

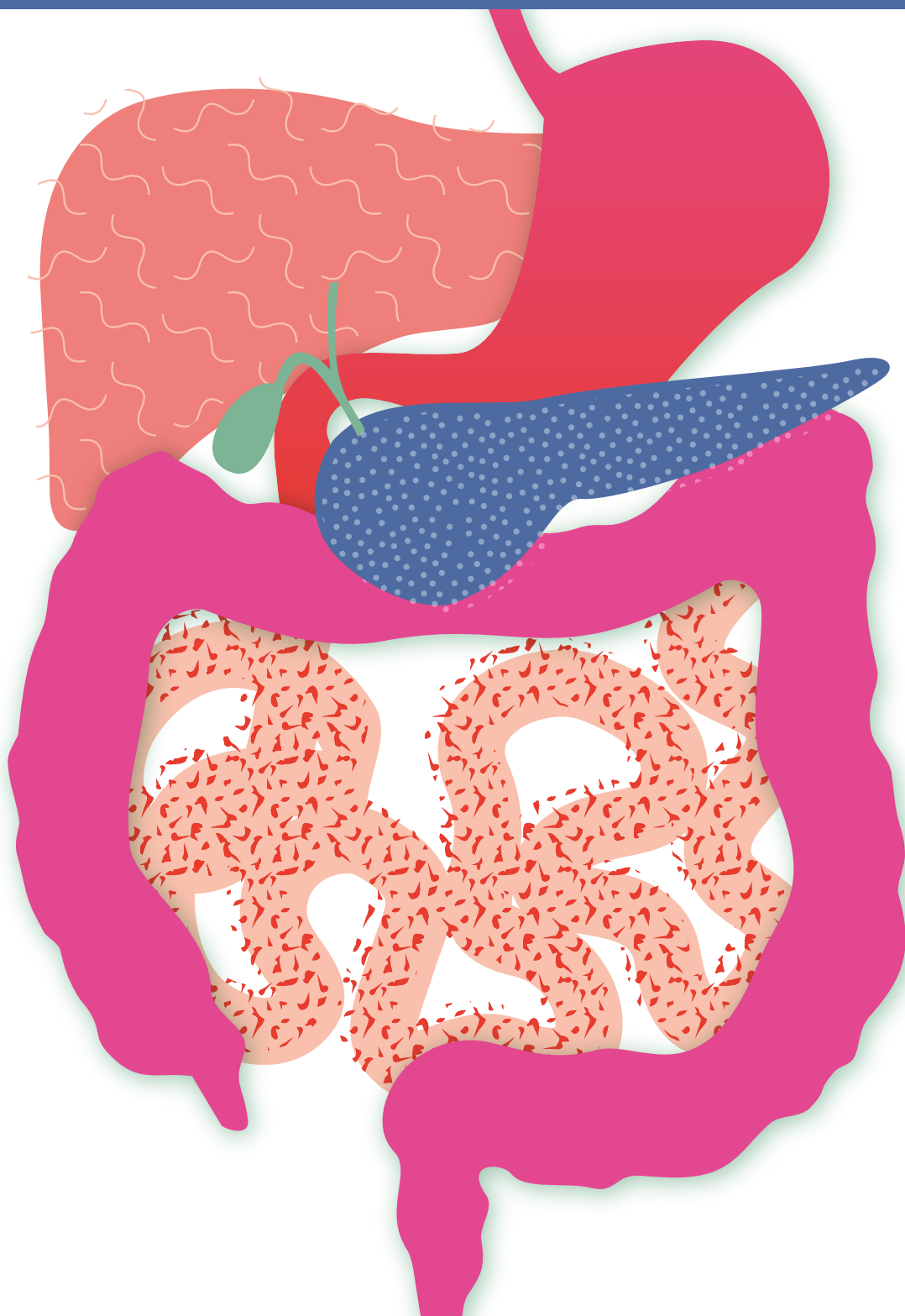
19.º

FIGUEIRA DA FOZ
Hotel Eurostars Oasis Plaza

12, 13 e 14 OUT '23

CONGRESSO NACIONAL DE CANCRO DIGESTIVO

ABSTRACT BOOK



ORGANIZAÇÃO

Grupo de Investigação



AGÊNCIA OFICIAL

factorchave[®]
marketing integrado

C004

CAPTAÇÃO INCIDENTAL NO TRATO GASTROINTESTINAL EM PET/TC-FDG: VALERÁ A PENA INVESTIGAR?

Luís Correia Gomes(1); Davide Fraga(1); Margarida Rajão Saraiva(1); Pedro Lage(1); Lucília Salgado(1); Isabel Claro(1)
(1) INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA LISBOA

C013

RADIOTERAPIA ESTEREOTÁXICA CORPORAL (SBRT) NO TRATAMENTO DE OLIGOMETÁSTASES PULMONARES DE ORIGEM COLORRETAL: FATORES DE PROGNÓSTICO COM IMPACTO NO CONTROLO LOCAL E SOBREVIVÊNCIA

Susana Costa(1); Fausto Sousa(2); Pedro Leite-Silva(1); Flávia Fernandes(1); Eduardo Rocha(1); Dora Gomes(1); Olga Sousa(1)
(1) INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA PORTO
(2) CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE SÃO JOÃO E.P.E.

C034

TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE COMPLICAÇÕES BILIARES PÓS CIRURGIA HEPÁTICA POR PATOLOGIA ONCOLÓGICA

Rita Matos Prata(1); Maria Inês Canha(1); Pedro Lages Martins(1); Rafaela Loureiro(1); Tiago Capela(1); Mário Silva(1); Gonçalo Ramos(1);
António Mateus Dias(1); João Coimbra(1)
(1) CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO LISBOA CENTRAL E.P.E.

C042

A GENOTIPAGEM DPYD EM DOENTES SOB FLUOROPYRIMIDINAS - CASUÍSTICA DE UM HOSPITAL PERIFÉRICO

Ana Catarina Pereira Dias(1); João Barbosa(1); Ilda Faustino(1); Alexandra Teixeira(1); Camila Coutinho(1)
(1) HOSPITAL SENHORA DA OLIVEIRA - GUIMARÃES

C043

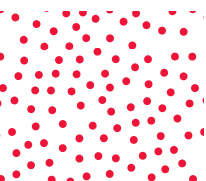
PAPEL PROGNÓSTICO DO SCORE HALP EM DOENTES COM ADENOCARCINOMA GÁSTRICO SUBMETIDOS A FLOT PERI-OPERATÓRIO - DADOS DE VIDA REAL

Carina Teixeira(1); Marina Gonçalves(1); Catarina Lopes de Almeida(1); Marta Baptista Freitas(1); Marisa Couto(1); Tânia Lemos(1);
Ana Carmo Valente(1); Lúcia Águas(1); Andreia Costa(1); Maria João Marques Ribeiro(1); Daniela Almeida(1); Andreia Freire Coelho(1);
Miguel Barbosa(1)
(1) CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE SÃO JOÃO E.P.E.

C044

EFICÁCIA DE ANTI-EGFR EM CANCRO COLORRETAL METASTIZADO É AUMENTADA PELA SOBREENPRESSÃO DE EGFR OU ETV4 E REDUZIDA PELA DE ETV5 OU ETV1

Pedro Cruz(1); Olga Meneses(1); Raquel Ramos(1); Andreia Brandão(1); Isabel Veiga(1); Patrícia Rocha(1); Rui Henrique(1);
Deolinda Pereira(1); Dânia Santos(1); Manuel Teixeira(1); Paula Paulo(1)
(1) INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA PORTO



P005

TERAPÊUTICA DE VÁCUO ENDOSCÓPICA NO MANEJO DE DEISCÊNCIAS ANASTOMÓTICAS ESOFÁGICAS – DADOS DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

Luís Correia Gomes(1); Isadora Rosa(1); Daniel Conceição(1); Margarida Rajão Saraiva(1); Joana Lemos(1); Carolina Simões(1); Isabel Claro(1)
(1) INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA LISBOA

P007

RISCO DE RECIDIVA E SELECÇÃO DE DOENTES PARA CIRURGIA DE METÁSTASES HEPÁTICAS DE CANCRO DO CÓLON E RECTO

Madalena Machete(1); Pedro Azevedo(1); Francisco Lopes(2); Carlota Baptista(1); Inês Margarido(3); Carlota Branco(3); Jorge Correia(3); João Moreira Pinto(1); José António Pereira(1); Pedro Simões(1); Ana Faria Harrison(1); Tânia Rodrigues(3); José Alberto Teixeira(1); José Luís Passos Coelho(3)
(1) HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO
(2) FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE LISBOA
(3) HOSPITAL DA LUZ LISBOA

P008

IMPACTO DA TROMBOCITOSE NO PROGNÓSTICO DO CANCRO GÁSTRICO

Bárbara Castro(1); Catarina Ortigosa(1); Ana Rita Ferreira(1); Mariana Santos(1); Susana Graça(1); Amélia Tavares(1); Fernando Viveiros(1); Manuel Oliveira(1)
(1) CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA DE GAIA / ESPINHO E.P.E.

P009

EFEITO DA DRENAGEM BILIAR PRÉ-OPERATÓRIA NOS OUTCOMES DA DUODENOPANCREATECTOMIA CEFÁLICA

Bárbara Castro(1); Daniela Martins(1); Carolina Tavares(1); Catarina Ortigosa(1); Ana Rita Ferreira(1); Ana Paula Torre(1); Hugo Louro(1); Wilson Malta(1); Susana Graça(1); Jorge Santos(1); Manuel Oliveira(1)
(1) CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA DE GAIA / ESPINHO E.P.E.

P010

CANCRO COLORRETAL EM IDADE JOVEM: ESTUDO COORTE NUM HOSPITAL TERCIÁRIO

Margarida Rajão Saraiva(1); Joana Lemos Garcia(1); Isadora Rosa(1); Grupo Multidisciplinar de Cancro Colo-Retal do IPOLFG(1); Inês Francisco(1); Patrícia Silva(1); Bruno Filipe(1); Cristina Albuquerque(1); Ricardo Fonseca(1); Pedro Lage(1); Isabel Claro(1)
(1) IPO LISBOA

P011

UM CASO RARO DE TUMOR RECTAL: COMO ABORDAR?

Margarida Rajão Saraiva(1); Daniel Conceição(1); Ricardo Fonseca(1); Grupo Multidisciplinar de Cancro Colo-Retal do IPOLFG(1); Isadora Rosa(1); Isabel Claro(1)
(1) IPO LISBOA

P012

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS E ECONÓMICAS DE DOENTES COM CANCRO DO ESÓFAGO LOCALMENTE AVANÇADO IRRESSECÁVEL EM PORTUGAL E ESPANHA (GALIZA): ESTUDO OBSERVACIONAL RETROSPETIVO DE COORTE ÚNICA MULTICÊNTRICO – RACIONAL E DESENHO DO ESTUDO DIGEST

Nina Fernandes(1); Anabela Barros(2); Ana Fernandez Montes(3); Manuela Machado(4); Hélder Mansinho(5); Sara Figueiredo(1)
(1) MSD PORTUGAL
(2) CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA
(3) COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE
(4) CENTRO HOSPITALAR ENTRE DOURO E VOUGA E.P.E (5) HOSPITAL GARCIA DE ORTA, E.P.E.



P014

DISFUNÇÕES PILÓRICAS APÓS ESOFAGECTOMIA: OPÇÕES DE TERAPÊUTICA ENDOSCÓPICA – EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO ONCOLÓGICO

Daniel Conceição(1); Luís Correia Gomes(1); Margarida Rajão Saraiva(1); Pedro Currais(1); Carolina Simões(1); Joana Moleiro(1); Isadora Rosa(1); Paulo Ramos(1); Cecília Monteiro(1); Rui Casaca(1); Isabel Claro(1)
(1) IPO LISBOA

P016

CANCRO DO PÂNCREAS BORDERLINE RESSECÁVEL - PAPEL DO MARCADOR TUMORAL CA 19.9 NA PROGRESSÃO E SOBREVIVÊNCIA

Catarina Lopes Almeida(1); Marina Gonçalves(1); Marta Baptista Freitas(1); Carina Teixeira(1); Marisa Couto(1); Tânia Lemos(1); Sara Meireles(1); Inês Brandão Rêgo(1); Cristina Sarmento(1); Andreia Coelho(1); Andreia Costa(1); Miguel Barbosa(1)
(1) CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE SÃO JOÃO E.P.E.

P018

SOBREVIVÊNCIA DE DOENTES COM CANCRO COLORRETAL SUBMETIDOS A RESSEÇÃO CIRÚRGICA DE METÁSTASES HEPÁTICAS – A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Alexandra Guedes(1); Daniel Martins(1); Sandra Silva(1); Ema Neto(1); Helena Guedes(1); Joana Marinho(1); Sandra Custódio(1); Alexandre Costa(1); Andreia Capela(1)
(1) CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA DE GAIA / ESPINHO E.P.E.

P019

IMPACTO DA DESNUTRIÇÃO NO PROGNÓSTICO DOS DOENTES COM CANCRO DO PÂNCREAS METASTIZADO

Marta Baptista Freitas(1); Catarina Lopes de Almeida(1); Carina M. Teixeira(1); Marina Gonçalves(1); Inês Rego(1); Andreia Coelho(1); Sara Meireles(1); Cristina Sarmento(1); Miguel Barbosa(1)
(1) CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE SÃO JOÃO E.P.E.

P021

UM CASO RARO DE CARCINOMA DO PÂNCREAS INDIFERENCIADO COM CÉLULAS GIGANTES DE TIPO OSTEOCLASTO E REVISÃO DA LITERATURA

Joana Martins Cabral(1); Alexandra Guedes(1); Sandra Silva(1); Ema Neto(1); Helena Guedes(1); Joana Marinho(1); Maria Castelo Branco(1)
(1) CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA DE GAIA / ESPINHO E.P.E.

P022

PREVALÊNCIA E SIGNIFICADO CLÍNICO DA MUTAÇÃO RAS EM BIÓPSIA LÍQUIDA NO CANCRO COLORRETAL - UM ESTUDO DE VIDA REAL

Rita Freitas(1); Tiago Tomás(1); Alexandra Montenegro(2); Michelle Silva(1); Ana Duarte Mendes(1); Rodrigo Vicente(1); Telma Martins(1); Ricardo Ferreira(1); Andreia Chaves(1)
(1) HOSPITAL DR. FERNANDO DA FONSECA - AMADORA/SINTRA
(2) CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO LISBOA CENTRAL E.P.E.

P023

A CONSULTA TELEFÓNICA DE ENFERMAGEM NA GESTÃO DO AUTOCUIDADO DA PESSOA COM CANCRO HEPATOBILIO-PANCREÁTICO, EM QUIMIOTERAPIA: UMA REVISÃO SCOPING

Carla Nazareth(1); Eunice Sá(2)
(1) H. BEATRIZ ANGELO
(2) ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

P024

IMPACTO DA LAPAROSCOPIA DE ESTADIAMENTO NO TRATAMENTO DA NEOPLASIA GÁSTRICA

Raquel Prata Saraiva(1); João Duarte Reis, Miguel Duarte Ângelo, Teresa Caroco, Rita Tomás, João Correia, Isabel Cristina Ferrão(1)
(1) INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA COIMBRA

P025

RESPOSTA COMPLETA À QUIMIOTERAPIA NO CANCRO DA VESÍCULA BILIAR METASTÁTICO - - UM CASO CLÍNICO

Rita Aranha(1); Viktor Malyarchuk(1); Bárbara Machado(1); Rafael Marques(1); Filipe Veiga(1); Sofia Amorim Oliveira(1); Catarina Rodrigues(1);
Manuela Machado(1)

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

P026

POLISSEROSITE PARANEOPLÁSICA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

Rita Aranha(1); Rafael Marques(1); Filipe Veiga(1); Viktor Malyarchuk(1); Bárbara Machado(1); Catarina Rodrigues(1); Sofia Amorim Oliveira(1);
Manuela Machado(1)

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

P027

STATUS INFLAMATÓRIO COMO PREDITOR DE RESSECABILIDADE NO CANCRO DO PÂNCREAS BORDERLINE

Marina Gonçalves(1); Carina M. Teixeira(1); Catarina Lopes de Almeida(1); Marta Baptista Freitas(1); Marisa Couto(1); Tânia Lemos(1);
Andreia Coelho(1); Inês Rego(1); Cristina Sarmiento(1); Miguel Barbosa(1); Sara Meireles(1)

(1) CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO, PORTO

P032

CARCINOMA COLORRETAL METASTIZADO REFRACTÁRIO: UM CASO DE SUCESSO COM TAS-102 E BEVACIZUMAB

Joana Martins Cabral(1); Alexandra Guedes(1); Sandra Silva(1); Ema Neto(1); Helena Guedes(1); Joana Marinho(1); Maria Castelo Branco(1)

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

P033

ESTRATÉGIA "WATCH AND WAIT" – EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO COM 5 ANOS DE FOLLOW-UP

Margarida Silva Quinto Pereira(1); Bernardo Silva Pereira(1); Madalena Silveira Machado(1); Isadora Rosa(1); Manuel Limbert(1);
Ricardo Fonseca(1); José Venâncio(1); Madalena Santos(1); Ana Luís(1); Isália Miguel(1); Fátima Vaz(1)

(1) INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA LISBOA

P035

LINITE PLÁSTICA EM ADENOCARCINOMA GÁSTRICO – CASO CLÍNICO E REVISÃO DE LITERATURA

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

(1) CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE

P036

CARCINOMA EPIDERMÓIDE DO CANAL ANAL ESTADIO II E III: CASUÍSTICA DE 10 ANOS DE UM HOSPITAL CENTRAL

Marisa Couto(1); Alice Alves(1); Nuno Teixeira Tavares(1); Miguel Barbosa(1)

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

P037

RADIOQUIMIOTERAPIA DEFINITIVA NO CARCINOMA DO CANAL ANAL LOCALMENTE AVANÇADO: ANÁLISE RETROSPECTIVA DE 2016 A 2021

Irina Guimarães(1); Beatriz Pires(1); David Rothwell(1); Joana Costa Sousa(1);

Ricardo Magalhães(1); Mónica Henriques(1); Paula Alves(1)

(1) INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA COIMBRA



P038

EXPRESSÃO CONCOMITANTE DE HER2 E PDL-1 NO CARCINOMA GÁSTRICO

Maria Madalena Cancellata Silveira Machado(1); Margarida Quinto Pereira(1); Bernardo Alves Pereira(1); Catarina Relvas(1); Madalena Pereira Dos Santos(1); Fátima Vaz(1)
(1) INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA LISBOA

P039

A EFICÁCIA E SEGURANÇA DA TERAPÊUTICA PERI-OPERATÓRIA COM O ESQUEMA FLOT NO CANCRO GÁSTRICO LOCALMENTE AVANÇADO – A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Natacha Mourão(1); Emanuel Cadavez(1); Pedro Mota Araújo(1); Miguel Falcão(1); Maria Beatriz Gonçalves(1); Paulo Castro(1); Hilda Marta(1); Patrícia Gago(1); António Teira(1); Rosa Gomes(1); Marta Sousa(1)
(1) CENTRO HOSPITALAR TRÁS OS MONTES E ALTO DOURO E.P.E

P040

CANCRO GÁSTRICO AVANÇADO E TERAPÊUTICA DE TERCEIRA LINHA COM TRIFLURIDINA/TIPIRACILO

Inês Dunões(1); Maria Menezes(1); Maria Baió(1); Francisco Trinca(1)
(1) HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA

P045

RM PÉLVICA NO ESTADIAMENTO LOCORREGIONAL DO CANCRO DO RECTO: ESTUDO DE ACUIDADE

Filipe Almeida(1); Rita Ferrão(1); Joana Frazão(1); Ricardo Rocha(1); Ana Costa(1); David Pires(1); Paulo Alves(1); Paulo Mira(1)
(1) HOSPITAL DR. FERNANDO DA FONSECA – AMADORA/SINTRA

P046

NÓDULO PANCREÁTICO: APRESENTAÇÃO INCOMUM DE UMA MALIGNIDADE HEMATOLÓGICA

Luis Filipe Correia Gomes(1); Sandra Faias(1); Joana Lemos Garcia(1); Daniela Pereira(1); Margarida Rajão Saraiva(1); Daniel Conceição(1); Pedro Currais(1); Isabel Claro(1)
(1) INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA LISBOA

P047

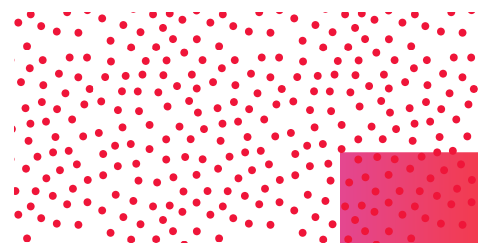
NEOPLASIA GÁSTRICA COM METASTIZAÇÃO HEPÁTICA ÚNICA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO EM VIGILÂNCIA HÁ 3 ANOS APÓS QT E SBRT

Tânia Lemos(1); Daniela Almeida(1); Marisa Couto(1); Miguel Barbosa(1)
(1) HOSPITAL SÃO JOÃO

P048

RADIOTERAPIA COMO OPÇÃO TERAPÊUTICA EM IDOSOS COM CARCINOMA DO ESÓFAGO LOCORREGIONAL: ANÁLISE RETROSPECTIVA UNICÊNTRICA

Sofia Ramos(1); Sara Simões(1); Marina Amorim(1); Mário Leal(1); Catarina Silva(1); Maria Rodrigues(1); Diana Oliveira(1); Cármem Calçada(1); Paulo Costa(1)
(1) HOSPITAL DE BRAGA



The background features a complex, abstract composition of overlapping shapes and patterns. A large, light green shape with a dark green outline is prominent in the upper right. Below it, a dark purple shape with a light green dotted pattern is visible. The bottom half of the image is dominated by a dark purple shape with a light green, intricate, repeating pattern. The overall color palette is dominated by shades of green and purple, with white text providing high contrast.

COMUNICAÇÕES ORAIS

C004

CAPTAÇÃO INCIDENTAL NO TRATO GASTROINTESTINAL EM PET/TC-FDG: VALERÁ A PENA INVESTIGAR?

Luís Correia Gomes(1); Davide Fraga(1); Margarida Rajão Saraiva(1); Pedro Lage(1); Lucília Salgado(1); Isabel Claro(1)

(1) INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE LISBOA

Introdução

A Tomografia por Emissão de Positrões/Tomografia Computorizada (PET/CT) com 2-[18F]FDG (FDG) tem sido cada vez mais utilizada para detetar ou monitorizar neoplasias. O trato gastrointestinal (TGI) é um dos locais mais comuns de captação de FDG, o que tem ocasionado uma solicitação crescente de exames endoscópicos.

Objetivos

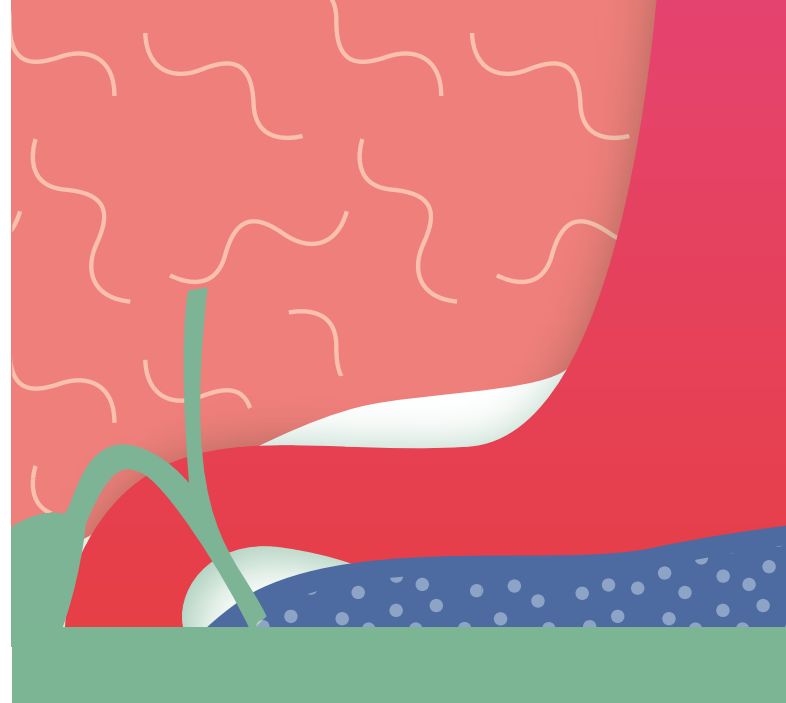
O nosso objetivo foi avaliar a natureza e a importância dos achados inesperados de PET/CT-FDG no GIT.

Materiais e métodos

Foram analisados, retrospectivamente, 371 pacientes consecutivos com achados incidentais no TGI em PET/CT-FDG entre 06/2016 e 10/2021, que foram posteriormente submetidos a exames endoscópicos. Registaram-se dados demográficos, resultados de PET/CT-FDG, achados endoscópicos e análise histológica. Consideraram-se adenomas avançados se >1 cm e/ou displasia de alto grau.

Resultados

De 194 captações incidentais cónicas, 102 (52,6%) corresponderam a entidades pelo menos pré-malignas. 57 (29,4%) adenomas avançados e 23 (11,9%) adenocarcinomas. De 193 captações incidentais do GIT superior, 11 (13,8%) do esófago e 14 (14,4%) do estômago eram malignas/pré-malignas. O SUVmax variou significativamente com a natureza da lesão, sendo mais elevado em lesões malignas, tanto no esófago, estômago ou cólon. No entanto, apenas foi



encontrado um valor de corte ótimo de SUVmax para o estômago de 8,2, com uma sensibilidade de 79% e especificidade de 76%. Houve uma associação significativa entre o local de captação e a natureza da lesão, sendo que o cólon esquerdo e o corpo gástrico apresentaram mais lesões pré-malignas/malignas, enquanto o reto e o esófago inferior mostraram mais lesões inflamatórias/sem alterações. Relativamente à análise qualitativa, esta revelou uma sensibilidade para prever lesões pré-malignas/malignas de 87,2% no cólon ($p < 0,001$), de 87,5% no esófago, com uma especificidade de 78,1% ($p < 0,001$) e de 100% no estômago, com uma especificidade de 80% ($p < 0,001$).

