

Fisura anal

La fisura anal es un desgarro longitudinal que aparece en la porción más distal del canal anal. Su localización más frecuente es la línea media posterior (90-98%). La mayoría son de origen desconocido. Se apunta como explicación más probable un traumatismo agudo del canal anal durante la defecación y raramente por la expulsión explosiva de heces líquidas.

Clasificación

La clasificación está más en función del aspecto que del tiempo de evolución (aunque algunos autores consideran que después de 8-12 semanas de evolución las fisuras se deben considerar cronicadas)

- **Agudas.** Se caracterizan por ser un desgarro superficial de bordes limpios.
- **Crónicas.** Hablamos de fisura crónica cuando existen antecedentes de dolor > de 4 semanas de evolución. Se caracterizan por ser un desgarro profundo con una úlcera de bordes indurados en cuyo lecho pueden apreciarse las fibras del esfínter anal interno y generalmente acompañado de un pliegue cutáneo indurado en el extremo distal (hemorroide centinela) y una papila hipertrófica en el borde proximal (pólipo de Lane).

Diagnóstico

Clínica. Dolor anal con la defecación de características lacerantes y muy intensas. Este dolor se mantiene un tiempo y va disminuyendo progresivamente, desaparece entre varios minutos y dos o tres horas, frecuentemente el dolor evoluciona en un ritmo de tres tiempos (está ausente o es leve durante la defecación, casi llega a desaparecer durante un período de tiempo que oscila entre cinco minutos y dos horas y luego aumenta de intensidad, pudiendo durar varias horas). En ocasiones puede aparecer una proctalgia fugax.

Rectorragia de sangre roja, brillante y generalmente de escasa cuantía (suele impregnar el papel higiénico al limpiarse) y no se mezcla con las heces.

Inspección. Se debe realizar con mucho cuidado pues dada la hipertoniá del canal es muy dolorosa.

El tacto rectal está contraindicado por riesgo de síncope vaso-vagal.

La anuscopia y rectoscopia solo son necesarias cuando se sospeche una fisura secundaria.

¿Cómo tratarla?

En el tratamiento, hay que tener en cuenta que:

- mas del 50% curan espontáneamente.
- el alivio del espasmo se ha asociado al alivio del dolor y a la curación de la fisura sin recurrencia. Históricamente el abordaje quirúrgico ha sido el más común para el alivio del espasmo, siendo en la fisura crónica en adultos más efectiva que la cirugía.
- Se han ensayado diferentes tratamientos médicos con la idea de evitar las complicaciones de la cirugía. Su eficacia (pomada de nitroglicerina, dinitrato de isosobide, toxina botulínica, diltiazem, nifedipina, hidrocortisona, lidocaina, salvado, y placebo) es apenas mejor que placebo que en algunos estudios presenta tasas de respuesta superior al 30%.

Tratamiento medico

En las fisuras agudas de pocos días de evolución se aplica, en principio, tratamiento conservador que va dirigido a:

- **aumentar y reblandecer el bolo fecal** (fibra dietética, Plantago ovata y/o Lactulosa, dieta exenta de alcohol, café, picantes, mariscos, chocolates...)
- **disminuir el espasmo y la irritación del esfínter anal.** Para esto pueden usarse baños de asiento con agua tibia o caliente tras la defecación, lavados con jabones neutros, secado por presión sin papel higiénico y pomadas con anestésicos locales y/o corticoides (lidocaina al 2% y/o hidrocortisona al 2%). Estos tratamientos pueden provocar pérdida de sensibilidad de la piel, irritación, alergias, etc. No deben usarse más de una semana y están contraindicados en casos de infección. Estas medidas alivian la sintomatología, sin que esté probado que influyan en el tiempo de curación.

Tras un tratamiento de 1-2 semanas mínimo, en caso de mala evolución y antes de la opción quirúrgica se puede emplear una crema de Nitroglicerina al 0,2% (Formula magistral: Nitroglicerina al 0.2% en vaselina), aplicar 0,5 gramos 2 veces al día. Es un tratamiento controvertido ya que la eficacia encontrada varía de unos estudios a otros (en unos se les otorga una eficacia semejante a la cirugía y en otros al placebo). Dosis mayores no han demostrado diferencias en el porcentaje de curaciones. Produce cefaleas en aprox. 50% de pacientes. No se debe usar en pacientes con alergia a nitratos, hipotensos, insuficiencia cardiaca, anemia grave, tratamiento con Sildenafil.

Otras terapias que están en estudio son la aplicación de pomada de Nifedipino, el uso de anticolinérgicos muscarínicos (betamecol) y la trimebutina (reduce el espasmo de la musculatura lisa).

Si estos tratamientos fracasan puede usarse la inyección de toxina botulínica (no tiene indicación en España para el tratamiento de la fisura anal), aunque algunos estudios han mostrado idéntica eficacia a los otros fármacos citados.

Si no hay mejoría tras el tratamiento medico durante 4-8 semanas, deberá remitirse al paciente para valoración por el cirujano.

Tratamiento quirúrgico

Según la evidencia clínica actual, la única terapéutica verdaderamente eficaz es la quirúrgica. La técnica más usada es la esfinterotomía lateral interna (técnica abierta o cerrada parecen ser igualmente eficaces, con anestesia local o epidural). Produce una curación del 90% en 1-2 meses. Hasta en un 35% de los casos puede haber incontinencia de gases o heces como secuela.

Autores

- Francisco Ortiz Díaz. Médico de Familia. Centro de Salud San Vicente 1 (Alicante)
[Miembro del Grupo de Trabajo de Cirugía Menor de SVMFiC](#)
- Antonio Masiá Alegre. Médico de Familia. Centro de Salud Guillem de Castro (Valencia)
[Miembro del Grupo de Trabajo de Cirugía Menor de SVMFiC](#)

Autor para correspondencia

- Francisco Ortiz Díaz
E-mail: ortiz_fraort@gva.es

Bibliografía

1. Nelson R. Tratamiento no quirúrgico para la fisura anal (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Núm 2. Oxford: Update Software Ltd.
<http://www.update-software.com>
2. Jonas M, Scholefield J. Anal fissure. Clin Evid 2004; (11):533-543.
3. Caeiro J. Fisura anal [sede web]: La Coruña. Fistera.com; 2007.
<http://www.fistera.com/fisterae/guias.asp>
4. Bleday R, Breen E. Anal fissures [monografía en Internet]: UpToDate 2008.
<http://www.utdol.com/online/content/topic.do>
5. Anal fissure [monografía en Internet]: Clinical Knowledge Summariesâ.
http://www.cks.library.nhs.uk/anal_fissure/view_wole_topic