



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E
INVESTIGACIÓN**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL Y SERVICIOS
SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

**INCIDENCIA DE INCONTINENCIA ANAL EN
PACIENTES POST OPERADOS DE
ESFINTEROTOMÍA EN EL HOSPITAL REGIONAL
LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:
PABLO JAIME ROMEO MALDONADO
HERNÁNDEZ**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA
ESPECIALIDAD
COLOPROCTOLOGÍA**

**ASESOR DE LA TESIS:
DR. HECTOR NORMAN SOLARES SANCHEZ**



ISSSTE

INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

**No. DE REGISTRO DEL PROTOCOLO
684.2020**

CIUDAD DE MÉXICO AÑO 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DR. RAMÓN MINGUET ROMERO
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

DR. FÉLIX ESPINAL SOLÍS
JEFE DE ENSEÑANZA MÉDICA

DRA. MARTHA EUNICE RODRÍGUEZ
ARELLANO
JEFE DE INVESTIGACIÓN

DR. HECTOR NORMAN SOLARES SANCHEZ
PROFESOR TITULAR Y ASESOR DE TESIS

RESUMEN

Objetivo: Determinar la incidencia de incontinencia post operatoria de los pacientes operados de fisura anal crónica en el servicio de Coloproctología del periodo comprendido de enero 2016 a diciembre 2020.

Materiales y métodos: Se realizo un estudio descriptivo, retrospectivo. De pacientes que presentaron fisura anal crónica y fueron intervenidos quirúrgicamente en el servicio de Coloproctología se determino la incidencia de incontinencia post operatoria y factores que se relacionaron.

Resultados: Se analizaron 66 pacientes con criterios de inclusión, 61% fueron mujeres, 39% hombres, el procedimiento mas realizado fue la esfinterotomía lateral izquierda parcial interna, la edad media fue de 51 años, los factores de riesgo que se asociaron a incontinencia post operatoria fueron: tabaquismo crónico, presentación posterior, antecedente de cirugía anal previa ($p= 0.001$). La incidencia de incontinencia post operatoria fue del 12.2%.

Conclusiones: La incidencia de incontinencia post operatoria fue del 12.2% frente a un 17% reportada en estudios mas grandes, afirma que el procedimiento realizado en el Servicio de Coloproctología es seguro y efectivo.

ABSTRACT

Objective: Determine the incidence of post-operative incontinence in patients operated on for chronic anal fissure in the coloproctology service from January 2016 to December 2020

Materials and methods: A descriptive, retrospective study was carried out. In patient who presented chronic anal fissure and underwent surgery in the Coloproctology service, the incidence of post-operative incontinence and related factors were determined.

Results: 66 patients were analyzed with inclusion criteria, 61% were women, 39% men, the most performed procedure was the internal partial left lateral sphincterotomy, the mean age was 51 years, the risk factors associated with post incontinence were: chronic smoking, posterior presentation, history of previous anal surgery ($p= 0.001$). The incidence of post-operative incontinence was 12.2%

Conclusions: The incidence of post-operative incontinence was 12.2% compared to 17% reported in large studies, affirming that the procedure performed in the Coloproctology service is safe and effective

AGRADECIMIENTOS

A Dios

A mis papas

A mis hermanos

A mis profesores

A mi niña de ojos miel

INDICE DE CONTENIDO

| | |
|--|----|
| INDICE DE TABLAS | A |
| INDICE DE FIGURAS | B |
| | |
| I. INTRODUCCIÓN | 1 |
| II. ANTECEDENTES | 2 |
| 2.1 Planteamiento del problema | 7 |
| III. JUSTIFICACIÓN | 9 |
| IV. OBJETIVOS | 10 |
| 4.1 Objetivo general | 10 |
| 4.2 Objetivos específicos | 10 |
| V. MATERIALES Y MÉTODOS | 11 |
| 5.1 Diseño del estudio | 11 |
| 5.2 Tamaño de la muestra | 11 |
| 5.3 Metodología | 11 |
| 5.4 Criterios de inclusión | 12 |
| 5.5 Criterios exclusión | 12 |
| 5.6 Criterios de eliminación | 12 |
| 5.7 Aprobación ética | 12 |
| 5.8 Definición de variables y unidades de medida | 13 |
| VI. RESULTADOS | 14 |
| 6.1 Discusión | 22 |
| 6.2 Conclusiones | 23 |
| VII. CONFLICTO DE INTERESES | 24 |
| 7.1 consentimiento informado | 24 |
| VIII. BIBLIOGRAFIA | 25 |

