

SABAS CARLOS VIEIRA¹

DJALMA RIBEIRO COSTA²

AURUS DOURADO MENESES³

JEANY BORGES E SILVA⁴

ALEXANDRA KOLONTAI DE SOUSA OLIVEIRA⁴

RODRIGO BESERRA SOUSA⁵

Exenteração pélvica para câncer do colo uterino recidivado pós-radioterapia: experiência de um centro terciário do Nordeste brasileiro

Post-radiotherapy pelvic exenteration in relapsed cervical cancer: experience of a tertiary health service in the northeast of Brazil

Artigo original

Palavras-chave

Neoplasias do colo do útero/cirurgia
Neoplasias do colo do útero/
complicações
Neoplasias do colo do útero/
epidemiologia
Neoplasias do colo do útero/
mortalidade
Neoplasias do colo do útero/
radioterapia
Complicações intra-operatórias
Complicações pós-operatórias
Exenteração pélvica
Taxa de sobrevida

Keywords

Uterine cervical neoplasms/surgery
Uterine cervical neoplasms/
complications
Uterine cervical neoplasms/
epidemiology
Uterine cervical neoplasms/
mortality
Uterine cervical neoplasms/
radiotherapy
Intraoperative complications
Postoperative complications
Pelvic exenteration
Survival rate

Resumo

OBJETIVO: analisar complicações, morbidade, mortalidade e sobrevida num grupo de pacientes com câncer de colo uterino com recidiva pélvica central submetidas à exenteração pélvica pós-tratamento primário com radioterapia. **MÉTODOS:** estudo retrospectivo de uma série de 16 casos de exenteração pélvica pós-tratamento primário com radioterapia. Foi realizada estatística descritiva, curva de sobrevida pelo método de Kaplan-Meier e análise de regressão linear múltipla para avaliar fatores prognósticos. **RESULTADOS:** dezesseis pacientes foram submetidas à exenteração pélvica. O carcinoma epidermoide, o estágio IIb e o grau indiferenciado foram as condições mais frequentes. A recidiva tumoral pós-operatória ocorreu na metade dos casos. Onze pacientes apresentaram complicações perioperatórias ou pós-operatórias e as mais frequentes foram infecções pélvica e da ferida operatória e fístulas urinárias. A sobrevida global foi de 64,3%, com um seguimento mediano de 11 meses. A análise de regressão linear múltipla não revelou fatores prognósticos significativos na sobrevida das pacientes. **CONCLUSÕES:** a taxa de sobrevida foi de 64,3%. Nenhum fator associado a pior prognóstico foi encontrado nesta série.

Abstract

PURPOSE: to analyze complications, morbidity, mortality and survival rate in a group of patients with cervical cancer with central pelvic relapse after primary radiotherapy treatment. **METHODS:** retrospective study of a series of 16 cases of pelvic exenteration after primary radiotherapy treatment. Descriptive statistics, survival curve through Kaplan-Meier's method, and regression analysis to evaluate prognosis were performed. **RESULTS:** sixteen patients have undergone pelvic exenteration. Epidermoid carcinoma, IIb stage and undifferentiated grade were the most frequent conditions. Postoperative tumor relapse occurred in half the cases. Eleven patients presented peri or post-surgical complications, the most frequent being pelvic infection, that of the surgical wound, and urinary fistulae. Global survival rate was 64.3%, with average follow-up of 11 months. Regression analysis did not detect any significant prognosis factor for the patient survival. **CONCLUSIONS:** the survival rate was 64.3%. No particular factor associated to poor prognosis has been found in the present series of cases.

Correspondência:

Sabas Carlos Vieira
Rua Félix Pacheco, 2.159 – sala 305 – Centro
CEP 64001-160 – Teresina (PI), Brasil
Fone: (86) 3226-1555
Fax: (86) 3226-1555
E-mail: sabas.vieira@uol.com.br

Recebido

27/3/08

Aceito com modificações

19/12/08

Clínica de Ginecologia e Mastologia do Hospital São Marcos e Departamento de Cirurgia Geral da Universidade Federal do Piauí – UFPI – Teresina (PI), Brasil.