Discussão

Um a três por cento dos doentes submetidos a 18F-FDG-PET/CT apresentam captação gastrointestinal. Na nossa instituição, face à escassez de dados sobre como gerir esses doentes, todos os casos de captação incidental no trato gastrointestinal são encaminhados para exame endoscópico. Contudo, isso resulta numa sobrecarga da unidade de endoscopia e coloca desafios aos clínicos responsáveis pela triagem dos exames.

A maior parte dos dados disponíveis sobre este tema refere-se ao trato gastrointestinal inferior, que refere um risco de lesões malignas de 12% e de lesões pré-malignas de 72%, percentagens semelhantes às encontradas no nosso estudo. No TGI superior, encontramos malignidade em 13,8% das captações incidentais no esófago e em 14,4% no estômago, havendo apenas uma condição pré-maligna gástrica.

De forma semelhante a outros estudos, procuramos encontrar um valor de referência de SUVmax. Embora este valor aumente significativamente com a pré-malignidade/malignidade, o SUVmax não parece ser uma boa ferramenta para distinguir entre achados benignos e pré-malignos/malignos na maioria das localizações, exceto para o estômago, onde um valor de corte de 8,2 pode ser considerado, com sensibilidade (79%) e especificidade (76%). A maioria dos estudos disponíveis não conseguiu encontrar um valor de corte ótimo para o SUVmax. No entanto, mais recentemente, Mohammad N. Hosn et al. encontraram o valor de 9,2 como o valor com maior sensibilidade (0,76) e especificidade (0,88), mas, ao contrário dos nossos dados, este valor foi referido para todo o trato gastrointestinal sem ajuste à localização. Lee et al. encontraram um valor de 7,6, com sensibilidade de 0,686 e especificidade de 0,688, para distinguir entre cancro e lesões pré-malignas, mas apenas no cólon.

Em relação à localização da captação, parece ser relevante. No nosso estudo, a captação incidental tendeu a ser benigna no JEG e no reto, em consonância com o descrito na literatura disponível. Pelo contrário, a captação incidental no esófago médio, corpo do estômago e cólon descendente revelou-se significativamente mais frequente em condições pelo menos pré-malignas.

A maioria dos estudos sobre lesões com captação de FDG no trato gastrointestinal, superior e inferior, inclui um número limitado de pacientes. Até onde sabemos, este estudo é o maior em relação ao trato gastrointestinal superior. Este estudo foi o primeiro a incluir a análise qualitativa do médico de medicina nuclear como métrica de avaliação da captação incidental, tendo-se revelado muito boa em prever os resultados em todo o trato gastrointestinal, especialmente para excluir a pré-malignidade/malignidade. No entanto, são necessários mais estudos para validar esse parâmetro como método para ajudar a selecionar as captações incidentais que necessitam de avaliação adicional.

Este é um estudo retrospectivo de um único centro, o que, com as limitações inerentes, pode restringir a generalização dos resultados. No entanto, devido à análise extensiva e ao número considerável de pacientes/captações e aos parâmetros PET estatisticamente significativos, pode fornecer informações valiosas sobre as características das captações no trato gastrointestinal e quais devem motivar exame endoscópico.

Conclusões

Qualquer captação incidental no TGI inferior, se os doentes forem adequados para tratamento adicional, deve ser investigada. No entanto, no TGI superior, as características de captação em 18F-FDG-PET/CT podem permitir selecionar aqueles que necessitam de exame endoscópico.

C013

RADIOTERAPIA ESTEREOTÁXICA CORPORAL (SBRT) NO TRATAMENTO DE OLIGOMETÁSTASES PULMONARES DE ORIGEM COLORRETAL: FATORES DE PROGNÓSTICO COM IMPACTO NO CONTROLO LOCAL E SOBREVIVÊNCIA

Susana Costa(1); Fausto Sousa(2);
Pedro Leite-Silva(1); Flávia Fernandes(1);
Eduardo Rocha(1); Dora Gomes(1); Olga Sousa(1)

(1) INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DO PORTO

(2) CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE SÃO JOÃO, EPE

Introdução

O cancro colorretal (CCR) metastiza frequentemente para o pulmão. A combinação de tratamento local e tratamento sistémico demonstrou aumentar a sobrevivência global (SG) e a sobrevida livre de doença (SLD) na oligometastização pulmonar. A ressecção cirúrgica é o tratamento de eleição destes doentes, com uma SG de 26% a 10 anos. A radioterapia estereotóxica corporal (SBRT) tem emergido como uma alternativa segura e eficaz. O ensaio randomizado SABR-COMET demonstrou um aumento da SG com o tratamento de SBRT comparado com o tratamento *standard of care* paliativo (42,3% versus 17,7%, respetivamente) em doentes com 1 a 5 metástases. Uma revisão da literatura com mais de 3600 doentes com oligometastização pulmonar, tratados com SBRT, descreveu um controlo local de 90% a 1 ano e 79% a 5 anos, respetivamente. Foi reportada toxicidade aguda G \geq 3 em 0,5% dos doentes e toxicidade tardia G \geq 3 em 1,8%.

Objetivos

Avaliar o controlo local e a toxicidade em doentes com oligometástases pulmonares de CCR tratadas com SBRT e identificar fatores de prognóstico que influenciem o controlo local e a SG.



Material e métodos

Foi realizado um estudo retrospectivo unicêntrico, de 109 doentes, com oligometastização pulmonar de CCR, tratados com SBRT, entre 2013 e 2020. Foram recolhidos dados demográficos dos doentes, características do tumor primário e metástases, esquema de tratamento de radioterapia, tratamentos realizados previamente e após a SBRT, recidiva local e seguimento. A sobrevivência foi estimada pelo método Kaplan-Meier. Foi realizada análise univariada e multivariada de possíveis fatores de prognóstico associados à SG e ao controlo local. Realizou-se ainda uma análise independente por lesão metastática.

Resultados

Cento e nove doentes (173 metástases pulmonares) foram elegíveis para o estudo, com uma idade mediana de 66 anos, sendo 66% do sexo masculino. O tumor primário era de origem rectal em 41 doentes (38%) e cólon em 68 doentes (62%). Dezassete doentes apresentaram metastização pulmonar síncrona.

Foi observada metastização única em 60,5% da amostra, presença de 2-3 lesões em 34,9% dos doentes e 4-5 lesões em 4,6%. A mediana do diâmetro e do volume de cada lesão foi de 14 mm (1-59 mm) e 0,847 cc

(0,080-99,2 cc), respectivamente. A mediana do volume total de doença metastática pulmonar foi de 1,99 cc (0,113-99,2 cc).

Foi prescrita uma dose de 30 Gy (34 Gy em uma lesão), numa fração única, a 96 metástases. O esquema de fracionamento foi ajustado à dose de tolerância dos órgãos em risco, debitando uma dose de 40 a 47,5 Gy, em 4 a 5 frações, a 75 lesões pulmonares. Duas lesões receberam uma dose de 45 e 54 Gy, em 3 frações, respectivamente.

O tempo mediano de seguimento foi de 29 meses (2,9-84,2 meses), com persistência/recidiva local de 29 lesões (16,8%; 19 doentes). A taxa de controlo local a 1, 2 e 5 anos foi de 87,6%, 81,0% e 68,2%, respectivamente. A mediana da SG foi de 51 meses, com uma taxa de sobrevida a 1 ano de 95,4%, 85,8% a 2 anos e 39,3% a 5 anos. Não foi observada toxicidade aguda grau ≥ 3 .

Foi efetuada análise univariada de 16 fatores com potencial impacto na SG e/ou controlo local. O diâmetro da lesão ($\geq 25\text{mm}$; $p=0,058$) foi a única variável com tendência para um pior controlo local. O tamanho das lesões (volume $\geq 5\text{cc}$ ($p<0,001$) e diâmetro $\geq 25\text{mm}$ ($p=0,005$)), a sua localização ($\leq 2\text{cm}$ da árvore brônquica proximal, $p<0,001$) e uma dose biologicamente efetiva (BED_{10}) $<100\text{Gy}$ ($p=0,044$) demonstraram impacto significativo na SG. O volume da lesão ($p<0,001$) e a sua localização ($p=0,005$) mantiveram impacto negativo na SG, na análise multivariada.

Discussão

A taxa de controlo local das lesões tratadas foi de 87,6%, 81,0% e 68,2%, aos 1, 2 e 5 anos, respectivamente. O diâmetro da lesão foi o único fator que mostrou uma tendência para um pior controlo local. Estes dados estavam em consonância com os descritos na literatura, sendo o tamanho da lesão o fator mais consistentemente relacionado com o controlo local. Outros fatores como a localização central, um BED_{10} baixo ($<100\text{Gy}$) e doença síncrona, também têm sido descritos como fatores de prognóstico associados a um menor controlo local, no entanto, isso não se verificou no presente estudo.

Dos fatores analisados com impacto na SG, apenas o volume da lesão e a localização (central) mostraram um impacto significativo. Outros estudos mostraram que para além do tamanho da lesão, o tratamento sistémico pré ou após SBRT e a presença de doença extrapulmonar, foram fatores de prognóstico associados à sobrevivência. Os dados obtidos são comparáveis aos descritos para a cirurgia, com uma taxa de SG a 1 ano de 95,4% para a SBRT e 88-96% para a cirurgia, respectivamente.

Conclusões

A SBRT demonstrou ser um tratamento efetivo e seguro no controlo local das metástases pulmonares do CCR, sendo o tamanho da lesão e a sua localização os fatores de prognóstico mais importantes.

C034

TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE COMPLICAÇÕES BILIARES PÓS CIRURGIA HEPÁTICA POR PATOLOGIA ONCOLÓGICA

Rita Matos Prata(1); Maria Inês Canha(1); Pedro Lages Martins(1); Rafaela Loureiro(1); Tiago Capela(1); Mário Silva(1); Gonçalo Ramos(1); António Mateus Dias(1); João Coimbra(1)

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

Introdução

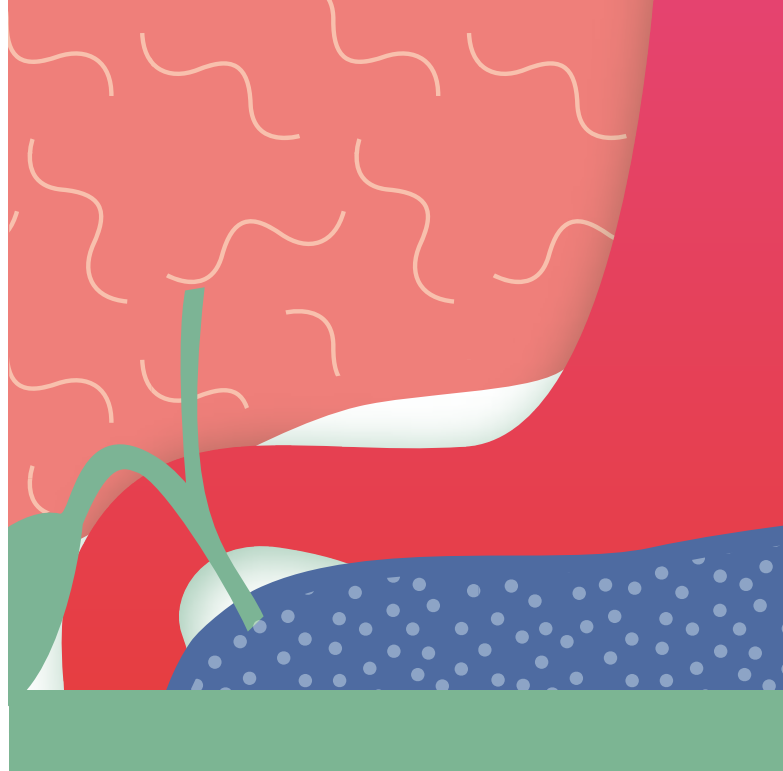
Os avanços na cirurgia e principalmente na gestão clínica perioperatória do doente oncológico tornaram a ressecção hepática mais segura com redução progressiva das taxas de mortalidade e morbilidade associadas. No entanto, a taxa de morbilidade global pós-ressecção hepática ainda é relevante. A fuga biliar é a complicação pós-operatória mais prevalente e necessita muito frequentemente de intervenção terapêutica, conduzindo a um internamento hospitalar prolongado e a uma significativa degradação clínica da evolução pós-operatória destes doentes oncológicos.

Objectivos

Avaliar o tratamento endoscópico das complicações biliares pós-cirurgia hepatobiliar oncológica.

Material e métodos

Realizámos um estudo retrospectivo a partir dos registos clínicos hospitalares de doentes adultos que foram submetidos a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) após cirurgia hepatobiliar num hospital central, entre julho de 2020 e junho de 2023. Os dados demográficos, clínicos, cirúrgicos e endoscópicos foram registados e analisados. Os outcomes avaliados foram o sucesso técnico da CPRE, resolução da complicação biliar pós-cirúrgica, complicações relacionadas com o procedimento endoscópico, necessidade de reintervenção cirúrgica e mortalidade.



Resultados

Foram analisados 23 doentes submetidos a 58 CPREs ($2,6 \pm 1,5$ CPRE/doente), 52% do sexo feminino, com idade mediana de 66 ± 15 anos. 61% ($n=14$) foram propostos para cirurgia de ressecção hepática por doença metastática e 39% ($n=9$) por tumor primário do fígado. Foram realizadas 9 (39%) hemihepatectomias, das quais 4 alargadas, e 11 (48%) ressecções segmentares. Em 3 casos, por maior extensão tumoral objectivada intraoperatoriamente, foi apenas realizada colecistectomia. O intervalo mediano entre a cirurgia e a primeira CPRE foi de 28 [17;113] dias. A complicação biliar mais comum foi a fuga biliar (83%, $n=19$), seguida de estenose biliar (17%, $n=4$).

A canulação biliar \pm esfínterectomia foi conseguida em 100% dos procedimentos. Em 96,5% dos exames foi possível a colocação de prótese biliar. Foram colocadas próteses biliares plásticas em 69% das CPREs realizadas ($n=40$) (número médio de $1,4 \pm 1$ stents com um calibre total de 10 ± 4 Fr por CPRE) e stent metálico auto-expansível totalmente coberto em 10% dos procedimentos ($n=6$). Neste grupo de doentes não se registaram complicações ou mortes associadas ao procedimento endoscópico.

O seguimento médio foi de 7 meses e o máximo de 36 meses. Dos 23 doentes, três ainda se encontram em tratamento. Em 65% dos doentes (13/20), a CPRE foi a única modalidade terapêutica utilizada, 10% (2/20) necessitaram de abordagem combinada com Radiologia de Intervenção para drenagem de biloma/abscesso e 25% (5/20) foram reoperados.

Dos 13 doentes em que a CPRE foi a única modalidade terapêutica, 6 encontravam-se vivos à data do fim do follow-up. Nos restantes 7 doentes, o intervalo mediano entre a primeira CPRE e o óbito foi de 10 meses [4;14]. Em 35% dos casos (7/20), observou-se resolução endoscópica completa da complicação biliar com remoção definitiva das próteses e sem recidiva da complicação biliar durante o tempo de follow-up. Em 20% dos doentes (4/20), apesar de não ter sido possível a remoção das próteses biliares antes do óbito por progressão da doença oncológica de base, registou-se um intervalo mediano de 11 meses [9;19] entre a primeira CPRE e o óbito.

Discussão

As complicações biliares pós-cirurgia de ressecção hepática, nomeadamente as fugas biliares, constituem eventos adversos graves com taxas de mortalidade que podem alcançar os 40%. As reintervenções cirúrgicas nestes doentes apresentam taxas de mortalidade semelhantes. O tratamento endoscópico pode evitar a necessidade de novos procedimentos cirúrgicos com menores taxas de morbilidade e mortalidade. Nesta coorte de doentes oncológicos, o tratamento endoscópico das complicações biliares pós-operatórias teve uma relevante taxa de sucesso clínico sem complicações associadas. A recidiva/progressão da doença oncológica condiciona a evolução clínica e os resultados terapêuticos nestes doentes.

Conclusões

Neste estudo, a terapêutica endoscópica das complicações biliares pós-cirurgia hepática oncológica reduziu a necessidade de reintervenções cirúrgicas, permitindo a resolução da complicação biliar e/ou o seu manejo em ambulatório com conseqüente diminuição da morbimortalidade associada.

C042

A GENOTIPAGEM DPYD EM DOENTES SOB FLUOROPIRIMIDINAS - CASUÍSTICA DE UM HOSPITAL PERIFÉRICO

Ana Catarina Pereira Dias(1); João Barbosa(1); Ilda Faustino(1); Alexandra Teixeira(1); Camila Coutinho(1)

(1) HOSPITAL SENHORA DA OLIVEIRA - GUIMARÃES

Introdução

A principal causa para a toxicidade associada a fluoropirimidinas é o défice da enzima dihidropirimidina desidrogenase, responsável pela inativação de 5-FU em 5,6-dihidro-fluorouracilo. A deficiência parcial desta enzima na população portuguesa é desconhecida, estimando-se em cerca de 3-5% na população caucasiana. A Agência Europeia do Medicamento recomendou em 2020 2 métodos de testagem pré-tratamento com fluoropirimidinas para a prática clínica, nos quais se incluiu a genotipagem das variantes alélicas de risco do gene DPYD, estando recomendada a pesquisa das 4 variantes associadas a uma menor atividade enzimática - DPYD*2A, DPYD*13, c.2846A>T e c.1236G>A.

Objetivos

Avaliação da prevalência das quatro variantes genéticas DPYD nos doentes submetidos a tratamento com fluoropirimidinas e das toxicidades grau 3 ou superior associadas ao mesmo nessa população.

Material e métodos

Estudo observacional, unicêntrico, com inclusão de todos os doentes elegíveis sob tratamento com fluoropirimidinas, no período entre Março de 2021 e Agosto de 2023, e que realizaram pesquisa para mutações no gene DPYD. Os dados foram obtidos através da análise dos processos clínicos.



Resultados

Foram incluídos um total de 379 doentes com teste genético para avaliação de presença de mutação do gene DPYD. As variantes alélicas estavam presentes em heterozigotia num total de 24 doentes, com prevalência de 6,3%. As variantes mais frequentes foram a Hap3/1236G>A em 10 doentes (41,7%), c.2846A>T em 8 doentes (33,3%) e DPYD*2A em 6 doentes (25%). A variante DPYD*13 não foi detetada, assim como casos em homozigotia. Quanto a demografia, a distribuição por géneros foi equitativa, com idade média da amostragem de 62 anos (35-90 anos). O intuito paliativo do tratamento foi o mais frequente (58,3), sendo mais frequente de tumor primário a colorrectal (50%). A toxicidade hematológica G \geq 3 foi observada em 33,3% dos doentes, a diarreia G \geq 3 em 16,6% dos doentes e a mucosite G \geq 3 em 12,5% dos doentes, sendo mais frequentes na variedade alélica DPYD*2A (presente em 54,1% dos casos com toxicidade G \geq 3 analisados), não estando descritas mortes associadas.

Conclusões

A prevalência de 6,3% de variantes genéticas DPYD é ligeiramente mais elevada comparativamente ao descrito na literatura. A associação da variante alélica DPYD*2A a maior toxicidade está de acordo com a literatura. Como tal, a genotipagem de DPYD persiste um método que permite uma prática clínica mais segura na prevenção de toxicidades potencialmente fatais. O estudo multicêntrico a nível nacional seria útil para a caracterização demográfica populacional.

C043

PAPEL PROGNÓSTICO DO SCORE HALP EM DOENTES COM ADENOCARCINOMA GÁSTRICO SUBMETIDOS A FLOT PERI-OPERATÓRIO – DADOS DE VIDA REAL

Carina Teixeira(1); Marina Gonçalves(1); Catarina Lopes de Almeida(1); Marta Baptista Freitas(1); Marisa Couto(1); Tânia Lemos(1); Ana Carmo Valente(1); Lúcia Águas(1); Andreia Costa(1); Maria João Marques Ribeiro(1); Daniela Almeida(1); Andreia Freire Coelho(1); Miguel Barbosa(1)

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

Introdução

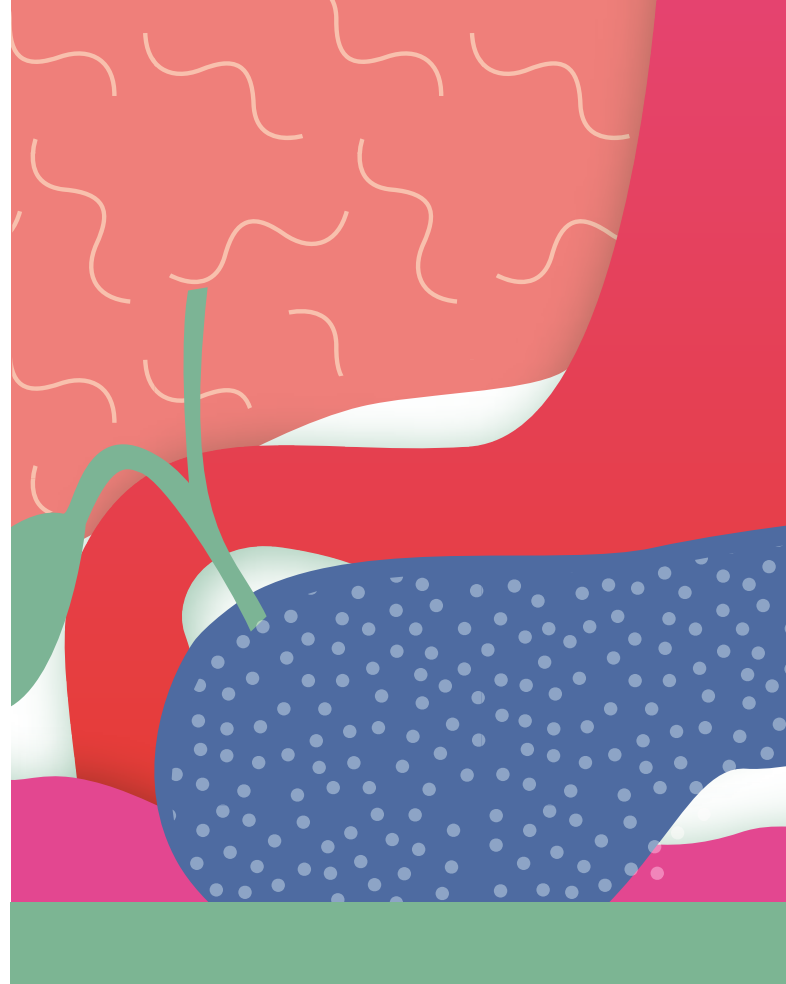
O estado nutricional e inflamatório são fatores de prognóstico amplamente reconhecidos em diferentes neoplasias sólidas, sendo especialmente relevantes nos tumores gástricos. Recentemente, o score HALP (hemoglobina, albumina, linfócitos e plaquetas) tem sido apresentado como um score imunonutricional com interesse prognóstico em doentes com cancro gástrico.

Objectivos

Avaliar o impacto prognóstico do score HALP em doentes com adenocarcinoma gástrico localmente avançado submetidos a quimioterapia (QT) peri-operatória com FLOT.

Material e métodos

Análise retrospectiva dos doentes com adenocarcinoma gástrico localmente avançado submetidos a QT peri-operatória com FLOT entre Janeiro/2018 a Fevereiro/2023. O score HALP foi calculado através da fórmula: $HALP = \frac{[\text{hemoglobina} \times \text{albumina} \times \text{linfócitos}]}{\text{plaquetas}}$. Foram ainda calculados os rácios neutrófilos-linfócitos (RNL), plaquetas-linfócitos (RPL), monócitos-linfócitos (RML). Os *cut-offs* dos valores dos scores usados na análise foram obtidos através da mediana.



A análise de sobrevivência global (SG) e de sobrevivência livre de progressão (SLP) foi realizada através do método de Kaplan-Meier. Foi utilizado o teste log-rank na análise univariada e o modelo de Cox na análise multivariada, com nível de significância de 0.05.

Resultados

Foram analisados 90 doentes dos quais 48 (53.3%) eram do sexo masculino. A mediana de idades foi de 63 anos [30-75]. Oitenta e três doentes (92.2%) apresentavam ECOG-PS de 0 ao diagnóstico. A maioria dos doentes apresentava estágio clínico cT3-4 (90.7%) e cN+ (70.8%). Ao diagnóstico, uma perda ponderal superior a 5.4% nos últimos 6 meses, encontrava-se presente em 44 doentes (48.9%).

A mediana de SG e SLP foi de 26.5 e 23 meses respetivamente. Durante o período de follow-up, 39 (43.3%) doentes recidivaram e 36 (40%) faleceram.

Na análise univariada, verificou-se que valores superiores de RNL (≥ 2.52 vs. < 2.52), RPL (≥ 129.89 vs. < 129.89) e de RML (≥ 0.28 vs. < 0.28) foram associados a pior SG ($p < 0.001$, $p = 0.006$ e $p = 0.029$, respectivamente), assim como a pior SLP ($p < 0.001$, $p = 0.004$ e

$p=0.003$, respectivamente). A perda ponderal $\geq 5.4\%$ nos últimos 6 meses foi igualmente associada a pior prognóstico – SG ($p=0.001$) e SLP ($p=0.002$). Valores superiores do score HALP (≥ 38.44 vs. <38.44) foram associados a melhor SG (mediana não atingida vs 35 meses, $p=0.006$) e SLP (mediana não atingida vs. 23 meses, $p=0.003$). Na análise multivariada apenas o RNL manteve impacto significativo na SG ($p=0.031$) e SLP ($p=0.059$).

Conclusões

Neste estudo doentes com um score HALP pré-tratamento mais elevado apresentaram tendência a maior SG e SLP. Para além deste biomarcador imunonutricional, no nosso estudo, outros biomarcadores mais direcionados apenas para a avaliação do estado inflamatório como RNL, RPL e RML também demonstraram um papel prognóstico, o que vai de encontro com a literatura. A utilização de scores imunonutricionais baseados em parâmetros analíticos e facilmente calculados permitem a identificação de doentes em maior risco e desse modo possibilitar a otimização atempada do seu estado nutricional. Contudo apesar do reconhecimento da sua utilidade na prática clínica são necessários estudos prospectivos para validar a utilidade destes scores, nomeadamente do score HALP.

