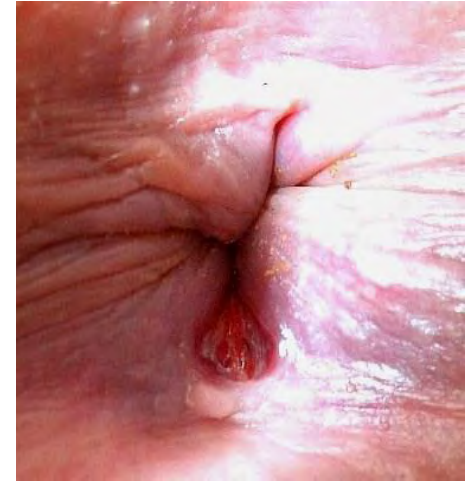
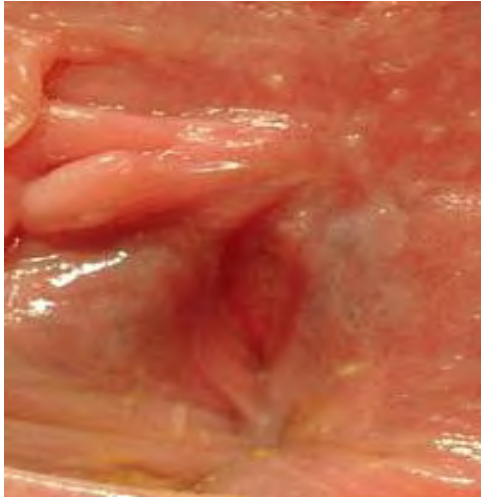


# XVIII Reunión Nacional de la Fundación Asociación Española de COLOPROCTOLOGÍA

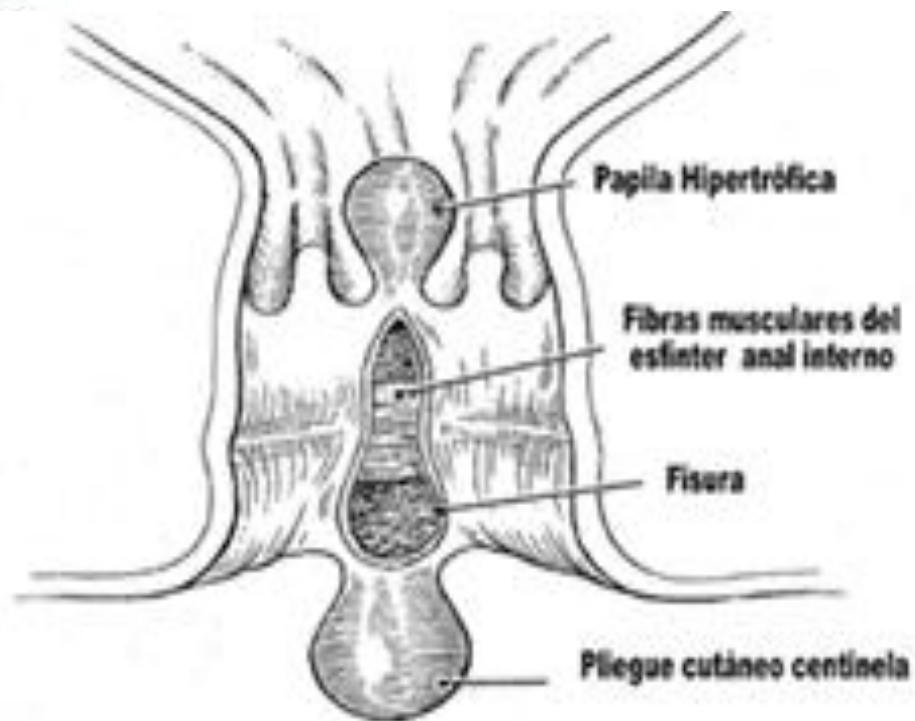
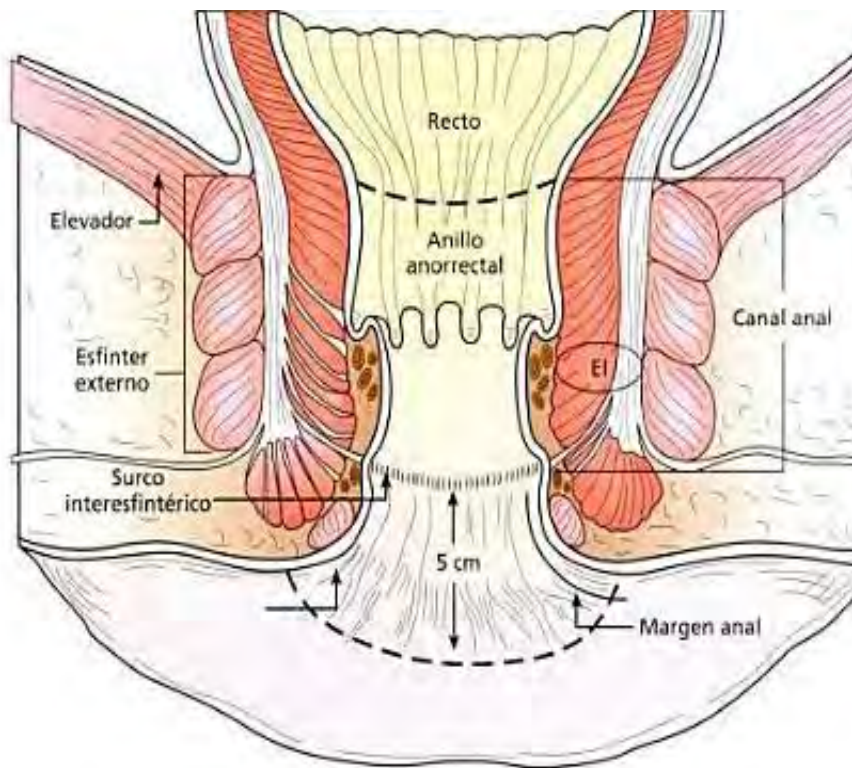
Sección de Coloproctología de la AEC