A – INDICE DE TABLAS

| | |
|---------|----|
| TABLA 1 | 14 |
| TABLA 2 | 14 |
| TABLA 3 | 15 |
| TABLA 4 | 16 |
| TABLA 5 | 18 |
| TABLA 6 | 20 |

A – INDICE DE FIGURAS

| | |
|----------|----|
| FIGURA 1 | 21 |
| FIGURA 2 | 21 |

Abreviaturas

ELIPI= Esfinterotomía lateral izquierda parcial interna

I. INTRODUCCIÓN:

La fisura anal es una de las patologías mas frecuentes en la consulta Proctológica, la esfinterotomía lateral interna parcial abierta o cerrada se considera el estándar de oro, con efectividad reportada del 95%, cada técnica quirúrgica puede presentar diversas complicaciones, el objetivo del estudio fue conocer la incidencia de incontinencia anal post operatoria de los pacientes intervenidos quirúrgicamente mediante la técnica de fisulectomía mas esfinterotomía lateral interna en el servicio de Coloproctología del periodo comprendido de enero 2016 a diciembre 2020, las variables a estudio fueron: sexo, edad , localización de fisura, retraso de la cicatrización, tabaquismo crónico, morbilidades, recurrencia, incontinencia pre quirúrgica, incontinencia post quirúrgica, los datos obtenidos se tabularon en forma manual para posteriormente calcular la tasa de incontinencia de los pacientes que cumplan los criterios de inclusión: expedientes completos de los pacientes que contengan la evaluación preoperatoria por el servicio de Coloproctología así como nota operatoria y notas de evolución post operatorias, el estudio a realizado no fue experimental, los datos obtenidos son confidenciales los resultados fueron utilizados únicamente con fines de investigación.

II. ANTECEDENTES

Se define una fisura anal como una ulceración lineal dolorosa, situada en el conducto anal la cual se extiende justo por debajo de la línea dentada al margen anal. Las fisuras agudas usualmente cicatrizan con tratamiento médico, pero cuando persisten debe utilizarse otra línea de tratamiento, suele afectar a adultos jóvenes, pero se puede presentar a cualquier edad, es más predominante en el género femenino en relación con el masculino 4:1, la presentación más frecuente es posterior. La fisiopatología de la fisura anal la teoría más aceptada es la de orden anatómico, estudios angiográficos en cadáveres demostraron que ramas pequeñas de la arteria rectal inferior pasan entre las fibras del esfínter anal interno y que el riego sanguíneo era escaso en la comisura posterior.¹

Por lo anterior y aunado al espasmo del esfínter anal interno, podría disminuir todavía más el riego sanguíneo de esa zona. Otras investigaciones han identificado anomalías de la función del esfínter anal de pacientes con fistula anal, Nothmann y Schuster demostraron que los pacientes con fisura anal tienen un aumento en la presión del esfínter anal interno posterior a la relajación normal que se presenta después de la distensión del recto. Recientemente se ha propuesto que la incidencia más alta de fisura anal en adultos jóvenes podría explicarse por la presión anal máxima en reposo que es más alta; con ello, el flujo sanguíneo disminuye y puede provocar reducción de flujo sanguíneo al anodermo.² El síntoma principal es el dolor anal durante y después de la defecación el dolor es de apareamiento súbito descrito como ardor, intenso, lacerante, que se inicia al pasar el bolo fecal por el conducto anal, dura

de pocos segundos a varias horas se vuelve a presentar en la siguiente evacuación. El sangrado es frecuente, en escasa cantidad, de color rojo, brillante rutilante, en forma de estría en la materia fecal o manchado en el papel higiénico.³

El cambio del hábito defecatorio se altera por mecanismos del sistema nervioso del paciente debido a la preocupación por el momento de la defecación que puede convertirse en obsesión; la persistencia de la enfermedad termina por producir un cambio total del carácter, con irritabilidad exagerada, mal humor, ira, depresión etcétera.⁴ El interrogatorio sugiere fuertemente el diagnóstico. El examen proctológico confirma o descarta cualquier otra enfermedad, la inspección de la región anoperineal es por mucho el paso más importante para el diagnóstico, no todas las fisuras son fáciles de identificar, pero al hacerlo de una forma cuidadosa es posible identificar la mayoría, con una ligera separación de las paredes laterales del ano se puede exponer el extremo distal de la fisura, si el diagnóstico es claro se puede omitir el tacto rectal, en caso de duda es recomendada la aplicación de un anestésico tópico para precisar el diagnóstico.⁴ Con el paso del tiempo, la piel del extremo distal de la fisura se vuelve edematoso y puede formar un colgajo cutáneo fibroso, lo que se conoce como colgajo cutáneo centinela o hemorroide centinela, en forma clásica la fisura anal crónica está formada por una tríada (tríada de Brodie) que incluye un colgajo cutáneo o hemorroide centinela, una úlcera que por lo regular deja al descubierto las fibras del esfínter anal interno y una papila anal hipertrófica.⁵

