

PERSPECTIVAS EM ONCOLOGIA VI

15 | 17 FEV 2018
HOTEL SHERATON - PORTO

O QUE MUDOU EM ONCOLOGIA

PROGRAMA

PRESIDENTES

Dra. Margarida Damasceno
Prof. Doutor José Eduardo Guimarães

ORGANIZAÇÃO



AGÊNCIA OFICIAL



PATROCÍNIO INSTITUCIONAL



SERVICO ONCOLOGIA MÉDICA
SERVICO HEMATOLOGIA CLÍNICA



SÃO JOÃO



EUROPEAN UNION OF MEDICAL SPECIALISTS (UEMS)

EUROPEAN ACCREDITATION COUNCIL ON CME (EACCME®)

Rue de l'Industrie 24, BE- 1040 BRUSSELS
T + 32 2 649 51 64 - F + 32 2 640 37 30
www.eaccme.eu - accreditation@uems.eu

Rua Professor Orlando Ribeiro, nº 3 - 2D

1600-796 Lisboa

Portugal

Brussels, 12/01/2018

Dear Ms Ferreira de Almeida

Subject : EACCME® Accreditation of event reference #983

We are pleased to inform you that your application for EACCME® accreditation of

VI Perspectives in Oncology, Oporto, Portugal, 15/02/2018-17/02/2018

has been granted **16** European CME credits (ECMEC®s) by the European Accreditation Council for Continuing Medical Education (EACCME®).

Accreditation Statement

Accreditation by the EACCME® confers the right to place the following statement in all communication materials including the event website, the event programme and the certificate of attendance. The following statements must be used without revision:

“The **VI Perspectives in Oncology, Oporto, Portugal, 15/02/2018-17/02/2018** has been accredited by the European Accreditation Council for Continuing Medical Education (EACCME®) with **16** European CME credits (ECMEC®s). Each medical specialist should claim only those hours of credit that he/she actually spent in the educational activity.”

“Through an agreement between the Union Européenne des Médecins Spécialistes and the American Medical Association, physicians may convert EACCME® credits to an equivalent number of *AMA PRA Category 1 Credits™*. Information on the process to convert EACCME® credit to AMA credit can be found at www.ama-assn.org/education/earn-credit-participation-international-activities.”

“Live educational activities, occurring outside of Canada, recognised by the UEMS-EACCME® for

UNION EUROPÉENNE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES EUROPEAN UNION OF MEDICAL SPECIALISTS

Association internationale sans but lucratif – International non-profit organisation

ECMEC®s are deemed to be Accredited Group Learning Activities (Section 1) as defined by the Maintenance of Certification Program of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.”

EACCME® credits

Each participant can only receive the number of credits he/she is entitled to according to his/her actual participation at the event once he/she has completed the feedback form. Cf. criteria 9 and 23 of UEMS 2016.20.

In order to help you issue individual certificates to each participants, please find below the breakdown of ECMEC®s per day:

15.02.2018 - **4,00**

16.02.2018 - **6,00**

17.02.2018 - **6,00**

The EACCME® awards ECMEC®s on the basis of 1 ECMEC® for one hour of CME with a maximum of 8 ECMEC®s per day. Cf. Chapter X of UEMS 2016.20.

Logo

The UEMS-EACCME® logo is a service mark of the European Union of Medical Specialists – European Accreditation Council for CME. Only after confirmation of accreditation has been received can the Provider use the UEMS-EACCME® logo on material related to the LEE. The logo may only be used in conjunction with, and in proximity to, the EACCME® accreditation statement and must not be associated with any commercial logo. The logo cannot be used in notices, advertising, or promotion of activities other than in association with the EACCME® accreditation statement.

Feedback report

Based on the participants’ individual feedback, the provider must submit an event report to the EACCME® within four weeks of the completion of the event. This report must include the participants’ feedback, information on the total number of participants and any perception of bias by participants. Failure to provide feedback could jeopardise recognition of any future applications.

Final programme

The EACCME® also requires you to send by post a copy of the final printed programme brochure/book.

The UEMS-EACCME Secretariat

COMISSÃO ORGANIZADORA

Margarida Damasceno

José Eduardo Guimarães

Cláudia Caeiro

Cristina Sarmento

Fernanda Trigo

Fernando Príncipe

Isabel Augusto

Manuel A. Sobrinho Simões

PALESTRANTES

Alberto Pinguinha	Hospital de Santarém, Santarém, Portugal
Ana Catarina Fernandes	Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal
Ana Joaquim	Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho, Gaia, Portugal
Ana Martins	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal
Ana Raimundo	Instituto CUF de Oncologia - Cluster Tejo, Lisboa, Portugal
André Mansinho	Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Lisboa, Portugal
Andreia Capela	Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal
Andreia Costa	Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal
António Araújo	Centro Hospitalar do Porto, Porto, Portugal
Antonio Llombart Cussac	Hospital Arnau de Vilanova, Lleida, Espanha
António Moreira Pinto	Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho, Gaia, Portugal
Camila Coutinho	Centro Hospitalar Alto Ave, Guimarães, Portugal
Carlos Oliveira	Liga Portuguesa Contra o Cancro, Portugal
Cláudia Caeiro	Centro Hospitalar do Porto, Porto, Portugal
Cristina Sarmento	Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal
Deolinda Pereira	Instituto Português de Oncologia, Porto, Portugal
Elsa Madureira	Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal
Emili Montserrat	Hospital Clinic, University of Barcelona, Barcelona, Espanha
Eva Ciruelos	Hospital 12 de Octubre, Madrid, Espanha

Federico Caligaris – Cappio	Associazione Italiana per la Ricerca Sul Cancro, Itália
Fernando Aveiro	Centro Hospitalar do Funchal, Funchal ,Portugal
Fernando Osório	Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal
Fernando Príncipe	Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal
Filomena Sousa	Amgen Bio Farmacêutica, Lisboa, Portugal
Gabriela Fernandes	Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal
Guy Vieira	Joaquim Chaves Saúde, Faro, Portugal
Hélder Mansinho	Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal
Henrique Queiroga	Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal
Isabel Augusto	Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal
Isabel Sousa	Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal
J. Silva Ferreira	Porto
Joana Macedo	Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, Santa Maria da Feira, Portugal
Joana Paredes	Instituto de Patologia e Imunologia Molecular da Universidade do Porto, Porto, Portugal
João Raposo	Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Lisboa, Portugal
Jorge Espírito Santo	Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, Portugal
José Dinis	Instituto Português de Oncologia, Porto, Portugal
José Eduardo Guimarães	Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal
José Maria Vieitez	Servicio de Salud del Principado de Asturias, Espanha
Leonor Ribeiro	Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Lisboa, Portugal
Manuel A. Sobrinho Simões	Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal
M^a João Ribeiro	Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal
Margarida Barbosa	Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal
Margarida Damasceno	Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

Maria José Passos

Instituto Português de Oncologia, Lisboa, Portugal

Marta Soares

Instituto Português De Oncologia, Porto, Portugal

Miguel Abreu

Instituto Português De Oncologia, Porto, Portugal

Miguel Barbosa

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro,
Vila Real, Portugal

Nobert - Claude Gorin

Hospital Saint Antoine and University Pierre et
Marie Curie, França

Noémia Afonso

Centro Hospitalar do Porto, Porto, Portugal

Nuno Couto

Fundação Champalimaud, Lisboa, Portugal

Nuno Tavares

Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

Paulo Costa

Hospital de Braga, Braga, Portugal

Pedro Chinita

Hospital do Espírito Santo, Évora, Portugal

Pedro Meireles

Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

Ricardo da Luz

Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa, Portugal

Ricardo Pinto

Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

Rita Canário

Instituto de Patologia e Imunologia Molecular da
Universidade do Porto, Porto, Portugal

Sandra Bento

Hospital de Santarém, Santarém, Portugal

Sara Meireles

Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

Sérgio Barroso

Hospital Lusíadas, Amadora, Portugal

Sónia Rego

Hospital da Arrábida, Gaia, Portugal

PROGRAMA | dia 15 . quinta feira

14h00 - 16h00 **MESA I - IMUNOTERAPIA**
Moderadores: **Sérgio Barroso, Hélder Mansinho, Isabel Augusto**

- 14h00 - 14h30 • Como a imunoterapia modificou o tratamento em Oncologia
Maria José Passos
- 14h30 - 14h50 • Tratamento do cancro de cabeça e pescoço
José Dinis
- 14h50 - 15h10 • Tratamento do cancro do pulmão
António Araújo
- 15h10 - 15h30 • Tratamento do cancro do rim e do urotélio
Maria João Ribeiro
- 15h30 - 15h50 • Tratamento do melanoma
Maria José Passos
- 15h50 - 16h00 • Discussão

16h00 - 16h30 Intervalo

16h30 - 17h45 **MESA II - TERAPÊUTICAS DE SUPORTE**
Moderadores: **António Moreira Pinto, Andreia Capela**

- 16h30 - 16h45 • Emese
António Araújo
- 16h45 - 17h00 • Tromboembolismo
Miguel Barbosa
- 17h00 - 17h15 • Dor neuropática
Margarida Barbosa
- 17h15 - 17h30 • Nutrição: Mito e realidade
Elsa Madureira
- 17h30 - 17h45 • Discussão

18h00 - 18h45 **Simpósio AMGEN**
• BIOSIMILARES AMGEN – um novo capítulo com 37 anos de história
Moderadora: **Deolinda Pereira**
Palestrantes: **Filomena Sousa, Noémia Afonso**

PROGRAMA | dia 16 . sexta feira

- 09h00 - 10h00 **MESA III - LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA**
Moderadores: **Fernando Príncipe, João Raposo**
• Tratamento em 2018
Emili Montserrat
• Dissecção do Ecosistema
Federico Caligaris-Cappio
- 10h00 - 11h30 **MESA IV - CANCRO DO OVÁRIO**
Moderadoras: **Deolinda Pereira, Isabel Sousa**
• Genética
Rita Canário
• Novas abordagens terapêuticas
Miguel Abreu
- 11h30 - 12h00 **MESA V - CANCRO GÁSTRICO**
Moderadores: **Jorge Espírito Santo, Pedro Chinita**
• Update na terapêutica do cancro do estômago
Andreia Costa
- 12h00 - 12h30 Intervalo
- 12h30 - 13h30 **SESSÃO ESPECIAL I**
Moderadores: **Margarida Damasceno, José Eduardo Guimarães**
• Sessão de abertura
• O código europeu contra o cancro.
A comunicação através da filatelia
Carlos Oliveira
Comentador: **J. Silva Ferreira**
- 13h30 - 14h30 Almoço
- 14h30 - 15h30 **MESA VI - CANCRO DO PÂNCREAS**
Moderadores: **Ana Raimundo, Sónia Rego**
• Novas abordagens no tratamento do adenocarcinoma
Nuno Couto
• Abordagem terapêutica nos tumores neuroendócrinos
Sara Meireles

PROGRAMA | dia 16 . sexta feira

15h30 - 16h00

MESA VII - CANCRO DE CABEÇA E PESCOÇO

Moderadores: **Cristina Sarmento, Leonor Ribeiro**

- Novas abordagens na doença metastática
Ana Joaquim

16h00 - 16h30

Intervalo

16h30 - 17h45

MESA VIII - CANCRO DA MAMA NA MULHER IDOSA

Moderadores: **Paulo Costa, Camila Coutinho**

- Perspectiva do cirurgião
Fernando Osório
- Perspectiva do oncologista médico
Noémia Afonso
- Perspectiva do radio-oncologista
Pedro Meireles

PROGRAMA | dia 17 . sábado

- 09h00 - 10h00 **MESA IX - CANCRO DA PRÓSTATA**
Moderadores: **Isabel Augusto, Ricardo da Luz**
• Novas abordagens na doença hormonossensível
André Mansinho
- 10h00 - 11h30 **MESA X - LEUCEMIA MIELÓIDE AGUDA NO IDOSO**
Moderadores: **Manuel A. Sobrinho Simões,**
José Eduardo Guimarães
• Aspectos gerais da LMA do idoso
Ricardo Pinto
• Transplante autólogo em leucemias agudas –
desenvolvimentos recentes
Norbert - Claude Gorin
- 11h30 - 12h00 Intervalo
- 12h00 - 13h00 **MESA XI - CANCRO DO PULMÃO**
Moderadores: **Henrique Queiroga, Fernando Aveiro**
• Cancro do pulmão e mutações ALK e EGFR
Gabriela Fernandes
• Cancro do pulmão quando não há mutações
Marta Soares
- 13h00 - 14h00 **SESSÃO ESPECIAL II**
Moderadores: **Margarida Damasceno, Noémia Afonso**
• Apresentação do grupo SOLTI
Eva Ciruelos
• Apresentação da Aspice
Joana Paredes
• Ensaio da iniciativa do investigador
Nuno Tavares
- 14h00 - 15h00 Almoço

