



FISURA ANAL CRÓNICA

Dr. Cristián Gallardo V.

Definición

Corresponde a una úlcera lineal en el epitelio escamoso del canal anal bajo la línea pectínea. Usualmente localizada en la línea media posterior (75%).

Diagnóstico

Ocurre más frecuentemente entre la 2ª y 4ª década de la vida. El diagnóstico es generalmente sospechado en la historia clínica.

Se manifiesta clínicamente por dolor anal defecatorio que puede prolongarse unas horas luego de la evacuación, en 2 tiempos. La rectorragia defecatoria es común.

La inspección anal generalmente muestra la fisura al solicitar al paciente que puje y retraer suavemente los glúteos.

El hallazgo al examen físico más consistente es la hipertonia esfinteriana, que se ha postulado que es debida a o como resultado de isquemia. La presencia de un plicoma centinela en el polo distal de la fisura, una papila hipertrófica en el polo proximal y la apariencia de fibras musculares del esfínter anal interno en el centro de la úlcera indican que la fisura es crónica.

Tratamiento

Todas las opciones de manejo tienen como objetivo reducir el tono esfinteriano.

Conservador.

Estas incluyen medidas higiénico-dietéticas como dieta rica en fibras (30 g diarios), suplementos de fibra dietaria, aumentar la ingesta de líquidos, ablandadores de deposiciones y analgésicos asociado a baños de asiento en agua caliente.

No se recomiendan analgésicos tópicos.

Las tasas de recurrencia son reducidas en forma importante luego de manejo conservador continuado.

Comentario [ab1]: Tasa de éxito del tratamiento





Tratamiento médico.

La relajación del esfínter anal interno se logra mediante la reducción de calcio intracelular en la células musculares lisas ya sea por aumento del óxido nítrico local (Trinitrato de glicerina) o por la depleción del calcio intracelular con bloqueadores de los canales de calcio.

Trinitrato de glicerina.

Es mejor que el uso de placebos para la cicatrización de la fisura pero asociado a efectos adversos del medicamento en un 25% (cefalea), independiente de su dosis.

La tasa de curación se encuentra cercana al 49% vs 30% del placebo.
Recurrencia 50%.

Bloqueadores de los canales de calcio (Nifedipino tópico al 0.2%).

Tiene una eficacia similar a la TNT pero con una menor probabilidad de efectos adversos y debería ser recomendada como la primera línea de tratamiento de la fisura. (Recomendación Nivel 1, Grado 1)

Toxina botulínica.

La contracción del esfínter anal interno es mediada por la activación de neuronas simpáticas. La toxina botulínica se une irreversiblemente a terminales pre sinápticos impidiendo la liberación de acetilcolina, de éste modo inhibe la transmisión sináptica. Su uso genera una disminución del tono esfinteriano, efecto que dura entre 2 a 3 meses.

Existen múltiples técnicas descritas para la administración de ésta toxina: inyección en EAE a ambos lados de la fisura (Jost 1997), en EAI (Maria 1998) y en surco interesfintérico (Minguez 1999). La dosis ha variado entre 10 a 100 U (promedio 25 U) con una tasa de curación promedio de 75% y un rango entre 44 – 100% independiente de la técnica.

La toxina botulínica ha mostrado una eficacia al menos similar al uso de nitroglicerina en lograr curación de una fisura anal superficial y parece ser también efectiva para fisuras resistentes al tratamiento con nitroglicerina.

Su utilización es costosa.

Sitio de administración Toxina botulínica.

Comentario [CB2]:

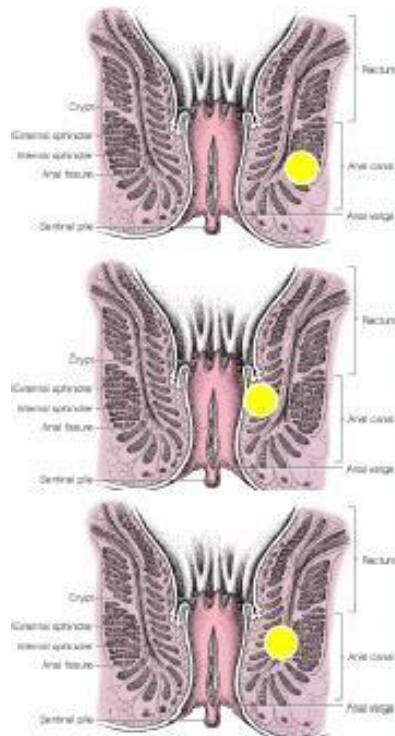
Comentario [CB3]:

Comentario [CB4]:

Comentario [CB5]:

Comentario [CB6]:

