

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

Resumen de evidencias y recomendaciones

Diagnóstico, tratamiento médico y quirúrgico de la FISURA ANAL en el adulto

GPC

Guía de Práctica Clínica

Número de Registro **SSA - 213 - 09**

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

Av. Paseo de la Reforma No. 450 piso 13, Colonia Juárez,
Delegación Cuauhtémoc, 06600 México, DF.

www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC

© Copyright CENETEC

Editor General

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta Guía de Práctica Clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta Guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las variaciones de las recomendaciones aquí establecidas al ser aplicadas en la práctica, deberán basarse en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y las preferencias de cada paciente en particular; los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada institución o área de práctica

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud

Deberá ser citado como: **Diagnóstico, tratamiento médico y quirúrgico de la fisura anal en el adulto; México: Secretaría de Salud; 2009.**

Esta Guía puede ser descargada de Internet en:

www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

ISBN en trámite

K601 Fisura anal crónica.

Diagnóstico, tratamiento médico y quirúrgico de la fisura anal en el adulto.

Coordinador: Dr. Ramiro Jiménez Torres	Cirujano coloproctólogo	Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, SSA	Medico adscrito al Servicio de Cirugía Colorectal
Autores: Dr. Ramiro Jiménez Torres	Cirujano coloproctólogo	Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, SSA	Médico Adscrito al Servicio de Cirugía Colorectal
Dr. Luis Enrique Salinas Aragón	Cirujano coloproctólogo		Médico Adscrito al Servicio de Cirugía Colorectal
Dr. Antonio Fortunato Flores Carrillo	Cirujano coloproctólogo		Médico Adscrito al Servicio de Cirugía Colorectal
Dr. Eric Romero Arredondo	Cirujano coloproctólogo		Medico adscrito
Asesor: Dr. Esteban Hernández Sanromán	Cirujano general	Hospital Metropolitano Ángeles	Director de Evaluación de Tecnologías en Salud del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud
Validación Interna: Dr. José Luis Rocha Ramírez	Cirujano coloproctólogo	Hospital de Especialidades CMN SXXI IMSS	Jefe de Servicio Coloproctología
Validación Externa: Dr. José María Rovelo Correa Dr. Luis Charúa Guindic	Cirujano de Colon y recto	Academia Mexicana de Cirugía	
Dr. César Decanini Terán	Cirugía General y coloproctología Cirugía General y coloproctología	Academia Mexicana de Cirugía Academia Mexicana de Cirugía	

ÍNDICE

1. Clasificación	2
2. Preguntas a responder por esta guía	2
3. Aspectos generales	2
3.1 Justificación	2
3.2 Objetivo de esta guía.....	2
3.3 Definición.....	2
4. Evidencias y recomendaciones	2
4.1 Prevención primaria.....	2
4.1.1 Promoción a la salud.....	2
4.1.1.1 Estilo de vida.....	2
4.1.1.2 Dietas altas en fibra	2
4.2 Prevención secundaria.....	2
4.2.1 Detección	2
4.2.1.1 Factores de riesgo.....	2
4.2.1.2 Historia clínica.....	2
4.2.1.3 Exploración física.....	2
4.2.1.4 Estudios de gabinete.....	2
4.2.2 Tratamiento	2
4.2.2.1 Tratamiento médico	2
4.2.2.2 Tratamiento quirúrgico.....	2
4.2.2.3 Tratamiento otras etiologías.....	2
4.2.3 Criterios de referencia	2
5. Anexos.....	2
5.1 Figura 1	2
6. Bibliografía.....	2
7. Agradecimientos.....	2
8. Comité académico	2
9. Directorio	2
10. Comité Nacional Guías de Práctica Clínica	2

