Congresso Português UROLOGIA ONCOLÓGICA 2025

16 e 17 de MAIO

Hotel Eurostars Oasis Plaza
Figueira da Foz

PROGRAMA

www.spuo.pt

Imagem: Ad Médic

I Congresso Português UROLOGIA ONCOLÓGICA 2025

Sexta-feira, 16 maio 2025 | Friday, May 16 2025

07:30h Abertura de Secretariado • *Secretariat opening*

08:30–09:00h **BOAS-VINDAS E OBJETIVOS DO CONGRESSO**
WELCOME AND CONGRESS OBJECTIVES
Carlos Rabaça

09:00-09:30h **CANCRO DO RIM I** • *KIDNEY CANCER I*
Controvérsias na terapêutica sistémica • *Systemic therapy controversies*
Moderadores • *Chairs*: Miguel Barbosa, Gabriela Sousa & Tito Leitão

Terapêutica neoadjuvante no CCR? • *Neoadjuvant therapy in RCC?*
André Mansinho

Resistência ao tratamento sistémico: Novas perspetivas terapêuticas
Resistance to systemic treatment: New therapeutic perspectives
Ovídio Calvo (Spain)

Discussão interativa e perguntas • *Interactive discussion and Q&A*

09:30-10:00h **SIMPÓSIO** • *SYMPOSIUM*
Novas oportunidades no tratamento adjuvante do CCR
New opportunities in the adjuvant treatment of CRC
Bruno Pereira

10:00-10:30h **SESSÃO DE ABERTURA E CONFERÊNCIA INAUGURAL**
OFFICIAL OPENING & INAUGURAL CONFERENCE
Cristina Vaz Tomé, Secretária de Estado da Saúde • *Secretary of State for Health*
Carlos Rabaça, Sérgio Barroso & Frederico Reis
Pedro Machado, Secretário de Estado do Turismo • *Secretary of State for Tourism*

Turismo de Saúde em Portugal • *Health Tourism in Portugal*
Pedro Machado, Secretário de Estado do Turismo • *Secretary of State for Tourism*

10:30-11:00h **SIMPÓSIO** • *SYMPOSIUM*
O impacto da manutenção com avelumab no tratamento do carcinoma urotelial • *The impact of avelumab maintenance in the treatment of urothelial carcinoma*
Joana Graça & Jorge Dias

11:00-11:30h Coffee break & *networking*

11:30-12:30h **CANCRO DA BEXIGA I** • *BLADDER CANCER I*

Novas fronteiras no diagnóstico de cancro da bexiga • *New frontiers in diagnosis*

Moderadores • *Chairs*: Avelino Fraga, Isabel Fernandes & Idílio Gomes

Estará a cistoscopia obsoleta na vigilância e diagnóstico da doença não músculo-invasiva?
Is cystoscopy obsolete for surveillance and diagnosis of non-muscle-invasive disease?

- **Inovação em imagem** • *Innovation in imaging*
  Estevão Lima
- **Inovação em marcadores moleculares** • *Innovation in molecular markers*
  Rui Henrique

Cancro avançado da bexiga: Estamos perto da medicina de precisão?
Advanced bladder cancer: Are we close to precision medicine?
Ricardo Fernandes

Discussão interativa e perguntas • *Interactive discussion and Q&A*

12:30-13:15h **SIMPÓSIO SATÉLITE** • *SATELLITE SYMPOSIUM*

RECORDATI

Cancro da próstata: Da intervenção urológica ao cuidado nutricional
Prostate cancer: From urological intervention to nutritional care
Rodrigo Ramos & Rita Andrade

13:15-14:30h Almoço • *Lunch*

14:30-15:45h **CANCRO DA PRÓSTATA I** • *PROSTATE CANCER I*

Novas abordagens e desafios • *New approaches and challenges*

Moderadores • *Chairs*: Paula Lapa & Paula Alves

PET-PSMA: O novo *gold standart* no estadiamento?
PET-PSMA: The new gold standard for staging?
Inês Lucena Sampaio

Biomarcadores e inteligência artificial na estratificação de risco
Biomarkers and AI in risk stratification
Eleni Efstathiou (Greece)

Tratamento com protões no cancro da próstata • *Proton therapy in prostate cancer*
Huan Giap (USA)

Discussão interativa e perguntas • *Interactive discussion and Q&A*

15:45-16:15h Coffee break & *networking*

16:15-17:15h **SIMPÓSIO SATÉLITE** • *SATELLITE SYMPOSIUM*

Johnson&Johnson
Innovative Medicine

Do ensaio clínico à prática de vida real:
Controvérsias e desafios no CPmHS
From clinical trials to real-world practice: Controversies and challenges in mHSPC
Carlos Rabaça, Maria João Ribeiro & Sérgio Barroso

17:15-18:00h **CANCRO DO PÉNIS** • *PENILE CANCER*

Prevenção e preservação • *Prevention and preservation*

Moderadores • *Chairs*: Nuno Tomada & Aníbal Coutinho

Tratamentos poupadores no cancro do pénis • *Organ-sparing treatments*
Pedro Oliveira

Vacinação HPV e cancro do pénis • *HPV vaccination and penile cancer*
Pedro Eufrásio

Discussão interativa e perguntas • *Interactive discussion and Q&A*

18:00-18:30h ASSEMBLEIA GERAL • *GENERAL ASSEMBLY*

20:00h Jantar do Congresso • *Congress Dinner*

Sábado, 17 maio 2025 | Saturday, May 17 2025

07:30h Abertura de Secretariado • *Secretariat opening*

08:00-09:00h **COMUNICAÇÕES ORAIS** • *ORAL PRESENTATIONS*

Moderadores • *Chairs*: Domingos Roda, José Manuel Oliveira, Hugo Antunes & Sérgio Barroso

CO 01 **CRIOTERAPIA RENAL PERCUTÂNEA: EXPERIÊNCIA DO NOSSO CENTRO**
Rita Tavares Marques; José Alberto Pereira; Ana Ferreira; Ana Patrícia Matos; Mário Lourenço; Bruno Jorge Pereira; Ricardo Godinho; Pedro Peralta; Paulo Conceição; Carlos Rabaça

CO 02 **SBRT DE SALVAÇÃO NO CARCINOMA DA PRÓSTATA COM RECIDIVA EM VESÍCULA SEMINAL: CASO CLÍNICO**
Sofia Semedo; Bruno Moura Fernandes; Carolina Carvalho; Ana Cleto; Margarida Borrego

CO 03 ***THE ROLE OF PSA DENSITY IN PREDICTING PROSTATE CANCER SEVERITY ACCORDING TO WHO ISUP GRADING: EXPERIENCE OF A TERTIARY CENTER***
Erico Danif; Joana Rodrigues; Sandro Gaspar; José Palma dos Reis

CO 04 **FATORES PREDITORES DE MUDANÇA PARA TRATAMENTO ATIVO NA VIGILÂNCIA ATIVA**
Ana Ferreira; Miguel Lourenço; Ana Sabença Gomes; Rui Maciel; Samuel Bastos; João Peralta; João Ricardo e Silva; Maria Inês Nascimento; Jorge Dias; Luís Xambre

CO 05 ***HYPERTHERMIC VERSUS NORMOTHERMIC INTRAVESICAL MITOMYCIN C FOR INTERMEDIATE-RISK NON-MUSCLE-INVASIVE BLADDER CANCER: A RETROSPECTIVE COHORT STUDY***
José Alberto Pereira; Ana Maria Ferreira; Rita Marques; Patrícia Matos; Mário Lourenço; Ricardo Godinho; Pedro Peralta; Bruno Jorge Pereira; Paulo Conceição; Carlos Rabaça

CO 06 ***SYSTEMATIC BIOPSIES IN THE CROSSHAIRS: ARE MRI-TARGETED APPROACHES ENOUGH?***
Joana Rodrigues; Maria Castilho; Sandro Gaspar; José Palma dos Reis

CO 07 ***ANDROGEN RECEPTOR INHIBITORS IN PATIENTS WITH CASTRATION-RESISTANT PROSTATE CANCER: REAL-WORLD DATA FROM A TERTIARY CENTER***
Joana Rodrigues; João Chambino; Sandro Gaspar; José Palma dos Reis

CO 08 ***THE FLARE PHENOMENON DURING PROSTATE CANCER RESTAGING: AN OVERLOOKED DIAGNOSIS ON BONE SCINTIGRAPHY***
José Pedro Escaleira; Rafael Sá e Silva; Lúcia Costa

09:00-10:00h **CANCRO DA BEXIGA II** • *BLADDER CANCER II*

Controvérsias no tratamento do cancro da bexiga • *Treatment controversies*

Moderadores • *Chairs*: Luís Abranches Monteiro, Joaquina Maurício & Paulo Costa

Estratégias terapêuticas após falência do BCG • *Therapeutic strategies after BCG failure*
Félix Guerrero (Spain)

Estratégias de preservação da bexiga em doença músculo-invasiva
Bladder-sparing strategies in muscle-invasive disease
Tiago Ramos

Sequenciação terapêutica em doença metastática
Therapeutic sequencing in metastatic disease
Inês Costa

Discussão interativa e perguntas • *Interactive discussion and Q&A*

10:00-10:30h **SIMPÓSIO** • *SYMPOSIUM*

Triplamente diferente no tratamento do CPmHS
Triple different in the treatment of CPmHS
Duarte Brito & Sofia Amorim

10:30-11:00h Coffee break & *networking*

11:00-12:00h **CANCRO DO RIM II** • *KIDNEY CANCER II*

Pequenas massas renais • *Small renal masses*

Moderadores • *Chairs*: Frederico Reis, Luís Curvo Semedo & Chiara Rodrigues

Novas modalidades e IA no diagnóstico • *New imaging modalities and AI in diagnosis*
José Venâncio

Terapêutica focal *vs.* cirurgia *vs.* vigilância: O que escolher?
Focal therapy vs. surgery vs. surveillance: What to choose?
Franco Lugnani (Italy)

Tratamento personalizado: O futuro? • *Personalized treatment: The future?*
Mário Fontes e Sousa

Discussão interativa e perguntas • *Interactive discussion and Q&A*

12:00-13:00h **SIMPÓSIO SATÉLITE** • *SATELLITE SYMPOSIUM*

Desafios e oportunidades no cancro da próstata e urotélio
Challenges and opportunities in prostate and urothelial cancer
Moderadora • *Chair*: Alina Rosinha

Cancro da próstata hormonossensível • *Hormone-sensitive prostate cancer*
Mário Lourenço

Cancro do urotélio • *Urothelial cancer*
Joana Marinho

13:00-14:00h Almoço • *Lunch*

14:00-15:00h

CANCRO DA PRÓSTATA II • *PROSTATE CANCER II*

Controvérsias no tratamento • *Treatment controversies*

Moderadores • *Chairs*: Guy Vieira, José Palma dos Reis & Emanuel Dias

Terapêutica focal: Uma alternativa real ou apenas uma ponte para o tratamento definitivo?
Focal therapy: A real alternative or just a bridge to definitive treatment?
Guillermo de Andrés (Spain)

Cancro da próstata oligometastático: Quando tratar com intenção curativa?
Oligometastatic prostate cancer: When to treat with curative intent?
Pedro Silva

Cancro da próstata de alto risco – Cirurgia *vs.* Radioterapia
High-risk prostate cancer – Surgery vs. Radiotherapy
André Soares

Discussão interativa e perguntas • *Interactive discussion and Q&A*

15:00-16:00h

SESSÃO ESPECIAL • *SPECIAL SESSION*

Visão alargada do doente oncológico • *A broad view of the cancer patient*

Moderadores • *Chairs*: Fátima Lima, David Dias & Ricardo Ramires

Medicina da Dor: Estratégias terapêuticas • *Pain Medicine: Therapeutic strategies*
Rita Moutinho

OncoSexologia no doente urológico • *OncoSexology in urological patients*
Ricardo Godinho

CardioOncologia: Foco no doente urológico • *CardioOncology: Focus on the urological patient*
Pedro Teixeira

Discussão interativa e perguntas • *Interactive discussion and Q&A*

16:00-16:15h Coffee break & *networking*

16:15-16:45h

CONFERÊNCIA • *CONFERENCE*

O futuro da Urologia Oncológica – Para onde vamos?
Estamos preparados para a mudança de paradigma?
The future of Oncologic Urology – Where are we going?
Are we ready for a paradigm shift?

Moderadores • *Chairs*: Carlos Rabaça & Miguel Guimarães
Palestrante • *Speaker*: Jeroen Moorselaar (Netherlands)

16:45-17:45h

CANCRO DO TESTÍCULO • *TESTICULAR CANCER*

O que há de novo? • *What's new?*

Moderadores • *Chairs*: Ricardo Leão, Pedro Chinita & Pedro Madeira

Papel dos biomarcadores tumorais: Como melhorar a precisão diagnóstica?
Role of tumor biomarkers: How to improve diagnostic accuracy?
João Lobo

Infertilidade e preservação da fertilidade: Como gerir antes e depois do tratamento?
Infertility and fertility preservation: How to manage before and after treatment?
Nuno Louro

Seguimento a longo prazo: Quem, quando e como monitorizar?
Long-term follow-up: Who, when, and how to monitor?
Carolina Pereira

Discussão interativa e perguntas • *Interactive discussion and Q&A*

17:45h

SESSÃO DE ENCERRAMENTO • *CLOSING SESSION*

Entrega de prémios • *Awards ceremony*

Comunicações Orais | Oral Communications

CO 01

CRIOTERAPIA RENAL PERCUTÂNEA: EXPERIÊNCIA DO NOSSO CENTRO

Rita Tavares Marques; José Alberto Pereira; Ana Ferreira; Ana Patrícia Matos; Mário Lourenço; Bruno Jorge Pereira; Ricardo Godinho; Pedro Peralta; Paulo Conceição; Carlos Rabaça

IPO de Coimbra

Introdução: A primeira linha terapêutica no carcinoma de células renais (CCR) estadio cT1N0M0 passa, preferencialmente, pela nefrectomia parcial. A crioterapia renal apresenta-se como alternativa minimamente invasiva, poupadora de nefrónios. O objetivo deste trabalho é apresentar a experiência inicial do nosso centro com a crioterapia renal.
Material e métodos: Estudo descritivo com base nos processos clínicos de 17 pacientes com massa renal suspeita submetidos a crioterapia renal entre 2021 e 2024. Os critérios de seleção para crioablação tiveram em conta: comorbilidades do doente, tamanho e localização da lesão, visualização e acessibilidade ecográfica, e preferência do doente. O procedimento foi realizado de forma percutânea, guiado por ecografia, e incluiu biópsia intraoperatória da lesão seguida de 2 ciclos de arrefecimento ativo e aquecimento passivo, 10 minutos cada.
Resultados: Dos dezassete pacientes admitidos para realização de crioterapia renal com biópsia intraoperatória prévia, 1 foi excluído no intraoperatório por falta de visibilidade ecográfica da lesão. O tamanho médio das lesões foi 29,88 ± 4,17 mm, correspondendo a 82,4% cT1a e 17,6% cT1b, sendo que 50% tinha dimensão igual ou superior a 30 mm. A maioria encontrava-se no rim esquerdo (64,7%) e apenas 1 doente foi submetido a crioterapia por uma lesão no polo superior. Não se registaram complicações intraoperatórias. No pós-operatório imediato, 1 paciente apresentou hematúria macroscópica e 1 teve hematoma retroperitoneal, ambos submetidos a terapêutica conservadora. O tempo mediano de internamento foi de 1 (0) dia. Foi confirmada malignidade em 47,1% das biópsias e 17,6% foi inconclusiva. Não se verificou diferença estatisticamente significativa entre a creatinina pré e 1 ano pós-crioterapia (ρ=0,599). Durante 21,6 ± 7,3 meses de *follow-up*, verificou-se recorrência ou persistência da doença em 2 doentes (16,7%).
Conclusões: A crioterapia renal percutânea guiada por ecografia é um tratamento seguro permitindo a preservação da função renal, indicada em doentes selecionados. É fundamental a correta identificação ecográfica para um resultado oncológico favorável, e a biópsia do nódulo renal deve ser realizada antes da crioterapia, preferencialmente numa abordagem a dois tempos de forma a minimizar o sobretratamento de lesões benignas.
Palavras-chave: Carcinoma de células renais; crioablação percutânea; crioterapia percutânea.

