

Fisura anal

Fecha de la última revisión: **30/06/2016**

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cómo se manifiesta?](#)
3. [¿Cómo se diagnostica?](#)
4. [¿Cómo se trata?](#)
5. [Bibliografía](#)
6. [Más en la red](#)
7. [Autora](#)

¿De qué hablamos?

Se trata de una úlcera o pérdida de sustancia desde la línea pectínea hasta el margen del ano que se localiza, generalmente, en línea media posterior (90%).

Tan sólo un 10% de mujeres y un 1% de varones presentan una fisura anal primaria localizada en línea media anterior (Lund JN, 2006).

Es una de las principales consultas proctológicas en nuestro medio, de incidencia desconocida, pero que afecta principalmente a adultos jóvenes o de mediana edad, y a menudo se produce en mujeres durante el tercer trimestre de embarazo o puerperio (CKS, 2005).

Clásicamente se ha atribuido a una lesión mecánica del anodermo.

La mayoría de las fisuras anales son primarias, causadas por un traumatismo local (heces duras, diarrea crónica, parto vaginal o sexo anal). Las fisuras anales secundarias aparecen en relación con procedimientos quirúrgicos anales previos, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedades granulomatosas, tumores o enfermedades de transmisión sexual (Cecil y Goldman, 2013).

Parece existir un componente isquémico, por disminución del flujo vascular en la línea media posterior potenciado por la hipertonía esfinteriana, característica de esta patología.

La fisura anal se puede clasificar en función de la etiología y del tiempo de evolución en:

- **Por su etiología:**
 - Primaria o idiopática: las más frecuentes.
 - Secundarias: asociadas a enfermedades digestivas (EI), enfermedades de transmisión sexual (VIH), tumores, quimioterapia o traumatismos.
- **Por su tiempo de evolución:**
 - Aguda: es aquella que se resuelve entre 4 y 6 semanas.
 - Crónica: la sintomatología persiste pasadas las 6 semanas (Collins EE, 2007).

¿Cómo se manifiesta?

En la fase aguda la fisura se manifiesta típicamente por intensa proctalgia durante la defecación que persiste tras la misma durante 10-30 minutos y que se acompaña de rectorragia autolimitada e hipertonía del esfínter.

Este episodio agudo suele revertir de forma espontánea o con medidas higiénico-dietéticas aunque, en ocasiones, puede persistir una leve sintomatología, con episodios recurrentes de reagudización (CKS, 2005).

¿Cómo se diagnostica?

El diagnóstico se basa en realizar una anamnesis dirigida y una exploración física correcta:

Con el paciente en posición fetal (decúbito lateral y rodillas hacia el abdomen), separando las nalgas y traccionando del margen anal se consigue visualizar la fisura. En los casos de fisura crónica aparece de forma casi constante una hemorroide centinela en el ápex de la fisura y un apéndice cutáneo externo.

El intenso dolor que produce impide la realización del tacto rectal, por lo que no debe insistirse en su realización. Si se realiza, pondrá de manifiesto la hipertonía del esfínter interno.

La colonoscopia podría estar indicada en pacientes en los que persiste el sangrado una vez haya mejorado el dolor relacionado con la fisura y en aquellos casos que nos hagan sospechar una etiología secundaria como son las fisuras laterales o múltiples (Madoff RD, 2003).

¿Cómo se trata?

Para entender la base del tratamiento de la fisura anal tenemos que tener presente que la hipertonía del esfínter anal interno es el factor más importante en la persistencia de la fisura anal crónica. Por lo tanto, el objetivo del tratamiento es reducir la hipertonía para mejorar la vascularización local y permitir la cicatrización.

Para ello existen varias opciones en función de si se trata de una fisura aguda o crónica.

Fisura anal aguda: hasta el 90% de las fisuras anales agudas suelen responder a un tratamiento conservador o higiénico-dietético que consiste en:

- Dieta rica en fibra.
- Ingesta hídrica abundante.
- Agentes formadores de bolo fecal (**plántago**).
- Analgesia.
- Realización de baños de asiento: se realizan con agua tibia, durante 10-15 minutos, dos o tres veces al día y tras hacer deposición. Existe cierta controversia en cuanto a su efecto en la disminución del dolor en éstos pacientes. Ensayos clínicos en los que se valora el dolor anal en pacientes con fisura anal y tras hemorroidectomía, con y sin realización de baños de asiento, muestran resultados contradictorios tanto en la mejoría del dolor global como en la aceleración de la curación de la fisura. Por tanto, no hay gran evidencia para apoyar el uso de los baños de asiento, pero sí parece existir una mayor satisfacción en los pacientes que los realizan frente a los que no, sobre todo, en cuanto al dolor post-defecación (Lang DS, 2011).

