

Fissura Anal: Manejo

*Autoria: Sociedade Brasileira de Coloproctologia
Colégio Brasileiro de Cirurgiões*

Elaboração Final: 5 de março de 2008

Participantes: Araújo SEA, Oliveira Jr O, Moreira JPT, Salles RRV

O Projeto Diretrizes, iniciativa conjunta da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, tem por objetivo conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico. As informações contidas neste projeto devem ser submetidas à avaliação e à crítica do médico, responsável pela conduta a ser seguida, frente à realidade e ao estado clínico de cada paciente.

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIA:

Busca na literatura científica, na rede da Internet, em base de dados primários (PubMed) por acesso e revisão de artigos originais. Foram avaliados, também, consensos de sociedades de especialistas envolvidas no manejo da fissura anal.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:

- A:** Estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência.
- B:** Estudos experimentais ou observacionais de menor consistência.
- C:** Relatos de casos (estudos não-controlados).
- D:** Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

OBJETIVOS:

- Revisar aspectos conceituais, epidemiológicos e do diagnóstico da fissura anal;
- Apresentar a melhor evidência científica disponível acerca do tratamento clínico e cirúrgico da fissura anal.

CONFLITO DE INTERESSE:

Nenhum conflito de interesse declarado.

CONCEITO E EPIDEMIOLOGIA

A fissura anal é uma lesão longitudinal ou área ulcerada no canal anal distal, que se estende desde a linha pectínea até a borda anal¹(D).

A fissura anal aguda resulta de trauma direto produzido pela evacuação de fezes endurecidas, é superficial, apresenta processo inflamatório pronunciado ao seu redor e está associada a hipertonia esfinteriana apenas secundária à experiência dolorosa. A fissura anal crônica, por sua vez, define-se como aquela que se mantém resistente ao tratamento com medidas higiênico-dietéticas por mais de seis semanas¹(D).

Localiza-se principalmente na linha média posterior (66% a 86%), embora lesões anteriores não sejam raras em homens (8%) e principalmente nas mulheres (25%)²(C).

Acomete adultos jovens igualmente de ambos os sexos¹(D). Pode ocorrer em idosos e crianças, nessas últimas como resultado de trauma direto ou prurido secundário ou não a oxiuríase³(D).

DIAGNÓSTICO

A anamnese direciona ao diagnóstico correto da afecção, uma vez que os pacientes geralmente se queixam de dor durante e após a evacuação. A evacuação se acompanha de sangramento em pequena quantidade, observado nas fezes ou no papel higiênico. Outra queixa muito frequente é o prurido anal, sendo este secundário à descarga de muco na ferida perianal⁴(D).

A fissura anal aguda apresenta-se como solução de continuidade superficial e a fissura crônica caracteriza-se por úlcera bem definida, bordos irregulares, base endurecida e fibrosa (em que se notam fibras circulares do esfíncter interno do ânus expostas). Podem estar associadas a alterações secundárias que são o plicoma sentinela e a papila anal hipertrófica¹(D).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Deve-se ter especial atenção a fissuras com apresentações atípicas, como nos casos de multiplicidade e localização diferente da linha média anterior ou posterior, além de características clínicas como ausência de hipertonia esfíntérica ou quadro algíco. Esse tipo de apresentação pode ser secundário a outras afecções, como doença de Crohn, retocolite ulcerativa, tuberculose, HIV, DSTs (*Chlamydia*, gonorréia e sífilis) e carcinoma de borda anal. Fissuras resistentes ao tratamento requerem investigação mais minuciosa, com exames endoscópicos, biopsia da lesão e sorologias¹(D).

TRATAMENTO CLÍNICO CONVENCIONAL

Cerca de metade dos indivíduos com fissura anal evoluirão com cicatrização após tratamento clínico⁵(B).

O tratamento da fissura anal aguda pode estar baseado na combinação de analgésicos orais e anestésicos locais (na forma de cremes ou pomadas), banhos de assento com água morna e agentes formadores do bolo fecal. Esse regime resulta em cicatrização das fissuras agudas após três semanas em até 80% dos casos⁵(B).

Somente 40% das fissuras crônicas cicatrizam após tratamento conservador⁶(A). As fissuras anais crônicas estão associadas a pressões anais de repouso elevadas, o que levou à busca de alternativas terapêuticas visando à redução dessas pressões por meio de procedimentos cirúrgicos e, mais recentemente, agentes farmacológicos⁷(D).

