

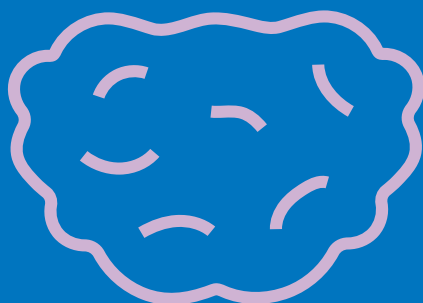
# 2<sup>o</sup>

## Encontro Multidisciplinar Oncologia Urológica

Ordem dos Médicos Porto • Secção Regional do Norte  
Porto • 2024

**LIVRO DE ABSTRACTS**

22 novembro



Cancro  
da Próstata

# ÍNDICE DE ABSTRACTS

---

**CC4** Mutação BRCA no cancro da próstata resistente à castração

*Joana Rita Basílio Leite; Helena Magalhães*

*Unidade Local de Saúde de Matosinhos*

**CC5** Adenocarcinoma da próstata com diferenciação neuroendócrina: A importância da caracterização histológica

*Catarina Lopes Fernandes; Mafalda Costa; Joana Leite; Helena Magalhães*

*Unidade Local de Saúde de Matosinhos*

**CC6** Braquiterapia HDR no cancro da próstata em doente com antecedentes de radioterapia pélvica por cancro do recto

*Pedro Monteiro Ferreira; Filomena Santos; Maria Fortunato*

*Instituto Português de Oncologia Lisboa*

**CC7** Eficácia da Terapêutica Tripla no mHSPC: Controlo da Doença e Melhoria da Qualidade de Vida

*Cecília Caramujo de Sá; Rita Aranha; Viktor Malyarchuk; Filipe Veiga; Rafael Marques; Sofia Amorim Oliveira; Manuela Machado*

*Unidade Local de Saúde de Entre Douro e Vouga*

**CC9** Da doença localizada à resistência à castração: o percurso desafiante de um doente com cancro da próstata

*Isabel Vieira Fernandes; Gonçalo Varela Cunha; Marta Melo Gonçalves;*

*Ana Rita Coelho; Maria Antónia Serrano; José Alberto Pereira;*

*Yuliia Kobyljanska; Alda Tavares; Gabriela Sousa; Pedro Madeira;*

*Nuno Bonito*

*Instituto Português Oncologia de Coimbra*





## MUTAÇÃO BRCA NO CANCRO DA PRÓSTATA RESISTENTE À CASTRAÇÃO

Joana Rita Basílio Leite; Helena Magalhães  
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

### Introdução

O cancro da próstata apresenta-se em estadio IV em cerca de 20% dos casos diagnosticados, apresentando uma sobrevida aos 5 anos a rondar os 30%, fator que se agrava com a evolução para resistência à castração.

As mutações BRCA têm uma incidência de até 33% nestes doentes, estando correlacionado com um grau de doença mais severo (score Gleason, envolvimento ganglionar, metástase ao diagnóstico), e representam também um fator de prognóstico independente associado a um pior outcome.

Os inibidores da PARP têm mostrado resultados significativos no tratamento de cancro da próstata em doentes com mutações nos genes BRCA1 e BRCA2 com aumento da sobrevivência global e melhor perfil de tolerância.

### Caso clínico

Homem de 73 anos, autónomo, ex-fumador, com história familiar de neoplasia da mama em dois familiares de 2º grau, e antecedentes conhecidos de bexiga disfuncional com sub-estenoses uretrais e algiação crónica desde 2020, apresenta subida gradual do PSA (PSAi 11 ng/ml) motivando observação por Urologia em 2022. Realizou biópsia prostática que demonstrou adenocarcinoma acinar bilateral, Gleason 9 (5+4). Dos exames de estadiamento convencionais, destaca-se metastização óssea difusa e metastização ganglionar, com valor de PSA de 57 ng/mL, tratando-se, portanto, de adenocarcinoma da próstata metastizado hormonossensível com doença de alto volume e alto risco. Apresentava ECOG PS 2 condicionado pela dor não controlada, pelo que iniciou bloqueio hormonal com leuprorrelina 45 mg e 1ª linha paliativa com hormonoterapia de 2ª geração com abiraterona 1000mg/dia+ prednisolona 10mg id em maio de 2023, concomitante com RT anti-álgica dirigida a LI com melhoria clínica marcada.

