

20
ANOS



ENCONTROS da PRIMAVERA ONCOLOGIA

20 YEARS | ONCOLOGY SPRING MEETING

10-13 ABRIL APRIL **2024**

ÉVORA HOTEL

LIVRO DE RESUMOS

ORGANIZAÇÃO

DNA PRIME
SCIENTIFIC EDUCATION

AGÊNCIA OFICIAL

factorchave[®]
marketing integrado

ÍNDICE

COMUNICAÇÕES ORAIS

CO010

CRIOPRESERVAR TECIDO OVÁRICO EM TUMORES DO OVÁRIO? CASUÍSTICA NACIONAL

CO022

MOLECULAR PROFILING OF TUMORS: ASSESSING SOMATIC ALTERATIONS VIA TARGETED NGS AT GENOMED

CO026

DESAFIOS NA UTILIZAÇÃO DE NOVAS TERAPÊUTICAS NO CARCINOMA UROTELIAL LOCALMENTE AVANÇADO/METASTÁTICO: ENFORTUMAB VEDOTINA

CO051

PEMBROLIZUMAB/AXITINIB NO CARCINOMA DE CÉLULAS RENAIIS AVANÇADO
- CASUÍSTICA DE UM CENTRO

CO054

APALUTAMIDA NO CANCRO DA PRÓSTATA METASTÁTICO EM FASE DE HORMONOSSENSIBILIDADE:
RESULTADOS DE UM CENTRO

CO067

TROMBOSE ASSOCIADA AO CANCRO NO DOENTE CIRÚRGICO - QUANDO A PROFILAXIA PERMANECE INSUFICIENTE

CO073

TERAPÊUTICA CONSERVADORA EM TUMORES SÍNCRONOS DO COLO DO ÚTERO E NASOFARINGE:
CASO CLÍNICO

CO101

DAROLUTAMIDA NO CANCRO DA PRÓSTATA NÃO METASTÁTICO RESISTENTE À CASTRAÇÃO
- EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

CO103

UMA TÉCNICA INOVADORA PARA DIMINUIR A DOSE RECTAL NA RADIOTERAPIA DA PRÓSTATA:
ESTUDO PROSPETIVO

CO119

PODER PREDITIVO DOS RÁCIOS NLR E PLR PRÉ RADIOTERAPIA NA SOBREVIVÊNCIA GLOBAL
DE DOENTES IDOSOS COM CANCRO DO ESÓFAGO.

ÍNDICE

POSTERS

ENFERMAGEM

PO ENF002

PRINCÍPIOS DO CONTROLO SINTOMÁTICO EM CUIDADOS PALIATIVOS: TERAPÊUTICA VIA SUBCUTÂNEA

PO ENF012

IMPACTO DA ACUPUNTURA NA QUALIDADE DE VIDA DA MULHER COM CANCRO DE MAMA SOB QUIMIOTERAPIA ENDOVENOSA

PO ENF016

PROMOÇÃO DA SAÚDE E BEM-ESTAR DA PESSOA COM CANCRO. O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM REABILITAÇÃO, DO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA, DO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA E DO PSICÓLOGO CLÍNICO

PO ENF044

REABILITAÇÃO DA PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA

PO ENF047

TELECONSULTA DE ENFERMAGEM AO DOENTE ONCOLÓGICO SUBMETIDO A TERAPÊUTICAS ANTINEOPLÁSICAS ORAIS

PO ENF068

A PRESENÇA DE CRIANÇAS NA VISITA AO DOENTE INTERNADO: AS INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ONCOLOGISTA

PO ENF071

O USO DO ECG INTRACAVITÁRIO COMO MÉTODO DE CONFIRMAÇÃO DA LOCALIZAÇÃO DA PONTA DO PICC: PRÁTICA DE ENFERMAGEM NO IPOLISBOA.

PO ENF087

INOVAÇÃO EM ACESSOS VENOSOS EM ENFERMAGEM

PO ENF095

ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL ÚTEIS NA COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS À PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA - SCOPING REVIEW

PO ENF096

IMPACTE DOS CUIDADOS PALIATIVOS NO FAMILIAR CUIDADOR DA PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA - SCOPING REVIEW

PO ENF105

INTEGRAÇÃO PRECOCE DOS CUIDADOS PALIATIVOS NO DOENTE COM CANCRO AVANÇADO - ESTUDO DE CASO

PO ENF108

A NUTRIÇÃO EM FIM DE VIDA: A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO

PO ENF114

GESTÃO DE CASOS NA PESSOA COM DOR CRÓNICA: SCOPING REVIEW

ÍNDICE

POSTERS

ENFERMAGEM

PO ENF127

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREPARAÇÃO PARA A ALTA DA PESSOA SUBMETIDA A MASTECTOMIA COM DRENO(S): REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

PO ENF128

ESQUEMAS DE TRATAMENTO DE RADIOTERAPIA ANTÁLGICA NO ALÍVIO DA DOR

PO ENF129

A SEXUALIDADE EM IRRADIAÇÃO PÉLVICA

PO ENF153

UMBRELLA REVIEW DO EFEITO DOS PROGRAMAS DE EXERCÍCIO NA NEUROPATIA PERIFÉRICA INDUZIDA PELA QUIMIOTERAPIA: CONTRIBUTOS PARA A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

PO ENF155

ABORDAGEM INTEGRATIVA À PESSOA COM PROCTITE RÁDICA - UM ESTUDO DE CASO

PO ENF158

A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NO CONTROLE DA DISPNEIA NUM DOENTE COM CANCRO DO PULMÃO

PO ENF161

RESULTADOS DO ACOMPANHAMENTO DO NURSE NAVIGATOR EM PESSOAS COM CANCRO DA MAMA

ÍNDICE

POSTERS MÉDICOS

PO MED004

TOXICIDADE ASSOCIADA AO ENFORTUMAB VEDOTINA EM DOENTES IMUNOSSUPRIMIDOS
- UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ESSENCIAL

PO MED005

O ULTRA-HIPOFRACIONAMENTO NO TRATAMENTO DO CANCRO DA MAMA BILATERAL
- ANÁLISE DE UMA SÉRIE DE CASOS

PO MED006

ENCEFALOPATIA DE WERNICKE EM CANCRO GÁSTRICO

PO MED007

PRESERVAÇÃO DA FERTILIDADE EM DOENTES SUBMETIDOS A RADIOTERAPIA: REVISÃO DA LITERATURA

PO MED011

RISK FACTORS FOR PERIPROSTHETIC INFECTION FOLLOWING LIMB SALVAGE SURGERY
IN BONE SARCOMAS

PO MED014

GESTÃO DA NEFROTOXICIDADE INDUZIDA POR CISPLATINA: CRIAÇÃO DE UM PROTOCOLO
DE HIDRATAÇÃO STANDARD

PO MED015

RESSECÇÃO CIRÚRGICA ASSISTIDA POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE NAVEGAÇÃO
EM CONDROSSARCOMA INTRAPÉLVICO: RELATO DO PRIMEIRO CASO EM PORTUGAL

PO MED017

CAUSA INCOMUM DE VOLVO DO CEGO

PO MED018

PNEUMONITE SECUNDÁRIA, TARDIA, A NIVOLUMAB NUM DOENTE COM ADENOCARCINOMA PULMONAR

PO MED019

PLASMOCITOMA DA BASE DO CRÂNIO - RELATO DE UM CASO CLÍNICO

PO MED020

MULTIGENE PANEL TESTING FOR BREAST AND OVARIAN CANCER PATIENTS. EXPERIENCE
OF SYNLAB-GENETIC CENTER

PO MED021

RADIOTERAPIA NEOADJUVANTE NO CARCINOMA DA MAMA LOCALMENTE AVANÇADO
- UM CASO CLÍNICO

PO MED024

SARCOMA DE KAPOSÍ - DESAFIOS NO PLANEAMENTO DOSIMÉTRICO DE DOIS DOENTES
COM LESÕES NOS PÉS

PO MED025

CARCINOMA UROTELIAL METASTIZADO E AS DIFERENTES ABORDAGENS TERAPÊUTICAS

PO MED027

MUTAÇÃO BRCA1 - UM CASO DE CANCRO DA MAMA BILATERAL E DO OVÁRIO SÍNCRONOS

PO MED028

QUANDO TRATAR MAGOA: ANGIOSSARCOMA INDUZIDO PELA RADIAÇÃO APÓS IRRADIAÇÃO TOTAL
DA MAMA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

ÍNDICE

POSTERS MÉDICOS

PO MED029

GIST: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO CLÍNICO E ANÁLISE DE COORTE DE 10 ANOS

PO MED030

A PROMESSA DE UMA NOVA ERA NO CANCRO COLORRETAL METASTÁTICO

PO MED032

CASO DE UM CONDROMA EXTRA-ESQUELÉTICO INTRAMUSCULAR GIGANTE - DESAFIO DIAGNÓSTICO

PO MED033

COMO E DO QUE MORREM OS NOSSOS DOENTES?

PO MED036

RADIOTERAPIA ESTEREOTÁXICA PULMONAR PÓS TRANSPLANTE. REVISÃO DA LITERATURA E APRESENTAÇÃO DE DOIS CASOS CLÍNICOS.

PO MED037

NEOPLASIAS MALIGNAS PRIMÁRIAS MÚLTIPLAS UMA REALIDADE NO FUTURO?

PO MED038

RADIOTERAPIA RADICAL NO TRATAMENTO DO CARCINOMA DA LARINGE GLÓTICA EM ESTÁDIOS PRECOSES: IMPACTO NA QUALIDADE VOCAL

PO MED039

RADIOTERAPIA EXTERNA NO TRATAMENTO DE LINFOMA ORBITÁRIOS PRIMÁRIOS
- UM CASO CLÍNICO

PO MED040

ANÁLISE DE EFETIVIDADE E SEGURANÇA DO SACITUZUMAB GOVITECANO EM CONTEXTO DE VIDA REAL

PO MED041

UNVEILING CRANIOENCEPHALIC CT POTENTIAL IN HER2-POSITIVE BREAST CANCER:
A PILOT EXPLORATION

PO MED042

DOENÇA ONCOLÓGICA EM IDOSOS - DOIS CASOS CLÍNICOS

PO MED043

EFICÁCIA DA RADIOTERAPIA ESTEREOTÁXICA NO CANCRO DA MAMA METASTÁTICO:
DADOS DE VIDA REAL

PO MED045

RECIDIVA ATÍPICA DE CARCINOMA DA PRÓSTATA

PO MED046

FIBROSE RADIO-INDUZIDA NO CANCRO DA MAMA: UM CASO CLÍNICO COM IMPACTO
NA QUALIDADE DE VIDA

PO MED048

O USO DE TRABECTEDINA EM LINHAS SUBSEQUENTES - A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA

PO MED049

SÍNDROME DE SECREÇÃO INAPROPRIADA DE HORMONA ANTIDIURÉTICA (SIADH)
COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DE TUMOR NEUROENDÓCRINO GÁSTRICO - UM CASO DISTINTO

ÍNDICE

POSTERS MÉDICOS

PO MED050

SORAFENIB E RADIOTERAPIA ESTEROTÁXICA NO HEPATOCARCINOMA AVANÇADO:
UMA COMBINAÇÃO COM SUCESSO

PO MED052

SBRT DA PRÓSTATA: UMA OPÇÃO A NÃO ESQUECER

PO MED053

QUILOTÓRAX BILATERAL RECIDIVANTE: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

PO MED055

FIBROSSARCOMA EPITELIOIDE ESCLEROSANTE PLURIMETASTÁTICO AO DIAGNÓSTICO:
RELATO DE CASO

PO MED056

AS APARÊNCIAS ILUDEM: RELATO DE CASO

PO MED057

OUTCOMES DA CIRURGIA GÁSTRICA ONCOLÓGICA POR LAPAROSCOPIA: A EXPERIÊNCIA
DE UM CENTRO DE ELEVADO VOLUME

PO MED058

UM CASO CLÍNICO - POLIMIALGIA REUMÁTICA INDUZIDA POR NIVOLUMAB

PO MED059

METÁSTASE MAMÁRIA DE ADENOCARCINOMA DO PULMÃO

PO MED060

SARCOMA DE KAPOSI ENDÊMICO COMO UMA REALIDADE EM MOÇAMBIQUE

PO MED061

CARCINOMATOSE LEPTOMENÍNGEA NO CANCRO DA MAMA - DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

PO MED062

OSTEOBLASTOMA DO ASTRÁGALO - UM DIAGNÓSTICO ATÍPICO

PO MED063

AVELUMAB, QUANDO DESCONTINUAR?

PO MED064

UM CASO DE TOXIDERMIA PROLONGADA À APALUTAMIDA

PO MED065

ENCONDROMA DA OMOPLATA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

PO MED066

O EFEITO DA EXPRESSÃO DO HER-2 NOS OUTCOMES DE PACIENTES COM CANCRO DA MAMA AVANÇADO
EM TRATAMENTO COM INIBIDORES DE CDK4/6 - EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

PO MED069

STRESS FRACTURE OF THE CLAVICLE AFTER TOTAL SCAPULECTOMY AND HUMERAL SUSPENSION
- CASE REPORT

PO MED070

CARGA TUMORAL EM DOENTES COM NEUROFIBROMATOSE TIPO 1 COM MAIS DE 60 ANOS

ÍNDICE

POSTERS MÉDICOS

PO MED072

GESTÃO DE INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS NO DOENTE ONCOLÓGICO COM DOR NEUROPÁTICA

PO MED074

TUMOR MISTO DA VESÍCULA BILIAR: UMA ENTIDADE RARA

PO MED075

A IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR - A PROPÓSITO DE UM CASO DE MELANOMA COM METASTIZAÇÃO INTESTINAL

PO MED076

INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA NA VALIDAÇÃO DA PRESCRIÇÃO MÉDICA NUMA UNIDADE DE PREPARAÇÃO DE CITOTÓXICOS

PO MED077

O FARMACÊUTICO NA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR DE ONCOLOGIA HEPÁTICA

PO MED078

TROMBOSE ASSOCIADA A CATETER EM DOENTE ONCOLÓGICO: GESTÃO DA TERAPÊUTICA ANTICOAGULANTE EM DOENTE NÃO CUMPRIDOR

PO MED079

RADIOABLAÇÃO OVÁRICA NO CANCRO DA MAMA - UM ALIADO A FORTALECER?

PO MED081

DERMATOMIOSITE ANTI-TIF-1? COMO SÍNDROME PARANEOPLÁSICO: GESTÃO E IMPLICAÇÕES PARA O TRATAMENTO ONCOLÓGICO

PO MED082

TRASTUZUMAB-DERUXTECAN EM DOENTES COM CANCRO DA MAMA METASTIZADO HER2-LOW PREVIAMENTE TRATADO: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO NACIONAL

PO MED085

PNEUMONITE SECUNDÁRIA A TRASTUZUMAB-DERUXTECANO - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

PO MED086

IMPACTO FINANCEIRO DO ULTRAHIPOFRACIONAMENTO NA RADIOTERAPIA DA MAMA: UMA ABORDAGEM TD-ABC

PO MED088

CABOZANTINIB EM 1ª LINHA EM CARCINOMA DE DUCTOS COLECTORES RENAI METASTÁTICO - CASO CLÍNICO

PO MED089

MASTECTOMIA TOTAL: MONITORIZAÇÃO DA DOSE À SUPERFÍCIE DA PELE EM DOENTES SUBMETIDAS A RADIOTERAPIA

PO MED090

TRATAMENTO DE CANCRO DO PULMÃO DE NÃO-PEQUENAS CÉLULAS ESTADIO III: A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

PO MED091

CARCINOMA DE CÉLULAS MERKEL: UM CASO DE SUCESSO PROLONGADO COM TERAPÊUTICA MULTIMODAL

ÍNDICE

POSTERS MÉDICOS

PO MED092

UM CASO ATÍPICO DE CARCINOMA RENAL DE CÉLULAS CLARAS

PO MED094

O IMPACTO DA MUTAÇÃO DO GENE PALB2 NO CANCRO EM IDADE JOVEM

PO MED097

NEUTROPENIA INDUZIDA POR SACITUZUMAB GOVITECANO NO CANCRO DA MAMA METASTÁTICO TRIPLO NEGATIVO

PO MED098

LONG SURVIVORS EM CARCINOMA UROTELIAL

PO MED099

TRASTUZUMAB-DERUXTECAN NA NEOPLASIA GÁSTRICA METASTÁTICA HER2 POSITIVA - CASO CLÍNICO

PO MED100

CISTOADENOCARCINOMA DO PÂNCREAS - UM CASO DE SUCESSO

PO MED104

CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS DA PELE - O PAPEL DA IMUNOTERAPIA

PO MED106

AVALIAÇÃO DA RESPOSTA PATOLÓGICA MAMÁRIA E AXILAR APÓS QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE EM DOENTES COM CANCRO DA MAMA LOCALIZADO

PO MED107

IMPACTO DO TEMPO DE INÍCIO DE QUIMIOTERAPIA ADJUVANTE NA SOBREVIVÊNCIA LIVRE DE DOENÇA: ESTUDO RETROSPECTIVO EM DOENTES COM CARCINOMA INVASIVO DA MAMA

PO MED109

MÚLTIPLAS TOXICIDADES - DESCRIÇÃO DE UM CASO CLÍNICO

PO MED110

TRATAMENTO COM IBRUTINIB: UMA ANÁLISE RETROSPECTIVA ÀS PRINCIPAIS TOXICIDADES NA PRÁTICA CLÍNICA

PO MED111

GEMCITABINA-NABPACLITAXEL NO ADENOCARCINOMA DO PÂNCREAS METASTIZADO - A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

PO MED112

UM CASO DE DIPLOPIA NO FUTEBOL: MAU PERDER OU TOXICIDADE NEUROMUSCULAR A PEMBROLIZUMAB?

PO MED113

PERFIL CLÍNICO E GENÉTICO DA SÍNDROME DE LYNCH: ANÁLISE DA CASUÍSTICA HOSPITALAR

PO MED115

TUMORES CARCINÓIDES DO APÊNDICE: O SEGREDO NOS DETALHES?

PO MED117

PNEUMONITE ASSOCIADA A TAXANOS EM CONTEXTO DE NEOADJUVÂNCIA EM DOENTES COM CANCRO DE MAMA - EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO CLÍNICO

PO MED118

EFICAZ E DURADOURA: IMUNOTERAPIA PALIATIVA NO TRATAMENTO DO CANCRO COLORRETAL METASTIZADO COM INSTABILIDADE DE MICROSSATÉLITES

ÍNDICE

POSTERS MÉDICOS

PO MED120

APRESENTAÇÃO TENEBROSA DE MELANOMA OCULTO

PO MED121

DESAFIOS NO TRATAMENTO NEOADJUVANTE DO CARCINOMA ESCAMOSO DO ESÓFAGO E JUNÇÃO ESÓFAGO GÁSTRICA EM DOENTE COM INSTABILIDADE DE MICROSSATÉLITES

PO MED122

CARCINOMA DE PEQUENAS CÉLULAS DO COLO UTERINO

PO MED123

DIFERENCIAÇÃO NEUROENDÓCRINA DE ADENOCARCINOMA DA PRÓSTATA

PO MED124

CANCRO DA MAMA OLIGOMETASTÁTICO HER2+ HR-: DE PROGNÓSTICO DESFAVORÁVEL A RESPOSTA COMPLETA

PO MED125

O IMPACTO DO STATUS NUTRICIONAL NA SOBREVIDA DO DOENTE ONCOLÓGICO

PO MED130

DESAFIOS DO TRATAMENTO DO CARCINOMA GÁSTRICO AVANÇADO COM INSTABILIDADE DE MICROSSATÉLITES: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

PO MED131

RADIOTERAPIA ADJUVANTE NO CARCINOMA DE PEQUENAS CÉLULAS DO OVÁRIO TIPO HIPERCALCÉMICO EM IDADE PEDIÁTRICA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO RARO

PO MED132

HERPES ZOSTER DORSAL COM HIPERCAPTAÇÃO CUTÂNEA E GANGLIONAR EM PET FDG

PO MED133

CANCRO DA MAMA LUMINAL HER2+: LONGA SOBREVIVÊNCIA APÓS METASTIZAÇÃO

PO MED134

BRAQUITERAPIA INTERSTICIAL NO TRATAMENTO DE CICATRIZES QUELÓIDES

PO MED135

IMPACTO DA SEQUENCIAÇÃO DE NOVA GERAÇÃO NO TRATAMENTO DO CARCINOMA DE DUCTOS SALIVARES HORMONO-RESISTENTES

PO MED136

UM CASO DE PANCREATITE AGUDA INDUZIDA POR QUIMIOTERAPIA

PO MED137

SERÁ QUE É SEGURO O USO DE IMUNOTERAPIA EM DOENTES COM DOENÇA AUTO-IMUNE?
- A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

PO MED138

PAPEL DA QUIMIOTERAPIA NO CANCRO DA PRÓSTATA METASTÁTICO - REAL WORLD DATA: USLAC

PO MED139

USO DE METADONA EM CONTEXTO DE UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS
- A PROPÓSITO DE UM CASO

ÍNDICE

POSTERS MÉDICOS

PO MED141

CANCRO DA MAMA HER2+ EM DOENTES IDOSAS: A REALIDADE DE UMA UNIDADE DE ONCOLOGIA

PO MED142

CETOACIDOSE DIABÉTICA COMO MANIFESTAÇÃO INAUGURAL DE DIABETES INDUZIDA POR IMUNOTERAPIA NO MELANOMA AVANÇADO

PO MED143

CARCINOMATOSE LEPTOMENÍNGEA EM CANCRO DA PRÓSTATA - 3 CASOS EM MENOS DE 1 ANO NO CHUA

PO MED144

CARCINOMA DO CÓLON COM DIFERENCIAÇÃO NEUROENDÓCRINA - UM CASO CLÍNICO

PO MED145

FENÓTIPO DE INSTABILIDADE DE MICROSSATÉLITES E TUMOUR MUTATIONAL BURDEN NO CANCRO GÁSTRICO METASTIZADO

PO MED146

CARCINOMA DE CÉLULAS CLARAS DO OVÁRIO E TERAPÊUTICA-ALVO - UMA LUZ AO FUNDO DO TÚNEL?

PO MED147

COMPARAÇÃO DOS EFEITOS DE UM PROGRAMA DE PRÉ-HABILITAÇÃO (HOME BASED) EM DOENTES COM ADENOCARCINOMA DO ESTÔMAGO SUBMETIDOS A QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE COM O REGIME FLOT

PO MED148

HISTIOCITOSE DE CÉLULAS DE LANGERHANS - FIXAÇÃO PROFILÁTICA COM PLACA E PARAFUSOS EM CONTEXTO DE FRATURA IMINENTE DA DIÁFISE DO FÉMUR

PO MED149

O PAPEL DA LINFADENECTOMIA DE 3 CAMPOS NO CANCRO DO ESÓFAGO

PO MED150

OSTEOSSARCOMA EXTRAESQUELÉTICO E MIOSITE OSSIFICANTE ENQUANTO DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

PO MED151

GASTRIC CANCER PREDICTIVE BIOMARKERS: INTEGRATING LITERATURE AND INSIGHTS FROM UNIDADE LOCAL SAÚDE DO ALENTEJO CENTRAL CASUISTRY

PO MED152

CARCINOMA NEUROENDÓCRINO DIGESTIVO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

PO MED154

TUMOR DE PANCOAST: UM CASO DE SUCESSO NA ERA 3DCRT

PO MED156

AMPUTAÇÃO DE 3 RAIOS POR TUMORES MALIGNOS DA MÃO - SOBREVIDA E OUTCOME FUNCIONAL

PO MED160

HETEROGENEIDADE CLÍNICA EM PECOMAS UTERINOS

COMUNICAÇÕES ORAIS



CRIOPRESERVAR TECIDO OVÁRICO EM TUMORES DO OVÁRIO? CASUÍSTICA NACIONAL

ALEXANDRA ALMEIDA-SANTOS; CRISTINA FRUTUOSO; TERESA ALMEIDA-SANTOS
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

INTRODUÇÃO

Atualmente, urge discutir a preservação da fertilidade nas mulheres cuja terapêutica oncológica possa prejudicar o seu potencial reprodutivo, nomeadamente, nos tumores do ovário. Em Portugal, as técnicas de preservação disponíveis são a criopreservação de ovócitos e de tecido ovárico (CTO). A CTO com posterior transplante do tecido, nos tumores do ovário, ainda é controversa.

OBJETIVOS

Revisão bibliográfica e casuística nacional dos casos de CTO em tumores do ovário.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizada uma revisão bibliográfica, sem critérios de exclusão, com os termos MESH "fertility preservation", "cryopreservation", "freezing", "ovarian neoplasm", "ovarian cancer". Procedeu-se à revisão dos casos de CTO em tumores benignos, borderline e malignos do ovário, no Centro de Preservação da Fertilidade da ULS Coimbra (único centro do país a realizar esta técnica), de 2009 a 2024.

RESULTADO

Identificaram-se dez casos de CTO em tumores do ovário (Tabela 1), seis casos de tumores malignos, dois benignos e um borderline bilateral. Em dois casos, foi realizado TTO - em mulheres com diagnóstico de cistadenofibroma seroso e um cistadenocarcinoma mucinoso (2021 e 2022) - sem recuperação da função ovárica.

O caso mais recente de CTO trata uma lactente de 4 meses submetida a laparoscopiadiagnóstica por suspeita de tumor maligno do ovário bilateral. Foi realizada anexectomia bilateral com criopreservação de um fragmento com aspeto normal.

DISCUSSÃO

O TTO tem como principais permitir a restauração da função endócrina e da atividade folicular (em cerca de 90% e 30% dos casos, respetivamente) e ser possível em pré-púberes. Os tumores com maior risco de implantação de células malignas após TTO são as neoplasias hematológicas, estando contraindicada a CTO. Nos tumores do ovário, este risco parece ser baixo. Segundo alguns autores, a técnica pode ser realizada, após decisão partilhada com a doente, em tumores benignos, borderline e casos selecionados de carcinoma IA. Para tentar minimizar este risco, parte dos fragmentos de córtex e toda a medula do ovário a criopreservar, são analisados pela Anatomia Patológica. A maturação de folículos *in vitro* e o desenvolvimento do ovário artificial, podem vir a permitir a utilização do tecido ovárico com total segurança.

São raros os casos descritos de TTO em tumores do ovário, tendo a maior coorte um transplante em tumor maligno do ovário e quatro em tumores de células germinativas ou borderline, sem recorrências.

CONCLUSÕES

Deve oferecer-se uma consulta de aconselhamento reprodutivo a todas as mulheres com tumores do ovário, que não tenham completado o seu projeto reprodutivo, de forma personalizada, de acordo com as características do tumor e a reserva ovárica. Considera-se pertinente a CTO nestes casos, requerendo uma decisão partilhada. O TTO tem resultados promissores, sendo necessária mais evidência que permita aumentar a segurança em tumores do ovário.

MOLECULAR PROFILING OF TUMORS: ASSESSING SOMATIC ALTERATIONS VIA TARGETED NGS AT GENOMED

**ANA CARLA SOUSA¹; ANDRÉ JANEIRO¹; SUSANA LOPES¹; SANDRA MATOS¹;
MARIA CARMO-FONSECA²; CATARINA SILVEIRA¹**

¹ GENOMED - DIAGNÓSTICOS DE MEDICINA MOLECULAR, S.A, LISBOA, PORTUGAL,

² INSTITUTO DE MEDICINA MOLECULAR JOÃO LOBO ANTUNES, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE LISBOA, PORTUGAL

INTRODUÇÃO

High-throughput sequencing technologies, also known as Next-Generation sequencing (NGS), are being widely used in clinical practice, enabling the detection of predictive biomarkers to targeted therapies. The assessment of the molecular landscape allows a better characterization of a tumor and impact on the clinical course of the disease.

OBJETIVOS

In this retrospective study (2019-2023), we sought to assess the importance of a broad molecular profiling in a large spectrum of tumors and evaluate the percentage of relevant somatic alterations detected with targeted NGS.

MATERIAL E MÉTODOS

Molecular profile analysis was conducted in 196 formalin-fixed paraffin-embedded (FFPE) samples of different solid tumors. For NGS analysis, we used OncoPrint™ Focus Assay, Chef-Ready Library (IonTorrent, ThermoFisher Scientific) which allows the simultaneous identification of variants across 52 genes, considered the main clinically significant genes for cancer treatment selection.

RESULTADOS

From the 196 samples, the main tumor types studied were: gastrointestinal tumors (49,7%), sarcomas (9,3%), breast cancer (8,3%), and central nervous system cancers (6,2%). The assessment was informative in 63,7% of the cases, with the detection of at least one of the main mutation classes - Single Nucleotide Variation (SNV), gene fusion, insertion-deletions (InDel), and/or Copy Number Variation (CNVs). In 27,5% of the samples an actionable mutation, classified as such on the Memorial Sloan Kettering Precision Oncology Knowledge Base (OncoKB), was detected. The most frequently detected actionable alterations were BRAF V600E, PIK3CA mutation, KRAS G12C, ERBB2 amplification, and IDH R132 mutation. The failure rate was 1,5%.

DISCUSSÃO

Although the best way to assess cancer's genetic repertoire is still under debate, improvements in molecular profiling, namely the use of broad, but relevant, gene panels, have resulted in a rapid increase in the number of predictive biomarkers and related targeted therapies, that might give therapeutic options to the patients. Here we demonstrated that this approach increases the detection of actionable mutations and consequently the identification of patients eligible for targeted treatment. A better knowledge of the tumor could allow better management of the available therapeutic options, such as a matched targeted treatment, if available, and/or clinical trial enrolment.

CONCLUSÕES

While there are clear advantages in the use of broad gene panels, there are also challenges resulting from the increasing number of variants detected. To provide a better understanding, we strongly recommend that the results should be evaluated in a context of a multidisciplinary molecular tumor board (MTB).

DESAFIOS NA UTILIZAÇÃO DE NOVAS TERAPÊUTICAS NO CARCINOMA UROTELIAL LOCALMENTE AVANÇADO/METASTÁTICO: ENFORTUMAB VEDOTINA

SANDRA SILVA; HELENA GUEDES; ALEXANDRA GUEDES; JOANA CABRAL; SANDRA CUSTÓDIO; JOANA MARINHO

CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO

INTRODUÇÃO

O enfortumab vedotina (EV) é um anticorpo conjugado a um agente disruptor dos microtúbulos, anti-nectina 4, cujo benefício, face à quimioterapia (QT), foi demonstrado no ensaio *EV-301*, quer na sobrevivência global (SG) quer na sobrevivência livre de progressão (SLP) no tratamento do carcinoma urotelial localmente avançado (LA)/metastático previamente tratado com QT à base de platino e imunoterapia.

OBJETIVOS

Avaliar a eficácia e segurança do EV em doentes com carcinoma urotelial LA/metastático.

MATERIAL E MÉTODOS

Coorte retrospectiva de doentes tratados com EV a partir de janeiro de 2023 que progrediram após QT à base de platino e imunoterapia. Foram avaliadas as toxicidades, segundo CTCAEv5.0. A eficácia foi avaliada pela taxa de resposta e taxa de controlo da doença.

A sobrevivência global (SG) foi calculada a partir da data do diagnóstico da doença LA/metastática.

RESULTADOS

Foram analisados 10 doentes, 70% do sexo masculino, com uma idade mediana de 74 anos (mínimo 60, máximo 84) e 80% com ECOG *performance status* ≤ 1 . A maioria (60%) eram estadio IV ao diagnóstico e 30% tinham sido submetidos a cirurgia ao tumor primário. O padrão de metastização visceral foi observado em 30% dos doentes e unicamente ganglionar em 60%. Após um *follow-up* mediano de 6 meses (mínimo 4, máximo 13), a taxa de resposta foi de 50% e a taxa de controlo da doença de 80%, verificando-se progressão em apenas 2 doentes. Após um *follow-up* mediano de 22 meses (mínimo 13, máximo 84), a mediana da SG foi de 21 meses (95% IC 11,7 - 30,3). Foi necessária redução de dose em 90% dos doentes, em 80%

suspensão temporária/adiamento e em 20% dos casos foi necessária a suspensão definitiva do fármaco por toxicidade. Toxicidades \geq grau 3 foram registadas em 50% dos doentes: 40% *rash*, 40% neuropatia periférica e 20% neutropenia. Em 80% dos doentes observaram-se eventos adversos G2: 50% astenia e anorexia, 30% náuseas e anemia, 20% trombocitopenia e 10% neutropenia, neuropatia e *rash*. Em 70% dos doentes observou-se perda ponderal durante o tratamento, 57,1% dos quais $> 10\%$.

DISCUSSÃO

Nesta análise, tal como no ensaio *EV-301*, observaram-se altas taxa de resposta e controlo de doença em doentes previamente tratados, assim como toxicidades \geq G3 em cerca de metade da população. Será necessário maior tempo de *follow-up* para perceber o impacto do tratamento com EV na SG e SLP.

CONCLUSÕES

EV revela-se uma arma terapêutica eficaz que veio revolucionar o tratamento do carcinoma urotelial em linhas avançadas. Contudo, com uma toxicidade que não é desprezível. A sua prevista incorporação como tratamento de primeira linha, assim como o facto da população tratada ser maioritariamente geriátrica, torna fundamental uma cuidada seleção e monitorização do doente durante esta terapêutica.

PEMBROLIZUMAB/AXITINIB NO CARCINOMA DE CÉLULAS RENAIAS AVANÇADO - CASUÍSTICA DE UM CENTRO

LAURA PRATAS GUERRA; MIGUEL MARTINS BRAGA; JOÃO COELHO; RITA PICHEL; JOANA SIMÕES; ANTÓNIO ARAÚJO

CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DO PORTO E.P.E.

INTRODUÇÃO

Existem cada vez mais opções para o tratamento do carcinoma do rim de células claras metastizado (CRCCm), destacando-se as combinações de imunoterapia (IO) com inibidores tirosina cinase (TKI). A escolha depende da histologia, grupo de risco e comorbilidades do doente. A associação Pembrolizumab/Axitinib (PA) está aprovada em Portugal, desde Fevereiro de 2022, para doentes com CRCCm de risco intermédio.

OBJETIVOS

Análise de dados de vida real de doentes com CRCCm tratados com PA.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo retrospectivo, unicêntrico, de doentes com CRCCm sob PA nos últimos 2 anos. Colheita de dados através da consulta dos registos médicos e análise descritiva dos mesmos.

RESULTADOS

Foram identificados 13 doentes, 92% do sexo masculino (n=12), com idade mediana de 68 anos, EGOG 0 (n=10) ou 1 (n=3), com CRCCm submetido a tratamento sistémico paliativo de 1ª linha com PA. O tempo de *follow-up* mediano foi de 5 meses. A maioria dos doentes apresentava metastização em vários órgãos (n=8), sendo a mais comum pulmonar (n=8) e ganglionar (n=8), seguida de óssea (n=4), hepática (n=2) e suprarrenal (n=2). Em 3 doentes, o tumor evidenciava características sarcomatóides. 46% dos doentes tinham sido submetidos a nefrectomia radical prévia (n=6) e 30% a nefrectomia citorrredutora (n=4). Entre os doentes com avaliação de resposta (n=9), a taxa de controlo de doença foi de 78% (n=7), correspondendo 4 casos a resposta parcial e 3 a doença estável. Dois doentes apresentaram

progressão de doença, sendo que a opção terapêutica de 2ª linha paliativa escolhida foi o Cabozantinib. Em relação aos restantes doentes, 2 ainda não têm avaliação de resposta, 1 doente perdeu seguimento por mudança de instituição e 1 faleceu na sequência de efeitos adversos (EAs) grau 5. Registaram-se EAs G1-2 em 85% dos doentes (n=11), G3-4 em 46% (n=6) e G5 em 8% (n=1). Os mais frequentes foram diarreia (n=8) e anorexia (n=8), seguidos de astenia (n=6), náuseas (n=5) e disfonia (n=4). Em 6 doentes houve necessidade de redução de dose do Axitinib devido a toxicidade e em 6 doentes de interromper terapêutica, quer de um, quer de ambos os fármacos.

DISCUSSÃO

A análise estatística encontra-se limitada pela dimensão da amostra e tempo de *follow-up*. Na maioria dos doentes observou-se um controlo da doença oncológica, ainda que com toxicidade significativa que levou à necessidade de redução de dose e, em alguns casos, de interrupção terapêutica.

CONCLUSÕES

Apesar de apresentarem maiores taxas de resposta, as combinações IO-TKI estão associadas a maior toxicidade e descontinuação. A redução de dose tem um papel importante na gestão das toxicidades e manutenção da terapêutica. São necessários estudos adicionais sobre eventual relação entre toxicidade e resposta ao tratamento.

APALUTAMIDA NO CANCRO DA PRÓSTATA METASTÁTICO EM FASE DE HORMONOSSENSIBILIDADE: RESULTADOS DE UM CENTRO

RITA BIZARRO; CARLOTA BAPTISTA; MADALENA MACHETE; ANA FARIA; MAFALDA CASA-NOVA;
JOSÉ ALBERTO TEIXEIRA

HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO

INTRODUÇÃO

O tratamento dos tumores da próstata metastáticos em fase de hormonossensibilidade (mHSPC) mudou radicalmente na última década graças ao aparecimento de novas terapêuticas. A apalutamida (APA), um inibidor dos recetores de androgénios de 2ª geração, encontra-se aprovado para doentes com mHSPC. A APA, em associação a terapêutica de privação androgénica (ADT) mostrou benefícios tanto na sobrevivência livre de progressão (SLP) como na sobrevivência global (SG).

OBJETIVOS

Avaliar da taxa de resposta do antigénio específico da próstata (PSA), segurança terapêutica/efeitos adversos, SLP e SG dos doentes com mHSPC tratados com APA.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo observacional retrospectivo unicêntrico, incluindo a população de doentes com mHSPC, tratada com APA, numa instituição portuguesa desde Janeiro de 2019 até Janeiro de 2024. Utilizado o método de Kaplan-Meier para cálculo de sobrevivência. A análise estatística foi feita com o software IBM SPSSv28.

RESULTADOS

Foram incluídos 32 doentes com uma mediana de idades de 72 anos (62-88 anos). A mediana de follow-up foi de 5 meses (1-32 meses). A maioria dos doentes apresentava score de Gleason de ≥ 8 (59%). No que respeita ao perfil de metastização, 78% apresentava metastização óssea, 47% metastização ganglionar e 13% metastização visceral. Quatorze doentes (34%) apresentavam doença de alto volume sendo que 6 doentes (15%) e 12 doentes (29%) já tinham sido

submetidos a cirurgia ou radioterapia, respetivamente. Apenas 5% dos doentes tinha cumprido terapêutica prévia com docetaxel. Verificou-se uma redução de PSA $\geq 50\%$ em 81% e $\geq 90\%$ em 66% dos doentes. As medianas de SG e SLP não foram atingidas. Aos 12 meses, a SLP foi de 95% e a SG 86%. Efeitos adversos graves (CTCAE \geq grau 3) foram reportados em 2 doentes (6%) com erupção cutânea. Verificou-se toxicidade cutânea em 15%, afrontamentos em 7%, e hipertensão em 5%. Houve necessidade de adiamento da terapêutica em 5 doentes (12%) e suspensão em 2 doentes (5%).

DISCUSSÃO/CONCLUSÕES

Na nossa amostra, a APA em associação com ADT confirmou ser uma terapêutica eficaz e com perfil de toxicidade manejável em concordância com a evidência científica. As análises de vida real são importantes para validação de resultados de eficácia e segurança fora de ensaio clínico.

TROMBOSE ASSOCIADA AO CANCRO NO DOENTE CIRÚRGICO - QUANDO A PROFILAXIA PERMANECE INSUFICIENTE

JOANA MARTINS CABRAL; BEATRIZ BELO; ALEXANDRA GUEDES; SANDRA SILVA; HELENA GUEDES;
JOANA MARINHO; MARIA CASTELO BRANCO

CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA DE GAIA / ESPINHO E.P.E.

INTRODUÇÃO

O tromboembolismo venoso (TEV) é a segunda causa de morte no doente oncológico e a cirurgia é um fator de risco major para o seu desenvolvimento. Constitui uma complicação frequente em até 40% dos casos e é responsável por 50% da mortalidade pós-operatória precoce. A trombopprofilaxia farmacológica está recomendada pelas *guidelines* e deve ser instituída na ausência de contraindicações.

OBJETIVOS

Demonstrar o impacto do TEV no doente oncológico em contexto cirúrgico e repensar a trombopprofilaxia.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo observacional retrospectivo de doentes referenciados à consulta de TEV entre 2019 e 2023 com cancro ativo e que desenvolveram TEV em contexto pós-operatório (até 28 dias após a cirurgia).

RESULTADOS

Foram analisados 20 doentes, 70% (n=14) do sexo feminino, com idade mediana de 70 anos (min-máx: 42-89), a maioria apresentava ECOG 0-1 (90%, n=18). As neoplasias mais comuns foram: colorretal (35%, n=7), mama (25%, n=5), pâncreas (10%, n=2) e ginecológica (10%, n=2). Todos desenvolveram tromboembolismo pulmonar, sintomático em 85% dos casos, com localização central ou nas artérias pulmonares em 40%. O tempo mediano desde a cirurgia até ao episódio TEV foi 7 dias (min-máx: 2-28). Dos 20 doentes, apenas um não foi submetido a cirurgia oncológica. Relativamente ao *timing* de início da trombopprofilaxia, 40% (n=8) iniciaram 2-12 horas antes da cirurgia, 20% (n=4) nas 12 horas seguintes e os restantes 40% (n=8) após as 12 horas da intervenção cirúrgica. Por complicações associadas ao TEV, 30% foram admitidos

em cuidados intensivos. Após o evento foi necessária hipocoagulação com heparina não fracionada em 10% dos doentes. Dois doentes desenvolveram hipertensão pulmonar como complicação. Registou-se um caso de hemorragia *minor* (epistaxis) após início da hipocoagulação.

DISCUSSÃO

Esta série de casos mostra uma elevada percentagem de TEV no doente oncológico submetido a cirurgia major, mesmo após a instituição de trombopprofilaxia. No entanto, nem sempre o *timing* de início da trombopprofilaxia foi de encontro ao recomendado nas *guidelines*. É ainda necessário ter em conta que se trata de uma análise dos doentes referenciados à consulta de TEV, podendo também explicar a elevada prevalência de eventos nesta série.

CONCLUSÕES

O TEV é uma importante causa de morbimortalidade no doente oncológico e os procedimentos cirúrgicos aumentam significativamente o seu risco. A trombopprofilaxia farmacológica, apesar de ter demonstrado reduzir o risco de TEV nos doentes internados cirúrgicos, permanece subótima. A complexidade crescente do doente oncológico, dos eventos TEV, assim como o cenário clínico em constante mudança na estadia intra-hospitalar, no qual existem novos fatores de risco de trombose e hemorragia, podem explicar a elevada incidência de eventos e o desafio na sua gestão.

TERAPÊUTICA CONSERVADORA EM TUMORES SÍNCRONOS DO COLO DO ÚTERO E NASOFARINGE: CASO CLÍNICO

SOFIA SEMEDO; PAULO S. OLIVA TELES; LEONOR SANTOS MARTINS; TOMÁS CABRAL DINIS; BRUNO MOURA FERNANDES; CAROLINA CARVALHO; MARGARIDA BORREGO

CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

INTRODUÇÃO

O diagnóstico de 2 ou mais tumores primários num intervalo de tempo de até 6 meses designa-os como tumores síncronos e a sua incidência tem aumentado a nível global. No entanto, é rara a identificação de carcinomas espinhocelulares (CEC) síncronos do colo do útero e da nasofaringe. Para ambos, o tratamento em estádios localmente avançados assenta em esquemas de radioterapia (RT) e quimioterapia (QT) de radiosensibilização concomitante, com cisplatina, como 1ª linha.

OBJETIVOS

Demonstrar a exequibilidade e eficácia da terapêutica simultânea a tumores primários do colo do útero e da nasofaringe, estágio II, com radioquimioterapia (RQT) concomitante.

MATERIAL E MÉTODOS

Descrição de caso clínico de doente com 2 tumores síncronos, focado na terapêutica, avaliação de resposta e seguimento do mesmo. Destaca-se o planeamento de RT, incluindo a delimitação de volumes e dosimetria.

RESULTADOS

Doente, sexo feminino, 68 anos, com diagnóstico de CEC invasor do colo do útero HPV+, cT2bN0M0, Estádio IIB (FIGO 2018). Em tomografia de emissão com positrões (PET ¹⁸F-FDG) de estadiamento, foi identificada lesão suspeita na nasofaringe e uma adenopatia cervical (nível IIa) esquerda, compatível, após biópsia, com CEC não queratinizante da nasofaringe, EBV positivo, cT1N1M0 (Estádio II).

A doente realizou RT Externa (RTE) pélvica com 50,4Gy/28F (1,8Gy/F), seguida de *boost* ao tumor do colo uterino e margem com 9Gy/5F (1,8Gy/F). Simultaneamente foi realizada RTE com *boost* integrado simultâneo em 33 frações: 69,96Gy (2,12 Gy/F) dirigidos ao tumor e margem, 66Gy (2Gy/F) à adenopatia cervical esquerda (nível IIa)

e 59,4Gy (1,8 Gy/F) sobre a nasofaringe e regiões ganglionares cervicais bilaterais (níveis Ib-V e VIIa). Cumpriu QT concomitante com cisplatina 40mg/m² semanal, suspensa ao fim de 4 ciclos por toxicidade hematológica. No 6º e 14º dias após término da RTE, realizou braquiterapia intra-uterina e vaginal, com 14Gy/2F (7Gy/F).

Após 1 ano de seguimento, a doente apresenta resposta clínica favorável. Ao exame objetivo não se observam lesões no colo uterino e nasofaringe. Imagiologicamente, sem identificação de formações expansivas, mantendo apenas adenopatias cervicais esquerdas, embora com respostas morfológica e metabólica favoráveis.

DISCUSSÃO

Na ausência de normas internacionais, a decisão terapêutica baseou-se na conjugação das diretrizes de cada tumor, tendo em conta as suas características e a experiência clínica. Contudo, o tratamento simultâneo de ambos pode ser difícil de gerir, pelo risco de toxicidade cumulativa.

CONCLUSÕES

O caso descrito ilustra a eficácia da RQT na abordagem de dois tumores primários síncronos. No entanto, sendo a literatura escassa neste contexto clínico, salienta-se a necessidade da discussão em reunião de decisão terapêutica, de forma a desenvolver um plano terapêutico personalizado, tendo em conta as normas de cada neoplasia.

DAROLUTAMIDA NO CANCRO DA PRÓSTATA NÃO METASTÁTICO RESISTENTE À CASTRAÇÃO - EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

RITA BANHA¹; SARA CARVALHO²; ANDREIA CRUZ²; ANA SOFIA PATRÃO²; ALINA ROSINHA²; FILIPA CARNEIRO²; CÁTIA FAUSTINO²; JOAQUINA MAURÍCIO²

¹ HOSPITAL DIVINO ESPIRITO SANTO | PONTA DELGADA

² INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA PORTO

INTRODUÇÃO

O cancro da próstata não metastático resistente à castração (CPRCnm) corresponde a uma fase transitória da evolução da doença, sendo que a maioria dos doentes evolui com o desenvolvimento de lesões metastáticas. A darolutamida é um inibidor de segunda geração do receptor de androgénio (RA), aprovado para o tratamento do CPRCnm, permitindo prolongar as sobrevivências global e livre doença. Apresenta um bom perfil de tolerabilidade, nomeadamente no que diz respeito a toxicidades do sistema nervoso central, distinguindo-se de outros fármacos da mesma classe.

OBJETIVOS

Avaliar a efetividade e a segurança associadas ao tratamento do CPRCnm com darolutamida, num centro oncológico.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo retrospectivo, observacional, unicêntrico, que incluiu doentes com CPRCnm tratados com darolutamida entre abril de 2022 e outubro de 2023. Análise descritiva de variáveis demográficas, clínicas e de tratamento.

RESULTADOS

Foram identificados 19 doentes, com mediana de idades de 85 anos, a maioria com *performance status* compatível com Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) 1. A mediana de tempo para a resistência à castração foi de 58 meses. A tomografia computadorizada e a cintigrafia óssea foram os métodos de imagem mais utilizados para o estadiamento, verificando-se a presença de metastização ganglionar regional em 42% dos doentes. A mediana do valor do antígeno prostático específico (PSA) na resistência à castração foi 6,7ng/mL, sendo a

mediana do tempo de duplicação do PSA de 6 meses. Nenhum dos doentes tinha história de uso de fármacos inibidores da reabsorção óssea. 42% dos doentes tinham história de exposição a pelo menos 2 agentes hormonais. A mediana de tempo de tratamento com darolutamida foi de 9 meses, sendo que à data de avaliação 89% dos doentes mantinham tratamento. Verificou-se redução superior a 50% e a 90% do valor do PSA em 84% e 68% dos doentes, respectivamente. A mediana de tempo para redução superior a 50% e a 90% do valor do PSA foi de 2,5 meses e de 3 meses, respectivamente. Foram registados 2 casos de toxicidade \geq grau 3, motivando a suspensão do fármaco em ambas as situações. Nenhum doente sob tratamento apresentava evidência de progressão bioquímica à data da última avaliação.

DISCUSSÃO

A abordagem do CRPCnm foi recentemente transformada com a aprovação dos inibidores de nova geração do RA. Estes agentes têm demonstrado uma capacidade relevante para retardar a doença metastática. Nesta série de casos obtivemos uma resposta bioquímica muito significativa associada a boa tolerabilidade da darolutamida, tal como descrito na literatura. A avaliação da segurança e tolerabilidade é muito importante, dado que esta população é frequentemente assintomática à data de início de novos agentes hormonais.

CONCLUSÕES

O tratamento com darolutamida é eficaz e bem tolerado na prática clínica. Os resultados obtidos neste estudo vão ao encontro dos dados publicados.

UMA TÉCNICA INOVADORA PARA DIMINUIR A DOSE RECTAL NA RADIOTERAPIA DA PRÓSTATA: ESTUDO PROSPETIVO

SOFIA RAMOS; MÁRIO ESTEVES LEAL; SARA SIMÕES; MARINA AMORIM; FILIPA CARVALHO; MARIA RODRIGUES; DIANA OLIVEIRA; MARIA INÊS GAMA; IVO SILVA; RUI PIRRACO; JOÃO GAGEAN; CARLOS FARDILHA; CÁRMEN CALÇADA; PAULO S. COSTA
HOSPITAL DE BRAGA

INTRODUÇÃO

O cancro da próstata representa a 2ª causa de morte por cancro no homem. Atualmente, a Radioterapia (RT) é amplamente reconhecida como uma opção terapêutica eficaz para esta patologia. Recentemente, a aplicação de um espaçador rectal surgiu como uma técnica inovadora, permitindo aumentar a distância entre a próstata e a parede anterior do recto, reduzindo a dose no recto e noutros tecidos saudáveis.

OBJETIVOS

O principal objetivo deste estudo foi avaliar as diferenças resultantes da aplicação de um espaçador rectal na percentagem de volume rectal irradiado com tratamentos com técnica 3D conformacional (3D-CRT) e intensidade modulada (IMRT).

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo prospetivo unicêntrico que incluiu 10 doentes com adenocarcinoma da próstata, tratados com RT definitiva em fevereiro de 2022. Os critérios de inclusão foram: idade ≥ 18 anos, estadio cT1c-2, Karnofsky PS > 70 , e grupo de risco baixo ou intermédio segundo a NCCN.

Inicialmente, os doentes realizaram uma TC de planeamento basal. De seguida, foi-lhes injetado um espaçador de ácido hialurónico perirectal (Barrigel®). Entre 7 a 10 dias após a colocação do espaçador, repetiram TC e RM de planeamento.

Foram elaborados planos dosimétricos com técnica 3D-CRT e IMRT em ambas as TC de planeamento (pré e pós-espaçador). Foi prescrita uma dose total de 76Gy dirigida à próstata.

A comparação dos parâmetros dosimétricos foi efetuada através do teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas, com recurso ao *software SPSS Statistics v26*.

RESULTADOS

A amostra incluiu doentes com médias de idade de $72 \pm 2,56$ anos, PSA total de $8,51 \pm 7,56$ ng/ml e volume prostático de $34,3 \pm 13,36$ cc.

Relativamente à comparação dos planos dosimétricos pré e pós-espaçador com 3DCRT, verificou-se uma redução significativa na percentagem de volume rectal que recebeu 50Gy (39,88% vs. 27,39%; $p=0,002$), 60Gy (25,73% vs. 13,62%; $p=0,002$), 70Gy (11,10% vs. 2,67%; $p=0,002$) e 75Gy (5,09% vs. 0,20%; $p=0,009$).

Da mesma forma, comparando os planos dosimétricos pré e pós-espaçador com IMRT, verificou-se uma redução significativa na percentagem de volume rectal que recebeu 50Gy (25,79% vs. 16,31%; $p=0,002$), 60Gy (16,15% vs. 6,70%; $p=0,002$), 70Gy (7,48% vs. 1,17%; $p=0,002$) e 75Gy (3,50% vs. 0,10%; $p=0,002$).

DISCUSSÃO

No tratamento do cancro da próstata com RT, a parede anterior do recto é particularmente vulnerável devido à sua proximidade anatómica com a próstata. Consequentemente, as complicações retais são frequentes, incluindo diarreia, urgência, mucosidade rectal, retorragias e tenesmo. Diminuindo o volume rectal irradiado podemos prever uma diminuição da probabilidade destas toxicidades e uma melhoria da qualidade de vida intestinal dos doentes.

CONCLUSÕES

Neste estudo prospetivo, a colocação do espaçador rectal demonstrou ser uma técnica valiosa na redução da dose rectal nos tratamentos de RT prostática, com ambas as técnicas 3D-CRT e IMRT.

PODER PREDITIVO DOS RÁCIOS NLR E PLR PRÉ RADIOTERAPIA NA SOBREVIVÊNCIA GLOBAL DE DOENTES IDOSOS COM CANCRO DO ESÓFAGO

SARA SIMÕES; SÍLVIA SANTOS; SOFIA RAMOS; MÁRIO ESTEVES LEAL; FILIPA CARVALHO; CÁRMEN CALÇADA; CARLOS FARDILHA; PAULO COSTA
HOSPITAL DE BRAGA

INTRODUÇÃO

O carcinoma do esófago apresenta um pico de incidência entre os 70 e 79 anos de idade, o que dificulta frequentemente a tomada da melhor decisão terapêutica por todas as comorbilidades geralmente associadas com o avanço da idade. Assim, torna-se fundamental reconhecer os devidos fatores de prognóstico nestes doentes e com isso tentar decidir a melhor abordagem terapêutica.

OBJETIVOS

Analisar o poder preditivo dos rácios pré-radioterapia na sobrevivência global (OS) de doentes idosos com cancro do esófago.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo retrospectivo que incluiu doentes com idade ≥ 70 anos com carcinoma do esófago, submetidos a radioterapia com intuito neoadjuvante ou definitivo entre 2012 e 2022.

Foram calculadas as razões entre o valor absoluto de neutrófilos/linfócitos (NLR) e o valor absoluto de plaquetas/linfócitos (PLR). A Curva ROC foi utilizada para definir grupos de alto e baixo risco com base nos valores de NLR e PLR.

RESULTADOS

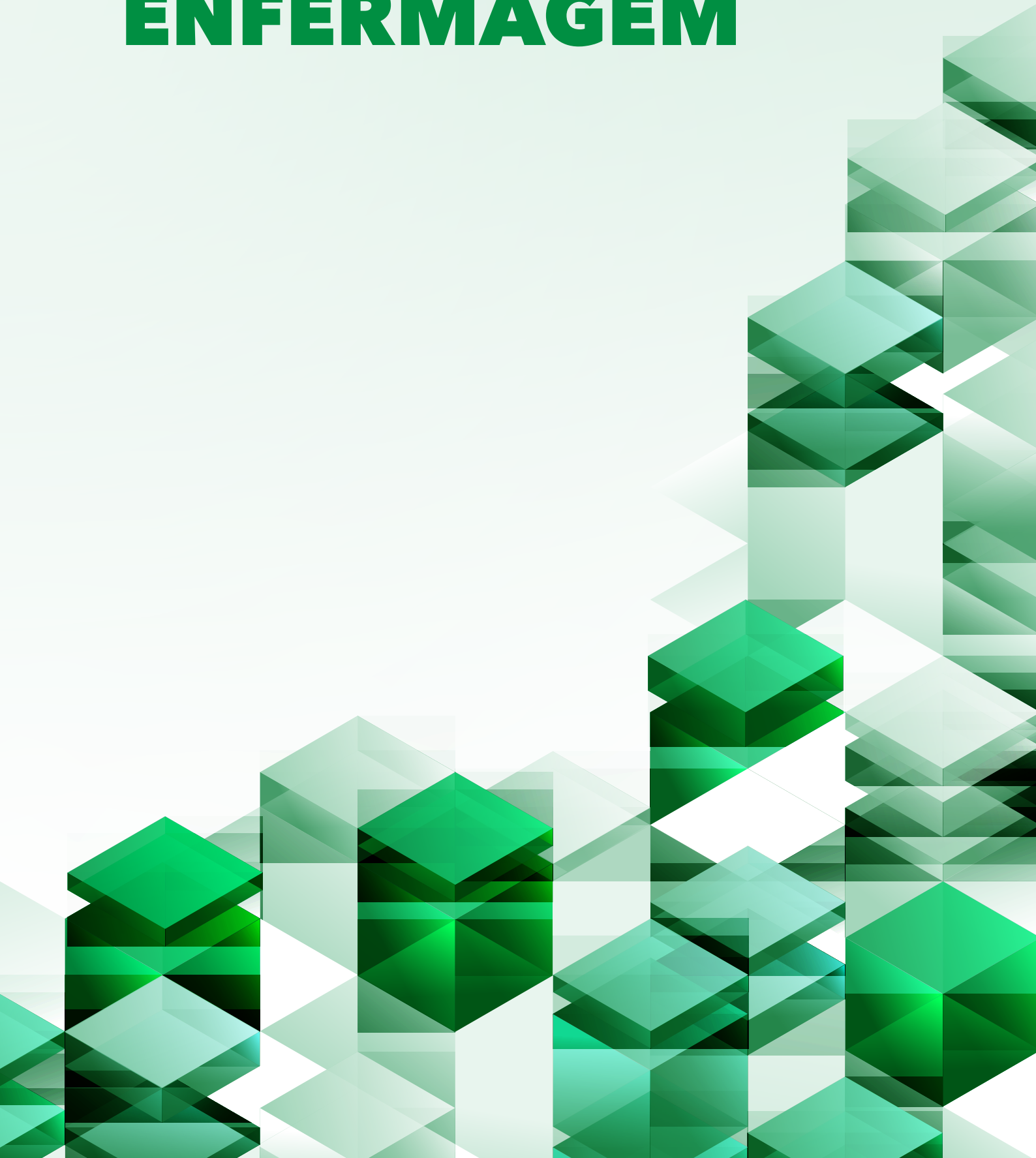
Foram selecionados para o presente estudo 18 doentes com mediana de idade de 78 anos (± 5 anos) com predomínio do género masculino (72.2%). A maioria apresentava um ECOG pré-tratamento de 0 ou 1 e precisamente 50% ($n=9$) eram fumadores. Durante o tratamento, apenas 1 doente teve necessidade de interromper a RT e 2 doentes a QT. A mediana do NLR pré-tratamento foi superior nos doentes que faleceram (Mediana 3,571; [1,139-5,231]) face aos sobreviventes (Mediana 3; [1,312;3]). O PLR seguiu a mesma tendência, contudo apesar de existirem diferenças estas não foram estatisticamente significativas (NLR: $U=14,000$; $p=0,360$ e PLR: $U=20,000$; $p=0,824$).