TRATAMENTO CLÍNICO POR RELAXANTES DOS ESFÍNCTERES ANAIS

O ímpeto na busca de uma terapia medicamentosa para o tratamento das fissuras anais crônicas está embasado no fato de que a redução do tônus do esfíncter anal interno, por meio de estiramento ou secção do mesmo, pode levar a graus variáveis de incontinência. Além disso, o melhor entendimento da neurofisiologia dos esfíncteres anais proporcionou o desenvolvimento de alternativas medicamentosas específicas para o tratamento das fissuras anais crônicas. Foram então propostos recentemente vários agentes farmacológicos com o objetivo de se produzir uma espécie de “esfínterectomia química” para o tratamento da fissura anal crônica¹(D).

O tratamento clínico com relaxantes dos esfíncteres anais deve ser oferecido como manejo inicial de todos os pacientes com fissura anal crônica, em especial para aqueles para os quais se estima a ocorrência de repercussão clínica advinda da secção cirúrgica do esfíncter anal interno, a saber: mulheres multíparas, pacientes diabéticos, indivíduos com síndrome do intestino irritável, após ressecção anterior do reto, hemorroidectomia ou na recidiva⁸(D).

As principais classes farmacológicas utilizadas para o tratamento medicamentoso da fissura anal crônica são três: os nitratos tópicos, os bloqueadores de canais de cálcio e a toxina botulínica¹(D).

NITRATOS TÓPICOS

Os compostos de nitratos mais utilizados no tratamento clínico da fissura anal são o

gliceril trinitrato (nitroglicerina) e o dinitrato de isossorbida, sendo o último mais frequentemente encontrado em nosso meio⁸(D). A eficácia do tratamento com nitratos situa-se entre 46% e 80%⁹⁻¹⁶(A). Recidiva foi observada em até 33%¹²(A). A cefaléia é o principal efeito colateral do emprego de nitratos, podendo ocorrer em até 58%¹⁰(A).

BLOQUEADORES DE CANAL DE CÁLCIO

Os íons de cálcio estão envolvidos no relaxamento de fibras musculares lisas. Estudos *in vitro* recentes¹⁷(D) demonstraram que os bloqueadores de canais de cálcio, como a nifedipina e o diltiazem, promovem redução do tônus esfinteriano de repouso e atenuação do efeito induzido pelos agonistas da contração.

O emprego tópico da nifedipina gel 0,2% produz cicatrização de fissuras anais em 95% dos casos¹⁸(B). O emprego tópico do diltiazem gel 2% duas vezes ao dia produz cicatrização em 65% dos casos. E o diltiazem administrado por via oral (60 mg duas vezes ao dia) resulta em cicatrização da fissura em 38% dos pacientes¹⁹(A). Há evidência de que a nitroglicerina e o diltiazem apresentam eficácia similar na cicatrização das fissuras anais, porém a cefaléia é significativamente mais frequente no tratamento com nitratos^{20,21}(A).

TOXINA BOTULÍNICA

A toxina botulínica age bloqueando a terminação nervosa pré-sináptica na junção neuromuscular, causando denervação temporária do esfíncter anal, que dura aproximadamente 3 meses²²(C)²³(B). Esta denervação química e não permanente age

levando à inibição da liberação de acetilcolina das terminações pré-sinápticas e, conseqüentemente, da neurotransmissão, o que resulta em melhora do espasmo esfinteriano, que pode durar o suficiente para permitir a cicatrização da fissura²⁴(C). O emprego da toxina botulínica requer a sua injeção no esfíncter anal, que pode ser realizada com ou sem o auxílio do anuscópio. A toxina botulínica leva a cicatrização da fissura anal ou abolição dos sintomas entre 73%²⁵(B) e 96%¹¹(A) dos casos, sendo sua eficácia superior ao nitrato tópico. Em ambas as experiências foram utilizadas 20 unidades da toxina botulínica. Não há evidência satisfatória acerca da ocorrência de recidiva e, da mesma forma, não se encontra estabelecida a dose ideal, bem como o sítio exato de injeção da toxina¹(D). Incontinência transitória pode ser observada em 10% dos pacientes²³(B).