¹ Professor Adjunto de Oncologia da Universidade Federal do Piauí – UFPI – Teresina (PI), Brasil.

² Residente de Clínica Médica do Hospital Getúlio Vargas da Universidade Federal do Piauí – UFPI – Teresina (PI), Brasil.

³ Residente de Cirurgia Geral do Hospital da Santa Casa de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

⁴ Médicas da Universidade Federal do Piauí – UFPI – Teresina (PI), Brasil.

⁵ Acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Piauí – UFPI – Teresina (PI), Brasil.

Introdução

O tratamento do câncer de colo uterino em estádios avançados implica maior taxa de recorrência da doença e menor sobrevida quando comparado com os estádios iniciais. As taxas de recidiva pélvica após tratamento exclusivo do câncer do colo uterino com radioterapia são de 10% no estágio Ib, 17% no IIa, 23% no IIb, 42% no III e 74% no IVa^{1,2}. De um modo geral, cerca de 25% das pacientes com câncer do colo uterino tratadas somente com radioterapia desenvolverão doença recorrente².

A radiação pélvica tem sido a terapia padrão e definitiva para a doença avançada. Com este tratamento, a taxa de sobrevida global após cinco anos é de aproximadamente 65%, variando de 15 a 80%, dependendo da extensão da doença. A principal causa de morte entre as mulheres com câncer do colo uterino é a doença não-controlada na pelve. Embora o aumento da dose da radiação melhore o controle da doença pélvica, a dose que pode ser liberada é limitada pelas severas complicações tardias do tratamento^{1,2}.

O câncer de colo uterino recidivado é um sério problema clínico, por conta do pobre prognóstico destas pacientes, independente do seu tratamento^{1,2}. As pacientes que apresentam recidiva após tratamento cirúrgico geralmente são tratadas com radioterapia e/ou quimioterapia. Entretanto, as que apresentam recidiva após tratamento com radioterapia exclusiva não apresentam resposta satisfatória à quimioterapia, e a cirurgia é a única possibilidade de cura para estas pacientes^{1,2}.

Classicamente, somente as recidivas centrais são passíveis de tratamento cirúrgico com histerectomia radical ou exenteração pélvica, com taxa de sobrevida em cinco anos variando de 20 a 50%³. As exenterações pélvicas podem ser classificadas em anteriores, posteriores e totais. A exenteração anterior consiste na ressecção em monobloco dos órgãos genitais femininos em conjunto com os do trato urinário inferior (ureteres distais e bexiga). Na exenteração posterior realiza-se a ressecção em monobloco dos órgãos genitais femininos juntamente com o reto e sigmoide. A exenteração total consiste na realização simultânea das exenterações anterior e posterior⁴.

Entretanto, recentemente Höckel² descreveu uma técnica de exenteração pélvica com extensão lateral para as recidivas com invasão da parede pélvica. Em sua série inicial de 36 casos operados a taxa de sobrevida foi de 49% em cinco anos. Foram avaliadas 100 pacientes com tumores recorrentes que se submeteram a ressecção com extensão lateral. Com um seguimento mediano de 30 meses, a sobrevida livre de doença em cinco anos foi de 62%. A taxa de mortalidade operatória foi de 2%. Estas duas pacientes que evoluíram para o óbito eram idosas e apresentavam comorbidades importantes. A taxa de morbidade foi de 70%².

Aqui é apresentada uma série de casos de pacientes de um estado do Nordeste do Brasil com tumores do colo uterino persistentes ou recidivados após radioterapia primária que se submeteram à exenteração pélvica.

Métodos

Neste estudo, foi avaliada retrospectivamente uma série de 16 casos de pacientes que se submeteram à exenteração pélvica no Hospital São Marcos em Teresina no Piauí para tratamento de tumores do colo uterino persistentes ou recidivados após radioterapia primária, no período de fevereiro de 2001 a janeiro de 2004. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São Marcos.

Todas as pacientes haviam sido submetidas à radioterapia externa, com dose mediana de 65 Gy (variando de 45 a 76 Gy), das quais sete delas foram submetidas a um reforço com braquiterapia de baixa taxa de dose com mediana de 43,1 Gy. Apenas uma paciente havia sido submetida à histerectomia radical prévia.

