

XI

PERSPECTIVAS EM ONCOLOGIA

9-11 fevereiro 2023
Sheraton Porto Hotel

LIVRO DE RESUMOS

Organização

DNA PRIME
SCIENTIFIC EDUCATION

Agência Oficial

factorchave⁹
marketing integrado

Patrocínio Institucional

SERVIÇO ONCOLOGIA MÉDICA



SÃO JOÃO

ÍNDICE

COMUNICAÇÕES ORAIS

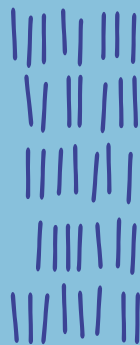
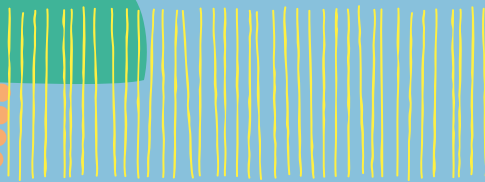
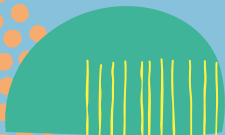
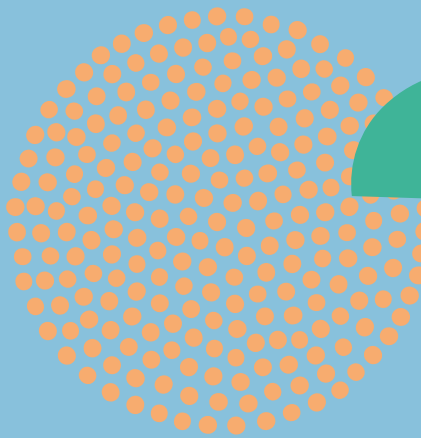
- CO10 DESENVOLVIMENTO DE UM SCORE CLÍNICO PREDITIVO PARA IDENTIFICAÇÃO DE PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE COM NEOPLASIA PULMONAR SUBJACENTE: ESTUDO DE CASO-CONTROLO
- CO11 CARACTERIZAÇÃO NO MUNDO REAL DE DOENTES COM CARCINOMA ESPINOCELULAR DA CABEÇA E PESCOÇO RECORRENTE E/OU METASTÁTICO (R/M HNSCC) APÓS PROGRESSÃO À 1ª LINHA DE TRATAMENTO EM PORTUGAL – ESTUDO TRACE
- CO13 BRAQUITERAPIA EPISCLERAL NO TRATAMENTO DO MELANOMA UVEAL – EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA
- CO23 RADIOQUIMIOTERAPIA RADICAL COM ARCOTERAPIA VOLUMETRICAMENTE MODULADA COM BOOST INTEGRADO SIMULTÂNEO NO TRATAMENTO DO CARCINOMA DA NASOFARINGE – AVALIAÇÃO DE RESULTADOS
- CO31 IDENTIFICAÇÃO DE POTENCIAIS INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS ATRAVÉS DA RECONCILIAÇÃO TERAPÊUTICA SISTEMÁTICA NO DOENTE ONCOLÓGICO SOB ANTINEOPLÁSICOS DE ADMINISTRAÇÃO ORAL
- CO34 IMPACTO DA EXPRESSÃO DE PD-L1 NA RESPOSTA A PEMBROLIZUMAB NO CARCINOMA UROTELIAL: UMA ANÁLISE MULTICÊNTRICA
- CO46 IMPACTO DO ESTADO NUTRICIONAL DOS DOENTES NO CANCRO DE CABEÇA E PESCOÇO NA RESPOSTA AO TRATAMENTO E NA PROGRESSÃO DE DOENÇA
- CO60 AVALIAR O IMPACTO DO STATUS HER2 LOW NA RESPOSTA AOS INIBIDORES CDK4/6 NO CANCRO DA MAMA AVANÇADO - EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO
- CO63 DEFICIÊNCIA DE MISMATCH REPAIR E O IMPACTO PROGNÓSTICO NO CARCINOMA DO OVÁRIO NÃO SEROSO
- CO66 O FUTURO DO CANCRO DA MAMA HER 2+ METASTÁTICO, MELHORANDO O PROGNÓSTICO MANTENDO A QUALIDADE DE VIDA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLINICO

POSTERS

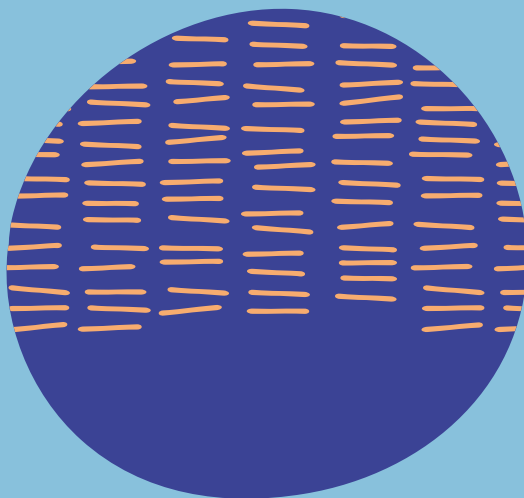
- PO01** PODEM AS FERRAMENTAS ELETRÓNICAS SUBSTITUIR OS TESTES GENÓMICOS NO AUXÍLIO À DECISÃO DE REALIZAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA EM DOENTES COM CANCRO DE MAMA PRECOCE?
- PO02** PREOPERATIVE INTENSIFICATION TREATMENT IN PATIENTS WITH RECTAL ADENOCARCINOMA – A STANDARDIZATION OF CLINICAL PRACTICE
- PO03** MALIGNANT PERIPHERAL NERVE SHEATH TUMORS: A RETROSPECTIVE ANALYSIS OF A RARE SOFT TISSUE SARCOMA
- PO04** INIBIDORES DA CDK 4/6 – ANÁLISE DE POTENCIAIS INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS
- PO05** BREAST CANCER LIGHTHOUSE: CARATERIZAÇÃO DE COORTE MULTICÊNTRICA PORTUGUESA DE DOENTES COM CANCRO DA MAMA AVANÇADO TRATADAS COM RIBOCICLIB
- PO06** CARACTERIZAÇÃO CANCRO DO COLO DO ÚTERO (CCU) LOCALMENTE AVANÇADO (LA) OU PERSISTENTE OU RECORRENTE/METASTÁTICO (R/M) EM PORTUGAL – DESENHO DO ESTUDO TRACCCER
- PO07** NEUTROPENIA FEBRIL EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS: A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO
- PO08** AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE E PERFIL DE SEGURANÇA DO TRASTUZUMAB EMTANSINA
- PO09** E DEPOIS DOS INIBIDORES DAS QUINASES DEPENDENTES DE CICLINAS 4/6?
- PO12** CURETTAGE VERSUS RESECTION SURGERY IN GRADE 1 CHONDROSARCOMAS
- PO14** SARCOMA HISTIOCÍTICO – CASO CLÍNICO E REVISÃO DA LITERATURA
- PO15** SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR - UM DIAGNÓSTICO IMPROVÁVEL
- PO16** DOIS CASOS DE ADENOCARCINOMA DO RETO COM RESPOSTA PATOLÓGICA COMPLETA
- PO17** REMISSÃO COMPLETA EM ADENOCARCINOMA DO CÓLON DIREITO AVANÇADO RAS WILD TYPE TRATADO COM INIBIDOR EGFR

- PO18 TRATAMENTO ADJUVANTE DE DOENTES COM MELANOMA CUTÂNEO LOCALMENTE AVANÇADO - EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO
- PO19 ONCOVID: ANÁLISE DO IMPACTO DA PANDEMIA COVID-19 NO SEGUIMENTO DO CANCRO DA MAMA NO CHUA
- PO20 ABORDAGEM MULTIMODAL DO ADENOCARCINOMA COLO-RECTAL METASTIZADO BRAF MUTADO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLINICO
- PO21 CARCINOMATOSE LEPTOMENÍNGEA EM NEOPLASIA DA PRÓSTATA – CASO CLÍNICO E REVISÃO DE LITERATURA
- PO22 ABORDAGEM TERAPÊUTICA NO CANCRO DA CABEÇA E PESCOÇO: EVIDÊNCIA DE VIDA REAL
- PO24 GLIOMA ASTROCITÁRIO E A PERTINÊNCIA DE UM DIAGNÓSTICO CÉLERE: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- PO25 CONSULTA DE RISCO FAMILIAR - A EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL PERIFÉRICO
- PO27 TORACALGIA COMO APRESENTAÇÃO DE LINFOMA EM IDADE JOVEM
- PO28 INVASÃO HEPÁTICA POR LINFOMA
- PO30 METRORRAGIA PÓS-MENOPAUSA - UM CASO DE METASTIZAÇÃO VAGINAL EM CANCRO DO CÓLON
- PO32 PROSTATE SBRT: AN INSTITUTIONAL REPORT FROM 8 YEARS' EXPERIENCE
- PO33 O DESAFIO DE PALIAR - CANCRO COLORRETAL COM METASTIZAÇÃO UMBILICAL
- PO35 CARCINOMA ESPINOCELULAR DA CONJUNTIVA EM DOENTE COM ANTECEDENTES DE CARCINOMA ESPINOCELULAR DO LÁBIO
- PO36 A INESPECIFICIDADE DOS MARCADORES TUMORAIS – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- PO37 A IMPORTÂNCIA DA GESTÃO MULTIDISCIPLINAR NA PRESENÇA DE MUTAÇÕES DO CDH1: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO DE CARCINOMA DA MAMA
- PO38 DESDIFERENCIAÇÃO NO CANCRO DA PRÓSTATA AGRESSIVO - CASO DE VARIANTE ANAPLÁSICA COM SÍNDROME DE CUSHING
- PO39 TUCATINIB NA METASTIZAÇÃO CEREBRAL DO CANCRO DA MAMA: PODEREMOS PROTETAR RADIOTERAPIA?
- PO40 TUMOR MUTATIONAL BURDEN: QUE FUTURO COMO BIOMARCADOR?

- PO41 QUANDO A ECOGRAFIA REVELA UM TUMOR DE CÉLULAS RARAS: DIGERMINOMA DO OVÁRIO NA MULHER JOVEM
- PO43 LINFOMA GÁSTRICO DO TIPO MALT NO ADULTO JOVEM: A PROPÓSITO DE UM RELATO DE CASO!
- PO45 CANCRO DA MAMA NO HOMEM: DESCRIÇÃO DA CASUÍSTICA DE UM CENTRO
- PO47 ALPELISIB NO CARCINOMA COLO-RECTAL METASTÁTICO COM MUTAÇÃO PIK3CA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- PO48 INIBIDORES DO EGFR NO ADENOCARCINOMA DO PULMÃO: DADOS DE VIDA REAL DO CENTRO HOSPITALAR DE ENTRE DOURO E VOUGA
- PO49 SEQUENCIAÇÃO TERAPÊUTICA NO MELANOMA METASTIZADO COM MUTAÇÃO BRAF
- PO51 RADIOTERAPIA ESTEREOTÁXICA COMO PONTE PARA TRANSPLANTE HEPÁTICO (OU TALVEZ NÃO) - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- PO53 ADENOCARCINOMA DO DUODENO – CASO CLÍNICO DE IMUNOTERAPIA NUMA ENTIDADE RARA
- PO54 EXPERIÊNCIA NO TRATAMENTO ADJUVANTE DE DOENTES COM MELANOMA ESTÁDIO III – DADOS DE VIDA REAL DE UM CENTRO ONCOLÓGICO COMPREENSIVO
- PO55 METASTIZAÇÃO CUTÂNEA NO CARCINOMA DE CÉLULAS CLARAS DO RIM: UM DIAGNÓSTICO IMPROVÁVEL COM IMPLICAÇÕES TERAPÊUTICAS
- PO56 SARCOMA DE KAPOSÍ - QUATRO FORMAS DE APRESENTAÇÃO, UM GRANDE DESAFIO PARA O ONCOLOGISTA
- PO58 DIABETES MELLITUS 1 INDUZIDA POR NIVOLUMAB – UM EVENTO ADVERSO RARO DA IMUNOTERAPIA NO ADENOCARCINOMA DO CARDÍACO
- PO59 ESOPHAGEAL RE-IRRADIATION OF LOCALLY RECURRENT DISEASE: A TALE OF THREE CASES
- PO62 EFICÁCIA DE MUTAÇÕES ACIONÁVEIS EM DOIS DOENTES MUITO DISTINTOS
- PO64 A SILENCIOSA E DIFÍCIL DE TRATAR COMPLICAÇÃO DO TRATAMENTO COM ANTI-EGFR: HIPOMAGNESEMIA



COMUNICAÇÕES ORAIS



CO 10

DESENVOLVIMENTO DE UM SCORE CLÍNICO PREDITIVO PARA IDENTIFICAÇÃO DE PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE COM NEOPLASIA PULMONAR SUBJACENTE: ESTUDO DE CASO-CONTROLO

João Barbosa Martins⁽¹⁾; Joana Mendonça⁽¹⁾; Nuno Carvalho⁽¹⁾; Carolina Carvalho⁽¹⁾; Gustavo Soutinho⁽²⁾; Helena Sarmiento⁽¹⁾; Camila Coutinho⁽¹⁾; Jorge Cotter⁽¹⁾

(1) HOSPITAL SENHORA DA OLIVEIRA - GUIMARÃES

(2) EPIUNIT - INSTITUTO DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DO PORTO (ISPUP)

Introdução: O cancro do pulmão (CP) pode apresentar-se através de um episódio de pneumonia, sendo globalmente aceite que um infiltrado pulmonar pode esconder um CP subjacente. Contudo, esta suspeita diagnóstica depende da experiência pessoal de cada clínico, podendo revelar-se desafiante e virtualmente atrasar o diagnóstico.

Objetivos: Identificar fatores de risco associados à presença de um CP subjacente a uma pneumonia adquirida na comunidade (sCP-PAC) e desenvolver um score discriminativo útil na prática clínica.

Material e métodos: Realizou-se um estudo retrospectivo, do tipo caso-controlo, através de consulta de processos clínicos. Foram incluídos para análise doentes com CP cuja forma de apresentação foi em contexto agudo, com diagnóstico presuntivo de pneumonia adquirida na comunidade (PAC) à apresentação no Serviço de Urgência, entre 2014-2019, na nossa Instituição. Compararam-se características demográficas, clínicas e laboratoriais destes casos com controlos selecionados aleatoriamente (proporção de 2 para 1), sem história de CP, admitidos por PAC, emparelhados por sexo e idade. As variáveis associadas com a presença de um sCP-PAC foram avaliadas por análise univariável, análise de curva ROC e análise multivariável, a partir do qual foi estabelecido um score preditivo.

Resultados: Foram analisados 535 casos de CP e incluídos 43 casos (8.0%) de CP de novo, classificados como PAC à admissão, previamente ao diagnóstico de neoplasia. A análise multivariável revelou seis fatores positivamente relacionados com sCP-PAC quando comparados com PAC, e o odds ratio (OR) de cada um foi utilizado para construção do score: historial de hábitos tabágicos (OR: 8.3 [1.9-36.2]; p=0.005); ausência de febre (6.5 [2.0-21.5]; p=0.002); sangue na expectoração (5.9 [1.2-29.9]; p=0.033); plaquetas $\geq 232 \times 10^3 / \text{uL}$ (5.8 [1.6-20.6]; p=0.006); presumível suspeita clínica, considerada se TAC pedido à admissão (4.6 [1.5-14.7]; p=0.009); e sintomas ≥ 10 dias (3.7 [1.1-13.0]; p=0.037). Na nossa amostra, definindo um cut-off de 18, o score apresentou uma AUC de 0.910 (IC 95%, 0.852-0.967; p<0.001), para discriminação da presença de um sCP-PAC, com uma sensibilidade de 88.1% e especificidade de 84.7%.

Discussão: Apesar de não ser a principal forma de apresentação de CP, a sua presença concomitante com um quadro clínico compatível com PAC pode dificultar, confundir e atrasar o diagnóstico. O score proposto pode constituir uma ferramenta rápida, prática e não invasiva, com valor preditivo elevado, podendo vir a ser usada em contexto agudo, evitando exames e terapêuticas antibióticas desnecessárias, agilizando o diagnóstico.

Conclusões: Sugere-se um score que poderá tornar-se numa ferramenta importante no diagnóstico precoce de sCP-PAC em contexto agudo.

CO 11

CARACTERIZAÇÃO NO MUNDO REAL DE DOENTES COM CARCINOMA ESPINOCELULAR DA CABEÇA E PESCOÇO RECORRENTE E/OU METASTÁTICO (R/M HNSCC) APÓS PROGRESSÃO À 1ª LINHA DE TRATAMENTO EM PORTUGAL – ESTUDO TRACE

Catarina Morais⁽¹⁾; Maria Margarida Teixeira⁽²⁾; João Dias⁽³⁾; Teresa André⁽⁴⁾; Ana Joaquim⁽⁵⁾; Ricardo Fernandes⁽⁶⁾; Joana Magalhães⁽⁷⁾; Laura Marreiros⁽⁸⁾; Leonor Pinto⁽⁹⁾; Leonor Abreu Ribeiro⁽¹⁰⁾; Mafalda Nogueira⁽¹⁾

(1) MSD PORTUGAL

(2) INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA COIMBRA

(3) INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA PORTO

(4) HOSPITAL DR. NÉLIO MENDONÇA - FUNCHAL

(5) CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA DE GAIA / ESPINHO E.P.E.

(6) HOSPITAL DE BRAGA

(7) CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE

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

(9) CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

(10) CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE, E.P.E.

Introdução

O diagnóstico, gestão e monitorização dos doentes com carcinoma espinocelular da cabeça e pescoço recorrente e/ou metastático (R/M HNSCC) são individualizados de acordo com as características do tumor. Ainda assim, o melhor tratamento padrão para estes doentes não é consensual na Europa, incluindo Portugal.

Objetivos

Este estudo teve como objetivo fornecer evidências do mundo real sobre o uso de recursos de saúde (HCRU) por doentes com R/M HNSCC em Portugal, após progressão à primeira linha terapêutica.

Material e Métodos

Estudo retrospectivo, multicêntrico envolvendo doentes com R/M HNSCC inelegíveis para tratamento curativo, diagnosticados entre 1 de junho de 2017 e 31 de dezembro de 2019 e acompanhados por até um ano. Foram recolhidos dados secundários sobre diagnóstico, tratamento, clínicos e HCRU a partir dos registos clínicos eletrónicos hospitalares de 9 centros.

Resultados

Este estudo incluiu 377 doentes com R/M HNSCC, dos quais 303 receberam tratamento de 1ª linha, 92 receberam tratamento de 2ª linha, 16 receberam tratamento de 3ª linha e 2 receberam tratamento de 4ª linha. Na 2ª linha, 53 (58,2%) doentes receberam quimioterapia (67,9% monoterapia; 32,1% em combinação), principalmente paclitaxel (52,8%), carboplatina (24,5%), metotrexato (18,9%) e 5-FU (13,2%), enquanto na 3ª linha, 10 (62,5%) doentes receberam quimioterapia (90,0% monoterapia; 10,0% em combinação) sendo paclitaxel (30,0%), metotrexato (30,0%) e docetaxel (20,0%) os

mais comuns. A imunoterapia anti-PD-1 foi a escolha para 27% e 25% dos doentes na 2ª e 3ª linhas, respetivamente. O cetuximab foi utilizado em 19 doentes, 9 doentes foram submetidos a radioterapia e 2 foram submetidos a cirurgia de excisão, em 2ª linha. Nenhum doente recebeu cetuximab como tratamento de 3ª linha e apenas 1 doente realizou radioterapia e outro foi submetido a cirurgia de dissecação de nódulos linfáticos. O tratamento sistémico iniciou-se $10,3 \pm 14,7$ e $10,9 \pm 16,5$ semanas após o diagnóstico e teve uma duração global média de $11,3 \pm 11,8$ e $8,0 \pm 4,2$ semanas, em 2ª e 3ª linha, respetivamente. Concomitantemente ao tratamento sistémico, em 2ª linha, 80% dos doentes tomaram medicamentos para controlo da doença, sendo analgésicos grau 3 (opióides) (51,5%), antibióticos (35,3%), antieméticos (33,8%), corticosteróides (29,4%) e ansiolíticos (20,6%) os mais comuns, enquanto na 3ª linha, 73,3% doentes estavam sob medicação concomitante, sendo antieméticos (45,4%), analgésico grau 3 (opioides) (36,4%), corticosteróides (27,2%) e ansiolíticos (18,2%) as mais comuns. Predominou o seguimento em ambulatório destes doentes (90,6%; 100%), em consultas de oncologia médica (97,4%; 100%), outras especialidades hospitalares (54,5%; 50,0%) ou com equipa multidisciplinar (44,2%; 35,7%). Necessitaram ainda de consultas de urgência (35,3%; 28,6%) ou internamento (24,7%; 21,4%) e tiveram suporte nutricional (28,2%; 35,7%), tratamento psicológico (11,8%; 7,1%) ou terapia da fala (8,2%; 14,3%) em 2ª e 3ª linha, respetivamente. Em relação à 4ª linha de tratamento, dois doentes receberam quimioterapia com um doente a fazer uso concomitante de antieméticos, corticosteroides e antibióticos, enquanto outro fazia medicação antidepressiva. Um dos doentes realizou 5 consultas de ambulatório, nomeadamente 4 com especialista oncologista e 1 com outros especialistas hospitalares, enquanto o outro doente necessitou de 2 consultas de suporte nutricional. Nenhum dos dois foi hospitalizado, teve consultas de urgência e recebeu tratamento psicológico ou terapia da fala.

Conclusões

Neste estudo, a quimioterapia foi o tratamento mais comum em 2ª e 3ª linhas, seguida da imunoterapia anti-PD-1, com apenas uma pequena proporção de doentes submetidos a radioterapia e cirurgia. Concomitantemente, a maioria dos doentes recorre a terapêutica de suporte para controlo da doença independentemente da linha terapêutica subsequente. A quase totalidade dos doentes teve um seguimento clínico em ambulatório, enquanto suporte nutricional, tratamento psicológico ou terapia da fala foram recursos menos utilizados, embora essenciais para o tratamento e gestão desta patologia de elevada complexidade.

Este estudo fornece a primeira caracterização do mundo real de doentes R/M HNSCC após progressão à primeira linha de tratamento em Portugal, contribuindo para uma melhor compreensão do valor terapêutico das diferentes modalidades de tratamento em contextos de prática clínica.

CO 13

BRAQUITERAPIA EPISCLERAL NO TRATAMENTO DO MELANOMA UVEAL – EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA

Leonor Santos Martins⁽¹⁾; Tomás Cabral Dinis⁽¹⁾; Inês Félix Pinto⁽¹⁾; Bruno Moura Fernandes⁽¹⁾; Diana Correia⁽¹⁾; Sara Couto Gonçalves⁽¹⁾; Tânia Teixeira⁽¹⁾; Paulo César Simões⁽¹⁾; Cristina Fonseca⁽¹⁾; Maria da Luz Cachulo⁽¹⁾; Sara Geada⁽¹⁾; Ana Cleto⁽¹⁾; Rui Proença⁽¹⁾; Margarida Borrego⁽¹⁾

(1) CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

Introdução

O melanoma uveal é a neoplasia ocular primária mais comum em idade adulta e corresponde a cerca de 3-5% de todos os melanomas. Apresenta uma incidência na Europa que varia entre 2 a 8 casos/milhão de habitantes.

Há diversas modalidades terapêuticas disponíveis como enucleação, terapêutica com próteses e braquiterapia episcleral (BTE).

Objetivo

O objetivo do trabalho foi avaliar a resposta ao tratamento dos doentes com melanoma uveal submetidos a BTE, assim como aferir toxicidades do tratamento e sobrevivências, tais como Sobrevivência Global (SG), Sobrevivência livre de Recidiva Local (SLRL) e Sobrevivência livre de Metastização (SLM).

Materiais e Métodos

Foram considerados todos os doentes com diagnóstico de melanoma uveal tratados no nosso hospital, entre novembro de 2013 e dezembro de 2022. No tratamento, foram aplicadas placas com sementes de fotões de baixa energia (I¹²⁵).

A avaliação de resposta ocorreu por ecografia oftálmica e medição da lesão em consultas de seguimento periódicas, onde eram registados os efeitos secundários adjacentes à terapêutica assim como quaisquer outros exames de relevo na evolução da doença. A sobrevivência global (SG), sobrevivência livre de recidiva local (SLRL) e sobrevivência livre de metastização (SLM), assim como as toxicidades foram avaliadas pelo método de Kaplan-Meier e foi considerado erro tipo I de 0.05 para significado estatístico.

Resultados

Um total de 275 doentes com diagnóstico de melanoma uveal foi referenciado ao nosso hospital para tratamento durante o período de novembro de 2013 a dezembro de 2022.

Todos passaram por um processo de decisão terapêutica, sendo decidido de forma individualizada qual a melhor opção terapêutica a implementar. Destes, 22 foram referenciados para radioterapia com feixe de prótons devido à sua dimensão, proximidade da lesão ou envolvimento desta com o nervo ótico, 4 pacientes apresentavam lesões passíveis de excisão local, 29 doentes não tinham critérios de elegibilidade para terapêutica conservadora e necessitaram de enucleação e 1 doente recusou qualquer forma de tratamento. Os restantes 219 casos foram submetidos a BTE. Houve ainda alguns doentes que, por critérios que impossibilitam tratamento (idade avançada, comorbilidades) ou por características da própria lesão (tamanho $\leq 2,5\text{mm}$), ficaram em vigilância, não tendo sido contabilizados na nossa amostra.

Dos que realizaram BTE, apenas 208 foram incluídos na nossa amostra por apresentarem, pelo menos, uma consulta de seguimento após remoção do implante de braquiterapia.

Os doentes apresentavam uma mediana de idade de 62 anos, sendo que eram na sua maioria mulheres (53,6%), com uma predominância no olho direito (53,8%). As neoplasias apresentavam inicialmente um diâmetro mediano de 11,27 mm (3,10 a 18,93mm) e uma espessura mediana de 5,93 mm (1,24 a 12,67mm). Cada doente realizou estadiamento prévio ao procedimento, sendo que 45,2% eram estadio IIA, 35,6% estadio IIB, 15,9% estadio I e ainda 2 doentes (1%) eram estadio IIIB. Nenhum doente apresentava metastização à distância no momento do diagnóstico.

Em relação ao tratamento, este apresentou um tempo mediano de 116 horas, com uma dose prescrita mediana de 86 Gy. As placas de braquiterapia mais usadas foram as ROPES15n (22,6%), seguidas pelas COMS18 que foram utilizadas em 19,3% dos casos. Não se registaram complicações de relevo durante o procedimento de colocação da placa ou no período em que esta esteve implantada.

No que se refere ao seguimento, foi observado um tempo mediano de 35 meses. Durante este período, constatou-se uma redução estatisticamente significativa do diâmetro (2,05mm, $p < 0,001$) e espessura (2,19mm, $p < 0,001$) da lesão, face às medições iniciais.

Em termos de complicações, foram registados 15,3% casos de retinopatia rádica, ao fim de uma mediana de 12 meses após o procedimento, tratadas com anti-VEGF intraocular (mediana de 3 injeções).

Apesar disso, em 5,3% dos casos foi necessário realizar enucleação do olho submetido a BTE por toxicidade do tratamento ou recidiva de doença.

Relativamente às sobrevivências, aos 3 anos, observou-se uma SG de 89,9%, SLRL de 94,7% e uma SLM de 90,4%.

Discussão

O tratamento do melanoma uveal prioriza controlo loco-regional da doença com erradicação da lesão. Quando possível, favorece-se a manutenção do olho com algum grau de visão. A BTE é uma técnica a considerar em tumores oculares por

evitar intervenções mutilantes com preservação de função do órgão e assegurando elevado grau de sucesso terapêutico.

Conclusão

A BTE é um método terapêutico eficaz e com boa tolerância no tratamento do melanoma uveal, permitindo a preservação ocular sem complicações agudas major. Foi constatado uma redução significativa das dimensões lesionais. Um tempo de follow-up maior iria permitir avaliar melhor toxicidades tardias e conferia maior poder estatístico a esta análise.

CO 23

RADIOQUIMIOTERAPIA RADICAL COM ARCOTERAPIA VOLUMETRICAMENTE MODULADA COM BOOST INTEGRADO SIMULTÂNEO NO TRATAMENTO DO CARCINOMA DA NASOFARINGE – AVALIAÇÃO DE RESULTADOS

Tomás Cabral Dinis⁽¹⁾; Leonor Santos Martins⁽¹⁾; Inês Félix Pinto⁽¹⁾; Sara Couto Gonçalves⁽¹⁾; António Silva⁽¹⁾; Tânia Teixeira⁽¹⁾; Ana Cleto⁽¹⁾; Margarida Borrego⁽¹⁾

(1) CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

Introdução:

O carcinoma da nasofaringe (CNF) é um cancro com uma distribuição geográfica específica, sendo incomum na Europa. Dependendo do estadiamento inicial, a radio-terapia (RT) com ou sem quimioterapia concomitante (QTc) de radiosensibilização constitui o tratamento *standard*. Pelas suas características radiobiológicas (α/β elevado), o CNF é sensível a uma dose total de radiação alta, bem como à redução do tempo total de tratamento (OTT). A RT de intensidade modulada (IMRT) demonstrou eficácia na diminuição da toxicidade tardia, pela redução da dose administrada aos órgãos em risco (OAR), com benefícios no controlo locorregional de doença. A VMAT (*volumetric arc therapy*) com utilização de *boost* integrado simultâneo (VMAT-SIB) é uma técnica avançada de IMRT que permite a administração, na mesma fração de tratamento, de diferentes níveis de dose sobre áreas de doença macroscópica ou subclínica, sem prejuízo do OTT.

Objectivos:

Avaliação de resultados, toxicidades e sobrevivências em doentes com CNF que realizaram RT+/-QTc

Material e métodos:

Foram incluídos doentes com CNF avaliados entre 2016 e 2021, para tratamento com intuito radical, de RT com técnica VMAT-SIB, na dose total de 69,96Gy/33fr/6,5semanas (2,12Gy/fr) sobre o tumor primário, com ou sem QTc, com Cisplatina (CDDP) 100mg/m² D1, 22 e 43. Foram avaliadas toxicidades (escala CTCAE v5.0) e sobrevivências (método de Kaplan-Meier). $\alpha=0,05$.

Resultados:

Foram incluídos 21 doentes, 57,1% do sexo masculino, com idade mediana de 56 [19-86] anos, 76,2% com *Karnofsky performance status* 90%. Cerca de metade dos doentes referia hábitos tabágicos (47,6%), etílicos (52,4%) e 14,3% apresentava perda ponderal ao diagnóstico.

Foi estabelecido diagnóstico histológico de carcinoma epidermóide em 81% dos doentes (78,9% do tipo não queratinizante), sendo que em 47,6% se verificou positividade para EBV. A maioria dos doentes apresentava doença localmente avançada (33,3% dos doentes com Estádio IVA e 28,6% Estádio III), realçando-se que 47,6% dos tumores foram classificados como cT1 e 28,6% como cN2.

A mediana do OTT foi de 48 [43-57] dias. Em todos os doentes foi utilizada a técnica de VMAT-SIB, administrando-se uma dose de 69,96Gy sobre o tumor primário e, em 28,6% dos doentes, uma dose de 66Gy sobre adenopatias cervicais volumosas. No mesmo período temporal, foi realizada irradiação ganglionar cervical profilática sobre regiões de elevado risco de doença subclínica, com 59,4Gy e, em 47,6% dos doentes, também sobre as regiões de baixo risco de doença subclínica, com 54,12Gy. Apenas 1 doente não completou tratamento de RT, por toxicidade G3.

Relativamente à realização de QTc, 76,2% dos doentes realizaram tratamento com CDDP. Destes, 75% realizaram os 3 ciclos previstos, tendo 4 doentes realizado apenas 2 ciclos, devido a toxicidade hematológica G3 (2 doentes), perda ponderal G3 (1 doente) e vômitos refratários a terapêutica (1 doente).

As toxicidades agudas mais frequentes foram: radiodermite (71,4% G1-2; 23,8% G3), mucosite oral (57,1% G1-2; 38,1% G3), toxicidade hematológica (G1-2 57,2%; 33,3% G3) e perda ponderal (77,3% G1-2; 4,5% G3). 52,4% dos doentes tiveram náuseas (47,6% G1-2; 4,8% G3), na sua maioria sem vômitos associados. No que diz respeito às toxicidades tardias, as mais frequentes foram xerostomia (G1-2 80%) e disgeusia (G1-2 25%).

Com um seguimento mediano de 30 meses estimaram-se sobrevivências aos 3 anos, verificando-se: sobrevivência livre de doença locorregional (SLDLR) de 68,5%, sobrevivência livre de metastização (SLM) de 90%, sobrevivência livre de doença (SLD) de 59,5%, sobrevivência específica de doença (SED) de 84,7% e sobrevivência global (SG) de 74,5%. Salienta-se que os doentes que realizaram os 3 ciclos previstos de CDDP apresentaram, a 3 anos, SLDLR de 78,6% e SG de 91,7%.

Discussão:

Após análise dos resultados obtidos, a RT+/-QTc mostrou ser um tratamento seguro, associado a toxicidades agudas manejáveis. Verificou-se o cumprimento do esquema previsto de QTc em 75% da amostra, fator com benefício conhecido no controlo de doença e sobrevivência destes doentes.

Relativamente à toxicidade tardia, esta foi maioritariamente de baixo grau, o que poderá estar relacionado com a utilização de técnicas de IMRT/VMAT, com otimização da distribuição da intensidade de radiação administrada ao volume alvo, minimizando a irradiação dos OAR.

Os resultados encontrados foram favoráveis, com taxas de sobrevivência a 3 anos sobreponíveis àqueles reportados na literatura. Será, no entanto, necessário maior tempo de *follow-up* e robustez de amostra para poder aumentar o poder estatístico da análise.

Conclusões:

A RT+/-QTc provou ser uma estratégia curativa com toxicidades aceitáveis e *outcomes* favoráveis. Deverá ser aumentado o tempo de seguimento e amostra para potenciar a acuidade da análise estatística.

