

HOSPITAL MILITAR CENTRAL		GUIA DE MANEJO: FISURA ANAL CRÓNICA	CÓDIGO: CI-COLO-GM-11
 	UNIDAD: CLINICO QUIRURGICA		FECHA DE EMISIÓN: 01-10-2015
	PROCESO: CIRUGIA		VERSIÓN: 01
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI		PÁGINA 1 DE 7

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
NIT: 830.040.256-0

1. OBJETIVO

Brindar los parámetros e indicaciones correctas para el manejo y tratamiento de los pacientes con FISURA ANAL CRÓNICA que consultan al Hospital Militar central.

2. METODOLOGIA

La presente guía se baso en el consenso médico del Hospital Militar Central, consultas bibliográficas con otras Instituciones, así como con la Secretaría de Salud para la actualización de las guías existentes en el Hospital Militar Central.
Se adaptaron las guías americanas de coloproctología del año 2010.

3. ALCANCE

Definición, tratamiento primario de las fisuras.

4. POBLACION OBJETO

Público en general que presente esta patología.

5. RECOMENDACIONES

FISURA ANAL CRÓNICA

CLASIFICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE EVIDENCIA DISPONIBLE

Ia	La evidencia científica procede a partir de meta-análisis de ensayos clínicos controlados y aleatorizados.
Ib	La evidencia científica procede de al menos un ensayo clínico controlado aleatorio.
IIa	La evidencia científica procede al menos de un estudio prospectivo controlado, bien diseñado y sin aleatorizar.
IIb	La evidencia científica procede al menos de un estudio casi experimental, bien diseñado.

GUIA DE MANEJO	FISURA ANAL CRÓNICA	CODIGO	CI-COLO-GM-11	VERSION	01
		Página:	2 de 7		

5. RECOMENDACIONES

III	La evidencia científica procede de estudios descriptivos no experimentales, bien diseñados como estudios comparativos, de correlación o de casos y controles.
IV	La evidencia científica procede de documentos u opiniones de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio.

GRADOS DE RECOMENDACIÓN	
A	Existe buena evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación.
B	Existe moderada evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación.
C	La recomendación se basa en la opinión de expertos o en un panel de consenso.
X	Existe evidencia de riesgo para esta intervención.

DEFINICIÓN

Solución de continuidad lineal de evolución variable a nivel del anodermo, localizada en la región distal del canal anal, entre la línea pectínea y el margen anal.

Se evidencia en realidad al separar los bordes como una ulceración localizada en la porción cutánea del revestimiento anal entre el nivel de las válvulas anales y el orificio anal. Se clasifica en aguda y crónica y en nuestro servicio consideramos los parámetros de cronicidad como aquellos dados por la apariencia clínica y no por tiempo de evolución. Los hallazgos en la fisura anal crónica son los bordes indurados, fibras del esfínter anal interno visibles con bordes engrosados y acartonados en el fondo de la fisura, presencia de hemorroide centinela, pólipo fibroepitelial y papila anal hipertrófica. La cronicidad se debe a una lesión isquémica perpetuada por un aumento del tono a nivel del esfínter por espasmo y por hipoxemia tisular secundaria al espasmo y a la estructura anatómica del canal anal.

TRATAMIENTO PRIMARIO DE LAS FISURAS

Medidas Generales: Los cuidados tanto pre como post operatorios recomendados son: analgésicos orales, dieta rica en fibra, cereales, ablandadores de material fecal (derivados del Psyllium o Ispaghula), higiene local (baños de asiento), controles cada 10 días a un mes, luego cada mes por tres meses para analizar evolución y complicaciones. El Tacto rectal se realiza después de la segunda semana y según evolución.

