

PROCTOLOGÍA**FISURAS ANALES**

Esteban Salas Salas*

SUMMARY

Anal fissure is one of the most common benign anorectal conditions. They are classified as primary or secondary and acute or chronic. Anal fissure is the result of opposing forces that separate anal mucosa beyond its normal capacity and causes a circle in which the exposed internal anal sphincter starts with repetitive spastic contractions causing persistent ischemia and in turn making healing more difficult. Patients typically present with painful defecation and can be managed medically or surgically.

INTRODUCCIÓN

Se define fisura anal como una ulceración de la parte inferior del canal anal, distal a la línea dentada (4). Es de las condiciones anorrectales benignas más comunes y se clasifican en primarias o secundarias y en agudas o crónicas (7). Se refiere a una fisura primaria cuando no tienen asociación con alguna patología, y secundaria cuando son debido a patologías de fondo como por ejemplo la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerativa (1). Se denominan agudas cuando tienen menos de 6 semanas de

evolución.

EPIDEMIOLOGÍA Y PREVALENCIA

Las fisuras anales afectan principalmente a niños y a personas de mediana edad. La verdadera prevalencia en adultos es desconocida. No todas las personas buscan atención médica y mejoran sin tratamiento y en algunos casos la sintomatología anal se atribuye a otras patologías, principalmente a las hemorroides sintomáticas (6). Es 4 veces más frecuente en mujeres que en hombres. La localización más

* Licenciado en Medicina y Cirugía.

frecuente de las fisuras anales primarias es en la línea media posterior, sólo 10% de las mujeres y 1% de los hombres se presentan con fisura anal primaria en la línea media anterior (7). De 3%-10% de las fisuras anales ocurren en el período postparto y éstas son usualmente en la línea media anterior (3). Las fisuras anales resultan en una alta morbilidad y disminución en la calidad de vida.

FISIOPATOLOGÍA

En cuanto a la fisiopatología, la fisura anal es el resultado de fuerzas opuestas que separan la mucosa anal más allá de su capacidad normal. Una vez ocurrida la ulceración, comienza un círculo vicioso en el cual el esfínter anal interno expuesto comienza con contracciones espásticas repetitivas que causan isquemia persistente y a su vez imposibilitan la cicatrización. Se produce un círculo de hipertonia-espasmo-isquemia y esto causa una disminución persistente del flujo que a su vez forma parte fundamental en la cronicidad de las fisuras (7). Se ha propuesto que el flujo disminuido en la zona anal contribuye a la formación de las fisuras anales. El flujo sanguíneo del anodermo en la línea media posterior es menor a un tercio en comparación con los otros cuadrantes y representa el sitio de mayor formación de

fisuras (10). Se ha demostrado manométricamente que los pacientes con fisuras anales presentan una presión anal en reposo aumentada (del esfínter anal interno) y la presión del esfínter anal externo se mantiene normal (1). La disminución del flujo es la base del tratamiento con nitroglicerina tópica.

ETIOLOGÍA

Las fisuras anales son un problema común pero en algunos casos la etiología exacta es mal definida. Se describen varios factores causantes: constipación y dieta con baja fibra, trauma durante el parto, diarrea crónica y sexo anal. Las fisuras secundarias se pueden encontrar en pacientes con cirugía anal previa, enfermedad inflamatoria intestinal (Enfermedad de Crohn, colitis ulcerativa crónica inflamatoria) (7). Las fisuras anales primarias son idiopáticas y usualmente de localización anterior (4).

SÍNTOMAS

Los pacientes típicamente se presentan con dolor a la defecación como sensación de ruptura. El dolor puede persistir minutos u horas después de la defecación y puede acompañarse de sangrado que se encuentra separado de las heces (6). Si hay mayor sangrado, se deben descartar otras

patologías asociadas. Si la sangre se encuentra mezclada con las heces, se deben de buscar otras causas (4).

EXAMINACIÓN

A pesar de que el dolor a la defecación y el sangrado son típicos de la fisura anal, se debe de diagnosticar mediante el examen físico. Se debe de realizar de manera delicada, y la inspección a la hora de abrir ambos glúteos demuestra la presencia de la fisura (7). Los paciente se encuentran usualmente aprehensivos por lo que se debe de calmar al paciente. El espasmo del esfínter anal y el dolor dificulta la exploración digital por lo que no es necesario para confirmar el diagnóstico (7). Si el diagnóstico es dudoso o no confirmatorio, se debe de realizar bajo anestesia local. Al examen físico se describe una “pila centinela”, la que se describe como una proyección cutánea que protruye en la parte distal de la fisura, como el motivo de consulta inicial y usualmente se acompaña de una papila anal hipertrófica en la línea dentada (7).

TRATAMIENTO

Fisuras Agudas

Las fisuras anales usualmente son de corta duración y más de 50% van a sanar espontáneamente

(1). La mayoría responde a una dieta alta en fibra y aumento en la ingesta de agua, para así producir un bolo defecatorio más grande y así producir una dilatación fisiológica. En algunas ocasiones se pueden requerir laxantes para suavizar las heces duras causadas por la constipación y así prevenir una defecación traumática. Se recomiendan baños de asiento calientes durante 10-15 minutos posterior a la defecación, con temperatura de hasta 49°C o tolerable, dos a tres veces por día y/o después de cada defecación (1).