**UNIDAD COLOPROCTOLOGÍA**

**COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO VIGO**

# FISURA ANAL



“ ÚLCERA LINEAL QUE AFECTA AL ANODERMO DISTALMENTE A LA LÍNEA DENTADA”

# ETIOPATOGENIA



**ESTREÑIMIENTO**

Tradicionalmente se le considera como la causa de la fisura anal



# ETIOPATOGENIA

## FACTORES VASCULARES

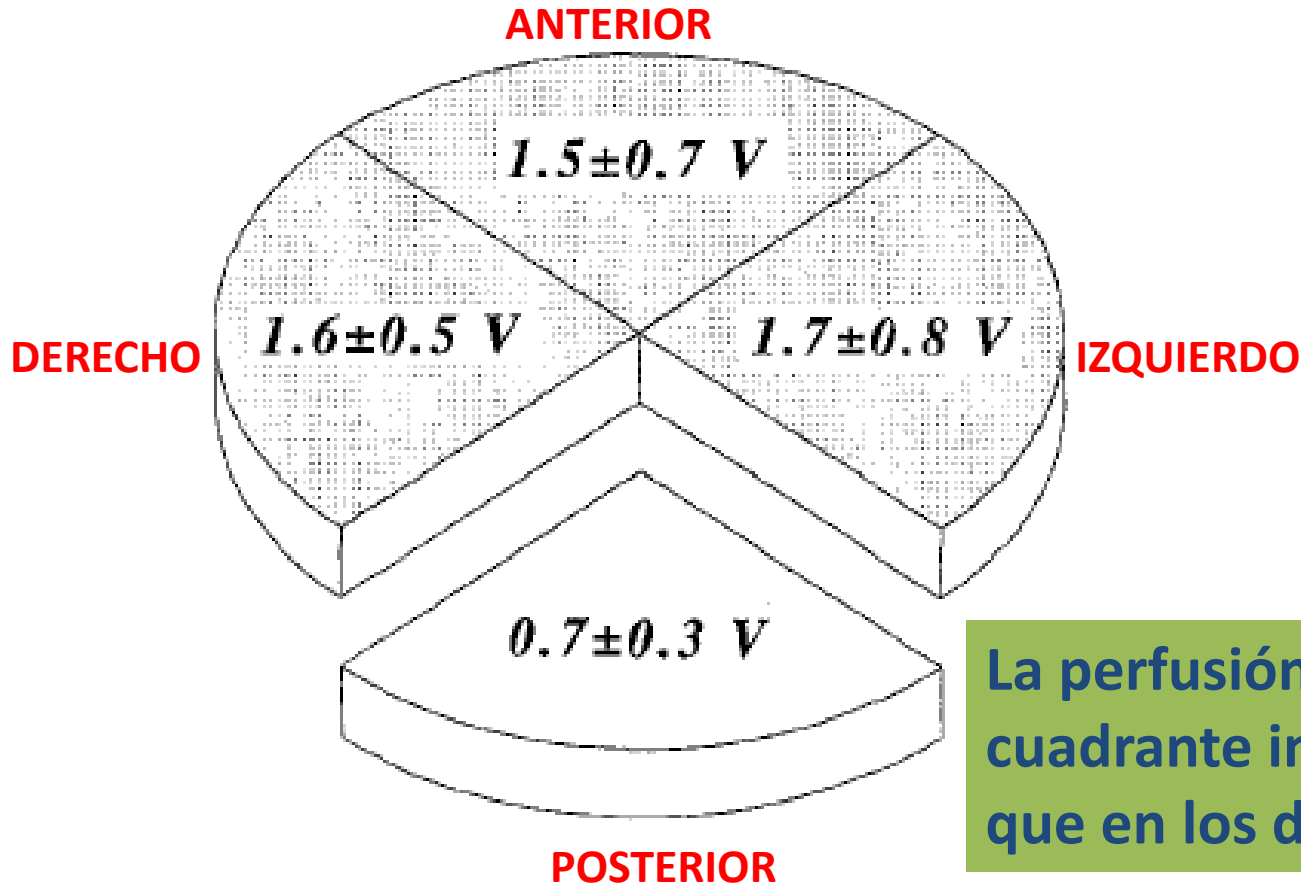
### ARTERIOGRAFÍA CANAL ANAL

“ Hipovascularización de la zona posterior a nivel de la línea media “.