Foram incluídas neste trabalho pacientes com câncer de colo do útero com estádios IIa a IVa, segundo a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), submetidas à exenteração pélvica anterior ou total pelo mesmo cirurgião (SCV) e todas tinham em comum a indicação de exenteração pélvica para tratamento de tumores do colo uterino persistentes ou recidivados após radioterapia primária. Todas as pacientes foram consideradas para cirurgia apenas após confirmação histológica de recidiva do câncer do colo uterino.

Foram consideradas portadoras de tumores persistentes aquelas em que estes eram detectados até quatro meses após a radioterapia, enquanto que falhas no tratamento radioterápico foram reconhecidas pelo exame clínico e estudo histológico.

Todas as pacientes foram avaliadas pré-operatoriamente com exame físico completo e tomografia de pelve, tórax e abdome. Na presença de recidiva extrapélvica, as pacientes não eram submetidas à exenteração pélvica. Após avaliação psicológica e discussão exaustiva das sequelas da cirurgia, as pacientes consentiram verbalmente em serem submetidas ao procedimento. Do grupo inicial, 11 pacientes foram excluídas por apresentar metástase paraórtica extensa ou metástase pulmonar e receberam somente quimioterapia paliativa.

Quimioterapia adjuvante foi indicada nos casos com linfonodos ou margens cirúrgicas comprometidas e que apresentavam condição clínica para quimioterapia após a exenteração pélvica.

A ressecabilidade do tumor e a invasão da parede pélvica lateral eram avaliadas com uso da tomografia computadorizada de pelve, do toque ginecológico e do

inventário da cavidade abdominal. A cirurgia foi abortada quando havia metástase paraórtica confirmada pela biópsia de congelação e na presença de invasão da parede pélvica lateral.

As abordagens cirúrgicas foram exenteração pélvica anterior (vagina, colo uterino, útero, paramétrios, ovários, linfonodos e bexiga), em nove pacientes, e exenteração pélvica total (reto e cólon) em sete pacientes.

Todas as pacientes foram operadas sob anestesia geral e no pós-operatório foram para unidade de terapia intensiva. Antibioticoterapia foi realizada em todas as pacientes, variando de 10 a 30 dias e a combinação mais utilizada foi ciprofloxacino associado a metronidazol ou amicacina para as pacientes jovens e com função renal normal. Trombopprofilaxia com heparina foi administrada a todas as pacientes, com início no pré-operatório e sido mantido até a alta hospitalar. A droga utilizada foi heparina 5.000 UI subcutânea a cada oito horas.

Após a abertura da cavidade abdominal, a extensão da doença e a presença de doença extrapélvica foram avaliadas. Cinco pacientes apresentaram metástase paraórtica no nível das artérias renais no exame histológico de congelação e o procedimento cirúrgico radical proposto foi abortado. Estas pacientes foram tratadas com quimioterapia paliativa. Nestas pacientes a tomografia falhou na avaliação da doença paraórtica.

Nas pacientes com tumores ressecáveis e localizados na pelve se procedeu à abertura do retroperitônio pélvico com realização de linfonodectomia pélvica bilateral obedecendo aos seguintes limites: superior, cruzamento do ureter nos vasos ilíacos; inferior, vasos circunflexos; posterior, nervo obturador; lateral, nervo ileoinguinal, medial e ureter. Logo, procedeu na exenteração anterior a descolamento da bexiga com ligaduras dos vasos vesicais superiores e inferiores na origem da artéria ilíaca interna. A artéria uterina também foi ligada na origem da artéria ilíaca interna. Os paramétrios e ligamentos útero-sacro foram dissecados e ligados no nível III de Piver-Rutledge. A peça foi retirada em monobloco após ligadura dos paracolpos e secção parcial ou total da vagina, dependendo da extensão da doença. Foi realizada a rafia da vagina ou vulva, sendo o oco pélvico drenado com dreno de sucção a vácuo. Não se utilizou nenhum recurso para preenchimento do oco pélvico, seja retalho de epíplon ou prótese de silicone. A reconstrução do trato urinário foi realizada com ureteroenterostomia cutânea bilateral (cirurgia de Bricker). Duas sondas de polietileno número oito foram colocadas nos ureteres e exteriorizadas pela urostomia. Estes cateteres foram retirados no 15º dia de pós-operatório. Em duas pacientes os cateteres foram retirados inadvertidamente no quinto dia, e evoluíram sem evidência de fístula urinária clinicamente detectável. O dreno de sucção foi

retirado quando a drenagem em 24 horas era inferior a 100 mL.