CO 31

IDENTIFICAÇÃO DE POTENCIAIS INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS ATRAVÉS DA RECONCILIAÇÃO TERAPÊUTICA SISTEMÁTICA NO DOENTE ONCOLÓGICO SOB ANTINEOPLÁSICOS DE ADMINISTRAÇÃO ORAL

Jorge Rodrigues⁽¹⁾; Catarina Portela⁽¹⁾; Paula Marques⁽¹⁾; Catarina Gomes⁽¹⁾

(1) HOSPITAL DE BRAGA

INTRODUÇÃO: Na população de doentes oncológicos, a presença de potenciais interações medicamentosas é relevante, dada a estreita margem terapêutica e perfil de toxicidade de muitos dos agentes antineoplásicos. Apesar disso, sabemos que na gestão destes doentes, nem sempre existe uma revisão sistemática da terapêutica concomitante, nem uma pesquisa de potenciais interações medicamentosas, por diversos motivos (ex.: falta de tempo na consulta; informação incompleta fornecida pelos doentes quanto à terapêutica habitual; inexistência de uma consulta de reconciliação terapêutica; desconhecimento de plataformas de informação sobre interações medicamentosas, entre outros).

Nos últimos anos, assistimos a um aumento do número de opções terapêuticas antineoplásicas de administração oral, que oferecem uma maior conveniência para os doentes quanto à flexibilidade do local de administração, maior conforto e qualidade de vida. Contudo, é conhecido que doentes a realizar terapêuticas antineoplásicas de administração oral mantêm estes tratamentos durante mais tempo, estando sujeitos a um maior risco de potenciais interações medicamentosas.

OBJETIVOS: Identificação e determinação da frequência de potenciais interações medicamentosas, clinicamente significativas, que possam conduzir a recomendações na terapêutica dos doentes oncológicos, sob tratamento antineoplásico administrado por via oral. Validação do modelo de reconciliação terapêutica enquanto estratégia de pesquisa de potenciais interações medicamentosas e aumento da segurança no tratamento dos doentes oncológicos.

MATERIAL E MÉTODOS: Estudo observacional, prospetivo, de base transversal, unicêntrico, realizado entre julho e dezembro de 2022, sobre uma população de doentes com diagnóstico oncológico, em tratamento com antineoplásicos de administração oral. Os doentes foram referenciados pelo médico assistente para revisão da terapêutica quanto a potenciais interações medicamentosas. Após explicação do projeto ao doente e obtenção do seu consentimento informado, foram revistos todos os medicamentos e realizada uma pesquisa de potenciais interações medicamentosas com a terapêutica antineoplásica (bases de dados Lexicomp Drug Interactions®, Drugs.com, RadBoundUMC-Cancer Drug Interactions Liverpool University; resumo das características do medicamento). Esta análise foi realizada por uma equipa constituída por Oncologistas e Farmacêuticos Hospitalares, sendo enviado um relatório ao médico assistente para a respetiva análise e registo no processo clínico.

Tendo em conta os resultados de estudos retrospectivos, prevemos a emissão de recomendações sobre a terapêutica em 10% dos doentes, nos casos de interações medicamentosas de gravidade major/contraindicação. Assim, assumindo um erro tipo I e um erro absoluto a 5%, seria necessário o recrutamento de 138 doentes.

RESULTADOS: Foram referenciados ao estudo 142 doentes, 61 (43%) do sexo feminino, com uma idade média de 64,0 (DP 11,4) anos. A maioria dos doentes apresentava tumores sólidos, em fase avançada/metastizada (81,7%), sendo o cancro da mama (28,0%) e o cancro da próstata (30,1%) as patologias mais representadas. A mediana do número de substâncias ativas na terapêutica habitual por doente foi de 7 (AIQ 4,8) (mínimo 1, máximo 18). Cerca de 77% dos doentes apresentava cinco ou mais substâncias ativas e 25% dez ou mais substâncias ativas na terapêutica habitual.

Tendo em conta todas as interações medicamentosas encontradas, independentemente da gravidade, 70,4% dos doentes apresentava pelo menos uma potencial interação medicamentosa. Os principais mecanismos de interação foram a indução ou inibição da metabolização, bem como a interferência na absorção. Importa realçar que mais de metade dos doentes (59,2%) apresentava um inibidor da bomba de protões na sua terapêutica habitual, com curso terapêutico longo e nem sempre com uma indicação clara quanto à sua utilização. Estes medicamentos podem condicionar a absorção de alguns medicamentos antineoplásicos, comprometendo a sua efetividade.

Após avaliação de cada interação, 39 (27,5%) doentes apresentavam interações clinicamente significativas [gravidade *major* (26,8%) ou contraindicação (0,7%)]. A frequência de potenciais interações clinicamente significativas ultrapassou o valor previsto para o cálculo amostral do estudo, realçando a importância desta revisão e da disponibilização deste serviço.

Na regressão logística univariável entre a variável dependente "potenciais interações medicamentosas major/contraindicação" e as diferentes variáveis em estudo, destacaram-se a idade (OR 0,94, $p = 0,004$), o sexo (OR 4,93, $p < 0,001$), o número de comorbilidades (OR 0,51, $p = 0,001$), o score de Charlson (OR 0,70, $p = 0,004$) e a presença de inibidores da bomba de protões na terapêutica (OR 2,62, $p = 0,031$) como preditores de potenciais interações clinicamente significativas. Após ajuste através da regressão logística multivariável, apenas o sexo (OR 3,01, $p < 0,001$), o número de comorbilidades (OR 0,51, $p = 0,001$) e a presença de inibidores da bomba de protões na terapêutica (OR 2,99, $p = 0,033$) permaneceram como preditores de potenciais interações clinicamente significativas.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO: Embora as interações medicamentosas sejam uma preocupação na oncologia, raramente é realizada uma revisão sistemática das mesmas na consulta. O presente estudo permitiu validar um serviço de consultoria relativo à pesquisa de potenciais interações medicamentosas clinicamente significativas em oncologia, como ferramenta de apoio à decisão clínica tendo em vista a redução da toxicidade e/ou minimizar o impacto na efetividade dos tratamentos antineoplásicos administrados, através da identificação precoce de potenciais interações medicamentosas.

CO 34

IMPACTO DA EXPRESSÃO DE PD-L1 NA RESPOSTA A PEMBROLIZUMAB NO CARCINOMA UROTELIAL: UMA ANÁLISE MULTICÊNTRICA

Maria Alexandra Montenegro⁽¹⁾; Tânia Duarte⁽²⁾; Francisca Gonçalves⁽¹⁾; Lúcia Moreira Gil⁽¹⁾

(1) CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO LISBOA CENTRAL E.P.E.

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

Introdução: O ensaio de fase III, KEYNOTE-045, demonstrou benefício na sobrevida global (SG), sobrevida livre de progressão (SLP) e resposta objetiva de doentes com carcinoma urotelial localmente avançado irresssecável ou metastático tratados com Pembrolizumab (Pmb) que tiveram progressão de doença após quimioterapia baseada em platinos. Este benefício foi independente do nível de expressão de PD-L1. No entanto, o exato papel da expressão de PD-L1 na eficácia do Pmb é incerto neste contexto.

Objetivos: Avaliação do valor preditivo de resposta e do prognóstico da expressão de PD-L1 em doentes com carcinoma urotelial localmente avançado irresssecável ou metastático tratados com Pmb em 2ª linha.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo multicêntrico de doentes com carcinoma urotelial avançado ou metastático, tratados em 1ª linha com quimioterapia à base de platinos, que após progressão de doença receberam Pmb em 2ª linha, entre janeiro de 2017 e dezembro de 2021 em dois centros terciários. A expressão de PD-L1 foi avaliada na peça tumoral, segundo o algoritmo CPS (*combined positive score*). Os dados foram obtidos através do processo clínico, compilados e analisados em Excel e SPSS. A SLP e a SG foram calculadas de acordo com o Método *Kaplan-Meier*.

Resultados: Foram incluídos 27 doentes com idade mediana ao diagnóstico de 69 anos (51-84), dos quais 74 % (n=20) eram homens e 55 % (n=15) tinham um *Performance Status* (ECOG) de 0. Em 89 % (n=24), o tumor era de alto grau e em 85 % (n=23) estava localizado no trato urinário inferior. Sessenta e seis por cento dos doentes eram metastáticos *ab initio*, dos quais 33 % (n=6) apresentavam metastização ganglionar. Sete doentes (26 %) progrediram sob Pmb em média após 13 ciclos (sd ± 8,84). Em 52 % (n=14) da amostra, o CPS PD-L1 era ≥10. Verificou-se resposta objetiva (resposta completa ou parcial) de 59 % (n=13). O tempo de *follow-up* médio foi de 27 meses (2-94 meses). A **SLP mediana** no subgrupo com CPS PD-L1 ≥10 foi de 12 meses e no subgrupo CPS <10 foi de 5 meses (HR para progressão, 1,48, IC 95 % 0.47-4.66, p>0.05). Apesar de também não ter atingido o significado estatístico, a **SG mediana** no subgrupo CPS PD-L1 ≥10 foi de 36,5 meses, enquanto que no grupo com menor expressão de PD-L1 foi de 14 meses (HR, 2.66; IC 95 %, 0.8-8.8; p>0.05- 0,1). Verificaram-se eventos adversos imunomediados secundários ao Pmb em 5 doentes (19 %), maioritariamente de grau 1 e 2, não se tendo objetivado nenhum óbito relacionado com toxicidade durante o período do estudo.

Discussão: Apesar dos dados não mostrarem significância estatística relativamente a *outcomes* de sobrevivência, aspeto que se pode relacionar com o número reduzido da amostra, verifica-se uma tendência para um ganho de SG e SLP entre os doentes com CPS PD-L1 ≥ 10 comparativamente aos doentes CPS PD-L1 < 10 que fizeram Pmb em 2ª linha.

Conclusões: São necessários estudos prospetivos com amostragem representativa e ensaios clínicos para validar o nível de expressão de PD-L1 como marcador de prognóstico e preditivo de resposta a inibidores de checkpoints imunitários no carcinoma urotelial avançado tratado em 1ª linha com quimioterapia baseada em platinos.

CO 46

IMPACTO DO ESTADO NUTRICIONAL DOS DOENTES NO CANCRO DE CABEÇA E PESCOÇO NA RESPOSTA AO TRATAMENTO E NA PROGRESSÃO DE DOENÇA

Lucy Alves⁽¹⁾; Julio Teixeira⁽¹⁾; Beatriz Gosalbez⁽¹⁾

(1) CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE

Introdução: Os doentes com cancro da cabeça e pescoço, estão em particular risco nutricional pela localização do tumor e pelo tipo de tratamento oncológico. A prevalência da má nutrição associada ao cancro varia desde 25% a 70%. Apesar das suas graves consequências ainda é muitas vezes negligenciada. De acordo com a literatura apenas 1/3 dos doentes com risco de malnutrição recebem apoio de uma equipa de nutrição especializada. A malnutrição é definida como um estado resultante da reduzida ingestão ou absorção de nutrientes que levam a uma alteração na composição corporal. Na malnutrição associada ao cancro, existe um estado inflamatório crónico subjacente que pode evoluir para anorexia, caquexia ou sarcopenia. A sarcopenia é uma doença progressiva generalizada de perda de massa muscular, força e função. Frequentemente encontra-se presente nos doentes oncológicos (independentemente da localização do tumor e muitas vezes presente prévio ao diagnóstico) e associa-se a um pior prognóstico, maior toxicidade aos tratamentos e diminuição da qualidade de vida. A composição corporal através da 3ª vertebra lombar ou 4ª dorsal, aparenta ser um método preciso de avaliação massa muscular.

Métodos: Análises retrospectiva com 78 doentes diagnosticados com cancro de cabeça e pescoço localmente avançado que foram submetidos a quimiorradioterapia entre janeiro 2018 e dezembro 2021. Excluídos os doentes com neoplasia da nasofaringe e estadio IV. A massa muscular foi avaliada através da avaliação da D4 em TC através do software *ImageJ*. A análise estatística foi feita com *IBM SPSS v25*. Toxicidades avaliadas usando *Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCEA v5.0)*.

Resultados: Entre janeiro 2018 e dezembro 2021, 78 foram diagnosticados de novo com Carcinoma Espinocelular localmente avançado e submetidos a quimiorradioterapia. A idade média dos doentes foi 60,8 anos com uma maior frequência do género masculino (89,1%). Em cerca de 71% verificou-se um ECOG PS de 0. Em termos de toxicidades verificadas, a mucosite e a odinofagia/disfagia foram as toxicidades mais verificadas (48,7% e 29,5%, respetivamente), impactando negativamente a ingestão. Apenas 46,2% dos doentes tiveram acompanhamento em consulta de nutrição. Verificou-se que o IMC médio era 21Kg/m²(± 4,1). Apesar deste IMC, 52,5% dos doentes apresentava sarcopenia ao diagnóstico. A sarcopenia associou-se a uma maior taxa de toxicidades (63,4% Vs. 40,5%) e verificou-se uma maior taxa de persistência/progressão de doença (39% Vs 24,3%).

Conclusão: A avaliação da composição corporal por TC (4ª vertebra dorsal ou 3ª vertebra lombar) tem se mostrado cada vez mais importante e precisa na avaliação do estado nutricional. Os doentes oncológicos, particularmente este grupo de doentes pela localização do tumor e agressividade do tratamento, estão em risco de desenvolver sarcopenia durante o curso da doença (muitas vezes já presente ao diagnostico, pelo desenvolvimento de um estado inflamatório crónico). Como vimos nos resultados apresentados, a sarcopenia influencia negativamente a taxa de toxicidades (o que leva ao adiamento e muitas vezes, o não cumprimento do esquema de tratamento) e as taxas de respostas. Deste modo, uma avaliação nutricional precoce e individualiza de todos os doentes com este diagnostico deve ser instituída nas instituições de saúde.

CO 60

AVALIAR O IMPACTO DO STATUS HER2 LOW NA RESPOSTA AOS INIBIDORES CDK4/6 NO CANCRO DA MAMA AVANÇADO - EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Marina Gonçalves⁽¹⁾; Carina M. Teixeira⁽¹⁾; Catarina Lopes de Almeida⁽¹⁾; Marta Baptista Freitas⁽¹⁾; Ana Carmo Valente⁽¹⁾; Mariana J. Costa⁽¹⁾; Nuno Tavares⁽¹⁾; Isabel Sousa⁽¹⁾; Daniela Almeida⁽¹⁾; Isabel Augusto⁽¹⁾; Cláudia Caeiro⁽¹⁾; Miguel Barbosa⁽¹⁾; Sara Meireles⁽¹⁾

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

Introdução

O cancro da mama HER2-*low* (IHC 1+ ou 2+ com SISH negativo) tem sido estudado como um subtipo biologicamente distinto. Até ao momento, o seu papel para definição da estratégia terapêutica ainda é limitado, sendo tratado como HER2 negativo (IHC de 0).

No cancro da mama com receptores hormonais positivos (CMMRHp) e HER2 negativo (IHC 0, 1+, 2+ com SISH negativo) metastizado, o tratamento sistémico de primeira linha, na ausência de crise visceral, são os inibidores de CDK4/6. Apesar da actual investigação da eficácia das terapêuticas anti-HER2 nos tumores HER2-*low*, a associação entre o *status* HER2-*low* e o *outcome* do tratamento com inibidores de CDK4/6 ainda não foi estabelecido.

Objectivos

Avaliar a eficácia dos Inibidores do CDK4/6 tendo em conta o *status* HER2-*low*, no Cancro da Mama metastizado receptores hormonais positivos (CMMRHp).

Material e métodos

Estudo retrospectivo de doentes com CMMRHp em tratamento com Inibidores do CDK4/6, desde 01/01/2017 a 31/12/2021. A análise de sobrevivência foi realizada recorrendo ao método de Kaplan-Meier e ao teste log-rank. O impacto prognóstico foi avaliado recorrendo ao modelo de regressão de Cox.

Resultados

Foram incluídos 137 doentes, todas do sexo feminino, com mediana de idade ao diagnóstico de 52 anos [22-85]. O *status* menopausa foi em 46.7% (n=64) das doentes de pré/peri-menopausa e 53.3% (n=73) de pós-menopausa. Cerca de 35.8% (n=49) estavam metastizadas ao diagnóstico, 10.9% (n=15) metastizaram em menos de 12 meses e 53.3% (n=73) em mais de 12 meses. Sessenta e dois por cento (n=85) apresentavam metastização em 3 ou mais locais. Em relação à expressão de HER2, 65% (n=89)

tinham IHC de 0 e 35% (n=48) IHC 1+ ou 2+ (SISH negativo). Cerca de 65.7% (n=90) fizeram inibidores do CDK4/6 como terapêutica de 1ª linha, enquanto 34.3% (n=47) como linha subsequente. A maioria das doentes iniciou tratamento com palbociclib (59.1%, n=81), 32.1% (n=44) com ribociclib e 8.8% (n=12) com abemaciclib. Utilizaram como tratamento de combinação hormonal inibidores da aromatase não esteróide em 51.1% (n=70) dos casos e fulvestrant em 48.2% (n=66).

Está descrita toxicidade grau 3 em 62.3% (n=84) dos doentes, sendo que a sua maioria foi hematológica com neutropenia (51.8%, n=71). Houve necessidade de adiamento do tratamento em 70.8% (n=97) dos casos e de redução da dose em 34.3% (n=47). Cerca de 62.8% (n=86) apresentaram progressão da doença sob inibidores do CDK4/6. A mediana de follow-up foi de 24 meses (3-143).

Não se verificou um impacto estatisticamente significativo na sobrevivência global e livre de progressão do *status* HER2-*low* nos doentes tratados com inibidores do CDK4/6 no CMMRHp na análise univariada (mediana SLP HER2 0 vs HER2-*low*: 28 meses, IC 95% 21.49-34.51 vs 27 meses, IC 95% 11.87-42.13, p=0,477; mediana SG HER2-0 vs HER2-*low*: 149 meses, IC 95% 67.23-230.77 vs 158 meses, IC 95% 120.08-195.93, p=0,907). O *status* HER2-*low* não foi identificado como factor independente de prognóstico para os *outcomes* estudados (SLP: HR 0.85, IC 95% 0.47-1.54, p=0,587; SG: HR 1.03, IC 95% 0.48-2.23, p=0,931).

Discussão

Na nossa amostra constatou-se que o *status* HER2-*low* não demonstrou ter impacto estatisticamente significativo na eficácia dos inibidores do CDK4/6, em termos de sobrevivência livre de progressão e sobrevivência global. Este resultado sustenta que, até à data, não há dados que demonstrem a necessidade de alteração da linha terapêutica em função da expressão HER2-*low* em doentes com CMMRHp. Porém, é preciso ressaltar que, na nossa análise, só aproximadamente um terço dos casos eram HER2-*low*. São necessários mais estudos, prospectivos e com amostras mais significativas para validar estas conclusões.

CO 63

DEFICIÊNCIA DE MISMATCH REPAIR E O IMPACTO PROGNÓSTICO NO CARCINOMA DO OVÁRIO NÃO SEROSO

Ana Valente⁽¹⁾; Raquel Portugal⁽¹⁾; Isabel Sousa⁽¹⁾; Cláudia Caeiro⁽¹⁾; Isabel Augusto⁽¹⁾; Miguel Barbosa⁽¹⁾

(1) CENTRO HOSPITALAR E UNIVESITÁRIO DE SÃO JOÃO E.P.E.

Introdução: No carcinoma do ovário (CO), a frequência de deficiência de *mismatch repair* (*dMMR*) e o seu impacto no prognóstico não estão ainda estabelecidos. Dados descritos na literatura sugerem, no entanto, uma maior frequência da *dMMR* no CO de subtipo endometrióide e células claras. Também a identificação de *dMMR* e de instabilidade microssatélite (IMS) se associa habitualmente a uma maior probabilidade de resposta a inibidores de *checkpoint* imunológico. Tendo em consideração a baixa taxa de sobrevivência observada em doentes com CO, a determinação de possíveis alvos terapêuticos é de extrema relevância clínica.

Objetivos: O objetivo primário deste estudo consistiu na identificação e caracterização da deficiência de *mismatch repair* nas doentes com carcinoma do ovário endometrióide e de células claras seguidas na nossa instituição, assim como a avaliação do seu impacto prognóstico nesta população.

Material e métodos: Estudo observacional de coorte retrospectivo, unicêntrico, com inclusão das doentes com idade superior ou igual a 18 anos, com diagnóstico de novo de carcinoma do ovário endometrióide ou de células claras, realizado entre 31/12/2021 e 01/01/2010, na nossa instituição. A avaliação da expressão das proteínas de *mismatch repair* foi determinada através de marcação por imunohistoquímica (IHQ) do material biológico conservado em parafina.

Resultados: O estudo incluiu 27 doentes, com idade média de $55,6 \pm 12,9$ anos ao diagnóstico. O diagnóstico de carcinoma do ovário endometrióide e de células claras foi realizado em 16 e 11 doentes, respetivamente. Cerca de 67% das doentes foram diagnosticadas em estadios precoces (FIGO I-II). Deficiência de *MMR* foi identificada em 22% (n=6) das doentes, com perda de expressão das proteínas MSH2/MSH6 em 3 doentes, MLH1/PMS2 em duas doentes e uma doente com perda isolada de MSH6. A idade mediana das doentes com *dMMR* foi de 48,5 anos, comparativamente com 57,6 anos no subgrupo com *pMMR*. Apenas uma doente apresentava história pessoal de cancro. Cerca de 83% das doentes com perda de *MMR* foram diagnosticadas com doença em estadios precoces (I-II) e não foi objetivada até à data de recidiva de doença durante o *follow-up*. A perda de *mismatch repair* nas doentes em estadios I-II parece associar-se a uma melhor sobrevivência livre de recidiva (SLR), contudo esta diferença não apresentou significância estatística ($p=0,133$). Esta tendência de benefício manteve-se também na análise de SG, sem significância estatística ($p=0,101$). A doente diagnosticada em estadios IV apresentou uma SLP de 17 meses e SG de 98 meses, apresentando-se atualmente viva, sem evidência de doença.

Discussão: Segundo os dados apresentados no nosso estudo, numa população de doentes não selecionada, com CO endometrióide e de células claras, a prevalência de *dMMR*, é de cerca de 22%. Contudo, quando avaliamos a prevalência de *dMMR* em cada um dos subtipos histológicos constatamos que é superior nos doentes com CO endometrióide (5/16, 31%), comparativamente aos doentes com CO de células claras (1/11, 9%). Apesar de a população com *dMMR* ter uma média de idade ao diagnóstico inferior comparativamente às doentes com *pMMR*, não foi possível considerar a idade jovem como preditor de deficiência de *MMR* para estas doentes. Não foram também identificadas no estudo outras características clinicopatológicas que se associassem à perda de *MMR*. Apesar do reduzido número de doentes incluído no estudo, a perda de *mismatch repair* parece associar-se a melhores *outcomes* de SLR e SG nas doentes com estadio FIGO I-II, no entanto, esta tendência de benefício não apresentou significância estatística ($p=0,133$ e $p=101$, respetivamente). Apenas uma doente no subgrupo com *dMMR* foi diagnosticada com doença em estadio avançado, pelo que não foi possível avaliar o impacto prognóstico da *dMMR* na população com estadio III-IV.

Conclusão: Assim, a prevalência de *dMMR* na população avaliada parece ser concordante com os dados atualmente descritos na literatura. Persiste, no entanto, a necessidade de estudos adicionais que avaliem o impacto prognóstico que a *dMMR* condiciona nestes doentes. Contudo, numa população de doentes com prognóstico desfavorável e com menor resposta a terapêutica baseada em platinos, a identificação de possíveis biomarcadores preditores de resposta a outros tratamentos, nomeadamente a imunoterapia, poderá ser uma estratégia a considerar no futuro.

CO 66

O FUTURO DO CANCRO DA MAMA HER 2+ METASTÁTICO, MELHORANDO O PROGNÓSTICO MANTENDO A QUALIDADE DE VIDA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLINICO

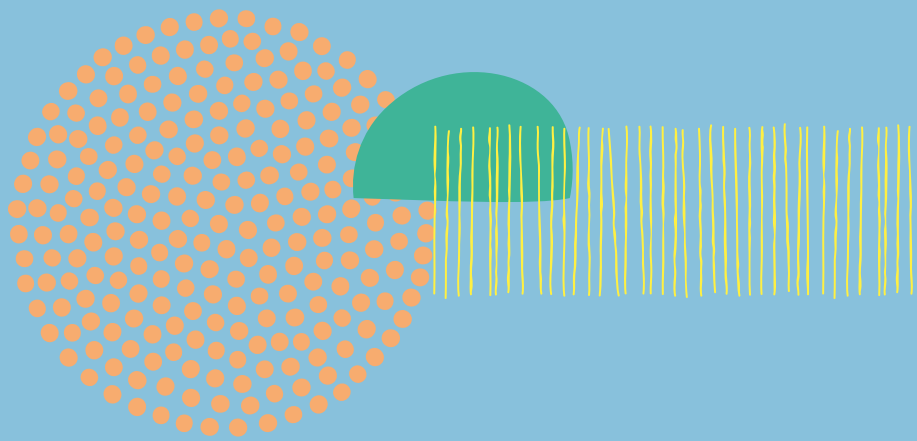
MARIA INES QUEIROGA DUNOES⁽¹⁾; Maria Menezes⁽¹⁾; Maria Baió⁽¹⁾; Alicia Oliveira⁽¹⁾; Francisco Trinca⁽¹⁾; Rui Dinis⁽¹⁾

(1) HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA

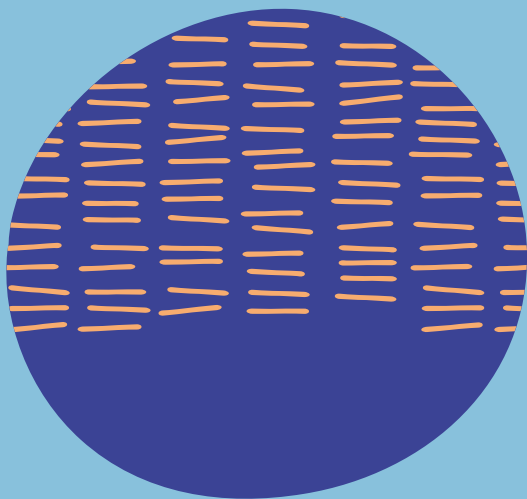
Introdução: A sobreexpressão do recetor do fator de crescimento epidérmico humano tipo 2 (HER2) está presente em cerca de 20% de todos os carcinomas da mama e tem reconhecido valor prognóstico, associando-se a um risco acrescido de recorrência e mortalidade. O desenvolvimento de terapêuticas que bloqueiam o HER 2 é um marco no tratamento do cancro da mama e veio melhorar significativamente o prognóstico e a sobrevivência deste grupo de doentes. Recentemente, o trastuzumab deruxtecan veio revolucionar os resultados de doentes com cancro da mama irrissecável ou metastático HER2 positivo estando neste momento aprovado como terapêutica de terceira linha.

Caso clínico: Mulher de 53 anos, sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes. Foi diagnosticada com carcinoma ductal invasivo (CDI) da mama esquerda HER2 positivo com metastização óssea e realizou nesse contexto quimioterapia (QT) com Cleopatra e denosumab que concluiu em dezembro de 2019. Realizou PET em janeiro de 2020 para avaliação da resposta à QT instituída, tendo mostrado apenas foco hipermetabólico na mama esquerda, com aparente resposta completa nos restantes locais metastáticos. Face a este resultado a doente foi submetida a mastectomia simples bilateral em março de 2020 (CDI G3, R0, ypT2 ypN0(s) e iniciou transtuzumab. Realizou nova PET em agosto que mostrou recidiva ganglionar axilar esquerda pelo que foi acrescentado ao transtuzumab, pertuzumab e denosumab e foi submetida a esvaziamento axilar esquerdo. Realizou nova PET em janeiro de 2021 que demonstrou recidiva ganglionar à esquerda pelo que iniciou em fevereiro segunda linha com transtuzumab emtansine (TDM-1) e radioterapia sobre as cadeias ganglionares axilares e supraclaviculares esquerdas. A PET de controlo de julho demonstrou excelente resposta à terapêutica com diminuição importante dos focos de malignidade identificados no exame anterior e sem novos focos pelo que manteve terapêutica com TDM-1. No entanto, 6 meses depois repetiu PET que revelou metastização pulmonar de novo tendo iniciado terapêutica de terceira linha com trastuzumab deruxtecano em janeiro de 2021. Realizou, em setembro de 2022, nova PET de controlo que evidenciou resolução da lesão pulmonar e hipercaptação ligeira na asa do íliaco esquerdo e diáfise femoral esquerda, incaracterísticas, pelo que foi decidido manter trastuzumab deruxtecano. Neste momento mantém terapêutica tendo já realizado 18 ciclos com boa tolerância, performance status 0 e uma vida ativa.

Conclusão: Nos últimos anos, a descoberta de novas estratégias terapêuticas tem permitido aumentar a sobrevivência livre de progressão, a sobrevivência global e a qualidade de vida das doentes com cancro da mama. Apesar dos tratamentos serem cada vez mais eficazes e melhor tolerados não estão isentos de toxicidades, sendo necessária uma monitorização adequada. O presente caso ilustra uma doente com cancro da mama HER 2+ com metastização óssea ao diagnóstico que contou com diferentes estratégias terapêuticas o que permitiu, apesar das várias recidivas, sobrevivência com qualidade de vida. A doente encontra-se neste momento há 12 meses sob terceira linha com trastuzumab deruxtecan com excelente tolerância.



POSTERS



PO 01

PODEM AS FERRAMENTAS ELETRÓNICAS SUBSTITUIR OS TESTES GENÓMICOS NO AUXÍLIO À DECISÃO DE REALIZAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA EM DOENTES COM CANCRO DE MAMA PRECOCE?

Ana Sofia Mendes⁽¹⁾; Raquel Romão⁽¹⁾; Maria João Ramos⁽¹⁾; Ridhi Ranchor⁽¹⁾; João Coelho⁽¹⁾; Rita Pichel⁽¹⁾; Joana Simões⁽¹⁾; Fernando Gonçalves⁽¹⁾; Glória Ferreira⁽¹⁾; António Araújo⁽¹⁾

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

Introdução: De forma a avaliar o benefício da associação de quimioterapia (QT), em doentes com cancro de mama com alta expressão de receptores hormonais (RH) e *human epidermal growth factor receptor-2* (HER2) negativo, sem metástases à distância, foram desenvolvidos testes genómicos como o OncotypeDX® (ODX). Esses testes são dispendiosos e não têm um resultado imediato. Para contornar essas limitações, existem algumas ferramentas eletrónicas (F.Elec).

Objectivo: Comparar os escores de ODX e F.Elec.

Métodos: Estudo longitudinal retrospectivo de doentes submetidos a ODX, entre 2016 e 2021, em duas instituições hospitalares. F.Elec utilizadas: CTS?, *NHS Breast Cancer Predict* (PREDICT) e *Breast Cancer Recurrence Score Estimator by Johns Hopkins scientist* (BCRS-E). Comparar os resultados obtidos com as pontuações ODX. Diferença estatisticamente: $p < 0,05$.

Resultados: Avaliadas 73 mulheres, idade mediana de 49 anos e bom estado geral. A demora na obtenção do resultado da ODX foi em média de 30 dias. A BCRS-E foi a única F.Elec com relação estatisticamente significativa ($\rho = 0,586$, $p < 0,01$) e apresentou a melhor correlação linear ($R^2 = 0,343$). De acordo com as curvas ROC, em doentes com baixo risco, o CTS? foi o mais satisfatório (AUC=0,578, $p = 0,070$), com valor de *cut-off* de 1,55 (sensibilidade: 95,6%; especificidade: 96,4 %). Quanto aos doentes de risco intermediário, o PREDICT foi o mais satisfatório, mas sem um valor de *cut-off* a valorizar. Nos doentes de alto risco, o mais satisfatório foi o BCRS-E (AUC=0,853, $p < 0,01$); com valor de *cut-off* de 1,15% (sensibilidade: 100%; especificidade: 85,7%).

Conclusão: Ao comparar os scores do ODX com as F.Elec, apenas o teste BCRS-E foi estatisticamente significativo e apresentou a melhor correlação linear. Foi também o teste mais satisfatório na identificação de doentes de alto risco, com valor de corte de 1,15% (sensibilidade: 100%; especificidade: 85,7%).

PO 02

PREOPERATIVE INTENSIFICATION TREATMENT IN PATIENTS WITH RECTAL ADENOCARCINOMA – A STANDARDIZATION OF CLINICAL PRACTICE

Luisa Leal Costa⁽¹⁾; Diana Silva⁽¹⁾; Carlota Baptista⁽¹⁾; Rita Bizarro⁽¹⁾; Madalena Machete⁽¹⁾; Pedro Simões⁽¹⁾; Ana Faria⁽¹⁾; José Alberto Teixeira⁽¹⁾

(1) HOSPITAL BEATRIZ ANGELO

INTRODUCTION: Neoadjuvant radiotherapy with concurrent fluoropyrimidines followed by surgery is considered the standard-of-care in locally advanced rectal cancer (LARC). Neoadjuvant chemo-radiotherapy (CRT) is associated with a pathological complete response (pCR) rate of 11-18%. Intensification of neoadjuvant treatment can lead to higher rates of tumor resectability and pCR, although the best therapeutic sequence is unknown.

OBJECTIVE: to evaluate clinical response after 10 weeks of intensification treatment and compare it with historical data.

MATERIALS AND METHODS: This is a prospective, single arm study which aims to standardize institutional clinical practice in accordance with international recommendations. Patients with LARC received neoadjuvant intensive treatment with concurrent CRT followed by 12 weeks of consolidation chemotherapy (ChT) with CAPOX or mFOLFOX6. Clinical response was accessed by magnetic resonance imaging (MRI) at 10 weeks, 14 weeks, and 18 weeks. If complete clinical response (cCR) was obtained, a *watch-and-wait* (W&W) strategy was offered; otherwise, surgery was performed. The primary endpoint was to evaluate clinical response rate after 10 weeks of intensification treatment, and its comparison with historical data. Key secondary endpoints included clinical response rate at 14 and 18 weeks, rate of patients who enter W&W strategy, rate of pCR in patients who undergo surgery, recurrence free survival (RFS), overall survival (OS), and rate of adverse effects. We present efficacy and safety preliminary results one year from the start of the study.

RESULTS: From august/2021 to august/2022, a total of 11 patients with LARC were considered eligible and gave written informed consent to participate in this study. Of these, only six had undergone treatment and the 10 week MRI.