TRATAMENTO CIRÚRGICO

A principal indicação para o tratamento cirúrgico da fissura anal crônica é a falha do tratamento clínico ou presença de condição anal cirúrgica associada⁴(D). O tratamento cirúrgico da fissura anal crônica pode ser realizado através da dilatação anal forçada, da esfínterectomia parcial do músculo esfíncter interno do ânus, realizada por via subcutânea ou aberta, ou por meio do avanço de retalho²⁶(A).

A dilatação anal, por constituir esfínterectomia cuja intensidade e distribuição é difícil de ser controlada, acarreta alto índice de incontinência¹(D). A persistência pode ocorrer em até 30% e a recidiva em até 56,5% dos pacientes²⁷(A). Algum grau de incontinência anal pode ser observado em até 51% dos casos²⁸(A).

A esfínterectomia é superior à dilatação anal forçada no que se refere a taxas de cura e ocorrência de incontinência anal no pós-operatório. Há evidência acerca da ausência de diferença funcional observável entre a esfínterectomia posterior e a lateral. A ocorrência de persistência está estimada em 3% a 29%²⁹(A).

Após esfínterectomias, distúrbios da continência ocorrem no pós-operatório precoce em até 20% dos casos²⁹(A). Há evidência, no

entanto, de que graus menores de incontinência anal após esfínterectomia interna possam ocorrer em até 45% dos pacientes em algum momento do pós-operatório³⁰(B).

Existe um seletivo grupo de pacientes que apresenta fissura anal crônica sem evidência objetiva de altas pressões de repouso do esfíncter anal interno. Para esses pacientes, o tratamento cirúrgico por retalhos cutâneos pode ser indicado^{31,32}(C).

REFERÊNCIAS

1. Madoff RD, Fleshman JW. AGA technical review on the diagnosis and care of patients with anal fissure. *Gastroenterology* 2003;124:235-45.
2. Hananel N, Gordon PH. Re-examination of clinical manifestations and response to therapy of fissure-in-ano. *Dis Colon Rectum* 1997;40:229-33.
3. Campos FGCM, Araújo SEA, Habr-Gama A. Etiologia e tratamento cirúrgico das fissuras anais. Revisão sobre aspectos históricos, técnicos e resultados. *Rev Bras Coloproct* 2001;21:239-45.
4. Rosen L, Abel ME, Gordon PH, Denstman FJ, Fleshman JW, Hicks TC, et al. Practice parameters for the management of anal fissure. The Standards Task Force American Society of Colon and Rectal Surgeons. *Dis Colon Rectum* 1992;35:206-8.
5. Jensen SL. Treatment of first episodes of acute anal fissure: prospective randomized study of lignocaine ointment versus hydrocortisone ointment or warm sitz baths plus bran. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1986;292:1167-9.
6. Gough MJ, Lewis A. The conservative treatment of fissure-in-ano. *Br J Surg* 1983;70:175-6.
7. Jonas M, Scholefield JH. Anal fissure. *Gastroenterol Clin North Am* 2001;30: 167-81.
8. Araújo SEA, Atuí FC, Sato Jr NH, Habr-Gama A. Fissura anal: tratamento medicamentoso. In: Habr-Gama A, Gama-Rodrigues J, Ceconello I, Zilberstein B, Machado MCC, Saad WA, et al., eds. *Atualização em cirurgia do aparelho digestivo e em coloproctologia*. São Paulo:Frôntis Editorial;2000. p.267-78.
9. Bacher H, Mischinger HJ, Werkgartner G, Cerwenka H, El-Shabrawi A, Pfeifer J, et al. Local nitroglycerin for treatment of anal fissures: an alternative to lateral sphincterotomy? *Dis Colon Rectum* 1997;40: 840-5.
10. Lund JN, Scholefield JH. A randomised, prospective, double-blind, placebo-controlled trial of glyceryl trinitrate ointment in treatment of anal fissure. *Lancet* 1997;349:11-4.
11. Brisinda G, Maria G, Bentivoglio AR, Cassetta E, Gui D, Albanese A. A comparison of injections of botulinum toxin and topical nitroglycerin ointment for the treatment of chronic anal fissure. *N Engl J Med* 1999;341:65-9.
12. Carapeti EA, Kamm MA, McDonald PJ, Chadwick SJ, Melville D, Phillips RK. Randomised controlled trial shows that glyceryl trinitrate heals anal fissures, higher doses are not more effective, and there is a high recurrence rate. *Gut* 1999;44: 727-30.
13. Kennedy ML, Sowter S, Nguyen H, Lubowski DZ. Glyceryl trinitrate ointment for the treatment of chronic anal fissure:

