lleva a cabo en manos experimentados y conocimientos adecuados de anatomía de la región los resultados son buenos. Las complicaciones pueden ser graves como la incontinencia y la estrechez si se lleva a cabo sin el conocimiento preciso.

En nuestro estudio no se observó ninguna de estas complicaciones, aunque los pacientes no fueron vistas entre consultas regularmente. Es importante señalar que las dilataciones digitales efectuadas en el postoperatorio por un período determinado constituye la re^habilitación adecuado del esfínter anal.

X. CONCLUSIONES

1. De los pacientes estudiados la edad promedio oscila entre los 20 y 49 años.
2. El Sexo femenino, fué más afectado; representa el 57.14%.
3. La mayoría procedía de la ciudad Capital el 85.71% y el area rural 14.28%.
4. El dolor anal fué el síntoma cardinal en el 100% de los pacientes, siguiendole en frecuencia el dolor con hemorragia.
5. El 42.86% de los pacientes, tenía síntomas entre 1 a 3 meses previo a su consulta.
6. La Fisura posterior fue la más frecuente (57.14%).
7. El 57.14% de los pacientes requirió hasta de 3 a 5 días de hospitalización.
8. En el 42.85% de los casos, se utilizó anestesia General.
9. Los procedimientos quirúrgicos efectuados fueron los siguientes: Resección de Fisura única 28.571%. Resección más esfinterotomía externa 14.285%. Dilatación anal 14.285%. Fisurectomía anal más esfinterotomía parcial 14.285%. Tratamiento Médico 14.285%. Fisurectomía más esfinterotomía interna 14.285%.
10. Unicamente 85.71% de los pacientes, tuvo un

alivio significativo.

11. La cicatrización de la herida, la cual se dejó abierta; fue aceptable en el 100% de los casos según la revisión de expedientes.
12. En los casos revisados, no hubo ninguna complicación.

XI. RECOMENDACIONES

1. Investigar la patología anorrectal en nuestro país, para lograr obtener estadísticas propias.
2. Tratar de mejorar las observaciones clínicas de nuestras instituciones; para que la valiosa información que ellas encierran sean de mayor ayuda y fidelidad en nuestros trabajos de investigación. Recordar el examen anorrectal de rutina.
3. Se recomienda tomar muy en cuenta la historia clínica principalmente el dolor a la defecación y el espasmo anal. Al examen la simple inspección es importante, para evitar el uso de instrumentos que pueden ser innecesariamente dolorosos.
4. Una historia intermitente, continua y larga de Dolor, sugiere obviamente que hay una lesión crónica Fibrosada; al examen: Una papila Centinela grande, hemorroide Centinela induración de los bordes de la Fisura; Importante la exposición de las Fibras del esfínter interno en el piso de la Fisura, la presencia de pliegues radiales profundos en la línea media, características que justifican la aplicación de un método Quirúrgico: La esfínterotomía lateral interna - subcutánea.
5. En las Fisuras recientes o más superficiales; - Recomendamos la esfínterotomía lateral interna subcutánea.
6. El tratamiento conservador es recomendado en Fisura anal aguda. Bajo estrecha vigilancia, para evitar estenosis gradual del esfínter inter-

terno y otras complicaciones tales la Formación de Fistulas, abscesos y hemorroides internos - tromboeados secundaria a una dilatación anal.

7. Efectuar el Examen anorrectal, bajo anestesia siempre.
8. Todo paciente con patología anorrectal especialmente fisura anal, se le debe tomar biopsia y hacerle un seguimiento del caso para su estudio posterior y la aplicación de un método terapéutico indicado.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ARMA S, et al. Treatment of anal Fissure by Lateral subcutaneous internal Sphincterotomy, Helv Chir Acta. 45 (6):729-32 Febrero 79. (Eng. Abstr.) O Ger).
2. BALL, C. (1908). The Rectum: its Diseases and Developmental Defects, Londol: Frowde; Hodder and Stoughton.
3. BAILEY R. V. et al, Lateral internal Sphincterotomy Dis colon Rectum 21 (8); 584-6 Noviembre- Diciembre 78.
4. EISENHAMMER, S. (1953) the internal anal sphincter: its Surgical importance. S. Afr. Med. F. 27, 266. (1975) Cirugía del Esfínter anal interno. Acta. Latino americana de proctología Vol. No. 3. (Mayo-Junio 1975).
5. FERGUSON J. A. et al ady Surg, Hemorrhoides , Fistulas and Fisuras office and hospital management a critical 1978.
6. GABRIEL W.B. Principles and practice of rectal Surgery. Ed. 5 London H. K. Lewis, 1963. p. 237.
7. GOLIGHER, J. C. LEACOCK, A.G. and BROSSY J. J. (1955) Surgical anatomy of the anal canal. Brit. F. Surg., 43, 51.
8. GUTIERREZ, A. A, et al. Anal Fisure Technic - Used to have an internal lateral anal sphincterotomy for its treatment. 183-5, Oct-Dec-78. (eng. abstr.).
9. HOFFMANN, D.C., and GOLIGHER, J.C. (1970) Lateral subcutaneous interna, sphincterotomy in tratment of anal fissure, Brit. Med. F., 3, 673.
10. MOORE, H. D. (1964). Treatment of Fissure-ano. Lancet, 1909.
11. MORGAN, C. N. (1953) and THOMPSON, H. R. (1956) Surgical anatomy of the canal with special reference to the surgical importance of the internal sphincter and conjoint longitudinal muscles. Ann. Roy. Coll. Surg. Engl., 19, 88.
12. NOTARAS, M. J. (1971) the treatment of anal fissure by lateral subcutaneous internal sphincterotomy a technique and results. Brit. F. Surg. 58, 96.
13. PINEDA MOLINA, CARLOS EDUARDO. Esfínter tomía lateral interna, alternativa terapéutica en la "Fisura anal" USAC, Octubre 1978. (tesis).
14. SABISTON Textbook of surgery ed 10 Saunders 1974. p. 939-941.
15. TURREL R. Diseases. of colon and anorectum p. 980-99. Saunders 1969.
16. THOMPSON J.P. Hemorrhoides and Fissure, Hosp. Med. Noviembre de 1978.

Dr.

~~FRANCISCO PILO SUAREZ~~

Dr.

Aseor.

DR. EDUARDO GONZALEZ

Dr.

Revisor.

DR. CARLOS ARRIAGA E.

Dr.

Director de Fase III

DR. CARLOS WALDHEIM

Dr.

Secretario

DR. JAIME GOMEZ

Dr.

Decano.

DR. CARLOS WALDHEIM

Vo. Bo.