The median age was 69.5 years old (range, 57-71), three patients were male and all had ECOG-PS 0. All tumours were adenocarcinomas; three were primarily located in low-rectum, two in middle-rectum and one in high-rectum.

At diagnosis, two patients were cT2, three cT3 and one cT4; two patients were cN0, three cN1 and one cN2; and two patients were EMVI+ and one was MRF+. The median of CEA at diagnosis was 2.6U/mL (range, 0-23.2).

In addition to CRT and prior to first MRI, four patients were treated with consolidation ChT with CAPOX and two patients with mFOLFOX6. The median time between the end of CRT and the first MRI was 9.8 weeks (range, 9.1-14.1), which corresponded to a mean of 3 (range, 2-4) cycles of CAPOX and 6 cycles of mFOLFOX6.

The most common grade ³ AEs were neutropenia (2), nausea (1), and diarrhoea (1). Other referred grade <3 AEs were anaemia (3), asthenia (2), thrombocytopenia (1), hepatotoxicity (1), and neurotoxicity (1). There were no dose-limiting toxicities and therefore no patient discontinued treatment; two patients had ChT dose reduction due to AEs (neutropenia and diarrhoea).

At the time of the first MRI (10 weeks after the end of CRT), the median CEA was 2.5U/mL (range, 1.1-3.7). The first MRI showed a TRG2 in three patients, TRG3 in two patients and TRG4 in one patient.

Patients with TRG2 repeated the second MRI at 14 weeks: two had a TRG1 and are in the W&W surveillance protocol; the third maintained TRG2, and is awaiting the third MRI at 18 weeks. Of the two patients with TRG3: one (middle-rectum, cT3N1, EMVI+/FMR-) has already been operated and the surgical specimen showed a ypT3N1 with ypTRG2, and the second (low-rectum, cT3bN1 EMVI-/MRF-) is currently awaiting surgery. The patient with TRG4 (high-rectum, cT4bN0 EMVI+/MRF+), underwent surgery and the surgical specimen showed ypTON0 with ypTRG0. Until now, with a median time of follow-up of 8.5 months, no patients had tumour progression and no patients died.

DISCUSSION: Our study standardizes a TNT approach in patients with LARC and evaluates its cCR rates. Patients who achieved cCR or near-complete response were offered a W&W strategy and patients with incomplete response underwent TME. Two patients (33%) with a near complete response on first assessment at 10 weeks had a complete response after a 4 week delay and were candidates for organ preservation, which is consistent with data from clinical trials and suggests delaying surgery in good responders is feasible and effective.

Despite having a 33% organ preservation rate, one patient who underwent TME had a pCR, which amounts to 50% of both clinical and pathological complete responders within our study population. The chosen strategy of long course conventional CRT followed by consolidation ChT, as suggested by the OPRA trial, might lead to higher response rates and should be the preferred regimen for organ preservation. TNT regimens including SCRT, such as the RAPIDO and STELLAR trials, might be more appropriate for \geq T3 high risk tumours for which survival benefit is the goal.

To date, it is not possible to state impact on OS and RFS in our population compared to historical data.

CONCLUSION: These preliminary results suggests tolerability and feasibility of a neoadjuvant intensification treatment in patients with LARC.

PO 03

MALIGNANT PERIPHERAL NERVE SHEATH TUMORS: A RETROSPECTIVE ANALYSIS OF A RARE SOFT TISSUE SARCOMA

Ridhi Ranchor⁽¹⁾; Raquel Romão⁽¹⁾; Ana Sofia Mendes⁽¹⁾; Maria João Ramos⁽¹⁾; Rita Pichel⁽¹⁾; João Coelho⁽¹⁾; Laura Pratas Guerra⁽¹⁾; Eugénia Rosendo⁽¹⁾; Manuel Magalhães⁽¹⁾; António Araújo⁽¹⁾

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

Background: Malignant peripheral nerve sheath tumors (MPNST) are rare soft tissue sarcomas (STS), occurring at an incidence of 0.001% of all population. The prognosis of this cancer remains dismal, with tumors exhibiting an aggressive behavior, high recurrence rate and propensity to metastasize. Due to their rarity, current knowledge on the disease is limited.

Objectives: The aim of this study was to assess clinicopathological characteristics, oncological outcomes and prognostic factors of patients with the diagnosis of MPNST.

Material and Methods: We conducted a retrospective study on adult patients with diagnosis of MPNST confirmed histologically at "Centro Hospitalar Universitário do Porto", between 2014 and 2021. Data were obtained from medical records. Progression-free survival (PFS) and overall survival (OS) were analyzed by the Kaplan-Meier method. Cox regression was used to explore predictors of mortality.

Results: 12 patients with MPNST were enrolled. 58% (n=7) were men and the median age was 45 years (28-60). 83% (n=10) presented an ECOG-PS of 0 or 1. 25% (n=3) presented with neurofibromatosis type 1 (NF1). All patients had a symptomatic presentation (50% swelling, 8% pain and 42% both). Extremity localization was the most common (n=11, 92%), the majority of cases located at thigh (n=6, 55%). At diagnosis 17% (n=2) were at stage I, 66% (n=8) at stage III and 17% (n=2) at stage IV (lung was the most common site of spread). Initial treatment consisted of surgery for all patients, with R0 resection in 83% (n=10); 50% (n=6) also received adjuvant radiotherapy and the 2 patients at stage IV received chemotherapy following surgery (1 doxorubicin and 1 MAI protocol). 50% (n=6) of patients had the first recurrence: of these, 17% (n=1) received best supportive care, 33% (n=2) surgery followed by pazopanib, 33% (n=2) doxorubicin and 17% (n=1) doxorubicin plus olaratumab. 1 patient developed second and third progressions, but maintained pazopanib. Median PFS was 7 months and 1-year PFS was 67%. 42% of patients (n=5) died; median OS was 10 months and 1-year OS was 75%. Tumors with a negative S-100 staining had worse mortality rate (S-100 negative: 58%; vs. S-100 positive: 42%; HR=4.23; CI 1.008-23.090, p=0.001).

Discussion: S-100 staining was the unique predictor of mortality found in this study. However, Ki-67 index and the type of surgical resection have also been reported as prognostic factors in literature. The authors emphasize that these 2 factors did not

meet the significance in this study, but this is probably explained by the small size of sample. Regarding the presence of NF1 concomitant with MPNST, there is conflicting data and here we did not verify statistical significance.

Conclusion: In this analysis 1-year PFS and OS were 67% and 75%, respectively. S-100 staining was the unique predictor of mortality among MPNST's patients. By providing real-world evidence, this study allows to refine the management of MPNST, through an improvement on knowledge of patients' characteristics and prognostic factors.

PO 04

INIBIDORES DA CDK 4/6 – ANÁLISE DE POTENCIAIS INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

Maria João Ribeiro Teixeira⁽¹⁾; Vera Pires⁽¹⁾; Rute Varela⁽¹⁾

(1) INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA LISBOA

INTRODUÇÃO

Os inibidores de quinase dependente de ciclina (iCDK) 4/6, o palbociclib (P), o ribociclib (R) e o abemaciclib (A), são atualmente o padrão no tratamento no cancro da mama localmente avançado ou metastático positivo para recetores hormonais (HR+) e negativo para o recetor tipo 2 do fator de crescimento epidérmico humano (HER2-). [1]

O uso concomitante de medicamentos e o potencial para interações medicamentosas são cada vez mais relevantes em oncologia e nestes doentes, com tratamentos cada vez mais prolongados e várias comorbilidades associadas. Estas condições podem conduzir reduções/descontinuações de dose e por conseguinte a um tratamento sub-ótimo. [2] Assim, a revisão da medicação do doente e a pesquisa de interações assume grande importância para a segurança e eficácia do tratamento, podendo o Farmacêutico Hospitalar, com o seu conhecimento do medicamento, contribuir para a mitigação deste risco.

OBJETIVOS

Analisar potenciais interações medicamentosas destes fármacos com a medicação habitual e, definir procedimentos para evitar e mitigar possíveis interações medicamentosas em doentes da nossa Instituição.

MATERIAL E MÉTODOS

Incluímos todos os doentes adultos com cancro da mama localmente avançado ou metastático HR+/HER2- a realizar iCDK 4/6, durante julho e agosto de 2022, identificados através do programa informático de prescrição e, procedemos à consulta dos processos clínicos (dados demográficos e medicação concomitante). As interações foram identificadas e classificadas através da plataforma informática *Radbound UMC Liverpool University*.

RESULTADOS

Identificamos 125 mulheres: 51 (40,8%) R, 69 (55,2%) P e 5 (4%) A, com idade média 62,4 anos (34- 86 anos). Verificamos que 46 (36,8%) eram polimedicados (≥ 5 medicamentos), média de número de medicamentos foi de 4,1 (0;17). Apenas 10 (8%) não faziam medicação concomitante. Registamos 403 interações: 96 (23,8%) interações de baixo potencial (p.ex: zolpidem, amlodipina, loperamida), 266 (66%) interações não esperadas (p. ex: bisacodilo, peridonpril, indapamida), 37 (9,2%) potenciais interações (p. ex: esomeprazol, tranmadol, mirtazapina) e, 4 (1%) interações (3 ribociclib e 1 palbociclib) em que não deve haver coadministração de fármacos (ondasetrom, tra-

zodona, carbamezepina e escitalopram). Os antidepressivos são o maior grupo nas interações a "não coadministrar" e os medicamentos gastrointestinais e ansiolíticos são o grupo com maior número de potenciais interações. Verificamos 109 registros de fármacos em que não existem informações acerca de possíveis interações medicamentosas. Da bibliografia consultada verificamos: coadministração com um indutor/inibidor fraco a dose de cada um dos 3 fármacos deve ser a *standard*; com indutores/inibidores fortes do CYP3A4 deve ser evitada. Quando não é possível evitar com inibidores a dose dos iCDK 4/6 deve ser reduzida.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Este estudo permitiu conhecer a realidade relativamente as interações medicamentosas com iCDK 4/6 na nossa Instituição. O conhecimento integrado das características específicas do paciente/medicamento, é fundamental para a tomada de decisão terapêutica ideal. A complexidade destes tratamentos e do próprio doente, torna mandatário uma abordagem multidisciplinar envolvendo farmacêuticos clínicos e oncologistas.

Esta análise permitiu avaliar as interações medicamentosas com iCDK 4/6 na nossa instituição e, gerou evidência para a implementação da consulta farmacêutica para evitar e minimizar possíveis interações medicamentosas e, auxiliar no aconselhamento ao clínico.

BIBLIOGRAFIA

- 1.ABRAHAM, J. et al. *Use of cyclin-dependent kinase 4/6 inhibitors for HR+, HER2-, metastatic breast cancer*. Breast Cancer Res Treat. 2018
- 3.Concurrent Use of Medications with Potential Drug–Drug Interactions: Real-World Analysis of Patients Treated with CDK4/6 Inhibitors. Breast Cancer 2021

PO 05

BREAST CANCER LIGHTHOUSE: CARATERIZAÇÃO DE COORTE MULTICÊNTRICA PORTUGUESA DE DOENTES COM CANCRO DA MAMA AVANÇADO TRATADAS COM RIBOCICLIB

Arlindo R. Ferreira⁽¹⁾; Beatriz Gosalbez⁽²⁾; Ângela Dias⁽³⁾; Sofia Braga⁽⁴⁾; Leonor Pinto⁽⁵⁾; António Pêgo⁽⁶⁾; Luís Costa⁽⁷⁾; Marta Ferreira⁽⁸⁾; Ana Sofia Freitas⁽⁹⁾; Maria Rita Dionísio⁽⁹⁾

(1) FUNDAÇÃO CHAMPALIMAUD

(2) CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE

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

(4) HOSPITAL PROF. DOUTOR FERNANDO FONSECA

(5) CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

(6) INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA COIMBRA

(7) CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE, E.P.E.

(8) INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA PORTO

(9) NOVARTIS

Introdução e objetivos:

O tratamento do cancro da mama avançado (CMA) com recetores hormonais positivos (RH+) e recetor do fator de crescimento epidérmico humano 2 negativo (HER2-) foi alvo de grandes avanços científicos nos últimos anos. Atualmente, os inibidores das cinases dependentes de ciclina 4 e 6 (CDK4/6i) são, em combinação com terapêutica endócrina, o tratamento padrão utilizado em diferentes linhas de tratamento e em doentes com uma ampla diversidade de características clínicas.

As necessidades da prática clínica podem levar a diferentes padrões de utilização da terapêutica e o presente estudo pretende avaliar os padrões de utilização de ribociclib em contexto de vida real numa coorte multicêntrica portuguesa e a respetiva eficácia e segurança?

Adicionalmente, dada a rápida evolução das opções de tratamento no CMA RH+/HER2-, este estudo pretende também caracterizar as terapêuticas utilizadas após progressão sob tratamento com ribociclib e de que forma as características clínicas das doentes influenciam as opções terapêuticas seguintes.

O presente trabalho visa uma análise da *baseline* das doentes incluídas neste estudo.

Métodos:

Estudo observacional de coorte retrospectiva-prospetiva de mulheres adultas com CMA RH+/HER2- que iniciaram ribociclib entre 01 de janeiro de 2019 e 31 de dezembro de 2021 em 19 hospitais nacionais.

Após confirmação da elegibilidade e consentimento informado, as doentes serão seguidas desde o início de tratamento com ribociclib até 3 anos após a primeira avaliação do último doente incluído.

Neste estudo é apresentada uma análise descritiva dos dados demográficos, características clínicas e tratamentos efetuados.

Resultados:

Foram incluídas 269 mulheres, todas em estágio IV aquando do início de ribociclib, com idade mediana de 59 anos (mín-máx: 31-88) e 76,2% (n=205) eram pós-menopáusicas. Verificou-se que 45% (n=121) tinham excesso de peso/obesidade (≥ 25 kg/m²), 38,7% (n=104) apresentavam comorbilidades, sendo a doença cardiovascular a mais prevalente, reportada em 32% (n=86) das doentes. Aquando do início do tratamento com ribociclib, 72,5% (n=195) apresentavam ECOG PS \leq 1, 34,2% (n=92) tinham \geq 3 locais de metastização e 50,2% (n=135) apresentavam metastização visceral (pelo menos uma metástase pulmonar ou hepática).

No que diz respeito às terapêuticas prévias ao início de tratamento com ribociclib, 24,9% (n=67) das doentes receberam tratamento neoadjuvante, sendo o mais frequente a quimioterapia (95,5%; n=64). Realizaram cirurgia ao tumor primário 69,1% (n=186) das doentes e 62,8% (n=169) receberam tratamento adjuvante (terapêutica endócrina e/ou quimioterapia e/ou radioterapia). Deste, a terapêutica endócrina foi a mais frequente, em 94,7% (n=160), com tamoxifeno a ser o fármaco mais utilizado, em 70,6% (n=113). Das 27,5% (n=74) das doentes que receberam tratamento prévio para a doença avançada, 52,7% (n=39) foram tratadas com quimioterapia e/ou 75,7% (n=56) com terapêutica endócrina. Em 3,6% (n=2) destas últimas, a terapêutica endócrina foi combinada com everolimus. Adicionalmente, 24,9% (n=67) receberam radioterapia para a doença avançada previamente a ribociclib.

No que diz respeito à linha de tratamento, 77% (n=207) das doentes receberam ribociclib em primeira linha (1^a L), 22,7% (n=61) das quais metastáticas *de novo*, tendo sido o letrozol o parceiro endócrino mais frequente, em 66,5% (n=179) das doentes. Receberam ribociclib em 1^aL 90,6% (n=58) das doentes pré-menopáusicas e 72,7% (n=149) das pós-menopáusicas.

A maioria das doentes, 95,9% (n=258), iniciou ribociclib na dose de 600 mg/dia, independentemente da idade e do ECOG PS, contudo uma maior frequência de doentes com idade \geq 75 anos iniciou com doses mais baixas ($p=0.018$).

Conclusões:

Nesta coorte com elevada incidência de comorbilidades (mais frequentemente cardiovasculares), destaca-se a presença de doença visceral e de \geq 3 locais de metastização, concordante com os ensaios clínicos. A maioria das doentes recebeu ribociclib em 1^aL e a dose inicial, mais frequentemente de 600 mg/dia, foi independente da idade e do ECOG PS. Os resultados de segurança e eficácia de vida real desta coorte portuguesa serão apresentados numa publicação posterior.

PO 06

CARACTERIZAÇÃO CANCRO DO COLO DO ÚTERO (CCU) LOCALMENTE AVANÇADO (LÁ) OU PERSISTENTE OU RECORRENTE/METASTÁTICO (R/M) EM PORTUGAL – DESENHO DO ESTUDO TRACCR

Ana Rita Gaspar⁽¹⁾; Mafalda Nogueira⁽¹⁾

(1) MSD PORTUGAL

Introdução: O cancro do colo do útero (CCU) em Portugal é a terceira doença maligna mais frequente em mulheres de 15-44 anos, com 850 novos casos por ano. Contudo não existem estudos sobre as características clínicas, demográficas e padrões de tratamento das doentes em estadios mais avançadas de CCU, nomeadamente localmente avançado (LA), persistente ou recorrente/metastático (R/M).

Objetivos: Descrever as características epidemiológicas de CCU com LA (IB2-IVA) e R/M (IVB ou recorrente/persistente), padrões de tratamento e utilização de recursos em Portugal. Avaliar qualidade de vida e barreiras ao tratamento em Portugal

Material e Métodos: Estudo observacional, multicêntrico, transversal. Serão incluídas adultas diagnosticadas com CCU LA, persistente ou R/M, dividida em duas coortes, de acordo com o estadio da doença. Cada uma das coortes será ainda dividida, de acordo com a fase de tratamento - início (coortes 1A/2A), final tratamento (coorte 1B) e primeira avaliação de resposta (coorte 2B). Serão recolhidos dados sociodemográficos e clínicos, fatores de risco, padrões de tratamento e utilização de recursos de saúde. As doentes serão convidadas a preencher um questionário de qualidade de vida (EQ-5D-5L) e um questionário adicional sobre potenciais barreiras ao tratamento (Coorte 1B/2B). O cálculo da amostra baseou-se em estimativas epidemiológicas, antecipando-se inclusão de 300 participantes, 150 a iniciar tratamento e 150 após a primeira fase do tratamento.

Resultados: Após identificação de centros, distribuídos pelo território nacional, iniciaram-se os convites em julho-2022. A recolha de dados irá decorrer durante 9 meses após aceitação, e aprovação do protocolo do estudo pelas comissões de ética e conselhos de administração das instituições participantes.

Conclusões: Os dados gerados por este estudo permitirão caracterização do diagnóstico, carga da doença, padrões de tratamento e qualidade de vida associados a CCU em estadios avançados, podendo contribuir para a identificação de aspetos relevantes para a melhoria de resultados clínicos nesta patologia.

PO 07

NEUTROPENIA FEBRIL EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS: A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Cristiana Honrado Martins⁽¹⁾; Elisabete Coelho⁽¹⁾; Catarina Portela⁽¹⁾

(1) HOSPITAL DE BRAGA

Introdução: A Neutropenia Febril (NF) é uma complicação frequente da quimioterapia (QT). Manifestações clínicas atípicas são comuns, principalmente devido ao *status* de imunossupressão induzido pela QT, o que pode dificultar o fluxo diagnóstico e estratificação inicial de risco. Representa uma condição com elevada morbimortalidade e necessidade de internamento em 20 a 30% dos casos, levando a maior consumo de cuidados de saúde e aumento dos custos associados à doença neoplásica. A mortalidade estimada ronda os 10%.

Objetivos: Caracterizar a população e os episódios de NF admitidos num Serviço de Medicina Intensiva (SMI), nível II e nível III, durante o ano de 2022.

Métodos: Estudo retrospectivo e observacional de casos codificados como "Neutropenia Febril" (seguindo o sistema de classificação internacional de doenças *ICD-11*), durante o ano de 2022, no SMI (nível II/III) do Hospital de Braga (HB).

Resultados: Da amostra inicial de todos os doentes admitidos em internamento no SMI do HB durante o ano de 2022 (nível II e nível III) foram identificados 13 doentes classificados como NF (diagnóstico primário ou secundário). Destes, 8 eram homens (61,54%) e 5 mulheres (38,46%), com uma idade média de 61 anos (intervalo de idades compreendido entre 44 e 88 anos) e 84,61% com ECOG-PS de 0/1. Quanto à doença oncológica: 69,23% correspondiam a neoplasias hematológicas e 30,77% a neoplasias de órgãos sólidos (esófago, cólon e pulmão), apenas 1 em estadió metastático. Dos doentes considerados: 69,23% encontrava-se a realizar QT (22,22% com esquemas de alto risco para neutropenia). Todos apresentavam algum grau de imunossupressão (secundária à QT e/ou utilização crónica de corticoterapia), sendo que 46,15% realizavam terapêutica profilática. A maioria das admissões teve origem no internamento (84,62%, média de admissão ao 9º dia de hospitalização), com 2 doentes internados diretamente da sala de emergência. A maioria foi admitida em nível III (61,54%), com necessidade de ventilação mecânica invasiva (VMI). A duração média de internamento foi de 11 dias (intervalo compreendido entre 1 e 39 dias). Na estratificação de risco inicial: MASSC score médio de 11,5 (92,31% com estratificação inicial de muito alto risco), com 84,62% a apresentar neutropenia grau 4. Instituída antibioterapia empírica em todos os casos, em 61,54% com carbapenemos. Houve isolamento de agente etiológico em 61,54% dos casos (microrganismos multirresistentes em 37,5%) e bacteriemia associada em 46,15%, com predomínio de gram-negativos. Filgrastim (fator estimulador de granulócitos) foi utilizado em 38,46% dos doentes, todos em NF de muito alto risco (destes, 40% medicados previamente com Filgrastim como

profilaxia primária por QT com alto risco de neutropenia). 77,77% dos doentes eram portadores de catéter venoso central prévio, com 2 a apresentar sinais inflamatórios locais, o que motivou a sua substituição. A taxa de mortalidade intra-hospitalar foi de 69,23% (33,33% por choque refratário e 66,67% por limitação terapêutica). Dos 30,77% com alta para enfermaria, registou-se adiamento na retoma da QT em 75%. Aos 6 meses pós-alta, verificou-se uma mortalidade de 100%.

Discussão: A NF é uma emergência oncológica frequente nos doentes sob QT. Torna-se fundamental caracterizar a população afetada, principalmente nos casos de maior gravidade, de forma a identificar fatores de risco que influenciem a abordagem da NF, permitindo referências mais atempadas ao SMI (nível II/III), desde que tal se mostre adequado e vantajoso para o doente oncológico.

Ainda que não tenham sido objetivadas diferenças significativas entre morbimortalidade e duração do internamento / número de dias de hospitalização à admissão, registou-se tendência para maior morbidade e/ou mortalidade mais precoce em neutropenias mais graves, internamentos mais prolongados e admissões mais tardias. A necessidade de VMI esteve associada a prognóstico mais reservado. Verificou-se atraso na retoma da QT inicialmente prevista na maior parte dos doentes, na forma de adiamentos sucessivos, o que pode impactar de forma negativa o tratamento oncológico. Apenas um dos casos apresentava doença metastizada, o que pode refletir a percepção generalizada de mau prognóstico neste *setting* (dificultando a sua admissão), ainda que tal nem sempre se verifique.

Conclusões: O estudo descrito apresenta limitações importantes: tipo de estudo utilizado; *n* da amostra muito reduzido; dificuldade de acesso e qualidade dos registos informáticos consultados, com linguagem pouco uniformizada. Assim, estudos prospectivos com amostras populacionais de dimensões adequadas devem ser equacionados, de forma a permitir conclusões mais robustas, baseadas na melhor evidência. A identificação de fatores de risco pode ajudar no reconhecimento de critérios de referência precoce ao SMI, bem como de subtipos populacionais que beneficiem deste tipo de admissão. A utilização de Filgrastim na NF estabelecida não é consensual, pelo que mais estudos são necessários nesse campo.

Alerta-se para a importância da uniformização de registos, bem como da discussão atempada com equipas especializadas em Cuidados Intensivos, permitindo referências precoces e diminuindo a morbimortalidade inerente a atrasos no ajuste terapêutico. Desta forma, alarga-se a discussão multidisciplinar da doença, e do próprio doente, até níveis mais avançados de tratamento, previamente difíceis de equacionar.

PO 08

AValiação DA EfETIVIDADE E PERfil DE SEGURANÇA DO TRASTUZUMAB EMTANSINA

Ana Teresa Rosa⁽¹⁾; Frederico Fonseca⁽¹⁾; Gonçalo Silva⁽¹⁾; Isabel Silva⁽¹⁾; Maria Luísa Pereira⁽¹⁾; Nuno Landeira⁽¹⁾

(1) HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA

Palavras-chave: Efetividade, Perfil de Segurança, Trastuzumab emtansina

Introdução: Trastuzumab emtansina (T-DM1) é um fármaco conjugado que incorpora o agente anti-HER2, trastuzumab, com a atividade citotóxica do agente DM1 através de um ligando estável, conferindo-lhe maior seletividade para as células tumorais com expressão de HER2. Tem indicação em RCM para tratamento de cancro da mama HER2 positivo, localmente avançado irressecável ou metastizado (CMm) e, mais recentemente em estadios precoces (CMP). Os ensaios clínicos e estudos PASS mostram uma taxa de Reações Adversas a Medicamentos (RAM's) de grau 3 ou superior de 40% e 15% de taxa de abandono por toxicidade. O metabolismo do T-DM1 é mediado essencialmente pelo CYP3A4, pelo que o uso concomitante de inibidores da enzima deve ser evitado devido ao potencial aumento da exposição ao T-DM1 e consequente toxicidade.

Objetivos: Propôs-se estudar retrospectivamente os doentes com diagnóstico de Cancro de Mama (CMm e CMP), HER2+, RH+ e RH-, tratados com T-DM1, de forma a avaliar a eficácia terapêutica, identificar a incidência de RAM's e Interações Medicamentosas (IM's). Comparar os dados obtidos com os estudos que levaram à aprovação do fármaco.

Material e Métodos: Foram elegíveis doentes com Cancro da Mama HER2+, com classificação molecular 3+ por IHQ ou método FISH, sob T-DM1 desde Julho de 2018 até à presente data. Efetuou-se uma análise retrospectiva através da consulta do processo clínico, histórico terapêutico, registos farmacêuticos, avaliação de parâmetros analíticos, de forma a avaliar a efetividade terapêutica, incidência de RAM's, através da escala NCI CTCAE e IM's através das plataformas Liverpool®Cancer Drug Interactions e Medscape®Drug Interactions Checker. Foram analisados os ensaios de fase III, EMILIA e TH3RESA de forma a comparar a sobrevivência livre de progressão (PFS) e perfil de segurança do fármaco. A PFS foi calculada desde o início da terapêutica com T-DM1 até progressão de doença ou morte.

Resultados: Foram elegíveis para o estudo 11 doentes do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 44 e 75 anos (média de 59 anos), 64% em contexto pós-menopáusico. A amostra é constituída por 64% doentes em situação metastática ou avançada (CMm) e 36% estadios precoces da doença (CMP), 73% com expressão de RH+. As doentes CMm cumpriram em média terapêutica com T-DM1 por um

período de 15,5 meses e 9,2 meses para as doentes Cmp. Observou-se uma sobrevivência livre de progressão (PFS) de 11,5 meses e 54% descontinuou por progressão de doença, intolerância analítica, clínica ou morte. Três doentes Cmm mantêm terapêutica até à atualidade e 18% progrediu sob T-DM1. Relativamente ao perfil de segurança do medicamento, foi observada toxicidade hematológica, 73% apresentou trombocitopenia, contagem plaquetária inferior a 50×10^3 ou redução $\leq 50\%$ relativamente ao valor basal, 18% apresentou neutropenia de grau 3 ou superior. Anemia, caracterizada por hipohemoglobinemia com necessidade transfusional foi identificada em 36% das doentes. Alterações hepáticas, elevação da ALT/AST $> 3 \times \text{LSN}$ foram observadas em 82% da população, e compromisso hepático moderado, bilirrubinemia $> 1,5 \times \text{LSN}$, em 27% dos doentes. Ocorreram infeções do trato urinário recorrentes em 18% das doentes, com uroculturas positivas a diferentes microorganismos, que levaram à descontinuação da terapêutica. Desequilíbrios electrolíticos como hipomagnesemia com necessidade de aporte de Mg^{2+} por via intravenosa foram reportados em 27% das doentes. Está prevista redução de dose do fármaco com base na gestão de toxicidades e 36% das doentes demonstraram intolerância que levou a modificação de dose. Dois doentes suspenderam por toxicidade inaceitável. As doentes cumpriam em média terapêutica domiciliária com 6 fármacos. Pela componente hormonal da doença, 73% das utentes cumpriam terapêutica concomitante com Inibidores da Aromatase (IA), inibidores da CYP3A4, com potencial de aumento da concentração plasmática de T-DM1 e implicações no perfil de segurança do fármaco. Nenhuma doente cumpria terapêutica hormonal com anastrozol, um inibidor potente da CYP3A4.

Discussão/Conclusões: A efetividade e perfil de segurança dos fármacos devem ser avaliados em contexto de Real World Data, de forma a caracterizar melhor o seu balanço risco-benefício. Obteve-se no estudo uma PFS de 11,5 meses, superior ao descrito no ensaio EMILIA e TH3RESA (9,6 e 6,2, respetivamente). Observaram-se Eventos Adversos de elevada relevância clínica em maior extensão do que descrito na literatura, possivelmente devido a uma sub-notificação de RAM's. A taxa de abandono do fármaco por toxicidade foi de 18%, concordante com o descrito nos ensaios. Assume-se possíveis toxicidades cruzadas, pelo número e agressividade das terapêuticas anteriores. A seleção de fármacos concomitantes substratos inibidores da CYP3A4 deve ser tida em consideração pelo potencial de aumento da concentração sérica do TDM-1 e exacerbação da sua toxicidade.

PO 09

E DEPOIS DOS INIBIDORES DAS QUINASES DEPENDENTES DE CICLINAS 4/6?

Ana Carolina Vasques⁽¹⁾; Tânia Duarte⁽¹⁾; Vanessa Branco⁽¹⁾; Margarida Lagarto⁽¹⁾; José Pereira⁽¹⁾; Filipa Ferreira⁽¹⁾; Ana Martins⁽¹⁾

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

Introdução

O cancro da mama continua a ser a neoplasia mais comum e mais mortal de todas as neoplasias no sexo feminino. Assim sendo, o surgimento de novas estratégias terapêuticas, principalmente para estadios avançado, como os inibidores das quinases dependentes de ciclinas 4/6 (CDK4/6), vieram revolucionar o tratamento destes doentes. A sua utilização em combinação com terapêutica endócrina permitiu melhorar os *outcomes* clínicos e oferecer uma nova linha terapêutica. No entanto, virtualmente todos os doentes, desenvolverão resistência a estes fármacos e apesar de estarem descritos, na literatura, diversos mecanismos que poderão estar na base desta resistência, são ainda escassas as formas de os contornar. Cabe, portanto, ao clínico, escolher a melhor linha terapêutica após progressão com base na evidência disponível.

Objetivos

O objetivo deste estudo foi de perceber quais as linhas terapêuticas de eleição após progressão, em doentes com cancro da mama metastático, submetidas a tratamento com inibidores CDK 4/6.

Materiais e Métodos

Este é um estudo coorte retrospectivo unicêntrico de doentes com diagnóstico de cancro da mama, de um centro hospitalar, que realizaram tratamento com inibidores de CDK 4/6. Foi realizada uma análise aos processos clínicos e efetuou-se uma caracterização descritiva destes doentes assim como da terapêutica escolhida. Para a análise estatística utilizou-se o Microsoft Excel V2210.

Resultados

Um total de 52 doentes realizaram tratamento com inibidores CDK 4/6 até janeiro de 2023. Apenas um doente era de sexo masculino e a mediana de idades ao diagnóstico situa-se nos 53,5 anos. Todas as neoplasias eram do subtipo luminal e 21 doentes foram diagnosticadas inicialmente em estadio IV. Os locais de metastização mais frequentes foram o osso, pulmão e fígado. Cerca de 23 doentes, realizaram pelo menos uma linha terapêutica paliativa, hormonal ou quimioterapia, antes do início dos inibidores CDK 4/6. O inibidor de CDK 4/6 mais comum foi o palbociclib (n=30), seguido do abemaciclib (n=18) e do ribociclib (n=4). A média de ciclos até progressão foi de 18, nos doentes tratados com inibidores CDK4/6 em 1º linha e 14 ciclos nos doentes tratados em linhas subseqüentes. Existiu progressão de doença em 35 doentes e destes 29 iniciaram uma nova linha terapêutica.

O tratamento mais frequentemente utilizado em 1ª linha após progressão foi a capecitabina e a combinação de exemestano e everolimus, ambos na mesma proporção (n=9). Em 2º linha também a capecitabina (n=7) foi o mais comum, seguido do exemestano com everolimus (n=2) e do paclitaxel em monoterapia (n=2). A maioria dos doentes (n=14) realizou apenas uma linha terapêutica após progressão e 18 acabaram por falecer, em média 65 meses após o diagnóstico.

Discussão

Analisando os resultados do nosso estudo percebemos que a maioria dos doentes que realiza terapêutica com inibidores CDK 4/6 é diagnosticada em idade relativamente jovem (53,5 anos). Alguns doentes, por seguimento prévio à aprovação destes fármacos já teriam feito alguma terapêutica paliativa anteriormente. Verificamos que a globalidade dos doentes que faz inibidores CDK 4/6 acaba mesmo por progredir, em média após 18 ou 14 ciclos, dependendo da linha em que são utilizados. No entanto, só alguns começaram uma nova linha por ausência de condições clínicas para tratamento oncodirigido. A média de ciclos até progressão, indica um ganho de aproximadamente 1/1,5 anos de sobrevivência livre de progressão, ligeiramente melhor quando utilizados em 1ª linha, mas um pouco pior do que os resultados que levaram à aprovação destes fármacos. A maioria dos clínicos escolheu a capecitabina como linha terapêutica subsequente, seguido da combinação de everolimus e exemestano, ambas as opções com facilidade de administração (oral) e que permitem um maior conforto destes doentes, muitas vezes debilitados.

