

COMISSÃO DE HONRA

Prof. Doutor Agostinho Marques
Prof. Doutor António Ferreira

Dra. Margarida Tavares
Prof. Doutor Sobrinho Simões

COMISSÃO CIENTÍFICA

Dra. Andreia Costa
Dra. Armanda Gomes
Dr. Costa Maia
Dra. Cristina Sarmiento
Prof. Doutora Fátima Carneiro
Dra. Fernanda Trigo

Dr. Fernando Araújo
Prof. Doutor Francisco Cruz
Dra. Isabel Augusto
Dr. Manuel Sobrinho Simões
Dr. Paulo Linhares

MAJOR SPONSOR



SPONSORS PLATINA



SPONSORS OURO



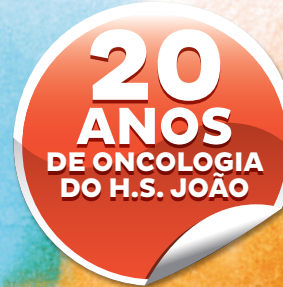
SUPPORTERS



PERSPECTIVAS EM ONCOLOGIA

13 | 14 | 15 FEV 2014

FUNDAÇÃO ENG. ANTÓNIO DE ALMEIDA | PORTO



PRESIDENTE HONORÁRIO
Dr. José Silva Ferreira

PRESIDENTES
Dra. Margarida Damasceno
Prof. Doutor José Eduardo Guimarães

TERAPÊUTICAS ALVO EM ONCOLOGIA

PROGRAMA

ORGANIZAÇÃO
E AGÊNCIA OFICIAL

FactorChave

www.factorchave.pt

PATROCÍNIO INSTITUCIONAL



SÃO JOÃO

PERSPECTIVAS EM ONCOLOGIA II

PROGRAMA



13 | 14 | 15 FEV 2014

FUNDAÇÃO ENG. ANTÓNIO DE ALMEIDA | PORTO

5ª FEIRA | DIA 13 FEVEREIRO

15:00 | 18:00 **Curso pré-congresso TIARA HOTEL**

HEREDITARIEDADE E CANCRO

15:00 | 15:30 **Quando e a quem pedir estudo genético em oncologia**

Moderador: Dr. Sérgio Castedo

15:30 | 16:00 **Como se vive com o risco**

Moderadora: Dra. Susana Samico

16:00 | 16:30 **Intervalo**

16:30 | 17:30 **Experiência do Centro Hospitalar São João**

| **Cancro da mama**

Dra. Susy Costa

| **Cancro digestivo**

Dra. Manuela Batista

6ª FEIRA | DIA 14 FEVEREIRO

09:00 | 10:30 **Terapêuticas dirigidas em hemato-oncologia**

Moderadores: Prof. Doutor Manuel Sobrinho Simões,
Prof. Doutor José Eduardo Guimarães

| **Inibidores de tirosina-quinase em doenças bcr-cbl positivas**

Dr. Manuel Sobrinho Simões

| **Mielodisplasias e mutação de DNA**

Dr. Ricardo Pinto

| **Tratamento da leucemia mieloide aguda do idoso: quimioterapia, agentes demetilantes e anticorpos**

Prof. Doutor José Eduardo Guimarães

10:30 | 11:00 **Intervalo**

11:00 | 12:30 **Cancro do pulmão: Terapêuticas alvo**

Moderador: Prof. Doutor Henrique Queiroga

| **Perfil molecular do cancro do pulmão**

Prof. José Carlos Machado

| **Resultados clínicos com as terapêuticas alvo no cancro do pulmão: o estado da arte**

Prof. Doutor Venceslau Hespanhol

| **Experiência do CHSJ com inibidores da tirosina quinase em 1ª linha**

Dra. Gabriela Fernandes

| **Experiência do CHSJ com inibidores da tirosina quinase em 2ª/3ª linha**

Dra. Adriana Magalhães

12:30 | 13:15

Cerimónia de abertura

Dra. Margarida Damasceno

Prof. Doutor José Eduardo Guimarães

Conselho de Administração do Centro Hospitalar São João

Faculdade Medicina Universidade do Porto

| **20 Anos de Oncologia do Hospital de São João**

Dr. José Situa Ferreira

13:15 | 14:30

Almoço

14:30 | 16:00

Melanoma: Novos paradigmas no tratamento

Moderadores: Dra. Maria José Passos, Dr. Paulo Cortes

| **Imunologia no melanoma**

Dr. Haakan Norell

| **Alterações moleculares em melanoma**

Dra. Helena Pópulo

| **Tratamento médico**

Dra. Ana Cristina Raimundo

16:00 | 16:30

Intervalo

16:30 | 18:00

Cancro da mama metastizado

Moderadores: Dra. Helena Geruásio, Dr. Sérgio Barroso

| **Avanços na quimioterapia**

Dra. Noémia Afonso

| **Novas abordagens em doentes HER2+**

Dra. Margarida Damasceno

| **Metastização óssea**

Prof. Doutor Luís Costa

PERSPECTIVAS EM ONCOLOGIA II

PROGRAMA



13 | 14 | 15 FEV 2014

FUNDAÇÃO ENG. ANTÓNIO DE ALMEIDA | PORTO

SÁBADO | DIA 15 FEVEREIRO

09:00 | 10:30

Cancro do ovário: Avanços no tratamento

Moderadores: Dra. Deolinda Pereira, Dr. Miguel Barbosa

| **Terapêutica anti-angiogénica**

Dr. Andrés Redondo

| **Outras terapêuticas**

Dra. Andreia Costa

10:30 | 11:00

Intervalo

11:00 | 12:30

Novas terapêuticas no tubo digestivo

Moderadores: Dra. Cristina Sarmento, Dr. João Ribeiro

| **Avanços terapêuticos no cancro do pâncreas**

Dr. Hélder Mansinho

| **Utilização dos agentes biológicos em doentes com cancro colorectal metastizado**

Prof. Doutor Jesus Garcia-Foncillas

12:30 | 14:00

Almoço

14:00 | 15:00

Avanços no tratamento em urologia

Moderadores: Dra. Ana Martins, Dr. Jorge Espírito Santo

| **Novas abordagens terapêuticas no tratamento da próstata**

Dra. Isabel Augusto

| **Novas abordagens terapêuticas no tratamento do rim**

Dr. Nunes Marques

15:00 | 16:30

Cuidados de suporte do doente oncológico

Moderadores: Dra. Armanda Gomes, Dra. Fernanda Trigo

| **Infecções no doente neutropénico e imunodeprimido**

Dr. Rui Vergantim

| **Problemas trombo-embólicos em Oncologia**

Dr. Fernando Araújo

| **Tratamento da dor oncológica**

Dr. Paulo Reis Pina

16:30 | 17:30

Discussão de posters

Moderadores: Dr. Alberto Pinguinha, Dr. Guy Vieira, TBA

PERSPECTIVAS EM ONCOLOGIA II

PALESTRANTES



13 | 14 | 15 FEV 2014

FUNDAÇÃO ENG. ANTÓNIO DE ALMEIDA | PORTO

Adriana Magalhães	Centro Hospitalar de São João
Alberto Pinguinha	Hospital Distrital de Santarém
Ana Cristina Raimundo	Instituto Português de Oncologia do Porto
Ana Martins	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental
Andreia Costa	Centro Hospitalar de São João
Andrés Redondo	Hospital La Paz, Madrid
Armanda Gomes	Centro Hospitalar de São João
Cristina Sarmento	Centro Hospitalar de São João
Deolinda Pereira	Instituto Português de Oncologia do Porto
Fernanda Trigo	Centro Hospitalar de São João
Fernando Araújo	Centro Hospitalar de São João
Gabriela Fernandes	Centro Hospitalar de São João
Guy Vieira	Clínica Quadrantes, Faro
Haakan Norell	Instituto de Medicina Molecular de Lisboa
Hélder Mansinho	Hospital Garcia de Orta
Helena Gervásio	Instituto Português de Oncologia de Coimbra
Helena Pópulo	IPATIMUP
Henrique Queiroga	Centro Hospitalar de São João
Isabel Augusto	Centro Hospitalar de São João
Jesus Garcia-Foncillas	University Hospital Fundacion Jimenez Diaz
João Ribeiro	Instituto Português de Oncologia de Coimbra
Jorge Espírito Santo	Centro Hospitalar Barreiro Montijo

Jorge Penedo	Centro Hospitalar de Lisboa Central
José Carlos Machado	IPATIMUP
José Eduardo Guimarães	Centro Hospitalar de São João
José Silva Ferreira	Porto
Luís Costa	Centro Hospitalar de Lisboa Norte
Manuel Sobrinho Simões	Centro Hospitalar de São João
Manuela Batista	Centro Hospitalar de São João
Margarida Damasceno	Centro Hospitalar de São João
Maria José Passos	Instituto Português de Oncologia de Lisboa
Miguel Barbosa	Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro
Noémia Afonso	Instituto Português de Oncologia do Porto
Nunes Marques	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental
Paulo Cortes	Centro Hospitalar de Lisboa Norte
Paulo Reis Pina	Instituto Português de Oncologia de Lisboa
Ricardo Pinto	Centro Hospitalar de São João
Rui Vergantim	Centro Hospitalar de São João
Sérgio Barroso	Hospital de Espírito Santo de Évora
Sérgio Castedo	Centro Hospitalar de São João
Susana Samico	Centro Hospitalar de São João
Susy Costa	Centro Hospitalar de São João
Venceslau Hespanhol	Centro Hospitalar de São João

PERSPECTIVAS EM ONCOLOGIA II

RESUMO DE POSTERS



13 | 14 | 15 FEV 2014

FUNDAÇÃO ENG. ANTÓNIO DE ALMEIDA | PORTO

- 02 TUMORES NEUROENDÓCRINOS DO PÂNCREAS, UM LEQUE DE NOVAS OPORTUNIDADES
- 03 ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS PRÉ-DIAGNÓSTICAS: SÍNDROME PARANEOPLÁSICA CEREBRAL COMO APRESENTAÇÃO DE CARCINOMA DA MAMA
- 04 SARCOMA KAPOSÍ – UM DESAFIANTE SUCESSO TERAPÊUTICO
- 05 CARCINOMA PEQUENAS CÉLULAS DA MAMA COM DIFERENCIAÇÃO NEUROENDÓCRINA – UM DIAGNÓSTICO RARO
- 06 TERAPÊUTICA ONCOLÓGICA – QUANDO O DOENTE NÃO ESTÁ MENTALMENTE PREPARADO PARA AVANÇAR?
- 07 CEC FARINGO-LARÍNGEO LOCALMENTE AVANÇADO – UM CASO DE RESPOSTA COMPLETA APÓS RADIOTERAPIA-CETUXIMAB CONCOMITANTES
- 08 PODERÃO OS NOVOS TRATAMENTOS SISTÉMICOS DO CANCRO DA MAMA METASTÁTICA COM POSTERIOR TRATAMENTO LOCORREGIONAL, AUMENTAR A SOBREVIVÊNCIA DESTAS DOENTES?
- 09 DENOSUMAB NO TRATAMENTO DO TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES DO OSSO RECORRENTE OU IRRESECÁVEL: 2 ANOS DE SEGUIMENTO
- 10 NEOPLASIA EPITELIAL-MIOEPITELIAL DA PARÓTIDA: O DESAFIO CLÍNICO NUMA DOENÇA REFRATÁRIA
- 11 SÍNDROME NEFRÓTICO SECUNDÁRIO AO TRATAMENTO COM INIBIDORES DA TIROSINA QUINASE: UMA TOXICIDADE POUCO FREQUENTE NO TRATAMENTO DO CARCINOMA DE CÉLULAS RENAI METASTÁTICO
- 12 CARCINOMA DE CÉLULAS CLARAS DO RIM EM DOENTE SOB VIGILÂNCIA DE CARCINOMA DE PEQUENAS CÉLULAS DO PULMÃO
- 13 TUMOR CARCINÓIDE – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- 15 TUMORES DOS SEIOS PERINASAIS – 8 ANOS DE EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO DE RADIOTERAPIA
- 16 CARCINOMA LOCALMENTE AVANÇADO DA BEXIGA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- 17 NEOPLASIAS PRIMÁRIAS MÚLTIPLAS DO PULMÃO SÍNCRONAS – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- 18 INFLAMAÇÃO, ESTADO NUTRICIONAL E SINTOMAS NO DOENTE ONCOLÓGICO
- 19 ESTADO NUTRICIONAL COMO FATOR DE PROGNÓSTICO NOS DOENTES COM NEOPLASIA DO ESTÔMAGO
- 20 NEOPLASIAS PRIMÁRIAS MÚLTIPLAS DO PULMÃO METACRÓNICAS – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- 21 METASTASECTOMIA HEPÁTICA NO CANCRO COLO-RECTAL NO DOENTE IDOSO
- 22 CARCINOMA DO ESÓFAGO – UMA RESPOSTA INESPERADA
- 23 TROMBOCITOPENIA IMUNE: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO COM CANCRO OVÁRIO
- 24 BEVACIZUMAB NO TRATAMENTO PALIATIVO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO
- 25 CARCINOMA DA MAMA EM DOENTES “MUITO IDOSAS” – DIAGNÓSTICO, ABORDAGEM TERAPÊUTICA E SOBREVIVÊNCIA
- 26 HIPEC NO TRATAMENTO DO CARCINOMA EPITELIAL DO OVÁRIO EM ESTÁDIOS AVANÇADOS – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- 27 CARCINOMA DE CÉLULAS CLARAS DO RIM METASTIZADO: A OPORTUNIDADE TERAPÊUTICA NA MUDANÇA DO PARADIGMA
- 28 BEVACIZUMAB NO CANCRO COLORECTAL METASTÁTICO – ANÁLISE RETROSPECTIVA DE UM CENTRO
- 29 CARCINOMA DA MAMA ESTADIO I EM MULHERES PÓS-MENOPÁUSICAS: 10 ANOS DE FOLLOW-UP
- 30 METÁSTASE CÓLICA POR CARCINOMA DA MAMA
- 31 ANGIOSSARCOMA SECUNDÁRIO APÓS TRATAMENTO CONSERVADOR DE CANCRO DE MAMA
- 32 CARCINOMA COLO-RECTAL ESTÁDIO IV: LONGOS SOBREVIVENTES
- 33 CARCINOSSARCOMA UTERINO – REVISÃO DA LITERATURA A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO



02 TUMORES NEUROENDÓCRINOS DO PÂNCREAS, UM LEQUE DE NOVAS OPORTUNIDADES

Joana Febra (1); Manuel Magalhães (1); Estrela Rocha (1); Franklim Marques (1)
(1) Centro Hospitalar do Porto

Introdução: Os tumores neuroendócrinos do pâncreas (TNEP) são entidades relativamente raras e podem ocorrer de forma esporádica ou associados a uma síndrome de neoplasia endócrina hereditária. Cerca de 45-60% dos TNEP são não-funcionantes, apesar de poderem demonstrar a capacidade de produzir certas substâncias. A sua clínica silenciosa contribui para o diagnóstico tardio, com lesões de maior tamanho e metastização a distância. Contrariamente, os TNEP funcionantes, que apresentam uma síndrome clínica de hipersecreção hormonal, têm melhor prognóstico. **Caso Clínico:** Mulher de 76 anos, sem patologias prévias conhecidas. Diagnóstico de TNEP bem diferenciado, com permeação linfática e venosa e com metastização ganglionar e hepática em Abril 2008, submetida a pancreatectomia corporocaudal e termo-destruição por radiofrequência das lesões hepáticas. Em Junho de 2009 submetida a hepatectomia direita, confirmando-se metástases de PNET, tendo sido mantida em vigilância. Aparecimento de múltiplas lesões hepáticas focais em 2010, confirmadas por TC e Cintigrafia de receptores de somatostatina, pelo que iniciou terapêutica dirigida com Sandostatina LAR. Cromogranina A 2,0ng/mL. No entanto, após 2 anos, objectivada franca progressão das lesões hepáticas. Cromogranina A 3035,6 ng/mL. Decidido então, iniciar tratamento com Sunitinib, que a doente não tolerou por toxicidade neurológica grave (encefalopatia hepática), com necessidade de internamento. PET/Cintigrafia com análogos da Somatostatina com evidência de metástases hepáticas com intensa captação de 68Ga-DOTANOC, pelo que foi proposta e completou 3 ciclos de PRRT (terapêutica radiometabólica com peptídeos) em Outubro de 2013, encontrando-se atualmente em vigilância, com excelente estado geral e doença controlada. **Conclusão:** A opção terapêutica de eleição nos casos de TNEP é a cirurgia, sempre que possível. No entanto, as terapêuticas dirigidas começam a revolucionar o tratamento desta neoplasia, melhorando a eficácia e a qualidade de vida destes doentes. A PRRT já é reconhecida como uma forma de tratamento paliativo, permitindo estabilizar ou proporcionar a remissão parcial da doença.