# ETIOPATOGENIA

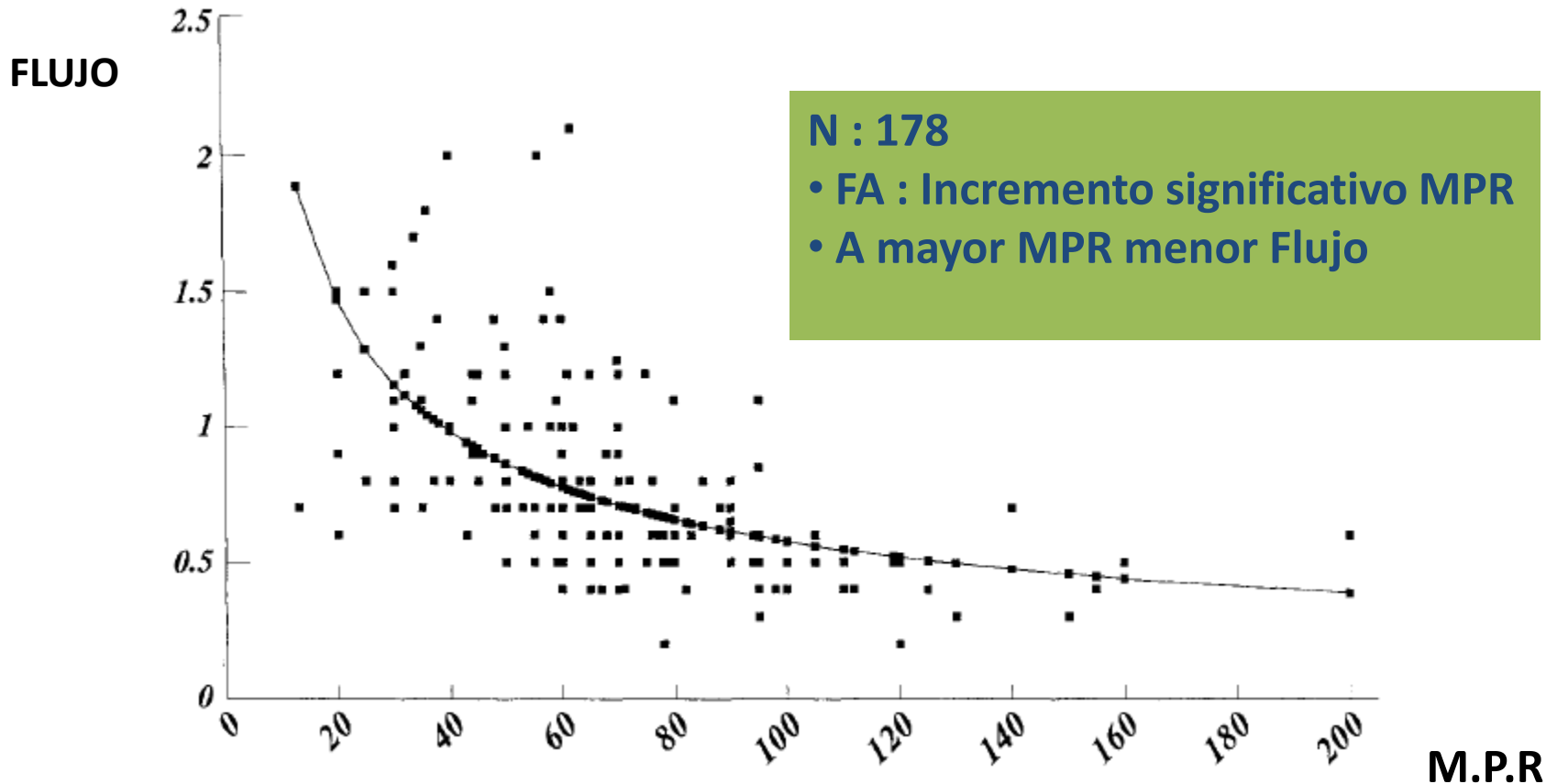
## FACTORES VASCULARES



La perfusión del anodermo en el cuadrante inferior es más baja que en los demás ( $P < 0.001$ ).

