



Abordaje laparoscópico en el tratamiento de tumores colorrectales

Laparoscopic approach in the treatment of colorectal tumors

Luis Enrique Concepción Portales¹  

Néstor Azcano González¹ 

Roberto G Millán Sandoval¹

¹Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas (CIMEQ). La Habana, Cuba.

Recibido: 1/9/2022
Aceptado: 14/11/2022

RESUMEN

Introducción. El cáncer colorrectal mantiene una incidencia alta en los países occidentales y es el más común del tubo digestivo, ocupando el cuarto lugar en frecuencia diagnóstica. El tratamiento quirúrgico es la principal opción terapéutica con intención curativa, el cual puede ser por vía laparoscópica o convencional.

Objetivo. Evaluar las ventajas del abordaje laparoscópico respecto al convencional en el tratamiento quirúrgico de tumores colorrectales en el CIMEQ, en el período comprendido entre 2015-2020.

Métodos. Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo en 60 pacientes sometidos a estas cirugías.

Resultados. El 60 % correspondió al sexo femenino y prevalecieron los pacientes del grupo 60-69 años (47 %). El colon ascendente fue la localización más frecuente (40 %) y el 95 % correspondió a un adenocarcinoma. Se determinó como promedio, menor tiempo quirúrgico en la cirugía convencional (220 minutos); menor sangrado (150 mililitros), estadía hospitalaria (5 días) y morbilidad (30 %) en la laparoscópica. No se reportó mortalidad.

Conclusiones. La cirugía laparoscópica ofrece cuantificables ventajas y excelentes resultados, a favor de menor pérdidas hemáticas, morbimortalidad y estadía hospitalaria posoperatoria con respecto a la cirugía convencional, a pesar de presentar mayor tiempo quirúrgico.

Palabras clave: cáncer colorrectal; abordaje laparoscópico; ventajas.



ABSTRACT

Introduction. Colorectal cancer maintains a high incidence in western countries and is the most common in the digestive tract, occupying the fourth place in diagnostic frequency. Surgical treatment is the main therapeutic option with curative intent, which can be laparoscopic or conventional.

Objective. To evaluate the advantages of the laparoscopic approach over the conventional one in the surgical treatment of colorectal tumors in the CIMEQ, in the period between 2015-2020.

Methods. A descriptive, longitudinal, prospective study was performed in 60 patients undergoing these surgeries.

Results. 60 % were female and patients in the 60-69 year group prevailed (47 %). The ascending colon was the most frequent location (40 %) and 95 % corresponded to an adenocarcinoma. The average surgical time in conventional surgery was 220 minutes; less bleeding (150 milliliters), hospital stay (5 days) and morbidity (30 %) in laparoscopic approach. No mortality was reported.

Conclusion. Laparoscopic surgery offers quantifiable advantages and excellent results, in favor of less blood loss, morbidity, postoperative hospital stay compared to conventional, despite having statistically no significant surgical time.

Keywords: colorectal cancer; advantages; laparoscopic approach.

Introducción

El cáncer colorrectal mantiene una incidencia alta en los países occidentales y en aquellos altamente industrializados. Es el más común del tubo digestivo, ocupa el cuarto lugar en frecuencia diagnóstica, después del cáncer de mama, pulmón y próstata.¹ Aunque en Corea, acorde a estadísticas de cáncer del 2015, este es el segundo tipo más común, seguido por el cáncer de estómago.² La incidencia del cáncer colorrectal en los Estados Unidos es de 34 casos por 100 000 habitantes, con un número total de 74 000 nuevos casos anuales.³

En la distribución según sexo de los tumores de recto, predominan los hombres sobre las mujeres. El riesgo de desarrollar cáncer de recto es 1,5 más alto en hombres que en mujeres, mientras que en estas predomina el desarrollo de cáncer en el colon proximal.⁴