CO 02

SBRT DE SALVAÇÃO NO CARCINOMA DA PRÓSTATA COM RECIDIVA EM VESÍCULA SEMINAL: CASO CLÍNICO

Sofia Semedo; Bruno Moura Fernandes; Carolina Carvalho; Ana Cleto; Margarida Borrego

ULS Coimbra

Introdução: No carcinoma da próstata (CaP) de risco baixo ou intermédio favorável, uma das terapêuticas indicadas é a Braquiterapia de baixa taxa de dose (LDR) isolada. Nos doentes que desenvol-

vem recidiva local ou bioquímica, a Radioterapia de Salvação é uma opção terapêutica que permite aumentar o controlo local e prolongar a sobrevivência livre de recidiva bioquímica (bDFS). Em particular, o uso de *Stereotactic Body Radiotherapy* (SBRT) assenta na administração de doses ablativas de Radioterapia em lesões de recidiva local de volume limitado, com eficácia demonstrada no controlo local da doença. Neste caso clínico, pretende-se destacar o uso da SBRT como tratamento de salvação em lesão recidivante localizada na vesícula seminal direita, destacando a técnica utilizada, delineação de volumes, dosimetria e controlo de qualidade do tratamento.

Descrição: Doente de 67 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, inicialmente com *prostate--specific antigen* (PSA) de 4.9ng/mL e toque retal com nódulo palpável na próstata periférica à esquerda. Após realização de biópsia prostática, foi diagnosticado com adenocarcinoma da próstata, grau de Gleason 6 (3+3), *International Society of Urological Pathology* (ISUP) 1, cT2a cN0 cM0. Em 2017, foi submetido a braquiterapia intersticial LDR a título radical, com implante permanente de sementes de Iodo-125, com a dose total de 145Gy, sem intercorrências de relevo.

Manteve seguimento com vigilância do PSA, inicialmente com diminuição progressiva até um nadir de 0.81 ng/mL (2019). Posteriormente, apresentou um aumento paulatino do mesmo até um valor máximo de 2.12 ng/mL (2022). Neste sentido, o doente realizou tomografia de emissão com positrões com antagonistas do antigénio membranar específico da próstata (PET-PSMA), que revelou um foco de hipercaptação de Gálio 68-PSMA centrado à vesícula seminal direita (SUVmax:7.9), sugestivo de recidiva local, sem outras alterações suspeitas.

O caso clínico foi discutido em reunião multidisciplinar de decisão terapêutica, tendo sido proposta a realização de SBRT de Salvação. Clinicamente, o doente apresentava queixas de nictúria, jato urinário diminuído e disúria ligeira, sem outros sintomas do foro genitourinário. Ao exame objetivo, apresentava bom estado geral, sem lesões palpáveis ao toque retal. Analiticamente, previamente à Radioterapia, apresentava um valor de PSA de 2.37 ng/mL (2023).

Foi realizada SBRT a título ablativo, dirigida à vesícula seminal direita, com a dose de 30Gy/5F (6.0Gy/F) em dias alternados. O tratamento foi realizado com técnica de arcoterapia modulada volumetricamente (VMAT) e Radioterapia guiada por imagem (IGRT), tendo decorrido sem intercorrências.

Um ano e dez meses após o tratamento (2025), o doente mantém-se sem sintomas ou sinais sugestivos de toxicidade e com diminuição progressiva do PSA total, tendo um valor de 0.16ng/mL na última avaliação analítica.

Conclusão: No seguimento após tratamento do CaP, está preconizado o doseamento periódico do valor de PSA, com eventual realização de exame de imagem de acordo com a evolução do mesmo. Pela sua elevada sensibilidade e especificidade, um dos exames preferencialmente escolhidos é a PET-PSMA.

Em casos de recidiva local, a Radioterapia externa com técnica de VMAT e IGRT é uma opção terapêutica que possibilita, neste caso através da SBRT, a administração de doses mais elevadas nas lesões tumorais, com menor irradiação dos tecidos adjacentes. Assim, permite a re-irradiação do local da doença, com menor toxicidade aguda e tardia.

No caso descrito, após cerca de dois anos de seguimento, verifica-se uma resposta significativa do PSA, sem necessidade de iniciar Hormonoterapia até ao momento. Desta forma, é demonstrada a vantagem de utilização de uma técnica de Radioterapia esterotáxica no tratamento de doença recidivante em local previamente irradiado.

CO 03

THE ROLE OF PSA DENSITY IN PREDICTING PROSTATE CANCER SEVERITY ACCORDING TO WHO ISUP GRADING: EXPERIENCE OF A TERTIARY CENTER

Erico Danif; Joana Rodrigues; Sandro Gaspar; José Palma Reis
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE/Hospital de Santa Maria

Introduction & objectives: *Benign and malignant alterations of the prostate gland are becoming increasingly prevalent, largely due to the rise in life expectancy observed worldwide. Elevations in prostate-specific antigen (PSA) levels may occur in both benign prostatic hyperplasia and prostate cancer. PSA density has been proposed as an adjunct tool, particularly when combined with prostate*

MRI, to better assess the risk of prostate cancer and guide the decision-making process regarding the necessity of prostate biopsy. The objective of this study is to investigate the correlation between PSA density (PSAd) and the World Health Organization International Society of Urological Pathology (WHO ISUP) grading system in men who have undergone transperineal prostate biopsy.

Materials & methods: *This retrospective study included 351 patients who underwent transperineal prostate biopsy at a tertiary center between May 2023 and February 2025. Clinical and pathological data were collected from electronic medical records. Data were extracted and analyzed using SPSS software (Version 30.0.0.0). The distribution of PSAd values across different WHO ISUP grade groups was assessed. Since the data were not normally distributed, the Kruskal-Wallis test was used to evaluate overall differences in PSAD between groups. When a significant difference was detected, post-hoc pairwise comparisons were performed between individual groups, with p-values adjusted using the Bonferroni correction to account for multiple testing. A p-value of <0.05 was considered statistically significant.*

Results: *A total of 351 patients participated in the study, with a median age of 70 years. The median PSA density (PSAD) was 0.182 ng/mL/cm³. The PSAD values for each group were: Negative biopsy: 0.112 ng/mL/cm³, ISUP 1: 0.198 ng/mL/cm³, ISUP 2: 0.220 ng/mL/cm³, ISUP 3: 0.235 ng/mL/cm³, ISUP 4: 0.335 ng/mL/cm³, and ISUP 5: 0.352 ng/mL/cm³. The Kruskal-Wallis test showed a significant difference in PSAD across the groups (p-value = 0.001). Pairwise comparisons revealed significant differences between the negative biopsy group and all positive biopsy groups (p < 0.001 for ISUP 1 to ISUP 4, p = 0.017 for ISUP 5). Only the comparison between ISUP 1 and ISUP 4 was statistically significant, with a median difference of 0.137 ng/mL/cm³ (p-value = 0.01).*

Conclusions: *As expected, and in accordance with the current literature, there was a clear increase in PSAd in patients with positive biopsies compared to those with negative biopsies. Despite not being always statistically significant, there was a systematic increase in the median PSAd value across the ISUP groups, with higher PSAd observed as the ISUP classification increased. Only the median difference between ISUP 1 and ISUP 4 was significant, although in many of the other comparisons, the p-value was nearly significant. This study highlights the need for further research on this topic, with larger sample sizes and therefore more statistical power. Although not definitively observed, we suggest that there may be an association between PSAd and prostate cancer aggressiveness, as indicated by the ISUP classification.*

CO 04

FATORES PREDITORES DE MUDANÇA PARA TRATAMENTO ATIVO NA VIGILÂNCIA ATIVA

Ana Ferreira[1]; Miguel Lourenço[2]; Ana Sabença Gomes[2]; Rui Maciel[2]; Samuel Bastos[2]; João Peralta[2]; João Ricardo e Silva[2]; Maria Inês Nascimento[2]; Jorge Dias[2]; Luís Xambre[2]

[1]IPO Coimbra; [2]CH Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE

Introdução: A vigilância ativa (VA) é um dos tratamentos disponíveis para os doentes de baixo risco e risco intermédio no cancro da próstata (CaP). Vários fatores, como a densidade do PSA, o ISUP e o número de fragmentos positivos na biópsia prostática, têm sido estudados como possíveis fatores preditores de progressão nestes doentes e necessidade de mudança de estratégia terapêutica.

Objetivos: Analisar os doentes em VA na instituição nos últimos 10 anos, identificar aqueles que progrediram durante seguimento e avaliar fatores preditores para progressão.

Material e métodos: Estudo retrospetivo que incluiu todos os doentes diagnosticados com CaP e selecionados para VA entre outubro de 2014 e outubro de 2024 na instituição. Os dados foram recolhidos a partir do processo clínico eletrónico e analisados posteriormente no programa SPSS.

Resultados: No total, 132 doentes foram selecionados para VA na instituição durante os últimos 10 anos. Desses, 5,3% (7/132) passaram para *Watchful Waiting* (WW) durante o seguimento, devido à idade avançada e/ou agravamento do *Performance Status* (PS), e 5 (3,8%) recusaram continuar em VA, ou por ansiedade em relação à ausência de tratamento ativo ou devido ao protocolo, sendo excluídos da análise. Durante o seguimento, 37 doentes (30,6%) progrediram. O tempo médio desde o início da VA até a identificação da progressão foi de 25,47 meses. Na maioria dos casos, a decisão

de mudar para tratamento ativo foi motivada por progressão histológica (65%), sendo outros motivos o aumento do PSA (5,4%) e/ou progressão imagiológica (16,2%). Desses doentes, 11 (29,7%) realizaram tratamento cirúrgico, 16 (43,2%) receberam radioterapia ± bloqueio hormonal e 1 (2,7%) foi tratado com braquiterapia focal. Ao comparar os doentes que progrediram durante a VA com os que não progrediram, o único fator estatisticamente significativo entre os dois grupos foi a percentagem de fragmentos positivos na biópsia sistemática (p=0,025), sendo superior no grupo que progrediu (12,78% *versus* 10,24%). A idade (p=0,19), história familiar (p=0,76), valor inicial de PSA (p=0,14), densidade do PSA (p=0,19), valor de PIRADS (p=0,60), ISUP (p=0,98), entre outros fatores, não mostraram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Conclusão: Com este trabalho demonstra-se que a VA é um tratamento seguro para os doentes com CaP. O único preditor de passagem para tratamento ativo na nossa população foi o número de fragmentos positivos.

CO 05

HYPERTHERMIC VERSUS NORMOTHERMIC INTRAVESICAL MITOMYCIN C FOR INTERMEDIATE-RISK NON-MUSCLE-INVASIVE BLADDER CANCER: A RETROSPECTIVE COHORT STUDY

José Alberto Pereira; Ana Maria Ferreira; Rita Marques; Patrícia Matos; Mário Lourenço; Ricardo Godinho; Pedro Peralta; Bruno Jorge Pereira; Paulo Conceição; Carlos Rabaça
IPO Coimbra

Introduction: *Bladder cancer is the ninth most commonly diagnosed cancer globally, with over 600,000 new cases reported in 2022. Urothelial carcinoma is the predominant histological subtype, and approximately 75% of patients present with non-muscle-invasive bladder cancer (NMIBC) at diagnosis. Despite lower cancer-specific mortality compared to muscle-invasive disease, NMIBC is associated with high recurrence rates, requiring long-term treatment and surveillance.*

Intermediate-risk NMIBC represents a heterogeneous group where adjuvant intravesical therapy after transurethral resection of bladder tumor (TURBT) is recommended to reduce recurrence and delay progression. Mitomycin C (MMC) is widely used for intravesical chemotherapy, and hyperthermic intravesical chemotherapy has emerged as a promising approach by enhancing drug efficacy through thermal mechanisms. However, clear oncologic superiority of hyperthermic over normothermic MMC remains to be demonstrated.

Objectives: *To compare hyperthermic intravesical mitomycin C with normothermic intravesical mitomycin C in patients with intermediate-risk NMIBC, focusing on oncologic outcomes and treatment tolerability.*

Materials and methods: *A retrospective cohort analysis was performed between January 2020 and December 2023 to compare hyperthermic mitomycin C and normothermic mitomycin C in the adjuvant setting for intermediate-risk NMIBC.*

Patients received either hyperthermic mitomycin C (40 mg/85 ml at 43 degrees Celsius for 60 minutes) administered via the COMBAT BRS system, or standard normothermic mitomycin C (40 mg/50 ml at room temperature). Follow-up included cystoscopy and urine cytology every three months for two years, and annual CT urography. The primary outcome was recurrence-free survival (RFS) at 12 and 24 months. Secondary outcomes included treatment tolerability, assessed by the incidence of adverse events and treatment discontinuation rates.