- Baños de asiento.
- Dieta rica en fibra.
- Con el uso o no de ungüentos antiinflamatorios o anestésicos tópicos.
- Nivel de evidencia IB

GUIA DE MANEJO	FISURA ANAL CRÓNICA	CODIGO	CI-COLO-GM-11	VERSION	01
		Página:	3 de 7		

5. RECOMENDACIONES

Médico:

La reducción del tono del esfínter farmacológicamente permitiendo la relajación del músculo liso con el uso de nifedipino, Diltiazem crema al 2% (bloqueadores de canales de calcio), siendo el fármaco de primera línea sin arriesgar la continencia. La recurrencia luego del manejo no quirúrgico puede ser por uso inadecuado del medicamento, debido a que al menos el 20% de los pacientes no toleran los efectos adversos del medicamento, y adicionalmente se puede presentar taquifilaxia. La persistencia de la fisura también puede estar relacionada con tiempo incompleto de tratamiento que debe ser, por lo general, de 4 a 12 semanas mínimo 3 veces al día. Nivel de evidencia IB.

El uso de Nitratos (donadores de óxido nítrico) tópicos también son medicamentos que pueden ser usados en este tipo de patologías, sin embargo por sus efectos secundarios dentro de los principales cefalea en el 20-30% de los pacientes, el cual está relacionado con la dosis causando una mala adherencia al tratamiento en un 20%. Por lo cual no son muy usados. Nivel de evidencia IA.

En los casos de no respuesta al manejo médico anteriormente descrito, a criterio médico se recomienda el uso de toxina botulínica en el espacio interesfintérico o en el esfínter interno, no hay consenso en cuanto a la dosis, con tasa de curación reportada entre el 60-80%. Los efectos adversos más comunes son incontinencia para gas hasta un 18% e incontinencia mayor en menos del 5%, con recurrencia del 42%, pero los pacientes pueden ser retratados con esta terapia mejorando la tasa de curación. Nivel de evidencia IC.

Quirúrgico:

La persistencia e intensidad del dolor, pobre respuesta al manejo médico, úlcera crónica, formación de absceso o fístula o marcados signos de cronicidad, son indicación de cirugía. La base es la resección de la úlcera para que las secreciones no puedan acumularse, la corrección del espasmo y contractura del esfínter interno por sección parcial del esfínter, teniendo en cuenta que se recomienda la sección de un tercio de la longitud del esfínter anal y como máximo un 50% de la misma. No recomendamos la dilatación manual o maniobra de Lord porque consiste en una esfinterotomía no controlada con alta incidencia de incontinencia.

El manejo quirúrgico es ambulatorio teniendo en cuenta el adecuado tratamiento de patología asociada, preparación similar a la hemorroidectomía, anestesia regional-local, dilatación cuidadosa y progresiva del esfínter anal y esfinterotomía anal lateral. La esfinterotomía es un excelente tratamiento en términos de disminuir la sintomatología y disminuir la recurrencia. La división del esfínter disminuye la presión anal con mejoría del flujo sanguíneo y facilitación del paso del bolo fecal, con disminución del trauma y favorecimiento de la cicatrización. Existe el riesgo de incontinencia definitiva luego de la cirugía por lo cual este riesgo debe ser conocido y aceptado por el paciente por lo tanto algunos prefieren el manejo conservador.

