

Diagnóstico de fissura anal crônica: o que o gastroenterologista precisa saber

Autores: Isaac José Felipe Corrêa Neto, Rodrigo Ambar Pinto, Yasmin Gois de Mello, Bárbara Theobaldo, Lucas Ambar Pinto Anjos, Carlos Frederico Sparapam Marques

Fissura anal é uma **afecção anorretal frequente**, caracterizada por uma **lesão linear da anoderme**, habitualmente localizada na linha média posterior, associada principalmente à **dor intensa durante ou após a evacuação**. Embora sua etiopatogenia não esteja completamente esclarecida, resulta provavelmente da interação entre trauma mecânico, alterações da função esfinteriana e fatores vasculares locais. É considerada **crônica quando persiste por seis semanas ou mais**, podendo apresentar alterações morfológicas como plicoma sentinela, papila anal hipertrófica, fibrose das bordas e exposição das fibras do esfíncter anal interno (EAI)

Quadro clínico

Considerar quando:

- Dor durante e após evacuação (90,8%)
- Sangramento anal (71,4%)
- Descarga anal, prurido, dispareunia

Fatores de risco

- Constipação intestinal

- Fezes ressecadas
- Diarreia
- Cirurgias orificiais
- Trauma local
- Dieta: baixa ingestão de fibras, pão branco, molhos, salsicha, bacon

Diagnóstico

- Exame proctológico com inspeção anal, toque retal e anoscopia: são suficientes para o diagnóstico de fissura anal crônica, restando a colonoscopia mais para diagnósticos diferenciais e rastreamento de câncer colorretal



Figura 1: Fissura anal. Fonte: arquivo pessoal

- Manometria anorretal: exame indicado para avaliação da pressão anal de repouso, que em cerca de 65-70% dos casos de FAC encontra-se elevada, sobretudo para análise pré-operatória. Além disso, a manometria anorretal pode fazer a sugestão de dissinergia pélvica associada ao quadro de fissura anal, podendo inclusive ser um fator de perpetuação do processo.

Diagnósticos diferenciais: sífilis, gonorréia, Tb, clamídia, herpes, SIDA, doença de Crohn

Nessas situações, habitualmente as fissuras são múltiplas e fogem da linha média, notadamente da localização mais comum (posterior)

Tratamento

Objetivos:

- Redução do trauma anal evacuatório
- Alívio da dor
- Redução da hipertonia esfinteriana

Manejo:

- **Medidas gerais:** dieta, banho de assento, aumento da ingestão hídrica e de fibras, formadores de bolo fecal, pomadas anestésicas, AINH
- **Esfincterotomia química**
 - Pontos positivos:
 - Sucesso: 47 a 86%
 - 1º linha de tratamento
 - Pontos negativos:
 - Aplicação frequente
 - Cefaléia
 - Taquifilaxia
 - Dermatite
 - Aderência
- **Medicamentos:**
 - Nitratos:
 - Sucesso entre 30-65%
 - Principal efeito colateral: cefaleia

- Exemplo: Dinitrato de Isossorbida
- Bloqueadores de canal de cálcio
 - Sucesso entre 60-95%
 - Principal efeito colateral: cefaleia
 - Exemplo: Nifedipina 0,2% ou Diltiazem 2%
- **Toxina botulínica**
 - Alívio dos sintomas: 87%
 - Cura: 73%
 - Recorrência: 40-55%
 - Principal efeito adverso: IA transitória 7-14% (2-3 semanas)
- **Cirurgia**
 - **Fissurectomia:**
 - Sucesso: +-85%
 - Taxa de incontinência anal: 2%
 - Satisfação: 85-90%
 - **Esfincterotomia lateral interna**
 - Padrão ouro
 - Sucesso: 90-97%
 - Taxa de incontinência anal: 3-5%



Figura 2: Enfincterotomia lateral interna. Fonte: arquivo pessoal

- **Avanço de retalho anal**

- Sucesso: 77-85%
- Indicado principalmente em casos de fissura com fibrose e ausência de hipotonia esfinteriana



Figura 3a: Avanço de retalho cutâneo – preparo do retalho perianal. Fonte: arquivo pessoal



Figura 3b: Avanço de retalho cutâneo – aspecto final após avanço e sutura. Fonte: arquivo pessoal

Fluxograma de manejo da fissura anal



Figura 4: Algoritmo de tratamento da fissura anal aguda e crônica. MHD: medidas higienodietéticas; Tto: tratamento; EAI: esfíncter anal interno; IA: incontinência anal; ELI: esfínterectomia lateral interna.

Conclusões/mensagens finais

- Iniciar, se possível, com medidas clínicas
- Manometria anorretal é exame pré-operatório fundamental e recomendado
- Sempre verificar em pré-operatório se paciente apresenta sintomas de escape de fezes ou flatos e fatores de risco para incontinência fecal, como: multíparas, idosos, cirurgias orificiais prévias e Diabetes Mellitus
- Fatores de prognóstico negativo para qualquer forma de tratamento clínico (esfínterectomia química ou toxina botulínica): tempo de história, exposição de fibras do esfíncter anal interno, plicoma sentinela e fibrose

Referências

1. Brilliantino A, Renzi A, Talento P, et al. The Italian Unitary Society of Colon-proctology (SIUCP: Società Italiana Unitaria di Colonproctologia) guidelines for the management of anal fissure. BMC Surg. 2023;23(1):311. doi:10.1186/s12893-023-02223-z.
2. Cross KLR, Brown SR, Kleijnen J, et al. The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland guideline on the management of anal fissure. Colorectal Dis. 2023;25(12):2423-2457
3. Davids JS, Hawkins AT, Bhama AR, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Anal Fissures. Dis Colon Rectum. 2023;66(2):190-199.
4. Altomare DF, Binda GA, Canuti S, Landolfi V, Trompetto M, Villani RD. The management of patients with primary chronic anal fissure: a position paper. Tech Coloproctol. 2011;15(2):135-141.
5. Júnior CWS, Bacchi JAH, Sobrado LF, Guzela VR, Nahas SC, Cecconello I. Anoplasty with skin tag flap for the treatment of chronic anal fissure. Rev Col Bras Cir. 2019; 46(3):1-8

Como citar este artigo

Neto IJF, Pinto RA, Mello YG, Theobaldo B, Anjos LAP, Marques CFS. Diagnóstico de fissura anal crônica: o que o gastroenterologista precisa saber. Gastropedia 2026, Vol II. Disponível:

<https://gastropedia.pub/pt/cirurgia/diagnostico-de-fissura-anal-cronica-o-que-o-gastroenterologista-precisa-saber/>