03 ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS PRÉ-DIAGNÓSTICAS: SÍNDROME PARANEÓPLÁSICA CEREBRAL COMO APRESENTAÇÃO DE CARCINOMA DA MAMA

Joana Febra (1); Manuel Magalhães (1); Estrela Rocha (1); Franklim Marques (1)
(1) Centro Hospitalar do Porto

Introdução: As síndromes paraneoplásicas neurológicas (SPN) constituem um grupo de alterações causadas por neoplasias localizadas fora do sistema nervoso central (SNC). Muitas delas são imuno-moduladas e estão associadas a anticorpos dirigidos contra antígenos, expressados tanto pelo tumor como por componentes do SNC. Os anticorpos Anti-Ri são dirigidos contra antígenos intracelulares neuronais e estão associados a SPN, especialmente a síndromes do tronco cerebral. Aparecem frequentemente nos casos de neoplasias da mama mas também ginecológicas ou nos carcinomas de pequenas células do pulmão. A sintomatologia da SPN surge muitas vezes antes do diagnóstico da neoplasia primária e a detecção dos anticorpos antineuronais específicos facilita o diagnóstico. **Caso clínico:** Mulher de 49 anos, fumadora, com enfisema pulmonar, com história de diplopia, cefaleias, desequilíbrio e tonturas com cerca de 2 meses de evolução. Objectivamente com desvio conjugado do olhar para a direita, desequilíbrio da marcha, diplopia constante e nistagmus horizontal e rotacional. RM cerebral normal, à exceção de 2 aneurismas na artéria cerebral media

(ACM) direita e comunicante anterior, com indicação cirúrgica, que foi protelada. Excluídas causas infecciosas, inflamatórias, tóxicas e défices vitamínicos. Foi realizado o estudo autoimune, com detecção apenas de anticorpos Anti-Ri positivos. Assumido então SPN, iniciou terapêutica com Imunoglobulina mensal, tendo realizado TAC toraco-abdomino-pélvico, sem evidência de alterações. Ecografia mamária com nódulo de 15mm no quadrante superior externo da mama esquerda, sugestivo de fibroadenoma. PET negativa. RM da mama com evidência de 2 nódulos na mama esquerda, o maior de 14 mm, biopsado, com o diagnóstico de carcinoma ductal invasor grau 2. Portanto, dado o estadio I de cancro da mama, foi submetida a cirurgia conservadora com biopsia do gânglio sentinela em Janeiro de 2013. O resultado patológico confirmou Carcinoma Ductal Invasor grau 2, com focos de carcinoma ductal in situ, com margens livres, sem invasão linfática ou perineural, gânglio sentinela negativo, com receptores de estrogénios e progesterona positivos, Her2 negativo e Ki 67 de 15%. Foi posteriormente submetida a quimioterapia com Adriamicina e Ciclofosfamida (4x), seguida de radioterapia. Após a cirurgia houve uma melhoria imediata da diplopia. Em Maio de 2013 a doente sofreu uma hemorragia subaracnoideia por ruptura do aneurisma da ACM, com necessidade de neurocirurgia, sem qualquer sequelas. Atualmente encontra-se sob e hormonoterapia, com ligeiro desequilíbrio da marcha, sem evidência de doença neoplásica. **Conclusão:** As SPN devem ser consideradas na investigação da etiologia de sintomas neurológicos sub-agudos progressivos, sendo que muitas das vezes são a chave para o diagnóstico de uma neoplasia primária. O controlo das alterações neurológicas é conseguido, fundamentalmente, através do tratamento da doença neoplásica. A apresentação de SPN sob forma de um quadro neurológico flórido, nem sempre significa doença em estadio avançado.

04 SARCOMA KAPOSI – UM DESAFIANTE SUCESSO TERAPÊUTICO

Alexandra Mesquita (1); Inês Carrageta (1); Maria João Gonçalves (2); Carlos Sottomayor (3); Fátima Braga (1)
(1) Hospital Pedro Hispano - Serviço de Oncologia (2) Hospital Pedro Hispano - Serviço Infeciologia
(3) Hospital Pedro Hispano - Serviço Oncologia

Introdução: O sarcoma Kaposi (SK) é um tumor vascular associado a infecção pelo Vírus Imunodeficiência Humana (VIH). Manifesta-se por lesões cutâneas maculo-papulares violáceas e linfedema, sobretudo nas extremidades, face, mucosa oral e genitais. Embora o diagnóstico presuntivo possa ser efectuado pelas características das lesões iniciais, a sua confirmação por biópsia é essencial. A terapêutica retroviral (TARV) é essencial, e nos casos de doença avançada ou rapidamente progressiva é necessária a adição quimioterapia. O prognóstico relaciona-se com a extensão do tumor, estadio imunológico e gravidade da doença sistémica. **Objectivos:** Revisão teórica e apresentação de um caso clínico diagnosticado e tratado na nossa instituição. **Material e Métodos:** Acompanhamento clínico e consulta do processo do doente. **Resultados:** Homem de 27 anos com diagnóstico de infecção por VIH desde 2011, sob terapêutica retroviral e com má adesão terapêutica, iniciou quadro de odinofagia em Dezembro 2012. Constatada presença de lesão violácea e exsudativa na úvula associada a edema. Simultaneamente aparecimento de lesões papulares violáceas de cerca de 0,5 cm de diâmetro, dispersas pela face, dorso e membros superiores e lesão conjuntival ao nível do olho direito. Nesta altura apresentava carga vírica de VIH de 864 cópias/campo e fenotipagem de linfócitos com CD4 164 células/microL. Biópsia da úvula confirmou diagnóstico de SK. Foi alterada TARV com boa adesão terapêutica e supressão virológica. Iniciou quimioterapia com doxorubicina lipossómica peguilada 20microg/m2 em Fevereiro de 2013. Cumpriu 6 ciclos com resposta inicial praticamente total. Em Julho 2013, constatado quadro de febre, agravamento das lesões cutâneas e desenvolvimento de edema facial e membro inferior esquerdo exuberantes. Ressonância magnética (RM) cerebral e seios perinais mostrou neoformação de tecidos moles com características expansivas, localizada na fossa nasal esquerda. Analiticamente verificada pancitopenia grave: hemoglobina (Hb) 12,4g/dl, leucócitos 3200/microL e 39000 plaquetas. Tomografia computadorizada (TC) abdomino-pélvico evidenciou



linfadenopatia retroperitoneal e adenopatias na cadeia ilíaca externa à esquerda. Foi internado e assumida recidiva tumoral sob tratamento, pelo que foi instituído novo esquema de quimioterapia com paclitaxel com intuito «life-saving». Apesar da pancitopenia importante, o doente apresentou boa evolução clínica, com apirexia após o 1º ciclo e melhoria das lesões. Melhoria hematológica progressiva, diminuição das dimensões dos gânglios inguinais e desaparecimento da linfadenopatia retroperitoneal. Cumpriu até ao momento 12 ciclos de paclitaxel e apresenta regressão praticamente total das lesões de SK. **Conclusão:** A abordagem terapêutica deste doente constituiu um desafio para a equipa assistencial, nomeadamente pelo seu mau estado inicial, pela recidiva agressiva e pela utilização de paclitaxel perante pancitopenia grave. Este caso ilustra, assim, uma situação de sucesso terapêutico evidente, após um investimento máximo por parte da equipa médica, contrariando-se, assim, todos os factores de mau prognóstico.

05 CARCINOMA PEQUENAS CÉLULAS DA MAMA COM DIFERENCIAÇÃO NEUROENDÓCRINA – UM DIAGNÓSTICO RARO

Alexandra Mesquita (1); Inês Carrageta (1); Matilde Salgado (1); Carlos Sottomayor (2); Fátima Braga (1)
(1) Hospital Pedro Hispano - Serviço de Oncologia (2) Hospital Pedro Hispano - Serviço Oncologia

Introdução: Os carcinomas de pequenas células da mama com diferenciação neuroendócrina são tumores raros, que representam menos de 1% dos carcinomas da mama. Caracterizam-se pela presença de marcadores neuroendócrinos como cromogranina e sinaptofisina. O seu pico de incidência em mulheres em torno dos 60 anos. Trata-se de uma neoplasia agressiva, cujo tratamento padrão não está totalmente definido, apresentando, no geral, um mau prognóstico. **Objectivos:** Revisão da literatura e apresentação de caso clínico de carcinoma neuroendócrino de pequenas células da mama. **Material e Métodos:** Acompanhamento da doente, consulta de processo clínico. Revisão literatura acerca do tema. **Resultados:** Doente de 56 anos com história de aparecimento de nódulo mamário no quadrante superior mama esquerda, com cerca de 3cm, contornos irregulares, consistência dura e doloroso à palpação. Realizou ecografia mamária e mamografia que confirmaram presença de nódulo com características suspeitas de malignidade. Efectuada biópsia que mostrou presença de carcinoma. Sujeita a tumorectomia mama esquerda em Dezembro de 2012, com pesquisa de gânglio sentinela, a qual foi negativa. Exame anatomo-patológico mostrou tratar-se de carcinoma de pequenas células da mama com diferenciação neuroendócrina com sinaptofisina e cromogranina positivas, em estadio pT2N0M0, grau III, com receptores hormonais estrogénio positivos em 50% e receptores progesterona e c-erb 2 negativos, ki67 de 90%. Após resultado de histologia foi decidido, em consulta de grupo multidisciplinar, prosseguir-se com mastectomia que efectuou em Janeiro de 2013. Realizou ecografia abdomino pélvica e cintilograma ósseo que não mostraram alterações. Iniciou quimioterapia com 4 ciclos ciclofosfamida e doxorrubicina, seguido de 4 ciclos de docetaxel. Apresentou como efeitos secundários alopecia, náuseas e agravamento de astenia. Terminou último ciclo em Agosto de 2013, ao qual se seguiu hormonoterapia com anastrozol, que mantém actualmente. Sem evidência de recidiva locorregional até ao momento nem metastização à distância. Encontra-se a ser acompanhada em consulta de follow-up de 3 em 3 meses. **Conclusão:** Os carcinomas de pequenas células da mama com diferenciação neuroendócrina são tumores extremamente raros e agressivos cuja origem não está totalmente definida. A melhor abordagem terapêutica não é consensual na literatura, o que reforça a importância da partilha dos resultados obtidos nos diferentes centros de tratamento.

06 TERAPÊUTICA ONCOLÓGICA – QUANDO O DOENTE NÃO ESTÁ MENTALMENTE PREPARADO PARA AVANÇAR?

Maria do Céu Ferreira (1); Beatriz Santos (1)
(1) Hospital de Braga - Serviço de Psiquiatria

Introdução: A patologia oncológica apresenta uma prevalência elevada em Portugal, sendo ainda responsável por uma mortalidade significativa. Neste âmbito, tem ocorrido um crescente interesse científico pelo desenvolvimento de novas abordagens farmacológicas com notórios avanços terapêuticos na última década. O doente oncológico apresenta particularidades inquestionáveis e consensualmente aceites do ponto de vista psiquiátrico. A depressão corresponde a uma das principais morbilidades psiquiátricas nestes doentes, a qual deve ser encarada com especial atenção clínica e alvo de uma abordagem terapêutica adequada. **Objectivos:** Este trabalho pretende evidenciar a necessidade de uma avaliação da morbilidade psicológica nos doentes oncológicos, a qual é frequente e muitas vezes passa despercebida. Paralelamente pretende alertar para a importância clínica da presença de perturbações psiquiátricas concomitantes, as quais apresentam um impacto substancial no prognóstico da doença oncológica e influenciam amplamente a adesão às terapêuticas oncológicas, dado que o doente pode não se encontrar mentalmente preparado para avançar com os esquemas terapêuticos do foro oncológico. **Métodos:** Revisão da literatura através de pesquisa bibliográfica na PubMed e B.ON, utilizando as palavras-chave: “cancer treatment”, “cancer new treatment” e “psychiatric oncology”. **Resultados:** Apesar da probabilidade de um indivíduo sobreviver a uma patologia oncológica ter aumentado significativamente nos últimos anos, o diagnóstico de doença oncológica está associado um elevado sofrimento psicológico. As principais morbilidades psiquiátricas são a depressão, perturbações de ansiedade, perturbações de adaptação com humor depressivo e dependência de substâncias (álcool e tabaco). Paralelamente existe um aumento do risco de suicídio comparativamente com a população em geral, particularmente no primeiro ano após o diagnóstico. A sintomatologia inerente à doença oncológica ou os efeitos secundários das terapêuticas oncológicas em curso podem dificultar o diagnóstico das perturbações psiquiátricas simultâneas, nomeadamente, os sintomas físicos como a fadiga, a insónia, a anorexia e as alterações sexuais. Assim, perante um doente com patologia oncológica, antes, durante e mesmo após os tratamentos, é fundamental avaliar a sua saúde mental/ vulnerabilidade biopsicossocial, o que pode exigir, nalguns casos, uma abordagem multidisciplinar. Perante o diagnóstico de uma comorbidade psiquiátrica, existe um leque vasto de psicofármacos que devem ser ponderados sempre de forma individual e tendo em conta as especificidades de cada doente, nomeadamente antidepressivos (AD), ansiolíticos, hipnóticos e psicoestimulantes (modafinil e metilfenidato). Neste contexto, alguns autores têm até documentado a existência de um efeito antitumoral associado a alguns antidepressivos (mirtazapina, fluoxetina, paroxetina) e inibidores selectivos da recaptação da serotonina e noradrenalina). Este efeito antitumoral parece estar associado a uma inibição do crescimento tumoral, angiogénese e metastização e intimamente relacionado com a diminuição da produção de citocinas pró-inflamatórias e aumento das citocinas anti-inflamatórias. Cada doente lida com a doença oncológica de uma forma individual e a adaptação psicossocial ao cancro está fortemente interligada aos mecanismos de defesa e à capacidade do indivíduo em lidar com os eventos stressantes. Neste contexto, a personalidade da pessoa, a maturidade afectiva e os mecanismos de coping assumem um papel primordial. Perante estes aspectos, negligenciar a presença de perturbações psiquiátricas ou considerá-las como algo natural e inevitável no curso de uma patologia oncológica, é um erro clínico grave que pode comprometer substancialmente o prognóstico do doente, dado que este pode não estar (ainda) mentalmente preparado para iniciar o tratamento oncológico, sendo necessário realizar uma abordagem terapêutica específica (farmacológica e/ou psicoterapia) para as perturbações psiquiátricas existentes. **Conclusões:** A adaptação à doença oncológica é um fenómeno individual e complexo relacionado com múltiplos factores de índole pessoal, sócio-cultural e médico. O tratamento das perturbações psiquiátricas concomitantes nestes doentes é fundamental para o sucesso da



terapêutica oncológica e para a melhoria do prognóstico global, pelo que uma intervenção psiquiátrica precoce (anterior ou simultânea com os tratamentos oncológicos) poderá trazer inúmeros benefícios clínicos. Neste âmbito, os profissionais de saúde que lidam com este grupo em particular de doentes, devem estar alertados para estes aspectos, realizando em cada caso, uma avaliação holística do doente que contemple a sua saúde mental, de forma a diagnosticar perturbações do foro psiquiátrico, as quais exigem um tratamento adequado.