I. CLASIFICACIÓN

Registro SSA-213-09	
PROFESIONALES DE LA SALUD	Cirujano general Cirujano colorrectal Médico gastroenterólogo
CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD	Diagnóstico, tratamiento médico y quirúrgico de la fisura anal en el adulto. K601 Fisura anal crónica.
CATEGORÍA DE GPC	Primer y segundo nivel de atención Consejería en relación a los factores de riesgo Evaluación Educación para la salud Diagnóstico
USUARIOS POTENCIALES	Personal de salud en servicio social Planificadores de servicios de salud Personal médico en formación Médicos generales Médicos especialistas en urgencias Médicos familiares Cirujano general Cirujano colorrectal
TIPO DE ORGANIZACIÓN DESARROLLADORA	Gobierno Federal Secretaría de Salud Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, SSA
POBLACIÓN BLANCO	Mujeres y hombres mayores de 18 años
FUENTE DE FINANCIAMIENTO/PATROCINADOR	Gobierno Federal Secretaría de Salud Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, SSA
INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS	Consejería y educación para el paciente Consejería y educación para el médico de contacto primario Referencia a médicos especialistas
IMPACTO ESPERADO EN SALUD	Contribuir con: Informar sobre los factores de riesgo para desarrollar fisura anal. Incremento en la tasa de diagnóstico temprano y diagnóstico oportuno de la fisura anal en el adulto. Implementar tratamiento médico y quirúrgico adecuado. Referencia oportuna de pacientes candidatos a tratamiento quirúrgico al segundo nivel de atención.
METODOLOGÍA¹	Definición del enfoque de la GPC Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda Revisión sistemática de la literatura Búsquedas de bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda manual de la literatura Número de Fuentes documentales revisadas: doce Guías seleccionadas: seis del periodo 2003-2008 ó actualizaciones realizadas en este período Revisiones sistemáticas: dos Ensayos controlados aleatorizados: dos Reporte de casos: cero Validación del protocolo de búsqueda por Lic. Alejandro Martínez Ochoa Adopción de guías de práctica clínica internacionales: cinco Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia Construcción de la guía para su validación Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones Emisión de evidencias y recomendaciones *
MÉTODO DE VALIDACIÓN Y ADECUACIÓN	Método de validación de la GPC: Validación por pares clínicos Validación interna: Validación externa : Academia Mexicana de Cirugía
CONFLICTO DE INTERÉS	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés
REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN	REGISTRO _____ FECHA DE ACTUALIZACIÓN <i>a partir del registro 2 a 3 años</i>

¹ Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía, puede contactar al CENETEC a través del portal: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/>.

2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. ¿Como se define una fisura anal aguda y una crónica?
2. ¿Qué medidas son útiles para prevenir la formación de la fisura anal?
3. ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas de una fisura anal?
4. ¿Cuáles son los signos a la exploración física de la fisura anal?
5. ¿Qué otras enfermedades pueden presentar una fisura anal?
6. ¿Qué exámenes de gabinete son útiles para el diagnóstico de una fisura anal?
7. ¿Cuál es el manejo médico de la fisura anal primaria?
8. ¿Cuál es el manejo quirúrgico de la fisura anal primaria?
9. ¿Cómo es el manejo de la fisura anal secundaria?
10. ¿Cuáles son los criterios de referencia de la fisura anal entre el primer y segundo nivel de atención?
11. ¿Cuáles son los criterios de referencia y contra referencia de la fisura anal entre el segundo y tercer nivel de atención?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 JUSTIFICACIÓN

La fisura anal es una úlcera longitudinal del anodermo por debajo de la línea dentada. Su localización más frecuente es la línea media posterior (90-98%), otra localización menos habitual es la línea media anterior (12% de las que aparecen en mujeres y un 7% en varones). Adicionalmente un 3% pueden tener una fisura anterior coexistiendo con una posterior. Tiene una incidencia igual en ambos sexos y es más frecuente en la edad media de la vida.

La mayoría son de origen desconocido o primario. Se apunta como etiología más probable un traumatismo agudo del conducto anal durante la defecación (heces duras de gran tamaño) y raramente por la expulsión explosiva de heces líquidas. El hecho de que la pared posterior, tanto el espacio subendotelial como el esfínter estén menos vascularizados los hace más vulnerables a la localización de las fisuras. El paso a la cronicidad se debe tanto a la hipertonia del esfínter como a la isquemia.

La presencia de fisuras múltiples o en lugares distintos a los mencionados nos obliga a descartar enfermedades como la enfermedad de Crohn, tuberculosis, sífilis o el síndrome de inmunodeficiencia. Estas son las fisuras consideradas como secundarias. Hay que tener en cuenta que más de la mitad de las fisuras secundarias a la enfermedad inflamatoria intestinal se presentan en la línea media posterior y son dolorosas.

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 crónicas.

Clasificación:

- Agudas. Se caracterizan por ser un desgarro superficial de bordes limpios.
- Crónicas. Se caracterizan por ser un desgarro profundo con una úlcera de bordes indurados en cuyo lecho pueden apreciarse las fibras del esfínter anal interno. Generalmente se acompaña de un pliegue cutáneo indurado en el extremo distal (hemorroide centinela) y una papila hipertrófica en el borde proximal (pólipo de Lane).

3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La guía de práctica clínica “**Diagnóstico, tratamiento médico y quirúrgico de la fisura anal en el adulto**” forma parte de las guías que integrarán el catálogo maestro de guías de práctica clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Específico de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Sectorial de Salud 2007-2012.

