





REVISÃO

COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS ASSOCIADAS A EXENTERAÇÃO PÉLVICA EM MULHERES COM CÂNCER GINECOLÓGICO: REVISÃO INTEGRATIVA*

POSTOPERATIVE COMPLICATIONS ASSOCIATED WITH PELVIC EXENTERATION IN WOMEN WITH GYNECOLOGICAL CANCER: AN INTEGRATIVE REVIEW

HIGHLIGHTS

1. Exenteração pélvica (EP) é uma onco-cirurgia complexa.
2. EP deve ser realizada mediante critérios bem estabelecidos.
3. Cânceres ginecológicos avançados podem ser abordados por EP.
4. Dentre as complicações associadas à EP destaca-se a infecção.

Isis Ataíde da Silva¹ 
Irna Carla do Rosario Souza Carneiro¹ 
Mary Elizabeth de Santana² 
Ilma Pastana Ferreira³ 

ABSTRACT

Objective: to identify the main complications arising from the pelvic exenteration surgery in gynecological cancer and the in-hospital death outcome after the surgical procedure.

Method: an integrative literature review considering 23 articles published from 2012 to 2020 in the LILACS and IBECS databases. The descriptors used were the following: *genital cancer, gynecological cancer, pelvic exenteration, exenteration, postoperative complications, surgical complications and death*, combined by means of the AND or OR Boolean connectors.

Results: surgical applicability was verified for cervical, uterine, ovarian, vaginal and vulvar cancer; age was associated with comorbidities (diabetes and hypertension); total pelvic exenteration was predominant; and there were high mean surgical and hospitalization times due to infections. **Contributions to the area:** this research enables improvements in the health care provided in the PE pre-, peri- and post-operative periods, as it elucidates the main problems resulting from this surgery, their stratifications and management options.

DESCRIPTORS: Neoplasms in the Female Genitals; Pelvic Exenteration; Postoperative Complications; Oncology; Comorbidity.

COMO REFERENCIAR ESTE ARTIGO:

Silva IA da, Carneiro IC do RS, Santana ME de, Ferreira IP. Postoperative complications associated with pelvic exenteration in women with gynecological cancer: an integrative review. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2023 [cited "insert year, month, day"]; 28. Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/ce.v28i0.91239>.

¹Universidade Federal do Pará, Núcleo de Medicina Tropical, Belém, PA, Brasil.

²Universidade Federal do Pará, Faculdade de Enfermagem, Belém, PA, Brasil.

³Universidade do Estado do Pará, Escola de Enfermagem Magalhães Barata, Belém, PA, Brasil.

INTRODUÇÃO

As medidas terapêuticas de abordagem ao câncer ginecológico podem variar e se combinarem de diversas formas conforme o estadiamento da doença e a condição clínica da paciente¹. A exenteração pélvica (EP) foi descrita por Brunschwig em 1948 como um procedimento paliativo para os sintomas causados por cânceres ginecológicos localmente avançados. Com o avanço das técnicas cirúrgicas, a EP evoluiu de procedimento paliativo para curativo².

As exenterações exigem reconstrução extensiva e recuperação cirúrgica com significativa morbimortalidade associada, exigindo um cuidado durante o processo de seleção da paciente para equilibrar o objetivo de cura ou palição de sintomas²⁻³. Também requerem permanência na unidade de terapia intensiva imediatamente após a cirurgia e monitorização rigorosa. A mortalidade está entre 1-16% e sua causa inclui sepse, tromboembolismo, doença renal e insuficiência cardiopulmonar. Entre as morbidades mais frequentes estão as infecções (19-86%), vazamentos anastomóticos, fístulas (8-36%), obstruções intestinais e uretrais (5-10%)²⁻⁴.

A avaliação das complicações pós-operatórias associadas da EP em câncer ginecológico é imprescindível para os profissionais que cuidam das pacientes, assim como favorece uma prática fundamentada em instrumentos validados. O método utilizado por Clavien-Dindo para classificação de complicações pós-cirúrgicas foi formulado em 2004 e tem sido utilizado em estudos para avaliação de complicações em pacientes submetidos a diversos tipos de cirurgias⁵.

Este estudo teve por objetivo identificar as principais complicações advindas da cirurgia de EP em câncer ginecológico e o desfecho do óbito hospitalar após o procedimento cirúrgico.

MÉTODO

Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) que reúne, avalia e sintetiza os resultados de pesquisas sobre uma temática específica. As etapas percorridas na elaboração do estudo foram: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; identificação, categorização, análise, interpretação e apresentação dos resultados⁶.

A questão norteadora de pesquisa (Em mulheres com câncer ginecológico, como a cirurgia de EP influi na ocorrência de complicações pós-cirúrgicas resultando em óbito durante o tempo de internação hospitalar?) foi definida mediante o mnemônico PICOT (*Population, Intervention, Control, Outcome, and Time*), o que garantiu melhor rastreabilidade das publicações.

A busca dos estudos ocorreu de janeiro a março de 2020 nas bases de dados *National Library of Medicine National Institutes of Health* (PubMed), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS) e *Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud* (IBECS). Os Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) e MeSH Database foram *genital cancer, gynecological cancer, pelvic exenteration, exenteration, postoperative complications, surgical complications, death* (idioma inglês), combinados através de conectores booleanos AND ou OR.

Adotou-se como critérios de inclusão estudos primários publicados em sua completude nos idiomas inglês, espanhol e português; entre 2012 e 2020, cujo tema abordava a realização de EP para fins curativos ou paliativos, exclusivamente aos diagnósticos

de malignidades onco-ginecológicas; avaliando as complicações pós-cirúrgicas e o óbito pós-cirúrgico em ambiente hospitalar.

Os critérios de exclusão foram as produções secundárias e estudos de caso, além de produções que abordam a realização de EP visando apenas a exposição de técnicas cirúrgicas. Desta forma, foram selecionadas 23 pesquisas inéditas para revisão, atendendo aos critérios de inclusão.

