



Enfrentamiento de Enfermedad hemorroidal y Fisura anal en APS

Autor: Dr. Diego Pablo Acuña Caroca. Residente Medicina Familiar mención Adulto UCM.

Revisor: Dr. María Fernanda Ramos González. Docente Subdepartamento Medicina Familiar UCM

Resumen:

Las hemorroides y fisura anal son una de las afecciones anorrectales benignas más frecuente en atención primaria de salud (APS) que afecta significativamente la calidad de vida de las personas. El diagnóstico y el enfrentamiento siguen representando un desafío en los CESFAM, por ende, este documento revisa de forma sintética el diagnóstico y las alternativas terapéuticas de ambos cuadros.

Introducción:

Las hemorroides y las fisuras anales comparten alta prevalencia e impacto sintomático y el diagnóstico es principalmente clínico y la presentación pueden ser diferentes: hemorroides internas con sangrado rojo brillante e indoloro; hemorroides externas dolorosas si se trombosan; fisura anal con dolor intenso durante la defecación y sangrado escaso. El manejo inicial es conservador (fibra, líquidos, baños de asiento, laxantes/ablandadores y tópicos), reservando la cirugía para casos seleccionados.

Desarrollo:

Las hemorroides son almohadillas de tejido vascular, músculo liso y epitelio del conducto anal que contribuyen a la continencia, clasificadas en externas e internas. La prevalencia es variable; no existen datos de Chile, y a nivel mundial se estima entre 4–38 %, con mayor frecuencia entre 45–65 años y en presencia de factores de riesgo (obesidad, embarazo, estreñimiento, diarrea, dieta baja en fibra, sedentarismo) (1) (2)

Las hemorroides externas se definen por estar ubicadas distal a la línea dentada, recubiertas por epitelio escamoso e innervadas somáticamente. La presentación típica es aumento de volumen con dolor agudo y repentino asociado a una masa perianal sensible cuando se trombosan. Pueden reabsorberse y dejar colgajos cutáneos perianales (1).

Las hemorroides internas se definen por ubicadas proximal a la línea dentada, recubiertas por epitelio columnar, por lo que suelen no causar dolor, clasificadas por grados (tabla 1). El síntoma cardinal es sangrado rectal indoloro, rojo brillante y autolimitado, asociado habitualmente con la defecación; también pueden presentarse prolapso, leve incontinencia y sensación de masa perianal (1) (3)

El examen físico debe incluir inspección perianal en reposo y con esfuerzo, y tacto rectal para evaluar masas, sensibilidad o fluctuación (1) (2)

El tratamiento se divide en tratamiento médico y/o quirúrgico que dependerá de la gravedad de los síntomas y del grado de prolapso. Los casos más severos (hemorroide interna grado III–IV o hemorroide externa trombosada) suelen requerir manejo quirúrgico.

El manejo conservador/médico consiste en aumento de ingesta de líquidos, dieta rica en fibra, baños de asiento, laxantes y ablandadores de heces, y tratamientos tópicos.

Según 2 revisiones que evaluaban el beneficio de laxantes/fibra en pacientes con hemorroides grado I a III mostraron mejoría global (RR 0,47; IC 95% 0,32–0,68) y menor hemorragia (RR 0,50; IC 95% 0,28–0,89), sin diferencias significativas en prolapso, dolor o prurito. Hinchazón fue el evento adverso más común (4) (5). Destacando la recomendación de 20 a 40 gr de fibra de forma diaria

Respecto a los flavonoides que podemos encontrar como alternativas (diosmina, hesperidina,

Tabla 1	
I	No hay prolapso
II	Prolapsan y reducen espontáneamente.
III	Prolapsan y requieren reducción manual.
IV	Prolapsan y no son reducibles manualmente.

hidrosmia, etc.) existe una revisión de 2012 mostró mejoría global de síntomas (OR 15,99; IC 95% 5,97–42,84), disminución de prurito (OR 0,23; IC 95% 0,07–0,79), hemorragia (OR 0,12; IC 95% 0,04–0,37) y secreción/fuga (OR 0,12; IC 95% 0,04–0,42), sin efecto significativo en dolor ni en consumo de analgésicos posoperatorios (6)

Y finalmente los tratamientos tópicos se pueden usar corticoides (no más de 14 días), anestésicos locales (lidocaína), flavonoides, nitroglicerina y bloqueadores de los canales de calcio, según indicación clínica

La fisura anal es un desgarró longitudinal u ovalado y doloroso del conducto anal distal que se extiende desde la línea dentada hasta el margen anal. Se estima un riesgo promedio de por vida de 7,8 % para desarrollar la enfermedad.(7)

Hasta el 90 % son idiopáticas y se localizan con mayor frecuencia en la línea media posterior y, en menor medida, en la anterior. Las fisuras laterales se consideran atípicas y requieren estudio para descartar enfermedades subyacentes (enfermedad de Crohn, tuberculosis, sífilis, VIH/SIDA o cáncer anal) (8)

