



UNIVERSIDAD DE CHILE

# **ACTUALMENTE ES NECESARIO OPERAR LA FISURA ANAL**

INTERNO: ALEJANDRO DIAZ BECERRA  
PROF. DR. HUMBERTO FLISFISCH FERNANDEZ  
DEPTO. DE CIRUGIA SUR  
FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE CHILE

## **INTRODUCCIÓN**

Las fisuras anales (FA) son pequeñas roturas o desgarros ubicadas anatómicamente debajo de la línea dentada hasta el borde del ano, comúnmente situadas en la línea media posterior. Clínicamente se manifiesta con dolor intenso y sangrado al defecar. Los pacientes con FA tienden a presentar presiones anales medias en reposo más altas que los controles. Fisiopatológicamente se relacionan con el espasmo del esfínter anal interno (EAI), que provoca disminución del flujo sanguíneo y un retraso de su curación. En general la mayoría de FA son menores, sanando espontáneamente o con medidas generales. Algunas persisten sintomáticas tras 4 a 6 semanas y son denominadas FA crónicas (FAC) (1).

El tratamiento incluye medidas generales como dieta adecuada y agentes tópicos: diltiazem o nifedipino. La inyección de toxina botulínica (TB) en el EAI también forma parte del arsenal terapéutico. Existen terapias más invasivas que incluyen la esfínterotomía lateral interna (ELI), que reduce el tono anal, permitiendo que la FA cicatrice. Existen otras terapias menos estudiadas que incluyen colgajos de avance anal (CAN), fisurectomía y otras variaciones de esfínterotomía lateral, incluyendo esfínterotomía adaptada y esfínterotomía posterolateral (1).

El objetivo de esta revisión es evaluar la efectividad de los tratamientos quirúrgicos en pacientes con FA comparados con tratamientos médicos evaluando las tasas de curación, recurrencia y complicaciones.

## **MATERIAL**

Los términos claves fueron “anal fissure”, “treatment”, “medical treatment”, “lateral sphincterotomy” y “surgery”.

Los artículos revisados se restringen a las bases de Science Direct y Pubmed: 6 reviews sistemáticas (RS) con metaanálisis (MA) y 1 estudio de cohorte retrospectivo (ECR) comparando los tratamientos para la FAC fueron considerados para la inclusión en este estudio, con contenido solo en inglés publicado desde 2015 hasta el 2024.

MA, RS y ECR publicadas antes del 1 de enero de 2015, fueron excluidos, además de estudios que comparen tratamiento médico con otro tratamiento médico o placebo.

## **MÉTODOS**

1 Autor identificó los ensayos para su inclusión de forma virtual.

El resultado de interés primario fue la curación de la FA, definido por clínica autoinformada por paciente o examen clínico. Los resultados secundarios incluyeron evaluación de recurrencia de síntomas, heces y/o incontinencia de gases y dolor.

Para el análisis los resultados se informaron como Odds Ratio (OR), mean difference (MD) y el intervalo de confianza (95% IC).

## RESULTADOS

### 1. Curación

En el MA de Jin J. et al. 43 estudios compararon 6 diferentes tratamientos en 3646 participantes, teniendo la esfinterotomía lateral (EL) una mayor probabilidad de curación en el seguimiento de 6-8 semanas. Comparado con el placebo (OR 30.40, IC 7.59-144.72), tratamiento médico (OR 5.71, IC 2.83-12.93) y la TB (OR 5.71, IC 2.83-12.93). En el seguimiento de 10 a 16 semanas 16 estudios fueron incluidos con 968 participantes. La EL tuvo probabilidades significativamente mayores que la curación con TB (OR 19.46, IC 2.69-273.46) y tratamiento médicos (OR 20.79, IC 4.24 - 235.36) (1).

En el seguimiento a largo plazo (16 semanas a 2 años), 17 estudios fueron incluidos con 1345 participantes. La EL presentó probabilidades significativamente mayores en curación con los demás tratamientos. Comparado con colgajo de avance anal (OR 4.93, IC 1.06 - 41.79), TB (13.30, 6.35 - 36.35), dilatación anal controlada (OR 24.69, IC 2.21 - 388.75) y tratamientos médicos (OR 24.80, IC 10.75 - 82.42) (1)

En estudio de Alnasser A. et al. en 2019 que involucró a 60 pacientes con FAC. Se formaron dos grupos, con 30 pacientes en cada grupo. Un grupo recibió tratamiento conservador con laxantes orales, diltiazem y baños de asiento. El otro grupo recibió tratamiento de ELI, seguido de baños de asiento y laxantes. Al final del ensayo, cinco pacientes no mostraron mejoría, dejando una tasa de éxito del 83,3%. En el grupo quirúrgico, todos los pacientes sanaron (2).