En Cuba, según datos estadísticos del año 2019 los tumores malignos constituyen la segunda causa de muerte y dentro de ellos, los de la porción intestinal representan el 11 % aproximadamente del total de defunciones por cáncer en ese año, con 2 684 defunciones; siendo más frecuente las defunciones por esta causa en el sexo femenino y en edades mayores de 60 años. Cada año ha sido mayor la incidencia y la prevalencia de dicha enfermedad, aunque la primera disminuyó ligeramente con respecto al año anterior.⁵



ISSN: 1995-9427 RNPS: 2162

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/img>
Vol. 14 No. 3 (Suplemento) | 2022



La aparición del cáncer colorrectal es de causa multifactorial, determinada por factores de riesgo, tales como: la edad a partir de los 40 años aumenta su incidencia, antecedentes familiares de cáncer colorrectal (CCR), poliposis adenomatosa familiar (PAF) o cáncer colorrectal hereditario no polipósico (CCHNP), síndrome de cáncer colorrectal familiar (Lynch 1), síndrome de adenomatosis heredo familiar (Lynch 2), antecedentes patológicos personales: de CCR, o adenomas, enfermedad inflamatoria intestinal (colitis ulcerosa de años de evolución, enfermedad de Crohn), hamartomas, síndrome de Gardner, síndrome de Turcot, poliposis atenuada o poliposis juvenil, colecistopatías, cáncer de mama. Influyen además factores ambientales: dietéticos (dieta rica en grasa de origen animal, carnes rojas, alcoholismo), el sedentarismo y el hábito de fumar.^{6,7}

El 95 % de los tumores colorrectales son adenocarcinomas y el 5 % restante corresponde a otros tipos de tumores como linfomas, sarcomas, tumores carcinoides, carcinomas escamosos y carcinomas adenoescamosos.^{8,9,10}

El tratamiento quirúrgico es la principal opción terapéutica con intención curativa del cáncer colorrectal y la calidad de este no puede ser sustituida por ningún tratamiento, incluida la quimioterapia. Aunque la mayoría de los pacientes son intervenidos quirúrgicamente, aproximadamente la mitad de los que son tratados con intención curativa, fallecen por recaída de su cáncer. El porcentaje de pacientes con metástasis a distancia tras cirugía, aumenta conforme el estadio es más avanzado.⁷

En función de la localización del tumor, las resecciones pueden consistir en hemicolectomía derecha, hemicolectomía izquierda, transversotomía, sigmoidectomía, resección anterior baja, resección anterior ultra baja y amputación abdominoperineal o de Miles, las que se pueden realizar por abordaje convencional o laparoscópico.^{11,12,13}

La primera cirugía laparoscópica de colon fue efectuada en el año 1991 por Jacobs et al., lo que significó para muchos el inicio de una senda que conduciría al reemplazo de la laparotomía por el acceso laparoscópico en la cirugía intestinal. El gran entusiasmo suscitado a comienzos de los años 90 se vio opacado por la larga curva de aprendizaje de este nuevo procedimiento, el costo de los instrumentos, el desarrollo de implantes tumorales en sitios de trócares y finalmente por las mínimas ventajas con respecto a la cirugía por laparotomía. Una vez que estos retos fueron superados con el desarrollo de instrumentos específicos para cada procedimiento, así como con la introducción de la engrapadora laparoscópica y los instrumentos con fuentes de energía térmica, se inició un movimiento creciente para estas modalidades en el contexto de entidades colorrectales malignas.¹⁴

El abordaje laparoscópico otorga todos los beneficios relacionados con una menor agresión parietal, tales como mejor resultado cosmético, corta estadía hospitalaria, mayor confort, menor dolor y discapacidad postoperatoria, rápida recuperación del tránsito intestinal e ingesta oral, menos adherencias posoperatorias y menor riesgo de oblitos quirúrgicos, evisceración o eventración; además de minimizar los riesgos de accidentes relacionados con la manipulación directa de las vísceras. Permite el decolamiento de todos los sectores del colon, transformándolo



