



Terapias Conservadoras para la Fisura Anal: Abordaje desde la Atención Primaria.

Miguel Anderson Tayupanta Alban ¹, Zully Stefania Cedeño Roballino ², Jazmin Natalie Gallegos Polo ³, Josselin Fabiola Chávez Almeida ⁴, Arianna Lissette Muñoz Ponce ⁵, Paula Katherine Soria Frias ⁶, , Dayanna Brigitte Obando Ramón ⁷, Lissett Stefania Condo Chaguay ⁸, Paola Anabel Hurtado Jiménez ⁹, Bismarck Stiven Pazmino Antepara ¹⁰, Santiago Paul Lopez Romero¹¹

ARTICULO DE REVISIÓN

RESUMEN

Introducción: El diagnóstico y tratamiento de la fisura anal en el entorno de atención primaria requiere estrategias específicas que incluyen la anamnesis detallada, el examen físico y en algunos casos pruebas complementarias. Además, el manejo terapéutico inicial se centra en medidas conservadoras y farmacológicas para aliviar los síntomas y promover la curación de la fisura anal. **Objetivo:** El propósito de esta revisión bibliográfica es evaluar de manera integral las terapias conservadoras utilizadas en el abordaje de la fisura anal, con un enfoque particular en su aplicación en el entorno de la atención primaria. **Metodología:** Se realizó una búsqueda exhaustiva en bases de datos como PubMed, Scopus y Web of Science utilizando descriptores de salud y se analizaron un total de 12 artículos relevantes y finalmente se llevó a cabo un análisis narrativo para sintetizar los resultados, destacando las tendencias y conclusiones más relevantes encontradas en la literatura revisada **Resultados:** La anamnesis detallada y el examen físico son cruciales para el diagnóstico preciso de la fisura anal, mientras que las pruebas complementarias se reservan para casos más complejos. El tratamiento inicial no quirúrgico se basa en cambios en la dieta, baños de asiento y el uso de medicamentos tópicos, con el objetivo de reducir el tono muscular anal y promover la curación. **Conclusión:** Las estrategias de diagnóstico y tratamiento de la fisura anal se centran en un enfoque integral que combina la evaluación clínica, el manejo conservador y el uso selectivo de pruebas complementarias, permitiendo un abordaje efectivo y seguro.

Palabras clave: Fisura anal, terapia conservadora, atención primaria, tratamiento no quirúrgico.

Conservative Therapies for Anal Fissure: Approach from Primary Care.

ABSTRACT

Introduction: The diagnosis and treatment of anal fissure in the primary care setting requires specific strategies that include detailed history, physical examination and in some cases complementary tests. Furthermore, initial therapeutic management focuses on conservative and pharmacological measures to relieve symptoms and promote healing of the anal fissure.

Objective: The purpose of this literature review is to comprehensively evaluate conservative therapies used in the management of anal fissure, with a particular focus on their application in the primary care setting. **Methodology:** An exhaustive search was carried out in databases such as PubMed, Scopus and Web of Science using health descriptors and a total of 12 relevant articles were analyzed and finally a narrative analysis was carried out to synthesize the results, highlighting trends and most relevant conclusions found in the reviewed literature.

Results: Detailed history and physical examination are crucial for the accurate diagnosis of anal fissure, while complementary tests are reserved for more complex cases. Initial non-surgical treatment is based on dietary changes, sitz baths, and the use of topical medications, with the goal of reducing anal muscle tone and promoting healing. **Conclusion:** The diagnosis and treatment strategies for anal fissure focus on a comprehensive approach that combines clinical evaluation, conservative management and the selective use of complementary tests, allowing an effective and safe approach.

Keywords: anal fissure, conservative therapy, primary care, non-surgical treatment.

