

CIRUGÍA**MANEJO DE LA FISURA ANAL**

Mario Soto Dien*

SUMMARY

Anal fissure is a frequent cause of consult in proctology. Its main symptom is pain, and bleeding may be present. Its pathophysiology is due to several factors such as: trauma, spasm of the sphincter and ischemia. Treatment aims to address these factors. Surgical treatment (fissurectomy or sphincterotomy) is considered the most effective treatment. However surgical management carries some risk of fecal incontinence, reason why in recent years the research has been intensified towards medical measures such as

channel blockers and botulinum toxin.

INTRODUCCIÓN

La fisura anal (FA) es una úlcera en la mucosa en la parte baja del canal anal desde el anodermo hasta la línea dentada (3). La FA es la segunda causa de consulta más común en proctología después de la enfermedad hemorroidal (3). Afecta todos los grupos de edad con igual incidencia en ambos sexos (1,4,5). Su principal síntoma es el dolor anal, y también puede haber sangrado a la hora de defecar (6,7,10). Se

puede clasificar como aguda o crónica (10). La FA se considera aguda cuando es de inicio reciente (menos de seis semanas) y crónica si ha estado presente por un período mayor (3). Las fisuras crónicas se asocian con las siguientes características: bordes elevados, pliegue cutáneo centinela, papila hipertrófica y exposición muscular del esfínter interno (3,10). La FA tiene una localización posterior en el 85% de los casos y 15% anterior. El tratamiento más efectivo es la esfínterotomía interna lateral (EIL), pero está asociada a incontinencia fecal en 3-45% de

*Médico General.

los casos (3). Por este motivo en los últimos años se han intensificado los estudios en el manejo médico (8).

FISIOPATOLOGÍA

Existe un evento traumático inicial, que corresponde al paso de heces duras. Otro factor es el espasmo del esfínter que puede ser de causa primaria o secundaria al dolor causado por el paso de materia fecal a través de la fisura anal. El espasmo promueve la isquemia mediante la disminución de flujo sanguíneo a través de las arterias que pasan a través del esfínter anal interno (3). Estos factores dificultan la curación de la úlcera.

MANEJO

El manejo de primera línea es médico, está dirigido a la reducción del tono del esfínter anal y promover una mejor vascularización (3). El aumento en la ingesta de líquido y uso de ablandadores de heces es recomendado como terapia inicial por La Sociedad Americana de Cirujanos de Colon y Recto. Cuando el manejo médico falla, el siguiente paso es quirúrgico. Sin embargo, dado el riesgo potencial de incontinencia con la cirugía, se ha aumentado el interés en el uso de agentes farmacológicos para evitar la intervención quirúrgica

(10).

TRATAMIENTO MÉDICO

El óxido nítrico actúa como un neurotransmisor inhibitorio en el esfínter anal interno que produce la relajación del esfínter (10). Tienen un porcentaje de curación de hasta el 50% (9). El efecto secundario más común es la cefalea, que se produce hasta en un 30% de los casos y puede requerir la interrupción del tratamiento (3). Los bloqueadores de los canales de calcio (BCC) relajan el esfínter mediante el bloqueo de la entrada de calcio en el citoplasma de las células en el músculo liso (10). Han sido asociados a un porcentaje de curación de hasta un 95% de los pacientes (9). El diltiazem y la nifedipina, aplicado tópicamente como un ungüento, son los dos agentes más usados (3). Los BCC también pueden presentar cefalea, pero tienen menor grado de efectos adversos que la nitroglicerina (9). La toxina botulínica, actúa inhibiendo la captación presináptica de acetilcolina, logrando de esta manera la relajación del esfínter, por un periodo de hasta 3 meses (3). El principal efecto secundario es la incontinencia (10). Actualmente no existe un consenso en cuanto a la dosis.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

El tratamiento quirúrgico continúa siendo el más eficaz a largo plazo y cuando las medidas conservadoras fallan. La esfínterotomía interna lateral es la técnica quirúrgica de elección. Su efectividad para la curación de la fisura anal es de hasta 91-100% (3). Consiste en la transección de una porción del esfínter anal interno distal a la fisura, con el fin de aliviar el espasmo (3). La EIL es más efectiva en términos de curación y riesgo de recurrencia en comparación a la fisurectomía o el tratamiento médico, pero con riesgo de presentar incontinencia en 3-45% de los casos (3,2). Otras complicaciones de la EIL son: sangrado, hematoma o infección (3). La fisurectomía consiste en la resección de la fisura con sus bordes laterales, remplazando el tejido con pobre curación, con uno que cure apropiadamente.

CONCLUSIÓN

Tradicionalmente el tratamiento quirúrgico ha sido considerado el más efectivo, pero conlleva cierto riesgo de incontinencia fecal. El tratamiento médico está indicado como abordaje inicial y es una opción razonable por presentar pocos efectos adversos. Sin embargo dada la alta tasa de recurrencia tardía o de falla

terapéutica, el tratamiento quirúrgico, ya sea fisurectomía o esfínterotomía, continúa siendo el tratamiento más efectivo.

RESUMEN

La fisura anal es causa frecuente de consulta en proctología. Su principal síntoma es el dolor, y puede presentar leve sangrado. Su fisiopatología se debe a múltiples factores: trauma, espasmo del esfínter e isquemia. El tratamiento quirúrgico (fisurectomía o efínterotomía) es considerado el más efectivo a largo plazo. Sin embargo, el manejo quirúrgico conlleva cierto riesgo de incontinencia fecal, por este motivo en los últimos años se ha intensificado la búsqueda y estudio de medidas medicas como: la nitroglicerina tópica, bloqueadores de los canales de calcio y toxina botulínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brisinda, G., Maria, G., Bentivoglio, A. R., Cassetta, E., Gui, D., & Albanese, A. (1999). A comparison of injections of botulinum toxin and topical nitroglycerin ointment for the treatment of chronic anal fissure. *New England Journal of Medicine*, 341(2), 65-69.
2. Giorgio, M., Casseta, E., Gui, D., Brisinda, G., Bentivoglio, A. R., & Albanese, A. (1998). A comparison of botulinum toxin and saline for the treatment of chronic anal fissure. *New England Journal of Medicine*, 338(4), 217-220.
3. Higuero T. Update on the management of anal fissure. *Journal of Visceral Surgery* (2014), <http://dx.doi.org/10.1016/j.viscsurg.2014.07.007>
4. Lund, J. N., & Scholefield, J. H. (1996). Aetiology and treatment of anal fissure. *British journal of surgery*, 83(10), 1335-1344.
5. Madalinski, M. H. (2011). Identifying the best therapy for chronic anal fissure. *World journal of gastrointestinal pharmacology and therapeutics*, 2(2),9.
6. Nelson RL, Chattopadhyay A, Brooks W, Platt I, Paavana T, Earl S. Operative procedures for fissure in ano. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 11. Art. No.:CD002199. DOI:10.1002/14651858.CD002199.pub4.
7. Nelson, R. (2010). Anal fissure (chronic). *Clinical evidence*, 2010.
8. Nelson R. Tratamiento no quirúrgico para la fisura anal (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
9. Perry, W. B., Dykes, S. L., Buie, WD., Rafferty, J. F., & Standards Practice Task Force of the American Society of Colon and Rectal Surgeons. (2010). Practice parameters for the management of anal fissures (3rd revision). *Diseases of the Colon & Rectum*, 53(8), 1110-1115.
10. Zaghiyan, K. N., & Fleshner, P. (2011). Anal fissure. *Clinics in colon and rectal surgery*, 24(1), 22.