



Recibido: 2026-09-21

Aceptado: 2026-10-07

Publicado: 2026-10-21

Anastomosis primaria posterior a resección intestinal en sepsis abdominal: reporte de caso y revisión de la literatura

Primary anastomosis after intestinal resection for abdominal sepsis: case report and review of the literatura

Autores

Esther Salomé Loyola Cevallos¹

<https://orcid.org/0009-0001-1794-5620>

louesloy123@gmail.com

Investigador Independiente

Chinchipec – Ecuador

Jaime Lenín Veintimilla Hurtado²

<https://orcid.org/0000-0001-8000-1051>

drjaimevh@gmail.com

Investigador Independiente

Chinchipec – Ecuador

Heriberto Ortiz Martín³

Profesor Tutor de la UTPL

<https://orcid.org/0009-0005-3839-3481>

heryom70@gmail.com

Universidad Técnica Particular de Loja

Chinchipec – Ecuador

Esteban Germán Lojano Munzón⁴

<https://orcid.org/0009-0004-7644-6348>

prebia.estebanlojano@gmail.com

Investigador Independiente

Chinchipec – Ecuador

Leslie Suley Rodríguez Campoverde⁵

<https://orcid.org/0009-0002-0688-468X>

lesliesuley2001@outlook.com

Investigador Independiente

Chinchipec – Ecuador

Resumen

Introducción: La decisión entre anastomosis primaria y procedimiento de Hartmann en pacientes con sepsis abdominal y necrosis intestinal continúa siendo objeto de debate. La evidencia contemporánea sugiere que, en pacientes cuidadosamente seleccionados, la anastomosis primaria ofrece ventajas en términos de calidad de vida sin comprometer la seguridad quirúrgica. **Objetivo:** Describir la evolución a corto plazo de una paciente joven sin comorbilidades significativas sometida a resección intestinal y anastomosis primaria en el contexto de sepsis abdominal. **Métodos:** Reporte de caso. **Resultados:** Paciente femenina de 23 años, sin antecedentes clínicos ni quirúrgicos de importancia, que posterior a una apendicectomía regresó a la emergencia con dolor abdominal, alza térmica y hallazgos clínicos de enfermedad pélvica inflamatoria. Se identificó líquido libre en cavidad abdominal y leucocitosis con neutrofilia marcadas. Se catalogó como sepsis de foco abdominal y, ante la negativa de recepción en un hospital de mayor complejidad y la aparición de signos de inestabilidad hemodinámica, se decidió intervención quirúrgica de emergencia. En el transquirúrgico se identificó necrosis de un segmento importante del íleon, líquido purulento en cavidad abdominal, acidosis metabólica y shock séptico en fase inicial. Se realizó resección intestinal y anastomosis primaria término-lateral en dos planos, sin estoma de protección. La evolución posquirúrgica fue favorable durante la estancia hospitalaria y al seguimiento a dos y tres meses. **Conclusiones:** Este caso respalda la evidencia actual que favorece la anastomosis primaria en pacientes jóvenes, con estado nutricional adecuado y en fases iniciales de falla sistémica, incluso en presencia de sepsis abdominal. La decisión quirúrgica debe individualizarse considerando la condición clínica, los hallazgos intraoperatorios y la experiencia del equipo tratante.

Palabras clave: anastomosis primaria; procedimiento de Hartmann; sepsis abdominal; necrosis intestinal; reporte de caso

Abstract

Introduction: The decision between primary anastomosis and Hartmann's procedure in patients with abdominal sepsis and intestinal necrosis remains a subject of debate. Contemporary evidence suggests that, in carefully selected patients, primary anastomosis offers advantages in terms of quality of life without compromising surgical safety. **Objective:** To describe the short-term evolution of a young patient without significant comorbidities who underwent intestinal resection and primary anastomosis in the context of abdominal sepsis. **Methods:** Case report. **Results:** A 23-year-old female patient, without significant clinical or surgical history, who after an appendectomy returned to the emergency department with abdominal pain, fever, and clinical findings of pelvic inflammatory disease. Free fluid in the abdominal cavity and marked leukocytosis with neutrophilia were identified. It was classified as abdominal sepsis and, given the refusal of reception at a higher-complexity hospital and the appearance of signs of hemodynamic instability, emergency surgical intervention was decided. Intraoperatively, necrosis of a significant segment of the ileum, purulent fluid in the abdominal cavity, metabolic acidosis, and early-stage septic shock were identified. Intestinal resection and primary side-to-side anastomosis in two layers were performed, without a protective stoma. Postoperative evolution was favorable during hospitalization and at two- and three-month follow-up. **Conclusions:** This case supports current evidence favoring primary anastomosis in young patients with adequate nutritional status and early-stage systemic failure, even in the presence of abdominal sepsis. The surgical decision must be individualized considering the clinical condition, intraoperative findings, and the experience of the treating team.

