

Título: Fisura anal. Tratamiento en adultos.

Autores:

Dr. Guillermo Llanes Díaz.

Especialista de 1er. Grado en Coloproctología, Máster en Enfermedades Infecciosas

Dr. Francisco Aguilar Martínez,

Especialista de 1º y 2º Grados en Coloproctología. Profesor Auxiliar.

Dr. José Antonio Llovera Ruiz

Especialista de 1er. Grado en Coloproctología y de 1er. Grado en Medicina General Integral. Instructor.

DraC. María Elena González Solares:

Máster en Enfermedades Infecciosas, Máster en Educación Médica, Especialista de 2º Grado en Coloproctología y de 1er. Grado en Medicina General Integral, Profesora Titular e Investigadora Titular.

Servicio de Coloproctología

Email: proctol@hha.sld.cu

Introducción:

La fisura anal es una de las afecciones coloproctológicas mas frecuentes, sus manifestaciones clínicas provocan en el paciente una incapacidad para su desempeño laboral y social, existen varios procedimientos terapéuticos con resultados variables.

La fisura anal es una úlcera lineal que se extiende desde la línea pectínea hasta el margen del ano afectando al anodermo que cubre la mitad inferior del esfínter anal interno (EAI), es una pequeña rotura del epitelio del ano que produce dolor, hemorragia y prurito.

Objetivos

1. Lograr minimizar el dolor, disminuir las complicaciones.
2. Disminuir el tiempo de recuperación posoperatoria en los pacientes con fisura anal crónica.

Desarrollo

Para dar cumplimiento a este protocolo se cuenta con los recursos humanos (especialistas), aunque se carece de medicamentos como los que producen esfinterotomía química.

Criterios diagnósticos:

Diagnostico positivo:

- Anamnesis
- Antecedentes:
 - Estreñimiento o diarreas.
 - Dolor a la defecación.
 - Sangrado al defecar.
- Síntomas y signos:

- Dolor al evacuar.
- Sangre en la superficie de las heces (no mezclada).
- Sangre en el papel higiénico o en las toallas.
- Fisura visible, con frecuencia en la línea media posterior cuando el ano se entreabre levemente.
- Estreñimiento a menudo con evacuaciones dolorosas.
- Prurito, secreción anal y tenesmo.
- Síntomas reflejos de disuria, retención de orina o tenesmo vesical.

Diagnóstico diferencial:

- Diagnóstico diferencial del dolor (Afecciones dolorosas del margen del ano):
 - a) Trombosis hemorroidal externa
 - b) Absceso fistuloso
 - c) Criptitis anal
 - d) Neuralgias anales:
 - Proctalgia fugaz del adulto
 - Neuralgias anorrectales esenciales.
 - Coxigodinia esencial.

- **Diagnóstico diferencial de la hipertoniá:**

- a) Estenosis benignas del ano Intrínsecas: Congénitas, traumáticas, posoperatorias, inflamatorias, isquemias, infección, megacolon, radiaciones.
- b) Extrínsecas: endometriosis, hematocele, abscesos pélvicos, tumores retrorrectales de origen mesenquimatosos).
- c) Pectenosis

- **Diagnóstico diferencial de la ulceración:**

- a) Ubicación atípica:
 - Infecciosas:
 - Tuberculosis.
 - Úlcera anal luética.
 - Herpes simple tipo II.
 - SIDA.
 - Enfermedades inflamatorias intestinales (Enfermedad de Crohn, rectocolitis ulcerativa idiopática).
 - Cáncer (carcinoma epidermoide; leucemia; Sarcoma de Kaposi; Linfomas de células B).
- b) Rágades fisurarios

- Parasitismo específico:
Colitis amebiana, enterobius vermicularis (por las lesiones secundarias que causa el rascado).
- Dermatitis por igual mecanismo.

Clasificación

Las fisuras anales pueden clasificarse por su patogenia en:

- Primarias, inespecíficas o idiopáticas.
- Secundarias o específicas.

Las primarias se observan en pacientes sanos, son las más frecuentes y no se asocian a afecciones digestivas o infecciosas.