Conclusão

Apesar dos inibidores de CDK 4/6 terem revolucionado o prognóstico dos doentes com cancro da mama avançado, são necessários mais estudos que permitam prevenir e ultrapassar os mecanismos de resistência a estes agentes; assim como o desenvolvimento de novos alvos terapêuticos que permitam aperfeiçoar estratégias de sequenciação terapêutica destes doentes.

PO 12

CURETTAGE VERSUS RESECTION SURGERY IN GRADE 1 CHONDROSARCOMAS

Hugo Miguel Miranda⁽¹⁾; Manuel Magalhães⁽¹⁾; Eugénia Rosendo⁽¹⁾; Pedro Cardoso⁽¹⁾; António Araújo⁽¹⁾

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

Introdução;

Low-grade chondrosarcomas are traditionally treated with either curettage or surgical resection, but no study has ever assessed the superiority of a surgical approach comparing with curettage.

Material e métodos;

We assessed 19 cases of grade 1 chondrosarcomas who underwent a frontline surgical approach with either curettage or resection and performed a univariable survival analysis to assess superiority of resection versus curettage regarding local relapse, metastasization, overall progression-free and overall survival.

Resultados;

Two patients died during the follow-up period, all submitted to curettage. No differences were found between both approaches regarding overall survival and overall/local relapse-free survival. However, survival analysis demonstrated higher metastasis-free survival in patients submitted to surgical resection ($p=.049$).

Discussão;

This study showed superiority of surgical resection comparing to curettage regarding metastasis-free survival in grade 1 chondrosarcomas. The results of this small sample may arise the question of whether a bigger study may corroborate these results and possibly alter the landscape of surgical treatment of chondrosarcomas.

PO 14

SARCOMA HISTIOCÍTICO – CASO CLÍNICO E REVISÃO DA LITERATURA

Joana Martins Cabral⁽¹⁾; Miguel Ângelo Sousa⁽¹⁾; Alexandra Guedes⁽¹⁾; David Afonso João⁽¹⁾; Sara Silva Viana⁽¹⁾; Maria Castelo Branco⁽¹⁾

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

Introdução: Os sarcomas histiocíticos são neoplasias malignas de origem hematopoiética raras que derivam de células histiocíticas não-Langerhans do sistema monócito/macrófago. Encontram-se descritos casos na literatura desde os anos 70 e são diagnosticadas através do recurso a marcadores imunohistoquímicos como o CD68, CD163 e CD4. Podem ocorrer isoladamente ou em associação com outras neoplasias hematológicas. A sua apresentação clínica é variável, sendo mais comum em adultos do sexo masculino. Têm um envolvimento tipicamente extranodal, incluindo o trato gastrointestinal, tecidos moles, parênquima pulmonar e cavidade nasal. Podem apresentar-se de forma localizada, com uma massa adenopática solitária, ou extensamente disseminada. São neoplasias geralmente muito agressivas, com uma esperança média de vida inferior a um ano após o diagnóstico nos casos de doença disseminada *ad initio*.

Objectivos: Este trabalho pretende demonstrar a raridade do sarcoma histiocítico, a inespecificidade da apresentação clínica e a importância dos marcadores imunohistoquímicos no diagnóstico.

Material e métodos: Os autores apresentam um caso recorrendo à consulta do processo clínico do doente desde outubro de 2022 a janeiro de 2023 e à pesquisa sistemática de artigos indexados na Pubmed até 08/01/2023, com os termos "histiocytic sarcoma" no título/resumo do artigo. Foram identificados 37 case-reports publicados entre 2010 e 2022 e uma série de 7 doentes de 2011.

Resultados: Apresentamos o caso de um homem de 74 anos com antecedentes pessoais relevantes de hipertensão arterial, dislipidemia, polipose cólica e melanoma lombar direito (T2aN0M0) diagnosticado em 2014, curado, que mantém seguimento em consulta de Dermato-Oncologia, que esteve internado no serviço de Medicina Interna por pneumonia grave a *Legionella pneumophila*. Realizada tomografia axial computadorizada (TAC) torácica que identificou incidentalmente massa axilar direita. Feita biópsia, inconclusiva, pelo que o doente realizou biópsia cutânea cerca de 3 semanas depois por ulceração da massa. Do relatório anátomo-patológico destaca-se expressão para vimentina, CD34, CD68, CD163, CD45 e CD4, sendo os aspetos morfológicos e imunohistoquímicos compatíveis com sarcoma histiocítico. Realizada TAC toraco-abdomino-pélvica de estadiamento, 4 semanas após a biópsia cutânea, que demonstrou múltiplas lesões nodulares secundárias na dependência da musculatura do pescoço, tórax, abdómen e pélvis, bem como na região axilar contralateral, no parênquima pulmonar, suprarrenal e implantes peritoneais. Orientado para consulta de Sarcomas no IPO, que aguarda marcação.

Discussão e Conclusões: O sarcoma histiocítico é uma entidade rara e, devido ao *overlap* diagnóstico com outras neoplasias histologicamente similares, o diagnóstico pode ser extremamente desafiante. Dos 44 casos de sarcoma histiocítico descritos na literatura, verificou-se que o atingimento orgânico pode ser consideravelmente variado, podendo atingir o trato gastrointestinal, o sistema nervoso central, apresentar infiltração medular primária ou ter uma apresentação disseminada. O reconhecimento de certas características histológicas e a pesquisa de marcadores imuno-histoquímicos típicos da diferenciação histiocítica é crucial para o diagnóstico.

Miguel Falcão⁽¹⁾; Cristiana Honrado Martins⁽²⁾; Margarida Ribeiro de Araújo⁽²⁾; Mariana Rocha⁽¹⁾; Ricardo Alves⁽²⁾

(1) CENTRO HOSPITALAR TRÁS OS MONTES E ALTO DOURO E.P.E (2) HOSPITAL DE BRAGA

Introdução: A síndrome da veia cava superior (SVCS) resulta da obstrução do fluxo sanguíneo na veia cava superior. Em cerca de 73-97% manifesta-se em contexto oncológico, por invasão directa ou compressão extrínseca da neoplasia, ou no seu envolvimento em outras estruturas, como vasos linfáticos ou estruturas do mediastino. Pode resultar no compromisso respiratório do doente. Os tumores mais frequentemente envolvidos são a neoplasia do pulmão de não pequenas células (50% dos casos) seguido de neoplasia do pulmão de pequenas células (25-35%), e nos linfomas não Hodgkin (10-15%). Estas entidades nosológicas, juntas, são responsáveis por 95% dos casos de SVCS de causa oncológica.

Caso clínico: Doente do sexo masculino de 62 anos, autónomo, tabagismo ativo, sem outros antecedentes pessoais de relevo, recorre ao serviço de urgência por dispneia para pequenos esforços, ortopneia, associado a rubor facial, e edema da face e dos membros superiores.

Do estudo realizado, destaca-se na tomografia computacional torácica, presença de volumosa massa tumoral no mediastino com diâmetros globais de 16,8 x 10,5 cm, associado a volumosos conglomerados adenopáticos supraclaviculares (72 x 61 mm a` direita e 84 x 47mm a` esquerda), sugerindo doença linfoproliferativa. Três dias após a admissão em contexto hospitalar, o estado geral do doente agrava-se, com disfagia, disфонia e falência respiratória com necessidade de intubação orotraqueal e admissão no serviço de Medicina intensiva. Por síndrome da veia cava superior, com compressão da traqueia pela massa mediastínica, foi assumido provável contexto de linfoma ou neoplasia do pulmão, e realizada biopsia da massa tumoral, radioterapia emergente (20Gy em 5 frações) e pulsos de metilprednisolona 1g /dia. Apesar das medidas instituídas, o doente evolui de forma desfavorável com disfunção cardiovascular e renal com necessidade de vasopressores e disfunção hematológica com trombocitopenia (26000/ul) e epistaxis. Do restante estudo realizado destaca-se LDH de 4857U/L e beta hCG e alfa fetoproteína negativos.

O exame histológico e imunocitoquímico revelou neoplasia maligna sugestiva de tumores do grupo dos sarcomas de Ewing.

O caso clínico foi discutido com o Centro de Referência de Sarcomas, que, dada a` extensão do tumor e evolução clinica desfavorável, foi concluído que o doente não reunia condições para iniciar tratamento dirigido à doença e foram instituídas medidas de conforto. O doente acabou por falecer 12 dias após a admissão hospitalar.

Discussão/Conclusão: Os Sarcomas de Ewing são tumores ósseos ou dos tecidos moles, são raros e com uma incidência de 1 caso por 1.5 milhões de habitantes. São mais predominantes em crianças ou adultos jovens, e manifestam-se principalmente na zona pélvica e nos ossos longos proximais. São tumores agressivos e associados a mau prognóstico.

Este caso clínico relata a síndrome da veia cava superior, como uma manifestação inaugural e atípica de uma neoplasia rara.

PO 16

DOIS CASOS DE ADENOCARCINOMA DO RETO COM RESPOSTA PATOLÓGICA COMPLETA

Catarina Lopes Fernandes⁽¹⁾; Carlos Sottomayor⁽¹⁾

(1) UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, S.A

Introdução: A resposta clínica completa à quimiorradioterapia (QRT) adjuvante está descrita em 10-40% das neoplasias retais, mas apenas em 15-20% dos casos se verifica efetivamente uma resposta patológica completa (pCR). Doentes com resposta patológica completa têm maior sobrevida global e maior sobrevida livre de doença e, portanto, melhor prognóstico global.

Métodos: Análise descritiva retrospectiva de dois casos clínicos.

Objetivos: Reportar dois casos clínicos que demonstram o sucesso da QRT neoadjuvante, com resposta patológica completa.

Resultados: Apresento o caso de dois doentes do sexo masculino, com adenocarcinoma do reto localmente avançado que obtiveram pCR com QRT neoadjuvante. Um dos doentes com diagnóstico de adenocarcinoma diferenciado do reto, estadio inicial cT3N1M0, aos 37 anos e diagnóstico concomitante de síndrome de Lynch. Submetido a QRT com capecitabina e radioterapia esquema longo, com 50 Gy em 32 sessões. Submetido a resseção anterior do reto 8 semanas após conclusão de QRT, com documentação de pCR na peça operatória. Completou 4 ciclos de quimioterapia adjuvante com capecitabina. Atualmente com 2 anos pós-operatório, sem evidência de recidiva clínica, imagiológica nem histológica.

Outro dos doentes com diagnóstico de adenocarcinoma moderadamente diferenciado do reto médio, estadio cT3N+M0, aos 75 anos. Submetido a terapêutica neoadjuvante total (TNT), nomeadamente QRT com capecitabina + oxaliplatina (6 ciclos) e RT esquema curto, com 25 Gy em 5 sessões (1 semana). Submetido, de seguida, a resseção anterior do reto, 16 semanas após conclusão de QRT, com documentação de pCR na peça operatória, tendo-se decidido vigilância. Atualmente com 6 meses de pós-operatório, sem evidência de recidiva.

Discussão/Conclusão: Os dois casos apresentados representam casos infrequentes de resposta patológica completa com QRT neoadjuvante no adenocarcinoma do reto, até ao momento sem evidência de recidiva.

PO 17

REMISSÃO COMPLETA EM ADENOCARCINOMA DO CÓLON DIREITO AVANÇADO RAS WILD TYPE TRATADO COM INIBIDOR EGFR

Catarina Lopes Fernandes⁽¹⁾; Carlos Sottomayor⁽¹⁾

(1) UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, S.A

Introdução: A quimioterapia sistémica com intuito conversivo está recomendada em alguns casos de adenocarcinoma do cólon localmente avançado e/ou com oligo-metastização. Esta estratégia tem como intuito possibilitar uma abordagem local e potencialmente curativa das lesões neoplásicas, mas raramente é suficiente para induzir remissão completa.

Objectivos: Descrição de um caso raro de remissão completa em adenocarcinoma do cólon direito com metastização hepática.

Material e métodos: Análise descritiva retrospectiva de caso clínico.

Resultados: Apresento um caso de remissão completa aparente após quimioterapia com intenção de conversão em doente com adenocarcinoma estenosante extenso do cólon direito com metastização hepática.

Homem de 60 anos com diagnóstico de adenocarcinoma invasor moderadamente diferenciado do cego com extensão à válvula ileocecal e última ansa ileal, estadio cT4N+, estenosante. Tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM) de estadiamento com três nódulos hepáticos bilaterais compatíveis com metástases hepáticas, não biopsados, e adenopatias adjacentes ao hilo hepático. Sem instabilidade de microssatélites, RAS e BRAF *wild type*, pelo que iniciou quimioterapia com intuito paliativo com fluorouracilo + irinotecano (FOLFIRI), do qual cumpriu 12 ciclos, associado a cetuximab, do qual cumpriu 8 dos ciclos (suspensão precocemente por toxicidade cutânea, sem outras toxicidades clinicamente significativas). TC e RM de re-estadiamento aos 2 meses com evidência de resposta parcial quer da lesão do cólon quer das lesões hepáticas. 6 semanas após término da QT foi submetido a hemicolectomia direita com descrição de lesões hepáticas compatíveis com lesões secundárias no intra-operatório, não abordadas. Na peça operatória de cólon direito, válvula ileocecal e íleo terminal, evidência de resposta patológica completa. Ecografia hepática 6 meses após cirurgia a mostrar redução das dimensões das lesões hepáticas face à avaliação prévia, tendo-se realizado biópsia hepática dirigida a mostrar apenas cirrose hepática, sem evidência de malignidade. Concomitantemente tomografia por emissão de positrões sem lesões hipercaptantes no fígado nem noutros tecidos. Não fez terapêutica adjuvante, tendo-se decidido manter vigilância. Atualmente com 15 meses pós-operatório, último TC sem quaisquer lesões hepáticas e sem evidência de recidiva local ou à distância.

Discussão: Este é, assim, um caso raro de remissão completa aparente de um adenocarcinoma estenosante extenso do cólon direito com metastização hepática bilateral e adenopatias hilares ao diagnóstico, com resposta patológica comprovada a nível do cólon e remissão imagiológica aparente das adenopatias e metástases hepáticas. Acresce o facto de apresentar esta excelente resposta sob duplete FOLFIRI associado a um inibidor do EGFR tratando-se de uma neoplasia do cólon direito com RAS e BRAF *wildtype*.

Conclusões: A remissão completa com QT sistémica é possível em neoplasias do cólon mesmo que localmente avançadas e com lesões à distância. A associação de um inibidor do EGFR revelou-se útil neste caso mesmo tendo em conta que se tratava de uma neoplasia do cólon direito sem mutação RAS.

PO 18

TRATAMENTO ADJUVANTE DE DOENTES COM MELANOMA CUTÂNEO LOCALMENTE AVANÇADO - EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Carina M. Teixeira⁽¹⁾; Marina Gonçalves⁽¹⁾; Catarina Lopes de Almeida⁽¹⁾; Marta Baptista Freitas⁽¹⁾; Ana Carmo Valente⁽¹⁾; Mariana J. Costa⁽¹⁾; Maria João Marques Ribeiro⁽¹⁾; Miguel Barbosa⁽¹⁾; Cláudia Caeiro⁽¹⁾; Isabel Sousa⁽¹⁾

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

INTRODUÇÃO

O tratamento do melanoma localmente avançado tem sofrido, nos últimos anos, grandes avanços com importante impacto no curso da doença. Os inibidores do checkpoint (anti-PD1/PD-L1) e as terapêuticas alvo (inibidores do BRAF), standard of care do tratamento adjuvante de doentes de alto risco, têm contribuído para um aumento significativo da sobrevida livre de recorrência (SLR).

OBJECTIVOS

Avaliar e analisar dados relativos ao tratamento adjuvante em doentes com melanoma cutâneo.

MATERIAIS E MÉTODOS

Análise retrospectiva e descritiva de dados relativos a doentes com melanoma cutâneo localmente avançado que realizaram tratamento adjuvante num centro hospitalar.

RESULTADOS

Foram incluídos nesta análise 11 doentes, 3 (27.3%) do sexo feminino e 8 (72.7%) do sexo masculino. A mediana de idades ao diagnóstico foi de 62 anos [41-76 anos]. A maioria dos doentes (90.9%) apresentavam doença no estágio III (2 no estágio IIIa, 5 no estágio IIIb e 3 no estágio IIIc). Cinco doentes (45.5%) apresentavam lesões ulceradas e a mediana de espessura das lesões cutâneas foi 3 mm [0.9 a 5.1 mm]. Três dos doentes que realizaram pesquisa de gânglio sentinela realizaram posteriormente esvaziamento ganglionar. Sete doentes (63.6%) tinham mutação no gene BRAF. Dos doentes em análise, 3 (27.3%) realizaram tratamento adjuvante com pembrolizumab, 5 (45.5%) com nivolumab e 3 (27.3%) com dabrafenib e trametinib (D+T). Dos doentes com mutação BRAF, quatro realizam tratamento com imunoterapia. A mediana de tempo desde a cirurgia até ao início da adjuvância foi de 8 semanas. As toxicidades mais frequentes foram a diarreia (18%) que ocorreu sob nivolumab e disfunção tiroideia (18%) identificada em doentes a realizar pembrolizumab. Quatro doentes (36.4%) recidivaram, sendo que destes, 3 ainda estavam sob tratamento adjuvante. A recidiva foi predominantemente ganglionar (75%) e apenas um doente apresentou metastização pulmonar. A mediana de tempo desde início de tratamento adjuvante e a evidência de recorrência foi de 11 meses. Nos doentes tratados com pembrolizumab esta mediana foi de 15 meses, nos tratados com nivolumab foi de 16 meses e nos tratados com D+T foi de 11 meses. Um dos doentes que recidivou localmente

após tratamento adjuvante com pembrolizumab foi submetido a tratamento cirúrgico e iniciou nova adjuvância com D+T. Não se verificaram óbitos e a mediana de sobrevivência global foi de 18 meses [11-55 meses].

DISCUSSÃO/ CONCLUSÃO

A introdução de novos agentes no tratamento adjuvante do melanoma cutâneo tem revolucionado o prognóstico destes doentes com aumento considerável da sobrevivência livre de recorrência. Atualmente não existem dados que nos permita aferir qual o melhor tratamento neste contexto dada a ausência de estudos comparativos diretos.

O limitado tamanho amostral não nos permite retirar conclusões definitivas. Contudo e, contrariamente ao descrito na literatura, nesta análise descritiva, os doentes tratados com agentes anti-PD-1/PD-L1 apresentaram maior tempo de SLR comparativamente aos doentes tratados com iBRAF/MEK.

PO 19

ONCOVID: ANÁLISE DO IMPACTO DA PANDEMIA COVID-19 NO SEGUIMENTO DO CANCRO DA MAMA NO CHUA

Daniel Bandarra⁽¹⁾; Beatriz Gonsalbez⁽¹⁾

(1) CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE

Objetivos: Estudos anteriores mostram que a pandemia de COVID-19 afetou vários sectores da saúde a nível nacional, nomeadamente no seguimento do doente oncológico. Porém ainda é necessário conhecer com maior detalhe o impacto da pandemia ao nível dos rastreios oncológicos, referência aos cuidados hospitalares e das primeiras consultas e cirurgias em determinadas zonas do país. Este estudo teve como objetivo estudar o impacto da pandemia na referência de doentes com cancro da mama para o Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA). Procurou-se também perceber se os períodos de tempo entre o pedido de referência, consulta de senologia e oncologia médica foram afetados pela pandemia. Por fim, investigou-se o impacto desta pandemia ao nível do tratamento cirúrgico no cancro da mama, nomeadamente no número de cirurgias e no tempo de espera.

Métodos: Procedeu-se a um estudo retrospectivo com todos os pacientes diagnosticados com de cancro da mama referenciados para a consulta externa de Oncologia Médica no CHUA entre Janeiro de 2019 e Dezembro de 2021. Comparou-se temporalmente a origem da referência, os tempos entre o pedido de consulta e a consulta de Senologia, Oncologia Médica e tratamento cirúrgico dos 159 pacientes identificados. Fez-se a correlação temporal das Consultas Externas com os períodos da Pandemia em Portugal de acordo com a incidência da COVID-19 no mesmo período de tempo do estudo. A significância dos resultados foi avaliada por t-teste para análises dos tempos, e chi-quadrado para análises categóricas (Estadiamento, Proveniência e Classe molecular).

Resultados: Em concordância com o panorama nacional, este estudo mostrou que a pandemia diminuiu significativamente o número de pacientes com cancro da mama referenciados para o CHUA, assim como o número de intervenções cirúrgicas realizadas. No entanto, o período de tempo entre a referência e a primeira consulta de Senologia foi significativamente menor durante a pandemia. Adicionalmente, o período de tempo entre o pedido e a consulta de Oncologia Médica também foi significativamente menor durante a COVID-19. Por outro lado, o tempo de espera entre a referência e a intervenção cirúrgica mostrou-se significativamente mais longo durante a pandemia. Por fim, o estadiamento dos pacientes com cancro da mama na referência não foi afetado pela pandemia.

Conclusão: Embora o número total de pacientes com doença oncológica tenha sido menor, o tempo de seguimento do doente oncológico no hospital foi significativamente mais célere, embora mais longo entre a referência e a intervenção cirúrgica.

PO 20

ABORDAGEM MULTIMODAL DO ADENOCARCINOMA COLO-RECTAL METASTIZADO BRAF MUTADO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLINICO

Ines Dunoés⁽¹⁾; Maria Menezes⁽¹⁾; Maria Baió⁽¹⁾; Francisco Trinca⁽¹⁾

(1) HOSPITAL ESPÍRITO SANTO-ÉVORA

Introdução: O cancro colo-rectal (CCR) é a segunda neoplasia mais diagnosticada em Portugal. A sua abordagem tem melhorado nos últimos anos e atualmente, nos casos de CCR metastizado (CCRm), é mandatário realizar o estudo das mutações KRAS/NRAS e BRAF permitindo a utilização de estratégias terapêuticas cada vez mais eficazes. No CCRm as mutações BRAF estão presentes em cerca de 12% dos doentes e conferem mau prognóstico e má resposta à quimioterapia standard. O estudo BEACON reformulou o cenário terapêutico dos doentes com CCRm BRAF mutados demonstrando o benefício do inibidor BRAF encorafenib em combinação com o receptor anti-fator de crescimento epidérmico (anti-EGFR) cetuximab.

Caso Clínico: Mulher de 69 anos, sem antecedentes de relevo, diagnosticada em maio de 2017 com adenocarcinoma do colon ascendente KRAS e NRAS não mutado e BRAF mutado. Realizou em junho colectomia subtotal laparoscópica com anastomose ileo-rectal pT3N1M0. Fez depois quimioterapia adjuvante com FOLFOX de agosto de 2017 até fevereiro de 2018. Em junho de 2019 realizou exames de reestadiamento que evidenciaram um nódulo único de 27 mm no segmento II do lobo hepático esquerdo e dúvida na existência de metástases pulmonares pelo que fez 6 ciclos de FOLFIRI. Foi depois submetida a termoablação por microondas do nódulo hepático em novembro de 2019 com resposta completa da lesão. Reiniciou em janeiro de 2020 FOLFIRI e foi adicionado o anticorpo Bevacizumab. Realizou TC TAP de reavaliação em setembro de 2021 que evidenciou micronodularidades pulmonares sobreponíveis e uma formação nodular hepática em continuidade com a loca de ablação do segmento II pelo que foi submetida, em janeiro de 2022, a hepatectomia esquerda alargada. Reiniciou depois QT com FOLFIRI e bevacizumab que manteve até março de 2022. Por aumento dos marcadores tumorais foi decidido em consulta de decisão terapêutica início de encorafenib e cetuximab que realizou durante 6 meses até final de outubro de 2022 sem toxicidade major associada. Por subida dos marcadores tumorais e TC TAP a confirmar metastização hepática difusa de novo iniciou a 27/10/22 TAS-102 e bevacizumab que mantém com boa tolerância e PS 0.

Conclusão: O presente caso ilustra uma doente com CCRm BRAF mutado com longo período de evolução, que contou com uma abordagem multimodal (tratamento sistémico, cirurgia e tratamentos locais/termoablação) apresentando uma sobrevida superior ao expectável assim como qualidade de vida sem toxicidade major associada. Apesar dos avanços importantes, os doentes com CCRm BRAF mutados continuam a ter mau prognóstico pelo que, novas estratégias terapêuticas, incluindo a imunoterapia, parecem ser promissoras.

PO 21

CARCINOMATOSE LEPTOMENÍNGEA EM NEOPLASIA DA PRÓSTATA – CASO CLÍNICO E REVISÃO DE LITERATURA

Filipa Luís Simões⁽¹⁾; Ana Fortuna⁽¹⁾; Nídia Cunha⁽¹⁾; Cidália Pinto⁽¹⁾; Joana Magalhães⁽¹⁾

(1) CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE

Introdução: A infiltração leptomeníngea ocorre em 5 a 8 % dos tumores sólidos, sendo frequentemente encontrada em neoplasia mamária, digestiva, pulmonar e melanoma. O diagnóstico é desafiante, uma vez que as manifestações clínicas são variáveis e inespecíficas. Os doentes podem apresentar cefaleias, náuseas, vômitos, alterações do estado de consciência, crises convulsivas, alterações da força e da sensibilidade e alterações da função dos pares dos nervos cranianos (particularmente no III, IV, VI, VII e VIII). O diagnóstico é efetuado por métodos imagiológicos, nomeadamente ressonância magnética cranioencefálica, e análise anatomopatológica. Ao contrário da ressonância magnética cranioencefálica, que possui sensibilidade e especificidade elevadas, a citologia de líquido possui uma baixa sensibilidade, com falsos negativos frequentes. Atualmente, as terapêuticas usadas na carcinomatose leptomeníngea têm pouca eficácia, focando-se sobretudo na quimioterapia intratecal, quimioterapia sistémica ou radioterapia. O prognóstico é desencorajador, com sobrevida média entre 2 e 6 meses. No que diz respeito à carcinomatose leptomeníngea associada à neoplasia da próstata, trata-se de uma complicação rara, que poderá vir a tornar-se mais frequente no futuro, devido ao aparecimento de novas terapêuticas, que condicionam maior sobrevivência dos doentes. O prognóstico é muito desfavorável, tendo a maioria dos doentes com neoplasia da próstata e carcinomatose leptomeníngea uma esperança média de vida de cerca de 1 mês.

Objectivos: Apresentar uma condição clínica pouco frequente na prática clínica diária, focando aspetos como o diagnóstico, terapêutica e prognóstico, tendo por base um caso clínico de vida real.

Materiais e Métodos: Estudo de doente com seguimento em Consulta Externa e Internamento de Oncologia Médica. Dados recolhidos do processo clínico na plataforma *SClinico*[®]. Revisão da literatura dirigida especificamente à carcinomatose leptomeníngea associada ao carcinoma da próstata.

Resultados: Caso clínico de um homem de 64 anos, diagnóstico de carcinoma da próstata em Maio de 2021, Gleason 10 e estadio IV ao diagnóstico (metastização ganglionar, pulmonar e óssea). De acordo com os resultados do estudo STAMPEDE, iniciou Docetaxel associado a bloqueio andrógeno completo e bifosfonatos, com melhoria transitória do valor do Antígeno Prostático Específico (PSA). Realizou um total de 10 ciclos de QT com controlo algico e resposta transitória do PSA. Apresentou rápida progressão clínica e imagiológica com evidência de invasão medular a condicionar pancitopenia e necessidade de suporte transfusional frequente.

Face ao rápido agravamento, interpretado como crise visceral, foi tratado novamente com Docetaxel. Realizou mais 4 ciclos, interrompidos por agravamento clínico neurológico (paresia facial periférica, alterações da marcha, diplopia, cefaleias e crises convulsivas). Procedeu-se ao internamento para estudo do quadro apresentado, tendo-se comprovado imagiologicamente infiltração leptomeníngea, em provável relação com neoplasia conhecida, apesar de o líquido cefalorraquidiano ter sido negativo para células neoplásicas. O doente faleceu 2 semanas depois (Out/2022).

Discussão: O caso clínico apresentado trata-se de um carcinoma da próstata altamente agressivo, no entanto com a Quimioterapia conseguiu-se um razoável controlo de doença com uma sobrevida de 15 meses (sobreponível ao descrito na literatura[CMSP1]). Foram ponderadas terapêuticas-alvo, nomeadamente inibidores da PARP (*poli-ADP ribose polimerase*), mas o doente não possuía mutação BRCA, não sendo por isso candidato a esta terapêutica. A progressão bioquímica com valores crescentes de PSA associou-se a uma progressão sintomática a nível ósseo, com queixas algícas crescentes e a nível do sistema nervoso central, com carcinomatose leptomeníngea. Várias modalidades de tratamento foram ponderadas para melhorar os sinais e sintomas de carcinomatose leptomeníngea, desde logo palição com fármacos analgésicos, antieméticos e anticonvulsivantes. Foi proposta radioterapia holocraniana, em detrimento de quimioterapia intratecal, devido ao desconforto associado às punções lombares, às quais o doente preferia não ser submetido. Infelizmente, o agravamento clínico foi rapidamente progressivo, tendo o doente falecido em menos de 2 semanas após o diagnóstico de carcinomatose leptomeníngea e em menos de 2 anos após o diagnóstico oncológico inicial.

Conclusões: O carcinoma da próstata é uma doença muito heterogénea. O caso clínico apresentado representa uma doença altamente agressiva, associada a um score de Gleason superior a 8, que dita à partida um pior prognóstico. A infiltração leptomeníngea é uma consequência rara, mas fatal, já que as terapêuticas preconizadas têm pouca eficácia no controlo da doença. Assim sendo, os autores apresentam este caso clínico para realçar a heterogeneidade da neoplasia da próstata em estágio IV com sobrevivências muito variáveis. Apesar das novas terapêuticas disponíveis (HT 2ª geração, Inibidores da PARP), a Quimioterapia (associado a bloqueio androgénico) mantém um papel central no controlo desta doença.

PO 22

ABORDAGEM TERAPÊUTICA NO CANCRO DA CABEÇA E PESCOÇO: EVIDÊNCIA DE VIDA REAL

Diogo J. Silva⁽¹⁾; Catarina Fernandes⁽¹⁾; Mafalda Costa⁽¹⁾; Alexandra Mesquita⁽¹⁾; Matilde Salgado⁽¹⁾

(1) UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, S.A

Introdução: O paradigma do tratamento dos carcinomas da cabeça e pescoço evoluiu ao longo dos últimos anos, fruto dos avanços nas terapêuticas loco-regionais, do aumento da incidência de doença oligometastática na população HPV positiva e do impacto na sobrevida das novas terapêuticas sistêmicas para a doença metastática. O presente trabalho visa avaliar a abordagem terapêutica dos carcinomas da cabeça e pescoço num Serviço de Oncologia Médica ao longo dos últimos cinco anos.

Métodos: Análise descritiva retrospectiva, unicêntrica, da abordagem terapêutica de doentes diagnosticados com carcinoma da cabeça e pescoço entre janeiro/2018 e dezembro/2022. Definidos como objetivos principais a descrição das estratégias terapêuticas loco-regionais e sistêmicas utilizadas e como objetivos secundários a sobrevida global, sobrevida livre de progressão após primeira e segunda linha de tratamento sistémico paliativo.

Resultados: Durante o período de 5 anos foram diagnosticados 147 doentes, distribuídos entre 127 (86%) doentes do sexo masculino e 20 (14%) doentes do sexo feminino. Idade mediana de 61 (32-87) anos com ECOG *performance status* mediano de 1 (0-4). Quanto à localização anatómica, 88 (59%) carcinomas da laringe, 32 (22%) da faringe, 10 (7%) da amígdala, 6 (4%) da cavidade oral e 9 (6%) outras localizações. O subtipo histológico mais comum foi o carcinoma epidermóide ($n=134$; 91%). Ao diagnóstico, 129 (88%) doentes propostos para terapêutica radical, 9 (6%) para terapêutica sistémica paliativa e 9 (6%) para melhores cuidados de suporte. Relativamente à terapêutica radical, 72 (55%) doentes submetidos a cirurgia, 47 (36%) a quimiorradioterapia, 6 (5%) a radioterapia e 4 (3%) a quimioterapia de indução seguida de quimiorradioterapia. O esquema radiosensibilizante mais utilizado foi cisplatino de alta dose ($n=36$; 77%), seguido de cetuximab ($n=9$; 19%). Os esquemas de quimioterapia de indução utilizados consistiram em docetaxel 75mg/m², cisplatino 75mg/m², cetuximab 250 mg/m² ($n=2$; 50%) ou docetaxel 75mg/m², cisplatino 75 mg/m², 5-fluorouracilo 750mg/m² ($n=2$; 50%). Trinta e sete (25%) doentes submetidos a tratamento sistémico paliativo, 26 (70%) após recidiva de doença. O esquema mais comum em primeira linha foi a combinação de Platino (carbo ou cis), 5-fluorouracilo 1000mg/m² e cetuximab 250 mg/m² ($n=17$; 65%), tendo 1 (3%) doente sido submetido à associação de Platino (carbo ou cis), 5-Fluorouracilo, Pembrolizumab e 1 (3%) a monoterapia com Pembrolizumab. Em segunda linha paliativa, o esquema mais comum foi nivolumab ($n=10$; 27%) e em terceira linha paclitaxel ($n=3$; 8%). A população global analisada apresentou sobrevida global de 48 (1-80) meses.

O subgrupo de doentes submetidos a tratamento sistémico paliativo apresentou sobrevida global de 21 meses (3-80), com uma progressão livre de doença mediana de 9 (1-19) meses para primeira linha paliativa e uma progressão livre de doença mediana de 5 (1-51) meses para segunda linha paliativa.

Discussão: Ao contrário da doença metastática, a abordagem terapêutica da doença em estadio precoce e localmente avançada manteve-se inalterada ao longo dos últimos anos. A análise da população reflete esta realidade, sendo a cirurgia com intuito radical a principal opção nos estadios precoces e a quimiorradioterapia com intuito radical na doença localmente avançada. Por outro lado, a análise da população com doença metastática ilustra a evolução terapêutica e a relevância crescente da imunoterapia. O principal protocolo utilizado em primeira linha consistiu no esquema de Platino, 5-fluorouracilo e cetuximab, baseado no impacto na sobrevida global mediana demonstrado no ensaio clínico fase III EXTREME. A sobrevida livre de progressão de 9 meses aproxima-se dos 10 meses reportados, refletindo a vantagem observada no ensaio. Mais recentemente, a evidência demonstrada no ensaio KEY-NOTE-048 serviu de base para a incorporação de Pembrolizumab associado a Platino e 5-fluorouracilo ou monoterapia com Pembrolizumab para doentes com CPS \geq 1. Quanto à segunda linha paliativa, o predomínio da utilização de Nivolumab reflete a evidência do ensaio clínico de fase III CheckMate 141, tendo a sobrevida livre de progressão sido superior ao reportado (5 meses *versus* 2 meses).