Keywords: primary anastomosis; Hartmann's procedure; abdominal sepsis; intestinal necrosis; case report

Introducción

Las urgencias abdominales que requieren resección intestinal continúan presentándose en la práctica quirúrgica diaria; sin embargo, las técnicas y los enfoques terapéuticos han evolucionado significativamente. Han transcurrido más de 100 años desde que el cirujano francés Henri Hartmann propusiera la técnica de colostomía para simplificar un procedimiento complejo y de alto impacto que se realizaba en casos de cáncer de colon, consistente en una resección del mismo por un abordaje abdomino-pélvico (Hartmann, 1921). Lo que hizo Hartmann fue reducir la intervención al abdomen, resecar únicamente el segmento de colon afectado y sus ganglios, y exteriorizar la última parte del colon sano hacia la piel para que este siguiera cumpliendo su función. Esto es lo que se conoce como colostomía y, para su época, representó un avance notable al reducir la mortalidad de aquellos pacientes (Hartmann, 1921).

Como suele ocurrir con toda gran innovación, esta técnica también se sistematizó. En la década de 1970, varios cirujanos europeos comenzaron a plantear la posibilidad de realizar anastomosis intestinales primarias en pacientes seleccionados. Esta teoría cobró fuerza progresivamente gracias a ensayos clínicos y estudios observacionales (Toro et al., 2012). El problema de investigación de las últimas décadas ha sido, entonces, determinar a qué pacientes realizar anastomosis primaria, considerando que las dehiscencias y fugas anastomóticas son las complicaciones locales más temidas por su impacto sistémico (Awedew et al., 2023).

En la actualidad, se dispone de estudios de todos los niveles de evidencia científica sobre diversas patologías intestinales benignas y malignas en las que se usaba de rutina el procedimiento de Hartmann, y que ahora se comparan con la anastomosis primaria (Awedew et al., 2023; Mwizerwa et al., 2025; Shahmoradi et al., 2021; Lee et al., 2023; AlSulaim et al., 2023; Mugisha, 2026). Además, dado que las expectativas de vida han aumentado, el foco de la investigación también se ha orientado al impacto a largo plazo de ambas técnicas, es decir, a la calidad de vida. Esta puede medirse mediante parámetros como la permanencia libre de estoma y la recuperación funcional tanto del intestino como del individuo (Agirman et al., 2024; Ceylan et al., 2024; Cairns et al., 2026).

El presente trabajo tiene como objetivo describir la evolución a corto plazo de una paciente joven con sepsis abdominal secundaria a peritonitis purulenta y necrosis intestinal, manejada mediante resección intestinal y anastomosis primaria sin estoma de protección, con evolución clínica favorable y adecuada recuperación funcional durante el seguimiento postoperatorio temprano.

Descripción del caso

Se trata de una paciente de 23 años, comerciante, que tiene como antecedente de importancia haber acudido en tres ocasiones en el año 2026 (febrero, marzo y mayo) a la emergencia del Hospital Básico de Zumba por dolor abdominal más secreción vaginal, en donde fue diagnosticada de vaginitis e infección de vías urinarias, y se le prescribió antibioticoterapia sistémica y local.

Acudió el 1 de junio al área de emergencia por cuadro de dolor abdominal de aproximadamente 72 horas de evolución, tipo cólico, con una escala visual analógica (EVA) de 5/10, localizado inicialmente en epigastrio y que migró 24 horas antes a fosa ilíaca derecha, acompañado de náuseas que llegaron al vómito en dos ocasiones de tipo alimenticio. Al examen físico, signos vitales normales, abdomen blando, depresible, con signos apendiculares positivos. En los paraclínicos no había leucocitosis ni neutrofilia; el AIR score fue de 4 puntos. Sin embargo, por la clínica sugestiva de apendicitis aguda, se decidió pase a quirófano para resolución inmediata por técnica abierta e incisión de Rocky-Davis. Los hallazgos transquirúrgicos fueron: apéndice cecal inflamado en fase II, dilatado en el tercio proximal, estructuras adyacentes sin alteraciones, líquido inflamatorio en 30 ml y sangrado de 50 ml. En el posquirúrgico se dio manejo del dolor e inserción de dieta oral progresiva. Fue dada de alta el 3 de junio sin novedades.

