



**Ministério da Saúde
Instituto Nacional de Câncer
Coordenação de Ensino
Programa de Residência Médica em Mastologia**

MELISSA GOMES LINS

**ROTINAS DO SERVIÇO DE MASTOLOGIA DO INCA (HCIII):
EMERGÊNCIAS ONCOLÓGICAS NO CÂNCER DE MAMA**

**Rio de Janeiro
2026**

MELISSA GOMES LINS

**ROTINAS DO SERVIÇO DE MASTOLOGIA DO INCA (HC III):
EMERGÊNCIAS ONCOLÓGICAS NO CÂNCER DE MAMA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Instituto Nacional de
Câncer como requisito parcial para a
conclusão do Programa de Residência
Médica em Mastologia.

Orientador: Dr. Sergio de Oliveira Monteiro

Revisão: Dra. Shirley Burburan

Rio de Janeiro

2026

CATALOGAÇÃO NA FONTE
INCA/COENS/SEITEC/NSIB
Kátia Simões CRB7/5952

L759r Lins, Melissa Gomes.

Rotinas do serviço de mastologia do INCA (HC III): Emergências oncológicas no
câncer de mama/ Melissa Gomes Lins. – Rio de Janeiro, 2026.
21f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Médica) - Instituto Nacional de
Câncer, Programa de Residência Médica em Mastologia, Rio de Janeiro, 2026.

Orientador: Prof. Dr. Sergio de Oliveira Monteiro.

Revisora: Profª Drª. Shirley Burburan.

1. Neoplasias mamárias. 2. Emergências. 3. Manejo clínico. 4. Suporte clínico.
I. Monteiro, Sergio de Oliveira (Orient.). II. Burburan, Shirley (Rev.). III. Instituto
Nacional de Câncer. IV. Título.

CDD 616.99449 025

MELISSA GOMES LINS

**ROTINAS DO SERVIÇO DE MASTOLOGIA DO INCA (HC III):
EMERGÊNCIAS ONCOLÓGICAS NO CÂNCER DE MAMA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Instituto Nacional de
Câncer como requisito parcial para a
conclusão do Programa de Residência
Médica em Mastologia.

Aprovado em 26 de fevereiro de 2026.

Examinadores:

Assinado digitalmente por:
SÉRGIO DE OLIVEIRA MONTEIRO
Data: 11/03/2026 - 11:53:49h

VALID IDENTITY AS A SERVICE

Sergio de Oliveira Monteiro



Documento assinado digitalmente

PEDRO SENISE MAROUN

Data: 11/03/2026 11:58:45-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Pedro Senise Maroun



Documento assinado digitalmente

EMANUELLE NARCISO ALVAREZ VALENTE

Data: 11/03/2026 13:20:02-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Emanuelle Narciso Alvarez Valente

Rio de Janeiro

2026

*Dedico este trabalho à minha família,
alicerce da minha caminhada e presença
constante em cada conquista; aos meus
chefes da Mastologia, pela orientação e
pelos ensinamentos que marcaram minha
formação; e às pacientes, que dão sentido
à nossa prática e transformam
aprendizado em humanidade.*

RESUMO

LINS, Melissa Gomes. **Rotinas do Serviço de Mastologia do INCA (HC III): emergências oncológicas no câncer de mama.** Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Médica em Mastologia) — Instituto Nacional de Câncer (INCA), Rio de Janeiro, 2026.

As emergências oncológicas no câncer de mama configuram situações clínicas de elevada complexidade, associadas a sofrimento físico, impacto funcional e risco de desfechos desfavoráveis. Podem ocorrer em diferentes momentos da evolução da doença, especialmente no contexto de doença localmente avançada ou metastática, exigindo reconhecimento precoce e intervenção imediata. Este trabalho tem como objetivo discutir as principais emergências oncológicas relacionadas ao câncer de mama, abordando aspectos clínicos relevantes para o diagnóstico e o manejo inicial dessas condições. A abordagem baseia-se na rotina do suporte clínico do INCA, diretrizes nacionais e internacionais, com foco na padronização das condutas. Destaca-se a importância de uma atuação multiprofissional e de um cuidado centrado no contexto oncológico global do paciente, respeitando os limites terapêuticos e os princípios dos cuidados paliativos.

Palavras-chave: câncer de mama; emergências oncológicas; manejo clínico; suporte clínico.

ABSTRACT

LINS, Melissa Gomes. **Routines of the Mastology Service at INCA (HC III): oncological emergencies in breast cancer.** Final paper (Medical Residency in Mastology) — Brazilian National Cancer Institute (INCA), Rio de Janeiro, 2026.

Oncologic emergencies in breast cancer represent highly complex clinical situations, associated with physical suffering, functional impairment, and an increased risk of unfavorable outcomes. They may occur at different stages of disease progression, particularly in the context of locally advanced or metastatic disease, requiring early recognition and prompt intervention. This study aims to discuss the main oncologic emergencies related to breast cancer, addressing clinically relevant aspects of diagnosis and initial management. The approach is based on the clinical support practices of the Brazilian National Cancer Institute (INCA), as well as national and international guidelines, with a focus on standardizing clinical management. The importance of multidisciplinary care and a patient-centered approach is emphasized, considering the overall oncologic context, therapeutic limitations, and the principles of palliative care.