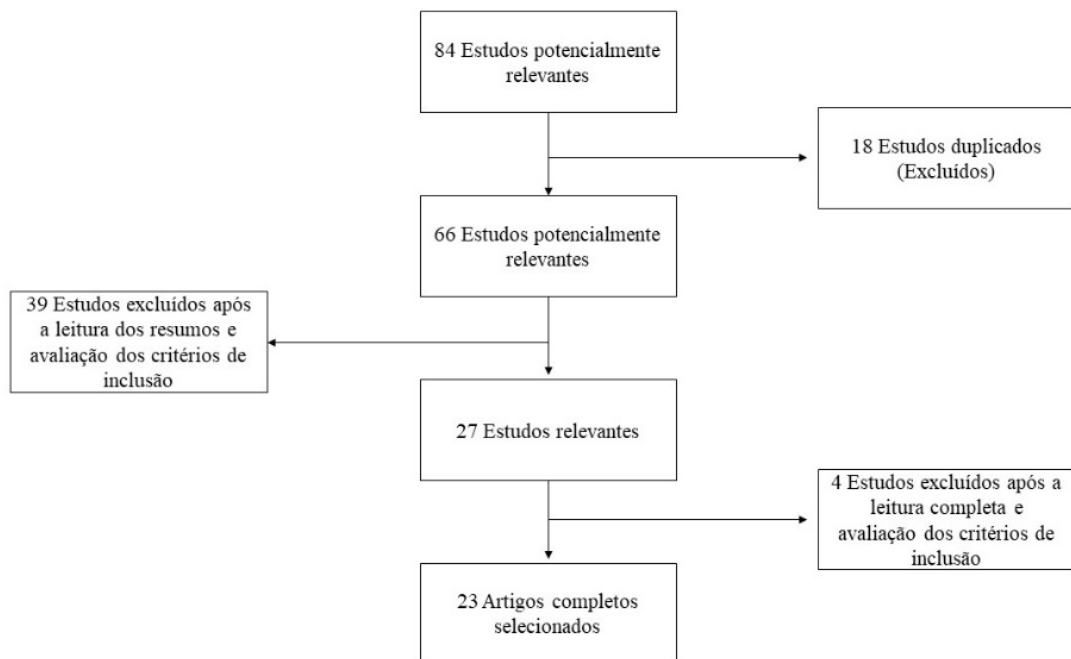


Figura 1 - Fluxograma de seleção dos artigos para Revisão integrativa de literatura.

Fonte: Silva IA; Carneiro ICRS; Santana ME; Ferreira IP. 2020⁷.

Os pressupostos estabelecidos em pesquisas nacionais foram considerados durante a extração dos dados e a avaliação do nível de evidência das produções^{6,8}. Os artigos foram identificados por título, ano, país de produção, base de dados, nível de evidência, objetivos e principais resultados.

Os resultados e discussão são apresentados na forma descritiva, agrupados em categorias semânticas originadas a partir da saturação das seguintes informações: caracterização clínica; caracterização do procedimento cirúrgico; caracterização das complicações pós-cirúrgicas; e desfecho do óbito hospitalar após EP.

RESULTADOS

Os estudos selecionados são apresentados no Quadro 1.

As pesquisas demonstram a inexistência de publicações em periódicos brasileiros, apesar de duas pesquisas (9%) terem sido produzidas nacionalmente; seis (26%) publicadas no periódico *International Journal of Gynecological Cancer* e cinco (22%) na revista *Gynecologic Oncology* (Quadro 1).

Quanto ao local, cinco (22%) são dos Estados Unidos; duas (9%) de Berlin e Jena (Alemanha), Bologna e Campobasso (Itália), duas (9%) no Brasil e duas (9%) no Japão. Quanto aos anos de publicação, sete (30%) ocorreram em 2012; seis (26%) em 2014; três (13%) em 2019; duas (9%) em 2013 e duas (9%) em 2017. Os anos de 2015, 2016 e 2018 registraram uma (4%) publicação cada.

Quanto ao desenho das pesquisas, 23 (100%) eram estudos retrospectivos, sendo apenas dois (9%) destes estudos de coortes. Com relação ao tempo de realização, quatro (17%) exigiram nove anos para conclusão; outros quatro (17%), três anos; três (13%) levaram 11 anos; dois (9%) realizaram um corte temporal de 17 anos e outros dois (9%), utilizaram 13 anos.

Com relação a amostra, o maior número foi de 282 mulheres⁸ e a menor amostra foi de 10 participantes⁹. A soma total dos participantes foi 1.552, com uma média de 67,47 em cada pesquisa.

Quadro 1 - Evidências das produções científicas. Belém, Pará, Brasil. 2021.

Base de dados/País/Ano/NE	Título da publicação/ Periódico	Objetivo	Principais resultados				
			Part. (n)/ Idade (x)/ EP (n)	Diagnósticos (n)	Tempo de cirurgia (min) (x)/Tempo de hosp. (d) (x)	Avaliação das complicações (n)	Complicações mais frequentes (n)/ Óbito (n)
Pubmed/ Estados Unidos/ 2012/4	Anterior pelvic exenteration with total vaginectomy for recurrent or persistent genitourinary malignancies: review of surgical technique, complications, and outcome. <i>Gynecologic Oncology</i> ⁽¹⁶⁾	Descrever a técnica cirúrgica, as complicações e os resultados após a EP anterior com vaginectomia total (AETV) para malignidades geniturinárias recorrentes ou persistentes.	11/55/ EPAVT: 11	Câncer cervical: 6; Uterino: 3; Vaginal: 1	648/10	Complicação precoce: 3; Complicação tardia: 1. Clavie-Dindo (G3-G4: 4)	Infecção: 4/0
Pubmed/ Brasil/ 2012/4	Prognostic factors in pelvic exenteration for gynecological malignancies. <i>EJSO the Journal of Cancer Surgery</i> ⁽¹⁷⁾	Analisar a morbidade, mortalidade e fatores prognósticos após a EP.	107/56,4/ EPT: 56; EPA: 31; EPP: 10	Câncer cervical: 73; Uterino: 17; Vaginal: 10; Vulvar: 7	--- /0	Complicação precoce: 70; Complicação tardia: 58. Apenas listadas	Infecção: 40; Reabordagem cirúrgica: 33/0
Pubmed/ Estados Unidos/ 2012/4	The effect of body mass index on surgical outcomes and survival following pelvic exenteration. <i>Gynecologic Oncology</i> ⁽¹⁸⁾	Avaliar os índices pré-operatórios de índice de massa corporal desfechos cirúrgicos, taxas de complicações e/ou taxas de recorrência de EP.	161/54,4/ EPT: 110; EPA: 35; EPP: 16	Câncer cervical: 86; Uterino: 15; Vaginal: 38; Vulvar: 21	568/19	Complicação precoce: 210; Complicação tardia: 105. Apenas listadas	Complicação com a reconstrução vaginal: 63; Complicação urinária: 60/0