El 7 de junio se presentó nuevamente en urgencias refiriendo dolor abdominal de 24 horas de evolución, localizado en epigastrio, EVA 5/10, que no se irradiaba ni migraba, y se acompañaba de deposiciones diarreicas. A la valoración física se encontraba taquipneica, hidratada, con herida quirúrgica en abdomen sin signos de infección o sangrado activo, sin

signos de irritación peritoneal, dolorosa a la palpación profunda de epigastrio, y con puntos ureterales inferiores positivos. Se realizaron paraclínicos y se diagnosticó infección de vías urinarias, por lo que se dio de alta con antibioticoterapia.

Al día siguiente acudió a emergencia por incremento en la intensidad de los síntomas y aparición de alza térmica cuantificada, más leucorrea blanquecina en moderada cantidad. En el examen físico, los signos vitales se encontraban dentro de parámetros normales; la paciente estaba deshidratada, con abdomen distendido, ruidos hidroaéreos aumentados, timpánico y doloroso a la palpación en hipogastrio. Se realizó también examen ginecológico, en el que se encontró cuello uterino posterior, puntiforme, leucorrea blanquecino-amarillenta en moderada cantidad, sin evidencia de sangrado, y dolor a la movilización del cuello. En los paraclínicos se encontró leucopenia con neutrofilia, uroanálisis infeccioso, β -HCG negativa, y en la ecografía abdominal se observó líquido libre, más útero y anexos difíciles de localizar.

Se diagnosticó enfermedad pélvica inflamatoria, infección de vías urinarias y gastroenteritis, y se decidió su ingreso a hospitalización. En la noche ocurrió deterioro clínico y hemodinámico con desarrollo de hipotensión. En la mañana del 9 de junio se repitieron los paraclínicos, encontrándose leucocitosis marcada con neutrofilia, así como una ecografía abdominal que reportó líquido libre en cavidad abdominal en aproximadamente 300 ml. Entonces, por protocolo institucional, se decidió realizar referencia a un hospital de mayor complejidad por tratarse de una sepsis de foco abdominal. Debido a que la paciente fue rechazada, se decidió pase a quirófano para laparoscopia exploratoria, en donde se encontraron 500 ml de líquido purulento libre en cavidad y en el fondo de saco de Douglas. Se realizó conversión a laparotomía vertical xifopúbica, en donde se encontró: 1) presencia de ruptura de mesosalpinx derecho de aproximadamente 1 cm de diámetro; 2) gleras fibrinopurulentas en cara anterior y posterior de útero; 3) compromiso intestinal con presencia de necrosis a 1,3 metros de la válvula ileocecal, que comprometía íleon distal y válvula ileocecal, además de compromiso del 49% de la circunferencia intestinal. Además, en el transanestésico se diagnosticó acidosis metabólica por gasometría venosa y se evidenció procalcitonina elevada.

Se conversó con la familia sobre la necesidad de resección intestinal y, dadas las condiciones previas de la paciente, se decidió optar por realizar resección del intestino comprometido, así

como una anastomosis término-lateral en dos planos entre íleon proximal y colon derecho a nivel del ángulo hepático.

En cuidados postanestésicos se logró la extubación de la paciente, con ALDRETE 10. Pasó al área de hospitalización con oxígeno por cánula nasal de bajo flujo, bomba de norepinefrina a 0,05 mcg/kg/min, hidratación con electrolitos (controlada por valores de presión venosa central, signos vitales y gasto urinario), antibioticoterapia de amplio espectro, analgesia multimodal y protección gástrica. A los dos días fue destetada completamente del vasoactivo y del oxígeno, y se percibieron ruidos intestinales. A los 4 días (15 de junio) se iniciaron líquidos claros, que se suspendieron por intolerancia. Al quinto día posquirúrgico (16 de junio) la paciente empezó a realizar deposiciones en poca cantidad, de características melénicas, y al séptimo día posquirúrgico (18 de junio) toleró líquidos claros. Fue dada de alta al décimo día de hospitalización, tolerando dieta líquida amplia, deambulando sin ayuda y con buen manejo del dolor. Se realizó seguimiento diario de la paciente por parte de Cirugía y fue dada de alta al mes de la cirugía, tolerando dieta blanda, con capacidad de deambulación y asintomática. A los 3 meses, la paciente toleraba dieta general.