C044

EFICÁCIA DE ANTI-EGFR EM CANCRO COLORRETAL METASTIZADO É AUMENTADA PELA SOBREENPRESSÃO DE EGFR OU ETV4 E REDUZIDA PELA DE ETV5 OU ETV1

Pedro Cruz(1); Olga Meneses(1); Raquel Ramos(1); Andreia Brandão(1); Isabel Veiga(1); Patrícia Rocha(1); Rui Henrique(1); Deolinda Pereira(1); Dânia Santos(1); Manuel Teixeira(1); Paula Paulo(1)

(1) INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA PORTO

Introdução

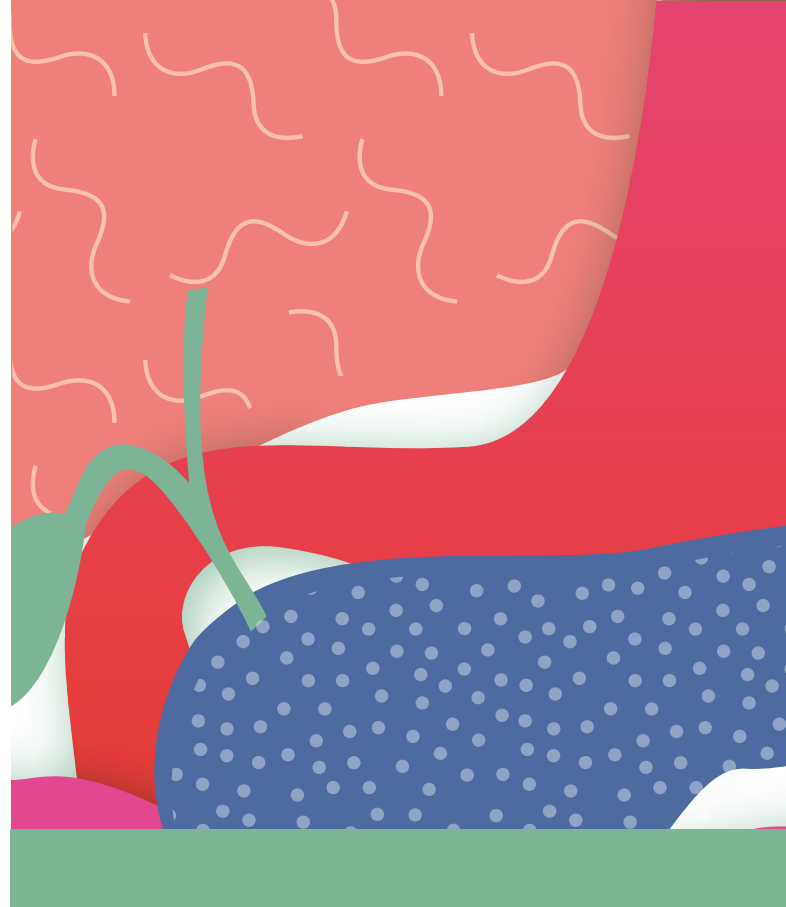
O cancro colorretal (CCR) é o terceiro com maior incidência globalmente e o segundo mais letal. O tratamento de CCR metastizado sem mutações *RAS* nem *BRAF* (isto é, *wild-type*) inclui anticorpos anti-EGFR cetuximab ou panitumumab. Os fatores de transcrição *ETV1*, *ETV4* e *ETV5*, relacionados com a sinalização de *RAS* e *EGFR*, foram associados a resistência a diversos tratamentos antineoplásicos, incluindo cetuximab. É assim possível que a expressão tumoral destes fatores impacte nos *outcomes* do tratamento anti-EGFR no CCR *wild-type* metastizado.

Objetivos

Avaliar o impacto da expressão tumoral de *ETV1*, *ETV4*, *ETV5* e *EGFR* nos *outcomes* do tratamento anti-EGFR de CCR *wild-type* metastizado.

Material e métodos

Quantificação da expressão de *ETV1*, *ETV4*, *ETV5*, e *EGFR* por qRT-PCR em tumores de CCR *wild-type* metastizado tratados com cetuximab ou panitumumab num centro oncológico. Cálculo dos valores *cut-off* ótimos para cada um. Comparação da Sobrevida Livre de Progressão (SLP) da linha de tratamento com o primeiro anti-EGFR e Sobrevida Global (SG) entre tumores com expressão elevada versus baixa através de curvas de Kaplan-Meier.



Resultados

Foram incluídos 111 doentes, 66% do sexo masculino, 97 tratados com cetuximab, 10 com panitumumab e 4 com panitumumab após cetuximab.

Na análise multivariada de SG, a sobreexpressão de *EGFR* ($n=13$) e de *ETV4* ($n=95$) associaram-se a melhor SG com HR 0,45 (intervalo de confiança a 95% 0,23-0,88, $p=0,020$) e HR 0,50 (0,28-0,90, $p=0,019$) respetivamente, enquanto que de *ETV5* ($n=17$) se associou a pior SG com HR 1,77 (1,02-3,07, $p=0,043$). *EGFR* e *ETV5* mostraram-se biomarcadores independentes dos restantes, de bom e mau prognóstico respetivamente, associando-se a sua respetiva sobreexpressão vs subexpressão a SG de 36,87 vs 32,9 meses e 20,57 vs 34,7 meses.

A análise multivariada de SLP mostrou valor independente de bom prognóstico de *ETV4* e de mau prognóstico de *ETV1* e *ETV5*, com HR 0,46 (0,27-0,78, $p=0,004$), HR 1,65 (1,03-2,63, $p=0,037$) e HR 1,81 (1,04-3,15, $p=0,037$) respetivamente.

Discussão

A sobreexpressão de *EGFR* e de *ETV4* associaram-se a melhor prognóstico, sendo o *EGFR* independente da expressão dos restantes marcadores para a SG. Já a sobreexpressão de *ETV5* e de *ETV1* associaram-se a pior prognóstico, sendo o *ETV5* independente dos restantes e, assim, o de pior prognóstico.



Estes achados alinham-se com a biologia celular e molecular. *EGFR* é importante na progressão tumoral no CCR e constitui um alvo terapêutico direto, pelo que é plausível que a sua maior expressão se associe a maior atividade e eficácia terapêutica de anticorpos anti-*EGFR*. *ETV5* foi associado a ativação da via *RAS* e (assim) a resistência a cetuximab em linhas celulares, *ETV1* à expressão de proteínas anti-apoptóticas e a resistência ao inibidor de *EGFR* gefitinib, e *ETV4* a expressão de proteínas pró-apoptóticas, embora o contributo destes fatores para o avançar ou retardar da carcinogénese não seja ainda totalmente compreendido.

Conclusões

Os níveis de expressão de *ETV1*, *ETV4*, *ETV5* e *EGFR* influenciam a SG e a SLP de CCR metastizado sob anti-*EGFR*, pelo que a sua quantificação poderá permitir uma melhor previsão da eficácia destas terapêuticas. Têm assim interesse como potenciais novos biomarcadores e alvos terapêuticos.

The background is a vibrant pink color with several layered, organic shapes. At the top left, there's a shape with a wavy, scalloped edge. Below it is a large, teardrop-shaped area filled with a dense pattern of small white dots. In the lower half, there are large, overlapping shapes filled with a pattern of small, dark, teardrop-like motifs. The overall effect is a rich, textured, and layered composition.

POSTERS

P005

TERAPÊUTICA DE VÁCUO ENDOSCÓPICA NO MANEJO DE DEISCÊNCIAS ANASTOMÓTICAS ESOFÁGICAS – DADOS DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

Luís Correia Gomes(1); Isadora Rosa(1); Daniel Conceição(1); Margarida Rajão Saraiva(1); Joana Lemos(1); Carolina Simões(1); Isabel Claro(1)

(1) INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA LISBOA

Introdução

A deiscência anastomótica é uma complicação grave após cirurgia gastro-intestinal superior e encontra-se associada a elevada morbidade e mortalidade. Apesar de ser a complicação grave mais comum, o tratamento standard para as deiscências anastomóticas ainda não é claro. A terapia de vácuo endoscópica (EVT) é um método promissor, portanto, o nosso objetivo foi avaliar o sucesso do tratamento em nossa população tratada por esta técnica.

Material e métodos

Analizamos retrospectivamente os dados de todos os pacientes submetidos a EVT para fugas anastomóticas após cirurgia esofágica entre 20/06/2018 e 21/11/2022.

Resultados

Foram incluídos 10 pacientes, sendo 9 deles do sexo masculino. Kits comerciais foram usados em 8 casos e kits manuais em 2. Todos, exceto um, foram submetidos a esofagectomia; 9 receberam quimioterapia neoadjuvante e 7 receberam quimio e radioterapia. O tamanho médio do orifício da fístula foi de 19mm (média de 25,2mm). Uma mediana de 12 intervenções foi realizada por doente. O intervalo médio entre o diagnóstico da deiscência e o primeiro tratamento foi de 92,4 dias (mediana de 32). Seis doentes obtiveram encerramento completo do defeito, enquanto quatro



obtiveram encerramento parcial (seguidos pela colocação de prótese metálica totalmente coberta em três casos). Excluindo os dois pacientes com fístulas crônicas (> 2 meses), todos os doentes tiveram pelo menos resposta parcial. Foram registadas três complicações: duas migrações e uma esponja fragmentada (no caso com kit manual). Devido a doença pulmonar, foi necessário interromper o tratamento em um paciente.

Discussão

A EVT para deiscência de anastomose do trato digestivo alto após cirurgia esofágica tem emergido como uma abordagem promissora no tratamento desta complicação devastadora. Neste estudo, apresentamos os resultados preliminares do nosso centro com um grupo de 10 doentes submetidos a EVT, demonstrando que essa terapia pode ser considerada segura e eficaz.

A taxa de resposta positiva obtida em todos os 10 pacientes é encorajadora e sugere a efetividade do método no tratamento das deiscências. Observamos que seis pacientes alcançaram o encerramento completo da fístula, enquanto os quatro restantes tiveram encerramentos parciais, os quais foram seguidos pela colocação de stent em três casos.

Embora nossa amostra seja limitada, a alta taxa de sucesso na resposta ao tratamento é um indicador encorajador, especialmente considerando que todos os doentes alcançaram pelo menos uma resposta parcial. Esses resultados sugerem que a EVT pode ser uma opção viável para o manejo da deiscência de anastomose do trato digestivo alto após cirurgia esofágica.

Em relação aos efeitos adversos, observamos duas migrações de esponjas e uma fragmentação da esponja em um caso específico, associada ao uso de kit manual. Essas complicações são importantes de serem mencionadas, apesar de infrequentes. No entanto, é importante ressaltar que as complicações foram gerenciadas não resultaram em consequências graves para os pacientes. A fragmentação de esponjas, atualmente com os kits comerciais são ainda mais raras.

Apesar dos resultados encorajadores, à semelhança do que é referido na literatura, é crucial enfatizar as limitações deste estudo, principalmente a amostra reduzida de pacientes e facto de ser unicêntrico. Estudos maiores e controlados são necessários para validar os nossos dados e fornecer uma avaliação mais precisa da eficácia e segurança da EVT em comparação com outras abordagens terapêuticas.

Conclusões

A EVT é um tratamento seguro e eficaz para o manejo de fugas anastomóticas após cirurgia esofágica. No entanto, são necessários estudos maiores para identificar os fatores associados ao sucesso do tratamento e avaliar os resultados de custo-benefício.

P007

RISCO DE RECIDIVA E SELECÇÃO DE DOENTES PARA CIRURGIA DE METÁSTASES HEPÁTICAS DE CANCRO DO CÓLON E RECTO

Madalena Machete(1); Pedro Azevedo(1); Francisco Lopes(2); Carlota Baptista(1); Inês Margarido(3); Carlota Branco(3); Jorge Correia(3); João Moreira Pinto(1); José António Pereira(1); Pedro Simões(1); Ana Faria Harrison(1); Tânia Rodrigues(3); José Alberto Teixeira(1); José Luís Passos Coelho(3)

(1) HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO

(2) FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE LISBOA

(3) HOSPITAL DA LUZ LISBOA

Introdução

A cirurgia de ressecção de metástases hepáticas (MH) é uma terapêutica promissora no tratamento do cancro do cólon e recto (CCR), com ganhos na sobrevivência global (SG) dos doentes e baixa mortalidade peri-operatória, de acordo com a evidência actual. A selecção pré-operatória dos doentes envolve um trabalho multidisciplinar complexo. As escalas predictoras de risco, como a *Comprehensive Evaluation of Relapse Risk* (CERR), permitem estimar o risco de recidiva pós-cirurgia de MH e auxiliar na decisão.

Objectivos

Avaliar a SG e a sobrevivência livre de progressão (SLP) de uma população de doentes submetidos a cirurgia de MH de CCR, e analisar estes resultados por grupos de risco, de acordo com a escala CERR. Adicionalmente, identificar factores individuais, anatómicos e biológicos com impacto prognóstico nos doentes submetidos a cirurgia de MH.

Material e métodos

Estudo retrospectivo multicêntrico que incluiu doentes submetidos a cirurgia de MH entre Janeiro de 2012 e Dezembro de 2021 em dois centros de referência portugueses. Os *endpoints* relativos à cirurgia



de MH foram analisados por grupo de risco, de acordo com a pontuação na escala CERR de cada doente (baseada no *status* ganglionar, valor de CEA / CA 19.9 pré-operatório, *status* mutacional KRAS/BRAF, presença de doença extra-hepática e *tumor burden score* modificado). Foi realizada análise de sobrevivência univariada e multivariada com teste de log-rank e modelo de regressão de Cox.

Resultados

Foram incluídos no total 174 doentes: 66,1% (n=115) do sexo masculino, com idade média ao diagnóstico de MH de 62,1 ($\pm 11,5$) anos, 80,5% (n=140) com MH isoladas. Trinta e três doentes (19%) foram submetidos a uma segunda cirurgia, independentemente do score CERR (chi-quadrado p = 0,60). Dezoito (10,3%) doentes tinham um CERR score de 0-1 (baixo risco), 96 (55,2%) de 2-3 (médio risco) e 60 (34,5%) de 4-5 (alto risco). Com uma mediana de tempo de seguimento de 85,1 (15,6-186,5) meses, 100 (57,5%) doentes faleceram. A SG mediana foi de 88,0 meses (intervalo de confiança [IC] 95% 40,6-135,4) para os doentes de baixo risco, 46,4 meses (IC 95% 38,7-54,1) para os doentes de médio risco e 30,7 meses (IC 95% 23,1-38,4) para os doentes de alto risco (p=0,02); O ECOG *performance*

status foi identificado como factor prognóstico independente ($p=0,002$) para a SG. A SLP foi de 88,0 meses (IC 95% 6,9-169,0) para os doentes de baixo risco, 12,9 meses (IC 95% 9,1-16,7) para os de médio risco e 7,7 meses (IC 95% 5,9-9,4) para os doentes de alto risco ($p<0,001$); a presença de margens cirúrgicas positivas e a realização prévia de quimioterapia (QT) de indução foram identificadas como factores de pior prognóstico para a SLP ($p<0,001$).

Discussão

Os resultados obtidos sugerem uma associação significativa entre o risco de recidiva pós-metastasectomia e a SG e SLP nos doentes submetidos a cirurgia de MH. A associação entre QT de indução e pior SLP pode dever-se a um viés de selecção, já que os casos com maior volume de doença são os que habitualmente recebem terapêutica sistémica inicial.

Conclusões

A utilização da escala CERR permite seleccionar potenciais candidatos a cirurgia de MH e optimizar o impacto desta intervenção nos doentes com MH de CCR. Estes resultados deverão ser validados em estudos prospectivos.

P008

IMPACTO DA TROMBOCITOSE NO PROGNÓSTICO DO CANCRO GÁSTRICO

Bárbara Castro(1); Catarina Ortigosa(1); Ana Rita Ferreira(1); Mariana Santos(1); Susana Graça(1); Amélia Tavares(1); Fernando Viveiros(1); Manuzel Oliveira(1)

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

Introdução

Os tumores sólidos são uma causa comum de trombocitose secundária, a qual foi identificada como fator de prognóstico em vários cancros. A prevalência de trombocitose nos doentes com cancro gástrico varia de 6,4% a 20,4%. Vários estudos apontam para uma relação entre o sistema de coagulação, a função plaquetária e a disseminação tumoral hematogénica. No entanto, o impacto da trombocitose no prognóstico do carcinoma gástrico está ainda mal definido.

Objetivos

O objetivo deste trabalho é avaliar a prevalência e o valor prognóstico da trombocitose nos doentes com cancro gástrico.

Material e métodos

Estudo retrospectivo dos doentes com carcinoma gástrico tratados cirurgicamente, com intuito curativo, no nosso hospital, entre Janeiro de 2009 e Dezembro de 2019. Foram consultados os processos clínicos e analisadas características clínico-patológicas. A análise estatística foi realizada com recurso ao *software* IBM SPSS Statistics 26.0.

Resultados

Na presente amostra (n=352), a idade média foi de 68 ± 12 anos, 52% dos doentes eram do género feminino. A contagem média de plaquetas foi de 276,10 ± 108,60 x 10³/μL. A prevalência de trombocitose pré-tratamento foi de 16,5%. Os doentes com trombocitose



apresentaram um estadio T mais avançado (p=0,002), maior número de gânglios metastizados (p <0,001) e presença mais frequente de permeação linfática e venosa (p <0,001). A presença de trombocitose pré-tratamento teve um impacto negativo e estatisticamente significativo na sobrevida global (HR 4,45, 95% CI 2,95-6,71, p <0,001). O tempo médio de sobrevida global no grupo com trombocitose foi de 126 ± 4 meses comparativamente com 50 ± 7 meses no grupo sem trombocitose. A sobrevida global a 1 ano, 3 anos e 5 anos foi menor no grupo com trombocitose (94,5% vs. 78,3%, 83,3% vs. 42,0% e 74,5% vs. 30,4%, respetivamente). Relativamente à sobrevida livre de doença, a trombocitose pré-tratamento teve também um impacto negativo e estatisticamente significativo (HR 3,54, 95% CI 2,35-5,33, p <0,001). O tempo médio de sobrevida livre de doença no grupo com trombocitose foi de 115 ± 5 meses comparativamente com 44 ± 8 meses no grupo sem trombocitose. A sobrevida livre de doença a 1 ano, 3 anos e 5 anos foi menor no grupo com trombocitose (85,5% vs. 59,2%, 72,0% vs. 30,3% e 69,4% vs. 22,5%, respetivamente).

Discussão

Uma contagem plaquetária elevada é comumente observada em vários cancros, associando-se a um pior prognóstico. No nosso estudo, a contagem média de plaquetas foi de 276,10 ± 108,60 x 10³ /μL e 16,5% dos pacientes com cancro gástrico apresentavam trombocitose, similarmente ao descrito na literatura.

Este estudo demonstrou que a trombocitose se relaciona com características clínicas, como um estadió mais avançado da doença e uma maior frequência de permeação linfática e venosa. Também verificamos que a trombocitose se associa a um aumento do risco de recidiva, mas não se relaciona com a diferenciação tumoral, o que pode ser explicado pelo efeito plaquetário promotor da metastização, mas sem influência na biologia tumoral, algo também destacado por outros autores.

A trombocitose associou-se, no nosso estudo, a pior sobrevida global e sobrevida livre de doença, o que está de acordo com as evidências recentes. Como esperado, o estadió T, o estadió N, o grau de diferenciação e as permeações também tiveram um impacto negativo e estatisticamente significativo na sobrevida.

A contagem de plaquetas é facilmente obtida num hemograma de rotina, e portanto seria de grande valor como ferramenta prognóstica. Foi observado em algumas neoplasias um aumento na contagem de plaquetas quando ocorre recidiva, o que levanta a possibilidade de utilizar também a trombocitose durante o seguimento oncológico.

Estudos prospetivos multicêntricos são necessários para validar a trombocitose como um fator prognóstico independente e para entender se poderá ser um fator a pesar na decisão de tratamentos neoadjuvantes e adjuvantes. Podemos também estar perante um alvo terapêutico, já existindo estudos com agentes anti-plaquetários atuando como agentes anti-tumorais. Mais investigações são necessárias para entender se a terapia dirigida às plaquetas será um tratamento oncológico bem-sucedido.

Conclusões

A presença de trombocitose pré-tratamento teve um impacto negativo na sobrevida global e na sobrevida livre de doença, podendo, assim, ser usada como um fator independente de prognóstico nos doentes com cancro gástrico.

P009

EFEITO DA DRENAGEM BILIAR PRÉ-OPERATÓRIA NOS OUTCOMES DA DUODENOPANCREATECTOMIA CEFÁLICA

Bárbara Castro(1); Daniela Martins(1); Carolina Tavares(1); Catarina Ortigosa(1); Ana Rita Ferreira(1); Ana Paula Torre(1); Hugo Louro(1); Wilson Malta(1); Susana Graça(1); Jorge Santos(1); Manuel Oliveira(1)

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

Introdução

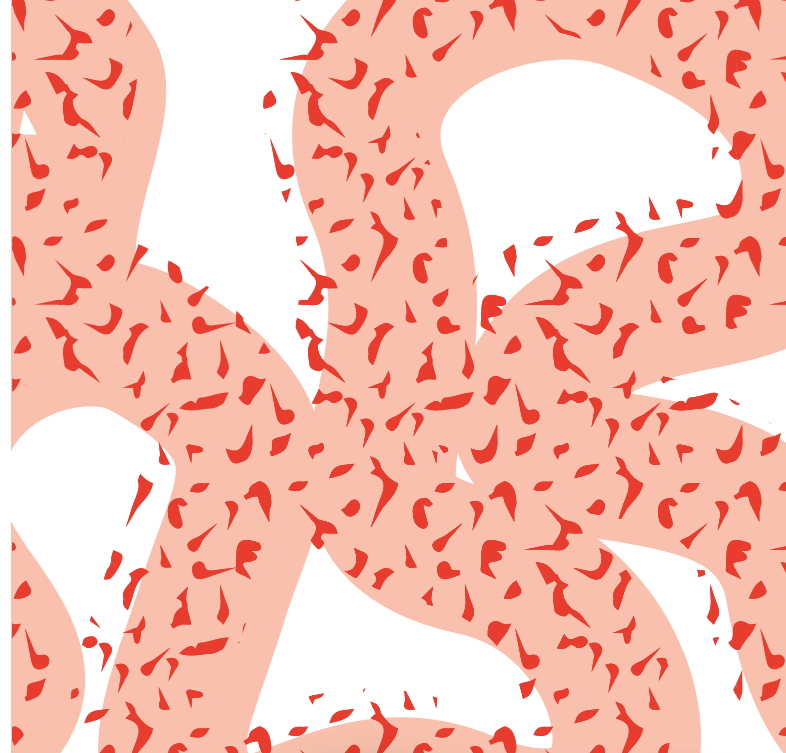
A drenagem biliar pré-operatória (DBP) nos doentes com neoplasia maligna periampular permanece controversa. A cirurgia pancreática comporta elevadas taxas de morbimortalidade, pelo que a otimização pré-operatória dos doentes é fundamental. A icterícia obstrutiva foi associada a um aumento do risco de complicações pós-operatórias e predispõe os doentes a coagulopatia, desnutrição, disfunção renal e sépsis biliar, e por isso, o recurso à DBP é frequente. Os estudos mais recentes têm demonstrado resultados contraditórios, associando à DBP um aumento da taxa de complicações *major*, de complicações infecciosas e a um aumento do tempo de internamento. As guidelines existentes, provavelmente por falta de evidência, apresentam indicações diferentes para a DBP. Uma vez que os procedimentos de drenagem não são isentos de risco e podem não conferir benefício, há uma necessidade de obter recomendações mais fortes.

Objetivos

O objetivo deste trabalho é analisar as indicações para DBP e avaliar o seu impacto nos *outcomes* pós-operatórios da duodenopancreatectomia cefálica (DPC).

Material e métodos

Estudo retrospectivo dos doentes com neoplasia maligna periampular, tratados cirurgicamente, com intuito curativo, no nosso hospital, entre 2011 e 2022.



Os processos clínicos foram consultados e analisadas características clínico-patológicas. A análise estatística foi realizada com recurso ao *software* IBM SPSS Statistics 26.0.

Resultados

Oitenta e sete doentes foram incluídos no nosso estudo, a idade média foi de 65 anos e 62% dos doentes eram do género masculino. A incidência global de complicações foi de 64,4% (n=56) e a mortalidade aos 90 dias foi de 14,9% (n=13). Dos 87 doentes, 51 (58,6%) realizaram DBP. As indicações para DBP foram a colangite, o prurido refratário ao tratamento médico ou a necessidade de quimioterapia neoadjuvante em 16 doentes (31%). Nos restantes, a hiperbilirrubinemia motivou a realização da DBP. A DBP foi realizada por colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) em 19 (37,3%) doentes e por colangiografia percutânea transhepática (CPT) em 32 (62,7%). Não verificamos diferença estatisticamente significativa entre o tipo de drenagem e o desenvolvimento de complicações associadas à drenagem (p=0,0767), nem entre o tipo de drenagem e o desenvolvimento de complicações pós-operatórias (p=0,0838).

A média da bilirrubina total foi significativamente maior nos doentes submetidos a DBP (15,88 vs. 6,25, p <0,001) e o tempo entre o diagnóstico e a cirurgia foi também significativamente maior neste grupo de doentes (55,40 vs. 41,61 dias, p <0,048).

Complicações major (35% vs. 19%, $p=0,120$), mortalidade aos 90 dias (18% vs. 11%, $p=0,400$), necessidade de re-intervenção (22% vs. 8%, $p=0,098$) e de readmissão hospitalar (4% vs. 8%, $p=0,646$) foram similares em ambos os grupos.

Através da regressão logística simples identificamos a amilase sérica no 1° (OR 1,00, 95% IC 1,00-1,01, $p=0,04$), 3° (OR 1,07, 95% IC 1,02-1,12, $p=0,05$) e 5° (OR 1,08, 95% IC 1,01-1,14, $p=0,01$) dia de pós-operatório como fatores de risco para complicações *major*. Na nossa população, não encontramos preditores de mortalidade aos 90 dias.

Discussão

A DBP é frequentemente realizada nos doentes propostos para DPC sem uma indicação formal, maioritariamente devido a níveis elevados de bilirrubina. Atendendo ao elevado número de estudos relacionados com a DBP com resultados contraditórios, cada centro deve auditar e analisar os seus resultados.