Deben evitarse las preparaciones tópicas con anestésicos locales o corticoides durante más de una semana ya que producen dermatitis (de contacto y atrófica) con escaso beneficio.

Fisura anal crónica: clásicamente, el tratamiento de la fisura anal crónica ha sido quirúrgico mediante diferentes técnicas (Nelson RL, 2011).

- Dilatación anal: hoy en día prácticamente en desuso, por producir un daño esfinteriano difuso e incontrolado con tasas de incontinencia de hasta el 56%.
- Esfínterotomía lateral interna (abierta o cerrada): consiste en realizar una pequeña incisión cutánea en la zona interesfintérica, lo que permite visualizar el esfínter anal interno, seccionándolo bajo visión directa, lo que asocia una menor tasa de incontinencia. Puede realizarse con anestesia local y en régimen ambulatorio. El cerrar la herida para acelerar la cicatrización no se asocia a mayor número de infección. La recurrencia o persistencia en éstos casos suele deberse a esfínterotomías insuficientes o presencia de colgajos cutáneos voluminosos, por lo que siempre deben ser extirpados.
- Colgajo de avance: consiste en cubrir el defecto con colgajos mucosos y plastias. Comparado con la efínterotomía lateral interna existe una mayor tendencia a la recurrencia de la fisura (no significativo) aunque sin alteración de la continencia. Su principal complicación es la necrosis del colgajo.

Los principales problemas de éstas técnicas son: la recurrencia (aunque no existe claramente un gold estándar, podríamos decir que la técnica de elección hoy en día en éste sentido sería la esfínterotomía lateral interna) y la incontinencia (Sajid MS, 2008).

Por esto último, se han probado diferentes tratamientos médicos con el objetivo de conseguir una relajación transitoria del esfínter interno para que se produzca la curación de la fisura, evitando la incontinencia:

- **Pomada o parche dérmico** de nitroglicerina 0,2% (RECTOGESIC®): vía rectal debe administrarse, aproximadamente, 375 mg y aplicarse de forma circunferencial. Se debe aplicar cada 12 horas hasta que el dolor remita, máximo 8 semanas. El principal efecto secundario es la cefalea, en algunos casos tan intensa que obliga a abandonar el tratamiento. Otros son: hipotensión o hipertensión de rebote, síncope o dermatitis anal. Otra forma de administración son los parches de nitroglicerina, que no han mostrado diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la eficacia. La tasa de curación se encuentra en torno a 2/3 de los pacientes y la recurrencia del 50% (Nelson R, 2006).
- Inyección de toxina botulínica: actúa como relajante del músculo estriado. Su mayor efecto se alcanza entre la primera y tercera semana. Se aplica entre diez y cien unidades, alrededor del canal anal, directamente en el esfínter interno. La relajación del esfínter provoca un alivio temporal de los síntomas y permite la curación. A pesar de los resultados prometedores iniciales, en una revisión de la Cochrane se vio que no hubo diferencias estadísticamente significativas frente al placebo ni frente a la nitroglicerina (Nelson R, 2006). Además, diversos estudios en los que se compara la realización de la esfínterotomía lateral interna con la utilización de toxina botulínica observaron que la esfínterotomía fue más efectiva en la curación de la fisura anal, con una menor tasa de recurrencia frente al uso de toxina botulínica, aunque con mayor riesgo de incontinencia anal (Shao WJ, 2009). Los principales efectos adversos son: incontinencia inicial reversible, trombosis hemorroidal, equimosis en puntos de inyección y la epididimitis. Actualmente, la toxina botulínica no se usa como tratamiento de primera línea en la fisura anal.
- Bloqueadores de los canales de calcio (**nifedipino o diltiazem**): su acción en el esfínter anal es parecida a la realizada por la toxina botulínica, reduciendo la presión de reposo del esfínter. Usados tanto de forma tópica como por vía oral, en la última revisión de la Cochrane, no hubo diferencias significativas en cuanto a la eficacia frente a diversas estrategias terapéuticas. Las tasas de curación del nifedipino tópico fueron del 95% a las tres semanas con una tendencia de recurrencia progresiva de un 25% a los tres meses. Otra revisión en la que se compara el uso del diltiazem tópico y la nitroglicerina, concluye que ambos son igualmente efectivos en la curación de la fisura anal, con una menor incidencia de efectos secundarios a favor del diltiazem (Sajid MS, 2008; Sajid MS, 2013).