Results and conclusion: *Seventy-six patients were included (hyperthermic mitomycin C, n=36; normothermic mitomycin C, n=40). The mean age was 67.4 (+/- 10.0) years (range 45-86); 86.8% were male. The mean follow-up duration was 33.1 months (range 12-50). Histologically, 88.2% had Ta disease, and 11.8% had T1 disease. Regarding tumor grade, 9.2% were G1, 89.5% G2, and 1.3% G3. Most patients (85.5%) had solitary tumors; 69.7% had tumors less than or equal to 3 cm. A recurrence was observed in 38.9% of patients treated with hyperthermic mitomycin C and 25.0% with normothermic mitomycin C. Kaplan-Meier analysis showed no statistically significant difference in RFS between groups (Log-Rank p=0.385). At 12 months, RFS was 80.6% for hyperthermic mitomycin C and 82.5% for normothermic mitomycin C; at*

24 months, it was 62.4% and 69.6%, respectively. Adverse events were reported in 30.6% of patients treated with hyperthermic mitomycin C and 25.0% of those treated with normothermic mitomycin C. The most frequent adverse events included dysuria, increased urinary frequency, and haematuria. Treatment discontinuation due to toxicity occurred in 13.9% of patients in the hyperthermic group and 7.5% in the normothermic group. No grade 4 or 5 adverse events were observed.
These findings suggest that hyperthermic intravesical mitomycin C is a safe and effective adjuvant treatment option for intermediate-risk NMIBC. However, no statistically significant oncologic advantage over normothermic mitomycin C was demonstrated in this cohort. Further prospective studies are needed to better define the potential benefits of hyperthermic chemotherapy in this population.

CO 06

SYSTEMATIC BIOPSIES IN THE CROSSHAIRS: ARE MRI-TARGETED APPROACHES ENOUGH?

Joana Rodrigues; Maria Castilho; Sandro Gaspar; José Palma dos Reis
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE/Hospital de Santa Maria

Introduction: *Prostate cancer (PCa) is a leading cause of morbidity and mortality worldwide. Advances in diagnostic tools such as prostate-specific antigen (PSA), PSA density (PSAd), and multiparametric magnetic resonance imaging (mpMRI) have improved the detection and risk stratification of clinically significant disease. While combined systematic and targeted biopsies were used to avoid missing aggressive cancers, the 2025 EAU guidelines now recommend targeted with perilesional biopsies alone in biopsy-naïve patients with positive mpMRI. This is supported by evidence suggesting that systematic biopsies contribute to the overdiagnosis of clinically insignificant cancers without meaningfully increasing the detection of significant ones. Nevertheless, there are concerns about missing aggressive tumors outside mpMRI-identified targets, especially considering the multifocal nature of prostate cancer and the limitations of imaging sensitivity. This study evaluated real-world outcomes of both biopsy strategies.*
Objectives: *To compare, in a tertiary center, tumor detection rates and clinicopathological features between combined targeted and systematic versus target-only transperineal biopsies.*
Materials and methods: *A retrospective analysis was conducted on patients who underwent transperineal prostate fusion biopsies with the Koelis system (July 2023–March 2025). Patients with ISUP 1, a prior diagnosis of prostate cancer, or incomplete data were excluded, leaving 204 patients: 164 had targeted plus systematic biopsies and 40 had target-only. Data were analyzed using JASP; chi-square tests assessed categorical associations ($p<0.05$).*
Results and conclusions: *The median age was 68 years in the targeted plus systematic group and 70 years in the target-only group. Tumor detection rates were 57.9% for the targeted plus systematic group and 65.0% for the target-only group, with no statistically significant difference ($p=0.414$). Median PSA was 9.41 ng/mL in the targeted plus systematic group and 7.90 ng/mL in the target-only group, while median PSAd values were 0.17 ng/mL/cc and 0.16 ng/mL/cc, respectively. In the combined targeted and systematic biopsy group, biopsy results were negative in 42.1% of patients. ISUP grade 2, 3, 4, and 5 disease was present in 25.0%, 16.5%, 12.2%, and 4.3% of patients, respectively. In the targeted biopsy-only group, negative findings were observed in 35.0% of patients, with ISUP grade 2, 3, 4, and 5 disease present in 17.5%, 30.0%, 12.5%, and 5.0% of cases, respectively. Regarding PIRADS classification, the majority of lesions in both groups were PIRADS 4 or 5, although the targeted plus systematic group included a small number of PIRADS 2 lesions. Notably, among the 164 patients who underwent targeted plus systematic biopsies, CaP was detected outside the MRI target in 28.0% of cases; however, only 5.5% had an ISUP grade higher than the targeted lesion, representing clinically more significant disease. Among the four patients in the target-only group who subsequently underwent radical prostatectomy, three showed ISUP downgrading and one showed upgrading, suggesting a reasonable concordance between biopsy and final pathology. In conclusion, transperineal prostate biopsies using either a combined targeted and systematic approach or a target-only approach resulted in similar cancer detection rates. Although systematic cores revealed additional tumors in a substantial number of pa-*

tients, only a small fraction were clinically more significant than those identified through targeted biopsy alone. These findings support the 2025 EAU guidelines' recommendation of target-only biopsies in selected patients, while simultaneously highlighting that, in specific clinical contexts, systematic sampling still has a role in avoiding the underdiagnosis of aggressive disease, particularly when imaging limitations are present.

CO 07

ANDROGEN RECEPTOR INHIBITORS IN PATIENTS WITH CASTRATION-RESISTANT PROSTATE CANCER: REAL-WORLD DATA FROM A TERTIARY CENTER

Joana Rodrigues; João Chambino; Sandro Gaspar; José Palma dos Reis
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE/Hospital de Santa Maria

Introduction & objectives: *Non-metastatic castration-resistant prostate cancer (nmCRPC) is defined by testosterone <50 ng/dL and PSA >2 ng/mL in patients on androgen deprivation therapy (ADT) without metastases on conventional imaging. High-risk nmCRPC patients (PSA doubling time ≤10 months) have a higher risk of metastasization. Androgen receptor inhibitors (ARIs) have significantly altered the treatment landscape of nmCRPC, improving overall survival. This study reviews nmCRPC patients on apalutamide at a Portuguese tertiary center regarding demographics, primary tumor treatment, PSA reduction, and metastasis-free survival.*

Materials & methods: *We retrospectively analyzed 17 nmCRPC patients treated with apalutamide from 2020 to 2023. Data were extracted from clinical records and analyzed using SPSS.*

Results: *The study included 17 patients, with a median age of 80 years. ECOG performance statuses were: 58.8% at level 1, 11.8% at level 2, and 29.4% at level 3. ISUP grades were distributed as follows: 29.4% grade 1, 35.3% grade 2, 5.9% grade 3, and 29.4% grade 4. The average time from ADT initiation to ARI was 8.5 years (range: 1–24 years). Primary tumor treatments included radical prostatectomy with adjuvant external radiotherapy (ERT) (22.2%) and isolated ERT (77.8%). Before starting ARI, the median PSA value was 7.3 ng/mL, and the median PSA doubling time was 4.3 months. At 3 months after starting ARI, 46.2% of patients had a PSA reduction >90%, increasing to 54.6% and 57.1% at 6 and 12 months, respectively. At 12 months, 50% of patients had a PSA ≤0.2 ng/mL. Metastatic progression occurred in 29.4% of patients, with a median time to progression of 11 months. Among these five patients, three showed disease progression via PSMA PET and two via conventional imaging.*

Five patients reported side effects: three with skin rash, one with fatigue, and three with cardiovascular issues. Dose reduction to 160 mg resolved the rash in two patients while maintaining treatment efficacy. Only one patient switched between ARIs due to rash severity. At the time of the study, two patients had died: one from disease progression and one from unknown causes.

Conclusions: *This real-world evidence study confirms apalutamide's PSA response is consistent with clinical trials, showing few side effects and high adherence.In this study, progression to metastasis was faster than the 40.5 months reported by the SPARTAN trial, however, the sample is small and did not reach a comparable time interval. More importantly, PSMA PET was used as a disease progression criterion in 3 patients. Our results also showed the efficacy of apalutamide in reducing PSA, especially considering its prognostic value demonstrated at a post hoc analysis of the SPARTAN trial that showed that in patients with a PSA reduction >90% at 6 months, the risk of metastatic progression or mortality decreases by about 70%. In our study, at 6 months after starting ARI, 54.6% of patients had a PSA reduction >90%.*

CO 08

THE FLARE PHENOMENON DURING PROSTATE CANCER RESTAGING: AN OVERLOOKED DIAGNOSIS ON BONE SCINTIGRAPHY

José Pedro Escaleira; Rafael Sá e Silva; Lúcia Costa
ULS Santo António

Introduction: *Bone scintigraphy (BS) remains a key imaging modality in the evaluation of metastatic prostate cancer (PCa); however, its interpretation may be complicated by the flare phenomenon, a transient*

radiotracer uptake following recent systemic therapy that can mimic disease progression. This imaging ambiguity presents a significant clinical challenge, underscoring the importance of distinguishing true progression from treatment-related flare to guide appropriate therapeutic decision-making.

Objective: *This study aimed to evaluate the prevalence and clinical impact of suspected flare phenomenon on restaging BS in patients with bone-metastatic PCa.*

Material and methods: *We conducted a retrospective analysis of 203 patients with bone-metastatic PCa managed by urology and/or oncology specialists at a single center, who underwent restaging BS within the past two years. Flare phenomenon was suspected based on the following criteria: (1) initiation of a new pharmacologic or radiologic therapy targeting prostate cancer within six months preceding the restaging BS, and (2) the emergence of one or more new foci of radiotracer uptake compared to the prior scan. Patient outcomes during the suspected flare period were evaluated based on clinical status, prostate-specific antigen (PSA) kinetics, and follow-up imaging findings.*

Results: *Flare phenomenon was suspected in six patients (3.0%) at the time of restaging BS. At initial diagnosis, all patients presented with multifocal osteoblastic bone metastases, with a median age of 71 years old (range: 50–76). Histopathological assessment revealed International Society of Urological Pathology (ISUP) grade group 4 in four cases, whereas two patients had grade group 5 disease. The median interval from diagnosis to the selected restaging BS was 3.2 years (range: 1.6–4.7). This scan was performed a median of 5.2 months (range: 5.0–5.9) following initiation of a new PCa-directed therapy, predominantly chemotherapy. Concurrent computed tomography (CT) studies raised suspicion of disease progression in all cases. Despite these imaging findings, clinical status remained stable, with PSA levels increasing markedly in only one patient (table I). Following multidisciplinary evaluation, the therapeutic regimen was maintained in five subjects (83%). Nevertheless, during follow-up, all patients ultimately exhibited definitive disease progression, including on BS, leading to a change in systemic treatment at a median of 4.9 months (range: 3.5–7.2) after the flare-suspicious scan. Overall, three patients died: two due to infectious complications and one from intracranial hemorrhage.*

Conclusion: *This study showed that suspected BS flare is a relevant concern in bone-metastatic PCa patients following recent systemic therapy. Despite radiological findings suggestive of progression, most patients remained clinically stable with minimal PSA change. Recognizing flare may justify continued therapy for additional months, highlighting the role of multidisciplinary evaluation in avoiding premature treatment withdrawal.*

Posters

PO 01

MASSAS QUÍSTICAS RETROPERITONEAIS: 3 ENTIDADES DISTINTAS COM A MESMA APRESENTAÇÃO CLÍNICA

Diogo Dias; Simão Abreu; Rui Almeida Pinto; Daniel Costa; João Silva; Carlos Silva
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: As massas retroperitoneais quísticas são entidades raras. Estas podem crescer até dimensões consideráveis sem que surjam sinais ou sintomas, sendo muitas vezes descobertas incidentalmente com a realização de exames de imagem. Neste trabalho apresentam-se 3 casos clínicos distintos de massas quísticas retroperitoneais abordadas cirurgicamente.
Descrição: Caso clínico 1 (CC1): Sexo feminino, 82 anos. Referenciada a urologia por achado em tomografia computorizada (TC) de massa retroperitoneal quística com 11 cm de diâmetro, com área nodular de 42 mm com realce e com efeito de massa sobre o rim e glândula suprarrenal (SR) ipsilaterais. Caso clínico 2 (CC2): Sexo feminino, 41 anos, com antecedente de nefrectomia esquerda aos 29 anos. Referenciada a urologia por massa abdominal palpável e enfartamento pós-prandial. Em TC abdominal foi detetada massa retroperitoneal. A ressonância magnética (RMN) mostrou uma massa retroperitoneal quística simples com 14 cm de diâmetro. Caso clínico 3 (CC3): Sexo masculino, 75 anos. Referenciado a urologia por lesão suspeita da SR direita em TC. Tratava-se de uma massa retroperitoneal quística com 10,4 cm de diâmetrocom aparente filiação na SR direita, com efeito de massa sobre o rim e fígado. O cintilograma MIBG (Metaiodobenzilguanidina) não mostrou captação de 1231-MIBG.
A doente do CC1 foi submetida a exérese da lesão em bloco com a SR. O estudo histológico revelou uma lesão mesenquimatosa com características de lipossarcoma bem diferenciado, com margens livres. A doente do CC2 foi submetida a exérese laparoscópica da lesão, tendo a histologia revelado tratar-se de um linfangioma cístico. O doente do CC3 foi submetido a adrenalectomia por via aberta. O estudo histológico revelou um hemangioma da SR. Não se verificaram complicações intraoperatórias ou pós-operatórias. Os 3 doentes apresentaram uma recuperação favorável na reavaliação e encontrando-se assintomáticos.
Conclusão: As massas quísticas retroperitoneais representam um desafio clínico e terapêutico. Apesar dos meios auxiliares diagnósticos disponíveis como a TC e a RMN, nem sempre é possível uma classificação adequada das lesões, o que se verificou nos três casos aqui discutidos. A decisão de se optar por uma abordagem cirúrgica depende de vários fatores como a presença de sintomas ou o potencial maligno da lesão. Os três casos apresentados mostram a importância da remoção cirúrgica de lesões quísticas retroperitoneais cuja natureza não pode ser adequadamente determinada através dos meios complementares de diagnóstico. Nestes três casos a cirurgia teve um papel tanto diagnóstico como terapêutico, permitindo ainda estabelecer o seguimento mais adequado para cada doente.