Nas pacientes com invasão do reto foi realizado o mesmo procedimento, incluindo a ressecção do reto e aparelho esfíncteriano se uma anastomose colo-anal baixa não era factível devido a invasão da musculatura anorretal pelo tumor. Se o aparelho esfíncteriano estava preservado era realizada a anastomose colorretal com colostomia de proteção.

As pacientes foram acompanhadas ambulatorialmente a cada quatro meses nos dois primeiros anos e a cada seis meses a partir de então. No retorno, elas eram submetidas a exame ginecológico, coleta de material da cúpula vaginal para citologia oncológica e, na presença de lesões suspeitas, era realizada colposcopia com biópsia e/ou tomografia da pelve.

Foi considerado tempo livre de doença o intervalo compreendido entre a cirurgia de exenteração pélvica e a confirmação histopatológica de recidiva ou até a data da última visita das pacientes livres de doença.

No pós-operatório foi avaliada a ocorrência de complicações. A presença de secreção purulenta na ferida operatória foi considerada para o diagnóstico e, imediatamente era realizada a drenagem do sítio cirúrgico na enfermaria. A presença de alto débito pelo dreno de sucção foi avaliada quanto ao diagnóstico de fístula urinária (dosagem de ureia alta) ou vazamento pelo períneo em grande volume. As pacientes que apresentaram fístula urinária foram manejadas clinicamente e não necessitaram de reoperação.

Foi realizada estatística descritiva das variáveis nominais e, para análise de sobrevivência, foi utilizado o método de Kaplan-Meier. Foi realizada uma regressão múltipla com todos os fatores prognósticos conhecidos na literatura. Foi estabelecido o nível de significância de 5%. Para todos os cálculos, foi utilizado o programa Winstat®.

Resultados

Das 16 pacientes incluídas, duas apresentavam tumores persistentes e 14 apresentavam tumores recidivados, sendo operadas com uma média de 23 meses após a radioterapia primária. Os estadiamentos clínicos iniciais mais frequentes foram IIb (62,5%) e IIa (18,7%). Em uma paciente não foi possível fazer o estadiamento clínico por ter sido submetida à histerectomia radical prévia em outra instituição.

As pacientes tinham idade entre 26 e 76 anos, com uma mediana de 50, sendo 56,2% das pacientes com idade superior a 50 anos. O índice de massa corpórea destas pacientes variou de 17,3 a 33,7, com uma mediana de 21,7 kg/m².

O número de linfonodos dissecados na cirurgia de exenteração pélvica variou de 0 a 21, com mediana

de 11 linfonodos, sendo que apenas uma paciente apresentou linfonodos comprometidos (Tabela 1). A paciente que não teve nenhum linfonodo dissecado apresentava uma intensa fibrose actínica na topografia dos linfonodos pélvicos, não sendo identificado nenhum linfonodo. A paciente que apresentou linfonodo positivo foi submetida à quimioterapia adjuvante e encontrada viva sem evidência de doença residual ao final do seguimento. Três pacientes apresentaram margens cirúrgicas comprometidas pela neoplasia, sendo que duas destas morreram por evolução da doença 7 e 22 meses após a cirurgia, e uma foi encontrada viva com doença, 11 meses após a cirurgia, tendo recusado a receber quimioterapia adjuvante.

Quinze pacientes eram portadoras de carcinoma epidermoide e uma de adenocarcinoma. A maioria dos tumores era de grau indiferenciado e estágio IIb (Tabela 2). O maior diâmetro tumoral variou de 3,2 a 15 cm, com mediana de 5,7 cm, sendo que mais da metade das pacientes possuíam tumores maiores do que 5 cm (Tabela 2). Invasões vascular, neural e linfática foram observadas em sete, oito e nove pacientes, respectivamente. Foi realizada regressão múltipla com estes fatores e não se evidenciaram diferenças significativas nas sobrevidas dessas pacientes.