Fisuras Crónicas

Posterior a 6 semanas sin curación se clasifican en crónicas. Sólo un 10% de las fisuras que cronifican sanan de manera espontánea, por lo que la mayoría van a requerir tratamiento y valoración médica (6). La meta del manejo es romper el círculo de hipertonia-espasmo-isquemia y esto se busca al disminuir la presión del esfínter anal interno y mejorar la perfusión al mismo momento en que se mantiene la continencia anal (6). El primer tratamiento indicado es la aplicación con ungüentos tópicos de nitroglicerina al 0.2% o diltiazem al 2%, tener en cuenta la cefalea como efecto adverso de la nitroglicerina(2). La aplicación de anestésicos locales en gel o en crema directamente a la fisura anal antes de la defecación

resulta efectiva. La resolución de las fisuras anales posterior a 6 semanas de tratamiento tópico se ha reportado en 50%-75% de los casos, pero hasta mitad de esos recurren (6). La toxina botulínica A inyectada directamente en el esfínter anal interno es otro abordaje que reduce la hipertonia (9). La esfínterotomía lateral interna es el paso a seguir en fisuras crónicas refractarias al tratamiento médico. El tratamiento quirúrgico también está indicado en pacientes que no pueden tolerar un curso de tratamiento médico (5). Es un procedimiento que se realiza de manera ambulatoria, puede ser realizado con anestesia local, regional o general. Para su abordaje se coloca un espéculo y se abre de manera gradual, estirando el esfínter anal interno (7). Luego se procede a realizar una incisión pequeña en la cual sólo se corta el esfínter interno y no el externo. La fisura en la línea media se deja intacta y la “pila centinela”, el tejido redundante o la papila anal hipertrófica se pueden remover si presentan molestias (7). Este procedimiento ha dado resultados muy positivos con tasas de curación de hasta 98% (5).

CONCLUSIONES

Las fisuras anales son un padecimiento muy común, donde

los pacientes abordan al médico ya sea en un tercer nivel de atención o en un servicio de emergencias. Un buen entendimiento de la fisiopatología y de las etiologías ayudan a tener un mejor abordaje y tratamiento. A su vez, es necesario tener un conocimiento de los medicamentos disponibles para el manejo conservador y saber cuándo es pertinente derivar a un paciente para tratamiento quirúrgico.

RESUMEN

La fisura anal forma parte de las condiciones anorrectales benignas más comunes. Se clasifican en primarias o secundarias y en agudas o crónicas. La fisura anal es el resultado de fuerzas opuestas que separan la mucosa anal más allá de su capacidad normal y causa un círculo en el cual el esfínter anal interno expuesto comienza con contracciones espásticas repetitivas que causan isquemia persistente y a su vez complican la cicatrización. Los pacientes típicamente se presentan con dolor a la defecación y se pueden manejar con tratamiento médico o de manera quirúrgica.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Gastroenterology Association (AGA) (2003) American gastroenterological association

- medical position statement: diagnosis and care of patients with anal fissure. *Gastroenterology* 124:233–234
2. Carapeti AE, Kamm AM, Phillips KSR. Topical diltiazem and bethanechol decrease anal sphincter pressure without side effects. *Gut* 1999;45:719–722.
 3. Corman ML. *Colon and Rectal Surgery*. Fifth Edition. Lippincott Williams & Wilkins; 2005. pp. 295–346.
 4. F. Charles. Brunicaudi-Seymour I. Schwartz. *Schwartz' principles of surgery*. New York. McGraw-Hill Medical Pub Division 2010. 9th Ed.
 5. Garg P, Garg M, Menon GR. Long-term continence disturbance after lateral internal sphincterotomy for chronic anal fissure: a systematic review and metaanalysis. *Colorectal Dis* 2013;15:e104–17.
 6. Lindsey I, Jones OM, Cunningham C, Mortensen NJ (2004) Chronic anal fissure. *Br J Surg* 91:270–279
 7. Michael W. Mulholland. Keith Lillemoe. Gerard Doherty. Ronald Maier. Gilbert Upchurch. *Greenfield's surgery: scientific principles and practice*. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins. 2005. Fifth edition.
 8. Sajid MS, Whitehouse PA, Sains P, et al. Systematic review of the use of topical diltiazem compared with glyceryl trinitrate for the nonoperative management of chronic anal fissure. *Colorectal Dis* 2013;15:19–26.
 9. Shao WJ, Li GC, Zhang ZK (2009) Systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials comparing botulinum toxin with injection with lateral internal sphincterotomy for chronic anal fissure. *Int J Colorectal Dis* 24:995–1000
 10. Shawki S, Sands DR. Anorectal physiology. In: Sands LR, Sands DR, editors. *Ambulatory colorectal surgery*. 1st edition. New York: Informa Healthcare; 2008. p. 21–44.