

# BMJ Best Practice

## Fissura anal

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



# Tabela de Conteúdos

<b>Resumo</b>	<b>3</b>
<b>Fundamentos</b>	<b>4</b>
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	4
Classificação	4
<b>Prevenção</b>	<b>6</b>
Prevenção primária	6
<b>Diagnóstico</b>	<b>7</b>
Caso clínico	7
Abordagem passo a passo do diagnóstico	7
Fatores de risco	8
Anamnese e exame físico	8
Exames diagnóstico	9
Diagnóstico diferencial	10
<b>Tratamento</b>	<b>12</b>
Abordagem passo a passo do tratamento	12
Visão geral do tratamento	13
Opções de tratamento	14
Novidades	16
<b>Acompanhamento</b>	<b>17</b>
Recomendações	17
Complicações	17
Prognóstico	17
<b>Diretrizes</b>	<b>18</b>
Diretrizes de diagnóstico	18
Diretrizes de tratamento	18
<b>Nível de evidência</b>	<b>19</b>
<b>Referências</b>	<b>20</b>
<b>Aviso legal</b>	<b>23</b>

## Resumo

- ◇ Causa dor intensa ao defecar, geralmente descrita como "passagem de vidro quebrado". A dor pode permanecer por 1 a 2 horas e também pode ser em queimação.
- ◇ Muitas vezes, há uma pequena quantidade de sangue vermelho vivo nas fezes.
- ◇ No exame físico do ânus, quase sempre há um espasmo acentuado dos músculos do esfíncter com sensibilidade significativa que, geralmente, impede o exame de toque.
- ◇ O tratamento inicial deve incluir nitroglicerina ou diltiazem tópicos, juntamente com um programa de cuidados de suporte.
- ◇ Fissuras resistentes ou crônicas podem se beneficiar de toxina botulínica A e, na maioria dos casos, podem ser curadas com esfínterectomia cirúrgica ou retalho de avanço anal.

## Definição

A fissura anal é uma ruptura na pele do canal anal distal que se caracteriza por dor ao defecar e sangramento retal. É uma condição comum em adultos jovens e de meia-idade e pode ocorrer em 1 em 350 pessoas na União Europeia.[1] É a segunda complicação gastrointestinal mais comum da gravidez após as hemorroidas. A dor é descrita como intensa (geralmente, como "passagem de vidro quebrado") e causa um grande efeito negativo na qualidade de vida.[2] [3]

## Epidemiologia

A incidência é em torno de 1 em 350 adultos.[1] É igualmente comum em homens e mulheres e, em geral, afeta adultos jovens entre 15 e 40 anos de idade, embora possa ser observada em adultos mais velhos. Ela também pode ocorrer em crianças em decorrência de maus hábitos de higiene.[4]

## Etiologia

A passagem de fezes volumosas e endurecidas pode precipitar uma fissura anal. No entanto, somente uma minoria de pacientes está constipada no início dos sintomas. A fissura pode começar durante um episódio de evacuação diarreica ou, muitas vezes, ocorre espontaneamente sem nenhum fator precipitante óbvio. A analgesia opiácea está associada a constipação e a uma maior incidência de fissura anal subsequente.

A teoria clássica ensina que as fezes endurecidas dilaceram a pele anal em decorrência da pectina (na linha dentada), mas teorias etiológicas alternativas incluem isquemia na linha média anterior e posterior da pele anal e uma deficiência na via intrínseca da óxido nítrico sintase.[5] [6]

## Fisiopatologia

A fissura anal pode ser uma úlcera isquêmica.[5] [7] Estudos cadavéricos do suprimento de sangue para o canal anal mostram má circulação na linha média posterior do canal anal, onde ocorrem mais de 90% das fissuras.[8] [9] Esse suprimento de sangue é ainda mais reduzido pelo espasmo do esfíncter anal interno. Quando há passagem de fezes endurecidas que dilaceram a pele anal, não há suprimento de sangue suficiente para cicatrizar a ruptura na pele. Por outro lado, a pele na linha média posterior rompe-se com traumas mínimos adicionais e não consegue cicatrizar.

Todos os tratamentos visam a reduzir o espasmo do esfíncter anal interno, aumentando assim o fluxo de sangue local, propiciando o alívio dos sintomas e a cicatrização da fissura. Como o espasmo do esfíncter interno pode decorrer de uma carência local de óxido nítrico sintase, a aplicação de pomada de nitrato orgânico no ânus mostrou-se eficaz para reduzir a pressão anal em repouso e aliviar a dor durante a defecação, havendo cura em 50% a 67%.[10] [11] Resultados semelhantes foram demonstrados para outros agentes que reduziram a pressão anal em repouso, como bloqueadores dos canais de cálcio e toxina botulínica.[11] A cirurgia é um meio eficaz de reduzir a pressão anal em repouso provocada por danos no esfíncter anal interno.