Apresentou posteriormente resistência à castração, e foi documentada progressão óssea tanto clínica como Imagiologicamente. Foi solicitada pesquisa germinativa de mutação BRCA e o doente foi proposto para tratamento com RTE paliativa antiálgica a D1-D2 em janeiro de 2024, e 2ª linha paliativa com quimioterapia com docetaxel, tendo cumprido 6 ciclos com boa tolerância e melhoria clínica, apresentando como melhor resposta doença estável.

Cerca de 1 mês após início de vigilância, reiniciou queixas álgicas lombares, tendo sido documentada progressão de doença bioquímica e óssea. Foi obtido resultado de pesquisa de mutação germinativa de BRCA com deteção de variante patogénica em heterozigotia no gene BRCA2. Deste modo, foi pedida consulta de Genética Médica e foi proposto tratamento de 3ª linha com Olaparib 300 mg 12/12h, que iniciou em julho de 2024. Pela toxicidade hematológica consequente, com trombocitopenia G2, foi reduzida a dose para 250 mg 12/12h.

Atualmente, o doente apresenta boa tolerância ao tratamento, com melhoria do estado geral (ECOG1) e ausência de toxicidades de grau moderado a adverso, verificando-se também descida sustentada do valor de PSA e doença estável imagiologicamente.

### Conclusões

Particularmente nos casos resistentes à castração e com mutação de BRCA, verificou-se com o uso de olaparib um aumento da sobrevivência livre de progressão, sendo possível providenciar um tratamento dirigido com aumento da sobrevivência global e melhor perfil de tolerabilidade. Este caso salienta a importância de pesquisa precoce de mutações BRCA no cancro da próstata metastizado.





## ADENOCARCINOMA DA PRÓSTATA COM DIFERENCIAÇÃO NEUROENDÓCRINA: A IMPORTÂNCIA DA CARACTERIZAÇÃO HISTOLÓGICA

*Catarina Lopes Fernandes; Mafalda Costa; Joana Leite; Helena Magalhães*

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

Cerca de 15-20% dos adenocarcinomas da próstata adquirem resistência à inibição da via de sinalização dos recetores do androgénio. Uma das possíveis manifestações de resistência é a transformação histológica para carcinoma neuroendócrino pouco diferenciado, tratando-se esta de uma doença com características agressivas e prognóstico global desfavorável. O seu diagnóstico nem sempre é fácil e pode levantar-se a suspeita na presença de doença com elevada carga metastática e padrões de metastização atípicos na presença de baixos níveis de PSA.

Apresenta-se o caso de um homem de 62 anos, ex-fumador, que se apresentou em Agosto 2019 com lombalgia e retenção urinária. O estudo complementar revelou aumento do volume prostático por aparente neoplasia a condicionar uretero-hidronefrose bilateral e lesão renal aguda pós-renal grave, com necessidade de nefrostomia bilateral para normalização da função renal. O PSA inicial era 18,8 ng/dL. A biópsia prostática revelou adenocarcinoma Gleason 9(5+4) e os exames de estadiamento revelaram metastização ganglionar retroperitoneal e metastização óssea múltipla (7 lesões, 2 das quais extra-axiais), levando ao diagnóstico de adenocarcinoma da próstata hormonossensível com doença de alto volume. Foi iniciada leuprorelina e docetaxel, do qual cumpriu 6 ciclos, tendo como melhor resposta doença estável e PSA nadir 0,6 ng/dL. Após intervalo livre de progressão de 36 meses, em Outubro 2022 foram detectados nódulos suprarrenais bilaterais de novo, hipercaptantes em 18FDG PET-TC, mantendo-se doença estável a nível ósseo e ganglionar. O PSA mantinha-se baixo (0,77 ng/dL) e a testosterona compatível com castração. A biópsia suprarrenal revelou carcinoma neuroendócrino de pequenas células com positividade para PSA e cromogranina. Assumida assim metastização suprarrenal de adenocarcinoma da próstata com transformação neuroendócrina. Foi iniciado tratamento de segunda linha com cisplatina/etopósido,