As indicações mais consensuais para DBP compreendem a colangite, a coledocolitíase, a necessidade de QT neoadjuvante, o prurido intratável e a hiperbilirrubinemia grave a condicionar disfunção renal, coagulopatia ou desnutrição. Nos restantes doentes com hiperbilirrubinemia a antecipação da cirurgia pode ser a melhor opção. No presente estudo, observamos que 58,6% dos doentes foram submetidos a DBP. Motivos mais consensuais para a realização da DBP estavam presentes em apenas 16 (31%) dos doentes. A média da bilirrubina total foi significativamente maior nos doentes submetidos a DBP, o que vem de encontro a estudos prévios que reportam que a icterícia obstrutiva *per se* continua a ser uma indicação frequente para a DBP. Nos 35 doentes em que a indicação para a DBP foi a icterícia obstrutiva, 19 tinham uma bilirrubina total pré-drenagem superior a 15 mg/dL. Não verificamos aumento das complicações *major* pós-

operatórias nem da mortalidade aos 90 dias nos doentes submetidos a DBP, o que pode ser o reflexo de uma seleção adequada dos doentes, escolhendo aqueles que mais beneficiam deste procedimento.

A regressão logística simples identificou a amilase sérica nos primeiros dias de pós-operatório como um fator de risco para complicações *major*, algo que está a ser recentemente estudado e debatido.

Conclusões

Na nossa amostra, não verificamos aumento da morbimortalidade pós-operatória da DPC nos doentes submetidos a DBP. Apesar das potenciais complicações deste procedimento, se o mesmo for realizado em doentes bem selecionados os benefícios parecem superar os riscos. A decisão quanto à realização de DBP deve ser extensamente discutida num ambiente multidisciplinar e deve ser individualizada até que mais estudos permitam definir uma abordagem uniforme para estes doentes.

P010

CANCRO COLORRETAL EM IDADE JOVEM: ESTUDO COORTE NUM HOSPITAL TERCIÁRIO

Margarida Rajao Saraiva(1); Joana Lemos Garcia(1); Isadora Rosa(1); Grupo Multidisciplinar de Cancro Colo-Retal do IPOLFG(1); Inês Francisco(1); Patrícia Silva(1); Bruno Filipe(1); Cristina Albuquerque(1); Ricardo Fonseca(1); Pedro Lage(1); Isabel Claro(1)

(1) IPO LISBOA

Introdução

A incidência de cancro colorretal(CCR) acima dos 50 anos tem vindo a diminuir nas últimas décadas; no entanto, o CCR abaixo dos 50 (CRC-J) tem vindo a aumentar, por razões não totalmente compreendidas.

Material e métodos

Estudo coorte num hospital terciário, incluindo todos os diagnósticos inaugurais de CCR avaliados pelo Grupo Multidisciplinar de Cancro Colorretal entre 01.01.2017 e 31.12.2018. Excluídos doentes com diagnóstico prévio de Síndrome de CCR Hereditário.

Resultados

Incluídos 438 doentes, 58,2% homens, média de idades ao diagnóstico de $67,7 \pm 11,1$ anos. Tempo médio de seguimento: 41,49 meses. 25 doentes(5,7%) tinham CRC-J, 17(68%) homens, idade média de $43,1 \pm 6,0$ anos.

Globalmente, 32,4% dos doentes eram fumadores, 18,5% tinham antecedentes de outro cancro, 7,5% e 3,4% foram previamente expostos a drogas imunossupressoras ou radioterapia abdominal/pélvica, respetivamente. A maioria apresentava Índice de Massa Corporal normal(29,7%) a alto(39,7%). A localização mais comum do CCR foi o reto (42,9%) e 56,1% eram estágio I ou II (AJCC 8ª edição).



Na análise univariada, encontrou-se associação estatisticamente significativa entre CCR-J e tabagismo($p=0,009$) e invasão linfovascular($p=0,018$). Não foram encontradas diferenças significativas para o subtipo histológico($p=0,447$), invasão perineural($p=0,474$) ou estágio tumoral ao diagnóstico, embora uma proporção importante dos doentes mais jovens tivesse doença metastática ao diagnóstico(28,0% vs. 12,8%, $p=0,064$).

A imunohistoquímica para proteínas reparadoras de ADN revelou perda de expressão de pelo menos uma em 1/18 doentes com CCR-J e em 22/179 doentes mais velhos($p=0,728$).

Dos doentes com CCR-J, 16 já foram avaliados em Consulta de Risco Familiar e 15 realizaram estudo genético: 13 doentes apresentaram resultado inconclusivo, um mutação monoalélica *MUTYH* e outro foi diagnosticado com Polipose associada a *MUTYH*.

Conclusões

O CCR revelou características distintas nos doentes mais jovens, em concordância com a literatura – são necessários mais estudos para avaliar um eventual impacto para o rastreio e gestão dos doentes.

P011

UM CASO RARO DE TUMOR RECTAL: COMO ABORDAR?

Margarida Rajao Saraiva(1);
Daniel Conceição(1); Ricardo Fonseca(1);
Grupo Multidisciplinar de Cancro Colo-Retal
do IPOLFG(1); Isadora Rosa(1); Isabel Claro(1)

(1) IPO LISBOA

Introdução

O carcinoma pavimento-celular (CPC) é uma entidade que, no trato gastrointestinal, afeta comumente o esófago ou o canal anal. Pelo contrário, mais de 90% dos tumores colorretais correspondem a adenocarcinomas. Os CPC do reto representam < 0,3% de todos os tumores rectais. Pela sua raridade, continuam por esclarecer a patogénese, os fatores de risco e o tratamento preferencial.

Caso-clínico

Mulher, 66 anos, caucasiana, histerectomizada há 25 anos por leiomiomas uterinos, sem outros antecedentes pessoais ou familiares relevantes. Por quadro de obstipação de instalação recente, tenesmo e falsas vontades, realizou colonoscopia total que revelou, a 6cm da margem anal, lesão circunferencial, friável, franqueável com colonoscópio pediátrico, com cerca de 3cm de extensão longitudinal – as biópsias identificaram CPC. Restante colonoscopia e exame do canal anal sem alterações. Uma Ressonância Magnética Nuclear confirmou a presença de tumor no reto médio, a 7,7 cm da margem anal, circunferencial e estenosante, estadiado como T4aN2 e a Tomografia Computorizada Toraco-Abdomino-Pélvica excluiu lesões secundárias. A avaliação laboratorial não identificou alterações, nomeadamente infeção por VIH.



Devido à raridade do CPC primário no reto, sobretudo sem fator de risco conhecido para o mesmo, procedeu-se a estudo adicional para exclusão de tumor primário oculto noutra localização, nomeadamente: endoscopia digestiva alta – sem alterações; observação pela Ginecologia, Dermatologia e Otorrinolaringologia que excluíram lesões suspeitas de malignidade e PET-TC-FDG que identificou apenas a lesão hipermetabólica retal. Assim, após discussão multidisciplinar, optou-se por instituir quimiorradioterapia (54Gy, mitomicina+capecitabina), com resposta parcial na reavaliação (mrT3N0), pelo que foi submetida a ressecção anterior do reto. O exame anatomo-patológico mostrou resposta patológica completa. Iniciou programa de vigilância.

Conclusões

Este caso relembra a rara ocorrência de CPC no reto e a importância de uma abordagem multidisciplinar.

P012

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS E ECONÓMICAS DE DOENTES COM CANCRO DO ESÓFAGO LOCALMENTE AVANÇADO IRRESSECÁVEL EM PORTUGAL E ESPANHA (GALIZA): ESTUDO OBSERVACIONAL RETROSPETIVO DE COORTE ÚNICA MULTICÊNTRICO - RACIONAL E DESENHO DO ESTUDO DIGEST

Nina Fernandes(1); Anabela Barros(2); Ana Fernandez Montes(3); Manuela Machado(4); Hélder Mansinho(5); Sara Figueiredo(1)

(1) MSD PORTUGAL

(2) CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

(3) COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE

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

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

Introdução

O cancro de esófago apresenta um mau prognóstico, pois geralmente apenas é diagnosticado em estádios mais avançados. Atualmente, existe uma falta de dados sobre a epidemiologia e gestão do cancro do esófago em Portugal. Estudos recentes têm mostrado diferenças na mortalidade de vários tipos de tumor em Portugal e Espanha, com Portugal a apresentar, de uma maneira geral, uma taxa de mortalidade mais elevada no cancro do esófago. Esta diferença é mais marcada na região Norte e na Galiza (Espanha) para doentes do sexo feminino.

Objetivos

Descrever os dados demográficos, as características clínicas e os fatores de risco em doentes com diagnóstico de cancro do esófago localmente avançado irressecável elegíveis para tratamento curativo, em Portugal e em Espanha (Galiza). Objetivos secundá-



rios incluem a caracterização do uso e custos de recursos de saúde no mundo real, padrões de tratamento e jornada dos doentes.

Material e métodos

Estudo observacional, retrospectivo e multicêntrico. Serão revistos os registos clínicos de adultos (com idade ≥ 18 anos) diagnosticados com cancro do esófago localmente avançado irressecável entre 1 de janeiro de 2018 e 31 de dezembro de 2019, elegíveis para tratamento curativo e com pelo menos uma avaliação clínica. Doentes com cancro de esófago IV ou com outras neoplasias (excluindo carcinoma basocelular e cancro do colo do útero) não serão incluídos. O estudo incluirá um período de acompanhamento de 5,5 anos após o diagnóstico para cada doente incluído (até junho de 2023). Serão recolhidos dados sociodemográficos, padrões de tratamento, caracterização clínica, jornada

dos doentes e uso de recursos de saúde. Será pedida dispensa do Consentimento Informado, uma vez que os dados serão analisados de forma agregada. O cálculo amostral foi realizado com base em estimativas clínicas e epidemiológicas e prevê-se um total de 100 doentes. Análise descritiva das variáveis recolhidas e inferência exploratória serão realizadas de acordo com subgrupos como histologia, cirurgia, sexo e localização geográfica. Todos os testes estatísticos serão *two-sided* e com nível de significância de 5%.

Resultados

Após identificação dos centros a incluir, com base na sua distribuição e epidemiologia em Portugal Continental e Galiza (Espanha), os mesmos foram convidados a participar a partir de julho de 2023. Após aceitação, o protocolo do estudo será submetido às respetivas comissões de ética e conselhos de administração das instituições. Após a aprovação e subsequentes visitas de iniciação, os centros terão 3 meses para a recolha de dados.

Discussão

Este estudo fornecerá dados da vida real sobre as características, diagnóstico e padrões de tratamento dos doentes com cancro do esófago localmente avançado irressuscitável elegíveis para tratamento curativo. Para além disso, fornecerá informação sobre os encargos económicos associados ao cancro do esófago localmente avançado irressuscitável em Portugal e Espanha (Galiza).

Conclusões

Uma melhor compreensão do processo de diagnóstico e dos fatores de risco permitirá à comunidade oncológica identificar lacunas críticas a serem abordadas para melhorar os resultados do cancro do esófago nas diferentes regiões de Portugal e Espanha (Galiza). Este conhecimento será relevante para identificar áreas que necessitam de intervenção em saúde pública.

P014

DISFUNÇÕES PILÓRICAS APÓS ESOFAGECTOMIA: OPÇÕES DE TERAPÊUTICA ENDOSCÓPICA - EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO ONCOLÓGICO

Daniel Conceição(1); Luís Correia Gomes(1); Margarida Rajão Saraiva(1); Pedro Currais(1); Carolina Simões(1); Joana Moleiro(1); Isadora Rosa(1); Paulo Ramos(1); Cecília Monteiro(1); Rui Casaca(1); Isabel Claro(1)

(1) IPO LISBOA

Introdução

Com os progressos da técnica cirúrgica tem vindo a aumentar a sobrevida pós-operatória dos doentes com neoplasias do esófago. As disfunções pilóricas são efeitos adversos frequentes das esofagectomias com impacto significativo na qualidade de vida. Para os doentes refratários à terapêutica médica, a abordagem endoscópica (dilatação pneumática, injeção de toxina botulínica, *Gastric peroral endoscopic myotomy* (G-POEM), próteses biodegradáveis) é uma alternativa válida.

Objetivos

O objetivo primário do presente trabalho foi avaliar a eficácia das diferentes terapêuticas endoscópicas (definida como a melhoria sintomática e do *gastric outlet obstruction scoring system* (GOOSS) ao final de um mês de terapêutica).

Os objetivos secundários foram avaliar efeitos adversos, exequibilidade e durabilidade das diferentes terapêuticas endoscópicas.

Material e métodos

Estudo retrospectivo unicêntrico, incluindo todos os doentes submetidos a terapêutica endoscópica de disfunção pilórica após esofagectomia entre 2016 e 2022.

Foram analisados os fatores demográficos, tipo de cirurgia realizada, tipo de terapêutica endoscópica e efeitos adversos.



Resultados

Neste período, foram realizadas um total de 259 esofagectomias por neoplasias do esófago. Foram incluídos um total de 5 doentes com disfunção pilórica refratária a terapêutica médica com idade mediana de 55 anos (45-66 anos), sendo a sua maioria (4/5) homens e um dos doentes era diabético tipo II (1/5).

Dos 5 doentes incluídos 4 deles tinham sido submetidos a esofagectomia de McKeown (4/5) e um a esofagectomia de Ivor Lewis (1/5). Em um destes casos (1/5) a cirúrgica foi complicada de deiscência da anastomose manejada com prótese metálica totalmente coberta.

No pós-operatório um dos doentes (1/5) apresentou disfunção pilórica refratária à terapêutica médica precoce (nos primeiros 15 dias de pós-operatório), sendo os restantes casos (4/5) disfunções pilóricas tardias.

As manifestações da disfunção pilórica foram: dilatação do tubo gástrico por radiografia (3/5); drenagem por SNG superior a 1000mL/24h(5/5); atraso no estudo contrastado (2/5); saciedade precoce (4/5); vômitos (5/5); regurgitação (2/5); défice nutricional associado (2/5).

Um total de 3 doentes (3/5) apresentava um GOOSS de zero (incapacidade de nutrição via oral).

Na avaliação por Endoscopia Digestiva Alta a maioria dos doentes apresentava estase alimentar apesar do jejum de 6h (4/5) e ressalto à transposição do piloro (3/5).

Relativamente à terapêutica endoscópica realizada, em um dos casos foi efetuada dilatação pneumática (1/5) que não se revelou eficaz no alívio dos sintomas (eficácia 0/1).

Num dos casos foi tentado realizar G-POEM (1/5), tendo o procedimento sido interrompido precocemente por perfuração gástrica iatrogénica (exequibilidade 0/1).

Em todos os doentes foi efetuada injeção endoscópica de toxina botulínica (5/5) com um alívio sintomático ao final de um mês na maioria dos casos (eficácia: 4/5), e ao final de 6 meses em apenas metade dos doentes (durabilidade >6 meses: 2/4). Foram realizados uma média de 2,4 injeções (1-5) por doente.

Em 3 casos foram colocadas próteses biodegradáveis (3/5) com alívio sintomático em todos os doentes (eficácia: 3/3) e com um alívio sustentado dos sintomas (média 7 meses) em todos eles (durabilidade >6 meses 3/3). Foram colocadas uma média de 3,3 (1-6) próteses por doente.

No último *follow up* dois doentes (2/5) tinham falecido por progressão da doença oncológica e os restantes (3/3) apresentavam-se a tolerar pelo menos dieta mole (GOSS \geq 2).

Conclusões

O tamanho da amostra limita as nossas conclusões, mas a abordagem endoscópica das disfunções pilóricas pós esofagectomia com toxina botulínica e próteses biodegradáveis parece ser eficaz e segura, embora de durabilidade limitada.

P016

CANCRO DO PÂNCREAS BORDERLINE RESSECÁVEL - PAPEL DO MARCADOR TUMORAL CA 19.9 NA PROGRESSÃO E SOBREVIVÊNCIA

Catarina Lopes Almeida(1); Marina Gonçalves(1); Marta Baptista Freitas(1); Carina Teixeira(1); Marisa Couto(1); Tânia Lemos(1); Sara Meireles(1); Inês Brandão Rêgo(1); Cristina Sarmento(1); Andreia Coelho(1); Andreia Costa(1); Miguel Barbosa(1)

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

Introdução

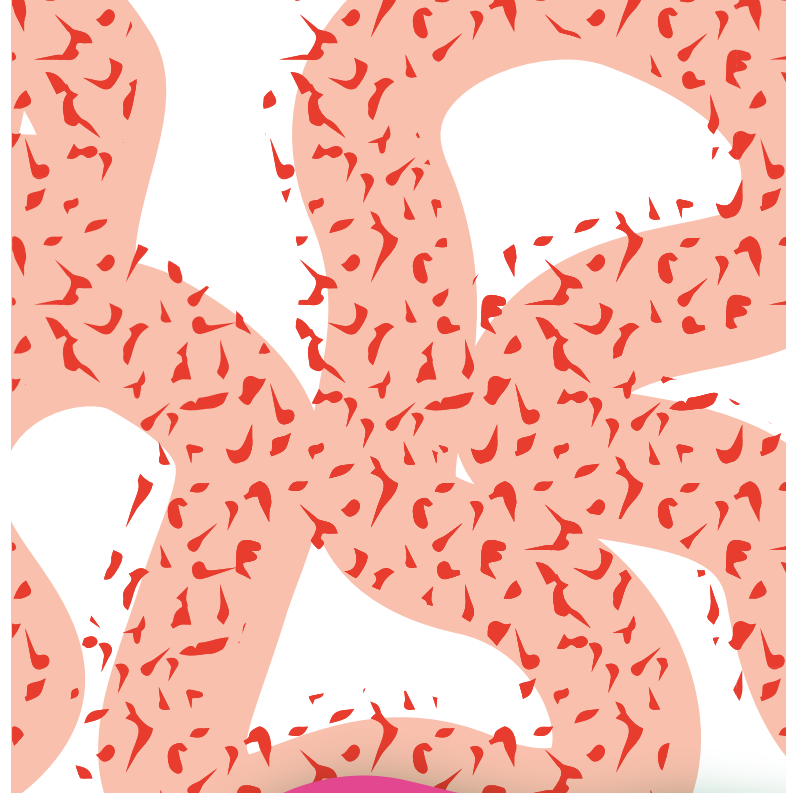
O cancro do pâncreas é um dos tipos de cancro que comporta maior mortalidade, com uma sobrevivência global (SG) mediana de 5% aos 5 anos.

Com base nos achados imagiológicos, cerca de 15% são considerados borderline ressecáveis. Há evidência de que nestes doentes a quimioterapia neoadjuvante (QTNA) aumenta a SG em comparação com a cirurgia como primeira abordagem. Habitualmente, o esquema de QTNA mais utilizado é FOLFIRINOX, embora a Gemcitabina também seja adequada em doentes menos aptos.

O Ca 19.9 é o marcador tumoral mais utilizado e validado para o cancro do pâncreas. Estudos já mostraram uma associação entre níveis basais elevados deste marcador à redução da SG, a um maior envolvimento ganglionar e a margens positivas após cirurgia, tanto no cancro do pâncreas borderline ressecável (CPBR) como no ressecável.

Objetivos

Comparar o impacto do marcador tumoral Ca 19.9 na sobrevivência e progressão do CPBR.




Material e métodos

Foi realizada uma análise retrospectiva de doentes de um centro terciário com CPBR que receberam QTNA. O valor do Ca 19.9 prévio ao tratamento foi avaliado e analisado como preditor de progressão de doença, recidiva e sobrevivência. A amostra foi dividida em dois grupos, Ca 19.9 alto e baixo, com base no valor mediano deste marcador (1116 U/mL). A sobrevivência livre de progressão (SLP) e a SG foram avaliadas através das curvas de sobrevivência de Kaplan-Meier e as variáveis prognósticas foram identificadas pela análise univariada e multivariada.

Resultados

A amostra foi composta por 54 doentes diagnosticados entre janeiro de 2013 e novembro de 2022. A idade mediana ao diagnóstico foi 63 anos (mín. 35, máx. 80), 53.7% (n=29) eram do sexo masculino e 88.9% (n=48) tinham ECOG-PS 0-1.

Em relação à resposta após QTNA, 42.6% (n=23) tiveram progressão de doença, 20.4% (n=11) apresentaram doença estável e 37% (n=20) tiveram resposta parcial. Quanto ao esquema de quimioterapia escolhido, 55.6% (n=30) fizeram FOLFIRINOX e 40.7% (n=22) Gemcitabina. Apenas 35.2% dos doentes prosseguiram para cirurgia, sendo que metade destes teve cirurgia sem sucesso devido à irressecabilidade da lesão.



Durante os 10 anos de follow-up, 70.4% tiveram progressão de doença documentada e 87% faleceu.

A SG mediana da amostra foi de 11 meses - 10 meses no grupo com Ca 19.9 alto (IC 95% 7.58-12.41) e 19 meses no grupo Ca 19.9 baixo (IC 95% 12.38-25.61), $p=0.002$.

O facto dos doentes terem sido submetidos a cirurgia (HR 0.29; 95% IC 0.13-0.64; $p=0.002$) e terem Ca 19.9 baixo (HR 0.34; 95% IC 0.15-0.80; $p=0.014$) foram marcadores independentes para melhor SG na análise multivariada. Dos 9 doentes submetidos a duodenopancreatectomia, 66.6% tinham Ca 19.9 baixo ($p=0.432$).

A SLP foi 6.5 meses - 6 meses no grupo com Ca 19.9 alto e 7 meses no grupo com Ca 19.9 baixo ($p=0.831$). Não houve associações significativas em relação à SLP.

Discussão

Nesta amostra, os doentes com níveis basais elevados de Ca 19.9 apresentaram pior SG, com significância estatística. Apenas um pequeno número de pessoas foi submetido a duodenopancreatectomia, daí a falta de significância neste aspecto específico. No entanto, a maioria destes doentes apresentou Ca 19.9 mais baixo, o que demonstra que serão aqueles que provavelmente mais beneficiam de fazer QTNA.

Existem alguns fatores de confundimento a serem considerados que podem aumentar o Ca 19.9, como colangite ou icterícia.

Conclusões

O Ca 19.9 poderá eventualmente tornar-se um preditor de resposta ao tratamento, particularmente se combinado com possíveis novos biomarcadores. São necessários mais estudos prospetivos multicêntricos para definir melhor o seu papel na gestão do CPBR.

P018

SOBREVIVÊNCIA DE DOENTES COM CANCRO COLORRETAL SUBMETIDOS A RESSEÇÃO CIRÚRGICA DE METÁSTASES HEPÁTICAS – A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Alexandra Guedes(1); Daniel Martins(1); Sandra Silva(1); Ema Neto(1); Helena Guedes(1); Joana Marinho(1); Sandra Custódio(1); Alexandre Costa(1); Andreia Capela(1)

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

Introdução

O cancro colorretal (CCR) é o 3º mais incidente em Portugal e no mundo, estando a incidência a aumentar nos adultos jovens. Em doentes com metástases hepáticas potencialmente ressecáveis, a abordagem terapêutica deve incluir a ressecção cirúrgica, sendo que a sobrevivência aos 5 anos pode atingir 60%.

Objetivos

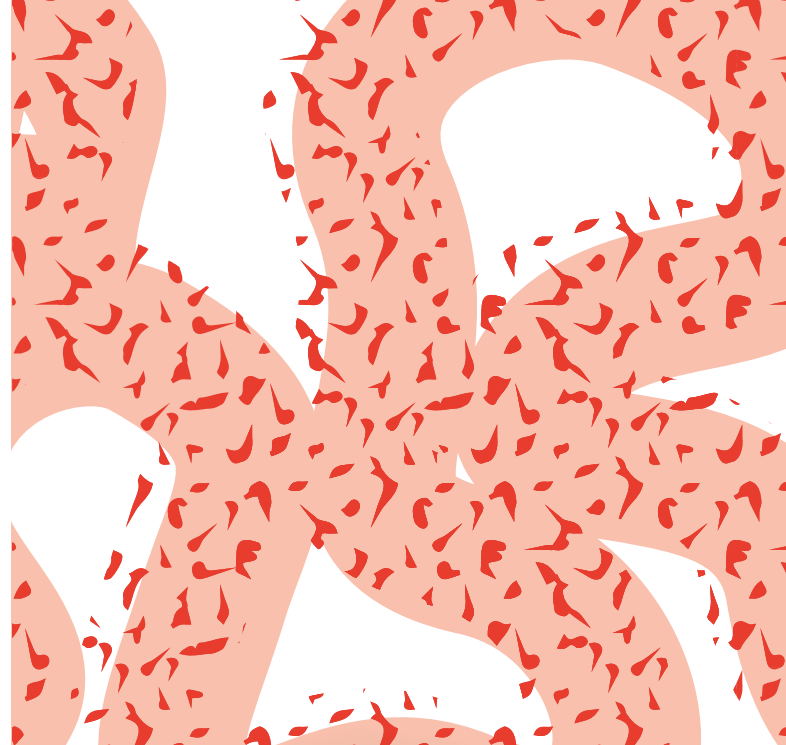
Analisar a sobrevivência global (SG) e a sobrevivência livre de progressão (SLP) dos doentes com CCR submetidos a ressecção cirúrgica de metástases hepáticas e identificar possíveis fatores preditores de prognóstico.

Material e métodos

Análise retrospectiva dos doentes com CCR submetidos a ressecção cirúrgica de metástases hepáticas entre 2010 e 2020. Foram excluídos doentes com segundas neoplasias ou metastização extra-hepática. A análise de sobrevivência foi feita com recurso ao método de *Kaplan-Meier* e a análise multivariada por regressão de Cox. A análise estatística foi realizada através do SPSS (v.27).

Resultados

Foram analisados 48 doentes, todos com ECOG-PS entre 0 e 1, dos quais 28 (58%) eram do sexo masculino. A idade mediana à data da 1ª cirurgia hepática foi de 63 anos (56, 68). A maioria (20 doentes, 42%) tinha



como primário o cólon esquerdo, 9 (19%) cólon direito e 14 (29%) o reto; 25 (52%) eram RAS-*wild-type* e 17 (35%) RAS-mutado (restantes com *status* desconhecido). A metastização ocorreu de forma síncrona em 30 doentes (63%) e metácrona em 18 (37%); nestes últimos, a sobrevivência livre de doença mediana foi de 19.4 meses (IC 95% 17.1, 21.7). Dos síncronos, 8 (17%) foram operados ao primário *upfront* por oclusão, 11 (23%) segundo a abordagem clássica (cirurgia ao primário primeiro), 6 (13%) segundo a abordagem reversa (cirurgia hepática primeiro) e 5 (10%) no mesmo tempo cirúrgico. Foi realizada quimioterapia neoadjuvante/de conversão em cerca de 90% dos síncronos e 40% dos metácronos. Foi efetuada uma segunda ressecção hepática em 17 (35%) dos doentes e uma terceira em 7 (15%) - num total de 79 cirurgias, a taxa de complicações no pós-operatório foi de 25% e de mortalidade 1.3%. O *follow-up* mediano foi de 41 meses (26.3, 78.7). A SLP mediana após a 1ª ressecção hepática foi de 11.8 meses (IC 95% 9.2, 14.5). A localização do primário no reto e a abordagem escolhida ser a reversa revelaram-se fatores de pior prognóstico com impacto na SLP: HR 3.5 (IC 95% 1.6, 8.0), HR 4.2 (IC 95% 1.2, 15.1), respetivamente; $p < 0.05$. A SG mediana desde a 1ª ressecção hepática foi de 63.6 meses: 37.3 meses (IC 95% 20.5, 54.2) nos metácronos e 69.7 meses (IC 95% 50.6, 88.7) nos síncronos. A SG a 5 anos foi de 50% nos síncronos e de 31% nos metácronos. A mediana de SG nos doentes operados no mesmo tempo ainda não foi

atingida. O status RAS-mutado e margens positivas na 1ª resseção estão associados a pior prognóstico, com impacto na SG: HR de 2.3 (IC 95% 0.1, 5.2) e 2.5 (IC 95% 1.1, 6.0), respetivamente; $p < 0.05$. O número e dimensão das metástases e a realização de QT peri-operatória não modificam o prognóstico. 7 doentes (14.6%) encontram-se livres de recorrência há 5 anos ou mais, dois deles após a 3ª cirurgia hepática.