07 CEC FARINGO-LARÍNGEO LOCALMENTE AVANÇADO – UM CASO DE RESPOSTA COMPLETA APÓS RADIOTERAPIA-CETUXIMAB CONCOMITANTES

Rui Vale Marques (1); Leila Khouri (1); Gilberto Melo (1)

(1) IPOCFG, EPE, Serviço de Radioterapia

Introdução: Actualmente a Radioquimioterapia (com cisplatina) é o tratamento standard dos carcinomas espinho-celulares (CEC) localmente avançados (irressecáveis) da Cabeça e Pescoço. A Radioterapia (RT) concomitante com Cetuximab (um Ac IgG1 monoclonal anti-EGFR) tem vindo a ser progressivamente mais utilizada, sendo uma opção importante no tratamento dos doentes com pior performance status, perda ponderal importante ou contra-indicação para Quimioterapia. Segundo a literatura, esta terapêutica apresenta toxicidades aceitáveis, na maioria das situações. **Objectivos:** Apresentar o caso clínico de um CEC localmente avançado da Cabeça e Pescoço tratado com a associação de RT com Cetuximab, que resultou em resposta patológica completa; exemplificar abordagens terapêuticas, de uso comum no IPOCFG, EPE, alternativas à Radioquimioterapia concomitante; abordar o papel das terapêuticas alvo no cancro de Cabeça e Pescoço. **Material e Métodos:** caso clínico de um indivíduo do sexo masculino, de 60 anos de idade, fumador, com diagnóstico de CEC Faringo-laríngeo, c(T4a N0 M0), considerado irressecável, presente a reunião de Decisão Terapêutica com perda ponderal superior a 15%, proposto para tratamento de RT concomitante com Cetuximab, em 2011. Tratamento oncológico efectuado: semana 1 - Cetuximab 400 mg/m² (dose de carga), seguido de Cetuximab 250 mg/m² semanal (7 semanas) concomitante com RT, com Dose Total de 70,2 Gy/39 fr/7 ½ semanas, através de uma técnica de IMRT. Tratamento de suporte e avaliação semanal das toxicidades. **Resultados:** Xerostomia de grau 1; Imunorradiodermite e mucosite de grau 2. Resposta patológica completa, verificada após laringectomia total com esvaziamento ganglionar funcional cervical - ypTNM: yp(T0 N0 Mx). O doente mantém-se em follow-up, livre de recorrência ou metastização. **Conclusões:** A Radioterapia é um dos pilares do tratamento dos cancros de Cabeça e Pescoço. As terapêuticas concomitantes aumentaram significativamente a sobrevivência dos doentes. O Cetuximab constitui uma opção terapêutica útil em situações em que a Quimioterapia convencional está contra-indicada ou desaconselhada, apresentando, na maior parte dos casos, toxicidades aceitáveis.

08 PODERÃO OS NOVOS TRATAMENTOS SISTÉMICOS DO CANCRO DA MAMA METASTÁTICA COM POSTERIOR TRATAMENTO LOCORREGIONAL, AUMENTAR A SOBREVIVÊNCIA DESTAS DOENTES?

Rita Gomes Mestre (1); André Oliveira (1); Beatriz Gosalbez (2); António Lagoa (2); Irene Furtado (2)
(1) CHA - Hospital de Faro (2) C.H. Faro

Introdução: Com os avanços do tratamento sistémico no Cancro de Mama Metastático (CMM), nomeadamente com a introdução das terapêuticas alvo, que levaram a um aumento da sobrevivência global (SG) e do tempo até progressão, torna-se pertinente voltar a questionar o papel da cirurgia locorregional nestas doentes. **Objectivo:** Com este caso clínico pretendemos enfatizar a importância do tratamento sistémico que pode levar a considerar e realizar tratamento cirúrgico do tumor primário. **Caso Clínico:** Apresentamos então o caso de uma mulher, 56 anos, com diagnóstico de neoplasia da mama direita (biópsia de nódulo mamário, com receptores hormonais negativos e Her-2 positivo) com metastização hepática múltipla (confirmada por biópsia hepática) à data do diagnóstico. Inicialmente a doente foi submetida a QT paliativa (1ª linha: Docetaxel + Carboplatino; 2ª linha: Vinorelbina; 3ª linha: Gemcitabina; alterações do protocolo por intolerância e toxicidades grau 4) e Trastuzumab, sendo que as dimensões das metástases hepáticas diminuíram mas com aumento concomitante das dimensões do tumor primário e com disseminação ganglionar. Presente em consulta de decisão terapêutica foi solicitada realização de nova biópsia mamária que revelou manter as mesmas características imunohistoquímicas. Nesse sentido a doente foi proposta para mastectomia radical, sendo que o estudo anatomo-patológico da peça mostrou lesão tumoral compatível com carcinoma ductal invasivo, grau 2 de Elston, tendo sido classificada a lesão em ypT2 ypN0. Actualmente a doente encontra-se a realizar Trastuzumab e a aguardar realização de exames auxiliares de diagnóstico para avaliar a resposta tumoral. **Conclusão:** Existem alguns estudos retrospectivos que parecem demonstrar um aumento da SG em doentes com CMM submetidos a cirurgia do tumor primário. No entanto, recentemente foi apresentado um estudo prospectivo que não demonstra diferenças significativas na SG nas doentes submetidas a cirurgia do tumor primário quando comparadas com aquelas submetidas apenas a tratamento sistémico. De todos os modos este é um tema cada vez mais pertinente e, à medida que os tratamentos sistémicos para CMM forem aumentando cada vez mais a SG destas doentes, o papel do tratamento cirúrgico do tumor primário terá que ser reconsiderado.

09 DENOSUMAB NO TRATAMENTO DO TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES DO OSSO RECORRENTE OU IRRESECÁVEL: 2 ANOS DE SEGUIMENTO

Manuel Magalhães (1); Joana Febra (1); Filipe Coutinho (1); Eugénia Rosendo (1); Pedro Cardoso (1); Franklim Marques (1)
(1) Centro Hospitalar do Porto

Introdução: O Tumor de Células Gigantes (TCG) é constituído por células estromais produtoras de RANK-L e células gigantes tipo osteoclasto com recetores RANK. O denosumab, anticorpo monoclonal que bloqueia o ligando RANK, poderá promover a morte de células gigantes e inibir a destruição óssea. Um estudo de fase II demonstra a eficácia do denosumab no controlo dos TCG irressecáveis ou recorrentes, permitindo posteriormente, em alguns casos, a ressecção cirúrgica com baixa morbilidade. **Material e Métodos:** Descrevemos os casos de 3 doentes com TCG (1 caso de recidiva irressecável e 2 casos cuja cirurgia comportava elevada morbilidade com resultado funcional e oncológico insatisfatório), tratados com denosumab 120 mg/sc, 28/28 dias desde 2012. **Resultados:** A doente com tumor recidivante do sacro após cirurgia, apresentava volumosa massa



sacroilíaca que condicionava elevada limitação na marcha e dor de muito difícil controlo farmacológico. Após tratamento com denosumab verificou-se melhoria significativa da dor, tendo inclusivamente deixado de necessitar de opióides, e melhoria da mobilidade, sendo atualmente capaz de marcha autónoma. No entanto, pelo tamanho da lesão, esta permanece irredutível, pelo que a doente mantém tratamento com denosumab. Os outros 2 tumores, um de grandes dimensões na região sacroilíaca e o outro, mais pequeno, supra-acetabular, também foram tratados com denosumab, tendo-se verificado imagiologicamente aumento da densidade óssea, provavelmente traduzindo esclerose óssea com diminuição do número de células gigantes. Além disso, os doentes relatam melhoria significativa das queixas (dor e limitação funcional) que referiam inicialmente. No entanto, pela localização justa-articular e persistência de dor na marcha, o doente do TCG supra-acetabular foi submetido a curetagem, fenolização e preenchimento da cavidade com cimento ósseo. O outro caso, por se encontrar assintomático, mantém-se em tratamento com denosumab. **Discussão:** O tratamento dos TCG recorrentes, irredutíveis ou metastáticos permanece um desafio. Estudos recentes demonstram que o denosumab poderá ser útil no controlo dos sintomas em doentes com doença avançada ou refratária. Além disso, um estudo de fase II demonstra benefício do tratamento com denosumab nos doentes com doença avançada mas potencialmente ressecável, possivelmente por ser vantajosa a esclerose promovida e consequente menor morbidade operatória. Os 3 casos descritos, os primeiros tratados na nossa instituição, foram submetidos a tratamento com denosumab, com franca melhoria clínica e imagiológica. Um dos casos foi submetido posteriormente a cirurgia, verificando-se uma morbidade operatória inferior à expectável inicialmente. **Conclusão:** Estes dados sugerem que o denosumab poderá ter um papel no tratamento de TCG irredutíveis ou recorrentes, podendo também ser utilizado em contexto neoadjuvante com intuito de diminuir a morbidade cirúrgica. Permanece por esclarecer o tempo de tratamento dos casos não cirúrgicos

10 NEOPLASIA EPITELIAL-MIOEPITELIAL DA PARÓTIDA: O DESAFIO CLÍNICO NUMA DOENÇA REFRACTÁRIA

Filipe Coutinho (1); Manuel Magalhães (1); Estrela Rocha (1); José Polónia (1)

(1) Centro Hospitalar do Porto

Introdução: A neoplasia da parótida do tipo epitelial-mioepitelial compreende cerca de 1% das neoplasias das glândulas salivares, sendo mais frequente em mulheres e entre a 6^a-7^a décadas de vida. Do ponto de vista histológico, é caracterizada como de baixo grau de malignidade, no entanto tem expressão clínica agressiva dada a elevada taxa de recidiva após a cirurgia e capacidade de metastização loco-regional. À luz do conhecimento atual, a cirurgia e a radioterapia (RT) são as principais armas terapêuticas, escasseando investigações que validem o papel da quimioterapia (QT). Apesar da agressividade loco-regional, o tumor manifesta baixo poder metastático à distância e uma sobrevida média aos 5 anos de 80%. **Caso Clínico:** Homem de 57 anos, previamente saudável, sem dependência tabágica ou etílica no passado. Referenciado à consulta de cirurgia por tumefação indolor de 3 cm na região parotídea esquerda, de crescimento progressivo com 5 anos de evolução, associada a disfunção do nervo facial. Em fevereiro de 2011, foi realizada parotidectomia total com sacrifício do nervo facial por invasão tumoral. A histologia pós-cirúrgica confirmou um carcinoma epitelial-mioepitelial, que envolvia a margem de ressecção, com invasão vascular e peri-neural, e metastização em 1 de 3 gânglios locais. O doente foi submetido a RT adjuvante pós-cirúrgica (66 Gy em 33 sessões). Entre outubro de 2011 e maio de 2012 apresentou três recidivas subcutâneas ipsilaterais e adjacentes à localização da lesão inicial (uma na arcada zigomática e, posteriormente, a nível pré-auricular e sobre o músculo esternocleidomastoideu). Foram realizadas exéreses das diferentes lesões, complementando-se com RT adjuvante até doses máximas. Em setembro de 2013, perante evidência de nova recidiva a nível dos gânglios submandibulares e submentonianos, procedeu-se a tentativa de controlo de doença com recurso a

QT com a associação de Cisplatino e 5-Fluoracilo. A tomografia computadorizada do pescoço de janeiro de 2014 demonstrou progressão de doença, com aumento das dimensões de diversos conglomerados adenopáticos. A nível submentoniano observaram-se sinais de necrose central e extensão extra-capsular, com eventual envolvimento do pavimento da boca. **Discussão:** Este caso ilustra a dificuldade na gestão destes tumores quando resistentes ao tratamento clássico, estando frequentemente associados a fatores clínicos de mau prognóstico, como a disfunção pré-operatória do nervo facial, a invasão peri-neural e a positividade da margem cirúrgica, patentes neste doente. **Conclusões:** É necessário progredir na investigação da doença refratária a tratamento convencional com cirurgia e RT adjuvante, procurando estabelecer protocolo(s) de QT com capacidade para o controlo da agressividade local do tumor.