tendo completado 6 ciclos, sem toxicidades de relevo, tendo como melhor resposta resposta parcial, tendo realizado de seguida radioterapia paliativa às glândulas suprarrenais. Após novo intervalo livre de progressão de 12 meses, detetada progressão de doença a nível ganglionar intra-abdominal, com estabilidade das lesões suprarrenais. A biópsia ganglionar revelou metástase de adenocarcinoma, sem evidência de componente neuroendócrino. Foi iniciado tratamento de terceira linha com enzalutamida em Abril 2024, apresentando como melhor resposta progressão de doença. Em Setembro 2024 os exames de avaliação de resposta documentaram progressão de doença a nível ganglionar e suprarrenal e foram documentadas lesões cutâneas suspeitas de novo na parede torácica anterior, cuja biópsia revelou metástases de carcinoma neuroendócrino de pequenas células. Foi então proposto tratamento de quarta linha com rechallenge de cisplatina/etopósido, dada a boa resposta inicial e o intervalo livre de platino >1 ano. Iniciou C1 de cisplatina/etopósido em Outubro 2024, após o qual foi internado por neutropenia febril com ponto de partida urinário, com evolução favorável sob antibioterapia dirigida. Atualmente mantém tratamento e aguarda exames de avaliação de resposta.

Este trata-se de um caso raro de transformação neuroendócrina de um adenocarcinoma da próstata, com um padrão de metastização atípico (metastização suprarrenal e cutânea) e com uma evolução periclitante, com progressão alternada entre os componentes neuroendócrino e adenocarcinomatoso, com excelente resposta ao tratamento com cisplatina/etopósido e que tem apresentado uma evolução mais indolente e um prognóstico menos desfavorável do que o habitualmente descrito para casos semelhantes. Este caso lustra a importância da caracterização histológica nos episódios de progressão no cancro da próstata resistente à castração para escolha do tratamento mais adequado e eficaz.



## BRAQUITERAPIA HDR NO CANCRO DA PRÓSTATA EM DOENTE COM ANTECEDENTES DE RADIOTERAPIA PÉLVICA POR CANCRO DO RECTO

Pedro Monteiro Ferreira; Filomena Santos;

Maria Fortunato

INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA LISBOA

### Introdução

Doentes com antecedentes de radioterapia externa (RTE) pélvica por cancro do recto têm contra-indicação relativa para tratamento radical com RTE em caso de cancro da próstata. A Braquiterapia (BT) de alta taxa de dose (HDR), em monoterapia, pode diminuir significativamente a dose nos tecidos sãos circunvizinhos quando comparada com a RTE. O caso clínico que se apresenta pretende demonstrar que a BT HDR é uma alternativa terapêutica nestas situações.

### Caso Clínico

Doente, 71 anos, tratado com BT HDR *salvage* 10 anos após RT pélvica neoadjuvante por cancro do recto e 15 anos após cancro da sigmoide tratado cirurgicamente. À data do diagnóstico apresentava PSA 6,91ng/ml e Gleason 7 (4+3). A doença foi estadiada clinicamente, por ressonância magnética e PET PSMA, como T3a N0 M0. Iniciou bloqueio hormonal e foi submetido a BT HDR *salvage* em monoterapia com a dose total de 32Gy em 4 fracções (2 implantes com 15 dias de intervalo). Apresentou toxicidade aguda genitourinária (GU) grau 2 (frequência urinária e urgência miccional). Não apresentou toxicidade aguda gastrointestinal (GI)  $\geq$  grau 2. Atualmente, 18 meses pós BT HDR *salvage*, mantém terapêutica hormonal, apresenta PSA  $<$  0,03 mg/ml e baixos índices de toxicidade GI e GU à terapêutica (grau 1).