ISSN: 1995-9427 RNPS: 2162

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/img>
Vol. 14 No. 3 (Suplemento) | 2022



en un órgano totalmente móvil y apto para ser exteriorizado a través de pequeñas incisiones, que pueden ser aprovechadas, para la ligadura de los mesos, resección, anastomosis y extracción de la pieza.¹

La resección colorrectal laparoscópica es en la actualidad un procedimiento quirúrgico frecuente en todo el mundo y es el método de elección en el abordaje de los tumores colorrectales, siempre que sea posible. En el Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas (CIMEQ) se realiza desde el año 2006; a nivel nacional se lleva a cabo en muy pocas instituciones. Por tales razones, se expondrán las ventajas de este abordaje, con respecto al convencional, al caracterizar a los pacientes operados por esta afección en el CIMEQ durante el periodo de 2015 a 2020.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, en el Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas, en La Habana, en el período entre los años 2015-2020; para evaluar las ventajas del abordaje laparoscópico respecto al convencional en el tratamiento quirúrgico de tumores colorrectales. Los pacientes estudiados fueron ingresados en el servicio de cirugía general y operados por el grupo de cirujanos que lo integran. Los datos fueron obtenidos de los registros del servicio de Anatomía Patológica de nuestro hospital y de las historias clínicas en el servicio de Archivo y Estadísticas de la institución.

Durante el periodo 140 pacientes con tumores colorrectales recibieron tratamiento quirúrgico en el CIMEQ en el período de estudio, de los cuales se seleccionaron 60 pacientes operados por tumores colorrectales en cirugía electiva, 30 operados por cirugía laparoscópica y 30 por vía convencional; se excluyeron los pacientes con cáncer rectal operados por vía laparoscópica con necesidad de conversión, pacientes con presencia de enfermedad metastásica a distancia en el momento del diagnóstico y los pacientes cuyo seguimiento oncológico no se realizó en el centro.

El procesamiento de la información se realizó mediante el paquete estadístico SPSS versión 13.0 sobre Windows. Se emplearon como medidas de resumen descriptivas: la media aritmética, la desviación estándar para las variables cuantitativas; y el porcentaje para las variables cualitativas.



Resultados

Tabla 1. Distribución de los pacientes sometidos a cirugía colorrectal, según edad y sexo

| Grupos de edad(años) | Femenino | | Masculino | | Total | |
|----------------------|----------|----|-----------|----|-------|-----|
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| 40-49 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 5 |
| 50-59 | 10 | 16 | 8 | 13 | 18 | 30 |
| 60-69 | 16 | 27 | 12 | 20 | 28 | 47 |
| 70-79 | 8 | 13 | 3 | 5 | 10 | 16 |
| 80 y más | 1 | 2 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| Total | 36 | 60 | 24 | 40 | 60 | 100 |

El 60 % correspondió al sexo femenino. Prevalció el grupo de 60-69 años de edad, (47 %). La media de edad fue de 68 ±9,2 años.(Tabla 1).

La localización anatómica del cáncer colorrectal se muestra en la tabla 2. El colon ascendente fue la localización más frecuente (40 %), seguido del sigmoides (21,7 %) y el recto (18,4%). Hubo un paciente con un tumor sincrónico en colon, con necesidad de realizar proctocolectomía total con anastomosis ileoanal con reservorio en J por cirugía convencional.

Tabla 2. Localización anatómica del cáncer colorrectal

| Localización | n | % |
|--|----|------|
| Colon ascendente | 24 | 40 |
| Colon transverso | 3 | 5 |
| Colon descendente | 8 | 13,3 |
| Sigmoides | 13 | 21,7 |
| Recto | 11 | 18,4 |
| Tumor sincrónico en colon ascendente y sigmoides | 1 | 1,7 |
| Total | 60 | 100 |

En la tabla 3 se muestra lo concerniente a tiempo quirúrgico, pérdidas hemáticas y estadio hospitalario postquirúrgico. El tiempo quirúrgico promedio en el grupo de cirugía por mínima invasión fue de 265 (150-375) minutos, siendo mayor que en el de abordajeconvencional, el cual fue de 220 (135 – 350) minutos.

