

# 18.º

## Congresso Nacional de Cancro Digestivo

13, 14 e 15 OUTUBRO  
2022 • MH Atlântico • Peniche

# LIVRO DE RESUMOS

ORGANIZAÇÃO

Grupo de Investigação



AGÊNCIA OFICIAL

factorchave<sup>®</sup>  
marketing integrado

# ÍNDICE COMUNICAÇÕES ORAIS

**C001 | EFICÁCIA DAS PRÓTESES METÁLICAS TOTALMENTE COBERTAS NA ABORDAGEM DAS DEISCÊNCIAS ANASTOMÓTICAS DA CIRURGIA ONCOLÓGICA ESÓFAGO-GÁSTRICA**

**C004 | AVALIAÇÃO DA RESPOSTA À TERAPEUTICA NEOADJUVANTE COM RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NO CARCINOMA DO RETO: COMPARAÇÃO COM O ESTUDO ANATOMOPATOLÓGICO**

**C005 | PREDICTIVE FACTORS OF PATHOLOGICAL COMPLETE RESPONSE TO NEOADJUVANT CHEMORADIATION FOR RECTAL CANCER**

**C007 | IMPACTO DA AVALIAÇÃO DA DI-HIDROPIRIMIDINA DESIDROGENASE NA GESTÃO DOS DOENTES COM CANCRO DIGESTIVO**

**C012 | RADIOQUIMIOTERAPIA COM INTUITO DEFINITIVO NO CANCRO DO ESÓFAGO LOCALMENTE AVANÇADO**

**C013 | QUIMIOTERAPIA PERIOPERATÓRIA EM CANCRO GÁSTRICO - UM ESTUDO RETROSPECTIVO**

# ÍNDICE POSTERS ELETRÓNICOS

**P002 |** RADIOTERAPIA ESTEREOTÁXICA NO TRATAMENTO DE ADENOCARCINOMA DA AMPOLA DE VATER METASTIZADO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

**P003 |** IMPACTO DO TRATAMENTO CURATIVO DO CANCRO GÁSTRICO NA QUALIDADE DE VIDA DOS SOBREVIVENTES

**P006 |** O VALOR DO ÍNDICE PROGNÓSTICO NUTRICIONAL NOS RESULTADOS CLÍNICOS DOS DOENTES COM ADENOCARCINOMA GÁSTRICO TRATADOS COM PROTOCOLO FLOT

**P010 |** RADIOQUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE (ESQUEMA CROSS) NO TRATAMENTO DOS TUMORES DA JUNÇÃO ESÓFAGO-GÁSTRICA

**P011 |** CASUÍSTICA DE CANCRO DIGESTIVO EM 6 MESES NUM INTERNAMENTO DE ONCOLOGIA MÉDICA DE UM HOSPITAL DE GRUPO II

**P014 |** QUIMIORRADIOTERAPIA NEOADJUVANTE VERSUS DEFINITIVA NO CARCINOMA DO ESÓFAGO LOCALMENTE AVANÇADO: A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO.

**P015 |** AVALIAÇÃO DE RESPOSTA EM DOENTES COM CANCRO DO ESÓFAGO SUBMETIDOS A ESQUEMA CROSS

**P016 |** O PAPEL DA RELAÇÃO PLAQUETAS/LINFÓCITOS (PLR) NA PERSONALIZAÇÃO DA TERAPÊUTICA DOS DOENTES COM CANCRO GÁSTRICO

**P017 |** GENOTIPAGEM DPYD EM DOENTES SUBMETIDOS A TRATAMENTO COM FLUOROPIRIMIDINAS- EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

# ÍNDICE POSTERS ELETRÓNICOS

**P018 | NEORAS NO CANCRO COLORECTAL METASTÁTICO  
- EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO**

**P019 | EXPRESSÃO HER2 NO CARCINOMA HEPATOCELULAR  
E SEU SIGNIFICADO**

**P020 | CANCRO DO ESÓFAGO: CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO**

**P021 | ADENOCARCINOMA DO PÂNCREAS COM MUTAÇÃO  
GERMINATIVA BRAC2 APÓS TRATAMENTO CURATIVO,  
PODEMOS TER ESPERANÇA?**

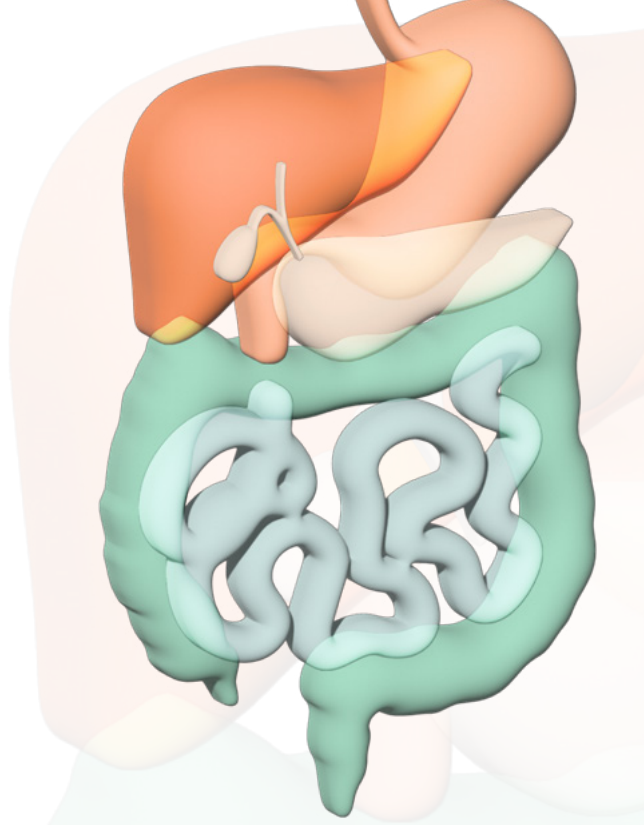
**P022 | SORAFENIB VS LENVATINIB NO CARCINOMA  
HEPATOCELULAR: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO HOSPITALAR**

**P023 | CANCRO ESOFÁGICO OLIGOMETASTÁTICO, A PROPÓSITO  
DE UM CASO CLÍNICO**

**P024 | CARCINOMAS ESPINOCELULARES SÍNCRONOS DO RETO:  
RELATO DE UM CASO CLÍNICO RARO**

**P025 | IMPORTÂNCIA DO CANCRO DIGESTIVO NO INTERNAMENTO  
DE ONCOLOGIA: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO HOSPITALAR**

**P026 | À TERCEIRA FOI DE VEZ - RELATO DE UM CASO DE CANCRO  
GÁSTRICO METASTIZADO SOB TERAPÊUTICA DE 3° LINHA**



# COMUNICAÇÕES ORAIS

## CO01 | EFICÁCIA DAS PRÓTESES METÁLICAS TOTALMENTE COBERTAS NA ABORDAGEM DAS DEISCÊNCIAS ANASTOMÓTICAS DA CIRURGIA ONCOLÓGICA ESÓFAGO-GÁSTRICA

Daniel Gonçalves Conceição(1); Luís Correia Gomes(1); Joana Lemos Garcia(1); Isadora Rosa(1); Joana Moleiro(1); Carolina Baptista Simões(1); Pedro Lage(1); Joana Castela(1); Susana Mão-De-Ferro(1); António Dias Pereira(1); Paulo Ramos(1); Cecília Monteiro(1); Rui Casaca(1); Isabel Claro(1)

(1) INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA LISBOA

**Introdução:** As deiscências anastomóticas (DA) são complicações temidas da cirurgia esófago-gástrica porque acarretam morbimortalidade acrescida. As próteses metálicas autoexpansíveis totalmente cobertas (PMATC) são a terapêutica endoscópica mais usada.

**Objetivo primário:** avaliar o sucesso técnico (definido como a correta colocação endoscópica da PMATC a selar a DA) e clínico (definido como encerramento da DA após a remoção definitiva da prótese, ausência de procedimentos invasivos adicionais, ou resolução de sintomas caso a prótese não tenha sido removida à data do último follow-up).

**Objetivo secundário:** avaliar complicações, duração do tratamento e preditores de sucesso.

**Materiais e Métodos:** Estudo retrospectivo unicêntrico recrutando todos os doentes submetidos a colocação de PMATC por DA após cirurgia oncológica esófago-gástrica no período compreendido entre dezembro de 2013 e março de 2022.

Foram analisadas as características demográficas da população (idade na cirurgia, tipo de neoplasia, score de ASA, tipo de intervenção cirúrgica, necessidade de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), complicações, drenagens externas e tipo de nutrição, dia de pós-operatório ao diagnóstico), características da DA, sucesso técnico, taxas de migração, sucesso clínico e status ao último follow-up.

Efetuada análise descritiva e associações uni e multivariada.

**Resultados:** Foram incluídos um total de 56 doentes, 75% do género masculino com idade mediana de 67 anos, score de ASA: II 64% e III 36%; com neoplasia do esófago torácico em 23%, da junção esófago-gástrica 46%; gástrica 29%; outras 2%; que apresentaram DA após terem sido submetidos a esofagectomia Ivor-Lewis 34%, esofagectomia McKeown 14%, gastrectomia total 50%, procedimento de Merendino modificado 2%.

O diagnóstico de DA ocorreu em média ao 8º dia de pós-operatório, tendo sido confirmado por TC em 66% dos casos. Existiu necessidade de internamento em UCI em 54%, tendo todos os doentes cumprido terapêutica antibiótica. À data do diagnóstico 52% estavam sob nutrição parentérica exclusiva; 27% oral; 9% entérica por sonda; 12% pela jejunostomia. No momento do diagnóstico 27% apresentavam derrame pleural, 24% peritonite e 5% empiema. Por este motivo existiu necessidade de colocação de drenagens externas: 20% torácica e abdominal, 45% torácica e abdominal 20%.

As dimensões da DA eram: 57% inferiores a 1cm, 20% entre 1-2cm, 23% maiores que 2cm, tendo uma localização proximal (<25cm da arcada dentária) em 29%, média (25-30cm) 23% e distal (>30cm) 48%. O tempo desde o diagnóstico até à colocação de PMATC foi em média de 0,75 dias (0-5 dias). Atingiu-se sucesso técnico em 93% dos casos, com confirmação do correto posicionamento da prótese no controlo fluoroscópico (12h-24h) em 91%. Em 20% dos casos foram colocados clips through-the-scope (TTS) a fixar o flare proximal da prótese. Ocorreu migração tardia (>24h) em 21% dos casos.

A remoção da prótese ocorreu em média à 6ª semana, com uma necessidade média de 1,48 próteses /doente (1-5 próteses).

Atingiu-se sucesso clínico em 86% com encerramento da DA em 56%, óbito sem aumento da DA 14% ou prótese deixada in situ 16%. Existiu necessidade adicional de cirurgia por agravamento da DA em 11% dos doentes e de implementação de outra terapêutica endoscópica (terapêutica de vácuo endoluminal) em 3%. No total 77% dos doentes acabaram por ter alta hospitalar do corrente internamento. Os óbitos foram de 39% a 6 meses e de 45% ao final de 1 ano. No último follow-up 41% dos doentes estavam vivos sem DA, 29% faleceram por complicações da DA e 27% por outras causas.

Em análise univariada a esofagectomia de McKeown apresentou associação com piores resultados técnicos ( $p=0,047$ ) e fluoroscópicos ( $p=0,026$ ), com necessidade de maior número de próteses por doente ( $p=0,033$ ). A fixação com clips associou-se a menor número de complicações, mas sem significado estatístico ( $p=0,380$ ) e sem associação com menor taxa de migração tardia ( $p=0,379$ ).

**Discussão e conclusões:** Autilização de PMATC atinge altas taxas de sucesso técnico/clínico. Apesar de uma abordagem precoce, as DA apresentam morbimortalidade elevada. A cirurgia de McKeown está associada a piores resultados técnicos, pelo que nestes doentes deverão ser equacionadas técnicas endoscópicas alternativas.

## C004 | AVALIAÇÃO DA RESPOSTA À TERAPEUTICA NEOADJUVANTE COM RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NO CARCINOMA DO RETO: COMPARAÇÃO COM O ESTUDO ANATOMOPATOLÓGICO

Sofia Ramos(1); Sara Simões(1); Osvaldo Carvalhosa(1); Marina Amorim(1); Catarina Silva(1); Ana Barbosa(2); Pedro Oliveira(1); Cármen Calçada(1); Paulo Costa(1)

(1) HOSPITAL DE BRAGA (2) HOSPITAL SENHORA DA OLIVEIRA - GUIMARÃES

**Introdução:** O reestadiamento preciso do carcinoma do recto localmente avançado (CRLA) após tratamento neoadjuvante (TNA) assume um papel fundamental, uma vez que a decisão terapêutica subsequente pode variar de acordo com a resposta ao tratamento, nomeadamente optando por uma abordagem *Watch and Wait*. Atualmente, a Ressonância Magnética (RM) é uma das principais ferramentas utilizadas no estadiamento e reestadiamento desta patologia. Contudo, não existe um consenso acerca do seu papel no reestadiamento.

**Objetivos:** Esta análise tem 2 objetivos principais: comparar as características morfológicas do CRLA na RM antes e após a TNA; e avaliar a associação entre a RM de reestadiamento e os achados histopatológicos da peça operatória.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo unicêntrico que incluiu doentes com CRLA submetidos a TNA seguida de cirurgia e que realizaram RM de estadiamento e reestadiamento, entre janeiro de 2016 e dezembro de 2020.

Na comparação das características da RM de estadiamento com as de reestadiamento foram utilizados o teste de *Wilcoxon*, teste de *McNemar* e o teste T para amostras emparelhadas. A correlação entre a RM de reestadiamento e os achados histopatológicos foi avaliada através do coeficiente de concordância de *Kappa*.