### Discussão e comentários finais

O caso clínico apresentado constitui um desafio terapêutico pelos antecedentes oncológicos cirúrgicos e pela irradiação pélvica prévia. Segundo dados da literatura e o caso clínico apresentado, BT HDR parece constituir uma opção terapêutica segura em doentes com carcinoma da próstata que foram previamente tratados com RTE pélvica. No entanto, são necessários mais estudos e com um *follow-up* maior para melhor caracterização da toxicidade e eficácia terapêutica.





## EFICÁCIA DA TERAPÊUTICA TRIPLA NO MHSPC: CONTROLO DA DOENÇA E MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA

*Cecília Caramujo de Sá; Rita Aranha; Viktor Malyarchuk; Filipe Veiga; Rafael Marques; Sofia Amorim Oliveira; Manuela Machado*  
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE ENTRE DOURO E VOUGA

### Introdução

O cancro da próstata metastático sensível à castração (mHSPC) com elevada carga tumoral representa um dos maiores desafios em oncologia, estando associado a um risco elevado de progressão e impacto significativo na qualidade de vida. Avanços recentes como os demonstrados no ensaio PEACE-1 estabeleceram a terapêutica tripla - análogo LHRH, docetaxel e abiraterona - como o standard terapêutico para esta população. Neste ensaio, a adição de abiraterona à combinação de docetaxel e análogo LHRH melhorou de forma significativa a sobrevivência global (SG) e a sobrevivência livre de progressão radiológica (rPFS) em doentes com mHSPC, particularmente nos casos com elevada carga tumoral. Com um seguimento mediano de 4,4 anos, verificou-se um aumento de 2 anos na SG nos doentes tratados com tripla combinação (HR para SG: 0,75; IC 95%: 0,59–0,95) e uma melhoria de 2,5 anos na rPFS (HR: 0,50; IC 95%: 0,40–0,62). Este caso clínico ilustra a aplicação desta abordagem terapêutica na prática clínica real, explorando a resposta clínica e bioquímica, assim como os desafios associados à gestão de uma doença metastática extensa.

### Caso Clínico

Homem de 54 anos, trabalhador da construção civil, com antecedentes de alcoolismo crónico (atualmente abstinente) e história familiar de cancro da próstata (pai, aos 84 anos). Apresentou-se com quadro de anorexia, perda ponderal de 10 kg, dor lombar intensa e nictúria, com cerca de seis meses de evolução. A avaliação inicial revelou PSA de 732 ng/mL. Imagiologicamente por PET-FDG demonstrou-se metastização ganglionar extensa (supra e infradiafragmática), múltiplas lesões ósseas (incluindo na coluna vertebral, com elevada captação metabólica)

e nódulos pulmonares suspeitos. O diagnóstico histológico de adenocarcinoma da próstata foi obtido através de biópsia de uma adenopatia ilíaca.

Foi proposta ao doente terapêutica sistémica tripla com análogo LHRH, docetaxel e abiraterona, assim como ácido zoledrónico devido à extensa metastização óssea. Com a perspetiva de realização de radioterapia externa antálgica, realizou ressonância magnética da coluna para caracterização das lesões ósseas mais críticas, que revelou fratura patológica com colapso de C7 e infiltração metastática com projeção intracanal, mas sem sinais de mielopatia.

O tratamento sistémico foi iniciado em fevereiro de 2024, com rápido declínio do valor de PSA para 137 ng/mL nos primeiros dois meses e subsequente redução para 1,80 ng/mL ao oitavo mês de tratamento. Clinicamente, observou-se alívio progressivo da dor lombar, redução da frequência da nictúria e melhoria marcada da qualidade de vida. O peso do doente aumentou para o valor prévio ao início do quadro, refletindo recuperação do estado geral. Os exames imagiológicos de avaliação de resposta evidenciaram redução significativa das adenomegalias abdominopélvicas e estabilização das lesões ósseas, com os nódulos pulmonares residuais descritos como inespecíficos.

No entanto, o curso clínico foi condicionado pela necessidade de gestão de complicações ósseas. O doente foi submetido a corpectomia de C7 em abril de 2024, com fixação vertebral, após discussão com Neurocirurgia. A biópsia intraoperatória confirmou a natureza metastática da lesão. Apesar da recomendação para radioterapia antálgica dirigida às lesões ósseas mais críticas (C7 e D3-D4), o procedimento não foi realizado devido à intolerância do doente à máscara de imobilização.