## Classificação

## **Período de ocorrência**

Aguda: ruptura na pele do canal anal distal.[2] A história natural sugere que muitas fissuras agudas curam-se espontaneamente após 1 ou 2 semanas, antes que o paciente procure atendimento médico. No entanto, uma porcentagem significativa não se cura e, com o tempo, a fissura persiste e torna-se crônica.

Crônica: fissura que persiste por mais de 6 semanas, geralmente evidenciando outras características morfológicas, como bordas endurecidas, acrocórdon e fibras do esfíncter anal interno visíveis em sua base.[2]

## Prevenção primária

Uma dieta rica em fibras pode ajudar a prevenir a fissura anal, tendo sido demonstrado que ela diminui o risco de recorrência após uma fissura prévia.<sup>[12]</sup>

## Caso clínico

### Caso clínico #1

Uma mulher de 28 anos de idade apresenta história de dor intensa ao defecar nos últimos 3 meses. Ela notou uma pequena quantidade de sangue nas fezes. A dor é intensa e ela está preocupada com a dor que sentirá na próxima evacuação.

### Outras apresentações

A dor após a defecação, geralmente, dura até uma hora, mas pode durar mais e, às vezes, permanece por muitas horas. A presença de um acrocórdon na linha média posterior em associação com defecação dolorosa e espasmo anal é quase diagnóstica de uma fissura anal.

## Abordagem passo a passo do diagnóstico

Em geral, o paciente se queixa de dor ao defecar. Essa dor pode continuar por algum tempo após a defecação como um desconforto em queimação no lugar da dor aguda inicial. Muitas vezes, há história de sangramento ao defecar; em geral, observa-se sangue no papel higiênico.[2] [3]

### Exame físico

Geralmente, é difícil examinar os pacientes, pois eles ficam apreensivos após a dor prévia ao defecar. É importante tranquilizar o paciente informando que o exame físico não irá feri-lo. Ao se afastar gentilmente as nádegas do paciente, um espasmo acentuado do ânus será observado com bastante frequência. Poderá haver um acrocórdon ou um plicoma sentinela na margem anal se os sintomas estiverem presentes há algum tempo. Ao se afastar um pouco mais as nádegas, a extremidade inferior da fissura pode ser observada como uma divisão linear da pele ou uma úlcera em forma de gota.

Se a fissura for aguda, ela geralmente se assemelha a um corte fino e superficial. Fissuras mais crônicas tendem a ser levemente mais largas, ter margens endurecidas e podem ter fibras transversais do esfíncter anal interno visíveis em sua base. As fissuras são mais observadas na linha média posterior (99% em homens e 90% em mulheres)[13] e o restante na linha média anterior. Raramente, uma fissura lateral pode ser observada, o que pode indicar diagnósticos alternativos de ulceração anal, como doença de Crohn, tuberculose, sarcoidose, sífilis, vírus da imunodeficiência humana (HIV), câncer anal e ulceração secundária ao tratamento com nicorandil.

Não se deve realizar o exame de toque retal, pois ele causará dor intensa na maioria dos pacientes. Se houver dúvidas em relação ao diagnóstico ou em relação à etiologia, será necessário realizar um exame sob anestesia para descartar outros diagnósticos, dentre os quais casos raros de câncer de reto baixo ou câncer anal. Um exame sob anestesia é particularmente útil em pacientes idosos, nos quais a fissura anal é menos comum e, portanto, a exclusão de um diagnóstico alternativo pode ser apropriada antes de se adotar uma terapia com nitrato por 6 a 8 semanas.[2] [3] [14]

Se o tratamento com agentes tópicos não for bem-sucedido, pode ser necessário realizar uma anamnese mais cuidadosa a fim de confirmar o diagnóstico de fissura anal idiopática primária. É necessário perguntar especificamente sobre trauma anorretal prévio, inclusive cirurgia, história obstétrica e história

de diarreia crônica. Se houver dúvidas sobre o diagnóstico ou se um exame físico adequado for muito doloroso para o paciente, um exame sob anestesia será útil.

## Exames adicionais

A manometria anal deve ser considerada em mulheres que tiveram lesões obstétricas (laceração de terceiro grau), pois a baixa pressão em repouso pode contraindicar a necessidade de esfínterectomia. O exame de ultrassonografia é um exame adjunto à manometria útil nessa população, pois pode identificar uma causa anatômica para a baixa pressão do esfíncter anal.

