

Gobierno Federal



SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de referencia rápida

**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

K601 Fisura anal crónica

GPC

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

ISBN en trámite

DEFINICIÓN

La fisura anal es un desgarro longitudinal del anodermo. 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.

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).

Etiología

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. Existe además:

- Hipertonía de reposo del esfínter interno
- Pobre vascularidad del conducto anal en la línea media posterior
- La perfusión sanguínea en este sitio es aun mas baja cuando comparada con los otros tres cuadrantes

FISURA ANAL PREVENCIÓN PRIMARIA

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

- 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.
- 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.

FACTORES DE RIESGO

- Las fisuras asociadas con hipertonia del esfínter interno son probablemente de naturaleza isquémica.
- 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, la sífilis, el virus de inmunodeficiencia adquirida o un carcinoma anal.

INTERROGATORIO

- El diagnóstico se establece mediante la historia clínica y la exploración física.
- 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.
- El sangrado es común y tiende a ser rojo brillante. Frecuentemente es descubierto únicamente en el papel higiénico.

EXPLORACIÓN FÍSICA

- A la exploración física 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 indican cronicidad.
- El tacto rectal o la endoscopia no deben ser realizados en la mayoría de los pacientes durante la primera consulta por la posibilidad de provocar dolor.

PREVENCIÓN SECUNDARIA

TRATAMIENTO MÉDICO

- 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 lado de la fisura.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- No existe evidencia de que el tratamiento quirúrgico debe ser utilizado en fisuras anales agudas.
- 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.
- La esfinterotomía lateral interna con técnica abierta o cerrada es igualmente eficaz.

TRATAMIENTO MÉDICO

- 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.
- 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.
- La esfinterotomía lateral debe ser reservada para los pacientes con falla al tratamiento médico.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- 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.
- La dilatación anal y la esfinterotomía posterior deben ser abandonados en el tratamiento de la fisura anal crónica en los adultos.
- El colgajo de avance anal (V-Y) 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.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Se deberán enviar del primer al segundo nivel de atención médica todos los pacientes refractarios a tratamiento médico o en los que no se factible realizar un diagnóstico de certeza.
- Se deberá enviar del segundo al tercer nivel de atención médica todos los pacientes con recurrencia de una fisura anal, en caso de no contar con estudios de fisiología anal (manometría).

IMPORTANTE

Las fisuras que ocurren en posición lateral (fuera de la línea media), múltiples e indoloras; deben sugerir la presencia de otras enfermedades como la enfermedad de Crohn, la tuberculosis, la sífilis, el virus de inmunodeficiencia adquirida o un carcinoma anal.

DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO MÉDICO Y QUIRÚRGICO DE LA FISURA ANAL EN EL ADULTO