La finalidad de este catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del primer y segundo nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

- Identificación de características clínicas de la fisura anal.
- Iniciar el tratamiento médico adecuado.
- Instalar tratamiento quirúrgico oportuno en fase crónica.

Lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades que constituye el objetivo central y la razón de ser de los Servicios de Salud.

3.3 DEFINICIÓN

La fisura anal es una úlcera longitudinal del anodermo por debajo de la línea dentada. Su localización más frecuente es la línea media posterior y menos habitual en la línea media anterior. El 3% pueden tener una fisura anterior coexistiendo con una posterior. Tiene una incidencia igual en ambos sexos y es más frecuente en la edad media de la vida.

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las recomendaciones señaladas en esta Guía son producto del análisis de las guías de práctica clínica internacionales seleccionadas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura.

La presentación de la evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponden a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Los niveles de las evidencias y la graduación de las recomendaciones se mantienen respetando la fuente original consultada, marcada en *itálicas* su significado. Las evidencias se clasifican de forma numérica y las recomendaciones con letras; ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía:



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



PUNTO DE BUENA PRÁCTICA

4.1 PREVENCIÓN PRIMARIA

4.1.1 PROMOCIÓN A LA SALUD

4.1.1.1 ESTILO DE VIDA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E La etiología de la fisura anal ha sido debatida por largo tiempo. El trauma del conducto anal secundario al paso de la materia fecal se considera como el factor inicial. Algunos pacientes mencionan un episodio de diarrea previo al inicio de síntomas.</p>	<p>IV Evidencia obtenida de publicaciones u opiniones de un comité de expertos, experiencias clínicas de autoridades respetadas o casos clínicos. <i>Dykes 2007</i></p>
<p>E La persistencia de la fisura anal posterior al factor de inicio se asocia al incremento de la presión de reposo del esfínter interno anal. Estudios fisiológicos utilizando manometría ambulatoria han confirmado la presencia de hipertonia de reposo persistente en los pacientes con fisura anal</p>	<p>IV Evidencia obtenida de publicaciones u opiniones de un comité de expertos, experiencias clínicas de autoridades respetadas o casos clínicos. <i>Dykes 2007</i></p>
<p>E Existe una relación inversa entre la presión de reposo del esfínter interno del conducto anal y la perfusión del anodermo. Como existe una pobre vascularidad en la línea media posterior, la perfusión sanguínea en este sitio es aun mas baja cuando comparada con los otros tres cuadrantes. Los pacientes con fisura muestran una presión de reposo mayor del esfínter y la perfusión posterior más baja de cualquier grupo estudiado.</p>	<p>IV Evidencia obtenida de publicaciones u opiniones de un comité de expertos, experiencias clínicas de autoridades respetadas o casos clínicos. <i>Dykes 2007</i></p>
<p>E El incremento en la ingesta de fibra dietética mejora alteraciones gastrointestinales en la que se incluyen al reflujo gastroesofágico, a la úlcera duodenal, a los divertículos colónicos, al estreñimiento y a la enfermedad hemorroidal.</p>	<p>IV Evidencia obtenida de publicaciones u opiniones de un comité de expertos, experiencias clínicas de autoridades respetadas o casos clínicos. <i>Anderson 2009</i></p>

E

La fisura anal probablemente resulte en parte de la ingesta de una dieta inadecuada. Es factible que manipulaciones dietéticas puedan reducir la incidencia de la fisura anal.

II a

Evidencia obtenida de por lo menos un estudio de control bien diseñado sin ser aleatorizado. *Jensen 1988*



Es recomendable evitar los estados de constipación mediante la ingesta adecuada de alimentos ricos en fibra no soluble.

PBP

4.1.1.2 DIETAS ALTAS EN FIBRA

Evidencia/Recomendación

Nivel/Grado

E

En un estudio prospectivo en pacientes con fisura anal, suplementos dietéticos de fibra (5 gr. tres veces al día) y sediluvios, fueron superiores en el control de recurrencias cuando comparados con anestésicos tópicos o hidrocortisona en pomada.

I

Evidencia obtenida de un ECA o mediante revisión sistemática o meta análisis de ECA. *Cross 2008*

R

Se recomienda incrementar el consumo de fibra en la dieta de los pacientes con fisura anal para favorecer la cicatrización y prevenir la recurrencia.