Instituição afiliada: Universidad de Guayaquil <https://orcid.org/0009-0009-2460-6385>¹, Universidad de Guayaquil <https://orcid.org/0000-0002-1351-9894>², Universidad de Guayaquil <https://orcid.org/0000-0003-3315-3532>³, Universidad de Guayaquil <https://orcid.org/0000-0003-0792-5076>⁴, Universidad de Guayaquil <https://orcid.org/0000-0002-9824-4163>⁵, Universidad de Guayaquil <https://orcid.org/0009-0002-7138-9175>⁶, Universidad de Guayaquil⁷, Universidad de Guayaquil <https://orcid.org/0000-0003-3361-5020>⁸, Universidad de Guayaquil <https://orcid.org/0009-0005-6071-902X>⁹, Universidad de Guayaquil <https://orcid.org/0009-0005-1076-9467>¹⁰, Universidad de Guayaquil <https://orcid.org/0009-0006-4875-4428>¹¹

Dados da publicação: Artigo recebido em 11 de Fevereiro e publicado em 01 de Abril de 2024.

DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n4p35-46>

Autor correspondente: Miguel Anderson Tayupanta Alban drandertayupanta@hotmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUCCIÓN.

La fisura anal (FA) es una afección común que afecta a personas de todas las edades, con una prevalencia estimada entre el 6% y el 15% de la población general; además cada año se diagnostican más de 360000 personas en EEUU con FA (1). Aunque se considera una condición benigna, la fisura anal puede causar síntomas debilitantes que impactan significativamente la calidad de vida de los pacientes. Además, su tratamiento puede representar un desafío clínico, especialmente en el ámbito de la ATP. En este contexto, la revisión bibliográfica sobre terapias conservadoras para la FA representa un área de interés creciente tanto en el ámbito académico como en la práctica clínica.

La FA se caracteriza por un desgarro en el revestimiento del canal anal, lo que conduce a dolor, sangrado y espasmo del músculo esfínter anal (2). Aunque su etiología es multifactorial, se asocia comúnmente con el estreñimiento crónico, el parto y trastornos anorrectales (3). La fisura anal representa un desafío clínico significativo debido a su impacto en la calidad de vida de los pacientes, así como a la falta de consenso en cuanto a su manejo óptimo.

En el ámbito académico, la investigación sobre terapias conservadoras para la FA es fundamental para mejorar la comprensión de las opciones de tratamiento no invasivas y su eficacia en la ATP. Además, en la sociedad, la relevancia de esta revisión se evidencia en la necesidad de proporcionar alternativas terapéuticas menos invasivas y más accesibles para los pacientes que sufren de esta afección.

A nivel social, la fisura anal puede ser motivo de vergüenza y malestar, lo que lleva a muchos pacientes a retrasar la búsqueda de atención médica. La falta de conciencia pública sobre esta condición y la necesidad de estrategias efectivas de tratamiento en el ámbito de la ATP resaltan la importancia de abordar este tema de manera integral.

El propósito de esta revisión bibliográfica es evaluar de manera integral las terapias conservadoras utilizadas en el abordaje de la FA, con un enfoque particular en su aplicación en el entorno de la ATP. Se busca sintetizar la evidencia disponible sobre la eficacia y seguridad de estas terapias, así como su impacto en la calidad de vida de los pacientes. Asimismo, se pretende identificar las recomendaciones más actuales y relevantes para el manejo de la FA en este contexto, con el fin de proporcionar una guía práctica para los profesionales de la salud en la toma de decisiones clínicas.

En el marco de esta revisión, las terapias conservadoras se refieren a intervenciones no

quirúrgicas, que incluyen, entre otras, cambios en la dieta, tratamientos tópicos, terapias farmacológicas y técnicas de modificación del comportamiento. Se limitará el alcance temporal del estudio a la literatura publicada en los últimos cinco años, con el objetivo de asegurar la inclusión de las investigaciones más recientes y relevantes en el tema. Además, se enfocará en la ATP como el contexto principal para la implementación de estas terapias, considerando la importancia de proporcionar opciones de tratamiento efectivas y accesibles en la atención de salud de primera línea

METODOLOGIA.

Para llevar a cabo esta revisión bibliográfica, se realizó una búsqueda exhaustiva en bases de datos como PubMed, Scopus y Web of Science, utilizando combinaciones de palabras clave como "anal fissure", "conservative therapy", "primary care", "non-surgical treatment", y términos relacionados. Se estableció un límite de tiempo de los últimos cinco años y no se impusieron restricciones de idioma.