11 SINDROME NEFRÓTICO SECUNDÁRIO AO TRATAMENTO COM INIBIDORES DA TIROSINA QUINASE: UMA TOXICIDADE POUCO FREQUENTE NO TRATAMENTO DO CARCINOMA DE CÉLULAS RENAI METASTÁTICO

Alina Rosinha (1); Mariana Brandão (2); Cátia Faustino (2); Nuno Sousa (2); Rosa Begonha (2); Sanches Magalhães (3); Carlos Franco (4); Joaquina Maurício (2)

(1) IPO Porto (2) IPO - Porto: Serviço de Oncologia Médica (3) IPO - Porto: Serviço de Urologia (4) IPO - Porto: Serviço de Cirurgia Cardiotorácica

Introdução: O carcinoma do rim é responsável por cerca de 2-3% de todas as neoplasias do adulto e ao diagnóstico 30% dos doentes têm doença metastizada. Os inibidores multi-alvo dos receptores da tirosina-quinase (TKI), com comprovada eficácia clínica, revelaram-se uma oportunidade terapêutica única na abordagem do carcinoma de células claras metastizado. Embora raramente, a toxicidade destas terapêuticas pode comprometer o seu uso. Os autores apresentam um caso clínico em que ocorreu uma proteinúria nefrótica como efeito de classe dos TKI. **Caso Clínico:** Doente de 51 anos, submetido a nefrectomia total esquerda em maio de 2003 por neoplasia renal. O exame histológico confirmou carcinoma de células claras, estadiado como pT3N0M0, ficando em vigilância. Em maio de 2006, diagnosticou-se doença metastática ganglionar mediastínica, pelo que foi submetido a metastasectomia, confirmando-se metastização de carcinoma de células claras. Por progressão de doença com metastização pleural iniciou tratamento com sunitinib, tendo desenvolvido HTA G2 e proteinúria G1. Fez-se redução de dose para 37,5 mg/dia, mas após dois ciclos, houve um agravamento progressivo da função renal, associada a edema, hipertensão e proteinúria G3 (4,8 g/dia). Apesar de resposta parcial, suspendeu sunitinib e iniciou terapêutica com um antagonista do receptor de angiotensina, com resolução parcial da proteinúria. Foi submetido a nova exérese de lesões metastáticas. Por progressão de doença pulmonar tentou-se tratamento com pazopanib 600 mg/dia, desenvolvendo de novo proteinúria G2 o que levou a suspensão do tratamento. Após a normalização da função renal e do valor de proteinúria, iniciou terapêutica com inibidor m-TOR, que mantém há 6 meses com razoável tolerância e com resposta parcial. **Discussão:** A sensibilidade do doente às várias terapêuticas é individual, podendo a toxicidade ser limitativa do sucesso terapêutico. Os clínicos devem estar alerta para a possibilidade de toxicidades menos comuns mas potencialmente graves. O seguimento atento dos doentes em tratamento com TKI, geralmente com rim único, deve valorizar alterações mínimas do sedimento urinário e da função renal, além de um controle tensional eficaz.



12 CARCINOMA DE CÉLULAS CLARAS DO RIM EM DOENTE SOB VIGILÂNCIA DE CARCINOMA DE PEQUENAS CÉLULAS DO PULMÃO

Inês Sequeira (1); Mariana Brandão (1); Ana Rodrigues (2); Inês Pousa (2); Júlio Oliveira (2); Isabel Azevedo (2); Marta Soares (2); Deolinda Pereira (2)
(1) IPO Porto (2) IPO Porto - F.G., E.P.E.

Introdução: O aparecimento de um carcinoma de células claras do rim após uma primeira neoplasia de tumor de pequenas células do pulmão é algo raro, não existindo descrições de casos na literatura. **Objectivos:** descrever um caso clínico inusual e alertar para a necessidade de uma postura inquisitiva face à evolução e seguimento de uma neoplasia. **Material e Métodos:** Revisão do processo clínico e da literatura. **Resultados:** Mulher, de 66 anos de idade, com história de tabagismo, hipertensão arterial e hipercolesterolemia a quem em 2008 foi detetado nódulo no lobo superior esquerdo com cerca de 2cm. A histologia mostrou um carcinoma de pequenas células do pulmão, estadiado como T1N0M0. Foi submetida a lobectomia superior esquerda em Fevereiro de 2008. Realizou quimioterapia adjuvante com cisplatina e etoposídeo entre Março e Setembro de 2008, seguida de radioterapia torácica e radioterapia craneana profilática, tendo ficado em vigilância. Em Novembro 2012, por recidiva a nível pulmonar, ganglionar e renal, a doente foi proposta para quimioterapia com carboplatina e etoposídeo, que terminou em Maio de 2013. Por aumento da lesão renal com doença estável a nível torácico, foi realizada biópsia do rim: sugestiva de neoplasia maligna primária renal. Foi então submetida a nefrectomia radical direita, que confirmou carcinoma renal de células claras, grau III de Fuhrmann estadiado como T2NxM0, tendo ficado em vigilância. **Conclusões:** A pertinência deste caso reside na importância de re-biopsar lesões que progridem apesar do tratamento, de forma a excluir uma segunda neoplasia primária potencialmente curável.

13 TUMOR CARCINÓIDE – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Mariana Brandão (1); Inês Sequeira (1); Ana Rodrigues (2); Inês Pousa (2); Júlio Oliveira (2); Marta Soares (2); Isabel Azevedo (2); Deolinda Pereira (2)
(1) IPO Porto (2) IPO Porto - F.G., E.P.E.

Introdução: Os tumores neuroendócrinos são relativamente raros e podem originar-se no pulmão, trato digestivo ou, menos frequentemente, em locais como os rins ou ovários. **Objectivos:** Descrevermos e debatemos o caso de um doente com tumor carcinóide do pulmão, em que, durante o acompanhamento terapêutico, foi colocada a hipótese da coexistência de um tumor neuroendócrino gastrointestinal. **Material e Métodos:** Revisão do processo clínico e da literatura. **Resultados:** Homem, de 51 anos, com antecedentes de tuberculose pulmonar e hepatite B crónica. Apresentava nódulo pulmonar, biopsado em Maio de 2013: histologia compatível com neoplasia com diferenciação neuroendócrina com características de tumor carcinóide, com índice de proliferação de Ki67 inferior a 2% (NET G1). Ao diagnóstico, tinha também metastização óssea difusa e hepática (confirmada por biópsia: NET G2). Realizou então seis ciclos de quimioterapia com cisplatina e etoposídeo entre Junho e Outubro de 2013. Dado apresentar síndrome carcinóide, esteve sob análogo de somatostatina desde Junho 2013 a Janeiro 2014. Em Dezembro de 2013, realizou PET-gálio: lesão pulmonar, estável, com baixa expressão de recetores da somatostatina, metástases hepáticas com hiperexpressão de recetores da somatostatina e metástases ósseas com expressão heterogénea de recetores da somatostatina. Verificava-se também um maior número de lesões hepáticas e ósseas. Assim, foram pedidas novas biópsias: a biópsia hepática confirmou metástase hepática de neoplasia com diferenciação neuroendócrina, com Ki67 29%; a biópsia pulmonar mostrou neoplasia com diferenciação neuroendócrina, com Ki67 8%. Fez enteroTC que revelou ansas ileais achatadas com défice da sua correta distensão mas sem pólipos ou

espessamentos suspeitos. Foi então proposto para terapêutica com análogo da somatostatina radio-marcado (com ¹⁷⁷Lu), dada a progressão da metastização hepática. Aguardam-se os resultados da terapêutica. **Conclusões:** com este caso alertamos para a necessidade de se acompanhar atentamente a evolução clínica e imagiológica da doença e de recolocar novas hipóteses diagnósticas quando o curso clínico toma um rumo pouco habitual. Fazemos também uma breve revisão sobre os tumores neuroendócrinos e sobre as armas terapêuticas disponíveis para este tipo de neoplasia.

15 TUMORES DOS SEIOS PERINASAIS – 8 ANOS DE EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO DE RADIOTERAPIA

Diogo Inácio (1); Pedro Pinto Soares (1); LurdesVendeira (1); Andreia coelho (2); Cristina Sarmento (1); Gabriela Pinto (1)
(1) Centro Hospitalar São João, EPE (2) Centro Hospitalar S. João - Porto

Introdução/Objectivo: Os tumores da cavidade nasal e seios perinasais são relativamente incomuns (0.75/100.000), sendo os tumores dos seios maxilares os mais frequentes. Mais de 80 % dos casos encontram-se em estadios avançados no momento do diagnóstico. Cirurgia associada à radioterapia (RT) é o tratamento de eleição na doença avançada e ressecável. RT radical só é recomendada em doentes inoperáveis ou aqueles que se recusam a cirurgia. Os autores avaliaram os resultados oncológicos do tratamento de tumores malignos dos seios perinasais relativamente à sua localização, tipo histológico e tratamento realizado. **Materiais e Métodos:** Os autores realizaram um estudo observacional (coorte retrospectivo), com 25 doentes (21 homens e 4 mulheres), com idade média de 62 anos (variação: 32-84 anos) e um desvio padrão (DP) de $\pm 14,0$, com o diagnóstico de tumor dos seios perinasais, que foram tratados de Junho de 2005 a Novembro de 2012 (follow-up até Novembro de 2013). 12 destes carcinomas foram diagnosticados no seio maxilar e 13 nos seios etmoidais, todos no mesmo estadio (T4). A classificação histológica dos tumores dos seios maxilares mostrou 9 carcinomas epidermóides e 3 plasmacitomas que foram excluídos do estudo. A classificação histológica dos tumores etmóides incluiu 6 adenocarcinomas, 3 carcinomas epidermóides, 2 esteseoneuroblastomas, 1 neurofibrossarcoma e 1 angiosarcoma. Nesta série, 11 doentes foram tratados com cirurgia e RT adjuvante, 6 com quimioterapia (QT) e RT concomitante e 5 apenas com RT radical. **Resultados:** A média de sobrevida global dos doentes, no final do período de seguimento, foi de 41,2 meses $\pm 58,0$ DP (variação: 5-284 meses). Os doentes tratados com cirurgia e RT adjuvante tiveram uma sobrevida mediana de 55,5 meses $\pm 78,7$ DP (variação: 11-284 meses). Os doentes que foram submetidos a QT/RT concomitante apresentaram uma sobrevida mediana de 39,7 meses $\pm 19,71$ SD (Variação: 15-67 meses). Finalmente, os doentes tratados somente com RT radical apresentaram uma sobrevida mediana de 11,8 meses $\pm 8,1$ SD (variação: 5-25 meses). Os doentes com tumores do seio etmoidal apresentaram uma sobrevida média maior (51,6 meses $\pm 73,0$ DP), comparativamente aqueles com tumores do seio maxilar (26,2 meses $\pm 20,6$ DP). Dos 22 doentes estudados, 3 desenvolveram metástases à distância. Ao final do período de seguimento, 9 doentes ainda estavam vivos (sete foram tratados com cirurgia /RT adjuvante e dois com QT/ RT), com uma sobrevida mediana de 64,6 meses $\pm 86,0$ DP (intervalo 14-284 meses), e 6 deles ainda sem evidência da doença. **Conclusões:** Nesta série, o tratamento mais eficaz foi alcançado com a cirurgia e RT adjuvante. QT/RT concomitante revelaram-se mais eficazes do que a RT radical isolada, quando se considera o tratamento de tumores em estadio avançado, especialmente aqueles que surgem no seio etmoidal, e quando a cirurgia não pode ser a primeira opção.



16 CARCINOMA LOCALMENTE AVANÇADO DA BEXIGA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Pedro Pinto Soares (1); Diogo Queirós Inácio (1); Lurdes Vendeira (1); Andreia Coelho (2); Carmen Rey (1); Gabriela Pinto (1)
(1) Centro Hospitalar São João, EPE (2) Centro Hospitalar S. João – Porto

Introdução: O carcinoma da bexiga representa 4% de todos os tumores malignos, a nível mundial. Os homens são cerca de três vezes mais susceptíveis que as mulheres, e quanto maior a idade, maior a incidência. O tratamento de eleição é a cistectomia radical. A Radioterapia (RT) adjuvante deve ser realizada apenas nos doentes com alta probabilidade de recidiva tumoral local pós cistectomia radical. A Quimioterapia (QT) tem um intuito neoadjuvante (primária) ou paliativa. Os autores pretendem apresentar um caso clínico de um carcinoma localmente avançado da bexiga.

Discussão: Doente de 67 anos que em 2006 foi observado na consulta de urologia por história de retenção urinária aguda e PSA elevado (18 ng/ml), cuja biópsia prostática não revelou sinais de malignidade. Em Maio de 2008, (devido a hematúria macroscópica) foi-lhe diagnosticado um carcinoma urotelial da bexiga, G3, pT2, motivo pelo qual foi submetido a cistectomia radical com ureterostomia cutânea em Agosto de 2008 (pT3b Nx M0 R2). Realizou TC abdomino-pélvico em Novembro de 2008 que revelou persistência de doença sob a forma de massa pélvica com 5.5 cm de maior diâmetro, tendo sido proposto para RT Pélvica que realizou de 15.12.08 a 26.01.09 (60Gy (50+10), 30 fracções, energia 18 MV). De 09.02.2009 a 16.04.2009 realizou QT paliativa (4 ciclos de Cisplatino+Gencitabina). O TC toraco-abdomino-pélvico (tap) de 15.10.09 revelou, na escavação pélvica, em localização para-mediana esquerda imagem nodular hipodensa com 21 x 29 mm com redução dimensional e com limites mais bem definidos, que se relacionavam com alterações residuais após a intervenção cirúrgica (tecido de granulação/fibrose). Restante exame sem alterações. Durante o seguimento (Setembro de 2011) foi detectada massa clinicamente palpável no hemitorax esquerdo acompanhada de algias locais. Realizou TC tórax que confirmou metastização pulmonar e óssea (atingindo as 3ª e 4ª costelas esquerdas), tendo efetuado RT à parede torácica (30 Gy, 10 fracções, energia 6 MV) e QT paliativa (8 ciclos de Cisplatino+Gencitabina) de 13.12.2011 a 15.05.2012, com resposta favorável (TC tap de Fevereiro de 2012 revelou diminuição das lesões metastáticas e ausência de doença pélvica). Em 16.07.2013 realizou novo TC tap de follow-up que revelou recidiva pulmonar. Foi apresentado em Consulta de Grupo Oncologia Urológica a 09.08.2013 tendo sido proposto novamente para QT paliativa. Assim, iniciou a 19.08.2013 4 ciclos de Carboplatino + Gencitabina. TC tap de controlo em 12.12.2013 revelou novos focos de metastização pulmonar. Dado a progressão da doença e deterioração clínica não continuou com tratamento de QT, tendo sido instituído tratamento de suporte e referenciação aos Cuidados Paliativos. **Conclusões:** Relativamente ao carcinoma da bexiga, a sobrevida aos 5 anos varia entre 93% nos tumores localizados, 48% em tumores com disseminação regional e 6% naqueles com doença metastática. Apesar do estadio avançado ao diagnóstico manteve-se com bom estado geral e sem queixas relevantes até Dezembro de 2013. Atualmente o doente encontra-se sob medidas de suporte com uma sobrevivência de 68 meses – 5,67 anos.