Las secundarias se observan asociadas a otras enfermedades donde predominan sus manifestaciones clínicas (Enfermedad Inflamatoria Intestinal: Rectocolitis ulcerosa y Enfermedad de Crohn), tuberculosis anal, infecciones de transmisión sexual, o en el posoperatorio de otras afecciones orificiales anales).

Formas de presentación:

De acuerdo a la forma de presentación clínica, tiempo de evolución y las características patológicas de la lesión se describen en:

Fisura Anal Aguda. (F.A.A.)

Fisura Anal Crónica. (F.A.C.)

Fisura Anal Crónica Agudizada. (F.A.C.A.)

Forma de presentación	Anamnesis	Examen físico anorrectal
F.A.A.	<p>- Aparición reciente de:</p> <p>Dolor Anal. Defecación muy dolorosa (lacinante de desgarramiento).</p> <p>Dolor en tres tiempos (defecación dolorosa, alivio, dolor) puede presentarse desde 15 minutos hasta 3 horas después de la defecación, producto de espasmos del EAI y por exposición de las terminaciones nerviosas sensitivas.</p> <p>- Sangrado anal.</p> <p>- No sobrepasa los 30 días de duración.</p>	<p>- Inspección: Positiva. (Úlcera anal de localización típica). Bordes bien definidos, base poca profunda.</p> <p>- Contractura esfinteriana.</p> <p>- Palpación: Positiva. (Dolor en la úlcera).</p>
	<p>- Dolor y/o sangrado anal que sobrepasa los 30 días de duración o repetición de los síntomas de forma esporádica que remite y</p>	<p>- Inspección: Positiva. (Úlcera anal en su localización típica), Tríada de Brodie.</p> <p>- Bordes fibrosos y de más grosor.</p> <p>- Base indurada que expone fibras del EAI.</p> <p>- Contractura esfinteriana o no.</p>

F.A.C.A	reaparece.	<ul style="list-style-type: none"> - Maniobra de Valsalva: Positiva. (Papila anal hipertrofiada) - Palpación: Positiva o Negativa. (Dolor o no en la úlcera). - Fibrosis indurada o no de los bordes de la úlcera.
F.A.C.	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor y/o sangrado anal. repetición de esta sintomatología de forma esporádica que remite y reaparece y que en el momento del examen la sintomatología está presente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Inspección: Positiva. (Úlcera Anal en su localización típica), (Tríada de Brodie). - Contractura esfinteriana. - Maniobra de Valsalva: Positiva. (Papila Anal Hipertrofiada) - Palpación: Positiva. (Dolor en la úlcera).

Clasificación por su forma de presentación de la Fisura Anal Inespecífica (F.A. I.):

Pruebas diagnósticas básicas y/o confirmatorias

- Examen físico, inspección anal.
- Estudios endoscópicos: Anoscopia y Rectoscopia (diferirlo en las agudas, completando el examen después del alivio del dolor).
Colonoscopia. (Mayores de 50 años con fisura crónica no dolorosa).
- Laboratorio Clínico estudios preoperatorios (Hemoquímica, Hemograma con diferencial, Coagulograma, Serología).
- Imagenología: (Radiografía de tórax o Tomografía Axial Computarizada (T.A.C.) de tórax) para descartar otras enfermedades asociadas, como la tuberculosis pulmonar.
- Estudios cardiológicos: (Electrocardiograma, si mayor de 50 años).
- Si existen otras enfermedades asociadas se indicarán los estudios e interconsultas correspondientes.

Recomendaciones terapéuticas

a) Tratamiento medicamentoso.

Para el tratamiento de la fisura anal aguda existen actualmente diferentes opciones terapéuticas, los objetivos principales del tratamiento conservador son lograr deposiciones blandas sin esfuerzo evacuatorio, y romper el círculo vicioso de dolor anal, espasmo esfinteriano e isquemia.

Los mecanismos patogénicos implicados en la fisura anal y las controversias que aún existen condicionan la aparición de nuevas y diversas modalidades de tratamiento.