Por tanto, y como recomendaciones generales de muchas de las guías clínicas europeas y americanas (CKS, 2005; ASCRS, 2004), la fisura anal agua debería manejarse con medidas higiénico-dietéticas y, en las fisuras anales crónicas utilizar, como primer escalón pomadas o parches de nitroglicerina y/o calcioantagonistas sobre todo en pacientes con factores de riesgo de incontinencia:

- Sexo femenino.
- Edad avanzada.
- Multiparidad.
- Cirugía anal previa.
- Ausencia de hipertónía.

En aquellos pacientes en los que persista la sintomatología (dolor intenso) se puede ofrecer el tratamiento farmacológico con toxina botulínica o, asumiendo el riesgo de incontinencia, el tratamiento quirúrgico (Arroyo A, 2005; Orsay C, 2004).

Bibliografía

- Arroyo A, Perez F, Serrano P, Candela F, La Cueva J. Calpena R. Surgical versus chemical (botulinum toxin) sphincterotomy for chronic anal fissure: Long-term results of a prospective randomized clinical and manometric study. Am J Surg. 2005;189(4):429-34. PubMed **PMID: 15820455**

- ASCRS. Anal fissure. American Society of Colon and Rectal Surgeons; 2004.
- Cecil y Goldman. Tratado de Medicina Interna. 24 ed. Barcelona: Elsevier; 2013. p. 949-54.
- CKS. Anal fissure (PRODIGY guidance). Clinical knowledge Summaries Service; 2005.
- Collins EE, Lund JN. A review of chronic anal fissure management. Tech Coloproctol. 2007;11(3):209-23. PubMed [PMID: 17676270](#)
- Lang DS, Tho PC, Ang EN. Effectiveness of sitz bath in managing adult patients with anorectal disorders. Jpn J Nurs Sci. 2011;8(2):115-28. PubMed [PMID: 22117576](#). [Texto completo](#)
- Lund JN, Nyström PO, Coremans G, Herold A, Karaitianos I, Spyrou M, et al. An evidence-based treatment algorithm for anal fissure. Tech Coloproctol. 2006;10(3):177-80. PubMed [PMID: 16969620](#)
- Madoff RD, Fleshman JW. AGA technical review on the diagnosis and care of patients with anal fissure. Gastroenterology. 2003;124:235-45. PubMed [PMID: 12512046](#). [Texto completo](#)
- Nelson R. Non surgical therapy for anal fissure. Cochrane Datebase Syst Rev. 2006;(4):CD003431. PubMed [PMID: 17054170](#)
- Nelson RL, Chattopadhyay A, Brooks W, Platt I, Paavana T, Earl S. Operative procedures for fissure in ano. Cochrane Datebase Syst Rev. 2011(11);CD002199. PubMed [PMID: 22071803](#)
- Orsay C, Rakinic J, Perry WB, Hyman N, Buie D, Cataldo P, et al; Standards Practice Task Force; American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice parameters for the management of anal fissures (revised). Dis Colon Rectum. 2004;47(12):2003-7. PubMed [PMID: 15657647](#)
- Sadij MS, Hunte S, Hippolyte S, Kiri VA, Maringe C, Baig MK. Comparison of surgical vs chemical sphincterotomy using botulinum toxin for the treatment of chronic anal fissure: a meta-analysis. Colorectal Dis. 2008;10(6):547-52. PubMed [PMID: 17868402](#)
- Sajid MS, Rimple J, Cheek E, Baig MK. The efficacy of diltiazem and glyceryltrinitrate for the medical management of chronic anal fissure: a meta-analysis. Int J Colorectal Dis. 2008;23(1):1-6. PubMed [PMID: 17846781](#)
- Sajid MS, Whitehouse PA, Sains P, Baig MK. Systematic review of the use of topical diltiazem compared with glyceryltrinitrate for the nonoperative management of chronic anal fissure. Colorectal Dis. 2013;15(1):19-26. PubMed [PMID: 22487078](#)
- Shao WJ, Li GC, Zhang ZK. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials comparing botulinum toxin injection with lateral internal sphincterotomy for chronic anal fissure. Int J Colorectal Dis. 2009;24(9):995-1000. PubMed [PMID: 19266207](#)

Más en la red

- Fargo MV, Latimer KM. Evaluation and management of common anorectal conditions. Am Fam Physician. 2012 Mar 15;85(6):624-30. PubMed [PMID: 22534276](#)
- Perry WB, Dykes SL, Buie WD, Rafferty JF; Standards Practice Task Force of the American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice parameters for the management of anal fissures (3rd revision). Dis Colon Rectum. 2010 Aug;53(8):1110-5. PubMed [PMID: 20628272](#)

Autora

■ Teresa Carrascosa Mirón Médico Residente de Cirugía General y del Aparato Digestivo

Hospital Universitario de Getafe. Servicio Madrileño de Salud (SERMAS). Madrid. España.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

