

Fisura anal.

Autores:

Alejandro J. Zarate.

Universidad Finis Terrae.

Introducción.

La fisura anal es una solución de continuidad de la piel de forma ovalada, ubicada en la zona distal a la línea dentada, en el epitelio escamoso del canal anal.

Su localización generalmente es en la línea media posterior y menos frecuentemente en la zona anterior.

Es uno de los cuadros frecuentes en la coloproctología y que implica por lo general un gran dolor en la zona anal de los pacientes que tienen esta patología.

Epidemiología.

Ocurre en hombres y mujeres casi con igual frecuencia, particularmente entre la segunda y cuarta década, con una incidencia estimada en la vida de 11% ⁽¹⁾. En Inglaterra la incidencia de hospitalización por fisura anal fue de 1,56/100.000 habitantes ⁽²⁾. En Italia el 2009 se reportó que 5.199 pacientes fueron evaluados en centros de coloproctología por fisura anal, de ellos un 37% fue sometido a cirugía ⁽³⁾.

Fisiopatología.

La etiología de las fisuras anales agudas, no está aclarada del todo. Sin embargo, se considera al trauma que se produce al pasar las deposiciones por el canal anal, como el iniciador más frecuente ⁽⁴⁾. La fisiopatología considera a la isquemia de la zona como uno de los principales factores. Al respecto podemos señalar que mientras mayor sea la presión en la zona esfinteriana, menor será el flujo a la zona del ano-dermo, fenómeno que es más pronunciado a nivel de la zona posterior. El flujo de la zona se normaliza posterior a la realización de la esfinterotomía, la cual provoca una disminución de la presión ⁽⁵⁾.

Respecto del dolor característico del cuadro, se postula que es causado por la ulceración de carácter isquémico (el espasmo esfinteriano disminuye el flujo sanguíneo en los vasos que penetran el esfínter anal interno) ⁽⁶⁾.

Respecto de los exámenes, la manometría ano-rectal muestra un aumento de la presión de reposo, lo cual está en el contexto de la hipertonia del esfínter anal interno. No es un examen que se realiza de rutina.

Diagnóstico.

El paciente con fisura anal presenta dolor perianal como síntoma principal, el cual se inicia al momento de pasar la deposición por el ano y persiste por una a tres horas aproximadamente (7). Al dolor mencionado se puede asociar una pequeña cantidad de sangrado de la zona de la fisura, que puede quedar en el papel higiénico o en la ropa interior. En el examen físico de la zona perianal, se evidencia una solución de continuidad de la piel de forma ovalada de disposición radial en la zona posterior o anterior. De ubicarse en las zonas laterales o ser múltiples, la etiología es variada. Las etiologías más comunes para las fisuras anales laterales y/o múltiples se presenta en la tabla 1.

Etiología
Enfermedad de Crohn
Colitis ulcerosa
Tuberculosis
Sífilis
HIV
Leucemias

Tabla 1. Etiología de las fisuras múltiples y/o en zonas laterales.

En las fisuras anales agudas únicas en línea media, en el tacto rectal se palpa un canal anal hipertónico.

Esto es causado por hipertonía de las fibras musculares del esfínter anal interno.

La fisura anal puede dividirse según su tiempo de evolución y signología asociada en:

Aguda.

Crónica.

La fisura anal crónica se considera a la que posee más de 8 semanas de duración. En estas además existen característicamente elementos de fibrosis y edema. Las manifestaciones de la fisura anal crónica incluyen un plicoma centinela, generalmente ubicado en la zona distal a la fisura y una papila anal hipertrófica proximal a la fisura ubicada en el canal anal. En algunos casos, se puede observar las fibras del esfínter anal interno en la base de la fisura (8).

Tratamiento.

El tratamiento de la fisura anal aguda se basa en medidas generales y específicas, que ayuden a disminuir la hipertonía esfinteriana. Entre las medidas generales esta la dieta rica en fibras y la ingesta de líquidos. El aumento de fibras puede ser en base a frutas y vegetales con o sin suplementos de fibra como psyllium. Para el dolor se usa una combinación entre antiinflamatorios no esteroidales y acetaminofeno en dosis óptimas.

Además se complementa con cremas de aplicación tópica, que incluyen bloqueadores de los canales de calcio (ex: crema de diltiazem, nifedipino) y analgesia tópica.

En el caso de que el tratamiento inicial no tenga resultados óptimos, el especialista podrá considerar el uso de toxina botulínica de forma inyectable en la zona anal. Esto con la finalidad de relajar el esfínter, su uso en general se plantea en mujeres multíparas en las cuales se puede sospechar algún daño previo del esfínter anal. Se estima la mejoría de los pacientes entre el 60 a 80%, siendo mayor al placebo. No obstante su recurrencia puede ser de 20 a 40% aproximadamente. Asociados a esta terapia existen efectos adversos como la incontinencia a gases (5 a 15%) y deposiciones (0 a 5%).

El tratamiento quirúrgico estándar clásico es la esfinterotomía lateral del esfínter anal interno. El porcentaje de curación reportado es sobre el 90% en la mayoría de los trabajos.

Los eventos adversos, se describen por lo general relacionados a episodios de incontinencia a gases y/o deposiciones hasta en un 17%. No obstante, la gran parte de estos casos tiene una resolución a corto plazo y el porcentaje de incontinencia a largo plazo es menor.

Puntos importantes a recordar.

La fisura anal, se presenta generalmente con un intenso dolor en la zona anal.

El diagnóstico es principalmente clínico.

El tratamiento inicial de la fisura anal aguda es médico (no quirúrgico).

En tratamiento se segunda línea incluye en casos seleccionados el uso de toxina botulínica.

El tratamiento quirúrgico clásico es la esfinterotomía anal interna.

Referencias.

- 1.- Lock MR, Thompson JPS. Fissure-in-ano: the initial management and prognosis. *Br J Surgery* 1977; 64: 355-8.
- 2.- Hospital Episode Statistics (2007) Hospital Episode Statistics 2005/2006. Department of Health. National Institute for Health and Clinical Excellence.
- 3.- SICCR Annual Report (2009).
- 4.- Ball C. *The Rectum, its Diseases and Developmental defects.* Hodder and Stoughton, London. 1908.
- 5.- Schouten WR, Briel JW, Auwerda JJ. Relationship between anal pressure and anodermal blood flow. *The vascular pathogenesis of anal fissures.* *Dis Colon Rectum* 1994; 37: 664-9.
- 6.- Klosterhalfen B, Vogel P, Rixen H, Mittermayer C. Topography of the inferior rectal artery: a possible cause of chronic, primary anal fissure. *Dis Colon Rectum* 1989; 32: 43-52.
- 7.- Herzig DO, Lu KC. Anal fissure. *Surg Clin North Am* 2010; 90: 33-44.
- 8.- Perry WB, Dykes SL, Buie WD, Rafferty JF. Practice parameters for the management of anal fissures (3rd revision). *Dis Colon Rectum* 2010; 53: 1110-5.