Discusión

En escenarios de peritonitis y sepsis abdominal, como ocurrió en el presente caso clínico, se debate la decisión de realizar una anastomosis primaria o confeccionar un estoma por el temor de que los procesos de cicatrización no sean exitosos. Fisiológicamente, el intestino tarda un promedio 5 días en recuperar las capas celulares que constituyen la barrera mecánica luego de una lesión. Sin embargo, en escenarios de sepsis y shock séptico este proceso se ve impedido y, en consecuencia, aumenta el riesgo de dehiscencia y posterior fuga anastomótica. Por todo lo anterior, el procedimiento de Hartmann era prácticamente obligatorio (Toro et al., 2012).

La paciente presentada desarrolló una evolución clínica compleja, inicialmente interpretada como apendicitis resuelta en fase no perforada, cuya evolución se confundió con una patología ginecológica y urinaria, progresando posteriormente a un cuadro de sepsis abdominal con hallazgo intraoperatorio de peritonitis purulenta generalizada, ruptura de mesosálpinx derecho y necrosis intestinal. Pese a la presencia de compromiso sistémico evidenciado por hipotensión, acidosis metabólica y elevación de marcadores inflamatorios, se

decidió realizar resección intestinal con reconstrucción inmediata del tránsito mediante anastomosis primaria sin estoma de protección. La evolución favorable observada coincide con una tendencia creciente descrita en la literatura contemporánea que respalda esta conducta en pacientes cuidadosamente seleccionados (Merabishvili et al., 2022; Aras, 2025; Omoto, 2024; Edomskis et al., 2022), inclusive en escenarios de sepsis o peritonitis (Edomskis et al., 2022).

La cuestión que se plantea, no es que la anastomosis primaria sea superior y, por ende, reemplace al procedimiento de Hartmann, sino que hay pacientes con necrosis intestinal que tienen mayor beneficio y menor riesgo con la anastomosis primaria, sin diferencias en la mortalidad. Awedew et al. (2023), en una revisión sistemática y metaanálisis de 724 pacientes con vólvulo sigmoideo gangrenoso, no encontraron diferencias significativas en mortalidad ni morbilidad entre ambas estrategias. Resultados similares fueron descritos posteriormente por Mwizerwa et al. (2025), en un metaanálisis que incluyó 4.473 pacientes, así como por Shahmoradi et al. (2021) en una cohorte retrospectiva de pacientes con vólvulo sigmoideo. En diverticulitis complicada también se han reportado hallazgos concordantes. Lee et al. (2023) demostraron que la anastomosis primaria con ileostomía de protección presenta tasas similares de mortalidad y complicaciones cuando se compara con el procedimiento de Hartmann.

La principal fortaleza de la anastomosis primaria es el menor riesgo estadísticamente significativo en la permanencia libre de estoma en comparación con la intervención de Hartmann. Por un lado, el ensayo clínico aleatorizado LADIES mostró una mayor probabilidad de permanecer libre de estoma a largo plazo en pacientes tratados mediante anastomosis primaria sin comprometer la seguridad quirúrgica (Lambrichts et al., 2019). Más recientemente, Pellegrin et al. (2025) identificaron menor mortalidad y una mayor supervivencia libre de estoma en pacientes sometidos a reconstrucción primaria del tránsito intestinal. Finalmente, estudios desarrollados por Ríos-Díaz et al. (2024), Vergara-Fernández et al. (2022), Yu et al. (2024) y Yalkın et al. (2022) han demostrado que un porcentaje importante de pacientes sometidos a procedimiento de Hartmann nunca alcanza la reconstrucción definitiva del tránsito intestinal, particularmente aquellos con edad avanzada o importantes comorbilidades. Este aspecto, aunque pequeño, tiene un gran impacto positivo en la calidad de vida de los pacientes.

