

Tratamiento natural de la fisura anal aguda

Dr. Juan J. Sebastián Domingo

Especialista en Aparato Digestivo. Responsable de la Unidad de endoscopia digestiva Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

RESUMEN:

La fisura anal (FA) consiste en un defecto longitudinal, elíptico o redondeado, en el canal anal que se extiende, en parte o toda su extensión, desde el margen anal hasta la línea pectínea. El síntoma principal de la FA es el dolor. El paciente experimenta una sensación desgarradora con la evacuación, que suele ceder en unos minutos. También es frecuente una rectorragia discreta, unas pocas manchas de sangre rojo brillante que tiñen el papel higiénico.

El diagnóstico suele sospecharse por la clínica y se confirma con la inspección anal.

Con bastante frecuencia la FA evoluciona de forma tórpida y no suele responder adecuadamente al tratamiento médico. En tales casos suele ser necesario el tratamiento quirúrgico, siendo de elección la esfinterotomía subcutánea lateral interna.

Existe una alternativa a la esfinterotomía, bastante eficaz y con resultados rápidos: la dilatación digital ambulatoria del ano con anestesia local en varias sesiones. Se describe dicha técnica.

Palabras clave: Canal anal, fisura anal, dilatación digital, anestesia local, hipertonía esfínter anal.

Natural treatment for the anal fissure

63

ABSTRACT:

Anal fissure is a longitudinal, elliptical or rounded defect in the anal canal extending part or all from the anal verge to the pectinate line. Pain is the main symptom. The patient suffer an sensation of tear with evacuation, that usually dissappear in a few minutes. Mild rectal bleeding, usually in the form of few spots of brightred blood on the toilet tissue, is also frequente. Diagnosis is usually suspected by clinical picture and it is confirmed by anal inspection. Frequently, anal fissure becomes chronic, without response to medical therapy. In that case, surgery is usually required, being lateral subcutaneous internal sphincterotomy the method of choice.

There is an alternative to sphincterotomy, quite efective and with prompt results: ambulatory manual dilation of the anus, with some sessions under local anesthesia. We will describe this technique.

Key words: Anal channel, anal fissure, digital dilation, local anesthesia, anal sphyncter hipertony

La fisura anal (FA) es un desgarró o úlcera lineal, dolorosa, situada en el canal anal, desde la línea pectínea hasta el margen anal (1) (Figura 1).

La línea media posterior es el sitio de localización de más del 90% de las fisuras. El resto ocurre en la línea media anterior. El factor más importante que explica la predilección por la línea media posterior es que el flujo sanguíneo a dicho nivel es relativamente deficiente, debido a que la presión anal en reposo en esta zona es relativamente elevada. Por lo tanto, pare-

ce que el mecanismo responsable de la FA es la isquemia (2).

La mayoría de las FA se inician por el traumatismo ocasionado por la eliminación de heces duras, reseca y de gran tamaño; son sintomáticas, por tanto, del estreñimiento del paciente. La diarrea crónica puede predisponer también a la formación de fisuras.

La hipertonía anal en reposo es una observación constante en la manometría anorrectal (3).

El síntoma principal de la FA es el dolor. El paciente experimenta una sensación desgarradora con la eva-



Figura 1. Anuscopia: Profunda fisura anal posterior. La paciente refería estreñimiento habitual crónico.

cuación, que suele ceder en unos minutos. El dolor de una fisura puede ser suficientemente severo como para que el paciente inhíba el impulso de defecar durante días. El espasmo esfinteriano o la isquemia, o ambas cosas, pueden ser responsables del dolor. También es frecuente una rectorragia discreta, unas pocas manchas de sangre rojo brillante que tiñen el papel higiénico (4).

El diagnóstico suele sospecharse por la clínica y se confirma con la inspección anal. Dado que las fisuras son extremadamente dolorosas a la palpación, el examen debe ser suave y es aconsejable el empleo de un anestésico tópico. La retracción suave de las nalgas y la eversión del ano suele revelar la fisura. A la inspección, una fisura aguda aparece como un desgarró superficial con una base de color rojizo que sangra fácilmente.