Tratamiento farmacológico:

- Analgésicos - Antinflamatorios no esteroideos:
 - Dipirona 300 mg 1 tableta cada 6 horas.
 - Ibuprofeno 400 mg 1 tableta cada 8 horas o
 - Indometacina 25 mg cada 8 horas.

- Relajantes musculares:
 - Metocarbamol (750 mg.): 1 tableta cada 8h.
 - Meprobamato (400mg.): ½ tableta cada 12h.
 - Mefenesina (500mg.): 1 tableta cada 12h.

- Flebotrópicos:
 - Venatón: 20 gotas diluidas en agua o 1 tableta cada 8 horas.

- Aplicación de cremas:
 - Proctocaína en ungüento rectal, tubo de 25 gramo, aplicar 3 veces al día, después de los baños de asiento tibio (BAT).
 - Crema de sábila.

- Fórmulas a base de medicamentos cicatrizantes y/o antinflamatorios (Argirol, quitina):
 - Ayudas de Argirol (vitelinato de Plata) al 2 %, 5 % y 10 %.
 - Argirol-10 g

- Aceite mineral - 100ml.

- Rotular: Ayudas de Argirol al 10%

- Al 5 % son: 5g y al 2% son: 2g.
- Ansiolítico:
 - Clordiazepóxido 10mg 1 tableta cada 12 horas.

Alternativas de tratamiento:

- Laserterapia (Láser Blando).
- Esfinterotomía química:
- Relajantes farmacológicos del Esfínter Anal Interno (EAI):
 - Oxido Nitrito, modulador del sistema nervioso entérico que actúa desde el esófago al ano y también es un neurotransmisor inhibitor del EAI.
 - Nitroglicerina tópica (dador de óxido nítrico): Actúa como un vasodilatador, relajando la zona y permitiendo a la fisura cicatrizar por sí misma.

La crema más usada es la de nitroglicerina al 0,2-0,4% aplicada 2 o 3 veces al día. Debe ponerse con guantes para evitar que se absorba en el dedo. El efecto secundario más frecuente es el dolor de cabeza (hasta en 60% de pacientes), que en ocasiones provoca que se suspenda el tratamiento. No se debe usar en pacientes con hipotensión, insuficiencia cardiaca, alergia a nitritos o anemia importante.

- Dinitrato de isosorbide en pomada, spray o parches dérmicos tiene una acción similar.

Inconvenientes: Efectos colaterales de estos medicamentos como cefalea, hipotensión ortostática y sensación de escozor.

- Bloqueadores de los canales de calcio:

Reducen el tono del EAI. Los dos fármacos utilizados en esta clasificación son diltiazem y nifedipino, ambos son hipotensores y vasodilatadores y se administraron por vía oral o tópica en los diferentes estudios revisados.

Inconvenientes: Cefalea y el dolor anal mantenido.

- Inyección local de toxina botulínica: Se considera que la toxina de botulinum actúa principalmente como un relajante del músculo estriado que se utiliza para tratar la hipertonia muscular, provoca parálisis muscular en el plazo de unas pocas horas e inhibe la transmisión de impulsos neuromusculares hasta que se produce el desarrollo de nuevos terminales nerviosos, se observa relajación muscular durante un período de 3 o 4 meses, tiempo suficiente para permitir la cicatrización de la fisura anal.

Para el tratamiento de la fisura existen diversas técnicas que incluyen la inyección de entre 10 y 100 unidades en diversas ubicaciones alrededor del conducto anal, aunque generalmente se aplica en cualquier lado de la fisura, directamente en el esfínter interno que es un músculo liso.

Inconveniente: Teóricamente la inyección de toxina botulínica podría por sí misma causar incontinencia, aunque sería sólo temporal hasta que se produzca la reinervación muscular. La mayoría de publicaciones no describen efectos negativos sobre la continencia, debe ser considerado

como eficaz a corto plazo, sin embargo se desconoce la evolución de los pacientes a largo plazo.

- Ketanserina: gel tópico, un inhibidor selectivo de los receptores S de serotonina, que disminuye la resistencia vascular periférica y la agregación plaquetaria, mejora así la microcirculación en el área de la herida, aporta más oxígeno y nutrientes al tejido.
- Otros agentes:
 - Sildenafil (Viagra), inhibidor de la 5- fosfodiesterasa, administración tópica al 10% en el conducto anal, reduce la presión del esfínter anal.
 - Minoxidil abridor de los canales de potasio. Induce relajación y vasodilatación de la musculatura lisa, se describe la cura de alrededor de 30% de los pacientes.