Los estudios fueron seleccionados según criterios predefinidos de inclusión, que abarcaban investigaciones clínicas y revisiones sistemáticas centradas en terapias conservadoras para la fisura anal en el contexto de la atención primaria. Se excluyeron los estudios que no estaban disponibles en texto completo, así como aquellos que no se centraban en terapias conservadoras específicas o que no cumplían con los estándares de calidad metodológica.

Se analizaron un total de 12 artículos relevantes y finalmente se llevó a cabo un análisis narrativo para sintetizar los resultados, destacando las tendencias y conclusiones más relevantes encontradas en la literatura revisada.

RESULTADOS.

1. Clasificación de la fisura anal.

Fisura anal aguda.

La FA aguda es una lesión superficial en forma de úlcera con bordes recientes que tiende a sangrar mínimamente al separar sus bordes. Sus rasgos distintivos incluyen la presencia de una úlcera o grieta superficial que se ha desarrollado en las últimas seis semanas, dolor anal intenso, sangrado anal intermitente, hipertonicidad y espasmos del esfínter anal interno, bordes definidos y finos, así como un fondo liso y de color rosado(4).

Fisura anal crónica.

La FA crónica se caracteriza por la presencia de bordes engrosados y, a menudo, está asociada con un pólipo centinela en el extremo distal y una papila anal hipertrófica en el extremo proximal, lo que resulta en la exposición de fibras del esfínter anal interno. Las características distintivas de esta condición incluyen una grieta o úlcera más profunda que ha estado presente por más de seis semanas, bordes fibrosos y gruesos, un fondo de color blanquecino y la evidencia de fibras del esfínter anal interno.

2. Estrategias de diagnóstico en el consultorio de atención primaria.

Anamnesis.

La identificación de síntomas característicos, la duración del dolor y los factores desencadenantes son elementos clave en el diagnóstico de la FA. La anamnesis detallada debe incluir preguntas específicas sobre el dolor anal, el sangrado, los hábitos intestinales y el impacto en la calidad de vida del paciente.

Es característica y generalmente definitiva para hacer el diagnóstico el dolor anal de mayor o menor intensidad asociado a la deposición, permaneciendo tras esta un tiempo determinado (2-3 horas). Se puede acompañar de sangrado que en la mayoría de los casos es mínimo, evidenciable sólo al limpiarse con el papel higiénico, y dificultad para la deposición por el miedo que produce en el paciente ya que desencadena el dolor.

Es importante en la anamnesis indagar sobre los hábitos intestinales, la diarrea y el estreñimiento pueden ser factores desencadenantes, que deben ser corregidos con tratamiento médico. Así mismo, puede orientarnos hacia otro tipo de patologías.

Las patologías digestivas tales como intestino irritable, cáncer colorrectal, además de la continencia especialmente en grupos de riesgo como son las mujeres multíparas o con antecedentes obstétricos traumáticos, pacientes de edad avanzada o intervenciones proctológicas previas.

Examen físico.

La inspección cuidadosa del canal anal y la evaluación de la integridad del esfínter anal son componentes esenciales del examen físico en el diagnóstico de la FA. Además, es importante buscar signos de enfermedades subyacentes, como enfermedad inflamatoria intestinal o infecciones de transmisión sexual, que pueden presentarse con síntomas similares.

Evaluación del esfínter y el canal anal.

El primer paso para evaluar una FA es realizar la separación de las nalgas y una delicada tracción del margen anal, estas son técnicas que permiten la visualización de la fisura. Es importante tener en cuenta que la ubicación más común de la fisura es en la línea media posterior, seguida en segundo lugar por la línea media anterior, especialmente en mujeres. Es importante tener en cuenta que la ubicación más común de la fisura es en la línea media posterior, seguida en segundo lugar por la línea media anterior, especialmente en mujeres.

Debido al dolor, el tacto rectal no siempre es factible y no se recomienda insistir en su realización. Durante la exploración, es posible observar la hipertonía del esfínter anal interno, la cual suele estar presente.

Pruebas complementarias.