Pubmed/ Bélgica/ 2012/4	Pelvic exenterations for gynecological malignancies: a study of 36 cases. International Journal of Gynecological Cancer ⁽⁹⁾	Avaliar os desfechos cirúrgicos, sobrevida e morbidade associada à EP.	36/57/EPT: 27; EPA: 5; EPP: 3	Câncer cervical: 18; Uterino: 9; Ovariano: 1; Vaginal: 8	390/25	Complicação precoce: 28; Complicação tardia: 18. CTCAE (G1-G2: 12; G3-G4: 27)	Infecção: 18; Complicação urinária: 17/0
Pubmed/ França/ 2012/4	Comparison of morbidity and survival between primary and interval cytoreductive surgery in patients after modified posterior pelvic exenteration for advanced ovarian cancer. International Journal of Gynecological Cancer ⁽⁸⁾	Avaliar a morbidade da EP posterior modificada (EPPM) no momento da cirurgia citorrredutora primária e intervalar após quimioterapia neoadjuvante.	63/58/ EPPM: 63	Câncer ovariano: 63	447/14	Clavie-Dindo e MSKCC (G1-G2: 51; G3-G4: 41)	Infecção: 60; Complicação intestinal: 9; Reospitalização: 9/0
Pubmed/ Suíça/ 2012/4	Indications and long-term clinical outcomes in 282 patients with pelvic exenteration for advanced or recurrent cervical cancer. Gynecologic Oncology ⁽¹³⁾	Resumir a experiência clínica com EP como um tratamento para o câncer do colo do útero, com atenção para as indicações e os resultados de pacientes em grupos específicos.	282/50/EPT: 262; EPA: 14; EPP: 6	Câncer cervical: 282	---/ ---	Apenas listados	Fístulas: 42; Infecção: 20; Problemas com a anastomose: 21/14
Pubmed/ Coréia/ 2012/4	Pelvic exenteration for recurrent cervical cancer: ten-year experience at National Cancer Center in Korea. Journal of Gynecological Oncology ⁽¹⁹⁾	Avaliar a sobrevida e morbidade após a EP para o tratamento curativo de câncer cervical recorrente.	61/61/EPT: 42; EPA: 17; EPP: 2	Câncer cervical: 61	600/34,3	Complicação precoce: 13; Complicação tardia: 25. Apenas listadas	Fístula: 15; Infecção: 6; Complicação intestinal: 6; Complicação com a reconstrução vaginal 6/0

<i>Pubmed/ Suécia/ 2013/4</i>	Pelvic exenteration for recurrent gynecologic malignancy: a study of 28 consecutive patients at a single institution. International Journal of Gynecological Cancer ⁽⁴⁾	Avaliar os resultados de pacientes submetidas à cirurgia de EP para malignidades ginecológicas recorrentes.	28/61/EPT: 11; EPA: 2; EPP: 15	Câncer cervical: 10; Uterino: 4; Ovariano: 5; Vaginal: 5; Vulvar: 1	455/22	Complicação precoce: 41; Complicação tardia: 24. Clavie-Dindo (G1 - G2: 45; G3 - G4: 18; G5: 2)	Infecção: 28; Complicação intestinal: 4/2
<i>Pubmed/ Tailândia/ 2013/4</i>	Characteristics of gynecologic oncology patients in King Chulalongkorn Memorial Hospital - complications and outcome of pelvic exenteration. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention ⁽²⁰⁾	Avaliar as características das pacientes, procedimento operatório, desfechos e complicações.	13/52/EPT: 9; EPA: 1; EPP: 3	Câncer cervical: 5; Ovariano: 7; Vulvar: 1	532/35	Apenas listadas	Infecção: 8; Fístula: 2/0
<i>Pubmed/ Alemanha e Itália/2014/4</i>	Morbidity after pelvic exenteration for gynecological malignancies: a retrospective multicentric study of 230 patients. International Journal of Gynecological Cancer ⁽⁷⁾	Avaliar a morbimortalidade pós-operatória em pacientes submetidas à EP para malignidades ginecológicas primárias ou recorrentes.	230/54/EPT: 131; EPA: 68; EPP: 31	Câncer cervical: 177; Uterino: 28; Vaginal: 9; Vulvar: 16	446/24	MSKCC (G1 - G2: 146; G3-G4: 49; G5: 7)	Infecção: 66; Deiscência: 60/7
<i>Pubmed/ Alemanha e Itália/ 2014/4</i>	Pelvic exenteration for recurrent endometrial adenocarcinoma: a retrospective multi-institutional study about 21 patients. International Journal of Gynecological Cancer ⁽²¹⁾	Avaliar morbimortalidade a longo prazo e sobrevida de pacientes submetidas à EP com intenção curativa para recorrência de adenocarcinoma endometrial durante uma década.	21/66/EPT: 10; EPA: 6; EPP: 5	Câncer uterino: 21	382/22	Apenas listadas	Infecção: 7; Deiscência: 5/0
<i>Pubmed/ Estados Unidos/ 2014/4</i>	Pelvic exenteration: impact of age on surgical and oncologic outcomes. Gynecologic Oncology ⁽¹⁵⁾	Avaliar se a idade pré-operatória afeta os resultados cirúrgicos, as taxas de complicações, e/ou recorrência em mulheres submetidas à EP.	161/55/EPT: 103; EPA: 35; EPP: 23	Câncer cervical: 86; Uterino: 15; Vaginal: 38; Vulvar: 21	562/19	Complicação precoce: 210; Complicação tardia: 105. Apenas listadas	Complicação com a reconstrução vaginal: 63; Complicação urinária: 60/0