# ETIOPATOGENIA

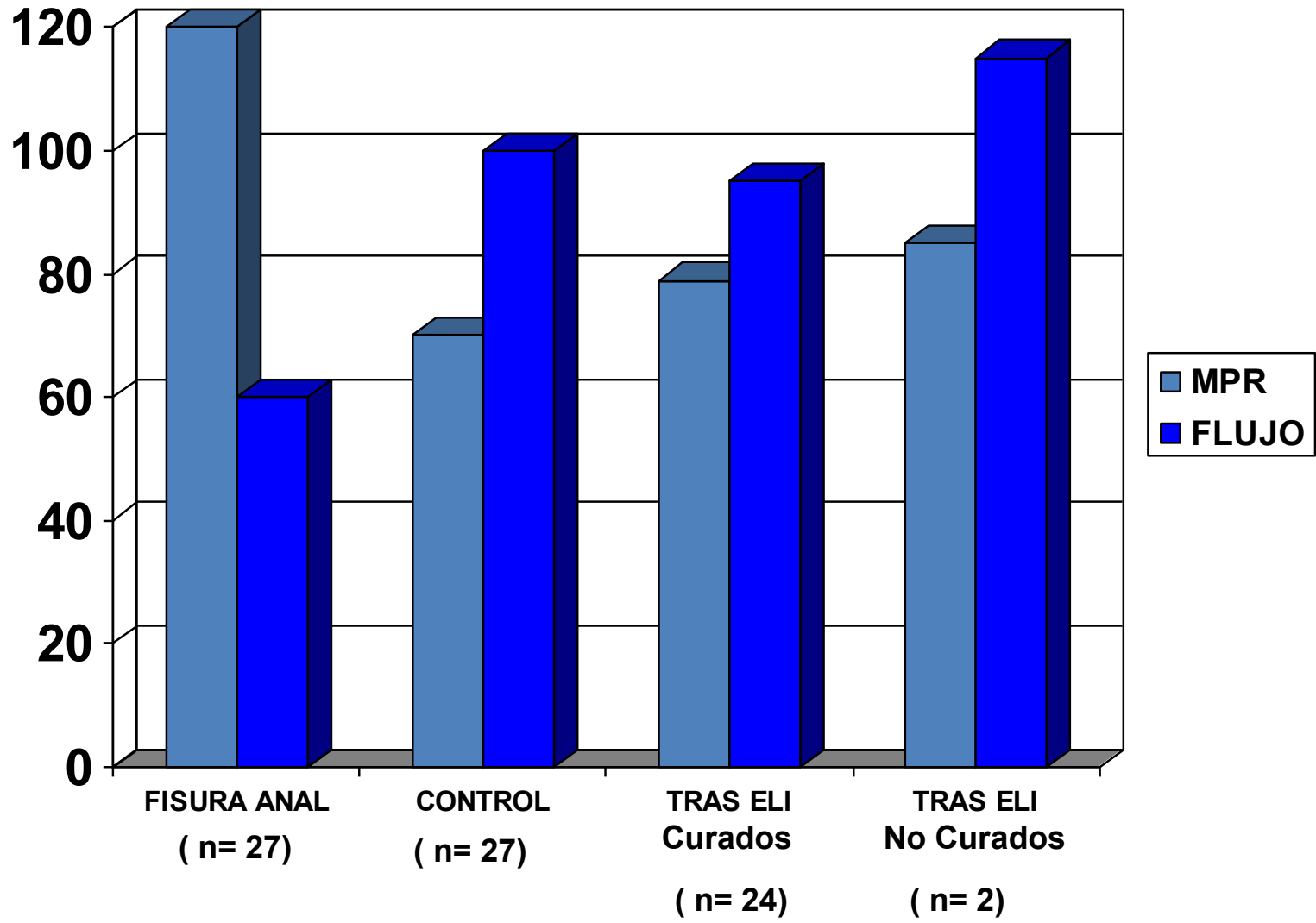
## Presión reposo- Flujo



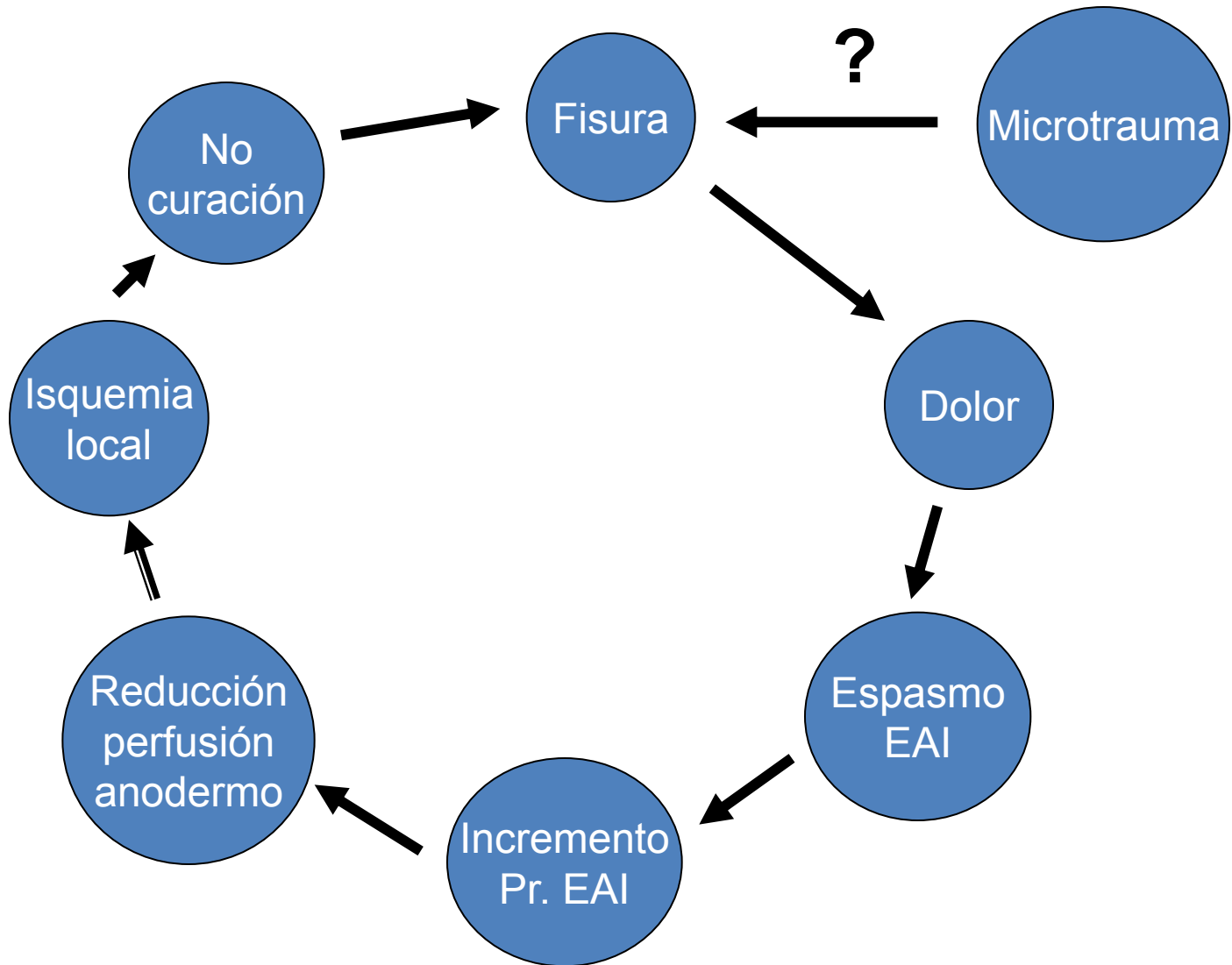
Schouten WR et al. Relationship between anal pressure and anodermal blood flow. Dis Colon Rectum 1994;37:664-9

