

# TeleCondutas<sup>®</sup>

---

## Fissura Anal

Versão digital  
2018

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**  
**Faculdade de Medicina – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia**  
**TelessaúdeRS-UFRGS**

Rua Dona Laura, 320 – 11º andar  
Bairro Rio Branco  
CEP: 90430 – 090 – Porto Alegre/RS  
Tel.: (51) 3333-7025  
Site: [www.telessauders.ufrgs.br](http://www.telessauders.ufrgs.br)  
E-mail: [contato@telessauders.ufrgs.br](mailto:contato@telessauders.ufrgs.br)

Coordenação:  
Marcelo Rodrigues Gonçalves  
Roberto Nunes Umpierre

Organização:  
Milena Rodrigues Agostinho  
Elise Botteselle de Oliveira  
Rudi Roman

Autoria  
Belisa Muller  
Milena Rodrigues Agostinho  
Natan Katz  
Jerônimo De Conto Oliveira  
Rudi Roman

Design:  
Carolyne Vasques Cabral  
Luiz Felipe Telles  
Lorenzo Costa Kupstaitis

Diagramação:  
Lorenzo Costa Kupstaitis

Normalização:  
Rosely de Andrades Vargas

## TELECONDUTAS – FISSURA ANAL

### Sumário

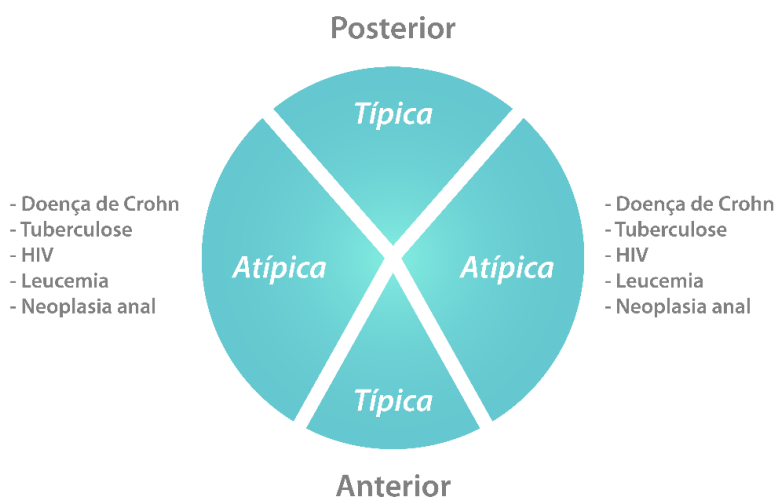
<a href="#"><u>Introdução</u></a>	<a href="#"><u>Tratamento clínico</u></a>
<a href="#"><u>Classificação</u></a>	<a href="#"><u>Tratamento cirúrgico</u></a>
<a href="#"><u>Avaliação Clínica</u></a>	<a href="#"><u>Encaminhamento para serviço especializado</u></a>
<a href="#"><u>Diagnóstico</u></a>	<a href="#"><u>Fluxograma fissura anal</u></a>
<a href="#"><u>Diagnóstico diferencial</u></a>	<a href="#"><u>Referências</u></a>

### Introdução

A fissura anal é uma laceração do revestimento do canal anal inferior. É uma das patologias benignas anorretais mais comuns e, em muitos casos, resolve-se espontaneamente. Sua prevalência é igual entre os sexos e é mais comum em adultos jovens. A grande maioria das fissuras são primárias e causadas por trauma local, como constipação, diarreia ou sexo anal. Fissuras secundárias são encontradas em pacientes com Doença de Crohn, malignidades (neoplasia epidermoide do canal anal, leucemia), tuberculose ou doenças sexualmente transmissíveis (HIV, sífilis, clamídia). Até 90% das fissuras são encontradas na linha média posterior.

