

## REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

---

### Actualización en el tratamiento de la fisura anal aguda y crónica

### Update on the treatment of acute and chronic anal fissure

Lucas González Johnson 1, Jasmín Peña Zacconi 1, Ignacia Santiago Hermosilla 1

<sup>1</sup>Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

---

#### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La fisura anal es una de las patologías anorrectales benignas más común. Estas se clasifican en primarias o secundarias y agudas o crónicas. La fisura anal son resultado de fuerzas opuestas que separan la mucosa anal más allá de su capacidad normal, generando ulcera o laceración del borde anal debajo de la línea dentada, un área altamente sensible, y provoca un círculo vicioso en que el esfínter anal interno expuesto inicia con contracciones espásticas repetitivas que causan isquemia persistente y una cicatrización más difícil. Los pacientes típicamente se presentan con defecación dolorosa, el tratamiento es médico o quirúrgico. El objetivo de esta revisión es presentar aspectos generales y específicos en el tratamiento actual de la fisura anal, incluyendo el pilar de medidas generales, tratamiento médico y tratamiento quirúrgico.

**PALABRAS CLAVE:** fisura anal; proctalgia; vasodilatadores tópicos; esfinterotomía

---

#### ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Anal fissure is one of the most common benign anorectal pathologies. These are classified as primary or secondary and acute or chronic. Anal fissures are the result of opposing forces that separate the anal mucosa beyond its normal capacity, generating ulcers or lacerations of the anal verge below the pectinate line, a highly sensitive area, and causing a vicious circle in which the internal anal sphincter is exposed. It begins with repetitive spastic contractions that cause persistent ischemia and more difficult healing. Patients typically present with painful defecation, treatment is medical or surgical. The objective of this review is to present general and specific aspects in the current treatment of anal fissure, including the mainstay of general measures, medical treatment and surgical treatment.

**KEYWORDS:** anal fissure; proctalgia; topical vasodilators; sphincterotomy

---

## INTRODUCCIÓN

---

La fisura anal corresponde a un desgarro longitudinal en el epitelio escamoso que da revestimiento del canal anal distal a la línea dentada. Se presentan principalmente en adultos jóvenes y de edad media (1).

Las FA están ubicadas en la línea media posterior (LMP) en el 90% de los pacientes, en la línea media anterior (LMA) en el 25% de mujeres y 8% de hombres y simultáneamente en LMA

y LMP en el 3% de pacientes. Las FA de localización lateral son atípicas y hacen sospechar etiología secundaria.

La etiología más común de una FA primaria es el traumatismo anal local, generalmente por constipación o diarrea. Las FA secundarias pueden ser la manifestación de una afección médica subyacente como enfermedad de Crohn, enfermedades granulomatosas (ej: tuberculosis extrapulmonar), infecciones (ej: VIH) o neoplasia maligna (ver tabla 1).

Se debe sospechar una FA basándose en la historia de proctalgia severa provocada por la defecación y que dura minutos a horas asociado a rectorragia. El diagnóstico se confirma con el examen físico, visualizando directamente la fisura (2).

Las FA se clasifican temporalmente en agudas o crónicas, siendo la característica patognomónica de la FA aguda (8 semanas) aparece con papila hipertrófica interna, fibras del esfínter anal interno visibles, bordes elevados e indurados y plicoma centinela en el ápex (3).

Posterior al diagnóstico y tratamiento inicial de la FA, se requiere evaluación adicional, incluido un tacto rectal, anoscopia, colonoscopia o sigmoidoscopia

en pacientes con hemorragia digestiva baja y una evaluación de enfermedad de Crohn en pacientes con fisuras atípicas, para excluir causas secundarias y/o diagnóstico alternativo (4).

En esta revisión se comentan aspectos del tratamiento preventivo, tratamiento médico y tratamiento quirúrgico ofrecido por coloproctología para la FA primaria. La FA secundaria tiene tratamiento específico según patología de base.

---

## MATERIALES Y MÉTODOS

---

Se realizó una revisión bibliográfica no sistemática de la literatura respecto al tratamiento actual de la fisura anal en los buscadores de: Epistemonikos, Pubmed, Scielo, Clinicalkey y Scopus. Se utilizaron los términos "anal fissure" AND "treatment", privilegiando artículos

originales, revisiones sistemáticas y meta-análisis, de preferencia de los últimos 10 años (2010-2020) en idioma español e inglés.