Conclusão: O presente trabalho reflete as recentes mudanças no algoritmo terapêutico de doentes com carcinoma epidermóide metastático da cabeça e pescoço, confirmando que o benefício da imunoterapia demonstrado em contexto de ensaio clínico se traduz em benefício clínico na população de mundo real.

PO 24

GLIOMA ASTROCITÁRIO E A PERTINÊNCIA DE UM DIAGNÓSTICO CÉLERE: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Filipe Veiga⁽¹⁾; Nadine Almeida⁽¹⁾; Yolanda Martins⁽¹⁾; Áurea Lima⁽¹⁾; Sara Pinho Moreira⁽¹⁾

(1) HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO, E.P.E.

Introdução

Os gliomas constituem 30% dos tumores do sistema nervoso central e 80% dos tumores malignos cerebrais. O principal fator de risco é a exposição à radiação ionizante e as manifestações clínicas mais comuns são cefaleias, convulsões e défices neurológicos focais. Cerca de 19% dos gliomas são astrocitomas. A taxa de sobrevivência aos 5 anos de um astrocitoma de alto grau ronda os 27%.

Objectivos

Caso clínico de glioma astrocitário de alto grau de apresentação clínica inicial com quadro de vertigens.

Material e métodos

Análise descritiva de um caso clínico através da consulta do processo clínico e revisão da literatura.

Resultados

Trata-se de um homem de 51 anos, ECOG PS 0, com antecedentes de síndrome depressiva (medicado habitualmente com escitalopram e alprazolam), que recorreu ao serviço de urgência (SU) em maio/2022 por vertigens, sem outros sintomas associados e/ou achados de relevo ao exame objetivo/neurológico. A tomografia computadorizada (TC) cerebral (sem contraste) não apresentou alterações. Após vigilância no SU, onde permaneceu assintomático, o doente teve alta clínica com o diagnóstico de exclusão de «síndrome vertiginosa periférica». Quatro meses depois, recorreu ao SU por quadro com 2 semanas de evolução de vertigens, associadas a cefaleia occipital direita, fotofobia e visão turva bilateral. No exame neurológico, apresentou dismetria à esquerda nas provas dedo-nariz e joelho-calcanhar e marcha com latero-pulsão e desequilíbrio esquerdos, sem outras alterações. Repetiu TC cerebral, relatando-se «hipodensidade na vertente inferior esquerda e medial do hemisfério cerebeloso, envolvendo lesão captante com 2.8*2 cm, de provável natureza neoplásica». Foi internado no serviço de Medicina Interna (SMI), tendo realizado RM cerebral, onde se documentou «lesão expansiva no pedúnculo cerebeloso médio esquerdo, com extensão ao tronco cerebral, exercendo efeito de massa com redução das dimensões do IV ventrículo, esbatimento dos sulcos e redução de amplitude da cisterna ponto-cerebelosa, alterações sugestivas de lesão primária de série glial». Realizada biópsia em outubro/2022, revelando «glioma de grau 4 com fenótipo astrocitário», com necessidade de «shunt» ventrículo-peritoneal após episódio de hidrocefalia aguda obstrutiva, complicado com afundamento do estado de consciência subagudo.

O doente veio a falecer no contexto de intercorrência infecciosa respiratória em novembro/2022.

Discussão

Dado o mau prognóstico e a evolução desfavorável abrupta dos gliomas de alto grau, impõe-se a necessidade de um diagnóstico precoce. O ponto fulcral da abordagem diagnóstica passa pela identificação e valorização da apresentação clínica inicial, particularmente no caso de manifestações clínicas menos típicas, como retratado neste caso.

Conclusões

O rápido encaminhamento para os centros de referência é um fator importante na redução da mortalidade e complicações associadas aos gliomas de alto grau.

PO 25

CONSULTA DE RISCO FAMILIAR - A EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL PERIFÉRICO

Ana Catarina Pereira Dias⁽¹⁾; Carolina Carvalho⁽¹⁾; Alexandra Teixeira⁽¹⁾; Camila Coutinho⁽¹⁾

(1) HOSPITAL SENHORA DA OLIVEIRA - GUIMARÃES

Introdução: O cancro hereditário representa cerca de 10% de todos os cancros e cerca de 20% dos doentes oncológicos têm história familiar de cancro. Os portadores de mutações patogénicas associados ao cancro hereditário têm um maior risco de desenvolvimento de múltiplas neoplasias, cancros mais raros e patologia em idades mais jovens. Os avanços tecnológicos têm permitido não só a descoberta de um maior número de genes como uma maior disponibilidade de exames para deteção dos mesmos em contexto clínico, assim como melhor aconselhamento e seguimento destes doentes, de acordo com as *guidelines* atuais. Os serviços de genética estão sobrecarregados, não conseguindo dar resposta atempada, nem realizar o acompanhamento/vigilância destes doentes. Deste modo, surgiu a necessidade da criação da consulta especializada em risco familiar. A parceria ocorreu entre o serviço de Genética do Hospital de Braga e o serviço de Oncologia de Guimarães. O objetivo foi permitir identificar um maior nº de doentes, diagnosticar mais cedo no decurso da doença, permitindo uma melhor vigilância e realização de cirurgias modificadoras de risco, assim como a referenciação dos familiares diretos destes doentes.

Objectivos: Caracterização dos doentes seguidos em Consulta de Risco Familiar, ao longo dos primeiros 18 meses de experiência.

Material e métodos: Análise descritiva e retrospectiva dos registos da Consulta de Risco Familiar do Serviço de Oncologia do Hospital da Senhora da Oliveira – Guimarães, entre Junho de 2021 e Dezembro de 2022, através do SClínico®. A análise estatística dos dados foi realizada através do programa Microsoft Excel®.

Resultados: Desde a criação da consulta de Risco Familiar, foram identificados 31 doentes, dos quais 90,3% (n=28) são mulheres e 9,7% (n=3) são homens, com uma idade média de 50 anos à data do diagnóstico oncológico e 54,3 anos à data da referenciação e com um intervalo médio de 4 anos e 4 meses entre a data de diagnóstico e a data de referenciação a consulta. Dos doentes observados, a maioria tinha como diagnóstico primário neoplasia da mama – 77,4% (n=24), seguido do adenocarcinoma da próstata – 9,7% (n=3) e adenocarcinoma do cólon – 9,7% (n=3) e, por último, 3,2% (n=1) correspondente a neoplasia do ovário. Importa também salientar que cerca de 12,9% (n=4) tinham também 1 diagnóstico secundário oncológico. Dentro das mutações detetadas, a mais frequente foi a da família BRCA (*Breast Cancer genes*), com cerca de 38,7% tendo mutações BRCA 2 (n=12) e 3,2% (n=1) BRCA 1, sendo a mais prevalente a mutação BRCA2 c.7975A>G p.(Arg2659Gly) em cerca de 19,4% (n=6) dos doentes. Não foi detetada a presença da mutação fundadora portuguesa c.156_157insAlu. Relativamente ao local da neoplasia primária, 35,5% (n=11) correspondiam a cancro da mama, 6,4% (n=2) a adenocarcinoma da próstata e

3,2% (n=1) a adenocarcinoma do cólon. A segunda mutação mais frequentemente identificada foi a de CHEK2 (*checkpoint kinase 2*) em 25,8% (N=8%) dos doentes, correspondendo em 6,4% (n=2) dos doentes a adenocarcinoma do cólon e em 19,4%(n=6) a neoplasia da mama. A mutação ATM (*ataxia-telangiectasia mutation*) esteve presente em cerca de 16,1% (n=5) dos doentes observados, correspondendo a neoplasia da mama em 12,9% (n=4) dos casos e a adenocarcinoma da próstata em 3,2% (n=1). Foram também detetados parálogos de RAD51, nomeadamente RAD51C e RAD51D, ambos identificados em 6,4% (n=4) dos doentes, com presença de neoplasia da mama em 9,7% (n=3) e 3,2% (n=1). Por último, foi também identificado numa doente com neoplasia da mama a mutação BARD1 (*BRCA1-associated RING domain 1*). Relativamente a cirurgias modificadoras de risco, cerca de 22,6% (n=7) dos doentes foram submetidas a cirurgia modificadora de prognóstico (quando identificada indicação formal), sendo que 6,2% (n=2) dos doentes recusaram formalmente a sua realização e 9,7% (n=3) dos doentes estão a aguardar a sua concretização. Dos doentes com mutação patogénica identificada, dois estão a realizar terapêutica com inibidores da PARP em contexto paliativo (mutação no BRCA 2 e RAD51C).

Conclusões: A existência de uma consulta especializada dedicada ao cancro hereditário permitiu a identificação dos doentes portadores de mutação patogénica e em maior nº, assim como o seu acompanhamento/vigilância personalizada com estratégias modificadores de risco, e ainda a referenciação de familiares diretos para a consulta de Genética. Este tipo de consulta permitiu também contribuir para um melhor mapeamento genético da população abrangida pela área de influência do hospital em questão, o que poderá ter implicações clínicas futuras. Contudo, os resultados obtidos são ainda pouco representativos dado o início recente da atividade da Consulta de Risco familiar e o pequeno número de doentes identificados até à data. Num futuro próximo pretende-se fazer a vigilância dos familiares com mutação patogénica identificada que, neste momento, nesta região do país não são acompanhados em contexto hospitalar.

Diana Leite Russo⁽¹⁾; Diogo Lobo⁽²⁾; Eduardo Eiras⁽²⁾**(1) INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA PORTO****(2) UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, S.A**

Introdução

Os linfomas B difusos de grandes células (LBDGC) são o tipo mais comum de linfoma, representando cerca de 30% de todos os casos de linfoma não Hodgkin (LNH), geralmente com linfadenopatias progressivas e/ou doença extranodal à apresentação, sendo uma doença naturalmente muito heterogênea.

Linfomas indolentes podem-se apresentar com linfadenopatias com vários anos de evolução, enquanto doença agressiva geralmente se caracteriza por sintomas B como perda de peso, hipersudorese e febre, estes últimos mais associados ao LBDGC.

Algumas manifestações menos comuns podem ser ascite, efusões, prurido e mal-estar inespecífico, dependendo da localização da doença primária.

Este caso descreve um jovem adulto com toracalgia como apresentação inicial de linfoma.

Caso Clínico

Doente do sexo masculino, 19 anos, com antecedentes de doença de Crohn medicada com infliximab e asma na infância, para além de múltiplas idas a serviços de urgência (SU) de hospitais centrais nos dois meses prévios, todas elas por toracalgia de características pleuríticas, tendo alta com medicação sintomática. Numa das idas referia também uma tumefação torácica dolorosa, na região esternal, tendo alta com indicação para estudo em ambulatório, sendo interpretadas queixas em contexto osteoarticular.

Este doente recorre novamente ao SU do nosso hospital por manutenção de toracalgia na região do manúbrio esternal com cerca de 2 meses de evolução que agravava com mobilização, associadamente com astenia, dispneia e mal estar inespecífico com 2 semanas de evolução. Negava história de traumatismo e qualquer outra sintomatologia.

Foi realizado estudo analítico que não tinha qualquer alteração de relevo. Tendo em conta tumefação torácica, fez ainda ecografia musculoesquelética que documentou uma lesão expansiva sólida nos planos profundos da vertente esternal direita, realizando tomografia computadorizada do tórax que demonstrou uma massa sólida heterogênea no terço médio do esterno, de contornos lobulados, com 88x47mm nos planos axiais, associada a destruição óssea, sendo colocada como hipótese diagnóstica neoplasia, tendo sido o doente internado em enfermaria de Medicina Interna para estudo.

No internamento realizou ressonância magnética a destacar volumosa massa de 82x44x77mm de aspeto sólido com áreas de captação a sugerir provável necrose, com contornos lobulados, com importante componente de partes moles, estendendo-se para os espaços intercostais anteriores com invasão dos músculos do grande peitoral e para a gordura paracardíaca anterior, infiltrando a medula óssea do esterno, existindo como hipótese mais provável linfoma primário do osso.

Perante estes achados realizou biópsia da lesão supracitada que revelou uma neoplasia com características de linfoma difuso de grandes células B, sendo encaminhado para consulta externa de Hematologia, tendo posteriormente iniciado tratamento com R-CHOP.

Discussão

O linfoma é um dos cancros mais frequentemente diagnosticados em adolescentes e jovens adultos. No entanto, apesar de o linfoma de Hodgkin ter taxas de cura de 90%, quando falamos em LNH como é o caso do LBDGC, o *outcome* tende a ser semelhante ao que acontece com adultos mais velhos, tendo benefício nos novos avanços terapêuticos como é o caso de imunoterapias, necessitando sempre de uma gestão personalizada.

Este caso clínico demonstra uma apresentação menos típica do LBDGC num doente em idade jovem, realçando a necessidade de valorizar a sintomatologia referida pelos doentes e a importância de uma história clínica e exame objetivo completos, aliados a um alto índice de suspeição em casos de apresentações atípicas de doenças comuns.

PO 28

INVASÃO HEPÁTICA POR LINFOMA

Diana Leite Russo⁽¹⁾; Bruno Soares⁽¹⁾; Mariana Lobo⁽²⁾; P. Ricardo Pereira⁽²⁾; Eduardo Eiras⁽²⁾

(1) INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA PORTO

(2) UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, S.A

Introdução

Os linfomas constituem a 5ª neoplasia mais comum no mundo bem como a 5ª causa de mortalidade por cancro no Ocidente, caracterizando-se por uma proliferação clonal de células B, T ou NK, nos diferentes estádios de maturação.

Nos casos de Linfoma Não Hodgkin (LNH), a expansão é feita por via hematogénea para locais não contíguos, estando a doença extranodal frequentemente presente ao diagnóstico, nomeadamente a nível abdominal. Os linfomas primários hepáticos são raros contudo a invasão linfomatosa do fígado pode estar presente até 40% dos casos de LNH.

Para além de mais comum, o LNH está associado a idades mais avançadas e progressão de forma menos contígua, podendo-se espalhar por diversos sistemas no organismo.

Este caso expõe um achado imagiológico de invasão linfomatosa hepática.

Caso Clínico

Doente do sexo masculino, 81 anos, com múltiplos antecedentes nomeadamente diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, tabagismo passado e cardiopatia isquémica, destacando-se também antecedentes de linfoma B difuso de grandes células ao diagnóstico em estadio IV (com massa *bulky* peritoneal) com diagnóstico em 2017. A realçar múltiplos tratamentos prévios e sucessivas progressões da doença, entre os quais R-Bendamustina+ CVP (ciclofosfamida, vincristina, prednisona), radioterapia, com último ciclo de ciclofosfamida paliativa em baixa dose em Junho de 2022.

Em Novembro de 2022 é internado em enfermaria de Medicina Interna, por urossépsis com bacteriemia a *Klebsiella* multirresistente, cumprindo esquema de antibioterapia ajustados ao TSA.

Por persistência de elevação dos parâmetros inflamatórios, realizou TC-TAP no qual se destacavam várias lesões nodulares hepáticas em ambos os lobos, as maiores com 47mm e 35mm, tendo-se colocado como principal hipótese a de serem abscessos hepáticos.

Neste contexto, foi submetido a biópsia aspirativa das lesões hepáticas supracitadas por radiologia de intervenção, com anatomia patológica das mesmas a demonstrar envolvimento por Linfoma difuso de grandes células B, CD20+.

De realçar que apesar do confundidor da infeção por *Klebsiella*, o doente não tinha queixas sistémicas como hipersudorese ou perda de peso nem alterações da enzimologia hepática.

Tendo em conta os antecedentes e estado geral do doente, optou-se por não tratar as lesões hepáticas linfomatosas, mantendo-se o doente em tratamento com antibioterapia para a urossépsis que motivou internamento inicial.

Discussão

Estão descritos casos de invasão hepática por lesões secundárias linfomatosas, principalmente quando se trata de Linfoma Não Hodgkin como é o caso do LBDGC. No entanto, geralmente associam-se a "sintomas B", náuseas e alterações das enzimas hepáticas.

No caso reportado não se objetivaram sintomas compatíveis com doença hematológica, tendo a invasão linfomatososa do fígado sido um achado imagiológico inicialmente assumido em contexto infeccioso, que posteriormente se demonstrou tratar de lesões linfomatosas secundárias.

Este caso demonstra a necessidade de uma suspeição diagnóstica aquando dos achados imagiológicos que apesar de o contexto do doente poder sugerir um quadro em específico, devem ser tidos em conta diagnósticos menos comuns que se possam enquadrar nos antecedentes do doente, realçando também a importância dos estudos anatomo-patológicos nestes casos.

PO 30

METORRAGIA PÓS-MENOPAUSA - UM CASO DE METASTIZAÇÃO VAGINAL EM CANCRO DO CÓLON

Ana Catarina Pereira Dias⁽¹⁾; João Martins⁽¹⁾; Ana Barbosa⁽¹⁾; Joana Mendonça⁽¹⁾; Alexandra Teixeira⁽¹⁾; Camila Coutinho⁽¹⁾

(1) HOSPITAL SENHORA DA OLIVEIRA - GUIMARÃES

Introdução: O cancro colorretal é o tipo de cancro com maior prevalência e incidência assim como o 2º com maior mortalidade em Portugal – cerca de 20% têm metástases síncronas ao diagnóstico e 25% dos casos com doença localmente avançada irão evoluir para doença à distância. Os locais de metastização mais comuns são o fígado, peritoneu, pulmão e gânglios linfáticos. As metástases vaginais secundárias ao cancro colorretal são raras e, quando presentes, são indicadoras de mau prognóstico. A recidiva ocorre habitualmente por 1 de 3 vias: a mais comum, por invasão locorregional, seguida da via linfovascular e da disseminação hematogénica. Dependendo do status do doente e da presença de doença à distância noutras localizações, as opções terapêuticas poderão passar por terapêutica cirúrgica, radioterapia ou terapêutica sistémica, não estando, no entanto, estandardizadas dada a raridade desta apresentação.

Caso Clínico: Mulher de 58 anos, caucasiana, sem antecedentes prévios pessoais ou familiares de relevo, ECOG 0, com clínica com cerca de 1 ano de evolução de dor abdominal nos quadrantes superiores, obstipação e perda ponderal de 13% - realizou colonoscopia com evidência de lesão a nível do cólon direito, compatível com adenocarcinoma, tendo sido encaminhada para a consulta de oncologia médica. No TC-TAP de estadiamento inicial com relato de "(...)volumosa lesão tumoral no colon direito, numa extensão de 6 cm, com uma espessura de cerca de 10mm, associando-se densificação da gordura envolvente, individualizando-se pequenas estruturas ganglionares envolventes(...)". Foi submetida a hemicolecotomia direita, com diagnóstico anátomo-patológico de "adenocarcinoma de baixo grau (G2) do cego, circunferencial e estenosante, com 7 cm, que infiltra o tecido adiposo. Invasão linfovascular e perineural. Doença metastática em 9 dos 24 gânglios linfáticos. Depósitos tumorais. Margens de ressecção cirúrgica sem infiltração tumoral.", com estadiamento pT3N2bM0, tendo iniciado quimioterapia adjuvante com esquema FOLFOX. Recorreu à consulta de oncologia médica por queixas de incontinência urinária e metrorragias ocasionais, tendo sido encaminhada para consulta de Ginecologia. Ao exame ginecológico foi detetada uma formação endurecida friável no terço inferior ântero-lateral esquerdo da vagina, com cerca de 4 cm, tendo sido submetida a biópsia com descrição de "(...) estruturas neoplásicas epiteliais malignas de adenocarcinoma. Perfil imunohistoquímico: positivas para citoqueratina 20, CEA, CDX2 e P16; negativas para citoqueratina 7, receptores de estrogénio e progesterona e TTF-1. Este perfil favorece fortemente estar-se perante metástase/envolvimento secundário da parede da vagina pelo adenocarcinoma do cólon previamente diagnosticado e tratado." Foi pedida RM pélvica

com relato de "(...) no terço inferior da vagina, na parede anterior e lateral direita identifica-se imagem moderadamente hipertensa em T2, com cerca de 3.5cm e maior diâmetro axial e uma extensão longitudinal de 2.8cm, em relação com a formação tumoral referida na informação clínica. (...)". Posteriormente foi pedido TC-TAP para re-estadiamento, de que se destaca: "(...) no lobo inferior esquerdo, identifica-se imagem nodular com cerca de 9mm, pericisural, registando-se uma outra basal à direita com 11mm, não evidentes em estudo prévio, achados que no atual contexto poderão traduzir a presença de lesões secundárias (...)". A pesquisa de mutações teve como resultado RAS *wild-type* e mutação BRAF V600. O caso foi discutido em consulta de grupo multidisciplinar e, dado tratar-se de metastização irrissecável, foi proposta para terapêutica sistêmica com duplete de fluoropirimidina, associada a bevacizumab, com proposta de terapêutica com cetuximab em associação a encofenib na progressão da doença. A doente realizou 16 ciclos de FOLFIRI + anti-VEGFR, tendo sido descalada para terapêutica de manutenção com fluoropirimidina em monoterapia + bevacizumab, tendo completado até ao momento 11 ciclos. A doente apresenta-se de momento com doença estável, ECOG 0, com melhoria significativa das queixas uroginecológicas e sem toxicidade associada à terapêutica sistêmica.

Conclusões: A recidiva vaginal à distância no adenocarcinoma do cólon é rara e poderá passar despercebida nos exames habituais de vigilância, requerendo um elevado grau de suspeição clínica através da história clínica e do exame objetivo. Apesar de pior prognóstico, este caso demonstra um exemplo de boa tolerância ao tratamento sistêmico e com um ótimo controlo da doença. A decisão terapêutica num doente metastizado, sem possibilidade de ressecabilidade, deverá ter em conta a condição clínica do doente com optimização de uma estratégia *continuum of care*, de acordo com fatores moleculares prognósticos e preditivos.

PO 32

PROSTATE SBRT: AN INSTITUTIONAL REPORT FROM 8 YEARS' EXPERIENCE

Flavia Machado Fernandes⁽¹⁾; André M. Pires⁽¹⁾; Bárbara Castro⁽¹⁾; Carla Castro⁽¹⁾; Joana Gonçalves⁽¹⁾; Tiago Ramos⁽¹⁾; Carolina Ferreira⁽¹⁾; Ângelo Oliveira⁽¹⁾

(1) INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA PORTO

Purpose: In the last few years, the initial approach of localized prostate cancer with SBRT has been increasing. It is an effective minimally invasive technique with limited acute toxicities described. Long-term results and toxicities are being reported and prognostic factors remain under study.

Methods: The selection criteria included low and intermediate risk prostate cancer patients treated with curative intent using SBRT at our institution. Data from consecutive patients were retrospectively collected from June 2013 to June 2021. Descriptive methods were used for demographic and clinicopathological characteristics. PFS and OS were assessed using univariate and multivariate Cox regression models, the ROC curve was used to set classifications thresholds and the Kaplan-Meier model to estimate survivals.

Results: 56 men, with performance status 0-1, were selected. The median age was 66.5 years old. Eligible patients included cT1-2cNOM0 prostate adenocarcinoma with ISUP grade groups 1 to 3. The median pre-SBRT PSA value was 7.08ng/mL and the median IPSS score before treatment was 3. By Roach Formulas, mean seminal vesicles and lymph node risk involvement were 15.6% and 13.02%, respectively. Only 5.4% (n=3) of patients received androgen deprivation therapy.

Majority of patients (n=43) irradiated the prostate and all others irradiated prostate and seminal vesicles. The mean volume treated had 96.5cm³ (46.2-221.3 cm³). All patients received 36.25Gy in 5 fractions, every other day, with urethra sparing (PRV urethral: 32.5Gy) and endorectal balloon techniques. Mean D2% and D98% were 38.34Gy and 33.92Gy. There were no grade 3 or higher urinary and intestinal acute toxicities described. All late side effects reported were mild.

The first post-treatment PSA (evaluated 4 to 6 months after SBRT) had a median of 2.53 ng/mL. Median PSA nadir was 0.51 ng/mL. Initial PSA (≤ 10 ng/mL vs >10 ng/mL) showed a tendency to significance in univariate analysis ($p=0.08$). The univariate analysis also revealed the first PSA after SBRT as a prognostic factor ($p=0.015$; 95% IC 1.13-3.03), confirmed in multivariate analysis (HR: 30.54; IC 1.22-763.66). ROC curve showed the first PSA after SBRT ≤ 4 ng/mL as the threshold value.

After a median follow-up of 29.5 months (7-101 months), there were 5 biochemical recurrences detected, one of them biopsy proven. The 5-year PFS was 70.9% and the median PFS wasn't reached. All patients were alive at the end of the study.

Conclusion: SBRT is an efficient treatment for clinically localized prostate cancer which results in a high 5-year biochemical PFS with low toxicity rates. The value and kinetics of PSA after SBRT could be an important prognostic factor, but more robust studies are needed to demonstrate this finding.

PO 33

O DESAFIO DE PALIAR - CANCRO COLORRETAL COM METASTIZAÇÃO UMBILICAL

Alexandra Guedes⁽¹⁾; Andreia Capela⁽¹⁾; Maria Castelo Branco⁽¹⁾; Joana Marinho⁽¹⁾; Raquel Basto⁽¹⁾; Sandra Silva⁽¹⁾; Joana Cabral⁽¹⁾

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

INTRODUÇÃO: O cancro colorretal (CCR) é o terceiro cancro mais frequente a nível mundial e a segunda causa de morte por cancro. Cerca de 15 a 30% dos doentes apresentam metastização ao diagnóstico e 20 a 50% apresentam-na ao longo do follow-up. O nódulo de *Sister Mary Joseph* representa metastização umbilical de um primário abdomino-pélvico avançado, consequência de disseminação cutânea direta, linfática, hematogénica ou através de estruturas remanescentes do úraco. É um evento incomum, acontecendo em apenas 1-3% destas neoplasias, e associa-se a mau prognóstico.

OBJETIVO: Análise descritiva de um caso clínico de um doente com adenocarcinoma do cólon com metastização umbilical.

MATERIAL E MÉTODOS: Foi efetuada a recolha de dados e análise retrospectiva do processo clínico do doente, proveniente da nossa instituição hospitalar.

RESULTADOS: Homem de 51 anos de idade diagnosticado em Novembro de 2018 com adenocarcinoma do cólon sigmóide em contexto de estudo de retorragias, estadiado clinicamente como cT2N0M0. Tinha antecedentes de hipertensão arterial não medicada e apresentava história familiar de adenomas e cancro colorretal e, após encaminhamento para consulta de Genética, acabou por ser o caso índice de polipose adenomatosa familiar na família. Foi submetido a hemicolecotomia em Setembro de 2019, tendo o resultado histológico revelado adenocarcinoma - pT4N1b(2/22) M0 R0, sem instabilidade de microssatélites, KRAS mutado. Foi proposto para tratamento adjuvante com 6 meses de FOLFOX (14/14 dias). Ao 7º ciclo, apresentou reação de hipersensibilidade G2 a oxaliplatina, pelo que os restantes ciclos foram realizados sob protocolo de dessensibilização. Por neuropatia periférica G2 após o penúltimo ciclo, foi iniciada duloxetine e houve necessidade de redução de platino para 75% da dose total. Em Fevereiro de 2021, em TC de vigilância, objetivada recidiva sob a forma de carcinomatose peritoneal e metastização ganglionar, continuando sem sintomas e com óptimo *status* funcional. Iniciou tratamento com FOLFIRI+bevacizumab (14/14 dias), do qual cumpriu 21 ciclos. Após 5 meses de tratamento, desenvolveu hipertensão arterial G2, com necessidade de introdução de terapêutica anti-hipertensora tripla. Perante doença estável, ficou sob tratamento de manutenção com capecitabina+bevacizumab (21/21 dias). Em Maio de 2022, surge na consulta com dor abdominal 6/10 e, à observação, um nódulo de *Sister Mary Joseph* e múltiplos nódulos endurecidos na parede abdominal. A TC confirmou metastização

umbilical, implantes cutâneos na parede abdominal, derrame pleural bilateral e ascite de pequeno volume. Foi iniciado tratamento de 2ª linha com FOLFOX+bevacizumab (14/14 dias) sob protocolo de dessensibilização e analgesia com fentanilo TD 50 µg/h. Três meses depois, apresentava agravamento progressivo da dor abdominal, dispneia para pequenos esforços e sinais de infecção do implante umbilical, tendo sido realizada antibioterapia empírica, radioterapia anti-álgica à região umbilical e rotação de opióide para hidromorfona. Assumida progressão hepática e óssea, foi proposta 3ª linha terapêutica com trifluridina/tipiracilo (28/28 dias), a qual foi interrompida após 2 ciclos por intercorrência infecciosa e agravamento do estado geral. Iniciou seguimento por Cuidados Paliativos em Outubro de 2022 e manteve seguimento paliativo domiciliário, vindo a falecer em Dezembro de 2022 no seu lar, rodeado pelos seus, respeitando o seu desejo previamente manifestado.

DISCUSSÃO: Apesar da incidência do CCR estar a aumentar, a mortalidade tem vindo a diminuir e os sobreviventes de CCR representam agora o terceiro maior grupo de sobreviventes de cancro no Ocidente. O *standard-of-care* do CCR estadio III é a quimioterapia adjuvante à base de fluoropirimidina e oxaliplatino. Cerca de 80% das recidivas ocorrem nos primeiros 3 anos, tal como foi observado neste caso. O perfil de toxicidade neurológica dos agentes à base de platino pode ser dose-limitante. Por outro lado, as reacções de hipersensibilidade podem também constituir um desafio ao oncologista e implicar uma abordagem multidisciplinar. No contexto metastático, a adição de oxaliplatina ou irinotecano à fluoropirimidina aumenta a sobrevida, e a escolha entre eles (ou eventualmente de triplete) depende, entre outros fatores, do perfil de toxicidade observado previamente. A adição do inibidor do VEGF ao FOLF-IRI aumenta também a sobrevida, contudo, os efeitos secundários cardiovasculares condicionam um acompanhamento apertado. A metastização umbilical e cutânea são eventos raros, podendo constituir eventual foco de infecção e um desafio na gestão da dor, para a qual a radioterapia antiálgica desempenhou um papel fundamental. O facto da nossa área geográfica dispor de uma rede de cuidados paliativos da comunidade melhora substancialmente o acompanhamento e a palição dos sintomas, tendo impacto positivo não só no doente, como nos familiares.

CONCLUSÃO: O CCR pode apresentar locais de metastização atípica; a gestão da dor e os cuidados paliativos assumem talvez um papel ainda mais importante em casos como este.

PO 35

CARCINOMA ESPINOCELULAR DA CONJUNTIVA EM DOENTE COM ANTECEDENTES DE CARCINOMA ESPINOCELULAR DO LÁBIO

Emanuel Cadavez⁽¹⁾; Patrícia Liu⁽¹⁾; Joana Pimenta⁽¹⁾; Pedro Araújo Mota⁽¹⁾; Natacha Mourão⁽¹⁾; Maria Beatriz Gonçalves⁽¹⁾; Miguel Falcão⁽¹⁾; Hilda Marta⁽¹⁾; Pedro de Castro⁽¹⁾; Kátia Ladeira⁽¹⁾; Marta Sousa⁽¹⁾; Teresa Sarmento⁽¹⁾; António Teira⁽¹⁾; Rosa Gomes⁽¹⁾; Daniela Azevedo⁽¹⁾; Patrícia Gago⁽¹⁾; Mariana Rocha⁽¹⁾; Joana Carvalho⁽¹⁾; Renato Cunha⁽¹⁾; Diana Martins⁽¹⁾; Sílvia Duarte⁽¹⁾

(1) CENTRO HOSPITALAR TRÁS OS MONTES E ALTO DOURO E.P.E

Introdução: O carcinoma espinocelular (CEC) da conjuntiva é uma neoplasia rara do espectro das neoplasias escamosas da superfície ocular. A maioria destas patologias têm origem numa lesão precursora, a neoplasia intra-epitelial da conjuntiva. Os fatores de risco incluem sexo masculino, idade avançada, exposição crónica a radiação ultravioleta B, tabagismo, imunossupressão, ou infeção por vírus do papiloma humano serotipo 16 e 18.

Caso Clínico: Homem de 64 anos com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2, sífilis latente em vigilância e historial prévio de tabagismo (92 unidades maço ano). Doente em seguimento na consulta de oncologia após recidiva local de CEC do lábio inferior, estadio pT2N1M0 (Tumor, Node, Metastasis – American Joint Committee on Cancer: TNM AJCC 8ª edição), tendo sido submetido a ressecção cirúrgica seguida de quimio-radioterapia adjuvantes até maio de 2021. Em agosto de 2021, inicia queixas de irritação ocular associada a um crescimento progressivo a nível do olho direito, tendo sido referenciado a consulta de oftalmologia. A biomicroscopia revelou um tumor da conjuntiva do olho direito associado a queimose e hiperemia sem invasão da córnea. A biópsia da lesão revelou um carcinoma espinocelular invasivo, bem diferenciado da conjuntiva. Na ressonância magnética cerebral e da órbita, era visível uma lesão captante de contraste no quadrante anterolateral do globo ocular direito (13x10,6mm) de limites mal definidos e com aparente extensão à pálpebra superior e infiltração da glândula lacrimal. Face aos antecedentes oncológicos do doente, realizou estudo com tomografia computadorizada da face e pescoço, e imagem corporal completa com tomografia por emissão de positrões com fluorodeoxiglicose, não havendo evidência de recidiva local ou à distância do CEC do lábio. Em fevereiro de 2022, foi submetido a uma ressecção alargada da lesão e correção do defeito conjuntival com excerto de membrana amniótica humana criopreservada. Durante o ato operatório, verificada invasão da esclera subjacente. O exame anatomopatológico da peça cirúrgica confirmou o diagnóstico de carcinoma espinocelular bem diferenciado com invasão da membrana basal da conjuntiva, estadio pT2cN0cM0 (TNM AJCC 8ª edição). Após discussão em consulta de grupo multidisciplinar, iniciou tratamento adjuvante com infusões tópicas de solução de 5-fluorouracilo a 1%, 4 vezes ao dia. Cumpriu um total de 3 semanas de tratamento, durante o qual apresentou toxicidade ocular moderada com queratite punctata superficial

e duas pequenas erosões corneanas, que resolveram após suspensão das infusões. O doente mantém seguimento regular em consultas de oncologia e oftalmologia, atualmente, após 10 meses de seguimento, não apresenta evidência de recorrência de doença oncológica.