## Fatores de risco

### Fortes

#### fezes endurecidas

- A passagem de fezes endurecidas pode dilacerar a pele no canal anal distal que, em alguns casos, não cicatriza, causando uma fissura crônica.[\[2\]](#) [\[3\]](#)

#### gestação

- A fissura pode ocorrer no terceiro trimestre ou após o parto. O mecanismo exato do surgimento da fissura no terceiro trimestre é desconhecido.

#### analgesia opiácea

- A analgesia opiácea está associada a constipação e a uma maior incidência de fissura anal subsequente.

## Anamnese e exame físico

### Principais fatores de diagnóstico

#### presença de fatores de risco (comum)

- Os principais fatores de risco são fezes endurecidas, gravidez e analgesia opiácea.

#### dor ao defecar (comum)

- Relatada por 90% dos pacientes.[\[15\]](#)

#### sensação de dilaceração na passagem das fezes (comum)

- Relatados por 60% dos pacientes.[\[15\]](#)

#### sangue vivo nas fezes ou no papel (comum)

- Relatados por 60% dos pacientes.[\[15\]](#)

#### espasmo anal (comum)

- Relatado por 70% dos pacientes.[\[15\]](#)

### Outros fatores de diagnóstico

#### sintomas intermitentes (comum)



- Os sintomas tendem a se intensificar e a diminuir. Relatados por 60% dos pacientes.[15]

### **plicoma sentinela (incomum)**

- Relatado em 20% dos pacientes.[15]

### **fissura visível na retração das nádegas (incomum)**

- Relatada em 40% dos pacientes.[15]

## **Exames diagnóstico**

### **Primeiros exames a serem solicitados**

Exame	Resultado
<b>diagnóstico clínico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Geralmente, não há testes necessários na apresentação inicial.</li> </ul>	<b>características de fissura anal</b>

### **Exames a serem considerados**

Exame	Resultado
<b>manometria anal</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deve ser realizada em pacientes com fissuras resistentes, pois o tratamento de segunda escolha depende da pressão em repouso.[3] [14]</li> </ul>	<b>baixa pressão em repouso</b>
<b>ultrassonografia anal</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Os pacientes com suspeita de déficit do esfíncter anal, nos quais uma fissura anal é encontrada no exame físico, não devem ser submetidos a lesões adicionais no esfíncter causadas pela esfínterectomia.[3] [14]</li> </ul>	<b>defeitos no esfíncter anal interno ou externo</b>

## Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
<b>Doença de Crohn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>História de doença de Crohn.</li> <li>Pele perianal de aparência anormal.</li> <li>Presença de fístulas anais, fissura localizada lateralmente.</li> <li>Fissura indolor (em 50%).</li> <li>Outros sinais e sintomas incluem dor abdominal e diarreia prolongada. Também pode se manifestar com obstrução intestinal, febre, fadiga, desconforto abdominal, perda de peso, lesões orais, massa abdominal, manifestações extraintestinais (por exemplo, eritema nodoso ou pioderma gangrenoso).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Séries do trato gastrointestinal superior e do intestino delgado: edema e ulceração da mucosa com estreitamento e estenose luminal.</li> <li>Tomografia computadorizada (TC) abdominal/ressonância nuclear magnética (RNM) do abdome e da pelve: lesões descontínuas e segmentares (skip lesions), espessamento da parede intestinal, inflamação adjacente, abscesso, fístulas.</li> <li>Colonoscopia: úlceras aftosas, hiperemia, edema, aspecto pavimentoso, lesões descontínuas e segmentares (skip lesions).</li> <li>Biópsia tecidual: biópsias da mucosa do intestino demonstram envolvimento transmural com granulomas não caseosos.</li> </ul>
<b>Sarcoidose</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>História de sarcoidose.</li> <li>Localização lateral da fissura.</li> <li>Outros sinais e sintomas importantes da doença em outras regiões anatômicas são: tosse, dispneia, eritema nodoso, lúpus pérmio, fadiga crônica, artralgia, sibilância, rncos, linfadenopatia, fotofobia, olhos doloridos e vermelhos, visão turva, nódulos conjuntivais, paralisia facial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Radiografia torácica: adenopatia hilar e/ou paratraqueal com infiltrados bilaterais predominantemente no lobo superior; derrames pleurais (raros) e calcificações em casca de ovo (muito raras) podem ser observados.</li> <li>Exame sob anestesia e biópsia mostrando evidências histopatológicas de sarcoidose com granulomas não caseosos.</li> </ul>