Se debe descartar la presencia de úlceras específicas como las de la enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa crónica inespecífica,

enfermedades de transmisión sexual, leucemia, tuberculosis, cáncer anal entre otras. Para el tratamiento de la fisura anal es importante evitar el estreñimiento, las evacuaciones duras que exageran el dolor y el espasmo del esfínter, esto se logra al aumentar la ingesta de alimentos con fibra y eliminar irritantes. El uso de formadores de volumen, como la cáscara de las semillas del *Psyllium plantago*.⁶ Otra medida sencilla son los baños de asiento con la finalidad de relajar el espasmo muscular con estas medidas hay reportes de curación del 80 al 90% cuando se trata de fisura anal aguda; sin embargo, el éxito en la curación de una fisura crónica es de tan sólo un 30 a 50% de los casos.

Se conoce de esta enfermedad es el resultado de un ciclo de dolor, espasmo del esfínter anal interno y dolor, los tratamientos se enfocan en disminuir la presión esfintérica elevada en un intento de romper este círculo. La posibilidad de problemas de cicatrización de la herida, el riesgo de incontinencia fecal, son algunas de las desventajas de la terapia quirúrgica; se han empleado terapias farmacológicas con el fin de evitar el tratamiento quirúrgico. El tratamiento local ideal para la fisura anal debe reducir el dolor, promover la curación con efectos mínimos secundarios y evitar la recurrencia sin deterioro de la continencia anal, el tratamiento con estas sustancias ha sido denominada esfinterotomía química reversible es una técnica no invasiva, no requiere anestesia y puede ser aplicada en el hogar por el mismo paciente. Hay que aclarar que la esfinterotomía lateral interna parcial continúa siendo el estándar de oro para el tratamiento definitivo de la fisura anal crónica.

Las indicaciones para el tratamiento de fisura anal son:

- Falta de respuesta al manejo médico
- Presencia o persistencia de sangrado y dolor
- Pacientes sin síntomas pero que persisten con la fisura
- Recomendación del cirujano por persistencia de sangrado intermitente a pesar de no presentar dolor

En 1839, Brodie fue la primera persona en realizar una esfinterotomía lateral interna. Él defendió la operación para contracción preternatural del esfínter anal. En 1863 Hilton también sugirió que el tratamiento para la úlcera anal deber ser la esfinterotomía. Sin embargo, Miles generalmente es reconocido como el cirujano que le dio a la operación la verdadera credibilidad, aunque Miles creía que él estaba dividiendo lo que llamó banda pecten. ^{7,8} en 1951, Esisenhammer fue la primera persona en defender la esfinterotomía lateral interna para la fisura anal y para entender realmente qué músculo él estaba dividiendo. ¹ El esfínter anal interno es la continuación de la porción distal del músculo circular del recto. Su longitud es esencialmente igual a la del canal anal. Distalmente por lo general se puede sentir medial a la ranura interesfintérica fuera del margen anal. La porción subcutánea del esfínter externo es lateral a la ranura. El esfínter interno mantiene el canal anal en la posición cerrada; la acción es involuntaria. El esfínter externo es un músculo estriado. El esfínter externo y el músculo elevador del ano son los músculos involucrados en el control voluntario. La división completa del esfínter anal interno es posible sin crear un deterioro significativo de la continencia

anal.⁸ Se han descrito diferentes técnicas para el manejo que la fisura anal crónica; las propuestas se describen a continuación:

La esfinterotomía lateral interna parcial abierta o cerrada (puede ser subcutánea). Considerada el estándar de oro, con efectividad reportada del 95%. La cantidad de esfínter a dividir sigue estando en discusión refiriendo realizar la incisión a medida de cada paciente sin extender la longitud de la fisura. Consiste en la incisión de piel perianal en una extensión de 1.5 a 2.0 cm de longitud dejando expuestas las fibras del esfínter anal interno y bajo visión directa se secciona hasta la línea anorrectal. El abordaje operativo clásico para la fisura anal crónica es la escisión y la esfinterotomía lateral interna en la posición posterior. Esto remueve la escara, las verrugas de la piel y papila, pero puede producir la complicación de la deformidad de ojo de cerradura. ^{8,9} El esfínter anal interno subyacente no debe incidirse.