Se clasifican como Agudas (< 6 semanas) superficiales, confinadas al anodermo, con bordes mucosos frescos y bien definidos; y crónicas (> 6 semanas) bordes sobresalientes, edema/fibrosis, fibras del esfínter anal interno visibles en el fondo de la fisura, pliegue centinela y papila anal hipertrofiada. (7) (2)

El síntoma principal es dolor intenso durante la defecación, que puede persistir minutos u horas, descrito como “pasar vidrios rotos” o “pasar una hoja de afeitar”, asociado a sangrado rectal mínimo, rojo brillante, además de prurito, irritación y molestias al sentarse. (8) (2)

El tratamiento se divide en médico y/o quirúrgico, dejando este último como alternativa cuando no responden a tratamiento médico. El manejo conservador logra recuperación en 87 % de las agudas y en 50 % de las crónicas (7) que incluye baños de asiento, modificaciones dietéticas, automasaje anal y relajación química del esfínter. Una revisión sistemática + metaanálisis de 2025 evaluó tratamientos tópicos y concluyó que el nifedipino tópico 0,2–0,4 % sería la opción con mejores resultados en mejoría clínica, disminución del dolor, menor riesgo de recurrencia y perfil de efectos adversos, siendo diltiazem otra alternativa válida. (9)

Receta Magistral Fisura no infectada	
Nifedipino	0.2%
Lidocaína	2%
Crema CSP	30 gr
Aplicar cada 8 – 12 hrs por 6 a 8 semanas	

Receta Magistral Hemorroides	
Lidocaína	1.5%
Hidrocortisona*	1%
Centella asiatica	2%
Castaño de indias	1%
Oxido de zinc	15%
Aceite de bacalao	0.5%
Rosa mosqueta	0.5%
Crema base CSP	30 gr
Lavar el área antes de aplicar. Aplicar luego de cada deposición	

Conclusión:

En hemorroides, la gravedad de síntomas y el grado orientan la terapia: los laxantes y flavonoides muestran beneficio sintomático, y los grados avanzados o trombosis externa suelen requerir tratamiento quirúrgico. La fisura anal responde mayoritariamente a medidas conservadoras; en formas crónicas, los bloqueadores de canales de calcio tópicos (nifedipino/diltiazem) mejoran dolor y recurrencia. Identificar fisuras laterales es clave para descartar causas secundarias. La educación en hábitos defecatorios y prevención del estreñimiento reduce recaídas y la necesidad de intervenciones.



1. Gardner IH, Siddharthan R V., Tsikitis VL. Benign anorectal disease: hemorrhoids, fissures, and fistulas. *Ann Gastroenterol* [Internet]. 2019 [citado 9 de septiembre de 2025];33(1):9. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6928486/>
2. Aguilar-Alvarado MY, Baker B, Chiu LS, Shah MK. Benign Colorectal Disorders. Primary Care: Clinics in Office Practice [Internet]. 1 de septiembre de 2023 [citado 8 de septiembre de 2025];50(3):461–80. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0095454323000386?via%3Dihub>
3. Ng KS, Holzgang M, Young C. Still a Case of “No Pain, No Gain”? An Updated and Critical Review of the Pathogenesis, Diagnosis, and Management Options for Hemorrhoids in 2020. *Ann Coloproctol* [Internet]. 1 de junio de 2020 [citado 8 de septiembre de 2025];36(3):133. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7392573/>
4. Alonso-Coello P, Mills E, Heels-Ansdell D, López-Yarto M, Zhou Q, Johanson JF, et al. Fiber for the treatment of hemorrhoids complications: a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* [Internet]. enero de 2006 [citado 8 de septiembre de 2025];101(1):181–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16405552/>
5. Alonso-CoelloP ZQ. Cochrane Library Cochrane Database of Systematic Reviews Laxatives for the treatment of hemorrhoids. (Review). 2010 [citado 8 de septiembre de 2025]; Disponible en: www.cochranelibrary.com
6. Perera N, Liolitsa D, Iype S, Croxford A, Yassin M, Lang P, et al. Phlebotonics for haemorrhoids. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 15 de agosto de 2012 [citado 8 de septiembre de 2025];2012(8):CD004322. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11930390/>
7. Salati SA. Anal Fissure – an extensive update. *Polish Journal of Surgery*. 12 de marzo de 2021;93(3):1–5.
8. Wald A, Bharucha AE, Limketkai B, Malcolm A, Remes-Troche JM, Whitehead WE, et al. ACG Clinical Guidelines: Management of Benign Anorectal Disorders. *Am J Gastroenterol*. 2021;116:1987–2008.
9. Wang C, Ni J, Xiong Y, Chen J, Li B, Xu L. The efficacy of diltiazem, glyceryl trinitrate, nifedipine, minoxidil, and lidocaine for the medical management of anal fissure: a systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Surg* [Internet]. 1 de abril de 2025 [citado 8 de septiembre de 2025];111(4):3020. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12175783/>