Uma intercorrência relevante incluiu a suspensão temporária do ácido zoledrónico, em junho de 2024, devido a um abscesso dentário. Durante este período, não se registaram eventos adversos ósseos ou progressão óssea. Na última consulta, em outubro de 2024, o doente apresentava controlo sintomático e bioquímico, com PSA mantido em 1,80 ng/mL, dor lombar esporádica aliviada com analgesia SOS e função urinária preservada. Foram requisitados novos exames imagiológicos para avaliação de resposta, com continuação da terapêutica tripla.

### **Conclusão**

A aplicação da terapêutica tripla baseada em análogo LHRH, docetaxel e abiraterona neste caso de mHSPC com elevada carga tumoral demonstrou eficácia clínica e bioquímica robusta, em linha com os resultados do ensaio PEACE-1. A rápida redução do PSA, associada à estabilização imagiológica e à melhoria da sintomatologia, reforça o impacto positivo desta abordagem em cenários de doença metastática extensa. Contudo, o caso sublinha os desafios da gestão de complicações relacionadas com a doença óssea, como fraturas patológicas, e de efeitos adversos do tratamento, como a necessidade de interrupção do ácido zoledrónico. Este exemplo evidencia ainda a importância da abordagem multidisciplinar e da personalização do seguimento, permitindo otimizar o controlo da doença e a qualidade de vida do doente.





## DA DOENÇA LOCALIZADA À RESISTÊNCIA À CASTRAÇÃO: O PERCURSO DESAFIANTE DE UM DOENTE COM CANCRO DA PRÓSTATA

Isabel Vieira Fernandes; Gonçalo Varela Cunha; Marta Melo Gonçalves; Ana Rita Coelho; Maria Antónia Serrano; José Alberto Pereira; Yuliia Kobylianska; Alda Tavares; Gabriela Sousa; Pedro Madeira; Nuno Bonito

INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA COIMBRA

### Introdução

O cancro da próstata (CP) é a neoplasia maligna mais frequente entre homens e uma das principais causas de mortalidade nesta população. Embora muitos casos sejam diagnosticados em estádios localizados, permitindo abordagens com intuito curativo como cirurgia ou radioterapia, uma proporção significativa evolui para doença avançada. A transição para o estado resistente à castração (CPRC) representa um marco na história natural da doença, associado a pior prognóstico e frequentemente acompanhado por metástases, predominantemente ósseas. A integração de terapêuticas sistémicas, incluindo inibidores da via androgénica, quimioterapia, inibidores da PARP e Lutécio-177-PSMA, tem ampliado as opções terapêuticas e prolongado a sobrevivência. Este caso clínico ilustra a complexidade da gestão de um doente com CRPC metastático, destacando o impacto da sequenciação terapêutica e os desafios associados à progressão da doença.

### Caso Clínico

Apresenta-se o caso de um homem de 59 anos, sem comorbilidades relevantes e com história familiar oncológica (mãe diagnosticada com neoplasia pancreática aos 70 anos). No início de 2020 apresentou queixas urinárias, com quadro obstrutivo em junho e PSA 48.51ng/mL. Foi avaliado em consulta de Urologia e solicitada ressonância magnética prostática com PIRADS 5. Biópsia transretal revelou adenocarcinoma da próstata (60% lobo esquerdo, 80% lobo direito e 90% nódulo), Gleason 9 (4+5)/ISUP 5. Estadiamento com tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica (TC-TAP) e cintigrafia óssea sem lesões secundárias. Iniciou tratamento com bicalutamida 50mg/dia associado a leuprorrelina 45mg semestral.

Em outubro do mesmo ano foi submetido a prostatectomia radical e linfadenectomia pélvica, com estadiamento final pT3bN1R1, com Gleason/WHO ISUP 2016 não graduáveis pela hormonoterapia, com 1 gânglio positivo em 10 excisados e margem positiva. Valor de PSA após cirurgia 1.26ng/mL e 0.99ng/mL. Tratava-se, portanto, de doença de alto risco localmente avançada. Foi proposto para radioterapia externa de salvação, concluída em março/2021 (67Gy/36fr/7semanas).

