



**Diego Alejandro Flores Ruiz**

**Actividad**

**Clínica quirúrgica**

**Quinto B**

PASIÓN POR EDUCAR

Comitán de Domínguez Chiapas a 6 de diciembre del 2024.

## **Fisura Anal:**

### Epidemiología:

- Las fisuras anales son un problema frecuente en proctología y representan una causa importante de dolor anal.
- Prevalencia: afecta al 11-15% de la población general en algún momento de su vida.
- Se presentan en todas las edades, aunque son más comunes entre los 20 y 40 años.
- Ubicación: el 90% se localizan en la línea media posterior, debido a la menor perfusión en esta área. En mujeres, un 10% puede aparecer en la línea media anterior.

### Fisiopatología:

1. Trauma inicial:
  - Desgarro de la mucosa anal, generalmente asociado con evacuaciones difíciles o heces duras.
2. Aumento del tono del esfínter anal interno:
  - El trauma produce espasmo del esfínter anal interno, lo que reduce la perfusión sanguínea en la región afectada.
3. Dificultad para cicatrizar:
  - La hipoxia tisular secundaria al espasmo perpetúa la fisura. Esto da lugar a fisuras crónicas con bordes fibrosos, papilas hipertróficas y colgajos centinelas.

### Factores de Riesgo:

1. Mecánicos:
  - Estreñimiento crónico.
  - Diarrea persistente.
  - Traumatismos durante el parto vaginal.
2. Enfermedades sistémicas:

- Enfermedad de Crohn.
  - Tuberculosis o sífilis (fisuras atípicas).
3. Otros:
- Malformaciones anorrectales.
  - Procedimientos quirúrgicos previos.
  - Higiene anal excesiva o irritante.

#### Prevención:

1. Modificaciones dietéticas:
  - Dieta rica en fibra para prevenir el estreñimiento.
  - Consumo adecuado de agua (2-3 litros/día).
2. Evacuación saludable:
  - Evitar esfuerzos excesivos al defecar.
  - Uso de ablandadores de heces si es necesario.
3. Higiene y cuidado anal:
  - Limpieza adecuada sin productos irritantes.
  - Evitar el uso prolongado de papel higiénico áspero.

#### Diagnóstico:

1. Clínico:
  - Dolor intenso en el ano, que empeora con la defecación.
  - Sangrado rectal leve (manchas rojas en el papel higiénico).
  - Inspección visual muestra una fisura lineal o ulcerada en el canal anal, habitualmente en la línea media posterior.
2. En casos complejos:
  - Anoscopia: útil para visualizar fisuras más profundas o descartar otras causas.

- Estudios complementarios: excluir enfermedades inflamatorias (Crohn, colitis ulcerosa) o infecciones.

#### Clasificación:

1. Aguda:
  - Lesión reciente con bordes frescos y sin fibrosis.
  - Puede cicatrizar con tratamiento conservador.
2. Crónica:
  - Persistencia >6 semanas.
  - Bordes endurecidos, presencia de papilas hipertróficas o colgajo centinela.

#### Tratamiento:

##### 1. Tratamiento Conservador:

- Primera línea en fisuras agudas.
- Medidas generales:
  - Dieta alta en fibra.
  - Hidratación adecuada.
  - Baños de asiento con agua tibia (2-3 veces al día).
- Terapia tópica:
  - Nitroglicerina al 0.2-0.4%: reduce el tono del esfínter.
  - Diltiazem o nifedipino tópico: alternativa en pacientes con efectos adversos a la nitroglicerina.
- Lidocaína: alivia el dolor.

##### 2. Farmacoterapia Avanzada:

- Bloqueadores de canales de calcio (orales o tópicos).
- Inyecciones de toxina botulínica: relajan el esfínter anal interno.

### 3. Tratamiento Quirúrgico:

- Indicado en fisuras crónicas o refractarias al tratamiento médico.
- Esfinterotomía lateral interna:
  - Técnica de elección; reduce el tono del esfínter y mejora el flujo sanguíneo.
  - Complicaciones: incontinencia transitoria (baja incidencia).
  - Alternativas:
    - Avances de colgajos en casos complejos o fisuras asociadas a enfermedades inflamatorias.

### 4. Tratamiento en Enfermedades Sistémicas:

- En enfermedad de Crohn, se prioriza el control de la patología subyacente antes de intervenciones locales.

Un manejo integral, enfocado en la educación del paciente, puede prevenir la progresión hacia complicaciones crónicas y mejorar significativamente la calidad de vida.