# ETIOPATOGENIA

## Presión - Flujo

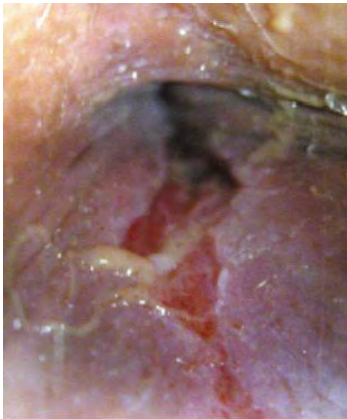
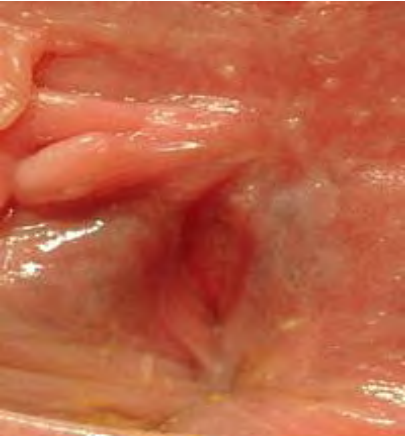
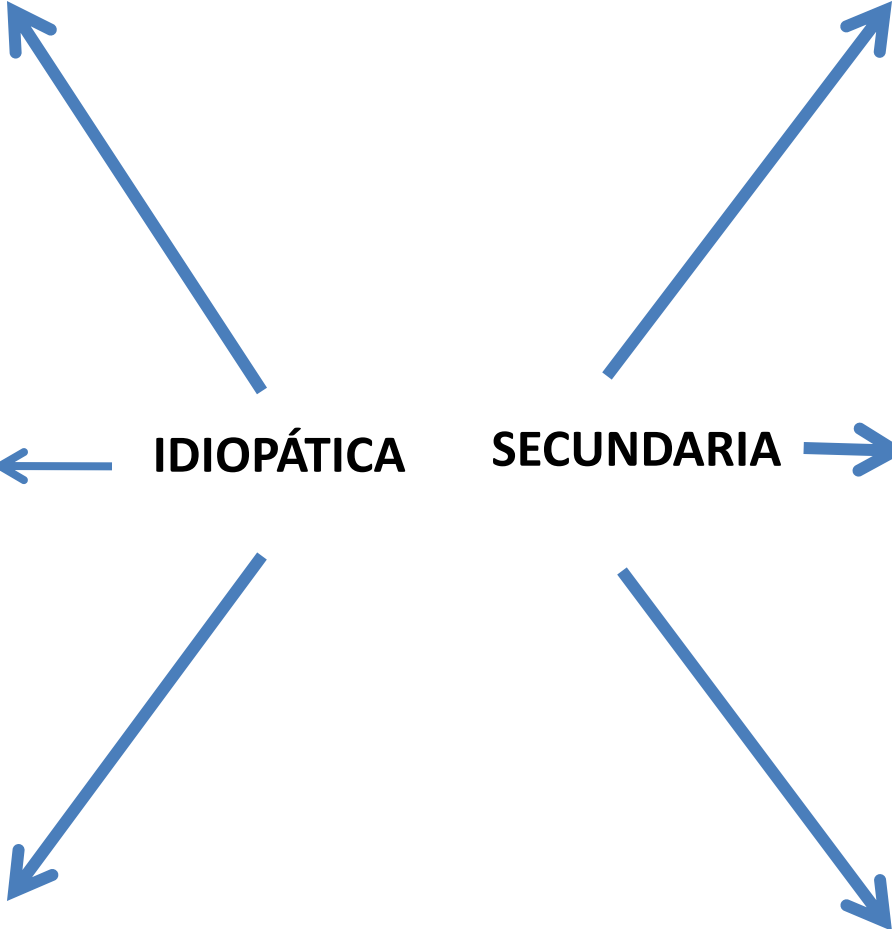