Comentario [ab7]: Tasa de éxito

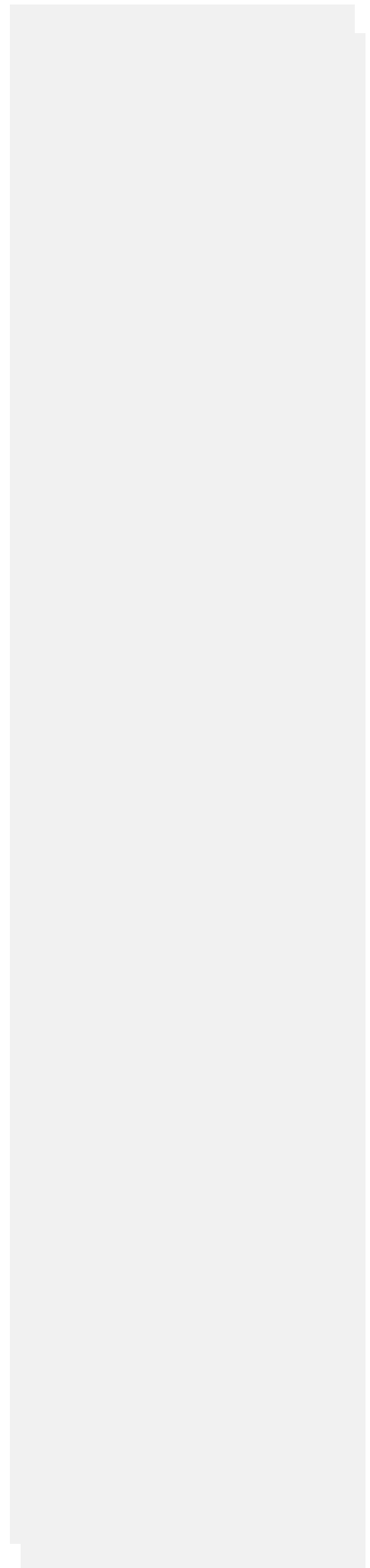


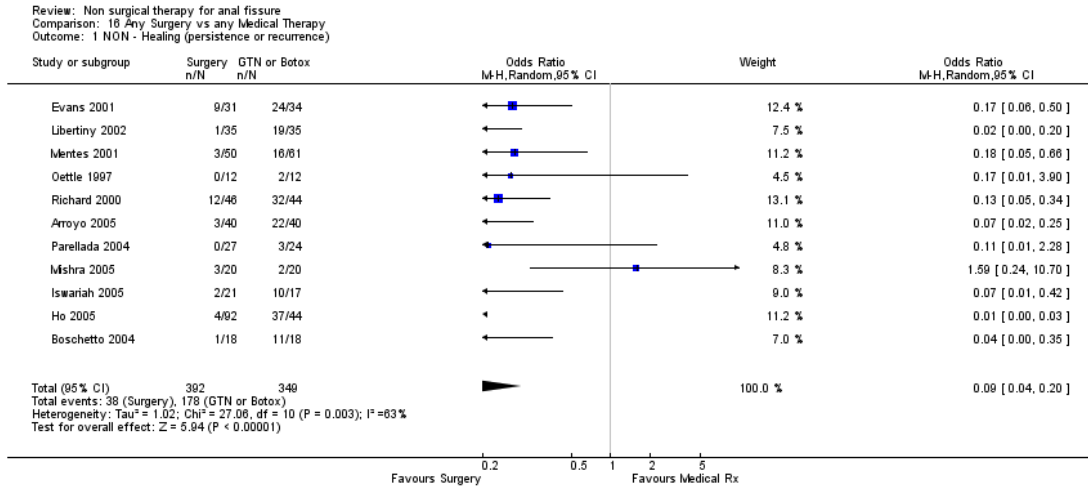
Tratamiento quirúrgico.

Múltiples procedimientos descritos desde dilatación anal hasta colgajos de avance.

El objetivo es reducir el tono de reposo del esfínter anal interno incrementando a su vez la irrigación al anodermo para mejorar la cicatrización. Las opciones quirúrgicas incluyen esfinterotomía lateral interna, fisurectomía y colgajos de avance. En pacientes con hipotonía esfinteriana un colgajo de avance es una opción lógica.

Tabla comparativa. Curación. Tratamiento médico vs quirúrgico.





Esfinterotomía lateral interna (ELI).

Gold Estándar.

Presenta mayor efectividad en términos de curación y menor recurrencia que el tratamiento médico pero está asociada a un mayor índice de incontinencia a gases. Debería estar reservada para pacientes que presentaron falla al tratamiento médico.

Se reportan tasas de curación de hasta 85% con 10% de recurrencia.

Un meta análisis de 4 estudios randomizados evaluando técnica abierta versus cerrada (Notaras) no encontró mayor diferencia pero hubo una tendencia hacia mayor tasa de curación y una leve mayor incontinencia en el grupo abierto. Se ha descrito el limitar la esfinterotomía a la longitud de la fisura intentando disminuir la frecuencia de incontinencia pero se ven tasas de curación menores.

Tabla comparativa.

Límite de sección. Línea pectínea vs limitada a longitud de fisura.

Fracaso del tratamiento.



