



Fisura anal

Jorge Sosa Gallegos*

RESUMEN

La fisura anal es un padecimiento muy frecuente, de los más dolorosos en nuestra especialidad, por lo general es mal diagnosticada por los médicos de primer contacto que ocasionan retraso en el tratamiento con posibles complicaciones. El objetivo es dar a conocer esta enfermedad, las bases para hacer el diagnóstico. Los diversos tratamientos médicos y quirúrgicos existentes, incluyendo casuística personal, con un análisis para que el médico pueda escoger el mejor método de tratamiento en beneficio del paciente.

Palabras clave: *Fisura, sangrado, tratamiento.*

ABSTRACT

The anal fissure is a very frequent suffering, of most painful in our specialty, generally is badly diagnosed by the doctors of first contact who cause delay in the treatment with possible complications. The objective is to present this disease, the bases to do the diagnosis. The diverse existing medical and surgical treatments, including personal casuistry, with an analysis, then the doctor can choose the best method of treatment in benefit of the patient.

Key words: *Fissure, bleeding, treatment.*

INTRODUCCIÓN

La fisura anal es una pequeña grieta, hendidura, ruptura, ulceración, desgarro o solución de continuidad de la mucosa anal, localizada en límite cutáneo mucoso o porción más distal del canal anal; es de forma longitudinal, elíptica y con menor frecuencia redondas; se ubica sobre el epitelio escamoso de la porción más baja del conducto anal entre la línea pectínea o dentada y el margen anal, con una localización muy frecuente en la línea media posterior en 90 a 96% de los casos y en 4 a 10% en la línea media anterior, siendo más frecuente esta última localización en las mujeres.^{1,2}

Su tamaño es muy variable, pero generalmente su extensión no sobrepasa los 0.5 cm y es una de las afecciones benignas más frecuentes en proctología en donde el tamaño de la lesión es inversamente proporcional al dolor que produce, es decir, entre más pequeña es la fisura generalmente es más dolorosa.

Las fisuras anales se clasifican en agudas y crónicas (dejando atrás los malos entendidos que propiciaba la clasificación de fisura anal o úlcera anal) tomando en consi-

deración algunas diferencias como son el tiempo de evolución, su profundidad, su forma, sus signos y síntomas y sus características macro y microscópicas.

FISURA ANAL AGUDA

La fisura anal aguda (Fig. 1) es de reciente aparición, por lo general no más de dos a tres semanas, de poca profundidad o más bien superficial, rodeada de piel anal sana y bordes planos, el fondo con fibras musculares de color rojizo en donde el síntoma principal es el dolor durante y después de la defecación que el paciente describe como un desgarro lacerante al paso de las materias fecales, habitualmente hay sangrado rojo y fresco en escasa cantidad, describiendo el enfermo que la materia fecal sale como si le hubiesen dado un pincelazo de sangre y en otras ocasiones el sangrado sólo se observa en el papel sanitario a la hora de limpiarse, con menor frecuencia se observa la contractura muscular esfinteriana, que es más característica de la fisuras crónicas, pero cuando se presenta, da la sensación de tenesmo o de alguna forma de evacuación incompleta.^{3,6}

* Médico cirujano coloproctólogo, adscrito a la Consulta Externa del Sanatorio Durango en la Ciudad de México, D.F.



Figura 1. Fisura anal aguda. Visible a la separación de los glúteos.



Figura 2. Fisura anal crónica.

FISURA ANAL CRÓNICA

La fisura anal crónica (Fig. 2) se caracteriza por su larga evolución de meses y eventualmente años, con mayor profundidad, de forma oval o circular, con fondo de color blanquecino rodeado de fibrosis en donde comúnmente se aprecian las fibras transversales del esfínter interno, se encuentra rodeado de bordes socavados y ulcerados y lo más importante que hace el diagnóstico de cronicidad es el plicoma externo o hemorroide centinela que generalmente está inflamado, de aspecto edematoso y la papilla hipertrófica en el vértice interno de la fisura, habitualmente llamada la tríada patognomónica; aquí también el síntoma principal es el dolor urente por el desgarro de las fibras del esfínter, pero que se exacerba por la contractura esfinteriana que ocasiona que el dolor sea más duradero, hasta por varias horas y, por lo tanto, inaguantable;