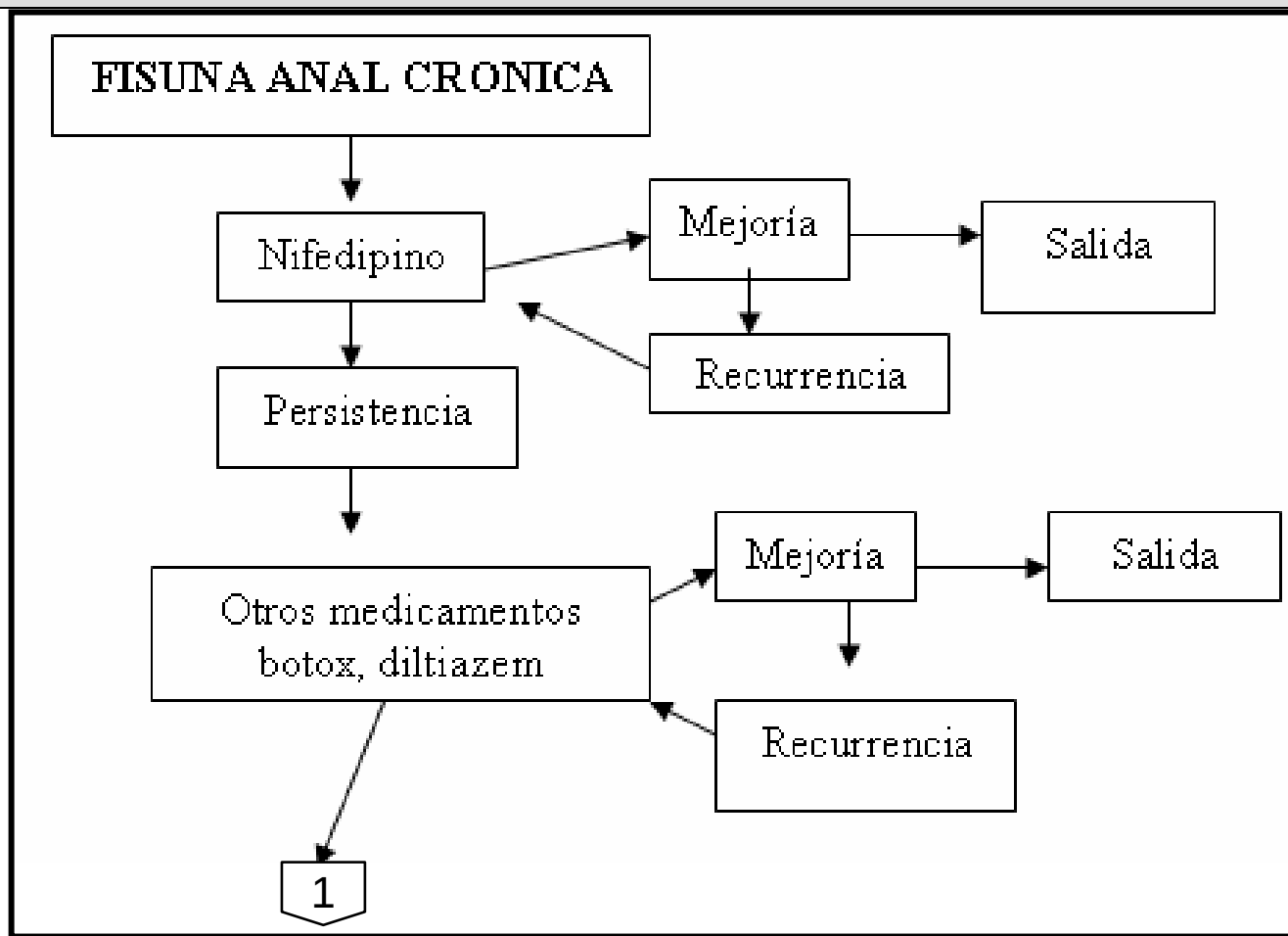
Nivel de evidencia IA.

Pacientes con fisuras anales de localización y apariencia atípica deben ser manejadas de manera específica de acuerdo a la patología de base muchas de ellas requieren biopsia para orientar su etiología y manejo.

Complicaciones: Valorar durante los controles eventual infección, hemorragia, hematoma, incontinencia y en el caso de uso de toxina botulínica se debe recordar el riesgo de anafilaxis.