PO 02

COMPARAÇÃO ENTRE O IMPACTO DAS DIFERENTES TÉCNICAS DE PROSTATECTOMIA RADICAL NA DISFUNÇÃO ERÉTIL

Francisco Gomes[1]; Hugo Antunes[2]
[1]Universidade da Beira Interior ; [2]Centro Hospitalar do Baixo Vouga/Hospital Infante D. Pedro, EPE

Introdução: O cancro da próstata é a segunda neoplasia mais frequentemente diagnosticada no sexo masculino em todo o mundo, e uma das principais causas de morte relacionada com cancro. No entanto, devido ao rastreio precoce e aos tratamentos eficazes, estes números têm vindo a diminuir. Assim, sendo a prostatectomia radical uma das abordagens terapêuticas mais largamente usadas, os seus outcomes funcionais, como a disfunção erétil, assumem um papel de elevada relevância, que deve ser considerado no processo de decisão terapêutica partilhada.
Objetivo: Determinar qual técnica cirúrgica apresenta menor impacto na função erétil pós-operatória.
Métodos: A pesquisa, conduzida nas bases de dados PubMed e Scopus, utilizou os critérios PRISMA para revisão sistemática da literatura. Doze artigos, publicados entre 2014 e 2024, foram selecionados para análise, abrangendo estudos da Europa, Ásia, Oceânia e América do Norte.
Resultados: Seis artigos analisaram a incidência da disfunção erétil após prostatectomia radical aberta (ORP) comparativamente à prostatectomia radical assistida por Robô (RARP). Três dos artigos comparam a incidência da disfunção erétil após prostatectomia radical laparoscópica (LRP) comparativamente a RARP. Um artigo comparou ORP com a LRP. E por último, dois artigos comparam a incidência de disfunção erétil entre as três técnicas de prostatectomia radical, ORP, LRP e RARP. Os resultados indicam que a RARP pode ter vantagens em relação à ORP, a curto prazo pós cirurgia. A RARP e a LRP demonstram resultados semelhantes nas taxas de disfunção erétil, embora a qualidade percebida da função erétil possa ser superior com a RARP. A comparação entre ORP e LRP não revelou diferenças significativas na disfunção erétil. Estudos que compararam as três técnicas sugerem que a RARP, apesar de apresentar inicialmente algumas vantagens relativamente a função erétil pós-operatória, estas diferenças tendem a diminuir no seguimento a longo prazo.
Conclusão: Nenhuma técnica cirúrgica é superior na recuperação da função erétil. A escolha deve ser individualizada, considerando as características do paciente, expectativas e a importância da função erétil. A experiência do cirurgião, a preservação do feixe neurovascular e a idade do paciente são fatores que influenciam a recuperação da função erétil, independentemente da técnica utilizada.

PO 03

TRATAMENTO SISTÉMICO DE TUMOR DE CÉLULAS DE SERTOLI METASTÁTICO: RELATO DE CASO

Pedro Serrano; Bábara Oliveira; Pedro Barros; Cidália Pinto; Marco Dores; Miguel Cabrita; Gilberto Rosa; Anibal Coutinho
Centro Hospitalar do Algarve, EPE/Hospital de Faro

Introdução: Os tumores de células de Sertoli são neoplasias raras, representando menos de 1% dos tumores testiculares, e estão frequentemente associados a síndromes genéticas como a síndrome de Peutz-Jeghers. Embora geralmente tenham um comportamento benigno, os casos metastáticos são raros e têm um prognóstico reservado.
Caso clínico: Homem de 52 anos, casado e taxista, com antecedentes de neoplasia do testículo direito, diagnosticado em 2024, definido histologicamente como um tumor de células de Sertoli. O doente apresentava sintomas de cansaço fácil, anorexia e perda ponderal significativa de 4 kg nos últimos dois meses. O exame físico revelou ginecomastia bilateral.
A TC de estadiamento demonstrou metastização, nomeadamente pleural, hepática (2 lesões), e óssea, com uma lesão destrutiva no arco costal esquerdo. Foi realizada biópsia de uma lesão nos tecidos dos tecidos moles que confirmou a origem no tumor de células de Sertoli.
Paralelamente, o doente foi submetido a múltiplas toracocenteses devido a um volumoso derrame pleural associado, para alivio sintomático.
Os valores laboratoriais destacaram estradiol >3000 pg/mL, testosterona >1500 ng/dL, prolactina 92,5 ng/mL, com baixos níveis de FSH (0,30) e LH (0,30). Um estudo genético foi solicitado para investigação de uma possível associação com o síndrome de Peutz-Jeghers, que se revelou inconclusivo. Devido à fraca resposta esperada à quimioterapia convencional e aos níveis elevados de estradiol

e testosterona, optou-se por associar tratamento hormonal (letrozol, inibidor da aromatase, e goserrelina, agonista de GnRH) ao protocolo BEP, com o intuito de reduzir a produção hormonal e controlar a progressão da doença. O letrozol foi eleito tendo em conta a evidência limitada de resposta a inibidores de aromatase em tumores de células de Sertoli, conforme descrito em alguns relatos de casos na literatura científica.

A última TC de controlo revelou progressão da doença, com aumento das lesões metastáticas hepáticas e pleurais.

Neste momento, está em curso a avaliação para a sua inclusão em novos ensaios clínicos, nomeadamente no ensaio *Safety and Tolerability of TNG462 in Patients with MTAP-deleted Solid Tumors*, uma vez que a literatura atual sugere que novas terapias-alvo e tratamentos imunoterápicos estão a emergir como opções promissoras para tumores raros e resistentes à quimioterapia.

Conclusão: Os tumores de células de Sertoli metastáticos apresentam um prognóstico reservado, em parte devido à sua baixa resposta aos regimes quimioterápicos convencionais. Este caso sublinha a importância de uma abordagem multidisciplinar e personalizada, combinando quimioterapia com terapia hormonal, de acordo com o perfil hormonal do doente. São necessários mais estudos para entender a biologia molecular subjacente a estes tumores e identificar potenciais novos alvos terapêuticos.

PO 04

ABORDAGEM MULTIMODAL DA DOR ONCOLÓGICA: O PAPEL DOS CANABINÓIDES

Patrícia Albuquerque[1]; Rafaela Moreira[2]; Joana Brandão[3]; Ana Alcoforado[2]; Carolina Moreira[4]

[1]Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra/Hospitais da Universidade de Coimbra; [2]Unidade Local de Saúde de São José; [3]Unidade Local de Saúde Tâmega e Sousa; [4]Unidade Local de Saúde de Leiria

Introdução: Na doença oncológica, a dor tem algumas características diferenciadoras como sejam a multifocalidade, a heterogeneidade dos mecanismos envolvidos e o caráter dinâmico da evolução da doença. A dor em oncologia é, pois, uma entidade biopsicossocial e deve ser entendida e tratada de forma holística. O controlo da dor oncológica deve ser individualizado, considerando as especificidades de cada doente, e o tratamento deve ser ajustado ao longo do tempo. Os canabinóides, compostos ativos da planta *Cannabis sativa*, têm sido estudados como alternativas ou complementos aos tratamentos tradicionais da dor.

Objetivos: Abordar a eficácia dos canabinóides, nomeadamente o uso de THC e CBD no tratamento da dor, com enfoque na dor oncológica.

Métodos: Realizou-se uma revisão sistemática da literatura nas bases de dados PubMed, Scopus e *Web of Science*, utilizando os descritores "*cannabinoids*", "*cancer pain*", "THC", "CBD" e "*chronic pain*". Foram incluídos 16 estudos publicados entre 2010 e 2023, englobando ensaios clínicos randomizados, estudos observacionais e metanálises. A seleção foi baseada em critérios como a qualidade metodológica, a relevância clínica e o número de participantes.

Resultados: Os canabinóides, particularmente o THC e a combinação de THC e CBD, apresentam eficácia na redução da dor neuropática e nociceptiva em doentes oncológicos, sobretudo quando utilizados como adjuvantes aos opióides. Ensaios clínicos sugerem que a combinação de THC e CBD melhora a qualidade de vida dos doentes e reduz a necessidade do uso de analgésicos convencionais. Contudo, efeitos adversos, como sonolência, alterações cognitivas e o potencial de dependência devem ser tidos em conta, justificando uma monitorização rigorosa destes compostos.

Conclusão/discussão: O uso de canabinóides no tratamento da dor oncológica tem demonstrado algum potencial, com evidências crescentes sugerindo benefícios significativos, especialmente no alivio da dor crónica. No entanto, ainda existem limitações a considerar, de forma a garantir uma aplicação clínica segura e eficaz destes compostos. Para além dos aspetos científicos e de investigação, o futuro da terapia com canabinóides está fortemente dependente do seu enquadramento legal e de questões de regulamentação jurídica. É necessário realizar ensaios clínicos randomizados, com amostras grandes e diversificadas, que explorem a eficácia a longo prazo dos canabinóides no controlo de diferentes tipos de dor oncológica. O desenvolvimento de biomarcadores específicos pode ajudar a personalizar o tratamento, facilitando a identificação dos doentes que mais poderão beneficiar com o uso desta linha de tratamento.

PO 05

CARCINOMA UROTELIAL MULTIFOCAL RECIDIVADO: CASO CLÍNICO

Pedro Magno Serrano; Bárbara Oliveira; Pedro Barros; Cidália Pinto; Marco Dores; Miguel Cabrita; Gilberto Rosa; Anibal Coutinho
Centro Hospitalar do Algarve, EPE/Hospital de Faro

Introdução: O carcinoma urotelial do trato urinário superior é uma patologia relativamente rara, representando cerca de 5-10% de todas as neoplasias uroteliais. Este tipo de tumor pode apresentar-se localizado e com um lesão única ou de forma multifocal, envolvendo tanto o ureter como o sistema pielocalicial, o que muitas vezes limita o tratamento cirúrgico, que prima pela radicalidade da intervenção.
Caso: Homem de 60 anos, fumador (20 cigarros/dia), com antecedentes de carcinoma da próstata, tratado com radioterapia externa em 2011 e carcinoma urotelial não invasivo de alto grau da bexiga diagnosticado em 2017, tendo sido submetido a múltiplas ressecções transuretrais (RTUV), com confirmação de carcinoma urotelial papilar.
No final de 2023, o doente desenvolveu um quadro de hematúria refratária, inicialmente assumido como recidiva vesical, tendo feito RTUV e fulguração, com persistência do quadro. Neste contexto, realizou uma tomografia computadorizada do aparelho urinário, que revelou atrofia renal direita, já conhecida, e uma lesão nodular sólida pielocalicial esquerda medindo cerca de 3 cm, altamente sugestiva de carcinoma urotelial. Além disso, observou-se espessamento parietal do ureter esquerdo, com suspeita de lesão endoluminal sólida ao nível do ureter médio, sugerindo uma neoplasia urotelial alta multifocal.
O doente já se encontrava em programa de hemodiálise no contexto de DRC, pelo que, não havendo evidência de doença localmente avançada ou metastática, foi proposto para nefroureterectomia bilateral e cistectomia subtotal de salvação em janeiro de 2024. O exame anatomopatológico revelou múltiplos focos de carcinoma urotelial papilar de baixo e alto grau, sem evidência de invasão profunda.
Em janeiro de 2025, recorreu à consulta por quadro de uretrorragia ocasional, tendo feito uretroscopia que confirmou a presença de um tumor na transição bulbo-membranosa, de aparência superficial. A TC toraco-abdominal-pélvica de estadiamento não revelou a presença de lesões à distância.
Foi então proposto para uretrectomia perineal, com intuito de controlo local da doença.
A avaliação da expressão de PD-L1, realizada por imunohistoquímica, foi negativa. Encontrando-se em curso a avaliação genética para exclusão de Síndrome de Lynch. O doente continua sob vigilância oncológica.
Conclusão: Este caso destaca a complexidade na abordagem do carcinoma urotelial multifocal, particularmente em doentes com comprometimento renal severo.A nefroureterectomia bilateral com cistectomia subtotal seguida de uretrectomia, foram uma abordagem de salvação, revestindo-se de particular necessidade quer para controlo do foco hemorrágico quer para controlo oncológico da doença. O seguimento destes doentes deve ser contínuo e multidisciplinar, envolvendo urologia, oncologia e nefrologia, com o objetivo de proporcionar o melhor controlo oncológico e qualidade de vida ao doente.

PO 06

TUMOR GERMINATIVO DO TESTÍCULO AVANÇADO: ABORDAGEM DO DOENTE CRÍTICO NUM CENTRO DE REFERÊNCIA

Alice Figueiredo; Sara Magno; Margarida Pereira; Mafalda Sousa; Fátima Vaz
IPO Lisboa

O cancro do testículo representa 5% das neoplasias urológicas[1] , afeta sobretudo homens jovens e dado a cinética altamente proliferativa pode apresentar-se com um elevado volume tumoral ao diagnóstico[2]. Ainda assim, todos os estadios têm um potencial curativo e mesmo o grupo de risco IGCCCG de mau prognóstico mostrou sobrevivência global de 64% aos 5 anos com a 1ª linha de terapêutica sistémica[3].
Doente do sexo masculino, 28 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, que iniciou um quadro de dor lombar esquerda refratária à analgesia com 2 meses de evolução, tendo a investigação revelado alterações analíticas com β-hCG 225 000 UI/L, AFP 1303 ng/mL e LDH 922 UI/L, sendo visível na TC toraco-abdomino-pélvica uma massa retroperitoneal com 10x8cm peri-renal esquerda, associada a metastização pulmonar e hepática múltipla.
Após a ecografia testicular identificar também uma massa unilateral esquerda, foi submetido a orquidec-

tomia radical esquerda, cujo exame anatomopatológico revelou ser um tumor misto de células germinativas (95% carcinoma embrionário, <5% tumor do saco vitelino), com invasão da *rete testis* e linfovascular. No pós-operatório os marcadores tumorais eram de β-hCG 342 000 UI/L e AFP 1579 ng/mL. Perante um tumor germinativo do testículo, não seminoma, estadio pT2 cN3 M1b S3 (IIIC), grupo de risco IGCCCG de mau prognóstico, foi proposto para quimioterapia com 4 ciclos de BEP (bleomicina, etoposido, cisplatina).

Durante o internamento, apresentou insuficiência respiratória parcial pela extensa metastização pulmonar, optando-se por iniciar quimioterapia com etoposido, cisplatina em dose reduzida e omitir a bleomicina. O agravamento respiratório persistiu durante os 5 dias do primeiro ciclo de quimioterapia com necessidade de oxigenoterapia de alto fluxo, em articulação com a Unidade de Cuidados Intensivos. Posteriormente apresentou melhoria clínica e analítica progressiva com desmame de oxigenoterapia até ar ambiente, tendo alta ao 13º dia de internamento. Nos 3 ciclos seguintes realizou esquema BEP, sem novas intercorrências, seguindo-se 3 administrações de bleomicina de forma a completar o esquema inicialmente proposto.

Atualmente, seis meses após o término da quimioterapia, encontra-se assintomático, com normalização dos marcadores tumorais (β-hCG <1 UI/L, AFP 2.5 ng/mL, LDH 168 UI/L) e redução imagiológica de todas as lesões, persistindo doença residual pulmonar, hepática e ganglionar, pelo que foi discutida a possibilidade de resseção linfática retroperitoneal.

Este caso ilustra a complexidade da abordagem da neoplasia do testículo em estadio avançado, tendo sido essencial a individualização terapêutica no contexto do doente crítico. A evolução favorável apesar da elevada carga tumoral e da necessidade de suporte de órgão, reforça o potencial curativo destas neoplasias mesmo em fases muito avançadas da doença. Sublinha-se a importância da referênciação atempada para centros dotados de equipadas multidisciplinares experientes para garantir abordagem integrada, célere e eficaz.

