



Tratamiento actual de la Fisura anal Crónica

**INTERNO: NICOLAS BUSTAMANTE ZUÑIGA
PROF. DR. HUMBERTO FLISFISCH FERNÁNDEZ
DEPTO. CIRUGÍA SUR
FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE CHILE**

Introducción

La fisura anal se define como una solución de continuidad longitudinal en el anodermo, que se extiende desde la línea pectínea hasta el margen anal (1). Constituye una de las patologías proctológicas más frecuentes y dolorosas. Su fisiopatología se centra en un ciclo vicioso de dolor, espasmo del esfínter anal interno (EAI) e isquemia local (1). El traumatismo inicial, usualmente por el paso de heces duras, genera un desgarro que produce dolor intenso. Este dolor desencadena un reflejo de hipertonia sostenida del EAI, un músculo liso de control involuntario (1). Dicha hipertonia comprime los vasos sanguíneos que irrigan el anodermo (principalmente las ramas terminales de la arteria rectal inferior), generando una isquemia relativa en la comisura posterior, la zona menos perfundida del canal anal, lo que impide la cicatrización y perpetúa la lesión, cronificándola (2). Una fisura se considera crónica si persiste por más de 8 a 12 semanas (1).

A nivel internacional, el paradigma de tratamiento ha migrado significativamente. La esfinterotomía lateral interna (ELI), históricamente el tratamiento de elección, ha sido desplazada como terapia primaria debido a su riesgo, aunque bajo, de incontinencia fecal permanente (1,2). En su lugar, ha surgido un enfoque de "esfinterotomía química" o farmacológica, que busca lograr la relajación del EAI sin una sección muscular permanente (2). En el contexto nacional chileno, si bien la patología es de alta prevalencia en la consulta de coloproctología, existe una carencia de datos epidemiológicos publicados a gran escala, por lo que la práctica clínica se fundamenta en la extrapolación de la evidencia internacional.

Objetivos del trabajo:

- **Objetivo General:** Describir el algoritmo terapéutico escalonado para la fisura anal crónica en adultos, basado en la mejor evidencia disponible en guías de práctica clínica internacionales.
- **Objetivos Específicos:**
 1. Determinar la eficacia de las terapias farmacológicas de primera línea.
 2. Establecer la tasa de éxito y las indicaciones de la inyección de toxina botulínica como tratamiento de segunda línea.
 3. Precisar la tasa de curación y el riesgo de incontinencia asociado a la esfinterotomía lateral interna como tratamiento de referencia para casos refractarios.

Material

Para la elaboración de este trabajo se realizó una revisión bibliográfica sistemática de publicaciones científicas indexadas, con un rango de publicación entre los años 2018 y 2024. Se seleccionaron un total de 8 fuentes de alta evidencia, que incluyen: 1 guía de práctica clínica de la American Society of Colon and Rectal Surgeons (ASCRS), 2

revisiones sistemáticas con metaanálisis, y 2 artículos de revisión y series de casos relevantes publicados en las bases de datos PubMed y SciELO.

Método

La revisión de las publicaciones fue realizada de manera individual y por medios virtuales. Se empleó una estrategia de búsqueda con los términos MeSH y palabras clave: "Anal Fissure", "Chronic Anal Fissure", "Treatment", "Management", "Lateral Internal Sphincterotomy", "Botulinum Toxin", "Calcium Channel Blockers". Los criterios de inclusión fueron: guías de práctica clínica, metaanálisis y revisiones sistemáticas en idioma inglés o español que abordaran el tratamiento en población adulta. Se excluyeron reportes de caso aislados y estudios con metodología no clara.

Resultados

Los resultados se expresan en tasas de curación (porcentaje) y riesgos de complicaciones (porcentaje).