Após 5 meses, em agosto/2021, é enviado a consulta de Oncologia Médica no contexto de progressão bioquímica, com PSA com aumento gradual em 3 medições consecutivas (última avaliação 15.3ng/mL), e imagiológica da doença, com PET-PSMA que evidenciou metastização ganglionar e óssea, apesar de ECOG-PS 0. Doseamento de testosterona <50ng/dL, pelo que se assumiu CPRC metastizado. Foi avaliado para inclusão no estudo TALAPRO, que se encontrava a decorrer, com *screening failure* dado pesquisa somática e germinativa de mutação BRCA sem identificação de variáveis patogénicas.

Dado tratar-se de caso com fatores de mau prognóstico, foi proposto para docetaxel 75mg/m<sup>2</sup> de 21/21 dias associado a prednisolona 10mg/dia, ácido zoledrónico mensal e manutenção de leuprorrelina. Cumpriu 8 ciclos de docetaxel entre setembro/2021 e março/2022, apresentando-se nessa data com ECOG-PS 2 e neuropatia periférica G3 (CTCAE v5), tendo sido suspensa a quimioterapia. À data, com PSA 0.20ng/mL (*na-dir* durante o tratamento) e doença estável imagiológica, pelo que manteve leuprorrelina e bifosfonatos.



Apesar de clinicamente assintomático, apresentou progressão bioquímica, com PSA 17.82ng/mL em setembro/2022. TC-TAP com evidência de progressão de doença a nível ganglionar. Neste contexto, iniciou 2ª linha resistente à castração com enzalutamida 160mg/dia, mantendo restante terapêutica, com boa tolerância e resposta bioquímica (*nadir* PSA 0.25ng/mL em fevereiro/2023).

Um ano após, apresentou queixas de coxalgia direita, analiticamente com PSA 6.09ng/mL e PET-PSMA com evidência de progressão de doença a nível ganglionar e ósseo. Avaliado para radioterapia antálgica dirigida ao osso ilíaco direito, que realizou em outubro/2023 (20Gy/5fr/1 semana). Pela neuropatia periférica sequelar, sem condições para cabazitaxel. Solicitado lutecio-177-PSMA (programa de acesso precoce), que iniciou em dezembro/2023 (à data, com PSA 33.5ng/mL). Realizou 5 ciclos sem intercorrências, manteve ECOG-PS 0-1 e apresentou resposta bioquímica inicial (*nadir* PSA 6.35ng/mL em abril/2024). Contudo, apresentou progressão bioquímica e imagiológica, com PSA 10.8ng/mL em avaliação de julho/2024 e PET-PSMA com evidência de progressão de doença a nível ganglionar e ósseo.

Iniciou, em 4ª linha resistente à castração, abiraterona 1000mg/dia associado a prednisolona 5mg bidário. Em outubro/2024, com PSA 24.33ng/mL e, atualmente, encontra-se a aguardar PET-PSMA para reavaliação.

### Conclusões

Este caso reforça o papel crucial do acompanhamento clínico rigoroso e adaptado às necessidades individuais, bem como a importância de abordagens terapêuticas multidisciplinares e personalizadas. Destaca-se o PSA como um marcador com alta sensibilidade neste doente, sendo a sua evolução representativa dos diferentes momentos de progressão de doença. Ainda, a sobrevivência de cerca de 3 anos deste doente com CP metastizado.

Apesar da progressão para doença avançada e politratada, o uso de tratamentos inovadores como o lutécio-177-PSMA é mais uma ferramenta terapêutica para controlo de doença. Contudo, a evolução clínica enfatiza a necessidade contínua de investigação para otimizar estratégias terapêuticas e superar as resistências emergentes, sublinhando a relevância da integração de novas tecnologias no arsenal terapêutico do CP avançado.





ORGANIZAÇÃO



AGÊNCIA OFICIAL



PATROCÍNIO CIENTÍFICO

SERVICO DE ONCOLOGIA  
SERVICO DE UROLOGIA