PROGRAMA | dia 17 . sábado

- 15h00 - 16h00 **MESA XII - CANCRO DO COLÓN**
Moderadores: **Sandra Bento, Ana Catarina Fernandes**
• Colon direito e colon esquerdo:
Tumores diferentes ou tumores iguais? Tratamento igual ou tratamento diferente?
José Maria Viéitez
- 16h00 - 17h00 **MESA XIII - CANCRO DA MAMA METASTÁTICO**
Moderadores: **Ana Martins, Noémia Afonso**
• Tumores HER2+
Antonio Llombart Cussac
• Tumores triplos negativos
Eva Ciruelos
• Tumores com receptores hormonais positivos
Cláudia Caeiro
- 17h00 - 18h00 **Visita aos posters, entrega de prémios e encerramento**
Moderadores: **Alberto Pinguinha, Guy Vieira,**
Fernando Osório, Joana Macedo

ABSTRACTS

- PO01** - MAMMARY ANALOGUE SECRETORY CARCINOMA (MASC): UMA ENTIDADE MALIGNA RECENTE E RARA DAS GLÂNDULAS SALIVARES
- PO02** - COLANGIOCARCINOMA: CASUÍSTICA DE UM TUMOR RARO
- PO03** - CARDIOTOXICIDADE SILENCIOSA INDUZIDA POR CAPECITABINA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- PO04** - UMA NEOPLASIA FREQUENTE NO LOCAL ERRADO
- PO05** - DOIS TUMORES FREQUENTES ASSOCIADOS: RELATO DE UM CASO IMPROVÁVEL
- PO06** - METASTIZAÇÃO IMPROVÁVEL DE CARCINOMA DO PULMÃO
- PO07** - UM DESFECHO SURPREENDENTE
- PO09** - A DOENÇA DO IDOSO NO ADULTO JOVEM
- PO10** - IMPACTO DA RADIOTERAPIA NO TRATAMENTO DO ADENOCARCINOMA LOCALMENTE AVANÇADO DO PÂNCREAS – REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA
- PO11** - TUMOR DO TESTÍCULO: A EXPERIENCIA DE 5 ANOS DE UM SERVIÇO
- PO12** - CARCINOMA LOBULAR DA MAMA ESTADIO IV COM APRESENTAÇÃO NÃO USUAL E RESPOSTA COMPLETA A TERAPÊUTICA
- PO13** - CAPECITABINA E MITOMICINA C – QUANDO PARAR QUIMIOTERAPIA NÃO É UMA OPÇÃO.
- PO14** - QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE NO TRATAMENTO DE CANCRO DO COLO DO ÚTERO LOCALMENTE AVANÇADO
- PO15** - PNEUMONITE PRECOCE SECUNDÁRIA AO TRATAMENTO COM CRIZOTINIB – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- PO16** - CARCINOMA ADENOESCAMOSO DO PÂNCREAS - UM CASO CLÍNICO
- PO17** - TERAPÊUTICA SEQUENCIAL E ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR EM METÁSTASES DE CARCINOMA DO CÓLON: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- PO18** - TUMOR DE CÉLULAS GERMINATIVAS RETROPERITONEAL NUM DOENTE TRANSPLANTADO RENAL, UM CASO CLÍNICO
- PO19** - LEIPIOSSARCOMA PRIMARIO DA MAMA: UM CASO RARO
- PO20** - CANCRO DO CÓLON ESTADIO II E A LOCALIZAÇÃO DO TUMOR PRIMÁRIO
- PO21** - CARCINOMA DUCTAL IN SITU DA MAMA COM METASTIZAÇÃO AXILAR
- PO22** - FATORES DE PROGNÓSTICO NUTRICIONAIS NO DOENTE ONCOLÓGICO
- PO23** - BRADICARDIA INDUZIDA PELA CISPLATINA
- PO24** - INGESTÃO NUTRICIONAL E COMPOSIÇÃO CORPORAL EM MULHERES COM PATOLOGIA DA MAMA

**PO01 MAMMARY ANALOGUE SECRETORY CARCINOMA (MASC):
UMA ENTIDADE MALIGNA RECENTE E RARA DAS GLÂNDULAS SALIVARES**

**Rita da Costa Lago(1); Tiago Henriques Neto(1); Elsa Fonseca(1);
Lurdes Alves Vendeira(1); Gabriela Pinto(1); Sofia Garcia(1)**

(1) Centro Hospitalar de São João

INTRODUÇÃO

Mammary Analogue Secretory Carcinoma (MASC) é um tumor das glândulas salivares raro, com características histológicas e genéticas similares às do carcinoma secretor da mama. O tumor é definido pela presença da translocação t(12;15)(q13;q25), uma fusão entre o gene ETV6 do cromossoma 12 e o gene NTRK3 do cromossoma 15, que resulta na formação de uma tirosina quinase quimérica constitutivamente activa e na activação das vias mitogénicas Ras-MAP quinase e fosfatidil inositol-3-quinase AKT. Embora as características histológicas da entidade MASC estejam amplamente estudadas e descritas na literatura, o comportamento clínico desta neoplasia mantém-se por caracterizar, podendo apresentar desde um crescimento indolente (maioria dos doentes) até um crescimento rápido e agressivo com desenvolvimento de metastização ganglionar cervical e metastização à distância. Actualmente não há evidência que fundamente que o MASC deva ser tratado de forma distinta à dos restantes tumores malignos das glândulas salivares de baixo grau.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo feminino, 28 anos de idade, ECOG-PS:0, não fumadora, sem antecedentes patológicos relevantes. Em Abril de 2017 tumefacção na parótida esquerda. Biópsia aspirativa mostrou quadro tumoral de baixo grau (epitelial? mioepitelial?). Realizou TC em Julho que revelou na dependência do lobo superficial da glândula parótida esquerda, lesão de morfologia bilobulada, com 8 x 5 mm, de bordos bem definidos, com hipersinal em T2 e paredes finas captantes; sem adenomegalias cervicais. Submetida a parotidectomia superficial esquerda em Setembro de 2017: Carcinoma secretor da glândula parótida esquerda – Mammary Analogue Secretory Carcinoma – com 0,4 cm, com invasão extra-parenquimatosa: pT3NxR0. Proposta em Consulta de Grupo Oncológico de Cabeça e Pescoço para Radioterapia Adjuvante. Realizou radioterapia externa à região da parótida esquerda, de 20.11.17 a 30.12.17, perfazendo dose total prescrita de

60 Gy, em 30 fracções, a 2Gy/dia, com energia de fótons de 6MV, através da técnica de 3DCRT. Tratamento sem necessidade de interrupções ou decurso de intercorrências, sem registo de toxicidade grave.

CONCLUSÃO

O MASC é um tumor maligno das glândulas salivares, recentemente reconhecido na literatura, com características distintas do carcinoma de células acinares, que mimetiza a histologia e genética do carcinoma secretor da mama. Embora seja caracterizado por um curso indolente na maioria das situações, em alguns casos está descrito o desenvolvimento de metastização à distância, com aumento da mortalidade. Actualmente não há forma de identificar os tumores que apresentarão um comportamento agressivo. Estudos futuros são imperativos para caracterizar melhor esta entidade, quer do ponto de vista clínico quer do ponto de vista prognóstico.

PO02 COLANGIOCARCINOMA: CASUÍSTICA DE UM TUMOR RARO

**Ana Sofia Rolo(1); Liliana Castro Oliveira(2); Bárbara Freitas Lima(1);
Ilda Faustino(1); Alexandra Teixeira(1); Carolina Carvalho(1);
Camila Coutinho(1)**

(1) HOSPITAL SENHORA DA OLIVEIRA - GUIMARÃES

(2) Hospital de Guimarães

INTRODUÇÃO

O termo colangiocarcinoma (CCA) refere-se a todos os tumores com origem no epitélio dos ductos biliares. São tumores raros (com incidência de 0.3-3.5/100000 habitantes), de difícil diagnóstico e, geralmente, de mau prognóstico, representando <1% de todos os cânceros e 10-15% de todos os tumores hepatobiliares. A maioria dos doentes, tem 65 ou mais anos na altura do diagnóstico e são ligeiramente mais frequentes nos homens (ratio H:M de 1.2-1.5:1). Mais de 90% são adenocarcinomas, tipicamente classificados em intra-hepático (10-20%) e extra-hepáticos (mais comuns), conforme localização anatómica e, estes últimos em peri-hilar (50%) e distal (30-40%). A cirurgia com margens R0 é o único tratamento potencialmente curativo. O envolvimento hepático e peritoneal são as localizações mais comuns de metastização. A sobrevivência a 1 e 2 anos é 25% e 13%, respetivamente, com poucos casos reportados como longos sobreviventes. A sobrevivência a 5 anos para aqueles com tumores ressecáveis é reportada em 41%.

OBJETIVOS

Caracterização da população de doentes com CCA orientados em Consulta de Oncologia do HSO, avaliação de resultados e análise de sobrevivência.

MATERIAIS E MÉTODOS: Estudo observacional, retrospectivo e unicêntrico com inclusão dos doentes com diagnóstico histológico de CCA, num período de 7 anos, entre 2011 e 2017.

RESULTADOS: Foram incluídos 33 doentes, com idade média ao diagnóstico de 66 anos (43-89 anos); 79% dos doentes foram diagnosticados na 7ª ou mais década de vida; 26 doentes (79%) eram do sexo masculino e 7 doentes do sexo feminino. Histologicamente, todos os CCA eram adenocarcinomas, a maioria, 61% de localização extra-hepática (18% peri-hilares e 43% distais e/ou intra-pancreáticos), os restantes 39% intra-hepáticos.

Trze doentes foram considerados ressecáveis, tendo sido submetidos a

cirurgia, 1 doente ficou em vigilância, 6 realizaram Quimioterapia/Radioterapia complementar, 4 efetuaram Quimioterapia (QT) adjuvante e dois doentes operados, quando avaliados pela primeira vez em Consulta de Oncologia, apresentavam recidiva da doença pelo que realizaram QT paliativa. No total dos doentes operados, 8 recidivaram (metastização hepática, pulmonar e/ou locorregional) com mediana do tempo livre de recidiva de 6 meses (M) (IC 95%, 0.456-11.544, [$<1M-41M$]).

Vinte e seis doentes realizaram QT paliativa, 6 por recidiva após tratamento com intuito curativo e 20 propostos para QT paliativa ao diagnóstico: 6 por irressecabilidade sem doença metastática e 14 por doença metastática (hepática n=13, óssea n=2, peritoneal n=4). Quatro doentes apresentavam doença metastática ao diagnóstico em ≥ 2 sítios. A Gemcitabina+Cisplatina (n=14, 54%) foi o esquema de 1ª linha mais utilizado, seguido de Gemcitabina em monoterapia (n=10, 38%). O tempo livre de progressão (TLP), variou entre 4 e 32 meses, com mediana de 7 meses (IC 95%, 4.976-9.024). Onze doentes foram submetidos a 2ª linha de QT: o esquema FOLFOX foi o mais utilizado (n=4). A mediana do TLP após 2ª linha foi de 4 meses (IC 95%, 1.853-6.147). Quatro doentes realizaram 3ª linha com Taxano (Docetaxel n=1 e Paclitaxel semanal n=3).

A sobrevivência global (SG) variou entre <1 e 65 M, com mediana de 20 meses (IC 95%, 7.011-32.989) e a sobrevivência a 1, 2 e aos 5 anos foi, respetivamente, de 58%, 38% e 12%. Analisando separadamente o grupo de doentes ressecados cirurgicamente, a SG mediana foi de 25 M (3-65M); a sobrevivência a 1, 2 anos e 5 anos foi de 72%, 62% e 19%, respetivamente. Para estádios IV, a SG mediana foi 12 M ($<1-39M$), com sobrevivências a 1 ano, 2 anos após o diagnóstico de 49% e 23%, respetivamente; nenhum doente sobreviveu até aos 5 anos de follow-up.

CONCLUSÃO

Comparando os nossos resultados com dados da literatura, é de referir que a incidência na população em estudo, 1.8 casos por 100000 habitantes/ano, foi coincidente com a raridade dos CCA, mas o ratio H:M (3,7:1) foi superior ao descrito. Ainda que, a localização extra-hepática predominante seja concordante, verificou-se menor número de tumores peri-hilares. A SG dos doentes operados é inferior à reportada na literatura, traduzindo uma elevada taxa de recidiva. A maioria dos doentes apresentava doença em fase avançada na altura do diagnóstico, contudo, os dados de sobrevivência da totalidade dos doentes são superiores aos conhecidos (SG 1 e 2 anos de 58% e 38% versus 25% e 13%, respetivamente), provavelmente

pela existência de doentes metastizados com SG >30M. A elevada SG destes doentes, apesar de metastizados, sugere heterogeneidade do comportamento biológico tumoral, possivelmente, associado a fatores de prognóstico ainda não identificados, impondo necessidade de estudos multicêntricos com maior número de doentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DeVita, Hellman and Rosenberg's. Cancer Principles & Practice of Oncology. 9th edition. Lippincott Williams & Wilkins, 2011.
2. Valle JW et al. Biliary cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Annals of Oncology 27 (Supplement 5): v28-v37, 2016.
3. National Comprehensive Cancer Network. Clinical Practice Guidelines in Oncology: Hepatobiliary Cancers. October 9, 2017.