PO 07

ANÁLISE RETROSPETIVA DA EFICÁCIA E SEGURANÇA DA APALUTAMIDA E DAROLUTAMIDA EM DOENTES COM CANCRO DA PRÓSTATA NÃO METASTIZADO RESISTENTE À CASTRAÇÃO (NMCRPC)

Alexia Gomes[1]; Pedro Miguel Baltazar[2]; Miguel Gil[2]; João Cunha[2]; Rui Caceiro[2]; Pedro Silva[2]; Miguel Brito Lança[2]; Patrícia Pereira[2]; Ana Meireles[2]; Luís Campos Pinheiro[2]; Rodrigo Ramos[1]
[1]IPO Lisboa; [2]Hospital de São José

Introdução: O nmCRPC representa um estadio crítico no tratamento do cancro da próstata, com risco elevado de progressão metastática. A introdução de antiandrogénios de segunda geração, como apalutamida e darolutamida, alterou o paradigma terapêutico. Este estudo visa comparar a eficácia e tolerabilidade destes fármacos numa *coorte* real de doentes tratados num centro hospitalar terciário, a ULS São José, entre 2018 e 2024.

Métodos: Estudo retrospetivo, baseado em revisão de processos clínicos de doentes com nmCRPC tratados com apalutamida ou darolutamida. Foram recolhidos dados demográficos, tempo até metastização, sobrevida aos 24 meses e eventos adversos (AEs).

Resultados: Foram incluídos 27 doentes: 14 tratados com apalutamida e 13 com darolutamida.

- A idade média foi de 80,5 anos [66-94] no grupo apalutamida e 83,5 anos [75-91] no grupo darolutamida.
- Metastização ocorreu em 2 doentes (14,3%) tratados com apalutamida; nenhum caso foi registado no grupo darolutamida.
- A sobrevida aos 24 meses foi de 78,6% no grupo apalutamida e 30,8% no grupo darolutamida.
- Eventos adversos de foram reportados em 100% dos doentes tratados com apalutamida, destacando-se astenia, tonturas e artralgias. Apenas 1 doente (7,7%) do grupo darolutamida apresentou AEs relevantes.

Conclusões: Nesta *coorte* real, a apalutamida associou-se a maior frequência de eventos adversos, mas com menor progressão metastática e superior sobrevida aos 24 meses, comparativamente à darolutamida. A subnotificação de AEs no grupo darolutamida poderá ter influenciado os resultados de segurança. São necessários mais estudos prospetivos para validar estes achados.

PO 08

URETERO-ARTERIAL FISTULA – CASE REPORT

Samuel Silva Bastos; Vítor Oliveira; Ana Sabença; Rui Maciel; João Peixoto; Miguel Lourenço; Ana Leite Ferreira; João Peralta; João Silva; Maria Inês Nascimento; Luís Xambre
ULSGE

Uretero-arterial fistula (UAF) is a rare but life-threatening condition. Due to its low prevalence and non-specific presentation, diagnosis and management remain a significant challenge. High mortality rates are often linked to delayed recognition.

We present the case of an 81-year-old male with a history of palliative cystoprostatectomy and cutaneous ureterostomy with indwelling ureteral catheters. Three months postoperatively, he presented to the emergency department with hemodynamic instability, gross hematuria, and acute anemia. A contrast-enhanced CT angiography (CTA) revealed a uretero-arterial fistula between the stented left ureter and the right common iliac artery. The patient underwent emergent endovascular repair with the deployment of a balloon-expandable stent-graft.

Despite initial successful endovascular treatment, the patient developed recurrent hematuria. Five months later, a prosthetic leak required the placement of an internal iliac endovascular plug. At nine months, a false aneurysm just above the right aortic bifurcation was identified, requiring endovascular aortic repair (EVAR) with placement of a new vascular prosthesis.

Subsequently, after exteriorization of a ureteral catheter, the patient experienced a massive hemorrhagic episode. CTA demonstrated a suspected uretero-venous fistula and vascular endoleak, requiring urgent endovascular reevaluation. Afterwards, given the progression of the underlying malignancy and the patient's deteriorating clinical condition, a multidisciplinary team decided against further invasive treatment, transitioning to palliative care.

This case underscores the importance of considering uretero-arterial fistula in the differential diagnosis of unexplained hematuria, particularly in patients with chronic ureteral stents and a history of pelvic surgery or radiotherapy. Diagnosis remains challenging and requires a high index of clinical suspicion. While endovascular techniques offer a minimally invasive and effective initial treatment, they are associated with potential complications such as recurrent bleeding, endoleaks, and stent infections. Surgical intervention, though sometimes necessary, is often limited by patient instability and complex postoperative anatomy.

PO 09

PAPEL DO ESTUDO MOLECULAR NO CANCRO DA PRÓSTATA METASTIZADO RESISTENTE À CASTRAÇÃO

Marta Soares Moreira; Catarina Lopes Fernandes; Joana Basílio Leite; Helena Magalhães
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE/Hospital Pedro Hispano

Introdução: As mutações germinativas nos genes de reparação do ADN ocorrem em até 16,2% dos doentes com adenocarcinoma da próstata metastizado resistente à castração (mCRPC), sendo a BRCA2 a mais frequente. Associam-se habitualmente a idade mais jovem ao diagnóstico, tumores mais agressivos (Gleason ≥ 8), maior probabilidade de metastização precoce e resposta menos duradoura à terapêutica hormonal.

O ensaio clínico de fase III PROfound demonstrou que o inibidor da PARP olaparib melhorou significativamente a sobrevivência livre de progressão radiológica (HR 0,34) e a sobrevivência global (HR 0,64) em doentes com mCRPC com mutação BRCA1/2 ou ATM, que progrediram sob tratamento hormonal com abiraterona ou enzalutamida.

Descrição: Homem de 73 anos, ECOG PS 2, com antecedentes de bexiga desfuncionalizada e algaliação crónica desde 2020. Com história familiar oncológica de cancro da mama (duas tias maternas). Diagnosticado em fevereiro de 2023 com adenocarcinoma da próstata, Gleason 9 (5+4), com metastização ganglionar e óssea difusa ao diagnóstico - estadio cT3N1M1b. Iniciou tratamento paliativo de primeira linha com leuprorrelina e abiraterona+prednisolona, tendo progredido para resistência à castração em seis meses. Iniciou quimioterapia com docetaxel 50 mg/m² de 2/2 semanas, 6 ciclos, apresentando como melhor resposta doença estável imagiológica e descida do PSA (91 → 20 ng/mL) até maio de 2024. Face à rápida progressão sob abiraterona, foi pedida pesquisa de alterações moleculares somáticas e germinativas do gene BRCA, com identificação de mutação germinativa do BRCA2.

Após progressão bioquímica e radiológica em junho de 2024, iniciou, em julho, tratamento de terceira linha com olaparib 300 mg de 12/12h, com necessidade de redução de dose para 250 mg de 12/12h por toxicidade hematológica em agosto do mesmo ano (trombocitopenia grau 2 segundo CTCAE v5). O doente beneficiou de controlo clínico durante 8 meses sob inibidor da PARP, com resposta bioquímica (PSA 35 → 6 ng/mL) e imagiológica (doença estável), com boa tolerância ao tratamento.
Em março de 2025, apresentou progressão bioquímica (PSA 400 ng/mL), óssea e agravamento clínico, com dor não controlada. Realizou RT antiálgica e foi proposto para cabazitaxel.
Conclusão: Este caso retrata uma doença agressiva, com metastização óssea difusa ao diagnóstico e progressão rápida para doença resistente à castração, e reflete o papel da caracterização molecular no mCRPC. A identificação da mutação germinativa BRCA2 permitiu o acesso a uma terapêutica dirigida após falência das linhas anteriores, com benefício clínico e ótima tolerância.

PO 10

CARCINOMA UROTELIAL OLIGOMESTASTÁTICO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Marta Soares Moreira; Joana Basílio Leite;
Catarina Lopes Fernandes; Helena Magalhães
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE/Hospital-Pedro Hispano

Introdução: O conceito de doença oligometastática refere-se à presença de um número limitado (habitualmente ≤ 3) de localizações metastáticas, potencialmente ressecáveis ou passíveis de tratamento com radioterapia estereotáxica (SBRT). No carcinoma urotelial, esta entidade permanece pouco estudada, mas alguns estudos retrospetivos sugerem que, em doentes selecionados, a integração de terapêutica locorregional dirigida às metástases pode traduzir-se num benefício de sobrevivência, sobretudo em casos com boa resposta à quimioterapia.
Descrição: Homem de 63 anos à data do diagnóstico, ex-fumador, submetido a nefroureterectomia radical em 2016 por carcinoma urotelial do ureter direito de alto grau (pT2NxR0). Em 2017, apresentou recidiva vesical de carcinoma urotelial de alto grau, com invasão da camada muscular própria, sem evidência de doença à distância. Iniciou quimioterapia neoadjuvante (cisplatino 70 mg/m² e gemcitabina 1000 mg/m², 3 ciclos, com toxicidade hematológica grau 1 segundo CTCAE v5) seguida de cistoprostatectomia radical e linfadenectomia pélvica em janeiro de 2018 (pT3N0R0). Manteve vigilância até dezembro de 2019, altura em que foi detetado nódulo pulmonar evolutivo em TC torácica. Complementou estudo com PET-FDG, que identificou duas lesões suspeitas pulmonares bilaterais, com confirmação histológica de metástase de carcinoma urotelial. Iniciou quimioterapia paliativa com cisplatino e gemcitabina em fevereiro de 2020 (4 ciclos, com omissão de D8 de cada ciclo por toxicidade hematológica prévia). Em maio de 2020, a TC demonstrou redução de uma lesão (2.9 cm → 1.6 cm, redução de 45%) e crescimento milimétrico de outra. Após discussão multidisciplinar, foi decidido tratamento dirigido com SBRT às duas lesões pulmonares. A SBRT foi realizada em agosto de 2020 (48Gy/4 frações/lesão), com boa tolerância. Manteve vigilância clínica e imagiológica com estabilidade das lesões tratadas e ausência de novas localizações metastáticas até setembro de 2021, altura em que surgiu um novo nódulo no lobo inferior esquerdo, suspeito em PET-FDG e com confirmação histológica de carcinoma. Foi submetido a nova SBRT (60Gy/5 frações) em janeiro de 2022. Desde então, manteve vigilância oncológica, com estabilidade radiológica sustentada nos últimos 3 anos. À data da última avaliação (em janeiro/2025), o doente, agora com 71 anos de idade, encontrava-se assintomático, com ECOG PS 0 e sem sinais de progressão de doença.
Conclusão: Este caso clínico demonstra o benefício de uma abordagem personalizada e multimodal no tratamento do carcinoma urotelial oligometastático, em que a utilização de SBRT para tratamento de metástases pulmonares metácronas permitiu controlo sustentado da doença e manutenção da qualidade de vida.

PO 11

177LU-PSMA-617 NO CANCRO DA PRÓSTATA METASTÁTICO RESISTENTE À CASTRAÇÃO: RELATO DE CASO COM EXCELENTE RESPOSTA CLÍNICA

Daniela Gomes da Silva
Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE

Introdução: O radiofármaco 177Lu-PSMA-617 encontra-se autorizado no tratamento de doentes com cancro da próstata resistente à castração metastático (CPRCm) em progressão, positivo para o PSMA, que foram tratados com inibição da via do recetor do androgénio (RA) e quimioterapia à base de taxanos, em associação com terapêutica de privação androgénica com ou sem inibição da via do RA. A sua autorização foi significativamente impulsionada pelos resultados do estudo VISION, um ensaio prospetivo de fase 3, que demonstrou um aumento da sobrevivência Global em cerca de 4 meses e da sobrevivência livre de doença (imagiológica) em 5 meses no grupo de doentes tratado com 177Lu-PSMA-617 em complemento ao *standard of care*.
Descrição: Apresentamos o caso de um homem com 69 anos, diagnosticado em novembro de 2016 com um adenocarcinoma da próstata ISUP 8, estadio IV (cT3bN1M0) e PSAi 48.81ng/mL, proposto para hormonoterapia com intuito paliativo sob a forma de análogo de LHRH, tendo sido documentada resistência à castração um ano após. Seguiram-se várias linhas de tratamento sistémico com progressão de doença sequencial, incluindo duas linhas de taxanos, até que, em dezembro de 2024, foi proposto para tratamento com 177Lu-PSMA-617. No estudo basal PET/CT com 68Ga-PSMA, era evidente persistência tumoral a nível prostático e metastização ganglionar, mesentérica e óssea, com expressão elevada de PSMA. Em termos clínicos, o doente apresentava bom estado geral (ECOG 1), apesar de referir dores frequentes na hemibacia direita de intensidade variável, astenia e anorexia. Assim, entre janeiro e setembro de 2024, o doente completou 6 ciclos de tratamento, tendo sido administrada uma atividade cumulativa de 44,4 GBq (7,4 GBq por ciclo). Na avaliação realizada entre cada ciclo, foi verificada tolerabilidade ao tratamento em termos clínicos e analíticos. Após o 4º ciclo foi realizada uma avaliação imagiológica intercalar com TC e PSMA-PET, os quais mostraram uma melhoria morfofuncional global significativa (resposta parcial), tendo-se então prosseguido com o tratamento. Relativamente ao PSA (inicial 728 ng/mL), registou-se uma redução progressiva do valor tendo sido atingido o nadir (0,471 ng/mL) cerca de 1 mês após o último ciclo. Verificou-se resolução da sintomatologia descrita inicialmente e um bom perfil de toxicidade ao longo do tratamento, tendo-se registado apenas toxicidade hematológica grau 1 (anemia), transitória, e xerostomia matinal, também grau 1, que manteve. Na última avaliação por TC, realizada 4,5 meses após o 6º ciclo, o doente apresentava doença estável (face ao TC realizado após o 4º ciclo).
Conclusões: O tratamento com 177Lu-PSMA-617 demonstrou ser uma opção terapêutica eficaz e bem tolerada, com evidente benefício clínico, resposta imagiológica significativa e um perfil de toxicidade ligeira.

PO 12

DERMATITE LIQUENOIDE MEDICAMENTOSA INDUZIDA POR APALUTAMIDA: UM CASO CLÍNICO DE FARMACOVIGILÂNCIA

Joana Simões; Andreia Colaço; Fábio Glória; José Branco; Carolina Marques; Maria Rosado
Hospital da Luz Lisboa

Introdução: A apalutamida é um fármaco para cancro da próstata, com um potencial de toxicidade cutânea com incidência variável. Na fase pós-comercialização existe evidência de Efeitos Adversos (EA) Cutâneos Graves, incluindo reação medicamentosa com eosinofilia, sintomas sistémicos e síndrome de Stevens-Johnson/necrólise epidérmica tóxica, com frequência "desconhecida" que podem colocar a vida em risco. A erupção liquenoide (EL) induzida por medicamentos é um EA cutâneo pouco frequente, caracterizando-se por uma erupção simétrica de pápulas eritematosas ou violáceas, no tronco e nas extremidades.
Descrição: Pretende-se descrever um caso clínico no âmbito da farmacovigilância, associado à utilização de apalutamida em 1ª linha metastática, que exigiu interrupção devido ao impacto negativo na qualidade de vida. Trata-se de um doente do género masculino, 82 anos, em vigilância por hipertrofia

benigna da próstata, com subida do antigénio específico da próstata desde outubro 2022, em tratamento com tansulosina, finasterida, adicionalmente com valsartan/hidroclorotiazida, lercanidipina, lovastatina, apixabano e alopurinol, sem historial de alergias ou reação adversa medicamentosas.