Onze pacientes (68,8%) apresentaram alguma complicação perioperatória ou pós-operatória, sendo que as complicações mais comuns foram infecção pélvica, infecção da ferida operatória e fístula (Tabela 3). Não foi encontrado nenhum fator prognóstico significativo associado a essas complicações.

Nenhuma paciente foi submetida à radioterapia adjuvante, pois todas já haviam recebido a dose máxima de radioterapia pélvica. Quimioterapia adjuvante foi indicada pelo comprometimento linfonodal em uma paciente, das margens cirúrgicas comprometidas em duas pacientes; e em outras duas pacientes a quimioterapia foi administrada por opção do oncologista clínico, empiricamente, por apresentarem tumores grandes e por serem consideradas jovens.

Foi indicada reoperação em sete pacientes, das quais três para drenagem de abscesso multisseptado pélvico não-passível de drenagem percutânea por tomografia e duas para correção de fístulas (sendo uma êntero-cutânea decorrente de abscesso e outra êntero-vaginal). Uma paciente foi submetida à linfonodenectomia inguinal paliativa para recidiva linfonodal e instituição da quimioterapia e outra para o fechamento da colostomia por ter sido preservado o aparelho esfinteriano.

O seguimento variou de 1 a 47 meses, com mediana de 11 meses. Oito pacientes (50%) apresentaram recidiva do câncer, das quais seis evoluíram para óbito pela doença e duas continuaram vivas com doença até o final do seguimento. Sete pacientes permaneceram vivas sem

Tabela 1 - Parâmetros cirúrgicos das 16 pacientes submetidas à exenteração pélvica pós-radioterapia

Parâmetros	Mediana	Intervalo	n	%
Duração da cirurgia	320 min.	235-450 min.	14	87,5
Hemotransusão	700 mL	0-1.919 mL	13	81,2
Tamanho do tumor	5,8 cm	3,2-15 cm	16	100
Linfonodos dissecados	11	0-21	15	93,7
Número de linfonodos comprometidos	-	0-5	1	6,2
Margens comprometidas	-	-	3	18,7
Tempo de internação	12	7-19 dias	11	68,8

Tabela 2 - Características histopatológicas após análise das peças pós-exenteração pélvica das 16 pacientes submetidas a esta cirurgia pós-radioterapia

Características	n	%	
Tipo histológico	Adenocarcinoma	1	6,25
	Carcinoma epidermoide	15	93,75
Grau de diferenciação	Bem diferenciado	1	6,25
	Moderadamente diferenciado	1	6,25
	Pouco diferenciado	14	87,50
	Indiferenciado	1	6,25
Estádio*	IIa	3	18,75
	IIb	10	62,50
	IVa	2	12,50
Tratamento anterior	Teleterapia pré-operatória	16	100
	Braquiterapia pré-operatória	7	43,75
	Quimioterapia adjuvante	5	31,25
Maior diâmetro tumoral	≥5 cm	10	62,50
	<5 cm	6	37,50

*ver caso tratado fora do serviço, sem estadiamento.

Tabela 3 - Complicações pós-operatórias após exenteração pélvica das 16 pacientes submetidas a esta cirurgia pós-radioterapia

Complicações	n	%
Infecção pélvica	4	25
Infecção da ferida operatória	4	25
Fístula	4	25
Linfedema	3	18,8
Hemorragia no perioperatório	2	12,5
Deiscência da ferida	2	12,5
Infecção do trato urinário	1	6,2
Dor fantasma de difícil controle	1	6,2
Sangramento retal e defeito da colostomia	1	6,2
Estenose da urostomia	1	6,2
Vômitos com áscaris	1	6,2
Lesão do nervo obturador e dificuldade para deambular	1	6,2
Atelectasia pulmonar	1	6,2
Hérnia	1	6,2

doença e uma paciente morreu por outra doença (fasciíte necrotizante nos membros inferiores).

A sobrevida global das pacientes em 11 meses de seguimento foi de 64,3%. A análise de regressão linear múltipla não revelou fatores prognósticos significativos relacionados à sobrevida das pacientes.

