

Fisura anal

Alejandro Murúa Barbenza

RESUMEN

La fisura anal es una patología orificial frecuente y muy dolorosa. El motivo por el cual la fisura se establece en la línea media posterior está en discusión, y existen trabajos que han confirmado la teoría que la isquemia es la causante y responsable de su falta de cicatrización. El espasmo esfinteriano sería responsable de producir la isquemia y el tratamiento en la fisura anal crónica pasa por lograr la relajación del esfínter anal. El tratamiento más usado de la fisura anal en Chile y en nuestro servicio de cirugía es la esfinterotomía del esfínter interno anal, con lo cual se logra la mejoría en todos los pacientes. Posterior a este tratamiento hemos detectado algunos casos de incontinencia esfinteriana leve, pero su real incidencia no la conocemos. Existen otros tratamientos que provocan una paresia transitoria del esfínter interno anal, pero en nuestro país y en Valdivia aún no tenemos experiencia. (Palabras claves/Key words: Fisura anal/anal fissure).

INTRODUCCIÓN

La fisura anal es una enfermedad frecuente en la patología anal¹. Su verdadera incidencia es desconocida debido al pudor propio de la patología orificial y por confundirse, según los pacientes, con la enfermedad hemorroidal.

Se caracteriza por presentar intenso dolor durante y post defecación, acompañándose, la mayoría de las veces, de un discreto sangrado. El dolor es tan intenso que impide un buen examen anal. Durante la inspección se puede visualizar al comienzo de la fisura un plicoma que se denomina *plicoma centinela*. Al separar las nalgas con cuidado es posible observar una ulceración que en forma habitual se ubica en la línea media posterior. Una ubicación más rara puede ser la línea media anterior, generalmente en mujeres y en forma especial en las púerperas².

El otro elemento que acompaña a la fisura crónicas es un espasmo del esfínter interno anal (EIA), el cual sería causante del dolor y de la persistencia de la fisura¹⁻⁴.

La ubicación de la erosión en otro sitio y la ausencia del espasmo esfinteriano debe hacer sospechar otro tipo de patología como

tuberculosis, micosis, enfermedades inflamatorias del colon o alguna erosión causada por una enfermedad de transmisión sexual^{1,2}.

ETIOLOGÍA

La fisura anal se puede presentar en una forma aguda o tener una evolución crónica. La aguda se debe generalmente a una distensión del canal anal, como sucede en personas con cuadros de estitiquéz crónica o en las mujeres durante el trabajo de parto. Se caracteriza por ser de fondo limpio y de bordes netos, se confunde fácilmente con grietas y no tiene espasmo esfinteriano^{2,3}. Las grietas anales se ubican en todo el diámetro del ano, son más superficiales y múltiples.

La causa por la cual las fisuras anales se ubican en la línea media no ha podido ser bien explicada y existen sólo teorías, sin embargo ninguna es categórica.

En la etiología de las fisuras crónicas tiene gran importancia el EIA, pero la relación causa efecto es controversial. El EIA se encuentra aumentado de tono como se demuestra en varios estudios con manometría anal²⁻⁵. Gibbson y Read teorizan que en los pacientes con fisura anal el

espasmo que provoca un aumento de tono provocaría una zona isquémica. Motson y Clifton apoyan esta teoría agregando que la presencia de fisuras en línea media anterior y posterior sería a consecuencia de la irrigación del canal anal. Klosterhalfen, estudiando cadáveres, encuentra que pequeños vasos arteriales de la arteria rectal inferior atraviesan el EIA en forma perpendicular a las fibras musculares, irrigando el ano desde los lados hacia la línea media anterior y posterior siendo terminales en la línea media. La contracción del esfínter disminuiría la irrigación especialmente en la línea media posterior. Esto quedó demostrado con el excelente trabajo de Schauten, quien hizo estudios con flujometría de *Doppler* con láser en el anodermo junto con manometría anal, demostrando que frente al aumento de presión hay una disminución del flujo de la línea media posterior que provoca una isquemia que no dejaría cicatrizar la fisura³.

TRATAMIENTO

Una fisura anal aguda, por experiencia personal, mejora con un tratamiento médico habitual que incluye antiinflamatorios, baños de asiento caliente y laxantes suaves. Es muy raro que una fisura anal aguda necesite de un tratamiento quirúrgico³.

En cambio en la fisura anal crónica, donde existe un espasmo importante del EIA, cualquier tratamiento que mejore este espasmo, mejora la irrigación y lleva a la solución del problema.