17 NEOPLASIAS PRIMÁRIAS MÚLTIPLAS DO PULMÃO SÍNCRONAS – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Inês Carrageta(1);Alexandra Mesquita(2);Teresa Guimarães(1);Carlos Sottomayor(3)
(1) Hospital Pedro Hispano – Unidade de Oncologia Médica (2) Hospital Pedro Hispano – Serviço de Oncologia (3) Hospital Pedro Hispano – Serviço Oncologia

Introdução: Os doentes com neoplasia do pulmão podem apresentar mais de uma lesão primária simultaneamente. É importante determinar se são metástases ou neoplasias primárias distintas porque a grande maioria corresponde a metástases. Para serem consideradas NPMP síncronas alguns critérios rigorosos devem ser cumpridos: ambas as lesões devem ser malignas e devem surgir de forma independente no pulmão; a segunda lesão não deve corresponder a metástase da primeira lesão; deve ser descartado nódulo benigno, processo infeccioso ou metástase de uma neoplasia primária extrapulmonar. Por outro lado, para considerar que a segunda lesão não é uma metástase da primeira os critérios aceites incluem: 1- diferentes histologias ou origem em foco separado de carcinoma in situ ou 2- histologia igual, mas anatomicamente distintas, sem o envolvimento do mediastino (N2, N3 negativos), e sem metástases sistémicas. **Caso Clínico:** Os autores apresentam o caso de um homem de 55 anos, PS 1, com antecedentes de tabagismo (80UMA), DPOC estadio II GOLD e história familiar de neoplasia do pulmão marcada (7 parentes em 1º grau falecidos por neoplasia do pulmão). Em Setembro/2013 por agravamento da dispneia realiza TAC torácica que evidencia massa hilar esquerda, centrada ao segmento basal do LIE, 55x57mm, lesão nodular no LSD, 27x35mm e derrame pleural esquerdo. A biópsia da massa no LIE revelou um carcinoma do pulmão de pequenas células (CPPC), T2N0Mx. A lesão no LSD evidenciou um carcinoma epidermóide, T1N0Mx. Realizou PET-CT para estadiamento que confirmou as duas neoplasias pulmonares conhecidas, intensamente ávidas para FDG, captação em gânglios bronco-hilares bilaterais (N3?) e foco ósseo na asa ilíaca esquerdo que não se confirmou. Decide-se dar início ao tratamento com protocolo terapêutico para CPPC com esquema carboplatino/etoposido, 2 ciclos e reavaliação subsequente. Fez TAC-torácica que mostrou redução superior a 10% do volume tumoral de ambas as lesões pelo que completou 4 ciclos de QT. Recentemente foi reavaliado, encontrando-se do ponto de vista clínico estável com TAC-torácica a revelar redução de mais de 50% do volume tumoral correspondente ao CPPC, redução significativa das adenopatias bronco-hilares bilaterais sem qualquer alteração de novo no volume tumoral correspondente ao carcinoma epidermóide. O caso será reavaliado brevemente em consulta de grupo para decisão de estratégia terapêutica complementar. **Conclusão:** Os autores pretendem salientar, a raridade, a complexidade do diagnóstico e do estadiamento, assim como a dificuldade na decisão da estratégia terapêutica destes casos, os quais exigem, de forma especial, cuidadosa avaliação e coordenação pela equipa multidisciplinar.

18 INFLAMAÇÃO, ESTADO NUTRICIONAL E SINTOMAS NO DOENTE ONCOLÓGICO

Elsa Madureira (1); Sandra Silva (1); Bruno Oliveira (2); Flora Correia (1)
(1) Centro Hospitalar São João (2) FCNAUP

Introdução: A incidência de cancro tem vindo a aumentar em todo o mundo. Em Portugal, por ano, surgem 49 mil novos casos e ocorrem 24 mil mortes relacionadas com cancro. Nestes doentes, a inflamação sistémica, o estado nutricional e a sintomatologia, têm sido considerados determinantes na evolução e reconhecidos como fatores de prognóstico independentes e como condicionantes de decisão terapêutica. **Objectivos:** Determinar a associação entre a inflamação, o estado nutricional e os sintomas em doentes a iniciar tratamentos de quimioterapia e/ou



radioterapia em serviços de oncologia e de radioterapia. **Métodos:** Participaram doentes oncológicos, adultos, admitidos na consulta de Nutrição-Oncologia do Centro Hospitalar de São João, entre abril de 2012 e julho de 2013. O estado nutricional foi determinado através da Patient Generated Subjective Global Assessment – scored (PG-SGA), o estado de inflamação determinado através do Índice de Prognóstico de Glasgow (GPS) e os sintomas foram avaliados através do Questionário de Apetite e Sintomas no Cancro (CASQ). Foi calculado o índice de massa corporal (IMC) e a alteração de peso com base no peso no mês anterior à avaliação. **Resultados:** Foram avaliados 377 doentes, com uma média de idades de 60,6±12,2 anos, com IMC 25,4±4,6, dos quais 68,3% eram homens. Da amostra, 35,7% tinham patologia do cólon e reto, 23,6% patologia esófago-gástrica, 14,4% com doença pulmonar e os restantes outras patologias oncológicas. O tipo histológico mais frequente foi o adenocarcinoma. A maioria dos doentes encontrava-se em estádios avançados da doença, 36,3% no estágio III da OMS e 38,3% no estágio IV. Os tratamentos mais frequentes foram adjuvantes (34,9%), seguidos de paliativos (33,2%). Durante o período do estudo, faleceram 19,9% dos doentes da amostra. Cerca de metade da nossa amostra encontrava-se desnutrida (51,1%), sendo que 32,6% com desnutrição moderada (PG-SGA B) e 17,6% com desnutrição severa (PG-SGA C). A cotação média da PG-SGA foi 7,9±5,9 [1;25]. Relativamente aos sintomas, a média obtida no CASQ foi 17,7±7,1 [0;42]. As médias da albumina e PCR foram, respetivamente 38,9±4,9g/l [17,2;48,8] e 28,7±47,6g/l [0,4;412,0], estando 54,4% da amostra em estado de inflamação, segundo o GPS. Ou seja, 37,4% com GPS 1 e 17% com GPS 2. Ao analisarmos as associações entre estes fatores verificamos existir correlação positiva entre o estado de inflamação (GPS) e o estado nutricional [classificação ($p=0,232$; $p<0,001$) e cotação da PG-SGA ($p=0,0302$; $p<0,001$)], os sintomas (CASQ) ($p=0,136$; $p<0,05$), o estágio da OMS ($p=0,222$; $p<0,001$) e a mortalidade ($p=0,321$; $p<0,001$). O estado nutricional (classificação da PG-SGA) correlacionou-se, para além do GPS, com os sintomas (CASQ) ($p=0,307$; $p<0,001$), com o estágio da OMS ($p=0,199$; $p<0,001$), a mortalidade ($p=0,301$; $p<0,001$), a PCR ($p=0,214$; $p<0,001$). E correlacionou-se de forma negativa com a albumina ($p=-0,320$; $p<0,001$) e com o IMC ($p=-0,358$; $p<0,001$). O CASQ correlacionou-se, para além do GPS e da PG-SGA, com o estágio da OMS ($p=0,112$; $p<0,05$), a mortalidade ($p=0,183$; $p<0,001$), a PCR ($p=0,173$; $p<0,05$), alteração do peso ($p=0,127$; $p<0,05$). E relacionou-se inversamente com a albumina ($p=-0,130$; $p<0,05$). **Conclusão:** O estado de inflamação, o estado nutricional e os sintomas correlacionaram-se entre si, na nossa amostra. Doentes com maior grau de inflamação apresentavam pior estado nutricional e mais sintomas reportados e associaram-se a pior prognóstico, com maior número de óbitos. Assim, a utilização destas ferramentas deve integrar a abordagem ao doente na prática clínica.

19 ESTADO NUTRICIONAL COMO FATOR DE PROGNÓSTICO NOS DOENTES COM NEOPLASIA DO ESTÔMAGO

Elsa Madureira (1); Luciana Teixeira (1); Sandra Silva (1); Bruno Oliveira (2); Flora Correia (1)
(1) Centro Hospitalar São João (2) FCNAUP

Introdução: o cancro do estômago é a terceira causa de morte oncológica em todo o mundo. Sintomas secundários à doença e aos tratamentos aliados ao hipermetabolismo causado pelo tumor levam à perda de peso e à consequente desnutrição. Esta desnutrição conduz a intolerância aos tratamentos, diminuição da qualidade de vida e, consequentemente, pior prognóstico. **Objectivo:** determinar se o estado nutricional pode ser considerado um fator de prognóstico dos doentes com neoplasia do estômago admitidos na consulta de nutrição oncologia (CNO) do Serviço de Oncologia Médica (SOM) do Centro Hospitalar de São João (CHSJ), avaliando a sua associação com outros fatores de prognóstico e com a sobrevida. **Métodos:** foram incluídos no estudo doentes com cancro do estômago, adultos, admitidos na CNO do CHSJ, entre janeiro de 2007 e abril de 2013. Analisaram-se dados clínicos, antropométricos e parâmetros analíticos. O estado nutricional foi determinado através da Patient Generated Subjective Global Assessment – scored (PG-SGA).

Resultados: Foram avaliados 328 doentes, com uma mediana de idades de 62 anos, 70,4% eram homens e 81,4% apresentava-se com desnutrição. O estado nutricional mostrou correlacionar-se com o estadiamento da OMS, o tempo vivo, os parâmetros analíticos associados ao estado nutricional e inflamação e com os marcadores tumorais. A mediana de sobrevida diminuiu à medida que a cotação total e a avaliação global da PG-SGA aumentaram, de 29 para 12 meses e 29 para 17 meses, respetivamente. **Conclusão:** o estado nutricional pode ser usado na prática clínica como fator de prognóstico de evolução do doente com neoplasia do estômago.

20 NEOPLASIAS PRIMÁRIAS MÚLTIPLAS DO PULMÃO METACRÓNICAS - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Inês Carrageta (1); Alexandra Mesquita (2); Pedro Soares (3); Paula Fontes (3); Teresa Guimarães (1); Carlos Sottomayor (4)

(1) Hospital Pedro Hispano - Unidade de Oncologia Médica (2) Hospital Pedro Hispano - Serviço de Oncologia (3) Hospital São João - Serviço de Radio-Oncologia (4) Hospital Pedro Hispano - Serviço Oncologia

Introdução: Os doentes com história de neoplasia do pulmão previamente tratados, apresentam risco aumentado de desenvolver uma segunda neoplasia pulmonar (neoplasias primárias múltiplas do pulmão metacrónicas). O diagnóstico de NPMP metacrónicas implica confirmação da malignidade da segunda lesão e exclusão de metástase secundária de neoplasia primária extrapulmonar. Por outro lado, as lesões são consideradas metacrónicas se a histologia for diferente (1/3 dos casos) ou apresentarem histologia igual (2/3 dos casos) com um intervalo de 4 anos ou mais entre as duas neoplasias, sem evidência de metástases sistêmicas. Estudos retrospectivos revelam que a mediana de intervalo de tempo entre as duas neoplasias é de 48 meses. Foi estimado que doentes com carcinoma pulmonar de não pequenas células (CPNPC) submetidos a ressecção completa têm risco de desenvolver 2ª neoplasia do pulmão de 2/100 doentes-ano e aqueles com carcinoma pulmonar de pequena células (CPPC) tratados com sucesso tem um risco de 6/100 doentes-ano. **Caso Clínico:** Os autores apresentam o caso de um homem de 51 anos, antecedentes de tabagismo (40UMA), obesidade, HTA e DPOC submetido, em 2007, a biópsia aspirativa transbrônquica (BAT) de massa no lobo superior direito, 48x32x31mm, cuja histologia foi de provável tumor fibro-mixóide pseudo-sarcomatoso. Realizou lobectomia superior direita com histologia da peça cirúrgica a demonstrar um carcinoma de grandes células, invasão vascular linfática e venosa, pT2N0MxR0, estadio IB. Realizou 6 ciclos de QT adjuvante com esquema paclitaxel/carboplatino seguido de vigilância clínica. Em Maio/2012, 5º ano de follow up, a TAC detecta nódulo pericentimétrico (8mm) no segmento superior da língua. Em Dezembro/2012 evidência aumento do nódulo para 13mm e um mês depois para 16mm, sendo a BAT compatível com carcinoma de pequenas células (TTF-1+, CK7+). A PET-CT confirmou nódulo "de novo" no pulmão esquerdo com avidade significativa para FDG sem outras alterações. Doença em estadio limitado. Cumpriu 6 ciclos de QT com esquema carboplatino/etoposido. Verificou-se resposta à terapêutica através da TAC-torácica (redução nódulo para 13mm) e PET-CT (avidade discreta em nódulo no LSE -SUV máx. de 2.5). Foi submetido a RT torácica externa e Irradiação Craniana Profilática. Actualmente, o doente encontra-se assintomático e mantém bom estado geral com PS 1. **Conclusão:** As NPMP são uma entidade relativamente incomum. Porém, a sua incidência pode vir a aumentar à medida que estratégias de detecção precoce originam uma proporção maior de neoplasias do pulmão diagnosticadas em estadio inicial, com aumento da sobrevida global e consequente aumento do risco de desenvolver segundas neoplasias. Nesse sentido, o NCCN acrescentou em 2013, um novo algoritmo para abordagem das NPMP. Os autores pretendem ao apresentar este caso, não só, realçar a importância desta nova entidade clínica, mas também, sublinhar os seguintes aspectos de elevada relevância inerentes ao mesmo: a raridade da situação



clínica, no panorama das doenças oncológicas pulmonares - duas neoplasias metacrónicas com histologias distintas (CPNPC/CPPC) - ambas em estádios iniciais, dada a vigilância apertada realizada, potencialmente curáveis, mantendo o doente à data desta apresentação uma excelente qualidade de vida.

