



P-423 - TOXINA BOTULÍNICA: DISMINUCIÓN DE LA MORBILIDAD Y AHORRO ECONÓMICO EN EL TRATAMIENTO DE LA FISURA ANAL

García Cacho, María Belén; Andrés Ramírez, Jaime; Llantero García, Ana; García Tricio, Enrique; Martínez Galilea, María; García Fernández, Carlota; García Tejero, Aitana

Hospital San Pedro de la Rioja, Logroño.

Resumen

Introducción y objetivos: La fisura anal crónica es una patología frecuente, asociada a hipertonía del esfínter anal, dolor y sangrado defecatorio. El esquema terapéutico se inicia con medidas conservadoras como pomadas de nitratos tópicos o calcioantagonistas junto con recomendaciones higiénico-dietéticas. El siguiente escalón ha consistido clásicamente en la esfinterotomía lateral interna, con alta tasa de curación (hasta el 95%), alta morbilidad (aproximadamente un 14% de incontinencia irreversible) y aumento del gasto sanitario. En los últimos años se ha introducido en los esquemas terapéuticos la utilización de botulínica como escalón previo a la cirugía. Su efecto terapéutico se basa en la denervación local temporal gracias a la inhibición de la liberación de la acetilcolina, lo que se traduce clínicamente en una relajación del esfínter interno. Su comorbilidad es menor que la ELI por lo que se ha postulado como tratamiento alternativo. La literatura describe resultados heterogéneos, en nuestro hospital hemos descrito la tasa de curación tras el primer año de aplicación.

Métodos: Se realiza un análisis descriptivo de una serie de casos retrospectiva con 60 pacientes diagnosticados de fisura anal crónica y tratados con toxina botulínica durante un año, con un seguimiento posterior mínimo de 6 meses. Consideramos criterios de exclusión no acudir a revisiones posteriores. Todos los pacientes fueron inyectados con 60 UI de toxina botulínica por parte de las unidades de cirugía colorrectal.

Resultados: Del total de la muestra un 68,33% eran hombres, la edad media fue de 55,55 años \pm 13,63 años. El 35% de los pacientes presentaban otra patología proctológica concomitante, predominantemente hemorroides. En un 15% se había practicado previamente una esfinterotomía. La sintomatología predominante de la muestra fue el dolor (53,33%) seguido de dolor junto con sangrado (43,33%) y de solamente sangrado (3,33%). Se describió hipertonía en un 83,33% de los pacientes. La localización más frecuente de la fisura fue el rafe posterior (70%). Tras el primer año de inyección de toxina en nuestro centro la tasa de curación (cicatrización de la fisura y/o desaparición de la sintomatología) fue del 73,33% del total (44 pacientes), habiendo precisado una segunda inyección un 5%. Hasta un 21% presentó incontinencia leve o *soiling*, reversible en todos los casos. Un 18,33% (11 pacientes) ha precisado la realización de una ELI tras la inyección, en un tiempo medio de 19 semanas y media \pm 15 sem.

Conclusiones: Consideramos que la toxina botulínica es una opción segura y eficaz, presentando menor comorbilidad que la esfinterotomía clásica y además una disminución del gasto sanitario gracias a una optimización de los recursos, reubicándolo en un circuito de menor coste. Precisamos estudios más a largo plazo para corroborar la persistencia de los resultados.