La evidencia científica sobre estas terapias es insuficiente.

El tratamiento medicamentoso de la fisura aguda se puede emplear con una probabilidad de curación de 85-90%, los efectos adversos son mínimos, el principal es la cefalea durante el uso de la NTG o con el uso de los bloqueadores canales calcio y aparentemente no produce efectos adversos a largo plazo. Por lo tanto, la NTG, el Botox o los BCC se podrían utilizar en individuos que desean evitar un tratamiento quirúrgico y reservar este para los fracasos del tratamiento. No existen evidencias de que el tratamiento quirúrgico sea el definitivo de la fisura en niños o para la fisura anal aguda.

b) Tratamiento médico no medicamentoso

El tratamiento quirúrgico se realizará en la fisura anal aguda que no responde al tratamiento médico.

Tratamiento fisura anal crónica. Para este tipo de fisura la única terapéutica verdaderamente eficaz es la quirúrgica, mediante ésta, se intenta lograr una disminución del tono esfinteriano. El tratamiento quirúrgico se basa en el desbridamiento de la fisura y la cura del espasmo/ estenosis del conducto anorrectal.

Técnicas quirúrgicas

1 - La esfinterotomía lateral interna (ELI) cerrada.

Técnica de Notaras

Técnica de Hoffman:

2 - Esfinterotomía lateral interna abierta.

Técnica de Parks.

Técnica de Ray o de Sarle.

3 - La esfinterotomía media posterior es una incisión realizada en el esfínter anal interno en el piso de la fisura.

4 - Escisión con plastia cutánea.

5 - Incisión en raqueta de Gabriel (1948) más esfinterotomía interna posterior.

6 - Leiomiectomía con anaplastia mucosa (Buie).

c) Tratamiento higieno-dietético.

Recomendaciones Generales y Dietéticas:

- Higiene anal local (agua y jabón neutro) posdefecatoria y a la hora del baño.
- Restablecer hábito intestinal. (Preconizado con la dieta rica en fibra). Ingesta hídrica abundante y la prescripción apropiada de agentes aumentadores del bolo fecal con frutas, vegetales, salvado de trigo. Evitar la ingesta de alcohol, picantes y especias.
- Laxantes de fibras (si estreñimiento acentuado).
- Antidiarreicos (si diarreas crónicas).
- Hidroterapia: baños de asientos tibios (B.A.T.), que proporcionan sensación de bienestar y reducen la hipertonia esfinteriana.

Complicaciones potenciales

- Absceso anal.
- Fístula anal.
- Sangrado.

Complicaciones posquirúrgicas.

Inmediatas:

- Dolor excesivo.
- Retención urinaria.
- Hemorragia.
- Hematoma.
- Equimosis.

Mediadas:

- Absceso perianal.

- Fistula anal.
- Prolapso de hemorroides internas.
- Infección.

Tardías:

- Alteraciones de la cicatrización (falsa cicatrización o retardo).
- Incontinencia anal.
- Ectropion de la mucosa.
- Ano húmedo.

Seguimiento del paciente que recibe tratamiento quirúrgico.

Se indicará en dependencia a que sea hospitalizado o ambulatorio.

Inmediato:

- Reposo.
- No vía oral hasta 6 horas posoperatorias; se ofrecerán primero los líquidos y si se tolera bien, se restablecerá su alimentación habitual (dependiendo del tipo de anestesia).

Aflojar el apósito pasada 6 horas, después retirar e iniciar baños de asientos tibios (B.A.T.)

- Analgésicos:

- Dipirona (0.6 gr) 2 ámpulas IM cada 8 horas o Dipirona (300 mg.) 2 tabletas cada 6 h.
- Tramadol (100mg) IM cada 8 horas.
- Tramadol (50 mg) cápsula cada 8 horas.
- Diclofenaco (75 y 100 mg) IM cada 8 horas.