El promedio de pérdidas hemáticas fue de 150 (50 – 400) mililitros para el laparoscópico y de 300 (200 – 1000) mililitros para el convencional. Las mayores pérdidas ocurrieron en los pacientes sometidos a cirugía abdominoperineal en tumores rectales bajos.

El estadio hospitalario fue mayor en los casos operados por el método de cirugía convencional.



Tabla 3. Variables intraoperatorias y estadía hospitalaria

| | Cirugía convencional | Cirugía laparoscópica |
|---------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Tiempo quirúrgico (minutos) | 220 (135 – 350) | 265 (150-375) |
| Pérdidas hemáticas (mililitros) | 300 (200 –1000) | 150 (50 –400) |
| Estadía hospitalaria(días) | 7 (4-12) | 5 (4-9) |

Según la histopatología el adenocarcinoma de colon fue el tumor más frecuente, 57 pacientes (95 %); el moderadamente diferenciado fue el grado de diferenciación dentro del anterior más común. Hubo 2 pacientes con carcinoma indiferenciado y 1 con un carcinoma epidermoide. (Tabla 4).

Tabla 4. Histopatología y grado de diferenciación de tumores colorrectales.

| Histopatología | No. | % |
|---|-----|------|
| Adenocarcinoma bien diferenciado | 7 | 11.7 |
| Adenocarcinoma moderadamente diferenciado | 46 | 76.7 |
| Adenocarcinoma poco diferenciado | 4 | 6.7 |
| Carcinoma indiferenciado | 2 | 3.2 |
| Carcinoma epidermoide | 1 | 1.7 |
| Total | 60 | 100 |

La distribución de la morbilidad postoperatoria según grupo de estudio se muestra en la tabla 5. Los pacientes operados por abordaje laparoscópico, presentaron menor morbilidad con respecto a los demás, pues solo un 30 % tuvo complicaciones. No se detectó ninguna mortalidad relacionada con la cirugía.

Tabla 5. Morbilidad postoperatoria en pacientes operados.

| Aspecto | Cirugía convencional | | Cirugía laparoscópica | |
|--------------------------|-----------------------------|------|------------------------------|-----|
| | No. | % | No. | % |
| Morbilidad posoperatoria | | | | |
| Sí | 14 | 46.7 | 9 | 30 |
| No | 16 | 53.3 | 21 | 70 |
| Total | 30 | 100 | 30 | 100 |

Las complicaciones más frecuentes fueron, por cirugía convencional: infección de sitio operatorio, íleo paralítico, dehiscencia de sutura en 1 paciente, pouchitis en un paciente, fístula de bajo gasto



ISSN: 1995-9427 RNPS: 2162

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/img>
Vol. 14 No. 3 (Suplemento) | 2022



en un paciente y por cirugía laparoscópica: infección del puerto de entrada, íleo paralítico, hernia interna en un paciente.

Discusión

Un sinónimo de progreso en cirugía es el desarrollo de métodos diagnósticos y procedimientos cada vez menos invasivos. La cirugía de colon y recto no estuvo exenta de esta realidad y es así como se hicieron grandes avances en su resección por mínimainvasión. En los primeros casos realizados se observaron múltiples dificultades como: una larga curva de aprendizaje, desarrollo de implantes tumorales en sitios de trócares y mínimas diferencias en sus resultados, lo que llevó a focalizar el desarrollo de la cirugía laparoscópica en cáncer colorrectal solo a grupos que trabajen según protocolo.¹⁴