Pubmed/ Estados Unidos/ 2014/4	Should pelvic exenteration for symptomatic relief in gynaecology malignancies be offered? Archives of Gynecology and Obstetrics ⁽²²⁾	Revisar o tratamento exenterativo, cirurgia feita com intenção paliativa, e avaliar seu papel nas neoplasias ginecológicas recidivadas.	18/54/EPT: 9; EPA: 5; EPP: 4	Câncer cervical: 12; Uterino: 1; Vulvar: 5	570/24	Complicação transoperatória: 1; Complicação precoce: 15. Clavie-Dindo (G1-G2: 6; G3-G4: 10)	Reabordagem cirúrgica: 10; Infecção: 4/0
Pubmed/ Brasil/ 2014/4	Surgical results of pelvic exenteration in the treatment of gynecologic cancer. World Journal of Surgical Oncology ⁽²³⁾	Avaliar os resultados cirúrgicos e as complicações da EP no tratamento de malignidade ginecológica e comparar as complicações relacionadas à cirurgia associadas com diferentes tipos de exenteração.	28/55/EPT: 14; EPA: 7; EPP: 7	Câncer cervical: 18; Uterino: 3; Ovariano: 6; Vaginal: 1	269/9	Clavie-Dindo (G1-G2: 6; G3-G4: 6; G5: 4)	Fístula: 16; Infecção: 7; Reabordagem cirúrgica: 7/0
Pubmed/ Japão/2014/4	Clinical outcome of pelvic exenteration in patients with advanced or recurrent uterine cervical cancer. International Journal of Clinical Oncology ⁽²⁴⁾	Avaliar pacientes submetidas à EP e determinar o quadro clínico características associadas ao resultado e à sobrevivência.	12/46/ EPT: 3; EPA: 8; EPP: 1	Câncer cervical: 12	491/65	Apenas listadas	Infecção: 5; Complicação intestinal: 5; Complicação com a reconstrução vaginal: 3/0
Pubmed/ Bolívia/ 2015/4	Pelvic Exenteration in Gynecologic Cancer: La Paz University Hospital Experience. International Journal of Gynecological Cancer ⁽¹⁴⁾	Estabelecer os casos mais favoráveis à EP por meio de revisão da experiência institucional.	10/54/ EPT: 8; EPA: 1; EPP: 1	Câncer cervical: 3; Uterino: 2; Ovariano: 1; Vaginal: 2; Vulvar:1	545/26	Apenas listadas	Infecção: 15; Reabordagem cirúrgica: 8; Complicação com a reconstrução vaginal: 8/1
Pubmed/ Taiwan/ 2016/4	Posterior pelvic exenteration and retrograde total hysterectomy in patients with locally advanced ovarian cancer: Clinical and functional outcome. Journal of Obstetrics and Gynaecology ⁽²⁵⁾	Avaliar desfechos clínicos e qualidade de vida pós-operatória em pacientes afetadas localmente por câncer de ovário avançado submetidas a EP posterior com radiografia de Hudson-Delle Piane e histerectomia retrógrada.	22/65/EPP: 22	Ovariano: 22	520/13	Complicação transoperatória: 14; Complicação precoce: 18. Clavie-Dindo (G1-G2: 15; G3-G4: 21)	Reabordagem cirúrgica: 14; Complicação sanguínea: 9/0

Pubmed/ República Checa/ 2017/4	Modified posterior pelvic exenteration for advanced ovarian malignancies: a single-institution study of 35 cases. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica ⁽²⁶⁾	Investigar os possíveis benefícios de uma completa citorredução em pacientes com câncer de ovário avançado e invasão retal concomitante e a morbidade associada à cirurgia radical.	35/61/ EPPM: 35	Câncer ovariano: 35	283/ ---	Complicação precoce: 34; Complicação tardia: 9; Complicação transoperatória: 10. Clavie- Dindo (G1-G2: 26; G3-G4: 13)	Complicação sanguínea: 16; Infecção: 14/0
Pubmed/ Argentina/ 2017/4	Exenteración pélvica para neoplasias ginecológicas: Complicaciones postoperatorias y resultados oncológicos. Actas Urológicas Españolas ⁽²⁷⁾	Avaliar complicações, morbidade e resultados oncológicos da EP como tratamento para tumores ginecológicos.	35/53,8/ EPT: 15; EPA: 20	Câncer cervical: 23; Uterino: 5; Ovariano: 1; Vaginal: 5; Vulvar: 1	322/3	Complicação precoce: 29; Complicação tardia: 32. Clavie-Dindo (G1-G2: 25; G3- G4: 6)	Infecção: 24; Complicação urinária: 15/0
Pubmed/ Estados Unidos/ 2018/4	Prediction of short-term surgical complications in women undergoing pelvic exenteration for gynecological malignancies. Gynecologic Oncology ⁽²⁸⁾	Avaliar os preditores pré- operatórios de complicações cirúrgicas graves em 30 dias.	138/61,9/ EPT: 45; EPA: 52; EPP: 41	Câncer cervical: 51; Uterino: 38; Vaginal: 18; Vulvar: 21; Outros: 10	---/ ---	Complicação precoce: 137. Accordion grade complications (G1-G2: 100; G3-G4: 37)	Reabordagem cirúrgica: 57; Reospitalização: 25; Complicação urinária: 15/3
Pubmed/ Japão/ 2019/4	Pelvic Exenteration as Potential Cure and Symptom Relief in Advanced and Recurrent Gynaecological Cancer ⁽²⁹⁾	Avaliar a EP para determinar a validade das evoluções.	13/53/EPT: 7; EPA: 4; EPP: 2	Câncer cervical: 8; Uterino: 3; Vaginal: 1; Vulvar: 1.	625/ 52,5	Clavie-Dindo (G1-G2: 6; G3: 5)	Infecção: 6; Deiscência: 3; Íleos: 2/0
Pubmed/ Germânia/ 2019/4	Pelvic exenteration as ultimate ratio for gynecologic cancers: single- center analyses of 37 cases ⁽³⁰⁾	Relatar a experiência institucional do departamento de obstetrícia e ginecologia da Universidade Hospital Ulm em EP.	37/60/EPT: 10; EPA: 17; EPP: 6; RLEE: 4	Câncer cervical: 22; Uterino: 6; Vulvar: 9.	510/ 21	Apenas listadas	Infecção: 6; Reabordagem cirúrgica: 6; Fístula: 5/0

Pubmed/ Itália/ 2019/4	Minimally Invasive Pelvic Exenteration for Gynecologic Malignancies: A Multi-Institutional Case Series and Review of the Literature ⁽³¹⁾	Avaliar a viabilidade e eficácia da EP minimamente invasiva (EPMI) em uma série de casos italianos multi-institucionais de mulheres com câncer ginecológico e uma revisão da literatura.	23/64/EPT: 5; EPA: 18	Cervical: 10; Uterino: 9; Vaginal: 3; Urotelial: 1	540/ 10	Complicação precoce: 10; Complicação tardia: 13. Clavie-Dindo (G1-G2: 1; G3: 6)	Complicação urinária: 6; Infecção: 4; Complicação intestinal: 3/0
---------------------------	---	--	-----------------------	--	---------	---	---

Fonte: Protocolo de pesquisa: NE: Nível de evidência; Part. (n): Número de participantes estudados em cada publicação; Idade (x): Idade média dos sujeitos da pesquisa; Diagnósticos (n): Número de diagnósticos levantados em cada pesquisa; EP (n): Número de exenterações realizadas por publicação; EPT: EP total; EPA: EP anterior; EPP: EP posterior; Tempo de cirurgia (min) (x): Tempo médio para realização das cirurgias computado em minutos; Tempo de hosp. (d) (x): Tempo médio de hospitalização computado em dias; Avaliação das complicações (n): Discriminação dos métodos de avaliação das complicações; Complicações mais frequentes (n): Complicações mais frequentes em cada publicação, com seu número respectivo de ocorrência nos sujeitos; Óbito (n): Número de óbitos registrados após realização de EP ainda durante a internação; (---): Dados não mensurados; RLEE: Ressecção lateral extensa endopélvica.