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
<b>Tuberculose</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>História de tuberculose (TB).</li> <li>Localização lateral da fissura.</li> <li>Tuberculose (TB) do abdome também pode se manifestar com sinais e sintomas como aumento dos linfonodos, inchaço abdominal, dor abdominal, hepatomegalia, febre, perda de peso de mais de 10% do peso corporal, anorexia, mal-estar, sudorese noturna.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Radiografia torácica: pode haver evidência de TB pulmonar não reconhecida ou TB cicatrizada antiga (por exemplo, fibrose no lobo superior).</li> <li>Exame físico sob anestesia e biópsia mostrando evidências histopatológicas de TB; cultura de tecido da fissura com crescimento de <i>Bacterium tuberculosis</i>.</li> </ul>
<b>Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>História de HIV.</li> <li>Os fatores de risco na anamnese incluem uso de drogas injetáveis com compartilhamento de agulhas, relação sexual anal ou vaginal sem proteção, lesões percutâneas provocadas por agulha de seringa, alta carga viral materna (transmissão da mãe para o filho).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ensaio de imunoabsorção enzimática, western blot, teste de ácido ribonucleico (RNA) ou reação em cadeia da polimerase de ácido desoxirribonucleico (DNA) positivos para HIV.</li> </ul>
<b>Linfoma</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Linfadenopatia em outro local.</li> <li>Sudorese noturna, perda de peso, fadiga/mal-estar, febre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Biópsia dos linfonodos aumentados.</li> </ul>
<b>Sífilis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fissura que não cicatriza.</li> <li>Os fatores de risco na história incluem contato sexual com pessoa infectada, homens que fazem sexo com homens, uso de substâncias ilícitas, profissionais do sexo, múltiplos parceiros sexuais, pessoas infectadas com HIV ou outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), sífilis durante a gravidez (risco para sífilis congênita).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Testes sorológicos para sífilis positivos.</li> </ul>
<b>Carcinoma anal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>História de infecção por papilomavírus humano.</li> <li>Local atípico e formato de fissura.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exame sob anestesia e biópsia mostrando carcinoma de células escamosas.</li> </ul>

## Abordagem passo a passo do tratamento

A meta do tratamento deve ser o alívio rápido e efetivo dos sintomas. Fissuras agudas e crônicas são tratadas praticamente do mesmo modo porque é apenas a duração dos sintomas que as distingue. Inicialmente, é necessário considerar a causa da fissura, como constipação ou uso de opiáceos, e tomar a medida adequada, como modificação alimentar ou reavaliação do uso de opiáceos.

### Tratamento inicial

É necessário orientar os pacientes para que sigam medidas conservadoras que consistem em dieta rica em fibras, maior ingestão de líquidos, banhos de assento e, em casos mais graves, laxativos e analgésicos. Uma tentativa inicial desse tratamento conservador isoladamente é apropriada na maioria dos casos, especialmente para as fissuras anais agudas.[16] [17] Tratamento adicional com nitratos tópicos ou com bloqueadores dos canais de cálcio é apropriado na maioria dos casos. As duas alternativas se mostraram eficazes no tratamento de fissura anal, e a escolha deve depender de licenciamento, disponibilidade e custos locais e das contraindicações.[18] O tratamento com diltiazem tornou-se uma primeira escolha comum para a maioria dos pacientes devido à alta incidência de cefaleias que limitam a dose após o uso de nitratos tópicos. Uma formulação tópica de diltiazem precisará ser manipulada por um farmacêutico se um produto comercializado não estiver disponível.

É essencial que o tratamento tópico continue por 6 a 8 semanas para permitir a reepitelização da fissura. É comum que os pacientes interrompam o tratamento após a melhora inicial dos sintomas, mas geralmente ocorre recidiva. Na revisão entre a 6ª e a 8ª semana, repete-se a anamnese e o exame físico. Os pacientes curados podem receber alta com orientação para manter uma dieta rica em fibras, o que diminui o risco de recorrência. Se não ocorrer a cura da fissura, mas o paciente estiver relatando uma melhora sintomática importante, será possível oferecer uma terapia tópica adicional de 6 a 8 semanas. Se, depois disso, não ocorrer a cura, será necessário fazer o encaminhamento para tratamento secundário. Pacientes sintomáticos com lesão não cicatrizada devem ser encaminhados para um tratamento secundário após as 6 a 8 semanas iniciais.

