

INFORMACIÓN AL PACIENTE

Sección coordinada por:

V. F. Moreira y A. López San Román

Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Fisura anal

¿QUÉ ES UNA FISURA ANAL?

La fisura anal es un desgarro de la piel del ano en su zona más externa. Aparece por igual en hombres que en mujeres y generalmente se localiza en la línea posterior del ano.

¿QUÉ SÍNTOMAS CARACTERIZAN LA FISURA ANAL?

El síntoma más importante es el *dolor intenso*, desgarrador, "como si cortaran con un cuchillo" que se siente en el ano durante o tras la defecación y dura desde unos minutos hasta varias horas. Además del dolor se observa la presencia de *sangre fresca* "roja viva" no mezclada con las heces que impregna el papel higiénico, *picor anal* y *manchado de moco o mucosidad amarillenta* (pus).

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA?

Mediante la inspección del ano, intentando evitar el dolor que produce la separación de los márgenes anales aplicando si es necesario, anestesia local en forma de pomada o inyectable.

¿CUÁNTOS TIPOS DE FISURAS HAY?

Las fisuras se clasifican en función de su causa y su tiempo de evolución. La mayoría son de *causa desconocida*, son únicas, se localizan en la línea posterior del margen anal y la aparición de los síntomas se relaciona bien con un episodio de expulsión difícil de heces duras, o con un brote diarreico de heces líquidas explosivas. Estas fisuras, llamadas *idiopáticas*, se caracterizan por un aumento en el tono de cierre del canal anal como consecuencia de una actividad exagerada de la contracción del esfínter anal interno. Cuando las fisuras tienen pocos días de evolución se denominan *agudas*, mientras que cuando tienen 6 o más semanas se consideran *crónicas*. La fisura aguda es superficial y los bordes son finos y limpios. En la fase crónica la fisura es profunda, se ven en su base las fibras musculares del esfínter interno y los bordes están engrosados y duros. Frecuentemente, la fisura crónica se asocia a un pliegue de piel duro y doloroso (que el paciente palpa e interpreta como una hemorroide dolorosa).

Las fisuras asociadas a enfermedad inflamatoria intestinal (colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn), patología infecciosa (sífilis, tuberculosis) o toxicidad por fármacos (quimioterapia) pueden presentar los mismos síntomas que la fisura idiopática o ser indoloras, pero en general son múltiples y localizadas en cualquier cuadrante y a cualquier distancia del canal anal.

TRATAMIENTO DE LA FISURA ANAL

Las fisuras secundarias a enfermedad inflamatoria intestinal o a enfermedades infecciosas tienen un tratamiento específico, pero no hay que olvidar que padecer una enfermedad no significa que la fisura sea secundaria a la misma. Más de la mitad de las fisuras en pacientes con colitis ulcerosa o con enfermedad de Crohn son idiopáticas.

La mayoría de las fisuras anales agudas (50-70%) curan con medidas generales para corregir el estreñimiento y el dolor, pero las fisuras crónicas necesitan tratamiento médico específico o cirugía.

—*Medidas generales*: evitar la ingesta de alcohol, picantes y especias y aumentar el consumo de frutas, verduras y cereales. Se harán baños de asiento con agua tibia o caliente, y aplicación de pomadas anestésicas o con corticoides, que disminuirán el dolor y el picor. Estas pomadas no se deben usar más de una semana y se aplican unos minutos antes de la defecación. Se pueden asociar analgésicos orales (paracetamol 600-1000 mg o metamizol 575 mg dos o tres veces día). Para evitar el estreñimiento se administraran laxantes que produzcan heces de consistencia blanda, fáciles de expulsar. Se recomiendan el *Plantago Ovata* 3,5 g una a tres veces al día, la *lactulosa* 10-20 g día, y el *polietilenglicol*.

—*Tratamiento específico*: en la fisura anal aguda o crónica, si las medidas generales no son suficientes, se puede iniciar tratamiento con pomadas que disminuyen la presión del canal anal relajando el esfínter anal interno. No están comercializadas en España y su uso no está indicado para la fisura, pero se preparan como fórmulas magistrales en farmacias. Son eficaces en la mejoría del dolor y en la cicatrización de la fisura en más del 60% de pacientes. La crema más usada es la de nitroglicerina al 0,2-0,4% aplicada 2 ó 3 veces al día. Debe ponerse con guantes para evitar que se absorba en el dedo. El efecto secundario más frecuente es el dolor de cabeza (hasta en un 60% de pacientes), que en ocasiones hace suspender el tratamiento. No se debe usar en pacientes con hipotensión, insuficiencia cardíaca, alergia a nitritos o anemia importante. Si no se tolera la pomada de nitroglicerina, no es eficaz o está contraindicado su uso, se pueden evaluar el tratamiento con toxina botulínica o la cirugía. Esta es el tratamiento más eficaz para la curación de la fisura anal crónica, pero como en algunos pacientes produce incontinencia anal, se recomienda agotar al máximo el tratamiento médico.

¿QUIÉN TIENE RIESGO DE PRESENTAR INCONTINENCIA ANAL TRAS CIRUGÍA? ¿POR QUÉ?

Las mujeres que han tenido partos y los pacientes con antecedentes de cirugía anal (hemorroides, fisura, fistula, etc...) o de lesión de los esfínteres anales por infección y/o inflamación (enfermedad inflamatoria crónica intestinal) son más propensos a la incontinencia. La cirugía de la fisura anal crónica consiste en la sección de la parte más baja del esfínter anal interno, de manera que produce una disminución de la fuerza de cierre del ano únicamente en aproximadamente un centímetro de su longitud. Esto no debe precipitar incontinencia en una persona con un canal anal íntegro. Pero en algunas mujeres se lesiona durante el parto el esfínter anal externo (que rodea el esfínter interno), y por ello el corte del esfínter interno puede precipitar incontinencia. Lo mismo ocurre en pacientes que han sido operados previamente del canal anal o que presenten una enfermedad crónica con brotes frecuentes de diarrea. El esfínter anal interno que se corta durante la cirugía, no se puede volver a unir por lo que la lesión se considera irreversible.

¿CÓMO PUEDO YO SABER SI TENGO LOS ESFÍNTERES NORMALES ANTES DE OPERARME?

Hay dos métodos fiables, uno de ellos (el más utilizado) nos indica que la fuerza del ano tanto en reposo como cuando apretamos fuertemente el ano es normal: se trata de la manometría anal, una técnica muy sencilla y accesible. El segundo y que puede ser complementario nos indica la forma de los esfínteres, la ecografía anal. Lo más práctico ante la mínima duda de patología de la función esfinteriana, es la realización de una manometría anal.

¿QUÉ TRATAMIENTO PUEDO SEGUIR SI TENGO RIESGO DE INCONTINENCIA EN CASO DE OPERARME?

En caso de fracaso de la pomada con nitroglicerina, se recomienda la inyección de toxina botulínica en el esfínter anal (20 y 40 unidades). Esta sustancia produce una relajación temporal (4-8 semanas) de la fuerza de los esfínteres anales y puede ser utilizada junto con el resto de medidas conservadoras. Este tratamiento consigue mejorar los síntomas y curar la fisura hasta en un 90% de los pacientes pero en un 40-50% de los casos la fisura reaparecerá. Por eso, un porcentaje muy elevado de pacientes debe recibir inyecciones repetidas. Se considera una técnica adecuada en pacientes que no desean asumir el riesgo quirúrgico. No obstante esta técnica puede temporalmente asociarse a incontinencia a gases o heces líquidas.

M. Mínguez y P. Almela

Servicio de Gastroenterología. Hospital Clínico. Valencia