ésta es la razón por la que los pacientes acuden al especialista.⁷

Otros datos clínicos de la forma de presentación de la fisura anal, aparte del dolor, el sangrado y el espasmo esfinteriano son: el prurito anal, la secreción mucosa y ocasionalmente la secreción purulenta cuando se infectan estas fisuras, así como el estreñimiento secundario ocasionado por el temor que los enfermos sienten a la evacuación dolorosa, retrasando ésta por tratar de evitarla, lo que ocasiona endurecimiento y resequedad de la materia fecal que hace más dolorosa la siguiente evacuación, iniciándose un círculo vicioso entre el dolor y la evacuación que sólo desaparece hasta que la fisura cicatrizá.^{8,9}

ETIOLOGÍA

La etiología de la fisura anal es multifactorial debida principalmente a un desgarro mecánico como en el estreñimiento en donde se evacuan heces fecales duras y gruesas que implican un mayor esfuerzo, ocasionando la distensión de las paredes ano-rectales con el consecuente desgarro, también por la introducción de cuerpos extraños, que provocan el mismo efecto, en los niños pequeños el mecanismo se produce al ser limpiados por la madre en forma energética con la creencia de que quedarán más limpios mientras más veces se les talla con el papel higiénico; también puede ser de origen vascular, al ulcerarse procesos hemorroidales crónicos como las trombosis.¹⁰

Se han asociado sin comprobación plena varios factores anatómicos como la angulación tan marcada del conducto anal, la hipoperfusión de la parte posterior del canal anal o la debilidad muscular a ese nivel.⁹

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se hace mediante una historia clínica completa y una exploración proctológica minuciosa y cuidadosa, ya que una vez que se piensa en el diagnóstico por los datos de la historia clínica, en la exploración, la mayoría de las veces, con la simple separación de los glúteos se puede observar fácilmente la fisura en su situación posterior (Fig. 1), lo que establece el diagnóstico definitivo, evitando al enfermo situaciones muy dolorosas como el tacto rectal sin anestesia, la rectoscopia y la rectosigmoidoscopia que será necesario efectuarlos antes de la cirugía o una vez curada la fisura.¹¹

El diagnóstico diferencial debe hacerse con la enfermedad de Crohn, la colitis ulcerosa, enfermedades inflamatorias intestinales, enfermedades de transmisión sexual

como la sífilis, síndromes linfoproliferativos, la clamidía, la tuberculosis, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, la blenorragia, las fistulas asociadas y el carcinoma anal.

TRATAMIENTO

El tratamiento puede dividirse en dos grandes grupos. El tratamiento médico o conservador en donde se incluye el tratamiento farmacológico con relajantes musculares del esfínter anal interno y el tratamiento quirúrgico. Hay que tener en cuenta que un gran porcentaje de fisuras curan espontáneamente. En las fisuras agudas de pocos días de evolución, se puede iniciar un tratamiento conservador que vaya dirigido a aumentar y reblandecer el bolo fecal (fibra dietética, psyllium plantago, plantago ovata o lactulosa) complementar con una adecuada alimentación. Para esto se requiere de una dieta exenta de alcohol, irritantes, condimentos, grasas o astringentes como arroz o quesos y picantes; pueden usarse baños de asiento con agua tibia o caliente tras la defecación, evitando el uso del papel higiénico; se pueden usar pomadas cicatrizantes como la vitamina A y la D así como pomadas con anestésicos locales y/o corticoides como la lidocaína al 2% o bupivacaína solos o conjuntamente con hidrocortisona al 2% fluocinolona o betametasona, aunque estos tratamientos pueden provocar pérdida de sensibilidad de la piel, irritación, alergias, etc. y están eventualmente contraindicados en casos de infección, además que sólo alivian parte de la sintomatología, sin que esté probado que influyan en el proceso de cicatrización y el tiempo de curación. En caso de mala evolución o cronicidad y antes de la opción quirúrgica se pueden emplear antagonistas del calcio como una crema de nitroglicerina al 0.2%, o de dinitrato de isosorbide al 1%, así como el nifedipino que aunque es un tratamiento controvertido, ya que la eficacia encontrada varía de unos estudios a otros, pero no deja de ser una alternativa más.¹²⁻¹⁵