Según Roque R, et al¹⁵, en una investigación realizada en el Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso en La Habana, el sexo predominante fue el femenino y la edad promedio fue de 66 años. datos similares a los que arrojó este estudio, pues las féminas representaron el 60 % y hubo una edad promedio de 68 años, siendo el rango de 60-69 años el más representativo. El anuario estadístico de salud del 2018 arroja similares resultados en cuanto a estos aspectos.⁵

De acuerdo a lo publicado por Arribas-Martin y col¹⁶ en 82 pacientes estudiados, el 42,68 % correspondió a tumores de localización colónica descendente - sigmoidea y un 35,36 % a la porción ascendente; sin embargo, Taupyk y col¹⁷ exponen como más frecuente el cáncer en el recto, seguido del ascendente; elementos que demuestran la variabilidad de resultados en esta variable. En este estudio, la localización anatómica más frecuente fue colon ascendente (40 %), seguido por la región sigmoidea (21,7%) y rectal (18,4 %). Hubo un paciente con un tumor sincrónico en colon, con necesidad de realizar proctocolectomía total, con anastomosis ileoanal con reservorio en J por cirugía convencional.

La dificultad técnica en los procedimientos laparoscópicos, hace aún necesaria una compleja curva de aprendizaje. Es la dificultad de esta, la necesidad de realizar un elevado número de intervenciones anuales y contar con el instrumental y equipamiento requeridos, lo que hacen difícil que pueda estar al alcance de todos los cirujanos; por lo que es necesario, según autores consultados, centralizarlo en unidades específicas para que los cirujanos que se inicien en ella lo hagan de forma eficiente y con buenos resultados.¹⁸ En el CIMEQ se desarrolla desde el año 2006 el tratamiento mínimamente invasivo en el cáncer colorrectal, y desde entonces ha revelado varias ventajas con respecto al convencional.

Las bibliografías consultadas plantean casi de manera unánime que la cirugía laparoscópica de colon muestra ventajas clínicas relevantes a corto plazo respecto a la cirugía abierta, y destacan la



ISSN: 1995-9427 RNPS: 2162

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/img>
Vol. 14 No. 3 (Suplemento) | 2022



disminución del dolor y el íleo postoperatorios, las menores morbilidad y estancia hospitalaria y la mejor calidad de vida en el primer mes tras la intervención. En cambio, el tiempo de intervención es ligeramente más largo.¹⁸

Ramacciato G y colaboradores¹⁹, exponen un tiempo quirúrgico de 251 minutos, con rango entre 130-360 minutos en un grupo de pacientes que se les realizó hemicolectomía derecha laparoscópica. Y en otro que se les realizó por vía convencional, fue de 222,9 min (rango: 135-360 min). Por otra parte, Arribas-Martin y col¹⁶ muestran un tiempo operatorio promedio en un grupo de cirugía abierta de 190,8 minutos (55 a 370) y una en el grupo laparoscópico de 240,71 minutos (95 a 445). Farinetti A, et al²⁰ exhibe uno de

177,9 (110-360) minutos y 293 (rango 135 - 520) minutos, en cirugía convencional y laparoscópica respectivamente. En este estudio el tiempo promedio en el abordaje convencional fue de 220 (135 — 350) minutos y el de cirugía mínima invasiva de 265 (150-375) minutos, con 45 minutos mayores aproximadamente, no ofreciendo ventajas. Los rangos mayores corresponden a cirugías con disección rectal, las cuales son más complejas. Estos parámetros están acordes a los expuesto por otras investigaciones a lo largo de planeta y durante los últimos años; aunque se trabaja en mejorar, para ofrecer menor exposición anestésica. En todos los estudios consultados ha existido un mayor tiempo quirúrgico laparoscópico con respecto al convencional.^{16;19; 20;21}