Los factores comunes que se han vinculado al éxito de la anastomosis primaria, incluso en contextos de contaminación intraabdominal importante, son la edad joven, la albúmina en niveles normales y resultados bajos de escalas de gravedad como SOFA y APACHE II (Omoto, 2024). En el presente caso, la edad joven de la paciente, la ausencia de enfermedades crónicas relevantes y la posibilidad de realizar una resección completa del segmento afectado dejando bordes intestinales viables probablemente contribuyeron al éxito del procedimiento.

Otro aspecto relevante es que la reconstrucción intestinal se realizó sin estoma de derivación. En los últimos años se ha producido un importante cambio conceptual en la literatura. Si inicialmente la controversia se centraba en la comparación entre procedimiento de Hartmann y anastomosis primaria, actualmente gran parte de la investigación intenta determinar cuáles pacientes requieren realmente una derivación protectora tras una anastomosis primaria. El protocolo DIVERTI-2 (Pinson et al., 2022), la revisión sistemática de Dreifuss et al. (2023), el estudio multicéntrico de Ceresoli et al. (2026) y el metaanálisis de Wang et al. (2025) reflejan claramente esta transición conceptual. De manera general, estos estudios sugieren que el estoma protector puede disminuir ciertas complicaciones relacionadas con una eventual fuga anastomótica, pero sin demostrar una reducción consistente de la mortalidad o de la morbilidad global (Dreifuss et al., 2023; Ceresoli et al., 2026; Wang et al., 2025).

En cuanto a la evolución clínica postoperatoria de la paciente, esta también respalda los hallazgos de la literatura actual. A pesar del requerimiento inicial de soporte vasopresor a bajas dosis y de la presencia de sepsis abdominal, la paciente presentó recuperación progresiva de la función intestinal, ausencia de evidencia clínica de fuga anastomótica, tolerancia a la progresión de dieta dentro de los márgenes de tiempo esperables y progresión clínica favorable durante el seguimiento de uno, dos y tres meses posteriores a la cirugía.

Un punto final, pero no menos importante, es tomar en cuenta la experiencia y el criterio clínico del equipo quirúrgico y de anestesia en la toma de decisiones, pues también tiene un impacto en el resultado (Fa & Hawkins, 2024).

Conclusiones

Este estudio presenta las limitaciones propias de su nivel de evidencia; sin embargo, respalda la evidencia actual que favorece la realización de anastomosis primaria en pacientes cuidadosamente seleccionados, incluso en presencia de sepsis abdominal y necrosis intestinal. La literatura contemporánea demuestra que la mortalidad y la morbilidad son comparables a las obtenidas mediante procedimientos derivativos, mientras que la principal ventaja de la reconstrucción primaria radica en la preservación de la continuidad intestinal y la reducción del riesgo de ostomía permanente. Por ello, la decisión quirúrgica debe individualizarse considerando la condición clínica del paciente, los hallazgos intraoperatorios y la experiencia del equipo tratante.

Referencias Bibliográficas

- Agirman, E., Disci, E., Peksoz, R., & Atamanalp, S. S. (2024). Primary anastomosis versus stoma following urgent sigmoidectomy for sigmoid volvulus: 58-year experience in a tertiary referral center. *Pakistan journal of medical sciences*, 40(11), 2513.
- AlSulaim, H. A., Garfinkle, R., Marinescu, D., Morin, N., Ghitulescu, G. A., Vasilevsky, C. A., ... & Boutros, M. (2023). Is the Hartmann's procedure for diverticulitis obsolete? National trends in colectomy for diverticulitis in the emergency setting from 1993 to 2018. *Surgical Endoscopy*, 37(10), 7717-7728.
- Aras, A. (2025). Primary anastomosis versus Hartmann's procedure in obstructing colorectal cancer: a retrospective cohort study. *Current Oncology*, 32(11), 636.
- Awedew, A. F., Asefa, Z., & Enkoye, B. D. (2023). Comparing resection and primary anastomosis versus Hartmann's stoma on the mortality and morbidity of gangrenous sigmoid volvulus: Systematic review and meta-analysis. *Ethiopian journal of health sciences*, 33(6).
- Cairns, C. A., Carlisle, K. M., Ryan, K. A., Chen, C., Ghneim, M. H., & Falvey, J. (2023). Exploring differences in days alive and at home after hartmann's procedure vs primary

anastomosis with proximal diversion for older adults with diverticulitis. *Journal of the American College of Surgeons*, 10-1097.

