

Cirujano General

Volumen 27
Volume

Número 3
Number

Julio-Septiembre 2005
July-September

Artículo:

Fisura anal: Experiencia de 10 años

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Asociación Mexicana de Cirugía General, A. C.

Otras secciones de
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)

Fisura anal: Experiencia de 10 años

Anal fissure: Ten-year experience

Dr. René Alberto Perea Cosío, FACS, Dra. Claudia Alicia Mendoza Villarreal, Dr. Iván García Lee

Resumen

Objetivo: Evaluar la experiencia en el manejo médico-quirúrgico de la fisura anal.

Sede: Práctica privada.

Pacientes y métodos: Se revisaron los expedientes de 226 pacientes con diagnóstico de fisura anal en el periodo comprendido entre enero de 1994 a mayo de 2004. Se dividieron en dos grupos: Grupo 1: 130 pacientes con fisura anal aguda y Grupo 2: 96 pacientes con fisura anal crónica. Se valoró localización de la fisura, sintomatología, tipo de tratamiento y complicaciones.

Análisis estadístico: Medidas de tendencia central y chi cuadrada.

Resultados: El grupo 1 recibió tratamiento médico de primera línea, en 124 pacientes (95%) y 6 pacientes (5%) se le inició manejo médico de segunda línea. El grupo 2 recibió tratamiento quirúrgico, en 91 pacientes (95%) y 5 pacientes (5%) iniciaron manejo médico de segunda línea. En el grupo 1, ocho pacientes presentaron falla al manejo de primera línea y en el grupo 2, un paciente abandonó el tratamiento de segunda línea por reacciones secundarias. De los pacientes sometidos a cirugía sólo el 3.8% presentó complicaciones que se resolvieron favorablemente y no hubo recurrencias.

Conclusión: La fisura anal aguda responde adecuadamente al tratamiento médico en sus diferentes modalidades en un periodo de 8 días. La fisura anal crónica puede tratarse con medicamentos que disminuyen la hipertonia del esfínter anal; pero la esfinterotomía es superior a cualquier tratamiento.

Palabras clave: Fisura anal, fisurectomía, anal, hipertonia.

Cir Gen 2005;27:213-217

Abstract

Objective: To assess the experience in the medical-surgical management of anal fissure.

Setting: Private praxis.

Patients and methods: We reviewed the clinical records of 226 patients with a diagnosis of anal fissure from January 1994 to May 2004. Patients were divided in two groups. Group 1, 130 patients with acute anal fissure. Group 2, 96 patients with chronic anal fissure. We assessed: location of the fissure, symptomatology, type of treatment and complications.

Statistical analysis: Central tendency measures and chi-square.

Results: Group 1, 124 patients (95%) received first line medical treatment, and in 6 patients (5%) second line medical treatment was started. Group 2, 91 patients (95%) received surgical treatment and 5 patients (5%) were started on second line medical treatment. In group 1, 8 patients did not respond to the first line medical treatment; in group 2, 1 patient abandoned the second line treatment due to secondary reactions. From the surgically treated patients, only 3.8% presented complications that were resolved favorably and no recurrences occurred.

Conclusion: The acute anal fissure responds adequately to medical treatment in its different modalities within a period of 8 days. The chronic anal fissure can be treated with medications that decrease the hypertonia of the anal sphincter, but sphincterotomy is superior to any treatment.

Key words: Anal fissure, anal fissurectomy, hypertonia.

Cir Gen 2005;27:213-217

Unidad Médica de Especialistas y Hospital CEMQ. Matamoros, Tamps. México.

Recibido para publicación: 4 de marzo de 2005.

Aceptado para publicación: 1 de septiembre de 2005.

Correspondencia: Dr. René Alberto Perea Cosío. González 1 y 2 Núm. 134 Zona Centro, 87300 Matamoros, Tamps., México.