### Fissuras resistentes

Se a fissura for resistente a tratamentos tópicos, o diagnóstico de fissura idiopática primária deverá ser confirmado por anamnese e exame físico cuidadosos (sob anestesia, se necessário). Uma vez confirmado o diagnóstico, e se não for identificada nenhuma outra patologia, os méritos relativos da cirurgia, [1\[B\]Evidence](#) da toxina botulínica e de tratamento tópico adicional deverão ser discutidos com o paciente no contexto de sua história, risco de incontinência, intensidade de sintomas e preferências. Isso deverá envolver uma discussão informada reconhecendo que a taxa de cura da fissura é significativamente mais alta com a cirurgia, embora haja um leve risco de redução da continência.[19] Se o paciente optar pelo tratamento tópico adicional, será necessário oferecer a cirurgia aos pacientes não curados após um ciclo adicional de 6 a 8 semanas. Se uma doença subjacente for identificada, ela deverá ser tratada; poderá ocorrer a cura da fissura com a melhora da afecção subjacente.

Em 1% a 5% dos casos, as fissuras permanecem sem cura após a cirurgia.[20] É necessário realizar uma investigação adicional, como manometria anal e ultrassonografia endoanal, para garantir a adequação da esfínterectomia e também para descartar defeitos preexistentes do esfínter, antes de realizar uma divisão muscular adicional. Também é necessário considerar outras condições que possam causar a fissura, como infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), doença de Crohn, sarcoidose, tuberculose, sífilis e outras infecções sexualmente transmissíveis.[14] Em alguns casos, é

possível considerar o retalho de avanço anal como alternativa à esfínterectomia. Embora a taxa de falha seja mais alta, basicamente, não há risco de incontinência pós-operatória. Deve-se oferecer essa opção cirúrgica a pacientes mulheres em alto risco.<sup>[21]</sup> 2[B]Evidence

## Visão geral do tratamento

Consulte um banco de dados local de produtos farmacêuticos para informações detalhadas sobre contra-indicações, interações medicamentosas e posologia. ( ver [Aviso legal](#) )

Agudo		( resumo )
na apresentação		
	1a	tratamento conservador isolado
	adjunto	nitroglicerina tópica
	adjunto	diltiazem tópico
fissuras resistentes		
	1a	injeção de toxina botulínica
	1a	esfínterectomia cirúrgica
	2a	retalho de avanço anal

# Opções de tratamento

## Agudo

### na apresentação

#### 1a tratamento conservador isolado

» O tratamento conservador consiste em dieta rica em fibras, ingestão de líquidos adequada, banhos de assento e analgesia tópica. Laxativos podem ser úteis para tornar a defecação menos desconfortável. Esse tratamento é adequado para a maioria dos casos, especialmente para as fissuras anais agudas.

#### adjunto nitroglicerina tópica

##### Opções primárias

» **nitroglicerina intra-anal**: (0.2 a 0.4%) aplicar uma pequena quantidade na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia por 6 semanas

» A nitroglicerina é amplamente usada, barata e custo-efetiva.<sup>[22]</sup> Ela pode ser usada em crianças e adultos, mas deve ser evitada em gestantes e lactantes.

» A duração da terapia é importante, pois o alívio dos sintomas pode ocorrer rapidamente, mas a cura demora, no mínimo, 6 semanas.

» Alguns pacientes têm cefaleia causada pela vasodilatação cerebral que é provocada pela nitroglicerina ao entrar na corrente sanguínea. Se isso acontecer, paracetamol aliviará os sintomas. Geralmente, esses sintomas melhoram após alguns dias, e os pacientes devem ser incentivados a persistir com o tratamento.

» Analgesia pode ser prescrita para pacientes com dor extrema.

#### adjunto diltiazem tópico

##### Opções primárias

» **diltiazem tópico**: (2%) aplicar uma pequena quantidade na(s) área(s) afetada(s) duas a três vezes ao dia por 6-8 semanas

» Uma proporção de pacientes considera as cefaleias causadas pela nitroglicerina intoleráveis. Eles podem se beneficiar do uso de diltiazem.

» O diltiazem tem eficácia semelhante à nitroglicerina tópica, com um perfil de efeitos colaterais superior, e é uma primeira escolha

## Agudo

razoável.[17] Uma formulação tópica de diltiazem precisará ser manipulada por um farmacêutico se um produto comercializado não estiver disponível.

» Analgesia pode ser prescrita para pacientes com dor extrema.

## fissuras resistentes

### 1a injeção de toxina botulínica

» A toxina botulínica é usada após a falha do tratamento tópico.[23] [24]

» Ela é particularmente útil em mulheres quando há uma preocupação sobre a integridade dos esfíncteres anais após o parto.

» Consulte um especialista para obter orientação quanto à dose.