---

## TRATAMIENTO

---

### Bases del tratamiento

Para entender la base del tratamiento de la fisura anal tenemos que tener presente que la hipertonia del esfínter anal interno es el factor más importante en la persistencia y cronificación de la FA(5). Luego del desgarro, se desencadenan ciclos de dolor anal recurrente y sangrado que conducen al desarrollo de FA crónica en hasta 40% de pacientes (6). El musculo esfínter interno expuesto dentro del lecho de la fisura sufre espasmos que contribuyen a la proctalgia y a disminuir el flujo sanguíneo, impidiendo su curación; estando la tasa de perfusión inversamente relacionada a la presión anal y perpetuando este círculo vicioso de hipertonia-espasmo-isquemia. Por lo tanto, el objetivo del tratamiento es disminuir la hipertonia para mejorar la vascularización local y permitir la cicatrización de la herida.

### Tratamiento higiénico-dietético:

El primer escalón terapéutico para el manejo tanto agudo como crónico de la FA son las medidas conservadoras higiénico-dietéticas. Estas recomendaciones de primera línea consisten en dejar de fumar, ejercicio físico moderado, correcto descanso, uso baños de asiento; estas medidas apuntan a disminuir el tono del esfínter anal interno y aliviar dolor.

Los baños de asiento se realizan con agua tibia (36-40°C) por 10 minutos, 2 veces por día y tras deposición; estos pueden relajar el esfínter anal y mejorar el flujo sanguíneo de la mucosa anal (7). También debe evitarse la constipación y diarrea ya que puede exacerbar la FA, manteniendo hábitos intestinales adecuados. Una dieta con abundantes líquidos y rica en fibra (25-30 gramos/día) mejora la capacidad de retener agua en deposiciones, obteniendo deposiciones más blandas. Existen suplementos de fibra que contribuyen a la producción de una masa fecal más voluminosa y blanda como el salvado de trigo, goma guar, pectina y ciruela. Estos productos de venta libre funcionan absorbiendo agua y aumentando el volumen de las heces, lo que aumenta la frecuencia defecatoria y las ablanda.

Todas estas medidas conservadoras por sí mismas pueden conseguir la curación de hasta un 87% de FA aguda (8), prevenir recurrencia y tienen un nivel de evidencia IB (9).

## Tratamiento médico

El tratamiento médico es complementario a las medidas generales y puede ser con nifedipino, nitroglicerina o toxina botulínica tanto en FA aguda como crónica.

En pacientes con FA típica se recomienda la prescripción de medidas generales más vasodilatador tópico (nifedipino o nitroglicerina) por un mes a aplicarse sobre y alrededor de la FA en el canal anal para reducir la presión del esfínter anal, ambos con evidencia de ser superiores en placebo en curación de FA; se debe reevaluar al paciente al mes de iniciado el tratamiento. Se prefiere el uso de nifedipino tópico 0,2-0,3% 2-4 veces al día ya que tiene menos efectos secundarios en comparación a la nitroglicerina 0,2-0,4% 2 veces al día (10). Los efectos secundarios de nitroglicerina tópica son cefalea e hipotensión y no debe usarse junto a medicamentos para disfunción eréctil como sildenafil. Evidencia de la ventaja de nifedipino en comparación a nitroglicerina se encuentra en el trabajo de Ezri et al en que en un ensayo clínico con 52 pacientes con FA crónicas, el tratamiento con nifedipino tópico produjo mayor cicatrización (89% versus 58%) y menor efectos secundarios (5% versus 40%) al compararlo con el uso de nitroglicerina tópica; ambos grupos con tasas de recurrencia entre las semanas 124 y 183 de estudio similares (42 versus 31%)(11). Otro estudio que indica esta ventaja de nifedipino sobre nitroglicerina en FA crónica se encuentra en el estudio de Khan en términos de curación FA y reducción síntomas(12).

A pesar de que el tratamiento médico es menos efectivo que la cirugía, especialmente en FA crónicas; se debe ofrecer primero el tratamiento farmacológico debido a su mayor disponibilidad, mejor tolerancia y ausencia de complicaciones severas como la incontinencia fecal, ejemplo de esto se encuentra en el ensayo clínico de Parellada

et al, en que en un total de 54 pacientes con FA se los asignó aleatoriamente al grupo cirugía (esfinterotomía lateral interna ELI) o de tratamiento médico (ungüento de nitroglicerina 0,2%) por 10 semanas; todos los pacientes recibieron tratamiento con medidas generales (baños de asiento y ablandadores de deposiciones); los resultados de este ensayo clínico aleatorizado fueron que el grupo cirugía alcanzó mayores tasas de curación de FA 96% versus a 67% a 5 semanas y 100% versus 89% a 10 semanas pero con el mayor riesgo de incontinencia fecal menor 44% versus 0% y a largo plazo el 15% de pacientes sometidos a cirugía persistieron con incontinencia fecal residual luego de 2 años postcirugía (13). Para el manejo analgesico, se pueden utilizar cremas analgesicas tópicas como lidocaína 2% con evidencia de solo aliviar el dolor (14). Luego de 1 mes de tratamiento médico asociado a medidas generales, se debe reevaluar la sintomatología y en caso de persistencia es posible continuar tratamiento médico por