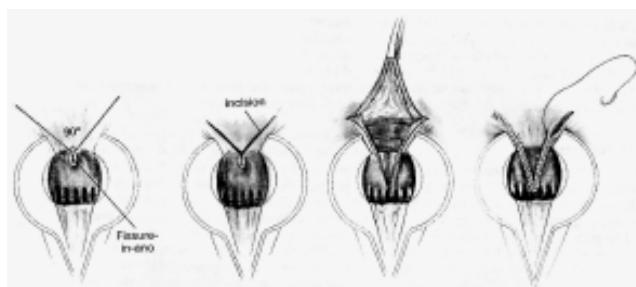


Figura 3. Anoplastia V.Y.

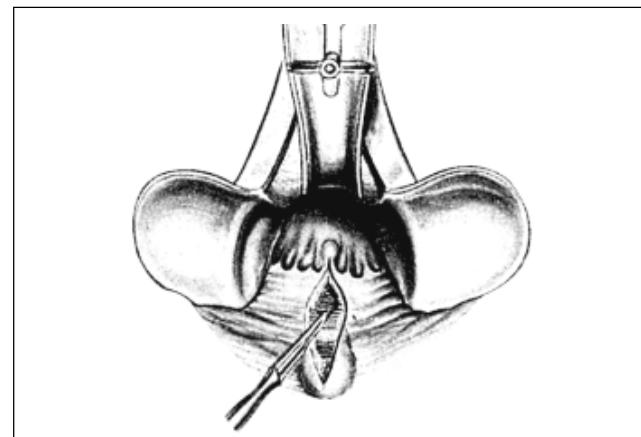


Figura 4. Esfinterotomía interna posterior abierta.

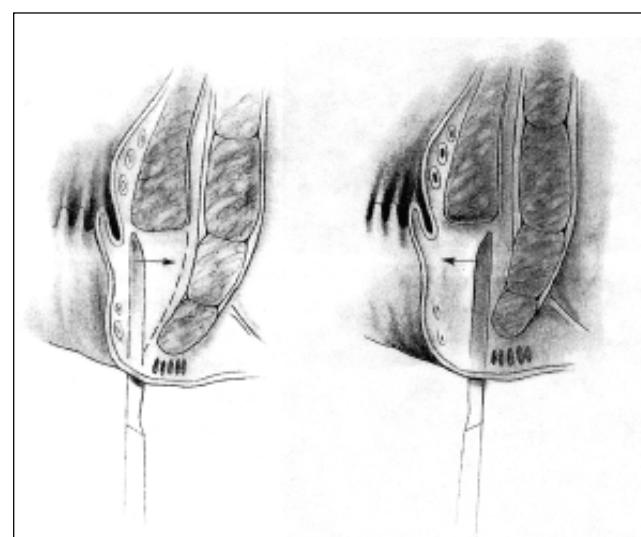


Figura 5. Esfinterotomía lateral interna.

El uso de dilatadores anales fue utilizado por muchos médicos reportando buenos resultados, se usaba para vencer el espasmo anal, evitando la reapertura de la fisura en cada defecación a fin de que la fisura cicatrizará con los esfínteres relajados, se usaba con pomada de xilocaína de cuatro a cinco veces al día durante dos a tres minutos cada vez, pero siempre con muchas molestias para el paciente y la incomodidad de su uso, y sólo la técnica que Peter Lord popularizó fue más usada y con mejores resultados, se efectuaba bajo anestesia general con la introducción paulatina de varios dedos en el conducto anal efectuando una dilatación forzada de los esfínteres anales que ocasiona la ruptura de algunas fibras musculares que disminuyen el espasmo, el dolor y logran

la posible cicatrización de la fisura; pero se han observado diversos grados de incontinencia anal, algunas laceraciones y hematomas perianales, pero, sobre todo, y a pesar de los buenos resultados, debe usarse sólo en pacientes seleccionados por la incontinencia que produce y el elevado índice de recurrencias.^{16,17}