Keywords: breast cancer; oncologic emergencies; clinical management; clinical support.

LISTA DE ABREVIATURAS

INCA	Instituto Nacional do Câncer
OMS	Organização Mundial de Saúde
SCMM	Síndrome de Compressão Medular Metastática
SIADH	Síndrome da Secreção Inapropriada do Hormônio Antidiurético
SLT	Síndrome de Lise Tumoral
SVCS	Síndrome da Veia Cava Superior

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	EMERGÊNCIAS ONCOLÓGICAS NO CÂNCER DE MAMA	10
2.1	<i>Dor Oncológica Agudizada.....</i>	10
2.1.1	Avaliação diagnóstica.....	10
2.1.2	Conduta	10
2.1.3	Radioterapia antálgica	11
2.2	<i>Sangramento.....</i>	11
2.2.1	Abordagem	12
2.2.2	Tratamento farmacológico	12
2.2.3	Radioterapia anti-hemorrágica	12
2.3	<i>Síndrome de Compressão Medular.....</i>	12
2.3.1	Radioterapia paliativa	13
2.3.2	Cirurgia descompressiva	13
2.4	<i>Síndrome de Compressão da Veia Cava Superior.....</i>	13
2.5	<i>Fraturas patológicas</i>	14
2.5.1	Conduta	14
2.6	<i>Emergências metabólicas.....</i>	15
2.6.1	Hipercalcemia maligna	15
2.6.2	Hiponatremia	15
2.6.3	Avaliação	16
2.6.4	Hiperglicemia.....	16
2.6.5	Hipoglicemia	17
2.7	<i>Síndrome da Lise Tumoral.....</i>	17
2.7.1	Conduta	17
3	CONSIDERAÇÕES FINAIS	19
	REFERÊNCIAS	20

1 INTRODUÇÃO

No curso da doença invasiva da mama, podem ocorrer complicações agudas que exigirão intervenção imediata, muitas vezes em contextos de sofrimento físico, impacto funcional e fragilidade clínica. Essas situações configuram emergências oncológicas que, quando não reconhecidas e manejadas de forma oportuna, podem comprometer de maneira significativa a qualidade de vida e os desfechos assistenciais.

Nesse contexto, o suporte clínico, com atuação rápida, organizada e baseada em protocolos institucionais, é fundamental para facilitar a tomada de decisão e promover o cuidado integral. Esta revisão aborda as principais emergências oncológicas associadas ao câncer de mama, destacando a importância de uma abordagem sistematizada, multiprofissional e centrada no contexto clínico global do paciente.

2 EMERGÊNCIAS ONCOLÓGICAS NO CÂNCER DE MAMA

2.1 Dor Oncológica Agudizada

A dor oncológica agudizada é uma emergência frequente no paciente oncológico, especialmente nos estágios localmente avançados ou metastáticos (INCA, 2019). Caracteriza-se por exacerbação súbita da dor previamente controlada ou pelo surgimento de dor intensa, com impacto funcional significativo, sofrimento físico e psicológico, além de potencial risco clínico quando associada a complicações estruturais ou metabólicas (ESMO, 2018).

Múltiplos mecanismos podem desencadear a dor, inclusive que podem coexistir, incluindo infiltração tumoral de tecidos moles, ossos ou estruturas nervosas, compressão neural ou medular, processos inflamatórios, fraturas patológicas, isquemia tecidual e efeitos adversos das terapias oncológicas (Fallon *et al.*, 2018). Pode apresentar intensidade moderada a intensa, início súbito ou agravamento rápido, de forma contínua ou como episódios transitórios, exigindo intervenção imediata (ESMO, 2018).

2.1.1 Avaliação diagnóstica

A avaliação clínica da dor é subjetiva devendo ser valorizada a queixa do paciente de forma imediata e sistemática, incluindo a caracterização da dor, a avaliação funcional, a investigação de sinais de alarme e a revisão do esquema analgésico em uso, além da solicitação de exames complementares conforme a suspeita clínica (INCA, 2019). A intensidade da dor pode ser sistematizada por meio da escala numérica da Organização Mundial da Saúde (0–10), de acordo com a intensidade referida pelo próprio paciente (WHO, 1986).

2.1.2 Conduta

No INCA, como rotina do serviço, inicia-se a analgesia conforme a intensidade algica, com dose regular e de resgate, sendo monitorado a resposta clínica. A dor leve a moderada é tratada com analgésicos comuns, enquanto a dor moderada a intensa requer o uso de opioides, preferencialmente morfina, com titulação progressiva conforme avaliação seriada. A dose de resgate corresponde a 10–15% da dose total diária do opioide de manutenção.

