



Clínicas Quirúrgicas Facultad de Medicina
Universidad de la República. Uruguay 2018

FISURA ANAL

Dr. Gastón Cáceres Colombatto

Dra. Paula Escobar Ibáñez

La fisura anal (FA) es una úlcera lineal dolorosa situada en el conducto anal que se extiende inmediatamente por debajo de la línea pectínea hasta el margen anal. Es una condición común que provoca un sufrimiento que parece desproporcionado al tamaño de la lesión, que en fase aguda impresiona solo un pequeño corte del anodermo.

Puede ocurrir a cualquier edad pero es más frecuente en adultos jóvenes y de edad media, sin predominio por sexo. Se localizan en la línea media, a predominio de la comisura posterior (90%); la localización anterior se observa algo más frecuentemente en mujeres. Pueden coexistir en ambas comisuras.

Etiopatogenia

El factor causal más común es el trauma ocasionado por heces duras asociadas a estreñimiento agudo o crónico; también aparecen vinculadas a situaciones de stress. El desgarramiento de la mucosa y submucosa provoca espasmo reflejo del esfínter y dolor, lo que induce a evitar deponer. El ciclo de dolor, deposiciones postpuestas y formación de heces duras, va perpetuando la condición patológica. La persistencia de la fisura en el tiempo mantiene la inflamación local y conduce a la fibrosis de la submucosa. De esta forma la FA aguda se caracteriza por ser un desgarramiento superficial, rojo, elástico que sangra fácilmente. En la fase crónica los bordes se induran por fibrosis y su base adopta una prominencia conocida como “plicoma centinela”; el fondo deja ver el esfínter interno con fibrosis blanquecina y ocasionalmente poseen una papila hipertrófica en su vértice. El lecho de la fisura puede infectarse, supurar y abscedarse, pudiendo dar origen a una fístula subcutáneo mucosa. Raramente puede conducir a una estenosis fibrosa crónica del ano (pectenosis).

Manifestaciones clínicas

El síntoma cardinal es el dolor durante y luego de la defecación, agudo o como sensación de desgarramiento. En fisuras infectadas puede persistir horas luego de evacuar. El sangrado es común, rojo y escaso, frecuentemente advertido en el papel. A veces el paciente recuerda el episodio desencadenante al deponer heces duras o más raramente un episodio diarreico. Las FA crónicas suelen tener un sufrimiento de larga data con brotes y remisiones; a veces el paciente refiere una hemorroide dolorosa que corresponde a la inflamación del plicoma centinela. Menos frecuentemente asocian prurito y secreción anal.

El examen físico debe ser realizado en forma cuidadosa, dado que el mismo puede ocasionar importante dolor anal.

Una correcta inspección puede evidenciar la mayoría de las FA. El paciente se coloca en posición de Sims (decúbito lateral izquierdo, muslo derecho flexionado y muslo izquierdo extendido, brazo derecho hacia adelante). Separando los glúteos se buscan lesiones anoperineales y se expone el ano observando la existencia de plicomas. Es típico en FA agudas el espasmo esfinteriano (*ano puntiforme*). Al desplegar suavemente el margen anal se expone el anodermo siendo la localización más frecuente de la FA la línea media del rafe posterior. Puede ocurrir un leve sangrado al abrir los bordes de la fisura, dado la friabilidad del tejido. La FA aguda tiene el aspecto de una grieta lineal; las fisuras crónicas se ven como una úlcera elíptica, de bordes demarcados y fondo blanquecino.

El tacto rectal puede no ser tolerado en las FA agudas; cuando no pudo objetivarse la lesión y existen dudas diagnósticas, puede ser necesaria una exploración anal bajo anestesia. En las fisuras crónicas, además de percibir la característica induración de la lesión fibrosa, puede detectar la presencia de una papila anal hipertrófica.

La *anoscopía* cuando es tolerada, permite visualizar en forma directa la lesión y confirmar la presencia de una papila anal hipertrófica, pero suele ser necesario realizarla bajo anestesia.

Diagnóstico

El diagnóstico de *Fisura Anal* es clínico; la mayoría de las veces el interrogatorio permite suponer la presencia de una fisura con alta certeza y la visualización de la lesión lo confirma.

El diagnóstico diferencial debe establecerse con otras causas de dolor anal y de lesiones ulceradas. El prurito idiopático o dermatitis anales con exulceraciones pueden provocar dolor con las deposiciones. En las criptitis y los abscesos interesfinterianos el dolor suele permanecer sin remisiones. Cualquier “fisura” localizada fuera de la línea media o extendida más allá del anodermo (del margen a la línea pectínea), o múltiple debe hacer sospechar otras etiologías como enfermedad de Crohn, lúes, ETS o cáncer de ano. La sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal es indicación de endoscopía ileo-colo-rectal.

Tratamiento

Las FA como primera línea se tratan en forma conservadora con medidas médicas e higiénico-dietéticas con las cuales curan la mayoría de las fisuras agudas.