Como se mencionó, la esfinterotomía se puede realizar entonces en un sitio lateral por unos de los métodos descritos anteriormente. Avance de colgajo (con fisurectomía), es opción cuando todas las demás han fallado.^{11,12} Consiste en la escisión de la fisura anal, combinada con el deslizamiento de un colgajo de anodermo, técnicas descritas V-Y como complicaciones: formación de hematomas, abscesos, riesgo de infección. Deber ser considerado en los pacientes que pudieran experimentar compromiso de la continencia anal posterior a una esfinterotomía, ancianos, mujeres multíparas, pacientes con daño de los nervios pudendos o en paciente con fisura anal complicada con tono esfinteriano normal. ⁹ La incontinencia fecal completa (es decir, la pérdida total del control de esfínteres) no debe ocurrir después de la esfinterotomía debido

a que el esfínter anal interno juega muy poco papel en el mantenimiento de la continencia anal. Como se mencionó anteriormente, no hay una relación sorprendente entre la longitud de la esfinterotomía y el riesgo de problemas de incontinencia subsiguientes. Notaras describió 73 pacientes que se sometieron a este procedimiento y encontró a 4 paciente que tuvieron manchado de la ropa interior, 2 tuvieron control imperfecto de flatulencia y 1 que tenía manchado fecal ocasional.⁸ Millar reportó en 3 de 99 paciente tratados⁶, Hoffmann y Gligher señalaron que 12 de 99 pacientes tenían alguna deficiencia menor de control anal. ⁸ Pernikoff y col revisaron a 500 pacientes que fueron sometidos a esfinterotomía lateral interna e identificaron incontinencia anal en el 8%^{13,14}Corman en 60 pacientes reportaron 17% de incontinencia para gases y heces, pero para dos tercios esto fue transitorio.¹

Probablemente es sabio registrar el estado preoperatorio de control intestinal del paciente, especialmente si hay algún grado de deterioro reportado durante la entrevista preoperatoria. Sin embargo, si sobreviene una incontinencia significativa, muy probablemente es el resultado de la división inadvertida o inapropiada de una porción del esfínter externo. Esto puede ocurrir con la técnica cerrada o con el método abierto.¹⁵

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La fisura anal es una de las patologías más frecuentes en la consulta Proctológica, con diferentes tipos de tratamientos médicos, la esfinterotomía lateral interna parcial abierta o cerrada se considera el estándar de oro, con efectividad reportada del 95%, cada técnica quirúrgica puede presentar diversas complicaciones, es de importancia conocer la incidencia de incontinencia anal post operatoria en los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el servicio de Coloproctología.

III. JUSTIFICACIÓN

Se pretende demostrar la incidencia de incontinencia anal posterior a la realización de esfinterotomía anal interna parcial por fisura anal crónica y valorar si la tasa de incontinencia es similar a la reportada a la literatura internacional, con los resultados identificar factores que pueden influir en la tasa de incontinencia, así como en la realización adecuada de la técnica quirúrgica.

IV OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la incidencia de la incontinencia en los pacientes post operados de fisura anal crónica con esfinterotomía lateral interna parcial mas fisurectomía.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar si el lugar anatómico de presentación de la fisura anal se asocia a incontinencia post operatoria

Identificar si los antecedentes de partos, tabaquismo, cirugía anal previa y comorbilidades se asocian a incontinencia anal post operatoria.

V. MATERIALES Y MÉTODOS

5.1 Diseño del estudio:

Tipo de investigación, descriptiva, retrospectiva.

5.2 Tamaño de la muestra:

Todos los pacientes adultos post operados de fisurectomía mas esfinterotomía lateral interna parcial en el servicio de Coloproctología en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos en el período comprendido del 1 de enero del 2016 al 31 de diciembre de 2020.

5.3 Metodología:

Se incluyeron los datos obtenidos de los expedientes de los pacientes post operados de fisurectomía mas esfinterotomía lateral interna parcial del servicio de Coloproctología del Hospital Lic. Adolfo López Mateos mediante boleta de recolección de datos los cuales fueron obtenidos del Sistema Médico Financiero "SIMEF" y de los expedientes completos, los resultados fueron tabulados en tablas de Excel y trasladados a programa estadístico Jamovi Stats para aplicar estadística de los datos que cumplieron con los criterios de inclusión, los resultados del estudio son presentados en tablas y figuras.