A

Evidencia obtenida de un ECA o mediante revisión sistemática o meta análisis de ECA. *Cross 2008*

4.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA

4.2.1 DETECCIÓN

4.2.1.1 FACTORES DE RIESGO

Evidencia/Recomendación	Nivel/Grado
E Las fisuras asociadas con hipertonia del esfínter interno son probablemente de naturaleza isquémica.	II b Evidencia obtenida de por lo menos un estudio cuasi-experimental bien diseñado. <i>Cross 2008</i>
E Las fisuras que ocurren en posición lateral (fuera de la línea media), son múltiples pueden ser menos dolorosas. Deben sugerir la presencia de otras enfermedades como la enfermedad de Crohn, la tuberculosis, sífilis, virus de inmunodeficiencia adquirida o un carcinoma anal.	IV Evidencia obtenida de publicaciones u opiniones de un comité de expertos, experiencias clínicas de autoridades respetadas o casos clínicos. <i>Dykes 2007</i>
R Ante fisuras atípicas se recomienda investigar sintomatología intestinal para descartar la presencia de la enfermedad inflamatoria intestinal (Crohn/CUCI). Es recomendable también detallar preferencias sexuales y valorar la necesidad de una biopsia de la lesión.	D IV Evidencia obtenida de publicaciones u opiniones de un comité de expertos, experiencias clínicas de autoridades respetadas o casos clínicos. <i>Dykes 2007</i>

4.2.1.2 HISTORIA CLÍNICA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E Los síntomas incluyen dolor anal trans y postdefecatorio que puede durar varias horas. El paciente puede referir episodios periódicos lo cual indica la posibilidad de cronicidad.	IV Evidencia obtenida de publicaciones u opiniones de un comité de expertos, experiencias clínicas de autoridades respetadas o casos clínicos. <i>Cross 2008</i>

E

El sangrado es común y tiende a ser rojo brillante. Frecuentemente es descubierto únicamente en el papel higiénico.

IV
Evidencia obtenida de publicaciones u opiniones por un comité de expertos, experiencias clínicas de autoridades respetadas o casos clínicos.
Cross 2008

E

Durante el interrogatorio la presencia de otras enfermedades que se asocian a una fisura anal deben ser sospechadas, si el paciente menciona síntomas generales como pérdida de peso y fatiga, o síntomas abdominales imputables al sistema digestivo. El antecedente familiar de enfermedad inflamatoria intestinal es importante.

IV
Evidencia obtenida de publicaciones u opiniones por un comité de expertos, experiencias clínicas de autoridades respetadas o casos clínicos.
Cross 2008

4.2.1.3 EXPLORACIÓN FÍSICA

Evidencia/Recomendación

Nivel/Grado

E

El diagnóstico se establece mediante la historia clínica y la exploración física.

IV
Evidencia obtenida de publicaciones u opiniones por un comité de expertos, experiencias clínicas de autoridades respetadas o casos clínicos.
Cross 2008

E

La posición genupectoral permite una mejor exploración física del paciente cuando comparada con el decúbito lateral izquierdo (Sims)

II
Al menos un estudio experimental bien diseñado.
Kuehn 2009

E

A la inspección y mediante tracción gentil de los glúteos se puede demostrar una fisura anal. En la inspección anal se observa un colgajo cutáneo externo al borde de la fisura y en la anoscopia la úlcera y la papila hipertrófica. La presencia de las fibras circulares del esfínter interno en el fondo de la lesión indica cronicidad.

IV
Evidencia obtenida de publicaciones u opiniones por un comité de expertos, experiencias clínicas de autoridades respetadas o casos clínicos.
Cross 2008

E

En la mayoría de los pacientes el tacto rectal o procedimientos endoscópicos no deben ser realizados durante la primera consulta por la posibilidad de provocar dolor.

IV
Evidencia obtenida de publicaciones u opiniones por un comité de expertos, experiencias clínicas de autoridades respetadas o casos clínicos.
Cross 2008

E

Si se demuestra una fisura a la inspección, el tratamiento médico puede ser iniciado. Si no existe certeza y hay dolor, se debe realizar exploración proctológica bajo anestesia para confirmar el diagnóstico o excluir la presencia de sepsis anorectal que puede estar asociada a la fisura o presente en forma independiente.

IV
Evidencia obtenida de publicaciones u opiniones por un comité de expertos, experiencias clínicas de autoridades respetadas o casos clínicos.
Cross 2008

E

En la anoscopia la fisura aguda tiene la forma de un desgarró simple del anodermo. Las crónicas, que se definen cuando el paciente presenta síntomas por 8 a 12 semanas, existe además la presencia de edema y fibrosis.

IV
Evidencia obtenida de publicaciones u opiniones por un comité de expertos, experiencias clínicas de autoridades respetadas o casos clínicos.
Dykes 2007

E

Una historia familiar de enfermedad inflamatoria intestinal, el antecedente de evacuaciones sanguinolentas, morfología inusual de la fisura o lejana a la línea media; debe ser considerado como sospechoso. Durante la consulta inicial se puede utilizar un rectosigmoidoscopio pediátrico para valorar la existencia de inflamación de la mucosa rectal. Este procedimiento habitualmente no causa dolor.

