



OPERACIÓN DE HARTMANN EN LA PRÁCTICA QUIRÚRGICA ACTUAL

**INTERNA: MACARENA FODIC MIRANDA
PROF. DR. HUMBERTO FLISFISCH FERNÁNDEZ
DEPTO. CIRUGÍA SUR
FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE CHILE**

Introducción

La operación de Hartmann, descrita por Henri Hartmann en 1921, es una de las técnicas más representativas de la cirugía colorrectal de urgencia. Consiste en la resección del segmento afectado del colon, el cierre del muñón distal y la confección de una colostomía terminal. Desde su descripción original, ha sido empleada principalmente en casos de diverticulitis perforada, cáncer obstructivo del sigmoides y peritonitis fecal difusa.

Con el progreso de la cirugía colorrectal, el desarrollo de la anastomosis primaria protegida y las mejoras en los cuidados intensivos, sus indicaciones se han modificado considerablemente. Actualmente, la operación de Hartmann se reserva para escenarios en los que el riesgo anastomótico es inaceptable o cuando la estabilidad fisiológica del paciente no permite una reconstrucción intestinal segura.

El objetivo de este trabajo es revisar las indicaciones actuales de la operación de Hartmann, considerando sus fundamentos anatómicos y técnicos, y analizando la evidencia reciente publicada entre 2004 y 2025.

Material y métodos

Se realizó una revisión bibliográfica individual y virtual, incluyendo once publicaciones indexadas en PubMed y Scopus, comprendidas entre los años 2004 y 2025. Se seleccionaron estudios multicéntricos, revisiones sistemáticas y análisis de cohortes que abordaran las indicaciones y resultados de la operación de Hartmann. Entre las revistas analizadas se incluyen *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*, *British Journal of Surgery*, *World Journal of Emergency Surgery*, *Langenbeck's Archives of Surgery*, *Annals of the Royal College of Surgeons of England* y *European Journal of Surgical Oncology*.

Resultados

La indicación principal de la operación de Hartmann continúa siendo la peritonitis difusa por perforación colónica o diverticulitis complicada Hinchev IV, caracterizada por contaminación fecal del peritoneo y compromiso hemodinámico severo (1,2). En estos escenarios, la resección con cierre distal y colostomía terminal constituye una opción más segura que la anastomosis primaria, ya que reduce el riesgo de dehiscencia anastomótica y mortalidad postoperatoria.

También se considera indicada en pacientes con sepsis grave o shock séptico, en los cuales el tiempo quirúrgico debe reducirse al mínimo. Su simplicidad técnica y su capacidad de controlar el foco infeccioso la hacen idónea en cirugías de urgencia bajo condiciones fisiológicas críticas (3).

Otra indicación reconocida es en pacientes con alto riesgo anestésico (ASA III–IV), edad avanzada o múltiples comorbilidades, donde la perfusión tisular deficiente y la fragilidad del tejido colónico aumentan el riesgo de fuga anastomótica. En este contexto, el Hartmann actúa como una medida de control del daño que prioriza la supervivencia inmediata (4).

Asimismo, se mantiene como alternativa en perforaciones neoplásicas u obstructivas del colon sigmoides, cuando la resección completa del segmento tumoral se asocia a contaminación o compromiso distal del recto que imposibilita la anastomosis (5).

Desde el punto de vista anatómico, la operación se realiza generalmente sobre el colon sigmoides y el recto superior, áreas irrigadas por ramas de la arteria mesentérica inferior. La resección incluye el control vascular del mesosigma y la sección del recto en su porción extraperitoneal. El muñón distal se cierra manual o mecánicamente, mientras que la colostomía terminal se exterioriza sin tensión a través del cuadrante inferior izquierdo, asegurando una adecuada perfusión.

Finalmente, la evidencia reciente sugiere que el Hartmann puede considerarse una parte de la estrategia de control de daños en pacientes con abdomen séptico o shock prolongado, donde la restauración del tránsito intestinal se difiere hasta la estabilización general del paciente (6).