Definimos retraso en cicatrización en la cual la herida operatoria persiste mas a 8 semanas, la incontinencia se midió en base a escala de Jorge Wexner tomamos como punto de referencia incontinencia leve con puntaje menor a 9.

5.4 Criterios de inclusión:

Expedientes completos de los pacientes que contengan evaluación preoperatoria por el servicio de Coloproctología, así como nota operatoria y notas de evolución post operatorias.

5.5 Criterios de exclusión:

- Pacientes con neoplasia anorrectal
- Pacientes con absceso o fistula perianal
- Pacientes sometidos a radio terapia

5.6 Criterios de eliminación:

- Pacientes con expedientes incompletos
- Pacientes sin seguimiento post operatorio
- Pacientes finados en el transcurso del estudio

5.7 Aprobación ética:

El estudio no es de tipo experimental, no se pone en riesgo la integridad de la persona sujeta a estudio. Sin embargo, se guardo con confidencialidad la información obtenida y no se exponen nombres o datos personales del paciente. El manejo de los datos es confidencial y su contenido fue utilizado únicamente con fines de investigación.

5.8 Definición de variables y unidades de medida

| Variable | Tipo | Descripción | Unidad de Medición |
|-------------------------------|--------------|--|---------------------------|
| Edad | cuantitativa | Edad cumplida | años |
| Sexo | cualitativa | Género | Masculino Femenino |
| Localización de la fisura | cualitativa | Anterior/posterior | Anterior/posterior |
| cicatrización | cualitativa | Fisura cicatrizada | Si/no |
| Incontinencia post quirúrgica | cualitativa | Escape involuntario de gases o materia fecal | Escala Jorge Wexner |
| Incontinencia pre quirúrgica | cualitativa | Escape involuntario de gases o materia fecal | Escala Jorge Wexner |

VI. RESULTADOS

TABLA No. 1 DISTRIBUCIÓN POR SEXO

| | GENERO | DISTRIBUCIÓN | TOTAL | PROPORCIÓN |
|------|--------|--------------|-------|------------|
| SEXO | F | 40 | 66 | 0.606 |
| | M | 26 | 66 | 0.394 |

Fuente: Base de datos

Se estudio un total de 66 pacientes post operados de fisura anal crónica con un 61% de mujeres y 39% hombres.

TABLA No. 2 DISTRIBUCIÓN POR EDAD

| | EDAD |
|---------------------|------|
| TOTAL | 66 |
| MEDIA | 51.4 |
| MEDIANA | 51.0 |
| DESVIACION STANDARD | 11.7 |
| EDAD MENOR | 28 |
| EDAD MAYOR | 79 |

Fuente: Base de datos

La edad promedio de los pacientes fue de 51 años.

TABLA No. 3 DISTRIBUCIÓN DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

| TIPO DE PROCEDIMIENTO | TOTAL 66 | PORCENTAJE |
|---|---------------------|-------------------|
| FISURECTOMIA | 3 | 4.5 % |
| FISURECTOMIA MAS DRENAJE DE ABSCESO | 1 | 1.5 % |
| FISURECTOMIA MAS ELIPI | 52 | 78.8 % |
| FISURECTOMIA MAS ELIPI MAS AVANCE DE COLGAJO | 1 | 1.5 % |
| FISURECTOMIA MAS ELIPI MAS HEMORROIDECTOMIA | 9 | 13.6 % |

Fuente: Base de datos

El procedimiento con mayor frecuencia fue la fisurectomía mas esfinterotomía lateral interna parcial para un 78%.