Discussão

Nesta série de casos, predominou o carcinoma epidermoide grau indiferenciado e estágio IIb. Apesar de 62,5% das pacientes apresentarem tumor maior de 5 cm, houve uma sobrevida de 64,3% com um seguimento mediano de 11 meses. Alguns estudos demonstram uma sobrevida de 20 a 50% em cinco anos^{2,3}. Outros estudos demonstram de 35 a 70% na dependência do tipo de tumor tratado⁴. A sobrevida muda em relação ao tipo de exenteração (sobrevida maior na exenteração anterior – 33 a 60%, contra 20 a 46% na posterior) e presença de linfonodos positivos, que leva a uma redução drástica da sobrevida para cerca de 5% em cinco anos⁵. Entre as pacientes submetidas à exenteração anterior, geralmente o tumor recidivado é menor, o que provavelmente justifica a melhor evolução destas pacientes quando comparadas às pacientes que se submetem a exenteração pélvica total, na qual as lesões são maiores e a obtenção de margens livres também é mais difícil.

Quanto aos linfonodos, recente estudo brasileiro reforçou estas observações, demonstrando taxa de sobrevida global num período de cinco anos de 23,5%, que aumenta para 33% nas pacientes sem metástase linfonodal e diminui para zero entre as pacientes com linfonodos comprometidos⁴.

Embora a exenteração pélvica seja uma cirurgia bastante agressiva e tecnicamente complexa, sua morbidade e mortalidade têm diminuído devido a avanços na técnica cirúrgica, cuidados pré-operatórios, melhor seleção das pacientes, advento de novos antibióticos de largo espectro e unidades de tratamento intensivo. Assim, a mortalidade perioperatória das pacientes submetidas à exenteração para malignidade pélvica localmente avançada é de 3 a 5% de acordo com estudos recentes^{3,4}. Na presente série não ocorreu nenhum óbito durante a cirurgia. Intervalo curto livre de doença após a radiação, tamanho grande do tumor, invasão linfática, idade avançada, margens de ressecção comprometidas e, especialmente, envolvimento de linfonodos são fatores prognósticos ruins que influenciam a sobrevida e as taxas de recidiva^{4,6}. O presente estudo não revelou fatores prognósticos significativos na sobrevida das pacientes, provavelmente pelo pequeno número de pacientes incluídas e pelo curto tempo de seguimento.

As taxas de recorrência após exenteração variam entre 38 e 48% em várias séries e são geralmente locorregionais⁶.

Na presente série, a mediana de seguimento foi de apenas 11 meses, e foi observada recidiva em oito pacientes (50%), das quais seis evoluíram para o óbito e duas ainda permanecem vivas com a doença.

No presente estudo, foi observada uma taxa de complicações de 68,7%, superiores às taxas de complicações perioperatórias descritas na literatura, que giram em torno de 42 a 50%⁴. Talvez esta alta taxa de complicação seja decorrente do tamanho do tumor, já que a maioria das pacientes apresentam tumores maior que 5 cm, o que sabidamente dificulta e prolonga o tempo cirúrgico. As complicações mais frequentes observadas foram a infecção pélvica, a infecção da ferida operatória e a fístula, que está de acordo com um sumário das complicações realizado por Morrow, Curtin e Lopez de La Osa⁷, a partir de uma compilação de várias séries na literatura.

As fístulas e a obstrução urinária após a exenteração pélvica são complicações frequentes e ameaçadoras à vida. Elas aumentam a morbimortalidade de grandes exéreses realizadas durante a exenteração pélvica para cânceres ginecológicos⁸. De uma série de 97 pacientes que foram submetidos à exenteração pélvica para cânceres ginecológicos, as maiores complicações urinárias precoces foram: a fístula urinária em sete pacientes e a obstrução ureteral em quatro pacientes (11,3% dos pacientes). Entre as complicações urinárias tardias, destacamos a estenose do meato ureteral cutâneo (cinco), a estenose da anastomose ureteroileal pós-alça ileal (duas) e as fístulas urinárias (três). Ainda nessa série de casos, a taxa de complicações urinárias precoces estava significativamente aumentada em pacientes submetidas à radioterapia pélvica previamente e naquelas para as quais se empregou um segmento intestinal para a derivação urinária⁸.