Discussão: O caso apresentado evidencia o diagnóstico de um CEC da conjuntiva num doente com antecedentes de CEC do lábio e múltiplos fatores de risco. Face aos antecedentes oncológicos do doente, a exclusão de metastização sistémica é importante pois, apesar de menos provável, a metastização a nível da conjuntiva já foi descrita em múltiplos tumores, como o cancro da mama, melanoma cutâneo, entre outros. A abordagem terapêutica destas situações depende de vários fatores e pode compreender tratamento cirúrgico, médico ou ambos. A estratégia cirúrgica padrão é a ressecção alargada por técnica "no touch". O tratamento adjuvante está indicado em situações de alto risco de recidiva, nomeadamente, margens cirúrgicas positivas, histologia de alto grau, idade avançada, ou envolvimento da esclera ou conjuntiva palpebral.

Conclusões: O carcinoma espinocelular da conjuntiva é uma neoplasia rara, mas potencialmente curável. Na presença de uma lesão ocular suspeita, deve-se realizar atempadamente a biópsia de forma a esclarecer o diagnóstico e possibilitar o tratamento da doença na sua forma mais precoce possível, evitando assim a sua progressão. Embora a metastização regional ou à distância seja rara, a recidiva a nível local é frequente. Por isso, a vigilância e seguimento apertados destes doentes é fundamental.

PO 36

A INESPECIFICIDADE DOS MARCADORES TUMORAIS – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Emanuel Cadavez⁽¹⁾; Patrícia Liu⁽¹⁾; Joana Pimenta⁽¹⁾; Pedro Araújo Mota⁽¹⁾; Natacha Mourão⁽¹⁾; Maria Beatriz Gonçalves⁽¹⁾; Miguel Falcão⁽¹⁾; Hilda Marta⁽¹⁾; Pedro de Castro⁽¹⁾; Marta Sousa⁽¹⁾; Daniela Azevedo⁽¹⁾; Teresa Sarmiento⁽¹⁾; António Teira⁽¹⁾; Rosa Gomes⁽¹⁾; Patrícia Gago⁽¹⁾; Mariana Rocha⁽¹⁾; Joana Carvalho⁽¹⁾; Renato Cunha⁽¹⁾; Diana Martins⁽¹⁾; Sílvia Duarte⁽¹⁾

(1) CENTRO HOSPITALAR TRÁS OS MONTES E ALTO DOURO E.P.E

Introdução: Os marcadores tumorais são indicadores bioquímicos da presença de cancro. São substâncias produzidas pelas células cancerígenas ou pelos tecidos normais em resposta à sua presença. Contudo, certas condições não oncológicas também podem cursar com níveis elevados destes marcadores. Potencialmente, poderiam ser usados para rastreio, diagnóstico, estadiamento, prognóstico ou seguimento. Mas, devido à baixa especificidade, são mais frequentemente usados na monitorização da resposta ao tratamento e avaliação de recidiva. O Carcinoma Antigen 15-3 (CA 15-3) é um epítipo da glicoproteína transmembranar MUC1, uma proteína frequentemente sobre-expressa e com glicosilação aberrante no cancro da mama. Níveis séricos elevados de CA 15-3 são infrequentes no cancro da mama precoce (<10%), mas estão presentes em 80% dos casos de doença disseminada. Caso Clínico: Mulher de 40 anos, sem antecedentes clínicos de relevo. Em 2016, na sequência de alterações em exame de rastreio, diagnosticada com cancro da mama esquerda. À avaliação inicial, carcinoma ductal invasor – cT1cN0M0 (Tumor, Node, Metastasis – American Joint Committee on Cancer: TNM AJCC 8ª edição), luminal B. Submetida a tumorectomia da mama esquerda com esvaziamento axilar após se verificar envolvimento linfático a nível do gânglio sentinela. O exame anatómopatológico da peça cirúrgica revelou um carcinoma ductal invasor – pT1N1a cM0 (TNM AJCC 8ª edição). Realizou tratamento adjuvante com quimioterapia, 3 ciclos de FEC (5-fluorouracilo, epirrubicina, ciclofosfamida) + 3 ciclos de docetaxel até setembro de 2016, seguida de radioterapia (dose de radiação total 50 Gy em 25 frações, 5 frações por semana à mama e região supraclavicular esquerdas, seguida de boost à loca tumoral com 10 Gy em 5 frações numa semana) até novembro de 2016. Iniciou hormonoterapia com examestano e análogo LHRH em setembro de 2016, tendo suspenso o análogo LHRH após ooforectomia em janeiro de 2017. Manteve seguimento em consulta externa de cirurgia, oncologia e radioterapia.

Em junho de 2017, a doente apresenta pela primeira vez elevação do CA 15-3 (38U/ml vs valor inicial 23U/ml, limite de referência 0-31U/ml). Na consulta, doente assintomática e sem alterações de relevo ao exame físico, nomeadamente, sem nódulos mamários ou adenopatias axilares palpáveis. Exames de imagem realizados no mês anterior sem evidência de recidiva (eco/mamografia e tomografia torácica, abdominal e pélvica), destacando-se apenas alterações a nível pulmonar com "padrão reticulo-micronodular bilateral, com ligeiro espessamento do interstício peri-

bronicovascular predominando nos lobos superiores, e micronódulos centrilobulares de distribuição bilateral". A doente passou a ser reavaliada mensalmente, mantendo-se assintomática, mas com valores crescentes de CA 15-3 (38» 44» 51» 68U/ml). Prosseguiu investigação com imagem corporal completa com tomografia por emissão de positrões com fluorodesoxiglicose que revelou alterações inespecíficas – "captação heterogénea a nível do parênquima de ambos os pulmões, no mediastino e regiões bronco-hilares; captação heterogénea na cúpula hepática, região do hilo hepático/peri-pancreático", repetiu tomografia torácica e realizou ressonância magnética abdominal e pélvica que não revelaram recidiva de doença oncológica.

Em agosto de 2017, inicia quadro persistente de tosse seca e irritativa, associada a dores osteoarticulares ao nível das mãos, joelhos e tornozelos, em agravamento progressivo. Pela suspeita de doença autoimune/inflamatória, realizou estudo analítico alargado, broncofibroscopia com lavado alveolar e provas funcionais respiratórias. Dos resultados, apenas de destacar autoanticorpos normais, um valor aumentado de Enzima Conversora da Angiotensina (ECA) 162U/l (limite de referência 19-40U/l); lavado alveolar com "alveolite linfocítica com rácio CD4/CD8 6,39"; e espirometria normal, com ligeira diminuição da difusão de monóxido de carbono. Neste contexto, a doente foi diagnosticada com Sarcoidose em estadio IV de Scadding, com provável envolvimento hepático e pancreático. Iniciou terapêutica com prednisolona 1mg/kg/dia, com resolução completa das queixas e normalização do CA 15-3 (68» 18U/ml).

Do ponto de vista oncológico, mantém hormonoterapia com exames-tano, atualmente, com 6 anos de seguimento e sem evidência de recidiva. Discussão: O caso apresentado evidencia uma elevação do CA 15-3 numa doente oncológica com cancro da mama em vigilância, e cuja causa se devia a patologia não oncológica, neste caso, uma sarcoidose com atingimento pulmonar, hepático e pancreático. Apesar de ser mais frequentemente associado a cancro da mama com alta carga tumoral ou doença metastática, especialmente na presença de envolvimento hepático e ósseo, valores elevados de CA 15-3 também surgem noutras neoplasias glandulares, e em patologias como a endometriose, cirrose, tuberculose, lúpus eritematoso sistémico ou sarcoidose. Nas patologias não oncológicas, os valores de CA 15-3, embora elevados, habitualmente, permanecem estáveis. Conclusões: O CA 15-3, à semelhança de outros marcadores tumorais, apresenta pouca sensibilidade para identificar doença precoce e uma baixa especificidade em geral. Embora seja uma ferramenta útil na monitorização em contexto de cancro da mama metastático, o seu papel no seguimento de doentes em vigilância após tratamento primário ou adjuvante é controverso. De facto, a aplicação imprudente de marcadores tumorais na prática clínica acarreta riscos de sub/sobretreamento e as consequências que daí advêm.

PO 37

A IMPORTÂNCIA DA GESTÃO MULTIDISCIPLINAR NA PRESENÇA DE MUTAÇÕES DO CDH1: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO DE CARCINOMA DA MAMÁ

Rita Banha⁽¹⁾; João Pinho da Silva⁽²⁾; Jéssica de Lima Chaves⁽²⁾; Nuno Maia⁽²⁾; Joana Savva-Bordalo⁽²⁾

(1) HOSPITAL DIVINO ESPIRITO SANTO | PONTA DELGADA

(2) INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA PORTO

Introdução: o carcinoma lobular invasor (CLI) representa o segundo carcinoma da mama invasor mais frequente (cerca de 15% de todos os casos), seguindo-se ao carcinoma ductal invasor. O CLI hereditário é raro e está muitas vezes associado a síndrome de cancro gástrico difuso hereditário (SCGDH), de transmissão autossómica dominante e que é causado por uma mutação germinativa no gene *CDH1*. O risco cumulativo para cancro gástrico difuso é de 56% na mulher e o risco cumulativo para CLI é de 42% até aos 80 anos. Em mulheres com variante patogénica do gene *CDH1* é recomendada a vigilância com ressonância magnética mamária anual e discutida a realização de mastectomia bilateral redutora de risco.

Objetivos: apresentação e discussão de um caso clínico de carcinoma lobular da mama em doente com risco conferido por variante patogénica do gene *CDH1*.

Material e métodos: descrição de um caso clínico e análise da literatura.

Caso clínico: mulher de 52 anos, assintomática, pertencente a uma família com SCGDH, em que foi detetada uma variante patogénica do gene *CDH1*. A imagiologia mamária não revelou alterações e a doente optou por manter vigilância, protelando a cirurgia mamária redutora de risco. A endoscopia digestiva alta e a colonoscopia total também não revelaram lesões suspeitas. A doente optou por realizar gastrectomia total profilática em maio de 2017. A histologia revelou áreas focais sugestivas de carcinoma de células em anel de sinete "in situ", sem evidência de neoplasia invasora. O caso foi discutido em sede de Consulta de Grupo Multidisciplinar, com decisão de vigilância. Em novembro de 2018, em exames de vigilância mamária, foram detetadas três imagens nodulares suspeitas na mama direita, a maior com 10 milímetros, cuja biópsias foram compatíveis com de CLI, grau 2, recetores de estrogénio e progesterona positivos e HER2 negativo. A doente foi submetida a mastectomia total à direita com pesquisa de gânglio sentinela, e mastectomia profilática à esquerda, cujo histológico estava de acordo com a biópsia inicial de CLI, grau 2, recetores de estrogénio positivos (90-100%), recetores de progesterona positivos (40-50%), HER2 negativo e Ki67 inferior a 15%. Estadiamento pT1cN0(sn)M0. Após discussão em Consulta de Grupo Multidisciplinar, a doente foi proposta para hormonoterapia adjuvante, tendo iniciado anastrozol em abril de 2019. Atualmente, a doente permanece assintomática e com boa tolerância à hormonoterapia prescrita. Está em seguimento nas consultas de Oncologia Médica, Oncologia Cirúrgica, e Gastrenterologia de Risco.

Discussão/Conclusão: as famílias nas quais se identifica uma variante patogénica do gene *CDH1* requerem aconselhamento genético, vigilância clínica e a possibilidade de recomendação de cirurgias profiláticas. Este caso clínico ilustra ainda a importância da abordagem multidisciplinar dos doentes após a deteção de variante patogénica do gene *CDH1*, cujas decisões tiveram impacto na sua sobrevivência global e qualidade de vida.

PO 38

DESDIFFERENCIAÇÃO NO CANCRO DA PRÓSTATA AGRESSIVO - CASO DE VARIANTE ANAPLÁSICA COM SÍNDROME DE CUSHING

Marina Gonçalves⁽¹⁾; Carina M. Teixeira⁽¹⁾; Catarina Lopes de Almeida⁽¹⁾; Marta Baptista Freitas⁽¹⁾; Mariana J. Costa⁽¹⁾; Ana Carmo Valente⁽¹⁾; Maria João Marques Ribeiro⁽¹⁾; Isabel Augusto⁽¹⁾; Miguel Barboosa⁽¹⁾; Sara Meireles⁽¹⁾

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

Introdução

O carcinoma da próstata é uma das neoplasias mais frequentes no sexo masculino e a segunda causa de morte por cancro a nível mundial.

O tipo histológico mais comum é o adenocarcinoma, em aproximadamente 90% dos casos. Em contrapartida, o carcinoma com diferenciação neuroendócrina está presente em uma pequena minoria, 0,5 a 2%. Pode ser primário ou ocorrer concomitantemente a um adenocarcinoma, pelo aparecimento de focos de diferenciação neuroendócrina. Esta diferenciação pode ser motivada pela própria pressão selectiva das linhas terapêuticas utilizadas na abordagem do adenocarcinoma.

Caso Clínico

Relata-se um caso de um homem de 57 anos, raça negra, ECOG performance status de 0, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e hábitos tabágicos e alcoólicos pesados. Tinha história familiar de cancro da próstata (pai diagnosticado em idade avançada > 80 anos).

Em Março/2020, iniciou sintomas do trato urinário inferior tendo realizado doseamento do PSA total (PSAt) que foi de 305 ng/mL. Realizou RM pélvica e prostática (05/2020) que evidenciou neoplasia da próstata localmente avançada com extensa doença ganglionar loco-regional. O cintilograma ósseo (05/2020) mostrou metástase óssea em D10, na transição de L5/S1 e sacroilíaca esquerda. Submetido a biópsia prostática que foi compatível com adenocarcinoma acinar, Gleason 9 (4+5), ISUP 5, sem extensão extraprostática e com invasão perineural.

Iniciou análogo LHRH a 28/05/2020 e bicalutamida 50mg, durante um mês.

Em reunião multidisciplinar foi decidida quimioterapia com Docetaxel 75mg/m² e prednisolona 5mg bid por 6 ciclos, em contexto de hormonossensibilidade. Completou apenas 5 ciclos de Docetaxel/Prednisolona a 10/10/2020, por intercorrência infecciosa complicada por SARS-CoV2. Submetido a orquidectomia subalbuginea a 20/09/2020. O nadir do PSAt no final do tratamento foi de 0,519ng/mL.

Em Junho de 2021 apresentava progressão clínica com lombalgia severa e bioquímica (PSAt 9.6 ng/mL com testosterona em níveis de castração). O cintilograma ósseo (06/21)

apresentava doença estável. A TC TAP (06/21) apresentava micronódulos pulmonares inespecíficos "de novo". Realizou RM pélvica (06/21) que mostrou surgimento de lesão na pelve compatível com implante, a envolver a raiz nervosa esquerda de S3. Do ponto de vista analítico a salientar uma hipocaliemia de 3mEq/L, que foi corrigida.

Em reunião multidisciplinar, foi decidido iniciar tratamento com Abiraterona/Prednisona 1000mg/dia + 5mg bid, que iniciou a 30/07/2021, e RT antiálgica ao sacro (20Gy/5fr). Cerca de 1 mês após teve necessidade de internamento em Unidade de Cuidados Intermédios por hipocaliemia grave (2,2mEq/L), tendo sido interpretado no contexto de iatrogenia à Abiraterona pelo mecanismo no eixo mineralocorticoide. Do estudo da hipocaliemia, a salientar níveis de ACTH muito aumentados, progressão franca da doença pulmonar tipo "largada de balões" e metastização hepática difusa em TC TAP de 08/21. Decidido avaliar componente neuroendócrino do tumor e expressão de ACTH por imunohistoquímica. Foi proposto para quimioterapia com Cabazitaxel 20mg/m² + Carboplatina com redução de dose para AUC 3 de 21/21 dias, que iniciou a 27/08/2021. Complicou com choque séptico com ponto de partida em pneumonia, tendo falecido a 24/09/2021.

Conclusão

Apesar de rara, a secreção ectópica de ACTH está descrita no carcinoma da próstata, principalmente em tumores com características neuroendócrinas ou de pequenas células.

Os tumores com diferenciação neuroendócrina tendem a apresentar uma evolução mais agressiva e baixas taxas de sobrevivência, pelo que o seu rápido diagnóstico é crucial na optimização terapêutica.

PO 39

TUCATINIB NA METASTIZAÇÃO CEREBRAL DO CANCRO DA MAMA: PODEREMOS PROTETAR RADIOTERAPIA?

Rita A. Coelho⁽¹⁾; Tatiana Cunha Pereira⁽¹⁾; Sofia Brasil⁽¹⁾; Rita Santos⁽¹⁾; Carlota Caetano⁽¹⁾; Luís Santos⁽¹⁾; Ricardo Roque⁽¹⁾; Inês Gomes⁽¹⁾; Teresa Fraga⁽¹⁾; Alda Tavares⁽¹⁾; Ana Rita Garcia⁽¹⁾; Pedro Madeira⁽¹⁾; Teresa Carvalho⁽¹⁾; Isabel Pazos⁽¹⁾; Antônio Pego⁽¹⁾; Sofia Broco⁽¹⁾; Gabriela Sousa⁽¹⁾

(1) INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA COIMBRA

Introdução: O cancro de mama é uma doença heterogénea, composta por vários subtipos biológicos que apresentam comportamento distinto. A sobreexpressão do HER2 (Human Epidermal Growth Factor Receptor 2) está presente em aproximadamente 15% dos cancros de mama invasivos primários. Cerca de metade das doentes com cancro da mama avançado com HER2 positivo desenvolvem metastização cerebral. A abordagem locorregional consiste na ressecção cirúrgica, radiocirurgia ou radioterapia holocraneana. O tucatinib é um inibidor oral das tirosinacinasas altamente seletivo para HER2, com eficácia clínica demonstrada no ensaio clínico de fase 3 HER2CLIMB, em associação com capecitabina e trastuzumab, com benefício na sobrevivência livre de progressão em doentes previamente tratados, incluindo doentes com metastização cerebral ativa e em progressão.

Objetivos: Descrição de um caso clínico e revisão bibliográfica.

Material e métodos: Consulta do processo clínico electrónico.

Resultados: Mulher de 37 anos, submetida a tumorectomia e linfadenectomia axilar em Inglaterra, após diagnóstico de carcinoma invasor da mama direita Luminal B-like HER2 positivo, com estadio patológico pT1c pN1a. Prosseguiu com quimioterapia com intuito adjuvante segundo o protocolo: 3 ciclos de FEC (5-fluorouracilo 600mg/m², Epirubicina 60mg/m², Ciclofosfamida 600mg/m², a cada 21 dias), seguido de 3 ciclos de docetaxel (100mg/m², a cada 21 dias) que completou em agosto de 2015 e transtuzumab até cumprir 18 ciclos (primeira dose 8mg/kg, depois 6mg/Kg a cada 21 dias). Seguiu com radioterapia e hormonoterapia (tamoxifeno 20mg/dia) com intuito adjuvante. Em outubro de 2017, apresentou quadro clínico de dispneia, que culminou em diagnóstico de metastização pulmonar bilateral, hepática e uma lesão lítica em D4. Iniciou 1ª linha de tratamento paliativo com 4 ciclos de docetaxel (75mg/m²) associado a duplo bloqueio HER2 com trastuzumab e pertuzumab (primeira dose 840mg, depois 420mg, a cada 21 dias), seguido de manutenção de duplo bloqueio HER2. Por progressão de doença a nível hepático, em dezembro de 2018, iniciou 2ª linha de terapêutica paliativa com T-DM1 (trastuzumab-emtansina – 3,6mg/kg), obtendo resposta parcial. Em setembro de 2020, por queixas neurológicas, realiza tomografia computadorizada craneoencefálica (CE) onde se identifica metastização múltipla cerebral

e cerebelosa. Obtém melhoria sintomática com radioterapia holocraniana paliativa. Em dezembro de 2020, emigra para Portugal. Em exames de avaliação de resposta, verifica-se progressão de doença óssea e hepática, e novas lesões cerebrais com edema envolvente, identificadas por ressonância magnética (RM) CE (região frontal média-superior esquerda infra-centimétrica, paracentral posterior/parietal interna esquerda infra-centimétrica, parietal posterior direita com 16x12 mm, parietal interna direita infra-centimétrica e fronto-basal interna esquerda infra-centimétrica). Considerando critérios de inclusão em programa de acesso precoce, a doente iniciou capecitabina (1000mg/m², 2 vezes por dia) e trastuzumab, enquanto aguardava por aprovação para início de tucatinib (300 mg/m², 2 vezes por dia, o qual só iniciou em dezembro de 2021). Considerando a boa penetração da barreira hemato-encefálica (BHE) do tucatinib e doente com sintomas ligeiros, o caso foi discutido em reunião multidisciplinar e foi decidido protelar radioterapia até primeira avaliação de resposta imagiológica. Em fevereiro de 2022, verifica-se diminuição dimensional das lesões e do edema associado, mantendo apenas sobreponível a lesão na região parietal posterior à direita. A doente veio ainda a apresentar remissão completa de doença hepática e estabilização das lesões ósseas.

Atualmente, a doente mantém-se sob capecitabina, trastuzumab e tucatinib com boa tolerância (houve apenas necessidade de adiar um ciclo por hiperbilirrubinemia grau 2, com reajuste de dose). Em maio de 2022, apresentou progressão de doença a nível do sistema nervoso central (SNC), pelo prosseguiu com re-irradiação holocraneana.

Discussão/Conclusão: Os autores descrevem um caso clínico que ilustra a dificuldade no manejo da metastização cerebral no cancro da mama HER2 positivo. A introdução na prática clínica de novas moléculas como o tucatinib com penetração na BHE e com eficácia demonstrada a nível do SNC, veio alterar o paradigma na abordagem destes doentes. O caso apresentado pretende demonstrar que a eficácia das novas moléculas pode protelar a radioterapia holocraniana/radiocirurgia na metastização cerebral irrissecável e assintomática, permitindo nesta doente uma sobrevivência livre de progressão de 5 meses (inferior à mediana de 9,9 meses obtida no ensaio clínico HER2CLIMB). Os autores pretendem igualmente demonstrar a importância de uma abordagem multidisciplinar no tratamento do cancro da mama avançado HER2 positivo com metastização cerebral, em especial nos casos de resposta discrepante ou oligoprogressão.

PO 40

TUMOR MUTATIONAL BURDEN: QUE FUTURO COMO BIOMARCADOR?

Maria Nunes de Abreu⁽¹⁾; Margarida Lagarto⁽¹⁾; Tiago Pina Cabral⁽¹⁾; Vanessa Branco⁽¹⁾; Ana Plácido⁽¹⁾; Mariana Malheiro⁽¹⁾; Ana Martins⁽¹⁾

(1) HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER

Introdução: O paradigma do tratamento oncológico foi recentemente revolucionado com a introdução da imunoterapia. Este novo tipo de terapêuticas obtém benefícios extraordinários tanto a nível das taxas de resposta como de sobrevivência global. No entanto, estes tratamentos acarretam um elevado custo económico com o seu desenvolvimento, além de que supõem um risco acrescido de efeitos adversos graves para os doentes. Dado que apenas se conseguem resultados num subgrupo limitado de doentes, torna-se essencial a correcta seleção de quais deles poderão beneficiar deste tipo de tratamentos. A *tumor mutational burden* (TMB) surge como um biomarcador que tem sido desenvolvido ultimamente para prever a resposta terapêutica à imunoterapia.

Objetivos: Reunir evidência sobre a *tumor mutational burden* como biomarcador e a sua aplicabilidade como orientador e decisor sobre as opções terapêuticas disponíveis atualmente.

Material e métodos: Foi realizada uma revisão da literatura utilizando a base de dados *PubMed* com os termos "tumor mutational burden" e "biomarker" escolhidos, de forma não sistemática, os artigos de maior relevância, publicados há menos de 5 anos e de língua inglesa.

Resultados: A *tumor mutational burden* (TMB) representa o número de mutações somáticas de um determinado tumor. As mutações são processadas como neo-antígenos e apresentadas pelas proteínas do complexo maior de histocompatibilidade às células T. Para evadir a resposta imune, as células tumorais utilizam *checkpoints* que reduzem a reactividade das células T. As terapêuticas imunes utilizam inibidores desses *checkpoints* e reactivam a resposta das células T. Mas a resposta a este tipo de tratamentos não é uniforme, estando a ser demonstrados melhores resultados da imunoterapia ante tumores com maior carga mutacional (TMB). Um valor mais alto de TMB representa um maior número de neo-antígenos, aumentando as hipóteses de reconhecimento pelas células T, correlacionando-se clinicamente com melhores resultados de imunoterapia por inibição de checkpoints (ICI). A carga mutacional pode ser avaliada pela sequenciação completa do exoma, e com a nova geração de tecnologia de sequenciação este biomarcador pode estar disponível de uma forma mais eficaz em termos de custos e com maior rapidez. A medição no plasma sanguíneo oferece uma alternativa à necessidade de se obter uma adequada amostra de tecido celular. Um dos principais desafios no estabelecimento deste marcador é a variabilidade do que se define como um valor elevado entre os vários tipos de tumor.

Os valores mais elevados encontram-se em amostras de melanomas e outras neoplasias da pele, seguidos do cancro de pulmão de células não-pequenas e outros tumores escamosos. Nos tumores de pulmão, bexiga e cabeça e pescoço, o valor de corte que se propõe atualmente é de aproximadamente 200 mutações somáticas não sinónimas através do método de sequenciação completa do exoma. No entanto, os estudos têm apontado divergências nos métodos analíticos entre laboratórios diferentes, sendo evidente a necessidade de homogeneização destes processos e dos seus resultados. Para se conseguir estabelecer o poder do *tumor mutational burden* como biomarcador será necessário uma definição contundente do seu valor de corte e para tal é preciso obter rigor técnico e informático que permita gerar medidas da carga mutacional precisas e exatas entre diferentes laboratórios. Para que possa ser usado como ferramenta verdadeiramente útil no processo de decisão terapêutica, é necessária a combinação do *tumor mutational burden* com outros biomarcadores, que podem aumentar o seu poder preditivo e prognóstico, como por exemplo marcadores do complexo maior de histocompatibilidade (MHC), outros receptores das células T e outros genes específicos relacionados com a resposta ou resistência aos inibidores de checkpoints imunes (ICI).

Conclusão: O tratamento com as novas terapias de inibição de checkpoints imunes (ICI) pode trazer resultados impressionantes mas apenas num número limitado de doentes. O *tumor mutational burden* tem vindo a demonstrar-se um biomarcador da eficácia deste tipo de tratamentos, sendo que se associam melhores respostas quanto maior é a carga mutacional encontrada. Ainda não estão bem estabelecidos os valores de corte que definem o que podemos considerar um TMB elevado e existe grande variabilidade nos processos e resultados de análise entre laboratórios. É necessário desenvolverem-se técnicas de maior rigor que permitam a uniformização. Para que o TMB seja realmente útil na decisão terapêutica poderá ser englobado com outros marcadores da imunidade tumoral que fortaleçam o seu poder prognóstico.

PO 41

QUANDO A ECOGRAFIA REVELA UM TUMOR DE CÉLULAS RARAS: DIGERMINOMA DO OVÁRIO NA MULHER JOVEM

Ana I D Costa⁽¹⁾

(1) ARS NORTE

Introdução: O digerminoma é um tumor raro de células germinativas, representando apenas 2-3% da totalidade dos tumores malignos do ovário. São mais frequentes em mulheres jovens, desconhecendo-se parte da sua patogénese. A apresentação clínica é inespecífica e está frequentemente associada com as complicações de uma massa abdominal, tais como rotura ou torção. O diagnóstico é histológico e a abordagem terapêutica consiste habitualmente na cirurgia combinada com quimioterapia adjuvante. A preservação da fertilidade deve ser sempre considerada e privilegiada nestas doentes.

Objetivos: Elaboração de um relato de caso sobre uma mulher jovem, com apresentação de um digerminoma do ovário. O diagnóstico histológico e o estadiamento influenciam o tratamento. Sendo a abordagem terapêutica um grande desafio.

Material e Métodos: Procedeu-se a uma revisão bibliográfica de publicações sobre os digerminoma do ovário. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica de artigos científicos publicados nos últimos dez anos, até 20 abril de 2021, nas línguas portuguesa e inglesa, indexados nas bases de dados de Medicina Baseada na Evidência.

Discussão: O caso clínico descrito corresponde a uma doente de 24 anos, sem antecedentes pessoais e familiares relevantes e medicação habitual contraceptivo oral combinado. Recorreu a uma consulta aberta com o médico de família por dor abdominal suprapúbica tipo cólica e recorrente. Nega dispareunia e perdas hemáticas. Não apresentava alterações significativas ao exame físico. Foi prescrita uma ecografia abdominal e pélvica que revelou uma massa vascularizada com 4,8 cm de maior eixo na dependência do ovário esquerdo. Foi encaminhada para consulta hospitalar de ginecologia, onde foi realizada uma laparoscopia com ressecção da massa anexial e anexetomia esquerda. A análise histológica revelou tratar-se de um digerminoma IIc, sem invasão da cápsula. O estadiamento cirúrgico posterior excluiu a presença de metástases. A doente foi submetida a quimioterapia adjuvante durante 3 meses. Neste momento encontra-se estável em vigilância de consultas com estudo analítico e imagiológico anual.

Conclusão: Foi descrito o caso de uma jovem de 24 anos, que recorreu a uma consulta aberta por dor suprapúbica. O estudo imagiológico revelou a presença de uma massa anexial com necessidade de laparotomia com anexetomia esquerda. Por se tratar de uma entidade clínica rara, a abordagem perante um digerminoma não é consensual. Atualmente, é aconselhada uma cirurgia preservadora da fertilidade

seguida de quimioterapia, devendo ser oferecidas técnicas de preservação da fertilidade a estas doentes. Os esquemas terapêuticos assim como o seguimento, podem ter variações, não existindo evidência clara do que tem os melhores resultados

PO 43

LINFOMA GÁSTRICO DO TIPO MALT NO ADULTO JOVEM: A PROPÓSITO DE UM RELATO DE CASO!

Ana I D Costa⁽¹⁾; Cecilia Barbosa⁽¹⁾; Silvia Garcia⁽¹⁾

(1) ARS NORTE

Introdução: Linfomas MALT (tecido linfoide associado à mucosa) são linfomas não Hodgkin originados de células da zona marginal em sítios extranodais. Os sítios primários mais frequentes são estômago, glândulas salivares, pulmão, tireoide e glândula lacrimal. Os linfomas gástricos primários ocupam o segundo lugar das neoplasias gástricas, perdendo apenas para os adenocarcinomas. Ao que parece, o tecido linfoide associado à mucosa (MALT) surge no estômago em resposta à infecção pela bactéria *Helicobacter pylori*. A base do tratamento é a quimioterapia associada à erradicação do *H. pylori* ou tratamento locoregional.

Objetivos: Elaboração de um relato de caso sobre um jovem do sexo masculino, com apresentação de um Linfoma Gastrico do Tipo Malt. O diagnóstico histológico e o estadiamento influenciam o tratamento. Sendo a abordagem terapêutica um grande desafio.

Material e Métodos: Procede-se a uma revisão bibliográfica de publicações sobre os Linfoma Malt. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica de artigos científicos publicados nos últimos dez anos, até 20 abril de 2021, nas línguas portuguesa e inglesa, indexados nas bases de dados de Medicina Baseada na Evidência.

Resultados: Da pesquisa bibliográfica foram encontrados 46 artigos e 6 preencheram totalmente os critérios de inclusão.

Discussão: Jovem de 26 anos, recorre a consulta aberta no seu centro de saúde após duas idas ao serviço de urgência por plenitude pós-prandial e epigastria, associadas a náuseas e vômitos, referindo agravamento progressivo nos últimos dois meses. Apresenta antecedente de esplenectomia após acidente de viação. Nega medicação habitual. O exame físico não apresentava alterações significativas. Foi solicitada uma radiografia de tórax, que não demonstrou alterações. Uma tomografia computadorizada (TC) de tórax e abdome foi solicitada a qual evidenciou: espessamento de parede gástrica inferior envolvendo o corpo e antro, associado à infiltração dos planos mesentéricos adjacentes; adenomegalias mesentéricas e adjacentes à grande curvatura gástrica e hilo esplênico. Uma endoscopia digestiva alta (EDA) realizada no mesmo momento demonstrou lesões ulceradas gástricas múltiplas, com resultado anatomopatológico de neoplasia infiltrante indiferenciada, Linfoma não Hodgkin (tipo MALT difuso) e *helicobacter pylori* positivo. Na sequência, exames laboratoriais demonstraram: VS e PCR aumentadas. Foi referenciado para consulta hospitalar onde realizou biópsia da medula óssea com celularidade 60%; ME 2/3:1, medula óssea com hiperplasia para idade sem neoplasia. Uma EDA, realizada

4 meses após a primeira, demonstrou regressão das lesões após erradicação do *H. pylori* e da poliquimioterapia com CHOP (ciclofosfamida, daxorubicina, vincristina e prednisona).

Conclusão: Este caso relata uma patologia extremamente específica, a qual pode apresentar-se com sintomas gástricos dispépticos inespecíficos, sendo necessária habilidade clínica, auxílio de exames complementares para se fazer o diagnóstico definitivo e início da terapêutica adequada.

PO 45

CANCRO DA MAMA NO HOMEM: DESCRIÇÃO DA CASUÍSTICA DE UM CENTRO

Cristiana Honrado Martins⁽¹⁾; Marta Viana Pereira⁽¹⁾; José Miguel Rocha⁽¹⁾; Camila Oliveira⁽¹⁾; Jorge Rodrigues⁽¹⁾; Catarina Portela⁽¹⁾

(1) HOSPITAL DE BRAGA

Introdução: O cancro da mama no homem é uma doença rara (cerca de 1% dos casos de neoplasias malignas da mama), ainda que a incidência pareça estar a aumentar, com maior prevalência em faixas etárias mais tardias e diagnósticos em estadios mais avançados, condicionando pior prognóstico e maior morbimortalidade neste subgrupo populacional.