PO03 CARDIOTOXICIDADE SILENCIOSA INDUZIDA POR CAPECITABINA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

**Leonor Fernandes(1); Débora Cardoso(1); Ana João Pissarra(1);
Filipa Ferreira(1); José Pereira(1); Leonor Matos(2); Joana Graça(1);
Andreia Coelho(1); Helena Miranda(1); Ana Martins(1)**

(1) S. Oncologia Médica, HSFX, CHLO

(2) CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL E.P.E.

INTRODUÇÃO

A cardiotoxicidade é uma das complicações possíveis nos doentes oncológicos submetidos a quimioterapia.

As fluoropirimidinas – 5-FU e Capecitabina – (FU) são fármacos utilizados nas indústrias gastrointestinais

A isquémia miocárdica transitória induzida por estes fármacos pensa-se que está associada a vasoespasmos coronários. No entanto, têm sido descritos outros mecanismos cardiotoxícos como a disfunção endotelial associada à formação de trombos e a lesão directa do miocárdio [1].

A Capecitabina é um derivado oral do 5-FU que é metabolizado preferencialmente no tecido tumoral, o que sugere menor potencial de toxicidade cardíaca. No entanto, a literatura refere um perfil cardiotoxíco semelhante ao 5-FU [2] [3].

A Síndrome Coronária Aguda (SCA) induzida pela administração de 5-FU, embora rara, está bem estabelecida, sendo a vasoconstrição o mecanismo habitualmente envolvido. A literatura reporta cerca de 2 a 18% de incidência de isquémia sintomática, no entanto, alguns estudos referem 88% de casos de isquémia silenciosa documentada em ECG [2].

Em seguida descrevemos um caso clínico de enfarte silencioso secundário à terapêutica com Capecitabina com o intuito de reforçar a importância da Cardioncologia numa era em que os doentes oncológicos cada vez são mais crónicos – sujeitos a múltiplas linhas terapêuticas com diferentes toxicidades –, mais idosos e frequentemente com várias co-morbilidades.

CASO CLÍNICO

Homem de 66 anos, com antecedentes conhecidos de Diabetes Mellitus tipo II com cerca de 10 anos de evolução e mau controlo metabólico, medicado apenas há 6 meses com metformina + sitagliptina e hábitos tabágicos no passado (~40 UMA). Diagnóstico de neoplasia do recto cT4aN1M0 em Junho

de 2017 após estudo etiológico de anorexia, perda ponderal (~17% - peso actual 50 kg, IMC 17 kg/m²) e dejectões diarreicas com 6 meses de evolução. Iniciou quimiorradioterapia neoadjuvante (QRT NA) com Capecitabina (850 mg/m² bid 5x/semana) e Radioterapia (50,4Gy dose total) em Agosto de 2017. Ao 16º dia de QRT NA, na reavaliação clínica refere, cerca de 48h antes, episódio único de sensação de lipotímia sem outras queixas associadas, nomeadamente dor pré-cordial, náuseas ou mal-estar, com recuperação espontânea, referindo desde então tonturas na posição ortostática. Na avaliação clínica: assintomático, taquicárdico (110 bpm) e hipotenso (83/52 mmHg), ECG com supradesnivelamento de ST em v4-v6 e troponina de 5237ng/mL. É discutido o caso com a Cardiologia e assumido o diagnóstico de SCA. O doente é submetido a angioplastia com balão e trombetomia da coronária obtusa marginal, nas 24h seguintes, confirmando-se o diagnóstico. Após recuperação deste evento retomou RT, sem Capecitabina. Concomitantemente o doente foi enviado à consulta de Cardiooncologia para optimização terapêutica e manter seguimento.

Após retomar RT NA verificaram-se sinais de insuficiência cardíaca com posterior descompensação e necessidade de reajuste terapêutico e interrupção pontual da RT, tendo o doente completado a neoadjuvância no final de Outubro de 2017. Em avaliação ecocardiográfica: função sistólica global diminuída FE%VE:40%, com hipocinésia antero-septal distal e apical, com compromisso do relaxamento ventricular esquerdo, e diâmetro diastólico do ventrículo esquerdo aumentado com disfunção diastólica grau I.

O doente aguarda cirurgia oncológica e embora tenha indicação formal para QT adjuvante, não tem condição clínica para terapêutica com fluoropirimidinas.

DISCUSSÃO

À medida que a idade dos doentes oncológicos aumenta, também a prevalência de morbilidade cardíaca aumenta, assim, é fundamental que o Oncologista tenha este facto em consideração sempre que prescreve uma terapêutica com potencial cardiotoxico.

A cardiotoxicidade às fluoropirimidinas parece ser mais prevalente em situações de doses mais elevadas e/ou em doentes submetidos a radiação torácica prévia, história prévia de doença cardiovascular ou tratamento com outros fármacos cardiotoxicos como as antraciclinas. No entanto, estes factores de risco não permitem determinar que doentes irão sofrer maior cardiotoxicidade ou aferir com segurança o risco-benefício da

utilização de fluoropirimidinas. Por outro lado, os sintomas cardíacos são normalmente reversíveis quando estes fármacos são suspensos e sabe-se também que a probabilidade de recorrência desta sintomatologia ou eventos mais graves na reintrodução dos mesmos, é muito elevada.

Não há, no entanto, guidelines ou recomendações específicas sobre a segurança de reintrodução de um determinado fármaco após um evento cardiotoxíco.

Neste caso, dada a gravidade do evento cardíaco e suas consequências, a decisão de não reintroduzir fluoropirimidinas é clara, mas essa decisão poderá não ser sempre linear.

A Cardioncologia é fundamental não só na estratificação de risco cardíaco prévio à terapêutica oncológica como também na eventual prevenção e tratamento de complicações cardiotoxícas secundárias.

BIBLIOGRAFIA

[1] M. F. Sorrentino et. al “5-fluorouracil induced cardiotoxicity:review of the literature,” *Cardiology Journal*, vol. 19, nº 5, pp. 453-458, 2012.

[2] T. Stewart, N. Paulakis e M. Ward, “Cardiotoxicity with 5-fluorouracil and capecitabine: more than just vasospastic angina,” *Internal Medicine Journal*, vol. 40, pp. 303-307, 2010.

[3] C. Fontanella et. al “Capecitabine-induced cardiotoxicity: more evidence or clinical approaches to protect the patients` heart?,” *Onco Targets and Therapy*, vol. 7, pp. 1783-1791, 2014.

PO04 UMA NEOPLASIA FREQUENTE NO LOCAL ERRADO

Bianca Vaz(1); Ana Raquel Miranda(2); Frederico Sanches(2)

(1) Hospital Garcia de Orta

(2) HOSPITAL GARCIA DE ORTA, E.P.E.

O vírus Epstein Barr (EBV) é um agente carcinogénico, relacionado com vários tipos de neoplasias. A nível global infecta mais de 90% da população, permanecendo como infecção latente e assintomática na maioria dos casos.

O carcinoma nasofaríngeo (CNF) apresenta uma incidência global variável, com valores de incidência de 0,5-2 novos casos por 100.000 habitantes no mundo ocidental e 25 novos casos por cada 100.000 habitantes em áreas endémicas, como a China, sugerindo o EBV como principal fator patogénico para CNF.

Reportamos o caso de um homem de 43 anos, sem antecedentes pessoais ou familiares patológicos relevantes, que recorre ao serviço de urgência por quadro com 6 meses de evolução de diplopia horizontal binocular, diminuição da fenda palpebral e parésia da abdução à esquerda. Nesta sequência foi internado para estudo do quadro descrito. Após a realização de múltiplos exames complementares verificou-se que as únicas alterações imagiológicas encontradas foram, com o recurso a Ressonância Magnética (RMN) Crânio-Encefálica (CE), de “lesões supratentoriais subcorticais bilaterais hiperintensas em T2”. Perante o quadro clínico e os achados encontrados, com o recurso a múltiplos exames complementares de diagnóstico, foi assumido, como mais provável, mononeuropatia craniana múltipla sem etiologia identificada, tendo sido medicado com corticoterapia em ambulatório, não tendo, no entanto, traduzindo melhoria das queixas. Manteve seguimento em consulta de Neurologia após alta, associando-se em um período posterior de três meses dor facial frontomaxilar esquerda de predomínio no andar médio (V2). Neste sentido foi repetida RMNCE que demonstrou “lesão expansiva captante de contraste no seio cavernoso” e posteriormente internado para éxereses da lesão por craniotomia pterional. A histologia da peça foi compatível com “infiltração intracraniana de seio cavernoso por carcinoma nasofaríngeo, não queratinizante, EBV positivo”. Realizou RMN Cervico Facial que comprovou a existência de massa na nasofaringe com origem no recesso lateral esquerdo e extensão superior, posterior e lateral até ao buraco oval,

onde obliterava a cisterna do gânglio de Gasser e invadia o seio cavernoso, sendo que a dimensão da massa nasofaríngea era pouco significativa. Foi posteriormente programado tratamento com Radioterapia e, posteriormente, Quimioterapia com Cisplatina, que mantém actualmente, com boa resposta e tolerância.

A detecção de metástases locais ou disseminação para estruturas adjacentes, incluindo a base do crânio, cavidade nasal, ossos esfenóides e músculos prévertebrais é frequente, em contraste com a extensão intracraniana, especialmente na ausência de doença primária identificável. O seio cavernoso é um local de risco intermédio de envolvimento por esta neoplasia, com uma taxa de invasão de 17,9%.

Este caso destaca a importância em reconhecer os padrões de extensão local das neoplasias nasofaríngeas e a necessidade de cooperação multidisciplinar.

PO05 DOIS TUMORES FREQUENTES ASSOCIADOS: RELATO DE UM CASO IMPROVÁVEL

Bianca Vaz(1); Rita Nortadas(1); Vitória Cunha(2); Pedro Beirão(1)

(1) Hospital Garcia de Orta

(2) HOSPITAL GARCIA DE ORTA, E.P.E.

Embora os carcinomas do cólon e rim sejam comuns, o seu diagnóstico como neoplasias síncronas é um fenómeno raro, estando, no entanto bem documentado na literatura. É reportado o caso de um homem com 72 anos de idade, com antecedentes pessoais relevantes de alcoolismo crónico, internado no serviço de medicina por trombose da veia porta, sem causa aparentemente justificável. Durante o internamento realizou Tomografia Computorizada Torácica Abdominal e Pélvica que confirmou trombose completa do ramo esquerdo da veia porta e evidenciou a existência de atipia renal esquerda, além de um espessamento da parede do cólon a nível do angulo esplénico. O exame endoscópico ulterior documentou a esse nível a presença de uma lesão estenosante e múltiplos pólipos sésseis no cólon sigmóide e ascendente. Foi submetido posteriormente a colectomia e nefrectomia esquerdas, sendo a histologia das peças operatórias compatíveis com adenocarcinoma do cólon (pT3pN1b) e carcinoma de células renais do tipo células claras (pT1a).

A existência destas duas neoplasias em simultâneo ocorre fundamentalmente em doentes idosos. Pensa-se, actualmente, que a existência de um adenocarcinoma com múltiplos pólipos possa ser um factor de risco para desenvolver segundas neoplasias, sendo necessário ter em conta essa possibilidade durante o processo diagnóstico. Importa também não descorar que a presença de neoplasia (principalmente adenocarcinoma) é um factor de risco para trombose venosa profunda.

PO06 METASTIZAÇÃO IMPROVÁVEL DE CARCINOMA DO PULMÃO

Bianca Vaz(1); Rita Nortadas(1); Vitória Cunha(1); Pedro Beirão(1)

(1) Hospital Garcia de Orta

A metastização para a cavidade oral é um evento bastante infrequente e está associado a doença de crescimento rápido. As metástases correspondem a apenas 1% das lesões orais malignas e as neoplasias primárias mais descritas são: pulmão, mama e órgãos dos tratos genitourinário e gastrointestinal. O osso é duas vezes mais acometido que a mucosa oral, e o tipo histológico predominante é o adenocarcinoma. A primeira manifestação ser a metastização para a língua ocorre em apenas 30% dos casos. Independentemente da incidência de cancro do pulmão ter vindo a aumentar a metastização para a base da língua é uma ocorrência rara, estando apenas 11 casos descritos na literatura. Os autores descrevem o caso de um homem de 51 anos, fumador ativo, que recorre ao serviço de urgência por crise convulsiva inaugural e massa cervical com crescimento progressivo ao longo de uma semana. Exames complementares de diagnóstico realizados durante o internamento demonstraram neoplasia do pulmão de pequenas células com metastização cerebral, bem como lesões vegetantes e ulceradas na base e ponta da língua, respectivamente. Realizou 3 dias de quimioterapia com carboplatina, etopósido e ácido zoledrónico, acabando por falecer 3 dias depois por insuficiência respiratória global.

Os autores apresentam o caso com a finalidade de não desvalorizar lesões que aparentam patologia benigna e que mediante a clínica do doente se faça estudo complementar direccionado.

