

La fisura del ano es una afección caracterizada por una sintomatología clara y cuyo diagnóstico se confirma con un examen simple.

El enfermo consulta por dolores intensos en la región anal, que se presentan después de la evacuación. El dolor es muy intenso con sensación de contracción del esfínter y angustia por no poder aflojar tal contracción que se presenta como causa del dolor. Tiene irradiaciones ascendentes profundas y hacia la región sacra. Se inicia en general a los 15 ó 20 minutos de la evacuación que puede ser indolora pero a veces ya dolorosa. Algunas gotas de sangre roja acompañan a las materias.

La persistencia del cuadro clínico o su repetición después de mejoría, conducen a los dolores continuos, que llegan a impedir el sueño, alterar la alimentación por temor a la evacuación, desmejorar el estado general y en fin crear un estado psíquico alarmante, hasta ideas de suicidio.

Es frecuente que todo este cuadro se desarrolle en un enfermo con antecedentes patológicos de la región anal, hemorroides o anitis, pero puede presentarse en personas sin ninguna molestia anterior. Se inicia en estos casos por un empuje de diarrea o por una evacuación dificultosa después de un período de constipación.

El examen frente a este cuadro clínico debe ser muy simple. Precederlo de una conversación tranquilizadora, informándolo sobre la posible lesión. Colocar al enfermo en posición de Sims y suavemente presionar con el dedo en el contorno de la margen del ano. En la línea media posterior, donde a veces se nota un pequeño levantamiento, se produce con esta maniobra un dolor intenso. Es lo que se llama hemorroide centinela, porque está cuidando la lesión que está a ese nivel en el canal anal. Si no se produce mayor dolor, es posible, separando los pliegues en esa zona y tratando de exponer el canal, ver el extremo inferior de una lesión que es la fisura.

Esto es suficiente. El tacto anal o rectal es a veces imposible y es siempre muy doloroso e inútil. La anuscopia y la rectoscopia no merecerían ni mencionarse.

El tratamiento sí es incruento permitirá después un buen examen y si se requieren recursos cruentos, la anestesia hará posible el examen completo del recto y de la pelvis.

El examen bajo anestesia permite reconocer una ulceración longitudinal, fisura, situada habitualmente en la línea media posterior y extendida desde la línea criptopapilar hasta la margen del ano.

En la forma aguda se reconoce en su extremo superior un proceso inflamatorio criptopapilar, caracterizado especialmente por una papilitis. El extremo

inferior constituye en la margen un pequeño receso o bolsillo de aspecto inflamatorio, cuyo fondo responde al punto exquisitamente doloroso que se encuentra por palpación digital. Los bordes de la fisura están muy congestivos y el fondo es de tipo inflamatorio agudo.

En ciertos casos el bolsillo de la margen desarrolla un proceso supurado, que mantiene un dolor gravativo, permanente. El absceso se reconoce por la simple inspección de la margen del ano. Su abertura quirúrgica o espontánea da salida al pus y deja un corto trayecto fistuloso que va desde el fondo del bolsillo a la piel.

En las formas crónicas el proceso papilar se hace hipertrófico, constituyendo un verdadero pólipo, que puede llegar a tener hasta un centímetro. El fondo de la fisura es fibroso y los labios acartonados, a veces decolados. El bolsillo inferior, bien abierto puede continuarse con una fístula.

La fisura puede presentarse como entidad clínica pura pero el examen permite reconocer siempre otros procesos inflamatorios tales como anititis, criptopapilitis, fibrosis. Además se pueden observar procesos agudos como la flu-
xión aguda, simple o prolapsante y abscesos.