En nuestro servicio de cirugía y en nuestro país, el tratamiento más usado para lograr la relajación del EIA es la esfinterotomía interna lateral, con la cual se logra una inmediata relajación EIA, cediendo el dolor y la molestia para defecar⁶⁻⁸.

La esfinterotomía interna lateral puede ser abierta o cerrada, no existiendo diferencia en los

resultados entre una y otra; ambas se hacen con anestesia local en forma ambulatoria⁷.

La falta de trabajos que estudien resultados a largo plazo no permite una evaluación de las complicaciones a largo plazo de esta técnica quirúrgica. Se ha descrito que la esfinterotomía podría llegar a producir un grado de incontinencia hasta en el 35% de los casos⁹. Esta complicación es una realidad y aparece cuando se siguen los pacientes en períodos prolongados de tiempo. Personalmente he encontrado pacientes con molestias por pérdida de gases y deposiciones escasas a los 5 o más años de evolución. La incidencia real en nuestro medio la ignoramos, porque la gran mayoría de los pacientes se pierden del control, pero impresiona ser mucho menor al porcentaje anteriormente citado.

La presencia de esta complicación ha hecho que se busquen otras alternativas no quirúrgicas para el tratamiento del espasmo del EIA⁹, con medicamentos como trinitratos de glicerina en pomadas de uso tópico o inyecciones locales de toxina botulínica. Ambas producen una paresia transitoria del EIA con lo cual se logra la cicatrización de la ulceración y su mejoría¹⁰⁻¹⁴.

Algunos trabajos prospectivos que comparan la esfinterotomía y el uso de pomadas de trinitrato de glicerina no muestran diferencias significativas en sus resultados, pero sugieren que la esfinterotomía interna lateral es más rápida y asegura la solución del problema⁸.

Evaluaciones a largo plazo de estos tratamientos médicos nos permitirán saber si producen un porcentaje mayor recidiva y si evitan la presencia de incontinencia.

En nuestro hospital no tenemos experiencia con el uso de este tipo de tratamiento y las pomadas con trinitrato de glicerina no se preparan en forma comercial.

REFERENCIAS

1. Goligher JC: Cirugía del Ano, Recto y Colon. Barcelona, Salvat Editores, 1979
2. Suárez JE: Manejo de la fisura anal crónica. En: Azolas C, Jensen C (eds), Proctología Práctica. Santiago, Sociedad Chilena de Proctología, Sociedad de Cirujanos de Chile 1992: 67-73
3. Corby H, Donnelly VS, O'Herlihy C, O'Connell PR: Anal canal pressures are low in women with postpartum anal fissure. *Br J Surg* 1997; 84: 86-8
4. Sangwan YP, Solla JA: Internal anal sphincter. Advances and insights. *Dis Colon Rectum* 1998; 41: 1297-311
5. Vergara JI, Henríquez AM, Quesada S: Manometría anorrectal en fisura anal. *Rev Chil Cir* 1993; 45: 164-6

6. Hananel N, Gordon PH: Lateral internal sphincterotomy for fissure in ano. Revisited. *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 597-602
7. Nelson RL: Meta-analysis of operative techniques for fissure in ano. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 1424-31
8. Oettlé GJ: Glyceryl trinitrate vs. sphincterotomy for treatment of chronic fissure in ano. A randomized, controlled trial. *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 1318-20
9. Sharp FR: Patient selection and treatment modalities for chronic anal fissure. *Am J Surg* 1996; 171: 512-5
10. Lund JN, Scholefield JH: A randomised, prospective, double-blind, placebo-controlled trial of glyceryl trinitrate ointment in treatment of anal fissure. *Lancet* 1997; 349: 11-4
11. Lund JN, Scholefield JH: Glyceryl trinitrate is an effective treatment for anal fissure. *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 468-70
12. Watson SJ, Kamm MA, Nicholls RJ, Phillips KS: Topical glyceryl trinitrate in the treatment of chronic anal fissure. *Br J Surg* 1996; 83: 771-5
13. Maria G, Brisinda G, Bentivoglio AR, Caseta E, Gui D, Albanese A: Botulinum toxin injections in the internal anal sphincter for the treatment of chronic anal fissure. Long term results after two different dosage regimens. *Ann Surg* 1998; 228: 664-9
14. Jost WH: One hundred cases of anal fissure treated with botulin toxin. Early and long term results. *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 11029-32