TABLA No. 4 RELACION DE PROCEDIMIENTO REALIZADO E INCONTINENCIA POST OPERATORIA

| | TIPO DE PROCEDIMIENTO Y ESCALA JORGE WEXNER | N. | Total | PROPORCION | p |
|---------------|--|-----------|--------------|-------------------|----------|
| JW 1RA SEMANA | 0 | 38 | 66 | 0.576 | 0.134 |
| | 1 | 4 | 66 | 0.061 | 1.000 |
| | 2 | 16 | 66 | 0.242 | 1.000 |
| | 4 | 7 | 66 | 0.106 | 1.000 |
| | 6 | 1 | 66 | 0.015 | 1.000 |
| JW 2 MESES | 0 | 43 | 66 | 0.652 | 0.009 |
| | 1 | 2 | 66 | 0.030 | 1.000 |
| | 2 | 15 | 66 | 0.227 | 1.000 |
| | 4 | 4 | 66 | 0.061 | 1.000 |
| | 6 | 1 | 66 | 0.015 | 1.000 |
| | 9 | 1 | 66 | 0.015 | 1.000 |
| JW 9 MESES | 0 | 58 | 66 | 0.879 | 1.000 |
| | 2 | 4 | 66 | 0.061 | 1.000 |
| | 4 | 2 | 66 | 0.030 | 1.000 |
| | 6 | 1 | 66 | 0.015 | 1.000 |
| | 9 | 1 | 66 | 0.015 | 1.000 |
| CIRUGIA | FISURECTOMIA | 3 | 66 | 0.045 | 1.000 |
| | FISURECTOMIA MAS DRENAJE DE ABSCESO | 1 | 66 | 0.015 | 1.000 |
| | FISURECTOMIA MAS ELIPI | 52 | 66 | 0.788 | < .001 |

| TIPO DE PROCEDIMIENTO Y ESCALA JORGE WEXNER | N. | Total | PROPORCION | p |
|--|-----------|--------------|-------------------|----------|
| FISURECTOMIA MAS ELIPI MAS AVANCE DE COLGAJO | 1 | 66 | 0.015 | 1.000 |
| FISURECTOMIA MAS ELIPI MAS HEMORROIDECTOMIA | 9 | 66 | 0.136 | 1.000 |

Fuente: Base de datos

El grupo de los pacientes a quienes se les realizo fisurectomía mas esfinterotomía lateral izquierda parcial fue el que se relaciono con incontinencia no se puede concluir que fue secundario a ese tipo de procedimiento.

**TABLA 5 RELACION DE MORBILIDAD, RETRASO EN
CICATRIZACION, TABQUISMO, PARTOS E INCONTIENCIA**

| | VARIABLES | N. | Total | PROPORCION | p |
|-----------------------------|---|-----------|--------------|-------------------|----------|
| MORBILIDAD | CANCER DE OVARIO | 2 | 66 | 0.030 | 1.000 |
| | DIABETES MELLITUS | 13 | 66 | 0.197 | 1.000 |
| | DIABETES MELLITUS MAS HIPERTENSION ARTERIAL | 1 | 66 | 0.015 | 1.000 |
| | HIPERTENSION ARTERIAL | 16 | 66 | 0.242 | 1.000 |
| | HIPOTIROIDISMO | 1 | 66 | 0.015 | 1.000 |
| | NINGUNA | 33 | 66 | 0.500 | 0.549 |
| RETRASO DE CICATRIZACION | NO | 40 | 66 | 0.606 | 0.054 |
| | SI | 26 | 66 | 0.394 | 0.968 |
| TABAQUISMO CRONICO | NO | 47 | 66 | 0.712 | 1.001 |
| | SI | 19 | 66 | 0.288 | <.001 |
| PARTOS | 0 | 37 | 66 | 0.561 | 0.195 |
| | 1 | 4 | 66 | 0.061 | 1.000 |
| | 2 | 8 | 66 | 0.121 | 1.000 |
| | 3 | 11 | 66 | 0.167 | 1.000 |
| | 4 | 6 | 66 | 0.091 | 1.000 |
| JW 1RA SEMANA | 0 | 38 | 66 | 0.576 | 0.134 |
| | 1 | 4 | 66 | 0.061 | 1.000 |
| | 2 | 16 | 66 | 0.242 | 1.000 |
| | 4 | 7 | 66 | 0.106 | 1.000 |
| | 6 | 1 | 66 | 0.015 | 1.000 |

| | VARIABLES | N. | Total | PROPORCION | p |
|------------|-----------|----|-------|------------|-------|
| JW 2 MESES | 0 | 43 | 66 | 0.652 | 0.009 |
| | 1 | 2 | 66 | 0.030 | 1.000 |
| | 2 | 15 | 66 | 0.227 | 1.000 |
| | 4 | 4 | 66 | 0.061 | 1.000 |
| | 6 | 1 | 66 | 0.015 | 1.000 |
| | 9 | 1 | 66 | 0.015 | 1.000 |
| JW 9 MESES | 0 | 58 | 66 | 0.879 | 1.000 |
| | 2 | 4 | 66 | 0.061 | 1.000 |
| | 4 | 2 | 66 | 0.030 | 1.000 |
| | 6 | 1 | 66 | 0.015 | 1.000 |
| | 9 | 1 | 66 | 0.015 | 1.000 |