Es fundamental establecer un correcto diálogo con el paciente, y explicar en forma detallada en qué consiste el tratamiento, y la importancia de realizarlo en forma correcta, dado que de esto dependerá la respuesta al mismo. Se debe tranquilizar, explicando que se trata de una patología benigna, la cual en la mayor parte de los casos responde al tratamiento médico.

Las medidas dietéticas apuntan a corregir el estreñimiento: se recomienda una dieta rica en fibras (verduras verdes de hoja, fruta fibrosa, adecuada ingesta hídrica); cuando el paciente no logra ingesta suficiente se puede realizar agregar un suplemento de salvado, psyllium o



Fisura anal crónica con plicoma centinela.

preparados similares. Se debe intentar no recurrir a laxantes, cuando son necesarios se utilizan laxantes osmóticos suaves y lubricantes.

Para aliviar el espasmo esfinteriano son útiles los baños de asiento con agua tibia (40°) dado que el calor provoca la relajación del músculo esfinteriano. Los anestésicos tópicos en el momento de evacuar puede disminuir el dolor en la fase aguda. Las benzodiazepinas son útiles cuando existen manifiestas situaciones de estrés.

La disminución de la consistencia de las heces y el alivio del espasmo esfinteriano, disminuye el dolor y el esfuerzo defecatorio, interrumpiendo el círculo vicioso de heces duras, dolor y espasmo anal. Estas medidas logran una tasa de efectividad entre el 40-70% de las fisuras agudas; en las fisuras crónicas resultan efectivas entre el 20-35% de los casos.

El siguiente escalón terapéutico, que se asocia al tratamiento mencionado anteriormente consiste en una esfinterotomía química reversible.

Cremas tópicas liberadoras de *óxido nítrico* se utilizan como mediador de la relajación esfinteriana, logrando una caída de la presión máxima anal de reposo, y aumento de la perfusión del anodermo, con una duración que es variable, de entre 48 minutos a 9 horas. Las cremas contienen Nitroglicerina al 0,2% que se aplica en el margen anal y anodermo 2 o 3 veces por día, durante 2 a 8 semanas. Sus efectos adversos secundarios a

la vasodilatación que provoca, es dosis dependiente (cefalea, hipotensión son los más comunes). También se utilizan en forma tópica drogas calcio antagonistas como el diltiazem o la nifedipina pero no están disponibles en nuestro medio.

La *toxina Botulínica* producida por el *clostridium botulinum* actúa a nivel de las terminaciones nerviosas colinérgicas, bloqueando la liberación de acetilcolina, produce una parálisis que dura 3 a 4 meses. Su mejor efecto se ha logrado inyectando el esfínter interno, causando la relajación del mismo. Alto índice de cicatrización (79%) a los 6 meses, y bajo porcentaje de recidiva. Presenta pocos efectos adversos (incontinencia 7%, hematoma perianal, infección local, dolor, trombosis o prolapso hemorroidal). Tiene un costo elevado y falta evidencia a largo plazo de la función esfinteriana.

La falta de respuesta en 3-4 semanas y la presencia de estigmas de cronicidad de la fisura (plicoma centinela, papila hipertrófica, induración de bordes) son factores adversos para una correcta cicatrización. Los pacientes que continúan sintomáticos son candidatos a cirugía.

Tratamiento quirúrgico

Dilatación anal

Realizada bajo anestesia general o regional, tiene como objetivo tratar el espasmo esfinteriano mediante dilatación digital. Es un procedimiento no estandarizado, en el que es difícil controlar la fuerza realizada y el grado de estiramiento. El procedimiento consiste en introducir 4 dedos en el canal anal, por un periodo de 4 minutos; provoca pequeños desgarros de los músculos esfinterianos y una

paresia transitoria. Tiene un riesgo de incontinencia difícil de cuantificar y alto índice de recidiva por lo que actualmente no es un procedimiento recomendado.

Esfinterotomía lateral interna

Es la técnica de elección para el tratamiento de la fisura anal crónica que no responde al tratamiento médico y tiene un índice de curación mayor a 90%. El procedimiento consiste en sección del sector distal del esfínter anal interno de forma controlada a través de una pequeña incisión lateral en el margen anal. Las complicaciones postoperatorias más frecuentes son el absceso y hematomas de la herida y la trombosis hemorroidal.

La sección del músculo liso provoca una disminución del tono esfinteriano cuyo efecto es favorable cuando existe hipertonía anal, pero comporta un riesgo de incontinencia de grado variable. Existen factores de riesgo, predictores de incontinencia postoperatoria: pacientes mayores de 50 años, incontinencia previa, cirugía anal previa, partos vaginales múltiples, enfermedad inflamatoria intestinal, fisura anal sin hipertonía.

Fisurectomía con anoplastia

En fisuras complejas crónicas o asociadas a estenosis pueden ser necesarias técnicas especiales que incluyen la resección de la fisura anal y cobertura del defecto con un colgajo de avance dermomucoso en V-Y.

Referencias

- Gordon P, Nivatvongs S. Principles and Practice of Surgery for the Colon, Rectum, and Anus, Third Edition 2007. Boca Raton: CRC Press. NY 2007.
- Beatty JS, Shashidharan M. Anal fissure. Clin Colon Rectal Surg. 2016; 29:30.