IV
Evidencia obtenida de publicaciones u opiniones por un comité de expertos, experiencias clínicas de autoridades respetadas o casos clínicos.
Cross 2008

R

El diagnóstico de fisura anal debe ser realizado mediante la exploración, va sea durante la inspección o en caso de no existir dolor mediante anoscopia.

IV
Evidencia obtenida de publicaciones u opiniones de un comité de expertos, experiencias clínicas de autoridades respetadas o casos clínicos.
Cross 2008

4.2.1.4 ESTUDIOS DE GABINETE

Evidencia/Recomendación	Nivel/Grado
E La presencia de una fisura recurrente a tratamiento quirúrgico requiere de nueva exploración proctológica para descartar estenosis anal y manometría anorectal. Con el estudio se intenta confirmar la sección incompleta del esfínter interno.	IV Evidencia obtenida de publicaciones u opiniones de un comité de expertos, experiencias clínicas de autoridades respetadas o casos clínicos. <i>Hodin 2009</i>
R El diagnóstico de fisura anal se realiza mediante la historia clínica y la exploración proctológica. No se requieren otros estudios complementarios de gabinete.	D Evidencia obtenida de publicaciones u opiniones de un comité de expertos, experiencias clínicas de autoridades respetadas o casos clínicos. <i>Cross 2008</i>

4.2.2 TRATAMIENTO

4.2.2.1 TRATAMIENTO MÉDICO

Evidencia/Recomendación	Nivel/Grado
E El tratamiento conservador es útil en el tratamiento de la fisura anal, con su uso los índices de recurrencia se reducen. Consiste en incrementar la ingesta de líquidos, medicamentos que incrementan el bolo fecal y un analgésico.	I Evidencia obtenida de un ECA, revisión sistemática o meta-análisis de ECA's. <i>Nelson 2006, Cross 2008</i>
E El trinitrato de glicerilo tópico (TNG) cura las fisuras anales mejor que un placebo independientemente de la dosis, pero se asocia a cefalea en el 25% de los pacientes.	I Evidencia obtenida de un ECA, revisión sistemática o meta-análisis de ECA's. <i>Nelson 2006, Cross 2008</i>

E

Con el TNG la curación ocurre en solo el 60% de los pacientes a corto plazo, con un índice de recurrencia cercano al 30% a 18 meses. Los pacientes con recurrencia pueden responder a un nuevo curso terapéutico con TNG, sin embargo un porcentaje requerirá de esfinterotomía.

Evidencia obtenida de un ECA, revisión sistemática o meta-análisis de ECA's.
Nelson 2006, Cross 2008

E

La dosis de TNG (0.2% o 0.4%) no tiene influencia sobre la eficacia del tratamiento pero al aumentar se incrementa la incidencia de los efectos secundarios, particularmente la cefalea.

Evidencia obtenida de un ECA, revisión sistemática o meta-análisis de ECA's.
Nelson 2006, Cross 2008

E

El TNG aplicado en forma de un parche dérmico remoto a la región anal es tan efectivo como cuando aplicado al área de la fisura.

Evidencia obtenida de un ECA, revisión sistemática o meta-análisis de ECA's.
Nelson 2006

E

El diltiazem tópico, un bloqueador del canal de calcio, tiene una eficacia semejante al TNG pero con menores efectos secundarios. Debe ser recomendado como el tratamiento de primera línea en el manejo de la fisura anal. Se debe advertir a los pacientes de la posibilidad de prurito anal con su uso.

Evidencia obtenida de un ECA, revisión sistemática o meta-análisis de ECA's.
Cross 2008

E

La toxina botulínica esta asociada con un porcentaje de curación semejante al uso de TNG pero comparativamente su uso resulta más caro. Puede ser utilizada en fisuras resistentes al tratamiento con TNG o diltiazem tópico. La técnica de aplicación, dosis o sitio de inyección no afectan el índice de curación.

Evidencia obtenida de un ECA, revisión sistemática o meta-análisis de ECA's.
Nelson 2006, Cross 2008

R

El tratamiento médico recomendado es:

- Fisura aguda: Incremento en la ingesta de líquidos y fibra, medicamentos que incrementan el bolo fecal, analgésicos y la aplicación tópica de pomada de diltiazem al 2%.
- Fisura crónica: Pomada tópica de diltiazem al 2% dos veces al día de 6 a 8 semanas. Si existe falla al tratamiento o recurrencia de la lesión se deberá utilizar toxina botulínica 20 – 25 U divididas en dos dosis e inyectadas en el esfínter interno una a cada

Evidencia obtenida de un ECA, revisión sistemática o meta-análisis de ECA's.
Cross 2008

lado de la fisura.