PO07 UM DESFECHO SURPREENDENTE

Ana Raquel Miranda(1); Bianca Vaz(2); Ana Luísa Broa (1)

(1) HOSPITAL GARCIA DE ORTA, E.P.E.

(2) Hospital Garcia de Orta

Os Gliosarcomas (GS) são tumores altamente malignos e raros do sistema nervoso central (SNC) com diferenciação glial e mesenquimatosa, associados a mau prognóstico. Segundo a classificação de 2007 da OMS são neoplasias grau IV variantes do glioblastoma multiforme (GBM). Representam 2 a 8% dos GBM e 0,48% de todos os tumores intracranianos. Surgem frequentemente em indivíduos do sexo masculino com idade compreendida entre 50 e 60 anos. A apresentação clínica mais frequente são convulsões, défices neurológicos focais e cefaleia, no entanto está dependente da localização e tamanho da massa. Reportamos o caso de um doente do sexo masculino de 55 anos, sem antecedentes patológicos de relevo, que recorre ao serviço de urgência por quadro de 2 meses de evolução de hemiparésia grau 4+ proximal e 4- distal, hipoestesia direita e diminuição na coordenação motora a nível homolateral, tendo sido internado para investigação das queixas descritas. Assim sendo, realizou exames complementares para diagnóstico, entre as quais: Ressonância Magnética Crânio Encefálica (RMCE) que revelou “lesão expansiva intra-axial, única, subcortical, justa-área motora com 32 mm e edema vasogénico perilesional” e Tomografia Computorizada Torácica Pélvica e Abdominal (TCTAP) que não documentou sinais inequívocos de atipia. Foi posteriormente submetido a craniotomia parietal esquerda com exérese da lesão. Decorrente da intervenção cirúrgica, associou-se aos défices prévios afasia de condução, que reverteu progressivamente. Repetiu ulteriormente RMCE, que não revelou lesão residual, tendo sido submetido a excisão completa de lesão. O resultado histológico da peça operatória revelou tratar-se de gliosarcoma grau IV OMS (variante de glioblastoma IDH1 – wildtype), GFAP+, IDH1-, P53+ <5%, ki67+ 10-20%. Foi referenciado à consulta de Neuro-Oncologia e iniciou Radioterapia concomitante com Temozolamida (protocolo de STUPP).

Os GS representam um grupo desafiante de neoplasias do SNC, quer devido à sua raridade e mau prognóstico, quer à experiência relatada em literatura. A evidência da sobrevida e eficácia dos tratamentos também é limitada principalmente pelo mau prognóstico associado a estas entidades (sobrevida de 4 a 11,5 meses), limitando a possibilidade em realizar estudos prospetivos.

PO09 A DOENÇA DO IDOSO NO ADULTO JOVEM

**Bianca Vaz(1); Rita Nortadas(1); Vitória Cunha(1); Pedro Beirão(1);
Ana Raquel Miranda(2)**

(1) Hospital Garcia de Orta

(2) HOSPITAL GARCIA DE ORTA, E.P.E.

O mieloma múltiplo é uma doença maligna clonal das células terminais da diferenciação da linhagem dos linfócitos B. Corresponde a aproximadamente 10% das doenças hematológicas malignas, acometendo na sua grande maioria indivíduos com 70 anos de idade. Casos que afetam doentes em idades mais jovens são raros, sendo que cerca de 2% têm idade inferior a 40 anos.

É reportado o caso de uma doente com 38 anos de idade, sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo que recorre ao serviço de urgência por quadro de agravamento progressivo de dorsolombalgia, gengivorragia durante esse mesmo período e perda ponderal de 4kg uma semana antes. Analiticamente demonstrava anemia (hemoglobina de 7.6g/dL), hipercalcémia (10.1mg/dL) e lesão renal aguda (creatinina de 1.1mg/dL). Por se manter sem alterações ao exame neurológico a hipercalcémia foi corrigida com terapêutica médica (bifosfonatos e pamidronato). Para investigação de instalação rápida foi internada no serviço de Medicina Interna onde realizou vários exames complementares de diagnóstico, entre os quais: radiografia crâneo, que apresentava a aparência típica em “sal e pimenta” característica de mieloma múltiplo, bem como tomografia computadorizada torácica abdominal e pélvica e ressonância magnética total da coluna, que demonstraram envolvimento ósseo osteolítico do cintura pélvica e ossos longos e colapsos somáticos fraturários vertebrais de natureza neoplásica de D6, L2, L4 e L5, bem como extensão do processo neoplásico à região epidural anterior ao nível de L1 e sacro, que condicionavam compressão medular, e aos arcos costais de D9 bilateralmente e D6, à esquerda.

Foi realizado estudo complementar com eletroforese de proteínas séricas, mielograma, biópsia óssea, imunofenotipagem, FISH e cariótipo, que foram consistentes com neoplasia de plasmócitos (com expressão CD138), TP53 negativa IgG lambda Estadio IIIB Durie-Salmon. Em internamento de Hematologia iniciou quimioterapia com protocolo VTD (bortezomib, talidomida e dexametasona), encontrando-se atualmente no terceiro ciclo, com boa tolerância, mantendo, no entanto, dificuldade à mobilização. Apresenta-se este pela sua raridade, visto tratar-se de uma mulher jovem, salientando a importância em não desvolarizar os sintomas nestes doentes, que mesmo não sendo o expectável podem ser tradutores de doença.

PO10 IMPACTO DA RADIOTERAPIA NO TRATAMENTO DO ADENOCARCINOMA LOCALMENTE AVANÇADO DO PÂNCREAS – REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Adriana Sofia Faria Gomes(1); Brígida Costa Ferreira(2)

(1) Escola Superior de Saúde – Politécnico do Porto

(2) I3N, Departamento de Física da Universidade de Aveiro

INTRODUÇÃO

A maioria dos pacientes com cancro do pâncreas possui doença avançada no momento do diagnóstico, não sendo possível realizar ressecção cirúrgica. Doença avançada está associada a baixo controlo local e sobrevida, pelo que a Radioterapia (RT), associada ou não à terapêutica sistémica, pode ser um tratamento alternativo para casos de doença avançada.

Objetivo: Analisar o controlo local e a sobrevida de pacientes com adenocarcinoma do pâncreas localmente avançado com RT ou Radioquimioterapia (RTQT). A revisão tem por base artigos científicos publicados e disponíveis em bases de dados como a PubMed.

Materiais e Métodos: Foi efetuada uma busca da literatura sobre o tema nas bases de dados PubMed e ScienceDirect, usando como palavras-chave: Radiotherapy, Pancreas, Survival, Local control e dose-response. Dos 72 artigos encontrados, foram incluídos nesta revisão 39 artigos que cumpriram com os critérios de inclusão. Os artigos avaliados são referentes a casos de adenocarcinoma localmente avançado, irresecáveis e sem metastização, publicados entre 2004 e 2017.

RESULTADOS

A sobrevida global para doentes tratados com RT isolada variou entre 5,4 e 10,9 meses; enquanto que para RTQT variou entre 11,4 e 14,8 meses. Doentes irradiados com RT Estereotáxica Corporal (SBRT) obtiveram um controlo local que variou entre 57% e 89% e sobrevida global entre 50% e 65%, comparado com RT de Intensidade Modulada (IMRT) que o controlo local variou entre 40% e 64%, e a sobrevida global entre 20 e 34%. Doentes tratados com doses de prescrição entre 30 e 45Gy obtiveram controlo local ao 1 ano de cerca de 50%, enquanto que doentes irradiados com doses de prescrição entre 50 a 60Gy, obtiveram uma probabilidade de controlo local de 83%.

CONCLUSÃO

Tratamentos de RTQT fornecidos com técnicas de SBRT demonstraram resultados superiores relativamente ao controlo local e sobrevida dos pacientes comparativamente a tratamentos de RT isolada e técnicas de IMRT. Para tumores de pâncreas foi observado um efeito de dose-resposta pelo que devem ser desenvolvidas estratégias que permitam um escalamento da dose de prescrição.

PO11 TUMOR DO TESTÍCULO: A EXPERIENCIA DE 5 ANOS DE UM SERVIÇO

**Joana Branco Adrião(1); Angela Dias(1); Marisol Correia(1);
Luisa Xavier(1); Hélder Mansinho(1)**

(1) Hospital Garcia de Orta

INTRODUÇÃO

O tumor do testículo é a neoplasia maligna mais frequente no homem entre os 15 e os 35 anos, contudo é responsável apenas por 1% das neoplasias malignas no homem. Os tumores de células germinativas (TCG) correspondem a 95% dos tumores malignos do testículo. Para efeitos de tratamento e prognóstico dividem-se em duas categorias: seminoma puro e não seminoma, com mais de 70% diagnosticados no estadio I. O tratamento é essencialmente cirúrgico (orquidectomia radical) embora possa ser combinado com quimioterapia e radioterapia. Estes tumores são quimiossensíveis e potencialmente curáveis mesmo na presença de doença metastizada. Nos estadios iniciais a taxa de cura é superior a 95% mas nos estadios mais avançados diminui para menos de 80%.

OBJECTIVOS

Caracterização dos doentes observados com tumores do testículo em termos de tipo histológico, estadiamento, abordagem terapêutica adoptada e sobrevivência aos 5 anos.

MÉTODOS

Estudo retrospectivo e descritivo dos doentes diagnosticados entre 01/01/2012 e 31/12/2017, através da revisão dos respectivos processos clínicos electrónicos. Contabilizaram-se um total de 27 casos, 3 dos quais foram excluídos da amostra por perda de seguimento.

Todos os doentes foram submetidos a orquidectomia radical excepto 1 por doença extensa e irressecável. Quanto à terapêutica complementar adjuvante, 4 doentes realizaram apenas radioterapia sobre as cadeias ganglionares afectadas (30.8%), 9 realizaram quimioterapia (69.2%), 2 não reuniam critérios para adjuvância e 1 recusou. Dos 9 doentes metastizados, 8 realizaram quimioterapia (88.8%), dos quais 3 tiveram necessidade de prosseguir para uma segunda linha terapêutica. O esquema mais utilizado foi o BEP (bleomicina/etoposido/cisplatina). O tempo mediano de sobrevivência livre de doença nos doentes submetidos a terapêutica adjuvante foi de 25 meses e nos doentes metastizados que entraram em remissão foi de 34 meses, com um follow-up mediano de 30 meses (intervalo 3 -67 meses). A taxa de sobrevivência aos 5 anos foi de 100% nos estadios iniciais e de 75% na doença metastizada com os 3 óbitos correspondentes a não seminomas.

CONCLUSÃO

O cancro do testículo é uma neoplasia rara mas com elevada taxa de cura. Têm factores de risco epidemiológicos e patológicos bem estabelecidos e a estratégia terapêutica deve ser definida no seio de uma equipa multidisciplinar. Esta amostra evidencia a experiência de um serviço no tratamento desta patologia e os resultados atingidos em 5 anos.

PO12 CARCINOMA LOBULAR DA MAMA ESTADIO IV COM APRESENTAÇÃO NÃO USUAL E RESPOSTA COMPLETA A TERAPÊUTICA

Lúcia Moreira Gil(1); Ana Cristina Albuquerque(1)

(1) CENTRO HOSPITALAR SETÚBAL, E.P.E.

Envia-se a apresentação de 2 casos clínicos de carcinoma lobular da mama metastáticos com apresentações clínicas diferentes e com resposta clínica completa após utilização de nab-paclitaxel.

Mulher, 52 anos a data do diagnóstico, pré - menopáusicas, uso de ACO durante 32 anos, tendo suspenso um ano antes do diagnóstico. Sem antecedentes pessoais relevantes, negando hábitos tabágicos ou alcoólicos. Na história familiar há a referir prima paterna com diagnóstico de carcinoma da mama.

Diagnóstico em outubro de 2015 de um carcinoma lobular invasivo da mama direita, RH positivo, HER2 negativo, Ki 67 - 25%. Estadio: cT3 N1 M1 (pele com confirmação histológica e pulmão).

Iniciou terapêutica de 1ª linha para doença metastática com FEC100, com resposta clínica parcial inicial, mas verificando-se progressão ao 8º ciclo confirmado por imagem com metastização hepática múltipla.

Como 2ª linha inicia nab-paclitaxel de 3/3 semanas, com boa tolerância clínica (PS 0) e hematológica, completando 17 ciclos, com resposta completa clínica confirmada por imagem.

Encontra-se assintomática, sob letrozole desde setembro de 2017, estando a aguardar novo exame de imagem.

Mulher de 71 anos à data da recidiva, pós-meopausica, sem fatores de risco pessoais ou familiares.

Diagnóstico em Fevereiro de 2002 de um carcinoma lobular da mama, hormonossensível, HER2 negativo, pT3 pN3. Tratado com quimioterapia neoadjuvante com FEC, cirurgia, quimioterapia adjuvante com TE, radioterapia e 5 anos de hormonoterapia com tamoxifeno.

Em março de 2017 é internada pelo SU por intolerância alimentar e perda ponderal de 15 Kg no contexto de neoplasia do piloro pré-oclusiva, cuja biópsia foi compatível com carcinoma lobular da mama, RE positivo, HER2 negativo. Foi realizada gastrojejunosomia de alimentação.