**Resultados:** Neste estudo foram incluídos 65 doentes com CRLA, 25% em estadio II e 75% em estadio III. A idade média foi 64 anos (intervalo 44-88); 46% dos doentes eram do sexo masculino; 74% tinha ECOG 0 e 23% ECOG 1. 35% dos tumores localizavam-se no reto baixo, 54% no médio e 11% no alto.

Comparando a RM de estadiamento com a de reestadiamento, 51% dos doentes diminuíram o estadio T ( $p<0.001$ ), 60% o estadio N ( $p<0.001$ ), 59% o número de gânglios suspeitos mesorretais ( $p<0.001$ ), e 48% dos que apresentavam FMR ameaçada/invadida passaram a ter FMR livre ( $p=0.004$ ). Também houve uma diminuição significativa do comprimento médio do tumor (57mm vs 34mm,  $p<0.001$ ). A diferença no status do esfíncter anal foi marginalmente significativa ( $p=0.07$ ). Obteve-se uma taxa de resposta completa de 3.8% (2/52) e quase completa de 23.1% (12/52).



A concordância entre a RM de reestadiamento e o estudo anatomopatológico foi moderada no estadio T e no status da margem de resseção circunferencial ( $K=0.58$  e  $K=0.46$ , respetivamente e  $p=0.001$ ), e baixa no estadio N ( $K=0.34$ ,  $p=0.005$ ). A taxa de resposta patológica completa foi de 22.6% (14/62). O sobreestadiamento com RM ocorreu em 34.4% (22/64) no estadio T e em 22.2% (14/63) no estadio N.

**Discussão:** A avaliação de resposta à TNA com a RM mostrou um *downsizing* tumoral significativo e mais de metade dos doentes apresentaram *downstaging*.

Observou-se uma concordância limitada entre a RM de reestadiamento e o resultado anatomopatológico. Isto resulta essencialmente da dificuldade em diferenciar células tumorais viáveis, tecido não-tumoral fibrótico residual (ou necrótico) e reação inflamatória na RM, o que leva ao sobreestadiamento clínico.

**Conclusões:** Concluimos que a RM de reestadiamento é fundamental na avaliação da resposta à TNA no CRLA. A taxa de resposta patológica completa foi superior à da RM. Uma vez que a concordância deste método com o estudo anatomopatológico é limitada, a decisão terapêutica após neoadjuvância não deve ser baseada exclusivamente neste exame.

## CO05 | PREDICTIVE FACTORS OF PATHOLOGICAL COMPLETE RESPONSE TO NEOADJUVANT CHEMORADIATION FOR RECTAL CANCER

Joana Monteiro(1); Ricardo Roque(1); Cláudia Amorim Costa(1); Mariana Rebordão Pires(1); Ana Carlota Caetano(1); Judy Paulo(1); Paula Jacinto(1); Nuno Bonito(1); Gabriela Sousa(1)

(1) INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA COIMBRA

**Introduction:** Neoadjuvant chemoradiation (NCRT) followed by surgery is the standard of care for patients with rectal cancer clinical stages II and III, as it significantly decreases the local recurrence rate and increases the rate of sphincter preservation. After NCRT, about 10 to 30% of the patients get a pathological complete response (pCR), having a more favorable prognosis. Therefore, to predict the efficacy of NCRT is of clinical importance, as it may allow a watch-and-wait approach in patients with response to treatment.

**Goals:** The goal of the present study was to evaluate the clinical factors that could be predictive of pCR in rectal cancer patients treated with NCRT.

**Methods:** A retrospective unicentric study was carried out in patients with rectal cancer, clinical stages II and III, that started and completed treatment with NCRT without disease progression, followed by surgery, between January 2017 and December 2021 in our institution. The clinical features were analyzed to identify predictive factors for pCR. Descriptive, bivariate and multivariate analysis were performed using SPSS® software.

**Results:** A total of 108 patients were included and about 24.1% (n=26) had a pCR. Bivariate analysis showed that the chemotherapy chosen (5-fluorouracil vs. capecitabine) and the radiation therapy (without vs. with boost) had impact on the achievement of pCR: 36.2% of the patients treated with infusional 5-fluorouracil 1575 mg/m<sup>2</sup> via pump over 7 days vs. 14.8% of the ones treated with capecitabine 825 mg/m<sup>2</sup> per os twice a day from day 1 to day 5; and 35.3% of the patients submitted to a radiation of 45Gy/25fr vs. 14.0% of the ones submitted to a radiation boost achieving a total dose of 50.4Gy/28fr. However, these differences were not statistically significant on a multivariate analysis with a logistic regression. Factors such as age, sex, clinical tumor stage, tumor localization, pre-treatment CEA, and time until surgery were not predictive of pCR.

**Conclusion:** In our population, the concomitant treatment with infusional 5-fluorouracil and the no realization of a radiation boost showed a higher percentage of pCR, however they weren't proven as an independent predictive factor of pCR on a multivariate analysis.

## C007 | IMPACTO DA AVALIAÇÃO DA DI-HIDROPIRIMIDINA DESIDROGENASE NA GESTÃO DOS DOENTES COM CANCRO DIGESTIVO

Helena Guedes(1); Joana Marinho(1); Inês Leão(1); Maria Castelo Branco(1); Andreia Capela(1); Sandra Custódio(1)

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

**Introdução:** As fluoropirimidinas são parte fundamental do tratamento das neoplasias digestivas. A di-hidropirimidina desidrogenase (DPD) é uma enzima chave na metabolização desta classe de fármacos, estando a sua atividade dependente de polimorfismos no gene DPYD, presentes em cerca de 6 a 8% da população caucasiana. As diretrizes atuais recomendam a identificação da deficiência DPD, dado que a sua presença é responsável por 10 a 40% dos casos de toxicidade grave pelas fluoropirimidas. Neste estudo, os autores pretendem avaliar o impacto da implementação do rastreio da deficiência da DPD, no tratamento inicial com fluoropirimidinas, em doentes com tumores gastrointestinais.

**Métodos:** Estudo retrospectivo, unicêntrico. Incluídos todos os doentes com tumores gastrointestinais que realizaram avaliação genética dos polimorfismos DPYD (c.1905+G>A, c.2846A>T, c.1679T>G, c.1236G>A, c.1605 G>A) entre novembro de 2020 e dezembro de 2021 e que receberam, pelo menos, um ciclo de quimioterapia. Efetuada análise descritiva da prevalência de polimorfismos DPYD, tratamento e toxicidades associadas (CTCAE v.5). Análise de subgrupos de acordo com o resultado do teste DPYD (*wildtype*/mutado). O teste de Kolmogorov-Smirnov foi utilizado para avaliar a normalidade das variáveis contínuas. A análise estatística foi realizada no programa SPSS® v.26.

**Resultados:** Foram avaliados 117 doentes, a maioria do género masculino (63,2%), com uma mediana de idades de 63 anos (IQR 51,5 – 70,0), 94,0% com ECOG-PS 0-1. A neoplasia digestiva mais frequente foi o cancro colorretal (58,1%), seguido do cancro gástrico (26,5%). A maioria tinha sido proposta para tratamento com intuito curativo (66,7%). A mediana para obtenção do resultado do teste DPYD foi de 28,0 dias (IQR 22,0 – 36,5). A maioria dos doentes (83,5%) iniciou tratamento com redução de dose. A prevalência de polimorfismos DPYD foi de 3,4% (n=4), todos em heterozigotia. A intensidade mediana de dose de fluoropirimidinas nos doentes DPYD *wildtype* e mutados foi de 81% (IQR 50-100) e 71% (IQR 40-90), respetivamente. Por favorável tolerância ao tratamento, em dois dos doentes mutados foi possível aumentar, progressivamente, a dose até 90% da dose total pretendida.

Considerando os doentes *wildtype*, 75,2% teria condições para início de tratamento com a dose total, no entanto apenas 13,7% iniciaram tratamento com 100% da dose, dado ausência de disponibilidade do resultado do teste DPYD nos restantes casos. Toxicidades grau <sup>3</sup> foram verificadas em 17,7% dos doentes *wildtype*, sendo o evento adverso mais comum a astenia (15,0%), seguida de neutropenia (7,0%) e trombocitopenia (2,7%). A redução da dose foi realizada em 9,7% dos casos e não houve suspensão precoce do tratamento. Nos doentes mutados foram observadas toxicidades grau <sup>3</sup> em 25,0% (neutropenia e trombocitopenia) e não se verificaram mortes associadas ou necessidade de suspensão de tratamento.

**Conclusões:** Este estudo apresenta uma menor prevalência de polimorfismos DPYD do que o descrito na literatura, bem como uma maior tolerância nos doentes mutados. Torna-se essencial otimizar o circuito para a pesquisa dos polimorfismos DPYD, minimizando atrasos no tratamento e a administração de doses de quimioterapia abaixo da dose recomendada. Importa ainda a realização de estudos multicêntricos que permitam uma melhor avaliação do impacto destes polimorfismos na população portuguesa.

## CO12 | RADIOQUIMIOTERAPIA COM INTUITO DEFINITIVO NO CANCRO DO ESÓFAGO LOCALMENTE AVANÇADO

Leonor Santos Martins(1); Inês Felix Pinto(1); Diana Correia(1); Tomás Cabral Dinis(1); Bruno Moura Fernandes(1); Inês Nobre-Góis(1); Margarida Borrego(1); Anabela Barros(1)

(1) CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

**Introdução:** O carcinoma do esófago (CE) é o quarto tumor gastrointestinal mais comum, apresentando elevada morbi-mortalidade. A radioquimioterapia (RQT) com intuito definitivo é a estratégia *standard* no tratamento do CE inoperável. O esquema mais frequentemente utilizado associa radioterapia externa com dose 45-50.4Gy/25-28F/5-5.5S e quimioterapia (QT) com cisplatina+fluorouracilo (C/FU) ou carboplatina+paclitaxel (Cb/P).

**Objetivos:** Avaliar toxicidade, resposta à terapêutica e sobrevivências após RQT definitiva em doentes com CE.

**Material e métodos:** Incluídos doentes com CE não metastático submetidos a RQT definitiva, entre 01/2009 e 12/2021. Determinadas resposta à terapêutica, toxicidade aguda (escala CTCAE 5.0) e sobrevivência por Kaplan-Meier.  $\alpha=0,05$ .

**Resultados:** Incluídos 34 doentes, 94,1% do sexo masculino, idade mediana 70 anos (50-93). Hábitos tabágicos 64,5% e etílicos 87,1%. Maioria localizada no terço superior (61,8%) e médio (23,5%), 91,2% carcinomas epidermóides, 91,2% cT3 e 82,4% cN+.

O estadiamento inicial de doença foi realizado por Tomografia Computorizada tóraco-abdomino-pélvica (TC-TAP), tendo 79,4% dos doentes realizado PET-CT [18F]-FDG (PET), verificando-se um SUVmax mediano 17,5 (4,5 - 38,4).

Na maioria dos doentes (67,6%) foi administrada uma dose de 50,4Gy, com técnica VMAT (*volumetric arc therapy*) em 79,4%. 23,5% dos doentes não concluíram o tratamento de Radioterapia, seja por toxicidade, agravamento do estado clínico, intercorrência infecciosa ou por óbito por outra causa. No que diz respeito à QT, 47,1% dos doentes realizaram C/FU e 52,9% Cb/P.

A toxicidade aguda foi sobretudo hematológica (neutropenia G2/3 em 40,7%, leucopenia G3/G4 em 11,7% e trombocitopenia G3/4 em 8,8%) e perda de peso G2/3 em 14,7%.

Nos doentes que concluíram o tratamento, a reavaliação foi realizada ao fim de uma mediana de 9 semanas (6 - 18). O método complementar de diagnóstico utilizado foi a PET, em 92,3% dos doentes, com SUVmax mediano 4,0 (0-15,3) e redução mediana 9,65 (0-21,8), e TC-TAP em 7,7%. Verificou-se resposta metabólica completa em 28,0% e parcial em 40,0%.

Com *follow-up* mediano de 12 meses, as sobrevivências a 1 ano: global (SG) 50%, específica de doença (SED) 55,7% e livre de doença loco-regional (SLDLR) 27,5%. Os doentes com resposta clínica completa em PET de reavaliação apresentaram, a 1 ano, SLDLR de 71,4%, enquanto que os restantes 27,8% ( $p=0,014$ ).

**Conclusões:** A RQT é uma alternativa à cirurgia nos casos inoperáveis, com toxicidade aceitável. A PET mostrou ser um exame útil na avaliação de resposta metabólica ao tratamento, com boa correlação prognóstica. Uma amostra e *follow-up* maiores permitirão aumentar o poder estatístico da análise.

## CO13 | QUIMIOTERAPIA PERIOPERATÓRIA EM CANCRO GÁSTRICO – UM ESTUDO RETROSPECTIVO

Lisa Gonçalves(1); Raquel Lopes Brás(1); Inês Soares de Pinho(1); Vasco Martins Lobo(1); Cecília Melo Alvim(1); André Mansinho(1); Luís Costa(1)

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

**Introdução:** O cancro gástrico é o quinto mais comum em todo o mundo. Na década de 2000, a taxa de recidiva de adenocarcinoma gástrico ressecado era de cerca de 33% aos 2 anos. Nos últimos dez anos, os ensaios de fase III MAGIC e FLOT4 estabeleceram a quimioterapia perioperatória como a abordagem padrão do cancro gástrico localmente avançado ressecável.

**Objetivos:** Avaliação de resultados e caracterização demográfica da população com adenocarcinoma gástrico (AG) localmente avançado com indicação cirúrgica, que tenham realizado quimioterapia perioperatória com o esquema FLOT.

**Métodos:** Estudo retrospectivo, unicêntrico, com uma amostra de conveniência de todos os doentes com AG não metastático, submetidos a FLOT perioperatório, entre Junho 2017 e Junho 2022.

**Resultados e Discussão:** 85 doentes receberam o esquema FLOT na indicação perioperatória, com uma adoção gradual do esquema desde 2019 (cerca de 75%) até 2022 (100% dos doentes). A maioria dos doentes era do sexo masculino (68,2%) com uma idade mediana de 69 anos (intervalo 31-82) e PS 0-1 em 83.5% dos doentes.