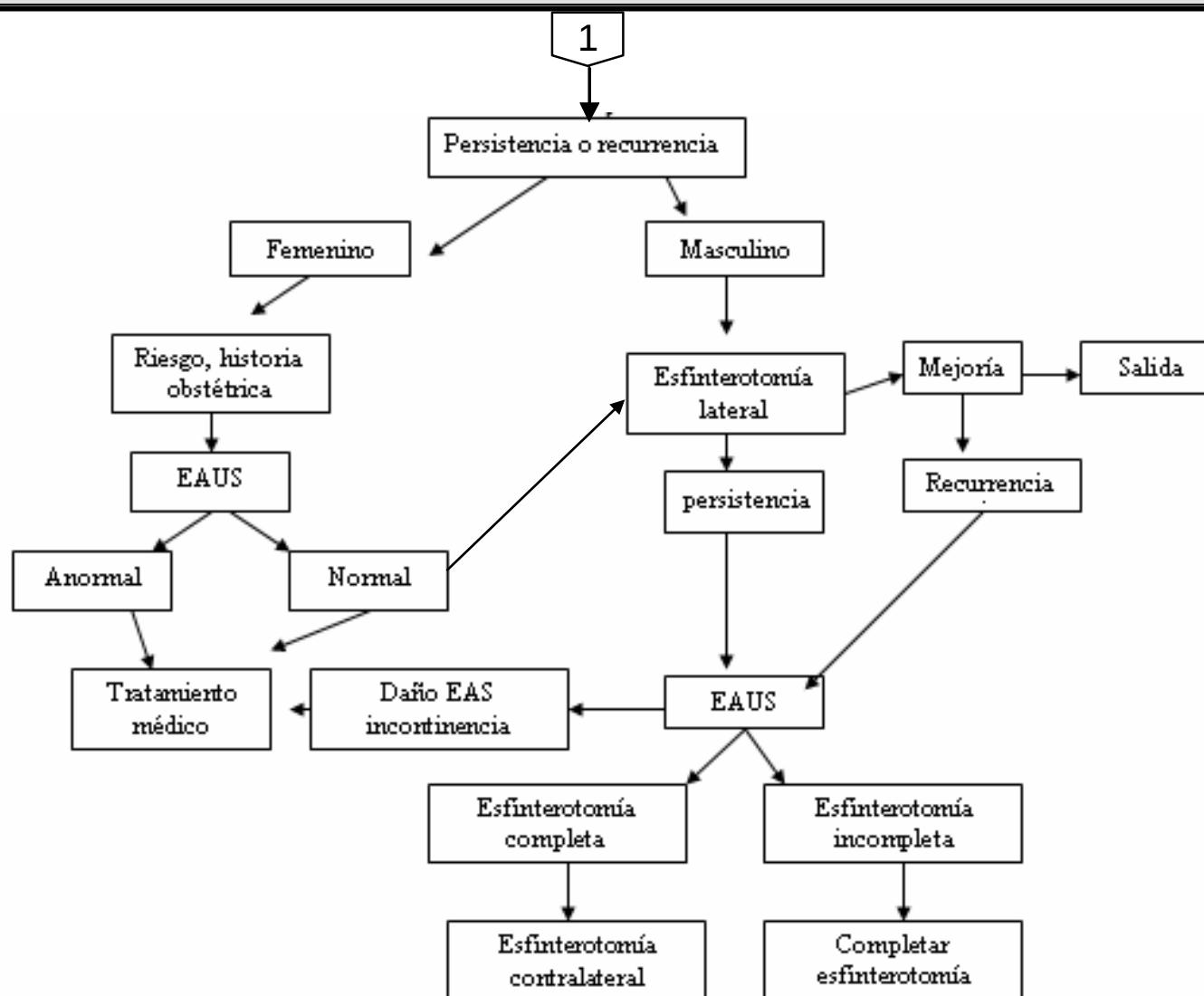
GUIA DE MANEJO	FISURA ANAL CRÓNICA	CODIGO	CI-COLO-GM-11	VERSION	01
		Página:	4 de 7		