Teléfono: 01(868) 812-3129 y 813-4394 Fax: 01(868) 812-2328

Correo Electrónico: reperco@hotmail.com

drpereafacs@prodigy.net.mx

Introducción

La fisura anal es un problema relativamente banal, bastante frecuente y es la principal causa de hemorragia dolorosa al defecar. Afecta a adultos jóvenes o de edad madura por lo demás sanos. Se trata de una lesión cuyo origen apunta probablemente a un traumatismo agudo del canal anal durante la defecación.

Con mayor frecuencia se origina en la pared posterior, debido a que el espacio subendotelial y el esfínter anal están poco vascularizados en esta región. Un elevado porcentaje de fisuras anales agudas se curan espontáneamente o con medidas higiénico-dietéticas (alto consumo de fibra e ingesta de agua para prevención de estreñimiento, sediluvios tras la defecación y lavados con jabones neutros).

En ocasiones se cronifican probablemente debido a la hipertonia del esfínter y a la isquemia local resultante, en este tipo de fisuras es donde se recomienda alguna forma de tratamiento quirúrgico, siendo la esfinterotomía lateral interna, el procedimiento más aceptado.^{1,2}

El objetivo de este trabajo es mostrar el manejo médico y quirúrgico de la fisura anal aguda y crónica a fin de saber cuál y por qué es la mejor opción terapéutica.

Pacientes y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal y comparativo al revisar los expedientes clínicos electrónicos de 416 pacientes con diagnóstico de fisura anal en la Unidad Médica de Especialistas y Hospital CEMQ de Matamoros, Tamaulipas, México, en un lapso de 10 años (de enero de 1994 a junio del 2004).

Se incluyeron sólo aquellos pacientes con fisura simple (inespecífica) y se excluyeron aquéllos que presentaron asociación a otras enfermedades anorrectales, como enfermedad hemorroidaria sintomática, absceso, fístulas y cualquier grado de estenosis anal, así como las relacionadas a enfermedad intestinal inflamatoria, SIDA, trauma por coito anal y cuando el paciente no aceptó el tratamiento.

Se agruparon en el Grupo 1 (G1) pacientes con fisura anal aguda (FAA) y en el Grupo 2 (G2) con fisura anal crónica (FAC). Las características de la FAA se definieron como una úlcera lineal en el canal anal y que se extiende por debajo de la línea anorrectal (distal a la misma), hasta el ano. Las características de la FAC se definieron por la presencia de tres componentes: un mamelón externo, la úlcera anal y la hipertrofia de papila (tríada de Brodie).

Las variables evaluadas fueron: Directas. Presencia de dolor (presente durante la evacuación y posterior a la misma), rectorragia (de característica rutilante, con manchado del material de aseo y en ocasiones acompañando a la materia fecal en goteo), prurito anal e hipertonia anal, evaluando cómo se modificaron estos síntomas con los diversos tipos de tratamiento y el tiempo requerido para su cicatrización.

Indirectas: Localización de la fisura en su eje vertical antero-posterior y la automedicación previa a la evaluación por especialista.

La hipertonia anal se valoró en forma subjetiva por medio de palpación del esfínter y se clasificó en: sin hipertonia, hipertonia leve, hipertonia moderada e inexplorable por hipertonia intensa, todos por una misma persona (RAPC) ya que no se realizaron estudios de manometría.

El tratamiento médico consistió en: a) medidas higiénico-dietéticas (alto consumo de fibra e ingesta de agua para prevención del estreñimiento, sediluvios tras la defecación, lavados con jabones neutros); b) tratamiento farmacológico. De primera línea: anestésicos y corticoides de aplicación local para disminuir inflamación y dolor local. De segunda línea consistentes en medicamentos que disminuyen la hipertonia del esfínter anal e isquemia (nitroglicerina).