Fuente: Base de datos

El tabaquismo crónico fue el único factor que mostro relación con la incontinencia en pacientes post operados

TABLA No 6 RELACION DE CIRUGIA ANAL PREVIA, RECURRENCIA, PRESENTACION ANATOMICA DE LA FISURA E INCONTINENCIA

| | VARIABLES | No. | Total | PROPORCIÓN | p |
|---------------------|----------------------|-----|-------|------------|--------|
| CIRUGIA ANAL PREVIA | NO | 61 | 66 | 0.924 | 1.000 |
| | SI | 5 | 66 | 0.076 | <.001 |
| RECURRE | NO | 59 | 66 | 0.894 | 1.001 |
| | SI | 6 | 66 | 0.091 | 1.000 |
| | NO | 1 | 66 | 0.015 | 1.000 |
| PRESENTACION | ANTERIOR | 9 | 66 | 0.136 | 1.000 |
| | ANTERIOR Y POSTERIOR | 4 | 66 | 0.061 | 1.000 |
| | POSTERIOR | 50 | 66 | 0.758 | < .001 |
| | POSTERIOR Y LATERAL | 2 | 66 | 0.030 | 1.000 |
| | POSTERIOR Y LATERAL | 1 | 66 | 0.015 | 1.000 |
| JW 1RA SEMANA | 0 | 38 | 66 | 0.576 | 0.134 |
| | 1 | 4 | 66 | 0.061 | 1.000 |
| | 2 | 16 | 66 | 0.242 | 1.000 |
| | 4 | 7 | 66 | 0.106 | 1.000 |
| | 6 | 1 | 66 | 0.015 | 1.000 |
| JW 2 MESES | 0 | 43 | 66 | 0.652 | 0.009 |
| | 1 | 2 | 66 | 0.030 | 1.000 |
| | 2 | 15 | 66 | 0.227 | 1.000 |
| | 4 | 4 | 66 | 0.061 | 1.000 |
| | 6 | 1 | 66 | 0.015 | 1.000 |
| JW 9 MESES | 0 | 58 | 66 | 0.879 | 1.000 |
| | 2 | 4 | 66 | 0.061 | 1.000 |
| | 4 | 2 | 66 | 0.030 | 1.000 |
| | 6 | 1 | 66 | 0.015 | 1.000 |
| | 9 | 1 | 66 | 0.015 | 1.000 |
| JW PRE | 0 | 59 | 66 | 0.894 | 1.000 |
| | 2 | 5 | 66 | 0.076 | 1.000 |
| | 4 | 1 | 66 | 0.015 | 1.000 |
| | 6 | 1 | 66 | 0.015 | 1.000 |

Fuente: Base de datos

La variable asociada a incontinencia post operatoria fue el antecedente de cirugía anal previa, en el

grupo de pacientes con presentación posterior se observó relación a incontinencia secundaria.

Figura No. 1 TASA DE INCONTINENCIA

Incidencia= $\frac{\text{número de pacientes con incontinencia post operatoria}}{\text{Total, de pacientes operados}}$

Incidencia= $8/66 \times 100$

Incidencia= 12.2%

Figura No. 2 NUMERO DE PACIENTE CON INCONTINENCIA SEGÚN TIEMPO POST OPERATORIA.

| TIEMPO DE EVALUACION | PACIENTES CON INCONTINENCIA |
|----------------------|-----------------------------|
| 1RA SEMANA | 28 |
| 2 MESES | 22 |
| 9 MESES | 8 |

Se observa durante el transcurso del tiempo la incontinencia fue transitoria, a los 9 meses únicamente 1 paciente refirió incontinencia moderada-severa y 7 incontinencia leve

6.1 DISCUSIÓN

Se documentaron 66 fisuras anales crónicas con los datos cumplieron criterios de inclusión, el procedimiento que mas se realizo fue la Fisurectomía mas ELIPI con un 78.8% seguido de Fisurectomía y ELIPI mas hemorroidectomía 13.6%, en el grupo de Fisurectomía mas ELIPI se identifico relación a incontinencia ($P= 0.001$) sin embargo existen otros factores que se asocia a incontinencia no puede concluirse que el tipo de procedimiento condicione a incontinencia.

Las mujeres presentaron un mayor porcentaje de fisuras 61% vrs 39% hombres, con edad media de los 66 pacientes de 51 años concuerda con lo reportado en literatura.