# ETIOPATOGENIA





# CLASIFICACIÓN



# CLASIFICACIÓN



## FISURA ANAL AGUDA

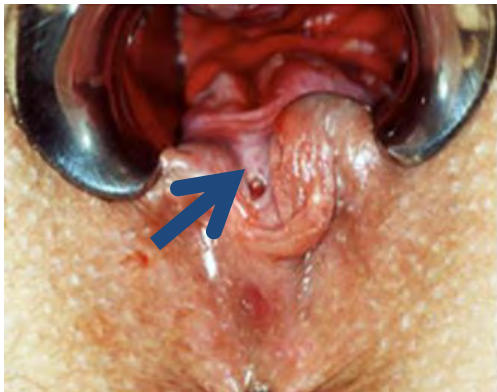
**Grieta/úlceras superficial**

**Bordes netos**

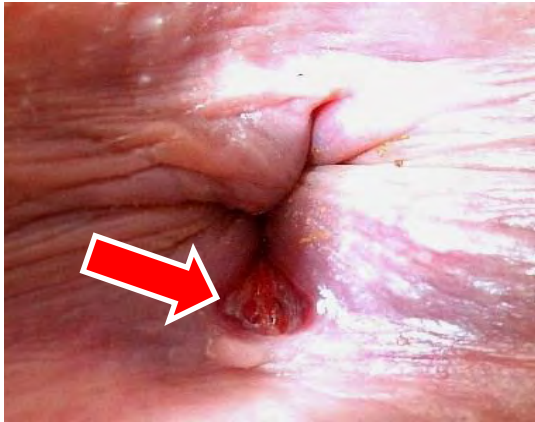
**Intenso espasmo EAI**

**Dolor anal intenso**

**Sangrado anal intermitente**



# CLASIFICACIÓN



## **FISURA ANAL CRÓNICA**

**Úlcera más profunda**

**Bordes excavados**

**Evidencia fibras EAI**

**Dolor > 2 meses evolución**

**Signos parafisurarios( papila hipertrófica,  
fibrosis EAI, hemorroide centinela,  
estenosis)**

# DIAGNÓSTICO

## CLÍNICO

- Dolor ( 97%)
- Hemorragia roja brillante (71%)
- Prurito (3%)

## LOCALIZACIÓN

- Posterior ( 90%)
- Anterior ( 10%)
- Laterales ( alerta origen secundario )



### FISURA ANAL AGUDA

#### Inspección:

Fisura de localización típica  
Bordes bien definidos

#### Palpación:

Contractura esfinteriana  
Dolor sobre la fisura

### FISURA ANAL CRÓNICA

#### Inspección:

Fisura de localización típica  
Bordes fibrosos

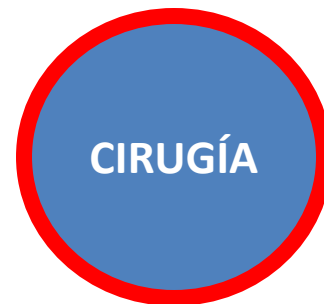
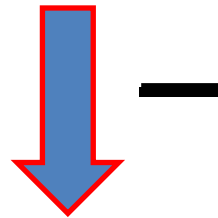
Exposición fibras EAI

#### Palpación:

Contractura esfinteriana o no  
Fibrosis indurada o no de bordes  
Dolor o no sobre la fisura

“ Es suficiente una correcta historia clínica y un examen físico ”

# TRATAMIENTO TRADICIONAL



# ESFINTEROTOMÍA QUÍMICA REVERSIBLE

**NGT ( 0.2%-0.4%, 2-3 veces/día, 8 semanas)**

**Óxido nítrico: neurotransmisor inhibitorio no adrenérgico, no colinérgico.  
La degradación de la NG en las cels de la musculatura lisa del EAI produce liberación de óxido nítrico provocando relajación del EAI**

**Bs Cs Ca ( Diltiazem) (2%, 2-3 veces/día, 8 semanas)**

**Dilatación del m. liso y arteriolas, relajación del EAI e incremento de la vascularización**

**Toxina Botulínica (20U)**

**Inhibe la liberación de acetilcolina por parte de las terminaciones nerviosas  
Produce bloqueo de la placa motora  
Provoca parálisis temporal esfinteriana**





# FISURA ANAL

TRATAMIENTO CONSERVADOR



## Fibra

Las fuentes alimenticias de fibra incluyen trigo entero, salvado, frutas frescas o deshidratadas y verduras



**Nelson RL et al. Operative procedures for fissure in ano.  
Cochrane Database Syst Rev. 2011 Nov 9;11:CDoo2199**

**Nelson RL et al. Non surgical therapy for anal fissure.  
Cochrane Database Syst Rev. 2012 Feb 15;2:CDoo3431**

# TRATAMIENTO CONSERVADOR

## PERSISTENCIA. RECURRENCIA

Fibra vs. Placebo.....	16.7% vs. 66.7%
Fibra vs. Lidocaina.....	21.2% vs. 45.5%
Fibra vs. Hidrocortisona. ....	20.0% vs. 20.0%
Lidocaina vs. Hidrocortisona .	45.5% vs. 20.0%
NGT vs.Lidocaina .....	32.2% vs.69.0%
NGT vs. Placebo .....	51.0% vs. 64.5%
NGT vs. BCCa .....	26.7% vs. 28.9%
NGT vs. Botox.....	37.5% vs. 26.5%
Botox vs. Placebo .....	43.7% vs. 70.8%
NGT vs. Esfinterotomía .....	45.3% vs. 12.3%
Botox vs. Esfinterotomía.....	41.0% vs. 10.7%