El tacto rectal, que debe de ser siempre delicado y cuidadoso, confirma el espasmo esfinteriano y el dolor a la palpación.

TRATAMIENTO

Las fisuras agudas pueden curar después de varias semanas con un régimen conservador, a base de agentes formadores de volumen (plantago ovata, mucílagos), baños de asiento y algunos ungüentos tópicos con nitroglicerina (5). En algunos casos puede recurrirse a la inyección de toxina botulínica a ambos lados de la fisura, con aceptables resultados (6).

Pese a todo ello, con bastante frecuencia la FA evoluciona de forma tórpida y no suele responder adecuadamente al tratamiento médico. En estos casos se produce una fisura crónica, con la característica tríada: 1) la propia fisura, 2) una papila anal hipertrófica en el extremo superior de la misma y 3) una hemorroide centinela en el extremo inferior de la fisura (Figura 2).

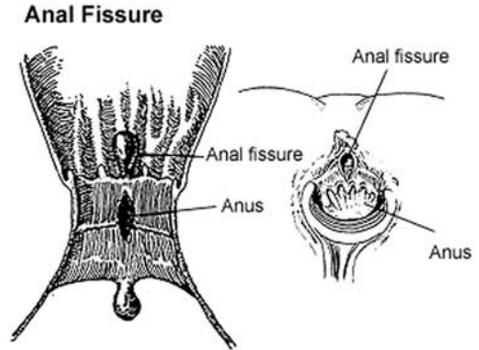


Figura 2. Esquema de una fisura anal crónica.

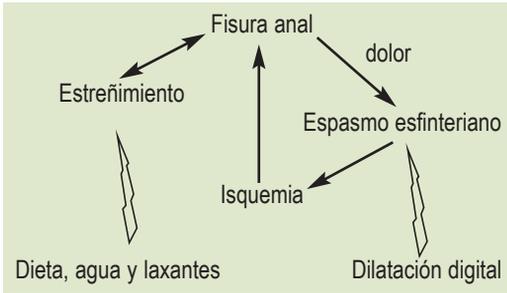
Quando la fisura se ha cronificado es muy improbable que responda al tratamiento médico. En tales casos suele ser necesario el tratamiento quirúrgico, siendo de elección la esfinterotomía subcutánea lateral interna, bajo anestesia local o general (7, 8), con el consiguiente riesgo de incontinencia fecal (hasta en el 15% de los pacientes).



Figura 3. Material necesario para realizar la dilatación digital ambulatoria del ano con anestesia local.

En mi experiencia, existe una alternativa a la esfinterotomía, bastante eficaz y con resultados rápidos: **la dilatación digital ambulatoria del ano con anestesia local en varias sesiones que aplico sistemáticamente en los pacientes que acuden a la consulta con una fisura anal aguda.**

Su fundamento está en modificar la fisiopatología de la fisura anal:



El dolor que ocasiona la fisura determina, de forma refleja, un aumento de la presión en reposo en el conducto anal (hipertonía o espasmo esfinteriano); ello, a su vez, reduce el flujo sanguíneo hacia dicha úlcera. La fisura, relativamente isquémica, no puede cicatrizar adecuadamente y termina cronificándose.

La dilatación digital ambulatoria del ano con anestesia local habitualmente consigue, en varias sesiones, que ceda el espasmo esfinteriano, con lo que la fisura cicatriza y cura. También contribuye a ello una adecuada higiene de la región anal, los baños de asiento en agua tibia y alguna crema emoliente (o simplemente la aplicación de aceite de oliva o de hipérico).

Por otro lado hay que tratar el estreñimiento. Aparte de una adecuada hidratación y suplementos de fibra en la dieta, suelen ser necesarios laxantes de volumen (plantago ovata) u osmóticos (lactitol o lactulosa).