A maioria dos doentes apresentava cT3 (41.2%, n=35) e cT4 (27.1%, n= 23), seguido de cT2 e cT3/4 (9.4%, n=8 cada), cT2/3 7.1% e cT1/2 (5.9%, n=5). Verificou-se que 35.3% não apresentava envolvimento ganglionar (N0; n=30), 58.8% tinha gânglios patológicos e 5.9% não tinha estadiamento ganglionar. Assim, 65.9% encontrava-se em estadio III, 31,2% estadio II e 2 doentes em IVA (2.4%).

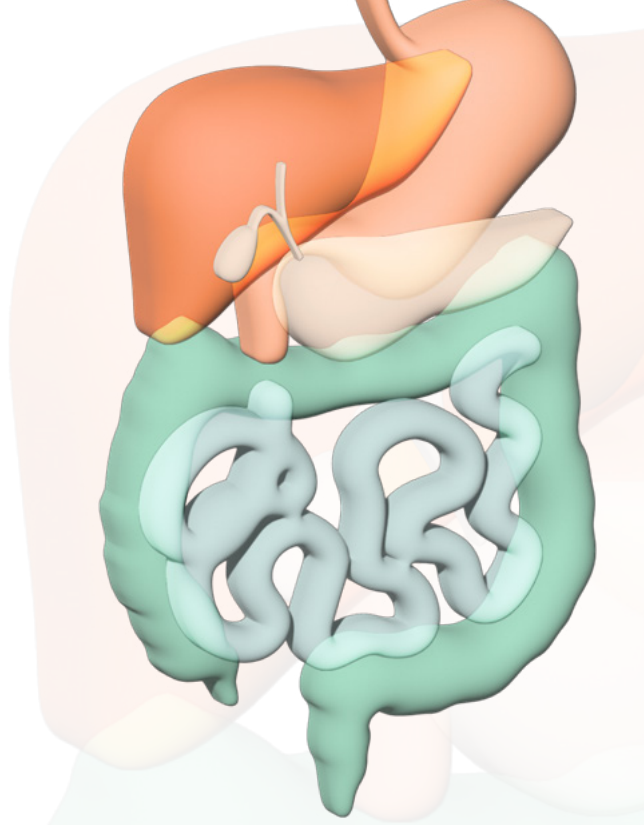
O local anatómico mais comum foi o antro gástrico (41.6%) seguido do corpo (29.8%) e cárdia (28.6%). A nível histológico, 65.9% era do subtipo intestinal (n=56), 23.5% mistos (n=20) e 9.4% do subtipo difuso (n=8). O grau tumoral das amostras foi de 2-3 em 87.5% e grau 1 em 12.5%. O tratamento cirúrgico foi gastrectomia total em 47.6% dos doentes e gastrectomia subtotal em 42.7%. 9.7% dos doentes não foram submetidos a gastrectomia por não cumprirem critérios de ressecabilidade à data de cirurgia (localmente avançado ou metastático). Após realização de cirurgia, a maioria apresentava resposta parcial ou completa (grau de regressão tumoral (GRT) 2 n=18; 32.7%, GRT 1 n=13, 23.6%), no entanto 43.6% não apresentou evidência de regressão (n=24).

Na progressão de doença (n=27, 31.8%), foi observada metastização a nível hepático (n=10), peritoneal (n=9), ganglionar (n=7), pulmonar (n=4), óssea (n=3), pleural (n=2), a nível do mesocólon (n=2) e um caso com metastização cerebral.

A mediana da sobrevida livre de doença (SLD) foi de 46 meses. A mediana da sobrevivência global (SG) foi de 55 meses. Os doentes com PS $\geq$ 2 apresentaram uma SG bastante inferior, de 14 meses ( $p<0.01$ ; HR 6.72 [3.02-14.97]). Observou-se que as características do tumor têm influência na SG: tumores pouco diferenciados (grau 3) com mediana de 31 meses ( $p<0.05$ ; HR 2.44 [0.99 - 5.99]), cT4 mediana de 32 meses ( $p<0.05$ ; HR 2.72 [1.187 - 6.30]).

**Conclusões:** Desde a apresentação e publicação do estudo, verificou-se uma adoção gradual do esquema FLOT no nosso centro, sendo atualmente o único esquema de quimioterapia perioperatório utilizado. A PS inicial do doente parece influir negativamente quer na SLD quer na SD. A SLD e SG da população em estudo são sobreponíveis às obtidas no ensaio FLOT4, o que confirma o benefício da sua aplicação a doentes não seleccionados da prática clínica convencional.





# POSTERS ELETRÓNICOS

## **PO02 | RADIOTERAPIA ESTEREOTÁXICA NO TRATAMENTO DE ADENOCARCINOMA DA AMPOLA DE VATER METASTIZADO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

Sara Simões(1); Sofia Ramos(1); Osvaldo Carvalhosa(1); Marina Amorim(1); Catarina Silva(1); Maria Adelina Costa(1); Carlos Fardilha(1); Paulo Genésio(1); Pedro Vieira(1); Paulo Costa(1)

(1) HOSPITAL DE BRAGA

**Introdução:** Os tumores da ampola de Vater são raros e apresentam mau prognóstico, com taxas de sobrevivência aos 5 anos de 5 a 15%.

A doença metastática é encontrada frequentemente ao diagnóstico e localiza-se mais comumente no fígado e peritoneu e, em menor escala, nos pulmões, pleura e outros órgãos.

O tratamento sistémico é o standard na doença em estadio IV, com baixa sobrevivência global. Faltam evidências suficientes no que diz respeito à segurança e eficácia dos tratamentos ablativos locais, como cirurgia e radioterapia estereotáxica no contexto de carcinoma da ampola de Vater oligometastizado.

**Objetivos:** demonstrar o papel da SBRT no cenário de metastização de carcinoma da ampola de Vater.

**Materiais e métodos:** descrição de um caso clínico de um doente com o diagnóstico de adenocarcinoma da ampola de Vater metastizado submetido a radioterapia estereotáxica das metástases.

**Resultados:** Doente do sexo masculino, com antecedentes de adenocarcinoma da ampola de Vater aos 55 anos, submetido a duodeno-pancreatectomia cefálica em novembro de 2011, com estadiamento patológico T2G3N1M0, correspondendo a estadio IIB. Tratava-se de um tumor pouco diferenciado, com invasão da parede duodenal e múltiplas metástases ganglionares, com 13 gânglios envolvidos de um total de 21 excisados. Realizou 2 ciclos de quimioterapia adjuvante com Gencitabina e Oxaliplatina até janeiro de 2012, 2 ciclos de Gencitabina até abril de 2012 e reinício de Gencitabina e Oxaliplatina em maio de 2012.

Após um período de 1 mês, foram detetadas três lesões metastáticas a nível ósseo, hepático e ganglionar (mesentérico superior). No contexto de doença oligometastática, em doente com bom estado geral, foi proposto tratamento de radioterapia estereotáxica (SBRT) às três metástases, que realizou em junho de 2012, na dose de 36Gy em 3 frações, com boa tolerância, retomando posteriormente a quimioterapia.

Por persistência da doença, efetuou novo tratamento de radioterapia estereotáxica abdominal, a nível hepático (segmento VI) e mesentérico (ganglionar), mesmo esquema, que terminou em fevereiro de 2013, com boa tolerância.

Após 9 meses, em novembro de 2013, foi submetido a novo tratamento de radioterapia estereotáxica à região supraclavicular esquerda na dose total de 60 Gy, em 8 frações de 7,5 Gy. Além disso, tratou com a mesma técnica, simultaneamente, dois focos metastáticos na região torácica e abdominal, na dose total de 50 Gy em 10 frações de 5 Gy, com boa tolerância.

A PET-CT de março de 2014, revelou resposta completa nas áreas tratadas.

Após 7 meses, faz novo tratamento de SBRT por recidiva a nível abdominal, nomeadamente a duas lesões localizadas na região peri-pancreática e lombo-aórtica. Terminou em junho de 2014, tendo efectuado uma dose total de 36 Gy, em 3 frações de 12 Gy. Tolerou bem o tratamento, referindo pela primeira vez queixas de astenia acentuada.

5 meses depois regressa para outro curso de tratamento por metastização cerebral, tendo sido submetido a radioterapia holocraniana com técnica de intensidade modulada (IMRT) com preservação dos hipocampos, na dose total de 40 Gy em frações de 2,5 Gy. O doente terminou em novembro de 2014, data do último follow-up, e tolerou razoavelmente bem o tratamento, mantendo astenia.

**Discussão e conclusão:** O papel ablativo da SBRT no cenário de metastização é objeto de crescente atenção nos últimos anos devido à sua segurança, não invasividade e eficácia demonstrada por vários estudos em diferentes cenários.

Enquanto o tratamento sistémico continua a ser a base da abordagem terapêutica neste tipo de doença, a radioterapia com doses ablativas de todas as metástases poderia potencialmente melhorar o seu resultado, tal como foi verificado no presente caso clínico. Na era da gestão multidisciplinar, a SBRT deve configurar uma importante opção no seu controlo local. No entanto, serão necessários mais estudos prospetivos para avaliar a integração da SBRT no tratamento destes doentes.

## PO03 | IMPACTO DO TRATAMENTO CURATIVO DO CANCRO GÁSTRICO NA QUALIDADE DE VIDA DOS SOBREVIVENTES

Tânia Duarte(1); André Ferreira(1); Ana Carolina Vasques(1);  
Vanessa Duarte Branco(1); José Pereira(1); Mariana Malheiro(1); Ana Martins(1)

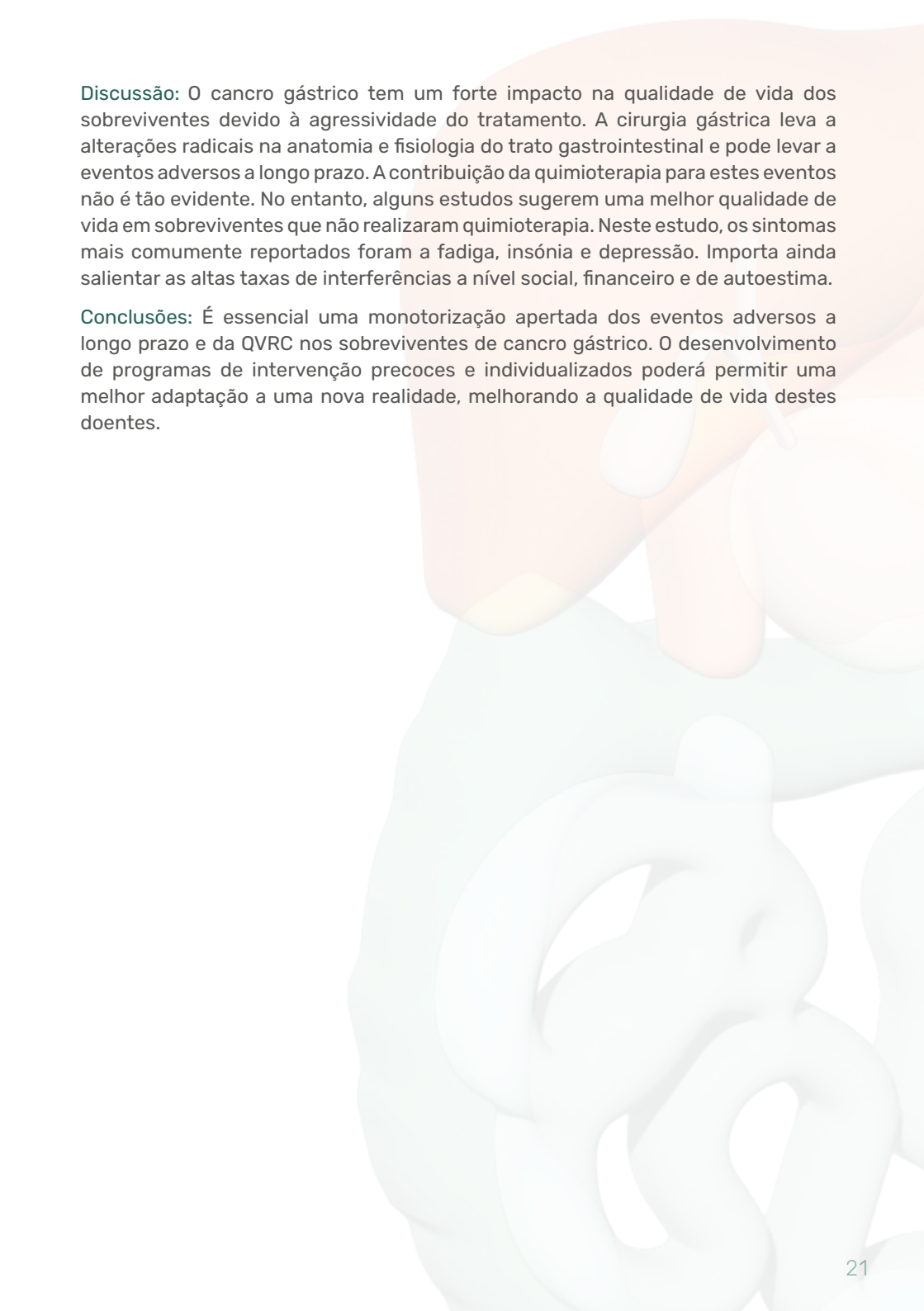
(1) CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL E.P.E.

**Introdução:** Nos últimos anos, o número de sobreviventes de cancro gástrico tem vindo a aumentar e estes experienciam alterações fisiológicas, psicológicas, funcionais e sociais decorrentes do tratamento oncológico. A cirurgia é o único tratamento curativo na doença loco-regional; e a quimioterapia peri-operatória, quando indicada, em associação com a estratégia cirúrgica, tem como objetivo aumentar a sobrevida destes doentes.