El tratamiento quirúrgico consistió en: Esfinterotomía lateral interna que se realizó con dos tipos de técnica: La cerrada (Notaras, 1966) y abierta (Eisenhamer, 1951). Todos los procedimientos se realizaron bajo anestesia subaracnoidea hipobárica y sedación (3.5 mg de bupivacaína + 5 mg de midazolam) e infiltración anestésica en el espacio interesfinteriano. Las fisurectomías fueron en bloque (exéresis de la tríada de Brodie) y la mayor parte se realizaron con un equipo de láser de CO₂ a una potencia de 5 watts.

Todos los pacientes fueron admitidos al hospital en el programa de cirugía ambulatoria con una estancia hospitalaria de 4 a 6 horas promedio.

El análisis estadístico se realizó por medio de medidas de tendencia central y Chi cuadrada con una significancia estadística de $p = 0.05$

Resultados

Se estudiaron 416 pacientes con diagnóstico de fisura anal. Fueron 243 mujeres (58.40%) y 173 hombres (41.50%), con un predominio del sexo femenino en una relación 1.8:1. El promedio de edad fue de 37 años con extremos de 1 a 88 años.

De todo el universo de nuestro estudio, 156 fisuras eran agudas (37.5%) y 259 eran crónicas (62.25%).

Del total de fisuras anales, a 190 se les aplicó los criterios de exclusión, por lo tanto, las fisuras anales incluidas en el estudio fueron 226.

Grupo 1 (G1) con 130 pacientes con fisura anal aguda (FAA), que corresponde al 57.52%. Grupo 2 (G2) con 96 pacientes con fisura anal crónica (FAC), que corresponde al 42.47%

La localización de la fisura anal en su eje vertical antero-posterior de acuerdo a los grupos fue: Las fisuras del G1 (FAA), 75 (57.69%) se localizaban en la línea media anterior, 53 (40.76%) en la línea media posterior y 2 (1.5%) en espejo (anterior y posterior) (**Figura 1**).

Las fisuras del G2 (FAC), 60 (62.50%) se localizaban en la línea media posterior, 31 casos (31.25%) en la línea media anterior y 6 casos (6.25%) en espejo (**Figura 2**).

Se comparó la localización de la fisura anal en su eje vertical antero-posterior por medio de χ^2 , fue más frecuente la localización de la FAA en la línea media anterior (χ^2 de 15.23, $p > 0.001$) y las FAC en línea media posterior (χ^2 de 9.55, $p > 0.001$).

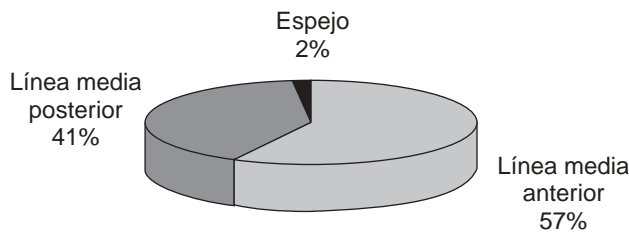


Fig. 1. Localización Grupo I.

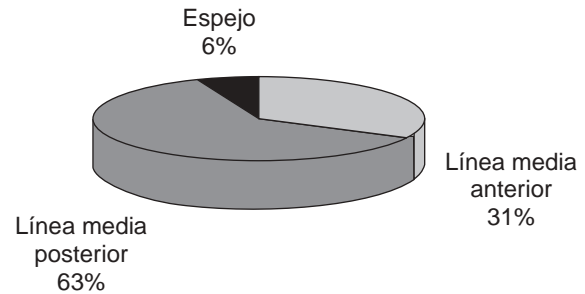


Fig. 2. Localización Grupo II.

El 24% de los pacientes se habían automedicado antes de acudir a consulta especializada. Esta automedicación fue con medicamentos no específicos para fisura (que se difunden en los medios de comunicación, ya que estos pacientes pensaban que su padecimiento era de origen hemorroidal).

Las variables directas: El dolor en 226 pacientes fue el síntoma cardinal, siendo positivo en 222 pacientes (97.78%) con un promedio de duración de hasta 2 horas.

La presencia de este síntoma por grupo fue: G1, 126 pacientes y G2, 96 pacientes.