Las primeras ventajas de la cirugía laparoscópica en este estudio son en cuanto a las pérdidas hemáticas intraoperatorias, disminuyendo la inestabilidad hemodinámica y la necesidad de transfusión. Elementos que mejoran cuantitativamente la morbimortalidad influenciados por menor traumatismo del tejido al acceder a la cavidad peritoneal, evitarla retracción manual de las vísceras y por la disección meticulosa que ofrece la cirugía videoscópica.¹⁸ Estos pacientes mostraron una media de 150 (50 — 400) mililitros para el laparoscópico y de 300 (200 — 1000) mililitros para el convencional. Los cuales son favorables, en comparación a diversos estudios; por ejemplo: Ramacciato G y colaboradores¹⁹ exponen 135 (100-300) ml y 404.1 (250-1000) ml como pérdida en la laparoscópica y convencional respectivamente. Por otra parte, Quero G y col²² en una investigación de 2019 en Italia, muestran resultados parecidos: 127 (± 92) versus 242 (± 122) ml, respectivamente.

Otra ventaja de la cirugía laparoscópica incluye la reducción del tiempo de estancia hospitalaria y el retorno más rápido del paciente a su vida laboral y social. Según Taupyk Y y col¹⁷ en su investigación, la estancia hospitalaria postquirúrgica fue de 4,3 y 8,0 días, para la cirugía laparoscópica y convencional respectivamente. En este estudio la estancia hospitalaria de los pacientes operados por mínima invasión fue dos días menor que la abierta, con 5 (4-9) y 7 (4-12) días respectivamente.

El adenocarcinoma de colon fue el más representativo según la histopatología, con un 95 %; y el moderadamente diferenciado fue el grado de diferenciación dentro del anterior más común, con un 76.7 %, dato que corresponde con lo presentado por Tamakoshi A y col²³ en un estudio realizado en el 2017 en 5864 pacientes en Japón.



ISSN: 1995-9427 RNPS: 2162

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/img>
Vol. 14 No. 3 (Suplemento) | 2022



Una de las ventajas más importantes de la cirugía laparoscópica, respecto a la cirugía abierta es la disminución de la morbimortalidad perioperatoria. Los pacientes operados por abordaje laparoscópico, presentaron menor morbilidad con respecto a los demás, pues solo un 30 % tuvo complicaciones en comparación con los 46,7 % de la restante. Tal elemento habla a favor de una excelente recuperación tras la mínima invasión. No se detectó ninguna mortalidad relacionada con la cirugía. Las complicaciones más frecuentes en este estudio fueron: Infección de sitio operatorio, íleo paralítico, dehiscencia de sutura en un paciente, pouchitis en un paciente, fístula de bajo gasto en un paciente, en los operados por vía abierta y en los de cirugía laparoscópica: Infección del puerto de entrada, íleo paralítico y hernia interna en un paciente. Santoro A y col²⁴ reflejan una morbilidad de 24,6 % en cirugía laparoscópica. Según Arribas-Martin y col¹⁶ el 28,57% sufrió complicaciones postquirúrgicas.

Además, el mejor resultado estético es una ventaja adicional, especialmente en pacientes jóvenes y, potencialmente, la reducción en la formación de adherencias. Igualmente, hay un efecto favorable de la inmunidad mediada por células que disminuye el índice de infección de las heridas quirúrgicas.¹⁸

La cirugía laparoscópica en el tratamiento del cáncer colorrectal ofrece cuantificables ventajas y excelentes resultados, a favor de menores pérdidas hemáticas, morbimortalidad, estadía hospitalaria postoperatoria con la pronta recuperación del paciente e incorporación de este, lo más temprano posible, a su vida social y laboral. De ahí que sea el abordaje de elección en el tratamiento quirúrgico de este tipo de cáncer, a pesar de poseer un mayor tiempo quirúrgico, con respecto al convencional. Los resultados son similares a lo reportado por centros de alto volumen en laparoscopia.