Discussão

Este estudo permitiu encontrar fatores preditores de pior prognóstico de forma estatisticamente significativa, nomeadamente a localização do primário no reto e a opção da abordagem reversa – com impacto na SLP; e as margens cirúrgicas positivas e a mutação RAS – com impacto na OS. As principais limitações do estudo são a pequena dimensão amostral e o facto de ser um estudo retrospectivo e unicêntrico.

Conclusões

Num momento em que testemunhamos um aumento da incidência de CCR em idades jovens, estratégias terapêuticas que incluam a cirurgia de resseção de metástases hepáticas podem ter um impacto significativo na sobrevivência global. São necessários mais estudos sobre o tema, com o objetivo de poder vir a melhorar a selecção dos doentes candidatos a esta estratégia.

P019

IMPACTO DA DESNUTRIÇÃO NO PROGNÓSTICO DOS DOENTES COM CANCRO DO PÂNCREAS METASTIZADO

Marta Baptista Freitas(1);
Catarina Lopes de Almeida(1);
Carina M. Teixeira(1); Marina Gonçalves(1);
Inês Rego(1); Andreia Coelho(1); Sara Meireles(1);
Cristina Sarmento(1); Miguel Barbosa(1)

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

Introdução

O cancro do pâncreas continua a ser um tumor com elevada mortalidade associada, sendo a sétima causa de morte mais frequente por cancro a nível mundial. A insuficiência pancreática exócrina, que desde cedo se desenvolve associada ao carcinoma do pâncreas, leva a um desequilíbrio nutricional precoce e grave, podendo interferir com a tolerância aos tratamentos e afetar negativamente a qualidade de vida dos doentes. Vários estudos mostraram que a desnutrição nesta população desempenha um papel importante no prognóstico do cancro do pâncreas.

Objetivos

O objetivo deste estudo consistiu em avaliar o impacto prognóstico da desnutrição em doentes com carcinoma do pâncreas metastizado ao diagnóstico (CPM).

Material e métodos

Avaliação retrospectiva de dados clínicos de doentes com CPM, diagnosticados por biópsia pancreática, que realizaram pelo menos uma linha de tratamento de quimioterapia (QT) paliativa, entre janeiro/2015 e dezembro/2022. Os dados clínicos e histopatológicos foram obtidos através da consulta do processo clínico dos doentes incluídos. Para avaliar a desnutrição destes doentes foram analisados: índice de massa corporal ao diagnóstico (IMC), perda ponderal não intencional nos 6 meses que antecederam o diagnóstico (PP) e o valor da albumina sérica aquando do diagnóstico (ALB). A análise estatística foi realizada com recurso



ao IBM® SPSS® Statistics® V25, considerando significativo $p < 0.05$. A análise de curvas ROC (*receiver operating characteristic*) foi utilizada para determinar os valores de *cut-off* mais apropriados para a percentagem de PP, ALB e do rácio neutrófilos-linfócitos (RNL); o método de Kaplan-Meier foi utilizado para análise de sobrevivência e o teste de log-rank para a análise univariada.

Resultados

Foram analisados 37 casos de CPM, a maioria (59.5%) do género masculino e com ECOG PS 0-1 (89.2%), com uma mediana de idades de 70 [41- 81] anos. Cada doente apresentava um número mediano de 2 [1-9] comorbilidades, sendo a hipertensão arterial a mais frequente (51.4%), seguida de diabetes (32.4%). Ao diagnóstico, 54.1% dos doentes apresentava um IMC normal ($18.5 \geq \text{IMC} < 25$), 32.4% tinham excesso de peso ($25 \geq \text{IMC} < 30$) e 8% tinham um IMC baixo (< 18.5). A maioria dos doentes (67%) apresentava também uma $\text{PP} \geq 6.15\%$; 18.9% tinha $\text{ALB} < 36.85\text{g/L}$ e 83.8% um $\text{RNL} \geq 2.36$. Cerca de 76% dos doentes apresentava doença metastizada em apenas um local (78.4% dos quais no fígado). Todos os doentes foram avaliados e seguidos em consulta de nutrição após o diagnóstico. Quanto ao tratamento, 37% realizou QT de primeira linha com mFOLFIRINOX, 27% com Gemcitabina + Nab-paclitaxel (GNP) e 45.9% com outros esquemas (maioria com Gemcitabina em monoterapia).

A mediana de seguimento foi de 5 [1- 25] meses. A sobrevivência livre de progressão mediana (SLPm) foi de 4 meses IC 95% [2.19-5.80] e a sobrevivência global mediana (SGm) de 5 meses IC 95% [3.11-6.90]. Os doentes com maior PP ($\geq 6.15\%$) apresentaram menor SLPm (4 vs 8 meses, $p=0.07$) e menor SGm (5 vs 11 meses, $p=0.30$). Da mesma forma, os doentes com menor ALB ($<36.85\text{g/L}$) tiveram menor SLPm (4 vs 5 months, $p=0.09$) e menor SGm (3 vs 7 meses, $p=0.01$). Adicionalmente, doentes com maior RNL (≥ 2.36) apresentaram pior SLPm (4 vs 6 meses, $p=0.10$) e pior SGm (5 vs 13 meses, $p=0.17$). Quanto ao esquema de QT, os doentes tratados com GNP tiveram melhor SLPm (8 meses IC 95% [3.51-12.49], $p=0.02$) e melhor SGm (12 meses IC 95% [9.21-14.78], $p=0.04$).

Discussão

Neste estudo, os doentes com um valor ALB baixo ($<36.85\text{g/L}$) tiveram, significativamente, uma menor SGm. Ainda que estatisticamente não significativo, valores baixos de ALB correlacionaram-se também com menor SLPm, assim como uma maior PP mostrou uma tendência para pior SLPm e SGm.

Apesar de se tratar de um estudo retrospectivo e, com uma amostra pequena, é de notar que este trabalho mostra que fatores relacionados com a desnutrição (ALB e a PP), facilmente acessíveis e mensuráveis, fornecem informações prognósticas relevantes neste grupo de doentes. A importância destes fatores na abordagem e tratamento dos doentes com cancro do pâncreas é, muitas vezes, subestimada na prática clínica diária, com impacto negativo no prognóstico.

Conclusões

Estes achados destacam o papel da desnutrição no prognóstico dos doentes com CPM e, portanto, a necessidade de uma abordagem específica e multidisciplinar para a deteção e tratamento precoce da desnutrição com o objetivo de melhorar a sobrevivência e qualidade de vida dos doentes. Estudos prospetivos são necessários para confirmar estes resultados.

P021

UM CASO RARO DE CARCINOMA DO PÂNCREAS INDIFERENCIADO COM CÉLULAS GIGANTES DE TIPO OSTEOCLASTO E REVISÃO DA LITERATURA

Joana Martins Cabral(1); Alexandra Guedes(1); Sandra Silva(1); Ema Neto(1); Helena Guedes(1); Joana Marinho(1); Maria Castelo Branco(1)

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

Introdução

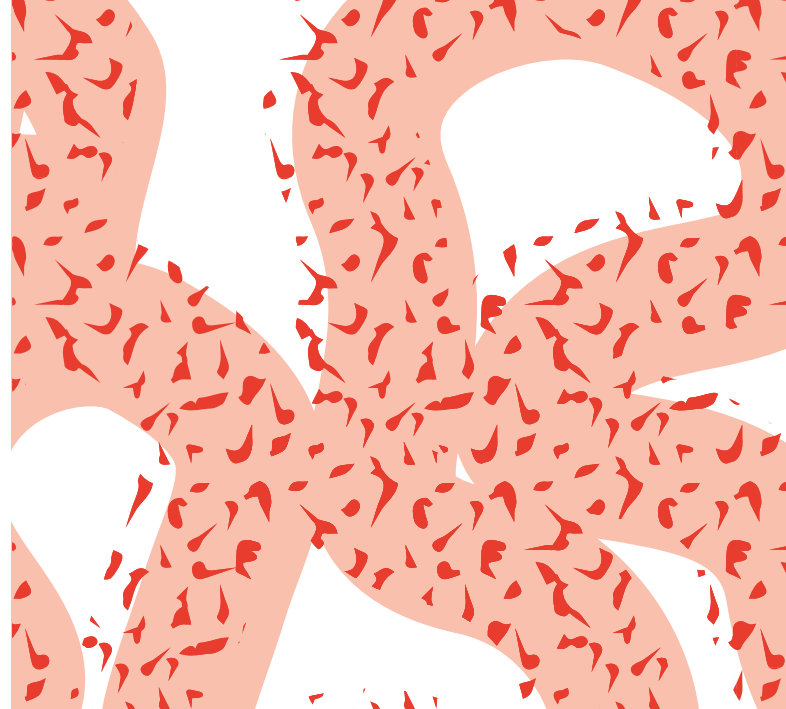
O carcinoma do pâncreas indiferenciado com células gigantes de tipo osteoclasto (UC-OGC, abreviatura em inglês) é um tumor exócrino raro, que representa menos de 1% de todas as neoplasias malignas pancreáticas e é cerca de duas vezes mais comum no sexo feminino. Histologicamente é constituído por células malignas isoladas com pleomorfismo marcado, numerosas células gigantes de tipo osteoclasto e células histiocíticas. Historicamente associado a pior prognóstico que outros subtipos de neoplasias pancreáticas, com uma sobrevivência mediana global inferior a um ano, alguns autores têm defendido que, quando precocemente ressecado, poderá ter um comportamento indolente, particularmente nos UC-OGC puros. O caso que se apresenta descreve um caso raro de UC-OGC ressecável.

Objetivos

Este trabalho pretende demonstrar a raridade do carcinoma do pâncreas indiferenciado com células gigantes de tipo osteoclasto e levantar a hipótese de ser mais indolente quando diagnosticado e tratado de forma precoce.

Material e métodos

Os autores apresentam um caso recorrendo à consulta do processo clínico do doente desde outubro de 2022 a setembro de 2023 e à pesquisa sistemática de artigos indexados na Pubmed até 12/09/2023, com os termos “*undifferentiated carcinoma with osteoclast-*



-like giant cells” no título/resumo do artigo. Foram identificados 44 case-reports publicados entre 2010 e 2023, uma série de 10 casos de 2020, outra série de 13 casos também de 2020, uma série de 22 casos de 2017 e uma série de 5 casos de 2016.

Resultados

Apresentamos o caso de um homem de 61 anos com antecedentes pessoais relevantes de hipertensão arterial, dislipidemia, cifoescoliose congénita e colecistectomia em 2020 por litíase vesicular. Enviado à consulta de Medicina Interna para estudo de lesão nodular hepática exofítica hipervascular identificada incidentalmente aquando da realização de tomografia axial computadorizada (TAC) abdominal em episódio de ida ao serviço de urgência em outubro de 2022 por dor abdominal. Realizou ressonância magnética (RM) abdominal que mostrou uma lesão nodular hipervascular com 2,3 cm na loca vesicular em contiguidade com o segmento V do fígado, submetida a biópsia, compatível com hiperplasia nodular focal, e lesão nodular com 2,1 cm inferiormente ao processo uncinado do pâncreas. Ecoendoscopia realizada a posteriori revelou nódulo adjacente ao processo uncinado do pâncreas, submetido a biópsia, compatível com neoplasia maligna pouco diferenciada. TAC toraco-abdomino-pélvica e tomografia por emissão de positrões (PET) realizadas para estadiamento à distância não revelaram lesões adicionais. Submetido a duodeno-pancreatectomia cefálica segundo Whipple em feve-

reio de 2023 com período pós-operatório complicado por fístula pancreática com deiscência de anastomose pancreatojejunal e deiscência de ferida operatória. Anatomia patológica da peça operatória revelou um tumor de 3,5 cm com características histológicas compatíveis com carcinoma indiferenciado com células gigantes de tipo osteoclasto, estudo imuno-histoquímico a mostrar expressão focal de CAM5.2, CK19, CK7 e EMA e expressão de CD68 nas células histiocíticas e gigantes multinucleadas. Estadiamento patológico pT2N0M0 (estadio IB). Iniciou quimioterapia adjuvante com protocolo FOLFIRINOX em maio de 2023, suspenso após 1º ciclo por toxicidade gastrointestinal e intercorrência infecciosa (neutropenia febril com bacteriemia a *Escherichia coli* com ponto de partida no cateter venoso central totalmente implantado a condicionar internamento de 14 dias). Iniciou quimioterapia com Gemcitabina em monoterapia em junho de 2023, que mantém com boa tolerância.

Discussão e Conclusões

O carcinoma do pâncreas indiferenciado com células gigantes de tipo osteoclasto é uma variante rara das neoplasias malignas pancreáticas considerado extremamente agressivo e com um prognóstico mais dantesco que o adenocarcinoma pancreático ductal convencional. Dos 94 casos reportados na literatura entre 2010 e 2023, incluindo case-reports e séries de casos, destaca-se a diminuição significativa na taxa de sobrevivência nos casos em que os doentes não são submetidos a cirurgia, o que corrobora a ideia de que doentes mais jovens, com lesões mais pequenas e ausência de envolvimento ganglionar, terão melhor prognóstico, bem como os UC-OGC puros, dada a possibilidade de ressecção cirúrgica combinada com tratamento adjuvante. Salienta-se a existência de um estudo de 2018, de Luchini C et al, que aborda a possibilidade de podermos considerar a imunoterapia no futuro do tratamento desta variante tumoral particularmente nos casos em que a expressão de PD-L1 é positiva, hipótese ainda a merecer estudos adicionais.

P022

PREVALÊNCIA E SIGNIFICADO CLÍNICO DA MUTAÇÃO RAS EM BIÓPSIA LÍQUIDA NO CANCRO COLORRETAL - UM ESTUDO DE VIDA REAL

Rita Freitas(1); Tiago Tomás(1);
Alexandra Montenegro(2); Michelle Silva(1);
Ana Duarte Mendes(1); Rodrigo Vicente(1);
Telma Martins(1); Ricardo Ferreira(1);
Andreia Chaves(1)

(1) HOSPITAL DR. FERNANDO DA FONSECA - AMADORA/SINTRA
(2) CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO LISBOA CENTRAL E.P.E.

Introdução

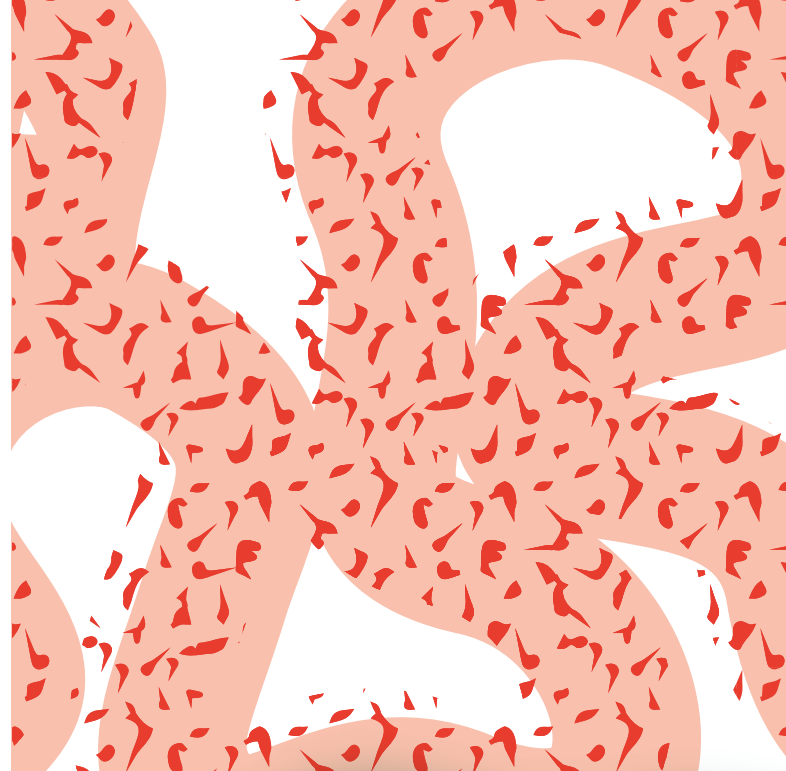
A avaliação inicial do status KRAS e NRAS ('RAS') faz parte do tratamento standard do cancro colorretal metastático (mCCR), para orientar o tratamento de primeira linha [1]. A conversão de RAS wild type (RASwt) em mCCR para RAS mutado (RASmut) após tratamento com anticorpos anti-EGFR (Cetuximab e Panitumumab) é um mecanismo de resistência adquirido conhecido, e bem descrito. Outro fenómeno menos frequente é o aparecimento do "NeoRAS", isto é, a alteração de RASmut para RASwt [1]. As biópsias líquidas (BL) são utilizadas para identificar DNA tumoral circulante (circulating tumor DNA, ctDNA) como biomarcador tumoral, com o objetivo de procurar estratégias terapêuticas. No cancro colorretal (CCR) a BL é utilizada para detectar mutações (mut) nos genes KRAS, NRAS e BRAF, procurando assim novos alvos moleculares que permitam alterações terapêuticas, uma vez que os tumores apresentam alguma heterogeneidade e podem ser dinâmicos ao longo do tempo.

Objetivos

O nosso objetivo foi avaliar a prevalência de mutações RAS nas BLs e ver a dinâmica e a influência que esta avaliação tem nas decisões de tratamento.

Materiais e métodos

Foi realizada uma análise retrospectiva, observacional e multicêntrica em dois centros hospitalares em Por-



tugal. Foram incluídos doentes com adenocarcinoma colorretal comprovado histologicamente que realizaram pelo menos uma biópsia líquida (LB) durante janeiro de 2018 e julho de 2023.

Resultados

Foram incluídos 60 doentes, cuja mediana (MED) de idade ao diagnóstico foi de 61,9 anos (39-84). A amostra era constituída maioritariamente por homens (38; 63.3%). Apenas doze dos sessenta doentes (20.0%) estava vivo no momento da análise. Trinta e nove doentes (65.0%) encontravam-se no estadio IV no momento do diagnóstico. Nesta população, a mediana de sobrevivência global foi de 39.5 meses. Todos os doentes realizaram pelo menos uma BL, com número médio de biópsias realizadas de 1.0 (1-4) ao longo do percurso da doença. Vinte e dois doentes (36.6%) realizaram a primeira biópsia líquida aquando da progressão de doença sob 1ª linha terapêutica e 25 doentes (41.7%) aquando de progressão de doença sob 2ª linha de tratamento. A mediana de tempo entre o início da primeira linha de tratamento e a primeira BL foi de 18.0 meses (1-170). Dos 60 doentes, 47 (78.3%) foram tratados apenas com quimioterapia (QT) em primeira linha, enquanto 10 (16.7%) receberam QT com anti-EGFR (Cetuximab ou Panitumumab) e 3 doentes (5.0%) QT com anti-VEGF (Bevacizumab).

Trinta e cinco (58.3%) eram RAS mutados ao diagnóstico (biópsia de tecido), e todos BRAF wild-type (wt). Em 7 dos 35 doentes (20.0%) verificou-se alteração do seu status mutacional para RASwt (NeoRAS) em BL e em 4 doentes (11.4%) esse achado resultou em alteração do tratamento para QT+anti-EGFR. Vinte e cinco doentes (41.7%) eram RASwt no momento do diagnóstico, sendo que 7 desses (28.0%) revelaram ser RASmut na primeira BL realizada. Quatro destes 25 doentes (16.0%) mudaram a estratégia de tratamento para anti-VEGF após o resultado do BL.

Discussão

Nesta análise, a proporção de doentes que alteraram o seu status mutacional ao longo da evolução da doença (principalmente de RASwt para RASmut, mas também de RASmut para RASwt ou NeoRAS) não é negligenciável e possivelmente influencia as estratégias de tratamento e, conseqüentemente, o prognóstico da doença.

Conclusões

As BLs podem ser utilizadas em vários contextos, não só para orientar decisões de tratamento, mas também para monitorizar atividade da doença. Esta análise mostra a importância e utilidade clínica das BLs na detecção de mutações RAS no mCCR. As alterações observadas ao longo da evolução da doença mostram a heterogeneidade e dinâmica dos tumores, e a influência do tratamento. Este trabalho pretende mostrar a importância das biópsias líquidas no tratamento do CCR, alertando para o seu potencial impacto terapêutico e necessidade de implementação do seu uso na nossa prática clínica.

Bibliografia:

[1] Osumi H, Vecchione L, Keilholz U, et al. NeoRAS wild-type in metastatic colorectal cancer: Myth or truth?-Case series and review of the literature. *Eur J Cancer*. 2021;153:86-95. doi:10.1016/j.ejca.2021.05.010

P023

A CONSULTA TELEFÓNICA DE ENFERMAGEM NA GESTÃO DO AUTOCUIDADO DA PESSOA COM CANCRO HEPATOBILIO-PANCREÁTICO, EM QUIMIOTERAPIA: UMA REVISÃO SCOPING

Carla Nazareth(1); Eunice Sá(2)

(1) H. BEATRIZ ANGELO

(2) ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

Introdução

Nos últimos anos tem-se verificado um aumento crescente do número de novos casos de cancro do fígado, das vias biliares e do pâncreas, associados também a uma taxa de mortalidade elevada. São cancros caracterizados por um rápido crescimento tumoral, diagnóstico tardio, metastização precoce e resistência à terapêutica instituída, sendo a maioria das pessoas candidata à realização de tratamento com quimioterapia (QT), tornando-se a mesma essencial para proporcionar o aumento da sobrevida e a palição de sintomas. Contudo, a QT tem efeitos adversos (EA's) com repercussões na qualidade de vida e no bem-estar, tornando-se fundamental que os cuidados de enfermagem, além da administração de QT em Hospital de Dia, acompanhem a pessoa/família no seu domicílio, onde irão aparecer a maioria dos sintomas.

Uma das ferramentas utilizadas pelos enfermeiros, e que dá ênfase à sua função educativa, é a Consulta de Enfermagem (CE) que permite capacitar a pessoa/família para o autocuidado com o objetivo de minimizar os EA's decorrentes da QT ao nível físico, psicológico e social, promovendo ganhos em saúde. Esta mesma CE pode ser realizada telefonicamente para garantir um acompanhamento contínuo à pessoa e família.

Objetivos

Identificar as intervenções de enfermagem promotoras da gestão do autocuidado à pessoa com cancro hepatobilio-pancreático, em quimioterapia, através da consulta de enfermagem (CE) telefónica.



Material e métodos

Segundo a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute (2015), foi realizada uma pesquisa nas bases de dados CINAHL e MEDLINE através da plataforma EBSCOhost Web, entre Maio e Junho de 2021, incluindo todos os artigos publicados entre 2010 e 2021 que abordassem as intervenções de enfermagem realizadas na CE telefónica que fossem promotoras do autocuidado em adultos com cancro e em tratamento de quimioterapia.

Resultados

Identificaram-se quatro áreas de interesse no que concerne às intervenções de enfermagem: (1) vantagens e (2) desvantagens da CE telefónica; (3) intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado; (4) necessidades/implicações para a prática da enfermagem que se dividem em garantir a segurança da pessoa e dos enfermeiros e em garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Discussão

A CE telefónica é uma ferramenta de baixo custo que contribui para a comunicação com a pessoa com doença oncológica/família (mediante o seu consentimento informado), possibilitando o acesso seguro a cuidados de saúde especializados em tempo real ao mesmo tempo que diminui a necessidade de deslocação às instituições de saúde, essencial para as pessoas profissionalmente ativas, mas também para as com menos capacidades económicas, em situações de

vulnerabilidade social ou com necessidade de ajudas técnicas ou de terceiros para se deslocarem. Ainda assim, alguns doentes consideram o telefone como uma barreira não facilitadora da expressão de emoções gerando um sentimento de falta de suporte emocional por parte dos profissionais de saúde.

As intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado realizadas na CE telefónica dividem-se em:

- intervenções educacionais de acordo com as necessidades da pessoa/família, onde são fornecidas informações sobre a doença e o tratamento, adesão terapêutica, promoção da saúde no que concerne ao aconselhamento sobre estilos de vida saudáveis e aconselhamento sobre estratégias de adaptação da sexualidade à doença;
- intervenções direcionadas para a gestão das toxicidades (fadiga, alterações de sensibilidade no braço da punção, linfedema, obstipação, diarreia, dispneia, náuseas, vômitos e sintomas de sofrimento emocional), com aumento significativo da capacitação para o autocuidado, havendo ainda a possibilidade de encaminhamento para consulta médica não programada, serviço de urgência ou outros recursos/profissionais da instituição;
- intervenções direcionadas para o apoio psicológico e emocional através da gestão de espetativas e o ensino sobre estratégias de *coping*.

É importante que a CE telefónica seja realizada de forma estruturada e dotada de *guidelines* baseadas em evidência científica e num modelo de cuidados centrado na pessoa/família para a gestão dos EA's dos tratamentos de QT, garantindo uma avaliação segura e consistente por parte de todos os enfermeiros. Tal prática contribui para uma melhor gestão de sintomas no domicílio, traduzindo-se num menor número de internamentos e encaminhamentos para o serviço de urgência, refletindo-se na melhoria da qualidade de vida da pessoa/família e redução de custos em saúde. A CE telefónica deverá ser sempre registada no processo individual da pessoa para que se assegure a continuidade dos cuidados, possibilitando avaliar as intervenções realizadas promotoras do autocuidado, sendo este último um resultado sensível aos cuidados de enfermagem.