21 METASTASECTOMIA HEPÁTICA NO CANCRO COLO-RECTAL NO DOENTE IDOSO

Catarina Fernandes (1); Andreia Capela (1); Andreia Coelho (2); Isabel Augusto (1); Cristina Sarmento (3); Renato Bessa Melo (4); Margarida Damasceno (1)

(1) Serviço de Oncologia Médica, Centro Hospitalar de São João (2) Centro Hospitalar S. João - Porto

(3) Centro Hospitalar S. João (4) Serviço de Cirurgia Geral, Centro Hospitalar de São João

Introdução: O cancro colorrectal (CCR) é a neoplasia mais frequente a nível mundial, atingindo principalmente a população idosa (≥ 65 anos). O fígado representa o órgão mais comumente atingido na doença metastática, sendo que a ressecção hepática constitui o único tratamento potencialmente curativo para estes doentes. Contudo, os doentes idosos com CCR metastático são menos frequentemente propostos para metastasectomia. **Objectivos:** Os objectivos do presente estudo foram comparar o grupo de doentes com <65 anos com os doentes com ≥ 65 anos, que realizaram metastasectomia hepática no nosso Centro, relativamente a: características clinicopatológicas, complicações e mortalidade pós-operatórias e sobrevida global e livre de doença. **Material e Métodos:** Análise retrospectiva dos doentes com CCR submetidos a metastasectomia hepática com intuito curativo, no nosso Centro, entre Março de 2004 e Julho de 2013. Foi usado o método de Kaplan-Meier na análise dos tempos de Sobrevida Global (SG) e Livre de Doença (SLD) desde a 1ª metastasectomia hepática. Na análise multivariada foi usada a Regressão de Cox. A análise das variáveis categóricas foi realizada usando o teste Qui-quadrado. Resultados Foram analisados 116 doentes, dos quais 69 (59.5%) tinham menos de 65 anos e 47 (40.5%) ≥ 65 anos. Em ambos os grupos predominava o género masculino, com 55.1% e 59.6%, respectivamente. Os doentes com ≥ 65 anos apresentavam maior frequência de comorbilidades (66.0% versus 33.3%, $p=0.001$). A metastatização hepática foi síncrona na maioria dos doentes em ambos os grupos, contudo nos doentes com <65 anos a incidência de doença hepática irredutível (53.6% versus 19.1%, $p<0.001$) e de metastatização extra-hepática (14.5% versus 4.3%, $p=0.119$) foi superior. O número e dimensões das lesões hepáticas metastáticas pré-metastasectomia era superior no grupo <65 anos. Os esquemas de quimioterapia primária usados foram semelhantes em ambos os grupos. Contudo, na adjuvância registou-se uma predominância do esquema FOLFIRI no grupo <65 anos e da capecitabina nos idosos. A taxa de complicações pós-operatórias foi superior no grupo com <65 anos (11.6% versus 4.3%, $p=0.521$) e a taxa de mortalidade pós-operatória aos 30 dias foi superior no grupo ≥ 65 anos ($n=1$, 2.1% versus $n=1$, 1.4%, $p=0.781$), embora as diferenças não tenham sido estatisticamente significativas. A SG mediana foi de 38.0 meses (IC 95%, 19.9-56.1) nos doentes com <65 anos e de 48.0 meses (IC 95%, 35.6-60.4) nos doentes com ≥ 65 anos, sem diferenças estatisticamente significativas na análise univariada ($p=0.229$) e multivariada ($p=0.570$, HR 0.80, IC 95% 0.36-1.75). A SLD mediana foi de 12 meses (IC 95% 10.2-13.8) no grupo <65 anos versus 39 meses (IC 95% 17.5-60.5) nos idosos, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p=0.002$). Contudo, na análise multivariada, esta diferença perde significado estatístico ($p=0.559$, HR 0.82, IC 95% 0.41-1.61). Actualmente, mais de metade dos doentes (55.3%) no grupo de ≥ 65 anos está vivo e livre de doença. **Conclusões:** Na nossa análise não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas sobrevidas global e livre de doença entre o grupo de idosos e <65 anos. Apesar de maior incidência de comorbilidades, os doentes com ≥ 65 anos não tiveram maiores taxas de

complicações ou de mortalidade pós-operatórias, demonstrando que a metastasectomia hepática no CCR metastático é uma opção terapêutica eficaz e segura no doente idoso.

22 CARCINOMA DO ESÓFAGO - UMA RESPOSTA INESPERADA

Paulo Salamanca (1); Manuela Machado, Paula Ferreira, Deolinda Pereira (1)

(1) IPOFG-Porto

Introdução: O cancro de esófago é, actualmente, o 8º cancro mais frequente mundialmente, sendo a 6ª causa de morte por cancro. Os autores pretendem relatar o caso clínico de um doente com de carcinoma espinocelular do esófago estágio IV, tratado com quimioterapia de intuito paliativo, no qual se observou resolução dos sinais e sintomas e resposta imagiológica completa, que se mantém na data actual, sendo a sobrevida superior a 55 meses. **Caso Clínico:** Homem, 63 anos, Ex-fumador (18 UMA), com hábitos etílicos (14U/semana), que mantém a data actual. Por pirose, disfagia e perda ponderal, realizou, em Junho-09, EDA que revelou heterogeneidade da mucosa esofágica com área ligeiramente elevada aos 30cm da arcada dentária, cuja exame histológico do produto de biópsia revelou um carcinoma espinocelular invasor. Como exames de estadiamento realizou: TC Torácico-abdominal e a PET CT, nas quais não apresentava imagens suspeitas de metastatização regional ou a distância, broncofibroscopia com citologia de lavado brônquico, ambos não suspeitos de envolvimento neoplásico. Em Consulta de Grupo Multidisciplinar Digestivos (CGM), foi proposto para esofagectomia radical com eventual anastomose cervical. Foi submetido a esofagectomia subtotal radical transhiatal com esvaziamento ganglionar mediastínico em 6/8/09; no pós-operatório, em 8/8/09, teve necessidade de toracotomia e cervicotomia exploradora por fuga biliar; posteriormente desenvolveu e o internamento com choque séptico, secundário a fungemia e pneumonia. O exame anatomo-patológico da peça operatória confirmou a presença de um carcinoma espinocelular, moderadamente queratinizante com padrão de crescimento infiltrativo que invade toda a espessura da parede atingindo a margem cirúrgica profunda; na margem cirúrgica proximal presença de lesões de displasia de alto grau/ carcinoma in-situ; margem cirúrgica distal sem sinais de envolvimento tumoral; 14 gânglios isolados, nenhum metastizado; pT3N0MxR1. O tumor foi estadiado como T3N0M0R1, e em CGM (6/10/09), o doente foi proposto para Radioterapia combinado com Quimioterapia, que não chegou a realizar, uma vez que na consulta de radioterapia, ao exame físico, apresentava um adenopatia cervical esquerda, cuja citologia do produto de PBA revelou células malignas com características de carcinoma espinocelular, compatível com metástase de primário do esófago. Realizou também PET CT, em 21/10/09, que revelou hiperfixação sugestiva de metastatização ganglionar cervical esquerda e captação ao nível do neo-esófago de etiologia indeterminada. Foi reavaliado em CGM, em 04/11/09, e proposto para quimioterapia com intuito paliativo. Realizou 6 faixas de QT [esquema Cisplatino com redução de 25% da dose total + 5-FU na dose total] entre 07/01/10 e 07/06/10 com toxicidade neurológica e hematológica [Anemia G2 com necessidade de 4 transfusões e Neuropatia tardia G3 - Electromiografia em 06/07/10 compatível com polineuropatia sensitivo-motora axonal, à qual se sobrepõe um sofrimento de axonotmesis parcial do nervo Peroneal Comum dto ao nível da cabeça do peroneo]. Obteve Resposta Clínica e resposta imagiológica completa. Manteve vigilância na consulta de Oncologia médica e, em novembro de 2011, por apresentar ao exame físico adenopatia supra-clavicular esquerda com 5 cm de diâmetro, dura, realiza TC cervico-toraco-abdominal, que revela imagem fortemente suspeita de recidiva ganglionar à esquerda. Retomou Quimioterapia [esquema Cisplatino com redução de 25% da dose total + 5-FU na dose total] após consentimento informado expresso do doente assumindo os riscos de neurotoxicidade grave, tendo realizado 4 faixas entre Novembro de 2011 até Fevereiro 2012



(Cisplatino 25% da dose total), sem intercorrências nomeadamente neurotoxicidade. Obteve Resposta Clínica Completa como resposta máxima à Quimioterapia. Atualmente em vigilância clínica e sem evidência de doença oncológica em TC Cervico-Toraco-Abdominal realizado em 12/11/2013. **Discussão:** A sobrevida global aos 5 anos do carcinoma do esôfago é cerca de 15-20%. O diagnóstico no estágio inicial está associado ao melhor prognóstico quando comparado com aqueles em estágio avançado. Vários ensaios randomizados de quimioterapia neoadjuvante e adjuvante em doentes com carcinoma do esôfago (CEC ou ADCa) têm evidenciado resultados controversos quanto ao seu benéfico quando comparados apenas com cirurgia. Nos doentes com carcinoma do esôfago metastizado, os objectivos primários são aumentar a sobrevida e maximizar a qualidade de vida. Quimioterapia com esquema Cisplatino combinado com 5-Fluorouracilo é melhor do que "BSC", particularmente no Carcinoma Espinocelular. Os ensaios clínicos com quimioterápicos para o carcinoma do esôfago metastizado, apresentaram taxas de resposta entre 29 a 58% dos doentes e sobrevida mediana entre 8 a 13.8 meses. O nosso doente apresenta uma sobrevida superior a 55 meses, apresentando-se atualmente assintomático e sem evidência de doença oncológica.

23 TROMBOCITOPENIA IMUNE: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO COM CANCRO OVÁRIO

Amanda Gisele Nobre Carvalho (1); Joana Savva-Bordalo (2); Luis Leite (3); José Mário Mariz (3); Noémia Afonso (3); Deolinda Pereira (4)

(1) Hospital de Faro (2) IPO - Porto (3) IPO Porto (4) Serviço de Oncologia Médica, IPO Porto FG, EPE

Introdução: A trombocitopenia imune (TI) é uma causa rara de trombocitopenia em doentes submetidos a quimioterapia. Na literatura, estão descritos alguns casos relacionados com a utilização de platinos. A TI surge a partir de auto-anticorpos ligados aos platinos que reagem contra a superfície glicoproteica plaquetária, sem qualquer relação com a mielossupressão. A TI pressupõe uma reação de hipersensibilização tardia, após a exposição a ciclos repetidos de quimioterapia. **Caso Clínico:** Doente de 45 anos, submetida a estadiamento cirúrgico por suspeita de carcinoma do ovário, realizou histerectomia abdominal total com anexectomia bilateral, omentectomia, linfadenectomia pélvica e lavado peritoneal, tendo sido diagnosticado um adenocarcinoma endometrióide, grau 1, estágio FIGO IC. A doente iniciou quimioterapia adjuvante com Carboplatina (AUC 6) e Paclitaxel (175mg/m²). Após o 3º ciclo, apresentou trombocitopenia grau 4 pelo CTCAE v4.0. com 10.000 x10⁹/L, sem outras citopenias associadas. A doente não apresentava história de hemorragia ou sinais de infecção activa. O mielograma mostrou um aumento no número de megacariócitos, compatível com destruição periférica de plaquetas. De acordo com o restante estudo efectuado, foi colocada a hipótese de trombocitopenia imune, em provável relação com a terapêutica instituída. A doente iniciou corticoterapia 1mg/kg/dia com melhoria da contagem plaquetária, atingindo 115.000 x 10⁹/L após as 2 primeiras semanas de tratamento (trombocitopenia G1). Foi considerado o reinício de quimioterapia com ajuste de dose (Carboplatino AUC 4 e Paclitaxel 75mg/m²) e corticoterapia de manutenção. Na 4ª semana de corticoterapia a doente apresentou novo agravamento da descida de plaquetas (81.000 x 10⁹/L). Atendendo às características favoráveis da doença oncológica de base, a doente foi proposta para vigilância clínica. **Discussão:** A suspeita clínica de TI deve surgir sempre que houver uma trombocitopenia grave, não acompanhada de toxicidade das outras linhas celulares em doentes sob terapêutica com Platinos. A investigação da TI implica a realização de um mielograma e a exclusão de doenças auto-imunes. A confirmação diagnóstica faz-se através da pesquisa de auto-anticorpos do tipo IgG relacionados com a presença do fármaco e que reagem às plaquetas. A

recomendação de vigilância hematológica intensiva e de sinais e sintomas relacionados com hemorragia é muito importante na eventual reintrodução da quimioterapia nos doentes com antecedentes de reacção de hipersensibilidade.

24 BEVACIZUMAB NO TRATAMENTO PALIATIVO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO

Ana Sofia Patrão (1); Ana Simas (1); Manuel Magalhaes (2); Susana Sousa (3); Noémia Afonso (1); Deolinda Pereira (4)

(1) IPO Porto (2) CHP (3) IPO Porto (4) IPO Porto

O cancro do colo do útero representa 6% dos tumores malignos ginecológicos e 3,7% dos tumores malignos da mulher. Este diagnóstico está associado a uma importante morbidade e uma mortalidade que continua a rondar os 35% nos estádios mais avançados, tornando necessário identificar potenciais terapêuticas que possam melhorar o prognóstico desta doença. O bevacizumab é um inibidor do VEGF e tem sido amplamente estudado no âmbito dos cancros ginecológicos com bons resultados. Também no cancro do colo do útero parece ser uma terapêutica promissora tendo em conta os resultados do ensaio GOG 240 que mostrou haver um aumento no tempo livre de progressão em cerca de 2,3 meses e um aumento da sobrevida de cerca de 3,7 meses nas doentes que faziam bevacizumab associado à quimioterapia. Neste trabalho é reportado o caso de uma mulher de 60 anos, ECOG 0, com diagnóstico de carcinoma epidermóide do colo uterino estadio IIB em Outubro de 2009. Foi inicialmente submetida a radioterapia pélvica externa e braquiterapia associada a quimioterapia radiosensibilizadora com cisplatino que terminou em Dezembro de 2009 com resposta completa. Em Março de 2010 apresenta recidiva da doença com metastização ganglionar interaortocava e para-aortica esquerda, tendo recusado tratamento sistémico. Realizou radioterapia lombo-aortica com boa resposta e desaparecimento das lesões ao nível do PET. Em Agosto de 2010 é diagnosticada progressão supra-clavicular e submetida novamente a radioterapia nessa região com boa resposta. Em Outubro de 2012 identificado aumento do scc e realizou novo PET que mostrou recidiva local a nível do útero com envolvimento do reto e metastização ganglionar difusa supra e infraclavicular. Proposta para quimioterapia com carboplatino e paclitaxel que a doente recusou por ser alopeciante. Foi observada num Centro Oncológico Internacional, onde foi proposta para realizar quimioterapia com carboplatino (AUC 4), vinorelbina 25 mg/m² e bevacizumab 15 mg/m² num total de 6 ciclos com boa tolerância, que permitiu à doente manter-se em ECOG 0 e manter a sua atividade profissional, apesar de toxicidade hematológica grau 2/3. Após esse tratamento apresentou resposta completa ao nível do PET e decidido manter bevacizumab de manutenção de 3 em 3 semanas. Sem evidência de recidiva de doença até Novembro de 2013 altura em que se verifica progressão com derrame pleural que se confirmou ser maligno e carcinomatose peritoneal. Neste momento, aceita alopecia e encontra-se a realizar carboplatino associado ao paclitaxel, tendo completado um ciclo até ao momento. Trata-se de um caso particular pela necessidade de individualizar a terapêutica de acordo com as características da doente e a recusa inicial ao tratamento standard. Salienta-se a utilização do bevacizumab em associação à quimioterapia com um boa tolerabilidade e obtenção de uma resposta completa, a permitir à doente manter uma boa qualidade de vida quer durante o tratamento quer nos 7 meses de manutenção com bevacizumab. É necessário prosseguir a investigação e fomentar mais estudos no sentido de avaliar a experiência com bevacizumab em associação a diversos esquemas de quimioterapia na prática clínica e determinar em que situações este fármaco é mais eficazmente utilizado.