También puede usarse la inyección de toxina botulínica, cuyo mecanismo de acción consiste en inhibir la liberación de acetilcolina en las terminaciones nerviosas, produciendo una parálisis temporal del esfínter interno y su consecuente relajación muscular, lo que se ha denominado esfinterotomía química que reporta hasta 70% de curaciones, usando dosis de 15 U por vía intraesfinteriana, últimamente se han reportado mejores resultados, de hasta 20% más en la tasa de cicatrización, con el empleo de dosis altas como 45 U de toxina botulínica (15U/inyección) en tres localizaciones diferentes del esfínter anal, sin aumento del porcentaje de efectos adversos; su alto costo y las frecuentes recurrencias son sus inconvenientes.¹⁸⁻²⁰

Se han utilizado también anticolinérgicos como la trimebutina, el betamecol, así como sustancias esclerosantes dentro de la fisura con resultados poco alentadores, pero vale la pena mencionar el uso de un cicatrizante trofodérmico como el recoverón y últimamente la utilización de la ketanserina (sufrexal) que es un gel que se aplica en la fisura y ha demostrado buenos resultados, ya que en muchas fisuras incluso crónicas se ha logrado la cicatrización, pero se requiere de más estudios para valorar con mayor precisión su eficacia.^{21,22}

Si estos tratamientos fracasan la única terapéutica verdaderamente eficaz es la quirúrgica. La escisión de la fisura anal con o sin injerto, fue utilizada durante algunos años con excelentes resultados, sobre todo la anoplastia

V. Y. (Fig. 3), fue substituida por la esfinterotomía interna posterior abierta (Fig. 4) y posteriormente por la esfinterotomía lateral interna (Fig. 5).²³

En cirugía la técnica más usada es la esfinterotomía lateral interna (técnica abierta o cerrada con anestesia local o epidural). Produce una curación de 90% de los pacientes pero se reporta que hasta en 35% de los casos pueden presentar incontinencia de gases o heces como secuela.²⁴⁻²⁷

La fisurectomía con o sin esfinterotomía lateral interna (Fig. 6) también fue utilizada por muchos médicos que aseguraban que era una técnica más cruenta que la sola esfinterotomía, que no mejoraban los resultados de la cicatrización, sólo disminuían las secuelas de incontinencia.²⁸⁻³⁰

Esta técnica la hemos utilizado durante muchos años en gran parte de nuestros pacientes con muy buenos resultados como se demuestra en el trabajo que realizamos durante los años 1994 al 2000, denominado revisión de 100 expedientes con diagnóstico de fisura anal, bajo la premisa de que la mayor parte de los pacientes con fisura anal tiene alguna otra patología concomitante como hemorroides mixtas, absceso anorrectoperineal, fistulas anorrectales, colitis ulcerosa, sífilis o condilomas acumulados y sólo 11% no presentaba patología agregada, por lo que sostenemos que no es posible efectuarle a un paciente una esfinterotomía lateral interna y posteriormente quererle efectuar otra cirugía como hemorroidectomía o fistulectomía; también nos basamos en los factores de riesgo de incontinencia que son: pacientes mayores de 50 años, mujeres con múltiples partos vaginales, diabetes, enfermedad inflamatoria intestinal, cirugía anal previa o fisuras sin espasmo esfinteriano, a los que no se les efectuó la esfinterotomía. En este trabajo encontramos 94 fisuras crónicas y seis agudas, 69 femeninos y 31 masculinos con una relación de 2.2 a 1, en 89 la localización de la fisura fue posterior, ocho anterior y tres atípicas, a todos se les dio tratamiento médico por 15 días y sólo cicatrizaron 17 pacientes incluyendo todos los de fisura aguda, por lo que sólo se intervinieron quirúrgicamente 83 pacientes, a todos se les efectuó fisurectomía con esfinterotomía lateral interna, excepto a los de mayor riesgo de incontinencia, la hospitalización promedio fue de un día, la incapacidad promedio de 20 días, con tiempo total de cicatrización de 11 a 28 días y un promedio de 18 días. Se presentaron cinco complicaciones: dos hematomas perianales, dos hemorragias una inmediata y otra tardía (12 días después de la cirugía) y una hemorroide trombada.