DISCUSSÃO

Os estudos foram categorizados em quatro áreas, salientando os principais resultados encontrados para sintetizá-los, direcionando os resultados ao conhecimento do perfil das principais complicações provenientes da cirurgia de exenteração pélvica em câncer ginecológico para uma prática fundamentada em conhecimentos científicos.

Caracterização clínica

As publicações possuem variáveis comuns tais como idade, características tumorais, classificação do tipo de procedimento operatório utilizado e complicações advindas da cirurgia de EP. A média da idade foi de 56 ± 10 anos, não devendo ser considerada individualmente como determinante para a seleção. No entanto, o envelhecimento está associado a comorbidades que, quando não controladas, podem contraindicar a cirurgia¹¹.

Em estudo realizado com 161 mulheres, apesar da idade ser determinante na incidência de comorbidades, como diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica, esse fator não implica em maiores frequências de complicações pós-operatórias em mulheres idosas¹¹.

Quanto às características tumorais de 1.545 participantes, observou-se que a maior frequência de diagnósticos recai sobre o câncer cervical 963 (62%), seguido por câncer do útero 179 (12%), ovário 141 (9%), vagina 139 (9%) e vulva 105 (7%). Os tipos histopatológicos foram avaliados em 744 mulheres, com prevalência do tipo carcinoma de células escamosas em 358 (48%).

Diversos tipos de afecções oncológicas ginecológicas podem ser tratadas mediante a cirurgia exenterativa, a depender do estadiamento evidenciado, da condição clínica da paciente e da anuência pregressa para a realização da cirurgia^{8,12,21}.

Para pacientes com câncer primário avançado ou recorrente que não têm a opção de tratamento com radioterapia, a EP pode ser apropriada. A ressecção completa e

sem evidência de doença residual tem sido associada a melhores resultados com taxas de sobrevivência em cinco anos de 74%, contra 21% quando não há possibilidade de ressecabilidade total^{2,18}.

A ocorrência de câncer vulvar 105 (7%) foi bem limitada, comparada aos diagnósticos de câncer cervical e do útero, sendo mais frequente em pacientes com idade elevada. O desfecho para uma conduta exenterativa provém da falta de acompanhamento ginecológico ambulatorial rotineiro. Enquanto as mulheres do grupo jovem apresentam predominantemente diagnósticos de câncer de colo do útero¹¹.

Nos casos de câncer do colo do útero, a EP tem sido utilizada em carcinoma centralmente recorrente, bem como em adenocarcinoma, com potencial de cura bem documentado, taxas de sobrevivência variando de 16-60%. Está diretamente correlacionada com ressecção tumoral completa, evidenciando o estabelecimento da ressecabilidade como um aspecto chave do planejamento pré-operatório².

A maioria dos cânceres recorrentes de útero se espalham para além da pelve, tornando a EP uma intervenção adequada apenas para um grupo selecionado de pacientes com malignidades uterinas recorrentes^{2,9-10,19}. As mulheres com câncer de ovário estão suscetíveis a disseminação de células malignas no interior do abdome, sendo raramente candidatas a EP^{1-2,20}.

Um estudo retrospectivo analisou 35 casos de pacientes com câncer ovariano que foram submetidas à EP posterior modificada com objetivo curativo. A análise da sobrevivência em relação à doença residual confirmou um prognóstico otimista em pacientes com ressecção ótima, com um período médio de sobrevida livre de doença de 33,6 meses em pacientes com R0, 19,6 meses em pacientes com R1 e 14,3 meses em pacientes com R2. As complicações pós-cirúrgicas ocorreram em 83% das pacientes, sendo mais frequentes as complicações precoces (65,7%). Complicações mais graves (grau III e IV) foram evidenciadas em 37,7% das pacientes. Não ocorreram casos de mortalidade associada à cirurgia²³.

As indicações de EP são recorrentes em casos de necrose secundária a tratamento radioterápico, incluindo hemorragias por invasão tumoral e fístulas^{12,22,29-31}

Caracterização do procedimento cirúrgico

O perfil dos procedimentos cirúrgicos foi bem caracterizado, destacando-se seis técnicas cirúrgicas: EP total (EPT), EP posterior (EPP), EP anterior (EPA), EP anterior com vaginectomia total (EPAVT), EP posterior modificada (EPPM) e ressecção lateral extensa endopélvica (RLEE).

Destaca-se prevalência para a realização de EPT, realizada em 877 (57%) pacientes, com uma média de 38 por estudo⁹; seguida da EPA, em 346 (22%) mulheres, com média de 15 por estudo; e a EPP, em média nove vezes por estudo, com 198 (13%) cirurgias.

A confecção de derivações urinárias e/ou intestinais se fazem prementes para manutenção da sobrevida de pacientes portadoras de câncer ginecológico. Nos 23 estudos, 411 (51%) correspondiam ao tipo incontinente, subtipo conduíte ileal, com grande incidência de confecção de bolsas continentes destinadas ao desvio urinário, pelas técnicas Indiana, Miami e Mainz, com 71 (9%). Os desvios intestinais foram observados em 419 citações, pelas técnicas Colostomia à Hartman, com frequência de 235 (56%), seguida de anastomose colorretal 129 (31%).

Em 20 (87%) publicações abordaram o tempo de cirurgia como parâmetro útil para análise das pacientes, 18 (78%) abordaram o tempo de permanência hospitalar após realização de EP por cânceres ginecológicos. O tempo médio necessário para realização

do procedimento cirúrgico foi de 485 minutos, com menor intercurso cirúrgico de 269 minutos²³ e o maior de 648 minutos¹². Tempos cirúrgicos estendidos estão associados às capacidades técnicas cirúrgicas dos profissionais envolvidos e ao comprometimento neoplásico local¹².

O tempo de permanência hospitalar foi em média de 24 dias²⁴, com maior tempo de 65 dias²⁵, justificado pelas complicações pós-operatórias de íleo paralítico e perdas de anastomose intestinal, desenvolvidas em três pacientes.

Caracterização das complicações pós-cirúrgicas

Os instrumentos de classificação utilizados foram a escala de avaliação Clavien-Dindo 10 (43%), Sistema de MSKCC dois (9%), o CTCAE um (4%) e *Accordion complication grade* um (4%)⁸.