25 CARCINOMA DA MAMA EM DOENTES "MUITO IDOSAS" - DIAGNÓSTICO, ABORDAGEM TERAPÉUTICA E SOBREVIVÊNCIA

Ana Margarida Simas (1); Paulo Salamanca (1); Sofia Patrão (1); Ivo Dias (1); Amanda Nobre (2); Cláudia Vieira (1); Marta Ferreira (1); Ana Ferreira (1); Susana Sousa (1); Noémia Afonso (1)
(1) IPO-Porto (2) CHA - Hospital de Faro

Introdução: A incidência de cancro da mama (CM) idosas tem aumentado. Nestas doentes, a sobrevivência aos 5 e 10 anos é inferior à das idades mais jovens. São relevantes, neste grupo, as comorbilidades, o risco de subtratamento, e potencial morte por outras causas. O aumento expectável da esperança de vida e melhor controlo de comorbilidades, justifica o seguimento a longo prazo deste grupo etário. Avaliação de doentes "muito idosas" com CM, com seguimento de 9-10 anos para caracterização demográfica e clínica e determinação da sobrevivência aos 5 e 10 anos, com identificação de eventuais factores de prognóstico. **Material e Métodos:** Estudo de cohort retrospectivo, de série consecutiva de doentes com CM diagnosticado entre Jan.2003 e Dez.2004 numa instituição oncológica. Consideraram-se "muito idosas" doentes com idade igual ou superior a 75 anos. Pela revisão de processos clínicos identificaram-se características demográficas e clínicas, bem como comorbilidades, classificadas como: ausentes; presentes sem relevância clínica por não afectarem a vida diária; presentes e clinicamente relevantes por condicionarem sintomas e/ou risco de vida. As indicações para tratamento sistémico definiram-se como: existência de carcinoma metastático ou localmente avançado; ausência de expressão de receptores hormonais (RH) em tumores com mais de 1 cm e/ou existência de envolvimento ganglionar (indicação para quimioterapia (QT)); expressão de RH (indicação para terapêutica endócrina (HT)). Na análise estatística utilizou-se software SPSS v16, para análise descritiva, univariada (teste do qui-quadrado) e de sobrevivência (Método de Kaplan-Meier e log-rank test), considerada mortalidade global para esta. **Resultados:** Das 841 doentes pós-menopáusicas admitidas, 134 (16%) consideraram-se "muito idosas". Neste grupo a idade mediana foi 78 anos (máx: 94 anos). A maioria (83%) apresentava ECOG 0-1. Das 94 doentes (70%) com pelo menos 1 comorbilidade, apenas em 26 (28%) estas foram consideradas clinicamente relevantes. Em 65 doentes (48.5%) o diagnóstico de CM estabeleceu-se após sintomatologia mamária. A maioria encontrava-se em estadios precoces (I-II) com expressão de RH (82.5%) e submetidos preferencialmente a mastectomia. Das 30 (22%) doentes com neoplasia localmente avançada/inflamatória ou metastática, apenas 2 (7%) não realizaram tratamento sistémico; 8 (27%) realizaram QT, 24 (80%) HT e 4 (13%) QT e HT. A sobrevivência mediana foi de 3 anos, com SG aos 5 anos de 35%, não se encontrando doentes vivas aos 10 anos de seguimento. Das 9 (7%) doentes com indicação para QT por ausência de expressão de RH e tumor com mais de 1 cm, 8 (89%) realizaram QT, a maioria (75%) sem antraciclina; a SG aos 5 anos foi de 56%, apenas uma doente se encontrava viva ao fim de 10 anos. Das 51 (38%) doentes com indicação para tratamento sistémico por envolvimento ganglionar, apenas 1 (2%) não fez tratamento sistémico; 5 (10%) realizaram QT, 36 (70.5%) HT e 9 (18%) QT e HT. A sobrevivência mediana foi de 71.5 meses, aos 5 anos de 62% e aos 10 anos de 24%. No final do período de follow-up, 64 (48%) doentes tinham morrido, sendo que em 31 (48%) a morte não foi atribuída ao CM. A SG apresentou mediana de 76.5 meses, com sobrevivência aos 5 anos de 64% e aos 10 anos de 23%. A sobrevivência específica por CM apresentou mediana de 118.2 meses, com sobrevivência aos 5 anos de 82% e aos 10 anos de 41%. Discussão A idade cronológica, mesmo em doentes "muito idosas", não é factor limitante para a terapêutica local e sistémica do CM. Uma frequência elevada de tumores hormonossensíveis nestas doentes permite o recurso preferencial à HT como terapêutica sistémica potencialmente eficaz e bem tolerada. A sobrevivência a longo prazo encontra-se limitada pela mortalidade por outras causas. A sobrevivência global aos 5 anos de 64% está em paralelo com a esperança de vida da mulher portuguesa (82 anos). Sendo de esperar, no futuro, um aumento do número de doentes idosas com

CM, justifica-se o investimento no apoio social e nos cuidados de saúde neste grupo etário para melhoria dos resultados terapêuticos.

26 HIPEC NO TRATAMENTO DO CARCINOMA EPITELIAL DO OVÁRIO EM ESTÁDIOS AVANÇADOS - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Margarida Simas (1); Sofia Patrão (1); Noémia Afonso (1); Carlos Lopes (1); Abreu de Sousa (1); Alfredo Gouveia (1); Deolinda Pereira (1)
(1) IPO - Porto

Introdução: Cerca de 75% dos carcinomas epiteliais do ovário (CEO) são diagnosticados nos estádios III e IV. O tratamento das doentes nestes estádios representa um desafio terapêutico, dado que as taxas de recorrência são da ordem dos 70 a 80%. A cirurgia de citorredução, seguido de quimioterapia (QT) com paclitaxel e carboplatina, com possibilidade de associação a bevacizumab, segundo as guidelines mais recentes, é a terapêutica preconizada na abordagem desta patologia em estádios avançados. A quimioperfusão intraperitoneal hipertérmica (HIPEC) está actualmente em discussão no tratamento do CEO, dado ser um tratamento com benefício na sobrevivência das doentes em fases avançadas (sobrevivência mediana de 64 meses e sobrevivência livre de doença de 57 meses), apesar não existirem estudos randomizados a validar o seu uso por rotina na prática clínica. Os autores apresentam o caso clínico de uma doente com CEO em estádio avançado e longa sobrevivência (cerca de 12 anos), submetida a HIPEC e discutem eventuais indicações desta técnica na abordagem terapêutica do CEO avançado. **História Clínica:** Doente de 64 anos submetida em 2002 a laparotomia exploradora por suspeita de carcinoma do ovário. Foi detectada extensa carcinomatose peritoneal e realizada histerectomia com salpingo-ooforectomia bilateral e omentectomia. Doença residual superior a 2 cm. O diagnóstico histológico foi de carcinoma mucinoso e estadiado como IIIC. Posteriormente fez tratamento de QT com paclitaxel e cisplatina (6 ciclos, que concluiu a 31 de Outubro de 2002). Em TAC de avaliação de resposta foi detectado implante no baço e na pélvis, tendo sido proposta cirurgia de citorredução e HIPEC, que foi realizada a 30 de Janeiro de 2003, não ficando doença residual. Não efectuou terapêutica adjuvante, ficando em vigilância. Em Fevereiro de 2006 surge a primeira recidiva da doença, sob a forma de volumosa massa (7x6x5 cm) na cúpula vaginal e implantes peritoneais. Atendendo ao intervalo livre de doença, foi proposta para cirurgia, tendo sido efectuada exérese das lesões (cirurgia RO). Como tratamento complementar, efectuou seis ciclos de QT com paclitaxel e carboplatina, que terminou em Agosto de 2006, ficando novamente em vigilância. A segunda recidiva ocorreu em Fevereiro de 2010, com aparecimento de lesão compatível com implante na região ileo-cecal. Reiniciou QT paliativa com paclitaxel e carboplatina (Março a Junho de 2010), dado trata-se de doença platinossensível e com boa tolerância aos tratamentos prévios. Teve resposta completa. A terceira recidiva ocorreu em Março de 2011, 10 meses após a última recorrência, sob a forma de múltiplos implantes peritoneais. Tratada novamente com o mesmo regime de QT, de Maio a Agosto de 2011 com resposta parcial. Optou-se por vigilância. Na última consulta de Oncologia Médica a doente encontrava-se assintomática, com ECOG-PS zero, com doença estável. **Discussão:** Este caso clínico evidencia o eventual potencial da cirurgia com HIPEC para o aumento da sobrevivência das doentes com carcinoma do ovário em estádios avançados, já que a sobrevivência global desta doente ultrapassa os 11 anos (superior aos dados da literatura nestas doentes) e a sobrevivência livre de progressão tenha sido de cerca de 36 meses. Este caso demonstra ainda a platinossensibilidade desta doença, que neste caso se associa a uma sobrevivência longa. Tendo em conta a permissão de se tratar de uma doente com sobrevivência superior a 11 anos e ter óptimo estado geral, coloca-se a hipótese de, na progressão da doença,



tratar a doente com cirurgia citorrredutora e HIPEC de novo. Actualmente não se encontra descrita na literatura alguma contra-indicação e a reintervenção com HIPEC é uma modalidade já praticada na nossa Instituição.

27 CARCINOMA DE CÉLULAS CLARAS DO RIM METASTIZADO: A OPORTUNIDADE TERAPÉUTICA NA MUDANÇA DO PARADIGMA

Mariana Brandão (1); Inês Sequeira (1); Alina Rosinha (1); Cátia Faustino (1); Nuno Sousa (1); Jorge Oliveira (1); Joaquina Maurício (1)
(1) IPO Porto

Introdução: A emergência de novas opções terapêuticas no tratamento do carcinoma de células renais metastizado (CCRm) marcou historicamente a última década. Os autores apresentam o caso clínico de uma doente tratada com sunitinib obtendo benefício clínico indubitável pela oportunidade do tratamento numa fase de transição para as terapêuticas anti-angiogénicas. **Material e Métodos:** Revisão do processo clínico e da literatura. **Caso Clínico:** mulher de 35 anos, admitida na nossa instituição em 2006, após diagnóstico de carcinoma de células claras do rim com metastização pulmonar (estadio IV), proposta para cuidados sintomáticos. Foi estratificada no grupo de prognóstico intermédio do MSKCC, apresentando volumosa massa renal (e trombo na veia cava inferior), considerada irrissecável. Face à extensão da doença, iniciou terapêutica paliativa com citocinas (IL2 e IFN), que realizou durante 5 meses com progressão de doença. Em Janeiro de 2007 iniciou terapêutica sistémica com um inibidor da tirosina cinase (Sunitinib), com resposta parcial a nível pulmonar e renal. Foi submetida a nefrectomia radical um ano depois e prosseguiu terapêutica com Sunitinib até Dezembro de 2008, altura em que apresentou anemia com necessidade transfusional. O estudo endoscópico confirmou hemorragia digestiva alta tendo efectuado embolização da artéria gastroduodenal. Foi suspensa a terapêutica com Sunitinib e manteve doença estável durante 30 meses. Em Junho de 2011 houve progressão da doença pulmonar. Reiniciou terapêutica com Sunitinib na dose de 37,5 mg, que mantém actualmente com óptimo controlo sintomático. Desenvolveu hipotiroidismo iatrogénico, mas mantém boa função sistólica ventricular esquerda. Actualmente apresenta-se assintomática, sem anemia, ECOG 0/1, mas surgiu uma lesão cutânea ulcerada no membro inferior direito cuja histologia é a favor de reacção secundária ao Sunitinib. **Conclusões:** As terapias alvo mudaram radicalmente o tratamento dos doentes com CCRm. Este caso exemplifica a obtenção de uma resposta objectiva após o tratamento primário com Sunitinib proporcionando a ressecabilidade do tumor. A manutenção do tratamento crónico está dependente de uma cuidadosa gestão da dose e seus efeitos laterais, de forma a conseguir um ponto de equilíbrio que proporcione um prolongamento da sobrevivência com a melhor qualidade de vida possível.

28 BEVACIZUMAB NO CANCRO COLORECTAL METASTÁTICO - ANÁLISE RETROSPECTIVA DE UM CENTRO

Catarina Fernandes (1); Andreia Capela (1); Isabel Pimentel (2); Andreia Coelho (3); Cristiana Marques (3); Daniela Azevedo (1); Isabel Augusto (1); Margarida Damasceno (1)

(1) Serviço de Oncologia Médica, Centro Hospitalar de São João (2) Centro Hospitalar São João (3) Centro Hospitalar S. João - Porto

Introdução: O uso do bevacizumab, anticorpo monoclonal anti-VEGF, em associação com quimioterapia, demonstrou benefício na sobrevivência livre de progressão dos doentes com cancro colorectal (CCR) metastático. Contudo, estão por definir os factores preditores de resposta ao bevacizumab. Objectivos Os objectivos do presente estudo foram avaliar segurança, taxas de resposta ao bevacizumab e factores preditores de resposta e de sobrevivência livre de progressão (SLP). **Material e Métodos:** Análise retrospectiva dos doentes com CCR metastático que receberam tratamento com bevacizumab durante o curso da sua doença, entre Julho de 2005 e Julho de 2013. Foi usado o método de Kaplan-Meier na análise do tempo de SLP desde o início do tratamento com bevacizumab. Na análise multivariada foram utilizadas a Regressão Binária Logística e a Regressão de Cox. A análise das variáveis categóricas foi realizada com o teste Qui-quadrado. **Resultados:** Foram analisados 149 doentes, com idade mediana de 57 anos (19-77), com predomínio do género masculino (61.3%), durante um tempo de follow-up mediano de 29 meses (3-135). A maioria apresentava metastização síncrona ao diagnóstico (61.7%, n=91). Dos doentes com status K-Ras conhecido (113) a maioria apresentava K-Ras mutado (57,5%, n=65). O bevacizumab foi realizado com intuito paliativo na maioria (63.1%), seguido de intuito primário (33.6%) e adjuvante (22.8%) a metastasectomia. No início do tratamento com bevacizumab 38.3% apresentava metastização hepática e extra-hepática, 34.9% apresentava apenas metastização hepática e os restantes apenas metastização extra-hepática. A maioria (75.2%) revelou resposta ao bevacizumab (38.9% doença estável, 35.6% resposta parcial e 0.7% resposta completa). Cinquenta e oito (38.9%) doentes foram submetidos a metastasectomia, sendo que a maioria (79.3%, n=46) realizou bevacizumab pré-operatoriamente, sem acréscimo nas taxas de mortalidade ou complicações pós-operatórias (p=0.70). Os efeitos laterais observaram-se em 43.0% (64) dos doentes, sendo os mais frequentes a hipertensão arterial (24.2%) e os eventos tromboembólicos (13.4%). Treze doentes (8.7%) suspenderam o bevacizumab por toxicidade. Os factores associados a maior taxa de resposta ao bevacizumab foram: ausência de metastização extra-hepática (p=0.012), ausência de invasão perineural (p=0.036) e estadio pT4 (p=0.045) no tumor primário e presença de hipertensão secundária ao bevacizumab (p=0.027). Os doentes que iniciaram tratamento com bevacizumab ≥6 meses após o diagnóstico de doença metastática tiveram maior taxa de progressão versus aqueles doentes que iniciaram <6 meses (24.3% versus 15.8%, p=0.038). Contudo, na análise multivariada estes factores perderam significado estatístico. A SLP mediana desde o início do bevacizumab foi de 11 meses (7.8 - 14.2). Os factores preditores de maior SLP foram: presença de metastases hepáticas isoladas (15 meses) ou extra-hepáticas isoladas (20 meses) versus presença de metastases hepáticas e extra-hepáticas síncronas (8 meses versus 15 meses, p=0.021; 8 meses versus 20 meses, p=0.001), início do bevacizumab <6 meses após o diagnóstico de doença metastática (14 meses versus 7 meses, p=0.010) e presença de toxicidade hipertensiva (17 meses versus 10 meses, p=0.012). Na análise multivariada apenas 2 factores mantiveram significado estatístico: presença de metastases hepáticas isoladas versus metastases hepáticas e extra-hepáticas síncronas (p=0.046, HR 1.93, 1.01-3.70) e tempo até início do bevacizumab <6 meses (p=0.012, HR 2.25, 1.19-4.23). O status K-Ras não teve impacto na SLP ou taxa de resposta, bem como o número de metastases hepáticas ou a idade do doente. **Conclusões:** Na nossa amostra não foram encontrados factores preditores de resposta ao bevacizumab. O início do bevacizumab precocemente (<6 meses de doença metastática) e a presença de doença metastática menos



extensa constituíram factores associados a maior SLP. Mais de metade dos doentes apresentou resposta ao bevacizumab e apenas uma pequena percentagem suspendeu o bevacizumab por toxicidade. O bevacizumab constitui, assim, uma opção terapêutica eficaz e segura nos doentes com CCR metastático.