6. ALGORITMO



GUIA DE MANEJO	FISURA ANAL CRÓNICA	CODIGO	CI-COLO-GM-11	VERSION	01
		Página:	5 de 7		

6. ALGORITMO

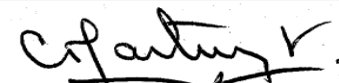
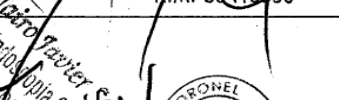
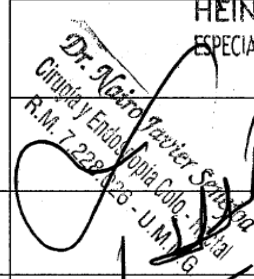
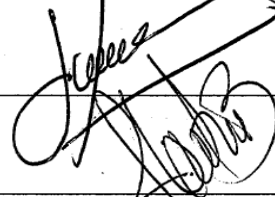
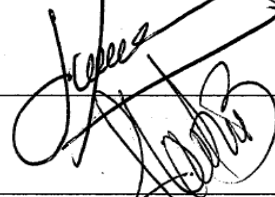


GUIA DE MANEJO	FISURA ANAL CRÓNICA	CODIGO	CI-COLO-GM-11	VERSION	01
		Página:	6 de 7		

7. CONTROL DE CAMBIOS				
ACTIVIDADES QUE SUFRIERON CAMBIOS		OBSERVACIONES DEL CAMBIO	MOTIVOS DEL CAMBIO	FECHA DEL CAMBIO
ID	ACTIVIDAD			
1	No Aplica			

8. ANEXOS				
BIBLIOGRAFIA				
1. Bryan W, Dyks Sharon. Practice parameters for management of anal fissures (3rd revisión). Disease of the colon and rectum. 2010; 53:1110-1115. 2. Samim M, Twigt B, Stoker L, Pronk A. Topical diltiazem cream versus botulinum toxin a for the treatment of chronic anal fissure: a double-blind randomized clinical trial. Ann Surg 2012; 255:18. 3. Non surgical therapy for anal fissure. Cochrane Database Syst Rev. 2006 Oct 18;(4) 4. Why the most potent toxin may heal anal fissure. Adv Ther. 2006 Jul-Aug;23(4):627-34. Review 5. 3.Systematic review: the treatment of anal fissure. Aliment Pharmacol Ther. 2006 Jul 15;24(2):247-57. Review 6. [Treatment of chronic anal fissure] Cir Esp. 2005 Aug;78(2):68-74. Review. 7. The safety and efficacy of stapled hemorrhoidectomy in the treatment of hemorrhoids: a systematic review and meta-analysis of ten randomized control trials. Int J Colorectal Dis. 2006 Mar;21(2):172-8. Epub 2005 Jun 22. Review. 6. Operative procedures for fissure in ano. Cochrane Database Syst Rev. 2005 Apr 18;(2) 8. Anal fissure. Clin Evid. 2004 Jun;(11):533-43. Review 9. Recent randomised trials in colorectal disease. Colorectal Dis. 2005 Jan;7(1):8-17. Review 10. 9.A systematic review of medical therapy for anal fissure. Dis Colon Rectum. 2004 Apr;47(4):422-31. Epub 2004 Mar 4. Review.				

GUIA DE MANEJO	FISURA ANAL CRÓNICA	CODIGO	CI-COLO-GM-11	VERSION	01
		Página:	7 de 7		

APROBACIÓN					
	NOMBRE	CARGO	FECHA	FIRMA	
ELABORÓ	Dr. Carlos Martínez	Coloproctologo	Octubre de 2015		
	Dr. Heinz Ibáñez				
	Dr. Nairo Senejoa				
REVISÓ	CR. Lina María Mateus Barbosa	Líder Área Coloproctología	Octubre de 2015		
APROBO	CR. MD. Juan Carlos Luque Suárez	Jefe de Unidad del Sector Defensa – Unidad Clínico Quirúrgica	Octubre de 2015		
	BG. MD. Clara Esperanza Galvis Díaz	Subdirector Sector Defensa – Subdirección Medica	Octubre de 2015		
PLANEACION –CALIDAD Revisión Metodológica	SMSM. Pilar Adriana Duarte Torres	Coordinadora Grupo Gestión de Calidad Integral	Octubre de 2015		