Ceresoli, M., Podda, M., Ferro, C. A. P., Cioffi, S. P. B., Biloslavo, A., Cozza, V., & Coccolini, F. (2026). Emergency left side colectomy and primary anastomosis with or without diverting stoma: a comparative study. *International Journal of Colorectal Disease*.

Ceylan, C., Kocaaslan, H., Baran, N. T., Saglam, K., Angin, Y. S., & Aydin, C. (2024). Outcomes of resection anastomosis versus Hartmann's procedure in sigmoid volvulus. *Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 57(1), 33-37. <https://doi.org/10.20492/aeahtd.1281940>

Dreifuss, N. H., Casas, M. A., Angeramo, C. A., Schlottmann, F., Laxague, F., Bun, M. E., & Rotholtz, N. A. (2023). Sigmoid resection and primary anastomosis for perforated diverticulitis with peritonitis: To divert or not to divert. A systematic review and meta-analysis. *Surgery*, 174(6), 180-188. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2023.04.035>

Edomskis, P. P., Hoek, V. T., Stark, P. W., Lambrichts, D. P. V., Draaisma, W. A., Consten, E. C. J., Bemelman, W. A., & Lange, J. F. (2022). Hartmann's procedure versus sigmoidectomy with primary anastomosis for perforated diverticulitis with purulent or fecal peritonitis: Three-year follow-up of a randomized controlled trial. *International Journal of Surgery*, 98. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2021.106221>

Fa, A., & Hawkins, A. T. (2024). Surgeon perspective on the surgical treatment of acute diverticulitis: Hartmann's Procedure vs Primary Anastomosis.

Hartmann, H. (1921). Nouveau procédé d'ablation des cancers de la partie terminale du colon pelvien. Trentième Congrès de Chirurgie Strasbourg. <http://www.grandroundsjournal.com/articles/gr089001/hartmann-original.pdf>

Lambrichts, D. P., Vennix, S., Musters, G. D., Mulder, I. M., Swank, H. A., Hoofwijk, A. G., ... & Heisterkamp, J. (2019). Hartmann's procedure versus sigmoidectomy with primary

- anastomosis for perforated diverticulitis with purulent or faecal peritonitis (LADIES): a multicentre, parallel-group, randomised, open-label, superiority trial. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*, 4(8), 599-610.
- Lee, Y., McKechnie, T., Samarasinghe, Y., Eskicioglu, C., Kuhnen, A. H., & Hong, D. (2023). Primary anastomosis with diverting loop ileostomy versus Hartmann's procedure for acute complicated diverticulitis: Analysis of the National Inpatient Sample 2015-2019. *International Journal of Colorectal Disease*, 38(156). <https://doi.org/10.1007/s00384-023-04452-3>
- Merabishvili, G., Mosidze, B., Demetrashvili, Z., & Agdogmelashvili, I. (2022). Comparison of Hartmann's procedure versus resection with primary anastomosis in management of left-sided colon cancer obstruction. *Georgian Medical News*, 3(324), 21-25.
- Mugisha, A. I. (2026). Hartmann's procedure versus primary anastomosis: Patient-centered outcomes in older adults. *Annals of Medicine and Surgery*, 88(6), 3795-3796. <https://doi.org/10.1097/MS9.0000000000005004>
- Mwizerwa, J. L., Cyuzuzo, T., Gasakure, M., Nitrenganya, F., & Rickard, J. (2025). Sigmoid resection with primary anastomosis versus Hartmann's procedure for sigmoid volvulus: A systematic review and meta-analysis. *East and Central African Journal of Surgery*, 30(3), 22-33. <https://doi.org/10.4314/ecajs.v30i3.4>
- Omoto, R. (2024). Comparison between primary anastomosis without diverting stoma and Hartmann's procedure for colorectal perforation: A retrospective observational study. *Cureus*, 16(4), e58402. <https://doi.org/10.7759/cureus.58402>
- Pellegrin, A., Alves, A., Beyer-Berjot, L., Zerbib, P., Bridoux, V., Manceau, G., Panis, Y., Buscail, E., Venara, A., Khaoudy, I., Gaillard, M., Ortega-Deballon, P., Thobie, A., Menahem, B., Eveno, C., Bonnel, C., Mabrut, J. Y., Badic, B., Godet, C., ... Sabbagh, C. (2025). Hartmann's procedure versus primary anastomosis for Hinchey III or IV sigmoid diverticulitis: A propensity score analysis of a retrospective national cohort study. *Surgical Endoscopy*, 39, 5676-5688. <https://doi.org/10.1007/s00464-025-11906-y>