Iniciou quimioterapia de 1ª linha com nab-paclitaxel de 3/3 semanas, com boa tolerância, tendo completado um total de 7 ciclos, com resposta clínica e imagiológica completa.

Encontra-se assintomática, sob hormonoterapia com letrozole.
Estes casos clínicos mostram bem o comportamento atípico observado no carcinoma lobular da mama, e o benefício clínico com o mesmo fármaco utilizado em 1ª ou 2ª linha, com boa tolerância.

PO13 CAPECITABINA E MITOMICINA C – QUANDO PARAR QUIMIOTERAPIA NÃO É UMA OPÇÃO.

**Liliana Castro Oliveira(1); Ana Sofia Rolo(2); Bárbara Freitas Lima(2);
Carolina Carvalho(2); Ilda Faustino(2); Alexandra Teixeira(2);
Camila Coutinho(2)**

(1) Hospital de Guimarães

(2) HOSPITAL SENHORA DA OLIVEIRA - GUIMARÃES

INTRODUÇÃO

Muitos dos doentes com cancro colo-retal metastático (mCCR) mantêm um bom estado funcional após a progressão sob todos os esquemas terapêuticos recomendados. Nestes casos em que as opções terapêuticas aprovadas se esgotam, pode considerar-se o tratamento com capecitabina + mitomicina como um possível esquema de “resgate”.

OBJETIVO

Analisar a resposta ao tratamento com a capecitabina + mitomicina e avaliar a respetiva toxicidade.

MÉTODOS

Análise retrospectiva dos doentes com mCCR tratados com capecitabina e mitomicina como “tratamento de resgate” num período de 5 anos no Serviço de Oncologia do Hospital da Senhora da Oliveira-Guimarães.

Todos os doentes receberam, pelo menos, 2 linhas de quimioterapia prévias com ou sem agentes biológicos.

A mitomicina foi administrada na dose de 7 mg/m² de 42/42 dias em combinação com capecitabina 1000-1250 mg/m² duas vezes dia do dia 1 ao dia 14 de 21/21 dias.

RESULTADOS

Entre janeiro de 2012 e dezembro de 2016, vinte e dois doentes, 12 (54,5%) do género masculino, com idade mediana de 58 anos (24-78 anos) receberam tratamento com capecitabina/mitomicina.

No início do tratamento todos os doentes tinham ECOG performance status (PS) ≤2.

Mais de metade (54,5%) dos casos de mCCR eram do cólon esquerdo, 7 (31,8%) do reto e 3 (13,6%) do cólon direito. A maioria (77,3%) tinha doença RAS mutado.

Treze doentes (59,1%) tinham mCCR ao diagnóstico.

Os locais metastáticos mais frequentemente envolvidos foram o fígado em 20 casos (90,9%), o pulmão em 10 (45,4%) e o peritoneu em 7 (31,8%). Em 8 (36,3%) doentes a metastização acometia apenas 1 órgão.

A duração mediana do tratamento foi de 2,4 meses (0-15 meses). A sobrevivência livre de progressão mediana foi de 2 meses (1,6 – 2,4, CI 95%), variando entre 0 meses e 16 meses. A sobrevivência global (SG) mediana foi de 37 meses (24-49,8 meses, CI 95%). Dos 7 casos em que foi avaliada a resposta imagiológica após 3 meses de tratamento, 2 (28,6%) apresentaram resposta parcial.

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas da SG em relação ao género, número de locais metastáticos, RAS e localização do tumor primário (direito e esquerdo).

Foram identificadas toxicidades relacionadas com o tratamento grau >2 em 22,7% dos doentes. Verificou-se trombocitopenia grau 3 em 3 (13,6%) casos e houve 2 (9%) casos de eritrodisestesia palmo-plantar grau 3.

CONCLUSÕES

Atualmente, com a aprovação de novas drogas mais eficazes para o tratamento em 3ª linha de doentes com mCCR, a utilização deste esquema de quimioterapia torna-se questionável. Atendendo ao modesto benefício clínico, ao perfil de toxicidade favorável e ao baixo custo, esta opção terapêutica pode ser considerada para os doentes com bom estado funcional que já receberam todas as terapêuticas disponíveis e que são ineligiáveis para ensaios clínicos.

PO14 QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE NO TRATAMENTO DE CANCRO DO COLO DO ÚTERO LOCALMENTE AVANÇADO

**Nuno Guerra-Pereira(1); Rita Gameiro(1); Isabel G. Fernandes(1);
Gonçalo Nogueira da Costa(1); João Rato(1); Idilia Pina(1);
Jorge Espirito Santo(1); Ana Teresa Xavier(1)**

(1) Centro Hospitalar Barreiro Montijo

INTRODUÇÃO

O Cancro do Colo do Útero (CCU) é o quarto tumor mais prevalente nas mulheres a nível mundial, sendo por isso um desafio de saúde pública. Desde 2009 que o standard of care no tratamento do CCU localmente avançado é a quimiorradioterapia concomitante (QTRT), baseada em sais de platina. No entanto, o prognóstico destas mulheres é ainda desfavorável, procurando-se por isso encontrar as melhores opções de tratamento. A quimioterapia neoadjuvante (QTna) é uma das opções estudadas em vários centros, com várias publicações na literatura. Apresenta-se neste estudo a análise da utilização de QTna versus QTRT em centro único.

OBJETIVOS

Avaliação da Sobrevivência Global (SG) e Sobrevivência Livre de Progressão (SLP) de doentes com CCU de acordo com a modalidade de tratamento escolhida. Foram comparadas a SG e a SLP em dois grupos de doentes com CCU localmente avançado à data do diagnóstico: um grupo de doentes foi tratado com o protocolo standard de QTRT e o outro grupo com QTna seguida de quimiorradioterapia concomitante.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo observacional, retrospectivo, descritivo e unicêntrico, com amostra casual sistemática correspondendo a todos os doentes seguidos por CCU localmente avançado admitidos num único centro, entre 2005 a 2013. Os doentes foram estratificados segundo a modalidade de tratamento inicial e estadio de doença. Os dados relativos a SG e SLP foram analisados pelos testes de Kaplan Meier e log-rank. O nível de significância estatístico foi assumido para $p < 0.05$.

RESULTADOS

Foram identificados sessenta e nove doentes reunindo os critérios do estudo. Na análise dos resultados obtidos, por estadió, confirmaram-se valores acima dos descritos na literatura, com medianas de SG não atingidas para o estadió II, 49 meses para o estadió III e 16 meses para o estadió IV. Na comparação da modalidade de tratamento QTna/ QTRT vs. QTRT, verificou-se para os doentes em estadió II uma probabilidade cumulativa de sobrevivência aos 60 meses de 100% vs. 82.3% (sem significância estatística, $p= 0.377$), e em estadió III de 37.5% vs. 25% (sem significância estatística, $p= 0.361$). A avaliação da sobrevivência livre de progressão demonstra um benefício com significância estatística ($p= 0.004$) para o grupo tratado com QTna no estadió III (17.3 vs 7.8 meses).

CONCLUSÕES

Os dados de SG e SLP são superiores aos descritos na literatura. Na análise da melhor sequenciação de tratamento, apesar de não existir significância estatística na comparação entre grupos, parece existir uma tendência a favor da adição de quimioterapia neoadjuvante ao tratamento convencional. Não obstante, são necessários ensaios prospetivos e randomizados para confirmação destes resultados.

PALAVRAS-CHAVE

Colo útero, quimioterapia neoadjuvante, quimiorradioterapia.

PO15 PNEUMONITE PRECOCE SECUNDÁRIA AO TRATAMENTO COM CRIZOTINIB - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

**Isa Peixoto(1); Fernando Gonçalves(1); Paula Fidalgo(1);
Noémia Afonso(1); António Araújo(1)**

(1) CENTRO HOSPITALAR PORTO E.P.E.

INTRODUÇÃO

O crizotinib é um Inibidor de Tirosina Cinase (ITC), utilizado no tratamento do carcinoma do pulmão de não pequenas células, na presença de rearranjos do ALK (Anaplastic Lymphoma Kinase). Tem relativamente poucos efeitos laterais, contudo, em cerca de 1,2% dos casos, os doentes podem desenvolver pneumonite, potencialmente fatal. A pneumonite pode ocorrer em qualquer altura, mas a maior parte dos casos descritos na literatura ocorrem após os primeiros 20 dias de tratamento, muitas vezes até após vários meses, sendo a apresentação aguda rara e de pior prognóstico. A dispneia aguda ou subaguda apresenta-se tipicamente posteriormente, mas é rapidamente progressiva e a insuficiência respiratória é comum. A radiografia e a Tomografia Computorizada (TC) do tórax geralmente revelam Opacidades em Vidro Despolido (OVD), apesar destes achados serem inespecíficos e variáveis. A ocorrência precoce da pneumonite foi associada a uma apresentação difusa e rapidamente progressiva das OVD, geralmente fatal apesar da suspensão do fármaco.

OBJETIVOS

Apresentação de um caso clínico sobre pneumonite secundária ao tratamento com crizotinib, sensibilizando para o facto de que esta pode ocorrer precocemente e, nestes casos, estar associada a um pior prognóstico.

MATERIAL E MÉTODOS

Informação clínica obtida através da revisão do processo clínico de uma doente seguida no CHP.

CASO CLÍNICO

Mulher de 60 anos, caucasiana, fumadora de 45 Unidades Maço/Ano, com antecedentes pessoais de artrite reumatoide. Diagnóstico de adenocarcinoma do lobo superior direito do pulmão em setembro de 2017, com metastização ganglionar, óssea difusa, incluindo da calote craniana, hepática difusa, esplênica e pleural. O estudo imuno-histoquímico revelou positividade para rearranjos do ALK. Proposta para tratamento paliativo com o ITC Crizotinib. À admissão, com quadro confusional de instalação recente, com agitação psicomotora, alterações do comportamento e crises focais motoras à esquerda, interpretadas no contexto de provável carcinomatose leptomeníngea. Internada para controlo sintomático e início de terapêutica sistémica. Melhoria inicial do estado neurológico, chegando a apresentar-se apenas com lentificação psicomotora. Desenvolvimento de insuficiência respiratória de novo em D6 de internamento e de tratamento com crizotinib, inicialmente assintomática, apenas com leucocitose e neutrofilia associadas. Suspenso o crizotinib e realizado TC torácico com marcadas OVD generalizadas a todos os segmentos pulmonares, de novo. Rápido e marcado agravamento do estado clínico, com síndrome confusional agudo, insuficiência respiratória grave e dispneia intensa, com necessidade de sedação para conforto, não tendo havido janela de oportunidade para tratamento da pneumonite. Veio a falecer cerca de 48 horas após início do quadro.

CONCLUSÕES

A pneumonite secundária ao tratamento com crizotinib, apesar de rara, é potencialmente fatal, pelo que se devem monitorizar sinais ou sintomas respiratórios que a possam sugerir. Este caso clínico vai de encontro ao descrito na literatura, com a presença de insuficiência respiratória e um aparecimento posterior de dispneia mas rapidamente progressivo, e sensibiliza para o facto de que a pneumonite se pode verificar muito precocemente e que estes casos estão associados a um pior prognóstico, com uma maior e mais rápida disseminação das OVD, com potencial desfecho fatal.

PO16 CARCINOMA ADENOESCAMOSO DO PÂNCREAS - UM CASO CLÍNICO

**José Pereira(1); Filipa Ferreira(1); Ana Massena(1); Leonor Fernandes(1);
Ana João Pissarra(1); Leonor Matos(2); Joana Graça(1); Ana Martins(1)**

(1) S. Oncologia Médica, HSFx, CHLO

(2) CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL E.P.E.

INTRODUÇÃO

O cancro do pâncreas é a oitava causa de morte nos homens e a nona nas mulheres a nível mundial. Em Portugal, estima-se que exista uma incidência de 1000 novos casos por ano.

Os tumores malignos podem ser exócrinos ou endócrinos. A grande maioria dos casos têm a sua origem no pâncreas exócrino (95%) e destes, 95% são adenocarcinomas.

Os carcinomas escamosos do pâncreas, são tumores raros e de mau prognóstico. Estes tumores representam 0.5 a 5% de todas as neoplasias exócrinas, sendo este um subtipo agressivo. A abordagem destes doentes permanece um desafio.

Apresentamos um caso de um homem de 47 anos atualmente em tratamento no nosso serviço de oncologia médica.

OBJETIVOS

Descrição de um caso clínico de carcinoma escamoso do pâncreas.

MATERIAL E MÉTODOS

Revisão bibliográfica e consulta do processo clínico e meios complementares de diagnóstico

RESULTADOS

Descrevemos o caso de um homem de 47 anos, autónomo. Antecedentes pessoais de enfisema pulmonar tabágico. História familiar: mãe com neoplasia da bexiga e pai com neoplasia hepática (não especificada). Hábitos tabágicos marcados com 25UMA.