**Objetivos:** O objetivo deste estudo é determinar os eventos adversos a longo prazo e a qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRC) nos sobreviventes de cancro gástrico tratados com intuito curativo.

**Métodos:** Conduzimos um estudo observacional e transversal em Julho de 2022 sobre os sobreviventes de cancro gástrico tratados com intuito curativo entre Janeiro 2014 e Dezembro 2017 num Serviço de Oncologia de um Hospital Central. Os dados demográficos e clínico-patológicos foram obtidos através da consulta do processo clínico e para averiguar a existência de eventos adversos a longo prazo e a QVRC foram realizados dois questionários, o *European Organization for Research and Treatment of Cancer core questionnaire* (EORTC QLQ-C30) e o seu complemento específico para cancro gástrico (EORTC QLQ-STO22).

**Resultados:** Um total de 18 sobreviventes de cancro gástrico completaram os questionários, dos quais 72% eram homens, com média de idades de 77 anos (57-88 anos), 61% tinham sido diagnosticados com cancro gástrico estágio III e os restantes com estágio IIA (AJCC 8ª edição). 67% foram submetidos a gastrectomia total e os outros a gastrectomia subtotal. Todos os doentes realizaram esquema de quimioterapia peri-operatória com epirrubina, cisplatina e 5-fluorouracil ou capecitabina (ECF/X). No EORTC QLQ-C30, o sintoma geral mais relatado foi a fadiga (77%); 55% relataram insónia, 28% perda de apetite e 11% diarreia; 50% referiram sentir-se deprimidos; 44% notaram interferências associadas à doença ou tratamento nas atividades sociais e 39% mencionaram que a doença e/ou tratamento causaram problemas financeiros. No questionário específico para cancro gástrico, o EORTC QLQ-STO22, 44% referiram sensação de enfartamento após início da refeição, 39% referiram sentir-se fisicamente menos atraente como resultado da doença ou tratamento, 33% sentiam-se preocupados com o seu baixo peso e 11% referiram ingestão de líquidos com sabor diferente do habitual.



**Discussão:** O cancro gástrico tem um forte impacto na qualidade de vida dos sobreviventes devido à agressividade do tratamento. A cirurgia gástrica leva a alterações radicais na anatomia e fisiologia do trato gastrointestinal e pode levar a eventos adversos a longo prazo. A contribuição da quimioterapia para estes eventos não é tão evidente. No entanto, alguns estudos sugerem uma melhor qualidade de vida em sobreviventes que não realizaram quimioterapia. Neste estudo, os sintomas mais comumente reportados foram a fadiga, insónia e depressão. Importa ainda salientar as altas taxas de interferências a nível social, financeiro e de autoestima.

**Conclusões:** É essencial uma monitorização apertada dos eventos adversos a longo prazo e da QVRC nos sobreviventes de cancro gástrico. O desenvolvimento de programas de intervenção precoces e individualizados poderá permitir uma melhor adaptação a uma nova realidade, melhorando a qualidade de vida destes doentes.

## **PO06 | O VALOR DO ÍNDICE PROGNÓSTICO NUTRICIONAL NOS RESULTADOS CLÍNICOS DOS DOENTES COM ADENOCARCINOMA GÁSTRICO TRATADOS COM PROTOCOLO FLOT**

RAQUEL ROMÃO(1); Rita Pichel(1); João Coelho(1); Ana Mendes(1); Ridhi Ranchor(1); Maria João Ramos(1); Sérgio Xavier Azevedo(1); Alexandra Araújo(1); António Araújo(1)

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

**Introdução:** O cancro gástrico é a sexta neoplasia com maior incidência a nível mundial, de acordo com os dados do GLOBOCAN 2020, e associa-se a baixas taxas de sobrevivência. A quimioterapia perioperatória com o protocolo FLOT (5-Fluorouracilo, Leucovorin, Oxaliplatina e Docetaxel) é atualmente o *standard of care* no adenocarcinoma gástrico em estadio cT2-4 N0-3 M0.

A desnutrição está associada a mau prognóstico em diversos tipos de tumores. O índice prognóstico nutricional (IPN), calculado com base na concentração de albumina sérica e na contagem de linfócitos no sangue periférico, tem ganhado destaque pela sua conveniência, facilidade de aplicação clínica e valor prognóstico.

**Objetivo:** Avaliar o impacto prognóstico do IPN nos doentes com adenocarcinoma gástrico/transição esofagógastrica tratados com o protocolo FLOT.

**Material e Métodos:** Estudo retrospectivo, observacional, unicêntrico, com inclusão de todos os doentes com adenocarcinoma gástrico/transição esofagógastrica tipo I-III (cT2-4, N0-3, M0), que tenham recebido pelo menos um ciclo de tratamento com protocolo FLOT, entre 01/07/2017 e 01/01/2022. Os dados clínico-patológicos foram obtidos através da análise dos registos clínicos eletrónicos. A análise estatística foi realizada com recurso ao IBM SPSS v25, recorrendo às curvas de Kaplan-Meier para a análise de sobrevivência global (SG). O IPN foi calculado de acordo com a seguinte fórmula:  $10 \times \text{albumina sérica (g/dl)} + 0.005 \times \text{total contagem de linfócitos (por mm}^3\text{)}$ . O cut off para IPN foi calculado através da análise das curvas ROC.

**Resultados:** Identificados 66 doentes, 5 deles excluídos da análise por dados desconhecidos. Entre os 61 doentes incluídos, 40 (65.6%) eram do género masculino e 21 (34.4%) do feminino, com idade mediana de 66 anos (min-máx: 34-78). Trinta e sete (60.7%) doentes tinham ECOG 1, 23 (37.7%) ECOG 0, e 1 (1.6%) ECOG 2. Todos tinham diagnóstico histológico de adenocarcinoma, sendo o primário do estômago em 57 (93.4%) casos e da transição esofagógastrica em 4 (6.6%). Trinta e nove (63.9%) doentes apresentavam estágio III. A mediana do tempo de seguimento foi de 29 meses (IC 95%: 27.19 -30.8). Para um *cut off* de IPN estimado de 49, no global da amostra, a média do tempo de SG foi tendencialmente maior para  $\text{IPN} \geq 49$ ,

mas sem significado estatístico [48 meses (IC 95%: 41.73–54.27 vs 37 meses (IC 95%: 29.60–43.82);  $p= 0.082$ ]. Contudo, no subgrupo de doentes que completou a quimioterapia perioperatória verificou-se que a média do tempo de SG era significativamente maior para os doentes com  $IPN \geq 49$  [54 meses (IC 95%: 49.57–59.23 vs 37 meses (IC 95%: 29.16–44.18);  $p= 0.007$ ]. Esta correlação manteve-se na análise univariada, onde um baixo IPN estava associado a menor SG ( $p= 0.031$ ).

**Discussão/ Conclusão:** O IPN prévio ao início de tratamento parece ser um bom preditor de resultados a longo prazo para os doentes com adenocarcinoma gástrico tratados com protocolo FLOT. Os dados apresentados corroboram o impacto prognóstico negativo de um IPN baixo. Este trabalho reforça a importância da intervenção atempada no sentido de minimizar o efeito deletério da síndrome de anorexia-caquexia. A abordagem multidisciplinar assume um papel fundamental.

## PO10 | RADIOQUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE (ESQUEMA CROSS) NO TRATAMENTO DOS TUMORES DA JUNÇÃO ESÓFAGO-GÁSTRICA

Tomás Cabral Dinis(1); Inês Félix Pinto(1); Diana Correia(1);  
Leonor Santos Martins(1); Bruno Moura Fernandes(1); Inês Nobre-Góis(1);  
Margarida Borrego(1); Anabela Barros(1)

(1) CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

**Introdução:** O cancro do esófago constitui um problema de saúde global, pela sua elevada mortalidade e crescente incidência, especialmente do subtipo histológico adenocarcinoma (ADC). A abordagem curativa ótima para o carcinoma localmente avançado da junção esófago-gástrica (JEG) permanece ainda em debate. Resultados recentes mostraram que a abordagem neoadjuvante com radioquimioterapia (esquema CROSS), apesar de não conferir ganho de sobrevivência, permite alcançar uma maior taxa de resseções cirúrgicas completas (RO) e de respostas patológicas completas (cPR), em comparação à quimioterapia (QT) peri-operatória.

**Objetivos:** Avaliar toxicidade, resposta à terapêutica e sobrevivências após radioquimioterapia (RQT) neoadjuvante em doentes com tumores da JEG.

**Material e métodos:** Incluídos doentes com tumores da JEG não metastáticos, submetidos a RQT neoadjuvante entre 01/2016 e 12/2021. Determinadas resposta à terapêutica, toxicidade aguda, pela escala CTCAE 5.0, e sobrevivência por Kaplan-Meier.  $\alpha=0,05$ .

**Resultados:** Incluídos 17 doentes, 88,2% do sexo masculino, idade mediana 65 anos (37-84). Hábitos tabágicos 47,1% e etílicos 60%. Sintomas mais frequentes ao diagnóstico foram perda ponderal (81,3%) e disfagia (76,5%). A maioria são adenocarcinoma 64,7%, 94,1% cT3 e 58,8% cN+.

O estadiamento inicial de doença foi realizado por Tomografia Computorizada tóraco-abdomino-pélvica (TC-TAP), tendo 88,2% dos doentes realizado também PET-CT [18F]-FDG (PET), verificando-se um SUVmax mediano 11,8 (5,2-22,1).

Todos os doentes foram tratados com técnica VMAT (*volumetric arc therapy*), tendo sido administrada uma dose de 41,4Gy/23F/4,5S (1,8Gy/F) em 94,1%. Apenas um doente (5,9%) não concluiu o tratamento de Radioterapia (RT), por toxicidade. Todos os doentes realizaram QT concomitante, com Carboplatina + Paclitaxel, tendo 29,4% destes interrompido, por toxicidade hematológica.

A toxicidade aguda mais frequente foi hematológica (58,8% G1/2 e 17,6% G3), com Leucopenia G3 em 11,8% e neutropenia G3 em 5,9% dos doentes. Verificou-se perda de peso em 41,2% dos doentes G1/2.

A reavaliação foi realizada ao fim de uma mediana de 7 semanas (4 - 8), por PET em 94,1% dos doentes, registando-se um SUVmax mediano 1,6 (0-10,2), com uma



redução mediana de 8,75 (3,40-16,10). O SUVmax mediano em doentes com ADC foi 0 (0 - 4,3), inferior àquele verificado em doentes com subtipo histológico não-ADC: 4,9 (0 - 10,2) ( $t = 2,906$ ;  $p = 0,012$ ). Em todos os doentes foi verificada resposta metabólica, tendo sido completa em 50% dos doentes.

82,4% dos doentes foram submetidos a cirurgia, todas R0, sendo que 57,1% não tiveram complicações pós-operatórias. Verificou-se resposta patológica completa em 28,6% dos doentes e, dos doentes inicialmente cN+, 80% ypN0. Verificou-se que, apesar de 70% dos doentes com ADC terem registado resposta metabólica completa em PET de reavaliação prévia à cirurgia, apenas 22,2% apresentaram resposta patológica completa.

Com *follow-up* mediano de 10 meses, as sobrevivências a 1 ano: global (SG) 37,5%, específica de doença (SED) 70,7%, livre de doença (SLD) 60,5% e livre de doença loco-regional (SLDLR) 84,7%. Apesar de não se verificar diferença estatisticamente significativa, os doentes com resposta clínica completa em PET de reavaliação apresentaram, a 1 ano, SG de 50%, enquanto que os restantes, 28,6% ( $p=0,334$ ).

**Conclusões:** A RQT neoadjuvante mostrou ser uma estratégia com toxicidade aceitável, tendo apresentado resultados oncológicos e cirúrgicos favoráveis, semelhantes àqueles reportados na literatura. O subtipo histológico mostrou ser um fator com influência, tanto no que ao comportamento metabólico tumoral avaliado em PET diz respeito, como na resposta patológica ao tratamento, o que vai de encontro à evidência atual. Deverão ser considerados uma amostra e *follow-up* mais alargados, de forma a permitir aumentar o poder estatístico da análise.

## **PO11 | CASUÍSTICA DE CANCRO DIGESTIVO EM 6 MESES NUM INTERNAMENTO DE ONCOLOGIA MÉDICA DE UM HOSPITAL DE GRUPO II**

José Ferreira(1); Beatriz Gosalbes(1); Filipa Luis Simões(1); Julio Teixeira(1); Lucy Fatima Alves(1); Ana Raquel Fortuna(1)

(1) CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE

**Introdução:** O cancro digestivo corresponde a cerca de ¼ de todos os casos de cancro e a aproximadamente 1/3 da mortalidade. Inclui uma grande e variada quantidade de tumores, com origem nos órgãos do tubo digestivo, desde o esófago ao canal anal, assim como nos órgãos que exercem funções digestivas, como o pâncreas ou o fígado.

**Objetivos:** O objetivo deste trabalho é apresentar a casuística de doentes com cancro digestivo num serviço de internamento durante os primeiros 6 meses de 2022, num hospital de grupo II.

**Material e métodos:** Estudo descritivo, retrospectivo. Foram incluídos todos os episódios de internamento de doentes com cancro digestivo, incluído tumores com origem hepato-bílio-pancreática, internados ao cargo da Oncologia Médica, num hospital de grupo II, de 1 de janeiro de 2022 a 30 de junho de 2022.

**Resultados:** Foram identificados um total de 66 episódios de internamento ao cargo da Oncologia Médica.

A média de dias de internamento foi de 17.7 dias (1 – 83 dias), com idade média de 65.3 anos.

Dezassete (25.8%) destes corresponderam a tumores de origem pancreática, 15 (22.7%) com primários do cólon, 10 (15.1%) tumores gástricos, 6 (9.1%) com origem no reto, 6 (9.1%) com tumores primários nas vias biliares, 5 com origem no intestino delgado, 4 do esófago, 2 carcinomas hepatocelulares (CHC) e 1 tumor com origem gastrointestinal, sem primário identificado.