otro mes más. Al cabo de 2 meses, los pacientes que todavía tienen síntomas persistentes atribuibles a sus FA son remitidos a endoscopia para descartar enfermedad de Crohn oculta; y en caso de detectar enfermedad de Crohn, se debiera

derivar a gastroenterólogo. En caso de no encontrar etiología a la FA, se lo deriva a coloproctólogo para un tratamiento adicional de la fisura anal refractaria (tratamiento farmacológico 2º línea o tratamiento quirúrgico) (3).

## Tratamiento quirúrgico

La cirugía es el segundo escalón terapéutico en el manejo de la FA crónica, siendo el tratamiento más eficaz a largo plazo. Existen distintas alternativas quirúrgicas:

1.-Esfinterotomía lateral interna (ELI): Es la técnica de elección (estándar de oro) frente a rechazo, fracaso o complicaciones tras tratamiento farmacológico(15) y permite reducir el tono esfinteriano mediante la sección del esfínter anal interno, con nivel de evidencia IA. Presenta tasas de curación cercanas al 100%, siendo superior en eficacia a todas las otras terapias (16), sin embargo tiene tasas de incontinencia temprana y tardía de 3 y 15% respectivamente (7,17). Para la cirugía se debe considerar la edad, paridad, trauma obstétrico y cirugías anorrectales previas ya que debe ofrecerse esta alternativa quirúrgica en pacientes con bajo riesgo de incontinencia (7).

### 2.-Anoplastia

de avance: Consiste en curetaje de la zona y realización de un colgajo local de piel y tejido subcutáneo de 1 cm de espesor que debe cubrir la fisura más allá del borde externo y se sutura a la mucosa rectal (7). Esta alternativa quirúrgica se prefiere en pacientes con alto riesgo de incontinencia o falla de tratamiento tras medidas médicas y ELI; esto fue demostrado en la revisión sistemática de Sahebally que incluyó 300 pacientes y se evidenció que la anoplastia de avance se asoció con tasas significativamente menores de incontinencia fecal comparado con ELI

(Odds ratio 0,06; IC95% 0,01-0,36) (18). Dentro de posibles complicaciones está la necrosis, dehiscencia e infección de herida operatoria.

3.-Fisurectomía: El curetaje o excisión de la FA para permitir su cicatrización es un tratamiento efectivo para el tratamiento de FA crónica, con baja recurrencia y bajo riesgo de incontinencia fecal. En el estudio de Schornagel con 53 pacientes tratados con fisurectomía para FA crónica, sólo 5 pacientes (11%) presentaron recurrencia a 5 años de seguimiento y con mínima afectación de la continencia fecal(19). También puede utilizarse en asociación con toxina botulínica, lo que mejora su curación(7).

4.-Fisurotomía: Está técnica quirúrgica permite la cicatrización del trayecto de la fisura asociado a la

presencia de tractos subcutáneos, liberación piel perianal y ensanchamiento del canal anal, haciendo innecesario una esfinterotomía (7).

Algoritmos de tratamiento FA

Se complementa esta revisión con el algoritmo de manejo propuesto por la Asociación Española de Coloproctología

y la Sección de Coloproctología de la Asociación Española de Cirujanos para la FA aguda y FA crónica (7) (ver figura 1).

No olvidar que la presencia de FA no debe impedir una investigación de hemorragia rectal acabada en pacientes de riesgo, bajo sospecha de cáncer colorrectal. En pacientes con síntomas clásicos y una FA en la línea media; si presenta hemorragia digestiva baja de reciente inicio y es mayor de 50 años o tiene señales de alerta (ej: baja de peso, cambio en hábitos intestinales, anemia inexplicable o antecedentes familiares) se requiere evaluación con endoscopia digestiva baja para descartar dicha sospecha diagnóstica (9,20).