### 1a esfínterectomia cirúrgica

» A esfínterectomia cirúrgica será necessária se os sintomas persistirem e se o paciente não responder às terapias iniciais.[25] 1[B]Evidence

» A esfínterectomia impõe um risco de perda fecal e incontinência, particularmente em mulheres que têm esfíncter curto ou fraco (por exemplo, lesões causadas pelo parto). Nessas pacientes, é necessário realizar manometria e ultrassonografia endoanal antes de qualquer intervenção cirúrgica no esfíncter anal.

» As pacientes que aceitarem a esfínterectomia deverão ser orientadas em relação ao risco de incontinência. Pode ser um sintoma passageiro em uma esfínterectomia realizada de modo competente, mas é necessário alertar sobre o pequeno grau de comprometimento da continência (gases/muco/fezes líquidas) em até 30% dos casos.[3] [25] [26]

### 2a retalho de avanço anal

» Os retalhos de avanço anal têm uma taxa de falha mais elevada que a esfínterectomia, mas menor risco de incontinência. O procedimento deve ser considerado alternativa cirúrgica em determinados casos de alto risco.[21] 2[B]Evidence

## Novidades

### **Inibidores de fosfodiesterase-5**

Alguns inibidores de fosfodiesterase-5 também relaxam o esfíncter interno, mas nenhum deles é usualmente recomendado para uso nesta afecção. A aplicação tópica de sildenafil a 10% produziu uma redução do tônus anal em repouso de 18% em pacientes com fissura anal em até 3 minutos após a aplicação.<sup>[27]</sup> Esses compostos ainda estão sendo pesquisados e não estão comercialmente disponíveis.<sup>[3]</sup>

### **Ativadores dos canais de potássio**

Alguns ativadores dos canais de potássio, como minoxidil, também relaxam o esfíncter interno, mas nenhum deles é usualmente recomendado para uso nessa afecção. Esses compostos ainda estão sendo pesquisados e não estão comercialmente disponíveis.<sup>[3]</sup>

### **Eletroestimulação transcutânea do nervo tibial posterior**

Diversos estudos avaliaram o potencial da eletroestimulação transcutânea do nervo tibial posterior versus esfínterectomia lateral interna como tratamento definitivo para fissura anal crônica. Entretanto, um pequeno ensaio clínico randomizado e controlado sugere que a esfínterectomia cirúrgica é superior no que diz respeito a desfechos em curto e médio prazos.<sup>[28]</sup>



## Recomendações

### Monitoramento

Uma vez ocorrida a cura, os pacientes devem ser orientados a aumentar a ingestão de fibras e fluidos. Eles devem ser alertados de que a fissura anal pode retornar, principalmente se for tratada por meios não cirúrgicos. Se tiverem sintomas, eles deverão entrar em contato com o médico e iniciar o tratamento novamente com pomadas tópicas. Elas proporcionarão a cura em uma grande proporção de pacientes. Se a cura não ocorrer, ou se o paciente desejar um tratamento mais definitivo, a cirurgia deve ser considerada.<sup>[14]</sup>

### Instruções ao paciente

Os pacientes devem adotar ou manter uma dieta rica em fibras. Foi demonstrado que ela reduz significativamente a recorrência de fissuras anais.<sup>[12]</sup>

## Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
<b>fissura anal crônica</b>	<b>curto prazo</b>	<b>alta</b>
Embora ocorra a cura espontânea de muitas fissuras anais agudas, uma proporção se tornará crônica se for deixada sem tratamento.		
<b>incontinência após a cirurgia</b>	<b>curto prazo</b>	<b>baixa</b>
Embora a incontinência completa seja improvável após a cirurgia, cerca de 30% dos pacientes poderão ter um grau discreto de comprometimento da continência para gases, muco ou fezes líquidas. <sup>[3] [26]</sup>		
<b>recorrência</b>	<b>longo prazo</b>	<b>baixa</b>
A recorrência será mais provável se os pacientes interromperem o tratamento antes da reepitelização da fissura.		

## Prognóstico

Cerca de 60% dos pacientes obterão a cura de suas fissuras em 6 a 8 semanas. 20% adicionais obterão a cura após um ciclo de diltiazem tópico. Posteriormente, alguns desses pacientes podem recidivar; cerca de 30% precisarão de uma opção cirúrgica.<sup>[3]</sup>

## Diretrizes de diagnóstico

### América do Norte

#### American Gastroenterological Association medical position statement: diagnosis and care of patients with anal fissure

**Publicado por:** American Gastroenterological Association

**Última publicação em:**  
2003

## Diretrizes de tratamento

### América do Norte

#### Clinical practice guideline for the management of anal fissures

**Publicado por:** American Society of Colon and Rectal Surgeons

**Última publicação em:**  
2017

#### American Gastroenterological Association medical position statement: diagnosis and care of patients with anal fissure

**Publicado por:** American Gastroenterological Association

**Última publicação em:**  
2003

## Nível de evidência

1. Cura da fissura: há evidências de qualidade moderada de que a esfínterectomia anal interna é mais eficaz que os doadores de óxido nítrico tópicos e bloqueadores dos canais de cálcio, e evidências de alta qualidade de que é mais eficaz que o complexo toxina-hemaglutinina botulínica do tipo A.  
**Nível de evidência B:** Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.
2. Cura da fissura: há evidências de qualidade moderada de que os retalhos de avanço anal são tão eficazes quanto a esfínterectomia anal interna na cura da fissura em 3 meses.  
**Nível de evidência B:** Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.