O índice de reoperação esteve mais associado à frequência de complicações urinárias pós-cirúrgicas⁸. Bladou et al.⁹ recomendam o uso de segmento de intestino não-irradiado nas derivações e, para o manejo das complicações urinárias, pós-exenteração pélvica, a reoperação é requerida para a maioria das fístulas urinárias de modo que as técnicas cirúrgicas não difiram tanto entre autores. As obstruções podem ser manejadas com nefrostomia percutânea e stent ureteral¹⁰. Costa, Antunus e Lupinacci⁴ demonstraram que as principais complicações na sua série de casos foram os abscessos intracavitários (8%) e as fístulas (5%), tendo sido necessária a reoperação das pacientes em 18% dos casos. Nesta série, em sete (43,7%) pacientes foi necessária a reoperação.

Neste estudo, foi constatada a recidiva dos tumores em oito (50%) pacientes e morte de seis (37,5%), uma taxa de sobrevida que se aproxima dos dados descritos recentemente, com metade dos casos livres de doença¹⁰.

Em um estudo de 124 casos tratados ao longo de 23 anos com cinco anos de seguimento, com ênfase nas complicações

urinárias pós-exenteração pélvica de cânceres ginecológicos, foi obtida uma taxa de mortalidade pós-operatória de 8% e uma morbidade pós-operatória global ao longo de 12 semanas de 52%, parecendo ser significativamente maior em pacientes irradiadas e após exenteração total¹¹.

Com os dados desta série de casos, é possível observar que a exenteração pélvica no tratamento de recidivas de câncer do colo uterino após radioterapia primária pode significar uma possibilidade de cura para essas pacientes, embora com altas taxas de complicações.

Referências

1. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics, 2002. *CA Cancer J Clin.* 2005;55(2):74-108.
2. Höckel M. Laterally extended endopelvic resection. Novel surgical treatment of locally recurrent cervical carcinoma involving the pelvic side wall. *Gynecol Oncol.* 2003;91(2):369-77.
3. Pinelo S, Petiz A, Domingues C, Lopes C, Alves A, Fael R. Exenteração pélvica no cancro ginecológico: retrospectiva de dez anos. *Acta Med Port.* 2006;19(2):99-104.
4. Costa SRP, Antunus RCP, Lupinacci RA. A exenteração pélvica para o tratamento da neoplasia pélvica localmente avançada e recorrente: experiência de 54 casos operados. *Rev Soc Bras Cancerol.* 2008;11(35):13-22.
5. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil [documento da Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2003 [citado 13 maio 2008]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/23estimativas_incidencia.pdf
6. Selman AE, Copeland LJ. Surgical management of recurrent cervical cancer. *Yonsei Med J.* 2002;43(6):754-62.
7. Morrow CP, Curtin JP, Lopez de la Osa E. Surgery for cervical neoplasia. In: Morrow CP, Curtin JP, Lopez de la Osa E, editors. *Gynecologic cancer surgery.* Philadelphia: W.B. Saunders; 1996. p. 451-568.
8. Houvenaeghel G, Moutardier V, Karsenty G, Bladou F, Lelong B, Buttarelli M, et al. Major complications of urinary diversion after pelvic exenteration for gynecologic malignancies: a 23-year mono-institutional experience in 124 patients. *Gynecol Oncol.* 2004;92(2):680-3.
9. Bladou F, Houvenaeghel G, Delpéro JR, Guérinel G. Incidence and management of major urinary complications after pelvic exenteration for gynecological malignancies. *J Surg Oncol.* 1995;58(2):91-6.
10. de Wilt JH, van Leeuwen DH, Logmans A, Verhoef C, Kirkels WJ, Vermaas M, et al. Pelvic exenteration for primary and recurrent gynaecological malignancies. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2007;134(2):243-8.
11. Harada K, Sakai I, Muramaki M, Kurahashi T, Yamanaka K, Hara I, et al. Reconstruction of urinary tract combined with surgical management of locally advanced non-uological cancer involving the genitourinary organs. *Urol Int.* 2006;76(1):82-6.