# TRATAMIENTO CONSERVADOR

## “Esfinterotomía química reversible”

NGT vs. BCCa vs. BOTOX : 73.3% vs. 72.1% vs. 73.5%

CEFALEA

INCONTINENCIA MENOR

NGT vs. BCCa..... 57.0% vs. 16.0%  
NGT vs. Placebo.... 25.0% vs. 8.3%

NGT vs. Esfinterot.... 3.6% vs. 7.9%  
Botox vs. Esfinterot... 0.0% vs. 9.0%  
NGT vs Botox..... 0.0% vs. 6.0%

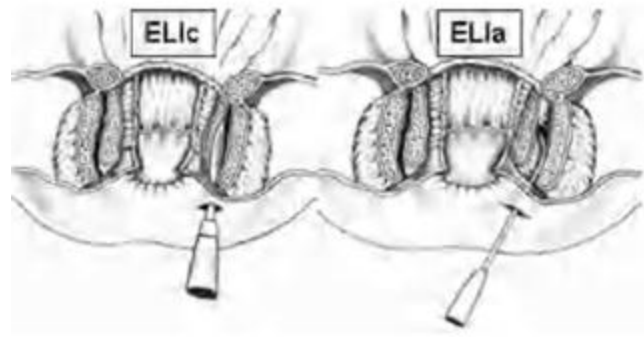
Debería utilizarse como 1ª opción en pacientes con riesgo de incontinencia, antecedentes de cirugía anorrectal, historia de partos laboriosos, periné descendente

# PROCEDIMIENTO

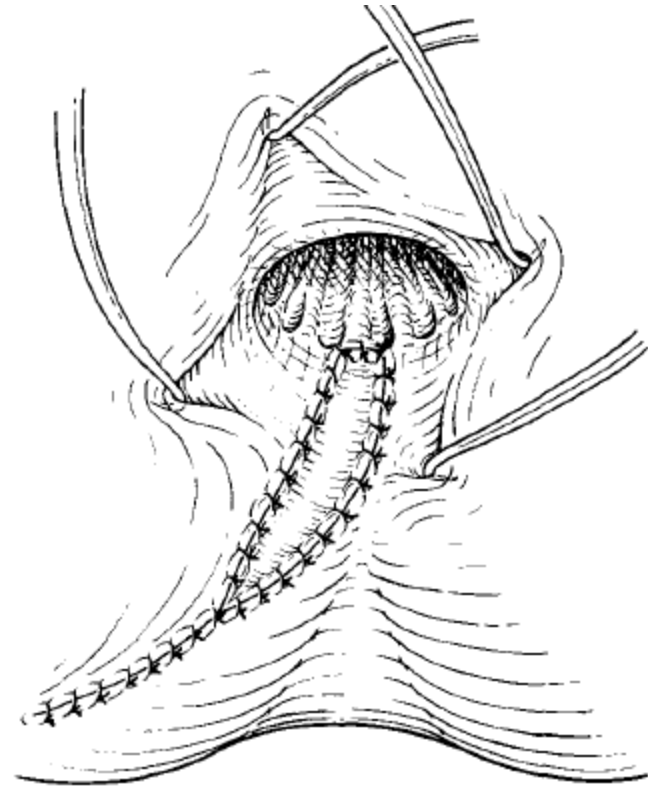
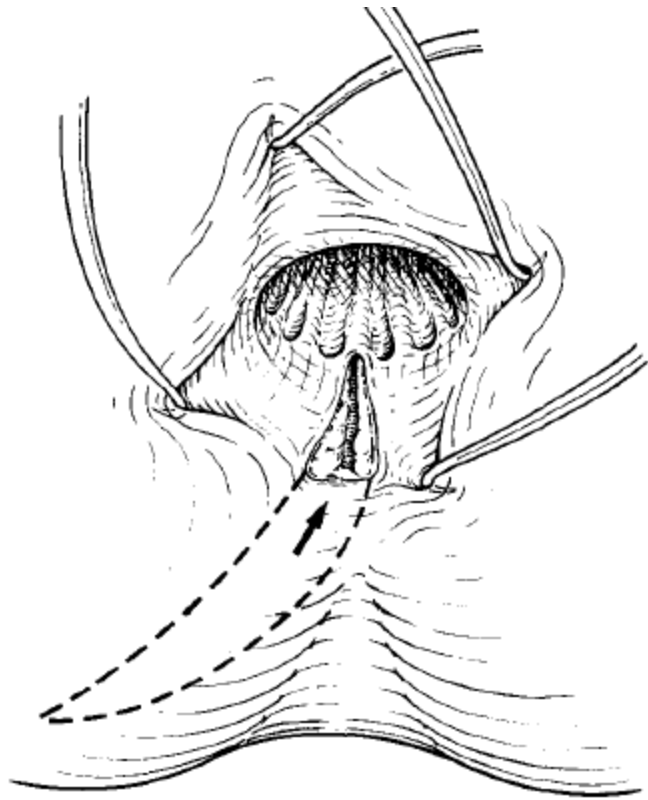
TÉCNICA	NO CURACIÓN	INCONTINENCIA
E.L.I. Abierta	5.95%	8.93%
E.L.I. Cerrada	5.95%	10.12%
Fisurectomía	16.66%	16.66%
Dilatación forzada	10.98%	12.12%
Balón neumática	16.66%	16.66%