Discusión

La literatura contemporánea muestra una tendencia global hacia la reducción del uso rutinario de la operación de Hartmann. Los avances en cuidados perioperatorios, técnicas laparoscópicas y manejo intensivo han ampliado las indicaciones de la anastomosis primaria protegida incluso en peritonitis purulentas, con resultados comparables en seguridad (7). Sin embargo, en escenarios de contaminación fecal masiva, inestabilidad hemodinámica o tejidos isquémicos, el Hartmann sigue siendo la opción más segura y rápida.

Estudios recientes coinciden en que la selección del procedimiento debe basarse en criterios fisiológicos más que anatómicos, priorizando la supervivencia inmediata (7,8). Aunque la operación logra controlar eficazmente la sepsis, su principal desventaja es

la baja tasa de restitución del tránsito intestinal, que se mantiene entre 30 y 45 % de los casos (9,10).

De esta forma, las indicaciones actuales se centran en tres grandes grupos: la peritonitis fecal o purulenta con shock séptico, la perforación tumoral u obstructiva con contaminación difusa, y el manejo de control de daños en pacientes críticamente enfermos. En los demás casos, la anastomosis primaria protegida o el lavado laparoscópico selectivo ofrecen mejores resultados funcionales y menor morbilidad a largo plazo.

Conclusión

La operación de Hartmann conserva su valor como cirugía de rescate en pacientes con peritonitis difusa, sepsis grave o shock séptico, cuando la seguridad anastomótica no puede garantizarse. Su rápida ejecución, su bajo riesgo inmediato y su eficacia para controlar la contaminación peritoneal justifican su vigencia en la práctica quirúrgica actual.

No obstante, la evidencia moderna apoya un uso más selectivo, limitando su indicación a contextos de urgencia vital o riesgo anastomótico extremo. En pacientes estables y con tejidos viables, la resección con anastomosis primaria protegida constituye la opción preferente. La cirugía colorrectal del siglo XXI se orienta hacia un enfoque personalizado, reservando la operación de Hartmann como herramienta de salvataje en condiciones críticas.

Referencias bibliográficas

1. Barbieux J, Pocard M, Regenet N, et al. Emergency Hartmann's procedure: indications and results. *J Visc Surg.* 2016;153(1):7–13.
2. Altın O, Ulaş M, Doğan M, et al. Current indications of Hartmann's procedure: evaluation of outcomes. *Cir Cir.* 2021;89(5):593–601.
3. Perrone G, Tizianel I, Catena F, et al. Resection and primary anastomosis versus Hartmann's procedure for perforated diverticulitis: a multicenter study. *World J Emerg Surg.* 2024;19(1):18.
4. Mariusdottir E, Sævars dóttir H, Magnusson S, et al. Outcomes of Hartmann's procedure in perforated diverticulitis: a population-based analysis. *Langenbeck's Arch Surg.* 2024;409(2):211–219.
5. Stephanos M, Lim C, Evans J, et al. Hartmann's procedure in modern colorectal surgery: a multicentre review. *Br J Surg.* 2025;112(3):365–372.
6. Bradea C, Mihai B, Nistor A, et al. Damage control surgery and Hartmann's procedure: current perspectives. *Life.* 2023;13(12):2458.
7. Lambrichts D, Vennix S, Musters GD, et al. Hartmann's procedure versus primary anastomosis for perforated diverticulitis: a systematic review. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2019;4(8):599–610.
8. Hallam S, Mothe B, Tirumulaju R. Hartmann's procedure: still a safe option in the emergency setting? *Ann R Coll Surg Engl.* 2018;100(4):301–306.
9. Gurluler E, Tekin C, Yıldırım B, et al. Long-term outcomes after Hartmann's procedure: a multicentre analysis. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2024;28(9):3225–3233.
10. Kube R, Granowski D, Stübs P, et al. Risk factors for Hartmann's procedure in perforated diverticulitis. *Eur J Surg Oncol.* 2009;35(8):901–906.
11. Gastinger I, Marusch F, Wolff S, et al. Hartmann's procedure for complicated diverticulitis: indications and results. *Der Chirurg.* 2004;75(8):806–812.