Em 2023 após exames de imagiologia e biópsia obteve o diagnóstico de adenocarcinoma da próstata Gleason 8, sem adenopatias pélvicas ou lomboaórticas, com presença de micronódulos pulmonares metastáticos. Inicia tratamento com apalutamida 240mg/dia e em consulta farmacêutica (CF) de 1ªvez é feito o ensino, referidos os EAs mais comuns e verificadas interações – possível interação X entre apalutamida-apixabano e C entre apalutamida-lovastatina, mantendo-se a medicação com monitorização pela cardiologia.

Após 3 meses, verifica-se resposta parcial muito significativa e em CF de seguimento são referidas queixas de eritema e prurido, especialmente nos membros inferiores. Tendo em conta a evolução favorável, com marcada redução volumétrica dos nódulos secundários pulmonares, contacta-se a médica que sugere início de bilastina 20mg/dia e aplicação tópica de corticóide (clobetasol). Em julho 2024 tem avaliação pela oncologia, e dado manter as queixas associando-se um exuberante *rash* cutâneo, inicia hidroxizina 25mg/dia. Em setembro 2024, em CF, foram apresentadas fotografias da reação cutânea (*rash* cutâneo de grau III), referenciou-se para a dermatologia, teve parecer médico para suspensão imediata de apalutamida e fez biopsia cutânea com diagnóstico de dermatite espongiótica liquenóide.

Em reunião multidisciplinar decide-se suspender o tratamento, para recuperação. Em novembro 2024 reinicia tratamento com abiraterona associada a prednisolona. Em CF de *follow-up*, refere boa tolerância, a pele está em cicatrização, faz aplicação tópica de iodopovidona por indicação médica e tem apenas uma lesão aberta. O doente mantém consultas de seguimento mensais, estável e em tratamento com abiraterona.

Conclusão: A incidência da EL induzida por medicamentos não é conhecida. Ocorre mais frequentemente em idosos, provavelmente devido ao aumento da exposição a medicamentos, sem preferência de género. Esta EL é um EA cutâneo pouco frequente de vários fármacos, sendo identificados poucos casos associados a apalutamida. O período de latência entre o início do fármaco e o aparecimento da EL tende a ser mais longo do que noutras reações medicamentosas, varia de meses a anos e depende do fármaco, da dose, da reação, da exposição anterior ao fármaco e de medicação concomitante. A EL tende a desaparecer após a descontinuação do medicamento "agressor", mantendo uma pigmentação pós-inflamatória, podendo ser necessário corticoterapia.

O nosso caso clínico encaixa no perfil existente na literatura, com base na frequência e tempo para ocorrência dos primeiros sinais, visto ter queixas ao final de 3 meses de toma de apalutamida. A intervenção farmacêutica, no âmbito da CF em oncologia, possibilitou a deteção de um EA grave pouco frequente. O seguimento farmacêutico deste doente permitiu uma atuação imediata, atempada na gestão da toxicidade e referência médica para a dermatologia, culminando num diagnóstico de EL.O que inicialmente foi identificado como prurido e *rash*, revelou-se um caso de toxicidade grave, o que demonstra que é extremamente relevante o acompanhamento no âmbito da farmacovigilância.

PO 13

ONCOCITOMA RENAL DE GRANDES DIMENSÕES – DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO EM CONTEXTO DE DOENÇA MULTIFOCAL BILATERAL

João Peralta[1]; Raquel Rodrigues[1];
Miguel Faustino Lourenço[1]; Ana Sabença[1]; Rui Maciel[1];
Samuel Bastos[1]; Ana Maria Ferreira[2]; Luís Xambre[1]
[1]CH Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE, [2]IPO Coimbra

Introdução: Os tumores renais incidentais têm sido identificados com maior frequência em virtude da ampla utilização de exames de imagem. Entre eles, o oncocitoma renal, uma neoplasia epitelial benigna, representa cerca de 3-7% das neoplasias renais, e é frequentemente indistinguível dos carcinomas de células renais (CCR) nos exames imagiológicos. O diagnóstico definitivo requer avaliação histológica, sendo por vezes necessário proceder a cirurgia para exclusão de malignidade. Este caso ilustra um desafio diagnóstico e terapêutico num doente com lesões renais bilaterais.

Descrição: Homem de 51 anos, autónomo para as atividades de vida diárias, sem hábitos tabágicos,

com antecedentes de obesidade (índice de massa corporal 37,3) e hipertensão arterial medicada. Antecedentes familiares de mãe com carcinoma do útero. Durante avaliação pré-operatória para cirurgia bariátrica realizou uma ecografia abdominal que revelava "volumosa lesão sólida no rim esquerdo (8,8x7,8 cm), com vascularização no Doppler", levantando suspeita de neoplasia renal. O doente encontrava-se assintomático. A tomografia computadorizada (TC) abdominopélvica contrastada confirmou "a presença de uma lesão nodular hipervascular de 8 cm no terço médio-superior do rim esquerdo, com "*washout*" tardio e sem gordura intralesional, e de quatro nódulos adicionais hipervasculares no rim direito, o maior com 30 mm". O TC tórax de estadiamento não evidenciava alterações de relevo.

As características imagiológicas impunham o diagnóstico diferencial entre oncocitoma e carcinoma de células renais, motivando a discussão em grupo oncológico que propôs nefrectomia parcial esquerda. O utente compreendeu e aceitou a decisão.

Desta forma, o doente foi submetido a nefrectomia parcial esquerda, inicialmente por via laparoscópica, com conversão para abordagem aberta por dificuldade na identificação intraoperatória da lesão. Foi necessária ecografia para delimitação da massa tumoral, permitindo resseção com margens aparentemente livres. O pós-operatório decorreu sem intercorrências, com recuperação progressiva da função renal.

O estudo histológico revelou oncocitoma renal com margens cirúrgicas livres (R0).

Relativamente ao seguimento está proposto nefrectomia parcial direita para abordagem das restantes lesões.

Conclusão: Este caso demonstra as dificuldades diagnósticas perante massas renais hipervasculares, sobretudo quando multifocais e bilaterais. O comportamento imagiológico pode mimetizar CCR, exigindo, por vezes, intervenção cirúrgica para diagnóstico definitivo. A nefrectomia parcial, neste caso em particular, tecnicamente desafiante, foi fundamental para preservar função renal num doente com lesões contralaterais. A ecografia intraoperatória revelou-se decisiva na identificação e delimitação tumoral. Este caso reforça a importância de uma abordagem multidisciplinar e conservadora perante neoplasias renais de comportamento incerto.

PO 14

RECIDIVA BIOQUÍMICA NO CARCINOMA DA PRÓSTATA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Natália Vasconcelos; Daniel Barbosa; Daniela Silva; Rita Marão; João Pedro Teixeira; Liliana Violante; José Ferro; Inês Lucena Sampaio
IPO-Porto

Introdução: O carcinoma da próstata (CaP) é a neoplasia maligna mais frequente no sexo masculino e uma das principais causas de mortalidade oncológica. A recidiva bioquímica (RB) caracteriza-se pelo aumento progressivo dos níveis de antigénio específico da próstata (PSA) após tratamento associando-se frequentemente à persistência ou recidiva tumoral, podendo também ocorrer em contexto de doença metastática. A identificação precoce da doença é crucial para a definição da estratégia terapêutica.

A PET/CT com 68Gálio-PSMA (*Prostate Specific Membrane Antigen*), comparativamente a outros meios de diagnóstico imagiológicos, destaca-se pela sua elevada sensibilidade e especificidade mesmo com baixos níveis de PSA, permitindo a identificação de recidiva local e lesões metastáticas. A metastização pulmonar, embora menos comum em recidivas bioquímicas de CaP, tem um elevado impacto no prognóstico do doente e nas opções terapêuticas disponíveis.

Descrição: Doente de 70 anos, sexo masculino, por elevação súbita do PSA total (17,210 ng/mL) e presença de nódulo no lobo esquerdo prostático efetua biópsia que revela um adenocarcinoma acinar. A cintigrafia óssea não revelou evidência de doença à distância. Submetido a prostatectomia radical com linfadenectomia iliobturadora bilateral em 03/2023. O exame anatomo-patológico identificou um adenocarcinoma acinar associado a componente de carcinoma intraductal, Gleason (4+3), G3, com extensão extracapsular extensa, invasão perineural, margens cirúrgicas e vesículas seminais negativas e gânglios linfáticos sem sinais de envolvimento mestastático, estadio pT3a N0(0/9) M0 R0. Por RB (PSA= 0,709 ng/mL; Doubling Time= 2 meses) efetuou estudo PET/CT com 68Ga-PSMA em 04/2024, tendo-se verificado suspeita de persistência tumoral e pequenos nódulos pulmonares bilaterais com moderada captação de PSMA (SUVmax 4,0), também

suspeitos de envolvimento secundário. A biópsia de um destes nódulos foi compatível com metástase do adenocarcinoma da próstata. Tratando-se de doença metastática de alto volume com componente visceral, o doente iniciou hormonoterapia (HT) com agonistas da hormona libertadora da hormona luteinizante (aLHRH), quimioterapia (docetaxel) e hormonoterapia de nova geração (acetato de abiraterona), com resposta imagiológica completa em TC e com PSA indoseável, que mantém atualmente.

Conclusão: A RB no carcinoma da próstata constitui um desafio diagnóstico e terapêutico, particularmente em casos com valores de PSA baixos. A PET-PSMA tem-se afirmado como uma ferramenta de diagnóstico fundamental, permitindo a deteção precoce de recidivas locais e metastáticas, incluindo metástases pulmonares, frequentemente subestimadas em estádios iniciais de RB. Este caso ilustra a relevância da PET-PSMA na monitorização de doentes com suspeita de RB e destaca a sua capacidade para identificar doença metastática mesmo com níveis de PSA baixos. Este cenário reforça a importância de um diagnóstico precoce e de uma intervenção terapêutica personalizada, com base em estratégias de imagem avançadas e terapias sistémicas inovadoras.

PO 15

NEOPLASIA TESTICULAR – A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO TERCIÁRIO

Ana Sofia Sabença; Maria Inês Nascimento; João Ricardo Silva; Miguel Faustino Lourenço; João Pedro Peralta; Rui Maciel; Ana Maria Ferreira; Samuel Bastos; Jorge Dias; Pedro Costa; Joana Marinho; Sandra Custódio; Luis Xambre
ULSGE

Introdução: O carcinoma testicular representa cerca de 1% de todos os casos de cancro no homem, sendo a neoplasia mais comum em adultos jovens. O prognóstico da doença é, na maioria dos casos, favorável, especialmente com a utilização da quimioterapia baseada em cisplatina. A orquidectomia radical unilateral é geralmente o primeiro passo no tratamento, sendo o estadiamento e os fatores de risco histopatológicos determinantes na decisão da terapêutica sistémica.

Objetivos: Caracterização da população com neoplasia testicular tratada no nosso centro hospitalar.

Material e métodos: Análise retrospetiva unicêntrica dos doentes com neoplasia testicular, diagnosticados entre 01/01/2017 e 12/12/2024.

Resultados: Foram diagnosticados 49 doentes, com idade média de 32,5 ± 9,8 anos, dois tinham história de criptorquidia corrigida na infância. Todos os doentes foram submetidos a orquidectomia radical unilateral, com exceção de um doente que foi submetido a orquidectomia radical bilateral. No pós-operatório, registaram-se complicações em 7 doentes (14,3%), sendo 6 casos classificados como Clavien-Dindo 2 (4 infeções da ferida operatória e 2 deiscências da ferida) e 1 caso de Clavien-Dindo 3 (hematoma com necessidade de revisão cirúrgica). Um doente desenvolveu pielonefrite obstrutiva por compressão extrínseca, com necessidade de derivação urinária urgente.

Quanto ao resultado histológico, 22 doentes foram diagnosticados com seminoma puro (44,9%), 15 doentes (68.2%) apresentavam doença estádio I e 7 doentes (31.8) com doença estádio II. No grupo não seminomatoso, 10 doentes (37.0%) apresentavam estádio I, 10 (37.0%) estádio II e 7 doentes (26%) estádio III.

No grupo seminoma, 8 doentes com seminoma estadio I (53,3%) receberam quimioterapia adjuvante com carboplatino. No grupo não seminomatoso estadio I, 3 doentes receberam quimioterapia com bleomicina, etoposídeo e cisplatina (BEP).

Nos estádios II e III, 18 doentes realizaram 3 ciclos de BEP e 4 doentes realizaram 1 ciclo de BEP e 3 ciclos de etoposídeo e cisplatina devido a toxicidade pulmonar e necessidade de suspensão da bleomicina. Oito doentes com doença metastática não seminomatoso foram submetidos a linfadenectomia retroperitoneal após quimioterapia, todos com resposta patológica completa.

Quanto aos efeitos adversos mais relevantes da quimioterapia, um doente com náusea grau 2, após carboplatino. Nos doentes tratados com BEP, a toxicidade gastrointestinal foi a mais frequente, com náusea grau 2 em 7 doentes.Registaram-se 5 casos de neutropenia febril e neuropatia periférica grau 2 e grau 3 em 4 doentes. Durante o seguimento (média de 60 meses ± 10,5), 3 doentes encontravam-se em vigilância e por progressão da doença iniciaram quimioterapia.

Conclusões: Este estudo demonstrou que o tra-

tamento da neoplasia testicular apresenta uma elevada taxa de cura, tal como o reportado na literatura. A orquidectomia radical mostrou-se um procedimento seguro com baixa taxa de complicações pós-operatórias. Pós orquidectomia, as reuniões multidisciplinares assumem um papel crucial na definição da estratégia terapêutica sistémica, tornado possivel assegurar uma avaliação adequada e individualizada de cada caso.