A análise das curvas ROC permitiu a definição de possíveis cut-offs para ambos os rácios, 3,083 para o NLR, e 124,735 para o PLR. A análise da OS foi investigada para ambos os rácios, dividindo os doentes entre alto e baixo risco, de acordo com os cut-offs previamente definidos. As curvas de kaplan-meier para o NLR cruzam-se em mais do que um ponto o que poderá indicar que o cut-off previamente estabelecido não seja o mais adequado, não descorando o facto da amostra ser muito reduzida. Todavia, as curvas para o PLR não só se dividem precocemente como não se cruzam ao longo do tempo analisado o que entre os dois rácios vem favorecer o PLR em doentes mais idosos. Por fim, construíram-se vários modelos de regressão linear univariada dos quais o ECOG e o intuito terapêutico demonstraram ser preditores da OS. Ainda assim, destacar que a regressão univariada que utilizou o PLR dividindo os doentes de acordo com o risco esteve mais próximo da significância do que as demais variáveis não significativas que foram testadas.

CONCLUSÃO

O cálculo dos rácios NLR e PLR poderá auxiliar na abordagem terapêutica dos doentes idosos com cancro do esófago, considerando o potencial impacto no prognóstico destes. São necessários mais estudos para avaliar o cut-off mais apropriado no prognóstico de sobrevivência global no cancro do esófago.

POSTERS ENFERMAGEM



PRINCÍPIOS DO CONTROLO SINTOMÁTICO EM CUIDADOS PALIATIVOS: TERAPÊUTICA VIA SUBCUTÂNEA

ANA DUQUE; FÁTIMA BATINAS; MARINA BENTO
HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA

INTRODUÇÃO

O aumento da longevidade e das doenças crónicas e progressivas fazem com que os cuidados paliativos (CP) sejam cada vez mais importantes e necessários (Silva e Santos, 2018). Segundo a OMS os CP visam melhorar a qualidade de vida dos doentes e famílias, que enfrentam uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento dos problemas de uma forma holística. O controlo de sintomas é uma ferramenta essencial em CP, assim como a comunicação adequada, apoio à família e trabalho em equipa (Pires e Gonçalves, 2017).

A terapêutica farmacológica e a via através da qual é administrada, deve sempre subjugar-se ao princípio de provocar o menos sofrimento possível ao doente (Neto, 2008).

OBJETIVOS

Fomentar uma cultura de qualidade nos cuidados ao doente em cuidados paliativos; Criar espaço de debate e reflexão sobre boas práticas na administração de terapêutica subcutânea/hipodermoclise.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo baseado na revisão da literatura científica através da pesquisa de artigos científicos e directrizes emanadas pelas entidades competentes na área em estudo.

RESULTADOS

A via de administração subcutânea (SC) de fluídos e fármacos tem uma utilização cada vez mais importante em CP. Está recomendada para o tratamento de doentes de qualquer idade para os quais a via oral e a via endovenosa não são indicadas ou estão indisponíveis (Morais, Ferreira, Alves, Mirra e Freire, 2017). Contudo, verifica-se escassa evidência científica pelo que o uso da via SC denota a experiência

clínica de cada médico e instituição. A prescrição off-label contempla a prescrição de um fármaco cujo uso (indicações, subgrupos populacionais, dose ou via de administração) não foi aprovado pelas entidades reguladoras, não constando no resumo das características do medicamento (Peralta, 2021).

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Idosos e doentes em cuidados em CP geralmente apresentam uma rede venosa colapsada, vasos frágeis, sendo o público preferencial para a administração SC. (Ziteli, Gozzi e Trovo, 2014).

Os benefícios desta técnica de acordo com a literatura consultada estão relacionados à maior facilidade para hidratação, maior segurança contra infeções locais e eventos adversos, menor custo quando comparada à terapia endovenosa e menos dor e desconforto para o doente.

Esta técnica não é recomendada em doentes com edema generalizado, distúrbios de coagulação, caquexia extrema, nem com a integridade da pele prejudicada.

Analisando todos estes aspetos é de extrema importância que os enfermeiros conheçam os benefícios da prática do cuidar aliada à terapêutica por hipodermoclise para que a saibam utilizar de maneira a potencializar os seus benefícios.

IMPACTO DA ACUPUNTURA NA QUALIDADE DE VIDA DA MULHER COM CANCRO DE MAMA SOB QUIMIOTERAPIA ENDOVENOSA

MANUELA SANTOS¹; ANA JOAQUIM²

¹ CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO

² EORTC

A acupuntura foi regulamentada em Portugal inicialmente pela lei 45/2003 e posteriormente pela portaria 71/2013. Essa regulamentação permitiu não só definir a acupuntura como profissão de saúde enquadrada na nova lei de bases de saúde, como também o enquadramento da sua formação académica no ensino superior (Portaria 45/2018). A acupuntura é recomendada como uma terapêutica complementar eficaz no controlo de sintomas e na melhoria da qualidade de vida em doentes oncológicos, nomeadamente pela National Comprehensive Cancer Network (NCCN) e European Society for Medical Oncology (ESMO). O presente estudo teve como objetivo avaliar o impacto da acupuntura no tratamento de suporte de doentes com cancro de mama em tratamento com quimioterapia endovenosa. Participaram neste estudo 30 mulheres. Os resultados obtidos referem-se à comparação entre os dados do questionário de qualidade de vida da European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30), que foi preenchido por cada participante antes e após a intervenção, a qual consistiu em doze sessões

de acupuntura e auriculoterapia, concomitantes ao tratamento antineoplásico em curso. Os dados obtidos permitiram reforçar dados já publicados anteriormente por outros estudos científicos, nomeadamente no que respeita à eficácia da acupuntura no controlo de náuseas, vômitos, e fadiga, bem como na melhoria da saúde global percecionada pelo indivíduo. Quando comparados com um grupo de controlo verificou-se ainda que a acupuntura teve um impacto positivo significativo nas escalas de função física, função de papéis sociais, função social, fadiga, náuseas e vômitos e obstipação. Os resultados deste estudo de intervenção reforçam por isso a inclusão desta terapêutica no tratamento de suporte da mulher com cancro da mama em tratamento de quimioterapia endovenosa.

PROMOÇÃO DA SAÚDE E BEM-ESTAR DA PESSOA COM CANCRO. O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM REABILITAÇÃO, DO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA, DO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA E DO PSICÓLOGO CLÍNICO

SANDRA GOMES¹; ELSA VILELA¹; MARIA GOMES²; RUTE SADIO³

¹ HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA

² FONDATION ECHAUD

³ UCC ESTREMOZ

INTRODUÇÃO

Muitos têm sido os avanços tecnológicos e da medicina, ainda assim o cancro é considerado uma doença devastadora, com repercussões ao nível da saúde e, exige da parte dos profissionais de saúde intervenções de promoção da saúde e bem-estar, numa perspetiva transdisciplinar. O sofrimento é uma constante nos doentes com cancro, a sua minimização requer uma abordagem transversal e especializada. A esperança é inerente à vida da humana e encontra-se associada a várias dimensões, e assume maior destaque na saúde mental da pessoa com cancro.

OBJETIVOS

Descrever o papel do Enfermeiro Especialista em Reabilitação, em Enfermagem Comunitária, em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e do Psicólogo Clínico na promoção da saúde e bem-estar da pessoa com cancro.

MATERIAL E MÉTODOS

Pesquisa literária

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O enfermeiro especialista em reabilitação assume um compromisso com o doente oncológico, orientando para a recuperação física, psicológica e social, maximizando a independência da pessoa com comprometimento da função, restaurando limitações e incapacidades resultantes da doença e/ou do seu tratamento. O enfermeiro especialista em saúde comunitária tem como objetivo cuidar da família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes

níveis de prevenção, atuando no meio de conforto do doente. O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica desempenha um papel fundamental na promoção da esperança, através da relação terapêutica que se estabelece pois a esperança assume-se como uma força poderosa, flexível e que se vai transformando em esperança de conforto, de dignidade, de conexão ou até mesmo esperança de alívio de sintomas físicos. Ao psicólogo compete intervir junto do doente para que este possa lidar com os desafios que um diagnóstico destes acarreta. A intervenção psicológica pode favorecer: uma melhor gestão emocional; diminuição do sofrimento psicológico; aceitação do tratamento e a adesão ao mesmo. A saúde e o próprio bem-estar do doente oncológico passa também pelo apoio que este recebe da sua família, amigos, cuidadores. Assim, uma intervenção psicológica pode também ser benéfica para os cuidadores, para que possam cuidar não descurando a sua própria saúde.

CONCLUSÕES

As intervenções desenvolvidas por cada uma das especialidades promove o conceito mais amplo de saúde incorporando o bem-estar físico, psíquico e social a que todos os indivíduos têm direito, minimizando o sofrimento e potenciando a esperança. A promoção de estratégias de esperança vai ajudar nos processos de aceitação, adaptação e na capacitação para a gestão da complexidade dos seus problemas.

REABILITAÇÃO DA PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA

SAMUEL MARRANITA¹; ANA SÁ PEREIRA MARRANITA²

¹ HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA

² FRESENIUS MEDICAL CARE - CLÍNICA DE ÉVORA

INTRODUÇÃO

Em cuidados paliativos a melhoria da função física passa, por muito mais do que o controlo sintomático. Na avaliação da qualidade de vida, este item é frequentemente ignorado, visto que o conceito de reabilitação e o de cuidados paliativos poderão ser considerados díspares (Eyigor, 2010). São descritas as seguintes intervenções, no âmbito da reabilitação paliativa (Jorge, 2014):

- Intervenções preventivas, que englobam a educação da pessoa, no sentido de atenuar os efeitos causados pelas inaptidões previstas, com vista a melhorar o funcionamento físico e preservar a força e flexibilidade;
- Intervenções restaurativas, que abrangem procedimentos que promovem o retorno a níveis de funcionalidade prévios à doença, quer físico, quer psicológico e social;
- Intervenções de suporte, que incluem os ensinamentos necessários à pessoa, para adaptação à nova situação incapacitante provocada pela progressão da doença, com vista à maximização da sua autonomia e minimização da debilidade;
- Intervenções paliativas propriamente ditas, que englobam as ações com vista a minimizar ou suprimir complicações decorrentes da progressão da doença e do conseqüente aumento da incapacidade, promovendo o suporte e o conforto.

OBJETIVOS

- Reflectir sobre a problemática da reabilitação em cuidados paliativos;
- Identificar contributos da enfermagem de reabilitação, que permitam melhorar a qualidade de vida das pessoas em situação paliativa.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo reflexivo por meio de revisão de literatura relativo à temática da reabilitação da pessoa em situação paliativa.

RESULTADOS

As vantagens da reabilitação em cuidados paliativos são mencionadas em vários estudos, sendo estes na comunidade ou na vertente hospitalar, ambicionando o conforto e a busca de uma funcionalidade ótima, com objetivos flexíveis e de acordo com o prognóstico de cada um.

No que diz respeito à enfermagem de reabilitação, a sua intervenção, através da implementação de exercícios individualizados, com base numa abordagem de confiança e multidisciplinar, torna-se motivação para pessoas cuja vida está ameaçada pela doença, contribuindo para o aumento da qualidade de vida, não só delas como da família (Fortunato, 2023).

DISCUSSÃO

Através da pesquisa efetuada, não encontramos modelos que focassem a reabilitação em cuidados paliativos, o que deveria ser colmatado, através da criação de um modelo organizacional transversal e multidisciplinar. Posto isto, urge o desenvolvimento de mais investigação na área de reabilitação em cuidados paliativos.

CONCLUSÃO

A intervenção do enfermeiro de reabilitação, é visível, sobretudo na melhoria do nível do autocuidado e funcionalidade, na prevenção de quedas e úlceras por pressão, assim como no controlo de sintomas, quer físicos, quer psicológicos. Verifica-se assim, um contributo no bem-estar, conforto e qualidade de vida das pessoas em situação paliativa e nas suas famílias.

TELECONSULTA DE ENFERMAGEM AO DOENTE ONCOLÓGICO SUBMETIDO A TERAPÊUTICAS ANTINEOPLÁSICAS ORAIS

ISABEL ANDRADE
HOSPITAL DA HORTA

INTRODUÇÃO

A doença oncológica mantém-se como a segunda causa de morte em Portugal. Os avanços no tratamento do cancro permitem que um grande número de drogas sejam administradas por via oral. A modificação na forma como os doentes recebem a terapêutica alterou a forma de cuidar em oncologia. Despertou a atenção dos profissionais de saúde para a monitorização da adesão à terapêutica e despiste de efeitos adversos, o que pressupõe uma mudança na forma como os enfermeiros educam, monitorizam e realizam o *follow up* dos doentes.

OBJETIVO

Promover a melhoria dos cuidados de enfermagem, através do desenvolvimento de um projeto que respondesse à questão de investigação: Quais as intervenções de enfermagem, ao doente oncológico submetido a terapêuticas antineoplásicas orais, no âmbito da teleconsulta de enfermagem?.

MÉTODOS

A metodologia aplicada foi a de projeto, tendo-se procedido a uma revisão *scoping* e posteriormente à realização de três estágios, resultando na implementação da teleconsulta de enfermagem ao doente oncológico submetido a terapêuticas antineoplásicas orais.

RESULTADOS

De 21 de fevereiro de 2023 a 21 fevereiro de 2024, foram realizadas 125 teleconsultas de enfermagem ao doente oncológico submetido a TAO. Durante a realização destas consultas foram identificados 2 casos de sobredosagem, onde as pessoas doentes por sua

iniciativa duplicaram a dose da medicação. Também foram identificados 3 casos de subdosagem. Foram ainda identificados 5 casos de não cumprimento da terapêutica e, geridos pela equipa de enfermagem diversos efeitos adversos de grau 1 e 2.

DISCUSSÃO/ CONCLUSÕES

Apesar das vantagens associadas à TAO, os profissionais de saúde devem estar atentos a algumas limitações. A redução do número visitas ao hospital e do contato com os profissionais de saúde pode conduzir a dificuldades na gestão do tratamento. De facto, a TAO requer maior responsabilidade da pessoa doente/significativa, quando comparada com a terapêutica endovenosa cuja administração depende exclusivamente dos profissionais de saúde.

A teleconsulta de enfermagem ao doente oncológico submetido a TAO mostra-se como uma estratégia efetiva de acompanhamento, permitindo um meio de comunicação entre a instituição e a pessoa doente/família, que visa a capacitação, a educação e suporte à pessoa doente/família. Possibilita a monitorização e avaliação da adesão à terapêutica bem como o despiste e gestão de sintomas associados à terapêutica, constituindo um elo entre a pessoa doente/família e a equipa multidisciplinar, possibilitando o encaminhamento para outros elementos sempre que necessário e a continuidade dos cuidados. No entanto, exige do enfermeiro conhecimentos atualizados que lhe permitam avaliar e gerir os sintomas, sendo necessário atualização constante por parte dos enfermeiros.

A PRESENÇA DE CRIANÇAS NA VISITA AO DOENTE INTERNADO: AS INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ONCOLOGISTA

SARA GOMES; ANA ROCHA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA

INTRODUÇÃO

Diariamente existem crianças que vivenciam processos de adaptação à doença oncológica dos seus familiares, necessitando de suporte de profissionais diferenciados. As intervenções dos enfermeiros oncologistas visam garantir o apoio à família, estando presente no momento das visitas, acolhendo e envolvendo as crianças.

OBJETIVOS

Caracterizar as crianças que visitam doentes oncológicos acompanhados pela equipa de cuidados paliativos. Identificar as intervenções do Enfermeiro Oncologista perante a criança presente na visita.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo retrospectivo, quantitativo e descritivo. Amostra aleatória, contemplando 145 intervenções desenvolvidas no âmbito do acompanhamento de 32 crianças familiares de doentes paliativos internados num hospital nacional oncológico de adultos, entre 2019 e 2021. Critérios de Inclusão: doente oncológico acompanhado em cuidados paliativos; avaliação diária pelo Enfermeiro da EIHSCP; internado num dos serviços da instituição; visita de filhos ou netos com idade ≤ 18 anos. Os dados recolhidos provêm do processo de enfermagem registado informaticamente. Para a análise de dados foi realizado o tratamento estatístico descritivo. Foram cumpridos os princípios éticos de acordo com a Declaração de Helsínquia.

RESULTADOS

As 145 intervenções do Enfermeiro Oncologista centraram-se nos quatro pilares dos Cuidados Paliativos:

- Trabalho em equipa: Referenciar para a Psicologia (n=14); Promover visitas virtuais (n=20);
- Apoio à Família: Presença do Enfermeiro na visita (n=32); Programar atividades lúdicas/ de interação a realizar aquando da visita (n=5);
- Controlo de sintomas: Promover a interação com dispositivos médicos (n=8); Envolver a criança na prestação de cuidados (n=4).
- Comunicação: Desmistificar o conceito e objetivos dos CP (n=32); Encorajar a realização de questões (n=30);

Ao longo de 3 anos a equipa de paliativos realizou o acompanhamento presencial na visita a 52 crianças, estando o Enfermeiro presente 32 vezes. Das 32 crianças acompanhadas, 31 eram filhas e 1 era neta, com idades entre os 4 e os 17 anos. Do total de 32 crianças, 13 são filhos únicos. A Oncologia Médica foi o serviço com um maior número de visitas (n=17).

DISCUSSÃO

A presença da criança enquanto visita, em ambiente hospitalar, tenderá a aumentar face à evolução da ciência e à realização de rastreios que têm diagnosticado a doença oncológica em idades mais precoces. Acompanhar este processo é desafiante para todos os envolvidos, exigindo dos Enfermeiros um planeamento e intervenção assídua nos momentos antes, durante e após a visita.

CONCLUSÕES

Sendo os Enfermeiros os profissionais responsáveis pela gestão das visitas nos internamentos, as competências diferenciadas na área da oncologia permitem-lhes identificar e intervir nas potenciais necessidades das crianças no momento de visita, garantindo que seja um momento de construção de memórias positivas.

PO ENFO71

O USO DO ECG INTRACAVITÁRIO COMO MÉTODO DE CONFIRMAÇÃO DA LOCALIZAÇÃO DA PONTA DO PICC: PRÁTICA DE ENFERMAGEM NO IPOLISBOA

RENATA BASTOS; RICARDO CERQUEIRA; RODRIGO OMM
INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA LISBOA

A eletrocardiografia intracavitária (ECG intracavitário) é um método intraprocedural, preciso, seguro, eficaz e não invasivo para a localização da ponta do acesso venoso central (CVC). Usando o cateter como elétrodo intracavitário itinerante, o ECG intracavitário é baseado no aumento da amplitude da onda P ao aproximar-se de junção cavoatrial. No Instituto Português de Oncologia de Lisboa (IPOLisboa), os enfermeiros da Equipa Multidisciplinar de Acessos Vasculares (EMAV) utilizam o método de ECG intracavitário, com o sistema Pilot®, desde fevereiro de 2023, para o controlo do posicionamento da ponta dos cateteres centrais de inserção periférica (PICC). Com os objetivos de reduzir o número de mal posicionamento da ponta do cateter de longa permanência, ou seja, em zona diferente da junção cavoatrial, reduzindo assim as complicações associadas como o aumento do risco de trombose, mal funcionamento do cateter, a formação de *fibrin sleeve*, arritmias e danos valvulares, e também reduzir o número de pedidos de radiografia de tórax pós procedural para a confirmação da posição da ponta do cateter. Em 2022 foram colocados 333 PICC utilizando a fluoroscopia ou a radiografia de tórax para a confirmação da ponta do cateter. Em 2023, dos 415 PICC colocados entre janeiro e dezembro de 2023, 12% foram confirmados com fluoroscopia, 11% com ECG intracavitário e radiografia de tórax (entre fevereiro e março), 74% com ECG intracavitário e apenas 2% teve de ser confirmado com radiografia por não ter sido possível a visualização do aumento da amplitude da onda P no ECG intracavitário. O único limite para a aplicação do método é os casos de pacientes portadores de alguma situação

cardiológica em que a onda P não é visualizada no ECG, fibrilhação auricular, por exemplo. Com isto, confirmamos a eficácia e precisão do método descrita em literatura. A utilização do método permitiu uma redução significativa na realização de radiografia de tórax, e mais fluidez no trabalho dos enfermeiros, principalmente nos casos de PICC colocados em *bed side*, pois é segura a utilização do PICC logo após o fim do procedimento de colocação, sem ser necessária a espera pela realização e observação da radiografia do tórax.

INOVAÇÃO EM ACESSOS VENOSOS EM ENFERMAGEM

RICARDO ASSIS CERQUEIRA; RENATA BASTOS
INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA LISBOA

A Equipa Multidisciplinar de Acessos Vasculares (EMAV) do IPO de Lisboa é constituída por médicos, farmacêutico e enfermeiros.

A equipa de Enfermagem da EMAV tem 4 enfermeiros dedicados aos cuidados ao utente portador de Cateter Venoso Central (CVC) ou Cateter Venoso Periférico (CVP), tanto na colocação, como na manutenção e gestão de complicações do cateter venoso, utilizando técnicas e tecnologias inovadoras em Portugal.

Colocação de Cateteres Venosos Centrais de Inserção Periférica (PICC) por Enfermeiro(a), sob punção ecoguiada, à cabeceira do utente, com controlo da ponta do cateter por método de ECG Intra Cavitário, de forma fiável e prática, sem necessidade de RX.

Introdução do uso de Fixadores Sem Sutura de Cateter Venoso Central (CVC) para todos os tipos de CVC não tunelizado, eliminando o uso de pontos de sutura para fixação.

Introdução das Membranas Semipermeáveis Transparentes Estéreis com apósito de Gel de Clorexidina para gestão de sinais inflamatórios no local de saída à pele do cateter.

Introdução de sistema de ancoragem subcutânea para fixação de CVC de uso permanente.

Aumentamos o número de utentes com cateter venoso adequado às suas necessidades tanto em internamento como em ambulatório, com a colocação diária de cateteres PICC e Midline (CVP de longa duração). Ganhos significativos para os utentes DIVA (Difficult Intravenous Access) com implementação do cateter Midline. Um internamento, uma punção, um cateter.

A Equipa de Enfermagem da EMAV do IPO de Lisboa pretende partilhar os resultados e aprendizagens de 8 de meses de trabalho de forma autónoma e em plena dedicação aos acessos venosos dos utentes do IPO de Lisboa.

ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL ÚTEIS NA COMUNICAÇÃO DE MÁIS NOTÍCIAS À PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA - SCOPING REVIEW

LAURA BORGES¹; LIBÂNIA ROCHA¹; MARIA SILVA¹; TIAGO ALMEIDA²; MARIA BORGES³; IGOR PINTO⁴; CARLA RODRIGUES SILVA⁵

¹ HOSPITAL SANTO ESPIRITO | ILHA TERCEIRA

² SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE SANTO ANTÓNIO DA LAGOA

³ CENTRO DE ONCOLOGIA DOS AÇORES

⁴ ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

⁵ INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DO PORTO E ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

INTRODUÇÃO

A informação disponibilizada pelo enfermeiro em oncologia poderá se constituir uma má notícia, pelo que é fundamental conhecer as estratégias de comunicação não verbal úteis na comunicação de más notícias à pessoa com doença oncológica, a fim de facilitar uma comunicação terapêutica.

OBJETIVO

Mapear a evidência científica sobre as estratégias de comunicação não verbal, na comunicação de más notícias à pessoa com doença oncológica.

MATERIAL E MÉTODOS

Scoping Review segundo os critérios de elegibilidade do Joanna Briggs Institute. Foram incluídos estudos referentes a pessoas adultas com doença oncológica (População), centrados nas estratégias de comunicação não verbal na transmissão de más notícias (Conceito), desenvolvidos em qualquer contexto da prática clínica (Contexto), em qualquer idioma e sem limite temporal. A pesquisa realizou-se de 4 a 16 de fevereiro de 2024 na ESBCOhost (via Ordem dos Enfermeiros), PubMed (via Medline), Lilacs e Scielo Brasil. A literatura cinzenta foi acedida no RCAAP.

RESULTADOS

De um total de 35 artigos, foram incluídos seis artigos. As estratégias de comunicação não verbal úteis na comunicação de más notícias à pessoa com doença oncológica centram-se: (i) no contacto visual ("olhar nos olhos", acenar com a cabeça e/ou usar vocalizações breves), (ii) na demonstração de interesse (postura, proximidade corporal e evitar dividir a atenção entre a fala e outras tarefas), (iii) no toque afetivo e (iv) no respeito pelo silêncio e pausas assertivas (escuta ativa). Estas estratégias devem ser aplicadas tendo em conta o momento e o espaço adequados.

DISCUSSÃO

Os resultados revelam que existem algumas estratégias de comunicação não verbal que podem ser úteis na comunicação de más notícias à pessoa com doença oncológica. As estratégias mapeadas neste estudo de revisão demonstram não serem necessários recursos, além do conhecimento, da habilidade e da disponibilidade do enfermeiro para integrá-las no seu processo de comunicação.

CONCLUSÃO

Existem estratégias de comunicação não verbal úteis e na comunicação de más notícias à pessoa com doença oncológica. O enfermeiro deve demonstrar interesse, manter o contacto visual, privilegiar um toque efetivo e respeitar o silêncio quando transmite uma má notícia à pessoa com doença oncológica. É importante que os enfermeiros desenvolvam competências a este nível, de forma a facilitar este momento, conhecido como difícil para ambas as partes (enfermeiro - doente).

IMPACTE DOS CUIDADOS PALIATIVOS NO FAMILIAR CUIDADOR DA PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA - SCOPING REVIEW

LIBÂNIA ROCHA¹; LAURA BORGES¹; MARIA SILVA¹; TIAGO ALMEIDA²; MARIA BORGES³; IGOR PINTO⁴; CARLA RODRIGUES SILVA⁵

¹ HOSPITAL SANTO ESPIRITO | ILHA TERCEIRA

² SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE SANTO ANTÓNIO DA LAGOA

³ CENTRO DE ONCOLOGIA DOS AÇORES

⁴ ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

⁵ INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DO PORTO E ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos são indicados quando não há possibilidade de remissão da doença oncológica e têm como propósito melhorar a qualidade de vida da pessoa com doença oncológica e dos seus familiares cuidadores. Ser familiar e, em simultâneo, cuidador é complexo porque envolve múltiplos desafios relacionados com a assunção deste papel. Importa conhecer o impacto dos cuidados paliativos no familiar cuidador da pessoa com doença oncológica para que os profissionais de saúde possam, com base nesse conhecimento, se constituir agentes facilitadores deste processo.

OBJETIVO

Mapear a evidência científica sobre o impacto dos cuidados paliativos no familiar cuidador da pessoa com doença oncológica.

MATERIAL E MÉTODOS

Scoping Review segundo os critérios de elegibilidade do Joanna Briggs Institute. Foram incluídos estudos referentes a familiares cuidadores de pessoa com doença oncológica (População), centrados no impacto dos cuidados paliativos (Conceito), desenvolvidos em qualquer contexto da prática clínica (Contexto), em qualquer idioma e sem limite temporal. A pesquisa realizou-se de 4 a 16 de fevereiro de 2024 na ESBCOhost (via Ordem dos Enfermeiros), PubMed (via Medline), Lilacs e Scielo Brasil. A literatura cinzenta foi acedida no RCAAP e b-on.

RESULTADOS

De um total de 59 artigos, foram incluídos quatro artigos na scoping review. O impacto dos cuidados paliativos no familiar cuidador da pessoa com doença oncológica é descrito como extremamente significativo devido, por um lado, à conotação negativa associada ao diagnóstico da doença oncológica e, por outro lado, ao desconhecimento sobre a assistência em cuidados paliativos ou à confrontação com a finitude da vida. Em alguns casos, os cuidados paliativos impactam positivamente o familiar cuidador porque o desempenho do papel de cuidador reforça o vínculo entre o familiar cuidador e a pessoa com doença oncológica, além do primeiro sentir suporte emocional e físico e desenvolver conhecimento e autoeficácia para o exercício do seu papel.

DISCUSSÃO

Os resultados evidenciam que a doença oncológica e os cuidados paliativos continuam a ser um tabu devido às ideias pré-concebidas a seu respeito, demonstrando que o desconhecimento pode ser a base de um impacto negativo dos cuidados paliativos no familiar cuidador. Ficou evidente, por outro lado, que o esclarecimento e capacitação do familiar cuidador, embora confrontado com uma abordagem não curativa, o torna mais confiante para o exercício do seu papel.

CONCLUSÃO

Os cuidados paliativos podem ter um impacto negativo ou positivo no familiar da pessoa com doença oncológica. O impacto é negativo quando o familiar cuidador desconhece a abordagem dos cuidados paliativos e os associa ao fim de vida, mas é positivo quando melhora a perceção de autoeficácia do familiar cuidador e contribui para uma aproximação entre este e a pessoa com doença oncológica.

INTEGRAÇÃO PRECOCE DOS CUIDADOS PALIATIVOS NO DOENTE COM CANCRO AVANÇADO - ESTUDO DE CASO

ROSÁRIO NETO; MÓNICA CAVACO; MARGARIDA MADEIRA
HOSPITAL ESPÍRITO SANTO-ÉVORA

INTRODUÇÃO

A integração de cuidados paliativos em oncologia permite conhecer melhor a pessoa alvo de cuidados, visando cuidados individualizados, centrados no seu interesse, benefício e qualidade de vida. Esta individualização proporciona cuidados centrados na pessoa e não apenas na doença, promovendo a satisfação com os cuidados prestados e diminuindo a sensação de frustração dos profissionais de saúde.

OBJETIVO

Identificar o benefício da intervenção de Cuidados Paliativos na vida da pessoa com doença avançada

METODOLOGIA

Estudo de caso

DESCRIÇÃO

Doente de 51 anos com neoplasia da mama com metastização óssea múltipla, pleural e ganglionar, diagnosticada há cerca de 1+½ ano, referenciada à consulta externa de cuidados paliativos pela oncologista para controlo sintomático e suporte psicoemocional.

À avaliação negava dor basal, mas referia episódios de dor irruptiva VAS 10/10, relacionados com o esforço. Independente nas AVDs; PPS=80%. Xerostomia 3/10. Ansiedade 7/10 e depressão/tristeza 5/10.

Espiritualmente: refúgio na fé cristã; vontade em abandonar tratamentos por ineficácia dos mesmos.

Em termos sociais, reformada por incapacidade, em situação socioeconómica muito precária; casada, com relacionamento conflituoso; apoio de um dos filhos.

Realizados vários contatos com a doente, quer presenciais quer telefónicos, ao longo de mais de dois anos.

RESULTADOS

Inicialmente com alguma renitência da doente face ao ajuste terapêutico realizado pela EIHS CP, mas gradualmente foi-se estabelecendo uma relação terapêutica, multidisciplinar, tendo os vários profissionais vindo a ser considerados por ela como o seu principal apoio no decurso da doença.

Ganhos para a doente:

- melhoria no controlo da dor e outros sintomas que foram surgindo;
- apoios socioeconómicos (inclusivé bens alimentares e aumento do rendimento mensal);
- articulação com entidades de saúde e sociais para potenciar os cuidados no domicílio - local preferencial de cuidados da própria;
- reencontro do sentido da vida e da tranquilidade pessoal, ajuste das expectativas e aceitação da evolução da doença.

DISCUSSÃO

Conhecer os desejos, valores e preferências da doente, discutir as possibilidades de tratamento e prognóstico e gerir a incerteza que a doença oncológica acarreta, foi um trabalho que, tal como preconizado, foi gradual e realizado por uma equipa especializada. A promoção deste diálogo entre a doente e os profissionais de saúde foi um dos grandes contributos dos CP, através da diminuição do sofrimento e da promoção da autonomia, proporcionando uma maior qualidade de vida, inúmeras vezes expressa pela própria.

CONCLUSÕES

As equipas de Cuidados Paliativos ocupam uma posição privilegiada na abordagem ao doente com cancro avançado e em progressão, havendo evidência que a integração precoce dos cuidados paliativos, além de uma melhoria da qualidade de vida, pode possivelmente aumentar o tempo de sobrevivência.

A NUTRIÇÃO EM FIM DE VIDA: A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO

MARIA DO ROSÁRIO PEREIRA MADEIRA; CÉLIA CARMO SILVA FOITO MOURÃO; SILVIA CRISTINA NUNES GRASINA; ROSA MARIA NEVES DOS SANTOS TOSCANO; MÁRCIA FILIPA MOREIRA ROMÃO; NÁDIA ISABEL SERRANO CARDOSO
HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA

INTRODUÇÃO

O avanço tecnológico, científico e da medicina tem permitido assistir ao envelhecimento da população e ao mesmo tempo, ao aumento do número de pessoas com doenças crônicas, avançadas e incuráveis e, portanto, em situação de fim de vida (Alves, 2013). A pessoa em fim de vida, também designada por alguns autores como doente terminal ou doente em fim de vida, é alguém que tem uma doença crônica, avançada e incurável, com agravamento dos sintomas, com uma sobrevida estimada “entre 3 a 6 meses” ou mesmo “de horas ou dias”, e que recebe tratamento paliativo (Afonso, Veludo & Sousa, 2019).

Os cuidados paliativos são os cuidados ativos, globais e interdisciplinares prestados aos doentes com doença avançada, incurável e progressiva e às suas famílias, tendo como objetivo diminuir o sofrimento e promover a qualidade de vida através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual.

Nesta etapa, uma das atividades de vida que está alterada é o comer e beber, o que constitui uma preocupação para a própria pessoa, para a família e para o enfermeiro. As necessidades de cuidados destes doentes neste âmbito variam à medida que se aproximam da morte, necessitando de intervenções que lhe controlem os sintomas, proporcionem conforto e mantenham a qualidade de vida, tendo o enfermeiro um papel fundamental na realização destas intervenções.

OBJETIVOS

Conhecer qual a intervenção do enfermeiro junto da pessoa em fim de vida com alterações na AV comer e beber.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão da literatura que tem por finalidade refletir sobre um fenómeno a partir da literatura publicada, procurando conhecer e analisar evidências científicas existentes sobre o tema.

Para o desenvolvimento desta pesquisa foram utilizadas publicações em suporte eletrónico dos últimos cinco anos através de sistemas abertos utilizando bases de dados e acedendo a textos completos.

CONCLUSÕES

O suporte nutricional nos cuidados paliativos visa melhorar a qualidade de vida do doente por meio do controle de sintomas associados à alimentação, priorizando os desejos do indivíduo.

Os enfermeiros desempenham um papel fundamental em todo o processo de tomada de decisão, visto serem os profissionais de saúde que estão permanentemente junto da pessoa em fim de vida e família em contexto de internamento e têm um relacionamento mais próximo e de maior confiança com os doentes e famílias. São aqueles que dado o seu conhecimento e habilidades práticas estão em situação privilegiada para contribuir significativamente para este processo de decisão, que passa pelo apoio, a orientação e informação ao doente e família.

GESTÃO DE CASOS NA PESSOA COM DOR CRÓNICA: SCOPING REVIEW

SARA SOUSA¹; ANA GRAÇA¹; IGOR PINTO²; CARLA SILVA²; LILIANA MOTA²; SORAIA PEREIRA²

¹ CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA

² ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

INTRODUÇÃO

A presença de dor crónica impacta a qualidade de vida da pessoa que vive com doença oncológica porque o alívio da dor assume um caráter temporário. O enfermeiro gestor de casos assume um papel preponderante na continuidade de cuidados e na gestão do processo de doença das pessoas com dor crónica, contribuindo para a redução de reinternamentos ou recorrência ao serviço de urgência.

OBJETIVO

Mapear as intervenções de enfermagem na gestão de casos da pessoa adulta com dor crónica.

MATERIAL E MÉTODOS

Revisão Scoping de acordo com a metodologia do Joanne Briggs Institute. Os critérios de elegibilidade atenderam à mnemónica PCC, tendo sido incluídos estudos referentes a pessoas adultas com dor crónica (População), centrados na gestão de caso (Conceito), desenvolvidos em qualquer contexto da prática clínica (Contexto), sem limite temporal ou de idioma. A pesquisa realizou-se, considerando os descritores DeCS/MeSH "chronic pain" e "case management", nas bases Medline (via Pubmed), CINAHL (via EBSCO) e B-on e como fontes de literatura cinzenta acedeu-se ao WorldCat e ao RCAAP.

RESULTADOS

Foram incluídos 5 estudos. As intervenções do enfermeiro gestor de casos identificadas na literatura centram-se: (i) na educação individualizada, (ii) na capacitação para o uso adequado dos recursos de saúde, (iii) na educação sobre tratamento farmacológico/não farmacológico e na reconciliação terapêutica, integrando a definição/discussão de metas em saúde, (iv) no empoderamento da pessoa com dor crónica, através do estímulo para mudanças de comportamento e gestão de expectativas quanto ao tratamento e (v) na identificação de situações gatilho que agudizem a dor crónica.

DISCUSSÃO

Os cuidados à pessoa com dor crónica, devido à sua vulnerabilidade, polimedicação e limitações físicas, com impacte emocional, social e laboral, exige que o enfermeiro intervenha ao nível da gestão de expectativas do tratamento e da continuidade de cuidados. O enfermeiro gestor de casos atende nas várias esferas em que a dor crónica influencia a qualidade de vida. A sua intervenção autónoma está centrada na pessoa, através da capacitação para a vivência com a cronicidade de uma condição de saúde. A ação do enfermeiro gestor de caso tem como propósito a consciencialização, o desenvolvimento de mestria e estratégias de coping que promovam o processo de adaptação à condição de saúde, na pessoa com dor crónica.

CONCLUSÕES

O enfermeiro gestor de casos, enquanto elemento de referência na equipa multidisciplinar, assume um papel relevante no processo de adaptação da pessoa à dor crónica, ao intervir ao nível da educação para a saúde, capacitação e desenvolvimento de estratégias de autocuidado, que resultam em ganhos em saúde e na melhoria da qualidade de vida da pessoa com dor crónica.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREPARAÇÃO PARA A ALTA DA PESSOA SUBMETIDA A MASTECTOMIA COM DRENO(S): REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

VERA COELHO¹; GINA SIOPA¹; CARLA RODRIGUES SILVA²

¹ INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA PORTO

² INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA PORTO E UIEO (CI-IPOP)

INTRODUÇÃO

A mastectomia consiste na remoção total ou parcial da mama, podendo ser necessária a colocação de um sistema de drenagem por aspiração¹. As pessoas nesta condição passaram a ter alta com o(s) dreno(s) para o domicílio, o que acarreta necessidades acrescidas. Os enfermeiros são os profissionais de saúde responsáveis por capacitar a pessoa submetida a mastectomia para o regresso a casa com dreno(s) de forma segura^{1,3}.

OBJETIVO

Identificar as intervenções de enfermagem implementadas na preparação para a alta da pessoa submetida a mastectomia com dreno(s).

MATERIAL E MÉTODOS

Revisão integrativa da literatura para responder à questão de pesquisa: "Quais as intervenções implementadas pelo enfermeiro para preparar a pessoa submetida a mastectomia para a alta com dreno(s)?" A pesquisa realizou-se, considerando os descritores DeCs/Mesh "mastectomy", "drains" e "nursing", nas plataformas eletrónicas EBSCOhost e google académico. Foram incluídos artigos em português e inglês sem limite temporal, disponíveis em texto integral, que respondiam à questão de investigação.

RESULTADOS

Foram incluídos três artigos. O enfermeiro deve intervir já na fase pré-operatória, centrando-se em três etapas principais: (i) "aprendizagem significativa", caracterizada por intervenções do tipo "ensinar", com vista à integração da informação na estrutura cognitiva da pessoa, (ii) "Simulação", caracterizada por intervenções dos tipos "instruir" e "treinar", pelo treino repetido de habilidades através da demonstração de atividades similares à realidade e (iii) "Guia de Cuidados", caracterizado por intervenções do tipo "reforçar", através da disponibilização de informações baseadas em evidência científica¹.

DISCUSSÃO

As intervenções de enfermagem identificadas parecem centrar-se nas esferas cognitiva e prática da competência, ao gravitarem em torno do conhecimento e da capacidade. A pessoa submetida a mastectomia vivencia mudanças físicas, psicológicas e emocionais^{1,2}, num processo de transição saúde/doença, pelo que importa que os enfermeiros atendam, ainda, a focos como os da "Consciencialização", "Significados" e "Autoeficácia", já que estes, quando negativos, poderão dificultar, à posteriori, o desenvolvimento de conhecimento e capacidade⁴, essenciais para o manuseio do(s) drenos e vigilância das suas características em casa, de forma competente, por parte da pessoa submetida a mastectomia³.

CONCLUSÃO

A preparação da pessoa submetida a mastectomia para o regresso a casa com dreno(s) é sensível à intervenção autónoma do enfermeiro e parece centrar-se em intervenções do tipo "ensinar", "instruir", "treinar" e "reforçar", numa dialética que primazia a aprendizagem significativa, a simulação e um guia de cuidados.

ESQUEMAS DE TRATAMENTO DE RADIOTERAPIA ANTÁLGICA NO ALÍVIO DA DOR

BEATRIZ PIRES¹; ANA ESPADINHA¹; ANA RAMOS¹; JOANA ANDRADE¹; DIEGO ORDOÑEZ¹

¹ JOAQUIM CHAVES SAÚDE - UNIDADE DE RADIONCOLOGIA DE ÉVORA

INTRODUÇÃO

As metástases ósseas são uma complicação comum da progressão da doença oncológica. A radioterapia surge como um dos tratamentos disponíveis, tendo como objetivo o controlo tumoral local, alívio da dor e, consequentemente, melhorar a qualidade de vida.

OBJETIVO

Pesquisar acerca dos diferentes esquemas de tratamento em radioterapia antálgica, na doença óssea metastática.

MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se uma pesquisa bibliográfica sobre o papel da radioterapia no alívio da dor metastática e diferentes esquemas disponíveis. Posteriormente, compararam-se as conclusões obtidas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

São diversos os esquemas praticados, entre os mais comuns 8 Gy em 1 fração, 20 a 30 Gy em 4 e 10 frações, respetivamente. São também realizados esquemas de SBRT (Stereotactic Body Radiation Therapy) de 15 a 24 Gy em 1 fração e 18 a 36 Gy em 3 a 6 frações. É de notar que o escalonamento da dose por fração ajuda a aumentar o alívio da dor após a radioterapia, no entanto pode aumentar significativamente a dose nos órgãos de risco, como a medula espinhal. A SBRT permite administrar altas taxas de dose por fração de forma eficaz e segura, protegendo os tecidos circundantes. Após a radioterapia externa, as metástases ósseas geralmente começam a ossificar dentro de 3 a 6 semanas. As taxas de resposta parcial são de aproximadamente 60% e as taxas de resposta completa variam de 10% a 25%. A radioterapia fracionada é administrada com maior frequência do que a fração única.

CONCLUSÕES

A radioterapia atua eficazmente sobre o controlo tumoral local e alívio de dor na doença metastática. O esquema adotado pode variar entre fração única a fracionada, sendo o estado geral do doente o critério mais pertinente. A técnica adotada pode ser radioterapia convencional ou a SBRT, sendo que a taxa de sucesso em ambas pode variar entre os 60 a 80%.

A SEXUALIDADE EM IRRADIAÇÃO PÉLVICA

INÊS SANTOS; MARGARIDA RATO; ANA ROSA; DANIELA MARQUES; DIEGO ORDOÑEZ
JOAQUIM CHAVES SAÚDE - CLINICA DE RADIONCOLOGIA DE ÉVORA

INTRODUÇÃO

Embora a incidência do cancro tenha vindo a aumentar nos últimos tempos, o desenvolvimento e melhoria de diferentes abordagens terapêuticas têm permitido o aumento da sobrevida. Com os doentes a viverem mais tempo, torna-se fulcral ter maiores cuidados com os efeitos tardios dos tratamentos e, o impacto dos mesmos na qualidade de vida.

A radioterapia (RT) é uma das terapêuticas mais utilizadas no tratamento de cancro. A RT pélvica é conhecida por provocar alterações na função sexual e fertilidade dos doentes, afetando homens e mulheres. No sexo feminino alguns dos efeitos secundários são descargas vaginais, eritema cutâneo, menopausa precoce e fadiga. Já no sexo masculino surgem efeitos como a disfunção erétil, dor ejaculatória e baixa autoestima. Todos estes fatores têm impacto na satisfação sexual dos doentes.

Em conjunto com o doente, as equipas multidisciplinares devem debater quais as expectativas e desejos a longo prazo, na gestão dos efeitos na sexualidade.

OBJETIVO

Discussão de soluções para preservação da função sexual em irradiação pélvica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diversos autores descrevem que, após a irradiação pélvica, os doentes referem impactos negativos na função sexual. A disfunção sexual, para muitos, ainda é considerada um tabu. Esta condição resulta de danos em órgãos e vasos, respostas inflamatórias persistentes e efeitos psicológicos.

Fadiga, redução da fertilidade, perda sensorial, redução da função sexual e fatores psicológicos afetam o bem-estar do ser humano. Diversos doentes referem que em momento algum, antes ou após tratamentos, a sua sexualidade foi abordada. Com o aumento da sobrevida torna-se imperativa uma abordagem, livre de preconceitos, que possibilite a preservação da função sexual, uma vez que é uma componente fundamental na qualidade de vida.

A toxicidade dos tecidos depende da dose acumulada nos mesmos. Técnicas mais conformacionais, como VMAT ou SBRT, e tratamentos guiados por imagem, permitem reduzir a dose nos órgãos de risco. Apesar dos avanços tecnológicos, os efeitos tardios pós-radioterapia pélvica continuam a impactar muitos sobreviventes de cancro. Consequentemente, devem ser adotadas medidas que permitam reduzir a toxicidade tardia.

Na nossa instituição, um doente de linfoma testicular manifestou interesse em manter a função sexual. Por esta razão foi necessário encontrar soluções que fossem de encontro ao desejo do mesmo. Foi adotado um posicionamento não convencional que permitiu reduzir a dose nos corpos cavernosos e bulbo peniano, não comprometendo a irradiação do escroto.

Conclusões

A função sexual é um fator importante na qualidade de vida que pode ser afetada pela irradiação pélvica. Devem ser discutidas abordagens que vão de encontro ao desejo dos doentes. Um diálogo aberto e livre de julgamentos deve ser adotado na decisão da abordagem terapêutica.

UMBRELLA REVIEW DO EFEITO DOS PROGRAMAS DE EXERCÍCIO NA NEUROPATIA PERIFÉRICA INDUZIDA PELA QUIMIOTERAPIA: CONTRIBUTOS PARA A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

ANABELA AMARELO¹; HELENA GUEDES²; SANDRA SILVA²; ANDREIA CAPELA²; BRUNO MAGALHÃES³; NUNO ARAÚJO⁴; CARLA SÍLVIA FERNANDES⁵

¹ INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR, UNIVERSIDADE DO PORTO; ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO; UNIDADE LOCAL DE SAÚDE GAIA ESPINHO; ASSOCIAÇÃO DE INVESTIGAÇÃO E CUIDADOS DE SUPORTE DE ONCOLOGIA

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE GAIA ESPINHO; ASSOCIAÇÃO DE INVESTIGAÇÃO E CUIDADOS DE SUPORTE DE ONCOLOGIA

³ ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO (UTAD), VILA REAL E COMPREHENSIVE CANCER CENTER (PORTO.CCC) RISE@CI-IPOP (HEALTH RESEARCH NETWORK), PORTO

⁴ IA&SAÚDE - UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL E SAÚDE, IPSN, CESPU, VILA NOVA DE FAMALICÃO; ISCTE - INSTITUTO UNIVERSITÁRIO DE LISBOA, BRU - UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EMPRESARIAL

⁵ CENTRO DE INVESTIGAÇÃO EM TECNOLOGIAS E SERVIÇOS DE SAÚDE (CINTESIS@RISE), ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO; ASSOCIAÇÃO ADITGAMES

INTRODUÇÃO

O cancro é um problema de saúde mundial. A deteção precoce e os tratamentos disponíveis, promovem melhores taxas de sobrevivência. Não obstante, devido aos efeitos secundários relacionados com os tratamentos oncológicos, a qualidade de vida dos sobreviventes pode ser prejudicada. A quimioterapia é uma das abordagens terapêuticas mais comuns, a qual não é isenta de toxicidades. Um dos efeitos adversos é a neuropatia periférica induzida pela quimioterapia (NPIQ), evento adverso decorrente da administração de alguns tipos de quimioterapia. Para a gestão desta condição, o exercício físico surge como uma estratégia terapêutica de suporte.

OBJETIVO

Identificar e analisar o impacto dos programas de exercício físico para a pessoa com NPIQ.

METODOLOGIA

Foi conduzida uma *Umbrella review* de acordo com as recomendações do Instituto Joanna Briggs, a partir dos termos específicos identificados para a pesquisa da literatura na MEDLINE, CINAHL, SPORTDiscuss, Scielo e Scopus.

RESULTADOS

Foram incluídos 8 artigos elegíveis e identificados os programas de exercício e os resultados ao nível dos sintomas de NPIQ, dor neuropática, funcionalidade e qualidade de vida. Da análise descritiva realizada, verificou-se uma associação potencial entre intervenções de exercício (incluindo tipo, duração, frequência e

intensidade) e melhoria na NPIQ, na dor neuropática, aspetos funcionais e na qualidade de vida. Dentre os programas de exercício estudados, destaca-se o treino combinado, incorporando pelo menos dois dos seguintes componentes: treino aeróbio, treino de resistência, treino de equilíbrio e treino sensorio-motor. Além dos dados específicos da NPIQ, todos os estudos que avaliam a funcionalidade relatam resultados positivos relacionados com a intervenção. Essas melhorias abrangem parâmetros como força muscular, equilíbrio, atividades da vida diária, flexibilidade e nível de atividade.

PALAVRAS-CHAVE

Neuropatia periférica induzida pela quimioterapia (NPIQ); doenças do sistema nervoso periférico; quimioterapia; reabilitação; exercício físico.

CONCLUSÃO

Esta revisão apresenta dados que foram analisados de modo descritivo e sugerem que o exercício físico é uma estratégia relevante na abordagem da NPIQ. Da análise realizada foi possível identificar aspetos pertinentes e clinicamente úteis, verificando-se que no treino combinado (isto é: com componente aeróbia, de força e equilíbrio, de intensidade moderada a vigorosa, duas a sete vezes por semana e acima das oito semanas) ocorre melhoria na NPIQ, na dor neuropática, na funcionalidade e na qualidade de vida. Assim, deve considerar-se ajustar a prática da enfermagem de reabilitação neste contexto: acompanhar a pessoa em risco de NPIQ, realizar a monitorização NPIQ, avaliar a condição física da pessoa com NPIQ e estabelecer um plano de exercício físico com vista à melhoria ou restabelecimento da funcionalidade.

ABORDAGEM INTEGRATIVA À PESSOA COM PROCTITE RÁDICA - UM ESTUDO DE CASO

MANUELA SANTOS; JOANA SILVA

CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO

INTRODUÇÃO

A proctite rádica   uma complica o comum em pessoas com diagnóstico oncológico submetidas a radioterapia pélvica. Esta condi o inflamatória do reto pode causar desconforto significativo e comprometer a qualidade de vida dos doentes. A gravidade dos sintomas pode variar de leve a incapacitante e pode persistir por meses ou anos após o término da radioterapia.

A medicina integrativa revela crescente evidência nos cuidados de suporte dos sobreviventes de cancro, estando a inclusão de terapias complementares estreitamente relacionada com melhores outcomes na qualidade de vida, dado o seu efeito benéfico em sintomas como a dor, náusea e v mito, ansiedade e "stress", fadiga, ins nia, entre outras. A sua utiliza o ao nível de outros sintomas carece de investiga o suplementar, contudo, tendo por base o princípio de não maleficência, a sua extrapola o pode ser ponderada.

OBJETIVO

Explorar a eficácia de uma abordagem integrativa no tratamento da proctite rádica, através do estudo de caso de uma pessoa com diagnóstico de cancro submetida a tratamento oncológico e a subsequente radioterapia pélvica.

METODOLOGIA

Estudo de caso de uma mulher de 38 anos, com adenocarcinoma da transi o retossigmoide, submetida a radioterapia neoadjuvante, cirurgia laparoscópica e quimioterapia adjuvante. Mantinha sintomatologia severa oito meses após término do tratamento, incluindo diarreia persistente, ins nia (condicionada por diarreia noturna) e paralelamente, apresentava neuropatia periférica. Todos os sintomas reportados foram graduados com recurso a escala CTCAE v4.0. Foi instituído um plano integrativo personalizado com avalia es e ajustes terapêuticos quinzenais.

RESULTADOS

Após a interven o, foi possível observar uma melhoria na qualidade de vida da doente, com evidente redu o da frequência de deje es, apresentando melhoria da qualidade do sono e mais capacidade para o trabalho. Foi ainda possível verificar a diminui o da neuropatia nos p s, com otimiza o da marcha e equilíbrio, e erradica o da neuropatia nas mãos.

DISCUSSÃO

A melhoria dos sintomas da doente sugere que uma abordagem multidisciplinar e integrativa pode ser eficaz no tratamento da proctite rádica. A personaliza o do plano de tratamento às necessidades individuais da pessoa, incluindo interven es não farmacológicas, parece ter contribuído para uma recupera o mais rápida e uma melhoria significativa na sua qualidade de vida.

CONCLUSÃO

A proctite rádica   uma complica o comum em pessoas submetidas a radioterapia pélvica com impacto significativo na qualidade de vida. Uma abordagem multidisciplinar e integrativa, com institui o de plano personalizado mostra-se como estratégia promissora para garantir melhores outcomes na qualidade de vida e autonomia de doentes com proctite rádica.

A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NO CONTROLE DA DISPNEIA NUM DOENTE COM CANCRO DO PULMÃO

ROSÁRIO MADEIRA; CÉLIA CARMO SILVA FOITO MOURÃO; SILVIA CRISTINA NUNES GRASINA;
ROSA MARIA NEVES DOS SANTOS TOSCANO; ANA CRISTINA PITEIRA VASCO;
PAULO ALEXANDRE MARREIROS VAZ; MÁRCIA FILIPA MOREIRA ROMÃO
HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA

TÍTULO

A intervenção do enfermeiro no controle da dispneia num doente com cancro do pulmão

INTRODUÇÃO

A dispneia é um sintoma frequente nas pessoas com doença oncológica avançada, sendo o seu início geralmente insidioso. Pode surgir em qualquer fase da doença e a sua intensidade agrava-se na fase final de vida (Severino, 2020). É definida como uma experiência complexa e subjetiva, associada à sensação de desconforto respiratório e à "falta de ar", sendo causadora de angústia nos doentes. Por outro lado, a angústia ou a ansiedade podem agravar a dispneia, o que demonstra a forte ligação entre o estado emocional da pessoa e o seu padrão respiratório (Fonseca *et al*, 2016).

A dispneia pode ser controlada, através de uma avaliação adequada e da implementação de medidas farmacológicas e não farmacológicas, sendo as intervenções de enfermagem fundamentais no controle deste sintoma (Fonseca *et al*, 2016).

OBJETIVOS

Identificar a importância das intervenções de enfermagem utilizadas para o controle da dispneia, no doente com cancro do pulmão.

METODOLOGIA

Estudo descritivo do tipo estudo de caso elaborado de acordo com as *guidelines* da *Case Report*.

DESCRIÇÃO DO CASO

Homem de 38 anos, caucasiano, fumador ativo e com hábitos etílicos moderados. Recorreu ao SU por quadro de dispneia, tosse e dor torácica com uma semana de evolução. Referia anorexia e perda ponderal nos últimos 2 meses. Foi realizada TAC torácica que revelou imagem nodular no pulmão esquerdo, sendo

encaminhado para o internamento de Pneumologia, para estudo. Os exames de diagnóstico realizados confirmaram um adenocarcinoma do pulmão estágio 4 com metastização óssea. No internamento apresentou um agravamento da dispneia, associada a derrame pleural, ansiedade e medo da morte, sendo implementado um plano de cuidados de enfermagem com base nas necessidades individuais e familiares do doente, com o objetivo do controle de sintomas e planeamento da alta clínica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No plano de cuidados de enfermagem implementado, foram utilizadas medidas não farmacológicas: ensino sobre técnicas respiratórias, exercícios de relaxamento e distração, posicionamento, cinesiterapia, otimização do ambiente físico, apoio psicossocial ao doente e família; e medidas farmacológicas: opióides, benzodiazepinas, broncodilatadores, corticoides e oxigenoterapia.

A implementação deste plano de cuidados permitiu o controle da dispneia e a alta clínica.

CONCLUSÃO

O doente com cancro do pulmão, é o que apresenta maior sintomatologia, sendo a dispneia o mais recorrente no decurso da doença e que afeta a qualidade de vida do mesmo.

Os profissionais de saúde assumem um papel fundamental na gestão deste sintoma, tendo o enfermeiro competências para realizar uma avaliação individualizada e utilizar uma combinação de medidas não farmacológicas e farmacológicas no controle da dispneia, com enfoque na melhoria da qualidade de vida do doente.