MATERIAL NECESARIO

Para realizar la dilatación digital del ano con anestesia local son necesarios materiales (Figura 3) que están disponibles en cualquier consulta:

- guantes de látex
- gasas
- lubricante tipo jalea
- anestésico local (lidocaina 10 %) con aplicador

TÉCNICA

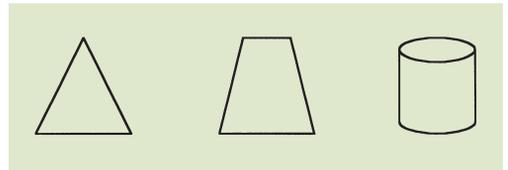
El paciente se encuentra acostado sobre la camilla en decúbito lateral izquierdo, con las rodillas flexionadas hacia el vientre. Se le explica que procure relajarse y respirar de forma sosegada y profunda.

Tras localizar la fisura, se aplica el anestésico directamente sobre la misma. A continuación, pondremos un poco de jalea sobre el dedo del guante y volvemos a pulverizar anestésico sobre el lubricante para empezar la dilatación.

Se empieza apoyando suavemente la punta del dedo sobre el ano, masajeando la zona para relajarla. Poco a poco, con paciencia, iremos introduciendo el dedo en el canal anal notando el esfínter anal externo hipertónico. Mediante un masaje circunferencial iremos profundizando en el canal, ablandándolo y abriéndolo gradualmente hasta llegar al esfínter interno. Con el dedo completamente introducido en el ano, hasta el recto, abrazaremos todo el canal y traccionaremos de él, en los cuatro cuadrantes, para ir dilatándolo cada vez más hasta conseguir que el dedo pase sin ninguna dificultad. El procedimiento se repite varias veces en la misma sesión.

El paciente no deberá de sentir dolor en ningún momento; si ello ocurriera, volveríamos a aplicar el anestésico, siguiendo con la dilatación una vez haya cedido el dolor.

65



El procedimiento, en mi experiencia, conviene repetirlo dos veces al día durante los dos o tres primeros días y una vez diaria los tres o cuatro días siguientes. En menos de una semana pueden comprobarse los resultados: el paciente tiene cada vez menos dolor y el tamaño de la fisura se reduce poco a poco, hasta llegar a cicatrizar completamente. Si pasado este tiempo el paciente no mejora, la fisura se puede estar haciendo crónica y muy probablemente terminará siendo necesaria la esfinterotomía lateral interna.

Mi experiencia, en más de una docena de pacientes tratados con esta técnica, a los que he hecho un seguimiento prospectivo, ha sido muy satisfactoria, evitando en todos los casos la cirugía.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Gastroenterología y Hepatología prácticas para Atención Primaria*. Dr. Juan J. Sebastián. T.G. Soler. Barcelona. 1998.
2. Schouten WR., Briel JW., Auwerda JJ. «Relationship between anal pressure and anodermal blood flow. The vascular pathogenesis of anal fissures». *Dis Colon Rectum* 1994; 37: 664.
3. Keck JO., Staniunas RJ., Collier JA. et al. «Computer-generated profiles of the anal canal in patients with anal fissure». *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 72.
4. *Examen y enfermedades de la región anorrectal*. T.R. Schrock. En: *Enfermedades Gastrointestinales y Hepáticas*. Sleisenger & Fordtran. 6ª edición (esp). Editorial Médica Panamericana. Madrid. 2000.
5. Gorfine SR. «Treatment of benign anal disease with topical nitroglycerin». *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 453.
6. Fernández López F, Conde Freire R, Ríos Ríos A et al. «Botulinum toxin for the treatment of anal fissure». *Dig Surg* 1999;16(6):515-8.
7. Richard CS, Gregoire R, Plewes EA et al. «Internal sphincterotomy is superior to topical nitroglycerin in the treatment of chronic anal fissure: results of a randomized, controlled trial by the Canadian Colorectal Surgical Trials Group». *Dis Colon Rectum* 2000 Aug. 43(8):1048-57.
8. Argov S, Levandovsky O. «Open lateral sphincterotomy is still the best treatment for chronic anal fissure». *Am J Surg* 2000 Mar;179(3):201-2.