**La E.L.I. es el método idóneo para el tratamiento de la FAC**

# ESFINTEROTOMÍA









# OPCIONES DE TRATAMIENTO

	CURACIONES	RECURRENCIA	INCONTINENCIA	CEFALEA
CIRUGÍA	+++	+	+++	-----
NGT	++	++	-----	+++
BCCa	++	++	-----	+
BÓTOX	+	++	+	-----

# MANEJO PRESENTACIÓN INICIAL

HISTORIA CLÍNICA Y EXPLORACIÓN

FISURA IDIOPÁTICA

Trat° médico-dietético  
NGT, BCCa

Curada: Alta

6-8 semanas

6-8 semanas

No curada  
Sintomática

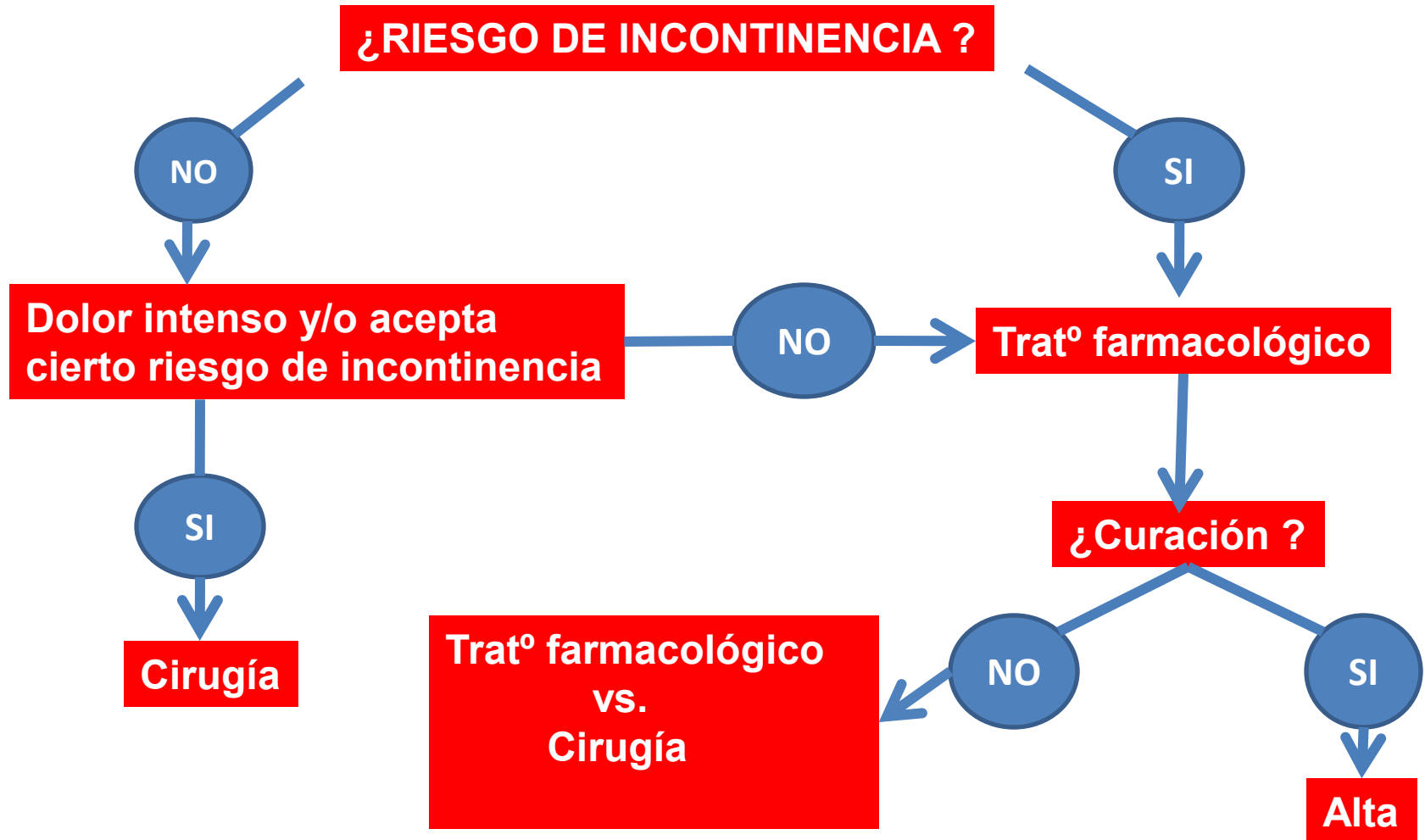
Remitir a Cirugía

No curada  
Sintomática  
Alguna mejoría

Terapia tópica  
6-8 semanas

No curada:  
Remitir a Cirugía

# FISURA ANAL NO COMPLICADA RESISTENTE AL TRATAMIENTO





**Gracias por su atención**