Foi avaliado o motivo principal que motivou o internamento, sendo separado em 3 categorias principais, motivos relacionados com a doença, toxicidades de tratamento e causas infecciosas.

O total de episódios que tiveram o principal motivo relacionado com a doença foi de 43 (65.2%), 9 (13.6%) foram relacionados com toxicidade e 14 (21.2%) tiveram uma causa infecciosa não relacionada o tratamento. A referir, que dos 43 casos internados por doença, 10 corresponderam a icterícia obstrutiva. Das toxicidades, a referir a gastrointestinal e hematológica, tendo motivado internamento em 5 e 3 casos, respetivamente.

Dos 66 episódios de internamento, 32 (48.5%) tiveram alta para consulta externa de Oncologia Médica ou Cuidados Paliativos. Catorze (21.2%) foram transferidos para o cuidado da Unidade de Cuidados Paliativos, sendo que destes 11 faleceram durante o internamento e 1 nos 30 dias após a alta.

A taxa de mortalidade global foi de 41% (27 mortes), sendo que 16 (24.2%) faleceram ao cuidado da Oncologia Médica. A mortalidade global aos 30 dias foi de 51%.

É importante referir que 6 (22.2% do total) mortes foram de doente com cancro do pâncreas em estádios avançados, tumor este que corresponde a cerca de 10% dos cancros digestivos a nível global. Certos tumores tiveram taxas de mortalidade (TM) durante o internamento dispare, nomeadamente os tumores do cólon apresentaram uma TM de 20%, já os CHC e tumores do esófago, com 100% e 75%, respetivamente.

**Discussão e conclusão:** Globalmente, dos resultados obtidos, é possível constatar uma elevada taxa de mortalidade associada ao cancro digestivo, em contexto de internamento. Também é possível constatar que em certos tumores, apesar de prevalências mais baixas, dadas características da doença, tendem a requerer frequentemente internamento, muitas vezes com desfechos negativos. Como exemplo temos o cancro do pâncreas, que com uma prevalência de cerca de 10% dos cancros digestivos, apresentou uma percentagem de internamentos e mortes bem superiores (25.8% e 22.2%, respetivamente).

Consideramos relevante referir, que quando não é possível à Unidade de Cuidados Paliativos, por falta de recursos, prestar os cuidados adequados a todos os doentes em necessidade, frequentemente cabe ao oncologista oferecer os melhores cuidados de suporte. Esta situação faz parte do dia-a-dia no nosso hospital, havendo um grande número de doentes que são internados ao nosso cuidado, com neoplasias em estádios avançados, com intuito essencialmente paliativo. Esta situação ajuda a explicar os valores da mortalidade apresentados e levanta a questão da maior necessidade de investimento nesta área tão relevante e importante da Medicina moderna.

## PO14 | QUIMIORRADIOTERAPIA NEOADJUVANTE VERSUS DEFINITIVA NO CARCINOMA DO ESÓFAGO LOCALMENTE AVANÇADO: A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Ridhi Ranchor(1); Rita Pichel(1); João Coelho(1); Maria João Ramos(1); Raquel Romão(1); Ana Sofia Mendes(1); Sérgio Xavier Azevedo(1); Alexandra Araújo(1); António Araújo(1)

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

**Introdução:** O carcinoma do esófago apresenta-se, frequentemente, num estadio localmente avançado. Neste contexto, o tratamento *standard* consiste na quimiorradioterapia neoadjuvante seguida de cirurgia (QTRTn) ou quimiorradioterapia definitiva (QTRTd). A decisão entre as duas estratégias tem em linha de conta as condições do doente (*performance status* e comorbilidades), a ressecabilidade, o tipo histológico e a localização anatómica do tumor.

**Objetivos:** Caracterização clínico-patológica dos doentes com carcinoma do esófago localmente avançado tratados com QTRTn e QTRTd; caracterização dos padrões evolutivos oncológicos entre os 2 grupos – sobrevivência livre de doença e sobrevivência global aos 3 anos (3-A DFS e 3-A OS, respetivamente).

**Material e Métodos:** Análise retrospectiva dos doentes com carcinoma do esófago localmente avançado (cT2-4, N0-2, M0) tratados no CHUPorto, entre 01/01/2014 a 31/12/2018, com QTRTn ou QTRTd. A análise estatística foi realizada com recurso ao SPSS v.26. O método de *Kaplan-Meier* foi aplicado para a análise de sobrevivência.

**Resultados:** Foram identificados 20 doentes com carcinoma do esófago, dos quais 16 (80%) apresentaram ECOG PS 1. 15 doentes (75%) eram homens e a idade mediana foi de 62 anos (44-83). O carcinoma epidermoide foi o tipo histológico mais comum (n=18; 90%). A localização anatómica mais comum foi a torácica (n=14, 70%) seguida da cervical (n=3; 15%) e abdominal (n=3; 15%). 10 doentes (50%) realizaram uma estratégia terapêutica pré-operatória com Carboplatina/Paclitaxel concomitante com radioterapia (41.4 Gy/23 frações); os restantes (n=10; 50%) realizaram tratamento radical com esquema 5-Fluorouracilo/Cisplatina concomitante com radioterapia (50.4 Gy/28 frações). A DFS aos 3 anos foi de 50% para a QTRTn e QTRTd (HR= 1.115, 95% IC 0.322-3.863, p=0.863). Na estratégia definitiva a maioria das recidivas foram locorregionais (3/5) enquanto que na estratégia neoadjuvante foram sob a forma de metastização à distância (3/5). A OS aos 3 anos foi de 40% para a QTRTn e de 20% para a QTRTd (HR= 1.474, 95% IC 0.509-4.272, p=0.475).

**Discussão:** Os carcinomas epidermoides apresentam recidivas, maioritariamente, locorregionais ao contrário dos adenocarcinomas que apresentam, maioritariamente, recidivas à distância. Ambos os braços apresentaram uma DFS aos 3 anos de 50%; contudo, ressalva-se que o padrão de recidiva diferiu em ambos os grupos. O grupo tratado com QTRTd incluiu 3 doentes com carcinoma epidermoide do esófago cervical; os restantes casos tratavam-se de doentes com tumores irresssecáveis (não cervicais) ou de doentes que não apresentavam um estado geral compatível com um procedimento cirúrgico. Assim, tal poderá justificar a pior 3-A OS verificada no braço da QTRTd, embora não se tenha verificado diferença estatisticamente significativa entre os 2 grupos.

**Conclusão:** Não se verificou diferença estatisticamente significativa na 3-A OS e na 3-A DFS nos doentes com carcinoma do esófago localmente avançado submetidos a QTRTn ou QTRTd. Assim, a escolha da melhor estratégia a adotar em cada doente deve ser personalizada considerando o estado geral do doente, as características da doença, tolerabilidade e toxicidades inerentes às duas modalidades. O facto de se tratar de um estudo retrospectivo com um número reduzido de doentes limita a interpretação destes dados. Ainda assim, estes dados corroboram a evidência científica que não mostra diferença estatisticamente significativa na OS entre a QTRTn e a QTRTd, questionando o papel da cirurgia no contexto do estadió localmente avançado.

## **PO15 | AVALIAÇÃO DE RESPOSTA EM DOENTES COM CANCRO DO ESÓFAGO SUBMETIDOS A ESQUEMA CROSS**

José Miguel Rocha(1); Jorge r. Rodrigues(1); Ana Raquel Fontes(1); Camila Carvalho de Oliveira(1); Maurício Peixoto(1); Diana Freitas(1); Elisabete Couto(1); Ana Marques(1); Filipa Pereira(1); Rui Nabiço(1)

(1) HOSPITAL DE BRAGA

**Introdução:** O cancro esofágico é a sétima neoplasia mais comum e a sexta causa de morte relacionada com o cancro a nível mundial, com uma incidência de 604 000 novos casos/ano e uma mortalidade estimada de cerca de 544 000 casos em 2020.

O tratamento destes doentes está na dependência de vários fatores, nomeadamente o subtipo histológico, o estadio clínico, localização do tumor e fatores relacionados com o doente como o status funcional e comorbilidades. Na doença localmente avançada e ressecável, a cirurgia é a base do tratamento, sendo que terapêutica neoadjuvante com quimioterapia (QT) ou quimiorradioterapia (QT/RT), tem demonstrado aumentar a frequência de margens de ressecção livres de doença (RO) e a sobrevivência deste grupo de doentes.

O estudo CROSS (Chemoradiotherapy for Oesophageal Cancer Followed by Surgery Study), um ensaio de fase 3, comparou a sobrevivência global dos doentes com cancro do esófago localmente avançado e ressecável submetidos a esquema de QT/RT (carboplatina-paclitaxel semanal com 41.4Gy em 23 frações concomitante) seguido de esofagectomia vs doentes submetidos a cirurgia isoladamente. Os resultados demonstraram uma sobrevivência global favorável para o grupo submetido ao esquema CROSS, para ambos os subtipos histológicos de cancro do esófago, com um perfil de tolerância aceitável e sem aumento da morbimortalidade pós-cirúrgica.

**Objetivos:** O presente trabalho tem como objetivo principal avaliar os outcomes de sobrevivência global e de sobrevivência livre de doença em doentes com cancro do esófago localmente avançado e ressecável submetidos a tratamento com esquema CROSS no Hospital de Braga. Como objetivo secundário, visa identificar efeitos adversos e toxicidades frequentes neste grupo de doentes, bem como complicações pós-cirúrgicas.

**Material e Métodos:** Estudo observacional, longitudinal e retrospectivo com análise de dados de doentes diagnosticados com cancro do esófago submetidos a tratamento com esquema CROSS no Hospital de Braga, num período compreendido entre Novembro de 2016 até Maio de 2022. Revisão de dados clínico-patológicos, toxicidades mais frequentes e complicações cirúrgicas, bem como, análise de sobrevivência global (SG) e sobrevivência livre de doença (SLD).

**Resultados:** Durante o período avaliado, 30 doentes foram diagnosticados com neoplasia maligna do esófago e submetidos a esquema CROSS no Hospital de Braga, sendo a maioria do género masculino (60%) com idade média ao diagnóstico de 64 anos. Em relação ao subtipo histológico, 17 doentes (56,7%) foram diagnosticados com carcinoma epidermóide e 13 (43,3%) com adenocarcinoma, sendo a localização mais comum o esófago distal (n=13, 43,3%). Quanto ao estadiamento clínico, de acordo com a classificação da American Joint Committee on Cancer 8th edition, a maioria dos doentes apresentava-se no estadio III (n=20, 66,6%). Todos os doentes foram submetidos a QT/RT neoadjuvante, tendo-se obtido resposta patológica completa em apenas 4 doentes (13,3%). Os efeitos adversos mais frequentemente registados durante o tratamento neoadjuvante foram anemia (n=33), trombocitopenia (n=31) e neutropenia (n=26); dos eventos adversos registados, 6 foram classificados como grau 3 (onde se inclui anemia, neutropenia, odinofagia e mucosite), implicando a interrupção da QT em 4 doentes (13,3%) e interrupção da QT e da RT num doente (3,3%). Dois doentes não realizaram cirurgia, por critérios de ordem clínica ou por critérios de irressecabilidade da doença. Foram registadas complicações pós-operatórias em 14 doentes (46,7%), sendo a fístula cervical e o choque hipovolémico as complicações mais representadas, responsáveis por dois casos cada (6,7% cada). Oito doentes (26,7%) apresentaram recidiva de doença, sendo a mediana de SLD ainda não alcançada (mediana de SLD estimada de 23,7 meses). Foram registados 10 óbitos (33,3%), sendo a mediana da SG ainda não alcançada (mediana de SG estimada de 60,0 meses).

**Discussão:** Atualmente o esquema CROSS é considerado o tratamento standard para cancro do esófago localmente avançado e ressecável. Os resultados desta análise permitem corroborar os resultados do ensaio, em que se regista um intervalo livre de doença estimado de quase dois anos, com um perfil de tolerância/toxicidade aceitável, maioritariamente do foro hematológico. Complicações após a cirurgia ocorreram em quase metade dos casos.

**Conclusão:** O cancro do esófago é diagnosticado maioritariamente em idade elevada, muitas vezes em estadios avançados, o que exige uma avaliação e abordagem multidisciplinar para a seleção adequada de doentes candidatos a terapêutica neoadjuvante e cirúrgica. A antecipação e a gestão adequada da toxicidade, assim como, a implementação de estratégias de reabilitação funcional após a intervenção cirúrgica é de primordial importância para a obtenção, não só de ganhos a nível de sobrevivência, mas também impedindo limitações funcionais e conseqüente decréscimo na qualidade de vida dos doentes.

## **PO16 | O PAPEL DA RELAÇÃO PLAQUETAS/LINFÓCITOS (PLR) NA PERSONALIZAÇÃO DA TERAPÊUTICA DOS DOENTES COM CANCRO GÁSTRICO**

Ana Rita Oliveira Ferreira(1); Mariana Santos(1); Andreia Amado(1); Hugo Pereira(1); Daniel Martins(1); Amélia Tavares(1); Fernando Viveiros(1); Silvio Vale(1); Bela Pereira(1); Manuel Oliveira(1)

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

**Introdução:** A estratificação dos doentes com cancro gástrico por subgrupos permitiria individualizar a terapêutica e, como tal, tenta-se encontrar cada vez mais fatores para a sua avaliação.

Nesse sentido, a relação entre o cancro e a inflamação tem sido amplamente estudada e os biomarcadores inflamatórios, nomeadamente a Relação Plaquetas Linfócitos (PLR), podem ter um papel relevante como preditor de prognóstico.

**Objetivo:** Avaliar o potencial clínico da PLR como um novo preditor de prognóstico ou de identificação de grupos de maior risco.