3.1 Treatment Failure

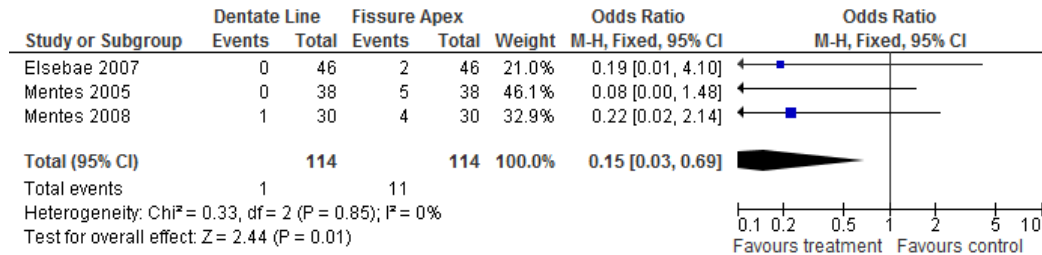
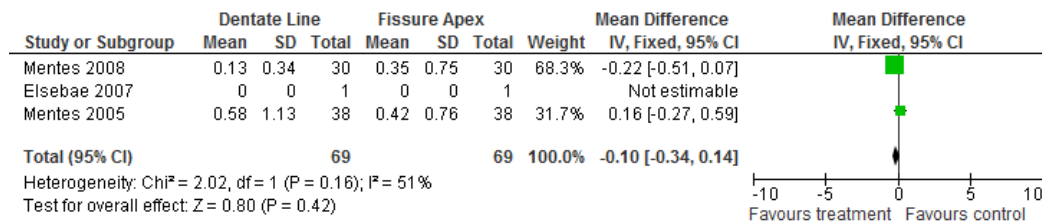


Tabla comparativa.

**Límite de sección. Línea pectínea vs limitada a longitud de fisura.
Incontinencia postoperatoria.**

3.2 Anal Incontinence Score



Basado en la evidencia, la cirugía debería realizarse con un retractor anal bivalvo para identificar el surco interesfinteriano seguido de la incisión sobre el surco a las 3:00 hrs y disección de esfínter anal interno que, luego es seccionado hasta el nivel de la línea pectínea. (aprox 40-50% EAI)

- Tasas de curación >85%.
- Efecto duradero.
- Riesgo incontinencia (10% incontinencia menor) (Garg 2013).

Dilatación anal.

- Técnica de Lord, con balón, controlada.
- Probablemente menos efectiva que esfinterotomía.
- 4 veces mayor riesgo de incontinencia.
- No se recomienda en la actualidad.

Fisurectomía.

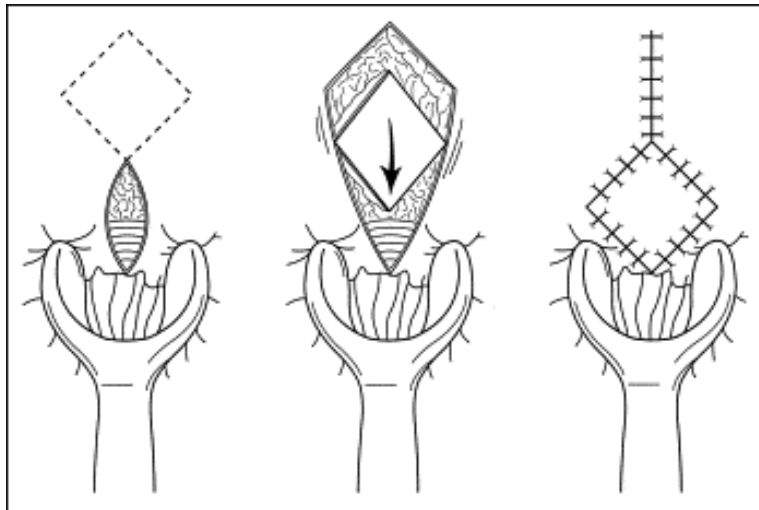


Ésta técnica incluye la resección del borde fibrótico de la fisura, curetaje de su base y resección del plicoma centinela y de la papila hipertrófica si están presentes.

Se ha descrito que en conjunto con la aplicación de toxina botulínica, aumenta su tasa de curación evitando el riesgo de la ELI.

Colgajos de avance.

- Tasas de curación 80%.
- Menor incontinencia.



Tipos.

- Colgajo de avance en V-Y anodermo.
- Colgajo de avance de pared rectal. Riesgo. Ectropión.

Recomendados en pacientes con estenosis anal y con presiones de reposo del esfínter anal disminuidas.

OTRAS TERAPIAS.

Combinaciones.

- Fisurectomía + botox.
- Esfinterotomía + colgajo.
- Botox + colgajo.



Servicio de Cirugía
Coloproctología
Hospital Clínico San Borja-Arriarán



Universidad de Chile
Facultad de Medicina
Dr. Cristián Gallardo V