Cerca de 1.233 episódios de complicações foram classificados mediante critério temporal. Destes, 818 (66%) ocorreram precocemente, 390 (32%) tardiamente e foram notificados 25 (2%) complicações no período transoperatório. Foram observadas 693 (63%) notificações de agravos compreendidos entre os graus G1 e G2, 240 (35%) entre G3 e G4, e as complicações mais severas G5, ocorreram em 13 (2%) notificações.

As infecções foram as complicações mais incidentes observadas após realização da cirurgia de EP secundária a câncer ginecológico, com destaque para abscessos abdominais e pélvicos. As complicações urinárias podem ser relacionadas desde problemas com a confecção de derivação urinária até a ocorrência de insuficiência renal. Complicações intestinais se relacionaram com a construção de derivações, no entanto, ainda foram notificados agravos com relação a permanência das anastomoses.

A deiscência de sutura foi notificada 176 vezes (10%), o que pode explicar o elevado número de reabordagens cirúrgicas. As fístulas (7%) foram decorrentes do próprio processo de adoecimento e comprometimento de múltiplos órgãos pélvicos, assim como a complicação secundária à cirurgia. Complicações respiratórias, cardíacas e sanguíneas puderam ser observadas em participantes com muitos dias em ambiente hospitalar. A reospitalização (complicação pós-cirúrgica) ocorreu em 34 (2%) casos.

O tempo médio de cirurgia foi de 446 (95-970) minutos, 39 minutos abaixo da média esperada e a internação mediana foi de 24 (7-210) dias. A taxa de complicações foi de 49 (21,3%) casos. Registrou-se sete (3%) mortes perioperatórias em 30 dias. A operação foi realizada em margens limpas (R0) em 166 (72,2%) pacientes. A taxa de mortalidade geral foi de 75% para o câncer vulvar, 57,6% para o câncer cervical, 55,6% para o câncer vaginal e 53,6% para o câncer de endométrio⁸.

Desfecho do óbito hospitalar após EP

Foram detectados 27 óbitos nesta série investigativa⁸, fator que pode ser analisado mediante a amostra elevada de pacientes (n=282), bem como ao perfil patológico destas, possuidoras de câncer cervical avançado ou recorrente, tendo sido abordadas cirurgicamente em 212 oportunidades anteriores.

Morbidades pós-cirúrgicas são determinantes no desfecho do óbito hospitalar. Os autores comprovam este fato ao detectarem em sua amostra uma elevada ocorrência de episódios de infecção pós-cirúrgica (n=20), fístulas (n=42), perda de anastomoses (n=21) e trombose (n=10)⁸. Os demais desfechos ao óbito hospitalar (n=13) foram registrados em quatro produções diferentes com 379 complicações pós-cirúrgicas, com destaque às infecções (n=109)^{4,10,22,29}.

Desta forma, uma equipe multiprofissional integrada tem importância fundamental para o sucesso do procedimento, contribuindo para a diminuição dos eventos adversos e óbitos.

CONCLUSÃO

A técnica de EP configura um desafio ao manejo assistencial por parte da equipe multiprofissional devido à complexidade das patologias elegíveis ao ato cirúrgico. Portanto, esta revisão atingiu os objetivos traçados ao destacar as principais complicações advindas do procedimento e o desfecho do óbito precoce em ambiente hospitalar. Ficou evidente que as complicações infecciosas ainda são as mais incidentes, apesar dos avanços farmacoterapêuticos, fato que pode ser explicado pela radicabilidade do procedimento. Destaca-se a necessidade de novos estudos para discutir a mortalidade após EP, considerando a sua associação com o somatório de complicações pós-cirúrgicas evidenciadas.

A observação e o manejo das complicações pós-cirúrgicas após EP, devem ser prioridades da equipe assistencial, objetivando-se a rápida reversão dos efeitos danosos. Para tanto, a utilização de ferramentas de classificação deve ser uma prática comum no ambiente hospitalar, aplicadas e repensadas dentro das particularidades institucionais e da clientela atendida, visando uma melhor propagação e exequibilidade no âmbito profissional.

O estudo traz contribuições para a enfermagem, no sentido de melhoria da assistência de saúde prestada no pré, peri e pós-operatório de EP.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica. Manual de Condutas em Oncologia Clínica. Revista da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica. ISSN 1806-6054. 2011.
2. Diver EJ, Rauh-Hain A, Carmen MG del. Total Pelvic Exenteration for Gynecologic Malignancies. *International Journal of Surgical Oncology*. [Internet]. 2012 [access on 12 mar 2020]; 2: 1-9. Available in: <http://dx.doi.org/10.1155/2012/693535>.
3. Signorini Filho RC, Colturato LF, Giacon P de P, Gebrim LH. Indicações e Complicações da Exenteração Pélvica no Câncer Ginecológico. *Femina*. [Internet]. 2014 [access on 05 feb 2020]; 42(2): 77-82. Available in: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-749120>.
4. Jager L, Nilsson PL, Rådestad AF. Pelvic exenteration for recurrent gynecologic malignancy: a study of 28 consecutive patients at a single institution. *International Journal of Gynecological Cancer*. [Internet]. 2013 [access on 05 feb 2020]; 23(4): 755-762. Available in: <https://ijgc.bmj.com/content/23/4/755>.
5. Moreira LF, Pessôa MCM, Mattana DS, Schmitz FF, Volkweis BS, Antoniazzi JL et al. Cultural adaptation and the Clavien-Dindo surgical complications classification translated to Brazilian. *Rev. Col. Bras. Cir*. [Internet]. 2016 [access on 12 mar 2020]; 43(3): 141-148. Available in: <http://dx.doi.org/10.1590/0100-69912016003001>.
6. Ursi ES, Gavão CM. Perioperative prevention of skin injury: an integrative literature review. *Rev Lat Am Enfermagem*. [Internet]. 2006 [access on 07 jan 2020]; 14(1): 124-131. Available in: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/7hS3VgZvTs49LNX9dd85VVb/abstract/?lang=pt>.
7. Silva IA; Carneiro ICRS; Santana ME; Ferreira IP. EXENTERAÇÃO PÉLVICA: Análise de complicações pós-cirúrgicas e óbito hospitalar para construção de cartilha educativa. 2018, 154f. Dissertação (Mestrado