Em outubro de 2017, o doente inicia quadro de dor abdominal com irradiação ao dorso, obstipação e distensão abdominal que se acompanhou por icterícia, acolia e colúria com 2 semanas de evolução que motivaram ida ao serviço de urgência. Apresentava ainda perda ponderal de 8Kg no espaço de alguns meses. Após avaliação inicial foi admitido quadro de icterícia obstrutiva, sendo internado em serviço de gastroenterologia para estudo.

Nos exames complementares de diagnóstico é revelada massa na cabeça do pâncreas. Ecoendoscopia: massa volumosa hipocogénica heterogénea, com 6cm de maior eixo, com invasão muscular no istmo / cabeça do pâncreas.

Biopsia: positiva para malignidade, sendo compatível com carcinoma adenoescamoso.

Tomografia computadorizada (torácica / abdominal / pélvica): marcado aumento das dimensões do pâncreas em toda a sua extensão com heterogeneidade estrutural na zona de transição do corpo para o pâncreas. Sem plano de clivagem entre a cauda pancreática e a grande curvatura gástrica, não se podendo excluir invasão. Adenopatias lombo-aórticas e da raiz do mesentério, as maiores com 12mm de diâmetro. Dilatação da via biliar principal e das vias biliares intra-hepáticas. Depósitos secundários hepáticos.

Tomografia por emissão de positrões: Lesão maligna pancreática extensa, com metastização hepática múltipla bipolar.

Marcadores séricos: CA19.9=1140 / SCC 23.6.

Foi colocada prótese biliar por colangiopancreatografia retrógrada endoscópica.

Pela presença de metastização foi classificado em estadió IV - cT3/4 (dificuldade na avaliação do tronco celíaco) N1 M1.

Na avaliação do doente em consulta de oncologia médica, o doente apresentava reversão do quadro de icterícia e bom estado geral. Mantinha como principal sintoma dor abdominal difusa, com melhoria após introdução de analgesia. Optou-se por iniciar terapêutica onco-específica sistémica, com FOLFIRINOX, tendo à dada cumprido apenas um ciclo.

CONCLUSÃO

O carcinoma adenoescamoso do pâncreas é uma entidade rara.

A apresentação clínica destes tumores é semelhante ao do adenocarcinoma ductal e inclui dor abdominal e dorsal, anorexia, perda de peso, fadiga e icterícia obstrutiva. Foram também estes os sintomas iniciais apresentados pelo doente.

Os tumores pancreáticos são por norma tumores agressivos. O subtipo carcinoma escamoso do pâncreas apresenta um prognóstico ainda mais reservado. Estes tumores pela sua raridade constituem um desafio na abordagem, pois não existem estudos aprofundados nestes casos.

O doente apresentado constitui assim mais um caso documentado, encontrando-se ainda na fase inicial de tratamento, apresenta, no entanto, um tempo médio de vida escasso.

PO17 TERAPÊUTICA SEQUENCIAL E ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR EM METÁSTASES DE CARCINOMA DO CÓLON: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

**Joana Simões(1); Clara Borges(1); Catarina Fernandes(1);
Margarida Marques(1); Marinho Almeida(1); Margarida Damasceno(1)**

(1) Centro Hospitalar de São João

INTRODUÇÃO

O carcinoma colorrectal (CCR) é actualmente a 4^a causa de mortalidade por cancro. Ao diagnóstico, 20-25% dos casos apresentam-se com metastização e cerca de 50% dos doentes desenvolvem metastização hepática com o decurso da doença. Nos últimos anos, o prognóstico de doentes com CCR metastático (CCRM) melhorou expressivamente devido não só a uma estratégia aperfeiçoada de tratamentos sistémicos de “conversão” (com quimioterapia e agentes-alvo biológicos), como também à combinação de técnicas locais ablativas e ao aumento significativo de doentes encaminhados e submetidos a ressecção cirúrgica. Recentemente, o papel da quimioterapia (QT) intermitente tem ganho importância, assim como o dos agentes biológicos durante os períodos sem tratamento com QT.

OBJETIVOS

Apresentação de um caso clínico de CCRM e abordagem multidisciplinar do mesmo.

MATERIAL E MÉTODOS

Seguimento do doente e revisão do processo clínico e literatura publicada.

RESULTADOS

Apresentamos um homem de 56 anos, fumador, com quadro de dor abdominal que motivou ida ao serviço de urgência, em Junho de 2014, onde realizou TC que mostrou espessamento parietal concêntrico do cólon sigmóide, com 7 cm de extensão e área focal de estenose com 2 cm, suspeita de perfuração contida, vários nódulos hepáticos dispersos (o maior no segmento VII com 62 mm), nódulo de 3 cm na suprarrenal esquerda e nódulo

pulmonar no lobo inferior esquerdo. Por agravamento clínico e analítico (dor abdominal intensa, febre e subida de parâmetros inflamatórios), foi decidida laparotomia exploradora urgente. Realizada ressecção anterior do recto, enterectomia segmentar do delgado (por suspeita de invasão) e colostomia. O resultado anatomopatológico mostrou adenocarcinoma moderadamente diferenciado, com 2 gânglios metastizados em 18, invasões perilinfática, perivascular e perineural, sem invasão do ileo. Estadiamento pT3N1bM1. RAS wild type. Marcadores tumorais (MT) elevados ao diagnóstico (CEA 147 ng/mL e CA 19.9 1132 U/mL). O caso foi apresentado em Reunião de Grupo Oncológico (RGO) de Patologia Colorrectal e foi proposto para QT paliativa. Em Julho de 2014, iniciou tratamento com FOLFOX e Panitumumab. Em TC após 8 ciclos, apresentava resposta parcial. Em Novembro de 2014, foi submetido a metastasectomia hepática (transição II/III). O resultado anatomopatológico mostrou lesão extensamente necrosada (>95%), com representação focal de adenocarcinoma (<5%). Em Março de 2015, em segundo tempo, foi submetido a remoção das lesões hepáticas direitas por hepatectomia parcial. A ecografia intra-operatória não identificou novas lesões. O exame anatomopatológico mostrou resposta mínima à QT. Retomou FOLFOX e Panitumumab e, após completar 12 ciclos, realizou RMN que mostrou estabilidade das lesões hepáticas (2 nódulos), pulmonares e suprarrenal, pelo que ficou em vigilância. Em Setembro de 2015, por subida de MT e lesão hepática de novo, adjacente a área de metastasectomia prévia, iniciou FOLFIRI e Panitumumab, tendo completado 6 ciclos com resposta favorável, pelo que foi submetido a nova cirurgia, não tendo sido possível a excisão da nova lesão hepática por dificuldade na sua identificação. Ficou em vigilância. Em Abril de 2016, MT em crescendo e RMN abdominal mostrou crescimento do nódulo, pelo que reiniciou FOLFIRI e Panitumumab, com excelente resposta após 6 ciclos (diminuição significativa dos MT, desaparecimento da lesão hepática e diminuição das lesões da suprarrenal e pulmonares em RMN). O caso foi discutido em RGO e foi proposta vigilância e, em caso de crescimento da lesão hepática e estabilidade dos restantes achados, ponderação de reintervenção cirúrgica. Em Novembro de 2016, por progressão das lesões pulmonares e hepática, retomou o tratamento prévio que manteve até Março de 2017, com resposta completa das lesões em TC e RMN. Realizou então PET que mostrou hiperfixação na

lesão suprarrenal esquerda e em duas lesões pulmonares (uma no LSD e outra, previamente conhecida, no LIE). Foi, então, proposto e realizou RT estereotáxica das lesões pulmonares. Em Agosto de 2017, retomou FOLFIRI e Panitumumab. Em Outubro de 2017, repetiu PET que mostrou um foco captante no lobo hepático direito, e, em RGO, foi proposto para quimioembolização da lesão que realizou em Dezembro. Em TC de Janeiro de 2018, com progressão e surgimento de novas metástases pulmonares, pelo que retomou tratamento com FOLFIRI e Panitumumab. Conclusão: Os critérios de inclusão de doentes para metastasectomia hepática são ainda pouco definidos. A sua repetição pode ser realizada de forma segura e eficaz, com taxas de sobrevida semelhantes às da ressecção inicial. No que diz respeito ao tratamento oncológico, idealmente deverá ser usado o esquema mais eficaz e pelo menor período de tempo possível, atendendo sempre à toxicidade e à importância da qualidade de vida do doente. Ensaio clínico estão a ser realizados no âmbito do tratamento intermitente ou rechallenge com QT ou agentes biológicos, não sendo ainda claros os fatores preditivos de resposta aos mesmos. Nos últimos anos, o uso de estratégias combinadas de continuum of care, locais ou sistémicas, e a abordagem multidisciplinar destes doentes com CCRm parecem ser a base de uma evidente melhoria de outcome dos mesmos.

PO18 TUMOR DE CÉLULAS GERMINATIVAS RETROPERITONEAL NUM DOENTE TRANSPLANTADO RENAL, UM CASO CLÍNICO

Filipa Ferreira(1); José Pereira(1); Leonor Fernandes(1); Ana João Pissarra(1); Joana Graça(1); Leonor Matos(2); Margarida Miguens(1); Débora Cardoso(1); José Nunes Marques(1); Ana Martins(1)

(1) S. Oncologia Médica, HSFX, CHLO

(2) CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL E.P.E.

INTRODUÇÃO

Os tumores de células germinativas constituem uma neoplasia rara, que afecta maioritariamente homens caucasianos com idade entre os 15 e os 40 anos. São classificados em seminomas e não seminomas, com incidências semelhantes. A maioria surge nos testículos, mas cerca de 5% é extragonadal, surgindo habitualmente em estruturas da linha média (retroperitoneu, mediastino ou cérebro). O termo “burned-out tumour” descreve a entidade rara em que o tumor testicular regride completa e espontaneamente, e que se apresenta sob a forma de metástases. Os marcadores tumorais séricos alfa-fetoproteína (AFP), lactato desidrogenase (LDH) e gonadotrofina coriónica humana (beta-HCG) são usados com valor diagnóstico, prognóstico e na detecção de recidivas.

OBJECTIVOS

Apresentação de um caso clínico de tumor de células germinativas retroperitoneal num doente transplantado renal e discussão da actuação em doentes imunossuprimidos perante a necessidade de iniciar quimioterapia.

MATERIAL E MÉTODOS

Pesquisa de bibliografia e consulta do processo clínico do doente.

RESULTADO

Doente do sexo masculino, de 42 anos de idade, caucasiano. Com diagnóstico de nefropatia IgA comprovado histologicamente, a aguardar transplante renal, mas com necessidade de indução dialítica em Março de 2017 por cateter central. Foi submetido a transplante renal de dador vivo em Junho de 2017, tendo realizado imunossupressão de baixo risco imunológico com Basiliximab, Tacrolimus, Micofenolato de mofetil e Prednisolona. Após o transplante, apresentava clearance de creatinina de 62 mL/min, e estava medicado com Tacrolimus 10 mg/dia, Everolimus 1.25 mg/dia e Prednisolona 5 mg/dia. Durante o seguimento pós-transplante, foi detectado aumento progressivo da LDH, até 1639 U/L, em Setembro de 2017. Neste contexto, foi realizada uma tomografia toraco-abdomino-pélvica que mostrou uma volumosa massa retroperitoneal com cerca de 15x11 cm, que envolvia os grandes vasos abdominais, sem invasões vasculares mas comprimindo a veia cava inferior, compatível com conglomerado adenopático, assim como inúmeras adenopatias supra e infradiafragmáticas. A primeira biópsia foi inconclusiva, revelando metástase ganglionar de neoplasia pouco diferenciada. Foi repetida biópsia, que mostrou tratar-se de neoplasia maligna de células descosadas positivas para PLAP e CD117 e negativas para CD30, beta-HCG, AFP, CD45, CK AE1AE3 e CAM5.2, compatível com tumor de células germinativas - seminoma. Foi feita ecografia testicular que identificou uma região fibrótica considerada um “burned-out tumour”. O doseamento de beta-HCG inicial era de 48.8 U/L e o doseamento de AFP mantinha-se nos parâmetros da normalidade. O doente cumpriu quimioterapia com o protocolo BEP (Bleomicina, Etoposido e Cisplatina) com redução de 40% de dose de Cisplatina e Etoposido. Apesar da redução de dose, registou-se neutropenia febril após o primeiro ciclo, com necessidade de internamento. Não se registaram outras intercorrências durante o tratamento, que terminou recentemente. Analiticamente, apresenta descida da LDH para 158 U/L e da beta-HCG para <0.6 U/L. Aguarda a realização tomografia de reavaliação.