**Material e Métodos:** Estudo retrospectivo, unicêntrico, com a duração de seis anos, com consulta de processos clínicos e colheita de dados.

**Resultados:** Os autores apresentam um estudo retrospectivo dos doentes submetidos a ressecção gástrica com intuito curativo na nossa instituição (n=155), em que 63% eram do sexo masculino, idade média de 66,5 anos, e ECOG de 0 e 1 em 68%.

Calculou-se a PLR pelos dados analíticos no máximo 1 mês prévio a qualquer tratamento. Estabeleceu-se o valor de cut off de 9,4 (através da curva ROC, Sensibilidade 68% e Especificidade 41%) e a amostra foi dividida em dois grupos: PLR elevada (n=75) e PLR baixa (n=80).

No grupo com elevada PLR verificou-se maior prevalência dos estádios III/IV ( $p=0.01$ ), maior prevalência de metastização ganglionar (64% versus 49%,  $p=0.05$ ), maior taxa de recorrência (23 versus 11 doentes,  $p=0.01$ ) e diminuição significativa da sobrevida livre de doença (48,3 versus 69,3 meses,  $p=0.001$ ). Registou-se no grupo PLR elevada maior mortalidade por cancro ( $p=0.01$ ) e menor sobrevida global (50.2 versus 69.5 meses,  $p=0.001$ ).

**Conclusão:** A inclusão do cálculo da PLR ao diagnóstico na avaliação dos doentes com cancro gástrico parece útil e com muito interesse para reconhecimento de grupos com pior prognóstico. A determinação da PLR permite identificar os doentes com maior risco de doença agressiva, os quais beneficiarão de uma terapêutica individualizada e mais intensiva.



## PO17 | GENOTIPAGEM DPYD EM DOENTES SUBMETIDOS A TRATAMENTO COM FLUOROPIRIMIDINAS- EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Ana Barbosa(1); João Barbosa Martins(1); Joana Mendonça(1); Bárbara Lima(1); Ana Sofia Rolo(1); Liliana Oliveira(1); Carolina Carvalho(1); Ilda Faustino(1); Alexandra Teixeira(1); Camila Coutinho(1)

(1) HOSPITAL SENHORA DA OLIVEIRA - GUIMARÃES

**Introdução:** As fluoropirimidinas (FP), das quais se destacam o 5-fluorouracilo (5-FU) e a capecitabina, são fármacos antineoplásicos amplamente usados em Oncologia.

Os doentes que realizam estes fármacos podem apresentar toxicidade grave pela presença de variações genéticas germinativas no gene DPYD. A deficiência parcial da enzima hepática dihidropirimidina desidrogenase (DPD), que inativa 80-90% de 5-FU em 5,6-dihidro-fluorouracilo, está presente em 3-8% da população caucasiana. No entanto, na população portuguesa a prevalência da deficiência da DPD é desconhecida.

Para uma prática clínica mais segura está recomendada a pesquisa de quatro variantes do gene DPYD, associados a menor atividade da DPD: *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 FP e das toxicidades  $G \geq 3$  apresentadas num hospital português.

**MÉTODOS:** Estudo observacional, unicêntrico, que incluiu todos os doentes elegíveis para tratamento com FP entre março de 2021 e agosto de 2022, e que realizaram teste genético para a pesquisa de mutações no gene DPYD.

Os dados foram colhidos através da análise dos processos clínicos.

**Resultados:** Foi incluído um total de 240 doentes que realizaram teste genético para a avaliação de presença de mutações no gene DPYD. Estas estavam presentes em heterozigotia em 14 doentes, com uma prevalência de 5,8%.

As variantes alélicas mais frequentes (presentes em igual número de doentes) foram: *c.2846A>T* (37,5%) e *DPYD\*2A* (35,7%). A variante alélica mutada Hap3/1236G>A estava presente em 28,6% (4 doentes). A variante *DPYD\*13* não estava presente em nenhum caso.

Demograficamente, a distribuição por géneros foi equitativa, sendo a idade média da amostra de 59 anos (35-82 anos).

Relativamente ao intuito do tratamento dos doentes, este foi maioritariamente paliativo (57,12%). Quanto à localização do tumor, 42,9% (6 doentes) apresentava localização colorretal.

A toxicidade  $G \geq 3$  hematológica foi observada em 28,6% dos doentes (4) e a mucosite  $G \geq 3$  em 14,3% dos doentes (2), sendo que todos eram portadores da variante alélica DPYD\*2A.

**Conclusão:** A prevalência de 5,8% de variantes genéticas DPYD está de acordo com o que se encontra descrito na literatura. Também descrita é a associação da variante alélica DPYD\*2A, a variante mais amplamente estudada, a maior toxicidade.

A genotipagem prospetiva de DPYD é um método exequível que permite uma prática clínica mais segura na prevenção de toxicidades potencialmente fatais.

## PO18 | NEORAS NO CANCRO COLORECTAL METASTÁTICO - EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Inês Ferreira Gomes(1); Cecília Caramujo(1); Teresa Fraga(1); Judy Paulo(1);  
Paula Jacinto(1); Nuno Bonito(1); Marta Viegas(1); Gabriela Sousa(1)

(1) INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA COIMBRA

**Introdução:** As mutações RAS no cancro colorrectal metastático (mCCR) são predictoras de não resposta à terapêutica com anti-EGFR, sendo que ~7% dos tumores RAS mutados (RASm) ao diagnóstico alteram o *status* mutacional para NeORAS (RAS *wildtype*), influenciando o *continuum of care* destes doentes.

**Objetivos:** Análise descritiva de doentes com mCCR, RAS mutados ao diagnóstico, cujo *status* mutacional alterou para NeORAS. Avaliação da resposta ao tratamento de 3ª linha com anti-EGFR e análise dos intervalos livres de progressão (ILP) e sobrevivência global (SBG) neste grupo de doentes.

**Métodos:** Estudo retrospectivo, (janeiro/2019 – presente) com 9 doentes mCCR, nos quais foi identificado NeORAS, em biópsia líquida, após a 2ª progressão. A determinação das variantes nos genes KRAS e NRAS foi realizada por RT-PCR utilizando os *kits* RAS Mutation Test V2 (Roche®) e, BRAF/NRAS Mutation Test (Roche®) respectivamente.

Descrevem-se as seguintes variáveis: 1 – idade em anos; 2 – sexo; 3 – estágio inicial; 4 – locais de metastização; 5 – RASm inicial no tecido; 6 – 1ª linha de tratamento; 7 – ILP em meses após 1º linha; 8 – 2ª linha de tratamento; 9 – ILP após 2ª linha; 10 – ILP após 3ª linha (irinotecano+cetuximab); 11 – SBG em anos. Análise de sobrevivência segundo método *Kaplan-Meier*.

**Resultados:**

### **Doente 1:**

1 – 82; 2 – masculino; 3 – II; 4 – pulmão; 5 – KRAS codão-G12; 6 – FOLFOX>DeGramont; 7 – 26,4; 8 – FOLFIRI; 9 – 14,2; em controlo clínico após metastasectomia pulmonar.

### **Doente 2:**

1 – 69; 2 – feminino; 3 – II; 4 – cérebro; 5 – KRAS codão G13; 6 – FOLFIRI+bevacizumab; 7 – 14,2; 8 – FOLFOX+bevacizumab; 9 – 15,4; 10 – 3,1; 11 – 4,4.

### **Doente 3:**

1 – 78; 2 – masculino; 3 – III; 4 – fígado; 5 – NRAS codão Q61; 6 – FOLFIRI+bevacizumab; 7 – 5,6; 8 – FOLFOX; 9 – 4,0; 10 – 8,6; 11 – 3,8.

### **Doente 4:**

1 – 65; 2 – masculino; 3 – IV; 4 – fígado; 5 – KRAS codão G12; 6 – FOLFIRI+bevacizumab; 7 – 23,2; 8 – FOLFOX+bevacizumab; 9 – 4,8; 10 – 7,5; 11 – 3,9.

**Doente 5:**

1 - 76; 2 - masculino; 3 - IV; 4 - fígado; 5 - KRAS codão G13; 6 - FOLFIRI; 7 - 10,3; 8 - FOLFOX; 9 - 6,5; 10 - 4,6; 11 - 1,8.

**Doente 6:**

1 - 66; 2 - feminino; 3 - III; 4 - fígado; 5 - KRAS codão G12; 6 - FOLFIRI+bevacizumab>CAPIRI; 7 - 13,2; 8 - FOLFOX; 9 - 11,0; sob tratamento.

**Doente 7:**

1 - 60; 2 - masculino; 3 - IV; 4 - pulmão e fígado; 5 - KRAS codão G13; 6 - FOLFOX+bevacizumab; 7 - 11,5; 8 - FOLFIRI; 9 - 7,1; 10 - 2,0; 11 - 2,2.

**Doente 8:**

1 - 55; 2 - masculino; 3 - IV; 4 - fígado e ganglionar; 5 - KRAS codão G12; 6 - FOLFIRI; 7 - 4,0; 8 - FOLFOX+bevacizumab; 9 - 11,9; 10 - 4,2; 11 - 1,9.

**Doente 9:**

1 - 67; 2 - masculino; 3 - IV; 4 - fígado; 5 - KRAS codão G13; 6 - FOLFIRI+bevacizumab; 7 - 15,3; 8 - CAPOX; 9 - 11,0; sob tratamento.

**Discussão:** Verificou-se uma SBG estimada de 3 anos neste grupo de doentes, sendo o ILP médio de 13,7 meses após a 1ª linha de tratamento, 9,5 meses após 2ª linha e 5,3 meses após a 3ª linha. Na amostra, 3 doentes permanecem vivos, um deles em controlo clínico após metastasectomia pulmonar. Relativamente à localização da doença metastática, doentes com mais do que um local de metastização tiveram um SBG menor ( $p>0,05$ ), não sendo possível estabelecer relação entre a localização das metástases e a SBG, dado pequeno número e assimetria da amostra.

Com estes resultados, verificamos resultados ligeiramente inferiores nos doentes com RASm codão G13 (SBG de 2,8 anos, mas  $p>0,05$ ).

Atualmente, alguns ensaios visam avaliar os resultados da utilização de anti-EGFR nestes doentes, permitindo no futuro ter uma noção mais real da sua incidência, bem como da melhor sequenciação terapêutica.

## **PO19 | EXPRESSÃO HER2 NO CARCINOMA HEPATOCELULAR E SEU SIGNIFICADO**

Denise Magalhães(1); Joana Dos Santos(1); Amaro Frutuoso(1);  
Alexandra Mesquita(1)

(1) Hospital Pedro Hispano, ULSM

**Introdução:** O HER2 (Human Epidermal Growth Factor Receptor 2) é membro da família de receptores de tirosina cinase, tendo sido identificado como oncogene e associado a mau prognóstico em múltiplos tumores. No carcinoma hepatocelular existem dados contraditórios quanto à expressão HER2 e o seu papel no desenvolvimento e progressão tumoral. Alguns estudos identificaram a expressão HER2 como um evento precoce na tumorigénese do hepatocarcinoma que diminui com a progressão e metastização. Foi ainda demonstrado em ratinhos que o tratamento com trastuzumab se associada a resposta local e diminuição de metastização.

**Objetivos:** Avaliação da expressão HER2 no carcinoma hepatocelular e correlação com características clinicopatológicas.

**Métodos:** Análise da expressão HER2 por imunohistoquímica (IHC) em material de biópsia ou ressecção tumoral de hepatocarcinoma diagnosticado entre 2010 e 2020. Para classificação da expressão HER2 foram utilizadas as recomendações validadas para o carcinoma gástrico. Foi feita avaliação retrospectiva das características clinicopatológicas.

**Resultados:** Foi realizada IHC em 57 amostras (30 biópsia e 27 peças cirúrgicas) de hepatocarcinoma provenientes de 54 doentes. Quanto às características clinicopatológicas, idade mediana ao diagnóstico de 71 anos, prevalência do sexo masculino (46 doentes). 61% (n=33) apresentava doença em estadio BCLC 0-A, 57% (n=31) apresentava lesão solitária. Cirrose hepática descrita em 59% (n=32). 44% (n=24) apresentava doença hepática alcoólica de base e 37% (n=20) hepatite vírica. 50% (n=27) foram submetidos a cirurgia.

Quanto à expressão HER2 foi identificada uma expressão membranar 1+/2+ em 4 doentes (7.4% - em 3 doentes 2+) e expressão citoplasmática em 2 doentes. 4 doentes encontravam-se em estadio BCLC 0-A e apresentavam lesão solitária, alfafetoproteína <400 ng/mL em todos, sem correlação entre as características clinicopatológicas e a expressão HER2. Apenas 1 doente com expressão HER2 2+ apresentava amostra na progressão tumoral, tendo-se verificado um desaparecimento da expressão HER2.

Quanto à análise de sobrevida não foi estabelecida nenhuma relação com o tempo livre de progressão e sobrevida global e o nível de expressão HER2.

**Conclusão:** A expressão HER2 é um evento raro no hepatocarcinoma, no entanto, tal como noutros estudos, parece ser um evento precoce na tumorigénese. Dada a crescente melhoria nos tratamentos anti-HER2 e a sua eficácia nos tumores com baixa expressão HER2 torna-se fulcral o esclarecimento da expressão HER2 no hepatocarcinoma e o eventual papel de uma terapêutica anti-HER2 em estadios iniciais. Adicionalmente importa ainda esclarecer o padrão de expressão HER2 no carcinoma hepatocelular e definir normas e avaliação e classificação desta expressão.

## PO20 | CANCRO DO ESÓFAGO: CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO

Miguel Simas(1); Kayla Pereira(1); Jorge Santos(1); m. Filomena Pina(1)

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

**Introdução:** As neoplasias esofágicas são a 7ª neoplasia mais comum e a 6ª causa de morte relacionada [KP1] com o cancro. É mais frequente no sexo masculino (4:1) e mais comumente diagnosticado entre a sexta e sétima décadas de vida. Existem dois grandes subtipos histológicos: pavimento celular (90%) (CPC) e adenocarcinoma (ADC). A Radioterapia (RT), quer em associação com a Quimioterapia (QT) ou com a Cirurgia, constitui uma das principais modalidades terapêuticas responsáveis por maior controlo tumoral locorregional e sobrevivência global. A sobrevida global aos 5 anos para tumores localizados é de 46% e com doença locorregional é de 26%.

