



Respuesta de los autores

Sr. Director:

Nos parecen muy interesantes y estamos “filosóficamente” de acuerdo en los comentarios de Pera et al acerca de la necesidad de encontrar un tratamiento médico alternativo a la cirugía, ya que ésta presenta en muchas series unas tasas de incontinencia inaceptables. Pero según nuestra opinión, el tratamiento médico debe cumplir varios requisitos mínimos: tener una estandarización de su posología (cuánto, cómo y dónde), ser eficaz (tasa de curación alta), seguro (sin morbilidad asociada) y práctico (que su uso esté al alcance de la mayoría de los cirujanos).

Sin embargo, a pesar de nuestro gran interés y utilización de estos tratamientos por parte de nuestro grupo de trabajo¹⁻⁴, en la actualidad no hay ninguno de ellos con tasas de curación a largo plazo superiores al 50% y presentan, además, problemas como morbilidad frecuente e incapacitante (nitratos), disponibilidad limitada en todas las consultas de cirugía por ser sustancia de uso compasivo (toxina botulínica), y falta de consenso y unificación de posología (nitratos, toxina, antagonistas del calcio). Estos aspectos nos dificultan su implantación como primer escalón terapéutico en el tratamiento de la fisura anal crónica⁵.

Además, si revisamos unos de los documentos de consenso⁶ que refieren Pera et al, podemos leer que en la fisura anal crónica:

1. El tratamiento conservador (dieta rica en fibra y agua, baños de asiento, etc.) es seguro, tiene pocos efectos adversos y debería ser el primer escalón terapéutico (nivel de evidencia: clase II; grado de recomendación: B).

2. Puede tratarse con nitratos tópicos, ya que éstos disminuyen el dolor. Sin embargo, presentan altas tasas de recurrencia similares al placebo con índices altos de efectos adversos (nivel de evidencia: clase I; grado de recomendación: A).

3. Puede tratarse con pomadas antagonistas del calcio, ya que parecen tener menores efectos secundarios que los nitratos. No hay datos que demuestren su efecto de curación superior al placebo (nivel de evidencia: clase I; grado de recomendación: A).

4. La inyección de toxina botulínica puede utilizarse en pacientes donde falla el tratamiento conservador, y tiene una tasa de curación superior al placebo. Sin embargo, no hay consenso en dosis, sitio y número de inyecciones (nivel de evidencia: clase II; grado de recomendación: B).

5. El tratamiento quirúrgico (esfinterotomía lateral interna abierta o cerrada) puede ser apropiadamente empleado como primera opción terapéutica sin necesidad de empleo previo de los tratamientos médicos. El paciente debe ser informado del potencial riesgo de incontinencia (nivel de evidencia: clase I; grado de recomendación: A).

Por todo ello, no podemos aceptar como conclusión absoluta que el tratamiento de elección de la fisura anal crónica es el médico, y dejar la cirugía para los casos de persistencia o recidiva. Bajo nuestra opinión, debemos establecer una actitud individualizada para cada paciente según los resultados de la técnica quirúrgica de cada cirujano. Tal y como Pera et al afirman, debemos hacer hincapié en los factores pronósticos (clínicos y manométricos) relacionados tanto con la recurrencia como con la incontinencia. Así, por ejemplo, si analizamos nuestros trabajos con esfinterotomía quirúrgica, no encontramos incontinencia en pacientes < 50 años. Además, de acuerdo con otros autores, en el caso de haberla es reversible, tanto cuantitativamente como cualitativamente¹⁻⁴. Como ya discutimos en el trabajo, creemos que esto se debe a la “sección más limitada” y por su realización bajo anestesia local en nuestros pacientes. En algunos foros quirúrgicos y publicaciones recientes se empieza a defender la esfinterotomía quirúrgica limitada o *tailored* para evitar la incontinencia manteniendo tasas de curación similares⁷. Por último, pensamos que los grupos de trabajo que publican tasas altas de incontinencia tras cirugía (de hasta un 66%) deben abandonar esta técnica y establecer los tratamientos médicos como primera opción terapéutica.

Antonio Arroyo, Francisco Pérez-Vicente, Elena Miranda, Ana Sánchez, Pilar Serrano y Rafael Calpena

Unidad de Coloproctología. Servicio Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital General Universitario de Elche. Elche. Alicante. España.

Bibliografía

1. Arroyo A, Costa D, Fernández A, Serrano P, Pérez F, Oliver I, et al. ¿Es la esfinterotomía lateral cerrada realizada ambulatoriamente con anestesia local la técnica ideal en el tratamiento de la fisura anal crónica? *Cir Esp*. 2001;70:84-7.
2. Arroyo A, Pérez F, Serrano P, Candela F, Lacueva J, Calpena R. Surgical vs chemical (Botulinum Toxin) sphincterotomy for chronic anal fissure. Long-term results of a prospective randomized clinical and manometric study. *Am J Surg*. 2005;189:429-34.
3. Arroyo A, Pérez F, Serrano P, Candela F, Calpena R. Long-term results of botulinum toxin for the treatment of chronic anal fissure. Prospective clinical and manometric study. *Int J Colorectal Dis*. 2005;20:267-71.
4. Arroyo A, Pérez F, Miranda E, Serrano P, Pérez-Vázquez MT, Calpena R. Factores pronósticos de recurrencia de la fisura anal crónica con toxina botulínica. *Gastroenterol Hepatol*. 2005;28:311-4.
5. Nelson RL. A systematic review of medical therapy for anal fissure. *Dis Colon Rectum*. 2004;47:422-31.
6. Orsay CH, Rakinic J, Perry B, Hyman N, Buie D, Cataldo P, et al. Practice parameters for the management of anal fissures (revised) *Dis Colon Rectum*. 2004;47:2003-7.
7. Ho KS, Ho YH. Randomized clinical trial comparing oral nifedipine with lateral anal sphincterotomy and tailored sphincterotomy in the treatment of chronic anal fissure. *Br J Surg*. 2005;92:403-8.