CONCLUSÃO

Com este trabalho os autores destacam não só a apresentação de um caso clínico pouco frequente, de um doente com um tumor de células germinativas retroperitoneal associado a um “burned-out tumour”, mas

CONCLUSÃO

Com este trabalho os autores destacam não só a apresentação de um caso clínico pouco frequente, de um doente com um tumor de células germinativas retroperitoneal associado a um “burned-out tumour”, mas também de um diagnóstico feito numa fase precoce após transplante renal, com o doente sob imunossupressão. Vários estudos revelam que a imunossupressão após a transplantação de órgão está associada a um risco aumentado do aparecimento de várias neoplasias, hematológicas e de órgão sólido, que é cerca de 2 a 4 vezes superior à população em geral. As neoplasias mais comuns são o melanoma, as doenças linfoproliferativas e os tumores no órgão transplantado. Por este motivo, é recomendado um rastreio de neoplasias cuidado no seguimento pós-transplante. Perante a necessidade de iniciar tratamento com quimioterapia, habitualmente é aconselhada a redução da imunossupressão, dado o risco de toxicidade cumulativa. É ainda recomendada a alteração para um regime imunossupressor com inibidor mTOR nos doentes com tumores cutâneos e sarcoma de Kaposi, não havendo ainda evidência segura para aconselhar este ajuste terapêutico em doentes com tumores de órgão sólido. Na revisão da literatura constata-se que na maioria das séries foram necessárias reduções de dose da quimioterapia em mais de metade dos doentes. Uma vez que não existem protocolos de actuação nestes doentes, recomenda-se precaução e vigilância mais apertada de efeitos adversos

PO19 LEIMIOSSARCOMA PRIMARIO DA MAMA: UM CASO RARO

Ana Massena(1); José Pereira(1); Ana Martins(2)

(1) S. Oncologia Médica, HSFX, CHLO

(2) S..Oncologia Médica, HSFX,CHLO Médica

INTRODUCAO

O leimiossarcoma primário da mama é extremamente raro, representa 1% das neoplasias malignas da mama. O diagnóstico preoperatorio é difícil mas extremamente importante para planear a terapêutica.

Objetivos: Descrevemos o caso de uma doente de 84 anos submetida aem 2011 a excisão do mamilo esquerdo e posteriormente com complexo aureolar por leimiossarcoma. A data sem doença loco regional ou a distância. Em Dezembro 2017 apresentou-se com metastizacao hepática, pancreatica, pulmonar, gástrica e peritoneal. Realizou TC toraco-abdomino

MATERIAL E METODOS

Revisao da literatura e consulta do processo clínico.

RESULTADOS

Em Dezembro de 2017 foi internada no serviço de Medicina uma doente de 84 anos para esclarecimento de quadro de dor abdominal com distansao, náuseas, perda ponderal e astenia. Era portadora de uma ecografia abdominal pedida pelo médico de família que mostrava metastizacao hepática multipla.Tinha como antecedentes relevantes leimiossarcoma do mamilo excisado em 2011, HTA, cardiologia hipertensiva, hipoacusia e dislipidemia. Sem habitos alcoolicos ou tabagicos, não referia alergias ou antecedentes familiares oncologicos.

Realizou TC torção-abdomino-pélvico que confirmou metastizacao hepática, 2 nódulos pulmonares, lesão suspeita na cabeça pancreatica e carcinomatose peritoneal. Apresentou episódio de melenas pelo que realizou eendoscopiaEndoscopia alta que revelou úlcera duodenal e lesão sessil no corpo cujo resultado da biópsia foi de metastases de leimiossarcoma. A biopsia e a CAAF realizadas a lesão pancreatica por ecoendoscopia tiveram o mesmo resultado histológico.

Dado a doente apresentar deterioração do estado geral e comorbilidades significativas considerou-se que não tinha indicação para quimioterapia paliativa mas para cuidados paliativos e de suporte que a doente aceitou.

PO20 CANCRO DO CÓLON ESTADIO II E A LOCALIZAÇÃO DO TUMOR PRIMÁRIO

**Ana João Pissarra(1); Mariana Malheiro(2); Leonor Matos(3);
Leonor Fernandes(1); José Pereira(1); Filipa Ferreira(1);
Joana Graça(1); Débora Cardoso(1); Ana Plácido(2); Ana Martins(1)**

(1) S. Oncologia Médica, HSFX, CHLO

(2) Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

(3) CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL E.P.E.

INTRODUÇÃO

O cancro do cólon esquerdo (CCE) e direito (CCD) têm diferentes origens embriológicas, características biológicas e diferem na sua apresentação clínica, pelo que são consideradas duas entidades distintas. O CCD está geralmente associado a pior prognóstico, particularmente em estadios mais avançados, no entanto alguns estudos sugerem que no estadio II tem melhor prognóstico que o CCE. Além da localização, existem outros factores de prognóstico que no estadio II adquirem particular importância por serem determinantes na decisão da utilização de quimioterapia adjuvante (QTA). Um desses factores é a instabilidade microssatélite (MSI), uma característica mais frequente dos tumores localizados à direita, que confere melhor prognóstico e menor sensibilidade à quimioterapia (QT).

OBJECTIVO

Avaliar a importância da localização do tumor primário em doentes com cancro do cólon estadio II em termos de sobrevivência e do impacto da utilização de QTA.

MÉTODOS

Foram avaliados doentes com diagnóstico de cancro do cólon estadio II (AJCC) no período entre 2008 e 2013, submetidos a cirurgia com intuito curativo num serviço de oncologia de um hospital central. Os doentes foram divididos em dois grupos de acordo com a localização do tumor primário CCD e CCE e posteriormente de acordo com a realização ou não de QTA. A sobrevivência global (SG) foi calculada pelo método Kaplan-Meier (SPSS).

RESULTADOS

Foram identificados 248 doentes, 57% dos quais com CCD os restantes com CCE. Ambos os grupos apresentavam características semelhantes quanto à distribuição por género (57% género masculino no grupo CCD e 51% no grupo do CCE) e por idade (idade mediana CCD 74 anos e CCE 73 anos).

No que concerne aos factores de risco, no grupo de doentes com CCD 23,5% tinham pelo menos um factor de risco (51% <12 gânglios, 27% G3, 21% T4). Os doentes com CCE, 32% tinham 1 ou mais factores de risco (41% <12 gânglios, 38% T4, 26% operados em oclusão). A SG no grupo do CCD foi de 77,8M vs 75,6M no grupo do CCE (IC 95%, $p=0,515$).

No grupo do CCD 12% ($n=16$) realizaram QTA, com SG 88,5M vs 75,2M nos doentes sem QTA ($p=0,073$). A sobrevivência aos 5 anos no grupo da adjuvância foi de 87,1% vs 64,2% no grupo sem QTA.

Nos doentes com CCE 16% realizaram terapêutica adjuvante, com SG 80,5M vs 73M ($p=0,210$) no grupo apenas submetido a cirurgia. A sobrevivência aos 5 anos no grupo da adjuvância foi de 80,8% vs 64,6% no grupo sem QTA.

CONCLUSÃO

Neste estudo a localização do tumor primário não teve impacto na sobrevivência. Quanto à utilização de terapêutica adjuvante também não se verificou diferença na sobrevivência dos doentes, independentemente da localização do tumor. Parece no entanto existir um maior benefício a nível de SG nos doentes com CCD que realizaram QTA. Sabendo que o CCD tem maior frequência de MSI, que à partida confere menor sensibilidade à QT, era expectável um menor benefício na QTA nestes doentes. Seria necessário a determinação do MSI para interpretação dos resultados. Estes dados podem ainda ser um viés decorrente do tamanho da amostra de doentes neste subgrupo. Ressalta-se assim a importância da determinação clara dos factores de risco nestes doentes por forma a discernir qual o real impacto da localização tumoral e da QTA na SG.

PO21 CARCINOMA DUCTAL IN SITU DA MAMA COM METASTIZAÇÃO AXILAR

**Leonor Matos(1); Ana João Pissarra(2); Mariana Malheiro(3);
Andreia Coelho(2); José Pereira(2); Filipa Ferreira(2);
Leonor Fernandes(2); Joana Graça(2); Débora Cardoso(2);
Ana Plácido(3); Ana Martins(2)**

(1) CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL E.P.E.

(2) S. Oncologia Médica, HSFX, CHLO

(3) Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

INTRODUÇÃO

A incidência de Carcinoma Ductal in situ (CDIS) aumentou consideravelmente nos últimos anos, com o advento da mamografia de rastreio, representando atualmente 20-30% dos diagnósticos de cancro da mama na população rastreada. O CDIS corresponde, por definição, a uma lesão maligna não invasiva, confinada aos ductos mamários, sem ultrapassar a membrana basal. Mamograficamente, a presença de inúmeras microcalcificações constitui a sua apresentação mais frequente. O tamanho da lesão e o grau nuclear, bem como presença de padrão arquitetural com comedonecrose sugerem presença ou progressão para carcinoma invasivo, que se estima ocorrer em 15-30% dos casos. Em doentes com CDIS puro confirmado, a taxa de metastização ganglionar é extremamente baixa (~1%), pelo que a pesquisa de gânglio sentinela não é recomendada por rotina. A presença de gânglios axilares clinicamente positivos constitui uma das indicações para esvaziamento axilar.

CASO CLÍNICO

Descrevemos o caso de uma doente de 67 anos, sem antecedentes de relevo, que realizou mamografia de rotina em 2015, com deteção de inúmeras calcificações grosseiras na mama direita. Após primeira biópsia eco-guiada negativa para neoplasia, a RMN evidenciou Bi-RADS 6, com conglomerado adenopático axilar ipsilateral e mama esquerda sem revelar qualquer alteração. A ecografia axilar demonstrou uma adenopatia axilar direita com 27mm maior eixo, e nova biópsia revelou carcinoma intra-ductal de alto grau com comedonecrose. A doente foi submetida a tumorectomia com pesquisa de gânglio sentinela e esvaziamento axilar (8/10 gânglios positivos). O resultado anatomopatológico da peça de tumorectomia demonstrou um CDIS com recetores hormonais negativos e

posteriormente submetida a mastectomia, com identificação de lesão de 5mm foco de CDIS alto grau, sem componente invasivo. O estadiamento não revelou evidência de metástases, tendo a doente sido proposta para quimioterapia (QT) adjuvante seguida de radioterapia. A imunohistoquímica (IHQ) dos gânglios axilares feita à posteriori revelou estado HER 2 +, pelo que, após reunião multidisciplinar, a doente iniciou terapêutica com Trastuzumab. Como intercorrência durante o tratamento de QT e anti-HER2, de referir trombose venosa profunda a nível da veia popliteia direita, tendo iniciado Tinzaparina. Dois anos após o diagnóstico, a doente encontra-se sem evidência de recidiva da doença.

DISCUSSÃO

Casos semelhantes ao acima enunciado encontram-se muito raramente descritos na literatura. A presença de invasão axilar num CDIS convida à reflexão acerca da adequação da PGS nestes tumores, em doentes selecionados. De salientar neste caso a orientação terapêutica após IHQ ganglionar HER2 +, com importante impacto no prognóstico da doente.

PO22 FATORES DE PROGNÓSTICO NUTRICIONAIS NO DOENTE ONCOLÓGICO

**Elsa Madureira(1); Sandra Marília Silva(1); Bruno MPM Oliveira(2);
Flora Correia(1)**

(1) CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO E.P.E.

(2) FCNAUP

INTRODUÇÃO

Identificar fatores de prognóstico permite, do ponto de vista da intervenção nutricional, definir estratégias na abordagem do doente oncológico.

OBJETIVO

Determinar a associação entre dados antropométricos, de inflamação, da ingestão nutricional e sintomas com o prognóstico de doentes submetidos a Quimioterapia (QT) e/ou Radioterapia (RT).

MÉTODOS

Estudo prospetivo de 357 doentes oncológicos adultos, avaliados na consulta de Nutrição-Oncologia em dois momentos (início e final dos tratamentos de QT/RT ou 6 meses após início de QT paliativa), entre abril 2012 e janeiro 2014.

Recolheram-se, nos dois momentos, dados antropométricos (peso, estatura, cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), percentagem de perda de peso em 1 mês); dados bioquímicos (albumina e Proteína C reativa (PCR)) a partir dos quais se calculou o índice de Prognóstico de Glasgow modificado (mGPS); sintomas com impacto nutricional através do Questionário de Apetite e Sintomas no Cancro (CASQ) e a ingestão nutricional determinada a partir da ingestão alimentar obtida através do Questionário de Frequência Alimentar (QFA). Os doentes foram questionados sobre alteração da alimentação no mês prévio às avaliações. Calculou-se a variação, entre os dois momentos, dos dados antropométricos, bioquímicos, mGPS, cotação do CASQ e da ingestão energética e nutricional (proteínas, glícidos e lípidos).

Foi avaliada a sua situação (falecido ou não) em setembro 2015. O tempo até ao óbito foi calculado como a diferença, em meses, entre a data do diagnóstico e a do óbito. Foram usadas as curvas de Kaplan-Meier para estudar o efeito dos fatores de risco no tempo de sobrevivência. Os fatores de risco foram incluídos em regressões de Cox para identificar os preditores

independentes do tempo de sobrevivência.

RESULTADOS

A amostra foi constituída maioritariamente por homens, com diagnóstico de cancro colo-retal, estadio avançado da doença, previamente submetidos a cirurgia e em tratamento paliativo. A mediana de idade foi de 62 anos. Destes, 150 doentes faleceram até ao final do estudo. A mediana do tempo até ao óbito foi 8,4 meses.