La rectorragia en toda la población fue el segundo síntoma de frecuencia; presentándose en 189 pacientes (83.62%). La presencia de este síntoma por grupo fue: G1, 114 pacientes; G2, 75 pacientes.

El prurito anal estuvo presente en general en 98 pacientes (43.36%). Se presentó con intensidad variable y sin predominio de horario. La presencia de este síntoma por grupo fue: G1, 51 pacientes y G2, 47 pacientes.

La hipertonía anal se encontró positiva en 221 de los 226 pacientes (97.78%). La presencia y estadio de este síntoma por grupo se encuentra en el **cuadro I**.

Al comparar si estuvo o no presente este signo, sin importar el grado, entre ambos grupos, no encontramos diferencia estadística significativa (χ^2 de 1.09, $p < 0.05$). La comparación entre grupos e hipertonía anal leve demuestra que es más frecuente en el grupo FAA con una significancia estadística de χ^2 de 13.65 ($p > 0.001$) la hipertonía moderada y la inexplorable no tuvieron diferencia estadísticamente significativa, χ^2 de 3.66 ($p < 0.05$) para la moderada y χ^2 de 2.75 ($p < 0.05$) para la severa o inexplorable.

El plan de tratamiento se dividió en dos formas: médico y quirúrgico.

El manejo médico se aplicó para todas las FAA (130 casos); de éstas, 124 fueron con tratamiento farmacológico de primera línea y 6 con tratamiento farmacológico

de segunda línea. Cinco FAC fueron manejadas con tratamiento farmacológico de segunda línea porque rechazaron la cirugía y por ser de los últimos pacientes estudiados. El resultado de este tratamiento se encuentra en el **cuadro II**.

El resultado en general del tratamiento médico por grupos fue el siguiente: El G1 tuvo éxito en reducir los síntomas con tratamiento médico con fármacos de primera línea en 116 casos y falla de este tratamiento en 8 (6.4%) casos; no existió falla alguna en los 6 pacientes con tratamiento médico de segunda línea con FAA. El G2 tuvo 5 pacientes con tratamiento farmacológico de segunda línea, de ellos, uno (2%) no presentó mejoría al tratamiento ya que lo abandonó por presentar cefalea incapacitante y fue necesario realizarle una esfinterotomía.

La esfinterotomía lateral interna se hizo en 103 casos, 11 con técnica abierta y 92 con técnica cerrada. Por grupos: En el G1 fueron 6 esfinterotomías cerradas y 2 abiertas. En el G2 fueron 83 esfinterotomías cerradas y 9 abiertas.

El resultado de los pacientes sometidos a este procedimiento quirúrgico fue favorable, ya que el dolor trans y postdefecación fue menor en la primera evacuación (comparado con el preoperatorio) y cada día fue haciéndose menor hasta desaparecer en el 100% de los casos. No se presentó hemorragia ni recurrencia.

Las complicaciones menores se presentaron en cuatro pacientes (3.8%) y fue por incontinencia a flatos, re-

Cuadro I.
Grados de hipertonía de esfínter por tipo de fisura.

	Hipertonía anal	
	FAA	FAC
Leve	34	7
Moderado	20	25
Inexplorable	71	64
Sin hipertonía	4	1

Cuadro II.
Resultados de tratamiento farmacológico.

Medidas H/D	Tratamiento médico	
	FAA	FAC
Tratamiento farmacológico de primera línea	124	0
Tratamiento farmacológico de segunda línea	6	5
Falla tratamiento de primera línea	8	0
Falla tratamiento de segunda línea	0	1

solviéndose en forma satisfactoria con ejercicios de piso pélvico en dos semanas. Los cuatro pacientes pertenecieron al grupo dos.

