

Cómo abordar adecuadamente la fisura anal

Marta Jordán Domingo

Mercedes Jiménez Casado

Médicos de familia. Centro de Salud Delicias Sur. Zaragoza

La fisura anal es un proceso patológico frecuente que se da en adultos de edad media y por igual en ambos sexos. Se trata de una úlcera lineal dolorosa que afecta al ano y abarca desde la línea pectínea hasta el margen de éste, cubriendo la mitad inferior del esfínter interno. Ésta es la localización en más del 90% de los casos porque el flujo sanguíneo a este nivel es deficiente debido a la alta compresión que sufre la zona.

Su cronicación está relacionada con la contracción esfinteriana que origina una disminución del flujo sanguíneo, dando lugar a isquemia y escasa tendencia a la cicatrización. Puede presentarse en un paciente sano sin una causa definida (suele ser única) o asociada a patología digestiva y/o infecciosa (tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual, sida, enfermedad de Crohn, etc.), siendo en estos casos múltiple o de localización poco habitual. Si se presenta como una úlcera profunda tórpida e indolora se debe descartar siempre un posible carcinoma escamoso anal.

La evolución clínica suele ser hacia la curación espontánea sólo con medidas higiénico-dietéticas en 4-6 semanas; sin embargo, en algunos casos presentan una duración mayor con episodios de reagudización e hipertrofia papilar anal, induración de los bordes y edema fibroso. El dolor, muy intenso, y la presencia de rectorragia leve suelen ser los síntomas más frecuentes.

El diagnóstico tras la anamnesis se confirma con la inspección exploratoria realizada en posición genupectoral simulando una maniobra defecatoria, con objeto de observar el desgarramiento superficial de color rojo que sangra con facilidad. En este momento no es conveniente hacer un tacto rectal por ser muy doloroso y aportar sólo el dato de una hipertrofia esfinteriana.

Inicialmente se deben indicar siempre medidas higiénico-dietéticas (dieta rica en fibra, ingesta hídrica, agentes formadores de bolo fecal), así como tratamientos locales dirigidos a aliviar el dolor y la inflamación.

Si no mejora deben añadirse fármacos que produzcan una relajación transitoria del esfínter para mejorar la vascularización local y favorecer la cicatrización. Se han em-

pleado calcioantagonistas en formulación tópica galénica y la inyección local de toxina botulínica, pero su eficacia y/o relación coste/beneficio es menor que las pomadas liberadoras de óxido nítrico, que como neurotransmisor inhibitorio va a lograr la comentada relajación esfinteriana y el aumento del flujo sanguíneo. El trinitrato de glicerilo en pomada rectal al 0,4% cada 12 horas es efectivo, siendo de elección sobre todo cuando no se desee cirugía o esté contraindicada.

La duración del tratamiento debe continuar hasta la curación, pero no debe alargarse más de ocho semanas. La cefalea es el efecto adverso más frecuente, es dosis-dependiente y revierte al interrumpir el tratamiento. Es recomendable aplicar la pomada con un dedil protector para limitar su absorción sólo en la zona anal. Los mareos, las náuseas y la hipotensión son menos frecuentes. Su uso está contraindicado en la alergia a nitratos, anemia grave, cardiopatías tratadas ya con nitratos, tendencia a la hipotensión grave e insuficiencia cardiaca.

Si tras ocho semanas no se obtiene mejoría, la esfinterotomía lateral interna arroja tasas de curación superiores al 90%, pero asocia el riesgo de originar incontinencia fecal irreversible, sobre todo a edades avanzadas, si existe incontinencia anal previa, cirugía anal previa o antecedentes múltiples de partos vaginales.

Resumen

1. La fisura anal es una lesión del canal anal de probable origen traumático-isquémico frecuente en adultos de edad media y por igual en ambos sexos. Es muy dolorosa pero autolimitada, curando muchas veces sólo con medidas higiénico-dietéticas.
2. Si en un periodo prudente no mejora con tratamientos locales que alivien la inflamación, se deben indicar de preferencia preparados tópicos de nitroglicerina para relajar el esfínter anal. Si esto no surte efecto puede valorarse el tratamiento quirúrgico, teniendo especial precaución en casos de incontinencia fecal previa, cirugía anal agresiva previa o antecedentes de múltiples partos. ■

Bibliografía

1. Perry WB, Dykes SL, Buie WD, et al. Practice parameters for the management of anal fissures (3rd revision). *Dis Colon Rectum*. 2010; 53: 1.110-1.115.
2. Marcello PW. Diseases of the anorectum. In: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, eds. *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*. 9th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier, 2010; chap. 125.