- em Saúde na Amazônia) – Universidade Federal do Pará, Belém, 2018 [access on 20 dec 2022.] Available in: https://sigaa.ufpa.br/sigaa/public/programa/defesas.jsf?lc=pt_BR&id=1857.
8. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto- enferm.* [Internet]. 2008 [access on 07 feb 2020]; 17(4): 758-764. Available in: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.
 9. Schmidt AM, Imesch P, Fink D, Egger H. Indications and long-term clinical outcomes in 282 patients with pelvic exenteration for advanced or recurrent cervical cancer. *Gynecologic Oncology.* [Internet]. 2012 [access on 12 mar 2020]; 125 (3): 604-609. Available in: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0090825812001722>.
 10. Moreno-Palacios E, Diestro MD, Santiago JD, Henández A, Zapardiel I. Pelvic Exenteration in Gynecologic Cancer: La Paz University Hospital Experience. *International Journal of Gynecological Cancer.* [Internet]. 2015 [access on 12 mar 2020]; 25(6): 1109-1114. Available in: <https://ijgc.bmj.com/content/25/6/1109>.
 11. Huang M, Iglesias DA, Westin SN, Fellman B, Urbauer D, Schmeler KM, et al. Pelvic Exenteration: Impact of age on surgical and oncologic Outcomes. *Gynecol Oncol.* [Internet]. 2014 [access on 05 feb 2020]; 132(1): 114-118. Available in: [https://www.gynecologiconcology-online.net/article/S0090-8258\(13\)01336-X/fulltext](https://www.gynecologiconcology-online.net/article/S0090-8258(13)01336-X/fulltext).
 12. Andikyan V, Khoury-Collado F, Gerst SR, Talukdar S, Bochner BH, Sandhu SJ, et al. Anterior pelvic exenteration with total vaginectomy for recurrent or persistent genitourinary malignancies: review of surgical technique, complications, and outcome. *Gynecologic Oncology.* [Internet]. 2012 [access on 12 mar 2020]; 126: 346-350. Available in: [https://www.gynecologiconcology-online.net/article/S0090-8258\(12\)00322-8/fulltext](https://www.gynecologiconcology-online.net/article/S0090-8258(12)00322-8/fulltext).
 13. Chiantera V, Rossi M, De Iaco P, Koehler C, Marnitz S, Fagotti A, et al. Morbidity after pelvic exenteration for gynecological malignancies: a retrospective multicentric study of 230 patients. *International Journal of Gynecological Cancer.* [Internet]. 2014 [access on 12 jan 2020]; 24(1): 156-164 (a). Available in: <https://ijgc.bmj.com/content/24/1/156>.
 14. Revaux A, Rouzier R, Ballester M, Selle, F Darai E, Chéreau E. Comparison of morbidity and survival between primary and interval cytoreductive surgery in patients after modified posterior pelvic exenteration for advanced ovarian cancer. *International Journal of Gynecological Cancer.* [Internet]. 2012 [access on 12 mar 2020]; 22(8): 1349-1354. Available in: <https://ijgc.bmj.com/content/22/8/1349>.
 15. Kaur M, Joniau S, D'Hoore A, Van Calster B, Van Limbergen E, Leunen K, et al. Pelvic exenterations for gynecological malignancies: a study of 36 cases. *International Journal of Gynecological Cancer.* [Internet]. 2012 [access on 12 mar 2020]; 22(5): 889-896. Available in: <https://ijgc.bmj.com/content/22/5/889>.
 16. Strasberg SM, Linehan DC, Hawkins W. The Accordion Severity Grading System of Surgical Complications. *Ann of Surg.* [Internet]. 2009 [access on 12 mar 2020]; 250(2): 177-186. Available in: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00000658-200908000-00001>.
 17. Minar L, Felsing M, Rovny I, Zlamal F, Bienertova-Vasku J, Jandakova E. Modified posterior pelvic exenteration for advanced ovarian malignancies: a single-institution study of 35 cases. *Acta Obstet Gynecol Scand.* [Internet]. 2017 [access on 10 jan 2020]; 96(9): 1136-1143. Available in: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/aogs.13177>.
 18. Soeda S, Furukawa S, Sato T, Ueda M, Kamo N, Endo Y, et al. Pelvic Exenteration as Potential Cure and Symptom Relief in Advanced and Recurrent Gynaecological Cancer. *Anticancer Res.* [Internet]. 2019 [access on 12 mar 2020]; 39(10): 5631-5637. Available in: <https://doi.org/10.21873/anticancer.13759>.
 19. Baiocchi G, Guimaraes GC, Oliveira RAR, Kumagai LY, Faloppa CC, Aguiar S, et al. Prognostic factors in pelvic exenteration for gynecological malignancies. *EJSO the Journal of Cancer Surgery.* [Internet]. 2012 [access on 12 mar 2017]; 38: 948-954. Available in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22818842/>.