- Pinson, J., Tuech, J. J., Ouaisi, M., Mathonnet, M., Mauvais, F., Houivet, E., Lacroix, E., Rondeaux, J., Sabbagh, C., & Bridoux, V. (2022). Role of protective stoma after primary anastomosis for generalized peritonitis due to perforated diverticulitis (DIVERTI-2): Rationale and design (NCT04604730). *BMC Surgery*, 22(191), 128. <https://doi.org/10.1186/s12893-022-01589-w>
- Ríos Díaz, A. J., Bevilacqua, L. A., Habarth-Morales, T. E., Zalewski, A., Metcalfe, D., Costanzo, C., Yeo, C. J., & Palazzo, F. (2024). Primary anastomosis with diverting loop ileostomy versus Hartmann's procedure for acute diverticulitis: What happens after discharge? Results of a nationwide analysis. *Surgical Endoscopy*, 38, 2777-2787. <https://doi.org/10.1007/s00464-024-10752-8>
- Shahmoradi, M. K., Farahani, P. K., & Sharifian, M. (2021). Evaluating outcomes of primary anastomosis versus Hartmann's procedure in sigmoid volvulus: A retrospective cohort study. *Annals of Medicine and Surgery*, 62, 160-163. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2021.01.019>
- Toro, A., Mannino, M., Reale, G., Cappello, G., & Di Carlo, I. (2012). Primary anastomosis vs Hartmann procedure in acute complicated diverticulitis: Evolution over the last twenty years. *Chirurgia*, 107(5), 598-604.
- Vergara-Fernández, O., Morales-Cruz, M., Armillas-Canseco, F., Pérez-Soto, R., Arcia-Guerra, E., & Trejo-Ávila, M. (2022). Hartmann's procedure versus primary anastomosis for Hinchey stage III diverticulitis: A prospective case-control study. *Revista de Gastroenterología de México*, 87(4), 509-512. <https://doi.org/10.1016/j.rgmxen.2022.09.001>
- Wang, Z., Sheng, W., Dai, S., Li, X., Lin, G., & Kang, X. (2025). The safety of primary anastomosis without protective stoma in emergency left colon surgery: A meta-analysis. *Journal of Investigative Surgery*. <https://doi.org/10.1080/08941939.2025.2520992>

Yalkın, O., Altintoprak, F., Uzunoğlu, M. Y., Yildiz, Y. A., Kamburoğlu, M. B., Firat, N., & Çelebi, F. (2022). Factors predicting the reversal of Hartmann's procedure. *BioMed Research International*, 2022(1). <https://doi.org/10.1155/2022/7831498>

Yu, M. Z., Fang, C. Y., Huang, W. L., Yang, H. Y., & Chu, C. T. (2024). A comparison between Hartmann's procedure, primary anastomosis, and primary anastomosis with defunctioning stoma in Hinchey III and IV diverticulitis. *Journal of Society of Colon and Rectal Surgeons, Taiwan*, 35, 201-209. [https://doi.org/10.6312/SCRSTW.202412_35\(4\).11241](https://doi.org/10.6312/SCRSTW.202412_35(4).11241)

Contribuciones de los autores: Sustenta la propuesta mediante el reporte detallado del paciente: cuadro de sepsis abdominal, hallazgos transoperatorios, decisión de realizar resección intestinal con anastomosis primaria en lugar de un estoma derivativo, y la evolución posoperatoria.

Esther Salomé Loyola Cevallos: Conceptualización del estudio, supervisión del proyecto, validación científica y revisión crítica del manuscrito.

Jaime Lenín Veintimilla Hurtado: Conceptualización del estudio, supervisión del proyecto, validación científica y revisión crítica del manuscrito.

Heriberto Ortiz Martín: Investigación, búsqueda y recopilación bibliográfica, análisis de la literatura científica y redacción del borrador original.

Esteban Germán Lojano Munzón: Investigación, organización y análisis de la información científica, apoyo en la redacción y revisión del manuscrito.

Leslie Suley Rodríguez Campoverde: Diseño metodológico, validación de contenidos, revisión crítica, corrección académica y gestión del proyecto.

Conflicto de intereses: Los autores declaran que no existe conflicto de interés