Objetivos: Caracterizar a população de neoplasias malignas da mama no homem num serviço de Oncologia Médica, entre 2018 e 2022.

Métodos: Estudo retrospectivo e observacional de casos de cancro da mama em homens, apresentados na Consulta de Grupo de Mama (CGM) do Hospital de Braga (HB), entre os anos de 2018 e 2022, e posteriormente seguidos no serviço de Oncologia Médica.

Resultados: Entre 2018 e 2022, dentre todos os doentes discutidos em CGM do HB e posteriormente seguidos no serviço de Oncologia Médica, identificaram-se 11 homens. A idade média ao diagnóstico foi de 58,8 anos, com Score de Charlson médio de 4,7 e 91% com ECOG 0/1. O subtipo histológico mais frequente foi o carcinoma ductal invasor "non special type" (NST) (91% dos casos), com apenas um doente com componente de carcinoma lobular associado. Todos os tumores diagnosticados apresentavam recetores hormonais (RH) positivos, com 27% a expressar também positividade para o recetor HER-2. Todas as neoplasias RH positivas/HER-2 negativas foram classificadas como *Luminal-B*. A pesquisa de mutação *BRCA* foi efetuada em 64% dos doentes, com 1 resultado positivo e 1 identificação de mutação genética de significado incerto. Nenhum dos doentes foi proposto para terapêutica neoadjuvante. O tempo médio decorrido entre diagnóstico histológico e cirurgia foi de aproximadamente 72 dias; todos os doentes foram submetidos a mastectomia radical com pesquisa do gânglio sentinela. Quanto à terapêutica adjuvante: todos os doentes com $pN \geq 1$ foram submetidos a radioterapia local; todos aqueles com graus de diferenciação tumoral G3 e/ou $pN \geq 1$ foram propostos para quimioterapia (QT), desde que o *status* funcional o permitisse; aqueles identificados com HER-2 positivo foram propostos para QT e transtuzumab. Todos os doentes foram propostos para hormonoterapia adjuvante, iniciada em todos os casos com modulador seletivo dos recetores de estrogénio (Tamoxifeno), bem tolerado. Três doentes (27%) apresentaram progressão óssea sob tamoxifeno (tempo médio até progressão: 10,7 meses), sendo substituído por inibidor da aromatase, associado a análogo LHRH e ácido zoledrónico (1 doente iniciou simultaneamente inibidor da ciclina).

Sem registo de mais recidivas locais/à distância, para lá da progressão óssea mencionada. Dentro da série regista-se tempo médio de *follow-up* de 30,4 meses; 72,7% dos doentes mantêm-se sem evidência de doença e há, para já, 1 óbito a declarar (25 meses após diagnóstico histológico); taxa de mortalidade: 9%.

Discussão: O cancro da mama no homem é uma doença rara e ainda relativamente pouco estudada. Idades mais tardias e diagnósticos em estadios mais avançados podem ser explicados pela baixa prevalência da doença, dificuldades na suspeição clínica e assistência médica tardia, a que se associa a ausência de rastreio neste subgrupo. A abordagem diagnóstica (exame físico, imagiologia, biópsia), estadiamento, terapêutica e seguimento são idênticos aos realizados na mulher, não havendo, até ao momento, evidência científica robusta nesta subpopulação que suporte um tipo de abordagem distinto.

Segundo o descrito na literatura: cerca de 90% dos casos de neoplasias mamárias no homem correspondem a carcinomas ductais invasores com recetores hormonais positivos, tal como verificado na série descrita. Em cerca de 15-20% existe história familiar relevante, havendo indicação para pesquisa de mutação BRCA (aqui realizada em 64% dos casos, ressaltando-se a importância da correta orientação destes doentes, no que diz respeito à avaliação do risco pessoal/familiar). Em termos cirúrgicos, a série segue o preconizado na literatura, procedendo-se a mastectomia com pesquisa axilar de gânglio sentinela (com/sem linfadenectomia axilar subsequente em conformidade). A hormonoterapia adjuvante com Tamoxifeno parece ser relativamente bem tolerada nos homens (ao contrário do que acontece com os inibidores da aromatase), permitindo melhorias importantes na morbimortalidade e prognóstico a longo prazo destes doentes. Outro fator de risco a considerar são as alterações na razão estrogénio/androgénio (decorrentes do *lifestyle*, ingestão de substâncias exógenas ou antecedentes pessoais/familiares de risco), faltando ainda esclarecer o impacto destas alterações hormonais na escolha do melhor tratamento no homem, muitas vezes baseado, ele próprio, na hormonoterapia.

Conclusões: A série descrita apresenta limitações importantes: trata-se de um estudo retrospectivo, com *n* reduzido (apesar do intervalo temporal e, ainda assim, em aparente conformidade com a incidência da doença). Parece haver uma relação inversa entre o prognóstico e atrasos no diagnóstico, estadios mais avançados, faixas etárias mais tardias ao diagnóstico ou a presença de comorbilidades/ *pior performance-status*. São necessários estudos prospetivos com amostras populacionais representativas, que permitam conclusões baseadas na melhor evidência científica. Talvez aí seja possível identificar diferenças reais entre o cancro da mama em mulheres e homens, que permitam adaptar de forma efetiva o diagnóstico, abordagem terapêutica e seguimento deste subgrupo populacional, muitas vezes marginalizado e, inclusivamente, esquecido.

PO 47

ALPESIB NO CARCINOMA COLO-RECTAL METASTÁTICO COM MUTAÇÃO PIK3CA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Marisa C. Couto⁽¹⁾; Nuno Teixeira Tavares⁽¹⁾; Miguel Barbosa⁽¹⁾

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

Introdução: A sobrevivência do carcinoma colo-rectal metastático (CCRm) aumentou nas últimas décadas à custa da introdução de diferentes armas terapêuticas guiadas pelo reconhecimento das mutações nos genes RAS e BRAF e a existência de instabilidade de microssatélites. Novos alvos moleculares, como as mutações no PIK3CA/ AKT/PTEN e POLE e fusões no ALK/ROS1/RET/NTRKs, têm sido investigados de forma a desenvolver novas terapias dirigidas. Em relação às mutações PIK3CA, está estabelecido o seu papel na oncogénese, sendo que vários inibidores específicos da PI3K, como o Alpelisib, têm sido desenvolvidos.

Objetivo: Descrever o caso clínico de uma doente com CCRm a cumprir terapêutica com intuito paliativo em 4ª linha com inibidor PI3K.

Material e Métodos: Sexo feminino, 61 anos. Por quadro de abdómen agudo, submetida a enterectomia segmentar com anastomose jejuno-jejunal e sigmoidectomia tipo Hartmann. Estudo anatomopatológico com adenocarcinoma do cólon, com invasão do delgado e implantes peritoneais, 2 gânglios positivos em 25 isolados e invasão linfática, venosa e perineural – pT4bN1bM1cR1, com mutação c.35G>Ap.(Gly12Asp) no gene KRAS, sem instabilidade de microssatélites. Em reunião de grupo multidisciplinar decidido tratamento sistémico com intuito paliativo. Iniciou terapêutica com FOLFOX seguido de cirurgia citorrredutora com quimioterapia intraperitoneal (CRS-HIPEC) com Cisplatina e Mitomicina C – ypT4bN1bM1. Manteve FOLFOX no pós-operatório durante 4 meses. Por recidiva cumpriu 2ª linha com FOLFIRI + Bevacizumab (10 meses) e 3ª linha com TAS-102 (4 meses). Realizado teste molecular *FoundationOne* com identificação da mutação PIK3CA C420R. Iniciou em 4ª linha Alpelisib 300mg/dia *off-label* em Jul/2022 ao abrigo do *Managed Access Program* (MAP) para fornecimento deste fármaco a doentes com neoplasias localmente avançadas ou metastáticas resistentes ou refratárias a terapêuticas disponíveis.

Resultados: Ao início da 4ª linha, a doente apresentava radiculopatia com parésia do membro inferior esquerdo em contexto de implante no músculo psoas com extensão aos corpos vertebrais de L3 e L4. Com o início de Alpelisib exibiu redução da dor com recuperação parcial da força e mobilidade do membro e melhoria da anorexia e astenia, mantendo ECOG 2. Após três meses de terapêutica o CEA decresceu de 266 até 93ng/mL e a reavaliação imagiológica demonstrou estabilidade dos implantes peritoneais. A doente desenvolveu exantema pruriginoso grau 2 no primeiro mês de tratamento, resolvido com anti-histamínico e ciclo curto de corticoterapia oral; diarreia grau 1 e hiperglicemia grau 1. Desde Dez/2022 apresenta novo agravamento

de lombalgia esquerda com elevação do CEA de 93 até 187ng/mL. Realizou TC TAP em Jan/2023 que confirmou a progressão da doença. Será avaliada em consulta de Oncologia Médica com vista à decisão de instituição de uma 5ª linha terapêutica ou de cuidados de suporte exclusivos.

Discussão: O estudo molecular alargado no CCRm surge como oportunidade para novos alvos terapêuticos em doentes com linhas de tratamento limitadas, como é o caso dos inibidores de PI3K nas mutações PIK3CA. Nesta doente, a realização de teste molecular *FoundationOne* possibilitou identificar uma nova linha terapêutica e a utilização de Alpelisib *off-label* permitiu a obtenção, neste caso, de uma sobrevivência livre de progressão de 6 meses e melhoria da sintomatologia associada ao tumor, sem toxicidade significativa ou impacto na qualidade de vida.

Conclusões: Os inibidores específicos da PI3K podem surgir como nova arma terapêutica no CCRm, sendo importante um estudo molecular alargado que inclua a pesquisa de mutações PIK3CA nestes doentes. São essenciais mais ensaios clínicos que avaliem a eficácia e impacto na sobrevivência das terapias alvo já existentes no CCRm e estudos que pesquisem novos marcadores moleculares. A existência de MAPs poderá melhorar o acesso a fármacos inovadores, traduzindo-se na concretização de uma parceria estratégica entre prestadores de cuidados de saúde e a indústria farmacêutica em benefício do doente.

PO 48

INIBIDORES DO EGFR NO ADENOCARCINOMA DO PULMÃO: DADOS DE VIDA REAL DO CENTRO HOSPITALAR DE ENTRE DOURO E VOUGA

Bárbara Machado⁽¹⁾; Rita Aranha⁽¹⁾; Viktor Malyarchuk⁽¹⁾; Inês Soares Pinho⁽²⁾; Joana Godinho⁽¹⁾

(1) HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO, E.P.E.

(2) HOSPITAL SANTA MARIA

Introdução: Os inibidores do EGFR são fundamentais no tratamento sistémico paliativo dos doentes com adenocarcinoma do pulmão, localmente avançado ou metastizado, que expressam mutações do gene EGFR. Os primeiros inibidores do EGFR a ser introduzidos foram os de 1ª geração, seguidos dos de 2ª geração e, atualmente, o tratamento standard de primeira linha é o Osimertinib, um inibidor do EGFR de 3ª linha.

Objetivo: O objetivo deste trabalho foi caracterizar a amostra dos doentes com adenocarcinoma do pulmão EGFR mutado a receber inibidores do EGFR num centro oncológico e avaliar se existe algum fator que tenha impacto na sobrevivência.

Materiais e métodos: Foi realizada uma análise retrospectiva de todos os doentes com adenocarcinoma do pulmão EGFR mutado a receber inibidores do EGFR entre 1 de Janeiro de 2018 e 31 de Dezembro de 2022 no Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga. Para tal, foram consultados os processos clínicos. A análise estatística foi executada com o SPSS versão 26. Foi realizada uma análise descritiva e as estimativas de sobrevivência foram calculadas com o método de Kaplan-Meier. A regressão de Cox foi utilizada para calcular os hazard ratios (HR). Devido à reduzida amostra, os p-values foram interpretados como inferiores a 10%.

Resultados: Foram incluídos 36 doentes com adenocarcinoma do pulmão, com idade média de 65 anos, compreendida entre os 42 e os 89 anos. A maioria tinha ECOG 1 (n=30, 83%), era do género feminino (n=25, 69%) e era não fumador (n=31, 86%). O diagnóstico inicial foi predominante foi o estágio IV (n=27, 75%) associado a um diagnóstico de novo (n=28, 78%). As mutações mais identificadas foram a deleção do exão 19 (n=14, 39%), a substituição do exão 21 L858R (n=12, 33%) e a mutação T790m (n=6, 17%). O Osimertinib foi realizado em 19 doentes (52%) em primeira linha (n=11, 58%) ou segunda linha e posteriores (n=8, 42%) seguido do Erlotinib realizado em 9 doentes (25%) e do Afatinib em 8 (22%). A sobrevivência global (SG) média foi de 18 meses e a sobrevivência livre de progressão da doença (SLP) foi de 10.42 meses. Um quarto dos doentes (25%) necessitou de redução de dose do Afatinib e do Erlotinib devido a toxicidade cutânea, cuja frequência foi de 33% (n=12). Não se verificou associação entre o tipo de tratamento e a SG (p=0.158) ou a SLP (p=0.330). Foi constatado que uma menor SG e uma menor SLP estavam associadas ao ECOG, respetivamente (HR:5.66, p=0.083; HR=4.88, p=0.073). Também se verificou uma maior OS associada às mutações, com exceção da mutação T790m (HR=0.12, p=0.073).

A SG e a SLP não foram associadas a outras variáveis (género, idade, status de tabagismo, diagnóstico de novo, mutação EGFR, estágio inicial do cancro ou linha de tratamento).

Discussão: A caracterização global da amostra correspondeu ao que é normalmente observado em doentes com adenocarcinoma do pulmão EGFR mutado: idade média de 65 anos, maior frequência no género feminino e nos não fumadores. O tratamento realizado foi distribuído como esperado, com o Osimertinib a ser o inibidor do EGFR mais utilizado, atendendo à sua aprovação também, em 2ª linha. A SG e a SLP foram inferiores ao esperado, mas continuam a ser superiores à opção terapêutica prévia de quimioterapia paliativa. Uma possível explicação para este facto é não ter havido distinção entre os inibidores do EGFR, nem entre a linha de tratamento e a amostra ser reduzida. O ECOG permanece como um fator com impacto na SG e na SLP, reforçando a importância da *performance status*, mesmo numa terapêutica dirigida associada a uma elevada eficácia. É interessante verificar o impacto favorável das mutações EGFR na SG e SLP, com exceção da mutação T790m, associada a resistência a um tratamento com um inibidor do EGFR prévio. A interpretação destes dados, pode refletir a importância da aquisição de resistência nos doentes a realizar tratamento com os inibidores do EGFR e a falta de opções subsequentes mais eficazes que poderá ter impacto negativo na SG e na SLP. A principal limitação deste estudo é a amostra reduzida.

Conclusão: Os inibidores do EGFR revolucionaram o tratamento paliativo dos doentes com adenocarcinoma do pulmão com mutações do gene EGFR. Apesar da sua eficácia, a maioria dos doentes torna-se resistente, com progressão da doença, havendo necessidade de novos inibidores do EGFR.

PO 49

SEQUENCIAÇÃO TERAPÊUTICA NO MELANOMA METASTIZADO COM MUTAÇÃO BRAF

Marta Baptista Freitas⁽¹⁾; Catarina Lopes de Almeida⁽¹⁾; Carina Teixeira⁽¹⁾; Marina Gonçalves⁽¹⁾; Isabel Dionísio de Sousa⁽¹⁾; Cláudia Caeiro⁽¹⁾; Miguel Barbosa⁽¹⁾

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

Introdução

A incidência de melanoma varia entre 3-5 casos/100000 pessoas por ano, nos países europeus na região do Mediterrâneo. Como *standard* de tratamento na primeira linha do melanoma metastático irresssecável temos a imunoterapia em monoterapia ou em combinação (anti-PD1 com anti-CTLA4). Nos casos com BRAF com mutação V600E (BRAFM), podemos ainda utilizar os inibidores do BRAF (vemurafenibe, dabrafenib, encorafenib) combinados com inibidores do MEK (cobimetinib, trametinib, binimetinib). Contudo, a sequenciação ideal neste contexto ainda está por definir.

Objectivos

Pretendemos discutir qual a melhor sequência de tratamentos e em que momento alterar a terapêutica de 1ª linha com a descrição de três casos de melanoma estadio IV.

Material e métodos

Descrição de casos de melanoma metastizado BRAFM tratados na nossa instituição que realizaram imunoterapia em primeira linha. Dados recolhidos através do processo clínico dos doentes. Analisados os dados clinicopatológicos, tratamentos e resposta terapêutica.

Resultados

Caso 1: Homem, 49 anos, diagnosticado com melanoma BRAFM após exérese de nevo sangrante da região dorsal esquerda, em maio/2018. Apresentou três recidivas ganglionares axilares, tendo realizado esvaziamento axilar e na primeira radioterapia adjuvante. Após recidiva ganglionar foi proposto para Nivolumab adjuvante. Contudo, após estadiamento, diagnosticados nódulos pulmonares e gânglios mediastinos suspeitos, tendo iniciado tratamento com nivolumab 3mg/m² + ipilimumab 1mg/m², em ago/2020. O doente teve boa resposta clínica. Como toxicidades, a destacar pneumonite G1-2 (na fase de indução) e artrite imunomediada (na fase de manutenção). Em dez/20 detetada lesão "de novo" na glândula suprarrenal direita, compatível com metástase na biópsia. Dada progressão da doença, iniciou, em fevereiro/2022, terapêutica-alvo com Encorafenib+Binimetinib com boa resposta clínica e imagiológica completa. Em abril/2022, diagnosticada progressão de lesão metastática na glândula suprarrenal direita e outra lesão óssea suspeita em D7. Após discussão multidisciplinar, foi proposto para excisão cirúrgica das duas lesões. Realizou adrenalectomia direita em jun/2022, que confirmou metástase de melanoma. Realizou cintilograma ósseo após, que mostrou metastização óssea multifocal, pelo

que a cirurgia ortopédica foi anulada e foi solicitado teste genético FoundationOne. Enquanto aguardava o resultado, iniciou tratamento com quimioterapia (paclitaxel+carboplatino), dadas as limitadas opções terapêuticas no momento. Aguarda reavaliação imagiológica. O teste genético identificou mutação no PTCH1, sendo o doente proposto para vismodegib aquando progressão sob quimioterapia.

Caso 2: Homem, 23 anos, diagnosticado com melanoma BRAFm em estadio III, após excisão de lesão cutânea em set/2018. Realizou, posteriormente, alargamento de margens e esvaziamento axilar direito por volumosa adenomegalia compatível com metástase. Foi proposto para tratamento adjuvante com Dabrafenib+Trametinib, que o INFARMED recusou, tendo realizado radioterapia adjuvante. Após 2 meses, aparecimento de nódulo cervical pericatricial, compatível com metástase. Do estudo complementar, a salientar nódulo subcutâneo dorsal (excisado) e duas lesões cerebrais, compatíveis com metástases. Iniciou Nivolumab (3mg/m²) +ipilimumab (1mg/m²) e realizou radioterapia estereotáxica cerebral. A RM-CE após C3 mostrou aparente progressão, mas dada possibilidade de pseudo-progressão, iniciou C4 e planeou-se reavaliação precoce posteriormente. A RM-CE de reavaliação mostrou progressão franca de uma das lesões e a PET/CT mostrou hipercaptação em gânglio cervical direito. Assim, iniciou terapêutica-alvo com dabrafenib+trametinib em abril/2020, que mantém atualmente, com resposta parcial. Como intercorrência a destacar mononucleose em novembro/2021, sem outras intercorrências.

Caso 3: Mulher, 38 anos, com antecedentes de lesão pigmentada excisada em 2016 (desconhecido resultado anatomopatológico), refere aparecimento de várias lesões pigmentadas cutâneas em maio/2022. A biópsia confirmou tratar-se de metástase de melanoma BRAFm. Os exames de estadiamento mostraram metástases hepáticas, pulmonares, ganglionares e cerebrais múltiplas. Iniciou tratamento com nivolumab 3mg/m² + ipilimumab 1mg/m². Após C2, apresentou artrite G2 e hipertiroidismo G1. Após C3, realizou TC CE após crise convulsiva que mostrou fratura de C3 (além das lesões conhecidas). A posterior reavaliação mostrou infiltração tumoral em C2, C6 e D2, bem como progressão das lesões hepáticas. A doente realizou radioterapia de C2-D2 e alterou tratamento sistémico para encorafenib+binimetinib (início em set/2022). Atualmente mantém terapêutica com boa resposta clínica e imagiológica parcial.

Discussão/Conclusões

Nestes três casos foi usada a dose inversa na combinação de imunoterapia, dada impossibilidade de utilização da dose *standard*. Contrariamente ao descrito na Literatura, nestes casos ocorreu progressão precoce sob imunoterapia de combinação, questionando-se o impacto do uso de dose invertida. Outra problemática nos doentes sob imunoterapia é a pseudoprogessão, motivando muitas vezes uma reavaliação imagiológica num curto período de tempo.

Por outro lado, os casos mostraram que a combinação da inibição BRAF/MEK é eficaz e bem tolerada como terapêutica de 2ª linha nos doentes com melanoma metastizado BRAFm após tratamento com imunoterapia.

Deste modo, estes casos pretendem demonstrar, novamente, a dificuldade na seleção da melhor sequência terapêutica nos doentes com melanoma metastizado BRAFm.

PO 51

RADIOTERAPIA ESTEREOTÁXICA COMO PONTE PARA TRANSPLANTE HEPÁTICO (OU TALVEZ NÃO) - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Rafael Luís Guedes Matias⁽¹⁾; Dora Gomes⁽¹⁾; Olga Sousa⁽¹⁾

(1) INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA PORTO

Introdução;

As opções no tratamento de hepatocarcinoma (HCC) são múltiplas e distintas, que passam pela recessão cirúrgica e tratamentos ablativos.

A radioterapia estereotáxica extracraniana (SBRT), constitui um procedimento ablativo de elevada precisão e efeito biológico, que permite o tratamento de tumores primários e secundários hepáticos, com elevadas taxas de controlo local e segurança. Este tratamento pode ser utilizado como ponte em doentes com HCC localizado que aguardam transplante hepático.

Objectivos;

Apresentação e discussão de um caso clínico.

Material e métodos;

Consulta de processo clínico e análise de literatura.

Resultados;

Doente de 67 anos, do sexo feminino, *performance status scale* (PSS) de 0. Como antecedentes patológicos de relevo apresentava diabetes mellitus insulino-tratada e cirrose hepática de provável etiologia alcoólica (Child Plugh A), que condicionava hipertensão portal. Em abstinência alcoólica desde 2006.

Acompanhada em consulta externa de gastroenterologia por varizes esofágicas, realizou em junho/2017, uma ecografia abomino-pélvica que identificou na transição dos segmentos VII/V, uma área hipoecogenica suspeita, com cerca de 13 mm. Realizou uma ressonância magnética (RM) hepática que documentou, no segmento V, ao nível subcapsular, no plano da veia cava inferior, um nódulo com 20mm, hipercaptante na fase arterial e com "wash-out" nas aquisições mais tardias, sugestivo de hepatocarcinoma. Em RM de reavaliação aos 4 meses, o nódulo mantinha-se estável e sem novas lesões hepáticas. O valor de alfa-fetoproteína era normal.

Foi proposta para quimioembolização hepática (TACE) como possível ponte para transplante hepático. Pela impossibilidade de superseleção da artéria hepática não foi possível a realização do TACE, pelo que foi proposta para avaliação por radioncologia para tratamento de SBRT. Realizou, em 9/7/2018, uma tomografia computadorizada (TC) de planeamento 4D com contraste EV, após colocação de marcadores fiduciais hepáticos. Submetido a SBRT, entre 16/7 e 25/7/2018 numa dose de 50Gy em 5 frações, 10Gy/fração, em

dias alternados segundo técnica de *volumetric modulated arc therapy* (VMAT), com gating respiratório e *Image Guided Radiotherapy* (IGRT). A dose e fracionamento definido tiveram em conta a dimensão da lesão, a localização e aos órgãos em risco adjacentes. A reavaliação analítica no primeiro mês, não revelou agravamento em relação às análises pré-SBRT.

Em TC de novembro/2018 não se identificavam áreas hipercaptantes hepáticas ou outros sinais sugestivos de viabilidade tumoral.

Em 1/4/2019, com consulta de pré transplante, a doente recusou a proposta inicial de realização de alotransplante hepático.

Mantém seguimento até à data, com PSS 0 e sem evidência imagiológica e analítica de doença local ou à distância.

Discussão;

A ressecção cirúrgica e/ou o transplante hepático, constituem a primeira opção de tratamento curativo no HCC. Nos doentes que aguardam transplante hepático, está indicada a realização de tratamentos ablativos no intervalo de espera (ponte).

A SBRT constitui uma opção ablativa eficaz nos doentes com hepatocarcinoma, podendo ser utilizada com diferentes objetivos, quer como: tratamento definitivo; ou como ponte ou downstaging para transplante hepático. É uma técnica segura com excelente perfil de toxicidade, com incidência de eventos de grau ≥ 3 entre os 2 e os 11%.

A decisão da realização desta opção de tratamento deverá ser tomada em contexto multidisciplinar, em confronto com outras técnicas ablativas, nomeadamente a TACE e a termoablação. A seleção da técnica vai depender das suas diferentes limitações e da experiência das equipas envolvidas. As taxas de controlo local aos 2 anos variam entre os 80-90%, não existindo estudos prospetivos comparativos entre as mesmas.

Os HCC estão maioritariamente enxertados em fígados cirróticos. Neste contexto, torna-se crucial assegurar tecido hepático residual viável, para que, do tratamento de SBRT não resulte disfunção hepática major, conhecida como *Radiation Induced Liver Disease* (RILD). Está por isso contraindicada a sua realização em doentes com Child-Pugh C e deverá ser ponderada criteriosamente a sua realização em doentes com Child-Pugh B. A dose e o fracionamento utilizados vão depender do tamanho da lesão, do constrangimento dos órgãos em risco e do volume de fígado residual.

Conclusões.

A SBRT é uma técnica ablativa eficaz e segura no tratamento de hepatocarcinoma localizado, com excelentes taxas de controlo local e perfil de toxicidade. Constitui uma opção de tratamento ablativo a considerar no tratamento compreensivo do HCC localizado, quer como ponte para transplante quer como tratamento definitivo em doentes não candidatos a cirurgia. O caso clínico apresentado documenta o papel que esta técnica poderá ter no tratamento desta entidade nosológica.

PO 53

ADENOCARCINOMA DO DUODENO – CASO CLÍNICO DE IMUNOTERAPIA NUMA ENTIDADE RARA

Emanuel Cadavez⁽¹⁾; Patrícia Liu⁽¹⁾; Joana Pimenta⁽¹⁾; Pedro Araújo Mota⁽¹⁾; Natacha Mourão⁽¹⁾; Maria Beatriz Gonçalves⁽¹⁾; Miguel Falcão⁽¹⁾; Hilda Marta⁽¹⁾; Pedro de Castro⁽¹⁾; Rosa Gomes⁽¹⁾; Marta Sousa⁽¹⁾; Teresa Sarmiento⁽¹⁾; António Teira⁽¹⁾; Daniela Azevedo⁽¹⁾; Patrícia Gago⁽¹⁾; Mariana Rocha⁽¹⁾; Kátia Ladeira⁽¹⁾; Joana Carvalho⁽¹⁾; Renato Cunha⁽¹⁾; Diana Martins⁽¹⁾; Sílvia Duarte⁽¹⁾

(1) CENTRO HOSPITALAR TRÁS OS MONTES E ALTO DOURO E.P.E

Introdução: As neoplasias do intestino delgado são raras, representando apenas 1-3% de todos os tumores do trato digestivo. Histologicamente, apenas um terço são adenocarcinomas e o seu local de origem mais frequente é o duodeno. Habitualmente, estas neoplasias são diagnosticadas tardiamente, com doença avançada e irrisecável, seja por invasão local ou disseminação à distância. Devido à sua raridade, a evidência do tratamento sistémico neste contexto é limitada.

Caso Clínico: Mulher de 65 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e hipotireoidismo. Doente em seguimento na consulta de cirurgia e gastroenterologia por síndrome de Lynch (mutação c.1061del (p.Gly354fs) MLH1) após diagnóstico de adenocarcinoma do recto pT4N0M0 (Tumor, Node, Metastasis – American Joint Committee on Cancer: TNM AJCC 6ª edição), tendo sido submetida a ressecção anterior do recto seguida de quimioterapia adjuvante em 2006; e adenocarcinoma do cólon sigmóide pT1N0M0 (TNM AJCC 8ª edição), tendo realizado hemicolecotomia esquerda em 2018. Em novembro de 2020, doente assintomática, mas analiticamente com surgimento de anemia microcítica ferripriva (Hb 9,8g/dl). Apresentava estudo digestivo há <3 meses sem alterações, incluindo anoscopia, colonoscopia total, e endoscopia digestiva alta até à 2ª porção do duodeno. Prosseguiu investigação com enteroscopia por cápsula, que realizou em janeiro de 2021 e revelou uma lesão duodenal vegetante, ulcerada e sangrante com estenose parcial do lúmen. À data do exame, a doente apresentava já perda ponderal progressiva e anorexia com enfartamento precoce. Repetiu endoscopia digestiva alta, com progressão até à porção distal do duodeno, onde se verificou uma lesão estenosante em D4, cuja biópsia revelou tratar-se de um adenocarcinoma. Completou estadiamento com tomografia computadorizada (TC) torácica, abdominal e pélvica. Assumida doença localizada com envolvimento ganglionar regional, tendo sido submetida a ressecção cirúrgica em bloco com anastomose duodeno (3ª porção) jejunal em março de 2021. O exame anatomopatológico da peça cirúrgica confirmou o diagnóstico de adenocarcinoma duodenal pouco diferenciado com invasão da subserosa, e envolvimento neoplásico em 3 dos 10 gânglios linfáticos isolados, estadio pT3N2 cM0 (TNM AJCC 8ª edição); o estudo imuno-histoquímico revelou instabilidade microssatélite com perda de expressão das proteínas MLH1 e PMS2. Pós-operatório complicado com deiscência da anastomose e infeção intra-abdominal com necessidade de antibioterapia e internamento prolongado.

Iniciou quimioterapia adjuvante com esquema XELOX (capecitabina, oxaliplatina) em maio de 2022. Na avaliação prévia ao 4º ciclo de tratamento, doente com agravamento do estado geral, dor abdominal e intolerância alimentar. Realizou TC que demonstrou persistência/recidiva tumoral por massa mesentérica com infiltração de vasos e sem plano de clivagem com o estômago, pâncreas e cólon transversal. Após discussão em consulta de grupo multidisciplinar, proposta para tratamento sistêmico off-label com Pembrolizumab que iniciou em agosto de 2021. A doente apresentou excelente tolerância ao tratamento e com resposta parcial da doença. Atualmente, e após 17 meses de tratamento, mantém-se assintomática com excelente estado funcional (ECOG 0), sem intercorrências associadas ao tratamento e com evidência de doença estável. Discussão: O caso apresentado evidencia as dificuldades no diagnóstico precoce das neoplasias do intestino delgado, mesmo em doentes sob protocolos de vigilância apertada como é o caso dos portadores de síndrome de Lynch. A sintomatologia inespecífica e a dificuldade na confirmação dos achados levam a atrasos no diagnóstico e fazem com que muitos doentes se apresentem com doença avançada ao diagnóstico. Nesta doente, o contexto genético e de instabilidade microssatélite permitiu realizar imunoterapia com Pembrolizumab, que se demonstrou ser segura e eficaz.

Conclusões: Comparativamente ao cancro colo-rectal, o adenocarcinoma do duodeno é uma entidade rara e agressiva, mas que apresenta mais frequentemente instabilidade microssatélite e expressão de PD-L1. Estas alterações são preditoras de resposta a imunoterapia com Pembrolizumab, uma terapêutica que parece promissora na 1ª linha paliativa nesta população selecionada de adenocarcinomas do intestino delgado.

PO 54

EXPERIÊNCIA NO TRATAMENTO ADJUVANTE DE DOENTES COM MELANOMA ESTÁDIO III – DADOS DE VIDA REAL DE UM CENTRO ONCOLÓGICO COMPREENSIVO

José Brito da Silva⁽¹⁾; Diana Baptista da Mata⁽¹⁾; Sara Coelho⁽¹⁾; Maria João Silva⁽¹⁾; Dânia Marques⁽¹⁾; Paula Ferreira⁽¹⁾

(1) INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA PORTO

Introdução

No melanoma, assistiu-se, na última década, à implementação de terapêuticas inovadoras em contexto de doença avançada. Mais recentemente, o benefício destas terapêuticas em contexto adjuvante foi demonstrado em ensaios clínicos randomizados, com impacto no prognóstico da doença.

Objetivos

Avaliar os resultados do tratamento adjuvante na população tratada e seguida num centro oncológico compreensivo.

Material e Métodos

Estudo observacional de coorte retrospectivo. Incluídos doentes adultos com melanoma ressecado estágio III (8ª edição da AJCC) que iniciaram tratamento com terapêuticas inovadoras (inibidores anti-PD1 ou inibidores seletivos BRAF/MEK) na instituição entre 1 de junho de 2020 e 31 de janeiro de 2022.

Resultados

Iniciaram tratamento adjuvante 26 doentes, com idade mediana de 65,5 anos, dos quais 14 doentes do sexo masculino (53,8%). Vinte e três (88,5%) doentes apresentavam estado funcional compatível com ECOG 0 ou 1. A mutação BRAF estava presente em 12 (46,2%) casos e a distribuição por estádios foi 19,2% IIIB, 69,2% IIIC e 11,5% IIID.

Os tratamentos sistêmicos adjuvantes realizados foram inibidores anti-PD1 (n=22; 84,6%) e dabrafenib + trametinib (n=4; 15,4%). Relativamente à população com melanoma com mutação BRAF, 66,7% (n= 8) foi tratada com imunoterapia. Houve 3 doentes (11,5%) submetidos a radioterapia adjuvante.

A mediana de tempo de tratamento foi de 10 meses, com 80% dos doentes a cumprir pelo menos mais de metade dos ciclos previstos. O tratamento foi descontinuado em 34,6% doentes (n=9). Neste grupo, o motivo que levou à suspensão foi toxicidade em 44% (n=4) dos casos e recidiva em 44% (n=4) dos casos; um doente descontinuu tratamento por diagnóstico de uma segunda neoplasia. Considerando apenas as descontinuações por toxicidade, houve 1 evento no grupo de tratamento com inibidores seletivos BRAF/MEK e 3 no grupo de tratamento com inibidores anti-PD1, resultando em taxas de 25% e 13,6%, respetivamente.