En el MA de 44 ensayos controlados randomizados de Ebinger S. et al. que involucró a 3268 pacientes después de una media de seguimiento de 2 meses las tasas de curación para ELI, dilataciones anales, anoplastia y/o fisurectomía, TB y tratamiento no invasivos fueron 93.1, 84.4, 79.8, 62.6, y 58.6% respectivamente. Comparado con tratamiento médico, el (OR) (95% intervalo de confianza) respecto a la curación con ELI, dilataciones anales, anoplastia y/o fisurectomía y TB fue de 9.9 (5.4-18.1), 8.6 (3.1-24.0), 3.5 (1.0-12.7) y 1.9 (1.1-3.5) respectivamente (3).

En el MA de Tanveer A. et al. se analizaron 16 ensayos con 1711 pacientes que presentaban FAC idiopática. La ELI cerrada tuvo un riesgo significativamente mejor de curación retardada de la fisura [OR: 0.28, 95% CI (0.10, 0.77), P = 0.01] y duración de la estadía hospitalaria [MD: -0.82 with 95% CI (-1.07, -0.57), P < 0.00001] comparada con la ELI con método abierto (4).

### 2. Recurrencia

En el MA de Asefa M et al. 8 ensayos controlados aleatorios con 1035 personas fueron incluidos para comparar el tratamiento ELI con técnica abierta vs cerrada. Aunque no hubo estadísticamente diferencia significativa, la ELI cerrada tuvo tasas más altas de recurrencia de fisura anal (RR= 1,73 (IC 95% 0,86–3,47, p = 0,90, I2 = 0%) y tasas más bajas de incontinencia postoperatoria tasa (RR = 0,60 (IC del 95%: 0,37–0,96, p = 0,76, I2=0) en comparación con ELI abierto. (5)

En el MA de Jin J. et al. Se compararon 30 estudios que involucraron a 2513 participantes. La media de seguimiento fue de 6.5 meses. La esfinterotomía lateral tuvo probabilidades de recurrencia significativamente menores en comparación con la toxina botulínica (OR 0.18, 0.07-0.42) y los tratamientos médicos (OR 0.07, 0.02-0.16). Del total de números de participantes 25.2% de los que recibieron toxina botulínica, 19.4% de los que recibieron tratamiento médico y 4.4% de los que se sometieron a la ELI presentaron síntomas recurrentes de FA (1).

### **3. Disminución del dolor**

En el MA de Jin J. et al. 4 tratamientos fueron comparados en 12 estudios que involucraron 1106 participantes, siendo la media de seguimiento 3.5 meses. Solo existió diferencia significativa del dolor medido con escala verbal análoga, entre los tratamientos médicos y la ELI (MD - 1.38, -2.32 a -0.49). No hubo diferencia significativa entre el uso de toxina botulínica y la esfinterotomía lateral (MD -1.12, -2.33 a 0.09) (1).

En el estudio de cohorte retrospectivo de Al-thoubaity que incluyó 691 pacientes todas mujeres, se les practicó el procedimiento de esfinterotomía lateral interna y se midió la disminución del dolor a lo largo del tiempo. En la primera semana en 435 pacientes (61.1%) se observó una disminución significativa del dolor, mientras que a la octava semana en 636 pacientes (92%) se evidenció esta disminución (4).

### **4. Complicaciones**

En el MA de Jin J. et al. 6 intervenciones fueron comparadas en 35 estudios que incluyen 3504 participantes. La media del seguimiento fue de 3.5 meses. El colgajo de avance (OR 0.00, 0.00 - 0.05), tratamiento médico (OR 0.00, 0.00 - 0.02), toxina botulínica (OR 0.01, 0.00 - 0.07) tuvieron probabilidades significativamente menores de incontinencia fecal o gases en comparación a esfinterotomía lateral. La toxina combinada con tratamientos médicos no difirió en sus probabilidades de incontinencia fecal y/o gases en comparación con la ELI (OR 0.08, 0.00-3.69). Tampoco hubo esta diferencia cuando se compararon las dilataciones anales y la ELI (OR 0.38, 0.00-20.65) (1).

En el MA de Sahebally S. et al. 4 estudios (2 ensayos ensayos controlados aleatorios y 2 estudios retrospectivos que describen a 300 pacientes fueron incluidos para comparar la CAN y el ELI. CAN se asoció con una tasa significativamente menor de incontinencia anal en comparación con ELI (OR = 0,06, IC 95% = 0,01 a 0,36, p = 0,002). Sin embargo, no hubo diferencias estadísticamente significativas en fisura no cicatrizada (OR = 2,21, IC del 95 % = 0,25 a 19,33, p = 0,47) o tasas de complicaciones de la herida (OR = 1,41, 95 % IC = 0,50 a 4,99 p = 0,51) entre CAN y ELI (7).