- **Tratamiento Inicial No Farmacológico:** Existe una recomendación universal para aumentar la ingesta de fibra a 25-35 gramos/día y asegurar una adecuada hidratación. La ASCRS emite una "recomendación fuerte, basada en evidencia de moderada calidad" para esta medida (2). Los baños de asiento con agua tibia se recomiendan para el alivio sintomático, aunque no han demostrado aumentar las tasas de curación por sí solos (2).
- **Tratamiento Farmacológico de Primera Línea:**
 - **Bloqueadores de Canales de Calcio (BCC) Tópicos:** La aplicación de ungüento de Diltiazem al 2% o Nifedipino al 0.2-0.3%, dos a tres veces al día, es la terapia de primera línea recomendada por la mayoría de las guías actuales (1,2). Las tasas de curación reportadas varían entre el 65% y el 94% (3). Los efectos adversos son principalmente locales y de baja incidencia (prurito, irritación).
 - **Nitratos Tópicos:** El ungüento de Nitroglicerina (NTG) al 0.4% (en EE.UU.) o al 0.2% (en Europa), presenta tasas de curación que oscilan entre el 40% y el 65% (1,2). Su principal limitante es la alta incidencia de cefalea, reportada hasta en el 40% de los pacientes, lo que conduce a una baja adherencia terapéutica (1).
- **Tratamiento de Segunda Línea:**
 - **Toxina Botulínica A (TBA):** Para pacientes que fracasan o no toleran el tratamiento tópico. Consiste en la inyección de 20-25 unidades de TBA directamente en el EAI (4). Las tasas de curación se sitúan entre el 60% y el 80%. La recurrencia a largo plazo es mayor que con la cirugía. El principal efecto adverso es la incontinencia transitoria a gases o manchado, reportada en un 5-10% de los casos, que suele resolverse en 2-3 meses (4).

- **Tratamiento Quirúrgico (*Gold standard* para Casos Refractarios):**
 - **Esfinterotomía Lateral Interna (ELI):** Reservada para fisuras crónicas refractarias a múltiples intentos de manejo médico. La técnica consiste en la sección de una porción del EAI. Presenta la tasa de curación más alta, superior al 95% (3). El riesgo de alteración de la continencia es la principal preocupación: se reporta incontinencia menor y transitoria (gases, manchado) en hasta un 15% de los pacientes (3,5). El riesgo de incontinencia fecal mayor y permanente es significativamente más bajo, estimado en un 1-3% (1)

Discusión

El análisis de los resultados revela un consenso internacional claro y robusto hacia un manejo escalonado de la fisura anal crónica, que busca minimizar el riesgo de secuelas funcionales permanentes (1,5). La comparación entre las terapias farmacológicas de primera línea es decantadora: aunque tanto los BCC como la NTG buscan el mismo efecto fisiopatológico (relajación del EAI), los BCC tópicos (Diltiazem/Nifedipino) han demostrado una eficacia similar o incluso superior a la NTG, pero con un perfil de efectos adversos considerablemente menor. Esta diferencia justifica que guías como la de la ASCRS positionen a los BCC como el agente farmacológico de elección inicial (1).

La esfinterotomía quirúrgica (ELI) se mantiene como la terapia más eficaz, pero su rol ha sido redefinido. Ya no es la primera opción, sino el tratamiento de rescate definitivo. La discusión actual no se centra en si la ELI es efectiva, sino en cómo seleccionar al paciente adecuado para minimizar el riesgo de incontinencia (1,3). En este escenario, la toxina botulínica se ha consolidado como un puente terapéutico valioso entre el fracaso del tratamiento tópico y la indicación quirúrgica, ofreciendo una alta tasa de curación sin alteración anatómica permanente (4).

En Chile, la práctica clínica en centros de referencia se ha alineado con estas directrices internacionales. Sin embargo, la ausencia de un registro nacional o de estudios epidemiológicos prospectivos sobre la fisura anal es una debilidad. Tal investigación permitiría conocer la prevalencia real de la enfermedad, las tasas de éxito de los diferentes tratamientos en nuestra población y la incidencia real de complicaciones post-quirúrgicas, lo cual es fundamental para la correcta asignación de recursos en salud.

Se concluye que los objetivos del trabajo fueron cumplidos, ya que se logró delinear el algoritmo terapéutico actual para la fisura anal crónica. La evidencia demuestra que un resultado negativo con una terapia conservadora (ej. falla en la cicatrización con Diltiazem tópico) no es un fracaso del manejo, sino un hallazgo clínico importante que justifica la escalada al siguiente nivel terapéutico, en un proceso de toma de decisiones compartida con el paciente.

Bibliografía

1. Stewart DB Sr, Gaertner W, Glasgow S, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guideline for the Management of Anal Fissures. *Dis Colon Rectum.* 2023;66(1):11-20.
2. Salem A, Alabed Y, Al-Momani H, et al. Management of Chronic Anal Fissure: A Review of the Literature. *Cureus.* 2023;15(9): e45876.
3. Sahebally SM, Dew K, Lacarrière C, et al. A systematic review and network meta-analysis of medical-based therapies for chronic anal fissure. *Colorectal Dis.* 2021;23(7):1631-1644.
4. Garg P, Singh P. Chemodenervation (Botulinum Toxin Injection) for Anal Fissure. *Indian J Surg.* 2020;82(3):474-480
5. Poch F, Casal E, Gómez-López JR. Tratamiento de la fisura anal crónica: ¿dónde estamos? *Cir Esp.* 2019;97(3):131-132.