### Classificação

São classificadas em função do tempo de evolução e das características clínicas. As fissuras agudas estão presentes por menos de 8 semanas enquanto as crônicas persistem por período superior. Fissuras típicas são aquelas localizadas na linha média anterior ou posterior e não associadas a outras condições. Já as atípicas localizam-se fora da linha média e frequentemente são associadas a outras patologias.



## Avaliação Clínica

### Manifestações Clínicas

O sintoma mais comum é a **dor anal**, de característica lancinante, usualmente provocada pela defecação e que pode durar várias horas. O medo da dor costuma levar o paciente a adiar a evacuação, provocando endurecimento das fezes. **Sangramento anal** de pequena intensidade também pode estar presente, durante o esforço ou a evacuação, sendo observado no papel higiênico ou em meio às fezes. Embora a constipação seja comum, não é obrigatória para a ocorrência de fissura.

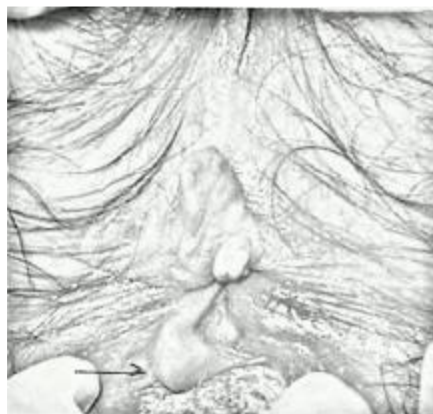
Observação: Tenesmo não faz parte do quadro clínico típico de fissura anal, sendo encontrada em casos de proctite.

### Exame Físico

Ao exame físico as fissuras podem ser visualizadas afastando-se gentilmente os glúteos do paciente, embora não seja obrigatória sua visualização para o diagnóstico, quando o quadro clínico for muito sugestivo. Fissuras agudas se parecem com lacerações recentes enquanto as crônicas costumam ter bordas mais endurecidas com exposição da musculatura esfínteriana em sua base. Fissuras crônicas são usualmente acompanhadas por plicomas (excessos de pele) em sua porção distal e papilas hipertróficas na margem proximal do canal anal. Em função do desconforto, pode não ser possível realizar o exame de toque retal na consulta inicial, devendo ser feito após melhora sintomática para excluir outras lesões.

O toque retal costuma revelar a presença de laceração no canal anal e hipertonia do esfíncter. Pode-se palpar fissuras não visíveis à inspeção. Porém, em função do desconforto, pode não ser possível a sua realização na consulta inicial.

Figura 1 – Fissura anal (centro) e plicoma sentinela (seta)



Fonte: Duncan (2013)

## Diagnóstico

O diagnóstico é clínico, baseado na história do paciente e exame físico.

Pacientes com sangramento anal persistente ou sintomas sugestivos de neoplasia de trato gastrointestinal inferior (alteração de hábito intestinal, anemia, perda ponderal) devem ser investigados com colonoscopia, conforme protocolos específicos.

## Diagnóstico diferencial

Abscessos anorretais: usualmente a dor é persistente e pode ser visto abaulamento em região perianal, associado à hiperemia. O abaulamento também pode ser sentido no toque retal. Usualmente o paciente refere história de febre.

Prurido anal: pacientes com prurido anal podem apresentar ranhuras superficiais na margem anal, que não progridem até a linha denteada e não provocam dor ao toque real.

Doença inflamatória intestinal: podem se apresentar com fissuras anais, usualmente múltiplas, longe da localização preferencial, com presença de inflamação na pele circunjacente e saída de secreção purulenta. Atentar para a história clínica (diarreia crônica que pode ter a presença de muco e sangue, perda ponderal).

Câncer de canal anal: lesões usualmente endureadas, que devem ser biopsiadas.