El tiempo en que se presentó la curación de la fisura anal fue el siguiente:

1. Fisura anal aguda que respondió al tratamiento farmacológico de primera línea, curó (cicatrizó) en un tiempo promedio de 10 días.
2. Fisura anal aguda que se manejó con tratamiento farmacológico de segunda línea, curó en un tiempo promedio de ocho días.
3. Fisura anal aguda que se sometió a esfinterotomía, curó (cicatrizó) en un tiempo promedio de 8 días.
4. Fisura anal crónica que se manejó con tratamiento farmacológico de segunda línea, curó en un tiempo promedio de 15 días.
6. Fisura anal crónica que se sometió a esfinterotomía, curó en un tiempo promedio de ocho días.

Discusión

El fin de este trabajo fue analizar el tratamiento médico-quirúrgico de la fisura anal en un periodo de 10 años, tiempo en el que se han podido utilizar diversos métodos y cuyos resultados se discuten a continuación.

En el caso de los pacientes con fisura anal aguda todos recibieron tratamiento farmacológico de primera y segunda línea. La decisión de utilizar el tratamiento de primera línea (combinación de las medidas higiénico-dietéticas y aplicación local de esteroides anestésicos) fue para todas las fisuras anales agudas que eran vírgenes al tratamiento o que habían iniciado alguna forma de tratamiento (automedicación o prescritas por médico general); con lo que se logró una reducción importante de los síntomas y una cicatrización completa de la fisura, en un porcentaje del 93.6%.

Este tratamiento sólo debe aplicarse durante unos pocos días (una semana aproximadamente), ya que puede provocar pérdida de sensibilidad de la piel, irritación, alergias, etc.²⁻⁴

Este porcentaje de curación es mayor al que se informa en la literatura, en donde muestran un porcentaje del 87%.⁵⁻⁷ Cuando las fisuras no respondieron a estas medidas (6.4%), se practicó algún tipo de esfinterotomía.

Se podría formular la pregunta de ¿por qué no se utilizó tratamiento farmacológico de segunda línea (esfinterotomía química) en estos pacientes? La respuesta es que en ese tiempo no se tenía el conocimiento de que los nitritos podrían reducir relajación del esfínter. No fue así para la fisuras anales agudas recientes que habían recibido alguna forma de tratamiento y que no respondieron a éste; en las que se utilizan los nitritos tópicos (nitroglicerina) con resultados excelentes y bien tolerados, ya que la duración del tratamiento fue más corto que el que se aplica para pacientes con FAC (2 semanas).

En los pacientes con FAC que recibieron nitroglicerina, que al igual que los pacientes con FAA fueron una pequeña muestra (5.2% de los casos con FAC), sólo se presentó una falla por abandono del tratamiento por los

efectos secundarios que ésta produce y en razón del tiempo de aplicación (4 semanas).

Los nitritos tópicos han demostrado resultados de curación del 60 al 90%, aunque otros estudios no apoyan estos resultados. En un porcentaje variable (0 al 78% según los diferentes estudios disponibles), el tratamiento con nitritos causa cefalea, que es una de las razones del abandono del tratamiento.⁸⁻¹²

La incapacidad que condiciona la cefalea va en relación directa al tiempo y cantidad que se utiliza; es por eso que la nitroglicerina fue mejor tolerada en pacientes con FAA en donde el tratamiento no duró más de dos semanas, tiempo en el cual se presentó cicatrización total de la fisura. A pesar de los resultados favorables con el tratamiento de segunda línea, no se puede hacer una comparación por ser de una muestra de pequeño tamaño.

La esfinterotomía lateral interna fue la técnica quirúrgica más eficaz para disminuir la hipertonía del esfínter anal y, en consecuencia, la isquemia local que perpetúa la fisura. Con este procedimiento logramos una curación de la fisura en un 100%, con una disminución importante del dolor en la primera defecación. Las complicaciones postesfinterotomía, como es la alteración del control de gas se presentaron dentro de lo establecido en literatura y aunque no existen diferencias clínicas y manométricas, nosotros preferimos la esfinterotomía cerrada (Notaras) ya que condiciona menor molestia postoperatoria ya que evita una herida intra-anal abierta.^{1,10,11}

Por lo anterior, podemos concluir que la fisura anal es de las patologías proctológicas benignas más frecuentes en nuestra sociedad, y que en muchas ocasiones son tratadas en forma errónea y en la mayoría de los casos con automedicación. El tratamiento con medidas higiénico-dietéticas, es beneficioso en la prevención de fisuras agudas, siempre y cuando se haga un diagnóstico oportuno.