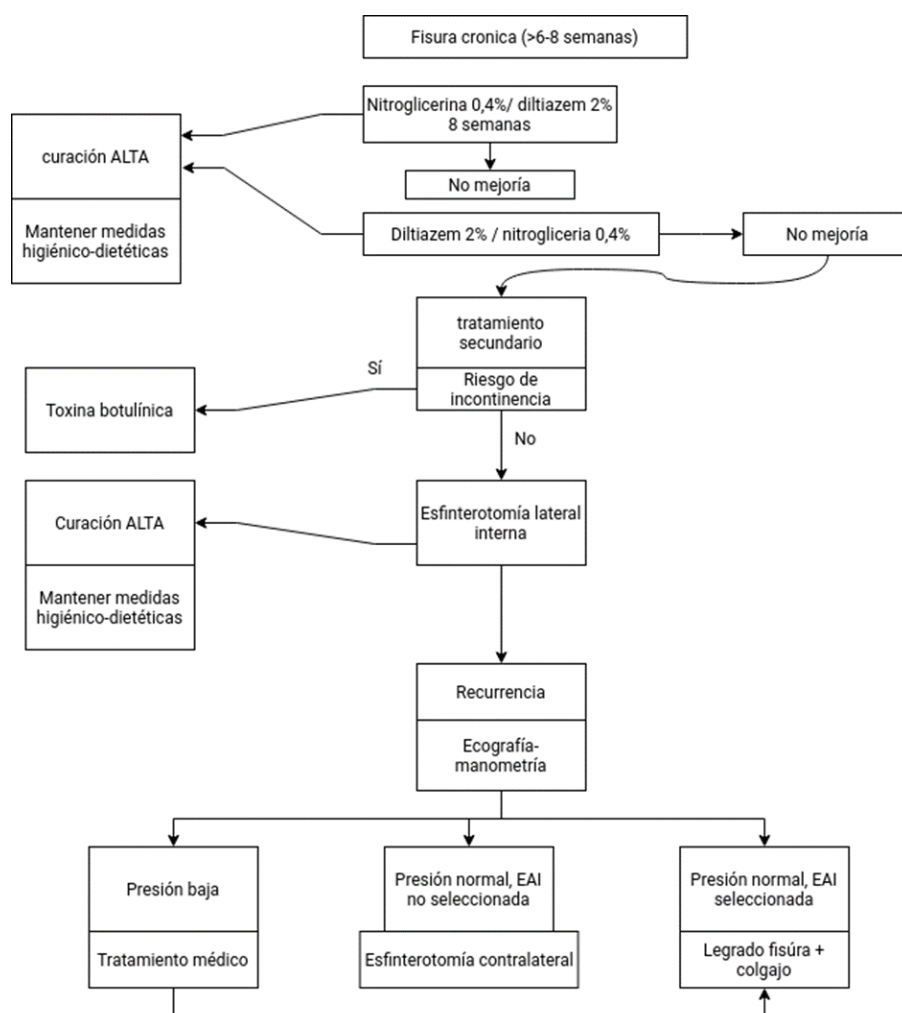
---

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El tratamiento actual de la FA primarias sigue un enfoque escalonado y debe iniciarse con las medidas conservadoras generales higiénico-dietéticas por máximo 8 semanas; lo que permite conseguir curación de FA agudas y prevenir su recurrencia. En el caso de la FA crónica, utilizar medidas generales asociado a tratamiento médico con vasodilatadores tópicos por 1 mes; si el paciente no responde tras 8 semanas de terapia médica, se aconseja uso de toxina botulínica o resolución quirúrgica. La cirugía es el segundo escalón del manejo de la FA crónica y la técnica estandar de oro es la ELI ya que ofrece mejores tasas de cicatrización. En el caso de sospecha de fisura anal secundaria, se debe tratar la patología subyacente.

	Fisura anal primaria	Fisura anal secundaria
Número lesiones	1	>o=2
Tamaño	pequeño	grande
Localización	línea media/comisuras (90% LMP)	cualquiera
Bordes	netos	irregulares
Fondo de la lesión	Limpio	Sucio con secreción
Etiologías	Trauma local	ETS (incluye VIH) Neoplasias TBC Enfermedad de Crohn 2° a QT

**TABLA 1:** Tabla comparativa FA primaria versus FA secundaria. Abreviaturas: LMP: línea media posterior; ETS: enfermedades de transmisión sexual; VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana; TBC: tuberculosis; QT: quimioterapia.



**FIGURA 1:** Algoritmos de consenso por Asociación Española de Coloproctología y la Sección de Coloproctología de la Asociación Española de Cirujanos para el manejo de la FA aguda y crónica. (Adaptado de: Arroyo A, Montes E, Calderón T, Blesa I, Elía M, Salgado G, et al (2018). Treatment algorithm for anal fissure. Consensus document of the Spanish Association of Coloproctology and the Coloproctology Division of the Spanish Association of Surgeons)

---

### *Correspondencia*

---

Lucas González Johnson lucas.gonzalez.j@ug.uchile.cl

---

### *Financiamiento*

---

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para la realización de este trabajo.