Estas pruebas adicionales pueden ofrecer información adicional sobre la magnitud de la lesión, la presencia de trastornos anorrectales concurrentes y la función del esfínter, lo que puede influir en la gestión clínica, aunque su uso no es común. La utilidad de la rectoscopia, sigmoidoscopia, ecografía y manometría anorrectal en el diagnóstico preciso de la FA se limita a casos de cirugía previa o ausencia de hipertonía del esfínter anal interno.

La colonoscopia se reserva para pacientes con sospecha de otra enfermedad colorrectal que presenten sangrado, una vez que el dolor haya disminuido o la FA se haya resuelto. Se recomienda la realización de manometría anorrectal en pacientes con antecedentes de cirugía anorrectal previa, mujeres que han tenido varios partos o antecedentes obstétricos traumáticos, así como en general en pacientes con riesgo de incontinencia y aquellos que no presenten hipertonía del esfínter anal interno.

3. Estrategias terapéuticas en atención primaria*.

La primera estrategia terapéutica recomendada tanto para la fase aguda como crónica de la FA es el manejo no quirúrgico. De acuerdo con Sociedad Unitaria Italiana de Proctología del Colon este enfoque inicial se considera seguro, con pocos efectos secundarios, y se recomienda como el tratamiento preferido(5).

El objetivo del tratamiento es inicialmente reducir el tono muscular anal. Para lograr esto, además de seguir las prácticas habituales para el cuidado de la salud, como la cesación del tabaquismo, la realización de ejercicio físico moderado y el descanso adecuado, se sugiere la aplicación de baños de asiento con agua tibia y la prevención del estreñimiento. Esto puede lograrse mediante el aumento del consumo de líquidos, una dieta alta en fibra y el uso de

ablandadores de heces. Estas medidas conservadoras por sí solas tienen el potencial de promover la curación de la FA y ayudar a prevenir recurrencias.

Es importante destacar que este enfoque debe constituir el primer paso en el tratamiento de la FA (con una recomendación de grado B). El uso de baños de asiento, cambios en la dieta para fomentar heces blandas y el uso de laxantes son estrategias fundamentales en el manejo conservador de la FA. Estas medidas buscan disminuir la irritación local y minimizar el trauma durante la defecación. (6) Se enfatiza que estas prácticas deben mantenerse más allá de la curación de la FA para obtener resultados a largo plazo.

Manejo conservador:

Aumento de la ingesta de fibras.

La ingesta adecuada de fibra juega un papel fundamental en el tratamiento de la fisura anal FA. La fibra dietética, al ser resistente a la digestión y fermentación en el intestino grueso, puede ayudar a prevenir el estreñimiento y promover heces blandas, lo que a su vez contribuye a aliviar el malestar asociado con la fisura anal (7). Por tanto, el aumento de la ingesta de fibra puede ser un componente clave en el manejo no quirúrgico de la FA.

Se distingue la fibra soluble por su capacidad de fermentarse fácilmente y por su habilidad para retener agua en las secciones superiores del tracto digestivo, formando una mezcla viscosa tipo gel(8). Ejemplos de esta clase de fibra incluyen la goma guar, los mucílagos, los polisacáridos de soja, la inulina, las pectinas y los oligosacáridos, los cuales se encuentran en legumbres, frutas, hortalizas, cebada y avena.

Por otro lado, la fibra insoluble tiene un mayor impacto en la retención final de agua durante su paso por el colon, diluye los residuos intestinales y sirve como sustrato para la flora intestinal, contribuyendo al aumento del volumen fecal (5). Ejemplos de esta categoría de fibra son la lignina y la celulosa, presentes en el salvado de trigo, el centeno, los cereales integrales, los derivados del arroz, la lechuga, la escarola, el brócoli, las judías verdes, la manzana y la piel de las frutas.

Baños de asiento.

Históricamente, los baños de asiento calientes han sido recomendados para el tratamiento de diversas afecciones anales, incluyendo las fisuras, principalmente por su presunto efecto analgésico y su capacidad para reducir el tono del esfínter anal (9). Aunque su eficacia ha sido motivo de controversia, estudios recientes sugieren que el calor local puede no solo

proporcionar alivio del dolor, sino también reducir la presión anal, especialmente en pacientes con FA que presentan una presión de reposo elevada (7). A pesar de que la evidencia es limitada, los baños de asiento siguen siendo contemplados en los protocolos de tratamiento para la fisura anal, ya que su uso conlleva mínimos efectos adversos, mejora la higiene local y puede aliviar los síntomas en ciertos pacientes.

