



TRATAMIENTO DE LA

FISURA ANAL

INTERNA: DANIELA HENRIQUEZ BOBADILLA
PROF. DR. HUMBERTO FLISFISCH FERNÁNDEZ
DEPTO. CIRUGIA SUR
FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE CHILE

Introducción

Una fisura anal (FA) es un desgarró o defecto longitudinal doloroso en la piel del canal anal (1), que se inicia distal a la línea dentada, y se extiende hasta el borde anal (2). Se presenta con mayor frecuencia en personas jóvenes y de mediana edad, con igual frecuencia en hombres y mujeres (2).

La fisiopatología de la FA no es del todo conocida. Se plantea que en un principio existe una erosión o trauma en la piel del canal anal, ya sea por el paso de heces duras o grandes, irritación local por diarrea, entre otros (1, 2). La erosión genera dolor y espasmos del esfínter anal interno. Este espasmo y la alta presión del esfínter anal en reposo conducen a una reducción del flujo sanguíneo, isquemia, y consecuentemente, a una mala curación, perpetuando la FA (1).

La FA se clasifica según su duración, localización y etiología (2).

Según la **duración** se clasifica en FA aguda (menor a 8 semanas) y crónica (mayor a 8 semanas) (3). Clínicamente, una FA aguda se observa como una laceración, en cambio, en una FA crónica se observa una papila anal hipertrófica en el extremo proximal de la FA, un pliegue cutáneo centinela en el extremo distal de la FA, y las fibras musculares del esfínter anal interno en la base de la FA (1, 2, 3).

Según su **localización** se clasifica en FA posterior (la más frecuente, casi el 90% de los casos), anterior y lateral (4).

Según su **etiología** se clasifica en FA primaria y secundaria (2). La FA primaria suele ser benigna; se relaciona con traumatismos locales, como deposiciones duras, diarrea prolongada, o penetración. En cambio, la FA secundaria se presenta en pacientes con procedimientos quirúrgicos anales previos, infecciones (VIH, SIDA, sífilis), enfermedad inflamatoria intestinal, y/o malignidad (1, 2). Siempre sospechar de estas etiologías frente a FA laterales o múltiples, ya que son consideradas presentaciones atípicas, por lo que requieren una evaluación más exhaustiva (2, 3, 5).

La FA se manifiesta con dolor anal intenso, provocado por la defecación, el cual puede durar varias horas después de defecar. El dolor reaparece con cada deposición, y el paciente suele tener miedo y no querer evacuar, llevando a un círculo vicioso de empeoramiento de la constipación, heces más duras y aumento del dolor anal. También puede estar presente el sangrado anorrectal, usualmente de color rojo brillante al limpiarse (1, 2, 3, 5). Esta sintomatología, sobre todo el dolor, afecta negativamente la calidad de vida de las personas que la poseen (2). Actualmente existe una gran variedad de opciones conservadoras y quirúrgicas para abordar esta patología (2). La presente revisión bibliográfica tiene como objetivo realizar una actualización acerca del tratamiento de la FA.

Material y Métodos

Se realizó una revisión bibliográfica basada en una búsqueda de publicaciones y revisiones sobre el tratamiento de la FA. La base de datos utilizada corresponde a PUBMED. Las palabras claves para la búsqueda principal fueron: "anal fissure", "anal fissure AND treatment", "anal fissure AND botulinumtoxin" y "lateral internal sphincterotomy", y sus traducciones al español, según previa búsqueda de los respectivos descriptores de salud MeSH.

Se dio preferencia a literatura publicada en inglés y español, y a aquella publicada entre 2016 y 2023. Se encontraron 7 publicaciones en total. La revisión se realizó de forma individual por la presente autora, mediante metodología virtual.

Resultados

1. Medidas higiénico - dietéticas

Corresponde al primer escalón terapéutico tanto en FA aguda como crónica (1, 3, 5, 6). Dentro de estas medidas conservadoras, se considera el dejar de fumar y realizar ejercicio físico moderado diario; además de mantener una dieta rica en fibra (25-30 g/día), abundante consumo de líquidos, uso de ablandadores del bolo fecal, y la realización de baños de asiento (2, 3, 5). El principal objetivo de estos es disminuir el tono del esfínter anal y producir un alivio sintomático. Se recomienda realizarlos con agua tibia (36-40°C) durante 10 minutos; 2 a 3 veces al día, y después de cada deposición (2, 6).