Como recidivas dos pacientes manifestaron dolor dos meses después de la cirugía sin evidencia de patología que cedió con tratamiento médico; 11 con fisura crónica

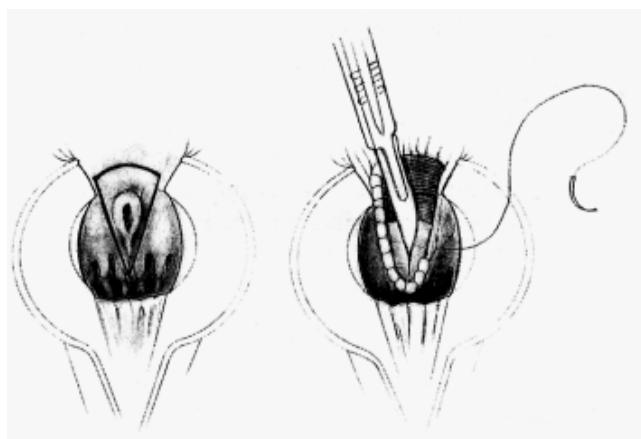


Figura 6. Fisurectomía con esfinterotomía lateral interna.

curaron con tratamiento médico, un paciente manifestó dolor un año después de la cirugía que cedió con tratamiento médico, un paciente más manifestó dolor seis meses después de operado, diagnosticándosele nueva fisura que ameritó reintervención. Como secuelas se presentó una incontinencia a heces líquidas que ameritó electroestimulación, dos a gases que cedieron con ejercicios rectales por tres meses, quedando sólo uno con síndrome de ano húmedo, que también cedió con ejercicios rectales por seis meses.

CONCLUSIÓN

Como conclusiones personales pensamos que es mejor efectuar la escisión total de la fisura con o sin esfinterotomía lateral interna que sólo ésta, ya que si bien disminuye el tiempo de cicatrización y algunas de las complicaciones, aumentan las recidivas y las secuelas. Ante fisuras con patología agregada se debe efectuar cirugía ano rectal integral y siempre efectuar estudio histopatológico.