## Artigos principais

- Schouten WR, Briel JW, Auwerda JJ, et al. Ischaemic nature of anal fissure. Br J Surg. 1996;83:63-65. [Resumo](#)
- Cross KL, Massey EJ, Fowler AL, et al; ACPGBI. The management of anal fissure: ACPGBI position statement. Colorectal Dis. 2008;10(suppl 3):1-7. [Resumo](#)
- Lund JN, Scholefield JH. A randomised, prospective, double-blind, placebo-controlled trial of glyceryl trinitrate ointment in treatment of anal fissure. Lancet. 1997;349:11-14. [Resumo](#)
- Lund JN, Nystrom PO, Coremans G, et al. An evidence-based treatment algorithm for anal fissure. Tech Coloproctol. 2006 Oct;10(3):177-80. [Resumo](#)
- American Gastroenterological Association. American Gastroenterological Association medical position statement: diagnosis and care of patients with anal fissure. Gastroenterology. 2003 Jan;124(1):233-4. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Altomare DF, Binda GA, Canuti S, et al. The management of patients with primary chronic anal fissure: a position paper. Tech Coloproctol. 2011 Jun;15(2):135-41. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Casillas S, Hull TL, Zutshi M, et al. Incontinence after a lateral internal sphincterotomy: are we underestimating it? Dis Colon Rectum. 2005 Jun;48(6):1193-9. [Resumo](#)

## Referências

- Ayatunde AA, Debrah SA. Current concepts in anal fissures. World J Surgery. 2006;30:2246-60. [Resumo](#)
- Lund JN, Scholefield JH. Aetiology and treatment of anal fissure. Br J Surg. 1996;83:1335-1344. [Resumo](#)
- Collins EE, Lund JN. A review of chronic anal fissure management. Tech Coloproctol. 2007 Sep;11(3):209-23. [Resumo](#)
- Simpson J, Lund JN, Thompson RJ, et al. The use of glyceryl trinitrate (GTN) in the treatment of chronic anal fissure in children. Med Sci Monit. 2003;9:PI123-PI126. [Resumo](#)
- Schouten WR, Briel JW, Auwerda JJ, et al. Ischaemic nature of anal fissure. Br J Surg. 1996;83:63-65. [Resumo](#)
- Lund JN. Nitric oxide deficiency in the internal anal sphincter of patients with chronic anal fissure. Int J Colorectal Dis. 2006;21:673-675. [Resumo](#)
- Cross KL, Massey EJ, Fowler AL, et al; ACPGBI. The management of anal fissure: ACPGBI position statement. Colorectal Dis. 2008;10(suppl 3):1-7. [Resumo](#)