Conclusión

Las medidas higiénico-dietéticas asociadas a la administración de anestésicos y corticoides tópicos alivian de gran manera los síntomas de las fisuras agudas; con un porcentaje de curación de hasta un 94%. El tratamiento quirúrgico está indicado en fisuras crónicas o en aquellas agudas que no responden a las medidas higiénico-dietéticas ni al tratamiento farmacológico de primera y segunda línea. La esfinterotomía lateral interna es la técnica quirúrgica más eficaz en el tratamiento de las fisuras crónicas y es, hasta la fecha, el único tratamiento definitivo. La esfinterotomía química con nitritos tiene su valor, pero no ha demostrado ser superior que la cirugía, por lo menos, hasta el momento; y no pudo evaluarse completamente en este trabajo por lo pequeño de la muestra.

Referencias

1. Notaras MJ. Fisura anal y estenosis. *Clin Quir Norte Am* 1988; 6: 1571-86.
2. Lund JN, Scholefield JH. Aetiology and treatment of anal fissure. *Br J Surg* 1996; 83: 1335-44.

3. Vargas DA, Westermen GC. Fisura anal. En: Vargas Domínguez A. *Gastroenterología* 1989. Interamericana, México. 292-5.
4. Jensen SL. Treatment of first episodes of acute anal fissure: prospective randomized study of lignocaine ointment versus hydrocortisone ointment or warm sitz baths plus-bran. *BMJ* 1986; 70: 1167-9.
5. Nelson RL. Operative procedures for fissure in ano. *Cochrane-Database Syst Rev* 2001; 3: CD002199.
6. Jensen SL. Diet and other risk factors for fissure-in-ano. Prospective case control study. *Dis Colon Rectum* 1988; 31: 770-3.
7. Jensen SL. Maintenance therapy with unprocessed bran in the prevention of acute anal fissure recurrence. *JR Soc Med* 1987; 80: 296-8.
8. Bacher H, Mischinger HS, Wergartren G, Cerwenka H, El-Shabrawi A, Pfeifer J, et al. Local nitroglycerin for treatment of anal fissures: an alternative to lateral sphincterotomy? *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 840-5.
9. Antropoli C, Perroti P, Rubino M, Martino A, DE Stefano G, Migliore G, et al. Nifedipone for local use in conservative treatment of anal fissure: preliminary results of multicenter study. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 1011-5.
10. Loder PB, Kamm MA, Nichols RJ, Phillips RK. Reversible chemical sphincterotomy by local application of glyceryl trinitrate. *Br J Surg* 1994; 81: 1386-9.
11. Altamore DF, Rinaldi M, Milito G, Arcana F, Nardelli N, et al. Glyceryl trinitrate for chronic anal fissure-healing or headache? Results of multicenter, randomized, placebo-controlled, double-blind trial. *Dis Colon Rectum* 2000; 43: 174-9.
12. Zuberi BF, Rajput MR, Abro H, Shaikh SA. A randomized trial of glyceryl trinitrate ointment and nitroglycerin patch in healing of anal fissures. *Int J Colorectal Dis* 2000; 15: 243-5.
13. Neslon RL. Meta-analysis of operative techniques for fissure-in-ano. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 1424-8.
14. Arroyo A, Pérez F, Serrano P, Candela F, Calpena R. Open versus closed lateral sphincterotomy performed as an outpatient procedure under local anesthesia for chronic anal fissure: prospective randomized study of clinical and manometric long-term results. *J Am Coll Surg* 2004; 199: 361-7.