---

### *Conflictos de intereses*

---

Los autores declaran no tener conflictos de intereses en relación a este trabajo.

---

### *Información sobre el artículo*

---

Recibido el 28 de diciembre de  
2020.

Aceptado el 14 de febrero de 2021.

Publicado el 21 de febrero de 2021.

---

### *Referencias*

---

1. Steinhagen E. Anal Fissure. Dis Colon Rectum. 2018 Mar;61(3):293–7.
2. Hall G, Kann BR. Anal Fissure. In: Anorectal Disease. Springer, Cham; 2016. p. 95–126.
3. Nelson RL. Chronic Anal Fissures. Am Fam Physician. 2016 Mar 15;93(6):498–9.
4. Beaty JS, Shashidharan M. Anal Fissure. Clin Colon Rectal Surg. 2016 Mar;29(1):30–7.
5. Parés D, Abcarian H. Management of Common Benign Anorectal Disease: What All Physicians Need to Know. Am J Med. 2018 Jul;131(7):745–51.
6. Madalinski MH. Identifying the best therapy for chronic anal fissure. World J Gastrointest Pharmacol Ther. 2011 Apr 6;2(2):9–16.
7. Arroyo A, Montes E, Calderón T, Blesa I, Elía M, Salgado G, et al. Treatment algorithm for anal fissure. Consensus document of the Spanish Association of Coloproctology and the Coloproctology Division of the Spanish Association of Surgeons. Cir Esp. 2018 May;96(5):260–7.
8. Dykstra MA, Buie WD. Anal fissures. CMAJ. 2019 Jul 2;191(26):E737.
9. Stewart DB Sr, Gaertner W, Glasgow S, Migaly J, Feingold D, Steele SR. Clinical Practice Guideline for the Management of Anal Fissures. Dis Colon Rectum. 2017 Jan;60(1):7–14.
10. Shrestha SK, Thapa PB, Maharjan DK, Tamang TY. Effectiveness of 0.2% Glyceryl Trinitrate and 0.5% Nifedipine in the Treatment of Chronic Anal Fissure. JNMA J Nepal Med Assoc [Internet]. 2017;56(205).

11. Ezri T, Susmallian S. Topical nifedipine vs. topical glyceryl trinitrate for treatment of chronic anal fissure. *Dis Colon Rectum*. 2003 Jun;46(6):805–8.
12. Khan MS, Akbar I, Zeb J, Ahmad S, Khan A. Outcome Of 0.2% Glyceryltrinitrate Cream Versus 2% Diltiazem Cream In The Treatment Of Chronic Anal Fissure. *J Ayub Med Coll Abbottabad [Internet]*. 2017;29(2).
13. Parellada C. Randomized, prospective trial comparing 0.2 percent isosorbide dinitrate ointment with sphincterotomy in treatment of chronic anal fissure: a two-year follow-up. *Dis Colon Rectum*. 2004 Apr;47(4):437–43.
14. Yakoot M, Abdel Salaam M. Study of efficacy and safety of a new local cream ('healer') in the treatment of chronic anal fissure: a prospective, randomized, single-blind, comparative study. *Arq Gastroenterol*. 2009 Jul;46(3):179–82.
15. Motie MR, Hashemi P. Chronic Anal Fissure: A Comparative Study of Medical Treatment Versus Surgical Sphincterotomy. *Acta Med Iran*. 2016 Jul;54(7).
16. Nelson RL, Manuel D, Gumienny C, Spencer B, Patel K, Schmitt K, et al. A systematic review and meta-analysis of the treatment of anal fissure. *Tech Coloproctol*. 2017 Aug;21(8):605–25.
17. Boland PA, Kelly ME, Donlon NE, Bolger JC, Larkin JO, Mehigan BJ, et al. Management options for chronic anal fissure: a systematic review of randomised controlled trials. *Int J Colorectal Dis*. 2020 Jul 25;35(10):1807–15.
18. Sahebally SM, Walsh SR, Mahmood W, Aherne TM, Joyce MR. Anal advancement flap versus lateral internal sphincterotomy for chronic anal fissure- a systematic review and meta-analysis. *Int J Surg*. 2018 Jan;49:16–21.
19. Schornagel IL, Witvliet M, Engel AF. Five-year results of fissurectomy for chronic anal fissure: low recurrence rate and minimal effect on continence. *Colorectal Dis*. 2012 Aug;14(8):997–1000.
20. Siminoff LA, Rogers HL, Harris-Haywood S. Missed Opportunities for the Diagnosis of Colorectal Cancer. *Biomed Res Int*. 2015 Oct 4;2015:285096.