R

La falla al tratamiento médico o recurrencia requiere de estudios de fisiología anorectal en las mujeres o en pacientes que hayan tenido cirugía anal previa.

A

Evidencia obtenida de un ECA, revisión sistemática o meta-análisis de ECA's
Cross 2008

4.2.2.2 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Evidencia/Recomendación

Nivel/Grado

E

La esfinterotomía lateral cicatriza más fisuras anales y con un índice menor de recurrencia que el tratamiento médico, sin embargo está asociado a un porcentaje mayor de incontinencia (a flatos). Debe ser reservado para los pacientes con falla al tratamiento médico.

I

Evidencia obtenida de un ECA, revisión sistemática o meta-análisis de ECA's.
Cross 2008

E

No existe evidencia de que el tratamiento quirúrgico deba ser utilizado en fisuras anales agudas.

I

Evidencia obtenida de un ECA, revisión sistemática o meta-análisis de ECA's.
Nelson 2006

R

Se puede recomendar adecuadamente cirugía ante la falla de tratamiento conservador sin antes recibir un curso de tratamiento farmacológico. El paciente debe estar informado de las complicaciones potenciales del procedimiento.

I

Evidencia obtenida de un ECA, revisión sistemática o meta-análisis de ECA's.
Orsay 2004

E

La dilatación anal tiene un riesgo mayor de persistencia de la fisura e incontinencia anal comparada con la esfinterotomía. Los resultados de la esfinterotomía lateral interna abierta versus la cerrada muestran poca diferencia en el resultado de los dos procedimientos (índice de persistencia de la

I

Evidencia obtenida de un ECA, revisión sistemática o meta-análisis de ECA's
Nelson 2005

lesión y riesgo de incontinencia).

E

Se requiere de más información para poder evaluar la efectividad de la esfinterotomía interna posterior, plastia anterior del elevador, sutura de la lesión o resección de la papila hipertrófica.

I
Evidencia obtenida de un ECA, revisión sistemática o meta-análisis de ECA's.
Nelson 2005

E

La esfinterotomía posterior ha caído en desuso porque puede causar una deformidad en "ojo de cerradura" lo cual resulta en fuga de moco hasta en un 30% de los pacientes.

I
Evidencia obtenida de un ECA, revisión sistemática o meta-análisis de ECA's.
Cross 2008

R

Para garantizar un mayor índice de curación la esfinterotomía debe ser realizada hasta la altura de la línea dentada o lograr una apertura del conducto anal de 30 mm.

A
Evidencia obtenida de un ECA, revisión sistemática o meta-análisis de ECA's.
Nelson 2005

R

La dilatación anal y la esfinterotomía posterior deben ser abandonados en el tratamiento de la fisura anal crónica en los adultos.

A
Evidencia obtenida de un ECA, revisión sistemática o meta-análisis de ECA's.
Nelson 2005

R

La esfinterotomía lateral interna con técnica abierta o cerrada es igualmente eficaz.

A
Evidencia obtenida de un ECA, revisión sistemática o meta-análisis de ECA's.
Orsay 2004, Nelson 2005

E

El colgajo de avance anal es efectivo en la cicatrización de la fisura anal y se asocia solamente a complicaciones menores. Se recomienda en pacientes con una presión de reposo baja del conducto anal.

I
Evidence obtained from a single randomized controlled trial or from a systematic review or meta-analysis of randomized controlled trials.
Cross 2008

E

Se han descrito varios tipos de colgajo pero el de rotación o él en V - Y reducen las complicaciones.

III
Evidencia obtenida de estudios descriptivos no experimentales bien diseñados, tales como estudios comparativos, de correlación y caso.
Cross 2008

E

El número de pacientes en las series que evalúan el papel de los procedimientos de preservación de esfínter en el tratamiento de la fisura anal (fisurectomía y avance de colgajo V

III
Evidencia obtenida de estudios descriptivos no experimentales bien diseñados, tales como estudios comparativos, de correlación y caso.
Ayantunde 2006

- Y), son pequeños para poder realizar conclusiones significativas respecto a su eficacia a largo plazo. Estos procedimientos son particularmente atractivos por estar asociados a un menor grado de incontinencia.