Foram reportadas toxicidades clínicas ou analíticas grau 2 em 9 doentes, e 1 evento grau 3 (gastrite).

Com um tempo mediano de seguimento de 18 meses, verificaram-se 8 eventos de recorrência (30,8%; 4 locorregionais, 2 à distância e 2 com recorrência locorregional e à distância), tendo sido possível proceder a terapêutica locorregional em 50% destas recidivas. Foram registados 3 eventos de morte. As sobrevivências livres de recorrência (SLR) e global (SG) foram aos 12 meses, respetivamente, de 76,9% e 86,9% e aos 18 meses de 69,9% e 86,9%.

Discussão

O benefício da terapêutica sistémica adjuvante no melanoma estágio III ressecado foi demonstrado em ensaios clínicos randomizados fase 3, no entanto, são poucos os estudos com dados da vida real.

Constatámos que a idade mediana dos doentes incluídos neste estudo foi superior à da população incluída nos ensaios que levaram à aprovação das terapêuticas inovadoras em adjuvância.

A percentagem de descontinuação por toxicidade na população do presente trabalho foi semelhante à descrita nos estudos referidos.

Relativamente ao intervalo livre de recorrência, este foi semelhante ao observado nos estudos mencionados (nos quais rondou entre os 70% e 88% aos 12 meses).

Nesta amostra, realça-se ainda o fato de a população BRAF mutada ter sido maioritariamente tratada com imunoterapia. É ainda de realçar a taxa de descontinuação por toxicidade encontrada, que apesar de compatível com a literatura, é discrepante com o número de eventos adversos significativos (grau ≥ 3) encontrados. Estes dados são referentes ao início da prática adjuvante no tratamento do melanoma na Instituição, tendo esta sido coincidente com um período largamente afetado pela pandemia COVID-19, o que poderá, em parte, justificar estes resultados.

Conclusões

A implementação de tratamento adjuvante mostrou ser segura em dados de vida real, com toxicidades toleráveis e facilidade na manutenção do cumprimento terapêutico.

Maior tempo de seguimento e aumento da amostra são necessários para melhor caracterizar o benefício clínico desta estratégia no prognóstico do melanoma.

PO 55

METASTIZAÇÃO CUTÂNEA NO CARCINOMA DE CÉLULAS CLARAS DO RIM: UM DIAGNÓSTICO IMPROVÁVEL COM IMPLICAÇÕES TERAPÊUTICAS

João Queirós Coelho⁽¹⁾; Rita Pichel⁽¹⁾; Laura Guerra⁽¹⁾; Joana Febra⁽¹⁾; Sérgio Xavier Azevedo⁽¹⁾; António Araújo⁽¹⁾

(1) CHUP

INTRODUÇÃO

O carcinoma de células renais é globalmente responsável por 3% das neoplasias malignas, com 80% dos casos a corresponderem a carcinoma de células claras. Análises populacionais abrangentes demonstraram que os órgãos mais frequentemente envolvidos por doença metastática são o pulmão, seguido do tecido ósseo, fígado, glândulas suprarrenais e cérebro. O envolvimento metastático dos tecidos cutâneos no carcinoma de células claras do rim (CCCR) é uma entidade rara, observada em apenas 3-5% dos casos e resulta, frequentemente, em situações de diagnóstico diferencial complexo.

CASO CLÍNICO

Homem de 63 anos, *performance status* ECOG 1, sem antecedentes patológicos relevantes. Diagnóstico de CCCR em setembro de 2018, submetido a nefrectomia radical esquerda (pT3a cN0M0, margens cirúrgicas não intersectadas). *Follow up* com controlo imagiológico 3 meses após a intervenção cirúrgica a documentar metastização pulmonar e hepática *de novo* (confirmada histologicamente). Proposto tratamento sistémico paliativo com Sunitinib que cumpriu com razoável tolerância (síndrome palmo-plantar G2, CTCAE v5.0). A melhor resposta foi doença estável (v1.1RECIST), mantida durante 46 meses. Em agosto de 2022 documentada progressão pulmonar sintomática com insuficiência respiratória (IR) tipo 1 e necessidade de oxigenoterapia de longa duração. Proposto tratamento sistémico paliativo de segunda linha com Nivolumab. A melhor resposta foi doença estável (iRECIST), com melhoria clínica franca e resolução da IR, documentado após 6 ciclos de tratamento. Sem toxicidade imunomediada. Na avaliação clínica prévia ao 9º ciclo de imunoterapia, identificado nódulo eritematovioláceo de aproximadamente 1 cm na região mandibular, duro, indolor, com crescimento rápido ao longo de 2 semanas, submetido a biópsia excisional. Reavaliação 2 semanas após com identificação de 2 novas lesões de características semelhantes na região submandibular esquerda e couro cabeludo. Estudo anatomopatológico com características morfológicas e imunofenotípicas compatíveis com metástase de CCCR. Estudo imagiológico de re-estadiamento a evidenciar progressão visceral (hepática difusa). Em função do descrito decidida alteração de estratégia para tratamento sistémico paliativo de terceira linha em reunião de grupo multidisciplinar de tumores urológicos.

DISCUSSÃO

As metástases cutâneas do CCCR apresentam-se habitualmente como lesões nodulares, de crescimento rápido, arredondadas ou ovais, que podem apresentar tonalidade semelhante à pele ou cor vermelho-púrpura, habitualmente no abdómen ou tórax e ocasionalmente na face ou couro cabeludo. A sua identificação é frequentemente realizada já com o diagnóstico de CCCR estabelecido. O mecanismo que se presume responsável pela metastização cutânea da cabeça e pescoço é a extensão linfohematogénica. A sua apresentação clínica é frequentemente inespecífica, dificultando a sua valorização. As principais hipóteses de diagnóstico diferencial são o hemangioma, quisto sebáceo, granuloma piogénico ou carcinoma basocelular. O caso descrito ilustra esta entidade incomum, cuja identificação e confirmação histológica foram preponderantes na orientação, resultando em implicações terapêuticas diretas. A evolução clínica global reflete um tumor de comportamento agressivo, com metastização 3 meses após cirurgia radical e rápida progressão durante o tratamento sistémico paliativo de segunda linha. O facto de se tratar de um CCCR estágio III confere critério de alto risco de recidiva para os quais, os resultados preliminares do KEYNOTE-564, sugerem benefício em sobrevida livre de progressão do uso de Pembrolizumab adjuvante.

PO 56

SARCOMA DE KAPOSI - QUATRO FORMAS DE APRESENTAÇÃO, UM GRANDE DESAFIO PARA O ONCOLOGISTA

Alexandra Guedes⁽¹⁾; Andreia Capela⁽¹⁾; Enrique Dias⁽¹⁾; David João⁽¹⁾; Margarida Mota⁽¹⁾; Carlos Azevedo⁽¹⁾; Ana Moreira⁽¹⁾; Jorge Lopes⁽¹⁾

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

Introdução: O Sarcoma de Kaposi (SK) é uma neoplasia linfoendotelial induzida pelo herpesvírus humano 8 (HHV8). Apresenta-se tipicamente sob a forma de pápulas violáceas e classifica-se em quatro grandes tipos. O tipo endémico predomina no continente africano, principalmente na região sub-sahariana, onde a infeção por HHV8 é substancialmente mais prevalente. O tipo clássico ocorre classicamente em homens acima dos 60 anos na faixa mediterrânica, sendo uma forma mais indolente que atinge preferencialmente as extremidades. O SK associado ao VIH ou epidémico ocorre em doentes imunossuprimidos pela infeção VIH, sendo uma doença definidora de SIDA. Por fim, o tipo iatrogénico ocorre em indivíduos submetidos a transplante de órgãos sólidos; este tipo não será abordado neste trabalho.

Objetivo: Análise descritiva de quatro casos de sarcoma de Kaposi.

Material e Métodos: Foi efetuada a recolha de dados e análise retrospectiva dos processos clínicos dos doentes, provenientes da nossa instituição hospitalar.

Resultados:

Caso Clínico 1 - Endémico: Sexo masculino, 43 anos. Raça negra, nascido em Angola e residente em Portugal há mais de 20 anos. Antecedentes pessoais de etilismo e malária tratada. Encaminhado a consulta de Dermatologia em setembro de 2022 por lesões nodulares violáceas dolorosas no bordo lateral dos pés, de aparecimento progressivo, associadas a edema do membro inferior direito. A análise anatomopatológica de uma das lesões foi compatível com SK nodular HHV8+. Serologia VIH negativa. TC de estadiamento sem evidência de metastização. Atualmente encontra-se sob tratamento com doxorrubicina lipossómica peguilada 20 mg/m² a cada 3 semanas.

Caso Clínico 2 - Clássico: Sexo masculino, 78 anos, caucasiano. Antecedentes de adenocarcinoma do pulmão estadio IA tratado com radioterapia estereotáxica; adenocarcinoma da próstata localizado submetido a radioterapia externa e atualmente sob goserrelina e ainda hepatite B crónica de transmissão vertical, sem indicação para tratamento. Apresentava lesão nodular violácea no pé esquerdo com vários meses de evolução, cuja biópsia confirmou o diagnóstico de SK, HHV8+. Serologia VIH negativa. Foi proposto em reunião multidisciplinar para radioterapia paliativa e, em agosto de 2022, acabou por ser submetido a exérese da lesão nodular por persistência de dor. Sem novas lesões durante o *follow-up*.

Caso Clínico 3 - Associado ao VIH: Sexo masculino, 69 anos. Raça negra, de nacionalidade Portuguesa, emigrado em Moçambique. Antecedentes de infeção recente VIH-1 de transmissão sexual em estadio SIDA (toxoplasmose cerebral), com contagem de linfócitos CD4+ de 171/uL ao diagnóstico, encontrando-se sob TARV desde novembro de 2021. Encaminhado da consulta de Infecçologia por múltiplas lesões violáceas dispersas pelos membros inferiores, algumas com crescimento exófitico, e marcado linfedema da perna esquerda. A análise anatomopatológica confirmou SK (sem informação sobre positividade do HHV8) e a TC TAP revelou extenso envolvimento ganglionar, gastrointestinal e pulmonar. Iniciou tratamento com doxorrubicina lipossómica peguilada em maio de 2022 e, em C2D12, foi internado por pneumonia grave a COVID19, vindo a falecer dez dias depois.

Caso Clínico 4 - Associado ao VIH: Sexo masculino, 23 anos de idade, caucasiano. Antecedentes de diabetes mellitus tipo 1 desde os 5 anos de idade. Em fevereiro de 2021, procurou os cuidados de saúde por múltiplas lesões maculopapulares violáceas dispersas pelo tronco e membros, associadas a astenia e anorexia. A pesquisa de VIH-1 foi positiva, com contagem de CD4+ de 23/uL, tendo iniciado TARV nesse mesmo mês. A biópsia de uma das lesões revelou SK HHV8+. A TC torácica mostrou múltiplas opacidades nodulares bilaterais e o ecocardiograma revelou cardiomiopatia dilatada (de presumível etiologia infecciosa - VIH ou CMV) com depressão severa da função (FE 21%), tendo iniciado paclitaxel 100 mg/m² a cada 2 semanas. Apesar de cumprir a TARV e de apresentar carga viral de VIH negativa, nunca apresentou recuperação de CD4+. Constatada resposta parcial, o taxano foi suspenso em maio 2022, após 14 meses de tratamento. Em novembro do mesmo ano, objetivada progressão de doença a nível cutâneo nas extremidades, pelo que retomou paclitaxel, atualmente com doença estável.

Discussão: As variações da prevalência do SK espelham a seropositividade do HHV8, que atinge os 40% na África sub-sahariana e 10-30% no mediterrâneo. No continente africano, nas últimas quatro décadas, assistiu-se a um aumento dos casos de SK associado ao VIH, em detrimento do tipo endémico. O tratamento do SK pode envolver terapêuticas localizadas ou sistémicas. Em qualquer tipo, o tratamento com quimioterapia é recomendado perante tumores localmente agressivos ou com atingimento sistémico. Os agentes de primeira linha são a doxorrubicina lipossómica peguilada e o paclitaxel. No caso do SK associado ao VIH, a maioria regride com o cumprimento da TARV; nestes, contagens persistentemente baixas de linfócitos CD4 e a presença de sintomas B associam-se a pior prognóstico.

Conclusão: Os quatro casos expostos demonstram não só a variabilidade clínica que o SK pode assumir, mas também as enormes diferenças na agressividade e prognóstico da doença.

PO 58

DIABETES MELLITUS 1 INDUZIDA POR NIVOLUMAB – UM EVENTO ADVERSO RARO DA IMUNOTERAPIA NO ADENOCARCINOMA DO CARDIA

Tânia Catarina Lemos Rodrigues Pereira⁽¹⁾; Daniela Sousa Almeida⁽¹⁾

(1) CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO E.P.E.

Introdução:

O cancro do esófago é o sétimo cancro mais comum e a sexta causa de mortes por cancro em todo o Mundo. Cerca de 70% dos diagnósticos ocorrem em homens.

Existem dois subtipos: adenocarcinoma (AC), mais comum no terço distal do esófago, e carcinoma das células escamosas (SCC), mais comum nos dois terços proximais. Apesar deste último corresponder a cerca de 90% dos diagnósticos, a incidência do AC tem vindo a aumentar. Os principais factores de risco para o SCC são tabagismo e alcoolismo e para o AC são obesidade e refluxo gastroesofágico crónico (Metaplasia).

Segundo a 8ª edição da classificação "Tumour, Node, Metastasis (TNM)", dois tipos (I e II) de adenocarcinoma da junção esofagogástrica (JEG) são classificados como cancros esofágicos e um tipo (III) como cancro gástrico.

O tratamento trimodal com quimiorradioterapia (QRT) e cirurgia permanece o gold standard para os AC localmente avançados do esófago e da JEG, baseado nos resultados obtidos do estudo CROSS.

A adjuvância com Nivolumab durante um 1 ano demonstrou benefício em doentes que receberam QRT neoadjuvante e com evidência de lesão residual na peça cirúrgica, segundo o estudo de fase III CheckMate 577, aumentando a sobrevivência livre de doença. O Nivolumab está aprovado na adjuvância independentemente da expressão PD-L1.

A imunoterapia tem como efeitos adversos mais comuns a toxicidade dermatológica, das mucosas e a diarreia/colite. Está ainda associada a um espectro de efeitos adversos auto-ímmunes, sendo os mais comuns o hipotireoidismo, hipertireoidismo e hipofisite. Diabetes Mellitus 1 tem uma incidência apenas de 0.2-0.9%, sendo os sintomas mais comuns a hiperglicémia severa ou cetoacidose diabética.

Objetivo:

O objetivo deste caso consiste na apresentação de um doente com AC da JEG com diagnóstico de DM1 após início de imunoterapia com Nivolumab.

Caso clínico:

Sexo masculino, 47 anos. Antecedentes pessoais de dislipidémia, medicado. Quadro de enfartamento, azia e disfagia para sólidos. Realizou Endoscopia Digestiva Alta com neoformação ulcerovegetante envolvendo o esófago distal com extensão para além da JEG, envolvendo cardia, com biópsia a diagnosticar "Adenocarcinoma do cardia". Na TC CTAP com acentuado espessamento parietal da JEG e adenopatias periesofágica inferior, adjacentes à curvatura gástrica e pericélicas.

Apresentado na Reunião de Grupo Oncológico – Adenocarcinoma do cardia tipo II localmente avançado, decidido quimiorradioterapia (QRT) neoadjuvante (NA), baseado nos resultados do estudo CROSS. Iniciou Carboplatino + Paclitaxel e radioterapia concomitante, completando 5 ciclos. Submetido a gastrectomia sub-total proximal, com histologia "Adenocarcinoma da JEG, tipo tubular (OMS) ypT3N1R0 (1/22). Resposta tumoral ao tratamento NA grau 1b, menos de 10% de tumor residual no leito tumoral". Iniciou imunoterapia adjuvante com Nivolumab 240mg a cada 2 semanas, baseado no estudo de fase III CheckMate 577. Apresentou rash cutâneo cervical G2, que resolveu com corticoterapia tópica. No 6º tratamento, objetivada hiperglicemia 513mg/dL, sendo colocada hipótese de DM1 induzida por nivolumab. Função tireoideia e hormonas pituitárias normais, HbA1C 10.3%. Suspendeu tratamento e foi observado por Endocrinologia. Iniciou insulino terapia, com controlo do perfil glicémico e diminuição da HbA1c para 8.8%. Após discussão com o doente, decidido continuar tratamento. Alterada dose para 480mg a cada 4semanas, devendo completar 1 ano.

Conclusão:

Tratamento trimodal com QRT e cirurgia é o tratamento definido para os AC localmente avançados do esófago e da JGE (CROSS).

Imunoterapia adjuvante com Nivolumab durante 1 ano é o tratamento gold standard em doentes com adenocarcinoma da JEG que receberam QRT NA e com evidência de doença residual na peça cirúrgica (CheckMate 577).

No entanto, há ainda lacunas na adjuvância que requerem mais estudos. Imunoterapia pode causar endocrinopatias. A DM1 tem uma incidência de 0.2-0.9%. É essencial a monitorização da glicose a cada tratamento para diagnóstico precoce, com correta orientação clínica e terapêutica. A insulino terapia é o tratamento de base, uma vez que os corticóides não são eficazes pois a imunoterapia induz destruição das células beta-pancreáticas. Após discussão clínica com doente, o tratamento com imunoterapia pode ser retomado.

PO 59

ESOPHAGEAL RE-IRRADIATION OF LOCALLY RECURRENT DISEASE: A TALE OF THREE CASES

Alice Alves⁽¹⁾; Filipa Martins⁽¹⁾; Paula Fontes⁽¹⁾; Pedro Meireles⁽¹⁾; João Casalta Lopes⁽¹⁾

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

Introduction

Esophageal cancer is a deadly malignancy with a very low survival. In non-metastatic, locally advanced disease, treatment including preoperative chemoradiation followed by surgery is the standard of care.

To date, only a few series have explored definitive, non-palliative re-irradiation for locally recurrent esophageal cancer. These studies have demonstrated that re-irradiation in such cases may be effective but with variable toxicity.

The purpose of this retrospective analysis was to evaluate the clinical outcomes and toxicities of re-irradiation with definitive intent in our institution.

Methods:

I) We reviewed esophageal cancer recurrence, treated with radiotherapy. The inclusion criteria were i) diagnosis biopsy-proven localized recurrence of cancer of the esophagus or gastro esophageal (GE) junction, ii) history of preoperative radiation followed by surgery; iii) non-metastatic disease; iv) non-palliative re-irradiation with a dose >45 Gy. Clinical data were collected, including age, sex, ECOG performance status, primary site of disease, dose of radiotherapy (RT), RT technique, chemotherapy used, histology and toxicity.

II) Re-irradiation treatment:

All patients were treated with three-dimensional conformal radiotherapy (3DCRT). When available, positron emission tomography (PET) scans were co-registered with the CT scan to aid in target volume delineation.

Target volumes were delineated according to international guidelines for primary treatment.

Toxicities were graded based on Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) version 5.0, and categorized as either acute (during or within 6 months after re-irradiation) or late (over 6 months after completion of re-irradiation).

Results:

Three patients were included, with age 44, 65 and 76 years at diagnosis. Patients showed ECOG 0- 1. The interval between initial radiotherapy and re-treatment was 12, 14 and 66 months.

Re-irradiation dose ranged between 45-59 Gy. All patients received concurrent chemotherapy (carboplatin + paclitaxel in two patients; one patient received 5-fluorouracil + cisplatin). The follow-up time after re-irradiation was 1, 5 and 16 months.

All patients are alive without evidence of disease. One patient developed acute grade 1 toxicities (dysphagia, odynophagia and esophagitis).

Another patient interrupted RT at 42Gy for 2 days due to grade 4 esophageal stenosis and tracheal fistula, but completed the prescribed dose. Tracheal fistula and grade 1 dysphagia were registered as late toxicities.

Conclusion

In conclusion, these three cases show that definitive re-irradiation is tolerable in patients with locally recurrent esophageal cancer.

Combined therapy appears to show good local control, with the limitation of having a small number of patients and a short follow up time.

Viktor Malyarchuk⁽¹⁾; Barbara Machado⁽¹⁾; Rita Aranha⁽¹⁾; Joana Espiga Macedo⁽¹⁾; Manuela Machado⁽¹⁾

(1) CENTRO HOSPITALAR ENTRE DOURO E VOUGA E.P.E

Introdução: O cancro do pulmão é a principal causa de morte por cancro no mundo, foi responsável por cerca de 1,8 milhões de mortes em 2020 com cerca de 2,2 milhões de novos casos diagnosticados. Apesar de ainda ser o mais mortífero, a taxa de mortalidade tem vindo a diminuir de forma progressiva. Esta melhoria deve-se a diversos fatores entre os quais destaco novos métodos de rastreio, melhores técnicas minimamente invasivas, avanços nas técnicas de exames genéticos e sua maior disponibilidade, avanços na radioterapia, novos tratamentos de imunoterapia e terapêutica dirigida.

Objectivos: Com estes 2 casos pretendemos demonstrar como os avanços nos testes genéticos e a sua disponibilidade generalizada mudaram a forma como estadiamos e tratamos os doentes com cancro do pulmão.

Material e métodos: Informação clínica obtida através da revisão dos processos clínicos dos doentes e revisão da literatura sobre o tratamento atual do cancro do pulmão.

Resultados: O primeiro caso trata-se de um homem de 34 anos, sem antecedentes médicos de relevo. Em outubro de 2021 o doente recorreu ao serviço de urgência (SU) por queixas de disfagia para sólidos, perda ponderal e dor torácica. A tomografia computadorizada (TC) revelou uma massa de 4cm no hilo pulmonar direito e outra de 6,3 cm na região infracarinal causando compressão do esófago, da carina e do brônquio direito principal, revelou também um nódulo de 6 mm no pulmão contralateral, múltiplas adenopatias e derrame pleural direito volumoso com necessidade de internamento. Durante o internamento o doente foi diagnosticado com adenocarcinoma do pulmão através de biópsia por broncofibroscopia. A expressão de PD-L1 foi de 1-5% e na Next Generation Sequencing (NGS) apresentava a fusão dos genes EML4-ALK. O doente foi estadiado como cT2aN3M1a. O internamento foi prolongado por múltiplas complicações: derrame pleural recidivante, hidropneumotórax, pulmão encarcerado, derrame pericárdico recidivante e infeção nosocomial. Pelo resultado do NGS o doente foi proposto para tratamento com alectinib, terapêutica dirigida às alterações genéticas específicas do doente e que iniciou imediatamente após a alta em dezembro de 2021. Durante o seguimento, o doente apresentou excelente resposta clínica, com recuperação do apetite, sensação de bem-estar e recuperou 10kg em menos de 2 meses. Na TC de avaliação de resposta após 3 meses de tratamento apresentou resposta parcial com redução acentuada da massa no pulmão direito assim como do nódulo no pulmão esquerdo e das adenopatias. Manteve resposta aos 6 meses com resposta imagiológica quase completa.

Após 10 meses, manteve a melhoria obtida, recuperou 20kg e sem nenhuma toxicidade aparente associada ao tratamento.

O segundo caso que apresentamos, trata-se de um homem de 89 anos, ex-engenheiro de minas, ex-fumador (parou aos 79 anos com história de 40 unidades maço-ano) com antecedentes de bypass coronário triplo em 2008. O sintoma inicial foi um episódio de hemoptise em julho de 2021. A TC revelou uma massa de 3,8 cm no lóbulo superior esquerdo, contactando a pleura e um nódulo de 1,3cm no lóbulo medio. A biópsia transtorácica confirmou o diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão, com expressão PD-L1 negativa e o estudo de NGS revelou mutação do gene MET no exão 14. O doente foi estadiado como cT3N3M1a. Com base no resultado do NGS o doente iniciou tratamento com crizotinib em dezembro de 2021, uma terapêutica dirigida a sua mutação específica. A TC de avaliação de resposta ao 4º e 8º mês após o início do tratamento revelaram resposta parcial com redução do tamanho da massa no lóbulo superior esquerdo e apenas 1 adenopatia com necrose central. O doente apresentou excelente tolerância ao tratamento, tendo apresentado apenas toxicidade hepática G2. Após 11 meses de seguimento o doente apresenta-se assintomático, mantém bom estado geral e mantém tratamento até à data.

Discussão/Conclusão: Aqui apresentamos 2 doentes muito diferentes, com idades muito afastadas e com comorbilidades muito distintas, aparentemente com o mesmo diagnóstico, mas pelo resultado dos exames de NGS receberam tratamentos muito diferentes, mas com eficácia e toxicidade semelhantes. Estes 2 casos são exemplos da nova realidade do tratamento do cancro do pulmão e de como os avanços dos testes genéticos e o desenvolvimento de novas terapêuticas dirigidas mudaram a forma de abordar e tratar estes doentes. Permite por um lado uma medicina muito mais personalizada com tratamentos específicos e diferentes para diferentes mutações dentro da mesma doença. Por outro lado permite incluir mais doentes que previamente não seriam candidatos a qualquer tratamento específico, mas dado o perfil de segurança excelente com escassa toxicidade, podemos agora tratar estes doentes com piores performance status e mais comorbilidades. Interessante também realçar que se o segundo doente, diagnosticado apenas há cerca de um ano, fosse diagnosticado hoje teria já pelo menos 2 tratamentos novos com eficácia superior (tepotinib e capmatinib, aprovados pela EMA em fevereiro e junho de 2022 respectivamente).

PO 64

A SILENCIOSA E DIFÍCIL DE TRATAR COMPLICAÇÃO DO TRATAMENTO COM ANTI-EGFR: HIPOMAGNESEMIA

Viktor Malyarchuk⁽¹⁾; Barbara Machado⁽¹⁾; Rita Aranha⁽¹⁾; Joana Espiga Macedo⁽¹⁾; Manuela Machado⁽¹⁾

(1) CENTRO HOSPITALAR ENTRE DOURO E VOUGA E.P.E

Introdução: O cetuximab e o panitumumab são anticorpos monoclonais que tem como alvo o receptor do fator de crescimento epidérmico (EGFR) e fazem parte do tratamento standard do cancro colorectal irressecável. Um dos efeitos secundários destes fármacos é a hipomagnesemia, as taxas de incidência são variáveis entre os diferentes estudos, segundo uma meta-análise recentes a incidência da hipomagnesemia no tratamento com cetuximab é de 34,9% (grau 3/4 em 4,4%); em relação ao panitumumab apresenta valores semelhantes, sendo a incidência de 31,8% (grau 3/4 em 5,4%). Existe alguma evidência da associação de hipomagnesemia com melhores resultados clínicos de PFS, OS e ORR nos doentes tratados com anti-EGFR no cancro colorectal metastático. O risco de hipomagnesemia é maior em doentes com duração prolongada do tratamento (mais de 6 meses), doentes idosos e doentes com história prévia de hipomagnesemia.

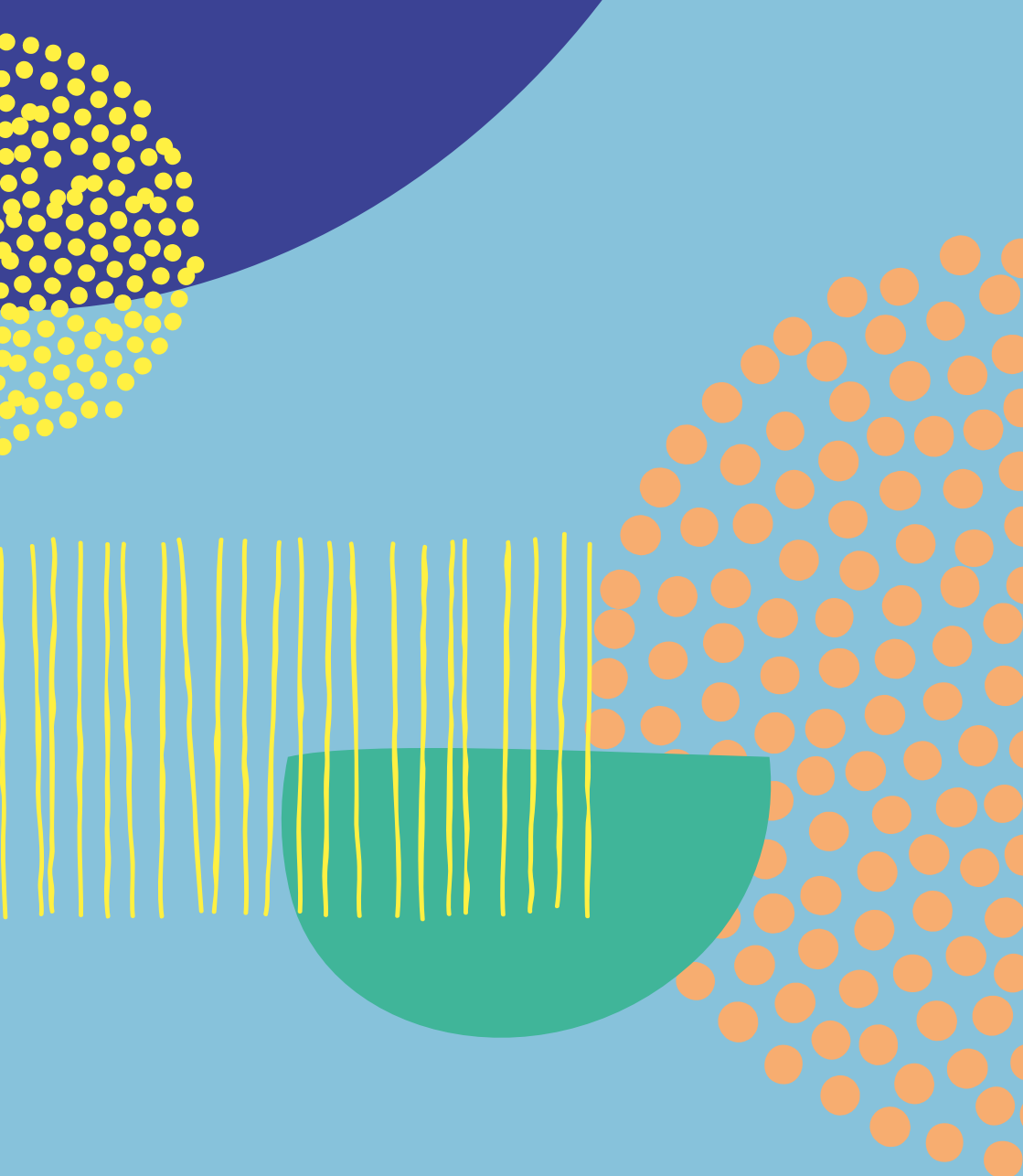
Objectivos: Revisão da literatura sobre a associação de hipomagnesemia e tratamento com anti-EGFR e apresentação de um caso clínico de um doente com hipomagnesemia grave secundária a tratamento com panitumumab e como foi gerida essa complicação grave.

Material e métodos: Informação clínica obtida através da revisão do processo clínico do doente e revisão da literatura sobre a associação da hipomagnesemia e tratamento com anti-EGFR.

Resultados: Trata-se de um doente de 75 anos, ECOG 1, com antecedentes de relevo de hipertensão arterial e dislipidemia, medicado habitualmente com bisoprolol e atorvastatina. O doente foi diagnosticado em julho de 2021 com adenocarcinoma do cólon sigmóide em contexto de estudo de alterações do trânsito intestinal. O doente foi submetido a cirurgia de Hartmann por um quadro oclusivo em agosto de 2021, completou o estadiamento e foi estadiado como pT4aN2bM1c, estágio IVC por implantes peritoneais objetivados durante a cirurgia. O pós-operatório foi complicado devido à deiscência da ferida operatória com necessidade de cuidados de pensos de pressão negativa. O tumor apresentava RAS wild type. O doente foi proposto a realizar tratamento sistémico paliativo com esquema De Gramont associado a panitumumab dado o agravamento do estado geral por complicações pós-operatórias e que iniciou-se em outubro de 2021. Após 5 meses de tratamento o doente apresentou hipomagnesemia grau 2 (0,42 mmol/L), apesar de reposição PO do magnésio, o doente manteve descida dos valores atingindo grau 4 (<0,25 mmol/L).

O tratamento do doente foi suspenso e iniciou reposição agressiva do magnésio EV, tendo feito 4gr de sulfato de magnésio por dia durante 5 dias com melhoria dos valores, recuperando para hipomagneseemia grau 1 (1,42 mmol/L). Apesar da melhoria, suspensão do tratamento e mantendo a reposição PO do magnésio, o doente apresentou novas descidas dos valores chegando novamente a atingir hipomagneseemia grau 4 com necessidade de administração EV de sulfato de magnésio de forma frequente durante cerca de 6 semanas para manter hipomagneseemia em valores de grau 1-2. Apesar destas intercorrências, imagiologicamente o doente apresentou resposta completa, mantendo o tratamento suspenso após resolução da hipomagneseemia.

Discussão/Conclusão: Não existe uma abordagem óptima e consensual do tratamento da hipomagneseemia secundária ao tratamento com os anti-EGFR. A reposição PO apresenta baixa probabilidade de conseguir corrigir a hipomagneseemia dado a sua baixa biodisponibilidade quando administrada por esta via. Portanto, a via EV ou IM são geralmente as mais indicadas para gerir esta complicação, apesar de haver pouca evidência na melhor forma de a gerir. Há evidência a demonstrar que a normalização dos valores de magnésio após serem atingidos valores de hipomagneseemia de grau 3-4, habitualmente não perdura mais do que 72 hora mesmo utilizando doses altas e administrações frequentes de sulfato de magnésio EV, além de ter um grande impacto na qualidade de vida do doente pelas vindas frequentes ao hospital. Existe evidência, apesar de que escassa, de que a administração precoce de magnésio EV pode limitar a gravidade da hipomagneseemia, habitualmente não agravando para além de grau 2. Sendo uma toxicidade que pode apresentar escassa sintomatologia e com consequências muito graves é importante termos em conta e corrigirmos de forma agressiva e de uma maneira precoce de modo a evitarmos hipomagneseemia grave que é muito difícil de gerir, com grande impacto na qualidade de vida do doente e que obriga a suspender o tratamento com anti-EGFR.



Organização



Agência Oficial



Patrocínio Institucional

SERVIÇO ONCOLOGIA MÉDICA