- Amicodex 1 tableta cada 8 horas.

Mediato:

- Higiene anal local moderada (agua y jabón neutro) posdefecatoria y a la hora del baño.
- Actividad física limitada durante la 1era semana.
- Baños de asientos tibios (B.A.T.)
- Analgésicos.
- Sedantes ligeros (1era semana del postoperatorio).
- Hacer indicaciones para una defecación adecuada.
- Evitar esfuerzo físico durante el período de cicatrización.
- Valorar la evolución del dolor.

Valorar al paciente por consulta externa una vez por semana, si no se presentan complicaciones, durante un plazo promedio entre 30 y 45 días.

Cura anal en dependencia del tipo de técnica.

Orientar el tratamiento médico

Indicadores

<u>Indicadores de estructura</u>	<u>Estándar</u>
<u>% de personal que compone el grupo de trabajo</u>	<u>> 95 %</u>
<u>% de disponibilidad de equipos médicos e instrumental</u>	<u>≥ 95%</u>
<u>% de disponibilidad de los recursos para la aplicación de las investigaciones.</u>	<u>≥ 95%</u>
<u>% de disponibilidad de los medicamentos necesarios</u>	<u>> 95%</u>
<u>% de planillas para la recogida de datos del PA</u>	
<u>% de base de datos electrónica</u>	<u>100 %</u>
<u>Indicadores de procesos</u>	
<u>% de pacientes para ser operados de FA en régimen ambulatorio</u>	<u>≥ 90%</u>
<u>% de pacientes operados de FA en seguimiento</u>	<u>>95%</u>
<u>% de pacientes para ser operados de FA ingresados por comorbilidad</u>	<u>> 95%</u>
<u>Indicadores de resultados</u>	
<u>% de pacientes operados de FA complicados</u>	<u><10%</u>
<u>% de pacientes operados de FA con solución de su problema derivado del tratamiento recibido</u>	<u>> 95%</u>
<u>% de pacientes con satisfacción por la atención recibida-</u>	<u>≥95%</u>

Bibliografía.

American Gastroenterological Association medical position statement (2003): Diagnosis and care of patients with anal fissure. *Gastroenterology* Jan; 124(1), pp: 233-4. PubMed

Arroyo, A., y colaboradores. (2005). Tratamiento de la fisura anal crónica. *Cirugía Española*. 78(2), pp: 68-74.

Arroyo, A., Pérez, F., Serrano, P., Candela, F., Lacueva, J., y Calpena, R. (2005). Surgical versus chemical (botulinum toxin) sphincterotomy for chronic anal fissure: long-term results of a prospective randomized clinical and manometric study. *American Journal Surgical*; 189, 429-34.

Baixauli Fons, J., Consultor Clínico. (2015). Departamento de Cirugía General y Digestiva, Universidad de Navarra. <http://www.cun.es/>

Briceño, H., Vitale, M., Anisen, A. y Morera, C. (2004). Comparación del tratamiento de la fisura anal con toxina botulínica vs esfinterotomía lateral interna abierta. *Revista Venezolana de Cirugía*; 57(1), 16-23.

Caeiro Castelao, J. (2007). Guías Clínicas - Fisura anal *Guías Clínicas*; 7 (12). <http://www.fisterra.com/salud/index.asp>

Charúa, G.L., Fonseca y colaboradores. (2007). Tratamiento de la fisura anal crónica con toxina botulínica tipo A. *Revista Gastroenterología de México*, 72 (1),pp:

Fady, D., Vincent, D. P. y colaboradores. (2006). Toxine botulique et fissure anale chronique. *Gastroentérologie Clinique et Biologique*, Volume 30, No 5, May, Pages 687-695

Fernández García, P., Albornoz López, R., Iciar Pérez, R., Abellón Ruiz, J. (2009). Efectividad y seguridad de diltiazem 2 % tópico en fisura anal. Localización: Farmacia hospitalaria: órgano oficial de expresión científica de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, ISSN 1130-6343, 33(29), 80-88. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/>