Estas medidas son bien toleradas y tienen nulos a mínimos efectos secundarios (5). Casi el 50% de los pacientes con FA aguda sanarán con este tipo de intervenciones (1, 3, 5, 6); y en pacientes ya curados, el uso de estas medidas a permanencia se asocia a tasas más bajas de recurrencia de FA en comparación con el placebo (1, 5).

2. Tratamiento médico: Medidas farmacológicas locales

Corresponde al segundo escalón terapéutico. Existen distintos fármacos de uso tópico, los más estudiados son los bloqueadores de canales de calcio (CA), y los donadores de óxido nítrico, también llamados nitratos. De los CA, los fármacos más utilizados son el diltiazem y el nifedipino; y de los nitratos, la nitroglicerina y el trinitrato de glicerilo (1, 4, 6). Su principal objetivo es generar una relajación transitoria del esfínter anal, mejorando la vascularización de la mucosa de la zona fisurada, y con ello una mayor curación y regeneración del defecto (2, 6). Se recomienda la administración de ungüento de diltiazem al 2%, nifedipino al 0.3 - 0.5%, o nitroglicerina al 0,2% 2 veces al día durante 6 a 8 semanas (1, 2, 3).

Los nitratos se asocian con una tasa de curación del 50% de FA crónicas, con un 50-60% de recurrencia a largo plazo (1, 2, 4, 5, 6). Sus principales efectos adversos son la cefalea y náuseas, los cuales están presentes en el 30% de los pacientes. Si bien ceden durante las primeras semanas, son responsables del cese del tratamiento en hasta el 20% de los casos (1, 2, 3, 5). Los CA tienen un efecto similar en la curación de FA crónicas, pero con una menor incidencia de efectos secundarios (1, 4, 5, 6).

Además de los fármacos tópicos para el tratamiento de la FA, existe otra alternativa de manejo médico, la cual consiste en la administración intramuscular de toxina botulínica (TB). La TB corresponde a una exotoxina producida por la bacteria *Clostridium botulinum*, la cual es utilizada por su efecto de bloqueador neuromuscular, causando así la parálisis a corto plazo del músculo del esfínter anal interno (2, 3, 7). Dentro de sus efectos adversos se describe el aumento del volumen urinario postmiccional, bloqueo cardíaco, hipotensión postural y reacciones alérgicas y cutáneas (3); siendo los efectos secundarios más importante para los pacientes, la incontinencia fecal, la cual es generalmente transitoria (1, 2).

Diversos metaanálisis sugieren que la TB utilizada como primera línea posee resultados similares a las terapias tópicas, respecto a tasas de curación de FA crónicas (4, 6). Además, genera gran alivio sintomático y está asociada con una menor incidencia de eventos adversos y menor recurrencia de la

FA (5). No obstante, debido a la invasividad de este procedimiento, y el perfil de efectos adversos, se prefiere utilizar como terapia de segunda línea (1), por ejemplo, en pacientes con FA agudas o crónicas con fracaso del tratamiento con terapias tópicas, o bien, en FA recurrentes (4, 6). Su principal desventaja es que actualmente no existe un consenso para su dosificación, técnica, ni ubicación de la inyección de la TB (2, 3, 5).

3. Tratamiento quirúrgico

Corresponde a la realización de intervenciones quirúrgicas como manejo definitivo de las FA crónicas ante falla del manejo médico conservador. Dentro de los procedimientos descritos se encuentra la esfinterotomía lateral interna, anoplastía de avance, fisurectomía y dilatación anal.

3.1 Esfinterotomía Lateral Interna (ELI)

Corresponde a la técnica quirúrgica de elección. El objetivo de esta intervención es disminuir el tono esfinteriano mediante la sección del esfínter anal interno, por debajo de la línea pectínea (1, 6). Su principal efecto adverso corresponde a la incontinencia fecal, cuya prevalencia oscila entre el 8%-30%, siendo más frecuente los escapes de gases involuntarios (18%) e incontinencia fecal leve (5%) (3, 5, 6).

Los pacientes con una FA de más de 1 año de evolución tienen menos probabilidades de responder a la terapia médica, por lo que estaría indicada la ELI. En general, esta se realiza cuando hubo fracaso del tratamiento con terapias tópicas y/o TB (2, 5). Múltiples ensayos han confirmado la superioridad de la ELI en comparación con el manejo médico (CA, nitratos tópicos y TB), con tasas de curación a largo plazo de 88%-100% y tasas de recurrencia del 42% (2, 3, 5, 6).