4.2.2.3 TRATAMIENTO OTRAS ETIOLOGÍAS

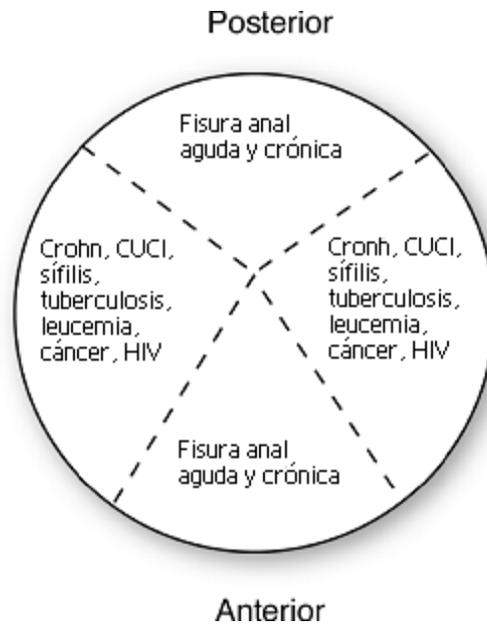
Evidencia/Recomendación	Nivel/Grado
	<p>La mayoría de las fisuras relacionadas a la enfermedad de Crohn cicatrizan mediante tratamiento conservador. El uso de agentes inmunosupresores curan cerca del 80% de las lesiones resistentes al tratamiento farmacológico tradicional.</p> <p style="text-align: right;">III</p> <p>Evidencia obtenida de estudios descriptivos no experimentales bien diseñados, tales como estudios comparativos, de correlación y caso. <i>Ayantunde 2006</i></p>
	<p>El consenso general es que las fisuras en la enfermedad de Crohn deben ser manejadas mediante tratamiento farmacológico.</p> <p style="text-align: right;">C</p> <p>Evidencia obtenida de estudios descriptivos no experimentales bien diseñados, tales como estudios comparativos, de correlación y caso. <i>Ayantunde 2006</i></p>
	<p>El tratamiento quirúrgico para el tratamiento de las fisuras en los pacientes con infección por VIH no se recomienda, ya que en ellos frecuentemente está asociada la morbilidad de una alteración en la función del esfínter anal.</p> <p style="text-align: right;">III</p> <p>Evidencia obtenida de estudios descriptivos no experimentales bien diseñados, tales como estudios comparativos, de correlación y caso. <i>Ayantunde 2006</i></p>
	<p>Agentes farmacológicos como TNG en pomada y agentes contra virus y espiroquetas han sido ampliamente recomendados en el tratamiento de la fisura anal en los pacientes con infección por VIH.</p> <p style="text-align: right;">III</p> <p>Evidencia obtenida de estudios descriptivos no experimentales bien diseñados, tales como estudios comparativos, de correlación y caso. <i>Ayantunde 2006</i></p>
	<p>La cicatrización de las fisuras asociadas a tuberculosis ano-rectal se logra habitualmente con terapia farmacológica antifúngica específica.</p> <p style="text-align: right;">III</p> <p>Evidencia obtenida de estudios descriptivos no experimentales bien diseñados, tales como estudios comparativos, de correlación y caso. <i>Ayantunde 2006</i></p>

4.2.3 CRITERIOS DE REFERENCIA

Evidencia/Recomendación	Nivel/Grado
 Se deberán enviar del primer a segundo nivel de atención médica todos los pacientes refractarios a tratamiento médico o en que no sea factible realizar un diagnóstico de certeza.	PBP
 Se deberán enviar del segundo al tercer nivel de atención médica todo paciente con una recurrencia de fisura anal, en caso de no contar con estudios de fisiología anal (manometría)	PBP

5. ANEXOS

5.1 FIGURA 1



Fuente:

Dykes SL, Madoff RD. Bening Anorectal: Anal Fissure. En "The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery". Wolff BG, Fleshman JW, Beck DE, Pemberton JH, Wexner SD. Springer New York 2007. pp 178-191.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. American Gastroenterological Association. American Gastroenterological Association Medical Position Statement: Diagnosis and Care of Patients with Anal Fissure. *Gastroenterology* 2003; 124: 233 – 234.
2. American Gastroenterological Association. AGA Technical Review on the Diagnosis and Care of Patients with Anal Fissure. *Gastroenterology* 2003; 124: 235 – 245.
3. Anderson JW, Baird P, Davis RH Jr, Ferreri S, Knudtson M, Koraym A, Waters V, Williams CL. Health benefits of dietary fiber. *Nutr Rev* 2009 Apr; 67(4): 188-2005.
4. Ayantunde AA, Debrah SA. Current Concepts in Anal Fissures. *World J Surg* 2006; 30: 2246–2260.
5. Cross KLR, Massey EJD, Fowler AL, Monson JRT. The Management of Anal Fissure: ACPGIBI Position Statement. *Colorectal Disease* 2008; 10: (Suppl. 3), 1–7.
6. Dykes SL, Madoff RD. Bening Anorectal: Anal Fissure. In *The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery*. Wolff BG, Fleshman JW, Beck DE, Pemberton JH, Wexner SD. Springer New York 2007. pp 178-191.
7. Hodin RA. Recurrent Anal Fissure. Response from MD. <http://www.medscape.com/viewarticle/441551> Consultado el 07/09/2009
8. Jensen SL. Diet and other risk factors for fissure-in-ano. Prospective control study. *Dis Colon Rectum* 1988 Oct; 31(10): 770-3
9. Kuehn HG, Gebbensleben O, Hilger Y, Rohde H. Relationship between anal symptoms and anal findings. *Int J Med Sci* 2009; 6 (2): 77-84.
10. Nelson RL. Operative procedures for fissure in ano. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. Art. No.: CD002199. DOI: 10.1002/14651858.CD002199.pub2.
11. Nelson RL. Non surgical therapy for anal fissure. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4. Art. No.: CD003431. DOI: 10.1002/14651858.CD003431.pub2.
12. Orsay C, Rakinic J, Perry WB, Hyman N, Buie DM, et al. Practice Parameters for the Management of Anal Fissures (Revised). The Standards Practice Task Force. The American Society of Colon and Rectal Surgeons. *Dis Colon Rectum* 2004; 47: 2003 – 2007.

7. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad y de la Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia, las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía; asistiera a los eventos de capacitación en medicina basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.

8. COMITÉ ACADÉMICO

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

M. en A. María Luisa González Rétiz	Directora General
Dr. Esteban Hernández San Román	Director de Evaluación de Tecnologías en Salud
M. en A. María de Lourdes Dávalos Rodríguez	Coordinadora Sectorial de Guías de Práctica Clínica
Dr. Héctor González Jácome	Subdirector de guías de práctica clínica
Lic. José Alejandro Martínez Ochoa	Investigación documental
Dr. Domingo Antonio Ocampo	
Dra. Lorraine Cárdenas Hernández	Asesores de guías de práctica clínica
Dr. Luis Aguero y Reyes	
Dr. Eric Romero Arredondo	
Lic. Ana María Otero Prieto	Comunicación y logística
Lic. Margarita Isela Rivera Ramos	Diseño gráfico

9. DIRECTORIO

Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS

Mtro. Daniel Karam Toumeh
Director General

Instituto de Seguridad y Servicios

Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE

Lic. Miguel Ángel Yunes Linares
Director General

Sistema Nacional para el Desarrollo

Integral de la Familia / DIF

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morin
Titular del organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos / PEMEX

Dr. Juan José Suárez Coppel
Director General

Secretaría de Marina

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza
Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional

General Guillermo Galván Galván
Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General

Dr. Enrique Ruelas Barajas
Secretario del Consejo de Salubridad General

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Dr. Gabilondo Navarro Fernando Bernardo
Director General

Dr. Uscanga Domínguez Luis F.
Director de Enseñanza

Dr. Mercado Díaz Miguel Ángel
Director de Cirugía

10. COMITÉ NACIONAL GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez Subsecretaria de Innovación y Calidad	Presidenta
Dr. Mauricio Hernández Ávila Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	Titular
Dr. Julio Sotelo Morales Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Titular
Salomón Chertorivski Woldenberg Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	Titular
Dr. Octavio Amancio Chassin Representante del Consejo de Salubridad General	Titular
Gral. De Brig. M.C. Efrén Alberto Pichardo Reyes Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Titular
Contra Almirante SSN MC Miguel Ángel López Campos Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Titular
Dr. Carlos Tena Tamayo Director General Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	Titular
Lic. Ma. Cecilia Amerena Serna Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	Titular
Dr. Jorge E. Valdez García Director General de Calidad y Educación en Salud	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy Directora General de Información en Salud	Titular
M. en A. María Luisa González Rétiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular y suplente del presidente
Dr. Franklin Libenson Violante Secretaria de Salud y Directora General del Instituto de Salud del Estado de México	Titular 2008-2009
Dr. Luis Felipe Graham Zapata Secretario de Salud del Estado de Tabasco	Titular 2008-2009
Dr. Juan Guillermo Mansur Arzola Secretario de Salud y Director General del OPD de Servicios de Salud de Tamaulipas	Titular 2008-2009
Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero Presidente de la Academia Nacional de Medicina	Titular
Dr. Jorge Elías Dib Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Titular
Act. Cuauhtémoc Valdés Olmedo Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Juan Víctor Manuel Lara Vélez Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A.C.	Asesor Permanente
Mtro. Rubén Hernández Centeno Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	Asesor Permanente
Dr. Roberto Simon Sauma Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Luis Miguel Vidal Pineda Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Esteban Hernández San Román Director de Evaluación de Tecnologías en Salud del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Secretario Técnico