## Tratamento clínico

Para pacientes com fissura anal típica o tratamento clínico é seguro, efetivo e tem poucos efeitos adversos, devendo ser a primeira escolha no manejo. Uma combinação de tratamentos conservadores pode ser realizada (banho de acento, ingestão de fibras, analgésico tópico, vasodilatadores tópicos, tratamento da constipação quando presente). Em função da hipertonicidade do esfíncter anal estar relacionada à cronificação da fissura, são utilizadas medicações para promover o relaxamento desta musculatura (como diltiazem ou nitroglicerina). O objetivo do tratamento é relaxar o esfíncter anal interno, iniciar e manter a passagem das fezes sem trauma e aliviar a dor.

- **Medidas iniciais:** fissuras agudas usualmente melhoram com a realização de banhos de assento (imersão em água morna utilizando bacia ou banheira durante 10-15 minutos, 2 a 4 vezes ao dia e após a evacuação), aumento da ingestão hídrica e de fibras na dieta. É importante evitar o uso de papel higiênico após as evacuações, dando preferência à limpeza com água morna e sabonetes neutros. A realização de banhos de assento e suplementação de fibras tem resultado clínico superior ao uso isolado de anestésicos tópicos locais (por exemplo lidocaína 2%) ou corticoides tópicos.
- **Fissuras crônicas ou persistência dos sintomas:** além das medidas iniciais são utilizados compostos manipulados em pomada ou creme (tabela 1), que tem como função relaxar o esfíncter anal. Devido à taxa de cicatrização semelhante com menores efeitos adversos, o **diltiazem** tópico é o agente de primeira linha. Deve ser aplicado 2 a 4 vezes ao dia, por tempo prolongado (8 semanas), sobre a fissura no canal anal. Em casos com melhora parcial o tempo pode ser estendido além de 8 semanas ou pode-se trocar a classe da medicação em uso.
- **Manejo da constipação:** o aumento a ingestão hídrica associada a dieta rica em fibras é recomendado como o manejo inicial. A manutenção da terapia com fibras é associada com menores índices de recorrência da fissura após sua cicatrização. Atentar para o uso de medicações ou condições que causem constipação secundária (quadro 2).
  - Dieta rica em fibras: o recomendado é a ingestão de 20-35g/dia. Além da ingestão de alimentos ricos em fibras, o paciente pode adicionar farelo cru de trigo ou linhaça (2-4 colheres de sopa dissolvidos em água, suco ou iogurte) para atingir a quantidade diária recomendada.
  - Agentes formadores de bolo: agem absorvendo água e aumentando a massa fecal. Podem ser utilizados sozinhos ou associados à dieta rica em fibras. Exemplos são o psyllium 1 envelope ao dia (Metamucil®, Plantaben®, Plantacil®, Povata®), metilcelulose 1 colher de sopa 3x/dia, policarbófila cálcica 500mg 1-2 cps de 12/12 horas.
  - Pacientes que não respondem à fibras ou que não as toleram podem se beneficiar do uso de laxativos osmóticos (lactulose, leite de magnésia ou PEG). Sugestões de uso: leite de magnésia 2-4 colheres de sopas divididas em 2 ou 3 tomadas diárias, longe das refeições; lactulona 15 a 30 ml ao dia, pela manhã ou à noite; PEG (macrogol) – Muvinalax® 1 a 2 sachês ao dia.

### Quadro 1 – Medicamentos utilizados no tratamento da fissura anal crônica (dose para manipulação do medicamento)

Classe de medicamento	Droga	Posologia
Bloqueadores de canal de cálcio	Nifedipina 0,2 a 0,3%	Aplicar 2 a 4 vezes ao dia por 8 semanas
	Diltiazem 2%	Aplicar 3 vezes ao dia por 8 semanas
Doadores de óxido nítrico	Dinitrato de isossorbida 1% Trinitrato de glicerina 0,2%	Aplicar 2 vezes ao dia por 8 semanas (intra-anal)

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de BLEDAY (2018) e GLEZZI (2016).