Grimshaw, J.M., Winkens, R.A.G., Shirran, L., Cunningham, C., Mayhew, A., Thomas, R., et al. Fraser, C. (2007). Intervenciones para mejorar las derivaciones de pacientes ambulatorios desde la atención primaria a la atención secundaria (Cochrane Review). Recuperado de: La Biblioteca Cochrane Plus, Issue 4, Oxford

Gutiérrez García, A., Villasana Roldós, L. (2008). Fisura Anal. Definición, clasificación, diagnóstico y tratamiento. Revista Cubana de Cirugía. (descargado de scielo.sld.cu)

Hequera, J.A., Obregón, G.J. (2006). Fisura anal. Revista Mexicana de Coloproctología Enfermedades del Ano, Recto y Colon, 12(2), 76-89.

Jan, R. (2007). Anal Fissure. Clin Colon Rectal Surg. May; 20(2), 133- 7.

Lisa, S. P. (2006). Anal Fissure; The Medicine Journal Specialty.

Llorente Llano, F. F., Martínez Varona, J. E., Muñoz Carbonell, W., Díaz Bustelo, A., Víctor Herrera, J., Medina Ricardo, A. (2002). Laserterapia en la fisura anal. Pág. Web Facultad de Ciencias Médicas "Cmdte. M. Fajardo" Universidad Médica La Habana. <http://fcmfajardo.sld.cu/cirugia/laserterapia.htm>

Maestre, Y. y colaboradores. (2010). Tratamiento del dolor anal por patología anorrectal aguda en urgencias: ¿baños de asiento con agua fría o caliente? resultados de un ensayo clínico aleatorizado. Cirugía española: Órgano oficial de la Asociación Española de Cirujanos, ISSN 0009-739X, 88, Nº. 2, pp: 97-102.

Marin Andres, G. y colaboradores. (2002). Uso del nifedipino oral y tópico en el tratamiento de la fisura anal crónica: estudio prospectivo, aleatorio y controlado. Revista Chilena de Cirugía. 54 (5), 503-7.

Murúa Barbenza, A. (2001). Fisura anal. Cuadernos de Cirugía, 15 N°(1,pp:58-60. ISSN0718-2864, <http://dx.doi.org/doi:10.4206/cuad.cir.2001.v15n1>

Nelson, R.L. (2008). Tratamiento no quirúrgico para la fisura anal. Revisión Cochrane traducida). Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de, Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Orsay, C., Rakinic, J., Perry, W.B., Hyman, N., Buie, D., Cataldo, P., et al. (2004). Practice parameters for the management of anal fissures (revised). Dis Colon Rectum Dec; 47(12):2003-7. PubMed.

Perea, Cosío, R. A., Mendoza, Villarreal, C. A., García, Lee, I. (2005): Fisura anal: Experiencia de 10 años. *Cirujano General*, 27 (3).

Placer, C., Elósegui, J. L. y colaboradores. (2007). La respuesta inicial al diltiazem tópico puede predecir la evolución de la fisura anal crónica. *Cirugía Española*, Volumen 82, No 1, Julio; 16-20. Sosa GJ. Fisura anal. *Revista del Hospital Juárez de México*, 74 (1).

Puche, J.M., García-Coret, F., Villalba, I. Ali-Mahmoud, Roig, J. (2009). Tratamiento local de la fisura anal crónica con diltiazem vs. nitroglicerina. Estudio comparativo. *Cirugía Española*, 87(4), 224-30. Recuperado de http://www.elsevier.es/revistas/ctl_servlet?

Tranqui, P. y colaboradores. (2006). Tratamiento no quirúrgico de la fisura anal crónica. *Canadian Journal Surgical*. Feb; 49(1), 41-5.

Torrabadella, L., Salgado, G., Burns, R.W., Berman, I.R. (2004): Manometric study of topical sildenafil (Viagra) in patients with chronic anal fissure: sildenafil reduces anal resting tone. *Disease Colon Rectum*. May; 47(5), 733-8.

Van Kemseke, C., Belaiche, J. (2004). Medical treatment of chronic anal fissure, where do we stand on reversible chemical sphincterotomy? *Acta Gastroenterol Belg*. Jul-Sep; 67(3), 265-71.