Referencias bibliográficas

1. Minetti AM; Manoni JD. Abordaje laparoscópico del cáncer colorrectal. Rev Argent Coloproct. [revista en Internet] 2013 [citado 2019 Ene 14]; 24(3): 104-106 Disponible en: http://www.sacp.org.ar/revista/files/revistas/SACP_24_03.pdf
2. HyukHur, Chang-Mo Oh, Young-Joo Won, Jae Hwan Oh, Nam Kyu Kim. Characteristics and Survival of Korean Patients With Colorectal Cancer Based on Data From the Korea Central Cancer Registry Data. Ann Coloproctol. [revista en Internet] 2018 [citado 2019 Ene 29]; 34(4): 212–221. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6140370/>
3. Pedroza A. Tratamiento quirúrgico del cáncer de recto, revisión bibliográfica. Rev Colomb Cir. [revista en Internet] 2014 [citado 2019 Ene 14]; 29: 230-2042 Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v29n3/v29n3a8.pdf>



ISSN: 1995-9427 RNPS: 2162

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/img>
Vol. 14 No. 3 (Suplemento) | 2022



4. Paschke S, Jafarov S, Staib L, Kreuser ED, Maulbecker-Armstrong C, Roitman M, et al. Are Colon and Rectal Cancer Two Different Tumor Entities? A Proposal to Abandon the Term Colorectal Cancer. *Int J Mol Sci.* [revista en Internet]2018Sep [citado 2019 Ene 29] ; 19(9): 2577. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30200215>
5. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadísticas. Anuario Estadístico de Salud. [Internet]. La Habana: MINSAP; 2019.p.39-101[citado 2021 Feb 22] Disponible en: <http://www.sld.cu/anuncio/2020/05/09/publicado-el-anuario-estadistico-de-salud-2019>
6. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Sociedad Cubana de Coloproctología.Consenso Nacional de Cáncer de Recto. [Internet]. La Habana: MINSAP; 2013.[citado 2019 Ene 29] Disponible en:<http://files.sld.cu/coloproctologia/files/2013/11/consenso-nacional-rev-cancer-de-recto-23-11-20.pdf>
7. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Sociedad Cubana de Coloproctología.Consenso Nacional de Cáncer de Colon. [Internet]. La Habana: MINSAP; 2013.[citado 2019 Ene 29] Disponible en:<http://files.sld.cu/coloproctologia/files/2013/11/consenso-nacional-cancer-de-colon-20131.pdf>
8. Hagggar FA, Boushey RP. Colorectal cancer epidemiology: incidence, mortality, survival, and risk factors. *Clin Colon Rectal Surg* 2009; 22(4):191-197. Disponible en: <http://db.doyma.es/Acceso> 14 Junio 2012
9. Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guideline: Colorectal Cancer Screening. 2010. Disponible en www.icsi.org/colorectal_cancerscreening/colorectal_cancer_screening_5html. Acceso 17 Marzo 2012
10. Rex DK, Johnson DA, Anderson JC, et al; American College of Gastroenterology.American College of Gastroenterology guidelines for colorectal cancer screening. 2009 (corrected). *Am J Gastroenterol* 2009; 104:739-50. Disponible en: <http://www.jcancer.org> Acceso 13 Enero 2012
11. Townsend CM, Beauchamp D, Evers M, Mattox KL. Sabiston. Tratado de Cirugía. Fundamentos biológicos de la práctica quirúrgica moderna. 20ª edición. España: Elsevier; 2017.p. 1313-1314
12. Brunicardi FC, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Hunter JG, Matthews JB, et al.Schawartz. Principios de Cirugía. 9na edición. México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A de C.V;



ISSN: 1995-9427 RNPS: 2162

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/imq>
Vol. 14 No. 3 (Suplemento) | 2022



2011.p. 1024-1028.