RESULTADOS DO ACOMPANHAMENTO DO NURSE NAVIGATOR EM PESSOAS COM CANCRO DA MAMA

MARISA FALE; GRAÇA ANDRÉ; ANA SANTOS PEREIRA; ALBERTINA SANTOS; CHRISTIANE MONTEIRO
HOSPITAL DA LUZ LISBOA

INTRODUÇÃO

O *Oncology Nurse Navigator (ONN)* é um enfermeiro com competências acrescidas em oncologia que integra a equipa multidisciplinar, fornece suporte e educação, colabora na gestão da complexidade do diagnóstico, coordena os cuidados especializados nas fases de diagnóstico e tratamento, faz a articulação com a equipa multidisciplinar, acompanha o doente e família em todo o percurso da doença oncológica, antecipando e respondendo às suas necessidades.

Uma das abordagens do ONN no Centro Oncológico é através da teleconsulta/videoconsulta com consultas programadas no pós-operatório, no seguimento semanal da terapêutica oral antineoplásica, seguimento de follow-up após terapêutica antineoplásica endovenosa. Estas consultas permitem identificar precocemente sinais e sintomas que requerem intervenção.

As teleconsultas/videoconsultas não programadas, são todas aquelas que são realizadas por iniciativa da pessoa doente/família quando precisam de ajuda na gestão de efeitos colaterais, relacionados com tratamentos ou sintomas da doença.

OBJETIVOS

Identificar o número de atendimentos com complicações resolvidas sem necessidade de deslocação ao hospital

Identificar o número de atendimentos com identificação de complicações encaminhadas para assistência urgente

MATERIAL E METODO

Registo informático dos dados das teleconsultas/videoconsultas

RESULTADOS

Medimos os resultados da intervenção do ONN na teleconsulta/videoconsulta no que se refere à gestão de complicações relacionadas com doença ou tratamentos oncológicos.

Em 3385 teleconsultas/videoconsultas realizadas, a intervenção do ONN conseguiu reduzir 36% de vindas à urgência tendo resolvido com o doente no domicílio as complicações relacionadas com a doença ou tratamentos.

Por outro lado, das 3385 teleconsultas/videoconsultas realizadas o ONN identificou 51 complicações com necessidade de assistência urgente, que foram encaminhados para o serviço de urgência ou para atendimento no centro oncológico.

CONCLUSÕES

Com a estruturação da teleconsulta/videoconsulta, na qual o ONN tem uma atitude proativa na identificação dos problemas, fazendo contatos programados, quer telefónicos quer por videoconsulta e possibilitando um acesso direto e rápido sempre que surjam problemas ou dúvidas associadas à doença ou tratamentos.

O fato de existir o acompanhamento programado, permitiu a identificação precoce de complicações associadas à quimioterapia, terapêutica antineoplásica oral e cirurgia mamária com encaminhamento precoce para o serviço de urgência ou atendimento urgente no próprio Centro Oncológico. Esta identificação precoce de complicações permite garantir uma assistência rápida e eficaz no sentido de evitar complicações severas.

A teleconsulta/videoconsulta apresenta-se como uma intervenção essencial na atividade do ONN que promove a qualidade de vida das pessoas com doença e suas famílias.

POSTERS MÉDICOS



TOXICIDADE ASSOCIADA AO ENFORTUMAB VEDOTINA EM DOENTES IMUNOSSUPRIMIDOS - UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ESSENCIAL

JOANA CATARINA GONÇALVES; JOÃO GRAMAÇA; ISABEL GOMES FERNANDES; INÊS ÂNGELO; CAROLINA XAVIER; ANA CAROLINA TRABULO; IDÍLIA PINA

CENTRO HOSPITALAR BARREIRO MONTIJO E.P.E.

INTRODUÇÃO

O Enfortumab vedotina (EV), é um anticorpo fármaco-conjugado, dirigido à proteína Nectina-4 em células neoplásicas uroteliais, causando toxicidades dermatológicas, incluindo necrólise epidérmica tóxica (NET). Casos relatados de toxicidade cutânea associada a EV demonstraram um espectro amplo de gravidade de apresentação, alguns deles exigindo a descontinuação de EV. Nos 2 casos de NET fatal descritos, a descontinuação tardia contribuiu para a progressão da erupção cutânea apesar do tratamento de suporte. As apresentações díspares e gravidade destas reacções torna particularmente desafiante determinar se o tratamento com EV pode ser mantido em segurança apesar do desenvolvimento da erupção cutânea.

OBJETIVOS

Este caso realça a importância da sensibilização para as toxicidades cutâneas associadas à terapêutica com EV e a necessidade da vigilância regular para a deteção precoce de reacções cutâneas adversas.

MÉTODOS

Relatamos o caso clínico de um doente que desenvolveu uma lesão cutânea extensa sob EV, clinicamente suspeita de NET.

RESULTADOS

Homem, 74 anos com Neoplasia da bexiga metastática que recebeu quimioterapia com Carboplatina/ Gemcitabina (6 ciclos) em 1L. 4 meses depois, a cintigrafia óssea documentou uma progressão da doença (PD) com doença óssea múltipla. O doente recebeu 2L com Pembrolizumab durante 14 meses. Em 01/2022, o doente foi hospitalizado devido a colite de Grau 3, tratado com vedolizumab, e permaneceu sem tratamento sistémico até 03/2022. Em 20/08/2022 foi documentada PD (hepática e osteo-medular) e iniciou 3L com EV.

Durante a primeira semana de tratamento, apresentou placa eritematosa, grande, dolorosa, com ardor e prurido, ulceração e margens arredondadas na região sacral esquerda (15x10cm), mais 5-6 lesões mais pequenas (0,5x0,5cm), com perda de continuidade cutânea com tecido desvitalizado, em continuidade com o períneo e mucosa genital (imagem1). Dada a suspeita clínica de NET vs. infeção por herpes zoster, suspendeu-se o EV e prescreveu-se antibiótico empírico e valaciclovir. As análises sanguíneas revelaram anticorpos anti herpes zoster positivos e a biopsia cutânea foi inconclusiva. Após 14 dias, as lesões diminuíram com placas necróticas (imagem2). Um mês depois, devido à melhoria clínica, o EV foi re-iniciado (imagem3).

DISCUSSÃO

Os casos de toxicidade cutânea relacionada com EV variam em gravidade, levando à descontinuação terapêutica em alguns casos. Dois relatos da literatura mostram NET fatal apesar da interrupção do EV, sugerindo que a descontinuação tardia pode permitir a progressão da erupção cutânea. A apresentação heterogénea torna difícil determinar a segurança do EV após a erupção cutânea e é vital compreender o momento ideal de descontinuação do mesmo. Este caso enfatiza a necessidade de sensibilização para as toxicidades cutâneas associadas ao EV e de uma monitorização atenta dos doentes relativamente a reacções adversas.

O ULTRA-HIPOFRACIONAMENTO NO TRATAMENTO DO CANCRO DA MAMA BILATERAL - ANÁLISE DE UMA SÉRIE DE CASOS

INÊS SÁ COUTO; ALICE ALVES; FILIPA MARTINS; CATARINA VAN DER ELZEN; FÁTIMA AIRES; PATRÍCIA VARZIM; PEDRO MEIRELES; CATARINA DIAS; GABRIELA PINTO

Centro Hospitalar Universitário de São João

INTRODUÇÃO

A radioterapia (RT) adjuvante tem um papel estabelecido no tratamento do cancro da mama, tendo impacto na redução de recidiva locorregional e mortalidade. Atualmente é reconhecida a segurança e eficácia da RT em regimes de hipofracionamento, sendo o hipofracionamento moderado considerado *standard of care*. O estudo *FAST-forward* demonstrou não existir um aumento na recidiva local com um esquema de ultra-hipofracionamento (UH) comparativamente ao fracionamento moderado. Demonstrou também resultados semelhantes nos efeitos secundários causados até 5 anos após tratamento.

Sendo o tratamento do cancro da mama bilateral um desafio devido à toxicidade potencial que acarreta, propomo-nos a descrever uma série de casos em que o regime de UH foi administrado.

OBJETIVOS

Avaliar a segurança do tratamento de RT com UH no tratamento adjuvante de doentes com cancro da mama bilateral.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi feita uma revisão de dados de doentes com cancro da mama bilateral em estadios precoces no período entre março de 2020 e dezembro de 2023. Foram recolhidas as seguintes variáveis: idade, data de diagnóstico, caracterização da neoplasia, tratamento realizado, parâmetros dosimétricos, efeitos secundários (escala RTOG) e recidiva da doença.

RESULTADOS

Foram incluídos 4 doentes do sexo feminino, com uma mediana de idade de 59 anos. Todas estas doentes foram diagnosticadas com cancro da mama bilateral, com fenótipo luminal A ou luminal B. Foram submetidas a cirurgia conservadora e biópsia de gânglio sentinela, radioterapia e hormonoterapia adjuvantes. A dose prescrita de RT foi de 26 Gy/5 frações com irradiação da mama, tendo uma doente recebido uma dose adicional ao leito tumoral de 13.35Gy/5 frações (unilateral) e outra recebido irradiação dos níveis 1 e 2 da axila (unilateral). Três doentes realizaram tratamento em *deep inspiration breath hold (DIBH)*. Apenas uma doente apresentou toxicidade aguda - eritema G1, tendo todas apresentado um bom resultado estético. Ao final de um *follow up* mediano de 10,5 meses nenhuma das doentes apresentou recidiva local ou à distância. A dose média de radiação no coração foi de 0,84 Gy, V5% coração 10.88%, V25% coração 1,87% e V30% do pulmão ipsilateral 15,8%.

DISCUSSÃO

Durante o *follow-up* estas doentes revelaram bons resultados, sem recidiva locorregional ou à distância. Foi também constatada a segurança do tratamento administrado, não tendo sido observadas toxicidades agudas ou tardias graves (≥ 3 na escala RTOG).

CONCLUSÕES

A RT em UH é segura e eficaz, inclusive no caso de cancro da mama bilateral, sendo os resultados da nossa análise retrospectiva consistentes com a literatura. A percepção dos resultados da RT nesta população específica é importante na delineação de estratégias de optimização de cuidados.

ENCEFALOPATIA DE WERNICKE EM CANCRO GÁSTRICO

MARIANA ISABEL SANTIAGO; FILIPA CASTELÃO; TERESA SANTANA; BEATRIZ CASTANHEIRO; JOANA N. SANTOS; ÂNGELA NOGAL DIAS; JÚLIA ROSADO; FREDERICO SANCHES; HÉLDER MANSINHO

HOSPITAL GARCIA DE ORTA, E.P.E.

INTRODUÇÃO

A encefalopatia de Wernicke (EW) é um distúrbio neuropsiquiátrico grave, causado por défice de tiamina, de difícil diagnóstico em estadios iniciais e com elevada mortalidade e morbidade. A tiamina integra diversas vias bioquímicas a nível neuronal, com armazenamento exclusivo a nível hepático e reservas apenas para 18-20 dias sem suplementação adequada. A EW é caracterizada pela tríade de alteração do estado mental/confusão e/ou da memória, nistagmo ou oftalmoplegia e ataxia. Classicamente associada ao alcoolismo, a EW tem vindo a ser reconhecida em outras condições, incluindo cirurgia gastrointestinal, cancro e hemodiálise, mantendo-se, no entanto, como uma entidade largamente subdiagnosticada.

CASO CLÍNICO

Doente de 55 anos, fumador, sem consumo etanólico, com diagnóstico de adenocarcinoma gástrico difuso estadio IV (nódulo peritoneal adjacente à cauda do pâncreas) desde Maio de 2022, MSS, HER2 negativo, PDL-1 negativo, realizou quimioterapia paliativa com FLOT, com resposta parcial, tendo sido submetido a gastrectomia subtotal em Maio de 2023. Desde Setembro de 2023 episódios ocasionais de intolerância alimentar, vómitos e obstipação, dor abdominal difusa e perda ponderal. Realizou TC TAP, sugestiva de pancreatite aguda, que melhorou sob Piperacilina/Tazobactam. Após alta manteve episódios semelhantes, com perda ponderal de 20kg em 3 meses, tendo sido novamente internado a 19.12. Repetiu TC TAP que documentou recidiva locorregional extensa (anastomose gástrica-jejunal e coto duodenal com extensão à cauda do pâncreas e invasão da veia esplénica e carcinomatose peritoneal). Verificou-se melhoria progressiva dos vómitos e resolução da obstipação, no entanto em D11, doente com períodos de confusão e desorientação, nistagmo horizontal e ataxia, com desvio corporal preferencial para a esquerda e tetraparésia de predomínio proximal.

Foi avaliado por Neurologia e realizou RM CE, apresentando alteração do sinal tálamico bilateral, com hipersinal T2/T2 FLAIR e restrição à difusão, sugestivo de encefalopatia de Wernicke. Iniciou tiamina 500mg 3x/dia, com resolução do nistagmo após 3 dias, e melhoria da confusão e ataxia. Doente reiniciou episódios de vómito e dor abdominal generalizada, de difícil controlo, com agravamento progressivo e necessidade de sedação paliativa, tendo vindo a falecer por progressão de doença.

DISCUSSÃO

Os autores destacam a apresentação e gravidade da EW, em particular em tumores gastrointestinais intervencionados cirurgicamente e em recidiva, em risco de EW tanto pela redução da ingestão, como da absorção e rápida depleção de reservas associada ao crescimento tumoral. O reconhecimento precoce de EW é vital, uma vez que o tratamento atempado pode reverter as alterações cognitivas e oculares, evitando sequelas permanentes.

PRESERVAÇÃO DA FERTILIDADE EM DOENTES SUBMETIDOS A RADIOTERAPIA: REVISÃO DA LITERATURA

DANIELA RIBEIRO¹; ANA CRAVO SÁ²

¹ CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

² ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO PORTO

INTRODUÇÃO

Os avanços científicos e tecnológicos na área da oncologia levam a que tenhamos diagnósticos cada vez mais precoces e melhores taxas de sobrevivência a cinco anos. Aliando a tendência atual para o adiamento da parentalidade para idades mais tardias, teremos cada vez mais sobreviventes de cancro em idade fértil. O impacto da terapêutica oncológica na fertilidade dos doentes faz com que a oncofertilidade surja como uma emergente área clínica de intervenção multidisciplinar. A evidência demonstra que os sobreviventes de cancro apresentam maior motivação para a parentalidade e concretização do significado da vida e, por isso, é fundamental que todos tenham a oportunidade de discutir sobre Preservação de Fertilidade (PF) no momento da decisão terapêutica.

OBJETIVOS

Os objetivos desta revisão da literatura são: identificar as situações com indicação para PF; estudar o impacto radiobiológico da radioterapia na fertilidade dos doentes; enumerar as opções de preservação e proteção da fertilidade; compreender o impacto na qualidade de vida e decifrar os fatores que levam a que não se faça mais PF na prática clínica.

MATERIAL E MÉTODOS

A revisão da literatura foi realizada de acordo com a metodologia PRISMA, com o auxílio do quadro PICO, na base de dados eletrónica PubMed, em Novembro de 2023. Foram incluídas todas as revisões, revisões sistemáticas e meta-análises, publicadas nos últimos cinco anos, com texto original em português ou inglês, utilizando os termos fertilidade e radioterapia. Os critérios de exclusão foram: estudos anteriores a 2018; estudos que não estão escritos em inglês ou português e estudos que não incluem radioterapia e fertilidade, ao mesmo tempo.

RESULTADOS

A pesquisa inicial incluiu 144 artigos, selecionados com base no título e no resumo, 82 estudos passaram à seleção do texto integral, dos quais 60 foram excluídos. As exclusões deveram-se predominantemente ao facto de não incluírem radioterapia e fertilidade e 5 por não estarem escritos em inglês (diagrama PRISMA).

DISCUSSÃO

Os tumores hematológicos, da mama, sarcomas e pélvicos têm indicação para PF. O impacto da radioterapia no potencial reprodutivo pode ser por dano celular direto ou indireto e depende de vários fatores: idade, campo de irradiação, dose e duração do tratamento. Os efeitos podem ser estocásticos ou determinísticos. Existem várias opções de PF para mulheres e homens (tabela) e múltiplos fatores, inerentes ao doente, à doença e à equipa multidisciplinar, que determinam esta escolha, com grande impacto na qualidade de vida dos doentes e no seu futuro.

CONCLUSÕES

A multidisciplinaridade da terapêutica oncológica deve incluir aconselhamento adequado sobre preservação da fertilidade. São necessários mais estudos para desenvolver abordagens eficazes com o objetivo de reduzir o impacto psicológico da experiência do cancro e melhorar a qualidade de vida destes doentes.

RISK FACTORS FOR PERIPROSTHETIC INFECTION FOLLOWING LIMB SALVAGE SURGERY IN BONE SARCOMAS

DIOGO NÓBREGA CATELAS; LUCINDA CORREIA; ALEXANDRA SANTOS; CATARINA PEREIRA; DIOGO RODRIGUES; AFONSO FARIA; GUILHERME MADEIRA; PEDRO CARDOSO; VÂNIA OLIVEIRA
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DO PORTO E.P.E.

BACKGROUND

Multimodal treatment of bone sarcomas has improved survival and allowed limb salvage surgery in the majority of these patients. Periprosthetic joint infection (PJI) constitutes a challenging complication. Controversy remains about risk factors for PJI. Here, we aim to identify them. We also discuss pathogens and treatments.

METHODS

The authors reviewed the institutional database to retrieve endoprostheses implanted after bone sarcoma resection, from 2014 to 2021. 66 eligible patients were identified.

RESULTS

A total of 14 (21.21%) periprosthetic infections were diagnosed. 10 occurred in men (71.43%, $p = 0.143$). Mean BMI, age at the time of surgery, ASA score and site were significantly higher among patients who developed PJI ($p = 0.003, 0.044, 0.033, 0.029$, respectively). Number of comorbidities and Charlson Comorbidity Index were also higher among these patients ($p = 0.264, 0.060$, respectively). Histology didn't play a role in PJI ($p = 0.385$).

CONCLUSION

Our data allows surgeons to better understand and control risk factors for PJI. We identified BMI, age, ASA score, site and Charlson Comorbidity Index as the main risk factors. Polymicrobial infections and *Staphylococcus aureus* are associated with recurrent infections. A multicentric study with a larger cohort is needed.

PO MEDO14

GESTÃO DA NEFROTOXICIDADE INDUZIDA POR CISPLATINA: CRIAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE HIDRATAÇÃO STANDARD

ANA PATRÍCIA GOMES; JOSÉ PIO; DIANA DINIS; RUI RODRIGUES; ANDREIA DUARTE
HOSPITAL LUSÍADAS LISBOA

INTRODUÇÃO

A nefrotoxicidade é o efeito adverso *major* da cisplatina. Aproximadamente 20 a 30% dos doentes tratados com cisplatina, independentemente da função renal basal, apresentam, normalmente após 3 a 5 dias, um aumento repentino da creatinina, redução de eletrólitos e incapacidade da concentração urinária. Para minimizar este evento, são recomendadas medidas preventivas e de suporte, tais como, manutenção de volémia adequada, monitorização do débito urinário durante a hidratação pré e pós-infusão e prevenção de perdas eletrolíticas com suplementação de magnésio e potássio. Contudo, tendo em conta os diferentes tipos de cancro e doses de cisplatina, não existem conclusões definitivas sobre o esquema ótimo de hidratação a adotar.

OBJETIVOS

Definição de protocolo de hidratação de cisplatina na instituição e revisão dos protocolos de hidratação obsoletos, tendo em conta as recomendações internacionais mais recentes.

MATERIAIS E MÉTODOS

Numa primeira fase, foram identificados os protocolos contendo cisplatina existentes na instituição. Seguidamente, foi efetuada uma revisão bibliográfica das recomendações relativas a protocolos de hidratação, através do *eviQ*, *BC Cancer*, *NHS* e artigos científicos. Após consulta bibliográfica, foi definido o protocolo de hidratação de cisplatina na instituição, de acordo com as doses do medicamento e posteriormente, foram revistos os protocolos de oncologia com cisplatina.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram identificados na instituição 8 protocolos de oncologia contendo várias doses de cisplatina. Após consulta bibliográfica e discussão interdisciplinar entre o farmacêutico, equipa médica e enfermagem do Hospital de Dia Oncológico (HDO), definiu-se o esquema de hidratação, tendo em conta as doses de cisplatina de cada protocolo. As principais alterações verificadas foram: redução significativa no aporte de fluidos e iões (sulfato de magnésio e cloreto de potássio) na pós-hidratação, e um aumento do uso de manitol apenas em esquema SOS, em função do débito urinário, ao invés da sua administração obrigatória.

CONCLUSÕES

Com esta revisão e implementação de um protocolo de hidratação específico, torna-se possível a uniformização dos protocolos de cisplatina, não havendo discrepância entre as práticas dos vários clínicos. Para além disso, torna-se possível otimizar o tempo de cadeirão do HDO, contribuindo para a melhoria da experiência do cliente.

RESSECÇÃO CIRÚRGICA ASSISTIDA POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE NAVEGAÇÃO EM CONDIROSSARCOMA INTRAPÉLVICO: RELATO DO PRIMEIRO CASO EM PORTUGAL

MANUEL PEDRO CARRAPATOSO; FILIPA CORDEIRO; JOÃO SEIXAS; AFONSO FARIA; BIANCA BARROS; JOÃO NELAS; ANDRÉ COELHO; VITOR VALENTE; VÂNIA OLIVEIRA; PEDRO CARDOSO

CENTRO HOSPITALAR PORTO E.P.E.

Os osteocondromas são os tumores ósseos benignos mais frequentes, localizando-se habitualmente na superfície dos ossos (exostose) com maior incidência nos ossos longos dos membros inferiores (50%).

Ainda que o osteocondroma apresente potencial muito baixo de malignização quando solitário (menos de 1%), o risco aumenta para 3 a 5% nos casos de osteocondromatose múltipla familiar (OMF), com incidências reportadas até 25%. Locais como a bacia, anca e ombro tem maior predisposição à malignização.

No adulto uma capa cartilágnea superior a 20mm é considerada suspeita de degenerescência sarcomatosa.

Apresentamos um caso de uma mulher de 35 anos com antecedentes de OMF diagnosticada com um volumoso osteocondroma intrapélvico no íliaco com extensão periacetabular, cujo estudo revelou uma capa cartilágnea de 19mm. O desafio cirúrgico deste tumor, para além das suas dimensões, relacionava-se à localização adjacente a estruturas neuro-vasculares *major* e órgãos intrapélvicos.

Este relato de caso tem como objetivo documentar a aplicação bem-sucedida da tecnologia de tomografia computadorizada (TC) de navegação para orientar a ressecção cirúrgica de tumores ósseos intrapélvicos, enfatizando a sua facilitação, precisão, inovação, viabilidade e benefícios potenciais em alcançar a localização precisa do tumor e excisão completa de forma mais segura.

A implementação bem-sucedida da TC de navegação em Portugal expande o arsenal dos cirurgiões, oferecendo orientação intraoperatória aprimorada, ganho na precisão e eficácia.

CAUSA INCOMUM DE VOLVO DO CEGO

LEONOR ÁVILA¹; HELENA LEANDRO¹; TERESA CARVALHO²; RITA SILVA¹; RUI MENDES¹; FÁTIMA COELHO¹; CARLOS NASCIMENTO¹

¹ CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL E.P.E.

² CENTRO HOSPITALAR DO OESTE

INTRODUÇÃO

O carcinoma lobular da mama é uma forma rara de cancro da mama. Uma das suas características distintivas é a propensão para a disseminação insidiosa, frequentemente resultando em metástases em locais atípicos.

OBJETIVOS

Alertar para a possibilidade de metástase para a válvula ileocecal consequente do carcinoma lobular da mama.

MÉTODOS

Caso clínico

RESULTADOS

Doente do sexo feminino, 72 anos, com carcinoma lobular da mama tratado há 5 anos com mastectomia radical e quimioterapia adjuvante. A doente mantinha seguimento em consulta de Oncologia, sem evidência de recorrência local ou metástases à distância. A doente desenvolveu sintomas gastrointestinais inespecíficos: dor e distensão abdominal com alteração do trânsito intestinal. Realizou colonoscopia que revelou lesão suspeita na válvula ileocecal. A biópsia confirmou a presença de células compatíveis com carcinoma lobular da mama. A situação complicou-se quando a doente desenvolveu um quadro de oclusão intestinal por um volvo cecal (complicação rara, mas grave, desta metástase na válvula ileocecal). A doente recorreu ao serviço de urgência por distensão abdominal, oclusão e defesa. Realizou radiografia do abdómen que revelou distensão cólica e imagem patognómica de volvo do cego. Posteriormente, uma tomografia computadorizada abdominopélvica confirmou o diagnóstico de oclusão intestinal por volvo cecal. Foi submetida a hemicolectomia direita para ressecar o segmento intestinal afetado e remover a lesão metastática. A doente teve um período pós-operatório sem intercorrências. De seguida, fez quimioterapia adjuvante para controlar qualquer doença residual. Mantém seguimento em consulta de Oncologia.

DISCUSSÃO

A metástase na válvula ileocecal de carcinoma lobular da mama é um evento raro, e a complicação de volvo cecal é ainda mais incomum. Esta entidade apresenta desafios significativos no diagnóstico e tratamento. O diagnóstico precoce é essencial para o tratamento eficaz, mas pode ser complicado devido à sua apresentação inespecífica. A cirurgia de emergência, como a hemicolectomia direita realizada neste caso, é frequentemente necessária para tratar a oclusão intestinal. Uma abordagem multidisciplinar envolvendo a Cirurgia Geral, Oncologia e Gastroenterologia desempenha um papel crucial no tratamento destes casos complexos.

CONCLUSÕES

Este relato de caso ilustra a complexidade da metástase na válvula ileocecal proveniente do carcinoma lobular da mama, especialmente quando essa metástase leva a complicações graves, como o volvo cecal. O diagnóstico precoce, cirurgia de urgência e tratamento adjuvante são elementos-chave no tratamento destes casos raros. Além disso, este caso destaca a importância da vigilância em doentes com histórico de carcinoma lobular da mama, mesmo após um tratamento inicial bem-sucedido, para identificar e tratar recorrências ou metástases precocemente.

PNEUMONITE SECUNDÁRIA, TARDIA, A NIVOLUMAB NUM DOENTE COM ADENOCARCINOMA PULMONAR

INES HILÁRIO SOLDIN¹; SARA RAMOS²; FERNANDA ESTEVINHO³

¹ INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA PORTO

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE, E.P.E.

³ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, S.A

INTRODUÇÃO

Os inibidores de *checkpoint* imunológico revolucionaram o tratamento oncológico. A sua aplicação na prática clínica, em doentes com cancro do pulmão de não pequenas células, iniciou-se na doença metastizada em segunda linha e posteriores, em 2015, em Portugal. Têm como principal toxicidade a autoimunidade secundária. A incidência de pneumonite imunomediada é de cerca de 9.5%, sendo a doença de grau ≥ 3 associada ao nivolumab rara. O diagnóstico diferencial pode ser difícil dada a multiplicidade de potenciais apresentações imagiológicas.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo masculino, 69 anos, ex-fumador (40 UMA), e com bom estado funcional compatível com classificação ECOG 1. Diagnóstico de carcinoma epidermoide do pulmão em estadio IIIA em 2015. Por doença irressecável, realizou tratamento de quimiorradioterapia radical com protocolo de quimioterapia radiosensibilizante com carboplatina e paclitaxel semanal e radioterapia externa (64Gy). Em 2016, por progressão de doença, efetuou 4 ciclos de quimioterapia paliativa com carboplatina e gemcitabina, tendo como melhor resposta doença estável. Seis anos depois, progressão de doença pulmonar e ganglionar, pelo que iniciou tratamento paliativo de segunda linha com nivolumab, descontinuado após 1 ciclo por toxicidade, nomeadamente hiponatremia refratária com necessidade de internamento. No seguimento, iniciou quimioterapia paliativa com docetaxel. Três meses depois, foi reinternado por insuficiência respiratória hipoxémica moderada.

Efetuada tomografia computadorizada que mostrou extensas áreas de condensação em vidro despolido com acentuação intersticial, a favor de pneumonite de hipersensibilidade. Sem critérios de linfangite carcinomatosa. Foi medicado com metilprednisolona 60mg 12/12h em esquema de desmame, com resolução clínica e imagiológica.

CONCLUSÃO

Pouco se sabe sob toxicidade tardia e o seu diagnóstico pode ser desafiante. Reconhecer e abordar a pneumonite é crucial, especialmente em doentes com cancro do pulmão, nos quais a destrição entre a doença e um efeito adverso do tratamento pode ser difícil.

PLASMOCITOMA DA BASE DO CRÂNIO - RELATO DE UM CASO CLÍNICO

MIGUEL CATALO; ANDRÉ PIRES; TIAGO MAIA; SOFIA CONDE; CLÁUDIA MOREIRA; MAVILDE ARANTES
INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA PORTO

INTRODUÇÃO

O plasmocitoma solitário é uma neoplasia pouco comum, caracterizada pela proliferação de plasmócitos monoclonais. A sua apresentação na base do crânio é rara. Nesta localização, pode comprimir as estruturas adjacentes e causar sintomas neurológicos. O diagnóstico requer a deteção de uma lesão óssea com plasmócitos clonais; histologia da medula óssea não consistente com mieloma múltiplo; exames imagiológicos sem outras lesões; ausência, ou presença em pequenas quantidades, de proteína M, no soro e urina; e a exclusão de lesões de órgão-alvo. O tratamento principal é a radioterapia (RT), com uma taxa de controlo de cerca de 80%. A cirurgia poderá ser ponderada. A quimioterapia (QT) pode ser considerada nos tumores com mais de 5 cm ou histologia agressiva.

OBJETIVOS

Apresentação e discussão de um caso clínico.

MATERIAL E MÉTODOS

Consulta de processo clínico e revisão da literatura.

CASO CLÍNICO

Mulher de 53 anos, sem antecedentes de relevo, recorre ao médico por dor cervical persistente. Posteriormente, desenvolve disartria, motivo pela qual realiza uma tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM) crânioencefálicas (CE) que revelam uma lesão osteolítica de 34 x 38 x 37 mm, no côndilo occipital esquerdo, com extensão ao ápex petroso e compromisso do canal hipoglosso. A TC de corpo excluiu outras lesões. A histologia da lesão confirmou uma neoplasia com proliferação de plasmablastos e plasmócitos maduros, CD45+, CD138+, CD38+, CD56+ e EBER+ (*Epstein-Barr virus-encoded RNA-1*), compatível com plasmocitoma. As análises demonstraram um pico monoclonal IgG/kappa de 7.8 g/L, sem anemia, hipercalemia ou alteração da função renal. A biópsia da medula óssea revelou hipocelularidade, sem evidência de neoplasia

de plasmócitos. Foi proposta para QT seguida de RT. Cumpriu 4 ciclos de bortezomib, talidomida e dexametasona, com boa tolerância e sem agravamento clínico. A RM-CE de reavaliação revelou aumento da lesão (38 x 63 x 37 mm). Seguidamente, realizou RT (40Gy, 20 frações, técnica VMAT), com estabilização dimensional da massa. Pela sua agressividade, a paciente iniciou QT com cisplatina, doxorubicina, ciclofosfamida e etoposídeo.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O plasmocitoma solitário da base do crânio é uma neoplasia rara, com menos de 50 casos descritos, sem dados robustos relativos à estratégia terapêutica. Neste local, a cirurgia poderia acarretar grande morbidade, não tendo sido realizada. Assim, a RT surgiu como arma terapêutica, dada a elevada radiosensibilidade destes tumores. A progressão após QT poderia ser justificada pela agressividade histológica, com proliferação de plasmablastos e expressão de RNA de EBV. Este caso destaca a dificuldade de abordagem desta neoplasia e a implicação que a histologia e genética podem ter na resposta ao tratamento, podendo representar um exemplo para situações semelhantes.

MULTIGENE PANEL TESTING FOR BREAST AND OVARIAN CANCER PATIENTS. EXPERIENCE OF SYNLAB-GENETIC CENTER

NATÁLIA SALGUEIRO; LISANDRA CASTRO; MÁRCIA CARDOSO; ARIANA CONCEIÇÃO; MARCELO DANTAS; SONIA BARROS; CRISTIANA FERREIRA; ADRIANA GAVINA; JOÃO MATA; MARGARIDA REIS-LIMA

SYNLABHEALTH GENÉTICA MÉDICA

INTRODUCTION

Next-generation sequencing (NGS) allows for a more cost-effective and quickly detection of pathogenic and likely pathogenic variants. Identification of these variants in breast and ovarian cancer allows for increased clinical surveillance, early detection and surgical decision and predicts the response to poly (ADP-ribose) polymerase (PARP) inhibitors.

METHODS

To determine the pathogenic /likely pathogenic (P/LP) variants prevalence in Hereditary Breast and Ovarian Cancer (HBOC) and sporadic breast and Ovarian cancer cases, we performed a retrospective review of 1038 samples received at the Synlab laboratory of Porto center between January 2022 and December 2022. All samples were tested by a multigene panel, that included the following genes: *ATM*, *BARD1*, *BRCA1*, *BRCA2*, *BRIP1*, *CDH1*, *CHEK2*, *CTNNA1*, *EPCAM*, *MLH1*, *MSH2*, *MSH6*, *NBN*, *PALB2*, *PMS2*, *PTEN*, *RAD51C*, *RAD51D*, *STK11* and *TP53*. NGS was performed on Illumina Platform, using a custom Twist kit (Twist Bioscience).

RESULTS

Our study revealed 85 P/LP variants in all analysed genes (85/1038=8%). However, we noticed that in the subgroup with breast or ovarian cancer and family history of HBOC (n=315) the prevalence is higher (11,1%), while in the subgroup with no family history (n=684) the prevalence is 7%. In the subgroup of healthy individuals with family history of breast and ovarian cancer (n=39) only 2.5% had P/LP variants. Within the P/LP variants, 46% of the variants were identified in *BRCA1* and *BRCA2*. The non-*BRCA1/2* genes variants represent 54% of the total P/LP variants detected.

DISCUSSION

This retrospective review demonstrated the relevance of using a multigene panel as a standard approach for breast and ovarian cancer patients. It was also important to highlight the genetic heterogeneity found in these patients, since most P/LP variants were detected in non-*BRCA1/2* genes.

RADIOTERAPIA NEOADJUVANTE NO CARCINOMA DA MAMA LOCALMENTE AVANÇADO - UM CASO CLÍNICO

TERESA ROSA; TERESA GUIOMAR; FILOMENA DOS SANTOS
INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA LISBOA

INTRODUÇÃO

A radioterapia (RT) tem um papel importante no tratamento do cancro da mama. O carcinoma localmente avançado representa 5-10% dos casos e está associado a um risco acrescido de recidiva locorregional, metastização à distância, sobrevivência global e redução da qualidade de vida. Nestes casos, o tratamento é multimodal e a terapêutica sistémica é geralmente a primeira abordagem. No entanto, nos tumores que progridem durante o tratamento sistémico, a RT está indicada nas lesões inoperáveis, com o intuito de permitir uma futura cirurgia.

OBJETIVOS

Apresentação e discussão de um caso clínico.

MATERIAIS E MÉTODOS

Doente do sexo feminino, 45 anos, previamente saudável, apresentando nódulo na mama esquerda com 2 meses de evolução. A mamografia e ecografia mamária mostraram nódulo com 30 mm, aderente aos planos profundos e superficiais, no quadrante superior interno e a presença de várias adenopatias axilares ipsilaterais (BIRADS 4). A microbiópsia revelou carcinoma invasivo, NOS, G3, recetores de estrogénio 11-20%, recetores de progesterona 0%, ERBB2 negativo, Ki67 80%. O estadiamento sistémico foi negativo, por PET-TC. Foi então classificado como cT2 cN1/2a M0.

Foi proposta quimioterapia (QT) neoadjuvante com o intuito de *downstaging* para eventual cirurgia conservadora. Ocorreu progressão local sob QT, de estágio cT2 para cT4b. Por ausência de condições locais para cirurgia, foi proposta para RT neoadjuvante.

Realizou RT 3D conformacional sobre a mama esquerda e níveis ganglionares ipsilaterais I, II, III e IV, com a dose total de 50Gy em 25 frações e *boost* sequencial de 20Gy em 10 frações no volume tumoral (dose total de 70Gy).

RESULTADOS

O tratamento decorreu sem intercorrências ou toxicidades significativas. Verificou-se excelente resposta clínica durante a radioterapia, com redução dimensional da lesão. A PET-TC de re-avaliação revelou diminuição da atividade metabólica da lesão primária (SUVmax 36,7 para 3,3) e ausência de atividade metabólica a nível axilar. Dois meses após RT, foi submetida a mastectomia radical modificada com reconstrução e a anatomia patológica revelou resposta completa (ypTis ypN0 R0). Posteriormente, iniciou terapêutica hormonal com tamoxifeno.

Aos 3 anos de follow-up, mantém-se em remissão completa.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Este caso clínico vai de acordo com a crescente evidência científica de que a RT é eficaz no *downstaging* tumoral, permitindo uma posterior cirurgia, e até na indução de uma resposta patológica completa. Isto favorece a consideração desta terapêutica nos casos que não sejam exclusivamente inoperáveis.

SARCOMA DE KAPOSÍ - DESAFIOS NO PLANEAMENTO DOSIMÉTRICO DE DOIS DOENTES COM LESÕES NOS PÉS

RUTE POCINHO; MIGUEL LABAREDA; LÍLIA MORENO; ANDRÉ PEREIRA; MARIA JESUS COSTA
CLÍNICA SAMS DE ONCOLOGIA E RADIOTERAPIA, UNIDADE DE RADIOTERAPIA - MERCURIUS HEALTH

INTRODUÇÃO

O Sarcoma de Kaposi (SK) é uma neoplasia rara, sobretudo cutânea. O tratamento depende da extensão da doença. Se limitada, a radioterapia (RT) é uma opção, com doses dos 6Gy aos 40Gy na literatura. As guidelines disponíveis sugerem que um controlo loco-regional superior com doses mais elevadas.

Tradicionalmente, irradiam-se os tumores cutâneos com electrões. Mais recentemente, existe maior utilização de técnicas de intensidade modulada. A irradiação destes tumores mantém-se um desafio, assim como garantir uma boa imobilização em tumores dos pés.

OBJETIVOS

Descrever 2 casos clínicos de doentes com SK com lesões cutâneas nos pés tratados com IMRT e VMAT, o seu processo de planeamento e os resultados do tratamento.

MATERIAL E MÉTODOS

Dois doentes com SK clássico submetidos a RT:

FT, 81 anos, lesões maculares no 1/3 distal de ambos os pés, tratado com 24Gy em 12 fracções, IMRT.

AW, 93 anos, ECOG PS2, com envolvimento cutâneo, sobretudo dos membros inferiores, com as lesões mais sintomáticas no pé direito e edema do membro inferior direito associado, submetidas a 21Gy em 6 fracções em dias alternados, VMAT.

TC de planeamento realizadas de forma a assegurar a radioprotecção da perna e pé contralaterais. O pé a tratar foi apoiado em *molddcare RI II* personalizado e imobilizado com máscara termoplástica. Utilizou-se bólus sobre a máscara e gel ecográfico para preenchimento de eventuais espaços de ar.

Os volumes de tratamento foram delimitados no sistema Eclipse, onde foi realizado o planeamento dosimétrico com algoritmo de cálculo Acuros XB. Os doentes foram tratados num acelerador linear Halcyon da Varian.

RESULTADOS

FT - IMRT com 4 campos em ambos os pés. CTV com cobertura V100%>99,5%, PTV com V100%>95% e pontos quentes <109%.

AW - VMAT com 5 arcos, com cobertura do CTV V100% = 99,5%, do PTV V100% = 95%, e ponto quente de 108.9%.

Quanto à toxicidade e resultados do tratamento, FT teve radiodermite grau 1. Aos 2 meses de FU, apresentava resposta parcial (RP). AW terminou tratamento com edema aumentado dos dedos do pé tratado e radiodermite 2 na região póstero-interna do pé, que evoluiu para grau 3. Com 1 mês de FU, apresentava re-epitelização desta região, com RP.

DISCUSSÃO

A irradiação de lesões cutâneas com electrões origina pontos quentes muito elevados e difícil obtenção de uma boa cobertura, especialmente em volumes complexos. Optar por IMRT ou VMAT colmata essas limitações.

A imobilização com material termoplástico garante a reprodutibilidade da posição do pé e do bólus. O gel ecográfico evita o efeito de segundo *build-up*.

Com esta estratégia obtivemos boa cobertura, com dose reduzida nos tecidos sãos e pontos quentes com valores relativamente baixos.

CONCLUSÕES

O bólus termoplástico e uma imobilização eficiente permitem um tratamento com IMRT e VMAT, com melhor controlo da dose nos volumes a tratar e tecidos sãos.

São necessários mais estudos para definir o melhor fracionamento de RT no tratamento do SK.

CARCINOMA UROTELIAL METASTIZADO E AS DIFERENTES ABORDAGENS TERAPÊUTICAS

PEDRO MOTA ARAÚJO; TERESA SARMENTO; MARTA SOUSA; ANTÓNIO TEIRA;
DANIELA AZEVEDO; ROSA GOMES; PATRÍCIA GAGO; JOANA CARVALHO; RENATO CUNHA;
SILVIA SILVA; DIANA MARTINS; LUCY ALVES; EMANUEL CADAVEZ; NATACHA MOURÃO;
MIGUEL FALCÃO; BEATRIZ GONÇALVES; PAULO CASTRO; HILDA MARIA
CENTRO HOSPITALAR TRÁS OS MONTES E ALTO DOURO E.P.E

INTRODUÇÃO

O carcinoma urotelial é o décimo tipo de cancro mais comum em todo o mundo. O fator de risco mais importante é o tabagismo. Apesar de ser uma doença mais comum nos homens, as mulheres apresentam-se normalmente com doença mais avançada e menor sobrevivência.

OBJETIVOS

Descrição de um caso clínico com diagnóstico de neoplasia urológica.

MATERIAL E MÉTODOS

Retrato de um caso clínico de um doente através da consulta do processo clínico hospitalar em formato eletrónico.

RESULTADOS

Doente do sexo feminino, 68 anos, ECOG 0, com antecedentes de carcinoma urotelial de alto grau pTaN0M0 G3, foi submetida a RTU-V em 2013, cujo o resultado anátomo-patológico não mostrava invasão do tecido conjuntivo subepitelial ou da túnica muscular. Iniciou BCG intravesical que suspendeu por intolerância ao tratamento, pelo que ficou em *follow-up*.

Em dezembro de 2019 constatou-se metastização ganglionar retro-peritoneal tendo sido encaminhada para o serviço de Oncologia Médica. Fez QT paliativa com cisplatina e gemcitabina de março a julho de 2020 (4 ciclos) com resposta completa.

Em maio de 2021, apresentava nódulo renal esquerdo de novo, de características suspeitas, mas o resultado histológico mostrou tratar-se de um tumor benigno com características de Oncocitoma.

Em abril de 2022, em PET/TC 18F-FDG verifica-se o aparecimento de lesão nodular anexial direita hipermetabólica e de adenopatias cervicais esquerdas hipermetabólicas, de significado indeterminado.

Em junho de 2022 a doente refere adenopatia supraclavicular e a biópsia da lesão mostra tratar-se de metástase de carcinoma urotelial.

Em outubro de 2022 foi submetida a histerectomia e anexectomia bilateral e o resultado anátomo-patológico revelou metástase de carcinoma urotelial no ovário direito.

A doente iniciou QT paliativa com cisplatina e gemcitabina que cumpriu de janeiro a maio de 2023, tendo suspenso por progressão clínica de doença e intolerância à quimioterapia. Posteriormente iniciou tratamento paliativo de 2ª linha com Pembrolizumab que mantém atualmente com resposta favorável e boa tolerância.

DISCUSSÃO/ CONCLUSÃO

Neste caso ficou demonstrado a importância das reuniões de grupo multidisciplinar e a colaboração entre as diferentes especialidades na abordagem e na orientação do doente oncológico, bem como a importância de biopsar novas lesões suspeitas mesmo na presença de uma neoplasia primária conhecida para melhor orientação terapêutica. De realçar também a opção de *rechallenge* com cisplatina e gemcitabina após resposta completa inicial uma vez que apenas apresentou progressão de doença 6 meses após resposta completa, bem como a opção de imunoterapia para 2ª linha de tratamento paliativo e as perspectivas de longa sobrevivência que daqui advém.

MUTAÇÃO BRCA1 - UM CASO DE CANCRO DA MAMA BILATERAL E DO OVÁRIO SÍNCRONOS

ALEXANDRA GUEDES; SANDRA SILVA; JOANA CABRAL; CRISTIANA MARQUES; ADRIANA SOARES; ANDREIA CAPELA

CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA DE GAIA / ESPINHO E.P.E.

INTRODUÇÃO

A mutação BRCA1 associa-se a um risco de >70% de cancro da mama e >40% de cancro do ovário.

OBJETIVO

Análise descritiva de um caso clínico de cancro da mama bilateral e do ovário síncronos, associados à mutação BRCA1.

CASO CLÍNICO

Mulher de 52 anos de idade, enfermeira, com antecedentes de doença fibroquística da mama. Menarca aos 12 anos, 3G1P, utilização de ACO >10 anos. História familiar de cancro da mama na trisavó materna. Diagnosticada em 04/2022 com carcinoma da mama NST bilateral, triplo negativo (TN), cT2/T2 cN0/N0, e a TC-TAP de estadiamento revelou metastização hepática e peritoneal. Apresentava, contudo, elevação do Ca125 (525 U/mL) e a RMN hepática esclareceu que se tratavam de metástases perihepáticas, sem lesões intraparenquimatosas. A biópsia de implante peritoneal revelou carcinoma seroso de alto grau e o estudo genético revelou mutação BRCA1. Feito o diagnóstico de carcinoma da mama invasor NST triplo negativo cT2N0M0 bilateral e carcinoma seroso de alto grau do ovário/trompas de falópio estadio FIGO IIIC, a doente foi proposta para QT neoadjuvante. Após 4C de carboplatino/paclitaxel, foi obtida resposta parcial (RP) a nível peritoneal e mama esquerda e completa ao nível da mama direita, tendo sido submetida a ooforectomia bilateral, omentectomia e excisão de implantes peritoneais (cirurgia R0). Realizou posteriormente ACdd x4C e mastectomia bilateral com BGS, com resposta patológica completa (ypT0N0) bilateralmente. Atualmente, a doente encontra-se sob olaparib adjuvante com boa tolerância.

DISCUSSÃO

A coexistência de cancro da mama bilateral e do ovário síncronos deve levantar a suspeita de fator hereditário. O maior desafio neste caso foi a sequenciação terapêutica. Terá esta sido a melhor abordagem? Haveria espaço para a realização de cirurgias síncronas? Dada a boa resposta dos tumores BRCA-associados aos platinos, poder-se-ia ter omitido a antraciclina neste caso? A realização do olaparib adjuvante foi possível graças à RP ao platino a nível da doença ovárica peritoneal, de acordo com os critérios do estudo SOLO1, visto que, pelo carcinoma da mama TN, a doente não cumpria os critérios do OlympiA, dada a resposta patológica completa.

CONCLUSÃO

Este caso destaca o desafio dos tumores síncronos associados a défices de recombinação homóloga e a dificuldade na escolha da sequenciação terapêutica mais eficaz.

QUANDO TRATAR MAGOA: ANGIOSSARCOMA INDUZIDO PELA RADIAÇÃO APÓS IRRADIAÇÃO TOTAL DA MAMA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

JOÃO BASÍLIO; MIGUEL ABREU; JOÃO FRAGA
INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA PORTO

INTRODUÇÃO

Os Angiossarcomas, são responsáveis por 2-5% de todos os sarcomas de tecidos moles em adultos. Destes, os Angiossarcomas da mama são neoplasias raras que representam apenas 8% de todos os sarcomas da mama. Estes podem ser divididos em Angiossarcomas primários ou secundários.

O Angiossarcoma induzido pela radiação (RIAS), da mama, é uma entidade rara com uma incidência estimada de 0,03-0,5%, que surge como uma complicação tardia grave em doentes que realizaram tratamentos prévios de radioterapia, com uma taxa de sobrevivência aos 5 anos inferior a 22,5%.

OBJETIVOS

Apresentação e discussão de um caso clínico

MATERIAL E MÉTODOS

Consulta do processo clínico da doente

CASO CLÍNICO

Doente do sexo feminino, 77 anos, ECOG 1. Em 2012 diagnóstico de carcinoma ductal invasor (CDI) da mama direita, realizou cirurgia conservadora da mama e pesquisa de gânglio sentinela (GS) que revelou CDI GII pT1N0M0 no quadrante súpero-externo, com 9,6 mm de diâmetro, margens negativas, recetores hormonais positivos, Her-2 negativo e índice proliferativo < 15%. GS1 e GS2 sem metástases. Neste contexto, realizou radioterapia adjuvante à mama direita com dose de 50GyT a 2GyT/dia x 25 frações com *boost* à loca tumoral com braquiterapia 10GyT em 2 frações. Inicia hormonoterapia com anastrozol que mantém durante 5 anos. Teve alta da instituição em 2017.

Em 2023 é readmitida no IPO após realização de ecografia e mamografia por suspeita clínica de recidiva de carcinoma da mama direita.

Ao exame objetivo, apresentava na metade inferior da mama direita, manchas eritemato-arroxeadas e pápula de aspeto friável, com cerca de 1,5 cm, endurecida e com dor ligeira no bordo superior.

Na avaliação imagiológica por PET e RMN com achados sugestivos de recidiva tumoral. Realizou biópsia dirigida, cujos achados histomorfológicos e imuno-histoquímicos são compatíveis com angiossarcoma, no contexto clínico e imagiológico da doente, em provável relação com radioterapia prévia.

Atualmente, iniciou esquema de quimioterapia com paclitaxel q3w e aguarda exame imagiológico para avaliação de resposta.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O caso clínico descrito de RIAS da mama direita, com período de latência de 11 anos após realização de radioterapia, torna evidentes os desafios diagnósticos, com o aparecimento de sintomas que mimetizam possíveis efeitos tardios da radioterapia, assim como, o diagnóstico diferencial entre recidiva tumoral ou novo primário, realçando a importância da avaliação anátomo-patológica e dos antecedentes terapêuticos prévios para o diagnóstico.

Com os desenvolvimentos tecnológicos em radioterapia, assim como, com o surgimento de novas correntes na prática clínica associadas com a diminuição ou omissão de radioterapia em doentes selecionadas com neoplasias da mama com histologia e características clínicas que conferem menor risco, podemos esperar uma futura alteração na incidência da patologia descrita.

GIST: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO CLÍNICO E ANÁLISE DE COORTE DE 10 ANOS

J. GUILHERME GONÇALVES-NOBRE; BEATRIZ CASTANHEIRA; JOANA N. SANTOS; PATRÍCIA LIMA; ÂNGELA NOGAL DIAS; HÉLDER MANSINHO

HOSPITAL GARCIA DE ORTA, E.P.E.

INTRODUÇÃO

Tumores do estroma gastrointestinal (GISTs) são neoplasias mesenquimatosas do aparelho digestivo e representam 1 a 2% de todos os tumores gastrointestinais. A incidência é igual entre os sexos e maior acima dos 65 anos. Localizam-se principalmente no estômago e no intestino delgado. Os principais marcadores imuno-histoquímico são a expressão da proteína tirosina cinase tipo III KIT (CD117) e a maioria ocorre por mutações conhecidas no mesmo gene. O tratamento é cirúrgico e/ou sistêmico de acordo com estadiamento e fatores de prognóstico como localização do primário, tamanho, índice mitótico, rutura, envolvimento ganglionar, alterações moleculares e índices de hemograma.

OBJETIVOS

1. Avaliar e comparar epidemiologia do GIST, abordagem diagnóstica, terapêutica e prognóstico a nível do centro clínico vs literatura.
2. Avaliar eficácia dos índices de hemograma como fator de prognóstico "ad initium".
3. Elaborar um algoritmo padrão de gestão diagnóstica/terapêutica de GIST.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo retrospectivo, observacional, unicêntrico, e que consistiu na recolha de dados de doentes com diagnóstico de GIST no período entre janeiro de 2013 e dezembro de 2023. Foi realizada estatística descritiva e respetivos testes, sendo assumida a significância estatística quando valor-p < 0.05.

RESULTADOS

Neste estudo, a dimensão amostral é de 61 doentes, com igual distribuição entre sexos e com média de idade de $71,6 \pm 2,7$ anos. Quanto à localização do tumor, prevaleceram como mais frequentes, a gástrica e o intestino delgado, respetivamente. Em relação aos subtipos histológicos mais frequentes encontramos os padrões fusiforme e misto, sendo o último mais agressivo ($p = 0,026$). A média do tamanho tumoral correspondia a $6,7 \pm 8,8$ cm. O índice plaquetas-linfócitos variou significativamente com o grau de diferenciação tumoral ($p = 0,0193$). A maioria dos doentes foram seguidos em consulta de cirurgia geral e somente 34,4% em consulta de Oncologia, sob tratamento sistêmico com imatinib, quer em adjuvância ou tratamento de doença metastática. Os efeitos adversos mais frequentes foram neutropenia (G1-2) e hipofosfatemia. Em 14,8% dos doentes sob terapêutica sistêmica verificou-se progressão da doença com necessidade recorrer a segunda linha de tratamento. A mortalidade global foi de 19.7%.

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

Os dados obtidos através do nosso estudo de vida real demonstram ser coincidentes com os dados epidemiológicos e prática clínica internacionais. No nosso centro verifica-se uma taxa de mortalidade ligeiramente inferior à esperada. Adicionalmente, podemos observar que o subtipo histológico reflete a agressividade tumoral e o prognóstico destes tumores. Os índices de hemograma aparentam ter um papel, em termos da estratificação dos doentes em função do risco. Por último, e de acordo com os dados obtidos, sugerimos um algoritmo agregador da nossa prática clínica.

PO MEDO30

A PROMESSA DE UMA NOVA ERA NO CANCRO COLORRETAL METASTÁTICO

MARIA JOÃO SÁ TROVÃO OURA; RITA CLEMENTE PINHO; INÊS COSTA; INÊS BRANDÃO REGO; NUNO TAVARES; ANA CATARINA FERNANDES; DANIELA ALMEIDA; CARMEN REY; MARIA CRISTINA SARMENTO; MIGUEL BARBOSA
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE SÃO JOÃO E.P.E.

INTRODUÇÃO

A mutação KRAS G12C, presente em cerca de 3% dos doentes com cancro colorretal metastático (CCRm), confere pior prognóstico. Inibidores KRAS G12C têm sido avaliados como opções terapêuticas em linhas avançadas de tratamento.

OBJETIVO

Descrição de um caso clínico.

MATERIAL/MÉTODOS

Revisão de literatura e processo clínico.

RESULTADOS

Mulher, 64 anos, ECOG PS 0. Por dor abdominal com meses de evolução, fez TC-TAP em 01/21, com neoformação vegetante no cólon ascendente, uma lesão pulmonar e várias lesões hepáticas. Submetida a hemicolecomia direita por quadro oclusivo, confirmando-se adenocarcinoma do cólon ascendente moderadamente diferenciado, sem implantes peritoneais – pT4aN0pM1 (metastização hepática confirmada histologicamente) – com mutação KRAS G12C e MSS. Em reunião de grupo multidisciplinar, decidido tratamento sistémico paliativo. Iniciou FOLFIRI e bevacizumab em 1ª linha em 04/21, com resposta parcial hepática. Como intercorrência, tromboembolismo pulmonar em 09/21. Em 01/22, por progressão, iniciou FOLFOX em 2ª linha, com estabilidade inicial da doença. Esquema interrompido por pneumonia necrotizante, com posterior progressão. Iniciou TAS-102 em 3ª linha em 10/22, com progressão após 3 meses. Realizado teste molecular *FoundationOne* (FO), que identificou mutação KRAS G12C, entre outras. Autorizada 4ª linha em 02/23 com sotorasib 960mg po e panitumumab. Após 3 meses, CEA era de 14.2ng/mL (<2355) e CA 19.9 de 30U/mL (<2480), com resposta

parcial das lesões prévias – maior lesão hepática de 33mm (<65) e pulmonar de 11mm (<16). De novo, formação ovárica esquerda que, após anexectomia, confirmou ser metástase. Manteve esquema, com doença residual estável em TC-TAP de 07/23 (5 meses após início). Em 09/23, progressão hepática, com FO da metástase ovárica sem mutações passíveis de terapêutica dirigida adicional. Iniciou 5ª linha com CAPOX mas, por progressão e agravamento clínico, decidida suspensão do esquema e tratamento sintomático exclusivo.

DISCUSSÃO

Os avanços na medicina de precisão no CCR eram escassos até à recente evidência de eficácia com inibidores KRAS num exão específico, o G12C. Este caso retrata uma doente com essa mutação, em que o sotorasib, em associação a um fármaco anti-EGFR (este último com intuito de reverter o mecanismo de resistência do inibidor KRAS), reduziu de forma significativa as lesões até aos 5 meses de tratamento, sem toxicidade importante. Este caso espelha também a heterogeneidade tumoral das diferentes metástases, com a presença de clones resistentes e em progressão (ovário), apesar da redução das restantes lesões.

CONCLUSÃO

Estes dados são promissores no cenário do CCRm, para o qual ainda há um número reduzido de terapêuticas dirigidas. Há uma crescente expectativa de que em breve possamos obter fármacos cada vez mais eficazes e capazes de prolongar a sobrevivência global de um dos cancros com maior incidência no mundo.

CASO DE UM CONDROMA EXTRA-ESQUELÉTICO INTRAMUSCULAR GIGANTE - DESAFIO DIAGNÓSTICO

MANUEL PEDRO CARRAPATOSO; FILIPA CORDEIRO; BIANCA BARROS; LUCINDA CORREIA; JOÃO NELAS; VÂNIA OLIVEIRA; ANDRÉ COELHO; PEDRO CARDOSO

CENTRO HOSPITALAR PORTO E.P.E.

Os condromas extrasqueléticos (CE) são neoplasias benignas raras que surgem nos tecidos moles, caracterizadas pela formação de tecido cartilaginoso sem ligação ao osso ou tecido sinovial ainda que habitualmente nas suas proximidades. Por se encontrarem nas mãos e nos pés, a sua localização intramuscular, especialmente dentro do músculo solear, é excepcionalmente rara.

Apesar de sua natureza benigna, os CE intramusculares representam um desafio diagnóstico devido à sua ocorrência infrequente e apresentações clínicas variadas.

Neste relato, apresentamos um caso notável de CE intramuscular numa mulher de 42 anos com antecedentes de linfoma não-Hodgkin e cancro de tireoide. Apresentava uma massa com crescimento progressivo na região posterior da perna direita. O tamanho excepcional e a consistência dura do tumor adicionam ainda mais complexidade ao diagnóstico e ao tratamento.