### Quadro 2 – Medicamentos e condições clínicas associadas a constipação secundária

<b>Medicamentos</b>	Anticolinérgicos, antidepressivos, anti-histamínicos, anticonvulsivantes, bloqueadores do canal de cálcio, clonidina, diuréticos, ferro, anti-inflamatórios, opióides
<b>Condições clínicas</b>	Hipotireoidismo, hipercalcemia, hiperparatireoidismo, diabetes, doença de Parkinson, esclerose múltipla, depressão, ansiedade, distúrbios anorretais, câncer de cólon

Fonte: Duncan (2013).

## Tratamento cirúrgico

É reservado para pacientes que não apresentam melhora após tratamento conservador, por existir risco de incontinência fecal (de graus variados, para gases e sólidos) após o tratamento.

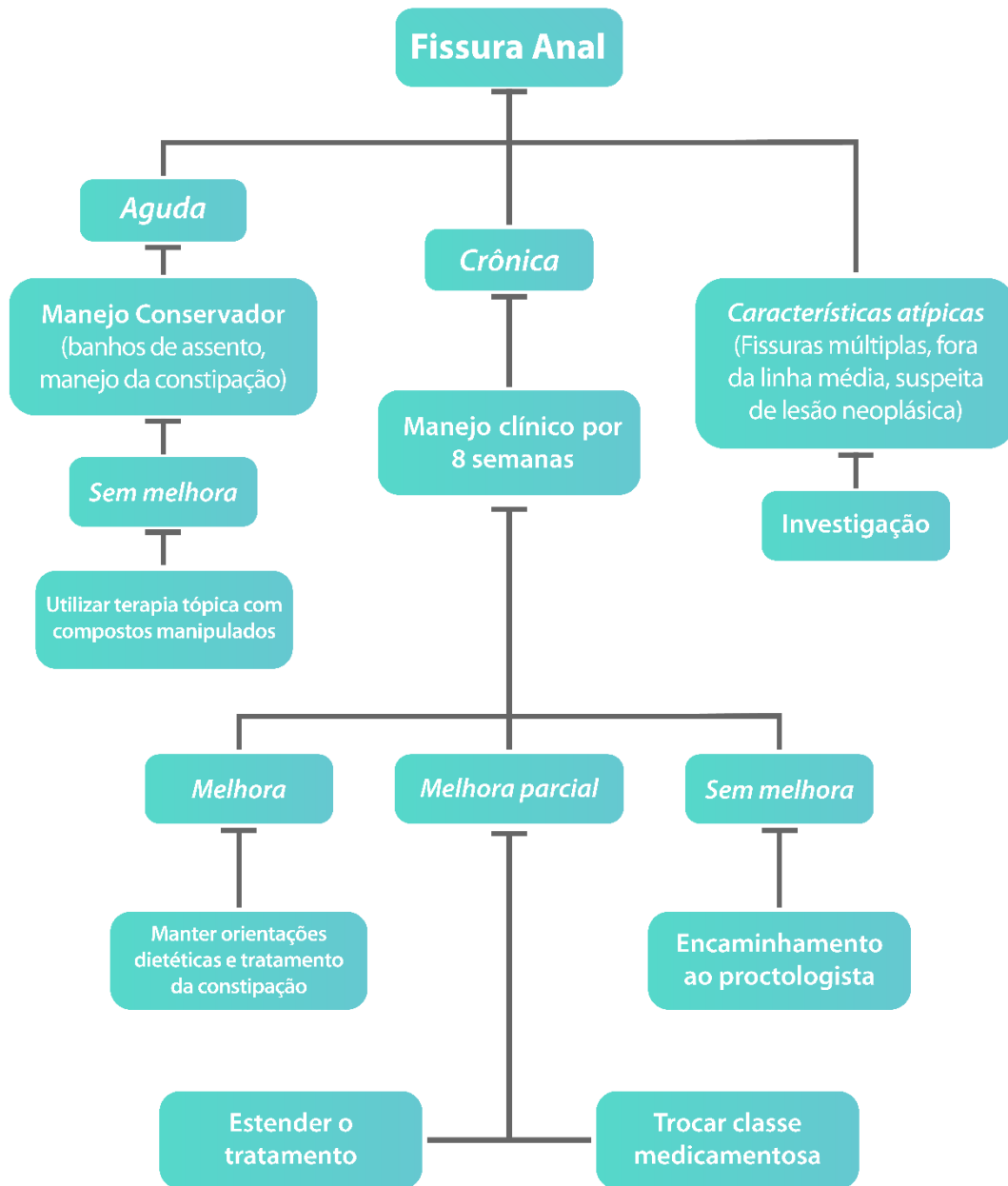
De todas as opções cirúrgicas (fissurectomia isolada, esfínterectomia lateral interna, dilatação anal), a esfínterectomia lateral interna é o tratamento cirúrgico de escolha e consiste na secção de parte do esfínter anal interno, diminuindo a hipertonia esfínteriana e possibilitando a cicatrização da fissura.