8. Klosterhalfen B, Vogel P, Rixen H, et al. Topography of the inferior rectal artery: a possible cause of chronic, primary anal fissure. *Dis Colon Rectum*. 1989;32:43-52. [Resumo](#)
9. Lund JN, Binch C, McGrath J, et al. Topographical distribution of blood supply to the anal canal. *Br J Surg*. 1999;86:496-498. [Resumo](#)
10. Lund JN, Scholefield JH. A randomised, prospective, double-blind, placebo-controlled trial of glyceryl trinitrate ointment in treatment of anal fissure. *Lancet*. 1997;349:11-14. [Resumo](#)
11. Nelson RL, Thomas K, Morgan J, et al. Non surgical therapy for anal fissure. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(2):CD003431. [Texto completo](#) [Resumo](#)
12. Jensen SL. Diet and other risk factors for fissure-in-ano. Prospective case control study. *Dis Colon Rectum*. 1988;31:770-773. [Resumo](#)
13. Lock MR, Thompson JPS. Fissure-in-ano: the initial management and prognosis. *Br J Surg*. 1977;64:355-358. [Resumo](#)
14. Lund JN, Nystrom PO, Coremans G, et al. An evidence-based treatment algorithm for anal fissure. *Tech Coloproctol*. 2006 Oct;10(3):177-80. [Resumo](#)
15. Gough MJ, Lewis A. The conservative treatment of fissure-in-ano. *Br J Surg*. 1983;70:175-176. [Resumo](#)
16. American Gastroenterological Association. American Gastroenterological Association medical position statement: diagnosis and care of patients with anal fissure. *Gastroenterology*. 2003 Jan;124(1):233-4. [Texto completo](#) [Resumo](#)
17. Stewart DB Sr, Gaertner W, Glasgow S, et al. Clinical practice guideline for the management of anal fissures. *Dis Colon Rectum*. 2017 Jan;60(1):7-14. [Resumo](#)
18. Altomare DF, Binda GA, Canuti S, et al. The management of patients with primary chronic anal fissure: a position paper. *Tech Coloproctol*. 2011 Jun;15(2):135-41. [Texto completo](#) [Resumo](#)
19. Nasr M, Ezzat H, Elsebae M. Botulinum toxin injection versus lateral internal sphincterotomy in the treatment of chronic anal fissure: a randomized controlled trial. *World J Surg*. 2010 Nov;34(11):2730-4. [Resumo](#)
20. Lewis TH, Corman ML, Prager ED, et al. Long term results of open and closed sphincterotomy for anal fissure. *Dic Colon Rectum*. 1988 May;31(5):368-71. [Resumo](#)
21. Jonas M, Scholefield JH. Anal fissure. *Gastroenterol Clin North Am*. 2001 Mar;30(1):167-81. [Resumo](#)
22. Christie A, Guest JF. Modelling the economic impact of managing a chronic anal fissure with a proprietary formulation of nitroglycerin (Rectogesic) compared to lateral internal sphincterotomy in the United Kingdom. *Int J Colorectal Dis*. 2002 Jul;17(4):259-67. [Resumo](#)

23. Shao WJ, Li GC, Zhang ZK. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials comparing botulinum toxin injection with lateral internal sphincterotomy for chronic anal fissure. *Int J Colorectal Dis.* 2009 Sep;24(9):995-1000. [Resumo](#)

---

24. Schmidt-Lauber M. Blind, randomized clinical study on botulinum toxin in comparison with isosorbide dinitrate ointment for the treatment of anal fissures. *Coloproctology.* 2010;32:191-2.

---

25. Nelson RL, Chattopadhyay A, Brooks W, et al. Operative procedures for fissure in ano. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(11):CD002199. [Texto completo](#) [Resumo](#)

---

26. Casillas S, Hull TL, Zutshi M, et al. Incontinence after a lateral internal sphincterotomy: are we underestimating it? *Dis Colon Rectum.* 2005 Jun;48(6):1193-9. [Resumo](#)

---

27. Torrabadella L, Salgado G, Burns RW, et al. Manometric study of topical sildenafil (Viagra) in patients with chronic anal fissure: sildenafil reduces anal resting tone. *Dis Colon Rectum.* 2004;47:733-738. [Resumo](#)

---

28. Youssef T, Youssef M, Thabet W, et al. Randomized clinical trial of transcutaneous electrical posterior tibial nerve stimulation versus lateral internal sphincterotomy for treatment of chronic anal fissure. *Int J Surg.* 2015;22:143-148. [Resumo](#)

---

## Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

**NOTA DE INTERPRETAÇÃO:** Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,00
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

**Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais**

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Mar 02, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmj.com](http://bestpractice.bmj.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).



# BMJ Best Practice

## Colaboradores:

---

### // Autores:

**John R.T. Monson, MD, FRCS (Ire, Eng, Ed [Hon]), FACS, FASCRS**

Executive Director

Colorectal Surgery, Florida Hospital System, Florida Hospital Medical Group, Orlando, FL

DIVULGAÇÕES: JRTM declares that he has no competing interests.

### // Reconhecimentos:

Dr John Monson would like to gratefully acknowledge Dr John Scholefield and Dr Jonathan Lund, previous contributors to this monograph. JS and JL are authors of a number of references cited in this monograph.

### // Colegas revisores:

**Stephen H. Leveson, MD, FRCS**

Professor

York Hospital, York, UK

DIVULGAÇÕES: SHL declares that he has no competing interests.

**Steven Brown, MD, FRCS**

Consultant Colorectal Surgeon

Northern General Hospital, Sheffield, UK

DIVULGAÇÕES: SB declares that he has no competing interests.

**Jan Rakinic, MD, FACS, FASCRS**

Associate Professor of Surgery

Chief, Section of Colorectal Surgery, Southern Illinois University School of Medicine, Springfield, IL

DIVULGAÇÕES: JR is an author of a reference cited in this monograph.