Dado o histórico oncológico da paciente, a preocupação inicial com metástase foi levantada, exigindo uma avaliação diagnóstica abrangente para elucidar a natureza da massa. A ressonância magnética (RM) definiu a localização intramuscular e a grande dimensão – a maior descrita na literatura – e as características da lesão. Embora com biópsia compatível com tumor cartilagíneo (sem malignidade), pelas dimensões existia elevada suspeita de malignidade, pelo que foi submetida a uma exérese cirúrgica alargada. A análise histopatológica confirmou o diagnóstico de CE.

Com a apresentação deste caso único, nosso objetivo é contribuir para a literatura existente sobre tumores raros de tecidos moles. Embora os CE intramusculares sejam entidades muito raras, é necessário incluí-los no diagnóstico diferencial.

COMO E DO QUE MORREM OS NOSSOS DOENTES?

NÁDIA SOFIA ROMANA BRITO

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO

INTRODUÇÃO

Portugal registou 125.223 óbitos em 2021. As doenças do aparelho circulatório estiveram na origem do maior número de óbitos, representando 25.9% da mortalidade total. Os tumores malignos foram a segunda causa de morte, correspondendo a 22.1% da mortalidade total, com um maior número de casos de cancro da traqueia, brônquios e pulmão. Tem destaque também a COVID-19, a terceira causa de morte, representando 10.4% do total de óbitos.

OBJETIVO

Descrever e analisar as causas de morte dos utentes de uma Unidade de Saúde Familiar (USF) da região Alentejo em 2021.

METODOLOGIA

Estudo descritivo retrospectivo, realizado por colheita de dados através da consulta de processos clínicos de uma USF. Incluíram-se os óbitos registados durante o ano de 2021. Analisaram-se as seguintes variáveis de estudo: idade; género; data, local e causa de óbito. A análise estatística foi realizada com recurso ao *Microsoft Excel*.

RESULTADOS

Registaram-se 220 óbitos, 49% do género feminino e 51% do género masculino. A idade mediana foi 82.5 anos (18-102 anos). 43% dos doentes faleceram no hospital. De entre as causas de óbito conhecidas, a morte por doença oncológica representou 32% das causas de morte, com mais casos registados em igual número de tumores malignos do pulmão e do pâncreas. A COVID-19 representou 14% das causas de morte conhecidas, e as doenças do aparelho circulatório representaram 9%.

DISCUSSÃO

86% dos óbitos registaram-se em pessoas com mais de 65 anos. Na amostra, a principal causa de morte conhecida foi a doença oncológica, contrariamente ao que se verificou em Portugal, onde as doenças do aparelho circulatório assumiram o primeiro lugar. Destaca-se que 26% dos doentes oncológicos faleceram no domicílio, e todos eles eram acompanhados pela Equipa de Cuidados Paliativos. A senilidade foi identificada como causa de morte conhecida em 24% dos casos, esta pode englobar outros motivos não identificados, o que pode de alguma forma enviesar os resultados. Merece ainda destaque a COVID-19, responsável por 14% dos óbitos de causa conhecida.

CONCLUSÃO

As doenças oncológicas e as doenças do aparelho circulatório têm um peso significativo na mortalidade no país e na região Alentejo devido, em parte, ao estilo de vida e ao envelhecimento populacional. É crucial o papel do Médico de Família, na promoção da saúde, no rastreio e no diagnóstico precoce, assim como na referenciação e no acompanhamento do doente e da sua família.

RADIOTERAPIA ESTEREOTÁXICA PULMONAR PÓS TRANSPLANTE. REVISÃO DA LITERATURA E APRESENTAÇÃO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

ALICE ALVES¹; FÁTIMA AIRES¹; FERNANDO COSTA²; MARGARIDA MARQUES¹

¹ CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE SÃO JOÃO E.P.E.

² ATRYS

INTRODUÇÃO

O pós-transplante de órgãos sólidos aumenta significativamente o risco de neoplasias, consequência dos tratamentos imunossupressores e da sobrevida prolongada destes pacientes. O tabagismo prevalece como principal fator de risco para o desenvolvimento de cancro do pulmão (CP) em doentes transplantados. Outros fatores relacionados são a idade avançada, o álcool na transplantação hepática e a fibrose pulmonar idiopática ou enfisema em doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica na transplantação pulmonar. Em transplantados cardíacos, hepáticos e pulmonares, a incidência de CP é superior à da população geral.

A sobrevida do CP está intimamente relacionada com o estadio da doença tornando-se essencial um diagnóstico precoce, em pacientes com doença potencialmente curável. As opções de tratamento curativo em estadios precoces incluem a cirurgia e a radioterapia estereotáxica corporal (SBRT). A SBRT tem demonstrado segurança, eficácia, baixa toxicidade e baixa taxa de mortalidade no tratamento do CP em pacientes transplantados.

Na oligometastização, definida pela presença de um número limitado de metástases pulmonares, a terapêutica local definitiva com SBRT demonstrou benefício na sobrevida livre de progressão e sobrevida global.

Apresentamos dois casos clínicos submetidos a transplante de órgão sólido que desenvolveram CP e metástase pulmonar única de cancro do cólon, tratados com SBRT.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1- Homem de 68 anos, transplantado cardíaco por miocardiopatia dilatada em 2005, ex-fumador e diabético. Diagnosticado em 2015 com CP epidermóide no lobo inferior esquerdo (cT2N0M0) tratado com SBRT, 50 Gy em 5 frações, segundo o plano dosimétrico VMAT-SBRT. Recorrência 2 anos após no lobo inferior do pulmão contralateral (cT1bN0M0), tratado com a mesma técnica, 60 Gy em 5 frações. Dezoito meses após a última SBRT pulmonar apresentava excelente estado geral sem evidência de doença pulmonar, sem queixas respiratórias e com função cardíaca conservada. Posteriormente com diagnóstico de aneurisma aórtico, carcinoma epidermóide da pele e progressão da doença com óbito em 2020.

Caso 2- Homem 59 anos, transplantado pulmonar em 2010 por silicose massiva progressiva. Diagnóstico de adenocarcinoma do cólon em 2017 submetido a cirurgia, com aparecimento de metástase única no lobo inferior do pulmão transplantado, submetido a tratamento com SBRT, 50 Gy em 5 frações, segundo o plano dosimétrico VMAT-SBRT. Cinquenta e três meses após, com provas de função respiratória estáveis e sem recorrência ou complicação do transplante.

CONCLUSÃO

A SBRT tem demonstrado segurança, eficácia, baixa toxicidade e baixa taxa de mortalidade no tratamento do CP e metástases pulmonares em pacientes transplantados. A recorrência e progressão da doença constituem um desafio na orientação destes doentes, como evidenciado pelos dois casos analisados.

NEOPLASIAS MALIGNAS PRIMÁRIAS MÚLTIPLAS UMA REALIDADE NO FUTURO?

ALICE ALVES; FÁTIMA AIRES; MARGARIDA MARQUES

CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE SÃO JOÃO E.P.E.

INTRODUÇÃO

As neoplasias malignas primárias múltiplas (NMPMs) são caracterizadas pela presença de dois ou mais tumores malignos diferentes no mesmo indivíduo. Podem ser síncronas, quando ocorrem simultaneamente ou dentro de um intervalo de até 6 meses, ou metácrônicas, quando ocorrem em períodos superiores a 6 meses.

A ocorrência de NMPMs é relativamente rara e está associada a fatores genéticos e ambientais. Tem-se observado um aumento na incidência dessas neoplasias, variando de 2% a 17% dos casos em pacientes oncológicos. Esse aumento pode ser atribuído à melhoria da sobrevivência dos pacientes, à eficácia dos tratamentos, aos protocolos de vigilância mais rigorosos e aos avanços nos exames de diagnóstico, dotados de maior sensibilidade.

O princípio do tratamento para as NMPMs baseia-se num plano multidisciplinar, individualizado de acordo com a situação do paciente, baseado em tratamentos abrangentes com cirurgia, radioterapia, quimioterapia e terapia direcionada.

Na literatura é incomum encontrar relatos de três ou mais casos simultâneos de neoplasias malignas. Descreve-se um caso clínico de um paciente com neoplasia do canal anal inicial, seguido do diagnóstico síncrono de adenocarcinoma do pulmão e carcinoma de tireoide, e metácrono de um carcinoma urotelial.

CASO CLÍNICO

Homem de 62 anos de idade, fumador, HIV e hepatite B positivos e a fazer terapêutica antiretroviral. Em 2004, foi diagnosticado com carcinoma epidermoide do canal anal, tratado com cirurgia de remoção seguido de quimioradioterapia. Na sequência de exames de follow-up, uma tomografia computadorizada, cervico-

toraco-abdomino-pélvico (TAC-CTAP) realizada em outubro de 2009, revelou lesão espiculada 16 mm no lobo superior direito (LSD). A biópsia confirmou o diagnóstico de adenocarcinoma misto do pulmão. A tomografia por emissão de positrões (PET) de novembro de 2009 identificou captação nodular no LSD e no lobo esquerdo tireoide. A biópsia aspirativa revelou carcinoma papilar da tireoide. Em 2009, foi submetido a tireoidectomia total e lobectomia do lobo superior direito. Por sintomas de hematúria, realizou em março de 2019, uretroscopia com ressecção transuretral de lesão da bexiga que revelou carcinoma urotelial de alto grau. Foi tratado com BCG intravesical.

Vinte anos volvidos desde o primeiro diagnóstico e 5 anos após o último diagnóstico de neoplasia primária, o paciente está assintomático e sem achados nos exames de diagnóstico. Continua em seguimento trimestral com realização de exames de imagem anualmente.

CONCLUSÃO

Este caso clínico ilustra a complexidade e a raridade das NMPMs, assim como a importância de um seguimento regular e uma abordagem multidisciplinar na abordagem destes pacientes. O diagnóstico precoce, o tratamento individualizado e atempado são fundamentais para melhorar o prognóstico destes pacientes que provavelmente serão cada vez mais comuns.

RADIOTERAPIA RADICAL NO TRATAMENTO DO CARCINOMA DA LARINGE GLÓTICA EM ESTÁDIOS PRECOSES: IMPACTO NA QUALIDADE VOCAL

ALICE ALVES; JOÃO PINTO; CATARINA VAN DER ELZEN; FILIPA MARTINS; INÊS SÁ COUTO;
JOÃO CASALTA-LOPES; MARIA LURDES VENDEIRA

CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE SÃO JOÃO E.P.E.

INTRODUÇÃO

A radioterapia (RT) e a cirurgia transoral com laser (LTC) são opções equivalentes no tratamento do carcinoma da laringe glótica (CLG) em estadios precoces.

Além das altas taxas de controle local (80-95%), ambas têm a vantagem de preservação de órgão e da função fonatória.

Na avaliação da qualidade vocal, os estudos não são consensuais relativamente à superioridade de RT versus LTC.

Este trabalho propõe-se a avaliar estes parâmetros de forma integrada pós-RT.

OBJETIVO

Avaliar a sobrevivência global (OS), a sobrevivência livre de doença (DFS), a toxicidade e qualidade da voz (escala GRBAS) pós-RT em pacientes com CLG ≤ em estadios precoces.

MATERIAL E MÉTODOS

Análise retrospectiva de 16 casos de CLG em estadios cT1-T2N0 diagnosticados e tratados com RT entre janeiro de 2018 e junho de 2022.

Os esquemas de RT aplicados foram 70Gy em 35 frações de 2 Gy/dia e 63 Gy em 28 frações de 2.25 Gy/dia.

A colheita de dados foi efetuada com consulta ao processo clínico. Foram avaliadas as taxas de OS, DFS e toxicidade relativas à RT (RTOG) pelos métodos de Kaplan-Meier e Log-Rank (significância de 0,05).

A qualidade vocal foi avaliada por um especialista de otorrinolaringologia, aplicando a escala GRBAS (grau, rugosidade, sopro, astenia e tensão vocal) com pontuação de 0-3 (normal, ligeiro, moderado e severo, respectivamente) em 13 pacientes. Esta foi capturada em momentos distintos para cada paciente, em média, 31 meses pós-RT.

RESULTADOS

Na amostra analisada, a mediana da idade ao diagnóstico foi de 65,5 anos, a mediana do *follow-up* foi de 22 meses e a OS e DFS foram de 87,5% e 93,8% respectivamente.

O envolvimento da comissura anterior verificou-se em 50% da amostra, onde a OS foi de 70% e a DFS de 50% ($p > 0.05$).

As toxicidades agudas mais frequentes foram a odinofagia (n=11) e o eritema (n=13). Não ocorreu interrupção de tratamento por toxicidade aguda.

Os resultados, de acordo com a GRBAS, revelaram voz normal em 23%, disфония ligeira em 30% e moderada em 46,2%. A rugosidade é a categoria mais afetada, sendo moderada em 38,5% dos casos.

A proporção de doentes com voz normal ou disфония ligeira foi 53,8%, sendo mais evidente em casos sem edema (62,5%) e menos frequente em fumadores (33,3%).

DISCUSSÃO

O tratamento de RT no CLG em estadios precoces mostrou ter bons resultados de OS e DFS, em linha com o descrito na literatura. A toxicidade relacionada com a RT foi bem tolerada nos casos analisados. Na avaliação pós-RT registou-se uma qualidade de voz normal ou com disфония ligeira em mais de metade dos casos, sugerindo a eficácia da RT na preservação da qualidade da voz.

CONCLUSÃO

Os resultados observados sugerem que a RT é uma opção eficaz em estadios precoces de CLG, controlando a doença e preservando a função fonatória. Os autores propõem a avaliação da qualidade de voz com escalas dirigidas, GRBAS (ou outras), como parte integrante dos protocolos pré e pós tratamento com RT.

RADIOTERAPIA EXTERNA NO TRATAMENTO DE LINFOMA ORBITÁRIOS PRIMÁRIOS - UM CASO CLÍNICO

TERESA ROSA; RAÚL COLAÇO; NELSON FERREIRA; FILOMENA DOS SANTOS
INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA LISBOA

INTRODUÇÃO

Os linfomas orbitários primários dos anexos oculares (pálpebras, conjuntiva, glândula lacrimal, saco lacrimal, tecidos da órbita e músculos extraoculares) são uma entidade rara, representando 1-2% de todos os linfomas não-Hodgkin e 5 a 15% dos linfomas extranodais. A histologia mais comum é o linfoma de MALT (*mucosa-associated lymphoid tissue*). Os linfomas de MALT são tumores indolentes com elevada radiosensibilidade. A radioterapia (RT) tem demonstrado excelente controlo local e sobrevivência global, no entanto, devido à raridade da doença, a dose total e fracionamento ideais estão ainda por definir.

OBJETIVOS

Apresentação e discussão de um caso clínico.

MATERIAIS E MÉTODOS

O caso clínico descreve uma doente do sexo feminino de 61 anos, sem antecedentes relevantes, com uma história de proptose ocular direita, diplopia e perda ponderal progressivas, com 7 meses de evolução. Realizou tomografia (TC) e ressonância magnética (RM) dirigidas que demonstraram a presença de lesão ocupante de espaço com cerca de 27 mm de maior eixo (plano axial) interessando a vertente superior da órbita direita, estendendo-se desde o plano da pálpebra superior até ao ápice orbitário mas sem invasão extra-orbitária. Foi submetida a biópsia que revelou a presença de proliferação difusa de linfócitos B pequenos, com orla de citoplasma clarificado, CD20+, BCL2+, Ciclina D1 -, CD10 -, BCL6-, CD3-, CD5-, e com restrição de expressão de cadeias leves Lambda, favorecendo o diagnóstico de Linfoma de MALT extranodal.

A PET-TC de estadiamento não revelou a presença de outros focos de captação suspeitos. De acordo com a classificação de Anne Arbor, foi estadiado como estágio I e foi proposta para RT local.

Realizou RT externa com a técnica de intensidade modelada (IMRT) sobre toda a órbita direita com a dose total de 24Gy em 12 frações, 1 fração por dia, 5 dias por semana.

RESULTADOS

O tratamento decorreu sem intercorrências ou toxicidades significativas. Três meses após RT, verificou-se resposta imagiológica completa, acompanhada de resolução total do quadro de proptose ocular e diplopia. Aos 2 anos de *follow-up*, mantém-se em remissão completa e sem alterações na acuidade visual.

DISCUSSÃO

Não existe consenso relativamente à dose ideal de RT para doentes com linfoma de MALT da órbita. A evidência científica atual baseia-se maioritariamente em dados retrospectivos sendo que os intervalos de dose reportados variam de 24Gy a 35Gy, em fracionamento convencional ou com ligeiro hiperfracionamento (1,5Gy/f), com a utilização de técnicas de RT 3D conformacional (3DCRT) ou IMRT.

CONCLUSÃO

Os linfomas orbitários primários são pouco frequentes e podem envolver qualquer tecido intraorbitário. A RT apresenta um ótimo perfil de toxicidades. Este caso clínico demonstra a eficácia da utilização de dose total de 24 Gy em fracionamento convencional na obtenção de um ótimo controlo local e minimização do risco de complicações.

PO MEDO40

ANÁLISE DE EFETIVIDADE E SEGURANÇA DO SACITUZUMAB GOVITECANO EM CONTEXTO DE VIDA REAL

CRISTINA FERRO; SARA MACHADO

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO

INTRODUÇÃO

O Sacituzumab govitecano (SG) é um conjugado anticorpo-fármaco dirigido ao Trop-2, que é expresso na maioria dos cânceros da mama. ¹ SG encontra-se reembolsado para o tratamento de doentes adultos com cancro da mama triplo-negativo (CMTN) irressecável ou metastático que receberam 2 ou mais terapêuticas sistémicas anteriores, incluindo, pelo menos, 1 delas para doença avançada. ² Apresenta-se como sendo uma nova alternativa terapêutica segura e eficaz para CMTN.

OBJETIVO

Caracterizar o perfil de segurança e efetividade de SG nos doentes tratados na instituição.

MÉTODO

Foram incluídos todos os doentes tratados com SG desde janeiro 23 a fevereiro 24. Os dados demográficos, de eficácia e RAMs foram obtidos através de uma análise retrospectiva do processo clínico e perfil farmacoterapêutico.

RESULTADOS

Foram incluídas 4 doentes, idade média de 62 anos. Todas com CMTN metastático que recidivou após 2 a 3 linhas de QT anteriores. Todas previamente tratadas com taxanos.

As RAMs mais frequentes notificadas foram: astenia (75%), diarreia (50%), obstipação (50%), diminuição do apetite (50%), fadiga (25%), prurido (25%) e edema membros inferiores e superiores (25%).

Das 4 doentes, 1 mantém terapêutica. Dos restantes, 2 suspenderam por progressão de doença, e 1 por recusa. A sobrevivência livre de progressão média (mPFS) é de 6,2 meses.

DISCUSSÃO

Como todas as doentes tinham CMTN metastático, foi apenas analisado o estudo ASCENT. A idade média dos doentes é superior aos do estudo (62 vs 54 anos).

Relativamente às RAMs, verificou-se concordância com algumas RAMs reportadas com mais frequência,

nomeadamente: diarreia (50% vs 62,5%), obstipação (50% vs 36,2%). Foi referida menor % de fadiga (25% vs 61,5%) e maior % de diminuição do apetite (50% vs 25,7%), o que poderá estar relacionado com o número limitado de doentes observados. Foram reportadas RAMs não descritas no ASCENT: astenia (75%). Deve ser reforçada a importância da notificação para posterior avaliação de causalidade e eventual geração de sinal.

As duas doentes cuja mPFS foi avaliada apresentaram valores superiores aos do estudo 6,2 vs 5,6 meses.

CONCLUSÃO

O diminuto número de doentes incluídos é uma limitação. Sendo o SG uma nova opção terapêutica no CMTN, é crucial avaliar a sua efetividade e segurança para conhecimento e evidência que suportem decisões na prática clínica. Um ensaio multicêntrico em contexto de vida real com maior número de doentes e a obtenção e avaliação dos dados das RAMs e resultados de eficácia permitiria a obtenção de dados mais robustos.

¹ Bardia A, Hurvitz SA, Tolaney SM, Loirat D, Punie K, Oliveira M, et al. Sacituzumab govitecan in metastatic triple-negative breast cancer. *N. Engl. J. Med.* 2021;**384**(16):1529-1541. doi: 10.1056/NEJMoa2028485

² RCM do Sacituzumab Govitecano

UNVEILING CRANIOENCEPHALIC CT POTENTIAL IN HER2-POSITIVE BREAST CANCER: A PILOT EXPLORATION

ANA FORTUNA¹; FILIPA SIMÕES¹; PAULO LUZ¹; ELSA CAMPOA¹; MAGDA CORDEIRO²; BEATRIZ GONSALBEZ¹; CIDÁLIA PINTO¹

¹ CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE

² HOSPITAL PARTICULAR DO ALGARVE

Breast cancer, particularly HER2-positive subtype, presents a heightened risk of brain metastases (BM) and consequent impact on patient outcomes. Despite this, routine cranioencephalic computed tomography (CT) is not standard practice. This prospective pilot study aimed to assess the utility of brain CT in the initial staging of 58 HER2-positive breast cancer patients.

Among the enrolled patients, the median age was 55 years, and the majority displayed a good performance status. Baseline patient characteristics showed a gender distribution of 98.3% female and 1.7% male. Regarding the primary tumor characteristics, 19 patients (32.8%) had HR-negative tumors, and 25 patients (43.1%) had grade 3 tumors. Tumor-infiltrating lymphocytes (TILs) were present in 24 patients (41.4%). The majority of patients had early-stage breast cancer (stage I/II/III) (n=53, 93.4%), while a subset of patients had metastatic disease at diagnosis (n=5, 8.6%). Notably, no instances of brain metastases were detected in patients diagnosed with early-stage disease, except for one patient who exhibited metastases in the liver and lungs and presented with neurological symptoms.

During a median follow-up of 19.5 months, 3 patients experienced disease recurrence and progression. Brain recurrence was detected in a patient diagnosed with stage IA early-stage breast cancer 22.5 months after the initial diagnosis, while two patients initially diagnosed with metastatic disease showed progression in brain metastases, correlating with symptomatic disease.

The study findings suggest that routine brain CT may not have a substantial impact on the initial staging of early HER2-positive breast cancer, primarily due to the low incidence of brain metastases at the time of diagnosis. This raises considerations regarding patient anxiety, financial implications, and radiation exposure associated with the procedure. However, in cases of metastatic disease, early detection through brain CT could offer valuable guidance for treatment strategies, potentially favoring less invasive options such as radiosurgery.

The emergence of novel treatments targeting brain metastases, such as tucatinib and trastuzumab deruxtecan, presents a promising avenue for improved patient outcomes. Future research endeavors should focus on identifying high-risk HER2-positive breast cancer patients susceptible to brain metastases, leveraging advancements in AI algorithms for early detection.

In conclusion, while routine brain CT may not be imperative for early-stage HER2-positive breast cancer staging, its utility in advanced cases remains noteworthy. Larger-scale studies are warranted to further elucidate and refine the role of brain CT in the comprehensive management of HER2-positive breast cancer, particularly in guiding treatment decisions and optimizing patient outcomes.

DOENÇA ONCOLÓGICA EM IDOSOS - DOIS CASOS CLÍNICOS

GRAÇA GONÇALVES; ROSA VALLINOTO; HELENA LOMBA VIANA; TERESA MESQUITA; JOÃO SOUSA; HELENA QUEIROZ; JOANA SILVA; ANTÓNIO CORREIA; RAFAEL FERNANDES; IVO CARVALHO
HOSPITAL MILITAR REGIONAL N.º1

INTRODUÇÃO

Cerca de 27% das neoplasias ocorrem em doentes com idades superiores a 75 anos. Com o envelhecimento crescente da população colocam-se muitos desafios no tratamento oncológico dos pacientes idosos, frágeis e com comorbilidades.

OBJETIVO

Os autores apresentam dois casos clínicos de doentes idosos, com várias comorbilidades e diagnóstico inicial de cancro avançado, muito sintomáticos, que realizaram de uma abordagem multidisciplinar individualizada com preservação da sua qualidade de vida.

MATERIAL E MÉTODOS

Caso clínico 1: Paciente do sexo feminino de 92 anos, parcialmente dependente, com vida de relação mantida, com náuseas e vômitos persistentes que motivaram procura do SU de vários hospitais. Em Outubro/23 fez EDA que mostrou de estase gástrica abundante e estenose pilórica punctiforme e intransponível. Apresentava na TAC acentuado espessamento da parede gástrica na região do piloro. Por ter sido impossível obter biópsias endoscópicas (não existe eco-endoscopia na Instituição) fez biópsia gástrica percutânea eco-guiada da zona espessada, por Radiologia de Intervenção, que revelou carcinoma pavimentocelular adenoescamoso primário do estômago. A colocação pela Gastrenterologia de prótese metálica gastro-duodenal auto-expansível descoberta, permitiu ultrapassar a estenose. A doente tolerou a alimentação oral e teve alta para o domicílio com dieta adaptada.

Caso clínico 2: Doente do sexo feminino de 82 anos, parcialmente dependente, cognitivamente bem, com dor anal de intensidade crescente interpretada como patologia hemorroidária. Em Novembro/23 apresentava ao exame retal lesão exteriorizada, dura e friável. A colonoscopia mostrou vários pólipos e lesão neoformativa ulcerada do reto distal, ocupando metade da circunferência. A histologia relevou quatro adenomas tubulares com displasia de baixo grau, um adenoma tubuloviloso também com displasia de baixo grau no sigmoide e adenocarcinoma invasor do reto distal. Na TAC visualizaram-se vários nódulos pulmonares suspeitos e espessamento assimétrico do reto. Entretanto, a doente teve hemorragia vaginal abundante, sendo documentada fistulização para a vagina no exame ginecológico. Efetuou colostomia derivativa em Dezembro/23 e foi proposta para RT pélvica paliativa com resolução das queixas.

CONCLUSÃO

A abordagem multidisciplinar individualizada nos doentes oncológicos idosos, frágeis, com várias comorbilidades, deve ter como objectivo o adequado controle sintomático e a preservação da sua qualidade de vida.

EFICÁCIA DA RADIOTERAPIA ESTEREOTÁXICA NO CANCRO DA MAMA METASTÁTICO: DADOS DE VIDA REAL

SANDRA SILVA¹; EDUARDO ROCHA²; CRISTIANA MARQUES¹; ANDRÉ LARANJA²

¹ CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA DE GAIA / ESPINHO E.P.E.

² INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA PORTO

INTRODUÇÃO

A Stereotactic Body Radiation Therapy (SBRT) é uma terapêutica ablativa usada frequentemente em contexto de doença oligometastática ou em oligoprogessão, com o intuito de controlo local da doença metastática. No entanto, a evidência diverge questionando o seu benefício na sobrevivência dos doentes com cancro da mama metastático.

OBJETIVOS

Avaliar o impacto da SBRT nos *outcomes* de sobrevivência no cancro da mama metastático.

MATERIAL E MÉTODOS

Coorte retrospectiva unicêntrica de doentes com cancro da mama metastizado tratadas com SBRT entre 2016 e 2022. Análise descritiva utilizando o spss.v29.0. As medianas das sobrevivências livre de recidiva (SLR), livre de progressão (SLP) e sobrevivência global (SG) foram estimadas pelo método *Kaplan-Meier*.

RESULTADOS

Amostra consecutiva de 65 doentes, 99% do sexo feminino, idade mediana de 55 anos (mínimo 27, máximo 82): 85% com doença oligometastática e 15% plurimetastizadas ao diagnóstico de metastização. Predominou o cancro da mama com expressão de recetores hormonais, HER2 negativo (75%), em apresentação metácrona da doença metastática (69%). Estes doentes foram tratadas com SBRT, dose mediana de 30,0 Gy (mínimo 27,0; máximo 50,0), número mediano de 3 frações (mínimo 3, máximo 5), sendo a VMAT a técnica predominante (89%). A maioria (77%) tratou apenas 1 metástase, sendo no

osso (62%) a localização mais frequente. O *follow-up* mediano foi de 34 meses. Na doença oligometastática, 51% dos doentes recidivaram, 7% no campo de irradiação. A SLR mediana foi de 18,5 meses (95% IC 13,9-22,1). Na doença plurimetastizada tratada com SBRT na oligoprogessão, 60% mantiveram a mesma linha terapêutica, com tempo mediano até novo tratamento de 7,5 meses (mínimo 6,0; máximo 17,0). A SLP mediana foi de 9,0 meses (95% CI: 6,3-11,7). A SG mediana da população não foi atingida, após um *follow-up* mediano de 9 anos. 64% dos doentes estavam vivos aos 5 anos e, à data da última consulta, 48% deles sem evidência de doença.

DISCUSSÃO

A SBRT mostrou eficácia no controlo da doença oligometastática, resultando numa SLR promissora. Na doença plurimetastizada, permitiu manter o tratamento na maioria dos casos, contribuindo para a otimização das linhas terapêuticas como também para o prolongamento da SLP.

CONCLUSÕES

A SBRT revelou-se uma arma terapêutica eficaz no controlo local da doença à distância em doentes com cancro da mama, tendo isto uma tradução benéfica nos *outcomes* de sobrevivência. Contudo, são necessários estudos adicionais de modo a serem identificados os critérios de seleção dos doentes que efetivamente irão beneficiar desta estratégia terapêutica.

RECIDIVA ATÍPICA DE CARCINOMA DA PRÓSTATA

JOANA SANTOS; BEATRIZ CASTANHEIRA; MARIANA SANTIAGO; PATRÍCIA LIMA; J. GUILHERME NOBRE; ÂNGELA NOGAL DIAS; M. JÚLIA ROSADO; HÉLDER MANSINHO
HOSPITAL GARCIA DE ORTA, E.P.E.

INTRODUÇÃO

O tumor da próstata é a neoplasia mais diagnosticada no homem e a quinta causa de morte no sexo masculino. Frequentemente são assintomáticos e com doença localizada ao diagnóstico, contudo em alguns casos podem apresentar com sintomas do trato urinário baixo, hematúria, retenção urinária, dor óssea, entre outras. Os locais mais comuns de metastização são óssea, ganglionar, hepática e torácica, sendo rara a metastização peritoneal, especialmente na ausência de lesão óssea.

CASO CLÍNICO

Doente de 79 anos com antecedentes de dislipidémia e tabagismo ativo. Diagnóstico inicial de adenocarcinoma da próstata em 2009, tendo sido submetido a prostactomia radical e radioterapia complementar. Em 2012, na sequência de recidiva bioquímica, iniciou análogo da LHRH e bicatulamida. Manteve consultas de seguimento na Urologia tendo-se verificado em 2018 resistência à castração, com subida de PSA para 69 ng/ml e progressão da doença com metastização óssea e ganglionar. Neste contexto iniciou bloqueio hormonal de segunda geração com Abiraterona. Em 2019, por nova progressão, foi referenciado a consulta de Oncologia. Nessa data documentada metastização hepática, pelo que foi proposto para quimioterapia com docetaxel que realizou 22 meses e posteriormente Cabazitaxel com suporte de factores de crescimento. Por toxicidade hematológica cumpriu de forma irregular esta última linha terapêutica. Em Outubro de 2023, realizou PET PSMA de reavaliação com evidência de carcinomatose peritoneal de novo. Feita biópsia da fásia para-renal que confirmou tratar-se de adenocarcinoma acinar. O doente foi proposto para Lutécio PSMA.

DISCUSSÃO

Com este caso realçamos a raridade, mas possibilidade, de metastização peritoneal nas neoplasias prostática a importância de caracterização histológica para o seu diagnóstico.

PO MEDO46

FIBROSE RADIO-INDUZIDA NO CANCRO DA MAMA: UM CASO CLÍNICO COM IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA

CARLA LOPES; ANDRÉ FIGUEIREDO; DIOGO DELGADO; VERA MENDONÇA;
MARIA FILOMENA DE PINA
HOSPITAL SANTA MARIA

INTRODUÇÃO

A irradiação total da mama como tratamento adjuvante no carcinoma invasivo precoce, após cirurgia conservadora, reduz o risco de recidiva local e aumenta a sobrevivência com resultados sobreponíveis aos alcançados com a mastectomia.

As novas técnicas de radioterapia permitem uma irradiação mais precisa dos volumes alvo, com menor heterogeneidade de dose nestes e maior proteção dos órgãos de risco, reduzindo assim a incidência de efeitos secundários.

A fibrose radio-induzida pode atingir cerca de 5-30% dos doentes, mas na maioria dos casos é assintomática. No entanto, quando sintomática, pode ter um impacto negativo importante na qualidade de vida.

De acordo com a literatura o tratamento da fibrose radio-induzida pode englobar diferentes abordagens, nomeadamente: massagens manuais, exercícios de fisioterapia, corticoterapia, gabapentina, pentoxifilina, tocoferol, oxigenoterapia hiperbárica, células-tronco mesenquimais, imatinibe e superóxido dismutase.

CASO CLÍNICO

Doente de 45 anos, sexo feminino, diagnosticada com carcinoma invasivo multifocal da mama direita, G2, cT2bN1M0, subtipo *Luminal B-like*.

Tratada com quimioterapia neoadjuvante e duplo bloqueio HER2 seguida de tumorectomia com esvaziamento axilar (ypT1 miN0) e radioterapia externa com técnica VMAT com fracionamento convencional sobre a mama direita e áreas ganglionares de risco (50Gy/25fr/5 semanas) com *boost* sobre o leito tumoral (10Gy/5fr/1 semana) e hormonoterapia, com boa tolerância ao tratamento.

Dois meses após o término da radioterapia, desenvolveu edema, rubor e dor à palpação na mama direita. Foi interpretado como mastite e efetuou antibioterapia, não tendo resposta. Para exclusão de eventual recidiva, realizou mamografia, ecografia e RMN mamária, sem lesões suspeitas. Por manutenção da dor (grau 8/10) cumpriu fisioterapia, corticoterapia, gabapentina e tocoferol, também sem melhoria. Foi encaminhada para a Medicina Hiperbárica, onde realizou 20 de 40 sessões prescritas, mas por ausência de qualquer melhoria, e em concordância com a doente, foi proposta para mastectomia. Vinte e três meses após o término da radioterapia foi submetida a mastectomia com remissão completa das queixas álgicas. O exame anatomopatológico confirmou o diagnóstico de fibrose.

CONCLUSÃO

O caso clínico retrata um desafio na abordagem terapêutica da fibrose radio-induzida sintomática, um efeito secundário raro na irradiação da mama. Embora existam várias opções terapêuticas descritas na literatura, a resposta é inconstante e mais estudos são necessários para uma melhor abordagem destes doentes.

PO MED048

O USO DE TRABECTEDINA EM LINHAS SUBSEQUENTES - A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA

*HUGO SOUSA¹; MIGUEL MARTINS BRAGA¹; JOÃO QUEIRÓS COELHO¹; RITA PICHEL¹;
MIGUEL FALCÃO²; MANUEL MAGALHÃES¹; EUGÉNIA ROSENDO¹; ANTÓNIO ARAÚJO¹*

¹ HOSPITAL SANTO ANTÓNIO E.P.E. - PORTO

² CENTRO HOSPITALAR TRÁS OS MONTES E ALTO DOURO E.P.E

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

Nos últimos anos, a Trabectedina tem sido usada em linhas subsequentes em sarcomas metastáticos/recorrentes, com benefício clínico reportado em algumas séries.

O nosso objetivo é descrever a amostra de doentes no nosso centro que fizeram Trabectedina como linha subsequente de tratamento paliativo e avaliar a sobrevivência global (SG) e a sobrevivência livre de progressão (SLP) a 6 meses.

MÉTODOS

Conduziu-se um estudo retrospectivo em doentes com sarcoma recorrente/metastático tratados com Trabectedina em linha subsequente entre Janeiro de 2015 e Junho de 2023 num centro de referência português.

RESULTADOS

Um total de 32 doentes foram tratados com Trabectedina como linha paliativa subsequente, com uma mediana de idades de 61 (37 - 79) anos, 18 (56%) eram do sexo masculino e 20 (63%) tinham doença localizada/localmente avançada ao diagnóstico. 15 (47%) doentes tinha um L-sarcoma, e trinta (94%) tinham recebido previamente Doxorrubicina, com uma mediana de linhas prévias de 1 (1 - 3). Após uma mediana de follow-up de 43 meses (10 - 106), a taxa de sobrevivência livre de progressão a 6 meses foi de 41% e a taxa de sobrevivência global a 6 meses foi de 22%. O perfil de toxicidades foi relativamente favorável, embora 17 (53%) doentes tenha tido um evento adverso grau 3 ou superior.

CONCLUSÕES

Os outcomes de vida real reportados neste estudo são consistentes com os dados publicados na literatura, embora sejam necessários estudo prospetivos de vida real com maiores casuísticas para clarificar estas diferenças na sobrevivência.

SÍNDROME DE SECREÇÃO INAPROPRIADA DE HORMONA ANTIDIURÉTICA (SIADH) COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DE TUMOR NEUROENDÓCRINO GÁSTRICO - UM CASO DISTINTO

CATARINA MAIA FERREIRA; ELISABETE COUTO; RICARDO FERNANDES; MARIA MANUEL PEREIRA; CRISTIANA HONRADO MARTINS; CATARINA OLIVEIRA SILVA; EDUARDO MACEDO; ANA RAMÔA; MARTA MENDES; ANA RITA MARQUES; ILÍDIO BRANDÃO
HOSPITAL DE BRAGA

INTRODUÇÃO

Os tumores neuroendócrinos (TNE) derivam de células neuroendócrinas e são uma entidade rara, apesar da sua incidência ter vindo a crescer. Os TNE gástricos constituem 9% dos TNE do trato gastrointestinal (terceiro mais prevalente) e <1% das neoplasias gástricas. São classificados de acordo com a apresentação clínica e histológica. Os tumores do tipo 3 são esporádicos, menos diferenciados e mais agressivos, frequentemente com metastização à distância aquando do diagnóstico e, assim, pior prognóstico.

CASO CLÍNICO

Homem de 77 anos, ECOG 0. Antecedentes de anemia ferropénica, sob suplementação oral de ferro desde há um ano; estudos endoscópicos alto (EDA) e baixo (EDB) sem alterações, exceto um pólipó gástrico hiperplásico benigno. Sem antecedentes pessoais ou familiares de neoplasias. Quadro de epigastralgias, astenia e perda ponderal (9,7% do peso habitual) com 6 meses de evolução, com náuseas e vômitos no último mês. Recorreu ao serviço de urgência por síncope, com exclusão de tromboembolismo pulmonar em tomografia computadorizada (TC) torácica. Analiticamente com agravamento da anemia (hemoglobina 8,9 g/dL; previamente 11,3 g/dL) e hiponatrémia euvolémica (123 mmol/L). Foi colocada a possibilidade de síndrome de secreção inapropriada de hormona antidiurética (SIADH) em provável contexto paraneoplásico, tendo sido internado no serviço de Medicina Interna para estudo etiológico e correção de défices. A TC abdominopélvica documentou "área de espessamento parietal do antro gástrico de aspeto infiltrativo e suspeito, adenopatias peri-gástricas suspeitas de metastização ganglionar e nódulos hepáticos suspeitos de metastização

hepática". Realizadas EDB (sem alterações), EDA com biópsia gástrica de "lesão infiltrativa e ulcerada" e biópsia de lesão hepática. O resultado histológico da biópsia gástrica concluiu tratar-se de um TNE gástrico de células pequenas, com metastização hepática (confirmada histologicamente) e ganglionar, com índice proliferativo Ki67 superior a 90%. Após consulta de grupo multidisciplinar, iniciou quimioterapia (QT) paliativa de 1ª linha com carboplatina e etoposido. Cerca de dois meses após o diagnóstico, o doente encontra-se atualmente no 3º ciclo de QT, com boa resposta clínica, mantendo um bom estado geral (ECOG 1).

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

Apesar da frequente associação da SIADH com diversas neoplasias, são poucos os casos descritos na literatura de TNE gástricos com essa apresentação inicial. Os TNE gástricos do tipo 3 são raros, pouco diferenciados e de pior prognóstico na presença de metastização hepática, com uma taxa de sobrevivência a 5 anos de 10%. A 1ª linha de tratamento é QT baseada em platina, com taxas de resposta entre 20-40%. O panorama das opções de diagnóstico e tratamento dos TNE está em constante evolução.

SORAFENIB E RADIOTERAPIA ESTEROTÁXICA NO HEPATOCARCINOMA AVANÇADO: UMA COMBINAÇÃO COM SUCESSO.

RITA PINHO; MARIA JOÃO OURA; DANIELA GOMES; RITA LAGO; ANDREIA F. COELHO; MIGUEL BARBOSA

CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO E.P.E.

INTRODUÇÃO

A incidência de hepatocarcinoma (HCC) tem vindo a aumentar nos últimos anos, sendo uma das cinco principais causas de morte por cancro em todo o mundo. Nos estádios iniciais, estão disponíveis opções terapêuticas, tais como, ressecção cirúrgica, transplante, termo-ablação, quimioembolização (TACE), radio-ablação (RFA) ou radioterapia estereotáxica (SBRT). Nos estádios avançados, a abordagem passa, na grande maioria dos casos, por tratamento sistémico paliativo, associando-se a um prognóstico reservado. O presente caso, de sucesso, ilustra um doente com HCC avançado tratado com Sorafenib e SBRT hepática com benefício.

CASO CLÍNICO

Homem de 55 anos, ECOG-PS 0, diagnosticado em 2021 com HCC localmente avançado (BCLC C, com trombose da veia porta) no contexto de vigilância de doença hepática crónica com cirrose (Child-Pugh A) - etiologia vírica (hepatite C curada) e alcoólica. Sem história familiar de relevo.

Em Dez/21 realizou ressonância magnética (RM) com "nódulo sólido com características compatíveis com HCC, localizado nos segmentos II/III com 47 mm de maior eixo e trombose tumoral dos ramos segmentares II e III do ramo esquerdo da veia porta." Proposto em Reunião de Grupo Oncológico (RGO) iniciar SBRT hepática em centro externo, que o doente não chegou a fazer por progressão local da doença. Em Jun/22 iniciou tratamento sistémico com Sorafenib, com boa tolerância. Em RM de Nov/22 houve evidência de resposta ao tratamento com marcada redução dimensional da lesão para 14mm, com manutenção da trombose tumoral e sem evidência de lesões "de novo". Assim, foi avaliado novamente em RGO onde, na impossibilidade de tratamentos locais, se reconsiderou SBRT hepática, que realizou em Fev/2023 numa dose total de 45Gy em 3 frações. Após SBRT, retomou Sorafenib com boa tolerância e com avaliação imagiológica com RM hepática e PET a documentar estabilidade dimensional da lesão, sem hipercaptação.

Em Set/23 repetiu RM que mostrou estabilidade dimensional sem hipercaptação da lesão conhecida, mas com uma nova lesão de 10mm no segmento VIII/IV, compatível com provável HCC, e estabilidade da lesão já conhecida. Discutido novamente em RGO em Out/23, tendo sido decidido termo-ablação, que o doente se encontra à data de hoje a aguardar realização.

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

Este caso descreve um homem jovem, com bom estado geral, com HCC avançado (BCLC C; Child-Pugh A), com tumor localmente extenso (14mm) e significativa trombose da veia porta. Iniciou tratamento sistémico com Sorafenib com franca resposta e boa tolerância, que levou à consideração de realizar SBRT hepática. Esta combinação, fruto de uma decisão individualizada em RGO, permitiu, num caso avançado e, a priori, com pior prognóstico, a obtenção de uma sobrevivência acima do expectável sem aumento da toxicidade e deterioração da qualidade de vida.

SBRT DA PRÓSTATA: UMA OPÇÃO A NÃO ESQUECER

RAFAEL MATIAS; FLÁVIA FERNANDES; SUSANA COSTA; CARLA LOPES DE CASTRO; ÂNGELO OLIVEIRA
INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA PORTO

INTRODUÇÃO

A Radioterapia Corporal Estereotáxica (SBRT) é um tratamento não invasivo que debita alta dose de radiação ao volume alvo, poupando órgãos adjacentes. Está associada a baixas taxas de efeitos secundários urinários e intestinais agudos/tardios.

Vários estudos têm demonstrado que a eficácia da SBRT no controlo do cancro da próstata (CaP) de risco baixo e intermédio é comparável à cirurgia.

MATERIAL E MÉTODOS

Revisão e relato de caso clínico enquadrado na casuística de um centro de Radioncologia.

RESULTADOS

Doente de 66 anos diagnosticado em 2014 com CaP, Gleason 6 (3+3), T2b do lobo direito (6/7 fragmentos positivos) com PSA inicial de 4,19 ng/mL. Ao toque retal identificava-se uma próstata de limites definidos com um nódulo que ocupava todo o lobo direito. A Ressonância Magnética mostrava doença localizada à próstata. Em consulta de grupo multidisciplinar foi proposto para SBRT após recusa de tratamento cirúrgico.

Terminou RT em 07/2014 e manteve-se em vigilância. O valor de PSA manteve-se sempre em decréscimo sendo que o último doseamento foi de 0,411 ng/mL em 2023, quando teve alta da instituição.

DISCUSSÃO

Entre 06/2013 e 06/2022 na nossa instituição realizaram-se 72 SBRT prostáticas com intuito radical, para perfazer 36.5Gy/5frações em dias alternados (volume dirigido à próstata +/- vesículas seminais, técnica de poupança da uretra e balão endorectal). 3 doentes desenvolveram segundos tumores primários tendo sido excluídos da análise. Não ocorreram toxicidades ≥ 3 agudas ou tardias. No tempo mediano de seguimento de 38.5 meses (4-101 meses) ocorreram 5 recidivas bioquímicas e duas mortes, 1 relacionada com carcinoma da próstata. A progressão livre de doença (PLD) e sobrevida global (OS) aos 5 anos foi de 91.2% e 95.8% respectivamente.

CONCLUSÃO

SBRT é uma opção de tratamento a considerar na abordagem do CaP localizado, tendo em conta a baixa toxicidade e uma PLD aos 5 anos alta. É importante avaliar caso a caso, de acordo com o doente, o parecer da equipa multidisciplinar e a experiência do centro de Radioncologia.

QUILOTÓRAX BILATERAL RECIDIVANTE: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

**DANIELA G. GODINHO; INÊS BARRETO; RITA OLIVEIRA; PEDRO VARANDAS;
ANA CRISTINA MENDES; PAULA PINTO; CRISTINA BÁRBARA**
CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE, E.P.E.

O quilotórax caracteriza-se pela presença de linfa no espaço pleural devido a lesão ou obstrução do ducto torácico. O diagnóstico é feito com base no elevado conteúdo de triglicéridos e a etiologia pode ser dividida em traumática e não traumática, sendo que na última a causa mais comum são as neoplasias.

Apresentamos uma doente de 84 anos com antecedentes de leucemia linfocítica crónica em atual progressão de doença, tendo iniciado quimioterapia, com vários internamentos nos dois meses anteriores por derrame pleural bilateral, sendo diagnosticado quilotórax (triglicéridos de 721mg/dL), com necessidade de realização de toracocenteses evacuadoras e colocação de drenagem torácica, com drenagem de baixo débito mas sem completa resolução. Foram ainda implementadas outras medidas terapêuticas conservadoras como o início de octreótido e dieta hipolipídica, com triglicéridos de cadeia média e alto teor proteico. A doente realizou linfangiografia para avaliação do ducto torácico e necessidade e/ou possibilidade de embolização percutânea do mesmo, tendo sido inconclusiva para a existência de *leak* linfático a condicionar quilotórax.

Dada a necessidade do tratamento da doença de base, realizou novo ciclo de quimioterapia em internamento, sem melhoriam, e por agravamento de derrame pleural radiológica e clinicamente foi necessária nova toracocentese evacuadora e drenagem torácica posterior por agravamento radiológico. A doente evoluiu desfavoravelmente, com agravamento da função renal progressivo por dilatação pielocalicial bilateral condicionada por massa tumoral e por choque séptico com disfunção multiorgânica, acabando por falecer após um mês de internamento.

A principal complicação do quilotórax é o comprometimento do estado imunológico e a malnutrição consequente à perda de linfócitos, proteínas, gordura e electrolitos. A linfangiografia pode ser realizada para identificar o local de lesão do ducto torácico, e o tratamento da doença subjacente é importante e, em alguns casos, poderá resolver o quilotórax. A compreensão da fisiopatologia, diagnóstico e tratamento reduzem a mortalidade nestes doentes.

FIBROSSARCOMA EPITELIOIDE ESCLEROSANTE PLURIMETASTÁTICO AO DIAGNÓSTICO: RELATO DE CASO

ISABEL ROCHA MIGUEL; MAVILDE ARANTES; SOFIA CONDE; BÁRBARA CASTRO; RAFAEL MATIAS; ANA MAGALHÃES FERREIRA; MARIANA AFONSO
INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA PORTO

INTRODUÇÃO

O fibrossarcoma epitelióide esclerosante (SEF) é uma neoplasia rara de baixo grau, caracterizada por uma proliferação de células epitelióides redondas a ovais, tamanho pequeno a médio e núcleos uniformes, organizadas em cordões, trabéculas ou ninhos, no seio de um estroma esclerótico.

CASO CLÍNICO

Um homem de 36 anos inicia clínica de dor lombar, com extensão aos membros inferiores, em associação a suores noturnos e perda de peso.

Realizou TAC-TAP que revelou uma massa de 13 cm em relação com a porção direita do diafragma e extensão à cavidade torácica. A RM da coluna lombar revelou invasão secundária difusa de D12 a L5, assim como invasão do sacro e dos íliacos (com extensão ao músculo íliaco esquerdo).

A PET/CT-18F-FDG mostrou atividade metabólica a nível da massa torácica e envolvimento secundário a nível hepático, ósseo (coluna vertebral, pélvis, esterno, grelha costal, clavículas, omoplatas e porção proximal dos úmeros e fêmures) e provavelmente pulmonar. Demonstrou ainda envolvimento do músculo psoas direito e dos músculos obturadores interno e externo esquerdos.

Durante o seguimento, objetivou-se um declínio rápido da capacidade funcional e uma progressão das queixas álgicas. Imagiologicamente, foram detetados mais focos de doença secundária: ossos da base do crânio, coluna vertebral difusa (com componente de partes moles em vários níveis) e ganglionar supraclavicular.

O paciente teve um episódio de compressão medular aguda, tendo sido submetido a cirurgia descompressiva com laminectomia D8 e excisão de lesão endocanal a nível D8-D9. Após este episódio ficou paraplégico, condição da qual nunca recuperou.

Foi submetido a radioterapia de consolidação/anti-álgica, numa dose total de 36 Gy dividida em 12 frações, com a técnica 3DCRT, a lesões da coluna nos níveis D2-D3 e D8-D11.

O diagnóstico histológico foi compatível com SEF, com positividade difusa para a MUC4 e a fusão EWSR:CREB3L2.

A deterioração clínico-patológica impossibilitou o início de qualquer tratamento, sendo que o paciente acabou por falecer.

CONCLUSÃO

Este caso corresponde a um caso de SEF diagnosticado numa fase avançada. Tendo em conta as características imagiológicas, a massa torácica é a mais provável de representar a lesão primária e o restante envolvimento de corresponder a lesões metastáticas.

O SEF é uma variante rara e distinta de fibrossarcoma, com tendência para evolução agressiva. A localização primária mais comum corresponde aos tecidos moles dos membros superiores ou inferiores, seguida do tronco e da cabeça e pescoço, sendo o tórax uma localização muito rara.

O tratamento do SEF localizado inclui habitualmente cirurgia seguida de radioterapia e/ou quimioterapia. No entanto, a literatura mostra pouca evidência da resposta tumoral aos agentes convencionais de quimioterapia, sendo necessária investigação para desenvolver opções terapêuticas que melhorem o prognóstico.

AS APARÊNCIAS ILUDEM: RELATO DE CASO

PAULO SÁ ALMEIDA; ANA RUFINO; RUI NOGUEIRA
USF NORTON DE MATOS

INTRODUÇÃO

O diagnóstico de uma lesão neoplásica começa na anamnese e observação do doente, baseando-se no conhecimento teórico e prático do profissional, e quando indicado pode ser apoiado pela realização de exames complementares de diagnóstico.

OBJETIVOS

O objetivo deste trabalho é a apresentação de um caso clínico, e reflexão sobre a importância relativa dos exames complementares de diagnóstico, fundamentais na prática clínica, mas simultaneamente indutores de viés de diagnóstico;

MATERIAL E MÉTODOS

Descrição de um caso clínico de utente seguido em cuidados de saúde primários que recorre a sua unidade de saúde, em contexto de doença aguda;

RESULTADOS

Doente de 65 anos, sexo masculino, ex toxicod dependente, diabético não insulino tratado, e fumador ativo. Apresenta episódio de infeção respiratória e dor de características pleuríticas associadas, tratado com Azitromicina e Amoxicilina, que motivou realização de EAD. Adicionalmente apresentava queixas de anorexia e perda de peso (aproximadamente 10 Kgs em 1 mês), e queixas de dor osteoarticular inespecífica. Em TAC Tórax apresentava "Enfisema centrolobular e parasseptal, formação nodular no segmento posterior do lobo inferior esquerdo, de contornos espiculados com 3 cm de diâmetro, heterogéneo e com aparente área hipodensa central. Alterações das supra-renais à esquerda e direita, alterações estas provavelmente neofor mativas". Dada a relevância destes achados, o utente foi referenciado para unidade hospitalar, onde realizou exame bacteriológico de expetoração, videobroncofibroscopia, avaliação com EBUSradial, e RM abdominal.

A microbiologia do aspirado demonstrou "Klebsiella pneumoniae ssp e Enterobacter cloacae complex". A videobroncoscopia identificou em s10 esquerdo lesão ecogénica, heterogénea, excêntrica, de reduzidas dimensões sobre a qual foram efetuadas biópsias transbronquicas e escovado. Da citologia do aspirado e escovado resultou "ausência de células malignas, mas presença de células inflamatórias", e da BPTB "Parênquima pulmonar com discreta fibrose dos septos intralveolares. Ausência de representação de neoplasia de natureza epitelial e invasiva no material estudado". Na RM Abdominal, foram visualizadas lesões nodulares supra renais compatíveis com adenomas.

DISCUSSÃO

Os exames complementares de diagnóstico, mesmo quando consensualmente recomendados, podem ter associado o risco de iatrogenia. Assim sendo, é essencial que a sua prescrição tenha sempre como base a medicina baseada na evidencia.

CONCLUSÃO

A história clínica é o primeiro e primordial passo, dando origem a suspeitas etiológicas, sendo os exames diagnósticos selecionados, e guiando a confirmação etiológica. A eleição de determinado exame deve sempre ser posterior à suspeita clínica, sendo que quando utilizados sem critério, podem ser prejudiciais ao raciocínio médico e ao próprio paciente.

OUTCOMES DA CIRURGIA GÁSTRICA ONCOLÓGICA POR LAPAROSCOPIA: A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO DE ELEVADO VOLUME

MARIA DO CARMO GIRÃO¹; BEATRIZ CHUMBINHO²; LEONOR ÁVILA³; BEATRIZ GONÇALVES⁴; FRANCISCO CABRAL⁴; PAULO RAMOS⁴; CECÍLIA MONTEIRO⁴; RUI CASACA⁴; NUNO ABECASIS⁴

¹ CENTRO HOSPITALAR BAIXO ALENTEJO E.P.E.

² CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL

³ CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL E.P.E.

⁴ INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA LISBOA

INTRODUÇÃO

A neoplasia gástrica, apresenta-se como uma das principais causas de morte por cancro em todo o mundo. Apesar de se ter vindo a verificar uma diminuição da incidência e taxa de mortalidade, é a quinta neoplasia mais comum, e a quarta a nível de mortes por cancro no mundo. Na Europa, e especialmente em Portugal, onde este se encontra em quarto lugar em termos de incidência, a sua prevalência mantém-se elevada, sendo um importante fardo para o sistema de saúde.

O advento da cirurgia minimamente invasiva, levou a uma alteração de paradigma na cirurgia gástrica, e esta tem vindo a ser cada vez utilizada.

OBJETIVOS

Avaliar os resultados da cirurgia gástrica minimamente invasiva num centro de alto volume.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo coorte retrospectivo de base prospectiva, descritivo, unicêntrico, que incluiu todos os doentes consecutivos submetidos a cirurgia gástrica oncológica minimamente invasiva desde 2018 até 2022, no nosso centro.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

No período de estudo foram realizadas 333 gastrectomias por cancro, das quais 199 (59,7%) foram laparoscópicas. 53,8% dos doentes eram do sexo masculino e o diagnóstico histológico mais frequente foi o adenocarcinoma em 81,4% dos doentes. A localização mais frequente do tumor foi no antro (38,2%) seguida pelo corpo em 25,6%. A cirurgia mais frequentemente realizada foi a gastrectomia subtotal com linfadenectomia D2 e reconstrução em Billroth II (57,8%) seguida pela gastrectomia total com linfadenectomia D2 e reconstrução em Y-Roux (24,1%). Foi realizada linfadenectomia D2 em 96% dos doentes. A mediana de internamento foi de 5 dias. 66,2% dos doentes não tiveram qualquer complicação no pós-operatório, 13,5% tiveram complicações Clavien-Dindo³ 3, com 7% de deiscências da anastomose. Em relação à gastrectomia total a taxa de deiscências foi de 16,7%. A sobrevivência global aos 3 anos foi de 62,3%, e a sobrevivência livre de doença foi 61,8%.

CONCLUSÃO

A cirurgia gástrica laparoscópica é uma cirurgia tecnicamente difícil, e a sua aplicabilidade de forma a conseguir outcomes satisfatórios deve ser realizada em centros de elevada experiência e volume.

PO MED058

UM CASO CLÍNICO - POLIMIALGIA REUMÁTICA INDUZIDA POR NIVOLUMAB

RITA QUARESMA FERREIRA; RUI ESCALEIRA; JOSÉ LEÃO MENDES; ALEXANDRA MONTENEGRO; IVÁNIA FURTADO; FILIPA VERDASCA; MARTA SELADAS; CHIARA RODRIGUES

HOSPITAL SANTO ANTÓNIO DOS CAPUCHOS | CH LISBOA CENTRAL

INTRODUÇÃO

A imunoterapia surgiu como uma terapêutica eficaz contra diversas neoplasias. Contudo, o seu uso pode desencadear eventos adversos relacionados com o sistema imunológico (irAEs), com diferente sintomatologia. Apresentamos um caso de polimialgia reumática (PMR) como um irAE associado ao Nivolumab.