Conclusões

A CE telefónica contribui para a redução de custos em saúde sendo bem aceite e considerada apropriada, proporcionando uma satisfação generalizada da pessoa com doença oncológica e da sua família.

As intervenções realizadas e registadas através da CE telefónica estruturada e dotada de *guidelines* permitem o empoderamento da pessoa/família e a avaliação precoce da sintomatologia, traduzindo-se numa melhoria efetiva dos sintomas e da diminuição dos gastos em saúde inerentes à diminuição do número de episódios de urgência e dos dias de internamento, refletindo-se na melhoria da qualidade de vida e do bem-estar da pessoa/família.

P024

IMPACTO DA LAPAROSCOPIA DE ESTADIAMENTO NO TRATAMENTO DA NEOPLASIA GÁSTRICA

Raquel Prata Saraiva(1); João Duarte Reis, Miguel Duarte Ângelo, Teresa Carçoço, Rita Tomás, João Correia, Isabel Cristina Ferrão(1)

(1) INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA COIMBRA

Introdução

O cancro gástrico é a 5ª neoplasia mais comum mundialmente. Em 50% dos casos, apresenta-se ao diagnóstico com metástases à distância, o que representa um mau prognóstico para o doente. A disseminação mais frequente é para o peritoneu. Em doentes com metastização peritoneal, a citorredução cirúrgica e quimioterapia intra-operatória são opções de tratamento apenas em doentes selecionados. Os exames de imagem indicados no estadiamento do cancro gástrico têm baixa acuidade para detetar metástases peritoneais. Assim, a laparoscopia de estadiamento é recomendada no estadiamento da neoplasia gástrica para avaliar a extensão locorregional do tumor e para excluir doença peritoneal. Está indicada em estádios cT1b ou superior e altera o tratamento proposto em 25% dos casos.

Objetivos

Revisão do período de implementação da laparoscopia de estadiamento e avaliação da sobrevida dos doentes, correlacionado com características do tumor.

Materiais e métodos

Análise retrospectiva de doentes submetidos a laparoscopia de estadiamento desde outubro de 2019 até janeiro de 2022, através da consulta do processo clínico e colheita dados relativos à demografia, características do tumor, estadiamento, tratamento e seguimento oncológico. A análise estatística foi realizada usando R (v. 4.3.0) no Rstudio (v. 2023.03.1-446) e JMP (v. 16.0) com significado estatístico se $\alpha = 0.05$.



Resultados

No período selecionado, 63 doentes foram submetidos a laparoscopia de estadiamento. A maioria dos doentes era do género feminino (n=33) com média de idade de 65 anos. Os estádios clínicos iniciais do tumor foram cT3 (n=40), cT2 (n=17) e cT4 (n=5). Houve um caso com estadio cT1b. Relativamente ao estadiamento ganglionar, 19 doentes foram classificados como cN0, 34 doentes como cN1 e 10 doentes como cN2. Em 9 dos 63 doentes (14.2%) foi identificada e confirmada histologicamente carcinomatose peritoneal; em 2 doentes sem carcinomatose peritoneal foram detetadas células malignas na citologia do lavado peritoneal. Após reunião de grupo multidisciplinar, 53 doentes iniciaram quimioterapia neoadjuvante, com FLOT em 96.2% dos casos e 8 doentes iniciaram quimioterapia paliativa. Por manterem sintomas, 2 doentes foram propostos para tratamento cirúrgico *ad initio*.

Na avaliação de progressão da doença no período do tratamento neoadjuvante, em doentes sem carcinomatose, 91% (n=43) manteve doença estável ou regrediu, enquanto 4 doentes tiveram progressão de doença, constatando-se diferença estatisticamente significativa entre grupos ($p=0.01$). Em 3 dos 4 doentes a progressão foi local e 1 caso apresentou progressão com metastização pulmonar.

Após neoadjuvância, 52 doentes foram submetidos a tratamento cirúrgico: 23 gastrectomias subtotais, 26 gastrectomias totais e 1 esofagectomia. Intraoperatoriamente foram identificados 2 tumores irressuscáveis. 29% (n=15) das cirurgias foram realizadas por laparoscopia.

Quanto ao estadiamento patológico, 52% (26/50) doentes mantiveram estadio inicial e 22% (11/50) doentes agravaram, especificamente 66% no tamanho do tumor e em 76% no atingimento ganglionar. Em 24% (12/50) doentes houve resposta após tratamento neoadjuvante, com resposta patológica do tumor em 34% (n=17) e nas metástases ganglionares em 24% (n=12). Um doente em 50 teve resposta patológica completa. Existe diferença estatisticamente significativa entre grupos de doentes com e sem resposta patológica.

Existe diferença estatisticamente significativa da sobrevida dos doentes submetidos quimioterapia paliativa e dos doentes submetidos a quimioterapia neoadjuvante e adjuvante com ressecção cirúrgica, com uma diferença de 14.4 meses entre os grupos (sobrevida QT paliativos 11.7 meses vs sobrevida QT NA/A 26.1 meses). A sobrevida tem correlação estatisticamente significativa com a presença de carcinomatose e citologia positiva. No entanto, esta diferença não foi encontrada para o estadio da neoplasia nem para o atingimento dos gânglios linfáticos.

Não houve casos de recidiva local. Cerca de 41% (21/51) dos doentes teve progressão da doença com recidiva à distância, sendo os órgãos mais afetados o peritoneu 35% (n=10), atingimento ganglionar 28% (n=8), pulmão 21% (n=6) e o fígado 10% (n=3).

Conclusões

A neoplasia gástrica é agressiva, com alto ratio mortalidade/incidência e sobrevida estatisticamente inferior para doentes metastizados, particularmente com carcinomatose peritoneal. A realização sistemática da laparoscopia de estadiamento permite identificar estes doentes mais precocemente que, em casos selecionados, podem ser propostos para cirurgia de citorredução. Na nossa amostra, 9 doentes apresentavam carcinomatose peritoneal identificada apenas com recurso à laparoscopia de estadiamento, com conseqüente alteração imediata do seu estadiamento clínico. Assim, é evidente a importância da realização sistemática de laparoscopia de estadiamento a doentes com neoplasia gástrica.

P025

RESPOSTA COMPLETA À QUIMIOTERAPIA NO CANCRO DA VESÍCULA BILIAR METASTÁTICO - UM CASO CLÍNICO

Rita Aranha(1); Viktor Malyarchuk(1); Bárbara Machado(1); Rafael Marques(1); Filipe Veiga(1); Sofia Amorim Oliveira(1); Catarina Rodrigues(1); Manuela Machado(1)

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

Introdução

O cancro das vias biliares é raro e de mau prognóstico com taxas de sobrevivência aos 5 anos entre 5 a 15%¹, fazendo parte deste grupo o cancro da vesícula biliar. A única opção curativa é a ressecção cirúrgica total, com benefício para a sobrevivência global (SG) se possibilidade de tratamento sistémico adjuvante.

Mesmo assim, dada a sua agressividade, o cancro da vesícula biliar tem uma elevada taxa de recorrência. Na doença metastática, a SG é de aproximadamente 12 meses nos doentes propostos para tratamento sistémico paliativo de primeira linha², sendo a resposta completa um evento raro.

Apresenta-se um caso de carcinoma da vesícula biliar metastático com resposta clínica completa ao tratamento sistémico de primeira linha.

Caso clínico

Doente do sexo masculino de 67 anos de idade, com antecedentes de hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2 não insulino-dependente, foi encaminhado à consulta de cirurgia geral por sensação de saciedade precoce, dor no hipocôndrio direito e perda ponderal de 3 kg nos últimos 3 meses (4.29% do peso total). Ecografia abdominal revelava vesícula biliar com espessamento ligeiro da parede anterior, com irregularidade excêntrica a nível da transição do corpo para o fundo com uma espessura que atinge cerca de 12 mm. Fez ainda ressonância magnética (RM) abdominal, que mostrava vesícula biliar em barrete frígido, não se excluindo fenómenos de adenomiomatose, sem lesões expansivas.



Foi assim submetido a colecistectomia laparoscópica com exame anatomo-patológico a evidenciar adenocarcinoma moderadamente diferenciado da parede da vesícula sem contacto com a face hepática - pT2a G2 Nx ILV0 IPNO R0.

Após um mês foi submetido a linfadenectomia do ligamento hepatoduodenal e ressecção segmentar do leito hepático envolvendo os segmentos IVb e V, com histologia de adenocarcinoma pouco diferenciado em estroma desmoplásico não intersectado pelos planos cirúrgicos (2 cm do plano mais próximo).

Realizou tratamento adjuvante com 9 ciclos de mFOL-FOX6, alterado para DeGramont por neuropatia sensitiva periférica, tendo completado 12 ciclos no total.

Dois meses após término de tratamento adjuvante, tomografia computadorizada (TC) de reavaliação demonstra recidiva tumoral com lesão hepática de novo nodular hipodensa, mal definida, com cerca de 12 mm de diâmetro no segmento IV, com suspeita de recidiva/persistência de doença na loca da vesícula biliar. Realizou RM abdominal que confirmou recidiva local, com lesão quística (medindo 39x38x90 mm), invasão do parênquima hepático ao nível do segmento V e IVb, e ainda três lesões sólidas intraparenquimatosas adjacentes à lesão quística no segmento V/VIII (a maior com 23x18 mm). Concomitantemente referia-se lesão sólida no terço médio da via biliar principal com cerca de 21 mm de extensão longitudinal, com extensão extra-parietal. Apresentava ainda subida de marcadores tumorais com CA 19.9 de 315.5 U/mL (valor de referência <37.0 U/mL).

À data de início de tratamento sistêmico paliativo proposto, foi admitido no serviço de cirurgia geral por icterícia obstrutiva com necessidade de colocação de prótese biliar metálica. Após resolução de icterícia, iniciou quimioterapia paliativa com cisplatina (25mg/m² em D1 e D8) e gencitabina (1000mg/m² em D1 e D8).

Em TC de avaliação de resposta após 4º ciclo de cisplatina com gencitabina observou-se resposta parcial.

Após 8º ciclo de quimioterapia, em TC de reavaliação apresentava-se sem evidência de doença com desaparecimento de lesões previamente descritas, tendo sido suspenso tratamento sistêmico paliativo.

Desde então mantém-se clinicamente estável, com marcadores tumorais negativos (CA 19.9 de 26.9 U/mL), com último TC de reavaliação (10 meses após término de quimioterapia) sem evidência de doença.

Discussão/Conclusões

Neste caso clínico apresenta-se um doente com cancro da vesícula metastizado com resposta completa à quimioterapia, desafiando a noção de mau prognóstico desta doença, com uma sobrevivência de 18 meses desde o início de tratamento paliativo.

Uma das dúvidas que se levanta neste caso é a necessidade de prova anatomopatológica de confirmação de metastização mesmo se suspeita elevada de recidiva de doença.

Outra questão levantada é a do benefício de terapia de manutenção, nomeadamente com imunoterapia ou quimioterapia com monoterapia, em doentes com resposta à terapêutica sistêmica paliativa com o intuito de melhoria tanto das taxas de sobrevivência global como de progressão da doença.

Em conclusão, este caso representa a complexidade envolvida tanto na gestão clínica como no tratamento do cancro da vesícula biliar, enfatizando a importância do tratamento individualizado e da investigação contínua de novas abordagens terapêuticas, mas oferecendo otimismo na evolução clínica deste tipo de tumores.

Bibliografia:

[1] Fairweather M, Balachandran VP, D'Angelica MI. Surgical management of biliary tract cancers. *Chin Clin Oncol*. 2016 Oct;5(5):63. doi: 10.21037/cco.2016.10.03.

[2] Valle J, Wasan H, Palmer DH, et al; ABC-02 Trial Investigators. Cisplatin plus gemcitabine versus gemcitabine for biliary tract cancer. *N Engl J Med*. 2010 Apr 8;362(14):1273-81. doi: 10.1056/NEJMoa0908721.

P026

POLISSEROSITE PARANEOPLÁSICA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

Rita Aranha(1); Rafael Marques(1); Filipe Veiga(1);
Viktor Malyarchuk(1); Bárbara Machado(1);
Catarina Rodrigues(1); Sofia Amorim Oliveira(1);
Manuela Machado(1)

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

Introdução

A polisserosite é uma entidade desafiadora tanto pela complexidade da marcha diagnóstica como pelo difícil controlo de sintomas, atribuindo-se etiologia oncológica a cerca de 26% dos casos de polisserosite¹.

Apresenta-se um caso clínico com polisserosite secundária a metastização de adenocarcinoma gástrico de células em anel de sinete. Este é um adenocarcinoma produtor de mucina, pouco diferenciado, que tem, tipicamente, origem gastrointestinal, sendo rara a sua origem extraintestinal.

Caso clínico

Doente do sexo feminino de 49 anos de idade, com antecedentes de síndrome de Brugada, portadora de cardiodesfibrilhador implantável, sem outros antecedentes de relevo, é admitida no serviço de medicina interna por quadro de dispneia para mínimos esforços com cerca de 15 dias de evolução, associada a dor torácica pleurítica anterior.

Dos exames complementares de diagnóstico salienta-se a tomografia computadorizada (TC) torácica, que revelou polisserosite com derrames pericárdico e pleural esquerdo de moderado volume. Para estudo etiológico realizou TC abdomino-pélvico que mostrou massa sólida com cerca de 7 cm com aparente origem no ovário direito, bem como nódulo na parede anterior do corpo do útero com 25 mm com captação periférica de contraste e extensa metastização óssea. Realizou toracocentese diagnóstica com citologia po-



sitiva para células neoplásicas malignas, com características de adenocarcinoma em anel de sinete com imuno-histoquímica a favorecer metástase de origem digestiva (provavelmente alta). Realizou ainda biópsias de massa ovárica e do osso ilíaco com exames anatomopatológicos a mostrar metástase de células em anel de sinete, com perfil imuno-histoquímico a favorecer origem digestiva.

Endoscopia digestiva alta (EDA) sem identificação macroscópica de primário, com biópsias gástricas seriadas sem evidência de malignidade, e colonoscopia normal. Por não se identificar primário em estudos endoscópicos, foi solicitada revisão de lâminas que confirmou achados. Do ponto de vista do derrame pericárdio, foi excluída etiologia autoimune, com melhoria após anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) e colchicina.

Assumiu-se assim adenocarcinoma de células em anel de sinete de provável origem gástrica.

No entanto, apenas 2 semanas após alta hospitalar, teve recrudescência de sintomas de dispneia com ecocardiograma a mostrar aumento do derrame pericárdico, agora com diâmetro máximo de 17 mm (media previamente 13 mm). Houve também agravamento do derrame pleural esquerdo, agora de grande volume, com necessidade de colocação de dreno torácico com melhoria temporária da dispneia e ortopneia, sendo posteriormente submetida a pleurodese.

Quatro dias após procedimento, apresentava-se novamente com agravamento da dispneia, com ecocardiograma transtorácico a revelar derrame pericárdico de grande volume com compressão de câmaras cardíacas direitas, com necessidade então de pericardiocentese de emergência com saída de 860 mL de líquido serohemático.

No dia após este procedimento iniciou tratamento sistêmico paliativo de 1ª linha com capecitabina e oxaliplatina (realizou 1 ciclo até à data). Manteve ainda AINEs e colchicina, com melhoria clínica e sintomática progressiva desde então, com ecocardiograma após 2 semanas a revelar apenas derrame pericárdico ligeiro.

Discussão/Conclusões

A ocorrência de polisserosite no adenocarcinoma gástrico é pouco frequente, estando mais associada a certos subtipos (como o carcinoma de células em anel de sinete pelo seu comportamento mais agressivo) e a estadios mais avançados da doença.

Os carcinomas de células em anel de sinete são pouco frequentes e por isso, na sua maioria, mal conhecidos, sabendo-se que cerca de 57% são de origem gástrica, 20% de origem colorrectal, com outras localizações primárias raras (menos de 1% corresponde a origem ovárica, por exemplo), estando associados a um pior prognóstico independentemente da sua origem².

Em conclusão, salienta-se neste caso a importância da abordagem multidisciplinar, com um tratamento de suporte adequado, possibilitando um rápido início do tratamento dirigido.

Bibliografia:

[1] Stoichitoiu LE, Ionescu GD, Neatu I, Baicus C. Causes of Polyserositis: A Systematic Review. *J Pers Med*. 2023 May 15;13(5):834. doi: 10.3390/jpm13050834.

[2] Benesch MGK, Mathieson A. Epidemiology of Signet Ring Cell Adenocarcinomas. *Cancers (Basel)*. 2020 Jun 11;12(6):1544. doi: 10.3390/cancers12061544.



P027

STATUS INFLAMATÓRIO COMO PREDITOR DE RESSECABILIDADE NO CANCRO DO PÂNCREAS BORDERLINE

Marina Gonçalves(1); Carina M. Teixeira(1);
Catarina Lopes de Almeida(1);
Marta Baptista Freitas(1); Marisa Couto(1);
Tânia Lemos(1); Andreia Coelho(1); Inês Rego(1);
Cristina Sarmento(1); Miguel Barbosa(1);
Sara Meireles(1)

(1) CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO, PORTO

Introdução

O cancro do pâncreas (CP) é um tumor agressivo, com mau prognóstico e altas taxas de mortalidade. A ressecção cirúrgica é a única opção com intuito curativo. Cerca de 15% apresentam-se com critérios de ressecção *borderline*, onde a quimioterapia neoadjuvante torna-se a primeira abordagem. O ratio neutrófilo/linfócito (RNL), plaqueta/linfócito (RPL) e linfócito/monócito são representativos de resposta inflamatória sistémica.

Este estudo visa avaliar o impacto dos referidos ratios na ressecabilidade do CP *borderline*.

Material e métodos

Estudo retrospectivo que incluiu doentes com cancro do pâncreas *borderline* que foram propostos para quimioterapia neoadjuvante no período de Janeiro de 2014 a Dezembro de 2022.

O RPL e RNL foram calculados tendo em conta o hemograma prévio ao início da neoadjuvância, foram avaliados e correlacionados com a sobrevivência e ressecabilidade da neoplasia. Os pontos de corte adotados foram: RPL baixa ≤ 150 e alta >150 ; RNL baixa <3 e alta ≥ 3 .

Resultados

Foram incluídos 55 doentes, 52.7% (n=29) do sexo masculino, com mediana de idade de 63 anos [35-80] e 89.1% (n=49) com ECOG performance status de 0-1. Cerca de 81.8% (n=45) estavam localizados na cabeça do pâncreas. Só 9.1% (n=5) foram diagnosticados em exames de rotina, os restantes estavam sintomáticos com 65.5% (n=36) icterícia e 63.6% (n=35) apresentavam síndrome constitucional.



Em 54.5% (n=30) foi realizada neoadjuvância com FOLFIRINOX e 40% (n=22) com gemcitabina. Destes 36.4% (n=20) foram operados mas 10 doentes realizaram ressecção do tumor, os restantes apresentavam critérios de irresecabilidade. A mediana de follow-up foi de 11 meses [2-74].

Cerca de 58.2% (n=32) apresentavam RNL baixo e 56.4% (n=31) com RPL baixo.

O RPL baixo e RNL baixo demonstraram ter impacto estatisticamente significativo na ressecabilidade do tumor (p=0.034 e p=0.007, respectivamente).

Também o RNL e RPL demonstraram impacto estatisticamente significativo na sobrevivência global (mediana RNL baixo 16 meses, IC95% 6.4-25.6 versus alto 11 meses, IC95% 9.5-12.6, p=0.029 ; mediana RPL baixo 17 meses, IC95% 8.9-25.1 versus RPL alto 10 meses, IC95% 6.8-13.2, p=0.030). Na análise multivariada, estes marcadores de resposta inflamatória também foram identificados como um factor independente com impacto na SG (RNL: HR 0.49, IC95% 0.2-0.9, p=0.042; RPL: HR 0.49, IC95% 0.3-0.9, p=0.040). Não se identificaram outros factores prognósticos para a SG.

Conclusões

Na nossa análise constatou-se que o RPL e RNL demonstraram impacto na ressecabilidade do CP *borderline*. Estes marcadores de resposta inflamatória são simples e acessíveis na nossa prática clínica, podendo-nos auxiliar a prever resposta a tratamentos. No futuro espera-se que se torne numa ferramenta chave na tomada de decisão de estratégias terapêuticas.

P032

CARCINOMA COLORRETAL METASTIZADO REFRATÁRIO: UM CASO DE SUCESSO COM TAS-102 E BEVACIZUMAB

Joana Martins Cabral(1); Alexandra Guedes(1); Sandra Silva(1); Ema Neto(1); Helena Guedes(1); Joana Marinho(1); Maria Castelo Branco(1)

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

Introdução

O cancro colorretal (CRC) é o terceiro cancro mais comum e a segunda causa mais frequente de morte por cancro a nível mundial. Apresenta maior incidência nos países desenvolvidos e afeta principalmente indivíduos mais velhos, a partir da 5ª década de vida, embora nas últimas décadas se tenha verificado um aumento da incidência em adultos jovens. Cerca de 20% dos doentes com CRC apresentam metástases ao diagnóstico e mais de 25% dos casos de doença inicialmente localizada irão desenvolver metástases à distância durante o curso da doença. A sobrevida global (SG) aos 5 anos em doentes com CRC metastizado é de aproximadamente 15%. A escolha do tratamento é frequentemente complexa atendendo à heterogeneidade dos doentes, nomeadamente no que se refere aos diferentes subtipos moleculares. Contudo, após décadas de ensaios clínicos atingiu-se uma melhoria significativa da SG com a adição de terapêuticas-alvo ao duplete ou tripleto que inclui a quimioterapia convencional com fluoropirimidinas em primeira e segunda linhas. Apesar disso, o tratamento das linhas subsequentes ainda representa um desafio. Recentemente, a combinação de TAS-102 com Bevacizumab tem-se apresentado como uma opção eficaz.

Objetivos

Este trabalho pretende ilustrar o sucesso do tratamento com TAS-102 e Bevacizumab num caso de CRC metastizado (mCRC) refratário e demonstrar como este se poderá tornar o novo *standard of care* nesta população de doentes.



Material e métodos

Os autores apresentam um caso recorrendo à consulta do processo clínico do doente desde outubro de 2018 a setembro de 2023.

Resultados

Apresentamos o caso de um homem de 50 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, internado em maio de 2018 por diverticulite. Realizada colonoscopia, que demonstrou a presença de volumosa neoplasia estenosante localizada a 32 cm da margem anal, cuja biópsia foi compatível com adenocarcinoma. A tomografia axial computadorizada (TAC) toraco-abdomino-pélvica (TAP) de estadiamento em agosto de 2018 revelou neoplasia localmente avançada do cólon sigmoide com 10x5 cm, com invasão da cúpula vesical e da parede abdominal anterior e adenopatias ilíacas, periaórticas e no mesosigmóide, sem evidência de metastização à distância. Submetido a sigmoidectomia radical com exérese em bloco da parede abdominal e cistectomia parcial em setembro de 2018. Histopatologia da peça operatória compatível com adenocarcinoma sem outra especificação (SOE) moderadamente diferenciado (pT4bN0), sem invasão linfovascular ou perineural, resseção R0 – estadio IIB. Citologia do lavado peritoneal negativa. Estudo genético a revelar RAS *wild-type* (WT), BRAF WT e instabilidade de microssatélites (MSI). Encaminhado para consulta de Genética Médica por suspeita de Síndrome de Lynch, não confirmada. Cumpriu 8 ciclos de quimioterapia adjuvante com XELOX entre novembro de 2018 e abril de 2019 (início protelado por deis-

cência da ferida operatória). Primeira progressão da doença (PD) em dezembro de 2019, com recidiva na anastomose identificada na colonoscopia. Submetido a totalização da colectomia e biópsia incisional de lesão hepática no segmento VI identificada intraoperatoriamente em janeiro de 2020 (rpT1N0M1a), sem invasão linfovascular ou perineural - estadió IVA. Iniciou quimioterapia adjuvante com FOLFIRI + Cetuximab (5 ciclos) em abril de 2020, descalada para Fluorouracil + Leucovorina (7 ciclos), com término em setembro de 2020. Melhor resposta avaliada como resposta parcial (PR). Em TAC TAP de julho de 2021 identificada nova PD, com recidiva na anastomose e 3 novas lesões hepáticas. Cumpriu 4+4 ciclos de quimioterapia de conversão com FOLFIRI + Cetuximab e foi submetido a ileostomia terminal + amputação retal + metastatosectomia em janeiro de 2022. Histopatologia revelou adenocarcinoma do reto (rpT2N0), resseção R0 e hamartoma hepático. Contudo, RM hepática de março de 2022 mostrou novas lesões hepáticas, a comprovar 3ª PD. Iniciou 2ª linha de quimioterapia paliativa com Pembrolizumab em maio de 2022, até nova PD a nível hepático identificada em TAC TAP em setembro de 2022. Iniciou 3ª linha de quimioterapia paliativa com FOLFOX em outubro de 2022, tendo cumprido 5 ciclos. Nova PD a nível hepático (novas lesões em TAC TAP e elevação dos marcadores tumorais) em janeiro de 2023. Discutido em reunião multidisciplinar, decidindo-se início de TAS-102 como 4ª linha de quimioterapia paliativa, em março de 2023, com adição de Bevacizumab no 2º ciclo. Última avaliação de resposta, 5 meses após início do tratamento, classificada como doença estável (SD). Em termos de toxicidade, apenas a salientar trombocitopenia grau 2.

Discussão e Conclusões

Apesar dos avanços das últimas décadas, os doentes com mCRC ainda apresentam baixa sobrevida global. A identificação de subtipos moleculares permitiu orientar os tratamentos *standard* e abriu portas ao desenvolvimento de novos fármacos. Após as primeiras duas linhas de quimioterapia paliativa convencional, muitos doentes mantêm bom *performance status*, o que torna imperiosa a necessidade de definir terceiras e quartas linhas de tratamento que permitam atingir bons resultados. Ensaios como o SOLSTICE, TASC01 ou SUNLIGHT elucidam que o caso acima descrito é um exemplo de como a associação de TAS-102 com Bevacizumab promete tornar-se futuramente *standard of care* em linhas avançadas de mCRC.