20. Berreta R, Marchesi F, Volpi L, Ricotta G, Monica M, Sozzi G, et al. Posterior pelvic exenteration and retrograde total hysterectomy in patients with locally advanced ovarian cancer: Clinical and functional outcome. *Asia Oceania J Obstet Gynaecol*. [Internet]. 2016 [access on 10 jan 2020]; 55 (3): 346-50. Available in: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1028455916300328?via%3Dihub>.
21. Oranratanaphan S, Termrungruanglert W, Sirisabya N. Characteristics of gynecologic oncology patients in King Chulalongkorn Memorial Hospital - complications and outcome of pelvic exenteration. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. [Internet]. 2013 [access on 05 jan 2020]; 14(4): 2529-2532. Available in: <http://koreascience.or.kr/article/JAKO201321251181184.page>.
22. Chiantera V, Rossi M, De Iaco P, Koehler C, Marnitz S, Gallotta V, et al. Pelvic exenteration for recurrent endometrial adenocarcinoma: a retrospective multi-institutional study about 21 patients. *International Journal of Gynecological Cancer*. [Internet]. 2014 [access on 05 feb 2020]; 24(5): 880-884 (b). Available in: <https://ijgc.bmj.com/content/24/5/880>.
23. Pathiraja P, Sandhu H, Instone M, Haldar K, Kehoe S. Should pelvic exenteration for symptomatic relief in gynaecology malignancies be offered? *Arch Gynecol Obstet*. [Internet]. 2014 [access on 12 mar 2020]; 289(3): 657-62. Available in: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00404-013-3023-5>.
24. Petruzzello A, Kondo W, Hatschback SB, Guerreiro JA, Penegalli Filho F, Vendrame C, et al. Surgical results of pelvic exenteration in the treatment of gynecologic cancer. *World Journal of Surgical Oncology*. [Internet]. 2014 [access on 12 mar 2020]; 12: 1-7. Available in: <https://wjso.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7819-12-279>.
25. Tanaka S, Nagase S, Kaiho-Sakuma M, Nagai T, Kurosawa H, Toyoshima M, et al. Clinical outcome of pelvic exenteration in patients with advanced or recurrent uterine cervical cancer. *International Journal of Clinical Oncology*. [Internet]. 2014 [access on 12 mar 2020]; 9(1): 133-138. Available in: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10147-013-0534-9>.
26. Iglesias DA, Westin SN, Rallapalli V, Huang M, Fellman B, Urbauer, et al. The Effect of Body Mass Index on Surgical Outcomes and Survival Following Pelvic Exenteration. *Gynecol Oncol*. [Internet]. 2012 [access on 12 mar 2017]; 125(2): 1-15. Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3850365/>.
27. Yoo HJ, Lim MC, Seo SS, Kang S, Yoo CW, Kim JY, et al. Pelvic exenteration for recurrent cervical cancer: ten-year experience at National Cancer Center in Korea. *J Gynecol Oncol*. [Internet]. 2012 [access on 01 feb 2020]; 23(4): 242-250. Available in: <https://ejgo.org/DOIx.php?id=10.3802/jgo.2012.23.4.242>.
28. Romeo A, Gonzalez MI, Jaunarena J, Zubieta ME, Favre G, Tejerizo JC. Exenteración pélvica para neoplasias ginecológicas: complicaciones postoperatorias y resultados oncológicos. *Actas Urol Esp*. [Internet]. 2017 [access on 10 jan 2020]; 42(2): 121-125. Available in: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210480617301158>.
29. Tortorella L, Casarin J, Mara KC, Weaver AL, Multinu WF, Glaser GE, et al. Prediction of short-term surgical complications in women undergoing pelvic exenteration for gynecological malignancies. *Gynecologic Oncology*. [Internet]. 2018 [access on 05 jan 2020]; 152(1): 151-156. Available in: [https://www.gynecologiconcology-online.net/article/S0090-8258\(18\)31350-7/fulltext](https://www.gynecologiconcology-online.net/article/S0090-8258(18)31350-7/fulltext).
30. Gregorio N de, Gregoria A de, Ebner F, Friedl TWP, Huober J, Hefty R, et al. Pelvic exenteration as ultimate ratio for gynecologic cancers: single-center analyses of 37 cases. *Arch Gynecol Obstet*. [Internet]. 2019 [access on 12 mar 2020]; 300(1):161-168. Available in: <https://doi.org/10.1007/s00404-019-05154-4>.
31. Bizzarri N, Chiantera V, Ercoli A, Fagotti A, Tortorella L, Conte C, et al. Minimally Invasive Pelvic Exenteration for Gynecologic Malignancies: A Multi-Institutional Case Series and Review of the Literature. *Minim Invasive Gynecol*. [Internet]. 2019 [access on 10 jan 2020]; 26(7):1316-1326. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2018.12.019>.

COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS ASSOCIADAS A EXENTERAÇÃO PÉLVICA EM MULHERES COM CÂNCER GINECOLÓGICO: REVISÃO INTEGRATIVA

RESUMO:

Objetivo: identificar as principais complicações advindas da cirurgia de exenteração pélvica em câncer ginecológico e o desfecho do óbito hospitalar após o procedimento cirúrgico. **Método:** revisão integrativa da literatura considerando 23 artigos publicados de 2012 a 2020 nas bases de dados LILACS e IBECs. Os descritores utilizados foram *genital cancer, gynecological cancer, pelvic exenteration, exenteration, postoperative complications, surgical complications, death* (idioma inglês), combinados através de conectores booleanos AND ou OR.

Resultados: constatou-se aplicabilidade cirúrgica para câncer do colo uterino, útero, ovário, vaginal e vulvar; idade associada a comorbidades (diabetes e hipertensão); a exenteração pélvica total predominante; tempo médio de cirurgia e de institucionalização elevados em decorrência de infecções. **Considerações finais:** a pesquisa possibilita a melhoria da assistência de saúde prestada no pré, peri e pós-operatório de EP enquanto elucida os principais problemas resultantes desta cirurgia, suas estratificações e manejos.

DESCRIPTORIOS: Neoplasias dos Genitais Femininos; Exenteração Pélvica; Complicações Pós-Operatórias; Oncologia; Comorbidade.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS ASOCIADAS A LA EXENTERACIÓN PÉLVICA EN MUJERES CON CÁNCER GINECOLÓGICO: REVISIÓN INTEGRADORA

RESUMEN:

Objetivo: identificar las principales complicaciones derivadas de la cirugía de exenteración pélvica en tumores ginecológicos y el desenlace de fallecimiento intrahospitalario después del procedimiento quirúrgico. **Método:** revisión integradora de la literatura en la que se consideraron 23 artículos publicados en las bases de datos LILACS e IBECs entre 2012 y 2020. Se utilizaron los siguientes descriptores: *genital cancer, gynecological cancer, pelvic exenteration, exenteration, postoperative complications, surgical complications y death* (idioma inglés), combinados por medio de conectores booleanos AND u OR. **Resultados:** se detectó lo siguiente: aplicabilidad quirúrgica para cáncer de cuello uterino, útero, ovario, vagina y vulva; edad asociada a comorbilidades (diabetes e hipertensión); predominio de exenteración pélvica total; elevado tiempo promedio de cirugía; e internación por infecciones. **Aportes al área:** este trabajo de investigación permite mejorar la atención de la salud provista en los períodos pre-, peri- y post-operatorios de la EP, puesto que deja en claro los principales problemas derivados de esta cirugía, sus estratificaciones y opciones de manejo.

DESCRIPTORIOS: Neoplasias en los Genitales Femeninos; Exenteración Pélvica; Complicaciones Postoperatorias; Oncología; Comorbilidad.

*Artigo extraído da dissertação do mestrado "EXENTERAÇÃO PÉLVICA: Análise de complicações pós-cirúrgicas e óbito hospitalar para construção de cartilha educativa", Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil, 2018.

Recebido em: 04/08/2021

Aprovado em: 08/02/2023

Editora associada: Dra. Virginia Souza

Autor Correspondente:

Isis Ataíde da Silva

Universidade Federal do Pará

Instituição vinculada: Universidade Federal do Pará

E-mail: isisataide@hotmail.com

Contribuição dos autores:

Contribuições substanciais para a concepção ou desenho do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação de dados do estudo - **Silva IA da, Carneiro IC do RS, Santana ME de, Ferreira IP**; Elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do estudo - **Silva IA da, Carneiro IC do RS**; Responsável por todos os aspectos do estudo, assegurando as questões de precisão ou integridade de qualquer parte do estudo - **Silva IA da, Carneiro IC do RS**. Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

ISSN 2176-9133



Este obra está licenciada com uma [Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).