Tratamiento farmacológico.

Agentes tópicos.

La evaluación de la eficacia de anestésicos locales, nitratos y bloqueadores de calcio para aliviar el dolor y favorecer la cicatrización de la fisura anal es un aspecto crucial en el tratamiento no quirúrgico. Es de suma importancia evaluar la seguridad y eficacia de estos agentes tópicos en el ámbito de la atención primaria para su posterior aplicación clínica.

Analgésicos tópicos.

Aunque comúnmente se prescriben geles o cremas analgésicas tópicas, como la lidocaína al 2%, para controlar el dolor en pacientes con FA, su uso exclusivo no ha demostrado ser más efectivo que otras medidas de apoyo. No obstante, algunos profesionales añaden un analgésico tópico a un vasodilatador tópico para mejorar la comodidad del paciente. Un ejemplo de esto es el uso de pomada de nifedipina con o sin lidocaína tópica.

Vasodilatadores tópicos.

Además de las medidas de apoyo para pacientes con FA, se les prescribe a menudo vasodilatadores tópicos como la nifedipina tópica o la nitroglicerina tópica (10). Se recomienda el uso de ungüento de nifedipino al 0.2 al 0.3%, de 2 a 4 veces al día, en pacientes que tienen acceso a una farmacia de compuestos, ya que el nifedipino tiene menos efectos secundarios e interacciones farmacológicas potenciales en comparación con la nitroglicerina (11). Para aquellos pacientes que no tienen acceso a una farmacia de compuestos, se recomienda el uso de ungüento rectal de nitroglicerina al 0.4%, aplicado 1 o 2 veces al día, ya que suele estar disponible de forma más generalizada

Nifedipina tópica: se puede combinar en forma de gel y aplicarse sobre o alrededor de la fisura en el canal anal para reducir la presión del esfínter anal. Generalmente se utiliza de 2 a 4 veces al día como una pomada de 0.2 al 0.3%.

Nitroglicerina tópica: La nitroglicerina tópica promueve la curación de las FA al aumentar el flujo sanguíneo local y reducir la presión del esfínter anal interno. La observación de que la

comisura posterior del esfínter interno es menos profunda que otras secciones ha llevado a la idea de que la isquemia podría contribuir a la persistencia de las fisuras anales(11).

La nitroglicerina tópica se aplica por vía rectal en forma de pomada al 0.2 al 0.4%, dos veces al día durante 8 semanas. Aunque es un tratamiento efectivo para las FA, sus principales efectos secundarios son dolores de cabeza e hipotensión(10). Los dolores de cabeza suelen aparecer entre 10 y 15 minutos después de la aplicación y no duran más de 30 minutos en la mayoría de los pacientes. Estos dolores de cabeza ocurren con mayor frecuencia durante las primeras dos semanas de tratamiento y disminuyen posteriormente.

Toxina botulínica.

La evaluación del papel de la toxina botulínica en el tratamiento de la FA crónica en el ámbito de ATP es un tema de interés emergente. La aplicación de toxina botulínica en el esfínter anal interno puede inducir relajación temporal, reducir el tono esfinteriano y promover la curación de la fisura anal sin la necesidad de intervención quirúrgica (12).

CONCLUSIÓN.

En la ATP, la detección y manejo de la FA se lleva a cabo mediante una estrategia de diagnóstico y terapéutica basada en tres fases: la anamnesis, el examen físico y pruebas complementarias.

Durante la anamnesis, se consideran factores como los síntomas característicos, la duración del dolor y los factores desencadenantes. Se debe prestar especial atención a los hábitos intestinales, ya que el estreñimiento y la diarrea pueden ser factores desencadenantes. El dolor anal asociado a la deposición, a veces acompañado de sangrado mínimo, es característico.

El examen físico incluye una inspección cuidadosa del canal anal y una evaluación de la integridad del esfínter anal. La exploración puede ser limitada por el dolor, pero una hipertonía del esfínter anal interno suele estar presente en estos casos.