CASO CLÍNICO

Homem, 55 anos, diagnosticado com carcinoma renal de células claras em estadio IV, encontrava-se sob Nivolumab como 2ª linha terapêutica. Após 12 administrações, desenvolveu fadiga progressiva, perda ponderal, mialgia nos membros inferiores, omalgia bilateral e dor na região pélvica, bem como rigidez matinal. A observação revelou atrofia muscular significativa, limitação ativa na abdução dos ombros, dor e edema nos joelhos, pulsos e articulações metacarpofalângicas bilateralmente, e dificuldade em levantar-se da posição sentada. Analiticamente verificou-se aumento da velocidade de sedimentação (25mm/h) e da proteína C reativa (45mg/L); apresentou painel auto-imune negativo e foi excluída progressão da doença. Suspendeu-se o Nivolumab, e iniciou-se prednisolona oral. Nos dois meses seguintes, os sintomas melhoraram significativamente. Posteriormente, devido à progressão da doença, retomou-se o Nivolumab, mantendo-se prednisolona oral (10mg/dia), sem recorrência dos sintomas.

CONCLUSÃO

Este é um exemplo de PMR induzida pelo Nivolumab, mas que também pode apresentar-se como um síndrome paraneoplásico. Contudo, a relação temporal dos sintomas com o início do Nivolumab e a resposta positiva à terapêutica corticóide tornam essa hipótese menos provável. O reconhecimento precoce dos sintomas é essencial para iniciar a terapia com corticosteroides, prevenindo limitações funcionais e a continuação de terapêutica oncodirigida.

METÁSTASE MAMÁRIA DE ADENOCARCINOMA DO PULMÃO

KÁTIA MONTEIRO; JOÃO BANDEIRA; ANA TORRALBAS; SATISH TULSIDÁS
HOSPITAL CENTRAL DE MAPUTO

INTRODUÇÃO

A metástase para a mama de um carcinoma do pulmão é um evento raro e pouco documentado, de 1965 a 2014 foram reportados um total de 179 casos, sendo a maioria de metástase de carcinoma pulmonar de não-pequenas células.

OBJETIVOS

O objectivo deste trabalho é contribuir com o número de casos reportados, alertando para a ocorrência deste advento.

MATERIAL E MÉTODOS

Relato de caso descrevendo a ocorrência de metástase mamária de carcinoma pulmonar em doente admitida no Serviço de Oncologia do Hospital Central de Maputo.

RELATO DO CASO

Paciente de 38 anos sexo feminino, em tratamento para HIV desde 2021, apresentou-se no Serviço de Oncologia do Hospital Central de Maputo, com quadro de tosse produtiva com laivos de sangue, dor torácica associada a sudorese, febre, perda ponderal e astenia. Ao exame físico com murmúrio vesicular abolido em todo o hemitórax esquerdo, hepatomegália e um nódulo no quadrante superior interno da mama esquerda medindo cerca de 2cm. Foi realizada uma biópsia pulmonar que revelou adenocarcinoma do pulmão com imuno-reactividade CK7 e TTF1, e uma punção do nódulo mamário que revelou metástase adenocarcinoma do pulmão com imuno-reactividade para TTF1. Foram realizados outros exames como contagem de células TCD4 com resultado de 315 cells/ μ L, ecografia abdomino-pélvica com sugestão de hepatomegália multinodular metastática, radiografia do tórax com radiopacidade completa do campo esquerdo, marcadores de hepatite não reactivos, CA 125: 257,30 UI/ml, CEA: 70,77 ng/ml, α -fetoproteína: 6 UI/ml. Não foi possível realizar uma tomografia nem uma ressonância nuclear magnética por avaria dos equipamentos.

Iniciou quimioterapia com cisplatino (75mg/m²) + Docetaxel (75mg/m²)

RESULTADOS

Pela demora na conclusão diagnóstica, a paciente faleceu após o primeiro ciclo de quimioterapia.

DISCUSSÃO

O diagnóstico de metástase de carcinoma do pulmão para a mama ainda constitui um desafio clínico dada a raridade de ocorrência. Em Moçambique em particular aspectos demográficos e administrativos, tornam esse desafio ainda mais problemático. Foi apresentado o caso de uma paciente que após um longo período de pesquisa teve revelado o diagnóstico de carcinoma do pulmão com metástase para a mama e iniciou o tratamento com quimioterapia paliativa, no entanto o tratamento não teve sucesso e a paciente faleceu, desfecho que parece ser frequente, o que chama ainda mais atenção para a urgência no esclarecimento desta forma de apresentação clínica.

CONCLUSÕES

A metástase mamária de carcinoma do pulmão é uma apresentação clínica infrequente, o que pode levar ao atraso do diagnóstico e consequente deterioração do prognóstico, limitando o tempo de acção necessário para oferecer melhor qualidade de tratamento para os doentes. É importante ter em conta que esta metastização, embora rara pode ocorrer, principalmente nos casos de carcinoma do pulmão de não-pequenas células.

SARCOMA DE KAPOSÍ ENDÉMICO COMO UMA REALIDADE EM MOÇAMBIQUE

JOÃO BANDEIRA; KATIA MONTEIRO; ANA TORRALBAS; SATISH TULSIDÁS
HOSPITAL CENTRAL DE MAPUTO

INTRODUÇÃO

O sarcoma de Kaposi (SK) é uma patologia comum em África, ocupando a posição de um dos mais importantes cancros em pacientes HIV positivos, no entanto a forma de apresentação não associada ao HIV continua a ser diagnosticada. A razão para que a incidência desta forma de apresentação prevaleça está geralmente ligada a infeção pelo VHH-8, e a factores como infeções crónicas, malária e malnutrição, levando a manifestação da doença. Esta forma de apresentação ocorre no geral em indivíduos acima dos 40 anos e do sexo masculino. Pelo facto do VHH-8 ser um vírus irradicável, a cura para o SK continua desafiadora, fazendo-se apenas o controle da doença com diferentes esquemas de tratamento.

OBJETIVOS

O objectivo deste trabalho é contribuir com o número de casos reportados de sarcoma de Kaposi endémico, como um alerta para a sua prevalência e necessidade de expandir as hipóteses de tratamento.

MATERIAL E MÉTODOS

Relato de caso de sarcoma de Kaposi endémico em tratamento com quimioterapia no Serviço de Oncologia do Hospital Central de Maputo.

APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente de 66 anos, sexo masculino, negativo para o HIV, apresentou-se ao Serviço de Oncologia do Hospital Central de Maputo, com quadro de pequenas lesões nodulares violáceas nos membros inferiores e múltiplas lesões nodulares na palma esquerda. No exame físico apresentava diversas manchas hipercrómicas nos membros inferiores e superiores, nódulos subcutâneos no antebraço e múltiplas lesões verrucosas e hiperqueratinizadas em quase toda a palma esquerda. Foi realizada uma biópsia que revelou o diagnóstico de Sarcoma de Kaposi nodular sem imunohistoquímica e ecocardiografia com disfunção sistólica.

Iniciou quimioterapia com Paclitaxel, 135 mg/m² a cada 21 dias, fazendo de seis ciclos, com regressão considerável das lesões.

RESULTADOS

O uso de Paclitaxel na dose 135 mg/m² a cada 21 dias demonstrou boa resposta no tratamento do sarcoma de Kaposi endémico.

DISCUSSÃO

O sarcoma de Kaposi endémico dispõe de múltiplos esquemas de tratamento com diferentes agentes quimioterápicos. O facto do HHV-8 ser um vírus não-radicável, torna a cura da doença um desafio, fazendo com que os pacientes tenham que ser submetidos a inúmeros esquemas sempre que o anterior tornar-se ineficaz no controle da doença. Para o esquema com paclitaxel, a estratégia europeia é tratar nas dose de 80-100 mg/m² a cada 21 dias, no entanto neste paciente foi usada a dose de 135 mg/m², demonstrando redução considerável das lesões. O facto de dispor-se localmente de poucas opções de tratamento de resgate, da dose superar a dose recomendada e da patologia não ser curável pode condicionar futuros tratamentos e diminuir a tolerância a futuros agentes quimioterápicos.

CONCLUSÕES

O SK endémico continua sendo diagnosticado mesmo superado pela forma epidémica. O tratamento continua sendo um desafio dada a limitação de recursos, que poderá condicionar novas hipóteses terapêuticas.

CARCINOMATOSE LEPTOMENÍNGEA NO CANCRO DA MAMA - DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

*NATACHA MOURÃO; EMANUEL CADAVEZ; PEDRO MOTA ARAÚJO; MIGUEL FALCÃO;
MARIA BEATRIZ GONÇALVES; PAULO DE CASTRO; HILDA MARTA; LUCY ALVES; SÍLVIA DUARTE;
DIANA MARTINS; RENATO CUNHA; JOANA CARVALHO; MARIANA ROCHA; DANIELA AZEVEDO;
PATRÍCIA GAGO; TERESA SARMENTO; ROSA GOMES; ANTÓNIO TEIRA; MARTA SOUSA*
CENTRO HOSPITALAR TRÁS OS MONTES E ALTO DOURO E.P.E

INTRODUÇÃO

A carcinomatose leptomeníngea (CL) consiste na infiltração de células tumorais ao longo das leptomeninges e espaço subaracnoideu, uma complicação rara em tumores sólidos, nomeadamente no cancro da mama (CM). Está associada a mau prognóstico, com uma sobrevida média de 2-5 meses.

OBJETIVO

Descrição de dois casos clínicos de CL isolada em doentes com CM.

CASOS CLÍNICOS

Mulher, 68 anos, diagnóstico em julho/2022 com carcinoma invasor, tipo não especial, grau 3 da mama direita, triplo negativo (RH: 0%; HER-2: 0; Ki67: 70-80%), cT2N3bM0. Foi proposta para quimioterapia neoadjuvante (QTNA), tendo realizado 12C de carboplatina+paclitaxel, com resposta clínica completa, seguida de ciclofosfamida+doxorubicina (AC) dose dense, mas 4 dias após C1 deste regime recorre ao SU por vômitos associados a cefaleias e tonturas. Fez TC-CE que não revelou alterações, assumindo-se toxicidade à quimioterapia. Manteve agravamento, com desenvolvimento de visão turva e diplopia, pelo que ficou internada para estudo. Realizou RM-CE, sem lesões descritas, e punção lombar (PL). A histologia do líquido cefalorraquidiano (LCR) revelou envolvimento meníngeo por carcinoma compatível com primário da mama. Foi proposta quimioterapia intratecal, porém apresentou agravamento súbito do estado geral, com alteração do estado de consciência. Neste contexto, privilegiaram-se melhores cuidados de suporte, acabando por falecer 3 dias depois.

Mulher, 52 anos, diagnosticada em setembro/2021 com carcinoma lobular invasor grau 2, da mama esquerda, triplo negativo (RH: 0%; HER-2: 0; Ki67: 60-70%), cT2N2aM0. Após cumprir esquema de QTNA iniciou episódios de tonturas e visão turva. Realizou RM-CE, que evidenciou doença leptomeníngea linear e a análise do LCR confirmou o diagnóstico de CL. Iniciou quimioterapia intratecal com metotrexato e sistémica com paclitaxel inicialmente com resolução da sintomatologia. Contudo, 2 meses depois apresentou novo agravamento do estado geral, cefaleias e desorientação, fez nova TC-CE que descartou alterações agudas. Assumiu-se progressão de doença e suspendeu tratamento, promovendo-se cuidados de suporte, veio a falecer dias depois.

CONCLUSÃO

Este trabalho, em concordância com o descrito na literatura, confirma o mau prognóstico associado à CL, tanto pela dificuldade diagnóstica, como pela evolução rápida e ausência de terapêuticas que prolonguem a sobrevida.

OSTEOBLASTOMA DO ASTRÁGALO - UM DIAGNÓSTICO ATÍPICO

GUILHERME MADEIRA¹; JOÃO NELAS²; BIANCA BARROS²; VÂNIA OLIVEIRA²; PEDRO CARDOSO²

¹ HOSPITAL DISTRITAL DE SANTARÉM, E.P.E.

² CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE SANTO ANTÓNIO

O Osteoblastoma é um tumor benigno formador de osso responsável por 1% de todos os tumores ósseos e 5% dos tumores ósseos benignos. Demonstra uma preferência pelo sexo masculino, com uma idade média de apresentação de 10 a 30 anos. Afecta predominantemente os elementos posteriores das vertebbras (cerca de 30 a 40% dos casos) e o sacro. Outras localizações frequentes incluem a mandíbula e os ossos tubulares longos, preferencialmente dos membros inferiores. Normalmente um achado na investigação de outras patologias, sendo estes tumores assintomáticos ou com clínica frustrante de dor local indolente, em contraste com o seu diagnóstico diferencial principal, o osteoma osteoide. Raramente envolvem os tecidos moles adjacentes, não provocando edema local ou resposta inflamatória. O tratamento primário é cirúrgico, consistindo na preferencialmente na ressecção em bloco. Apresenta um prognóstico favorável, apesar do risco de recidiva local poder atingir os 25%, sendo as recidivas mais comuns nos primeiros dois anos.

Os tumores ósseos do pé representam 3% de todos os tumores ósseos, sendo que no astrágalo os mais frequentes são os condroblastomas, osteoma osteoide, tumor de células gigantes, condrossarcoma, e raramente osteossarcomas.

Apresentamos um caso clínico de uma mulher de 22 anos, saudável, com seguimento prévio noutra instituição por talalgia esquerda com 1 ano de evolução, condicionando perda de mobilidade a nível do tornozelo. O restante exame objectivo não apresentava alterações. Na radiografia observava-se pequena imagem lítica a nível do bordo interno do corpo do astrágalo, com reacção periosteal, sem características de agressividade local. Realizou TAC que demonstrou pequena lesão osteolítica, com cerca de 2 cm com disrupção da cortical. A lesão foi melhor caracterizada por RMN que demonstrou uma lesão de cerca de 2 cm, hipointensa em T1, sem reacção de tecidos moles adjacentes. Foi submetida a ressecção em bloco e curetagem, com envio de amostras para anatomia patológica que diagnosticou a presença de Osteoblastoma. No seguimento pós-operatório observou-se uma recuperação completa do arco de mobilidade do tornozelo aos 9 meses e no seguimento com TAC não foram identificadas recidivas. Atualmente, com 2 anos de seguimento mantém-se assintomática, sem evidência de recidiva na avaliação pós-operatória.

O caso descrito pretende realçar a importância de suspeitar destas lesões em locais atípicos, cuja clínica pode muitas vezes ser frustrante e que apesar do seu carácter benigno podem causar elevado impacto funcional nos doentes.

AVELUMAB, QUANDO DESCONTINUAR?

CLAUDIA RITA VIANA; RITA BANHA SILVA; GABRIELA CÂMARA; NATACHA AMARAL
HOSPITAL DIVINO ESPIRITO SANTO | PONTA DELGADA

O carcinoma urotelial (CU), é o tipo histológico predominante na Europa, e mais de 90% dos casos ocorrem na bexiga. Uma ressecção total do tumor deve ser realizada sempre que possível, exceto quando não invasivo/baixo grau, seguida de instilações intravesicais, cistectomia radical ou quimioterapia. Quando o cancro da bexiga é metastático, a taxa de sobrevida aos 5 anos é estimada em 5%. Recentemente o Avelumab, foi autorizado para ser utilizado como monoterapia no tratamento de manutenção em primeira linha de doentes adultos com carcinoma urotelial localmente avançado ou metastático, que se encontram livres de progressão de doença após quimioterapia inicial à base de platina. Apresenta-se o caso de um homem de 72 anos, com antecedentes pessoais de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, e dislipidemia, que foi diagnosticado com carcinoma urotelial invasor do ureter com diferenciação escamosa estadio pT3aNxM0. Em 2020 foi submetido a uma nefroureterectomia esquerda com cistectomia perimeática, cumprindo com Mitomicina-C no pós-operatório. No ano de 2021, o doente apresentou recidiva da doença, com achados em tomografia computadorizada sugestivos de metastização hepática, ganglionar peri-hilar e peritoneal. Foi realizada biópsia do implante peritoneal, que se revelou compatível com metástase de carcinoma urotelial de alto grau com diferenciação escamosa. O doente apresentava uma taxa de filtração glomerular inferior a 50 ml/min/1.73m², contraindicando assim o uso de cisplatina, por esse motivo, foi iniciada quimioterapia com carboplatina e gemcitabina ao D1 e D8 de cada 21 dias, em contexto paliativo. Após o 4º ciclo, foi realizada reavaliação por tomografia computadorizada com resposta parcial.

Neste contexto metastático, em doente com resposta a terapêutica a platina e com PDL-1 (programmed cell death ligand 1) positivo, optou-se por iniciar avelumab de manutenção em 2022. Desde a introdução deste fármaco, a melhor resposta obtida, foi resposta parcial, e a doença mantém-se estável até ao momento. O doente encontra-se assintomático, sem toxicidades associadas e sem necessidade de intervenção médica em contexto de urgência nestes últimos 2 anos. Neste caso podemos verificar que o avelumab de manutenção associado a medidas de suporte, prolongou a sobrevivência deste doente acima da mediana apresentada no ensaio JAVELIN Bladder 100. É de destacar que em 24 meses, apresenta uma sobrevivência livre de progressão de doença e sem toxicidade associada ao fármaco. Demonstramos assim um caso de resposta longa à terapêutica de manutenção com avelumab sem toxicidade associada, contribuindo positivamente para a recomendação do mesmo em monoterapia nos doentes com resposta favorável a uma primeira linha de quimioterapia à base de platina, deixando a questão de quando descontinuar este fármaco atendendo à excelente resposta obtida.

UM CASO DE TOXIDERMIA PROLONGADA À APALUTAMIDA

CLAUDIA RITA VIANA; RITA BANHA SILVA; GABRIELA CÂMARA; NATACHA AMARAL
HOSPITAL DIVINO ESPIRITO SANTO | PONTA DELGADA

A apalutamida é um inibidor dos recetores de androgénio, utilizado no cancro da próstata metastático. Este fármaco foi aprovado em Portugal para o tratamento do cancro da próstata metastático hormonossensível (CPmHS) em combinação com terapêutica de privação androgénica (ADT). As reacções adversas à apalutamida mais comumente descritas são as seguintes: fadiga, erupção cutânea, perda de peso e artralgia. Outras reacções adversas menos comuns, mas importantes, incluem fraturas e hipotireoidismo. Apresenta-se o caso de um doente do sexo masculino, de 65 anos, com antecedentes pessoais de diabetes mellitus tipo 2 e fibrilação auricular paroxística. Em 2023, este doente foi diagnosticado com CPmHS T4N1M1. Foi decidida terapêutica com hormonoterapia associada a ADT e posteriormente radioterapia. Após o início do tratamento com análogo da hormona libertadora da hormona luteinizante (LHRH) e apalutamida foi observada uma descida paulatina dos valores de antigénio específico da próstata (PSA) total, sendo que o valor de PSA ad início era de 96 ng/mL, e à quarta avaliação de PSA após o início do tratamento, o valor era de 2.1 ng/mL. Aos três meses após início de tratamento, o doente apresentou um rash cutâneo maculo-papular grau 3, com extensão a mais de 30% da superfície corporal, e pruriginoso. A apalutamida foi suspensa nesse mesmo mês e o doente foi medicado sintomaticamente. Após dois meses da suspensão da apalutamida, o doente mantinha alterações cutâneas, sendo estas confluentes em toalha na região do tronco, membros superiores e inferiores, e no couro cabeludo. Nas mãos apresentava lesões eritematosas, descamativas e liquenóides.

Associado a este quadro, foi notada a presença de adenopatias inguinais e cervicais posteriores. Foram realizadas biópsias cutâneas, e o relatório de anatomia patológica descreveu achados compatíveis com toxidermia e hiperpigmentação pós-inflamatória. O doente notou um alívio sintomático com corticoterapia tópica, sistémica, e anti-histamínica oral. Manteve-se suspensa a apalutamida, e foi realizado restadiamento com exames complementares de diagnóstico que documentaram resposta parcial ao tratamento realizado. A erupção cutânea associada à apalutamida é frequentemente descrita, no entanto as erupções cutâneas de grau 3 foram notificadas em apenas 5.2% dos doentes. Atendendo à manutenção de erupção cutânea e sintomatologia associada, após mais de 60 dias da suspensão do fármaco, o mesmo não foi reiniciado. Verificamos assim um quadro de longa duração, sem resolução total, e que associado ao resultado de resposta parcial em reavaliação imagiológica apesar de discreta subida de PSA, levamos agora a equacionar qual o fármaco mais adequado e com perfil de segurança para este doente.

ENCONDROMA DA OMOPLATA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

GUILHERME MADEIRA¹; JOÃO NELAS²; BIANCA BARROS²; VÂNIA OLIVEIRA²; PEDRO CARDOSO²

¹ HOSPITAL DISTRITAL DE SANTARÉM, E.P.E.

² CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE SANTO ANTÓNIO

Os Encondromas são tumores benignos, formados por cartilagem hialina, que ocorrem tipicamente no espaço endomedular da diáfise ou metáfise óssea. Representam 3% de todos os tumores ósseos. Não apresentam predominância de gênero, sendo mais frequentemente diagnosticados entre os 20 - 50 anos de idade. São mais comuns na mão, sendo nesta localização o tumor primário ósseo mais comum, pé, fémur distal e úmero proximal. Em alguns doente associam-se a outras patologias como na Doença de Ollier e Síndrome de Maffuci, nestas, existe o risco de degenerescência maligna em 30% dos casos. Normalmente os doentes são assintomáticos, com achados radiográficos de encondromas aquando da investigação de outras patologias. Queixas de dor são mais frequentes na mão, por norma associadas a fraturas patológicas. Radiograficamente classificam-se como lesões centromedulares, radiolucidas, bem definidas que calcificam ao longo do tempo. Encondromas assintomáticos podem ser vigiados, apesar de não ser necessário controlo radiográfico de rotina. Nos restantes o tratamento cirúrgico de eleição é a curetagem e aplicação de enxerto ósseo.

Apresentamos um caso clínico de uma jovem de 17 anos, saudável, encaminhada para a consulta por tumefação a nível da omoplata direita com 3 meses de evolução e omalgia direita com 2 semanas de evolução. O restante exame objectivo não apresentava alterações. Na radiografia não se observavam alterações. Realizou TAC que demonstrou lesão osteolítica na junção da espinha com o corpo da omoplata. A RMN permitiu excluir a presença de lesões de tecidos moles associadas. Foram colocadas como hipóteses de diagnóstico um osteoblastoma ou condroma periosteal, sendo então pedido biópsia com agulha fina que confirmou o diagnóstico de encondroma. Pela clínica de omalgia foi proposta intervenção cirúrgica, tendo sido realizada a curetagem e fenolização. No seguimento pós-operatório observou-se uma boa recuperação, sem complicações da ferida e sem perda de mobilidade. Realizou TAC de controlo não sendo identificadas recidivas. Atualmente, com 1 anos de seguimento mantém-se assintomático, sem evidência de recidiva na avaliação pós-operatória

O caso clínico pretende realçar a importância de um estudo diagnóstico correto e sequenciado de forma a que quando confrontados com casos com tantas atipias em relação ao descrito na literatura seja possível realizar um diagnóstico correcto e um tratamento precoce, com a menor morbidade possível.

O EFEITO DA EXPRESSÃO DO HER-2 NOS OUTCOMES DE PACIENTES COM CANCRO DA MAMA AVANÇADO EM TRATAMENTO COM INIBIDORES DE CDK4/6 - EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

NATACHA MOURAO; EMANUEL CADAVEZ; PEDRO MIGUEL ARAÚJO; MIGUEL FALCÃO; MARIA BEATRIZ GONÇALVES; PAULO DE CASTRO; HILDA MARTA; LUCY ALVES; SÍLVIA DUARTE; DIANA MARTINS; RENATO CUNHA; JOANA CARVALHO; MARIANA ROCHA; DANIELA AZEVEDO; PATRÍCIA GAGO; TERESA SARMENTO; ROSA GOMES; ANTÓNIO TEIRA; MARTA SOUSA
CENTRO HOSPITALAR TRÁS OS MONTES E ALTO DOURO E.P.E

INTRODUÇÃO

Os inibidores de CDK4/6 (iCDK 4/6) revolucionaram o tratamento do cancro da mama metastizado receptores hormonais positivo (CMMRHp) HER2-negativo. No entanto, ainda não foram identificados biomarcadores preditores de resposta a longo prazo ou de progressão precoce.

O HER2-*low* (IHQ 1+ ou 2+ negativo por FISH) tem sido definido como um subgrupo distinto, com estudos a sugerirem resultados discrepantes. Contudo, os iCDK 4/6 em associação com a terapia hormonal mantêm-se o tratamento de primeira linha.

OBJETIVOS

Pretende-se avaliar o impacto do *status* HER2-*low* nos *outcomes* de doentes com CMMRHp HER2-negativo tratados com iCDK4/6 em 1ª linha.

MÉTODOS

Estudo retrospectivo, que inclui os doentes tratados com iCDK4/6 como 1ª linha terapêutica, entre janeiro de 2017 e maio de 2023. A análise de sobrevivência foi realizada recorrendo ao método de Kaplan-Meier e ao teste Tarone-Ware. O impacto prognóstico foi avaliado recorrendo ao modelo de regressão de Cox (através do IBM SPSS v27).

RESULTADOS

Foram selecionadas 68 pacientes, predominantemente do sexo feminino (97,1%, n= 66) com uma mediana de idade ao diagnóstico de 63,5 anos (43-89) e um bom performance status (79,4% com ECOG-PS 0-1). Aproximadamente 85,3% (n=58) estavam na menopausa e apenas 11,8% (n=8), na pré/perimenopausa.

Cerca de 33,3% (n=20) tinham doença metastizada ao diagnóstico, as restantes com mediana de 72 meses até à metastização. O local mais frequente de metastização foi a óssea (75% n=51), pulmonar (32,4%, n=22), hepática (22,1%, n=15) e ganglionar (22,1%, n=15). Quanto à expressão do HER2, 45,6% (n= 31) eram HER2-0 e 54,4% (n=37) HER2-*low*. A maioria iniciou tratamento com palbociclib (77,9%, n=53) e as restantes com ribociclib (22,1% n=15). Relativamente à terapia de combinação hormonal 64,7% (n=44) iniciaram inibidores da aromatase e 35,3% fulvestrant (n=24).

Durante o período de follow-up, 32 doentes (48,5%) tiveram progressão de doença, com uma mediana de sobrevida livre de progressão (SLP) de 21 meses (IC95% 9,04-32,96). Não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas na mediana de SLP entre os grupos HER2-*low* e HER2-0 (21 meses vs. 25 meses p=0,885). Quanto à sobrevida global, esta não foi atingida. No entanto, aos 24 meses 72,97% dos doentes no grupo HER2-*low* encontravam-se vivos e 80,65% no grupo HER2-0 (p=0,857). A expressão de HER2 não foi identificada como um fator independente de prognóstico para a SLP (HR: 1,080, IC 95% 0,50-2,335, p=0,846).

CONCLUSÃO

Não verificámos uma associação entre a expressão do HER2 e os *outcomes* clínicos (PFS e OS) em doentes com CMMRHp HER2-negativo, sendo necessário ter em conta a dimensão da amostra. Considerando que novas terapêuticas têm surgido com eficácia comprovada, nomeadamente os conjugados anticorpo-fármaco, persiste a necessidade de estudos prospetivos alargados que permitam definir qual a melhor estratégia sequencial de tratamento.

STRESS FRACTURE OF THE CLAVICLE AFTER TOTAL SCAPULECTOMY AND HUMERAL SUSPENSION - CASE REPORT

JOÃO DE SOUSA SEIXAS; AFONSO FARIA; BIANCA BARROS; FILIPA ADAN E SILVA; FILIPA CORDEIRO; DIOGO CATELAS; JOÃO NELAS; MANUEL CARRAPATOSO; VÂNIA OLIVEIRA; PEDRO CARDOSO

CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DO PORTO E.P.E.

INTRODUCTION

Ewing sarcoma (ES) is the second most common primary malignant bone tumour. It usually affects children and young adults between 10 and 20 years old. Most common involved sites are diaphysis of long bones, pelvis, ribs, spine. Occurrence in scapula is very rare.

Main symptoms include pain, swelling and tenderness over the tumour. The diagnosis is made with X-ray, CT scan, MRI, as well as biopsy to confirm the diagnosis. Treatment could vary depending on size, location and individual's overall health. It includes chemotherapy, surgery and radiotherapy. The overall survival rate has improved significantly with new treatment approaches.

METHODS

We present a case of a clavicle stress fracture, rare complication, following limb sparing procedure for ES of the scapula, where the tumour was resected and the humeral head suspended on the clavicle.

CASE REPORT

22-year-old man with a supraclavicular mass. Percutaneous biopsy disclosed an ES. Neoadjuvant chemotherapy was started with favourable response. A wide excision involving total scapulectomy was performed. The humeral head was suspended from clavicle. Adjuvant chemotherapy and radiotherapy was started.

Two years after surgery the patient developed clavicle stress fracture. Recurrence was excluded. An osteosynthesis with plate and autologous iliac crest bone graft was performed. The soft tissue defect was covered with pectoralis major pedicled flap.

One year after surgery, the patient remains totally asymptomatic, bone union was achieved. The shoulder range of motion is limited.

CONCLUSION

Scapula is a rare site for ES. Multiagent chemotherapy, radiotherapy and surgery are the treatment approaches. All achieved good results and improved 5-year-survival.

After total scapulectomy, humerus was suspended from clavicle. At our institution, we believe it yields good results and remains the most cost-effective option. Stress fractures are rare, since appear after fixation devices or shoulder arthroplasty. No cases reported after total scapulectomy.

Fracture is attributed to the redistribution forces across the shoulder and change in load-bearing dynamic. We performed osteosynthesis with plate, bone graft and soft tissue coverage with pectoralis major flap. Bone union was achieved.

Despite the good treatment results, the patient has limited active shoulder range of motion, which is similar to other cases reported.

Total scapulectomy and humeral suspension, in the authors opinion, represents a valuable tool for orthopaedic oncologists, resulting in inherently better functional outcomes comparing to amputation, while also improving patients' quality of life without compromising survival. Although patients who undergo complete scapulectomy might experience suboptimal functional results, the preservation of elbow, wrist and hand functionality allows for the achievement of a satisfactory level of function.

CARGA TUMORAL EM DOENTES COM NEUROFIBROMATOSE TIPO 1 COM MAIS DE 60 ANOS

FILIPA LUÍS SIMÕES¹; JOÃO PASSOS²; MAFALDA FERREIRA²; JOANA MAGALHÃES¹; DUARTE SALGADO²

¹ CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE

² INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA LISBOA

INTRODUÇÃO

A Neurofibromatose tipo 1 (NF1) é uma doença genética rara, autossômica dominante associada ao desenvolvimento de tumores benignos, como neurofibromas cutâneos/subcutâneos e neurofibromas plexiformes. Além disso, está também associada a uma maior prevalência de tumores malignos, nomeadamente sarcomas, gliomas e mama.

OBJETIVOS

Caracterizar a afeção tumoral de doentes com NF1, com mais de 60 anos. Descrever os tratamentos oncológicos aplicados para as neoplasias encontradas.

MATERIAL E MÉTODOS

De uma casuística de 645 doentes portadores de NF1, foram selecionados os doentes com mais de 60 anos (N=47). Foi realizada uma análise descritiva, com identificação dos tumores (benignos e malignos) diagnosticados a cada doente ao longo da vida, bem como um levantamento das terapêuticas oncológicas instituídas.

RESULTADOS

Todos os doentes desenvolveram tumores benignos, principalmente neurofibromas, com aparecimento desde a infância/adolescência. Cerca de 47% dos doentes (n=22) desenvolveram tumores malignos. Estes foram maioritariamente neoplasias da mama, cancro hematológico e endócrino, com idades mais tardias de aparecimento (sobretudo depois dos 40 anos). Em relação às terapêuticas, 68% dos doentes (n=32) foram submetidos a intervenções cirúrgicas, entre os quais 4 doentes que foram alvo de 10 ou mais cirurgias. Quanto às terapêuticas oncológicas não cirúrgicas, 17% (n=8) foram submetidos a terapêuticas sistémicas e 15% (n=7) cumpriram radioterapia.

DISCUSSÃO

A NF1 associa-se a um maior risco de aparecimento de neoplasias malignas, comparativamente à população geral. De acordo com os nossos dados, 47% dos doentes com NF1 que chegam aos 60 ou mais anos, desenvolveram neoplasias malignas, comparativamente ao risco de 25% da população em geral. As neoplasias malignas mais frequentemente encontradas foram diferentes daquelas que tradicionalmente estão descritas na literatura (sarcomas e gliomas). Tal poderá justificar-se pela hipótese de os doentes que manifestam estes tumores tenham uma menor sobrevivência global e por isso chegarem menos frequentemente à 7ª década de vida. Quanto aos tumores benignos, apesar de apresentarem menor gravidade, podem aparecer em elevado número e dimensões consideráveis, com consequências a nível funcional, estético e emocional. A elevada carga tumoral associa-se a um maior consumo de recursos de saúde desde a infância, sendo as cirurgias oncológicas as principais intervenções terapêuticas.

CONCLUSÕES

Os rastreios oncológicos são de extrema importância nesta população. Doentes com NF1 devem ter um seguimento clínico rigoroso, em centros oncológicos dedicados a esta patologia, de forma a diagnosticar precocemente neoplasias malignas e também neoplasias benignas, com risco de transformação maligna.

GESTÃO DE INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS NO DOENTE ONCOLÓGICO COM DOR NEUROPÁTICA

ANITA DOURADO; SOFIA PINTO

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, S.A

INTRODUÇÃO

O doente oncológico tem uma fragilidade inerente à doença sendo imprescindível o papel do farmacêutico na reconciliação terapêutica na monitorização e deteção de efeitos adversos e no estudo das interações medicamentosas. Um estudo refere que 2% das admissões hospitalares e 4% das mortes ocorrem devido a efeitos adversos causados por interações medicamentosas. Numa interação medicamentosa há alteração do efeito de um fármaco por outro quando administrado simultaneamente. As interações farmacocinéticas são as de maior relevância clínica. As interações farmacodinâmicas envolvem efeitos potenciadores, aditivos ou antagónicos sobre um fármaco. A dor é pessoal e subjetiva, influenciada por diversos fatores tendo impacto negativo na qualidade de vida do doente não devendo ser desvalorizada e subvalorizada. Está associada a uma maior procura de cuidados de saúde, diminui a produtividade laboral e está relacionada com custos diretos e indiretos no seu tratamento contribuindo para 2.7% do produto interno bruto. A dor neuropática é frequente nestes doentes e para o seu tratamento podem ser associados fármacos adjuvantes analgésicos.

OBJETIVOS

Criação de uma ferramenta de consulta rápida com as interações entre os medicamentos oncológicos orais e os adjuvantes analgésicos identificando mais rapidamente uma interação.

MATERIAL E MÉTODOS

Questionários com perguntas *standard* para avaliação da dor e ferramenta de consulta rápida. Pesquisa de interações e proposta de fármaco alternativo.

RESULTADOS

Foram consultadas três bases de dados, *UPTODATE*, *drugs.com* e *Drugbank*, para analisar e comparar a informação obtida. O grau de interação não foi concordante optando-se sempre por colocar a interação de maior gravidade. Verificou-se que dois fármacos da mesma classe terapêutica interagem de forma diferente com os analgésicos adjuvantes. As intervenções farmacêuticas deverão ficar registadas em diário clínico do doente no perfil farmacêutico.

DISCUSSÃO

A cor verde indica ausência de interação, a cor amarela interação *Minor/Leve*, a cor laranja interação moderada e a cor vermelha *Major/Grave*. A carbamazepina e a oxcarbazepina possuem um maior número de interações maioritariamente *Major*. A pregabalina apresenta predominantemente interações *minor*. A gabapentina será um dos fármacos de eleição pois é o que menos interações apresenta. A amitriptilina é usada como primeira linha mas apresenta consideráveis interações moderadas. A duloxetina tem no geral menos interações. É imprescindível avaliar o doente na sua totalidade. Se necessário titula-se a dose de adjuvantes analgésicos ou rotação de fármacos para controlar e minimizar o impacto da dor e dos efeitos adversos.

CONCLUSÕES

A gestão das interações é um indicador de qualidade, com grande impacto clínico e económico, contribuindo para a educação em saúde do doente, com controlo mais eficaz da dor e melhoria da qualidade de vida.

TUMOR MISTO DA VESÍCULA BILIAR: UMA ENTIDADE RARA

JOANA BASÍLIO LEITE; CATARINA LOPES FERNANDES; MAFALDA COSTA; DIOGO J. SILVA;
CARLOS SOTTOMAYOR
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, S.A

INTRODUÇÃO

Os tumores mistos, constituídos por dois tipos histológicos concomitantes, nomeadamente uma componente neuro-endócrina e uma componente não neuro-endócrina, são tumores raros e consequentemente com escassos casos descritos na literatura, estabelecendo um desafio terapêutico. O seu surgimento na vesícula biliar é uma entidade ainda menos comum, e a fisiopatologia destes tumores não está ainda totalmente esclarecida, havendo múltiplas teorias.

CASO CLÍNICO

Homem de 74 anos, autónomo, com antecedentes de hipertensão arterial e carcinoma urotelial papilar de baixo grau com ressecção transuretral em 2017, apresenta em ecografia abdominal em janeiro de 2022 espessamento da vesícula biliar, sem queixas associadas, com posterior TC e RMN abdominal a relatar espessamento parietal irregular do fundo vesicular e da parede vesicular anterior, multifocal, com realce aquando da administração do produto de contraste, e restrição à difusão, compatível com neoplasia vesicular, com achados imagiológicos compatíveis com muito provável invasão por contiguidade do parênquima hepático no lobo quadrado. Submetido a colecistectomia radical com ressecção do leito hepático, cujo estudo anatómico-patológico de peça cirúrgica revelou adenocarcinoma combinado com carcinoma neuroendócrino alto grau com estadiamento pT3N1M0 R0. Posterior PET-FDG sem evidência de doença. Realizou Galium DOTA TOC PET scan que não evidenciou focos de captação anómala de Ga-68-DOTATOC que sugerissem lesões tumorais malignas com hiperexpressão dos receptores da somatostatina.

Iniciou tratamento sistémico com quimioterapia adjuvante com capecitabina para a componente de adenocarcinoma, tendo cumprido 8 ciclos com razoável tolerância, sem interrupção, com TC TAP sem alterações e sem alterações analíticas ao final do tratamento. Após 11 meses, queixas de dor intensa no hipocôndrio direito, náuseas e anorexia, com TC abdomino-pélvico a relatar hepatomegalia metastática difusa de novo associada a massa sólida localmente infiltrativa também metastática rodeando a origem e trajeto do tronco celíaco e artéria mesentérica superior, com múltiplas adenopatias retroperitoneais. Iniciou tratamento paliativo com gemcitabina e oxaliplatina, estando atualmente no 3º ciclo, com boa tolerância e com melhoria franca da sintomatologia.

CONCLUSÃO

Este caso de neoplasia da vesícula biliar representa uma entidade rara e de mau prognóstico que consiste em tumor misto com componente de adenocarcinoma e neuro-endócrina com remoção cirúrgica bem sucedida e boa resposta a terapêutica sistémica efetuada, mas com recidiva após cerca de 2 anos do diagnóstico.

A IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR - A PROPÓSITO DE UM CASO DE MELANOMA COM METASTIZAÇÃO INTESTINAL

ALEXANDRA GUEDES¹; CATARINA FERNANDES²; INÊS FREITAS³; MARIA JOÃO SILVA³; ISABEL VILAS-BOAS³; PAULA FERREIRA³

¹ CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA DE GAIA / ESPINHO E.P.E.

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, S.A

³ INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA PORTO

INTRODUÇÃO

O melanoma é responsável por 80% das mortes por cancro da pele. Antes do advento da imunoterapia, a SG aos 5 anos era <10%; agora, os anti-PD-1/anti-CTLA4 constituem o principal pilar terapêutico nos tumores BRAFV600E wild-type (wt). O tratamento dirigido à oligoprogressão é uma estratégia bem validada no melanoma avançado e, em doentes selecionados, a cirurgia paliativa pode ser a melhor opção.

OBJETIVO

Análise descritiva de um caso clínico de melanoma com metastização intestinal submetido a enterectomia.

CASO CLÍNICO

Mulher de 75 anos com antecedentes pessoais de diverticulose intestinal e doença de Graves medicada com metibasol. Diagnosticada em 05/2022 com melanoma de primário oculto plurimetastizado - metastização hepática difusa (confirmada histologicamente), ganglionar mediastínica e peritoneal, supra-renal, óssea (6° arco costal esquerdo), muscular (glúteo máximo direito) e cardíaca (aurícula direita), BRAFV600E wt. Apresentava ECOG-PS de 1; estudo analítico com LDH >800 U/L, sem disfunções de órgão e RMN-CE sem lesões suspeitas. Iniciou terapêutica paliativa com nivolumab em monoterapia em 07/2022, com normalização da LDH e resposta parcial em TC e PET após 6 ciclos. Como efeitos adversos, a destacar vitiligo G1 e hepatite imunomediada G2 (CTCAE), esta última aos 4 meses de tratamento, resolvida após suspensão temporária e corticoterapia 1 mg/kg/dia. Manteve-se com doença estável até 02/2024, quando surge em consulta com anemia G3, enfartamento precoce e dor abdominal.

À palpação abdominal, encontrava-se massa endurecida nos quadrantes direitos com 10x10cm, dolorosa. A TC abdominal revelou marcado espessamento ileal numa extensão de 15 cm e a PET mostrou hipermetabolismo em volumosa lesão indissociável das ansas intestinais, mantendo resposta em todas as lesões restantes. Foi submetida a laparotomia exploradora que revelou volumosa massa do jejuno médio a condicionar invaginação, procedendo-se a enterectomia segmentar. A análise histopatológica confirmou metástase intestinal de melanoma. A doente irá ser proposta para manter nivolumab em monoterapia, após recuperação cirúrgica.

DISCUSSÃO

Este caso reflete uma resposta ótima ao nivolumab em monoterapia, com uma SLP >18 meses. A última PET revelou um foco de doença em progressão a nível intestinal, que se manifestou clinicamente sob a forma de hemorragia digestiva e suboclusão intestinal, em associação com um processo de invaginação jejunal. A inclusão da cirurgia na abordagem multidisciplinar foi crucial na otimização clínica e gestão terapêutica da doente.

CONCLUSÃO

O tratamento das oligoprogressões permite, para além da palição de sintomas, o controlo da doença e a manutenção da linha de tratamento sistémico, especialmente importante nos casos de melanoma sem mutação BRAF.

INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA NA VALIDAÇÃO DA PRESCRIÇÃO MÉDICA NUMA UNIDADE DE PREPARAÇÃO DE CITOTÓXICOS

SÉRGIO NEVES; SOFIA TEIXEIRA; ANA RUTE VAZ; CECÍLIA MIMOSO; JOÃO PEDRO COCHARRA
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, S.A

INTRODUÇÃO

Uma das etapas mais importantes no processo da terapêutica antineoplásica é a avaliação da prescrição médica de forma a reduzir erros de medicação, aumentar a efetividade e minimizar os riscos da farmacoterapia.

A intervenção farmacêutica é definida como qualquer ação que surge de uma tomada de decisão prévia e que pretende alterar qualquer característica do tratamento.

O National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention define um erro de medicação como “qualquer evento evitável que pode causar ou levar ao uso inadequado de medicamentos ou danos ao paciente enquanto o medicamento estiver sob controlo do profissional de saúde, paciente ou consumidor”. Erros de medicação são constantemente relatados na literatura médico-científica, podendo ter como consequência a toxicidade grave e a morte do doente. Prevenir erros de medicação torna-se uma prioridade na melhoria do processo farmacoterapêutico em doentes da oncologia.

OBJETIVOS

O objetivo do presente trabalho foi analisar as intervenções farmacêuticas realizadas e documentadas durante a validação da prescrição médica, considerando-se os erros de prescrição e o papel do farmacêutico na prevenção desses erros.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado o registo das intervenções farmacêuticas em tabela de Excel® durante o processo de validação da prescrição médica no triénio 2021/2023, sendo depois quantificadas e analisadas. Posteriormente foram classificadas de acordo com as categorias padronizadas pelo sistema PharmDISC (versão 2.0) seguindo-se o tratamento estatístico das mesmas.

A aceitabilidade das intervenções foi classificada como: aceite; não aceite com justificação; não aceite sem justificação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram validadas 21101 prescrições médicas, o que significa uma média mensal 7033 prescrições. O total de intervenções farmacêuticas realizadas foi 260 (72,4% clínicas e 27,2% não clínicas). A principal causa das intervenções foi a escolha da dose (35,38%) seguido de problemas relacionados com a qualidade da prescrição (26,15%) e com a escolha terapêutica (16,92%). A percentagem de intervenções aceite pelos prescritores foi 78,54 %, que resultaram maioritariamente em intervenções no ajuste de doses (28,46%) início/ reinício de tratamento (21,15%) e otimização da administração/ via de administração (13,08%).

CONCLUSÕES

A aplicação de um sistema de validação da prescrição médica realizado pelo farmacêutico é garantia de maior segurança e qualidade do tratamento do doente. A elevada percentagem de intervenções aceites demonstra o papel fundamental do farmacêutico na prevenção de erros de medicação no circuito do medicamento citotóxico injetável. Como principais limitações do estudo, identificamos o sub-registo das intervenções e a sua categorização devido à inexistência de um sistema de classificação adaptado à preparação de medicamentos citotóxicos injetáveis.

PO MEDO77

O FARMACÊUTICO NA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR DE ONCOLOGIA HEPÁTICA

ANA SOARES; ANA MAFALDA BRITO; TATIANA MENDES; BÁRBARA RESENDE; MARIA LOURENÇO; ARMANDO ALCOBIA; CRISTINA FONSECA

HOSPITAL GARCIA DE ORTA, E.P.E.

INTRODUÇÃO

No início de 2023, constituiu-se a Reunião Multidisciplinar de Oncologia Hepática (RMOH), com inclusão do farmacêutico, que contribuiu para a otimização do tratamento dos doentes oncológicos hepáticos, com informação atualizada relativa à eficácia e segurança dos tratamentos, ao seu custo-eficácia e à sua disponibilidade. Em 2023, foi implementada a Consulta Farmacêutica para os doentes sob tratamento oral para o hepatocarcinoma, onde se realiza ensino terapêutico, monitorização de efeitos adversos, adesão ao tratamento e estudo de interações medicamentosas.

OBJETIVOS

Avaliar o contributo do farmacêutico no tratamento do hepatocarcinoma e proposta de modelo de intervenção.

METODOLOGIA

Participação do farmacêutico na reunião multidisciplinar quinzenal no ano de 2023.

Os doentes com indicação para terapêutica sistémica oral e autorização pela Comissão de Farmácia Terapêutica, foram seguidos em consulta farmacêutica. Nos restantes casos, a preparação da imunoterapia e das esferas para quimioembolização foi feita nos serviços farmacêuticos.

RESULTADOS

Em 2023, foram realizadas 23 reuniões multidisciplinares, onde foram discutidos 63 doentes (166 casos) dos quais 77,7% com diagnóstico de hepatocarcinoma. Foram propostos para tratamento sistémico 13 doentes (4 com imunoterapia e 9 com inibidores da tirosina-cinase, TKI) e 6 para quimioembolização. Destes, 6 doentes efetuaram quimioembolização e 3 realizaram imunoterapia (com Atezolizumab e Bevacizumab), sendo a duração média de tratamento de 129 dias, no caso da imunoterapia.

Relativamente aos TKI, 8 doentes iniciaram terapêutica oral (6 Sorafenib, 1 Regorafenib e 1 Sorafenib seguido de Lenvatinib), sendo a duração média de tratamento do Sorafenib de 80 dias. Em Consulta Farmacêutica, foram detetadas duas reações adversas graves, prontamente comunicadas ao médico, levando à suspensão do tratamento. Foi detetada uma interação medicamentosa resultando em ajuste terapêutico. No total foram realizadas 11 consultas farmacêuticas.

DISCUSSÃO

A abordagem multidisciplinar é importante na gestão destes doentes porque garante uma avaliação sistematizada dos casos, melhora a concordância com a evidência disponível, potencia a comunicação entre os profissionais, encurta os tempos de espera e melhora o cuidado ao doente. O farmacêutico intervém no acesso e otimização das terapêuticas necessárias para o tratamento oncológico, bem como para o controlo da doença hepática de base.

CONCLUSÕES

A presença do farmacêutico na RMOH permitiu antecipar informação e articular a comunicação necessária ao início da terapêutica. Na consulta farmacêutica foi possível a deteção de efeitos adversos, interações medicamentosas e promover a adesão à terapêutica. O mesmo modelo deverá ser aplicado noutras áreas terapêuticas.

TROMBOSE ASSOCIADA A CATETER EM DOENTE ONCOLÓGICO: GESTÃO DA TERAPÊUTICA ANTICOAGULANTE EM DOENTE NÃO CUMPRIDOR

MARCELO VAZ OSÓRIO; JOANA FERRAZ RIBEIRO; RITA POMBAL; RICARDO PINTO; MANUEL FIGUEIREDO

CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA DE GAIA / ESPINHO E.P.E.

INTRODUÇÃO

Os doentes oncológicos constituem uma população de alto risco para tromboembolismo venoso (TEV). Nestes doentes, o recurso a cateter venoso central (CVC) não é isento de riscos e apresenta complicações como infeção e trombose. A trombose associada a cateter (TAC) está identificada como um fator de risco independente para TEV 8.5 vezes superior à da população geral. Apesar de ser uma complicação comum, as orientações disponíveis sobre a sua abordagem são limitadas e não consensuais.

OBJETIVOS

Relatar caso clínico que aborda a necessidade da avaliação individual dos riscos e benefícios relacionados com a gestão da anticoagulação no contexto de TAC em oncologia.

MATERIAL E MÉTODOS

Compilação de dados clínicos mediante consulta das aplicações SClinico® e HIPO®.

RESULTADOS

Doente sexo feminino, 45 anos, com diagnóstico de carcinoma invasor da mama direita metastizado (estadio cT3N3pM1), NST G3, RH negativos, HER2 3+, Ki67 > 30. Iniciou em 05.2023 quimioterapia com seis ciclos de docetaxel, trastuzumab e pertuzumab, por CVC colocado a 04.05.2023. Em 07.2023, iniciou edema, dor e rubor no membro superior esquerdo, tendo realizado ecodoppler venoso com diagnóstico de trombose venosa profunda axilar e subclávia associada ao cateter. Iniciou hipocoagulação com heparina de baixo peso molecular (HBPM) em dose terapêutica, tendo-se mantido o CVC visto estar permeável e funcional para cumprimento do protocolo de quimioterapia em curso. Cinco meses após início de hipocoagulação, solicitada avaliação por Imuno-hemoterapia para *switch* terapêutico para antagonista

da vitamina K (varfarina). De 12.2023 a 02.2024, apresentou tempo em intervalo terapêutico (TTR) < 25%, com valores de RNI supra-terapêuticos > 70% do tempo, mesmo com reduções consecutivas de dose, entre os 4 a 10%. Estas oscilações terapêuticas são explicadas por variações marcadas na dieta alimentar e incumprimento reiterado das indicações médicas. Optou-se, então, pela suspensão da varfarina e introdução de anticoagulante oral direto (ACOD) - apixabano 5 mg de 12/12h, que a doente mantém atualmente, sem intercorrências aparentes.

DISCUSSÃO

O tratamento anticoagulante da TAC apresenta benefícios e deve ser sempre balanceado com o risco hemorrágico. Embora a HBPM seja a terapêutica mais consensual, estudos recentes apontam os ACOD como uma alternativa promissora, no entanto a evidência clínica é ainda insuficiente e a decisão terapêutica deve ser ponderada individualmente. Face à dificuldade em gerir a terapêutica anticoagulante com AVK, com labilidade analítica relevante, considerou-se benéfico instituir hipocoagulação com ACOD.

CONCLUSÃO

Com este caso clínico, pretende-se enfatizar a importância da gestão individual e continuada da anticoagulação da TAC, sobretudo em doentes oncológicos, que apresentam associado à doença de base um elevado risco tromboembólico.

RADIOABLAÇÃO OVÁRICA NO CANCRO DA MAMA - UM ALIADO A FORTALECER?

FILIPA MEIRA CARVALHO¹; MÁRIO LEAL¹; SOFIA RAMOS¹; SARA SIMÕES¹; MARINA AMORIM¹;
JOÃO GAGEAN²; CÁRMEN CALÇADA²; RUI PIRRACO²; CARLOS FARDILHA²; PAULO COSTA²

¹ HOSPITAL DE BRAGA

² JÚLIO TEIXEIRA, SA

INTRODUÇÃO

A ablação ovárica com radioterapia é apresentada como uma estratégia de supressão ovárica nas *Guidelines da ESMO e da NCCN*. Outras estratégias mais utilizadas de supressão/ablação incluem a utilização de análogos de gonadotrofinas e a ooforectomia bilateral.

OBJETIVOS

Revisão bibliográfica e apresentação da casuística das doentes tratadas com radioablação ovárica na nossa instituição.

MATERIAL E MÉTODOS

Revisão e enquadramento teórico. Avaliação casuística, com seleção de todas as doentes com o diagnóstico de carcinoma da mama que realizaram radioablação ovárica desde janeiro de 2017 até dezembro de 2023. As toxicidades foram avaliadas segundo os critérios CTCAE v5.0.

RESULTADOS

Num panorama em que diferentes estratégias estão disponíveis, a experiência do nosso centro permitiu englobar 18 doentes submetidas a ablação ovárica por radioterapia, com idades compreendidas entre os 35 e os 53 anos (média de 44.1 ± 5 anos). A maioria das doentes (94%) apresentava doença metastática no momento da referência para esta terapêutica. O esquema mais utilizado foi de 15Gy em 4 frações (88.8%). Foi utilizada a técnica 3D conformacional. Não foram registadas toxicidades G2 ou superiores. Não houve necessidade de interrupção e/ou suspensão de nenhum dos tratamentos.

DISCUSSÃO

Apesar da sua eficácia, outras estratégias, particularmente farmacológicas, têm vindo a ser escolhidas em detrimento da radioablação ovárica, reduzindo o seu uso. A evidência sustenta, no entanto, a radioablação ovárica como uma estratégia segura e eficaz, com impacto na mortalidade e risco de recorrência, devendo ser considerada uma estratégia com um custo-benefício favorável, particularmente em mulheres com doença metastática ou mulheres para quem a preservação da fertilidade não é um fator preponderante.

CONCLUSÕES

Os nossos dados reforçam a ablação ovárica com radioterapia como uma opção segura que deve ser considerada em mulheres jovens com carcinoma da mama.

DERMATOMIOSITE ANTI-TIF-1? COMO SÍNDROME PARANEOPLÁSICO: GESTÃO E IMPLICAÇÕES PARA O TRATAMENTO ONCOLÓGICO

RITA PEREIRA NETO; MARCO AURÉLIO CORREIA; MARIANA S. CÂMARA; INÊS MARGARIDO; BERNARDO BAPTISTA; JOÃO GODINHO; JOSÉ LUÍS PASSOS COELHO

HOSPITAL DA LUZ LISBOA

A Dermatomiosite (DM) anti-TIF-1 γ é uma doença inflamatória autoimune rara caracterizada por fraqueza muscular proximal, erupções cutâneas e disfagia. Associa-se frequentemente a uma neoplasia podendo ser a primeira manifestação da doença oncológica, sendo imperativo pesquisar neoplasia oculta aquando do diagnóstico.

Reporta-se o caso de um homem de 46 anos, ECOG PS 0 fumador (30 UMA), diagnosticado com Dermatomiosite anti-Tif1 γ em dezembro de 2021, nessa altura com PSA normal, TC Toráx, Endoscopia Digestiva Alta e Baixa e PET-FDG sem evidência de neoplasia. Foi iniciada Prednisolona 60mg/dia e Azatioprina 50mg/dia, com resposta clínica parcial, recebendo 4 meses depois 2 ciclos de Rituximab (1g com 2 semanas de intervalo) e ,2 meses mais tarde, Hidroxicloroquina 400mg/dia, com adequado controlo sintomático. Após 10 meses do diagnóstico inicial, tem celulite proximal do membro superior esquerdo com extensão ao tórax, tendo realizado TC que identificou múltiplos nódulos pulmonares bilaterais em padrão de "largada de balões". Biópsia de nódulo pulmonar documentou adenocarcinoma do Pulmão CK7+, TTF1+ e PDL1 5%. Enquanto aguardava resultado do NGS, que revelou uma mutação no exão 2 no gene NRAS e um rearranjo ALK sem identificação de gene parceiro do rearranjo, por apresentar agravamento da DM, foi

proposta quimioterapia (QT) com Carboplatina (AUC 5) e Pemetrexed (500mg/m²) cada 3 semanas. Não se considerou imunoterapia pela possibilidade de agravamento da DM, pelo caráter autoimune. Com a QT ocorreu melhoria clínica da DM, mas documentou-se progressão pulmonar após 5 ciclos. Passou, assim, a Alectinib 600mg bid durante 6 meses. Por nova progressão pulmonar e após discussão multidisciplinar, considerou-se imunoterapia com Pembrolizumab 200mg cada 3 semanas, com Imunoglobulina (Ig) prévia, apesar do risco de agravar a DM, para controlo oncológico. No entanto, após o primeiro ciclo de Pembrolizumab ocorreu um *flare* grave da DM anti-TIF-1 γ com envolvimento cutâneo, mialgias, tetraparésia e disfagia. Foi reiniciada Prednisolona 60mg/dia e proposto Docetaxel 75mg/m². Após o 1º ciclo apresentou melhoria do quadro clínico, mas passadas 2 semanas desenvolveu novamente disfagia, complicada de aspiração alimentar fatal.

Este doente realça a importância da abordagem multidisciplinar no cuidado de doentes com DM anti-TIF-1 γ , como síndrome paraneoplásico. Embora deva ser privilegiado o tratamento antineoplásico, a DM anti-TIF-1 γ pode ser um limitador do mesmo, requerendo a colaboração de várias especialidades médicas para garantir uma gestão eficaz das duas doenças.