P033

ESTRATÉGIA “WATCH AND WAIT” – EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO COM 5 ANOS DE FOLLOW-UP

Margarida Silva Quinto Pereira(1);
Bernardo Silva Pereira(1);
Madalena Silveira Machado(1); Isadora Rosa(1);
Manuel Limbert(1); Ricardo Fonseca(1);
José Venâncio(1); Madalena Santos(1);
Ana Luís(1); Isália Miguel(1); Fátima Vaz(1)

(1) INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA LISBOA

Introdução

As abordagens de “*Watch and Wait*” são consideradas uma opção em doentes selecionados com adenocarcinoma (ADC) do reto baixo, em que o tratamento convencional está associado a alta taxa de morbilidade e sequelas a longo prazo. A recorrência local desenvolve-se em 30% dos casos, a maioria nos primeiros dois anos de follow-up e a cirurgia de resgate é possível na maioria das recorrências ($\geq 90\%$). A estratégia “*Wait and See*” é uma estratégia dentro do grupo “*Watch and Wait*” com foco na vigilância imagiológica apertada.

Existem cada vez mais estudos que apoiam que as sobrevidas global e livre de doença dos doentes submetidos a um protocolo “*Watch and Wait*” são idênticas às da abordagem tradicional, mas os estudos são limitados uma vez que há uma grande dificuldade na criação de grupos aleatorizados e pela discrepância na seleção dos doentes. Há vários aspetos da sua aplicação que permanecem não consensuais nomeadamente critérios de seleção, métodos e timing do follow-up, daí a necessidade de estudos com um follow-up adequado a caracterizar estes fatores.

Objetivos

Avaliar a progressão livre de doença, avaliando a recorrência local e à distância, e sobrevivência global dos doentes com ADC do reto baixo submetidos a tratamentos de quimiorradioterapia (QRT) que mantive-



ram vigilância de acordo com um protocolo de investigação clínica com a estratégia “*Wait-and-See*”, com um follow-up longo.

Material e métodos

Foram incluídos os doentes com diagnóstico de ADC do reto até 6cm da margem anal, sem metastização à distância, com estadios superiores a cT1N0. Os dados foram obtidos com recurso ao processo clínico eletrónico de doentes avaliados pela primeira vez em consulta multidisciplinar entre Novembro de 2014 e Outubro 2018. Foram excluídos os doentes com tumores síncronos. Aos doentes com resposta clínica completa após QRT foi proposta a inclusão no protocolo de “*Wait-and-See*” em vigor na instituição. Os doentes foram avaliados de acordo com idade, motivo de diagnóstico, distância do tumor à margem anal, estadios clínicos, realização de QT adjuvante, tempo até progressão, método de diagnóstico de recaída, data e tipo de cirurgia e estadios patológicos.

Na análise descritiva realizada, as variáveis categóricas são apresentadas como frequências e percentagens e as variáveis contínuas como médias e desvios padrões ou medianas e amplitudes interquartis se a distribuição não for normal. O teste de distribuição normal foi realizado com recurso ao teste de Shapiro-Wilk ou pela análise dos valores de assimetria e achatamento.

Resultados

Foram avaliados 93 doentes, dos quais 16 (17,2%) foram submetidos a QRT e aceitaram participar no protocolo de vigilância "Wait-and-See". 6 doentes (37,5%) eram do sexo masculino e 9 doentes (56,3%) apresentaram um tumor com estadio clínico III ao diagnóstico. 5 doentes (31,3%) realizaram quimioterapia adjuvante após QRT enquanto 4 (25%) realizaram tratamento de quimioterapia no contexto de recrescimento tumoral após cirurgia de resgate.

Após um follow-up médio de 64.5 meses, dos 16 doentes que atingiram resposta patológica completa e integraram o protocolo de vigilância "Wait-and-See", 8 (50%) mantiveram-se livre de doença e mantêm-se em vigilância. Duas doentes apresentaram recidiva local detetada em RM ao fim de 43 e 48 meses, mas recusaram cirurgia. Os restantes 6 tiveram recidiva local e foram submetidos a cirurgia, R0, ypN0. 3 das cirurgias foram resseções anteriores e a reconstrução do trânsito foi realizada em 2 doentes.

Um dos doentes operados apresentou recidiva à distância 14 meses após a cirurgia e faleceu 34 meses após QRT, de causa desconhecida. Foi o único doente com ypT3 e invasões desfavoráveis na peça operatória. Um doente apresentou recidiva local 36 meses depois da cirurgia e atualmente tem metastização hepática, encontrando-se sob quimioterapia paliativa. A sobrevida livre de progressão média foi de 45.5 meses e a sobrevivência global média foi de 66.5 meses.

Discussão

Este estudo apresenta a limitação de envolver um pequeno número de doentes, mas a vantagem de um follow-up longo que vem permitir maior segurança relativamente à deteção de recorrências tardias. Como descrito na literatura, a maioria das recorrências ocorreu nos primeiros dois anos de follow-up e vem destacar o papel da cirurgia de resgate nestes doentes. O estadio TNM após cirurgia de resgate acarreta fator de prognóstico na sobrevivência e recorrência, que foi compatível com os achados neste estudo. A estratégia de *Watch and Wait* permitiu evitar a morbilidade associada a uma colostomia terminal em 12 doentes (75%).

Conclusões

A criação de protocolos institucionais de investigação clínica é necessária para colmatar as falhas na evidência médica em relação a estas estratégias ainda não totalmente estabelecidas e em que um estudo randomizado e controlado parece inviável. Existe cada vez mais evidência a apoiar as estratégias "Watch and Wait", mas ainda há vários fatores a estudar como os critérios de seleção e os métodos de follow-up que devem ser esclarecidos com estudos prospetivos.

P035

LINITE PLÁSTICA EM ADENOCARCINOMA GÁSTRICO – CASO CLÍNICO E REVISÃO DE LITERATURA

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

(1) CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE

Introdução

A linite plástica é um padrão morfológico encontrado nos carcinomas gástricos de subtipo difuso, verificando-se em cerca de 3 a 19% dos adenocarcinomas gástricos. O diagnóstico é desafiante, ocorrendo sobretudo quando a doença já se encontra em estadios avançados. É difícil detetar em tomografias computadorizadas (TC) convencionais, pois não tende a formar tumefações. É também difícil de diagnosticar endoscopicamente, pois a mucosa superficial pode não estar macroscopicamente afetada. A melhor abordagem terapêutica não está totalmente definida, sendo, no entanto, consensual a utilização de uma terapêutica multimodal, que possa prolongar a sobrevida dos doentes com esta patologia, caracterizada por um prognóstico desfavorável.

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.

Material e métodos

Estudo de doente com seguimento em Consulta Externa de Oncologia Médica. Dados recolhidos do processo clínico eletrónico na plataforma *SClinico*®. Revisão da literatura dirigida à linite plástica associada ao adenocarcinoma gástrico.

Resultados

Caso clínico de uma mulher de 60 anos a quem tinha sido diagnosticado em 2017 um adenocarcinoma gástrico pouco diferenciado, com células em anel de sinete, em biópsia realizada por endoscopia digestiva alta,



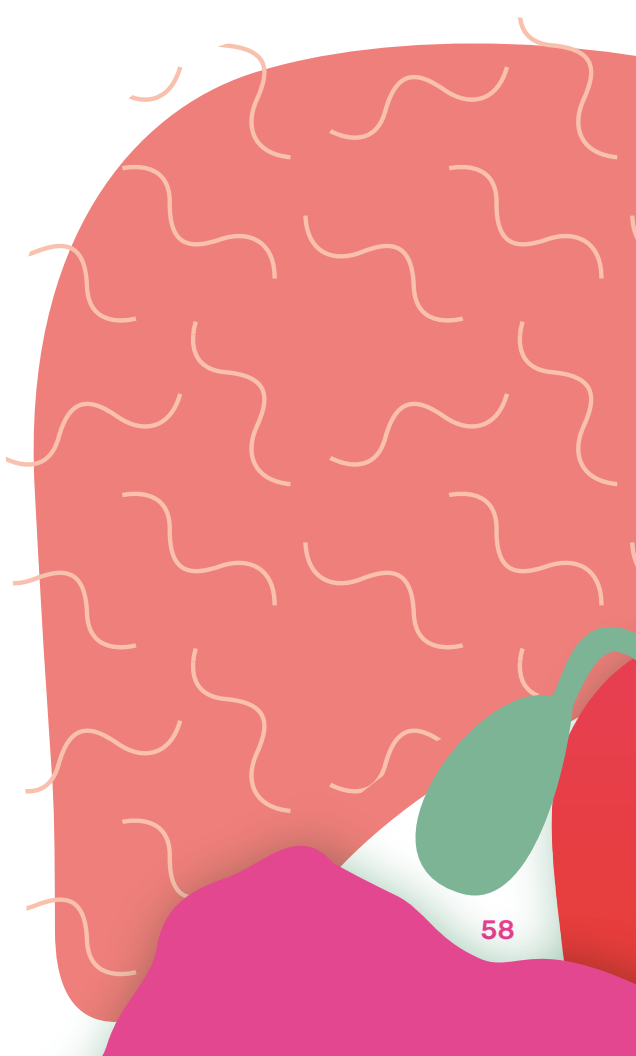
no contexto de perda ponderal de 10% e enfartamento precoce. Imagiologicamente não se identificava neoplasia primária, nem tão pouco metástases, tendo sido estadiada por TC como cT0 N0 M0. Os marcadores tumorais CEA e CA 19.9 eram normais. Após reunião multidisciplinar, foi proposta gastrectomia total com linfadenectomia D2. A peça operatória confirmou adenocarcinoma G3 do tipo difuso com linite plástica, que afetava a totalidade do estômago e invadia a subserosa. Foram excisados 49 gânglios, dos quais 12 eram positivos para carcinoma. O estadiamento patológico determinou pT3 N3 (estadio III) e foi considerada uma cirurgia R0. Após nova reunião multidisciplinar, foi decidida terapêutica adjuvante com quimiorradioterapia com 5-FU (protocolo de Macdonald). A doente cumpriu adjuvância com algumas toxicidades graves, nomeadamente neutropenia G4 e mucosite G3. Após finalizar protocolo, entrou em vigilância com consultas regulares e TC toraco-abdomino-pélvica semestral. Durante o 4º ano de vigilância pós-operatória, a doente apresenta quadro de anorexia, perda ponderal de 20% e edemas generalizados. Analiticamente, verificou-se anemia, hipoalbuminémia e marcadores tumorais normais. A TC toraco-abdomino-pélvica não mostrava sinais de recidiva local, mas era patente um derrame pleural bilateral a condicionar atelectasia importante do parênquima pulmonar. A endoscopia digestiva alta não apresentava características suspeitas a nível macroscópico, mas ainda assim, foram feitas biópsias na anastomose esófago-jejunal, cuja histologia revelou infiltração neoplásica. O estado clínico da doente deteriorou-se rapidamente, inviabilizando terapêuticas sistémicas, tendo sido priorizada terapêutica de suporte e cuidados paliativos.

Discussão

O caso clínico apresentado ilustra as dificuldades diagnósticas passíveis de serem encontradas nos adenocarcinomas gástricos com linite plástica. A TC era localmente negativa, a endoscopia digestiva alta não revelava doença macroscópica e os marcadores tumorais não acompanhavam a evolução da doença. A sintomatologia clínica e a endoscopia com biópsias múltiplas foram fundamentais no diagnóstico. A decisão de avançar para cirurgia numa primeira instância, foi condicionada pelo aparente estadio precoce da doença e por à data ainda não estar preconizada a neoadjuvância. Com este estadiamento pós-operatório, a adjuvância estaria obviamente indicada. Contudo, o protocolo de Macdonald está atualmente desatualizado, por se ter comprovado que a radioterapia adjuvante não acrescenta benefício em termos de sobrevida em doentes submetidos a gastrectomia total com linfadenectomia D2 e cirurgia R0, como era o caso desta doente. As recomendações atuais preconizam quimioterapia peri-operatória com esquema FLOT (4 ciclos em neoadjuvância e 4 ciclos em adjuvância), sendo este o *standard of care* em doentes que consigam tolerar o triplo (se T>1). Já na recidiva, teria sido proposta terapêutica sistémica, se a doente apresentasse condições para tal. Neste caso, foi considerada recidiva apenas local, ainda que não tenha sido efetuada PET ou análise do derrame pleural. Uma vez que se tratava de um derrame bilateral, acompanhado de edema generalizado, foi interpretado em contexto de hipoalbuminemia grave, condicionada por uma síndrome de má absorção, à custa da infiltração neoplásica a nível esófago-jejunal. Apesar do desfecho negativo, a doente em causa apresentou uma sobrevida de 38 meses, sendo superior à habitualmente descrita nestas situações (média de 14 meses).

Conclusões

A linite plástica é um fator independente de mau prognóstico no adenocarcinoma gástrico, com taxas de mortalidade mais elevadas. Ao provocar uma síndrome de má absorção nutricional, associada a anemia, perda ponderal, edema generalizado e derrame pleural, condiciona um agravamento do *performance status* dos doentes. A terapêutica multimodal, incluindo cirurgia e terapêutica sistémica, sobretudo em neoadjuvância, permite obter melhores resultados em termos de sobrevida.



P036

CARCINOMA EPIDERMOIDE DO CANAL ANAL ESTADIO II E III: CASUÍSTICA DE 10 ANOS DE UM HOSPITAL CENTRAL

Marisa Couto(1); Alice Alves(1);
Nuno Teixeira Tavares(1); Miguel Barbosa(1)

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

Introdução

O cancro do canal anal representa cerca de 2.5% dos cancros do trato gastrointestinal e a sua incidência tem aumentado à custa de um incremento nos fatores de risco. O subtipo histológico dominante é o carcinoma epidermoide associado maioritariamente à infeção pelo vírus do papiloma humano (HPV). Cerca de 80% dos doentes com estadio II ou III realiza terapêutica *standard-of-care* de radioterapia com dose >50Gy associada a mitomicina C e fluoropirimidinas, permitindo a preservação de órgão.

Objetivos

A presente casuística tem por objetivo a revisão da epidemiologia, fatores de risco, metodologia de diagnóstico, abordagem terapêutica, toxicidades, avaliação de resposta e recidiva dos doentes com carcinoma epidermoide do canal anal (SCCA) estadio II e III tratados num centro hospitalar universitário, no período de 10 anos.

Material e métodos

Estudo observacional, retrospectivo e unicêntrico que incluiu doentes com SCCA estadio II e III tratados com quimioterapia e radioterapia (QRT) com intuito curativo entre 2013 e 2023. *Kruskal-Wallis* e *Mann-Whitney* utilizados como testes não paramétricos na avaliação dos dados. Sobrevivência estimada pelo método de *Kaplan-Meier*. Significância estatística para $p < 0.05$.

Resultados

Dos 89 doentes diagnosticados com cancro do canal anal nos últimos 10 anos, foram incluídos nesta casuística 29 que cumpriam os critérios de inclusão.



Ao diagnóstico a mediana de idades era de 61 anos, 68.9% eram do sexo feminino e 65.5% dos doentes apresentavam ECOG PS 0.

Dos 29 doentes incluídos, 12 tinham lesões precursoras intraepiteliais, 58.3% das quais associadas a infeção HPV 16 e/ou 18. Não se verificou diferença estatisticamente significativa na resposta à QRT entre o grupo de doentes HPV positivos vs negativos.

A maioria dos doentes (72.4%) foram diagnosticados por sintomatologia que levou à realização de exames complementares, 17.2% foram diagnosticados por rastreio em consulta de Gastroenterologia-Proctologia por HIV positivo.

Em relação à terapêutica, 20 dos 29 doentes realizaram radioterapia com dose total de 59Gy ao tumor e 45Gy à região pélvica. Cerca de 90% dos doentes com toxicidade aguda, apenas dois casos com grau ≥ 3 (escala CTCAE) associada a radiodermite. O esquema de quimioterapia (QT) mais utilizado foi o de mitomicina C + 5-Fluorouracilo em 82.8% dos doentes. Todas as toxicidades secundárias à QT foram grau 1 ou 2.

A mediana de tempo até à primeira avaliação de resposta após QRT foi de 2 meses. Cerca de 48.3% dos doentes apresentava resposta clínica completa, 51.7% com persistência clínica de doença a motivar a realização de 14 biópsias (mais de metade dos casos com resultado negativo para células malignas).

Não se verificou influência estatisticamente significativa entre o esquema de QT utilizado ou a dose de radiação administrada e a taxa de resposta objetiva ou o risco de recidiva na casuística avaliada.



Discussão e Conclusões

O SCCA está associado em mais de 80% dos doentes à infecção por HPV – nesta casuística em apenas 24.1% dos casos, não se tendo verificado impacto estatisticamente significativo da positividade de HPV na resposta à QRT ou sobrevivência.

Sendo o SCCA potencialmente curável se detetado precocemente e já com os grupos de risco identificados, é de considerar a implementação de programas de rastreio no futuro. Ainda, o tratamento de lesões precursoras de alto grau bem como a vacinação nonavalente para o HPV poderá reduzir a incidência crescente a que se tem assistido.

De salientar a necessidade futura de uniformização na terapêutica do SCCA e na avaliação de resposta à mesma, sendo que uma apreciação clínica demasiado precoce poderá levar à determinação de falsos positivos de persistência de doença.

Apesar do reduzido número de doentes incluídos nesta casuística, é de salientar a sua importância na reflexão acerca da abordagem futura dos doentes com SCCA.

P037

RADIOQUIMIOTERAPIA DEFINITIVA NO CARCINOMA DO CANAL ANAL LOCALMENTE AVANÇADO: ANÁLISE RETROSPECTIVA DE 2016 A 2021

Irina Guimarães(1); Beatriz Pires(1); David Rothwell(1); Joana Costa Sousa(1); Ricardo Magalhães(1); Mónica Henriques(1); Paula Alves(1)

(1) INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA COIMBRA

Introdução

O cancro do canal anal representa apenas 4% dos cancros do trato digestivo inferior e cerca de 70% dos casos correspondem ao carcinoma espinhocelular, estando associados ao vírus do papiloma humano(HPV). A radioquimioterapia definitiva é o tratamento que proporciona melhor controlo loco-regional da doença, taxas de resposta clínica favorável mais elevadas e preservação funcional de órgão.

Objetivos

Avaliar os outcomes (sobrevida global, sobrevida específica da doença, resposta clínica, taxa de recidiva local, taxas de toxicidade tardia) de doentes submetidos a radioquimioterapia para o tratamento do carcinoma do canal anal entre 2016 e 2021.

Material e métodos

Seleção e revisão de série de casos de cancro de canal anal tratados durante o período de janeiro de 2016 a dezembro de 2021. Análise estatística descritiva e de sobrevida com SPSS 28.0 e Excel.

Resultados

Foram analisados 21 casos submetidos a tratamento definitivo com radioterapia em concomitância com mitomicina C/5-fluorouracil.

Aos 2, 3 e 5 anos, a sobrevida global é de 78.8%,71.6% e 59.6%, respetivamente. A sobrevida específica da



doença aos 2, 3 e 5 anos é 82.7%, 75.2% e 62.3%, respetivamente.

A idade média ao diagnóstico foi 63 anos, sendo superior no sexo feminino(65 anos) comparativamente ao masculino(59 anos). A proporção de mulheres para homens foi de 2.5:1.

Quanto aos fatores de risco, 10 (47.6%) apresentavam positividade para HPV-16, 6 (28.3%) tinham antecedentes tabágicos, 2 (9.5%) eram seropositivos (HIV+) e 1 (4.8%) tinha história de familiar de 1º grau com cancro colorectal.

Ao diagnóstico, os estadios mais comuns foram T2N0M0 com 28.6%, T1N0M0(14%), T3N1M0(14%) e T2N1M0(9.5%). Pela classificação AJCC 8thEd, o estadio IIIC (42.9%) foi o mais prevalente, seguido do estadio IIA (28.6%), estadio I (14.3%) e estadio IIIA (14.3%).

Histologicamente, o CEC não queratinizante foi detetado em 47.6% dos casos, seguido de CEC queratinizante em 23.8% e os restantes (28.6%) eram CEC sem outra informação sobre a diferenciação histopatológica.

Quanto à localização da lesão tumoral, 57% a nível perianal e 43% a nível anal.

Relativamente aos tratamentos, a representatividade foi a seguinte: 4.7%(1 doente) fez apenas RT intensiva (1 doente - 4.7%); 57% (12 doentes) realizaram apenas

radioquimioterapia(RTQT) ; 4.7% (1 doente) fez braquiterapia de alta taxa adjuvante com Ir-192(BT HDR); 33% (7 doentes) realizaram radioquimioterapia (RTQT) seguida de Braquiterapia de Alta Taxa(BT-HDR).

Quanto às técnicas de radioterapia utilizadas nos tratamentos: 38% 3D-CRT(Radioterapia 3D Conformacional); 52% IMRT(Radioterapia de Intensidade Modulada) helicoidal;14% VMAT(ArcoTerapia Volumétrica Modulada)

À avaliação imagiológica cerca de 8 semanas após tratamento, 71.4% apresentaram resposta completa. Foi detetada persistência de doença em 4 doentes (19%), sendo 75% estadio IIIC e 25% IIIA. Do total de 4 doentes, 1 foi submetido a amputação abdominoperineal(R0) cerca de 3 meses após a radioquimioterapia, 2 realizaram quimioterapia paliativa e 1 faleceu.

A taxa de recidiva local foi de 4%. O tempo médio, após tratamento, até recidiva foram cerca de 30 meses.

O tempo médio de follow-up foi 35,6 meses.

Nos doentes com status ganglionar N0 (42.9%), a sobrevida global aos 5 anos é 69.5% e decresce naqueles com N+ (57.1%)

Relativamente à toxicidade tardia, verificou-se proctopatia rádica de grau 1 em 85.7% dos doentes, grau 2 apenas em 14.3%; estenose anal grau 1-2 registou-se em 9,5% dos doentes.

Discussão

Os resultados obtidos nesta revisão de casuística são limitados pelo reduzido número de casos e também pelo desenho do estudo.

Foi possível constatar que os doentes seropositivos tiveram outcomes similares aos seronegativos, em termos de taxa de recidiva, resposta clínica e toxicidade tardia.

A forte positividade para HPV-16 pode estar associada a alterações de comportamentos sexuais com consequente aumento da probabilidade de exposição e infeção por HPV. O que implica que a vacinação contra os serotipos 16 e 18 do HPV, frequentemente associados ao carcinoma espinhocelular e adenocarcinoma do canal anal, mantém-se importante para ambos os sexos.

Relativamente ao prognóstico, o envolvimento ganglionar ao diagnóstico pode ser um fator com impacto negativo.

Conclusões

A radioquimioterapia definitiva para o tratamento do carcinoma anal tem taxas de toxicidades tardias aceitáveis com sobrevida global e livre de doença favoráveis.

P038

EXPRESSÃO CONCOMITANTE DE HER2 E PDL-1 NO CARCINOMA GÁSTRICO

Maria Madalena Cancellia A Silveira Machado(1);
Margarida Quinto Pereira(1);
Bernardo Alves Pereira(1); Catarina Relvas(1);
Madalena Pereira Dos Santos(1); Fátima Vaz(1)

(1) INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA LISBOA

Introdução

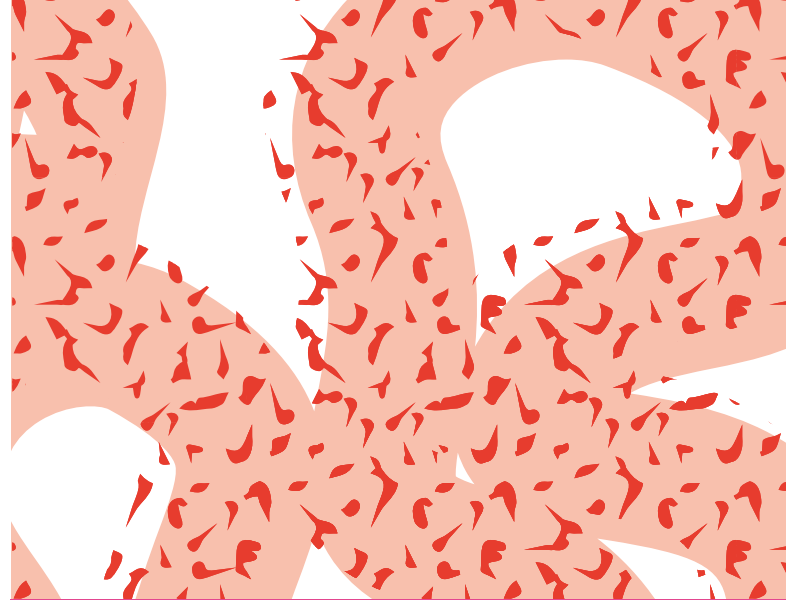
O Carcinoma gástrico é uma doença heterogénea, representa atualmente a 5ª neoplasia mais frequente no mundo e corresponde a um dos tumores com pior prognóstico. Dada a sua sintomatologia indolente, em aproximadamente 60% dos casos, o diagnóstico tardio não permite realização de tratamento com intuito curativo. Na doença avançada está indicada a pesquisa de sobre-expressão HER2, PD-L1 e mutações nas proteínas de reparação de ADN, uma vez que têm implicações no prognóstico e terapêutica.

A sobre-expressão de HER2 está presente em cerca de 20% dos casos de doença avançada, e nesses casos há benefício em adicionar trastuzumab à quimioterapia (QT) paliativa, em 1ª linha.

A sobre-expressão de PDL-1 com CPS \geq 1 tem uma prevalência de 50 a 60% nos adenocarcinomas gástricos. Foi aprovada a combinação de Nivolumab e QT (com platina e fluoropirimidina) em doentes com CPS \geq 5, HER2 negativo e doença avançada não previamente tratada, baseada no ensaio Checkmate 649.

O estudo Keynote-811, permitiu a aprovação de pembrolizumab em associação com QT nos adenocarcinomas gástricos HER2 positivos, cujos tumores tenham expressão PDL1 com CPS \geq 1.

O trastuzumab deruxtecan foi aprovado com base no DESTINY-Gastric01, que mostrou benefício na taxa de resposta objetiva, nos doentes com adenocarcinoma gástrico avançado, previamente tratados com um regime com trastuzumab.



Apresentamos um caso de um doente com carcinoma gástrico avançado e com dois potenciais alvos terapêuticos.

Caso Clínico

Doente do sexo masculino, caucasiano, de 66 anos, ECOG PS0. Por queixas de disfagia para sólidos, tosse persistente e perda ponderal (10%), realizou endoscopia digestiva alta e TC TAP, sendo diagnosticado Adenocarcinoma gástrico do cárdia G2, PDL-1 CPS \geq 5, HER2 3+, com estadiamento clínico IVB - metastização pulmonar e hepática múltipla.