REFERENCIAS

1. Mazier WP, De Moraés RT, Diguan RD. Anal fissure and anal ulcers. *Surg Clin North Am* 1978; 58: 479.
2. Nelson RL. Meta-analysis of operative Techniques for fissure-in-ano. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 1424-31.
3. Gibbons CP, Read NN. Anal hypertonia in fissures: cause or effect? *Br J Surg* 1986; 73: 443-5.
4. Hancock BD. The internal sphincter and anal fissure. *Brit J Surg* 1977; 64: 92.
5. Dohrenbusch J, Klosterhalfen B, Vogel P, Braun J. Anal crypts as pathological substrate of chronic anal fissures. *VIII/86 coloproctology Nr. 6* 368-371.
6. Kuypers HC. Is there really sphincter spasm in and fissure? *Dis Colon Rectum* 1983; 26: 493-4.
7. Lin JK. Anal manometric studies in hemorroids and anal fissures. *Dis Colon Rectum* 1989; 32: 839-42.
8. Gutierrez JG, Oliai A, Chey WY. Manometric profile of the internal anal sphincter in man. *Gastroenterology* 1975; 68: 907-12.
9. Shafik A. A new concept of the anatomy of the anal sphincter mechanism and the physiology of defecation. X. Anorectal sinus and band; anatomic nature and surgical significance. *Dis Colon Rectum* 1980; 23: 170-9.
10. Schouten WR, Briel JW, Auwerda JA, et al. Relationship between anal pressure and anodermal blood flow: the vascular pathogenesis of anal fissures. *Dis. Colon Rectum* 1994; 37: 664.
11. Kortbeek JB, Longevim JM, Khoo R, Heine JA. Chronic fissure in ano. A randomized study comparing open and subcutaneous lateral internal sphincterotomy. *Dis Colon Rectum* 1992; 35: 835-7.
12. Kennedy MI, Sowter S, Lubowski DZ. Glyceryl Trinitrate ointment for the treatment of chronic anal fissure: results of a placebo-controlled trial and long-term follow-up. *Dis. Colon Rectum* 1999; 42: 1000-6.
13. Watson SJ, Kamm MA. Topical glyceryl trinitrate in the treatment of chronic anal fissure. *Br J Surg* 1996; 83: 771-5.
14. Perrotti P, Bove A, Antropoli C, et al. Topical nifedipine with lidocaine ointment vs active control for treatment of chronic anal fissure: results of a prospective, randomized, double-blind study. *Dis Colon Rectum* 2002; 45: 1468-75.
15. Lund JN, Scholefield JH. Glyceryl trinitrate is an effective treatment for anal fissure. *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 468-70.
16. Mc Donald A, Smith A, Mc Neill AD, Finlay IG. Manual dilatation of the anis. *Br J Surg* 1992; 79: 1391-82.
17. O'Connor JJ Lord. Procedure for treatment of hemorrhoids and fissures. *Obstet. Gynecol* 1980; 55: 747-8.
18. María G, Brisinda G, Bentivoglio AR, et al. Influence of botulinum toxin site injections on healing rate in patients with chronic anal fissure. *Am J Surg* 2000; 179: 46-50.
19. Jost WH, Schimrigk L. Therapy of anal fissure using botulinum toxin. *Dis Colon Rectum* 1994; 37: 1321-4.
20. Gonzales CP, Perez RF, Legaz HML, et al. The treatment of anal fissure with botulinum toxin. *Gastroenterol Hepatol* 1999; 22: 163-6.
21. Carapeti EA, Kamm MA, Phillips RK. Topical diltiazem and bethanechol decrease anal sphincter pressure and heal anal fissures without side effects. *Dis. Colon Rectum* 2000; 43: 1359-62.
22. Araujo SEA, Atui FC, Sat Jr NH, Habr Gama A. Fisura anal-tratamento medicamentoso-actualizacão em Cirugía do Aparelho Digestivo e Coloproctología –Gastrao (Sao Paulo). *Anais* 2000: 268-76.
23. Case JB. Chronic Anal Fissure. A new method of Treatment by anoplasty. *Dis Colon Rectum* 1991; 34: 198-9.
24. Abcarian H, Laskshmanan S, Read D, Roccaforte P. The role of internal sphincter in chronic anal fissures *Dis. Colon Rectum* 1982; 25: 525-8.
25. Abcarian H. Surgical correction of chronic anal fissure: results of lateral anal internal sphincterotomy. *Dis Colon Rectum* 1980; 23: 31-6.
26. Bennett RC, Goligher JC. Results of internal sphincterotomy for anal fissure. *Br J Surg* 1962; 2: 1500.
27. Boulos PB, Araujo JGC. Adequate internal sphincterotomy for chronic anal fissure. Subcutaneous or open technique? *Br J Surg* 1984; 72: 360-2.
28. Cerdan FJ, de Lion AR, Azpiroz F, Martin J, Balibrea JL. Anal sphincteric pressure in fissure-in-ano before and after lateral



- internal sphincterotomy Dis Colon Rectum 1982; 25: 198-201.
29. Corman ML. Long term results of open and closed sphincterotomy for anal fissure. Dis Colon Rectum 1988; 31: 368-71.
30. Eisenhammer S. The evaluation of internal anal sphincterotomy operation with special reference to anal fissure. Surg Gynecol Obstet 1959; 109: 583-90.

Solicitud de sobretiros:

Dr. Jorge Sosa Gallegos
Cordillera No. 94
Col Atlanta
Cuautitlán Izcalli
C.P. 54740.
Estado de México.
Tel.: 5873-8847
Correo electrónico: jsosagallegos@yahoo.com.mx