PO 16

DA PROSTATECTOMIA RADICAL À RE-IRRADIAÇÃO COM RADIOTERAPIA ESTEREOTÁXICA CORPORAL NA RECIDIVA: CASO CLÍNICO

Ana Carolina Bessa; Bruno Moura Fernandes; Ana Cleto; Sara Couto Gonçalves; Margarida Borrego
ULS Coimbra

Introdução: O carcinoma da próstata (CaP) é o 2º cancro com maior incidência no sexo masculino a nível mundial, sendo habitualmente assintomático em estádios iniciais. O antigénio específico da próstata (PSA) é um marcador sérico órgão-específico fundamental no diagnóstico e seguimento.
A abordagem inicial com prostatectomia radical (PR) ± linfadenectomia pélvica (LP) é frequentemente curativa na doença localizada. Na existência de recidiva bioquímica e/ou imagiológica, a radioterapia de salvação (SRT) é uma opção. Quando é confirmada uma 2ª recidiva local após realização de PR e SRT, a radioterapia estereotáxica corporal (SBRT) tem surgido como alternativa terapêutica de alta precisão.
Descreve-se um caso clínico de re-irradiação (re-RT) com SBRT em recidiva de CaP.
Descrição: Doente de 66 anos, sem antecedentes relevantes, seguido em Urologia desde 2014 por alteração dos valores de PSA total de 7.91 ng/mL com toque retal insuspeito. A biópsia prostática revelou um CaP bilateral, score de Gleason 7 (3+4), G2. Exames de estadiamento CT pélvica e cintigrafia do esqueleto com HMDP-Tc99m sem alterações. Em novembro de 2014, o doente foi submetido a PR + LP: CaP bilateral, score de Gleason 7 (3+4), G2, envolvendo a margem cirúrgica circunferencial à direita; invasão perineural e embolização de pequenos linfáticos; canais deferentes e vesículas seminais sem infiltração neoplásica; 10 gânglios pélvicos direitos e 5 esquerdos negativos; pT2cN0; R1; ISUP 2.
Apresentou valor de PSA pós-operatório de <0.060 ng/mL, não tendo sido realizada qualquer terapêutica adjuvante. O PSA manteve-se indoseável até 2017 quando iniciou subida progressiva, sendo diagnosticado com recidiva bioquímica (PSA 0.21 ng/mL) pelo que foi proposta SRT em reunião multidisciplinar.
Na consulta de pré-planeamento de radioterapia (RT) em 2017, referia incontinência urinária com esforços (IUE) e disfunção erétil (DE). Toque retal: vazio prostático sem nódulos palpáveis. PSA 0.34 ng/mL. Fez SRT com a dose de 64Gy/32F/6.5S (2Gy/F) dirigido à loca prostática e vesículas seminais, tendo atingido o valor de PSA 0.12 ng/mL (nadir) aos 14 meses após fim da SRT. Em 2018, apresentou retorragias grau 2 da escala *Common Terminology Criteria for Adverse Events* (CTCAE) versão 5.0.
O doente manteve-se em seguimento apresentando valores de PSA em crescendo: 0.17 ng/mL (2019), 0.31 ng/mL (2020), 0.50 ng/mL (2021) e 0.59 ng/mL (2022). Efetuou PET/CT PSMA-68Ga: área de captação na loca cirúrgica à esquerda da linha média e adjacente a clips metálicos suspeita de depósito tumoral (SUV máximo 4.4). Ficou em controlo evolutivo até 2023: PSA 0.79 ng/mL. Repetiu PET/CT PSMA-68Ga: recidiva local sem outras lesões compatíveis com doença ativa (SUV máximo 4.8). Proposta re-RT com SBRT a título ablativo após reunião multidisciplinar.
Na consulta de pré-planeamento de RT em 2023, mantinha IUE e DE. PSA 0.68 ng/mL. Fez SBRT dirigida ao depósito tumoral na loca cirúrgica com a dose de 30Gy/5F (6Gy/F) em dias alternados em maio de 2023. Desde que terminou tratamento de RT, apresentou vários episódios de hematúria grau 2 da escala CTCAE. Neste momento, está em seguimento com episódios autolimitados de hematúria e valores de PSA em decrescendo: 0.44 ng/mL (2024) e 0.14 ng/mL (2025).
Conclusão: A realização de re-RT com SBRT, dado o menor volume irradiado e as altas doses administradas por fração, demonstrou ser um tratamento seguro e eficaz com efeitos secundários manejáveis, permitindo atrasar o início de hormonoterapia. Os valores de PSA após SBRT sugerem uma boa resposta terapêutica. Os efeitos secundários da PR (IUE e DE) e da RT (proctite e cistite rádicas) requerem um seguimento regular e abordagem multidisciplinar não só a nível terapêutico,

mas também de diagnóstico diferencial com um eventual segundo processo neoplásico.

PO 17

CARCINOMA UROTELIAL PAPILAR NÃO INVASIVO AOS 23 ANOS: UM DESAFIO RARO COM IMPLICAÇÕES TERAPÊUTICAS E FUNCIONAIS

Rafael Almeida; Nuno Pires; Álvaro Nunes; Joana Polido; Sofia Santos Lopes
Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE/Hospital Nossa Senhora do Rosário

Introdução: O carcinoma urotelial da bexiga é mais frequente em adultos com mais de 50 anos, sendo rara a sua ocorrência em idades jovens. Nestes casos, a apresentação clínica pode ser atípica, tornando o diagnóstico e o tratamento mais desafiantes. O início precoce de terapêutica adequada é essencial para evitar a progressão tumoral e reduzir a taxa de recorrência. Em jovens, a gestão da qualidade de vida assume especial relevância, sobretudo no que respeita à função sexual e à adaptação a tratamentos invasivos.
Descrição: Homem de 23 anos, com antecedente de excisão de papiloma urotelial aos 17 anos, noutra instituição e sem seguimento posterior. Foi internado em abril de 2023 por hematúria franca. A tomografia computadorizada revelou espessamento vesical multifocal com calcificações, sugestivo de alterações atípicas, sem sinais de metastização locorregional ou à distância. Efetuada cistoscopia e posterior ressecção transuretral da bexiga (RTU-V), tendo-se observado um tumor extenso, que envolvia quase toda a mucosa vesical e a uretra prostática. O exame anatomopatológico revelou carcinoma urotelial papilar de alto grau, não invasivo, com focos de arquitetura invertida (pTa). Face à irresecabilidade endoscópica da lesão e à ausência de resposta à terapia sistémica, foi discutido em reunião multidisciplinar e decidido avançar para cirurgia. Em fevereiro de 2024, realizou cistoprostatectomia radical com linfadenectomia pélvica e derivação urinária tipo ureteroileostomia cutânea. O exame extemporâneo uretral não mostrou infiltração neoplásica, e o estudo anatomo-patológico definitivo confirmou carcinoma urotelial papilar não invasivo (pTaN0R0). 14 meses após a cirurgia, o doente mantém-se clinicamente bem, adaptado à ostomia e sem evidência de recidiva imagiológica. Em termos funcionais, realizou reabilitação com tadalafil 5 mg/dia com posterior recuperação e atualmente com vida sexual ativa sem necessidade de terapêutica.
Conclusão: Este é um raro caso de carcinoma urotelial papilar não invasivo num jovem com menos de 25 anos, destacando os desafios diagnósticos e terapêuticos associados. A perda de seguimento após excisão inicial pode ter contribuído para a progressão da doença. A decisão por tratamento cirúrgico radical, embora invulgar para esta idade e estadio, permitiu alcançar controlo oncológico eficaz, com margens livres e sem metastização. A função sexual, frequentemente comprometida após cistectomia, é um dos principais aspetos a monitorizar em doentes jovens. Este caso evidencia a importância de uma abordagem multidisciplinar integrada e de seguimento funcional contínuo, com estratégias de adaptadas às necessidades do doente.

PO 18

CARCINOMA UROTELIAL METASTÁTICO: RELATO DE CASO COM ABORDAGEM TERAPÊUTICA MULTIMODAL E EVOLUÇÃO PROLONGADA

Rafael Almeida; Sofia Santos Lopes; João Gramaça
Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE/Hospital Nossa Senhora do Rosário

Introdução: O carcinoma urotelial da bexiga é o 6.º tumor mais frequente no sexo masculino. Em contexto metastático, o prognóstico é reservado, com uma sobrevida média inferior a um ano. Este caso clínico ilustra a evolução prolongada de um carcinoma urotelial metastático e os desafios associados ao seu tratamento ao longo do tempo, recorrendo a múltiplas linhas terapêuticas.
Descrição: Doente do sexo masculino, 65 anos, com hematúria persistente há cerca de seis meses, foi internado em janeiro de 2020 por lesão renal pós-renal, com necessidade de colocação de nefrostomias bilaterais. Foi submetido a ressecção transuretral de pólipo vesical sésil em fevereiro de 2020. O exame anatomopatológico revelou carcinoma urotelial de alto grau com invasão da muscular própria. A tomografia computorizada de estadiamento evidenciou uma lesão na parede vesical esquerda com invasão

do meato ureteral esquerdo, bem como adenomegalias múltiplas (ilíacas, lateroaórticas e interorto-cavas). Dada a presença de doença renal crónica, iniciou quimioterapia com gemcitabina e carboplatina (6 ciclos), com resposta completa hepática e ganglionar, mas com progressão óssea. Em novembro de 2020, iniciou tratamento com pembrolizumab (15 ciclos), mantendo estabilidade das metástases ósseas com boa tolerância clínica. Em setembro de 2022, foi documentada progressão hepática, tendo iniciado enfortumab vedotina em outubro de 2022 (10 ciclos). O tratamento foi interrompido em novembro de 2023 por progressão hepática. Em *off label*, iniciou sacituzumab govitecano, completando cinco ciclos. Em março de 2024, foi internado por estado de mal epiléptico, com diagnóstico de metástases cerebrais. O doente faleceu em abril de 2024, após 47 meses de evolução desde o diagnóstico metastático.

Conclusão: Este caso representa uma evolução atípica de carcinoma urotelial metastático, com uma sobrevida total de 47 meses. A resposta sustentada a múltiplas linhas terapêuticas, incluindo imunoterapia e agentes direcionados, evidencia a importância de uma abordagem sequencial e multimodal no tratamento destes doentes. Apesar dos avanços terapêuticos, a gestão do carcinoma urotelial metastático continua a ser um desafio clínico, exigindo multidisciplinariedade e personalização do tratamento, vigilância rigorosa e decisões terapêuticas partilhadas ao longo de toda a trajetória da doença.

PO 19

CANCRO DO PÉNIS: UM ESTIGMA FATAL

Rafael Almeida; Sofia Santos Lopes; Nuno Pires
Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE/Hospital Nossa Senhora do Rosário

Introdução: O cancro do pénis, embora raro, associa-se a elevada morbimortalidade nos estadios avançados. Este representa 0.1-0.2% dos cancros a nível mundial, sendo menos de 10% são diagnósticados em estadios avançados. Em Portugal é menos de 1% de todos os casos de cancro. Este caso ilustra as repercussões clínicas e sociais do diagnóstico tardio, frequentemente ligado a estigma e adiamento na procura de cuidados médicos, particularmente em doentes vulneráveis.

Descrição: Homem de 70 anos, previamente autónomo, vivia em habitação própria com a mulher, ex-fumador (55 UMA), com antecedentes de diabetes mellitus e hipertensão. Apresentava história de prurido peniano com evolução de seis meses associado a ulceração progressiva, culminando em destruição tecidual completa do pénis. À primeira observação hospitalar, identificou-se área ulcerada na base peniana, ausência de órgão e adenomegalias inguinais bilaterais palpáveis. A tomografia toracoabdomino-pélvica evidenciou adenomegalias retroperitoneais extensas compatíveis com metastização. A biópsia da lesão, realizada logo após a admissão, confirmou carcinoma pavimentocelular queratinizante G3 (T4N3M1). O doente apresentava *performance status* ECOG 3 e dependência total para as atividades de vida diária. Após discussão em reunião multidisciplinar, foi considerado inapto para tratamento sistémico, dada a fragilidade clínica e estádio avançado da doença. Foi internado em unidade de cuidados paliativos, onde evoluiu para óbito ao 17.º dia.

Conclusão: Este caso realça as graves consequências do atraso na procura de cuidados médicos, provavelmente associado a estigma em torno das patologias genitais, resultando em diagnóstico numa fase metastática e sem opção terapêutica curativa. A suspeita clínica imediata e a realização célere de biópsia contrastaram com a longa evolução prévia da lesão, que permitiu progressão para doença incurável. A metastização retroperitoneal assintomática reforça a importância do estadiamento imagiológico precoce em lesões genitais suspeitas. Por fim, a integração precoce em cuidados paliativos demonstrou ser essencial para o controlo sintomático e preservação da dignidade do doente, sublinhando a relevância de uma abordagem multidisciplinar centrada na pessoa, sobretudo em contextos clínicos complexos e socialmente desafiantes.

PO 20

SILENT INFILTRATION: SINGLE BLADDER METASTASIS OF COLORECTAL CARCINOMA

João Chambino; Érico Danif; Joana Rodrigues; João Melo; Nair Conceição; Ana Catarina Marinho; Anatoliy Sandul; José Palma dos Reis
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE/Hospital de Santa Maria

Introduction: *Metastases of colorectal adenocarcinoma to the bladder are extremely rare, accounting for approximately 0.16-2% of cases of secondary*

bladder location. The majority occur by direct invasion of locally advanced carcinomas of the sigmoid colon and/or rectum, with hematogenous or lymphatic bladder metastasis being rare (especially in patients in prolonged remission). Late recurrences, which by definition occur at least five years after therapeutic treatment, occur in less than 1% of cases of colorectal carcinoma. Therefore, these cases require differential diagnosis with urothelial carcinoma, primary bladder adenocarcinomas, prostatic or gynecological lesions.

We describe a clinical case of single bladder recurrence due to colorectal adenocarcinoma, 13 years after eradication of the primary tumor.

Case description: *An 80-year-old woman with a history of left-sided colon adenocarcinoma with splenic metastasis, diagnosed in 2011, underwent subtotal colectomy and splenectomy. In 2012, a suspected recurrence was identified, with imaging evidence of hepatic lesions, and she completed 12 cycles of chemotherapy with FOLFOX and bevacizumab. She subsequently underwent hepatic segmentectomy with lymphadenectomy of the hepatic hilum and celiac trunk. Histological analysis confirmed exclusive nodal metastasis. Following this finding, she resumed a new chemotherapy regimen, identical to the initial one, completing 8 cycles, which were finished in July 2014.*

Since 2014, there has been no clinical and/or imaging evidence of recurrence.

However in 2024, she was referred due to anemia. Computed tomography revealed diffuse thickening of the bladder wall with a solid nodular lesion involving the trigone and both ureteral meatus. Cystoscopy demonstrated an extensive tumor lesion of the trígone and bladder neck, extending to the proximal urethra. A diagnostic transurethral resection of the bladder was performed with incomplete excision of the lesion. The anatomopathological study revealed mucinous neoplasia with signet ring cells. The immunohistochemical profile was positive for CDX2 and CK20, and negative for GATA3, SATB2 and NKX3.1, compatible with metastatic gastrointestinal adenocarcinoma. Positron emission tomography did not reveal other metastatic lesions. The patient started chemotherapy with capecitabine, maintaining urological surveillance for left hydronephrosis and possible local progression.