En la revisión sistemática de Alnasser A. et al. se analizaron 11 artículos con ensayos controlados aleatorizados, en los cuales también se reportó como efecto colateral de la ELI la incontinencia fecal. Ningún estudio evidenció efectos adversos de los baños de asiento (2).

En el MA de Tanveer et. al se analizaron 16 ensayos con 1711 pacientes que presentaban FAC idiopática. Se evidenció que el riesgo de todas las complicaciones [OR: 0.33 with 95% CI (0.19, 0.55), P < 0.0001], incontinencia [OR: 0.28 with 95% CI (0.20,0.38), P < 0.00001] y dolor postoperatorio [OR: 0.56 with 95%

CI (0.35, 0.91), P = 0.02] fue significativamente mejor en paciente sometidos a la esfinterotomía lateral con técnica cerrada (4).

En el MA de Sahabally S. et al. 44 ensayos fueron analizados donde las tasas de incontinencia anal posterior a ELI, dilataciones anales, anoplastia y/o fisurectomía, toxina botulínica y tratamiento no invasivos fueron 9.4, 18.2, 4.9, 4.1 y 3.0% respectivamente. Se comparó los tratamientos médicos versus ELI, dilataciones anales, anoplastia y/o fisurectomía, toxina botulínica y tratamiento no invasivos teniendo el OR (95% intervalo de confianza) de 6.8 (3.1-15.1), 16.9 (6.0-47.8), 3.9 (1.0-15.1) y 1.6 (0.7-3.7), respectivamente (7).

## **DISCUSIÓN**

En los estudios mostrados se evidencia la eficacia relativa de los tratamientos de la FAC. El tratamiento quirúrgico con ELI mostró ser el tratamiento más efectivo para la curación de las FAC a través de todos los momentos de seguimiento comparado con la toxina botulínica y tratamientos médicos. En los casos de baños de asiento no se reportaron efectos adversos, los hallazgos de esta revisión sugieren poner más énfasis en el uso de esfinterotomía para la curación de la FAC, si el tratamiento médico fracasa.

Es necesario tener en cuenta que las diferentes complicaciones de la ELI como la incontinencia fecal y dolor postoperatorio, se reducen significativamente con técnicas de ELI cerrada.

La técnica de ELI tiene el riesgo de generar incontinencia anal. Este potencial riesgo ha llevado a la búsqueda de estrategias que preserven el esfínter como la técnica del CAN. Este CAN se asocia con menos incontinencia, pero con complicaciones similares en las heridas y con una tasa similar de fisuras no cicatrizadas en comparación con ELI. Sin embargo, es necesario más ensayos aleatorios multicéntricos para entregar pruebas más sólidas.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1) Jin JZ, Bhat S, Park B, Hardy M-O, Unasa H, Mauiliu-Wallis M, et al. A systematic review and network meta-analysis comparing treatments for anal fissure. *Surgery* [Internet]. 2022; 172(1):41–52. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.surg.2021.11.030>
- 2) Alnasser AR, Akram A, Kar S, Osman F, Mashat GD, Tran HH-V, et al. The efficacy of sitz baths as compared to lateral internal sphincterotomy in patients with anal fissures: A systematic review. *Cureus* [Internet]. 2022;14(10):e30847. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.30847>
- 3) Ebinger SM, Hardt J, Warschkow R, Schmied BM, Herold A, Post S, et al. Operative and medical treatment of chronic anal fissures-a review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *J Gastroenterol* [Internet]. 2017;52(6):663–76. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00535-017-1335-0>
- 4) Tanveer A, Arshad S, Fakhri N, Farooq DA, Afyouni A, Kamran A, et al. Close lateral internal sphincterotomy versus open lateral internal sphincterotomy for chronic anal fissure: a systematic review and meta-analysis. *Ann Med Surg (Lond)* [Internet]. 2024; 86(2):975–85. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/MS9.0000000000001593>
- 5) Asefa Z, Awedew AF. Comparing closed versus open lateral internal sphincterotomy for management of chronic anal fissure: systematic review and meta-analysis of randomised control trials. *Sci Rep* [Internet]. 2023; 13(1):20957. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/s41598-023-48286-z>
- 6) Al-thoubaity F. Safety and efficacy of the treatment of chronic anal fissure by lateral internal sphincterotomy: A retrospective cohort study. *Ann Med Surg (Lond)* [Internet]. 2020; 57:291–4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amsu.2020.08.010>
- 7) Sahebally SM, Walsh SR, Mahmood W, Aherne TM, Joyce MR. Anal advancement flap versus lateral internal sphincterotomy for chronic anal fissure- a systematic review and meta-analysis. *Int J Surg* [Internet]. 2018; 49:16–21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijsu.2017.12.002>