



## 49\_Neoplasias síncronas e metacrónicas – qual o protagonista? Uma série de casos

Ana João Mendonça Pissarra, Mariana Malheiro, Débora Cardoso, Leonor Fernandes, Margarida Miguens, Chiara Rodrigues, Ana Plácido, Ana Martins  
Hospital São Francisco Xavier, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

### Introdução:

Designam-se por neoplasias primitivas múltiplas (NPM) a ocorrência no mesmo indivíduo de duas ou mais neoplasias malignas envolvendo 1 ou mais órgãos. São síncronas quando a tradução clínica se manifesta num período temporal inferior a 6 meses e metacrónicas se o intervalo de diagnóstico for superior. Foi Bیلroth em 1889 o primeiro autor a introduzir o conceito de NPM. Estima-se que cerca de 5 a 10% dos doentes com uma neoplasia maligna apresentam risco aumentado de ter um novo cancro.

### Caso Clínico:

**Caso 1:** Mulher de 74 anos com diagnóstico em Julho/2009 de neoplasia do recto Adenocarcinoma (ADC) T3N0M0 (estadio IIA). Fez QTRT neoadjuvante seguida de ressecção anterior do recto. Fez QT adjuvante com FOLFOX durante 6 meses. Manteve-se em vigilância sem evidencia de recidiva da doença até Setembro/2013 quando surge um nódulo pulmonar compatível com metástase de ADC do cólon. Fez ressecção atípica do lobo superior do pulmão esquerdo e iniciou QT adjuvante com CAPOX. Durante o decorrer da QT aparecimento de nódulo na mama esquerda cuja biópsia revelou um carcinoma lobular invasivo RE 100%, RP 100%, Her2 negativo, Ki67 <1%. Foi submetida a mastectomia radical modificada, tendo iniciado Tamoxifeno que mantém até à data sem evidência de doença. Em Janeiro de 2016 novo nódulo pulmonar compatível com metástase de ADC cólon, foi submetida a ressecção do nódulo encontrando-se sob QT adjuvante com capecitabina.

**Caso 2:** Mulher de 69 anos com diagnóstico de ADC do endométrio em Junho/2015 submetida a histerectomia+anexectomia+linfadenectomia (pT3a) seguida de RT e braquiterapia adjuvante. Em Outubro/2007 por evidência de metástases pulmonares iniciou QT com cisplatina+adriamicina, seguida de paclitaxel e carboplatina (TAX/CBP) com resposta completa. Em Janeiro/2010 nova metástase pulmonar tendo reiniciado TAX/CBP com estabilidade da doença. Iniciou letrozol em Janeiro/2012 por RE e RP > 65%. Em Abril/2016 lesão mama direita tendo sido submetida a tumorectomia + gânglio sentinela. Evidencia de carcinoma medular G3, pT1cNo RE, RP e Her2 negativos, Ki 67 90%. Iniciou QT adjuvante com docetaxel + ciclofosfamida seguido de paclitaxel semanal e RT, que se encontra a realizar.

**Caso 3:** Homem de 66 anos com diagnóstico em Abril/2014 de Linfoma Não Hodgking (LNH) indolente. Fez QT com RCHOP com resposta completa durante 19 meses. Em Fevereiro/2016 diagnóstico de adenocarcinoma do recto baixo T3N1bMo (estadio IIIB) com indicação para QTRT neoadjuvante e concomitantemente objectivada recaída medular do linfoma, com pancitopenia e esplenomegalia. Tendo em conta a repercussão hematológica significativa do linfoma optou-se por RT em esquema curto seguido de cirurgia diferida, tendo sido submetido a ressecção anterior do recto em Maio/2016 (ypT3N1bM0). De momento está sob QT de 2ª linha para o LNH B com rituximab e bendamustina.



**Caso 4:** Mulher de 66 anos, com diagnóstico em Dezembro/2008 de neoplasias síncronas do cólon e mama. Submetida a colectomia sub-total cujo exame histológico revelou dois adenocarcinomas síncronos do cólon T3N0M0 (estadiolIIA) com um factor de mau prognóstico (angioinvasão). Concomitantemente foi submetida a mastectomia simples com esvaziamento ganglionar por carcinoma ductal invasivo T1cN1M0 (estadio IIA), RE e RP positivos, Her 2 positivo. Optou-se por quimioterapia adjuvante para a neoplasia da mama tendo feito 6 ciclos de TAC (docetaxel, doxorrubicina e ciclofosfamida). Tem-se mantido em vigilância na consulta sem evidência de doença.

**Conclusão:** As NPM são um desafio diagnóstico, terapêutico e etiopatogénico. Há diversos fatores que contribuem para a etiologia das NPM como sejam ambientais, predisposição genética e etiologia iatrogénica. Nas neoplasias metacrónicas a etiologia iatrogénica tem um papel não desprezível, tendo os doentes submetidos a QT ou RT um risco aumentado de nova neoplasia. A decisão terapêutica é um desafio e deve ser individual, avaliando os riscos-benefícios de cada tratamento.