Iniciou primeira linha paliativa com FOLFOX + Trastuzumab quinzenal, tendo apresentado como toxicidade Astenia G2 e Neuropatia G3. Completou 5 ciclos com progressão de doença clínica (agravamento da disfagia), bioquímica (subida progressiva de CEA 51ng/mL > 56 > 174 > 241 > 381) e imagiológica, confirmada por TC TAP. Dada a progressão sob QT e trastuzumab, iniciou Trastuzumab Deruxetecan 6,4mg/kg cada 3 semanas. Apesar das medidas realizadas, houve deterioração clínica e internamento com evolução para morte.

Discussão

Apesar das opções terapêuticas e das recentes aprovações, com impacto no controlo sintomático e taxas de resposta, o carcinoma gástrico avançado é um tumor de mau prognóstico e o tratamento paliativo deve incluir uma abordagem multidisciplinar individualizada.

P039

A EFICÁCIA E SEGURANÇA DA TERAPÊUTICA PERI-OPERATÓRIA COM O ESQUEMA FLOT NO CANCRO GÁSTRICO LOCALMENTE AVANÇADO – A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Natacha Mourão(1); Emanuel Cadavez(1); Pedro Mota Araújo(1); Miguel Falcão(1); Maria Beatriz Gonçalves(1); Paulo Castro(1); Hilda Marta(1); Patrícia Gago(1); António Teira(1); Rosa Gomes(1); Marta Sousa(1)

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

Introdução

O adenocarcinoma gástrico localmente avançado ressecável está entre as neoplasias com pior prognóstico, com uma sobrevida global aos 5 anos de apenas 30-40%. É nestes pacientes que a quimioterapia peri-operatória tem desempenhado um papel crucial, reduzindo o volume tumoral, aumentando o número de ressecções cirúrgicas completas, controlando a doença micrometastática e, em última instância aumentando a sobrevida. O ensaio de fase 3 FLOT4 estabeleceu o protocolo FLOT peri-operatório como o tratamento standard.

Objetivos

Este estudo pretende avaliar a experiência de um centro com a terapêutica peri-operatória com o esquema FLOT, considerando tanto a evolução clínica, como o perfil de toxicidades e a eficácia.

Materiais e métodos

Estudo observacional e retrospectivo que inclui os doentes diagnosticados com adenocarcinoma gástrico propostos para tratamento peri-operatório com FLOT, entre junho de 2018 e agosto de 2023. A análise estatística foi realizada através do IBM SPSS v27.



Resultados e Discussão

Foram selecionados 74 doentes, a maioria do sexo masculino (66.2%, n=49) com uma mediana de idades ao diagnóstico de 67.5 anos (intervalo 47-79) e um bom performance status (apenas 1 doente com ECOG-PS de 2).

Em relação ao estadiamento clínico, 28.4% eram cT2N0, 9.5% cT2N+, 20.3% cT3-4N0 e 41.8% cT3-4N+.

Quanto à localização do tumor, o local mais frequente foi o antro (56.8%), seguido do corpo (32.4%) e do cárdia (10.8%). Histologicamente, 52.7% eram do subtipo intestinal (n=39), 21.6% do subtipo difuso (n=16) e 10.8% mistos (n=8), a referir que 24 apresentavam células em anel de sinete. O grau tumoral foi G2-3 em 60.8% (n=45), e G1 em 9.5% (n=7).

A mediana de ciclos de FLOT pré-operatório foi de 4 (2-8), sendo que apenas 1 doente teve necessidade de suspensão por toxicidade. A mediana de ciclos adjuvantes foi de 4 ciclos (0-8), sendo que 6 tiveram de suspender tratamento.

O tratamento cirúrgico foi gastrectomia subtotal em 50%, gastrectomia total 36.5% e 13.5% não foram submetidos a gastrectomia por não cumprirem critérios de ressecabilidade à data da cirurgia. 3 tiveram mar-

gem de ressecção R1 e outros 3 acabaram por morreram no contexto de complicações cirúrgicas no pós-operatório.

Foi observada resposta patológica completa ou quase completa em 22.97% (n=17), porém a maioria revelou resposta fraca ou ausência de regressão tumoral 28.38% (n=21), a referir que em 28 doentes este parâmetro não foi avaliado.

As principais toxicidades foram náuseas e vômitos (G1 e 2: 40.5%; G3: 6.5%), diarreia (G1 e 2: 31.1%; G3: 6.5%), neuropatia periférica ((G1 e 2: 27 %; G3: 2.7%) e, por fim, a mucosite (G1 e 2: 13.5%; G3: 5.4%). Apenas 3 doentes apresentaram neutropenia G3, provavelmente porque todos os doentes fizeram profilaxia com fatores de crescimento durante 5 dias a cada ciclo.

Cerca de 37.8% dos doentes tiveram recidiva da doença, tendo sido a carcinomatose peritoneal o local de recidiva mais frequente (42.86%).

Com uma mediana de follow-up de 20.5 meses. A mediana da sobrevida global (SG) foi de 58 meses (IC95% 37.8-78.19) e da sobrevida livre de doença (SLD) foi de 36 meses (IC95% 27.87-38.34).

Conclusões

Apesar das toxicidades associadas, verificou-se que a percentagem de doentes com cumprimento do esquema terapêutico na íntegra foi elevada. Adicionalmente, a SLD e a SG foram semelhantes às reportadas na literatura, nomeadamente no estudo FLOT4.

Por estes motivos, demonstrou-se que a aplicação do regime FLOT em adenocarcinomas gástricos localmente avançados ressecáveis é, não só exequível na prática clínica, como a sua utilização tem também benefício em doentes não selecionados, da vida real.

PO40

CANCRO GÁSTRICO AVANÇADO E TERAPÊUTICA DE TERCEIRA LINHA COM TRIFLURIDINA/TIPIRACILO

Inês Dunões(1); Maria Menezes(1); Maria Baió(1); Francisco Trinca(1)

(1) HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA

Introdução

O cancro gástrico é a quinta neoplasia mais comum no mundo e nos casos de doença avançada a sobrevida global é inferior a um ano. O TAS-102 (Trifluridina/tipiracilo) está atualmente indicado nos casos de adenocarcinoma gástrico metastático em doentes previamente tratados com pelo menos duas linhas terapêuticas incluindo uma fluoropirimidina, um platino e um tratamento à base de taxanos ou irinotecano. O estudo de fase III, TAGS, deu aprovação a esta indicação do TAS-102 ao demonstrar uma SLP (sobrevida livre de progressão) de 2 meses vs 1.8 meses no grupo de placebo. Os efeitos adversos mais comuns desde fármaco são a neutropenia e a anemia o que requer redução de dose ou descontinuação.

Caso clínico

Homem de 67 anos, sem antecedentes pessoais ou familiares de revelo. Diagnosticado em fevereiro de 2021 com adenocarcinoma do antro com estenose não franqueável do piloro, misto, de tipo intestinal e com células em anel de sinette, localmente avançado (3 adenopatias: perigástrica, hilo hepático e retroportal). Realizou a 4/3/21 laparoscopia de estadiamento que foi negativa para malignidade e foi proposto para gastrectomia via laparoscópica que realizou a 16/3/21 na qual foi identificada lesão volumosa do antro com múltiplas adenopatias justapilóricas e ao longo da pequena curvatura colocando dúvida acerca da possibilidade de realizar ressecção R0 e linfadenectomia D2. Por esse motivo foi proposto para 4 ciclos de quimioterapia neoadjuvante com FLOT que terminou a 26/5/21. A 9/7/21 foi submetido a gastrectomia subtotal com anastomose em Y de Roux via aberta cuja



resultado histológico mostrou um adenocarcinoma de tipo mucinoso, moderadamente diferenciado no estágio pT3 N2 Mx R0. Realizou 4 ciclos de FLOT adjuvante daté 14/10/21 e realizou em outubro de 2021 TC TAP de avaliação de resposta que evidenciou progressão ganglionar peri-hepática. Nesse contexto foi feita avaliação de HER2 e PD-L1 ambos negativos e confirmou-se estabilidade microssatélite. Iniciou a 28/10/22 primeira linha paliativa de quimioterapia (QT) com 5-FU e cisplatina que concluiu a 26/1/22, num total de 12 ciclos. Realizou TC TAP de avaliação de resposta em fevereiro que demonstrou ligeiro aumento das múltiplas adenopatias na região do hilo hepático, sem outras lesões de novo. Por esse motivo iniciou a 13/4/22 segunda linha de QT com FOLFIRI que manteve até 27/9/22 completando um total de 12 ciclos. Realizou restadiamento por TC TAP em outubro que demonstrou aparecimento de múltiplas adenopatias de novo no ligamento gastro-hepático e aumento das dimensões das adenopatias já conhecidas. O doente foi proposto para terceira linha de QT com TAS-102 que iniciou a 6/12/22 e manteve até 10/7/23. Durante esse período apresentou razoável tolerância havendo necessidade de 6 adiamentos por neutropenia (só 1 febril) e uma redução de dose a 30/05. Suspendeu tratamento após aumento progressivo de marcadores tumorais e TC TAP de avaliação a evidenciar aumento das múltiplas adenopatias já existentes. Foi proposto em agosto para terapêutica com ramucirumab e paclitaxel e foi feito novo pedido de pesquisa de PD-L1 por CPS. Atualmente o doente apresenta um ECOG PS 1 mantendo razoável qualidade de vida sem toxicidade major associada.

Conclusões

Nos últimos anos têm sido introduzidas novas estratégias terapêuticas para o cancro gástrico avançado como é o caso do TAS-102 e da imunoterapia em casos selecionados. Os tratamentos não estão isentos de toxicidade, sendo necessária uma monitorização apertada, mas têm permitido uma melhoria gradual nas taxas de sobrevivência destes doentes. O presente caso ilustra um doente com diagnóstico de adenocarcinoma gástrico metastático com longo período de evolução com várias linhas terapêuticas e uma SLP de aproximadamente 6 meses sob terceira linha com TAS-102 mantendo um ECOG PS 1 e razoável qualidade de vida.



P045

RM PÉLVICA NO ESTADIAMENTO LOCORREGIONAL DO CANCRO DO RECTO: ESTUDO DE ACUIDADE

Filipe Almeida(1); Rita Ferrão(1); Joana Frazão(1);
Ricardo Rocha(1); Ana Costa(1); David Pires(1);
Paulo Alves(1); Paulo Mira(1)

(1) HOSPITAL DR. FERNANDO DA FONSECA - AMADORA/SINTRA

Introdução

A Ressonância Magnética (RM) pélvica é o exame gold standard no estadiamento locorregional do cancro do recto, desempenhando um importante papel na definição do plano terapêutico. Os estudos realizados em centros terciários demonstraram elevada acuidade da RM pélvica no estadiamento locorregional do cancro do recto, no entanto existem poucos estudos realizados em centros de menores dimensões, sendo por isso importante a realização de estudos adicionais para determinar a acuidade real.

Objetivos

Avaliar a acuidade da RM pélvica no estadiamento locorregional do cancro do recto no nosso centro, quando comparado com o estadiamento anatomopatológico.

Material e métodos

Estudo de cohort retrospectivo, envolvendo doentes com diagnóstico de adenocarcinoma do recto submetidos a cirurgia directa no nosso hospital. Foi calculado a sensibilidade, especificidade, acuidade, curvas ROC, área debaixo da curva e análise k de Cohen.

Resultados

Foram incluídos 58 doentes, tendo-se verificado quanto ao estadiamento T uma sensibilidade de 41,54%, uma especificidade de 85,45% e uma acuidade de 39,71%. Quanto ao estadiamento ganglionar, registou-se uma sensibilidade, especificidade e acuidade de 70,59%.



Discussão

A RM pélvica apresenta uma tendência para sobrestimar o estágio dos tumores do recto, principalmente estadiamento T. Apesar de apresentar sensibilidade e especificidade insatisfatórias, especialmente nos estágios iniciais, é o exame mais fiável para a realização do estadiamento locorregional.

Conclusões

A RM pélvica é o exame de escolha para o estadiamento locorregional do cancro do recto, no entanto, deve ser tida em conta as suas limitações aquando da definição do plano terapêutico.

P046

NÓDULO PANCREÁTICO: APRESENTAÇÃO INCOMUM DE UMA MALIGNIDADE HEMATOLÓGICA

Luis Filipe Correia Gomes(1); Sandra Faias(1);
Joana Lemos Garcia(1); Daniela Pereira(1);
Margarida Rajão Saraiva(1); Daniel Conceição(1);
Pedro Currais(1); Isabel Claro(1)

(1) INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA LISBOA

Mulher, 66 anos, com história de Leucemia Mieloide Aguda submetida a alotransplante de medula óssea (AloMO) em junho de 2019 sob vigilância clínica e laboratorial e em remissão desde então.

Em Julho/2021, por dor abdominal e subida isolada da proteína C reativa, realizou tomografia computadorizada (TC), detetando-se formação nodular de conteúdo líquido no corpo do pâncreas e densificação da gordura adjacente. Colocou-se hipótese de coleção inflamatória pós pancreatite. Laboratorialmente, sem colestase ou elevação de IgG4 e ligeiro aumento do CA19.9. Reavaliação imagiológica após 4 semanas por ressonância magnética (RM) revelou duas imagens nodulares sólidas na cabeça e contorno inferior do pâncreas com 31 e 41mm suspeitas de atipia. Realizada ecoendoscopia (EUS), observando-se, na região cefálica do pâncreas, lesão hipoecogénica, heterogénea com limites infiltrativos, com 55x54mm, sem dilatação do canal de Wirsung. Efetuada punção com agulha 25G e 19G. Avaliação citológica rápida no local (ROSE) revelou células atípicas suspeitas, mas exame citológico definitivo negativo para células neoplásicas, com alterações compatíveis com pancreatite. Repetiu-se, 5 semanas depois, EUS, verificando-se crescimento marcado para 115x80mm, ocupando a quase totalidade do parênquima pancreático com invasão gástrica. Imagem endoscópica de lesão vegetante muito friável com cerca de 30mm. Punção com agulha SharkCore 25G com obtenção de abundante quantidade de células ductais atípicas, mas exame citológico definitivo novamente inconclusivo. Proposta punção guiada por TC, com obtenção de células neoplásicas confirmando-se diagnóstico de Sarcoma Mielóide (SM).



As doenças malignas hematológicas podem muito raramente apresentar-se como massas extra-medulares, enquadrando-se nestas o SM. Desenvolvendo-se, entre outros contextos hematológicos, após aloMO. O diagnóstico requer elevada suspeição clínica, baseando-se em aspetos radiológicos, histológicos e imunofenotípicos. O envolvimento pancreático é extremamente raro. Pela baixa incidência e ausência de manifestações clínicas ou imagiológicas típicas a confirmação diagnóstica pode ser difícil. Este caso elucida a importância de uma abordagem multidisciplinar e integrada do doente.

P047

NEOPLASIA GÁSTRICA COM METASTIZAÇÃO HEPÁTICA ÚNICA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO EM VIGILÂNCIA HÁ 3 ANOS APÓS QT E SBRT

Tânia Lemos(1); Daniela Almeida(1);
Marisa Couto(1); Miguel Barbosa(1)

(1) HOSPITAL SÃO JOÃO

Introdução

O cancro gástrico é o 6º mais comum e a 4ª causa de morte relacionada com o cancro em todo o mundo. Os estadios precoces são normalmente assintomáticos, motivo pela qual a maioria dos pacientes se apresenta com doença avançada ao diagnóstico e o tratamento raramente é curativo.

Após gastrectomia, as metástases hepáticas síncronas surgem em 3-14% dos pacientes e as metácrônicas em até 37%. A quimioterapia (QT) paliativa permanece o gold standard. Se franca resposta, o doente pode ser proposto para resseção hepática ou radioterapia corporal estereotáxica (SBRT). No entanto, as suas indicações ainda não são consensuais e os resultados são controversos.

Objetivos

O objetivo deste trabalho consiste na apresentação do caso clínico de um doente com neoplasia gástrica com metastização hepática metácrônica, submetido a tratamento com QT e SBRT.

Material e métodos

M. E. R. A., sexo feminino, 78 anos. Antecedentes pessoais: DM2, HTA, Dislipidemia; HIV 2 positiva (sob tratamento, supressão virológica sustentada e boa recuperação imunológica); Hepatopatia crónica; varizes esofágicas. História familiar oncológica: irrelevante.

Doente com história de enfartamento pós-prandial com meses de evolução. Realizou EDA em ambulatório a 13/09/17, que revelou lesão ulcerovegetante na pequena curvatura e antro proximal. Foram efetua-



das biópsias – AP: Adenocarcinoma. Realizou TC de estadiamento a 19/09/17, que excluiu metastização. Apresentada em RGO a 22/09/17: dadas as comorbilidades, proposta para gastrectomia. Foi submetida a gastrectomia distal a 02/11/17 – AP: adenocarcinoma do tipo tubular – pT3N1 (2/ 14) ROM0; PI+ IV-PN+.

Apresentada em RGO a 17/11/17: dadas comorbilidades e complicações pós-operatórias, decidido manter vigilância. Manteve-se com doença estável até à reavaliação de 21/06/18 com TC TAP: “Fígado de contornos regulares, no segmento VII justa capsular área nodular a nível do parênquima hepático com 20 mm...”. Realizou RM AP 24/07/18: “Identifica-se um nódulo com 20mm nos planos mais caudais do lobo direito (transição dos segmentos VI/VII) sugestiva de traduzir lesão secundária. Refere-se outro nódulo com características similares em aparente topografia ligamento venoso (entre o segmento II e o caudado), medindo cerca de 25 mm, igualmente suspeito”. Submetida a biópsia hepática a 3/09/18, AP: Metástase de adenocarcinoma de origem gástrica. HER2 negativo. Iniciou QT com mDCF a 02/10/18. Tratamento bem tolerado. Reavaliação com TC TAP 3/01/19: “...Persiste um nódulo com 14mm (vs 22 mm) nos planos mais caudais do lobo direito (transição dos segmento VI), traduzindo metástase mas com componente necrótico predominante. O nódulo em aparente topografia do ligamento venoso (entre o segmento II e o caudado), é atualmente isodenso e pouco perceptível. Sem lesões hepáticas suspeitas de novo”. Assumida resposta parcial, manteve tratamento. A 22/03/19 realiza TC TAP a revelar “Muito discreta redução dimensional da

lesão secundária no lobo direito, medindo 10mm. Significativa progressão dimensional de adenopatia imediatamente adjacente à cabeça do pâncreas tendo passado de 23 x 13,5 mm para 35 x 27 mm, que pode corresponder a adenopatia ou implante peritoneal". Assumiu-se progressão, alterando-se tratamento para FOLFIRI. Internada por suspeita de AIT. Alterada QT para Irinotecano em monoterapia a 2/04/19. Reavaliada a 12/07/19, TC TAP: "franca redução dimensional da adenomegalia pericefalopancreática, com 11x8 mm. Restante exame sobreponível". Manteve tratamento, com resposta parcial nas reavaliações imagiológicas seguintes e clinicamente estável. A 11/03/20 realizou TC TAP: "redução de nódulo hipodenso hepático no segmento VI (~7mm)... Sem outras alterações a valorizar)". Assumida resposta favorável, pediu-se PET 22/04/20: "Não são visíveis focos com captação anormal e significativamente aumentada de FDG sugestivos de infiltração maligna de alto grau metabólico glicolítico, nomeadamente a nível do fígado". Discutido em RGO EG e HBP: decidida SBRT de lesão hepática. Avaliada por Radioterapia e proposta para tratamento SBRT, 45Gy/3 frações/1semana, com fótons de 6 MV, técnica de VMAT-SBRT, com 2 semiarcos sobre a lesão. O tratamento decorreu sem intercorrências e terminou a 28/08/20.

Resultados

Após realização de QT paliativa e SBRT em Agosto de 2020, doente encontra-se em vigilância e clinicamente estável, com última TC TAP 03/23 sem evidência de recidiva da doença e marcadores tumorais negativos. Estabilidade da doença há 3 anos e um mês.

Conclusões

O tratamento local de metástase hepática metácrona única após gastrectomia curativa está associado a uma melhoria significativa da sobrevivência do paciente.

São necessários ensaios clínicos randomizados para avaliar a eficácia da cirurgia vs SBRT.

P048

RADIOTERAPIA COMO OPÇÃO TERAPÊUTICA EM IDOSOS COM CARCINOMA DO ESÓFAGO LOCORREGIONAL: ANÁLISE RETROSPETIVA UNICÊNTRICA

Sofia Ramos(1); Sara Simões(1);
Marina Amorim(1); Mário Leal(1);
Catarina Silva(1); Maria Rodrigues(1);
Diana Oliveira(1); Cármen Calçada(1);
Paulo Costa(1)

(1) HOSPITAL DE BRAGA

Introdução

O carcinoma do esófago destaca-se como a 6ª causa de morte por cancro no mundo, sendo responsável por mais de 500.000 mortes por ano. Ocorre maioritariamente em pessoas de meia-idade e idosas, com um pico de incidência entre os 70 e 79 anos. Devido ao envelhecimento e aumento da expectativa de vida, prevê-se um aumento na proporção de idosos com carcinoma do esófago. Contudo, as evidências referentes às opções terapêuticas nesta faixa etária ainda são insuficientes, visto que a maioria dos dados provém de ensaios clínicos, nos quais a população idosa está sub-representada.

Objetivos

Avaliar a eficácia e toxicidade da radioterapia em idosos com carcinoma do esófago locorregional tratados na nossa instituição. Analisar as diferenças entre subgrupos de idosos (elegíveis vs. inelegíveis para ensaio clínico), no que refere às características do doente, tumor, tratamento e à sobrevivência.

Material e métodos

Estudo retrospectivo que incluiu doentes com idade ≥ 65 anos, com carcinoma do esófago, submetidos a radioterapia com intuito neoadjuvante ou definitivo, na nossa instituição, entre 2012 e 2022. Os doentes foram divididos em 2 grupos: (1) elegível ou (2) inelegível para ensaio clínico. Os doentes com >75 anos e/ou ECOG PS ≥ 2 e/ou redução da função orgânica (creatinina $>1,2$ mg/dl e/ou bilirrubina total $>1,2$ mg/dl e/ou leucócitos $<4\ 000/\text{mm}^3$) foram considerados ine-



legíveis. A sobrevivência global (SG) e sobrevivência livre de progressão (SLP) foram calculadas através do método de Kaplan-Meier. O teste de log-rank foi utilizado para comparar subgrupos. As toxicidades foram caracterizadas de acordo com os critérios CTCAE v5.0.

Resultados

Foram incluídos 31 doentes no estudo, com idade média de 73 anos (66-86). A maioria (84%) era do sexo masculino e tinha um ECOG 0-1 (84%, n=26). O Índice de Comorbilidades de Charlson médio foi 7,6 (2-13). 65% (n=20) apresentavam estadios II-III. 45% (n=14) dos carcinomas localizavam-se no 1/3 médio do esófago e 84% (n=26) eram epidermóides.

74% (n=23) dos doentes receberam tratamento com intuito definitivo (61% quimiorradioterapia e 13% radioterapia exclusiva) e 26% (n=8) quimiorradioterapia neoadjuvante seguida de cirurgia. As doses de radioterapia variaram entre 41,4 e 64Gy (mediana 50,4Gy) em 15 a 32 frações, sendo que técnica 3DCRT foi utilizada em 97% dos casos. 97% (n=30) dos doentes completaram a radioterapia planeada.

O grupo elegível para ensaio clínico apresentou menor valor médio no índice de comorbilidades de Charlson (5,9 vs. 9,1, p=0,002) comparativamente ao grupo inelegível, assim como maior proporção de doentes que receberam tratamento com intuito neoadjuvante seguido de cirurgia (p=0,014) e maior valor médio de hemoglobina pré-tratamento (13,9 vs. 12,5, p=0,031).

O tempo de seguimento médio foi 29 meses (0-103). Na totalidade da amostra, a SG média foi 35 meses (IC 95% 23 - 47) e a SLP média foi 47 meses (IC 95% 29 - 65). A SG a 1 ano foi 77% e a SLP a 1 e 2 anos foi 72% e 54%, respectivamente. O grupo elegível para ensaio clínico apresentou SG superior ao inelegível (SG média 49 vs. 20 meses, $p=0,01$), assim como a SLP (SLP média 64 vs. 23 meses, $p=0,045$). Não existiram diferenças significativas na SG ou SLP entre o grupo de doentes que recebeu tratamento com intuito neoadjuvante ou definitivo ($p>0,05$).

Relativamente à toxicidade, a taxa global de eventos agudos e tardios grau ≥ 3 foi 26% ($n=8$). As toxicidades grau ≥ 3 mais comuns foram a disfagia (13%) e a estenose esofágica (10%). Não foram observadas diferenças significativas na incidência de toxicidades grau ≥ 3 entre o grupo de doentes elegível e inelegível para ensaio clínico ($p=0,618$).

Discussão

Os idosos constituem um grupo diversificado, com várias comorbilidades, diferentes níveis de capacidade funcional, reservas fisiológicas reduzidas e menor tolerância ao stress do que os mais jovens. Geralmente, a quimiorradioterapia com intuito definitivo é a abordagem terapêutica de eleição nesta população, o que coincide com os nossos achados.⁽³⁾

Na nossa análise, os idosos que preenchem os critérios de elegibilidade para ensaio clínico receberam mais frequentemente tratamento neoadjuvante seguido de cirurgia e apresentaram melhores resultados de sobrevivência, comparativamente aos doentes inelegíveis. Isto mostra que além da idade, o estado funcional e a presença de comorbilidades influenciam a seleção da estratégia terapêutica e o prognóstico.

Os nossos resultados de sobrevivência e de toxicidade corroboram os achados de outros estudos retrospectivos.

As limitações da nossa análise incluem a sua natureza retrospectiva, assim como o tamanho reduzido e a heterogeneidade da amostra.

Conclusões

A radioterapia é uma opção terapêutica eficaz e bem tolerada em idosos com carcinoma do esófago locorreional. De acordo com a nossa amostra, os idosos que habitualmente não cumprem os critérios de inclusão dos ensaios clínicos parecem ter piores resultados de sobrevivência. Assim, urge a necessidade de ensaios clínicos específicos envolvendo idosos com comorbilidades e disfunção orgânica, de forma a investigar a melhor estratégia terapêutica neste grupo.