**Objetivos:** Avaliar papel da RT no controlo local e na sobrevivência global em doentes com diagnóstico de cancro esofágico (CE)

**Material e Métodos:** Análise observacional, retrospectiva e unicêntrica que compreendeu os doentes com CE submetidos a RT, no Serviço de Radioterapia do Hospital Santa Maria, entre janeiro/2019 e janeiro/2022. A avaliação estatística foi processada através do software IBM SPSS®.

Foram incluídos uma total de 26 doentes, dos quais 2 do género feminino (7,7%) e 24 do sexo masculino (92,3%), com idade mediana ao diagnóstico de 66,5 anos.

Quanto ao estadiamento: 6 doentes estadio II, 13 doentes III, 6 doentes IVa e 1 doente IVb.

Localização dos tumores: esófago superior 34,6% (n=9), esófago médio 30,8% (n=8), esófago inferior 34,6% (n=9). Histologicamente 22 pavimento-celular (84,6%) e 4 adenocarcinoma (15,4%).

Todos os doentes foram submetidos a tratamentos de quimiorradioterapia, dos quais 6 apresentaram intuito neoadjuvante e os restantes, intuito definitivo. A dose total mediana foi 50,4Gy (41,4-60), o fracionamento mais comum foi 1,8Gy/fração(1,8-2,0). Tempo mediano de follow-up foi 8 (0-30) meses.

**Resultados:** Avaliando a resposta aos tratamentos de quimioterapia e radioterapia, 4 doentes apresentaram progressão da doença (15,4%), 4 doentes resposta parcial (15,4%) e 11 doentes resposta completa (42,3%).

A sobrevivência global (SG) mediana foi de 19,4 meses. Taxas de SG aos 6 meses e 2 anos: 76,9%, 61,3% e 28,7% respetivamente. SG mediana segundo a localização do tumor: esófago superior 8 meses, esófago médio 4 meses e esófago inferior 25 meses. SG mediana segundo o estadio: Estadio II 20,4 meses, estadio III 21,8 meses, estadio IVa 10,1 meses e estadio IVb 12,5 meses. SG mediana segundo a histologia tumoral: ADC 30,3 meses e CPC 16,4 meses. SG mediana segundo o intuito terapêutico definitivo 18 meses e neoadjuvante 23,3 meses.

Sobrevivência livre de progressão (SLP) mediana: 17,4 meses. SLP mediana segundo o estadio do tumor: Estadio II 12,3 meses, estadio III 22 meses, estadio IVa 4,7 meses e estadio IVb 8 meses. SLP mediana segundo a histologia tumoral: ADC 19,6 meses e CPC 14,2 meses. SLP mediana segundo o intuito terapêutico: definitivo 16,1 meses e neoadjuvante 16,8 meses.

**Discussão/Conclusão:** A abordagem terapêutica dos doentes com CE depende de múltiplos factores tais como histologia, localização anatómica, estadiamento e estado geral do doente. Neste estudo, constataram-se resultados de sobrevivência inferiores aos descritos na literatura, o que poderá ser explicado pelas limitações desta análise. Mais estudos com maior amostragem, maior período de follow-up e de carácter prospetivo serão necessários para determinar de forma mais precisa qual o papel da RT no controlo local e subsequentemente na sobrevivência local destes doentes.



## **PO21 | ADENOCARCINOMA DO PÂNCREAS COM MUTAÇÃO GERMINATIVA BRAC2 APÓS TRATAMENTO CURATIVO, PODEMOS TER ESPERANÇA?**

Bárbara Machado(1); Joana Godinho(1); Viktor Malyarchuk(1); Áurea Lima(1)

(1) HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO, E.P.E.

**Introdução:** O adenocarcinoma do pâncreas (AP) é uma das neoplasias mais letais a nível mundial, com uma sobrevivência esperada aos 5 anos de 9%. A maioria dos casos são esporádicos, e apenas 10% dos casos são hereditários. As mutações germinativas mais comuns são a BRAC 1/2 e a sua incidência no AP ronda os 5-9%. O AP é o terceiro cancro mais frequentemente associado a estas mutações e os portadores da mutação germinativa BRAC2(gmBRAC2) têm um risco 3-4 vezes maior de desenvolver AP. Atendendo às implicações terapêuticas, as guidelines da NCCN recomendam a realização da pesquisa de mutações germinativas em todos os doentes com este diagnóstico.

**Caso Clínico:** Senhora de 45 anos, previamente saudável, que recorreu à urgência em julho de 2019 por náuseas e dor abdominal aguda. Do estudo realizado, tinha elevação da amilase e lipase muito sugestivas de pancreatite aguda. Neste contexto realizou TC toracoabdominopélvico que revelou uma neoplasia da cabeça do pâncreas ressecável com três metástases ganglionares regionais, sem evidência de metastização à distância. Após resolução da pancreatite, foi submetida a cirurgia, tendo sido realizada uma duodenopancreatectomia com preservação do piloro. O exame histológico revelou um adenocarcinoma pancreático ductal pouco diferenciado com imagens de permeação linfovascular, venosa e perineural e margens de resseção livres. Dos 25 gânglios excisados, 5 estavam metastizados, tendo sido classificado de acordo com o TNM como pT2G3N2R0 – estágio III. Em junho de 2020, completou os 12 ciclos de quimioterapia adjuvante com mFOLFIRINOX, tendo ficado em vigilância. A doente não tinha história familiar oncológica, e após ter sido referenciada a uma consulta de Genética descobriu-se que era portadora de uma mutação germinativa no gene BRAC2. A realização do teste à família revelou que a mãe e a irmã tinham a mesma mutação germinativa, e em 2021 a irmã foi diagnosticada com cancro da mama e encontra-se em tratamento. Atualmente, a doente tem 48 anos e mantém-se em vigilância do adenocarcinoma do pâncreas, sem sinais de recidiva ou metastização à distância, tendo sido proposta para as cirurgias redutoras de risco do cancro do ovário e da mama, que está a aguardar.

**Conclusão:** A exposição deste caso pretende ilustrar uma doente com gmBRAC2 e AP estágio III diagnosticado há cerca de 3 anos, que se encontra em vigilância sem evidência de doença e refletir sobre as possibilidades de tratamento curativo para o AP em doentes com gmBRAC2. O único tratamento curativo do AP continua a

ser cirúrgico, mas a doença é ressecável em apenas 25% dos casos, e mesmo com margens R0, 75% dos doentes tem recorrência. Deste modo, atualmente todos os doentes realizam quimioterapia adjuvante. Está documentada uma melhor resposta dos doentes com gmBRAC2 aos platinos, com melhoria na sobrevivência e melhor prognóstico, mas ainda são necessários mais estudos de modo a descobrir qual será o melhor esquema nestes doentes. Os inibidores da PARP têm demonstrado benefício, com aprovação no tratamento paliativo, mas sabe-se que adquirem resistência e os estudos em combinação com a quimioterapia foram negativos, sendo necessário aguardar pelos ensaios em curso.

## PO22 | SORAFENIB VS LENVATINIB NO CARCINOMA HEPATOCELULAR: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO HOSPITALAR

Ana Fortuna(1); Filipa Simões(1); Cidália Pinto(1)

(1) CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE

O Carcinoma Hepatoceleular (CHC) é a sexta neoplasia mais frequente no mundo, com incidência crescente. O tratamento dos estadios BCLC intermédios (B) ou avançados (C), quando outras opções terapêuticas não são viáveis, passam pela utilização em primeira linha, aprovada em Portugal, de Sorafenib ou de Lenvatinib. O estudo que comprovou a eficácia do lenvatinib foi de não-inferioridade (REFLECT), mas vários estudos de vida real têm demonstrado eficácia superior do lenvatinib relativa ao sorafenib. Este estudo pretende comparar a eficácia e tolerância de ambos os tratamentos na vida real no tratamento do CHC irressecável entre o início de 2020 até Setembro de 2022.

Neste estudo realizado no Centro Hospitalar Universitário do Algarve, foram incluídos 21 doentes com CHC em estadio avançado irressecável, 6 receberam Lenvatinib e 15 receberam Sorafenib. A mediana de idades foi de 71 anos, 76.2% do sexo masculino e a etiologia mais frequente da doença hepática foi a alcóolica. A mediana da alfafetoproteína foi de 533ng/mL e da bilirrubina foi de 1.45mg/dL.

Cerca de 24% dos doentes receberam TACE anteriormente, cerca de 28.6% apresentavam trombose da veia porta e 28.6% doença extrahepática. Cerca de 61.9% dos doentes eram Child-Pugh A e 52.4% estadio BCLC B e 47.6% BCLC B.

No grupo de doentes que realizou sorafenib, a idade mediana foi de 63 anos, ECOG mediano de 1, alfaFT mediana de 533ng/mL, bilirrubina total mediana de 1.17mg/dL. No grupo do lenvatinib, a idade mediana foi de 75.50 anos, ECOG mediano de 0, alfaFT mediana de 422.5ng/mL, bilirrubina total mediana de 2.45mg/dL. Comparativamente entre os dois grupos terapêuticos, objetivou-se diferenças estatisticamente significativas no ECOG PS ( $p=0.022$ ), bilirrubina total ( $p=0.03$ ) e Child-Pugh ( $p=0.023$ ). Observou-se uma homogeneidade em ambos os tratamentos das restantes características dos doentes, nomeadamente idade, género, AST, ALT, INR, albumina e alfa-fetoproteína, mas também nos factores relacionados com a doença, como etiologia da doença hepática crónica, presença de TACE anterior, trombose da veia porta ou doença extra-hepática e ainda estadio BCLC.

Relativamente à toxicidade, todos os doentes apresentaram toxicidade e na comparação dos grupos, 76.19% de grau igual ou inferior a 2. Os efeitos laterais mais comum foram a fadiga/astenia em 85.71%, anorexia em 47.62% e náuseas e/ou vômitos em 42.86%. Verificou-se que existiam mais episódios de diarreia ( $p=0.004$ ) e hipotireoidismo ( $p=0.003$ ) com o lenvatinib, não se observando diferenças nos outros efeitos laterais, como hipertensão arterial, fadiga, anorexia, náuseas e

vômitos e proteinúria. Verificou-se uma maior necessidade de redução de dose ( $p=0.001$ ) e segunda redução de dose ( $p=0.003$ ) com o Lenvatinib. No entanto, a suspensão do sorafenib foi superior ( $p=0.032$ ), uma vez que em todos os doentes foi objetivada progressão de doença.

A duração mediana de tratamento em ambos os grupos foi de 76 dias, com cerca de 4 meses medianos de follow-up. No grupo do sorafenib, a duração mediana foi de 56 dias, com 3 meses de follow up desde o início de terapêutica; no grupo do lenvatinib a duração mediana foi de 270 dias, com 12 meses de follow up desde o início do tratamento. Verificou-se diferenças estatisticamente significativas na duração do tratamento ( $p=0.01$ ) e no tempo de follow-up ( $p=0.001$ ).

Relativamente à eficácia, quanto ao sorafenib, 85.7% dos doentes estavam vivos ao fim de 1 mês, mas apenas 28.6% ao fim de 6 meses. Com o lenvatinib, no final dos 12 meses de follow up desde o início da terapêutica, todos estão vivos.

Portanto, os nossos dados favorecem a tendência de que o lenvatinib poderá ser mais eficaz do que o sorafenib no tratamento do CHC avançado em primeira linha, mesmo com maior necessidade de ajuste de dose para uma melhor tolerância ao tratamento. No entanto, este estudo apresenta uma população pequena, sendo também necessários mais estudos.

## PO23 | CANCRO ESOFÁGICO OLIGOMETASTÁTICO, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Mafalda Teixeira Costa(1); Denise Magalhães(1); Diogo Silva(1); Marta Vilaça(1);  
Fernanda Estevinho(1); Maria Paula Fontes(2); Helena Magalhães(1)

(1) UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, S.A, Serviço de Oncologia Médica do Hospital Pedro Hispano

(2) CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE SÃO JOÃO E.P.E., Serviço de Radioncologia

**Introdução/Objectivo:** A definição de doença oligometastática no cancro esofágico é muito heterogénea e a sua abordagem terapêutica é igualmente diferente nos variados centros oncológicos europeus. Além de poder apresentar um comportamento biológico bastante distinto da doença loco regional e metastática, o tratamento local da doença oligometastática pode melhorar a qualidade de vida e sobrevida destes doentes. Com este caso clínico pretendemos demonstrar um exemplo de abordagem de doença oligometastática metácrona num doente com cancro esofágico.

**Caso:** Homem de 73 anos, ECOG 0, fumador activo de 70 UMA, diagnosticado com adenocarcinoma do esófago distal após endoscopia digestiva alta realizada por perda ponderal, enfartamento precoce e epigastralgia com 3 meses de evolução.

Na endoscopia digestiva alta observada lesão tumoral vegetante localizada no esófago inferior junto à transição esófago-gástrica, cuja biópsia revelou características de adenocarcinoma. Na ecoendoscopia estadiado como uT2/3 N1, com descrição de 3 adenopatias subcarinais e paratraqueal inferior, a maior com 10 mm. No TC TAP de estadiamento com espessamento parietal assimétrico da parede posterolateral esquerda do esófago distal (espessura máxima 14 mm) numa extensão de 23mm, com plano clivagem preservado com aorta e coração. PET-FDG excluiu metastização à distância. Analiticamente com elevação de Ca 19.9 (317 UI/mL).