El factor que se asocio a incontinencia post operatoria fue el tabaquismo ($p= 0.001$), sin embargo, no se asocio con retraso en la cicatrización, el numero de partos, las comorbilidades: Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Hipotiroidismo, Cáncer de Ovario no se relacionaron con incontinencia.

El grupo de paciente con presentación anatómica posterior de la fisura anal crónica se relaciono a incontinencia $p= 0.001$, así como también los pacientes que con antecedente de cirugía anal previa $p= 0.001$, no se encontraron factores relacionados con retraso en la cicatrización.

La incidencia de incontinencia post operatoria fue del 12.2% frente a un 17% reportada en estudios mas grandes, afirma que el procedimiento realizado en el Servicio de Coloproctología es seguro y efectivo.

Durante el transcurso de la recuperación post operatoria 28 pacientes refirieron algún grado de incontinencia en la primera evaluación, a los 2 meses 22 pacientes y a los 9 meses 8 pacientes de los cuales 7 fueron incontinencia leve y 1 paciente incontinencia moderada severa, lo que refleja que la mayoría de paciente cursaron con incontinencia transitoria la cual se recupero.

6.2. CONCLUSIONES

La incontinencia post operatoria de los pacientes con de fisura anal crónica fue de 12.2%.

Los factores que se relacionaron a incontinencia post operatoria fueron: presentación anatómica posterior de la fisura, tabaquismo crónico y antecedente de cirugía anal.

VII. CONFLICTO DE INTERESES

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses

7.1 Consentimiento informado

El consentimiento informado se obtuvo en todas las cirugías, en el que se explica y detalla al paciente el tipo de técnica a realizar, según su condición, se informó de los riesgos y beneficios del procedimiento quirúrgico.

VIII. BIBLIOGRAFIA

1. Corman Marvin L.MD Colon and Rectal Surgery 6a Ed. J.P. Lippincott Company 2017: 346-364.
2. Brisinda G, Bianco G, Silvestrini N, Maria G. Cost considerations in the treatment of anal fissures. Expert review of pharmacoeconomics y outcomes research. 2014 May; 14(4).
3. Brady T. Althans R, Neupane R, Dosokey EMG, Jabir MA, Reynolds HL, et al. Treatment for anal fissures: Is there a safe option, The American Journal of Surgeri. 2017 October; 214(4).
4. Charúya GL. Fisura anal. En: Murguía DD, Gastroenterología y Hepatología Práctica. Intersistemas S.A. de C.V, México, D.F. 1999:158-163.
5. Eisenhammer S. The surgical correction of chronic internal anal (sphincteric) contracture. S Afr Med J. 1951;25(28):486-489.
6. Millar DM. Subcutaneuos lateral internal anal sphincterotomy for anal fissure. Br. J Surg. 1971;58(10)737-739.
7. Hoffman DC, Goligher JC: Lateral subcutaneous internal sphincterotomy in treatment of anal fissure. Br Med J. 1970;3(5724):673-675.
8. Stewart DB, Gaertner W, Glasgow S, Migaly J, Feingold D, Steele SR. Clinical Practice Guideline for the Management of Anal Fissures. Diseases of the Colon y Rectum. 2017.(1).
9. Aysan E, Aren A, Ayar E. A prospective, randomized, controlled trial of primary woun closure afteral lateral internal sphincterotomy. Am J Surg. 2004; 187:291-4.
10. Schouten WR, Briel JW. Auwerda JJ. Relationship between anal pressure an andormal blodd flow. The vascular pathogenesis of anal fissures. Dis Colon

Rectum 1994; 37: 664-9

11. Perry WB, Dykes SL, Buie WD, et al; Standards Practice Task Force of the American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice parameters for the management of anal fissures (3rd revision). Dis Colon Rectum. 2010;53(8):1110-115.

12. Yucel T, Gonullu D, Oncu M, et al. Comparison of controlled intermittent anal dilatation and lateral internal sphincterotomy in the treatment of chronic anal fissures: a prospective, randomized study. Int J. Surg 2009;7(3):228-231.

13. Romano G, Rotondano G, Santangelo M, et al. A Critical appraisal of pathogenesis and morbidity of surgical treatment of chronic anal fissure. J Am Coll Surg. 1994;178(6):600-604.

14. Sultan AH, Kamm MA, Nicholls RJ, et al. Prospective study of the extent of internal anal sphincter division during lateral sphincterotomy. Dis Colon Rectum. 1994;37(10):1031-1033.

15. Reissman P. Significance of anal canal ultrasound before sphincterotomy in multiparous women with anal fissure. Dis Colon Rectum 1996;39(9):1060