Conclusion: *A rare case of single bladder metastasis from colorectal carcinoma is described. Metastasis should be considered in the differential diagnosis of atypical bladder lesions, especially in patients with a history of gastrointestinal neoplasia. The fundamental role of transurethral resection for histological and immunohistochemical study, as well as the multidisciplinary diagnostic and therapeutic approach, is highlighted.*

PO 21

VALIDATION OF NON-MUSCLE INVASIVE BLADDER CANCER URINARY BIOMARKERS BY A DIGITAL PCR WORKFLOW OF THE UROMONITOR PANEL (TERTP, FGFR3 AND KRAS)

Hugo Prazeres; Mafalda Gonçalves; João Brás; João Vinagre; Paula Soares
i3S - Instituto de Investigação e Inovação em Saúde

Introduction and aims: *Non-Muscle Invasive Bladder cancer puts forward an enormous challenge owing to its elevated recurrence rates and need for regular surveillance. To date, the best non-invasive urinary biomarkers comprise telomerase promoter mutations and FGFR3 alterations. These, along with KRAS, are comprised in the Uromonitor assay, aimed at providing an effective option for enhancing cystoscopy-based management. Digital PCR (dPCR) workflow can be used to assess the Uromonitor biomarker panel, which could afford analytical benefits, namely the possibility of estimating mutation burden via quantitative allelic fraction data. The used of such quantitative data may afford means for better correlate urinary biomarker levels with clinical findings.*

The main goal of this work was to perform a clinical validation of the dPCR workflow for the Uromonitor panel, thereby establishing it as an accurate tool in the clinical setting for bladder cancer recurrence survaillance.

Materials & methods: *Eligible patients were recruited during urologist consultations according to established clinical criteria. Urine samples were collected and filtered to obtain cell material; All samples were subjected to Uromonitor dPCR and RT-PCR assays for mutational analysis. The accuracy and reproducibility of the Uromonitor assays, focusing on sensitivity, specificity, were performed.*

Results and conclusions: *The study achieved a high correlation between RT and dPCR workflows (>80%). The dPCR worflow increased the clinical sensitivity up to 100%, with litle loss in specificity. Overall, the dPCR Uromonitor is a better complement than cytology to enhance cystoscopy and demonstrates potential for clinical utility in several oncologic urology settings.*

PO 22

QUALITY OF LIFE ANALYSIS IN A CASE OF MCRPC WITH DIFFUSE BONE INVOLVEMENT SUBMITTED TO [177LU]LU-PSMA: BEYOND THE CLINICAL HURDLES

Rafael Sá e Silva; José Pedro Escaleira; Lúcia Costa
Unidade Local de Saúde de Santo António

Introduction: *Theranostics with [177Lu]Lu-PSMA radioligand therapy(RLT) has emerged as a promising treatment for metastatic castration-resistant prostate cancer (mCRPC) with PSMA-positive lesions. However, in cases of diffuse bone involvement accompanied by tumor-related cytopenias, there are concerns about potential worsening of the condition. This case study highlights the clinical challenges and the impact of RLT on the Quality of Life (QoL) in this oncological setting.*

Description: *A 71-year-old male, ECOG 2, was diagnosed with mCRPC with extensive PSMA-positive bone metastases. The patient presented with fatigue and baseline laboratory results showed a hemoglobin (Hb) level ~9.0 g/dL requiring erythrocyte transfusions, and a total PSA of 454 ng/mL. Following a multidisciplinary tumor board discussion, inpatient [177Lu]Lu-PSMA therapy was recommended with close monitoring.*

After the first cycle (C1), the patient developed paraparesis and de novo atrial fibrillation, both of which were stabilized effectively with appropriate care. A spinal MRI revealed sclerotic bone metastases with a soft tissue component and epidural extension at the level of thoracic vertebraes. Prophylactic corticosteroids were administered in subsequent cycles with good tolerance and no further complications were registered.

Serial scintigraphies following each RLT cycle demonstrated consistent radiopharmaceutical uptake in the known bone lesions. However, an increase in both the intensity and extent of uptake, particularly in the distal femora and proximal tibiae, was noted after C5/C6, suggesting disease progression (PD), despite tumour markers plateauing. Serial SPECT/CT scans were performed for dosimetry.

An EORTC-based QoL questionnaire revealed significant improvements in global QoL (+16.7 points) and a reduction in daily fatigue(-22.2 points) following [177Lu]Lu-PSMA. Furthermore, the patient's Hb stabilized after C2, eliminating the need for further transfusions, with only G1 hematologic toxicity registered. Renal function remained stable throughout treatment.

Conclusion: *In mCRPC with diffuse bone involvement, one of the main challenges with [177Lu] Lu-PSMA therapy is the potential exacerbation of tumor-related cytopenias due to the high tumor burden near the bone marrow. However, some cytopenias may stabilize, requiring careful monitoring. The use of prophylactic corticosteroids proved essential in cases with potential spinal cord involvement and spinal MRI should be considered in patients with extensive bone metastases prior to initiating RLT.*

Despite potential PD, this case demonstrated a significant improvement in global QoL and symptom reduction, suggesting that [177Lu]Lu-PSMA therapy can offer some benefits in terms of patient well-being and symptom management. Also, scintigraphic PD may precede tumor markers elevation, underscoring the need for integrated clinical and imaging follow-up.

PO 23

AMILOIDOSE VESICAL PRIMÁRIA – CASO CLÍNICO E REVISÃO DA LITERATURA

Carolina Tam; Vera Chambel; Frederico Portugal Gaspar; José Carlos Santos; Luís Abranches Monteiro
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE/Hospital Egas Moniz

Introdução: A amiloidose engloba um espetro de patologias resultantes da deposição extracelular de fibrilhas proteicas insolúveis.

A amiloidose primária vesical é um diagnóstico raro, com menos de 200 casos descritos na literatura. A sua apresentação clínica pode mimetizar a de um tumor vesical, cursando frequentemente com hematúria indolor, sendo o seu diagnóstico definitivo dependente de avaliação histológica. Apesar do seu comportamento benigno, apresenta

elevada taxa de recidiva local (~35%).

Descrição do caso: Apresentamos o caso de um doente do sexo masculino de 44 anos, natural do Brasil. Sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo, com hábitos tabágicos na adolescência de 0,2 UMAs.

Foi referenciado à consulta de Urologia por hematúria macroscópica com um ano de evolução, sem outra sintomatologia acompanhante. Analiticamente não apresentava anemia ou alteração da função renal. O estudo ecográfico, posteriormente complementado com uretrocistoscopia, revelou a presença de uma lesão vegetante com cerca de 3 cm na parede lateral direita. A citologia urinária foi negativa para células malignas.

Nesse contexto, foi submetido a resseção transuretral vesical (RTU-V) completa. O resultado anatomopatológico excluiu malignidade e revelou a presença de material amorfo subepitelial, com birrefringência verde sob luz polarizada após coloração com vermelho do Congo. Por hibridação *in situ*, demonstrou-se expressão monoclonal de cadeias leves lambda, compatível com amiloidose AL primária localizada.

No âmbito de uma abordagem multidisciplinar, foi excluído envolvimento sistémico, nomeadamente cardíaco, hepático, neurológico e renal.

Apresentou recidiva aos 8 e 13 meses, sendo novamente submetido a RTU-V, ambas incompletas. Encontra-se atualmente a aguardar nova RTU-V e em vigilância multidisciplinar.

Discussão e conclusão: A amiloidose é uma doença rara, caracterizada pela deposição extracelular de fibrilhas proteicas insolúveis. É categorizada em primária (AL), secundária (AA) ou hereditária (ATTR). Os depósitos de amiloide podem ocorrer em qualquer órgão, de forma isolada ou sistémica. Assim, é essencial excluir o envolvimento sistémico, uma vez que a sua deteção precoce influencia o prognóstico.

A amiloidose vesical primária é uma entidade rara, geralmente diagnosticada entre a 5.ª e a 7.ª décadas, sem predileção por sexo. A apresentação clínica mais comum é hematúria macroscópica indolor (60%), seguida por sintomas do trato urinário inferior (20%) ou ambos (20%). O diagnóstico diferencial é feito com patologias como carcinoma vesical, linfoma e cistite hemorrágica. A RTU-V é simultaneamente diagnóstica e terapêutica.

O diagnóstico histológico baseia-se na coloração com vermelho do Congo e na birrefringência verde sob luz polarizada, sendo a caracterização dos subtipos de amiloide feita por métodos imunohistoquímicos.

Nos casos refratários à RTU-V, pode considerar-se terapêutica médica com colchicina ou dimetilsulfóxido (DMSO) intravesical, apesar da sua eficácia limitada. Na ausência de resposta, poderá ser equacionada cistectomia parcial ou total. A vigilância regular é essencial, dado o risco elevado de recidiva, de aumento dimensional com consequente uropatia obstrutiva, e possibilidade de desenvolvimento de carcinoma vesical.

A revisão da literatura identificou cinco séries de casos, totalizando 81 doentes. 72 doentes (~89%) foram submetidos a RTU-V, 7 (~9%) a cistectomia parcial/total e 1 (~1%) a terapêutica primária com DMSO. De salientar também o uso de DMSO como terapêutica adjuvante em 5 doentes (~6%). Não houve relatos de progressão para a forma sistémica. No entanto, foram identificados 20 doentes (~25%) com carcinoma urotelial durante a vigilância. Verificou-se elevada variabilidade na duração do seguimento e nas taxas de recidiva.

Devido à raridade da amiloidose vesical primária, o conhecimento sobre a sua etiologia, abordagem diagnóstica e terapêutica permanece limitado. São necessários estudos prospetivos, idealmente multicêntricos, que definam estratégias terapêuticas ideais e protocolos de vigilância adequados.

PO 24

CONSERVATIVE MANAGEMENT OF A SEX CORD-STROMAL TUMOR NOT OTHERWISE SPECIFIED (SCST-NOS): AN EIGHT-YEAR FOLLOW-UP CASE REPORT

Joana Rodrigues; André Ye; Sandro Gaspar; José Palma dos Reis
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introduction & objectives: *Sex cord-stromal tumors (SCSTs) are a type of primary non-germ cell testicular tumors, which account for only 5% of all gonadal neoplasms, and are therefore considered relatively rare. These tumors exhibit significant diversity, and their malignancy varies, often showing a tendency toward benign behavior. In SCSTs not otherwise specified (SCST-NOS) evidence*

suggests that these tumors may be malignant in adults. The treatment approach for SCSTs, including NOS, involves testis-sparing surgery or radical orchiectomy. In this article, we present a case of SCST-NOS with low-grade malignant features and a benign clinical course.

Materials & methods: *We report the case of a patient with SCST-NOS who was treated conservatively.*

Results: *A 32-year-old male with a history of hemochromatosis presented to the clinic in August 2016 with a painless, palpable nodule of unknown duration in the left testicle. Ultrasound revealed a solid nodule approximately 1 cm in size, not in contact with the tunica albuginea. Testicular tumor markers were negative, and thoracoabdominopelvic computed tomography (CT) showed no evidence of lymphatic or metastatic involvement. The patient was admitted for scrotal exploration and was submitted to a testis-sparing surgery together with intraoperative frozen section examination.*

Histopathological analysis revealed a 1 cm circumscribed, non-encapsulated, solid tumor consisting of mixed cellular proliferation, with 75% mesenchymal and 25% epithelioid components. No atypical mitoses were observed, with a low mitotic index. There was no necrosis or vascular invasion, but the tumor penetrated the rete testis. An intraoperative margin biopsy showed no evidence of residual tumor.

Eight years post-surgery, the patient remains asymptomatic with no evidence of recurrence on ultrasound or CT scan, and testicular tumor markers have consistently remained negative.

Conclusions: *The management of SCSTs, particularly those classified as SCST-NOS, presents itself as a challenge due to their rarity and variable behavior. According to the European Association of Urology, SCSTs with two or more of the following features are associated with malignant potential: size >5 cm, infiltrative borders, cytological atypia, three or more mitotic figures per ten high-power fields, vascular invasion, and necrosis. In this case, the patient presented with none of these characteristics, which is consistent with the benign behavior observed over the follow-up period.*

Considering the absence of high-risk features, the decision to perform testis-sparing surgery was justified. For patients with SCSTs on frozen section examination, an assessment of risk factors may be relevant and testis-sparing surgery should be considered. Despite the positive outcome in this case, there is a need for more studies to establish guidelines for the management of SCSTs, particularly SCST-NOS, and to identify which patients would benefit most from testis-sparing surgery versus radical orchiectomy.

I Congresso Português UROLOGIA ONCOLÓGICA 2025

ORGANIZAÇÃO • *ORGANIZATION*

SPUO
Sociedade Portuguesa de Urologia Oncológica

COMISSÃO ORGANIZADORA • *ORGANIZING COMMITTEE*

Presidente: Carlos Rabaça

Domingos Roda
Emanuel Dias
Frederico Carmo Reis
Isabel Fernandes
Miguel Barbosa
Ricardo Godinho
Ricardo Leão
Sérgio Barroso

COMISSÃO CIENTÍFICA • *SCIENTIFIC COMMITTEE*

Ana Varges Gomes
Aníbal Coutinho
Avelino Fraga
Carlos Martins-Silva
Fátima Lima
Guy Vieira
Hélder Mansinho
Joaquina Maurício
José Manuel Oliveira
José Palma dos Reis
Luís Abranches Monteiro
Luís Campos Pinheiro
Luís Curvo Semedo
Nuno Tomada
Paula Aves
Paula Lapa
Paulo Morgado
Pedro Chinita
Pedro Madeira
Rodrigo Ramos

SECRETARIADO • *EVENT MANAGEMENT*

admédic+
ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO DE EVENTOS

paula.cordeiro@admedic.pt
sofia.gomes@admedic.pt
www.admedic.pt

I Congresso Português

UROLOGIA ONCOLÓGICA 2025

PATROCÍNIO DIAMANTE

astellas

PATROCÍNIOS PLATINA

BAYER

RECORDATI

PATROCÍNIOS OURO

EKRIOR

Johnson&Johnson Innovative Medicine

A.MENARINI diagnostics

Medtronic

MERCK

MSD INVENTING FOR LIFE

MSD

AstraZeneca

NOVARTIS

Pfizer

PATROCÍNIOS BRONZE

Bristol Myers Squibb

Eckert & Ziegler Contributing to saving lives

IPSEN Innovation for patient care

MC Medical by Palex

Palex Improving technologies Improving lives

Pierre Fabre Médicament

APOIOS

Eisai

bbc human health care

teprel we health you

zm way lab solutions!

ZSI Zephyr Surgical Implants