TRASTUZUMAB-DERUXTECAN EM DOENTES COM CANCRO DA MAMA METASTIZADO HER2-LOW PREVIAMENTE TRATADO: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO NACIONAL

MIGUEL MARTINS BRAGA; LAURA PRATAS GUERRA; HUGO MIGUEL MIRANDA; FERNANDO GONÇALVES; MARIA JOÃO SOUSA; ANTÓNIO ARAÚJO
CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE SANTO ANTÓNIO

INTRODUÇÃO

Em doentes com cancro da mama irressecável ou metastizado HER2-low previamente tratado com uma ou duas linhas de quimioterapia, o trastuzumab-deruxtecan (T-DXd) resultou em sobrevivências livres de progressão (SLP) e globais significativamente superiores à quimioterapia. O programa de acesso precoce foi deferido pelo INFARMED em junho de 2023 pelo que dados de vida real são ainda escassos na população portuguesa.

OBJETIVOS

Fornecer dados de vida real clínico-patológicos, de sobrevivência e de eventos adversos (EA) em doentes com cancro da mama metastizado HER2-low sob T-DXd.

MATERIAL E MÉTODOS

Análise retrospectiva unicêntrica de adultos com cancro da mama HER2-low metastizado que iniciaram T-DXd entre janeiro e dezembro de 2023 após progressão com uma ou mais linhas de quimioterapia prévia. Os dados foram obtidos através de registos clínicos.

RESULTADOS

Nove doentes foram incluídos nesta análise, 1 homem e 8 mulheres pós-menopáusicas. A mediana de idades foi de 56 anos (intervalo interquartil (IIQ) 51-59). Todos os doentes tinham um ECOG-PS 0-1. Todos os doentes apresentavam cancro da mama com recetores hormonais positivos HER2-low, 56% com HER2 score 1+ e 44% com score 2+ com hibridização *in situ* negativa. Registou-se uma mediana de 35 meses (IIQ 24-61) entre a última amostra histológica e o início de T-DXd. Em 2 doentes foram identificadas variantes patogénicas germinativas (*BRCA2* e *PMS2*). Cerca de 56% dos doentes era estadio IV ao diagnóstico inicial. À data de início de T-DXd, todos os doentes apresentavam metastização: ganglionar (n=9), visceral (n=8), óssea (n=8) ou cerebral (n=1).

Registou-se uma mediana de 4 linhas paliativas prévias (IIQ 3-6), com uma mediana de 1 linha de quimioterapia (IIQ 1-4) e uma mediana de 2 linhas de hormonoterapia (IIQ 2-3). A melhor resposta radiológica ao T-DXd foi doença estável em 22%, resposta parcial em 33% e progressão de doença em 44% dos doentes.

A mediana de SLP foi de 6 meses (intervalo de confiança 95% 1.3-10.7) com uma mediana de *follow-up* de 6 meses. Todos os EA registados foram de grau 1 ou 2, sendo os mais comuns: fadiga (78%), anorexia (67%), anemia (67%) e alopecia (56%). Apenas 1 doente adiou tratamento, por cardiotoxicidade grau 2. Nenhum doente suspendeu o tratamento por toxicidade. Não se registaram óbitos no decorrer do estudo.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo estão em concordância com dados publicados de vida real, destacando a tolerabilidade e eficácia do T-DXd. O reduzido tamanho amostral e a variação de expressão de HER2 ao longo do tempo poderão justificar alguma variância nos dados de sobrevivência aqui apresentados.

CONCLUSÕES

O T-DXd demonstrou ser bem tolerado e apresentou uma SLP promissora nesta amostra de doentes. Todavia, são necessários mais estudos de vida real, multicêntricos, com maior tamanho amostral e tempo de *follow-up* para consolidar evidência acerca de sobrevivência, eficácia e variação do status HER2 no tempo.

PNEUMONITE SECUNDÁRIA A TRASTUZUMAB-DERUXTECANO - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

**MADALENA MACHETE; RITA BIZARRO; CARLOTA BAPTISTA; BRUNO SILVA; MIGUEL ÂNGELO PEREIRA;
DIANA NETO DA SILVA; MAFALDA CASA-NOVA; FRANCISCO BRANCO; LUÍSA LEAL DA COSTA;
PEDRO SIMÕES; JOÃO GODINHO; JOSÉ ALBERTO TEIXEIRA**
HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO

Trastuzumab-deruxtecano (T-DXd) é um conjugado anticorpo-fármaco que combina um anticorpo anti-HER2 com um inibidor da topoisomerase I. Desde a sua aprovação no tratamento do cancro da mama metastático, após resultados inéditos no estudo *DESTINY-Breast01*, tem efeitos promissores em cada vez mais patologias. A pneumonite associada a T-DXd tem prevalência de 10-15%, início tardio (mediana de 5 meses após início de T-DXd) e gravidade ligeira a moderada na maioria dos casos.

Apresentamos o caso de uma mulher de 48 anos, sem outras comorbilidades, com carcinoma invasivo da mama esquerda luminal HER2-positivo (cT2N1M0) desde 2016, tratada com quimioterapia neoadjuvante e duplo bloqueio HER2, tumorectomia e dissecação axilar (ypT2N2). Cumpriu radioterapia adjuvante, iniciou hormonoterapia adjuvante e fez duplo bloqueio HER2 durante 1 ano.

Em 2020 por recidiva óssea iniciou 1ª linha de tratamento sistémico para doença avançada com taxano e duplo bloqueio HER2. Um ano depois, após progressão hepática, iniciou trastuzumab-emptasina. Em Dezembro de 2021, nova progressão de doença (óssea, hepática e pleural). Incluída no programa de acesso precoce de T-DXd, que iniciou em Fevereiro de 2022. Durante 7 meses com boa tolerância (diarreia e trombocitopénia G1) e doença estável.

Internada 3 semanas após o 12º ciclo de T-DXd por dispneia com 5 dias de progressão, que a doente não valorizou, com hipoxemia grave, apirética, sem sobrecarga hídrica. Angio-TC de tórax: alterações extensas do parênquima pulmonar em vidro despolido (*crazy-paving*), enquadráveis em toxicidade, nódulos pulmonares secundários de novo, sem

tromboembolismo. Admitida na unidade de cuidados intensivos, instituída ventilação invasiva, antibioterapia e metilprednisolona 500mg/dia, pela suspeita de pneumonite a T-DXd. Exames culturais, antigenúrias e pesquisa de vírus respiratórios negativos. Evolução clínica desfavorável com óbito ao fim de 2 semanas.

Na nossa instituição, desde 2021, 17 doentes iniciaram T-DXd (mama n=7 3ª linha ou superior e n=2 no ensaio *DESTINY-Breast05*; pulmão n=6, 2ª linha ou superior; cólon e recto n=2, 2ª e 5ª linha). O tratamento com T-DXd teve duração igual ou superior a 6 meses em 35% (n=6). À data actual, 11 doentes estão em tratamento, 3 há mais de 12 meses. Foi reportado um 2º caso de pneumonite, grau 2, ao fim de mais de um ano de exposição. Cinco doentes (29%) já faleceram: além do caso descrito, todos por progressão de doença oncológica.

Este caso pretende sensibilizar para uma toxicidade que, embora pouco frequente, pode ser fatal. Reforça-se a importância de instruir os doentes e de identificar um quadro cuja evolução, geralmente, permite uma abordagem atempada. Estas medidas são fundamentais para otimizar o impacto do tratamento com T-DXd. São necessários mais estudos para compreender os factores de risco e fisiopatologia da pneumonite associada a T-DXd e actuar de forma mais eficaz na sua prevenção.

IMPACTO FINANCEIRO DO ULTRAHIPOFRACIONAMENTO NA RADIOTERAPIA DA MAMA: UMA ABORDAGEM TD-ABC

DANIELA SARAIVA; PEDRO MEIRELES; ALICE ALVES; ARMANDA MONTEIRO; LUÍS PORTO GOMES; GABRIELA PINTO

CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE SÃO JOÃO E.P.E.

INTRODUÇÃO

O hipofracionamento (HF) no tratamento do cancro da mama representa um novo paradigma que tem impacto no retorno financeiro das unidades de radioterapia (RT). Este é baseado na Portaria 254/2018, que inclui, no preço para cada tratamento (fracção (Fx)), as simulações, planeamentos e dosimetrias.

A metodologia *Time-Driven Activity Based Costing* (TD-ABC) pretende custear um processo, através do respetivo mapa, recursos envolvidos em cada tarefa, tempo investido e o seu custo.

OBJETIVOS

Avaliar se o modelo de financiamento atual se ajusta ao ultrahipofracionamento (UH), com base no método TD-ABC.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi efetuada a análise do financiamento dos tratamentos de RT, com recurso ao Anexo da Portaria. Para o cálculo foi considerado o tipo de tratamento: simples ou complexo.

Para a análise de custeio do tratamento de RT à mama, foi aplicado o método TD-ABC. Foram considerados para este estudo dois tipos de fracionamentos: hipofracionamento moderado (HM) (40Gy/15 Fx) e UH (26Gy/5 Fx); e a sua comparação com o esquema tradicional - fracionamento convencional (FC) (50Gy/25 Fx).

RESULTADOS

O tratamento com FC seria reembolsado em 2.613€ e 6.273€, conforme se considere simples ou complexo (se DIBH).

Com a adoção de esquemas de HM, em DIBH, o reembolso reduz significativamente para 3.764€. Utilizando esquemas de UH (5 Fx), o reembolso será de 1.255€.

Considerando o padrão de tratamento com FC, o HM reduz a ocupação para 60% e o UH para 20% da referência. Portanto essa redução da ocupação terá que ser colmatada com outros tratamentos.

As etapas do tratamento foram descritas num mapa de processos. O tempo necessário, por categoria profissional e esquema de tratamento (FC, HM e UH) foi de 49 minutos (min) de Médico, 30min de Físico, 625, 425 e 225min de TSDT, 25min de Enfermeiro, 50, 30 e 10min de Assistente Técnico e 250, 150 e 50min de Assistente Operacional, por doente.

Recorrendo ao FC o peso relativo das simulações, planeamentos e dosimetrias (custos fixos) era de 16%. Caso se recorra a HM, sobe para 24%, atingindo um máximo de 49%, do custo, quando se recorre a esquemas de UH.

DISCUSSÃO

Os resultados apresentados demonstram diminuição do financiamento verificada com esquemas de HF.

Na análise TD-ABC, encontram-se ligeiras discrepâncias com os tempos médios descritos pelo grupo HERO-ESTRO, tal dever-se-á a estarmos perante uma patologia em particular. Esta análise apresenta como limitações principais a adoção do pressuposto de uma ocupação plena de todos os intervenientes, a ausência de desperdício e inexistência de pontos de gargalo. Estes pressupostos têm tendência a deflacionar o custo calculado.

CONCLUSÕES

A evolução dos esquemas de RT, no sentido de diminuir o número de deslocações, com recurso a menos frações, tem impacto negativo no financiamento das unidades de RT, através do aumento do peso relativo das atividades não diretamente financiadas.

CABOZANTINIB EM 1ª LINHA EM CARCINOMA DE DUCTOS COLECTORES RENAI METASTÁTICO - CASO CLÍNICO

CAROLINA SOUSA¹; JOÃO GRAMAÇA²; ISABEL FERNANDES¹; JOANA GONÇALVES¹; INÊS ANGELO¹; ADRIANO BAPTISTA¹; IDÍLIA PINA¹

¹ CENTRO HOSPITALAR BARREIRO MONTIJO E.P.E.

² CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL

O carcinoma dos ductos coletores é uma forma rara de carcinoma renal, representando menos de 1% dos casos e apresentando um prognóstico desfavorável. Embora não haja um consenso sobre regimes terapêuticos padrão, o uso de Gemcitabina + Platina como tratamento em primeira linha metastática parece ser amplamente aceite.

O estudo BONSAI foi um ensaio clínico de fase 2 com um único braço, que incluiu 25 pacientes tratados com cabozantinib 60 mg em monoterapia até progressão da doença ou toxicidade inaceitável. O estudo atingiu o seu end-point primário demonstrando eficácia como tratamento de primeira linha em carcinoma dos ductos coletores metastáticos, com uma progressão média livre de doença de 4 meses.

Neste resumo, apresento o caso de um homem de 76 anos submetido a nefroureterectomia radical direita e cistectomia perimeática em fevereiro de 2022. Diagnosticado com carcinoma dos ductos coletores de alto grau, sem invasão linfovascular ou de pequenos vasos, com necrose tumoral pT1b N1 (1/1 gânglio excisado), foi submetido a cirurgia R0 e posteriormente iniciou vigilância.

Em junho de 2023, houve evidência de progressão da doença em PET-CT, com lesão óssea umeral direita e adenopatias ganglionares abdominais. O paciente iniciou então Cabozantinib 60mg em monoterapia como tratamento de primeira linha em carcinoma dos ductos coletores metastático.

A reavaliação por PET-CT após sete meses demonstrou uma “resposta parcial ao tratamento, com significativa redução da lesão umeral direita e das adenopatias ganglionares abdominais”.

Este caso clínico reforça o papel do cabozantinib como uma opção terapêutica eficaz em primeira linha para carcinoma dos ductos coletores metastático.

MASTECTOMIA TOTAL: MONITORIZAÇÃO DA DOSE À SUPERFÍCIE DA PELE EM DOENTES SUBMETIDAS A RADIOTERAPIA

PEDRO TINOCO DA COSTA; HELENA PEREIRA; ANABELA DIAS; JOANA LENCART; FÁTIMA BORGES
INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA PORTO

INTRODUÇÃO

A radioterapia adjuvante aumenta a sobrevivência e o controlo loco-regional em doentes com cancro da mama de alto risco, submetidos a mastectomia total. A dose máxima de radiação é depositada a diferentes profundidades, em função da energia dos eletrões e/ou fotões escolhida. Assim, parte ou até todo o tratamento de radioterapia pode ter que ser realizado com recurso a técnicas que promovam dose terapêutica na superfície cutânea. O bólus é um material de densidade equivalente à de tecidos humanos, que se coloca na superfície da parede torácica, e que tem como objetivo aumentar a dose de radiação à pele. A dosimetria *in vivo* durante a realização do tratamento, permite conhecer a dose que é efetivamente administrada à superfície cutânea.

OBJETIVOS

Comparar a dose medida *in vivo* com a dose calculada na pele, em duas doentes mastectomizadas e que apresentavam critérios de alto risco para recidiva cutânea.

Obter informações precisas que permitam definir o número de frações em que é necessário a aplicação de bólus, bem como a espessura do mesmo, de acordo com técnica e plano dosimétrico, individualizado. A dose por fração e a dose total de radiação devem, necessariamente, ser terapêuticas.

MATERIAL E MÉTODOS

Os esquemas de fracionamento de tratamento foram semelhantes em ambas as doentes: 50Gy/25fr à parede torácica (com recurso a bólus) e áreas de drenagem ganglionar, com técnica 3DCRT e fotões de 6MV. Foram colocados pequenos detetores (filmes radiocrómicos) sobre a pele da área irradiada, com e sem bólus, permitindo a avaliação da dose administrada.

RESULTADOS

A dose medida à pele, sem a utilização de bólus, não foi considerada adequada. Nesse sentido, e tendo em consideração os resultados obtidos por dosimetria *in vivo*, o plano dosimétrico foi, progressivamente, otimizado ao longo do tratamento, através do ajuste da espessura do bólus nas restantes frações.

DISCUSSÃO

O uso rotineiro de bólus não é recomendado, competindo ao médico radioncologista a sua prescrição quando quer garantir uma dose terapêutica à pele como, por exemplo, no caso de recidivas cutâneas, carcinoma inflamatório ou ulcerado da mama. Os algoritmos de cálculo utilizados no planeamento de tratamento em radioterapia, apresentam algum grau de incerteza dosimétrica quanto à dose que efetivamente é administrada à pele. As características do bólus (como o material, espessura e forma), da técnica (3DRT ou IMRT), da energia escolhida (4MV, 6MV, 10MV) e do doente (como irregularidades da parede torácica), contribuem para que continue a ser um desafio garantir uma dose terapêutica à pele com o mínimo de toxicidade.

CONCLUSÃO

A medição das doses reais à superfície cutânea, nos doentes submetidos a mastectomia total, é fundamental para uma customização da dosimetria do plano de tratamento de radioterapia, de forma a que a dose por fração e dose total sejam terapêuticas, evitando assim recorrências locais.

TRATAMENTO DE CANCRO DO PULMÃO DE NÃO-PEQUENAS CÉLULAS ESTADIO III: A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

CATARINA LOPES FERNANDES¹; JOANA BASÍLIO LEITE¹; MAFALDA COSTA¹; DIOGO J SILVA¹; RITA COSTA²; PEDRO FERNANDES²; MARIA PAULA FONTES²; HELENA MAGALHÃES¹; MARTA VILAÇA¹; FERNANDA ESTEVINHO¹

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, S.A

² CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE SÃO JOÃO E.P.E.

INTRODUÇÃO

O cancro do pulmão não-pequenas células (CPNPC) estadio III está associado a um mau prognóstico, com elevada taxa de recidiva e mortalidade.

As opções terapêuticas são altamente heterogéneas e multidisciplinares, tratando-se de uma área em evolução.

OBJETIVOS

Este estudo teve como objetivo analisar o tratamento e prognóstico de doentes com CPNPC estadio III num serviço de Oncologia.

MATERIAIS E MÉTODOS

Análise descritiva retrospectiva unicêntrica de doentes diagnosticados com CPNPC estadio III entre Janeiro 2019 e Dezembro 2022 num serviço de Oncologia. Os dados foram analisados no software SPSS® e a correlação entre variáveis foi feita com o teste T-student e a regressão linear Cox e as análises de sobrevida pelo método de Kaplan-Meier.

RESULTADOS

Foram identificados 69 doentes, com idade mediana de 64 anos, 81% sexo masculino, 70% ECOG 1, 94% fumadores/ex-fumadores. Maioria (54%) em estadio IIIA, com 51% histologia epidermoide e 45% adenocarcinoma. Expressão PD-L1 <1% em 20%. Maioritariamente (55%) submetidos a QTRT concomitante, 28% QTRT sequencial, 10% submetidos a cirurgia, com ou sem terapêutica neoadjuvante/adjuvante. A associação de quimioterapia mais utilizada foi platino/vinorelbina (77%). Após QTRT, 40 doentes tinham indicação para durvalumab mas 48% não iniciou, maioritariamente por pneumonite rádica. Houve suspensão precoce de durvalumab em 63%, por progressão de doença (71%) ou evento adverso imunomediado (29%). O follow-up mediano foi 18,9 meses. Durante este período identificada progressão

de doença em 58% dos doentes, dos quais 30% não chegou a iniciar terapêutica subsequente, e 58% acabaram por falecer. A sobrevida livre de progressão (PFS) mediana foi 19,1 meses e a sobrevida global (OS) mediana 24,9 meses.

Verificou-se uma correlação desfavorável significativa entre idade ≥ 65 anos e PFS (13,4 versus 21,2 meses, $p=0,002$) e OS (20,0 versus 24,0 meses, $p=0,010$). Doentes que realizaram QTRT concomitante tiveram maior PFS (17,4 versus 14,6 meses, $p=0,192$) e maior OS (23,3 versus 19 meses, $p=0,068$) comparativamente à QTRT sequencial, sem significância estatística. Doentes que iniciaram durvalumab tiveram maior PFS (21,4 versus 14,4 meses, $p=0,011$) e maior OS (26,3 versus 19,0 meses, $p=0,016$). Verificou-se que era menos provável doentes com ≥ 65 anos iniciarem durvalumab (32% versus 51%, $p=0,145$) e mais provável suspenderem o mesmo precocemente (75% versus 55%, $p=0,452$). Não se verificou correlação significativa entre PFS/OS e status tabágico, PD-L1 <1% ou tipo histológico.

CONCLUSÕES

O CPNPC estadio III engloba uma população heterogénea. Na amostra analisada, a modalidade terapêutica mais frequente foi a QTRT. O fator de mau prognóstico mais preponderante foi a idade ≥ 65 anos. Verificou-se também uma associação não significativa entre realização de QTRT concomitante e/ou realização de durvalumab de consolidação e melhor prognóstico global.

CARCINOMA DE CÉLULAS MERKEL: UM CASO DE SUCESSO PROLONGADO COM TERAPÊUTICA MULTIMODAL

CATARINA LOPES FERNANDES¹; ALEXANDRA GUEDES²; INÊS FREITAS³; PAULA FERREIRA³; SARA COELHO³; ANA CATARINA DIAS⁴; ISABEL VILLAS-BOAS³

¹ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, S.A

² CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA DE GAIA / ESPINHO E.P.E.

³ INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA PORTO

⁴ HOSPITAL SENHORA DA OLIVEIRA - GUIMARÃES

O carcinoma de células de Merkel (CCM) é um tumor neuroendócrino cutâneo raro e agressivo, com taxas de sobrevivência global (SG) na ordem dos 30 meses. São designados como longos sobreviventes doentes com SG superior a 36 meses.

Apresenta-se o caso de um homem de 58 anos, antecedentes de hipertensão arterial. Em Janeiro de 2016 notou tumefação no punho esquerdo, sendo a biópsia compatível com CCM. Realizou exérese da lesão, R0, e pesquisa de gânglio sentinela, com estadiamento patológico pT2N1b - estadio IIIB. Em Agosto 2016 apresentou recidiva de lesão na mão esquerda e na axila ipsilateral. Realizou exérese da lesão da mão e esvaziamento ganglionar axilar. Por persistência de doença considerada irrissecável, proposto em grupo multidisciplinar para tratamento sistémico. Realizou quimioterapia paliativa com cisplatina e etopósido (4 ciclos até Dezembro 2016), com resposta parcial. De seguida realizou radioterapia (RT) complementar à mão e axila em Fevereiro 2017, após a qual se apresentava sem evidência de doença, pelo que manteve vigilância. Em Abril 2019 identificada lesão única a nível testicular, tendo sido submetido a orquidectomia radical esquerda, seguida de vigilância. Em Abril 2022 apresentou progressão com adenopatia lomboaórtica esquerda, submetida a RT seguida de vigilância. Em Setembro 2022, tinha resposta completa a nível lomboaórtico mas nova recidiva a nível supraclavicular e mediastínico. Perante doença não elegível para terapêutica ablativa, decidido iniciar tratamento sistémico paliativo. Iniciou avelumab em Setembro 2022, tendo apresentado resposta imagiológica e metabólica completa desde Dezembro 2022. Teve como principais toxicidades uma queratite grau 2 e rash acneiforme grau 2. Cumpriu 29 ciclos até Dezembro 2023, altura em que, mantendo resposta completa, se decidiu suspender tratamento e iniciar vigilância.

Este é um caso atípico de sucesso em que, apesar do diagnóstico desfavorável de carcinoma de células de Merkel e do padrão de metastização atípico, foi possível oferecer ao doente >7 anos de sobrevivência, dos quais >6 anos livres de tratamento sistémico. A integração de terapêuticas multimodais, incluindo técnicas ablativas locais e tratamento cirúrgico e sistémico, com boa tolerabilidade, culminou em resposta completa, permitindo a suspensão da terapêutica e ganho para o doente em termos de qualidade de vida.

UM CASO ATÍPICO DE CARCINOMA RENAL DE CÉLULAS CLARAS

GREGÓRIA MARIA BAIÓ; MARIA BAIROS MENEZES; INÊS DUNÕES; INÊS ROCHA T. BASTOS; ALÍCIA OLIVEIRA; RUI DINIS
HOSPITAL ESPÍRITO SANTO-ÉVORA

INTRODUÇÃO

O carcinoma renal representa 3% dos casos de cancro no sexo masculino e 5% no sexo feminino, correspondendo à 7ª e 10ª causa de morte, respetivamente. Cerca de 80% dos casos apresentam-se histologicamente como carcinoma renal de células claras. A extensão da doença, a histologia, o grau e a presença alguns fatores clínicos como neutrofilia, trombocitose, hipercalcemia, anemia, performance status (PS) e o tempo entre o diagnóstico e o início de tratamento, impactam a sobrevivência global. A cirurgia, radioterapia, quimioterapia, imunoterapia e terapêutica alvo constituem opções terapêuticas.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo feminino, 88 anos de idade, ECOG PS 0, com antecedentes de nefrectomia radical direita aos 56 anos de idade por tumor maligno. Inicia seguimento em consulta de Cirurgia em 2017 por formações nodulares pancreáticas com características quísticas tendo, controlos imagiológicos subsequentes, evidenciado nódulo localizado na cauda do pâncreas e outro na transição entre a cabeça e corpo, com características sugestivas de tumor neuroendócrino. Em outubro de 2019 submetida a pancreatectomia corpo-caudal e esplenectomia. A avaliação anatomopatológica estabeleceu o diagnóstico de metástase pancreática de carcinoma renal de células claras e negatividade para marcadores de tumores neuroendócrinos. A doente iniciou tratamento com Sunitinib que manteve apenas até abril 2020 por má tolerância e iniciou imunoterapia com Nivolumab sem toxicidade major associada. Em controlos imagiológicos subsequentes apresenta nódulo de 2cm na transição cabeça-corpo pancreática que se mantém estável. Face à boa tolerabilidade ao Nivolumab, mantém até à data sem evidência de progressão de doença.

CONCLUSÃO

O carcinoma renal metastiza frequentemente para o pulmão, gânglios linfáticos, osso, fígado e raramente para órgãos endócrinos. Apesar de infrequente, estão descritos casos de metastização vários anos após nefrectomia parcial ou radical, no entanto, quando esta ocorre em órgãos endócrinos está associada a maiores taxas de sobrevivência.

O IMPACTO DA MUTAÇÃO DO GENE PALB2 NO CANCRO EM IDADE JOVEM

MIGUEL FALCÃO; HILDA MARTA; PAULO DE CASTRO; BEATRIZ GONÇALVES; NATACHA MOURÃO; PEDRO ARAUJO; EMANUEL CADAVEZ; MARIANA ROCHA; MARTA SOUSA
CENTRO HOSPITALAR TRÁS OS MONTES E ALTO DOURO E.P.E

O cancro da mama em mulheres de idade jovem tem vindo a aumentar nos países desenvolvidos, é caracterizado pela elevada prevalência de tumores com fenótipos agressivos, associados a prognósticos menos favoráveis independentemente do estadió inicial ao diagnóstico. A mutação do gene palb2 está associada a um risco aumentado para o desenvolvimento de cancro da mama, ovário e pâncreas ao longo da vida.

Relata-se o caso de uma doente de 43 anos, Eastern Cooperative Oncology Group 0, com história pregressa de duas gestações com dois partos eutócicos, e história familiar de cancro da mama em avó materna.

Diagnosticada em novembro de 2017 com um carcinoma ductal invasor na mama direita, grau 3, com receptores de estrogénio (RE) 40-50%, receptores de progesterona (RP) 10-20%, HER2 2+, FISH negativo e Ki67: 50%, cT2N0M0.

Foi decidido em reunião de grupo multidisciplinar, iniciar quimioterapia neoadjuvante com doxorubicina, ciclofosfamida e paclitaxel, que terminou em março de 2018. Foi submetida a tumorectomia em junho de 2018 e posteriormente a radioterapia. O exame anatomopatológico revelou resposta histológica completa e a biópsia do gânglio sentinela foi negativa. O estudo genético foi positivo para a mutação do gene PALB2. Em junho de 2018 a doente iniciou hormonoterapia adjuvante com goserrelina e exemestano.

Catorze meses após o diagnóstico, em janeiro de 2019, a ressonância magnética de vigilância da mama revelou a presença de um nódulo de novo na mama direita com 49 x 44 x 45 mm. O resultado da biópsia confirmou um carcinoma da mama com RE: 40-50%, RP: 30-40%, Ki67: 50% e HER2 positivo. Iniciou QT neoadjuvante em abril 2019 com nab-placlitaxel, trastuzumab e pertuzumab e foi submetida a mastectomia em agosto de 2019. O exame histológico revelou uma resposta de grau 4 na escala de Miller-Paine. Iniciou tratamento adjuvante com trastuzumab até março de 2020 e hormonoterapia com Tamoxifeno e Goserrelina.

Por se tratar de uma mulher em idade jovem portadora de uma mutação de risco aumentado para cancro do ovário, foi proposto cirurgia de redução de risco com ooforectomia e hysterectomia, que realizou em maio de 2022. A doente recusou mastectomia esquerda profilática, e realizou reconstrução cirúrgica da mama direita. A doente mantém-se em vigilância sob hormonoterapia, até à presente data, sem sinais de recidiva da doença.

Diversas intervenções podem reduzir o risco de cancro associado ao PALB2. O uso dessas estratégias em doentes portadores de mutações raras deve ser individualizado, levando em conta a idade, valores e preferências do doente.

Serve este caso para refletir sobre protocolos de atuação no tratamento do cancro da mama em doentes jovens, portadores de mutações de alto risco. Destaca-se as dificuldades inerentes ao Médico Oncologista em adotar medidas de redução de risco ao mesmo tempo que mantem o doente jovem em tratamento e gerir as suas expectativas.

NEUTROPENIA INDUZIDA POR SACITUZUMAB GOVITECANO NO CANCRO DA MAMA METASTATICO TRIPLO NEGATIVO

VERA PIRES¹; MARIA JOÃO RIBEIRO TEIXEIRA²; RUI MARQUES¹

¹ INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA LISBOA

² HOSPITAL DISTRITAL DA FIGUEIRA DA FOZ, E.P.E.

O Sacituzumab govitecan (SG) é um conjugado anticorpo-fármaco (ADC), aprovado em 2020 para o tratamento do cancro de mama triplo-negativo metastático (mTNBC). [1,2] Resultados promissores levaram à aprovação acelerada da SG em pacientes com mTNBC. [3] No entanto, 54% dos pacientes apresentaram neutropenia de grau 3 ou superior, e diarreia de grau 2 ou superior. [2,4] Consultando a bibliografia, verificamos que a informação sobre os efeitos adversos (EA) e gestão da neutropenia é limitada. Esta não suporta a utilização de profilaxia primária do fator de crescimento (GCSF), e defende apenas iniciar se ocorrer neutropenia grave durante o tratamento. [2,5] Quando o SG foi introduzido na nossa Instituição em 2021, e tal como o ensaio ASCENT, não foi incluído GCSF em profilaxia primária. [2]

Descrever o padrão de toxicidades do tratamento com SG, com foco na neutropenia em doentes mTNBC da nossa Instituição.

Recolhemos retrospectivamente informação dos doentes com mTNBC que realizaram pelo menos 2 ciclos SG, entre junho de 2022 e fevereiro de 2024. Os dados: sexo, idade, performance status (PS), número de ciclos, neutropenia, grau de neutropenia, atraso no tratamento, necessidade de introdução de GCSF e em que ciclo de tratamento. Usamos a escala de "Common Terminology Criteria for Adverse Events" (CTCAE), para classificação do grau EA.

Selecionamos 15 doentes do sexo feminino, com idade média de 52,9 anos (47-67 anos), em que 14 doentes tinham PS 0-1. Verificamos que 40% (6) tinham tido neutropenia nos tratamentos anteriores ao SG e 83,3% (5) destes tiveram necessidade de adiar o tratamento. Durante o tratamento, 46,7% (7)

tiveram neutropenia, que motivou o adiamento do tratamento e 71,4% (5) redução de dose. Destes, 71,4% (5) tiveram neutropenia grau 3 e 28,5% (2) neutropenia grau 4. Esta ocorreu no 1º e 2º ciclo (5 no 1º ciclo e 2 no 2º ciclo). Dos 15 doentes apenas 20% (3) fizeram GCSF, e todos como profilaxia secundária, tendo sido adicionado no segundo ciclo. Os outros EA foram: 66,7% (10) gastrointestinais (náuseas, vômitos, mucosite e anorexia); 46,7% (7) musculoesquelético (astenia e mialgias); 40% (6) outros hematológicos (anemia e trombocitopenia), 33,3% (5) infeções, 26,7% (4) neurológicos (parestesias e cefaleias), 20% (3) alopecia e 6,7% (1) paniculite.

O SG é um tratamento geralmente bem tolerado e que representa uma terapia promissora para os doentes com mTNBC. A neutropenia é um dos EA com maior incidência e impacto no adiamento do tratamento. A profilaxia primária com GCSF não está recomendada, no entanto, pensamos que deve ser considerada, uma vez que metade dos doentes da nossa instituição tiveram neutropenia e na sua grande maioria no 1º ciclo de tratamento.

A monitorização adequada e a avaliação precoce dos EA associados à SG permitirão uma melhor otimização da gestão das toxicidades evitando a descontinuação do tratamento e preservação da qualidade de vida dos doentes.

LONG SURVIVORS EM CARCINOMA UROTELIAL

MIGUEL FALCÃO¹; HUGO MIGUEL MIRANDA²; GUSTAVO PINHOL²; MARIANA ROCHA¹; SILVIA LOPES²

¹ CENTRO HOSPITALAR TRÁS OS MONTES E ALTO DOURO E.P.E

² CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE SANTO ANTÓNIO

O carcinoma urotelial é o décimo cancro mais prevalente a nível mundial, com cerca de 549.000 novos casos por ano. Na Europa, a incidência é mais elevada nos países do Sul. O fator de risco associado mais importante é o tabagismo.

Relato do caso de um doente de 68 anos do sexo feminino, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e obesidade. Sem história de tabagismo, sem exposição ocupacional a produtos químicos ou exposição prévia a radiação ionizante. Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG): 0

Em janeiro de 2018, apresentou quadro de disúria, aumento da frequência urinária e hematuria macroscópica. Realizou uma tomografia computadorizada (TC) que revelou "hidronefrose à direita com ligeira redução na espessura parenquimatosa e um espessamento marcado do ureter distal envolvendo o meato ureteral e da parede vesical adjacente, compatível com tumor urotelial (37x33mm)". Realizou cistoscopia que mostrou uma formação séssil ao nível do meato. Em abril de 2018 foi submetida a uma resseção transuretral do tumor da bexiga (RTU-V), que revelou um carcinoma urotelial invasivo, variante "nested", envolvendo a submucosa e a camada da muscular própria. PDL1 > 10%.

Após decisão de grupo a doente foi submetida a nefrectomia direita e cistectomia radical com linfadenectomia pélvica. O estudo anatomopatológico revelou no rim um carcinoma de células renais com graduação nuclear de Fuhrman 1, pT1a. Margens cirúrgicas sem neoplasia. Na bexiga: carcinoma de células de transição de alto grau com invasão do tecido adiposo, pT3b. Ureter direito: Carcinoma de células de transição de alto grau na porção inicial, pT2. 20 gânglios linfáticos isolados sem metástase.

A doente iniciou quimioterapia (QT) adjuvante com cisplatina e gemcitabina que completou 6 ciclos em outubro de 2018, mantendo-se posteriormente em vigilância.

Em maio de 2019, 13 meses após o diagnóstico, nova progressão da doença a nível pélvico, na TC de seguimento foi identificado "uma massa espiculada pélvica com cerca de 15 mm" que foi confirmado pelo estudo anatomopatológico tratar-se de uma metástase do carcinoma urotelial.

Em Agosto de 2019 inicia imunoterapia com Atezolizumab, ao 5º ciclo apresenta regressão dimensional da massa pélvica e 6 meses após início do tratamento, em fevereiro de 2020, a TC revela resposta completa.

A doente manteve-se em tratamento com Atezolizumabe durante 55 meses, até ao dia de hoje, com boa tolerância. Apresenta um bom estado geral, sem sinais de recorrência da doença.

O carcinoma urotelial metastático está associado a uma esperança de vida limitada e as respostas completas são raras. Evidência sugere que doentes não elegíveis para QT com platino, tem benefício em realizar imunoterapia, com ganho na sobrevivência global.

Destaca-se neste caso clínico os protocolos de atuação do carcinoma urotelial metastático e a longevidade atípica associada a essa condição.

TRASTUZUMAB-DERUXTECAN NA NEOPLASIA GÁSTRICA METASTÁTICA HER2 POSITIVA - CASO CLÍNICO

CAROLINA SOUSA¹; JOÃO GRAMAÇA²; ISABEL FERNANDES¹; JOANA GONÇALVES¹; INÊS ANGELO¹; ADRIANO BAPTISTA¹; IDÍLIA PINA¹

¹ CENTRO HOSPITALAR BARREIRO MONTIJO E.P.E.

² CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL

Cerca de 15-20% das neoplasias gástricas avançadas apresentam amplificação da expressão do receptor tipo 2 do fator de crescimento epidérmico humano (HER2). Com base no estudo de fase 3 ToGA (Trastuzumab for Gastric Cancer), que demonstrou uma melhoria significativa na sobrevida global e melhores taxas de resposta em comparação com a quimioterapia isolada, a terapia de primeira linha recomendada consiste num duplo de fluoropirimidina e platina, com a adição de trastuzumab. Em linhas de tratamento subsequentes, as opções padrão de quimioterapia incluem paclitaxel, docetaxel e irinotecano, que têm eficácia equivalente, mas perfis de toxicidade diferentes. O esquema 5-FU-leucovorina-irinotecano (FOLFIRI) também é utilizado, embora haja dados limitados a apoiar esse regime. A adição do anticorpo anti-receptor 2 do fator de crescimento endotelial vascular (VEGFR2), o ramucirumabe, ao paclitaxel melhora a taxa de resposta global, a sobrevida livre de progressão e a sobrevida global, conforme demonstrado pelos resultados do ensaio clínico de fase III RAINBOW.

O Trastuzumab-deruxtecan, aprovado para o tratamento de neoplasia da mama metastática HER2-positivo, recentemente demonstrou eficácia em neoplasias gástricas avançadas HER2+ como terapia de terceira linha ou posterior.

Aqui apresento o caso clínico de um paciente do sexo masculino com adenocarcinoma gástrico invasivo de tipo intestinal (Laurén) de baixo grau, HER-2 positivo (3+). Diagnosticado já em fase avançada (cT3 N1 M1) com metástases ganglionares retroperitoneais, foi tratado com trastuzumab + cisplatina + fluoropirimidina, interrompendo após 8 meses por progressão da doença metastática ganglionar. Iniciou trastuzumab-deruxtecan em segunda linha e, após 8 meses, apresentou uma boa resposta clínica e imagiológica, com “desaparecimento de algumas metástases ganglionares e diminuição acentuada do metabolismo das metástases ganglionares restantes, indicando uma boa resposta à terapia instituída” em PET-CT. Este caso clínico destaca a utilidade do trastuzumab-deruxtecan no tratamento da neoplasia gástrica metastática HER2 positiva.

CISTOADENOCARCINOMA DO PÂNCREAS - UM CASO DE SUCESSO

*ALICE FONSECA MARQUES; PATRÍCIA ALBUQUERQUE; PAULA JACINTO; JOANA RODRIGUES;
EDGAR PRATAS; ANABELA BARROS*

CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

INTRODUÇÃO

O cancro do pâncreas tem o pior prognóstico das neoplasias malignas sólidas mais comuns, com uma sobrevivência global aos 5 anos de cerca de 10%. Apesar de nos últimos anos se verificar uma melhoria modesta na sobrevivência global, o número absoluto de doentes que falecem devido a esta doença continua a aumentar, sendo que a maioria dos doentes ao diagnóstico apresentam doença localmente avançada (30-35%) ou metastática (50-55%).

CASO CLÍNICO

Doente do sexo feminino, 64 anos, ECOG PS 1, recorreu ao serviço de urgência por icterícia, colúria e acolia fecal com 1 semana de evolução em 01/2021, tendo realizado uma tomografia computadorizada (TC) que detetou uma formação nodular de 35mm na cabeça do pâncreas suspeita e dilatação das vias biliares, com estenose do terço distal da via biliar principal. Em 02/2021 foi colocada prótese plástica por colangiopancreatografia retrógrada endoscópica e realizou citologia aspirativa da lesão suspeita por ecoendoscopia, cujo estudo anatomopatológico revelou tratar-se de um cistoadenocarcinoma do pâncreas.

Por se tratar de uma neoplasia localmente avançada irressecável realizou 10 ciclos de FOLFIRINOX (03/2021 a 08/2021), com resposta parcial. Seguidamente realizou radioterapia externa e quimioterapia (QT) de radiosensibilização com capecitabina (08/2021 a 09/2021).

Dado a TC de controlo não ter apresentado evidência de lesões à distância e se ter verificado redução da lesão primária, com critérios de ressecabilidade, foi proposta para duodenopancreatectomia cefálica (DPC), que a doente aceitou. O estudo anatomopatológico da DPC (04/2022) confirmou resseção R0 da neoplasia (yT2N0, IB).

Desde então, a doente permanece em vigilância ativa, encontrando-se clinicamente estável e sem evidência de doença nas TC que tem realizado a cada 6 meses.

DISCUSSÃO

A abordagem multidisciplinar destes casos é recomendada, sendo que para doentes com neoplasia do pâncreas localmente avançada ou irressecável, a terapêutica sistémica seguida de radioterapia é uma opção para controlo regional da doença. Nesta doente foi possível tornar a doença ressecável e após abordagem cirúrgica obter resposta patológica completa, permanecendo livre de doença quase 2 anos após o fim do tratamento.

CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS DA PELE - O PAPEL DA IMUNOTERAPIA

**ALICE FONSECA MARQUES; PATRÍCIA ALBUQUERQUE; RICARDO VIEIRA; JOANA RODRIGUES;
EDGAR PRATAS; ANABELA BARROS**

CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

INTRODUÇÃO

O carcinoma de células escamosas (CCE) da pele é o segundo tipo mais frequente entre os carcinomas da pele e sua incidência continua a aumentar. Apesar de mais de 90% ter um comportamento relativamente inofensivo, podem apresentar-se localmente avançados ou metastizados. Os CCE localmente avançados são definidos como CCE com progressão local avançada e nos quais não se consegue o controlo através da cirurgia ou da radioterapia. Como tal, existe um mau prognóstico dos CCE quando associados a infiltração local avançada ou metastização.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo feminino, 74 anos, ECOG PS 1, foi submetida a ressecção cirúrgica de CCE da região malar esquerda a 15/09/2020, cujo estudo anatomopatológico revelou margens invadidas pela doença, como tal foi submetida a mais 2 excisões alargadas (08/10/2020 e 02/11/2020).

Realizou tomografia computadorizada (TC) da região cervical (12/01/2021), que detetou formações nodulares sugestivas de lesões secundárias, uma das quais a envolver a glândula parótida esquerda, pelo que foi submetida a parotidectomia subtotal com extensão à pele e esvaziamentos ganglionares dos níveis II e III. O estudo anatomopatológico confirmou tratar-se de metastização cutânea com infiltração da parótida por CCE moderadamente diferenciado da face com invasão neural e com margem lateral profunda comprometida. O caso foi discutido em reunião de decisão terapêutica (RDT) e dada a margem lateral profunda se encontrar comprometida foi decidido realizar radioterapia (RT) de consolidação. No entanto, aquando do início da RT a doente apresentava recidiva local, tendo voltado o caso a ser discutido em RDT, onde foi proposta para terapêutica sistémica

com imunoterapia. A 27/05/2021 iniciou tratamento com cemiplimab, com resposta clínica e imagiológica completa em TC toraco-abdomino-pélvica, desde 11/12/2021. Realizou, ainda, PET em 12/2022 que não apresentava sinais de recidiva. Dado manter resposta completa ao tratamento por mais de 2 anos, foi suspenso o cemiplimab a 07/02/2023.

Mantém-se em vigilância ativa, clinicamente estável, sem sinais de recidiva nas TC de controlo.

DISCUSSÃO

O cemiplimab é um anticorpo monoclonal anti-PD1/PDL1 (*programmed death-1/programmed death ligand-1*), sendo o único fármaco usado em doentes com CCE da pele localmente avançados ou metastizados, que não são candidatos a cirurgia curativa ou RT curativa em primeira linha. Vários estudos demonstram a eficácia e segurança do cemiplimab, tendo sido associado a baixas taxas de descontinuação (7%). No caso acima descrito foram tentadas várias abordagens cirúrgicas com intuito curativo sem sucesso e, posteriormente, com cemiplimab foi conseguida uma resposta patológica completa, reforçando a importância da imunoterapia como uma hipótese terapêutica em doentes com CCE da pele localmente avançados.

AVALIAÇÃO DA RESPOSTA PATOLÓGICA MAMÁRIA E AXILAR APÓS QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE EM DOENTES COM CANCRO DA MAMA LOCALIZADO

BÁRBARA LARANJEIRO; JOANA BELO; OLGA CAMELO; FERNANDA ÁGUAS
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

INTRODUÇÃO

A incidência de tumores da mama agressivos tem aumentado. A quimioterapia neoadjuvante (QTNA) é essencial por permitir a realização de cirurgia conservadora da mama e biópsia de gânglio sentinela (BGS)/*targeted axillary dissection* (TAD), diminuindo a morbilidade associada ao esvaziamento axilar. Sabe-se que a obtenção de resposta patológica completa (pCR) é um fator de prognóstico importante, associado a maior sobrevivência livre de doença e sobrevivência global.

OBJETIVOS

Avaliar a resposta patológica na mama e axila em doentes com cancro da mama localizado submetidas a QTNA e cirurgia.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram incluídas todas as doentes com diagnóstico de cancro da mama localizado, que realizaram QTNA e foram submetidas a cirurgia entre 01/2023 e 01/2024 num centro hospitalar terciário. Realizou-se análise observacional retrospectiva de dados clínicos e patológicos através da consulta de processos clínicos. Os dados foram analisados no SPSS®(p<0,05).

RESULTADOS

Incluíram-se 50 doentes, com idade mediana de 53 anos (29-75). Em 78% a biópsia revelou carcinoma invasor SOE (sem outra especificação), sendo os graus 2 (54%) e 3 (40%) os mais frequentes. Quanto aos subtipos intrínsecos, verificou-se 42% (n=21) Luminal B HER2+, 18% (n=9) HER2 puro, 16% (n=8) Luminal B HER2 negativo, 16% (n=8) TNBC e 8% (n=4) Luminal A. A mediana do Ki67 foi 40% (5-100). A maioria tinha doença estágio IIA (n=23; 46%) ou IIB (n=14; 28%), sendo que 46% (n=23) tinha axila positiva (N+) ao diagnóstico: 36% (n=18) cN1, 4% (n=2) cN2 e 6% (n=3) cN3. Todas realizaram QTNA com antraciclina (52% em regime *dose dense*) e taxano. Tumores HER2+ realizaram duplo bloqueio com trastuzumab e

pertuzumab e nos TNBC foi incluída carboplatina, com pembrolizumab em casos selecionados. A maioria das doentes foi submetida a tumorectomia (60%; n=30) e BGS (58%;n=20), com uma mediana de 3 gânglios excisados (1-5).

Em 86% (n=43) das doentes verificou-se regressão do volume tumoral da mama, obtendo-se ypT0 em 46% (n=23), associada principalmente aos subtipos Luminal B HER2+ (n=10), HER2 puro (n=7) e TNBC (n=5). Quanto à resposta patológica axilar, em doentes inicialmente cN+, verificou-se ypN0 em 57% (n=13), associada principalmente aos subtipos Luminal B HER2+ (n=6) e TNBC (n=4). No total da amostra, obteve-se 44% (n=22) de pCR, mais frequente nos tumores HER2+ (n=16;73%): 46% Luminal B HER2+ (n=10) e 27% HER2 puro (n=6). Nenhum tumor Luminal A obteve pCR.

DISCUSSÃO

Nesta amostra, a QTNA associou-se a elevadas taxas de resposta patológica na mama e axila, o que permitiu a realização de cirurgia conservadora da mama e exérese ganglionar seletiva na maioria das doentes. A expressão de HER2 e o subtipo TNBC parecem relacionar-se com uma maior resposta patológica completa.

CONCLUSÕES

A QTNA é uma estratégia terapêutica com bons resultados na obtenção de resposta patológica, permitindo cirurgias menos agressivas, e um melhor prognóstico.

IMPACTO DO TEMPO DE INÍCIO DE QUIMIOTERAPIA ADJUVANTE NA SOBREVIVÊNCIA LIVRE DE DOENÇA: ESTUDO RETROSPETIVO EM DOENTES COM CARCINOMA INVASIVO DA MAMA

DANIELA GOMES; TÂNIA LEMOS; MARIA JOÃO OURA; RITA PINHO; ISABEL SOUSA
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE SÃO JOÃO E.P.E.

INTRODUÇÃO

O cancro da mama é o tumor maligno mais comum na população feminina, ainda associado a um elevado índice de mortalidade. A quimioterapia adjuvante é um dos tratamentos mais importantes, com impacto na sobrevivência livre de doença e sobrevivência global. Nos doentes de risco intermédio/alto a quimioterapia adjuvante está associada a um aumento da sobrevivência livre de recidiva. Segundo a literatura, o início da quimioterapia adjuvante superior a 90 dias após cirurgia parece estar associado a um aumento da mortalidade.

OBJETIVO

Avaliar a associação entre o momento de introdução de quimioterapia adjuvante e a sobrevivência livre de doença em doentes com carcinoma invasivo da mama.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo coorte retrospectivo foi realizado durante um período de 5 anos, entre 2015 e 2020, incluindo uma população de 387 doentes com diagnóstico de carcinoma invasivo da mama que iniciaram tratamento com quimioterapia adjuvante numa instituição de saúde. Os doentes foram divididos em dois grupos de acordo com o intervalo entre a realização de cirurgia e introdução de quimioterapia adjuvante (≤ 60 dias e > 60 dias), correlacionando-se com a sobrevivência livre de doença e sobrevivência global. A análise estatística foi realizada com recurso ao teste Kaplan-Meier e Regressão de Cox, com um intervalo de confiança de 95%.

DISCUSSÃO

Da população de 387 doentes com carcinoma invasivo da mama, 100% eram do sexo feminino, com idade média de 53,43 anos. A maioria das doentes foram diagnosticadas com carcinoma invasivo “no special type” (NST), Luminal, T1, N0 e submetidas a tratamento cirúrgico conservador. Na população em estudo, 78,8% das doentes iniciaram terapêutica com quimioterapia adjuvante no prazo de 2 meses após cirurgia e 24 doentes apresentaram progressão da doença. A sobrevivência livre de doença (SLD) mediana foi de 35 e 30 meses (log-rank test, $p= 0,056$) nas doentes que iniciaram quimioterapia adjuvante num período ≤ 60 dias e > 60 dias, respetivamente. Por seu turno, a sobrevivência global (SG) mediana foi de 56 e 46 meses (log-rank test, $p= 0,865$) nas doentes que iniciaram quimioterapia adjuvante num período ≤ 60 dias e > 60 dias, respetivamente.

CONCLUSÕES

O início precoce de quimioterapia adjuvante é de extrema importância no tratamento de doentes com carcinoma invasivo da mama. Na nossa amostra o início de quimioterapia adjuvante foi realizado dentro do período de tempo recomendado. Como seria expectável, os resultados parecem ser mais favoráveis no grupo de doentes que iniciaram terapêutica com quimioterapia adjuvante num intervalo inferior a 60 dias após realização de cirurgia, apesar dos resultados não serem estatisticamente significativos. Um maior período de follow up será necessário para reforçar os dados obtidos.

MÚTIPLAS TOXICIDADES - DESCRIÇÃO DE UM CASO CLÍNICO

**MARTA SERAFIM GONÇALVES; GONÇALO VARELA CUNHA; ISABEL VIEIRA FERNANDES;
SARA PÓVOA; EMANUEL JESUS; GABRIELA SOUSA**
INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA COIMBRA

INTRODUÇÃO

As terapêuticas sistêmicas em Oncologia podem estar associadas a toxicidades ou efeitos adversos que condicionam a sua continuidade. O perfil de toxicidades difere entre os vários citostáticos, agentes de imunoterapia e terapias alvo.

O caso descreve um doente com múltiplas toxicidades durante o tratamento sistémico para cancro do pulmão de células não-pequenas localmente avançado.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo feminino, 55 anos, ex-fumadora com 30 UMA, com história familiar de cancro do pulmão, cancro da cabeça e pescoço, cancro da bexiga e cancro gástrico. Iniciou acompanhamento pela Oncologia Médica por Adenocarcinoma do Pulmão, PD-L1 3%, cT4 cN2 cM0, estágio IIIB (AJCC 8ª edição), irressecável, com proposta de quimio-radioterapia concomitantes, segundo esquema Etoposido 50mg/M2 (D1-D5 e D29-33) em associação a Cisplatina 50 mg/m2 (D1, D8, D29, D36). Após o 1º ciclo de quimioterapia apresentou náuseas G2 apesar de terapêutica anti-emética. Apresentou toxicidade hematológica (anemia grau 2 e neutropenia grau 2) e interrompeu quimioterapia, continuando o tratamento de radioterapia até perfazer a dose 66Gy/33fr. A TC torácica e abdominal de reavaliação evidenciou resposta parcial e a doente iniciou imunoterapia com Durvalumab 10mg/kg, 14-14 dias. Após o 2º ciclo apresentou pneumonite grau 1 e hipertireoidismo grau 2. Foi avaliada por Endocrinologia e iniciou Metibasol 2id. Após o 4º ciclo, apresentou rash grau 2 nos quadrantes inferiores do abdómen e posteriormente coxas, dorso e membros superiores e interrompeu o

Durvalumab. Reiniciou o tratamento após fase aguda do rash. Após o 10º ciclo iniciou novo rash grau 1 nos membros inferiores e no membro superior esquerdo. Posteriormente apresentou hipotireoidismo sintomático a condicionar nova interrupção de tratamento. Retomou Durvalumab após resolução das toxicidades descritas. Após o 19º ciclo apresentou herpes zoster, foi medicada com Valanciclovir e Gabapentina e interrompida a imunoterapia. Reiniciou Durvalumab e desde então tem feito os ciclos de acordo com o calendarizado. Até ao final de fevereiro de 2024, completou 23 ciclos de Durvalumab com plano de continuidade até perfazer 1 ano de tratamento.

DISCUSSÃO

Quando se inicia terapêutica sistémica oncológica é fundamental que os doentes sejam monitorizados regularmente através de pesquisa de sintomas, exame objetivo cuidado e controlo analítico por profissionais de saúde experientes. Os doentes devem ser consciencializados para os possíveis efeitos adversos e instruídos a relatar prontamente ao profissional de saúde de modo a suspender ou interromper as terapêuticas se necessário. A toxicidade dos citostáticos e da imunoterapia pode variar entre os diferentes indivíduos e por isso, a comunicação eficaz entre o doente e a equipa médica é crucial para gerir eventuais efeitos colaterais e avaliar cuidadosamente o risco-benefício da continuidade dos tratamentos.

TRATAMENTO COM IBRUTINIB: UMA ANÁLISE RETROSPECTIVA ÀS PRINCIPAIS TOXICIDADES NA PRÁTICA CLÍNICA

JOANA SIMÕES¹; FÁBIO GLÓRIA¹; ANDREIA COLAÇO¹; JOSÉ BRANCO¹; CAROLINA MARQUES¹; MARIA ROSADO¹; ALEXANDRA MADUREIRA²; JOÃO SANTOS³; DOLORES PRUDÊNCIO⁴; ANDREIA LOBA⁴; MIRIAM CAPOULAS¹; CLÁUDIA SANTOS¹

¹ HOSPITAL DA LUZ LISBOA

² HOSPITAL DA LUZ ARRÁBIDA

³ HOSPITAL DA LUZ SETÚBAL

⁴ HOSPITAL DA LUZ CLÍNICA DE OEIRAS

INTRODUÇÃO

O ibrutinib teve um papel revolucionário no *standard of care* das doenças hemato-oncológicas, com aumento da sobrevivência e diminuição de toxicidade associada à quimioterapia endovenosa.

Contudo, a prevalência de diferentes toxicidades é um tema cada vez mais relevante, existindo dados de vida real que demonstram taxas de suspensão de tratamento entre 25-51%.

OBJETIVOS

Caracterizar o perfil de segurança do tratamento com ibrutinib em doentes hemato-oncológicos seguidos num contexto de setor privado da saúde, e determinar as taxas de suspensão, ajustes de dose ou manutenção de tratamento.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo dos doentes tratados com ibrutinib entre julho/2018 e janeiro/2024, com caracterização quanto ao género, idade, período do tratamento, existência de fatores de risco prévios, toxicidades descritas após o início do tratamento e ações tomadas perante as mesmas. A informação foi recolhida com recurso ao diário clínico informático, sendo posteriormente registada e analisada em Excel.

As toxicidades a analisar foram definidas com base em bibliografia e dados recolhidos no âmbito de consulta farmacêutica, sendo estas a ocorrência de arritmias cardíacas (AC), hipertensão arterial (HTA), hemorragias, infeções e toxicidades cutâneas (TC).

RESULTADOS

Foram incluídos 18 doentes, 55,6% do género feminino (n=10), idade média de 80 anos, 94,4% com *Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status* <2 (n=17), tempo médio de tratamento de 22 meses, sendo que 66,7% ainda se encontram em tratamento (n=12).

83,3% da população apresentou toxicidade (n=15), sendo que a média observada foi de 1,3 eventos por doente. Identificaram-se 9 doentes com manifestações de infeções (50%), 5 com AC (27,8%), 5 com TC (27,8%), 3 com eventos de hemorragias (16,7%) e 1 caso de HTA (5,6%).

Ocorreram 23 eventos adversos, sendo o mais prevalente a ocorrência de infeções (39,1 %; n= 9), seguido de HTA e TC, com 21,7% cada (n=5).

33,3 % dos doentes suspenderam o tratamento (n=6), 11,1 % tiveram redução de dose (n=2) e 55,6% mantiveram o tratamento. Os eventos com maiores taxas de suspensão foram as TC e hemorragias, com 33,3% (n=2) cada.

DISCUSSÃO

Comparando com o RCM, verifica-se que a prevalência de infeções no nosso estudo enquadra-se com a bibliografia (50% versus 51%). No que diz respeito aos eventos de AC e de TC, o estudo revela um resultado de 27,8% para ambos os eventos, face aos valores de 12 e 15%, respetivamente, descritos em RCM.

CONCLUSÕES

Observou-se elevada prevalência de toxicidades nos doentes do estudo, ainda que a maioria mantenha o tratamento com ibrutinib. Considera-se que na população estudada, a existência de fatores de risco prévios não teve um impacto considerável.

A existência de estratégias para prevenção e minimização das intolerâncias reportadas são de extrema importância, maximizando a eficácia obtida e evitando as suspensões de tratamento.

GEMCITABINA-NABPACLITAXEL NO ADENOCARCINOMA DO PÂNCREAS METASTIZADO - A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

RAFAEL MARQUES; RITA ARANHA; FILIPE VEIGA; VIKTOR MALYARCHUK; CECÍLIA CARAMUJO; CATARINA RODRIGUES; MANUELA MACHADO

CENTRO HOSPITALAR ENTRE DOURO E VOUGA E.P.E

INTRODUÇÃO

A maioria dos doentes com diagnóstico de adenocarcinoma pancreático (CP) apresentam-se ao diagnóstico com doença avançada/ metastizada, sendo a quimioterapia (QT) o tratamento padrão. Os esquemas de QT FOLFIRINOX e gemcitabina-nabpaclitaxel (GemNAB) correspondem aos tratamentos mais frequentemente utilizados em doentes *fit*.

