

FISURA ANAL

La fisura anal es una úlcera lineal que se produce en el interior del conducto anal, afectando al anodermo hasta el margen anal y que provoca dolor anal. Su diagnóstico es sencillo y se basa en la historia clínica (antecedentes, clínica y exploración). Es un trastorno relativamente frecuente y puede afectar a las mujeres en el tercer trimestre del embarazo o en el puerperio.

Tipos de fisura:

La mayoría de las fisuras son primarias o idiopáticas y ocurren en pacientes sanos. Se considera que es una herida producida por una mala cicatrización relacionada con déficit de vascularización local provocado por la intensa hipertoniá anal (aumento de presión anal debido a la contracción involuntaria del esfínter anal interno).

Las fisuras secundarias son mucho menos frecuentes y se asocian a otras enfermedades digestivas o infecciosas (Crohn, tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual, etc).

Las fisuras también pueden clasificarse en agudas y crónicas según el tiempo de evolución y sus características.

Síntomas:

La fisura anal *aguda* corresponde al episodio inicial del proceso, manifestándose por una intensa proctalgia (dolor anal), sangrado anal (intermitente y que se manifiesta como una mancha roja brillante en las heces o en el papel higiénico). Este episodio agudo revierte normalmente espontáneamente o con medidas higiénico-dietéticas produciéndose la cicatrización de la misma en 4-6 semanas. Sin embargo, en ocasiones el dolor y el sangrado disminuyen progresivamente sin desaparecer totalmente, presentando episodios recurrentes de reagudización y persistiendo la lesión con características *crónicas*. Estos síntomas alteran significativamente la calidad de vida.

Tratamiento de la fisura anal:

La finalidad del tratamiento consiste en reducir la hipertoniá anal, es decir disminuir la presión en el conducto anal, y mejorar la vascularización local y, por tanto, permitir la cicatrización y curación de la fisura.

Es fundamental el tratamiento del estreñimiento y suelen emplearse concomitantemente medidas conservadoras como baños de asiento, antiinflamatorios y tratamientos tópicos (pomadas). Las más empleadas son pomadas que tienen una acción relajante sobre el esfínter anal interno, como derivados del trinitrato de glicerilo y de dilitiazem.

El tratamiento quirúrgico se reserva para casos de intenso dolor refractario y para los fracasos del tratamiento conservador. La esfinterotomía lateral interna (sección de una

pequeña parte del esfínter anal interno) se muestra como la técnica quirúrgica más eficaz. Se suele realizar sin necesidad de ingreso hospitalario, bajo anestesia local y sedación o anestesia regional. Permite la curación en la gran mayoría de los casos y suele ser muy agradecida. Aunque conlleva un riesgo de incontinencia anal, si se realiza correctamente y con una selección adecuada de los pacientes tiene pocas complicaciones.

Dr. Alberto Parajó Calvo
Médico Especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo
Coloproctología – Cirugía Laparoscópica
Col. N° 2584 • Ourense