29 CARCINOMA DA MAMA ESTADIO I EM MULHERES PÓS-MENOPÁUSICAS: 10 ANOS DE FOLLOW-UP

Ana Sofia Patrão (1); Ivo Julião (2); Amanda Nobre (3); Ana Simas (1); Paulo Salamanca (1); Joana Bordalo e Sá (4); Ana Rodrigues (1); Júlio Oliveira (4); Maria Rosário Couto (1); Noemia Afonso (1); Deolinda Pereira (4)
(1) IPO Porto (2) IPO Porto (3) Centro Hosp. Algarve (4) IPO Porto

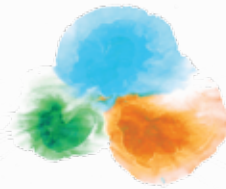
Introdução: O carcinoma da mama (CM) é a neoplasia mais comum no sexo feminino. O desenvolvimento do programa de rastreio aumentou o número de doentes diagnosticadas em estadios precoces. Nestas doentes, e apesar do bom prognóstico, persiste um risco de recorrência que pode atingir os 7%. (1). A idade, o estado hormonal, a dimensão do tumor e características biológicas (grau de diferenciação, receptores hormonais (RH) e expressão de HER2), são factores considerados na abordagem terapêutica porque associados a diferentes prognósticos (2). O seguimento a longo prazo permite a identificação de variáveis potencialmente relacionadas com recorrência da doença. Por ser diferente a abordagem terapêutica e o prognóstico de doentes em estadio I em função do estado pré e pós-menopausa, estes grupos são avaliados de forma independente. **Objectivos:** Avaliação de doentes pós-menopáusicas, com diagnóstico de CM estadio I, com 10 anos de seguimento para determinação da sobrevivência livre de doença (SLD), sobrevivência global (SG) (considerando mortalidade global e específica por CM) identificação de factores de risco de recorrência e de morte; ocorrência de 2º tumor primário da mama e neoplasias de outras localizações. **Material e Métodos:** Análise retrospectiva de doentes pós-menopáusicas com CM em estadio I, com diagnóstico entre 01.01.2003 e 31.12.2004, admitidas numa Instituição oncológica. Procedeu-se à revisão dos processos clínicos com identificação de variáveis demográficas, clínicas, em particular relacionadas com o tratamento e seguimento do CM. Procedeu-se à análise estatística descritiva, univariada (teste de qui-quadrado) e análise de sobrevivência (Método de Kaplan Meyer e teste do log-rank). **Resultados:** Neste período foram diagnosticadas 290 doentes pós-menopáusicas em estadio I, com uma mediana de idades de 63 anos (min:42-máx:88). Neste grupo, 40 doentes (14%) foram submetidas a quimioterapia (QT) adjuvante. Na análise univariada verificou-se associação estatisticamente significativa entre a realização de QT e a ausência de expressão de RH ($p < 0.0001$), neoplasias pouco diferenciadas (G3) ($p < 0.0003$), e tumores de maiores dimensões (T1c) ($p = 0.003$). Quinze doentes (5%) apresentaram recorrência da doença, a maioria destas com envolvimento isolado do osso (75%). Neste período de follow-up, 95% das doentes apresentavam-se livres de recorrência ao fim de 5 anos e 92% ao fim de 10 anos. Nas doentes que recorreram a mediana de tempo até a recorrência foi de 38.6 meses. A sobrevivência aos 5 anos foi de 98% e aos 10 anos de 97%. Na avaliação da recorrência em função da expressão de RH verificou-se diferença estatisticamente significativa entre os 2 grupos na sobrevivência livre de doença: 86% aos 5 anos e aos 10 anos no grupo com RH negativos e 96% aos 5 anos e 93% aos 10 anos no grupos com RH positivos ($p = 0.04$). A SLD em relação com o grau de diferenciação mostrou diferença estatisticamente significativa com doentes com CM G3 associadas a pior prognóstico: G1: S5 anos-100%, S10 anos-98%, G2: S5 de 94% e S10-90%, G3- S5 -84% e S10-84% ($p = 0.03$). Na avaliação de sobrevivência mantém-se esta diferença em que o CM G3 se associa a pior prognóstico ($P = 0.003$). A avaliação da SLD em função da dimensão do tumor,

classificada em T1a, T1b e T1c, não apresenta diferença estatisticamente significativa embora haja maior risco de recorrência em CM estadio I de maior dimensão - T1a - 55 anos e aos 10 anos 100%, T1b- S5 - 98% e aos 10 anos - 92%, T1c- S5 - 94% e aos 10 anos 91%. Na avaliação da SG apenas ocorrem mortes nos tumores T1c com 55 anos de 97% e aos 10 anos 96% mas sem significado estatístico. Durante este período de follow-up 7 doentes (2.4%) apresentaram um 2º tumor primário da mama e em 7 (2.4%) foi diagnosticado outra neoplasia. **Discussão:** Apesar do bom prognóstico associado a CM diagnosticados em estadio I um subgrupo destas doentes apresenta pior prognóstico com aumento do risco de recorrência e de morte por CM. As variáveis associadas com o tratamento com QT são também identificadas como as variáveis associadas a maior risco de recorrência e de morte: grau de diferenciação G3, tumor com dimensão superior a 1 cm e ausência de RH. Apesar da introdução de QT neste grupo de doentes o pior prognóstico mantém-se na avaliação a longo prazo. O caracterização da expressão HER2 nestes tumores poderá trazer contribuir para melhor caracterização prognóstica.

30 METÁSTASE CÓLICA POR CARCINOMA DA MAMA

Andreia Freire Coelho (1); Fernandes, C. (2); Azevedo, D. (2); Augusto, I. (2); Damasceno, M. (2)
(1) Centro Hospital de S. João, Porto (2) Hospital de S. João

Introdução: O cancro da mama geralmente metastiza a nível ósseo, pulmonar, cerebral, hepático e ganglionar, sendo a metastização gastrointestinal (GI) uma forma pouco usual, com uma prevalência estimada em 3%. Os locais do tracto GI mais frequentemente afectados são o estômago e o intestino delgado, enquanto que as metástases colorrectais são extremamente raras. Estas podem mimetizar um tumor cólico primário, o que torna difícil o seu diagnóstico e abordagem. **Caso Clínico:** Mulher, 45 anos, com diagnóstico em 12.2011 de carcinoma da mama localmente avançado à direita, fenótipo de células basais, receptores hormonais e HER-2 negativo, pelo que um mês depois iniciou quimioterapia (QT) neoadjuvante segundo o esquema com doxorubicina/ciclosfosfamida (AC, 21/21 dias, 4 ciclos) seguido de docetaxel (T, 21/21 dias, 4 ciclos). Após ter cumprido 4 ciclos de AC e 1 ciclo de T, constatada progressão local, tendo sido submetida a mastectomia e esvaziamento axilar homolateral, com obtenção de carcinoma com fenótipo de células basais, 84 mm, grau 3, receptores hormonais e HER-2 negativo, sem invasões e sem metastização nos 20 gânglios isolados (ypT3N0M0, estadio IIB). Sem evidência de metastização à distância. Realizou radioterapia adjuvante, mantendo-se posteriormente em vigilância. Em 04.2013, iniciou episódios frequentes de dor abdominal em cólica associados a obstipação, sem alterações de relevo em tomografias computadorizadas abdomino-pélvicas (TC AP) então realizadas e, inicialmente interpretados no contexto de diverticulite. Por persistência e agravamento de sintomatologia, em 06.2013 realizou colonoscopia que revelou a existência de lesão vegetante no sigmóide, cuja biópsia revelou tratar-se de metástase de carcinoma mamário previamente diagnosticado. Trânsito intestinal patente e adequado controlo da dor com ajuste de medicação analgésica. Repetiu TC cervico-toraco-abdomino-pélvico (TC-CTAP) com sinais de metastização ganglionar axilar, mediastínica, retroperitoneal e mesentérica, bem como pulmonar e hepática. Nesse contexto, em 07.2013 iniciou QT paliativa com paclitaxel e carboplatino (21/21 dias), tendo completado 3 ciclos de QT, altura em que houve necessidade de alteração de QT para capecitabina em monoterapia, dada a evidência de nova progressão e agravamento da dor com necessidade de escalada de analgesia. Cumpriu apenas 1 ciclo da nova linha de QT, com progressão associada a dor de difícil controlo e deterioro do estado geral, acabando a doente por falecer em 11.2013. **Conclusão:** Este caso é ilustrativo das dificuldades que as metástases cólicas podem constituir na prática clínica, atendendo a que a sintomatologia é, na maioria das vezes, semelhante a dos



tumores cólicos primários ou alterações como a doença inflamatória intestinal, infecção e outras alterações benignas. Ainda que raras, as metástases cólicas devem ser equacionadas no diagnóstico diferencial em doentes com cancro da mama com sintomatologia abdominal persistente. O seu tratamento deve ser individualizado, estando a cirurgia reservada no caso de lesão isolada ou em situações emergentes (oclusão, perfuração, hemorragia); enquanto que, no presença de doença sistémica, poderão ter lugar a quimio, hormono e radioterapia.

31 ANGIOSSARCOMA SECUNDÁRIO APÓS TRATAMENTO CONSERVADOR DE CANCRO DE MAMA

Isabel Pimentel (1); Andreia Coelho (2); Andreia Costa (3); Margarida Damasceno (4)

(1) Centro Hospitalar São Joao (2) Centro Hospitalar S. João-Porto (3) Centro Hospitalar São João - Porto (4) Centro Hospitalar de São João, Porto

Introdução: A cirurgia conservadora seguida de radioterapia substituiu a mastectomia, nos carcinomas de mama em estágio inicial. O desenvolvimento de angiossarcoma (AS) secundário, representa um raro e tardio efeito lateral da radioterapia. **Objectivo e Métodos:** Descrever os casos de AS secundário, tratados na nossa instituição, desde Maio/2007 a Janeiro/2014. **Resultado e Conclusões:** Identificamos 3 casos de AS desenvolvidos na mama irradiada, em média 10 anos após tratamento de radioterapia [6-15]. Uma doente encontra-se viva e sem evidência de doença, e as outras faleceram, apesar de cirurgia R0, 19 meses após o diagnóstico. Sendo estes tumores raros e tão agressivos, muitas vezes com necessidade de cirurgias extensas, deveriam ser tratados em centros especializados.

32 CARCINOMA COLO-RECTAL ESTÁDIO IV: LONGOS SOBREVIVENTES

Isabel Pimentel (1); Andreia Coelho (2); Cristina Sarmento (3); Margarida Damasceno (4)

(1) Centro Hospitalar São Joao (2) Centro Hospitalar S. João-Porto (3) Centro Hospitalar S. João (4) Centro Hospitalar de São João, Porto

Introdução: A sobrevida do cancro colo-rectal metastático tem vindo a aumentar nos últimos anos, atingindo actualmente os 24 meses. A abordagem é multidisciplinar e depende fundamentalmente do objectivo terapêutico. **Objectivo e Métodos:** Descrever 6 casos clínicos de carcinoma colo-rectal estágio IV em remissão clínica há mais de 5 anos, tratados na nossa instituição. **Resultado e Conclusões:** Dos 6 doentes avaliados, 5 apresentaram recidiva de doença, 2 representada por metástase pulmonar, 2 com 2 metástases hepáticas em segmentos diferentes e 1 com metástase hepática única. Um dos doentes apresentava metástase hepática sincrónica, ao diagnóstico. O tratamento destes doentes foi individualizado e passou pela ressecção da(s) lesões metastáticas no mesmo tempo operatório que a cirurgia do cólon ou após quimioterapia primária. A sobrevida média foi de 9 anos [6-14]. Estes casos pretendem ilustrar que a possibilidade de ressecção das lesões metastáticas deve ser sempre considerada, em doentes devidamente seleccionados.

33 CARCINOSSARCOMA UTERINO - REVISÃO DA LITERATURA A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Cristiana Marques (1); Daniela Azevedo (2); Cristina Sarmento (2)

(1) Centro Hospitalar S. João-Porto (2) Centro Hospitalar S. João

O carcinosarcoma, previamente designado tumor Mulleriano misto é um carcinoma indiferenciado composto por células epiteliais e mesenquimatosas provenientes de um único clone maligno. O carcinosarcoma uterino constitui menos de 5% dos tumores uterinos malignos. Apresenta-se uma doente do sexo feminino de 72 anos, com antecedentes de histerectomia e ooforectomia bilateral em 1993, seguida em consulta de Oncologia Médica desde 1998 por metastização peritoneal e invasão cólica por carcinosarcoma. Foi submetida a colectomia e peritonectomia seguida de quimioterapia adjuvante com Paclitaxel e Carboplatina- 6 ciclos. Ficou em vigilância na consulta em remissão clínica. Em Março de 2012, é diagnosticado carcinoma ductal invasor da mama direita (pT1bNoMo) com recetores hormonais positivos e c-ERB2 1+. Foi submetida a mastectomia subcutânea e posteriormente a hormonoterapia com tamoxifeno. Em Março de 2013 surgem dois nódulos hepáticos. O exame histológico do nódulo hepático demonstrou tratar-se de metástase de carcinosarcoma previamente diagnosticado. Efetuou 8 ciclos de Paclitaxel e Carboplatina e foi submetida a laparotomia exploradora, em Agosto de 2013, que revelou irresssecabilidade das lesões. Após a cirurgia iniciou segunda linha de quimioterapia com Ifosfamida e Epirubicina-4 ciclos. Verificou-se contudo, progressão da doença em TAC de reavaliação de Dezembro de 2013. Actualmente está sob quimioterapia paliativa com Topotecan em monoterapia. Após a revisão bibliográfica conclui-se que os que carcinosarcomas uterinos são geralmente diagnosticados em estádios avançados e apresentam pior prognóstico do que carcinomas endometriais de alto grau. Salienta-se por este motivo, a raridade da longa sobrevida livre de doença verificada nesta doente. O início da terapêutica hormonal (Tamoxifeno) parece ter contribuído para a recidiva da doença. Este achado está de acordo com a literatura.