OBJETIVOS

Caracterizar os doentes com carcinoma pancreático metastizado (CPm) a realizar QT paliativa com GemNAB, em 1ª ou 2ª linha, na consulta de oncologia de um centro hospitalar, assim como avaliar a sobrevivência global (SG) e sobrevivência livre de progressão (SLP).

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo de coorte retrospectivo dos doentes com CPm submetidos a QT com GemNab entre outubro de 2014 a dezembro de 2023. Análise das características da doença e dos doentes, bem como avaliar os dados de SG e SLP recorrendo ao SPSS v.27; $p < 0,05$ considerado como estatisticamente significativo.

RESULTADOS

No total, foram analisados 14 doentes, com idade mediana ao diagnóstico de CP de 69,5 anos (AIQ 13,17) e com performance status mediano de 1.

Ao diagnóstico de CP, 64,3% (n=9) apresentavam doença não metastizada, sendo que 7 foram submetidos a cirurgia; nestes doentes a mediana de tempo até metastização foi de 9 meses (AIQ 18). Os locais mais frequentes de metastização foram hepática (50%), peritoneal (21,4%), pulmonar (14,3%) e óssea (7,1%).

No tratamento de primeira linha do CPm, o esquema GemNAB foi utilizado em 8 doentes, a maioria do género masculino (87,5%), com idade mediana 73,5 anos (AIQ 7,75) e ECOG mediano de 1. Os doentes

realizaram, em mediana, 6 ciclos de tratamento (AIQ 4,25) sendo que 3 suspenderam QT por apresentarem progressão da doença (37,5%), 2 apresentaram toxicidade limitante e os restantes 3 doentes encontram-se em vigilância.

A mediana SG foi de 10,5 meses (AIQ 2) e a mediana SLP de 10,5 meses (AIQ 11,75).

Relativamente ao uso do esquema GemNAB em 2ª linha paliativa, este foi utilizado em 6 doentes, 50% dos quais eram do género masculino, idade mediana de 61,5 anos (AIQ 10,25) e ECOG mediano de 1. Foram realizados, em mediana, 5 ciclos (AIQ 4), tendo sido suspenso tratamento em 50% dos doentes por progressão da doença, e nos restantes 50% por toxicidade limitante de tratamento (neuropatia periférica). As medianas de SG e SLP foram de 8 meses (AIQ 8) e 5 meses (AIQ 2,75), respetivamente.

DISCUSSÃO

Este estudo, apesar de não estatisticamente significativo, corrobora o benefício do tratamento com GemNAB em doentes de vida real, com resultados de SG semelhantes aos relatados no estudo de fase III MPACT. No entanto, diversas limitações foram identificadas: estudo observacional retrospectivo, que pode afetar a avaliação da eficácia do tratamento e o tamanho da amostra pequeno.

CONCLUSÃO

Os nossos dados sugerem que o GemNAB é uma opção terapêutica eficaz, não devendo ser esquecida a monitorização das toxicidades.

UM CASO DE DIPLOPIA NO FUTEBOL: MAU PERDER OU TOXICIDADE NEUROMUSCULAR A PEMBROLIZUMAB?

INÊS MARQUES DE SOUSA; ANA RITA FREITAS; TIAGO CRUZ TOMÁS

HOSPITAL DR. FERNANDO DA FONSECA - AMADORA/SINTRA

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento da imunoterapia tem criado oportunidades terapêuticas inalcançáveis pelos métodos mais convencionais. A sua utilização não é inócua: a toxicidade neuromuscular tem uma incidência de cerca de 5% (periférica, sobretudo), embora menos frequente que a toxicidade gastrointestinal, hepática ou pulmonar.

CASO CLÍNICO

Homem de 70 anos, com diagnóstico conhecido de Carcinoma de Células Renais do rim esquerdo, subtipo de células claras, desde 2021. O estadiamento documentou doença localizada, sendo submetido a nefrectomia parcial (pT1bNxM0 R1) e ficado em vigilância. Em dezembro de 2022, detetou-se recidiva locorregional (4 nódulos peritoneais exofíticos pericentimétricos no espaço perirrenal) e completou nefrectomia radical, com exérese total das lesões (rpT3aN0M1). Durante o seguimento, em agosto de 2023, teve nova recidiva locorregional: 5 nódulos no espaço perirrenal (2 adjacentes ao músculo psoas, o maior com 36x34x24mm; outro, de dimensões semelhantes, adjacente à cicatriz cutânea; outros 2 pericentimétricos) e 1 nódulo hepático de 16mm. Estabelecido risco intermédio de IMDC, optou-se por tratamento sistémico (Pembrolizumab e Axitinib) para maior taxa de resposta, considerando-se possibilidade cirúrgica posterior se citorredução adequada. Após o 1.º ciclo, iniciado em outubro de 2023, constatou-se aumento das transaminases e TSH isolada, denunciando toxicidade incipiente. Após o 2.º ciclo, o doente desenvolveu um quadro de oftalmoparesia completa com paralisia da musculatura ocular extrínseca e ptose palpebral bilateral, disфонia e disfagia. Após diplopia (sentida pelo doente enquanto assistia a um jogo de futebol) realizou-se TC-CE e órbitas, sem alterações correlacionáveis. Por suspeita de toxicidade neuromuscular a Pembrolizumab, foi suspenso e iniciou terapêutica com Metilprednisolona 1mg/kg/dia. Verificou-se aumento de CK (866 U/L) e do anticorpo anti-recetor de acetilcolina (14ng/dL) suspeitando-se de um possível síndrome miasténico induzido por Pembrolizumab, que, embora raro, se encontram descritos.

Após um mês de suspensão de Pembrolizumab, houve reversão da toxicidade hepática e tiroideia, em 4 semanas, e do quadro neuromuscular, em 8 semanas. Propôs-se retomar a 1.ª linha paliativa, desta vez com Pazopanib, que tolera até à data sem toxicidades relevantes.

CONCLUSÕES

A toxicidade neuromuscular é um efeito secundário raro descrito para Pembrolizumab, 3 a 4 meses após ser iniciado. Neste caso, foi constatada no 1.º mês de tratamento. É, por isso, fundamental estar alerta para a sua diversidade de manifestações clínicas, pois poderá ser necessário, consoante o grau de toxicidade, interromper o tratamento e iniciar precocemente corticoterapia.

PERFIL CLÍNICO E GENÉTICO DA SÍNDROME DE LYNCH: ANÁLISE DA CASUÍSTICA HOSPITALAR

RITA REGO FREITAS; INÊS MARQUES DE SOUSA; AURORA ZANGA; RICARDO FERREIRA;
TELMA MARTINS; TIAGO TOMÁS; MICHELLE SILVA; ANDREIA CHAVES; CATARINA MACHADO
HOSPITAL DR. FERNANDO DA FONSECA - AMADORA/SINTRA

INTRODUÇÃO

A síndrome de Lynch é uma condição de predisposição oncológica de hereditariedade autossómica dominante, causada por um défice nos genes das proteínas de reparação de DNA, com variantes patogénicas heterozigóticas da linhagem germinativa nos genes MLH1, MSH1, MSH2 ou PMS2, ou pela perda de expressão MSH2 pela deleção no EPCAM. É caracterizada por um risco aumentado de tumores malignos - cancro colorretal (CCR), endométrio, ovário, estômago, intestino delgado, trato urinário, trato biliar, sistema nervoso central, pele, pâncreas e próstata. O risco de desenvolvimento destes tumores e a idade variam de acordo com o gene associado.

OBJETIVOS

Caracterizar a população de doentes com Síndrome de Lynch seguidos em Oncologia e Genética Médica.

MATERIAIS E MÉTODOS

Análise retrospectiva dos doentes referenciados à consulta de Genética com suspeita desta síndrome, e caracterização da população com rastreio positivo e simultaneamente diagnóstico oncológico, através da consulta do processo clínico informático.

RESULTADOS

De um total de 65 doentes (dts) referenciados a consulta de genética entre 2020 e 2023, apenas 12 tiveram a confirmação do diagnóstico de S. Lynch com neoplasia maligna. Destes doentes (8 mulheres, 4 homens), a mediana de idade de aparecimento do primeiro tumor foi aos 44.5 anos (25-57). Oito deles tiveram o diagnóstico CCR, 2 com diagnóstico de cancro da mama, 1 neoplasia gástrica e 1 tumor da bexiga. Em 66.7% dos casos o diagnóstico foi feito por sintomas, e apenas um doente foi diagnosticado com doença avançada em estadio IV. A média de número

de familiares afetados com doença oncológica era de 1.8. Apenas 2 doentes tiveram um diagnóstico de 2º tumor (ampola e endométrio), a última também com um diagnóstico de neoplasia da mama. A alteração genética encontrada mais frequentemente foi no MSH2. Dois doentes foram submetidos a colectomia profilática e duas doentes a cirurgia ginecológica profilática.

DISCUSSÃO

Esses resultados mostram a importância da identificação precoce e do acompanhamento destes doentes, pela sua complexidade e risco acrescido de neoplasias malignas, de maneira a orientar a prevenção e os tratamentos adequados. A prevalência de genes mutados é consistente com a literatura, com a maior frequência de mutações ocorrendo no gene MSH2, bem como da neoplasia mais frequentemente detetada, o CCR.

CONCLUSÕES

O número de doentes confirmados espelha a necessidade de definição de critérios de referenciação e encaminhamento para consulta de genética em casos suspeitos, com eventual implementação de protocolos hospitalares.

TUMORES CARCINÓIDES DO APÊNDICE: O SEGREDO NOS DETALHES?

JOÃO ARAÚJO; TIAGO BARROSO; ANA FERREIRA; LISA GONÇALVES; CAROLINA MONTEIRO;
VANESSA PATEL; SARA DÂMASO; GONÇALO NOGUEIRA DA COSTA; LUIS COSTA
CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE, E.P.E.

INTRODUÇÃO

Os Tumores Neuroendócrinos do Apêndice (TNA) constituem uma entidade rara cuja incidência estimada é de 7 casos por 100.000 habitantes. São sobretudo um achado patológico em cerca de 0.5 a 1% das apendicectomias. A sua abordagem é controversa devendo, segundo a NCCN, a hemicolectomia direita (HD) ser considerada em doença localizada na presença de fatores de risco tais como invasão linfovascular (ILV), invasão do mesoapêndice (IMA) sendo a profundidade de invasão relevante na decisão para alguns autores, dimensão >2cm, margens positivas ou doença ganglionar.

OBJETIVOS

Expor a casuística de um centro de uma entidade rara e promover a divulgação das características clínicas e patológicas relevantes para a sua abordagem.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram analisados todos os casos de TNA em seguimento na instituição com diagnóstico entre 01/02/19 a 01/02/24. Foram dados clínicos, patológicos e de follow-up.

RESULTADOS

Foram obtidos um total de 7 doentes seguidos por TNA. A idade ao diagnóstico encontrava-se entre os 17 e 60 anos com uma mediana de 32 anos. Clínica de apendicite ocorreu em 5 dos doentes tendo sido esse o precipitante do diagnóstico. Todos os doentes foram intervencionados sendo que 6 foram submetidos a Apendicectomia e um a HD. A anatomopatologia revelou que todos os TNA tinham entre 5 e 8mm de dimensão e envolvimento da subserosa pelo que foram classificados como pT3. Nenhum apresentava doença à distância. Todos tinham um G1 de diferenciação com Ki67 < 3% (apenas um dos casos não tinha este último dado). A IMA apenas foi analisada em 3 dos casos sendo que, destes, 2 apresentavam invasão (<2mm). Nenhum apresentava ILV ou perineural à exceção de um caso que não apresentava informação sobre invasão perineural. Todos se encontravam em vigilância após abordagem cirúrgica inicial com um tempo de follow-up entre 3 e 61 meses, não se relatando qualquer recidiva.

DISCUSSÃO

Os dados obtidos fundamentam os TNA como achados fundamentalmente incidentais e com reduzido potencial de metastização. Apesar de todos terem <2cm, sua patologia apresentou IMA em 2 dos 3 casos analisados. Este facto aliado à parca evidência existente, tornam difícil apurar o real benefício da HD nestes doentes. Apesar do follow-up médio rondar 31 meses não ocorreu qualquer caso de recidiva, sendo que a vigilância nos tumores de baixo risco não é mandatária.

CONCLUSÕES

Os TNA são uma entidade rara, de bom prognóstico, cuja prevalência é provavelmente superior ao estimado. Ocorrem sobretudo em jovens pelo que a implicação etiológica na apendicite aguda, que tipicamente motiva o seu diagnóstico, é difícil de estabelecer. O número reduzido em seguimento, mesmo num centro de referência, torna imperativa a consciencialização para a relevância da obtenção de dados clínico-patológicos detalhados que, em esforço com outros centros, permitam obter evidência forte que cimente algoritmos terapêuticos.

PNEUMONITE ASSOCIADA A TAXANOS EM CONTEXTO DE NEOADJUVÂNCIA EM DOENTES COM CANCRO DE MAMA - EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO CLÍNICO

JOANA ALVES LUÍS; JOANA AFONSO PINTO; DANIELA MACEDO; ANA JOÃO PIÇARRA;
RICARDO LUZ; PAULO CORTES
HOSPITAL LUSÍADAS LISBOA

INTRODUÇÃO

A Pneumonite associada a taxanos é uma complicação relevante que, embora rara, pode ocorrer em 1-5% dos doentes. Tal facto, torna-se relevante em contexto de neoadjuvância nos doentes com neoplasia da mama, onde a quimioterapia (QT) desempenha um papel crucial na resposta tumoral e resultados cirúrgicos.

OBJETIVO

Avaliar incidência e impacto na resposta tumoral em doentes com neoplasia da mama sob paclitaxel em neoadjuvância que desenvolveram pneumonite.

MATERIAIS E MÉTODOS

Numa série de 250 doentes com neoplasia da mama, sob QT com paclitaxel, entre janeiro de 2021 e dezembro de 2023, foram selecionadas as que desenvolveram pneumonite em contexto de neoadjuvância.

RESULTADOS

Das 250 doentes com neoplasia da mama sob QT com paclitaxel, 30 desenvolveram pneumonite, 17 em contexto de neoadjuvância. Apenas uma ocorreu após término de QT. Reinício de QT com taxano, foi realizado em 58,8% das doentes, 47% com nab-paclitaxel e 11,8% com paclitaxel. No grupo que retomou QT com paclitaxel, três apresentaram resposta completa (RC) na peça operatória, quatro resposta parcial e três encontram-se à data a aguardar cirurgia. Das doentes que avançaram para cirurgia (seis doentes), em duas foi objetivada RC na peça operatória. No que diz respeito a fatores de risco (FR), três das doentes tinham idade superior a 65 anos e quatro histórico de hábitos tabágicos. Nenhuma doente apresentou recorrência de pneumonite ou morte após reinício de QT com taxano.

DISCUSSÃO

A incidência de 12% de pneumonite associada a taxano nesta amostra é muito díspar do descrito na literatura. Tentámos encontrar razões que explicassem a incidência crescente e pensamos que possa existir maior risco em mulheres de idade avançada e tabagismo prévio configurando fragilidade pulmonar. O contexto de/pós pandemia imediato poderá contribuir para os resultados, contudo não temos dados sobre infeção prévia a SARS-CoV2.

A escolha de retomar QT em mais de metade dos casos sugere a importância de tentar dar continuidade ao tratamento, quando se consegue o controlo e/ou reversão dos eventos adversos. A identificação de FR, contribui para a compreensão desta complicação, embora haja necessidade de estudos mais completos.

A ausência de recorrência de pneumonite ou eventos fatais após o reinício da QT é um resultado encorajador, sugerindo que a sua reintrodução pode ser realizada com segurança.

CONCLUSÃO

Esta análise destaca a importância da vigilância e abordagem cuidadosa perante o desenvolvimento de pneumonite associada a taxanos. Apesar da incidência relativamente alta, os resultados positivos após o reinício da QT, demonstram a possibilidade de gestão eficiente desta complicação, através da abordagem clínica individualizada.

Torna-se imperativo análises futuras que aprofundem o conhecimento nesta área a fim de elucidar sobre os potenciais FR, estratégias de prevenção e otimização da abordagem clínica destes doentes.

EFICAZ E DURADOURA: IMUNOTERAPIA PALIATIVA NO TRATAMENTO DO CANCRO COLORRETAL METASTIZADO COM INSTABILIDADE DE MICROSSATÉLITES

INÊS BAPTISTA FREITAS; ISABEL VILAS-BOAS; RICARDO PINTO; MARIA JOÃO SILVA
INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA PORTO

INTRODUÇÃO

O cancro colorretal (CCR) representa cerca de 10% dos casos de cancro a nível mundial e é a quarta causa mais comum de morte por cancro. Nos últimos anos, assistimos à mudança de paradigma do tratamento num subgrupo destes doentes com a introdução da imunoterapia em contexto metastático.

CASO CLÍNICO

Homem de 71 anos, ECOG-PS 0 e fumador, apresentou em dezembro de 2021 um quadro de oclusão intestinal, tendo sido submetido de urgência a uma hemicolectomia direita. A histologia da peça operatória revelou o diagnóstico de um adenocarcinoma do colón direito de alto grau, com invasão linfovascular, venosa e perineural e com estadio IIIc (pT3 N2b R0 M0). Completou tratamento de quimioterapia adjuvante com FOLFOX até agosto de 2022, tendo feito os últimos dois ciclos sem oxaliplatino por neuropatia grau 1 persistente. Realizou tomografia computadorizada (TC) de vigilância em agosto de 2022 que revelou a presença de prováveis implantes peritoneais e de uma adenopatia latero-aórtica esquerda. Complementou estudo com PET-TC que confirmou a metastização peritoneal e ganglionar. A avaliação em consulta de grupo multidisciplinar de doença peritoneal considerou ausência de indicação para cirurgia de citorredução com quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC), dada a metastização extraperitoneal.

Assumiu-se recidiva de doença sob esquema FOLFOX e foi identificado fenótipo de instabilidade de microssatélites (MSI) com perda de expressão dos genes MLH1 e PMS2 e ausência de mutações oncogénicas nos genes RAS e BRAF. Posto isto, foi proposto tratamento sistémico paliativo de segunda linha com Ipilimumab associado a Nivolumab. Cumpriu 4 ciclos de dezembro de 2022 a fevereiro de 2023, ficando posteriormente com terapêutica de manutenção com Nivolumab. Apresentou excelente tolerância, sem eventos adversos associados à terapêutica e com ganho ponderal de 10 quilogramas.

Obteve resposta parcial como melhor resposta em TC de abril de 2023, com regressão de massas metastáticas no flanco direito e de adenomegalias do abdómen superior e lomboaórticas. Manteve doença estável em reavaliação imagiológica com TC de julho e novembro de 2023, mantendo-se ainda sob nivolumab com boa tolerância e tendo cumprido até ao momento 14 meses de tratamento com imunoterapia.

CONCLUSÃO

A completa caracterização molecular no CCR metastático é essencial para a seleção da melhor sequência de tratamentos para cada doente. A imunoterapia com a combinação Ipilimumab-Nivolumab é uma opção de tratamento paliativo nos doentes com CCR com fenótipo MSI e progressão após tratamento de primeira linha. Este caso ilustra o potencial desta estratégia terapêutica na doença quimio-refratária, com óptima relação risco-benefício clínico, tendo o doente atualmente uma sobrevivência global expectável de 26 meses e um intervalo livre de progressão de 18 meses, com ganho significativo na qualidade de vida.

APRESENTAÇÃO TENEBROSA DE MELANOMA OCULTO

**INÊS BAPTISTA FREITAS¹; RITA NOVERSA DE SOUSA²; ADRIANA HENRIQUES³;
RAQUEL MACHADO NEVES²; LUÍSA GUERREIRO²**

¹ INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA PORTO

² UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, S.A

³ CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

Doente de sexo feminino de 45 anos e ECOG-PS 0, previamente saudável, recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por desconforto epigástrico, dispepsia e disfagia refratários a toma de inibidor de bomba de prótons, com 2 meses de evolução, e dorsalgia pleurítica, dispneia progressiva para esforços e ortopneia há 1 mês. À admissão no SU, encontrava-se taquicárdica e com crepitações bibasais à auscultação pulmonar. Do estudo inicial, salienta-se taquicardia sinusal, alcalemia respiratória, NT-ProBNP 1146.5pg/mL, LDH 720 U/L, fator reumatóide 69 UI/mL, parâmetros inflamatórios negativos e serologias víricas e hemoculturas negativas. Realizou TC-TAP que revelou derrame pericárdico de moderado volume, discretos derrames pleurais bilateralmente, nódulo pulmonar no segmento lateral do lobo médio, infiltrado pulmonar "crazy-paving" e adenopatias supradiafragmáticas. O ecocardiograma confirmou derrame pericárdico de moderado volume e hipertrofia concêntrica marcada do ventrículo esquerdo. Realizou pericardiocentese urgente com drenagem de 500 mililitros de líquido cítrico com características de exsudado. Ficou internada na Unidade de Cuidados Intermédios para estudo e orientação terapêutica.

Durante o internamento, apresentou derrame pericárdico recidivante sem compromisso hemodinâmico em ecocardiogramas seriados, apesar de terapêutica com colchicina, ibuprofeno e diurético. A ressonância magnética cardíaca documentou cardiopatia infiltrativa de etiologia inespecífica. Além disso, desenvolveu insuficiência respiratória hipoxémica por hipervolemia refratária a terapêutica diurética e posterior agravamento de infiltrado intersticial sugestivo de linfangite carcinomatosa. Foi iniciada corticoterapia e realizada toracocentese evacuadora, porém evoluiu com agravamento franco da insuficiência respiratória com necessidade de oxigenoterapia de alto fluxo e transferência para Serviço de Medicina Intensiva. Aí, foi realizada toracoscopia exploradora com drenagem de derrame pleural e janela pericárdica, sem melhoria significativa.

Do extenso estudo etiológico realizado, foi possível excluir vasto painel de etiologias infecciosas, imunes e granulomatosas. O resultado anatomopatológico de biópsias de adenopatia supra-clavicular e de lesão endobrônquica revelou envolvimento metastático com imunohistoquímica sugestiva de melanoma. Salienta-se que a doente não apresentava quaisquer alterações cutâneas, orofaríngeas e endoscópicas suspeitas de melanoma. Face a este resultado, enquadrrou-se o quadro clínico em contexto paraneoplásico de melanoma primário oculto. A pesquisa de genética molecular da neoplasia revelou mutação oncogénica V600E no gene BRAF, tendo iniciado dabrafenib e trametinib. Contudo, a doente veio a falecer na semana seguinte por insuficiência respiratória grave refratária.

DESAFIOS NO TRATAMENTO NEOADJUVANTE DO CARCINOMA ESCAMOSO DO ESÓFAGO E JUNÇÃO ESÓFAGO GÁSTRICA EM DOENTE COM INSTABILIDADE DE MICROSSATÉLITES

INÊS MARGARIDO; RITA PEREIRA NETO; MARIANA CÂMARA; GIL PRAZERES;
JORGE CORREIA; LUÍS MASCARENHAS; MIGUEL RAMALHO; MARÍLIA CRAVO;
TÂNIA RODRIGUES; JOSÉ PASSOS COELHO
HOSPITAL DA LUZ LISBOA

INTRODUÇÃO

O carcinoma escamoso do esófago e da junção esofagogástrica (JEG) é uma neoplasia relativamente rara representando 6% das neoplasias gastrointestinais, mas com alta morbidade e mortalidade. A identificação de características moleculares específicas em certos subtipos deste cancro tem mudado o paradigma do tratamento. Um desses subtipos é caracterizado pela instabilidade de microssatélites (MSI-H), sendo que estes tumores têm uma resposta favorável à imunoterapia em vários tipos de cancro.

CASO CLÍNICO

Mulher de 76 anos, ECOG PS1, sem antecedentes familiares de relevo, diagnosticada em julho de 2021 com adenocarcinoma (ADC) do reto baixo, estágio cT3N2M0. Cumpriu QRT neoadjuvante tendo, na reavaliação por ressonância magnética às 8 semanas, resposta classificada como TRG3. Foi proposta amputação abdomino-peritoneal que a doente recusou. Oito meses depois, a retoscopia revelou recrescimento do ADC do reto, documentado com biópsia tendo então realizado amputação abomino-perineal, mas na peça operatoria não havia tumor residual.

No seguimento imagiológico é detetado aumento da dimensão de micronódulos pulmonares presentes desde o re-estadiamento pré-operatório do ADC reto. Por isso, 18 meses após o diagnóstico de ADC do reto, é realizado PET-CT que detetou lesão hiperfixante do corpo e fundo gástrico sugestiva de neoplasia maligna, que motivou endoscopia digestiva alta com documentação de neoplasia gástrica ulcerada, com envolvimento da junção esófago-gástrica (JEG) e extensão ao fundo, e múltiplos pólipos sésseis no corpo. A biópsia da neoplasia da JEG e estômago diagnosticou um carcinoma

escamoso, moderadamente diferenciado, com perda de expressão de MSH2 e MSH6, PDL1 de 70% por CPS, estadiado como cT3N+M0. Foi proposta QTRT neoadjuvante seguida de cirurgia, que doente recusou. Por isso, optou-se por terapêutica neoadjuvante (*off-label*) com nivolumab e ipilimumab.

Na avaliação inicial de resposta por TC TAP e, posteriormente, por EDA com biópsia e PET-CT 4 semanas após o fim da terapêutica, documentaram resposta completa. Perante nova recusa de cirurgia pela doente, manteve-se vigilância trimestral com PET-CT e endoscopia com biópsias.

Nove meses após fim da terapêutica "neoadjuvante" mantém-se sem evidência de doença. Fez estudo genético por *next generation sequencing* do carcinoma da JEG, que confirmou a existência de instabilidade de microssatélites (MSI-H) e mutação do *MSH2*. A revisão de lâminas do ADC do reto documentou também perda de expressão de MSH2 e MSH6. Aguarda-se resultado da pesquisa de mutações germinativas do *MSH2*.

CONCLUSÃO

Este caso clínico ilustra a complexidade do tratamento de carcinomas MSI-H do esófago, JEG e estômago, destacando a necessidade de abordagem multidisciplinar e personalizada que integre as características moleculares do tumor com impacto terapêutico, como a imunoterapia.

CARCINOMA DE PEQUENAS CÉLULAS DO COLO UTERINO

FERNANDO KELLEN; PEDRO MEIRELES, ANA SOFIA OPINIÃO
INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA LISBOA

INTRODUÇÃO

O carcinoma do colo uterino está entre os tumores ginecológicos mais prevalentes do mundo. Este facto deve-se em grande parte aos países em vias de desenvolvimento, que não têm planos de rastreio e prevenção adequados, nomeadamente no que toca à infeção pelo HPV.

Será descrita a evolução e tratamento de uma doente com diagnóstico de carcinoma neuroendócrino de pequenas células do colo do útero, uma histologia particularmente rara e agressiva.

DISCUSSÃO

Apresenta-se o caso de uma mulher de 52 anos, com diagnóstico inaugural de carcinoma neuroendócrino de pequenas células do colo do útero (HPV 18 e 45+), estágio IB3, com hemorragia uterina anómala, dor pélvica e hiponatremia (126mmol/L) em contexto de SIADH paraneoplásico. Foi proposta para tratamento com quimiorradioterapia definitiva (com cisplatina e etoposido concomitantes), seguida de quimioterapia adjuvante.

Após o primeiro ciclo de quimioterapia, verificou-se resposta radiológica significativa, com necessidade de replaneamento do tratamento de radioterapia, bem como resolução da hiponatremia.

Realizou IMRT, 45Gy/25fr sobre a pelvis e região lombo-aórtica, e boost com braquiterapia intracavitária e intrauterina com a dose total de 24Gy/3fr.

Cumpriu 2 ciclos de cisplatina e etoposido em contexto adjuvante. Antes do 3º ciclo, por alterações mnésicas e de linguagem marcadas, foi solicitada TC-CE urgente que demonstrou 2 lesões cerebrais (uma frontal esquerda e outra temporal esquerda), tendo sido abordada a lesão temporal por neurocirurgia (histologia compatível com metástase do tumor primário). Na reavaliação imagiológica, e após discussão em painel de radioterapia, foi proposta para RT holocraniana com poupança do hipocampo, com 30Gy/10Fr.

Realizou TC-TAP de reavaliação que demonstrou redução franca do tumor do colo do útero, sem [AO1] outra evidência de metastização.

Verificou-se deterioração progressiva do estado funcional. Três meses depois, foi novamente internada com queixas de desequilíbrio da marcha e parestesias. Realizou RM do neuroeixo que revelou volumosas massas metastáticas captantes intracanales (subaracnoideias e eventualmente medulares) cervico-dorsais e na cavidade siringomiélica entre C2 e D9, sem lesões ósseas. Foi ativada unidade de assistência domiciliária. A doente faleceu 10 meses após o início de tratamento, bem paliada, com acesso a cuidados de fim de vida.

CONCLUSÃO

O carcinoma de pequenas células do colo uterino é uma entidade rara, correspondendo a menos de 2% dos casos de cancro do colo do útero. Ao contrário de outras histologias mais habituais, como o carcinoma pavimentocelular ou adenocarcinoma, os tumores neuroendócrinos apresentam um risco elevado de metastização hematogénea, mesmo quando a doença está clinicamente limitada ao colo. A abordagem destes casos é [AO2] geralmente multimodal e deverá ser sempre discutida em contexto multidisciplinar.

DIFERENCIAÇÃO NEUROENDÓCRINA DE ADENOCARCINOMA DA PRÓSTATA

NÍDIA MALTEZ CUNHA; DANIEL BANDARRA; FILIPA SIMÕES; JOSÉ ALMEIDA FERREIRA; ANA JÚLIA AREDE; CIDÁLIA PINTO

CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE

O cancro neuroendócrino da próstata, é raro e manifesta prognóstico desfavorável, ~48% morrem em menos de 1 ano, face ao prognóstico inicial de cancro da próstata em estágio IV com mediana de sobrevivências superior a 50 meses. A diferenciação neuroendócrina surge após terapêutica de supressão androgénica em pacientes com adenocarcinoma de próstata, nas fases de resistência à castração. Estes tumores podem exibir negatividade para recetores androgénicos, variabilidade morfológica incluindo características de carcinoma de pequenas células ou misturas de adenocarcinoma, e expressão de marcadores neuroendócrinos como cromogranina e sinaptofisina, frequentemente associados a baixos níveis de antígeno prostático específico (PSA) e um curso clínico agressivo.

Paciente do género masculino, 73 anos, ECOG-PS 0, com diagnóstico em outubro de 2020 de adenocarcinoma da próstata bilateral, pouco diferenciado, PSAi de 16.7 ng/ml, Gleason 9 (4+5), metastização óssea e ganglionar extensa, sem envolvimento visceral, classificado como estágio IV. Por doença de elevado volume cumpriu 6 ciclos de quimioterapia (QT) com docetaxel além da terapêutica de supressão androgénica, alcançando um PSA <0.1ng/mL. Em novembro de 2022, observou-se progressão com lesão renal aguda obstrutiva, necessitando de nefrostomia bilateral. O re-estadiamento identificou metástases ósseas, hepáticas, pulmonares e linfangite pulmonar apesar de níveis de PSA indetetáveis. Após ressecção transuretral da próstata a histologia foi compatível com carcinoma neuroendócrino grau 3, pT2, com índice de proliferação Ki67 de 90%.

O tratamento de 1ª linha consistiu em 6 ciclos de QT com carboplatina e etoposídeo a cada 21 dias, concluídos em abril de 2023. Pouco tempo depois o doente desenvolveu um quadro de oclusão intestinal secundário à progressão da doença com carcinomatose peritoneal. Iniciou QT de 2ª linha com carboplatina e docetaxel com múltiplas intercorrências, incluindo pielonefrite e tromboembolismo pulmonar, decidindo-se, por fim, suspender QT ficando exclusivamente em cuidados sintomáticos, acabando por falecer um mês depois. Viveu 13 meses após o diagnóstico de carcinoma neuroendócrino da próstata e pouco mais de 3 anos após diagnóstico inicial de carcinoma da próstata estágio IV com doença de alto volume.

Neste caso clínico, observou-se uma alternância comportamental do tumor entre características de adenocarcinoma e tumor neuroendócrino. Esta dualidade fenotípica complicou a sequência terapêutica ótima, tendo em conta as diretrizes clínicas vigentes. É fundamental o desenvolvimento de estudos que melhorem a sobrevida dos pacientes mediante uma abordagem clínica flexível e cuidadosa que se adapte às complexidades destes casos.

CANCRO DA MAMA OLIGOMETASTÁTICO HER2+ HR-: DE PROGNÓSTICO DESFAVORÁVEL A RESPOSTA COMPLETA

DANIEL MOSEBO FERNANDES BANDARRA; NÍDIA MALTEZ CUNHA; BEATRIZ GOSALBEZ
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE

A amplificação do gene HER2 ocorre em 20 a 25% dos cânceros da mama e é frequentemente associado a um desfecho clínico desfavorável quando não tratado. No entanto, avanços em terapias direcionadas e abordagens de tratamento abrangentes melhoraram significativamente o prognóstico destes doentes. Apesar desses avanços, os tratamentos contra o cancro podem levar a efeitos secundários graves, que impactam o tempo e o curso do tratamento.

Este caso clínico destaca um cenário de cancro da mama metastático HER2+ HR- envolvendo múltiplas linhas de tratamento e os desafios impostos pela toxicidade do tratamento na gestão das opções de tratamento e qualidade de vida do paciente.

CASO CLÍNICO

Mulher de 70 anos diagnosticada com cancro da mama HER2+ HR- submetida a mastectomia e quimioterapia em 2003. Em 2006, a paciente foi diagnosticada com metástases ósseas e iniciou quimioterapia paliativa. Após múltiplas linhas de quimioterapia com resposta parcial, iniciou em 2010 trastuzumab com ácido zoledrónico. Ao longo de um período de quatro anos, a paciente apresentou doença estável. No entanto, observou-se um declínio gradual na função renal e cardíaca devido a toxicidades relacionadas com o tratamento. Em 2014, com o agravamento da função renal, suspendeu o tratamento e iniciou lapatinibe. Em 2017, a doença voltou a progredir e com a recuperação da função renal e cardíaca re-iniciou trastuzumab com lapatinibe. Em 2021, a paciente alcançou resposta completa. Com novas toxicidades cardíacas, que levaram novamente à suspensão do tratamento, foi decidido manter uma monitorização apertada até hoje, onde ainda se observa em resposta completa.

O IMPACTO DO STATUS NUTRICIONAL NA SOBREVIVÊNCIA DO DOENTE ONCOLÓGICO

DANIELA SILVA DA COSTA; CAROLINA TRABULO; JOANA LOPES; ALEXANDRA ROQUE; CAROLINA XAVIER DE SOUSA; INÊS ÂNGELO; JOANA GONÇALVES; IDÍLIA PINA

CENTRO HOSPITALAR BARREIRO MONTIJO E.P.E.

INTRODUÇÃO

A desnutrição nos doentes oncológicos é muito prevalente. As alterações fisiológicas e metabólicas que a doença oncológica supõe, juntamente com os efeitos adversos associados aos regimes terapêuticos implementados, têm um impacto muito significativo no estado nutricional dos doentes. Desta forma, um mau estado nutricional contribui para uma pior adaptação aos tratamentos, tendo também impacto na sobrevivência a longo prazo.

OBJETIVOS

Avaliar o impacto do estado nutricional dos doentes na mortalidade e na tolerância aos regimes terapêuticos implementados.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram selecionados aleatoriamente 23 doentes da Consulta dum Serviço de Oncologia vistos entre março e junho 2021, tendo sido colhidos dados relativos à composição corporal com recurso a uma balança de bioimpedância. Foi analisado o impacto da massa gorda, na tolerância aos tratamentos e na mortalidade dos doentes.

RESULTADOS

Foram analisados um total de 23 doentes, 56% do sexo masculino e 44% do sexo feminino, com uma mediana de idades de 68 anos (min. 55; máx. 81). As neoplasias apresentadas tinham uma distribuição heterogénea com 31% mama, 26% colo-retal, 13% pâncreas, 9% gástrico, 9% esófago, 4% canal anal, 4% rim e 4% urotélio. Relativamente aos estádios, 52% eram tumores localizados, 26% localmente avançados e 22% metastizados. Quanto aos regimes terapêuticos implementados 30% realizaram quimioterapia, 17% quimioterapia radiosensibilizadora, 26% hormoterapia e 4% inibidores da tirosina quinase. Quando avaliada a percentagem de massa gorda, 17% dos doentes apresentavam valores abaixo do intervalo de referência, 31% apresentavam valores acima e 52% apresentavam valores dentro da normalidade.

Quanto estudado o número de interrupções no tratamento, verificou-se ser superior no grupo com menor percentagem de massa gorda, com 50% de interrupções, comparativamente ao grupo acima do valor de referência, com 14% de interrupções e o grupo com valores dentro da referência, com 0% de interrupções. A mortalidade aos 3 anos foi de 50% nos doentes com uma percentagem de massa gorda abaixo do valor de referência, comparativamente ao grupo acima da referência com 29% e o grupo dentro da normalidade com valores de 33%.

DISCUSSÃO

A amostra descrita, não apresenta dimensões suficientes para que possa ser representativa e aplicada a uma população de maiores dimensões.

CONCLUSÕES

Analisando os resultados, parece existir uma relação entre a percentagem de massa gorda corporal e a respetiva tolerância aos regimes terapêuticos implementados, verificando-se o mesmo para a taxa de mortalidade. O grupo mais afetado aparenta ser o grupo de doentes com menos massa gorda e por isso mais desnutridos. Neste âmbito serão necessários mais estudos, para que se possa aferir uma relação direta entre as variáveis estudadas.

DESAFIOS DO TRATAMENTO DO CARCINOMA GÁSTRICO AVANÇADO COM INSTABILIDADE DE MICROSSATÉLITES: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

MARIANA CÂMARA; RITA NETO; INÊS MARGARIDO; LUÍS MASCARENHAS;
MIGUEL RAMALHO; RUI MAIO; TÂNIA RODRIGUES
HOSPITAL DA LUZ LISBOA

INTRODUÇÃO

O carcinoma gastroesofágico avançado (CGA) com instabilidade de microssatélites (MSI-H) levanta desafios terapêuticos particulares, com impacto no prognóstico dos doentes. As recomendações internacionais recomendam imunoterapia em monoterapia ou associada a quimioterapia com fluoropirimidina/platino, tornando-se essencial a individualização do tratamento em discussão multidisciplinar.

CASO CLÍNICO

Mulher, 51 anos, ECOG PS2, sem antecedentes pessoais de relevo, com história familiar de pai e tia materna com carcinoma gástrico (66 e 65 anos, respetivamente) e tio paterno com neoplasia do cólon (70 anos).

Avaliada na consulta de Oncologia Médica por anorexia, emagrecimento superior a 10%, dispepsia e vômitos pós-prandiais, com 6 meses de evolução, com dor à palpação do epigastro e hipocôndrio esquerdo, controlada com opioides.

A endoscopia digestiva alta documentou neoplasia ulcerada desde a junção gastroesofágica até ao corpo gástrico. A biópsia diagnosticou carcinoma pouco diferenciado adenoescamoso, HER2 negativo, com perda de expressão de PMS2 e expressão equívoca de MLH1, sugerindo instabilidade de microssatélites (MSI-H).

A TC TAP demonstrou neoplasia gástrica com invasão direta do lobo esquerdo hepático e metastização adenopática loco-regional, e à distância - cT4bN3b M1 - estágio IV.

Iniciou quimioterapia paliativa com oxaliplatina e capecitabina (aguardando autorização para imunoterapia). Após 2 meses de tratamento, tinha estabilização clínica, mas progressão de doença metastática ganglionar e invasão esplénica por imagem.

Iniciou, então, pembrolizumab em monoterapia, com melhoria clínica (ECOG PS 0 após 3 ciclos de tratamento) e doença estável na TC TAP. Completou 16 meses de pembrolizumab, quando refere dor epigástrica e hipocôndrio esquerdo com necessidade de retomar analgesia opióide. A TC TAP e PET-CT, mostraram invasão do baço pela neoplasia gástrica com suspeita de fistulização, mas resposta imagiológica e metabólica das metástases ganglionares.

O estudo genético documenta mutação no *MLH1*.

Pelo risco de complicação da fístula e de rotura de baço, foi submetida a gastrectomia total com esplenectomia, ressecção distal do pâncreas e linfadenectomia, com ressecção R0. Diagnóstico patológico de carcinoma adenoescamoso com invasão do baço, sem invasão linfática, vascular, perineural, estágio ypT4bN0 (0/57 gânglios). Passado um mês após a cirurgia a doente encontra-se em convalescença e será avaliada pela Oncologia a curto prazo.

DISCUSSÃO

Realça-se a necessidade de individualização terapêutica dos doentes com carcinomas MSI-H, a indicação em casos selecionados para cirurgia do tumor primitivo, assim como a intervenção cirúrgica em doença oligometastática. Importante verificar se cumpre critérios de diagnóstico de síndrome hereditário, nomeadamente síndrome de Lynch e assegurar o seguimento recomendado.

RADIOTERAPIA ADJUVANTE NO CARCINOMA DE PEQUENAS CÉLULAS DO OVÁRIO TIPO HIPERCALCÉMICO EM IDADE PEDIÁTRICA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO RARO

JOÃO BASÍLIO; FILIPA LEITE; SOFIA CONDE; CÁTIA SOUSA
INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA PORTO

INTRODUÇÃO

O carcinoma de pequenas células do ovário tipo hipercalcémico é um tumor indiferenciado de origem epitelial, com mau prognóstico. Representa menos de 0,01% das neoplasias do ovário, com idade média ao diagnóstico de 25 anos. Em idade pediátrica as neoplasias do ovário, têm uma incidência estimada de 2,6 casos por 100.000 raparigas, sendo que destes, apenas uma percentagem inferior a 5% correspondem a carcinoma de pequenas células do ovário.

OBJETIVOS

Apresentação e discussão de um caso clínico raro.

MATERIAL E MÉTODOS

Consulta do processo clínico da doente.

CASO CLÍNICO

Adolescente de 13 anos, sexo feminino.

Em maio de 2020 recorre ao serviço de urgência por obstipação e vômitos associados a hipercalcemia grave. Na avaliação imagiológica por TC identificou-se uma formação expansiva sólida com captação de contraste, com 10x7,8x12 cm ocupando a escavação pélvica. A avaliação por PET/CT evidenciou massa pélvica com metabolismo heterogéneo de 18F-FDG.

Foi realizada salpingo-ooforectomia esquerda, com diagnóstico pós-operatório de carcinoma de pequenas células de tipo hipercalcémico limitado ao ovário sem invasão linfovascular, com mutação somática no gene SMARCA4, classificação FIGO IA.

Realizou quimioterapia (QT) adjuvante com Bleomicina, Etoposídeo e Cisplatino cumprindo 4 ciclo. Posteriormente realizou radioterapia (RT) adjuvante à região pélvica e gânglios lomboaórticos, perfazendo uma dose total de 45Gy em 25 frações, 1.8 Gy/fração, 1 fração/dia, segundo técnica VMAT.

A PET/CT de reavaliação mostrou remissão de doença.

Atualmente está no terceiro ano de vigilância, sem evidência de doença.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O caso apresentado demonstra uma patologia rara, com sobrevivência global aos 5 anos de 51% para estadios ao diagnóstico FIGO I.

Tendo em conta a raridade desta patologia não existe consenso sobre a melhor abordagem terapêutica. As mais recentes indicações da ESMO sugerem uma abordagem multimodal incluindo cirurgia radical e QT adjuvante com a possibilidade de realizar também RT adjuvante.

Existe descrito na literatura um potencial benefício no aumento da sobrevivência com a utilização de RT adjuvante, quer no tratamento primário quer na doença recidivante. Contudo, não existem orientações para a utilização de radioterapia. Os tratamentos descritos na literatura incluem diferentes campos de irradiação, como irradiação abdominal total ou irradiação pélvica com ou sem inclusão de áreas ganglionares. Técnicas de intensidade modulada são a escolha preferencial, contudo, em idade pediátrica devem ser utilizadas de forma cautelosa para evitar deformidades ósseas que possam causar alterações no crescimento futuro da criança. A dose total realizada deve perfazer os 45Gy.

Pela raridade desta patologia urge a necessidade de publicação de casos ou séries de casos semelhantes para que se possam comparar estratégias terapêuticas e os seus respetivos resultados.

HERPES ZOSTER DORSAL COM HIPERCAPTAÇÃO CUTÂNEA E GANGLIONAR EM PET FDG

TIAGO BARROSO¹; MÓNICA FALCÃO SILVESTRE²; CATARINA SILVA¹; JOÃO ARAÚJO¹; VANESSA PATEL¹; LISA GONÇALVES¹; LEONOR ABREU RIBEIRO¹; LUÍS COSTA¹

¹ CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE, E.P.E.

² CUF DESCOBERTAS HOSPITAL

INTRODUÇÃO

A PET FDG está indicada na pesquisa de origem primária de neoplasia já com confirmação histológica, conseguindo identificar um primário não clinicamente aparente em até 30% dos casos. O seu papel na pesquisa de neoplasia sem confirmação histológica caracteriza-se por elevada sensibilidade mas baixa especificidade. Apresentamos um caso de alterações metabólicas captadas em PET de etiologia pouco frequente.

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente trabalho foi feito com recurso à história clínica, exame físico e consulta do processo clínico da doente.

RESULTADOS

Mulher de 78 anos, com estenose aórtica grave, internada eletivamente para colocação de prótese valvular. Realizou Angio-TC arterial de corpo pré-operatória, que detectou 2 lesões ósseas escleróticas que levantaram a suspeita de metastização osteoblástica sem primário evidente. Para pesquisa do tumor primário, efetuou os rastreios oncológicos apropriados à idade (colonoscopia e estudo mamário), sem evidência de neoplasia. Realizou posteriormente PET FDG, que não mostrou captação de FDG nas lesões escleróticas descritas em TAC mas mostrou captação anómala na pele e tecido celular subcutâneo infra-escapular à esquerda e em gânglios axilares esquerdos (SUV 14) e em menor grau direitos (SUV 4.5). Estes gânglios axilares eram morfológicamente normais no estudo mamário e na TAC. Foi pedido nesta fase o apoio da Oncologia Médica para orientação sobre investigação adicional. Ao exame objetivo, a doente apresentava rash compatível com Zona na região subescapular esquerda, já em fase de cicatrização. Este rash ultrapassava a linha média para a direita. As primeiras vesículas surgiram no dia anterior à realização da PET FDG. Foi assim assumido que a captação anómala de FDG nas localizações referidas era secundária à reactivação do herpes zoster.

DISCUSSÃO

Existem 7 casos descritos na literatura de hipercaptação de gânglios regionais em PET FDG. Num desses casos, está descrita hipercaptação na pele e tecido celular subcutâneo da região afectada. Este é o primeiro caso de alterações metabólicas em gânglios contralaterais à lesão, que atribuímos ao facto de esta ultrapassar a linha média.

CONCLUSÃO

Eventos ocorridos após a requisição do exame podem levar a um desfasamento entre a clínica atual e a descrita no pedido do exame. Em caso de eventos clínicos relevantes, esses devem ser claramente comunicados na informação clínica para que possam ser integrados na interpretação das imagens adquiridas.

CANCRO DA MAMA LUMINAL HER2+: LONGA SOBREVIVÊNCIA APÓS METASTIZAÇÃO

MIGUEL CATALO; SOFIA CONDE; HELENA PEREIRA; JOANA SAVVA-BORDALO
INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA PORTO

INTRODUÇÃO

O cancro da mama luminal HER2+ é um subtipo de cancro da mama mais agressivo com uma sobrevivência global de 46% aos 5 anos, após metastização. É apresentado o caso de uma doente com longa sobrevivência, enquadrada no avanço científico e aparecimento de novos tratamentos sistémicos antineoplásicos (TSAN), dirigidos ao alvo.

OBJETIVOS

Apresentação e discussão de um caso clínico.

MATERIAL E MÉTODOS

Consulta de processo clínico e revisão da literatura.

CASO CLÍNICO

Mulher de 63 anos, sem antecedentes de relevo, diagnosticada com cancro da mama direita, aos 38 anos, em 2000. Realizou tumorectomia e esvaziamento axilar. A histologia revelou carcinoma ductal invasor (CDI), grau 2, estágio pT1c(1,1cm)N0M0 e recetores hormonais (RH) positivos. Realizou Quimioterapia (QT), esquema CMF x 6 ciclos (Ciclofosfamida, Metotrexato e Fluorouracilo), e Radioterapia (RT), seguida de cinco anos de Tamoxifeno. Recidiva na mama direita em abril de 2011, síncrona com metastização pulmonar e ganglionar. A histologia da lesão mamária revelou tratar-se de CDI, grau 3, RH+ e HER2+. Foi decidida a realização de 4 ciclos QT (Doxorrubicina e Ciclofosfamida - AC), com resposta parcial pulmonar, e resposta completa ganglionar e óssea. Posteriormente, realizou mastectomia total direita, sem tumor residual na peça cirúrgica. Iniciou tratamento sistémico com Docetaxel e Trastuzumab, tendo suspenso Docetaxel ao fim de 15 ciclos, por toxicidade. Iniciou Letrozol e manteve Trastuzumab, até fevereiro de 2019. Por progressão de doença, a nível cerebral,

inoperável, e contraindicação para RT (oclusão parcial do IV ventrículo e hidrocefalia), a doente iniciou corticoterapia, e alterou o TSAN para Capecitabina e Lapatinib (CAP/LAP) com resolução da hidrocefalia. Teve resposta parcial, com qualidade de vida e manteve-se profissionalmente ativa. Em setembro de 2020, nova progressão cerebral. Realizou RT holocraniana, 30 Gy em 10 frações, com estabilidade das lesões. Em novembro de 2023, nova progressão cerebral, isolada, após 68 ciclos de CAP/LAP e declínio funcional. Em consulta de grupo, foi decidido o melhor tratamento sintomático.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O presente caso demonstra a importância do tratamento dirigido no cancro da mama luminal HER2+. Ao diagnóstico, o conhecimento sobre os biomarcadores era limitado e a doente foi tratada apenas com quimioterapia e hormonoterapia. A descoberta de novos alvos terapêuticos anti-HER2 permitiu a adaptação do tratamento ao perfil molecular do tumor, que foi crucial para a longa sobrevivência desta doente. Além destes fatores, também contribuiu o acompanhamento multidisciplinar e o tratamento com RT. A doente encontra-se viva, 24 anos após o diagnóstico inicial, e 13 anos após metastização, demonstrando o importante papel da evolução científica e de novas terapêuticas.

BRAQUITERAPIA INTERSTICIAL NO TRATAMENTO DE CICATRIZES QUELÓIDES

TIAGO BARROSO; JOÃO ARAÚJO; JOANA PISCO; JORGE SANTOS; VERA MENDONÇA
CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE, E.P.E.

INTRODUÇÃO

As formação de quelóides é uma forma de cicatrização patológica caracterizada por hiperproliferação dos fibroblastos da pele em indivíduos suscetíveis. Apesar se tratar de de uma doença benigna e que não ter mortalidade associada, associa-se a sintomas como dor e hemorragia, com perda de qualidade de vida. Após a falência de outras terapêuticas, constitui uma das indicações não malignas para uso de radioterapia. A técnica de preferência é a braquiterapia intersticial. Pretende-se caracterizar uma série de casos de cicatrizes quelóides tratadas num único centro.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo retrospectivo unicêntrico de todos os doentes submetidos a braquiterapia intersticial entre Janeiro de 2018 e Dezembro de 2021. As variáveis clínico-demográficas e relativas ao tratamento foram colhidas através do processo informático dos doentes em causa.

RESULTADOS

Foram identificados 13 doentes (7 mulheres e 6 homens), tratados para um total de 22 quelóides, com um número médio de 1.6 quelóides por doente (máximo 4). A idade mediana foi 23 anos (mínima 15, máxima 53). A localização mais frequente dos quelóides foi o pavilhão auricular (n=11, 50%) seguido de tórax (n=6, 27%), dorso (n=4, 18%) e membros (n=1, 5%). A dimensão dos quelóides variou entre 1cm e 15cm, com uma mediana de 4cm. Quanto aos tratamentos prévios, 6 dos quelóides (27%) foram submetidos a tratamento com corticóide tópico e 10 (45%) a cirurgia. Todos os doentes realizaram 3 sessões, sendo que 12 (92%) tiveram uma dose total de 18Gy, com 1 doente submetido a 15Gy e 1 outro sem informação sobre dose total. Quanto a toxicidade, houve 1 caso de infecção (5%), sem outras toxicidades descritas. Verificou-se recidiva do quelóide em apenas 2 doentes (9%). O tempo mediano de seguimento foi de 4.8 meses (máximo 49.3 meses).

DISCUSSÃO

Na nossa população, a braquiterapia intersticial foi eficaz e segura no tratamento de cicatrizes quelóides. A principal limitação da nossa série de casos é o reduzido tempo de seguimento, que parece explicável por baixa compliance dos doentes com as consultas na ausência de recidiva do quelóide.

CONCLUSÃO

A braquiterapia intersticial é uma técnica eficaz e com baixa toxicidade no tratamento das cicatrizes quelóides refratárias aos corticóides tópicos e ao tratamento cirúrgico.

IMPACTO DA SEQUENCIAÇÃO DE NOVA GERAÇÃO NO TRATAMENTO DO CARCINOMA DE DUCTOS SALIVARES HORMONO-RESISTENTES

RITA ROSADO SOBRAL; TERESA LOPES BRUNO; FERNANDO KELLEN; MIGUEL OLIVEIRA SANTOS; ISABEL SARGENTO; FÁTIMA VAZ

INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA LISBOA

INTRODUÇÃO

A sequenciação de nova geração (NGS) é uma tecnologia utilizada para sequenciação de DNA/RNA com deteção de variantes/mutações permitindo, além de diagnosticar, estabelecer o prognóstico e conduta terapêutica. É possível identificar alterações genómicas potencialmente acionáveis em 60% dos doentes com cancro metastizado e, em 13% desses, existe terapêutica disponível.

O carcinoma de ductos salivares (CDS) é um tumor maligno raro; como tal, constitui um desafio terapêutico já que as opções são limitadas. Resultado da sua natureza agressiva, a metastização e necessidade de terapêutica sistémica é frequente. A terapêutica sistémica inclui a quimioterapia e, se identificados RA, a terapêutica anti-androgénica, pode associar-se a uma maior taxa de resposta e perfil de tolerância mais favorável. Nos doentes com doença recorrente ou metastática, hormono-resistente, elegíveis para terapêutica sistémica, o recurso a NGS permite personalizar o tratamento através da identificação de alterações genómicas como alvo molecular.

MATERIAL E MÉTODOS

Revisão literatura e caso clínico.

RESULTADOS

Mulher caucasiana, 64 anos, ECOG (PS) 1, diagnosticada em 2009 com carcinoma dos ductos salivares da parótida direita, RA+ e HER2-. Desde então com várias recidivas locais tardias (> 11 meses após cirurgia), mantendo as mesmas características histológicas, abordadas com cirurgias e radioterapia.

Em Fevereiro 2022 com evidência de metastização mediastínica de carcinoma dos ductos salivares, excisados.

Dada evidência de doença metastática ganglionar mediastínica, com expressão de RA, iniciou terapêutica sistémica com bloqueio anti-androgénico com Bicalutamida em Maio 2022, suspenso em Janeiro 2023 por progressão de doença local. Foi novamente submetida a excisão de nódulo da região parotídea.

Em Julho 2023 destaca-se nova recaída facial direita associada a metastização axilar esquerda, submetida a exérese de ambas as localizações em Outubro 2023.

Mais recentemente evoluiu com recidiva na região bucomasseteriana direita.

Foi realizada NGS, tendo em conta a doença metastática hormono-resistente, com identificação da co-mutação patogénica HRAS/PIK3CA.

Foram identificados como potenciais alvos terapêuticos a combinação de Vandetanib (300mg/dia) e Everolimus (10mg/dia), inibidor da tirosina-quinase e inibidor mTOR, respectivamente, que iniciou em Novembro de 2023. Manteve boa tolerância inicial, com benefício clínico. Em Janeiro 2024 suspendeu por toxicidade não dependente de dose com insónia, rash facial, edema labial, disgeusia e tremor.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O CDS é um tumor raro geneticamente diverso e que se pode associar a vias de sinalização moleculares potencialmente acionáveis. Através do diagnóstico molecular é possível, apesar das recidivas locorregionais e metastização à distância, a identificação de armas terapêuticas que permitam o controlo da doença.

UM CASO DE PANCREATITE AGUDA INDUZIDA POR QUIMIOTERAPIA

RITA ROSADO SOBRAL; AMANDA HIRSCHFELD; MIGUEL OLIVEIRA SANTOS; ANA TERESA PINA;
CAROLINA PEREIRA; FÁTIMA VAZ
INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA LISBOA

INTRODUÇÃO

A pancreatite aguda consiste numa inflamação aguda do pâncreas caracterizada por dor abdominal e elevação das enzimas pancreáticas. As principais etiologias incluem o consumo crónico de álcool e a litíase biliar. A pancreatite induzida por fármacos é rara (<5%), sendo a induzida por quimioterapia ainda menos frequente.

MATERIAL E MÉTODOS

Revisão da literatura e caso clínico.

RESULTADOS

Doente do sexo feminino, 53 anos, sem antecedentes pessoais relevantes. A sua medicação habitual incluía Bisoprolol 5mg id, Mexazolam 1mg id e Loflazepato de Etilo 2mg em SOS.

Diagnosticada com Carcinoma lobular da mama esquerda com RP, RE positivos e HER2 negativo (Estadio IIIB: cT3 N3 M0). Proposta para Quimioterapia neoadjuvante com Doxorubicina 60 mg/m² e Ciclofosfamida 600 mg/m² (AC) IV seguido de Paclitaxel semanal 80mg/m² IV. Ao 4º dia após o primeiro ciclo de AC desenvolveu dor abdominal epigástrica e anorexia.

A terapêutica de suporte incluiu Aprepitant 125mg PO, Granisetron 1mg IV e Dexametasona 8mg IV em D1. Nos dias seguintes realizou Dexametasona 8mg PO (D2-D4), Aprepitant 80 mg PO (D2-D3) e Filgrastim 480 mcg SC (D3-D4).