Cabe destacar que posterior a una ELI, la continencia fecal a largo plazo y la calidad de vida se conservan en la gran mayoría de los pacientes, por lo que la ELI se podría ofrecer de forma segura como tratamiento de primera línea en pacientes seleccionados (FA crónicas sin incontinencia fecal subyacente) (2, 5).

3.2 Anoplastía de Avance

Consiste en un curetaje de la zona de la FA, y en la realización de un colgajo de piel y tejido celular subcutáneo, que cubre el defecto de la FA más allá del borde externo de la misma y que se sutura a la mucosa rectal (2, 3, 6). Las complicaciones más frecuentes son la necrosis, dehiscencia e infección (6).

Estudios muestran una tasa de éxito del 98% para el manejo de FA crónicas (3). Es una alternativa posible a la ELI, la cual puede ser particularmente útil en personas con riesgo de incontinencia (multiparidad, trauma obstétrico, cirugía anorrectal), y la persistencia de síntomas tras terapias conservadoras o esfinterotomía (6).

3.3 Fisurectomía

Consiste en la escisión del tejido de granulación crónico, la papila hipertrófica y la cicatriz de la FA (2, 3). Posee una menor tasa de curación y mayor tasa de recurrencia de FA en comparación a la ELI (1). Además, tiene riesgos innecesarios de incontinencia fecal, por lo que es considerada globalmente inferior a la ELI (1, 2, 3, 6).

3.4 Dilatación anal

Consiste en la dilatación anal mediante técnicas manuales, como el procedimiento de Lord; o bien, mediante diversos instrumentos médicos, como balón neumático, anoscopio de dos válvulas, entre

otros (2, 3). Si bien es una técnica fácil de realizar, no se encuentra estandarizada y puede producir daños irreversibles sobre el esfínter anal, con un riesgo inaceptablemente alto de incontinencia fecal, por lo que esta técnica ha quedado obsoleta y en desuso tras la aparición de la ELI (3, 6).

Discusión

La FA altera severamente la calidad de vida de las personas que la poseen, por lo que es sumamente importante tratarla con tal de disminuir su sintomatología (2).

El pilar terapéutico más relevante para manejar la FA corresponde a los cambios de estilo de vida y uso de baños de asiento (1, 5, 6). El tratamiento médico tópico es seguro, posee una amplia disponibilidad, altas tasas de curación, buena tolerancia, y en general, pocos efectos secundarios, por lo que debe siempre acompañar a las medidas higiénicas y dietéticas (1, 4, 6).

Si bien la ELI puede estar asociada con incontinencia fecal en algunos casos, en general, la continencia fecal a largo plazo y la calidad de vida no se alteran en la mayoría de los pacientes. Posee una excelente tasa de curación de FA, y una baja tasa de recurrencia, lo que la convierte en el GoldStandard de las intervenciones quirúrgicas (5, 6).

Referencias

1. Schlichtemeier S, Engel A. Anal fissure. AustPrescr [Internet]. 2016;39(1):14–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18773/austprescr.2016.007>
2. Salati SA. Anal Fissure – an extensive update. Pol PrzeglChir [Internet]. 2021; 93(3):1–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5604/01.3001.0014.7879>
3. Shashidharan M, Beaty J. Anal fissure. Clin Colon Rectal Surg [Internet]. 2016; 29(01):030–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0035-1570390>
4. Hwang SH. Trends in treatment for hemorrhoids, fistula, and anal fissure: Go along the current trends. J AnusRectum Colon [Internet]. 2022; 6(3):150–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.23922/jarc.2022-012>
5. Davids JS, Hawkins AT, Bhama AR, Feinberg AE, Grieco MJ, Lightner AL, et al. The American society of colon and rectal surgeons clinical practice guidelines for the management of anal fissures. Dis Colon Rectum [Internet]. 2023; 66(2):190–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/dcr.0000000000002664>
6. Arroyo A, Montes E, Calderón T, Blesa I, Elía M, Salgado G, et al. Tratamiento de la fisura anal: algoritmo de actuación. Documento de consenso de la Asociación Española de Coloproctología y la Sección de Coloproctología de la Asociación Española de Cirujanos. CirEsp [Internet]. 2018;96(5):260–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2018.02.007>
7. Vitoopinyoparb K, Insin P, Thadanipon K, Rattanasiri S, Attia J, McKay G, et al. Comparison of doses and injection sites of botulinum toxin for chronic anal fissure: A systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. Int J Surg [Internet]. 2022;104(106798):106798. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijisu.2022.106798>