Após a cicatrização da fissura podem permanecer os plicomas anais residuais. Usualmente não há indicação de ressecção cirúrgica, por serem benignos e pelo risco de surgimento de novas lesões e de fissura pós-operatória no leito cirúrgico, após a ressecção.

## Encaminhamento para serviço especializado

Devem ser encaminhados ao proctologista pacientes com fissura anal sem nenhuma resposta ao tratamento clínico otimizado por, pelo menos, 8 semanas. Caso o paciente tenha tido melhora parcial pode-se tentar estender o tempo de tratamento ou trocar a classe de medicação.

Fluxograma 1: Avaliação e Manejo da Fissura Anal



Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018).



## Referências

BLEDAY, R. **Anal fissure**: Medical management. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2017.  
Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/anal-fissure-medical-management>>.  
Acesso em: 09 jan. 2018.

CAMPOS, F. G.; REGADAS, F. S. P.; PINHO, M. **Tratado de coloproctologia**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2012.

DUNCAN, B. B. et al. (Org.). **Medicina Ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

ELLIS, C. N. **Anal fissure**: Surgical management. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2017.  
Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/anal-fissure-surgical-management>>.  
Acesso em: 09 jan. 2018.

GORDON, P. H.; NIVATVONGS, S. (Ed.). **Principles and practice of surgery for the colon, rectum, and anus**. 3rd ed. New York: Informa Healthcare USA, 2007.

GHEZZI, T. L.; FILLMANN, H. S.; PERONDI, F. (Org.). **Urgências coloproctológicas**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2016.

HARZHEIM, E.; AGOSTINHO, M.R.; KATZ, N. (Org.). **Protocolos de Regulação Ambulatorial Proctologia Adulto** [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul; TelessaúdeRS-UFRGS, 2016. Disponível em: <[https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos\\_resumos/protocolos\\_encaminhamento\\_proctologia\\_TSRS\\_20161108.pdf](https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolos_encaminhamento_proctologia_TSRS_20161108.pdf)>

STEELE, S. R. et al. **The ASCRS textbook of colon and rectal surgery**. 3rd ed. New York: Springer, 2016.

STEWART, D. B. **Anal fissure**: Clinical manifestations, diagnosis, prevention. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/anal-fissure-clinical-manifestations-diagnosis-prevention>>. Acesso em: 09 jan. 2018.

STEWART, D. B. et al. Clinical practice guideline for the management of anal fissures. **Diseases of the Colon and Rectum**, Philadelphia, v. 60, n. 1, p. 7-14, 2017.

TELESSAÚDERS, Núcleo de Telessaúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul [Internet]. **Teleconsultoria**. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2018. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/telessauders/nossos-servicos/teleconsultoria/>>. Acesso em: 09 jan. 2018.

# TeleCondutas<sup>®</sup>



**0800 644 6543**

Para esclarecer dúvidas de:

Médicos da Atenção Primária à Saúde do Rio Grande do Sul