Las pruebas complementarias como la rectoscopia, sigmoidoscopia, ecografía y manometría anorrectal se reservan para casos más complejos, como la cirugía previa o la ausencia de hipertonía del esfínter anal interno.

El tratamiento en ATP se basa en un manejo inicial no quirúrgico que incluye medidas



conservadoras como cambios en la dieta, aumento de la ingesta de fibra, baños de asiento y uso de laxantes. El tratamiento farmacológico puede incluir analgésicos tópicos, vasodilatadores tópicos y la administración de toxina botulínica.

REFERENCIAS.

1. Salati SA. Anal Fissure - an extensive update. *Pol Przegl Chir.* 12 de marzo de 2021;93(4):46-56.
2. Gardner IH, Siddharthan RV, Tsikitis VL. Benign anorectal disease: hemorrhoids, fissures, and fistulas. *Ann Gastroenterol* [Internet]. 2020 [citado 23 de noviembre de 2023];33(1):9-18. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6928486/>
3. Newman M, Collie M. Anal fissure: diagnosis, management, and referral in primary care. *Br J Gen Pract* [Internet]. agosto de 2019 [citado 23 de noviembre de 2023];69(685):409-10. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6650108/>
4. Ruymbeke H, Geldof J, De Looze D, Denis MA, De Schepper H, Dewint P, et al. Secondary anal fissures: a pain in the a*. *Acta Gastroenterol Belg.* 2023;86(1):58-67.
5. Brillantino A, Renzi A, Talento P, Iacobellis F, Bruscianno L, Monaco L, et al. The Italian Unitary Society of Colon-proctology (SIUCP: Società Italiana Unitaria di Colonproctologia) guidelines for the management of anal fissure. *BMC Surg.* 13 de octubre de 2023;23(1):311.
6. Díaz Alcàntara DD. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA FISURA. 2019;
7. Arroyo A, Montes E, Calderón T, Blesa I, Elía M, Salgado G, et al. Tratamiento de la fisura anal: algoritmo de actuación. Documento de consenso de la Asociación Española de Coloproctología y la Sección de Coloproctología de la Asociación Española de Cirujanos. *Cir Esp* [Internet]. 1 de mayo de 2018 [citado 23 de noviembre de 2023];96(5):260-7. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-tratamiento-fisura-anal-algoritmo-actuacion--S0009739X18300629>
8. Flores MIC, Camacho EVM, Molina DGM, Pasmíño XAO. Manejo Clínico – Quirúrgico de pacientes con Fisura Anal en la Unidad de Coloproctología del HECAM. *Revista Médica-Científica CAMBIOS HECAM* [Internet]. 17 de mayo de 2023 [citado 23 de noviembre de 2023];22(1):e894-e894. Disponible en: <https://revistahcam.iess.gob.ec/index.php/cambios/article/view/894>
9. Perdigón FJM, Almanzor AV, Romero MTRC, Aguilar FJC. Protocolo diagnóstico y tratamiento del dolor rectal. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado* [Internet]. 1 de abril de 2020 [citado 23 de noviembre de 2023];13(8):461-4.



Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541220301025>

10. Kent I, Gilshtein H, Wexner SD, Kent I, Gilshtein H, Wexner SD. Fisura anal: anatomía, patogenia y tratamiento. Revista argentina de cirugía [Internet]. diciembre de 2020 [citado 23 de noviembre de 2023];112(4):388-97. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2250-639X2020000400388&lng=es&nrm=iso&tlng=es
11. Fagan C, Kolber MR, Lindblad AJ. Topical treatments for anal fissure. Canadian Family Physician [Internet]. 1 de enero de 2023 [citado 23 de noviembre de 2023];69(1):33-33. Disponible en: <https://www.cfp.ca/content/69/1/33>
12. Brisinda G, Chiarello MM, Crocco A, Bentivoglio AR, Cariati M, Vanella S. Botulinum toxin injection for the treatment of chronic anal fissure: uni- and multivariate analysis of the factors that promote healing. Int J Colorectal Dis. marzo de 2022;37(3):693-700.