O doente completou 5 ciclos de semanais de carboplatina 2 AUC e paclitaxel 50mg/m<sup>2</sup> com resposta clínica, bioquímica com descida marcada de Ca 19.9 (55 UI/mL) e também imagiológica. Foi submetido a esofagectomia de *Ivor-Lewis*, cujo resultado histológico revelou um adenocarcinoma do esófago estadio ypT3N1R0, com resposta parcial ao tratamento e com Ca 19.9 20 UI/mL no pós-cirurgia.

Cerca de 8 meses após a cirurgia, o doente apresentou disфонia de novo que motivou avaliação por otorrinolaringologia tendo sido observada paresia da corda vocal esquerda, sugestiva de lesão do nervo laríngeo recorrente. Realizado TC TAP com descrição de lesão expansiva heterogénea 29x16mm, sugestiva de lesão tumoral localizada na transição cervico-torácica, inferiormente à tiroide e à esquerda da traqueia superior, sem outros achados de relevo. No PET-FDG com

imagem nodular paratraqueal superior esquerda, inferior ao lobo da tiroide, sem plano clivagem com esófago cervical e traqueia com SUV de 4,4, sem outros focos de captação. Realizada biópsia percutânea de agulha fina de nódulo descrito que revelou carcinoma. Analiticamente com progressiva elevação Ca 19.9 até 505 UI/mL.

Após discussão em consulta de grupo multidisciplinar foi proposta realização de radioterapia (RT) dirigida à adenopatia. O doente realizou RT, técnica 3D-CRT, à referida adenopatia numa dose total de 60 Gy em 30 fracções. No TC TAP realizado 2 meses após RT sem evidência de doença e com densificação de gordura paratraqueal esquerda residual. Actualmente, o doente encontra-se clinicamente estável, assintomático e com descida marcada de Ca 19.9 (96 UI/mL).

**Conclusão e Discussão:** Actualmente, não existem guidelines para tratamento de cancro esofágico oligometastático e estudos randomizados estão ainda em curso. Casos clínicos como o acima descrito de tratamento de doença oligometastática, demonstram-nos o quão imperativo é considerá-la uma entidade distinta com necessidade urgente de um consenso quanto à sua definição e abordagem para que este setting de doentes possam obter benefício clínico de tratamento local dirigido, de uma forma uniforme, em todos os centros.

## **PO24 | CARCINOMAS ESPINOCELULARES SÍNCRONOS DO RETO: RELATO DE UM CASO CLÍNICO RARO**

Rita Banha(1); Natacha Amaral(1)

(1) HOSPITAL DIVINO ESPIRITO SANTO | PONTA DELGADA

**Introdução:** O cancro do reto representa 35% dos casos de cancro colorectal, o segundo tipo de cancro mais frequente na Europa. Do ponto de vista histológico, 90% dos casos de cancro do reto são adenocarcinomas, sendo o carcinoma espinocelular uma entidade rara (0.3% dos casos). Consequentemente, a sua patogénese e prognóstico não são completamente compreendidos, não existindo indicações terapêuticas e de seguimento precisas nas diferentes *guidelines* internacionais. A tendência atual passa pelo tratamento por analogia aos carcinomas espinocelulares do canal anal, isto é, um tratamento baseado na histologia e não na localização.

**Objetivos:** Apresentação e discussão de um caso clínico raro de carcinomas espinocelulares síncronos do reto.

**Material e métodos:** Consulta de processo clínico hospitalar e análise da literatura.

**Caso clínico:** Homem de 67 anos, ECOG 1, sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo. Quadro arrastado de retorragias, astenia, anorexia e perda ponderal não quantificada. Foram realizados exames endoscópicos, com a colonoscopia a identificar duas lesões suspeitas, no reto alto e baixo, que foram biopsadas. A histologia confirmou o diagnóstico de carcinoma espinocelular em ambas as lesões.

O doente realizou ressonância magnética pélvica, que revelou: uma lesão no reto baixo, desde a junção ano-rectal até cerca de 37mm acima desta; uma lesão na transição do reto médio-alto, a cerca de 60mm do ângulo anorretal e distando cerca de 30mm da primeira lesão. Mostrou ainda atingimento da vertente direita da reflexão peritoneal e presença de seis gânglios mesoretais suspeitos – cT4aN2. O estadiamento foi completado com PET, que excluiu metastização à distância – M0.

O caso foi apresentado em Consulta de Grupo Multidisciplinar, com decisão de quimiorradioterapia neoadjuvante com capecitabina e cisplatina 75mg/m<sup>2</sup> D1 e D29, por indisponibilidade de mitomicina. A ressonância magnética pélvica realizada seis semanas após término do tratamento mostrou resposta incompleta, com lesão residual na transição do reto médio-alto, posteriormente confirmada com ressonância magnética de difusão. Foi então submetido a resseção abdomino-perineal – ypTxN0 (10% de células neoplásicas viáveis; 0/37 gânglios isolados), ficando posteriormente em vigilância.

Seis meses depois, o TC toraco-abdomino-pélvico de controlo mostrou metastização pulmonar de novo. O doente desenvolveu como intercorrência um derrame pleural esquerdo volumoso, tendo sido submetido a pleurodese. O caso foi novamente discutido, com decisão de primeira linha paliativa com carboplatina e paclitaxel. Aguarda, de momento, exame de imagem de reavaliação.

**Conclusão:** Embora os carcinomas espinocelulares do reto isolados sejam raros, os autores apresentam um caso ainda mais particular, pela presença de dois tumores espinocelulares síncronos do reto. É necessária a revisão dos casos disponíveis na literatura de forma a estabelecer o melhor tratamento *standard*.



## **PO25 | IMPORTÂNCIA DO CACRO DIGESTIVO NO INTERNAMENTO DE ONCOLOGIA: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO HOSPITALAR**

Ana Fortuna(1); Filipa Simões(1); Cidália Pinto(1)

(1) CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE

O Cancro Digestivo engloba vários tipos de neoplasia (esófago, estômago, cólon, recto, canal anal, vias biliares, pâncreas e fígado), que, em conjunto, são dos mais prevalentes em Portugal, mas também no resto do mundo. Neste grupo estão presentes três das doenças que mais matam em Portugal, o cancro do cólon e do reto, o cancro gástrico e carcinoma hepatocelular; no global, o cancro digestivo é responsável por cerca de 10% da mortalidade portuguesa, tornando-a num grave problema de saúde pública.

Este estudo pretende avaliar o peso do cancro digestivo no internamento de Oncologia de um Centro Hospitalar durante 14 meses, desde o início de 2021 a abril de 2022.

Foram internados 300 internamentos neste período de tempo e o cancro digestivo representou 39% (n=117) dos internamentos (excluídas neoplasias torácicas que ficam a cargo da Pneumologia), de 106 doentes. Dentro das várias neoplasias, 38.68% (n=41) tinham cancro colo-retal, 30.19% (n=32) com neoplasia do pâncreas, 16.04% (n=17) tinham cancro gástrico, 5.66% (n=6) com cancro do esófago, 3.77% (n=4) com carcinoma hepatocelular, 2.83% (n=3) tinham cancro do canal anal e 2.83% (n=3) tinham cancro das vias biliares. Cerca de 89.62% (n=95) encontravam-se em estadios avançados ou irremediáveis que não permitiam tratamentos com intuito curativo. A idade média foi de 67.72 anos.

Como principais motivos de internamento destacou-se 29.06% para tratamento de suporte, 23.08% por progressão de doença oncológica, 20.51% por intercorrência oncológica, 8.55% por intercorrências infecciosas, 5.98% por urgências oncológicas, 5.13% por toxicidade de tratamentos antineoplásicos, 2.56% para internamento eletivo para realização de procedimentos e 1.70% para estudo de tumor primário desconhecido. Dentro das urgências oncológicas observaram-se 4 neutropenias febris e 3 compressões medulares.

A duração média de internamento foi de 11.77 dias (0-61). No que diz respeito à proveniência dos doentes, 53.84% vieram do Serviço de Urgência, 27.35% da consulta não programada de Oncologia, 13.68% da consulta externa de Oncologia, 2.56% foram transferências de outros serviços e 2.56% foram internamentos eletivos.

A taxa de mortalidade nestes doentes foi de 43.40%, mais elevada comparativamente com a taxa de mortalidade do internamento de todos os doentes que foi de 34.33%.

Portanto, o cancro digestivo representa uma grande percentagem dos internamentos oncológicos, a maioria dos doentes numa fase avançada da doença, necessitando de mais cuidados de suporte e com mais probabilidade de encontrar mais critérios de internamento associados à diminuição do estado geral e da performance status do doente. Curiosamente, o principal motivo de internamento foi para tratamento de suporte, apesar de haver Serviço de Cuidados de Suporte e Paliativos neste Centro Hospitalar, mas pela prática e facilidade de manejo da equipa de profissionais de saúde do serviço, acabam por absorver muitos doentes que poderiam ser candidatos a Cuidados Paliativos, o que também pode justificar a elevada taxa de mortalidade. De salientar também a baixa frequência de internamentos por toxicidade, que pode refletir uma boa avaliação e gestão do doente e do seu tratamento nas consultas externas de Oncologia.

## **PO26 | À TERCEIRA FOI DE VEZ – RELATO DE UM CASO DE CANCRO GÁSTRICO METASTIZADO SOB TERAPÊUTICA DE 3º LINHA**

Camila Oliveira(1); Maurício Peixoto(1); Jorge r. Rodrigues(1); Raquel Fontes(1); Sílvia Raquel Santos(1); José Miguel Rocha(1); Diana Freitas(1); Ana Marques(1); Joana Cunha(1); Filipa Pereira Ferreira(1); Elisabete Couto(1); Rui Nabiço(1)

(1) HOSPITAL DE BRAGA

**Introdução:** O cancro gástrico é o quinto cancro mais frequentemente diagnosticado em todo o mundo e a terceira causa de morte relacionada com cancro. A via PD-1 (programmed death 1) parece ter importância prognóstica, nomeadamente a expressão de PD-L1 (PD-ligand 1) correlaciona-se com a sobrevivência global.

**Objetivos:** Analisar a abordagem terapêutica e evolução de um doente com cancro gástrico metastizado, sob tratamento paliativo de 3ª linha com Pembrolizumab há 22 meses.

**Material e Métodos:** Descreve-se o caso de um doente do sexo masculino de 56 anos ex-fumador, sem outros antecedentes de relevo, com diagnóstico de adenocarcinoma gástrico de padrão tubular (tipo intestinal) uT3/4 NO MO em Maio de 2019. Na laparoscopia de estadiamento não se observou invasão de outros órgãos ou lesões de carcinomatose e a citologia do líquido peritoneal foi negativa. Submetido a quimioterapia (QT) peri-operatória com FLOT x 4 ciclos (5-Fluorouracilo, Levofolínato, Oxaliplatina e Docetaxel), seguida de gastrectomia subtotal com gastrojejunostomia em Y de Roux (ypT0 NO, sem evidência de invasão linfovascular ou metástases em 22 gânglios linfáticos isolados) em Outubro de 2019. Em Janeiro de 2020 completa mais 4 ciclos de FLOT peri-operatória, com má tolerância por emese.

**Resultados:** Em Janeiro de 2020, verificou-se nódulo hepático único, com confirmação histológica de recidiva. Foi proposto para QT paliativa de 1ª linha com FOLFIRI (5-Fluorouracilo, Leucovorina e Irinotecano) tendo-se constatado, após 5 ciclos, progressão da doença hepática (aumento do nódulo hepático conhecido e surgimento de novo nódulo hepático com 17mm).

Realizou QT de 2ª linha com trifluridina tipiracilo (TAS), através de programa de acesso precoce, com adiamentos por neutropenia e necessidade de redução de dose. Em Outubro de 2020, após 3 ciclos, verificou-se novamente progressão de doença hepática (aumento dos nódulos hepáticos) e pulmonar (nódulo “de novo” no lobo médio, com cerca de 11 mm).

Dado o carácter quimiorresistente da doença (progressão sob FLOT, FOLFIRI e TAS) e o facto de se tratar de doença oligometastática, propôs-se avaliação para tratamento de radioterapia estereotáxica, dirigida às lesões hepáticas e ao nódulo pulmonar. Porém, dada a progressão sob tratamento sistémico e o curto intervalo livre de progressão considerou-se que não beneficiaria deste tratamento ablativo.

Nesta altura, foi verificada expressão de PD-L1, *combined positive score* (CPS)  $\geq 1$ , e perda isolada de expressão da PMS2 (restantes intactas) no estudo imunohistoquímico de proteínas de *mismatch repair*. Foi proposto então para tratamento paliativo de 3ª linha com pembrolizumab. Atualmente com doença metastática estável, encontra-se sob tratamento há 22 meses (completou 32 ciclos até ao momento), com excelente tolerância.

**Discussão:** No momento da cirurgia, verificou-se resposta patológica completa. Porém, constatou-se metastização hepática após o término de QT com FLOT, o que poderá estar relacionado com a provável biologia agressiva do tumor gástrico. O relato deste caso demonstra que a imunoterapia com Pembrolizumab pode condicionar resposta parcial sustentada no tempo, apesar de ser pouco frequente neste tipo de tumor, e após quimiorresistência a 3 linhas de terapêutica sistémica. Assim, mesmo no caso de abordagem terapêutica paliativa de 3ª linha, Pembrolizumab poderá ter um impacto significativo na sobrevivência e na qualidade de vida, pelo que se devem dirigir todos os esforços nesse sentido.

**Conclusões:** A terapêutica com imunoterapia tem vindo a alterar o paradigma de várias neoplasias. É de realçar que o cancro gástrico metastizado, ainda associado a prognóstico sombrio, tem na imunoterapia a possibilidade do prolongamento do tempo livre de progressão.

## PATROCINADORES MAJOR



Pierre Fabre

Taking care, living better



## APOIANTES



## PATROCÍNIO CIENTÍFICO



ORGANIZAÇÃO

Grupo de Investigação



AGÊNCIA OFICIAL