13. Yeo CJ, Matthews JB, McFadden DW, Pemberton JH, Peters JH. Shackerlford. Surgery of the alimentary tract. 7th edition. Philadelphia: Elsevier Saunders;2013.p.2061-2067.
14. López Kostner F. Cirugía laparoscópica colorrectal: análisis de 85 pacientes consecutivos. Rev Chilena de Cirugía. [Internet] Junio 2004[citado 2019 Ene 7];56(3):255-262 Disponible en/Rev.Cir.3.04.(11).AV.pdf
15. Roque R, Martínez MA, Torres R, Pereira JG, Barreras J, López AB. Factores predictivos de reintervención en cirugía colorrectal laparoscópica. Rev Cubana Cir. [revista en Internet] 2014 [citado 2019 Ene 5]; 53(4): 356-365 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281239700004>
16. Arribas-Martin A, Díaz-Pizarro-Graf JI, Muñoz-Hinojosa JD, Valdés-Castañeda A, Cruz-Ramírez O, Marie Bertrand M. Estudio comparativo entre cirugía laparoscópica y cirugía abierta en cáncer colorrectal. Cir Cir [revista en Internet] 2014 [citado 2020 Feb 25];82:274-281 Disponible en: <http://www.mediagraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=50613>
17. Taupyk Y, Cao X, Zhao Y, Wang C, Wang Q. Fast-track laparoscopic surgery: A better option for treating colorectal cancer than conventional laparoscopic surgery. Oncol Lett [revista en Internet] 2015 Jul [citado 2020 Feb 24]; 10(1): 443-448 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4487143/>
18. Bressler N, Martínez E. Abordaje laparoscópico versus convencional en el cáncer colorrectal. [Tesis] Cuba. Instituto superior de ciencias médicas de la habana. 2012.
19. Ramacciato G, D'Angelo F, Aurello P, Nigri G, Valabrega S, Pezzoli F, et al. Right hemicolectomy for colon cancer: a prospective randomized study comparing laparoscopic vs. open technique. Chir Ital [revista en Internet] 2008 Jan-Feb [citado 2020 Feb 25]; 60(1): 1-7 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/18389741/?i=3&from=/17498289/related>
20. Farinetti A, Bonetti LR, Migaldi M, Mattioli AV, Pennela S, Muratori S, et al. A comparative analysis between laparoscopy and open colectomy: assessment of perioperative and oncological outcomes. Ann Ital Chir 2015 Jan-Feb;86(1):35-41 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/25819696/?i=13&from=/28292127/related>.
21. Xiao-Jun Song, Zhi-Li Liu, Rong Zeng, Wei Ye, Chang-Wei Liu. A meta-analysis of laparoscopic surgery versus conventional open surgery in the treatment of colorectal cancer. Medicine (Baltimore) [revista en Internet] 2019 Apr [citado 2020 Feb 24];98(17):e15347. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6831213/>
22. Quero G, Rosa F, Ricci R, Fiorillo C, Giustiniani MC, Cina C, et al. Open versus minimally invasive surgery for rectal cancer: a single center cohort study on 237 consecutive patients.



ISSN: 1995-9427 RNPS: 2162

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/img>
Vol. 14 No. 3 (Suplemento) | 2022



Updates Surg [revista en Internet] 2019 Sep [citado 2020 Feb 25];71(3):493-504 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/30868546/?i=5&from=perioperative%20outcomes%20in%20laparoscopic%20versus%20open%20surgery%20in%20colorectal%20cancer>

23. Tamakoshi A, Nakamura K, Ukawa S, Okada E, Hirata M, Nagai A, et al. Characteristics and prognosis of Japanese colorectal cancer patients: The BioBank Japan Project. J Epidemiol [revista en Internet] 2017 Augt [citado 2020 Feb 26];27(8): 398 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5350596/>

24. Santoro A, Del corpo G, Chiappini A, Mallozi S, Maria F, Di Cicco M, et al. Accreditation for colorectal cancer surgery in Italy. Preliminary results of a new program in a district hospital. G Chir [revista en Internet] 2019 Nov-Dec [citado 2020 Feb 26];40(6):504-512 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/32007111/?i=4&from=morbidityinlaparopicsurgeryincoloncancer>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.