- results of a placebo-controlled trial and long-term follow-up. *Dis Colon Rectum* 1999;42:1000-6.
14. Altomare DF, Rinaldi M, Milito G, Arcana F, Spinelli F, Nardelli N, et al. Glyceril trinitrate for chronic anal fissure: healing or headache? Results of a multicenter, randomized, placebo-controlled, double-blind trial. *Dis Colon Rectum* 2000;43:174-81.
 15. Zuberi BF, Rajput MR, Abro H, Shaikh SA. A randomized trial of glyceryl trinitrate ointment and nitroglycerin patch in healing of anal fissures. *Int J Colorectal Dis* 2000;15:243-5.
 16. Werre AJ, Palamba HW, Bilgen EJ, Eggink WF. Isosorbide dinitrate in the treatment of anal fissure: a randomized, prospective, double blind, placebo-controlled trial. *Eur J Surg* 2001;167:382-5.
 17. Cook TA, Brading AF, Mortensen NJ. Differences in contractile properties of anorectal smooth muscle and the effects of calcium channel blockade. *Br J Surg* 1999;86:70-5.
 18. Antropoli C, Perrotti P, Rubino M, Martino A, De Stefano G, Migliore G, et al. Nifedipine for local use in conservative treatment of anal fissures: preliminary results of a multicenter study. *Dis Colon Rectum* 1999;42:1011-5.
 19. Jonas M, Neal KR, Abercrombie JF, Scholefield JH. A randomized trial of oral vs. topical diltiazem for chronic anal fissures. *Dis Colon Rectum* 2001;44:1074-8.
 20. Bielecki K, Kolodziejczak M. A prospective randomized trial of diltiazem and glyceryltrinitrate ointment in the treatment of chronic anal fissure. *Colorectal Dis* 2003;5:256-7.
 21. Kocher HM, Steward M, Leather AJ, Cullen PT. Randomized clinical trial assessing the side-effects of glyceryl trinitrate and diltiazem hydrochloride in the treatment of chronic anal fissure. *Br J Surg* 2002;89:413-7.
 22. Minguez M, Melo F, Espi A, García-Granero E, Mora F, Lledó S, et al. Therapeutic effects of different doses of botulinum toxin in chronic anal fissure. *Dis Colon Rectum* 1999;42:1016-21.
 23. Jost WH. One-hundred cases of anal fissure treated with botulin toxin: early and long-term results. *Dis Colon Rectum* 1997;40:1029-32.
 24. Jost WH, Schimrigk K. Therapy of anal fissure using botulin toxin. *Dis Colon Rectum* 1994;37:1321-4.
 25. Maria G, Cassetta E, Gui D, Brisinda G, Bentivoglio AR, Albanese A. A comparison of botulinum toxin and saline for the treatment of chronic anal fissure. *N Engl J Med* 1998;338:217-20.
 26. Jensen SL, Lund F, Nielsen OV, Tange G. Lateral subcutaneous sphincterotomy versus anal dilatation in the treatment of

- fissure in ano in outpatients: a prospective randomized study. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1984;289:528-30.
27. Weaver RM, Ambrose NS, Alexander-Williams J, Keighley MR. Manual dilatation of the anus vs. lateral subcutaneous sphincterotomy in the treatment of chronic fissure-in-ano. Results of a prospective, randomized, clinical trial. *Dis Colon Rectum* 1987;30:420-3.
28. Marby M, Alexander-Williams J, Buchmann P, Arabi Y, Kappas A, Minervini S, et al. A randomized controlled trial to compare anal dilation with lateral subcutaneous sphincterotomy for anal fissure. *Dis Colon Rectum* 1979;22:308-11.
29. Nelson RL. Meta-analysis of operative techniques for fissure-in-ano. *Dis Colon Rectum* 1999;42:1424-8.
30. Nyam DC, Pemberton JH. Long-term results of lateral internal sphincterotomy for chronic anal fissure with particular reference to incidence of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 1999;42:1306-10.
31. Samson RB, Stewart WR. Sliding skin grafts in the treatment of anal fissure. *Dis Colon Rectum* 1970;13:372-5.
32. Nyam DC, Wilson RG, Stewart KJ, Farouk R, Bartolo DC. Island advancement flaps in the management of anal fissure. *Br J Surg* 1995;82:326-8.