Ao exame físico destacou-se desconforto à palpação epigástrica. Analiticamente com Leucocitose 22.400 mmol/L, Lipase 1918 U/L (N 73-393 U/L) e PCR 13.09 mg/dL. Realizada ecografia abdominal a revelar esteatose hepática, edema do pâncreas, mais evidente no segmento cefálico, sem litíase ou dilatação das vias biliares. A colangio RM revelou ligeiro aumento de intensidade de sinal do parênquima pancreático e quistos do ducto pancreático principal.

Admitida em ambiente hospitalar com o diagnóstico de pancreatite aguda alitiásica ligeira presumivelmente secundária a Doxorubicina e Ciclofosfamida (AC), após exclusão de outras causas. Permaneceu internada sob terapêutica de suporte: analgesia, fluidoterapia IV e inicialmente dieta zero. Evoluiu com resolução da sintomatologia e melhoria laboratorial (Lipase 114 UI/L) após 48h.

DISCUSSÃO

Após revisão da literatura, a Ciclofosfamida e a Doxorubicina isoladas ou em associação, foram associadas a 1 e 2 casos descritos de pancreatite, respectivamente. O seu mecanismo fisiopatológico pode incluir a toxicidade direta induzida pelo fármaco e a induzida por anticorpos dirigidos às células pancreáticas.

Dado o risco de recorrência, suspendeu AC e iniciou Paclitaxel sem intercorrências. Excluíram-se outros fatores de risco para pancreatite aguda através da história clínica e análises laboratoriais. Imagiologicamente sem litíase ou lama biliar. Como fator confundidor destaca-se a administração de terapêutica de suporte.

CONCLUSÃO

A pancreatite aguda induzida por fármacos, ainda que pouco frequente, deve permanecer como diagnóstico diferencial em doentes sob quimioterapia. A publicação dos casos permite alertar para esta entidade, aumentando o seu diagnóstico e prevenindo a sua recorrência.

SERÁ QUE É SEGURO O USO DE IMUNOTERAPIA EM DOENTES COM DOENÇA AUTO-IMUNE? - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

OLGA DULCE SOUSA DE MENESES; SOFIA PATRÃO; JOAQUINA MAURICIO
INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA PORTO

INTRODUÇÃO

O tratamento de 1ª linha do cancro urotelial metastático envolve quimioterapia com platina seguido de tratamento de manutenção com avelumab, segundo JAVELIN Bladder 100. Este caso clínico salienta a necessidade de vigilância ativa no tratamento de manutenção em doentes com doença autoimune pré-existente.

CASO CLÍNICO

Homem, 80 anos, autónomo, ex-fumador, com antecedentes de doença renal crónica, Tiroidite de Hashimoto, Artrite Reumatoide e Psoríase, controladas e sem necessidade de medicação dirigida, observado na consulta de Urologia por bexiga hiperativa. Neste contexto, submetido a resseção transuretral da próstata, que mostrou lesão vesical na uretra prostática junto ao colo vesical. O relatório da anatomia patológica revelou carcinoma urotelial de alto grau, estadiado como pT2N0M0. Dada a taxa de filtração glomerular <60 mL/min, não foi elegível para quimioterapia neoadjuvante. Foi submetido a cistoprostatectomia radical, uretrectomia e linfadenectomia a 10/12/2020. Foi considerada R2. O TC de 18/02/2021 mostrou adenopatias na cadeia ilíaca comum esquerda com critérios patológicos e assumida recidiva ganglionar. Estudo molecular mostrou PD-L1 CPS >10 e sem mutação FGFR3. Em reunião multidisciplinar, proposto para tratamento paliativo com carboplatina e gemcitabina, tendo realizado 6 ciclos e apresentou resposta completa na TC. Dado os antecedentes de patologia auto-imune e considerando a resposta completa, optou-se por não iniciar Avelumab de manutenção. Após 14 meses, apresentou recidiva ganglionar. Realizou mais 6 ciclos de carboplatina e gemcitabina, tendo voltado a apresentar resposta completa.

Dado estar assintomático, sem necessidade de medicação específica nos anos prévios para as suas patologias autoimunes e parecer favorável das especialidades envolvidas, foi discutido novamente com o doente tratamento com avelumab, que aceitou. Após 4 ciclos, aparecimento de lesões cutâneas descamativas eritematosas em >90% de extensão corporal, compatíveis com exacerbação da psoríase, grau 3. Analiticamente apresentava ainda hipertireoidismo subclínico grau 2. Iniciou prednisolona 60 mg/dia. Avaliado por Dermatologia que ajustou medicação tópica e propôs fototerapia com UVB. Avaliado por Endocrinologia que reduziu dose de levotiroxina. Atendendo a toxicidade cutânea grau 3 e a lenta recuperação, foi decidido não retomar imunoterapia. Atualmente, 5 meses depois, encontra-se assintomático, com resolução das alterações cutâneas, recuperação da função tiroideia e mantém, de momento, resposta completa imagiológica.

CONCLUSÃO

Os doentes com patologia auto-imune como a psoríase e tiroidite quando controlada foram permitidos nos ensaios clínicos com Avelumab. Contudo, doentes com patologia auto-imune prévia deverão ser sempre vigiados ativamente dado o potencial risco de exacerbação da mesma com necessidade de gestão multidisciplinar.

PAPEL DA QUIMIOTERAPIA NO CANCRO DA PRÓSTATA METASTÁTICO - REAL WORLD DATA: USLAC

ANA TERESA ROSA; ISABEL CANHA SILVA; FILIPA PATEIRO; NUNO LANDEIRA; LUÍSA PEREIRA
HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA

INTRODUÇÃO

O Cancro da Próstata, segundo a OMS, tinha uma incidência de 14,2% a nível mundial em 2022, sendo o 4º cancro mais comum a nível global, e o 2º mais comum nos homens. Nos últimos anos com o início do uso da Hormonoterapia de nova geração o tratamento dos tumores da próstata mudou radicalmente devido a um melhor perfil de segurança e menor toxicidade nestes fármacos do que nos regimes de quimioterapia anteriores. A quimioterapia passou então de linhas precoces para linhas mais tardias.

OBJETIVOS

O objetivo primário do estudo foi avaliar a sobrevida livre de progressão (PFS), a taxa de resposta global (ORR) e a percentagem de redução do valor do Antígeno Específico da Próstata (PSA).

MATERIAL E MÉTODOS

Foram incluídos neste estudo retrospectivo 30 doentes diagnosticados entre 2007 e 2020. Todos os doentes foram submetidos a Bloqueio Androgénico Máximo (BAM) e a pelo menos duas linhas de quimioterapia. Foi excluído um doente no grupo de Cabazitaxel por pancitopénia grave com apenas um ciclo de tratamento. Recorreu-se a processo clínico e *WebAppolo*® para recolha de: data de diagnóstico, *gleason* inicial, presença ou ausência de metastização no diagnóstico, data de início e de fim de todas as linhas terapêuticas e valores de PSA. Calculou-se ORR, PFS e percentagem de redução de PSA aos 3/4 meses e aos 6 meses. Todos os doentes realizaram tratamento para carcinoma da próstata metastático resistente à castração na USLAC entre 2012 e 2024.

RESULTADOS

Dos 30 doentes, 16 não eram metastizados ao diagnóstico, versus 14 metastáticos *ad inicio*. Os doentes tinham em média um *gleason* de 7,4. Os doentes estiveram em tratamento para doença metastática em média 46,1 meses, dos quais 24,6 em quimioterapia. O Docetaxel foi maioritariamente usado como 1ª linha metastática. A ORR foi 73,3% e a PFS foi de 13,4 meses. Relativamente ao PSA, a redução aos 3/4 meses foi em média de 66,8%, e de 77,6% aos 6 meses. O Cabazitaxel foi deixado para linhas tardias. A ORR foi 48,3% e a PFS foi 9,9 meses. No que toca ao PSA, aos 3/4 meses houve em média redução de 26,8% e de 41,3% aos 6 meses. Em *Re Challenge*, ORR foi de 44,4% e a PFS de 7,9 meses. No PSA houve uma redução de 65% aos 3/4 meses e de 52,3% aos 6 meses.

DISCUSSÃO/CONCLUSÕES

O grupo de doentes incluído em estudo poderá não representar o global dos doentes com cancro da próstata metastizado, pois no início deste estudo as opções em linhas precoces eram reduzidas. O grupo de doentes aqui englobados reflete uma população muito tratada, com muitas linhas terapêuticas e agressividade de doença. Contudo, importa ressaltar que se atingiu uma PFS de 13,4 meses no Docetaxel e 9,9 meses no Cabazitaxel. No futuro, seria importante fazer um estudo mais alargado comparando quimioterapia com hormonoterapia de nova geração, uma vez que desta forma se poderiam incluir doentes com início de tratamentos numa doença ainda não metastizada.

USO DE METADONA EM CONTEXTO DE UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS - A PROPÓSITO DE UM CASO

JOSÉ FERREIRA; GIOVANNI CERULLO; FILIPA SIMÕES; DANIEL BANDARRA; NÍDIA CUNHA
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE

O controlo da dor por vezes representa um verdadeiro desafio na qualidade de vida dos doentes e dos que os rodeiam. Por vezes é necessária uma gestão multimodal, e sair da zona de conforto para o sucesso terapêutico. O Objetivo deste trabalho é fazer conhecer a importância de uma abordagem sistemática no controlo da dor.

O caso de um senhor de 42 anos, com volumosa massa renal esquerda em fevereiro 2022, carcinoma de células renais papilar, com metastização hepática e óssea a nível vertebral e ilíacos.

Submetido a nefrectomia esquerda por dor no flanco não controlada. Após, desenvolveu dor de características mistas (nociceptiva + neuropática) a nível ósseo, com escalada analgésica até opióides fortes, e anticonvulsivantes como adjuvantes. Acompanhado pela equipa de Oncologia e de Cuidados Paliativos.

Iniciou Sunitinib em abril 2022, com melhoria inicial breve, com redução da dose de opioide.

Em julho foi constatada progressão da doença a nível ósseo, aumento das lesões líticas a nível do osso ilíaco e aumento da dor a nível dessa região. Aumentou dose opioide e fez radioterapia antiálgica dirigida aos ossos ilíacos.

Iniciou tratamento com Cabozantinib em agosto, com estabilidade das queixas. Em dezembro de 2023, por agravamento da dor, ficou internado na Unidade de Cuidados Paliativos. Muito difícil controlo da dor, com componente psico-emocional importante associado pelo sofrimento que o doente sente que está a causar na família. Além de uma intervenção da Psicologia e Terapia Ocupacional, foi necessário recurso a fármacos utilizados menos frequentemente em contexto de Cuidados Paliativos. Durante a titulação de dose de opioide, aumentou fentanilo transdérmico até 600ug/h, até que não se conseguiu aumentar por indisponibilidade de superfície para aderência.

Necessidade de aumento de dose, titulação com morfina endovenosa (240mg/dia para controlo da dor), foi rodado para terapêutica com Morfina oral e depois para metadona oral, raramente usada em Portugal como analgésico e sem experiência do seu uso no centro onde o doente foi tratado. Apresentou boa tolerância e resposta, com claro benefício no controlo da dor. Como adjuvantes o doente necessitou de Cetamina oral, Dexametasona, Venlafaxina, Gabapentina e Etoricoxib.

O doente acabou por ter alta para o domicílio com a dor controlada e com razoável qualidade de vida. Iniciou nova linha terapêutica com Nivolumab+Cabozantinib off-label em março 2023. Em julho, por nova progressão e agravamento do estado geral, o doente ficou internado na UCP. Agravamento global progressivo, tendo o doente falecido com os melhores cuidados de suporte.

Este caso tem o objetivo de chamar à atenção a importância de uma abordagem multimodal, com base no conhecimento disponível, e que por vezes é necessário o profissional sair da sua zona de conforto e estudar e familiarizar-se com terapêuticas que poderão fazer toda a diferença na qualidade de vida dos doentes e da família.

CANCRO DA MAMA HER2+ EM DOENTES IDOSAS: A REALIDADE DE UMA UNIDADE DE ONCOLOGIA

RITA ARANHA; CECÍLIA CARAMUJO; VIKTOR MALYARCHUK; RAFAEL MARQUES; FILIPE VEIGA;
AMANDA NOBRE; SARA PINHO MOREIRA; MANUELA MACHADO

CENTRO HOSPITALAR ENTRE DOURO E VOUGA E.P.E

INTRODUÇÃO

A sobre-expressão do HER2 (*human epidermal growth receptor 2*) está presente em até 30% dos cancros da mama (CM) em doentes idosas, sendo associado a um maior risco de recorrência.¹ Sendo esta população sub-representada em muitos dos ensaios clínicos, desconhecem-se se os *outcomes*, como a sobrevivência livre de doença ou os perfis de toxicidade serão semelhantes neste grupo de doentes.

OBJETIVOS

Avaliação do impacto da terapêutica neoadjuvante e adjuvante do CM HER2+ em doentes idosas.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo retrospectivo de coorte de doentes com CM HER2+ não metastático ao diagnóstico, candidatas a estratégia curativa. Análise das características dos doentes e da doença, da recidiva e da toxicidade dos tratamentos de acordo com os grupos etários (idade <65 anos ou idade ≥65 anos), recorrendo ao SPSS v.29, $p < 0.05$ considerado como estatisticamente significativo.

RESULTADOS

De Fevereiro de 2003 a Janeiro de 2024, foram incluídos 68 doentes, das quais 13 tinham idade superior ou igual a 65 anos. A idade mediana no subgrupo de doentes idosas era 75 anos (mín. 65 - máx. 80). O *performance status* (PS) mediano era de 1. Neste grupo, todas as doentes realizaram tratamento neoadjuvante com duplo bloqueio, sendo que 9 doentes (69%) completaram os ciclos de tratamento sistémico previstos, com taxa de resposta patológica completa de 46%. A cirurgia conservadora da mama foi realizada em 53% (N=7), o esvaziamento axilar em 46% (N=6) e a mastectomia em 46% (N=6).

3 doentes sem resposta patológica completa realizaram trastuzumab adjuvante, de acordo com comorbilidades. 1 doente suspendeu trastuzumab adjuvante por cardiotoxicidade. 4 doentes realizaram Trastuzumab emtansina (TDM-1) adjuvante, 1 doente suspendeu tratamento por agravamento do PS. O tempo de *follow-up* mediano foi de 43 meses, 1 doente no grupo com ≥ 65 anos com recidiva cerebral com tempo até recorrência de 12 meses. O tempo mediano de sobrevivência livre de progressão foi de 53 meses no total dos grupos. Houve 6 óbitos no total, 2 dos quais no grupo de ≥ 65 anos. A análise estatística não mostrou relação estatisticamente significativa entre recidiva e idade ($p=0,12$).

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Não se verificaram diferenças significativas entre os diferentes grupos etários, nomeadamente no que concerne à estratégia terapêutica e sua toxicidade.

Salienta-se a necessidade de implementar escalas nesta população, como a avaliação geriátrica global, como ferramenta de decisão da terapêutica com intuito curativo.

Bibliografia

[1] Gennari R, Curigliano G, Rotmensz N, et al. Breast carcinoma in elderly women: features of disease presentation, choice of local and systemic treatments compared with younger postmenopausal patients. *Cancer*. 2004 Sep 15;101(6):1302-10.

CETOACIDOSE DIABÉTICA COMO MANIFESTAÇÃO INAUGURAL DE DIABETES INDUZIDA POR IMUNOTERAPIA NO MELANOMA AVANÇADO

AMANDA HIRSCHFELD; HUGO NUNES; ISALIA MIGUEL
INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA LISBOA

INTRODUÇÃO

A crescente utilização da imunoterapia no cenário oncológico desperta atenção para seus múltiplos efeitos adversos imunomediados, dentre eles as endocrinopatias. A diabetes mellitus induzida por inibidores de checkpoint imunológico (DM-ICI) caracteriza-se pelo início agudo de hiperglicemia grave e produção deficiente de insulina, em indivíduos expostos à imunoterapia. Apesar de ser um evento adverso raro, pode manifestar-se com cetoacidose diabética (CAD), uma complicação potencialmente fatal.

Descrevemos dois casos de cetoacidose diabética como manifestação inaugural em doentes com Melanoma avançado sob imunoterapia combinada com ipilimumab + nivolumab e nivolumab em monoterapia.

CASO 1

Homem, 52 anos, com antecedentes de hipertensão, dislipidemia e melanoma estadio II BRAF V600 wt, ressecado em 2021. Recidiva em 10/2023 com metastização pulmonar, ganglionar e peritoneal, tendo iniciado Nivolumab e Ipilimumab. Após o 3º ciclo foi internado com um quadro de dor abdominal, glicemia >500, cetonemia 6,1 e acidose metabólica. Análises com HbA1c 7.4%, peptídeo C <0,1ng/mL e anti-GAD negativo. Admitido diagnóstico de cetoacidose diabética em contexto de terapêutica com Nivolumab e Ipilimumab. Teve alta com insulina basal 18U e consulta de Endocrinologia. Após 1 semana, reinternado por novo quadro de cetoacidose, com necessidade de incremento da insulina basal para 30U. A imunoterapia foi descontinuada.

CASO 2

Mulher, 79 anos, com antecedentes de hipertensão, dislipidemia, tireoidectomia total e melanoma da mucosa nasal metastático ressecado em 2022. Iniciou Nivolumab em 12/2022, com resposta ganglionar parcial em PET-TC. Manteve-se estável até janeiro de 2024, quando foi internada por dor abdominal e vômitos, glicemia 518, pH 6.9 e HCO₃ indoseável. Teve alta após 10 dias, com 24U insulina basal e consulta de Endocrinologia. Assumiu-se diabetes imune secundária a Nivolumab, pelo que o mesmo foi suspenso. Do estudo endocrinológico destacam-se peptídeo C < 0,01 e anticorpo anti-IA2 inconclusivo.

DISCUSSÃO

A diabetes mellitus induzida por inibidores de checkpoint é uma entidade clínica rara, mas com impacto relevante na morbimortalidade, especialmente quando apresentada com CAD. Ressaltamos a importância da monitorização ambulatoria e do reconhecimento precoce das manifestações clínicas no atendimento aos doentes sob imunoterapia. Contudo, ainda são necessários mais estudos para uma compreensão adequada quanto aos fatores de risco, a fisiopatologia e o papel dos autoanticorpos na DM-ICI, uma vez que estes não estão presentes em quase 40% dos casos relatados na literatura.

CARCINOMATOSE LEPTOMENÍNGEA EM CANCRO DA PRÓSTATA - 3 CASOS EM MENOS DE 1 ANO NO CHUA

NÍDIA MALTEZ CUNHA; DANIEL BANDARRA; FILIPA SIMÕES; ANA JULIA AREDE; CIDÁLIA PINTO
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE

A carcinomatose leptomeníngica (CL) é um fenómeno raro e grave no contexto do cancro da próstata (CP). Esta condição ocorre quando as células cancerígenas se disseminam para o espaço leptomeníngico, que envolve o cérebro e a medula espinhal dentro do sistema nervoso central (SNC). Representa uma forma avançada de metástase, indicando uma progressão significativa da doença. No cancro da próstata, a disseminação das células cancerosas ocorre normalmente primeiro para os ossos, sistema linfático e, menos frequentemente, para órgãos como o fígado e os pulmões. A ocorrência de metástases leptomeníngicas é consideravelmente rara, devido às barreiras naturais do corpo que normalmente impedem a invasão das células cancerígenas no SNC.

CASO 1

Homem de 64 anos, diagnosticado com carcinoma da próstata metastático (CPM), Gleason 10. Cumpriu 10 ciclos de quimioterapia (QT) com docetaxel, com melhoria clínica e resposta bioquímica, porém apresentou rápida progressão clínica e imagiológica com deterioração neurológica por carcinomatose leptomeníngica. Apesar de o líquido cefalorraquidiano ser negativo para células neoplásicas, imagiologicamente existiam sinais inequívocos de infiltração leptomeníngica. Faleceu em menos de 2 semanas (menos de 2 anos após diagnóstico inicial).

CASO 2

Homem de 58 anos, diagnóstico de CPM, Gleason 7, iniciou 1ª linha com docetaxel, passado 14 meses 2ª linha com abiraterona e passado 8 meses 3ª linha com cabazitaxel. Ao fim de 11 meses surge um quadro de cefaleia frontal, diminuição da força no hemicorpo esquerdo e desvio da comissura labial. Ressonância magnética revela CL e faleceu em menos de 1 mês.

CASO 3

Homem, 57 anos, diagnóstico de CPM, Gleason 8 (5+3), começou 1ª linha com docetaxel, passado 7 meses 2ª linha com abiraterona e passado 9 meses 3ª linha com cabazitaxel. Infelizmente ao fim de 8 meses apresentou paralisia facial com ptose palpebral, radiologicamente compatível com carcinomatose leptomeníngica. Realizou Radioterapia (RT) holocraniana, no entanto faleceu 3 meses depois.

A carcinomatose leptomeníngica é diagnosticada em aproximadamente 5% dos pacientes com cancro metastático, contudo, no cancro da próstata é um fenómeno raro. O facto de termos detectado em menos de 1 ano três casos no nosso serviço sugere que a incidência pode estar a mudar. Tal pode dever-se à existência de novas linhas de tratamento, permitindo prolongar a sobrevivência mesmo com doença avançada assim como à melhoria dos métodos de imagem. Infelizmente, o prognóstico após carcinomatose leptomeníngica é geralmente pobre, poucos doentes reúnem condições para realizar algum tratamento dirigido com RT ou QT intratecal, e uma sobrevida mediana de poucos meses após o diagnóstico. Daí a importância de investigação nos mecanismos de disseminação do cancro da próstata para as leptomeninges.

CARCINOMA DO CÓLON COM DIFERENCIAÇÃO NEUROENDÓCRINA - UM CASO CLÍNICO

SARA LOUREIRO MELO¹; LEANDRO AUGUSTO SILVA¹; GONÇALO VARELA CUNHA¹;
BENILDE BARBOSA²; JOSÉ MOURA²; LÈLITA SANTOS²

¹ INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA COIMBRA

² CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

INTRODUÇÃO

Os Tumores Neuroendócrinos do Cólon são tumores frequentemente agressivos e metastáticos aquando o seu diagnóstico. Este é histológico, obtido através da realização de avaliação imuno-histoquímica de biópsia de peça/metástase, com marcação positiva para Cromogranina A e Sinaptofisina. Pderá ser realizada PET Gálio-68 em tumores com positividade para recetores da somatostatina. O seu estadiamento é realizado segundo as normas do *American Joint Committee on Cancer*.

OBJETIVOS

Apresentação e discussão de um caso de neoplasia com diferenciação neuroendócrina.

MATERIAL E MÉTODOS

Consulta do processo clínico e revisão de literatura.

RESULTADOS

Doente de 54 anos, autónoma, com Diabetes Tipo 1 a motivar nefropatia diabética, com transplante renal e subsequente falência do enxerto, atualmente sob hemodiálise e corticoterapia sistémica. Recorre ao Serviço de Urgência por dor abdominal com 1 mês de evolução, tipo aperto, constante, localizada ao flanco esquerdo, refratária a analgesia, associada a perda ponderal involuntária de 1.5Kg e sudorese noturna e obstipação. Do estudo realizado destaca-se presença ecográfica de volumoso conglomerado adenopático lombo-aórtico e mesentérico, condicionando internamento para estudo e controlo sintomático. Durante o internamento, realizou estudo complementar, destacando-se presença de neoformação no cólon descendente, úlcero vegetante, com 3 cm de extensão pelo que realizou biópsia compatível com carcinoma pouco diferenciado do cólon (CK20+/CK7- e CDX2+), com diferenciação neuroendócrina. Estudo adicional

por TC-CTAP revelou presença de conglomerados supra e infadiafragmáticos. Realizado diagnóstico de Tumor Neuroendócrino do Cólon metastizado, com proposta para quimioterapia com FLOX (sem oxaliplatina). Atualmente realizados 2 ciclos com boa tolerância, mencionando apenas náuseas G1. Realizado controlo imagiológico com PET FDG-18 que demonstrou redução da extensão e grau de atividade das metástases.

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

Com este caso clínico pretende-se demonstrar a importância da correta avaliação imuno-histoquímica em peças histológicas de suspeita neoplásica, de modo a ser possível a instituição da terapêutica apropriada em casos de maior raridade. Neste caso, apesar da diferenciação neuroendócrina, não foi instituída imunoterapia, mas sim iniciada a primeira linha com FLOX, com boa resposta.

FENÓTIPO DE INSTABILIDADE DE MICROSSATÉLITES E TUMOUR MUTATIONAL BURDEN NO CANCRO GÁSTRICO METASTIZADO

OLGA MENESES; MARTA PINA; DANIA MARQUES
INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA PORTO

INTRODUÇÃO

O fenótipo de instabilidade microssatélites (MSI-H) e o Tumor mutation burden (TMB) são ambos biomarcadores promissores de resposta à imunoterapia.

CASO CLÍNICO

Homem, 62 anos, ECOG 1, ex-fumador (10 UMAs), com antecedentes de hipertensão e dislipidemia. Por queixas de dispepsia em 10/2015, realizou endoscopia que mostrou lesão gástrica ulcerada, cuja histologia revelou carcinoma gástrico de células em anel de sinete. Laparoscopia de estadiamento não identificou metastização peritoneal e a citologia do lavado peritoneal foi negativa para células neoplásicas. Tomografia computadorizada de estadiamento não apresentava doença à distância. Foi estadiado como cT3N+M0. Após consulta de grupo multidisciplinar, foi proposto para quimioterapia perioperatória com 5-fluoropirimidina e cisplatina, que realizou 6 ciclos. Foi submetido a gastrectomia total com reconstrução em Y de Roux e linfadenectomia D2 em 10/2016. O relatório anatomopatológico mostrou resposta parcial com resseção R0, tendo sido estadiado como ypT3N3a(9/17)M0. Ficou em vigilância. Em 10/2019, identificada recidiva pulmonar bilateral, ganglionar supraclavicular esquerda e celíaca. Estudo molecular mostrou ser HER-2 negativo MSI-H. Foi exposto a regimes de quimioterapia com fluoropirimidinas, oxaliplatino, irinotecano e docetaxel. Em 03/2022, apresentou progressão de doença ganglionar supraclavicular esquerdo a condicionar dor não controlada a impor a realização de radioterapia antálgica e início de 4ª linha com trifluridina/tipiracilo. Aquando da 1ª avaliação de resposta, houve progressão de doença com aparecimento de implantes cutâneos na parede torácica anterior esquerda, cuja biópsia confirmou metastização cutânea. Foi discutido

em *Molecular Tumor Board*, após realização de *Next-Generation Sequencing*, cujo resultado mostrou TMB elevado (40,9 Muts/Mb), além do MSI-H. Como mantinha ECOG 1, foi proposto para pembrolizumab 200 mg, endovenoso, de 21 em 21 dias. Após 2 ciclos de tratamento, apresentou estabilização da metastização cutânea. Contudo, após 4 ciclos, agravamento do estado geral com progressão da doença. Desde então, esteve em cuidados sintomáticos exclusivos, tendo vindo a falecer poucas semanas após suspensão terapêutica.

CONCLUSÃO

No KEYNOTE-158, ensaio clínico de fase II, mostrou o benefício de pembrolizumab nos tumores sólidos multitratados com MSI-H. Apesar de 14,5% dos doentes incluídos apresentarem cancro gástrico como primário, a maioria dos doentes incluídos foram expostos ao pembrolizumab após 1 a 2 linhas prévias. A fraca resposta ao tratamento neste caso clínico pode estar relacionada com o momento da exposição a esta terapêutica, dado que se tratava de um doente já exposto a múltiplas linhas de tratamento sistémico prévias. Além disso, a aprovação de pembrolizumab em monoterapia nos tumores TMB elevado provem da sub-análise do mesmo ensaio clínico.

CARCINOMA DE CÉLULAS CLARAS DO OVÁRIO E TERAPÊUTICA-ALVO - UMA LUZ AO FUNDO DO TÚNEL?

TERESA BRUNO; RITA ROSADO SOBRAL; FERNANDO KELLEN; CATARINA CARDOSO; FÁTIMA VAZ
INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA LISBOA

O peritoneu origina uma evaginação denominada “processo vaginal”; a porção deste compreendida no canal inguinal denomina-se de canal de Nuck.¹ O carcinoma do canal de Nuck integra o espectro de carcinoma do ovário e é tratado como tal.

O carcinoma de células claras (CCC) é o segundo subtipo histológico mais frequente de cancro epitelial ginecológico com cerca de 10% dos casos; comparando com outras histologias, apresenta pior prognóstico devido ao fenótipo quimiorresistente.

Apresenta-se o caso de uma mulher de 55 anos, operada e com diagnóstico de CCC do canal de Nuck, metastização cutânea e ganglionar; reoperada um mês depois para completar estadiamento cirúrgico, tendo ficado sem doença residual. Cumpriu 6 ciclos de Carboplatina+Paclitaxel adjuvantes, sendo que 6 meses depois apresentou recidiva ganglionar. Submetida a linfadenectomia cerca de 2 meses depois e proposta para radioterapia adjuvante. Apresentou recidiva precoce (inguinal, vulvar e subcutânea), não irradiável e iniciou Gemcitabina. Avaliação de resposta aos 5 meses com metastização pulmonar e progressão ganglionar e subcutânea. Pedido NGS que demonstrou mutação patogénica no gene *PIK3CA*. Iniciou Alpelisib 300mg/dia e aos 4 meses apresenta resposta dissociada - evolução favorável pulmonar e ganglionar e desfavorável a nível subcutâneo

A *upregulation* da via *PIK3/AKT/mTOR* está envolvida na carcinogénese do CCC.² Mutações no *PIK3CA* condicionam uma sobre-activação da actividade cinase da *PI3K*, identificada em cerca de 33% dos doentes com CCC³ Sendo que a via *PI3K/AKT/mTOR* é a que se encontra mais frequentemente activada, é razoável começar a considerá-la como um possível alvo terapêutico.² Porém, falta evidência que suporte a utilização dos inibidores na sua gestão terapêutica.

Um ensaio de fase II estudou a combinação Temsirolimus com Carboplatina+Paclitaxel em primeira linha de doença avançada mas apesar de bem tolerado, sem impacto estatisticamente significativo na progressão livre de doença;⁴ a utilização do inibidor *mTOR/PI3K* (LY3023414) em doentes com cancro do endométrio avançado, com taxa de resposta de 16% e perfil de toxicidade tolerável;⁵ um ensaio de fase II com 11 doentes com cancro do endométrio avançado tratadas com Copanlisib (6 com doença estável e uma sobrevida livre de progressão de 2.8 meses);⁶ um caso clínico de cancro do endométrio avançado que reportou a utilização de Alpelisib que aos 4 meses de terapêutica apresentou resposta parcial, com toxicidade manejável.⁷

As terapêuticas-alvo são parte integrante do tratamento de um número crescente de patologias. O CCC é um subtipo histológico órfão de opções terapêuticas. Futuramente, as terapêuticas-alvo poderão vir a desempenhar um papel importante, principalmente após conhecimento mais aprofundado dos mecanismos que permitem a carcinogénese nesta doença, no entanto, presentemente, sem evidência robusta que suporte a sua utilização sustentada.

COMPARAÇÃO DOS EFEITOS DE UM PROGRAMA DE PRÉ-HABILITAÇÃO (HOME BASED) EM DOENTES COM ADENOCARCINOMA DO ESTÔMAGO SUBMETIDOS A QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE COM O REGIME FLOT

NUNO JORGE¹; CAROLINA CASTRO¹; CLARA DAHER¹; JOÃO ANTUNES¹; SAMUEL BARBOSA¹; MAFALDA PEDROSA¹; SÓNIA CABRAL²; OTÍLIA ROMANO²; DANIEL MOREIRA GONÇALVES³; LÚCIO LARA SANTOS²

¹ GRUPO DE PATOLOGIA EXPERIMENTAL E TERAPÊUTICA, INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DO PORTO FG, EPE (IPO-PORTO), PORTO, PORTUGAL

² INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA PORTO

³ CENTRO DE INVESTIGAÇÃO EM ATIVIDADE FÍSICA, SAÚDE E LAZER (CIAFEL), FACULDADE DE DESPORTO, UNIVERSIDADE DO PORTO, PORTO, PORTUGAL

INTRODUÇÃO

Evidências recentes demonstram as potenciais vantagens da pré-habilitação na otimização dos resultados pós-operatórios de doentes submetidos a cirurgia oncológica. Mas nenhum estudo abordou especificamente doentes com cancro gástrico submetidos a quimioterapia neoadjuvante com o regime FLOT (5-fluorouracil, leucovorin, oxaliplatina e docetaxel).

OBJETIVOS

Analisar a tolerância à quimioterapia neoadjuvante (NAC) com FLOT, a alteração da aptidão física e as complicações pós-operatórias em doentes com adenocarcinoma gástrico localmente avançado, possivelmente ressecável.

MÉTODOS

Os doentes foram aleatoriamente distribuídos por programas de pré-habilitação não estruturado (P1) ou estruturado (P2) numa proporção de 1:1. O P1 recebeu cuidados padrão e objetivos de atividade física (OMS), enquanto o P2 recebeu cuidados padrão e instruções para treino aeróbico, de força e dos músculos inspiratórios. Os resultados foram avaliados antes da NAC, antes da cirurgia e 30 dias após a alta.

RESULTADOS

Foram incluídos 39 pacientes, sendo 17 pacientes no P1 e 22 pacientes no P2. No grupo P1, 68,8% dos pacientes aderiram às recomendações, enquanto no P2, 87,5% aderiram ao exercício aeróbico, 50% ao exercício resistido e 26,5% ao treino dos músculos inspiratórios. Complicações pós-operatórias foram observadas em 9 pacientes, representando 23,1% do total da coorte (2 do P1 e 7 do P2). Desses, 4 pacientes

(10,5%) apresentaram complicações maiores (2 do P1 e 2 do P2). Sem diferenças significativas entre os dois grupos em termos de carga pós-operatória, ambas as abordagens de pré-habilitação conduziram a uma redução de 20% nas complicações gerais e a uma redução de 10% nas complicações maiores, em comparação com os nossos dados de controlo históricos. A aptidão física não apresentou diferenças significativas em nenhum dos três momentos de avaliação ($P > 0,05$). A tolerância à quimioterapia neoadjuvante revelou que 67% dos doentes em P1 e 22% em P2 tiveram de atrasar os seus ciclos de quimioterapia duas ou mais vezes ($P < 0,05$, P1 vs. P2). Foram observadas reduções de dose em 87,5% dos pacientes em P1 e 12,5% em P2 ($P < 0,05$, P1 vs. P2). Além disso, P2 apresentou uma menor incidência de efeitos colaterais hematológicos grau III-IV, incluindo leucopenia (11 em P1 e 4 em P2) e neutropenia combinada com leucopenia (5 em P1 e 3 em P2), em comparação com P1.

DISCUSSÃO

Os nossos dados preliminares sugerem que a pré-habilitação domiciliária estruturada e não estruturada foram eficazes na redução das complicações pós-operatórias (resultado primário) e na preservação da aptidão física (resultado secundário), enquanto a intervenção estruturada também melhorou a tolerância ao FLOT.

CONCLUSÃO

Assim, a pré-habilitação deve ser considerada uma componente integral do percurso dos cuidados perioperatórios para melhorar os resultados dos doentes.

HISTIOCITOSE DE CÉLULAS DE LANGERHANS - FIXAÇÃO PROFILÁTICA COM PLACA E PARAFUSOS EM CONTEXTO DE FRATURA IMINENTE DA DIÁFISE DO FÉMUR

JOÃO NELAS¹; GUILHERME MADEIRA²; JOÃO SEIXAS¹; MANUEL CARRAPATOSO¹; PEDRO CARDOSO¹; VÂNIA OLIVEIRA¹

¹ CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DO PORTO E.P.E.

² HOSPITAL DISTRITAL DE SANTARÉM, E.P.E.

A histiocitose de células de Langerhans é uma doença rara caracterizada por uma proliferação e acumulação de células dendríticas derivadas da medula óssea que podem afetar qualquer órgão do corpo humano. Ocorre principalmente na faixa etária pediátrica e é relativamente mais comum em doentes do sexo masculino. Os ossos são frequentemente afetados por esta doença, sendo a diáfise do fémur o local mais comum quando um osso longo está envolvido. A extensão e a gravidade das lesões ósseas determinam a abordagem do tratamento e o eventual prognóstico.

Apresentamos o caso de um doente do sexo masculino, 20 anos de idade, com clínica de coxalgia esquerda com meses de evolução, sem história de traumatismo. A radiografia revelou uma lesão lítica na diáfise do fémur com expansão medular, sem esclerose óssea. A ressonância magnética demonstrou um hipersinal sobre a lesão nas imagens ponderadas em STIR e T2, com adelgaçamento cortical e reação do periósteo. O doente foi submetido a uma biópsia óssea e o estudo histopatológico juntamente com a imunohistoquímica confirmaram o diagnóstico de histiocitose de células de Langerhans. Outros estudos de imagem confirmaram o envolvimento unifocal do fémur, sem lesões em outros órgãos. Considerando o risco de fratura iminente devido ao tamanho da lesão, à sua localização num osso longo e à idade do doente, foi realizada uma fixação profilática com placa e parafusos juntamente com injeção intralesional de corticoide. Um ano depois o doente estava assintomático com uma radiografia a demonstrar uma remodelação óssea significativa sobre a área da lesão.

O envolvimento ósseo é a forma menos grave da doença e geralmente é tratado com curetagem, injeção intralesional de corticoide ou radioterapia. Embora a maioria dos doentes recupere completamente com o tratamento local, considerando o risco de fratura iminente como neste caso, a fixação profilática pode ser útil como abordagem de tratamento de forma a evitar complicações futuras.

O PAPEL DA LINFADENECTOMIA DE 3 CAMPOS NO CANCRO DO ESÓFAGO

MARIA DO CARMO GIRÃO¹; FRANCISCA BRITO SILVA²; FRANCISCO CABRAL²; PAULO RAMOS²; CECÍLIA MONTEIRO²; RUI CASACA²; NUNO ABECASIS²

¹ CENTRO HOSPITALAR BAIXO ALENTEJO E.P.E.

² INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA LISBOA

INTRODUÇÃO

As classificações da AJCC e a da Sociedade Japonesa de Esófago (SJE) diferem na classificação e definição do N, sendo que a primeira considera a presença de doença nos gânglios supraclaviculares (grupo 104) como M1, e a segunda classifica-a como doença loco-regional nos tumores do esófago torácico. Doentes que seriam excluídos de uma estratégia de tratamento de intenção curativa pela classificação da AJCC podem ser candidatos a essa estratégia, oferecendo a linfadenectomia do grupo 104 da classificação da SJE.

OBJETIVOS

Perceber qual o impacto da linfadenectomia de 3 campos no controlo loco-regional, morbilidade e sobrevivência global nos doentes com cancro do esófago.

MATERIAIS E METODOS

Foi realizado um estudo de coorte retrospectivo a partir de uma base de dados prospetiva de um único centro, que inclui doentes consecutivos submetidos a esofagectomia por cancro com linfadenectomia de 2 campos torácica total e linfadenectomia de 3 campos, entre janeiro de 2019 e dezembro de 2022.

Nestes doentes foi avaliada a taxa de recidiva loco-regional e à distância, a morbimortalidade e a sobrevivência global dos doentes submetidos a uma e outra linfadenectomia.

RESULTADOS

Foram realizadas 209 esofagectomias por cancro, das quais 101 foram incluídas para análise (com linfadenectomia de 2 campos total e de 3 campos).

A mediana de idades foi 67 anos, 87% do sexo masculino. 34% dos doentes apresentavam tumores do cárdia com envolvimento do esófago inferior. Foi realizada linfadenectomia de 2 campos total em 67% e 3 campos em 33%.

A taxa de recidiva foi 29% na linfadenectomia de 2 campos e 33% na linfadenectomia de 3 campos ($p=0,594$). Não houve diferença estatisticamente significativa na deiscência de anastomose, fistula do canal torácico e parésia das cordas vocais.

A morbilidade major (Clavien-Dindo ³IIIb e <V) foi 15,2% no grupo da linfadenectomia de 2 campos e 9% no grupo da linfadenectomia de 3 campos ($p=0,546$). A taxa de Clavien-Dindo V foi 10,3% nos doentes submetidos a linfadenectomia de 2 campos e 15,1% naqueles submetidos a linfadenectomia de 3 campos ($p=0,479$).

A sobrevivência global foi 27 versus 35 meses ($p=0,528$).

DISCUSSÃO

Em 33% dos doentes foi posta a indicação para linfadenectomia de 3 campos. Em muitos centros, a presença de doença cervical é considerada doença à distância.

A taxa de recidiva não apresentou diferença estatisticamente significativa, sendo que a 74% das recidivas foram à distância. A morbilidade major e a mortalidade hospitalar não foram modificadas pela extensão da linfadenectomia.

A sobrevivência global não foi diferente nos dois grupos (27 vs. 35 meses, $p=0,528$).

CONCLUSÃO

A realização de uma linfadenectomia de 3 campos permitiu oferecer controlo loco-regional e sobrevivência global equivalentes a doentes com doença loco-regional mais extensa, considerada como metastática em outros centros, sem aumento estatisticamente significativo da morbi-mortalidade.

OSTEOSSARCOMA EXTRAESQUELÉTICO E MIOSITE OSSIFICANTE ENQUANTO DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

JOÃO NELAS¹; GUILHERME MADEIRA²; JOÃO SEIXAS¹; MANUEL CARRAPATOSO¹; PEDRO CARDOSO¹; VÂNIA OLIVEIRA¹

¹ CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DO PORTO E.P.E.

² HOSPITAL DISTRITAL DE SANTARÉM, E.P.E.

O osteossarcoma extraesquelético é um tumor raro de tecidos moles composto por células que produzem matriz óssea sem qualquer ligação ao osso ou perióstio. Este sarcoma afeta principalmente homens na sexta década de vida e requer tratamento imediato para melhorar o prognóstico. Por outro lado, a miosite ossificante é uma condição benigna autolimitada caracterizada pela formação de osso heterotópico nos tecidos moles e afeta frequentemente adultos jovens, principalmente atletas. Ambas as doenças ocorrem comumente nos membros inferiores, especialmente na coxa, e por vezes estão relacionadas com um traumatismo prévio. Torna-se um desafio diferenciar estas duas patologias devido à sobreposição de características radiográficas e histológicas.

Apresenta-se o caso de uma doente do sexo feminino, 33 anos de idade, que apresentava uma massa palpável indolor na região pósteromedial da coxa direita, a qual relacionava com um traumatismo ocorrido há 3 anos atrás. A massa era bem delimitada, de consistência pétrea e aderente aos tecidos profundos. Os exames de imagem revelaram uma lesão no terço distal da coxa, dependente do músculo semimembranoso, calcificada perifericamente e aparentemente sem envolvimento do fémur. O diagnóstico foi assumido como miosite ossificante e o tratamento conservador foi implementado durante um ano. No entanto, as queixas da doente persistiram, pelo que foi realizada uma biópsia que revelou um osteossarcoma extraesquelético de baixo grau. Após ter sido excluída doença metastática, foi realizada uma ressecção extensa da lesão com margens livres. Um ano depois, a doente apresentava uma recuperação completa da marcha e sem sinais de recidiva da doença.

O tratamento cirúrgico da miosite ossificante é apenas considerado quando a massa interfere na função articular ou causa dor, sendo que a maioria dos doentes apresenta resolução completa dos sintomas no período de 1 a 2 anos com tratamento conservador. Contrariamente, o osteossarcoma extraesquelético é um tumor maligno que requer diagnóstico e tratamento imediatos para melhorar as taxas de sobrevivência, pelo que é essencial diferenciar estas duas condições de modo a promover um desfecho clínico favorável.

GASTRIC CANCER PREDICTIVE BIOMARKERS: INTEGRATING LITERATURE AND INSIGHTS FROM UNIDADE LOCAL SAÚDE DO ALENTEJO CENTRAL CASUISTRY

MARTA BARBOSA

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALENTEJO CENTRAL

INTRODUCTION

Gastric cancer (GC) is a heterogeneous disease with diverse histological and genomic subtypes. In Portugal, is the fifth most diagnosed cancer and the third leading cause of mortality among cancers. Significant efforts have been made to identify molecular biomarkers with predictive implications to better comprehend the broad heterogeneity of GC and develop effective targeted therapies for it.

OBJECTIVES

This study aims to review current and emerging GC predictive biomarkers and analyze casuistic data from Unidade Local Saúde do Alentejo Central (ULSAC).

METHODOLOGY

A literature review explored currently utilized biomarkers in clinical practice, as well as emerging biomarkers, and data on HER2, MMR, and PD-L1 status were collected from 226 patients diagnosed with GC (2019-2023) at ULSAC.

RESULTS

The review focused on established (PD-L1, HER2, MMR) and emerging biomarkers (FGFR2, CLDN18.2). HER2 overexpression, MMR status, and PD-L1 positivity are predictive biomarkers in GC, and an increasing number of clinical trials based on novel biomarkers have demonstrated the efficacy of targeted therapies alone or in combination with conventional chemotherapy. Enrichment design clinical trials of targeted therapies against FGFR2b and Claudin18.2 have shown efficacy in unresectable advanced GC.

A total of 226 patients diagnosed with GC between 2019 and 2023 were included in the study. Of these, 152 were male, and 74 were female, with an average age of 72 years (ranging from 21 to 96 years). The evaluation of HER2 and MMR was reflexively conducted at the time of diagnosis. 11.1% of patients' tumors exhibited HER2 overexpression, and 15.9% showed loss of MMR expression. None of them showed simultaneous HER2 overexpression and MMR loss. The assessment of PD-L1 was conducted in only 10 out of 226 cases. Among these 10 cases, only one tested positive for PD-L1 expression.

DISCUSSION AND CONCLUSIONS

Currently, only three biomarkers are used in routine practice to select patients with advanced-stage GC before administering molecularly targeted therapies: HER2 overexpression for HER2-targeted therapy, and MSI status and PD-L1 expression for anti-PD-1/anti-PD-L1 therapy.

The casuistry analysis, rooted in real-world patient data from ULSAC, offers valuable insights into the prevalence of these biomarkers within the specific population of Alentejo. The 15.9% MMR loss and the 11.1% HER2 positivity aligns with other studies. However, PD-L1 expression appears underestimated.

SPOTLIGHT and GLOW trials confirmed the efficacy of anti-claudin18.2 therapy added to chemotherapy for claudin-18.2-positive GC tumors. Claudin18.2 evaluation through immunohistochemistry is entering clinical practice, with the Pathology Department playing a central role in therapeutic decision-making.

CARCINOMA NEUROENDÓCRINO DIGESTIVO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

**MARCO AURÉLIO CORREIA¹; GIL PRAZERES²; MARIANA S. CÂMARA²; INÊS MARGARIDO²;
RITA NETO²; JOANA ALBUQUERQUE²; TERESA TIMÓTEO²**

¹ INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA LISBOA

² HOSPITAL DA LUZ LISBOA

O carcinoma neuroendócrino (CNE) do tubo digestivo é raro, sendo a sua incidência anual de 0,5-0,8/100,000. Possui uma história natural agressiva caracterizada por metastização precoce e extensa à data do diagnóstico. Cerca de 41% dos CNE do tubo digestivo são primários do colon e reto, sendo estes habitualmente de grandes células e não funcionantes.

A sobrevivência média destes doentes em contexto de doença metastática tratados com quimioterapia ronda os 11-12 meses.

Apresenta-se o caso de um doente do sexo masculino, 75 anos de idade, que surge com quadro constitucional de febre, sudorese noturna, anorexia e perda ponderal, com um mês de evolução. O despiste de infeção bacteriana e tuberculose foi efetuado. Endocardite infecciosa foi excluída por ecocardiograma transesofágico. A tomografia computadorizada (TC) toracoabdominopélvica revelou um espessamento segmentar do cólon sigmoide e a colonoscopia evidenciou uma neoplasia estenosante, tendo sido realizadas biópsias que revelaram carcinoma pouco diferenciado com aspectos morfológicos e imunofenotípicos favorecendo diferenciação neuroendócrina, com um índice de proliferação celular (ki67/mib1) superior a 90%. PET TC FDG revelou hipercaptação na lesão sigmoideia e captação medular difusa. A biópsia óssea confirmou invasão da medula óssea pelo carcinoma neuroendócrino.

Paralelamente, o doente apresentou um quadro inflamatório exuberante que se admitiu secundário à neoplasia, com hiperferritinemia (12.250 ng/mL), VS 100 mm/h e PCR 40-45 mg/dL. Tratou-se assim de um doente com CNE do cólon sigmoide metastático apenas com indicação para terapêutica sistémica. Iniciou quimioterapia com carboplatina e etoposido, tendo desenvolvido logo após o 1º ciclo de tratamento aplasia medular que não reverteu com a terapêutica de suporte (UCE; plaquetas; filgrastim) vindo o doente a falecer em choque séptico. O presente caso ilustra um caso clínico de um carcinoma neuroendócrino puro do cólon sigmoide com uma apresentação e evolução muito agressiva típica destas neoplasias.

TUMOR DE PANCOAST: UM CASO DE SUCESSO NA ERA 3DCRT

PEDRO TINOCO DA COSTA; OLGA SOUSA; HELENA PEREIRA; ISABEL RODRIGUES; FÁTIMA BORGES
INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA PORTO

INTRODUÇÃO

Os Tumores de Pancoast são neoplasias malignas que se localizam no ápice do pulmão, correspondendo a menos de 5% dos carcinomas broncogénicos.

O tratamento curativo representa um grande desafio, sendo a estratégia trimodal, com quimioterapia (QT) e radioterapia (RT) de indução, seguidas de resseção cirúrgica, a abordagem de eleição.

DESCRIÇÃO

Doente de 51 anos, sexo feminino, com queixas de dor no ombro esquerdo com irradiação para o membro superior, acompanhada de parestesias no braço e diminuição da força da mão, com algumas semanas de evolução. Realizou uma TC, em 13/2/2008, que mostrou uma lesão no segmento ápico-posterior do pulmão esquerdo, com 6cm, com apagamento do plano adiposo profundo dos músculos escalenos, compressão da artéria braquiocefálica e invasão do mediastino superior, pleura, planos adiposos paravertebrais e buracos de conjugação de D1 a D3, sugestiva de Tumor de Pancoast. Realizou biópsia transtorácica que foi compatível com um adenocarcinoma pouco diferenciado do pulmão. Os exames de estadiamento, incluindo PET-CT, classificaram o tumor como cT4N0M0. Realizou 2 ciclos de QT com cisplatina e paclitaxel, sem evidência de resposta. Iniciou RT, em 7/5/2018, concomitante com QT com carboplatina e paclitaxel, semanal. Na avaliação imagiológica após 46Gy, a neoplasia mantinha critérios de irresecabilidade, pelo que o tratamento foi replaneado (RT adaptativa) para a dose de 66Gy em 33 frações, segundo técnica 3DCRT com a incidência de 11 campos de tratamento. Realizou 6 ciclos de QT durante a RT, que concluiu em 20/6/2018, tendo ficado em vigilância clínica.

A avaliação imagiológica aos 3 e 6 meses evidenciou resposta tumoral, não se definindo, contudo, planos de clivagem com o feixe vasculonervoso do pescoço e com os buracos de conjugação cervicodorsais de C7 a D2, com conflito de espaço radicular.

Atualmente, 16 anos após tratamento, não apresenta recidiva de doença, mantendo sintomatologia neurológica do membro superior esquerdo

DISCUSSÃO / CONCLUSÃO

Os principais fatores de prognóstico em pacientes com Tumores de Pancoast submetidos a tratamento com intuito curativo são o estadio T (nomeadamente se T4 com invasão do canal vertebral e feixes vasculonervosos), a resposta ao tratamento de indução e a radicalidade da cirurgia. Uma resseção cirúrgica completa (R0) só é possível em menos de 50% dos tumores cT4 e, apesar dos avanços nas diferentes modalidades terapêuticas, as taxas de recorrência local são elevadas. Nos tumores irresecáveis está indicada a realização de RT, com doses entre os 60 e 70Gy, em concomitância com QT.

Este caso clínico foi particularmente desafiante por não dispormos, na altura, das atuais técnicas de intensidade modulada e imagem guiada que permitem uma RT mais conformacionada e de maior precisão, com uma melhor distribuição de dose no tumor, e redução de dose nos tecidos sãos adjacentes com diminuição da toxicidade.

AMPUTAÇÃO DE 3 RAIOS POR TUMORES MALIGNOS DA MÃO - SOBREVIDA E OUTCOME FUNCIONAL

JOÃO NELAS¹; GUILHERME MADEIRA²; JOÃO SEIXAS¹; MANUEL CARRAPATOSO¹; PEDRO CARDOSO¹; VÂNIA OLIVEIRA¹

¹ CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DO PORTO E.P.E.

² HOSPITAL DISTRITAL DE SANTARÉM, E.P.E.

O tratamento dos tumores malignos da mão representa um desafio clínico importante na medida em que é fundamental encontrar um equilíbrio entre a realização da resseção do tumor com margens livres de doença, reduzindo assim as taxas de recorrência local para melhorar a sobrevida, tentando sempre preservar simultaneamente tecido suficiente para manter bons resultados funcionais. Estando as amputações da mão associadas a uma incapacidade funcional marcada para os doentes, a resseção completa de grandes sarcomas de tecidos moles preservando parte da mão representa um desafio considerável para os cirurgiões. Este processo de tomada de decisão torna-se particularmente difícil dada a complexidade anatômica da mão.

Os autores apresentam dois casos de doentes submetidos a amputação parcial da mão em contexto tumoral. Os dois doentes, diagnosticados respetivamente com um mixofibrossarcoma e um condrossarcoma da mão, submetidos a estadiamento e sem evidência de lesão metastática à distância, foram ambos submetidos a amputação do 3º, 4º e 5º raios da mão. No follow-up dos doentes, verificou-se que após 1 ano de cirurgia no primeiro caso, e 11 anos no segundo caso, nenhum dos doentes apresentou sinais de recorrência local ou à distância da doença, verificando-se uma boa adaptação às atividades de vida diária, com função de pinça polegar indicador preservada e força muscular mantida. Os doentes apresentavam um score de 26/30 de acordo com a *musculoskeletal tumor society scale*.

Os casos apresentados demonstram que as amputações parciais da mão devem ser sempre consideradas em contexto de tumores malignos da mão, uma vez que pode ser possível obter a erradicação completa da doença preservando uma parte significativa da capacidade funcional dos doentes. No entanto, é sempre necessário ter em consideração que os resultados estão intimamente relacionados com o número de estruturas preservadas durante a intervenção cirúrgica.

HETEROGENEIDADE CLÍNICA EM PECOMAS UTERINOS

MIGUEL ESTEVES DE OLIVEIRA SANTOS; SARA CABRAL; RITA ROSADO SOBRAL;
AMANDA HIRSCHFELD; EMANUEL GOUVEIA; FÁTIMA VAZ
INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA LISBOA

INTRODUÇÃO

Tumores uterinos perivasculares de células epitelioides (PEComas) são neoplasias mesenquimatosas raras [1,2]. Classificam-se em benignos, potencial maligno indeterminado e malignos [3]. O tratamento de PEComas malignos metastáticos inclui inibidores mTOR ou VEGFR, quimioterapia e eventual adição de hormonoterapia [2,4].

OBJETIVOS

Expor a heterogeneidade clínica de PEComas malignos.

MATERIAL E MÉTODOS

Revisão de 2 casos de PEComas malignos tratados entre 2019 e 2024 na nossa instituição.

RESULTADOS

CASO 1

Mulher, 62 anos, submetida a ressecção de presumível mioma uterino em 09/2019, cuja descrição anatomopatológica revelou tumor de partes moles. A revisão de lâminas (02/2021) na nossa instituição confirmou PEComa maligno, receptores de estrogénio (RE) negativos. TC-TAP com metastização pulmonar múltipla. Em RMD definido *watchful waiting* por ausência de sintomas. Apenas 5 meses depois registou-se progressão hepática e óssea sintomática. Cumpriu múltiplas linhas terapêuticas, com rápida progressão: sirolimus (inibidor mTOR) por 4 meses; sunitinib (inibidor VEGFR) por 3 meses; e gemcitabina por 4 meses. Por ausência de alvos moleculares (NGS) acionáveis e recusa de tratamento ev, realizou etoposido por 12 meses com tolerância até PD óssea e renal em 12/2023. Último trial terapêutico - ciclofosfamida metronómica - foi também inefetivo: PD em 2 meses e perda de *status* para tratamento. Faleceu sob *best supportive care*.

CASO 2

Jovem, 33 anos, seguida em consulta de Ginecologia por menometrorragias, já submetida a múltiplas miomectomias. Em ecografia pélvica de 10/2017 identificaram-se múltiplos nódulos abdomino-pélvicos, confirmados em TC e RM, incluindo um nódulo sólido de 30x20mm na porção posterior do útero. A biópsia de nódulo peritoneal revista na nossa instituição documentou um PEComa multifocal RE positivo, com áreas focais com características de alto risco. A PET identificou metastização pulmonar múltipla. Iniciou tamoxifeno em 01/2020 que mantém atualmente com doença pulmonar, abdominal e pélvica estável com 4 anos de terapêutica. Vida ativa sem restrições.

DISCUSSÃO

Estes casos ilustram a ampla heterogeneidade de agressividade tumoral em PEComas malignos metastáticos: progressão rápida sob múltiplas linhas terapêuticas vs doença estável sob 4 anos de hormonoterapia. São necessários biomarcadores de prognóstico mais fiáveis neste contexto.

PEComas que expressam recetores hormonais podem constituir um subgrupo suscetível de tratamento com hormonoterapia em associação [4] ou em monoterapia, como neste caso.

No setting de doença mais agressiva, destaca-se a resposta duradoura a etoposido.

CONCLUSÕES

Os PEComas malignos são uma entidade com comportamento heterogéneo. Faltam estudos sobre a biologia deste subgrupo maligno que expressa recetores de estrogénio, e sobre a eficácia comparativa da hormonoterapia com outras opções terapêuticas.

ENCONTROSdaPRIMAVERA.com

ORGANIZAÇÃO

DNA[®] **PRIME**[®]
POWERED BY factorchave[®]
SCIENTIFIC EDUCATION

AGÊNCIA OFICIAL

factorchave[®]
marketing integrado