Os doentes de sexo masculino, os normoponderais, em estadio IV, com ECOG-PS \geq 2, algum grau de inflamação do mGPS, albumina $<$ 38g/L, PCR \geq 10, diagnóstico de cancro esófago-gástrico, hepatobiliopancreático (HBP) ou pulmão, em tratamento paliativo, com cotação do CASQ $>$ 19 e aumento da ingestão energética entre os dois momentos apresentaram maior taxa de mortalidade.

No Modelo 1 da regressão, considerou-se a amostra total no primeiro momento, incluíram-se as variáveis: Diagnóstico, Estadio, Cirurgia, Tratamento, ECOG-PS, Idade, Sexo, Escolaridade, Atividade física, Alteração alimentar em 1 mês, Alteração peso em 1 mês, IMC. O resultado final (N=357) demonstrou que sexo, cirurgia prévia, ECOG-PS, diagnóstico e tratamento são fatores de prognóstico independentes. A taxa de mortalidade ajustada é superior nos homens, doentes não submetidos a cirurgia prévia, com mais elevado ECOG-PS e propostos para tratamento paliativo e neoadjuvante. Comparando com o diagnóstico de colo-retal, os doentes com cancro esófago-gástrico e HBP têm maiores taxas de mortalidade.

No Modelo 2 adicionou-se ao modelo 1 a Ingestão energética, proteica, lipídica e glicídica, mGPS, albumina, PCR e CASQ. Neste modelo (n=272) o resultado final demonstrou que estadio, sexo, tratamento, albumina, CASQ, ingestão de lípidos e diagnóstico são fatores de prognóstico independentes. A taxa de mortalidade é superior nos mesmos diagnósticos e tratamentos e ainda nos estádios mais avançados, nos homens, nos doentes com albumina mais baixa e maior cotação do CASQ.

No Modelo 3 incluíram-se as questões individuais do CASQ (n=281). Dos itens avaliados, a falta de apetite, o humor deprimido e a presença de dor, revelaram ser preditores do prognóstico.

No Modelo 4 partindo do modelo 2 incluiu-se a Alteração da alimentação no 2º momento e a variação entre os dois momentos de: parâmetros antropométricos e de inflamação, CASQ e Ingestão nutricional. O diagnóstico e tratamento, o IMC, a alteração da alimentação no 2º

momento, a PCR e a sua variação entre os 2 momentos revelaram ser fatores preditores do prognóstico. A taxa de mortalidade é superior nos mesmos diagnósticos e tratamentos e nos doentes com mais elevada cotação do CASQ. Comparando com IMC de 20 a 25kg/m², outros valores de IMC têm menor taxa de mortalidade. Os doentes com maior PCR inicial e maior aumento desta durante os tratamentos têm maiores taxas de mortalidade. Comparando com os doentes que não alteraram a sua alimentação no segundo momento, os que alteraram têm mais elevadas taxas de mortalidade, que duplica no caso de terem diminuído.

Conclusões: Antes dos tratamentos de QT/RT, fatores clínicos (diagnóstico, estadio, tratamento e cirurgia), sintomas (CASQ), albumina e PCR, são fatores de prognóstico independentes associados à taxa de mortalidade. Dos sintomas do CASQ, a anorexia, o humor deprimido e a dor são as que melhor preveem a mortalidade. Considerando os dois momentos de avaliação, para além dos parâmetros clínicos (diagnóstico e tratamento), o IMC, a PCR inicial e sua variação e a variação da ingestão alimentar são úteis na previsão da mortalidade.

PO23 BRADICARDIA INDUZIDA PELA CISPLATINA

**Nuno Teixeira Tavares(1); Pedro Chorão(2); Rui Bergantim(2);
Andreia Costa(2); Margarida Damasceno(2)**

(1) Centro Hospitalar de São João, EPE - Serviço de Oncologia Médica

(2) CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO E.P.E.

INTRODUÇÃO

A Cisplatina é um dos agentes citostáticos mais utilizados em Oncologia. Os seus principais efeitos laterais derivam da sua nefrotoxicidade, ototoxicidade, mielotoxicidade, neurotoxicidade e elevado risco de emese. Não sendo classicamente reconhecido como um fármaco cardiotoxíco, nas últimas décadas têm vindo a ser descritos vários eventos cardíacos relacionados com a utilização deste fármaco.

OBJECTIVO

Descrição de caso clínico de doente com bradicardia induzida pela Cisplatina.

CASO CLÍNICO

Doente de 47 anos, sexo masculino, com antecedentes de Hepatite B (transmissão vertical). Diagnóstico de Linfoma Difuso de Grandes Células B em Fevereiro de 2015, Estadio IV-B, International Prognostic Index de alto risco. Realizou tratamento com 6 ciclos de R-CHOP (Rituximab, Ciclofosfamida, Vincristina, Doxorubicina e Prednisolona) seguidos de 3 ciclos de Metotrexato em alta dose com profilaxia do Sistema Nervoso Central, tendo apresentado resposta completa. Submetido a Auto-transplante de Medula Óssea (ATMO) em Fevereiro de 2016 com condicionamento BEAM (Carmustina, Etoposídeo, Citarabina e Melfalano). Diagnóstico de recidiva pós-ATMO em Junho de 2017. O doente foi proposto para Quimioterapia de 2ª linha com protocolo R-ESHAP (Rituximab, Etoposídeo, Metilprednisolona, Citarabina e Cisplatina). No 1º ciclo de R-ESHAP, cerca de 72h após o início da perfusão de Cisplatina, verificou-se a presença de bradicardia sinusal grau 1 CTCAE v4.0 (Frequência cardíaca (FC) 47 bpm). O ECG não revelou alterações relevantes e o intervalo QT corrigido era normal. Clinicamente, o doente encontrava-se assintomático. Analiticamente não existiam distúrbios hidroelectrolíticos significativos. Pela estabilidade clínica, decidiu-se manter vigilância em regime de

PO23 BRADICARDIA INDUZIDA PELA CISPLATINA

**Nuno Teixeira Tavares(1); Pedro Chorão(2); Rui Bergantim(2);
Andreia Costa(2); Margarida Damasceno(2)**

(1) Centro Hospitalar de São João, EPE - Serviço de Oncologia Médica

(2) CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO E.P.E.

INTRODUÇÃO

A Cisplatina é um dos agentes citostáticos mais utilizados em Oncologia. Os seus principais efeitos laterais derivam da sua nefrotoxicidade, ototoxicidade, mielotoxicidade, neurotoxicidade e elevado risco de emese. Não sendo classicamente reconhecido como um fármaco cardiotoxico, nas últimas décadas têm vindo a ser descritos vários eventos cardíacos relacionados com a utilização deste fármaco.

OBJECTIVO

Descrição de caso clínico de doente com bradicardia induzida pela Cisplatina.

CASO CLÍNICO

Doente de 47 anos, sexo masculino, com antecedentes de Hepatite B (transmissão vertical). Diagnóstico de Linfoma Difuso de Grandes Células B em Fevereiro de 2015, Estadio IV-B, International Prognostic Index de alto risco. Realizou tratamento com 6 ciclos de R-CHOP (Rituximab, Ciclofosfamida, Vincristina, Doxorubicina e Prednisolona) seguidos de 3 ciclos de Metotrexato em alta dose com profilaxia do Sistema Nervoso Central, tendo apresentado resposta completa. Submetido a Auto-transplante de Medula Óssea (ATMO) em Fevereiro de 2016 com condicionamento BEAM (Carmustina, Etoposídeo, Citarabina e Melfalano). Diagnóstico de recidiva pós-ATMO em Junho de 2017. O doente foi proposto para Quimioterapia de 2ª linha com protocolo R-ESHAP (Rituximab, Etoposídeo, Metilprednisolona, Citarabina e Cisplatina). No 1º ciclo de R-ESHAP, cerca de 72h após o início da perfusão de Cisplatina, verificou-se a presença de bradicardia sinusal grau 1 CTCAE v4.0 (Frequência cardíaca (FC) 47 bpm). O ECG não revelou alterações relevantes e o intervalo QT corrigido era normal. Clinicamente, o doente encontrava-se assintomático. Analiticamente não existiam distúrbios hidroelectrolíticos significativos. Pela estabilidade clínica, decidiu-se manter vigilância em regime de

enfermaria. O valor de FC mínima registado foi de 41 bpm. Verificou-se estabilidade clínica e evolução favorável dos valores de FC que normalizaram cerca de 48h após término de perfusão de Cisplatina. Dada a descrição na literatura de casos clínicos semelhantes, a relação temporal com a perfusão de Cisplatina e a inexistência de alterações analíticas ou comorbilidades que justificassem o evento, assumiu-se a bradicardia como induzida pela Cisplatina. Nos ciclos subsequentes, verificaram-se novos episódios de bradicardia sinusal assintomática com o mesmo padrão temporal (início cerca de 72h após início de perfusão de Cisplatina e normalização de valores de FC cerca de 48h após término de perfusão de Cisplatina) e de menor gravidade (FC mínima de 50 bpm no 2º ciclo e FC mínima de 49 bpm no 3º ciclo). Nenhum dos episódios despoletou qualquer sintomatologia. O doente completou assim o plano de tratamento proposto e em PET de reavaliação de Novembro de 2017 encontrava-se sem evidência de doença. Mantém-se em vigilância clínica desde então.

CONCLUSÃO E DISCUSSÃO

Este caso clínico descreve uma toxicidade rara associada à Cisplatina, descrita pela primeira vez por Schlaeffer em 1983. Desconhece-se se o mecanismo lesional se deve a toxicidade directa sobre os cardiomiócitos ou se está relacionado com distúrbios hidroelectrolíticos secundários à nefrotoxicidade. Frequentemente, a bradicardia pode passar despercebida uma vez que este fármaco é maioritariamente administrado em regime de ambulatório e sem necessidade de monitorização cardíaca. Os episódios de bradicardia são normalmente assintomáticos e espontaneamente reversíveis (após 24-36h da suspensão da perfusão). O reconhecimento do curso benigno desta toxicidade pode evitar reduções de dose ou suspensões do fármaco, os quais, além de não serem mandatórios, podem implicar um impacto deletério no prognóstico da doença oncológica.

PO24 INGESTÃO NUTRICIONAL E COMPOSIÇÃO CORPORAL EM MULHERES COM PATOLOGIA DA MAMA

Andreia Lima(1); Elsa Madureira(1); Luciana Teixeira(1)

(1) CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO E.P.E.

INTRODUÇÃO

Fatores genéticos, ambientais e relacionados com o estilo de vida, como a alimentação, estão implicados na etiologia do cancro da mama (CM).

OBJETIVO

Avaliar a associação entre a ingestão nutricional, a composição corporal e patologia benigna e maligna da mama.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo caso-controlo no Centro de Patologia da Mama (CPM), do Centro Hospitalar do São João do Porto, EPE, com mulheres com patologia benigna e maligna da mama. Foram recolhidos dados sociodemográficos, clínicos, de estilo de vida, antropométricos e de composição corporal. A ingestão nutricional foi calculada a partir de um questionário de frequência alimentar.

RESULTADOS

Foram avaliadas 36 mulheres, 17 com patologia benigna (controlos) e 19 com CM (casos). As doentes com CM tinham idade média de 56,5 anos e os controlos, 41,8 anos. Os casos apresentaram médias mais elevadas de peso (72,6kg), de índice de massa corporal (28,5kg/m²), de massa livre de gordura (MLG=46,0kg) e de água corporal (33,8kg). Relativamente à ingestão nutricional, os casos apresentaram maior aporte energético (2889kcal), de lípidos (130,5g e 34,1 %VET), de ácidos gordos (AG) saturados (AGS=33,8g e 10,5 %VET), de ácidos gordos monoinsaturados (AGM=50,4g), de ácidos gordos polinsaturados (AGP=16,9g), de ácidos gordos polinsaturados n-3 (13,3g) e pior relação n-3/n-6.

As mulheres na pré-menopausa com CM apresentaram maior idade e percentagem de massa gorda, maior aporte de ácidos gordos saturados (g e %VET) e de ácidos gordos polinsaturados (g) e menor percentagem de massa livre de gordura. Enquanto as doentes na pós- menopausa com CM apresentaram menor aporte de ácidos gordos polinsaturados n-3 (%VET),

pior relação n-3/n-6 e maior aporte de ácidos gordos saturados (g e %VET).

CONCLUSÃO

As doentes com CM são mais velhas, têm mais peso e maior IMC, mais massa livre de gordura e mais água corporal. Fazem uma ingestão energética superior, com maior aporte percentual de lípidos, ácidos gordos saturados, ácidos gordos polinsaturados e ácidos gordos polinsaturados n-6 e pior relação n-3/n-6.

MAJOR SPONSORS



Bristol-Myers Squibb



SPONSOR PLATINA



SPONSORS OURO



SPONSORS PRATA



SPONSORS BRONZE



APOIANTE



PATROCÍNIO CIENTÍFICO



ORGANIZAÇÃO



AGÊNCIA OFICIAL