A dor intensa e refratária, com necessidade de titulação intravenosa de

opioides, suspeita de complicações estruturais ou impacto funcional grave, são possíveis causas de internação hospitalar (NCCN, 2024). Nessas situações, o manejo é intensificado, com monitorização contínua e investigação de causas associadas. Na presença de dor neuropática associada, a indicação de analgésicos adjuvantes é avaliada individualmente, como gabapentinoides, corticosteroides, antidepressivos tricíclicos, inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina (Caraceni *et al.*, 2012). Além da instituição de medidas profiláticas para efeitos adversos com equipe multiprofissional.

Antes da liberação do paciente, a prescrição ambulatorial é ajustada, conforme as doses utilizadas durante a internação. A dose do opioide de manutenção é otimizada com base na média do consumo de medicações de resgate nas últimas 24 horas (Caraceni *et al.*, 2012). Além disso, no paciente oncológico se mantém um olhar atento à manutenção de medidas profiláticas para efeitos adversos, especialmente constipação, náuseas e sedação, visando controle adequado da dor.

2.1.3 Radioterapia antálgica

A radioterapia antálgica é uma modalidade eficaz no controle da dor oncológica associada à infiltração tumoral, especialmente em metástases ósseas, lesões de partes moles e tumores localmente avançados (INCA, 2019). Atua por meio da redução do volume tumoral, da diminuição da atividade inflamatória local e do alívio da compressão de estruturas adjacentes.

O efeito analgésico pode ser observado em dias após o início do tratamento, sendo a radioterapia indicada precocemente nos casos de dor refratária ao tratamento farmacológico ou quando há evidência de lesão estrutural relacionada ao quadro doloroso (ESMO, 2018). O planejamento da radioterapia é realizado por meio de solicitação de parecer para médico radioterapeuta.

2.2 Sangramento

O sangramento no câncer de mama constitui emergência comum no cenário da doença localmente avançada, com lesões ulceradas e infiltração cutânea extensa. Pode manifestar-se desde episódios leves e intermitentes até sangramentos volumosos, com risco de instabilidade hemodinâmica e anemia aguda.

A fisiopatologia do sangramento tumoral está relacionada ao caráter friável do tecido neoplásico, à neovascularização desorganizada, à necrose tumoral e/ou à

invasão de estruturas adjacentes, podendo ser agravada por distúrbios da coagulação ou pelo uso de anticoagulantes (Cherny *et al.*, 2014).

2.2.1 Abordagem

Inicialmente, avaliam-se sinais vitais, nível de consciência, estimativa da perda sanguínea e a presença de sinais de instabilidade hemodinâmica. A revisão do uso de anticoagulantes ou antiagregantes plaquetários é fundamental, assim como a solicitação de exames laboratoriais, incluindo hemograma e coagulograma, conforme a gravidade do sangramento (NCCN, 2025). O controle local do sangramento é realizado por meio de curativos compressivos e cuidados tópicos, com auxílio da equipe de curativo da instituição. Em casos de sangramento superficial persistente, são utilizados agentes hemostáticos locais ou soluções adstringentes como terapia adjuvante.

2.2.2 Tratamento farmacológico

O tratamento farmacológico requer uso de antifibrinolíticos. No INCA, a medicação padronizada é o ácido épsilon aminocapróico, respeitando contraindicações clínicas, como histórico de eventos tromboembólicos ou distúrbios de coagulação. A indicação deve ser individualizada e integrada ao contexto clínico da paciente.

2.2.3 Radioterapia anti-hemorrágica

A radioterapia anti-hemorrágica está indicada nos casos refratários às medidas clínicas ou quando há sangramento volumoso associado a tumores localmente avançados. A resposta hemostática pode ocorrer em curto intervalo de tempo após o início do tratamento, além de contribuir para redução tumoral, alívio da dor e diminuição da secreção local, sendo recomendada como opção preferencial nesta instituição (Lutz *et al.*, 2017; NCCN, 2025).

2.3 Síndrome de Compressão Medular

A síndrome de compressão medular representa uma das emergências neurológicas mais graves. Nesses casos, atrasos diagnósticos ou terapêuticos podem resultar em déficits neurológicos irreversíveis e perda funcional significativa.

A clínica é caracterizada, na maioria dos casos, por dor vertebral progressiva,

frequentemente precedendo déficits neurológicos. A apresentação de dor súbita deve levantar suspeita de compressão medular em pacientes com histórico ou probabilidade de doença metastática. Com a progressão do quadro, surgem déficits motores, sensitivos e alterações esfinterianas, indicando comprometimento neurológico estabelecido (Loblaw *et al.*, 2005).

Prossegue-se com realização de investigação por imagem da coluna vertebral permitindo avaliação da extensão da compressão, estabilidade óssea e planejamento terapêutico adequado (NCCN, 2025). No INCA, a tomografia computadorizada é o exame de escolha. O reconhecimento precoce da síndrome é fundamental, uma vez que o estado neurológico no momento do diagnóstico é o principal fator prognóstico para recuperação funcional.

Diante da suspeita clínica, a SCMM deve ser manejada como emergência oncológica, com início imediato de corticoterapia em altas doses, realizada com dexametasona, visando redução do edema medular e estabilização neurológica enquanto se organiza o tratamento definitivo (NCCN, 2025). Simultaneamente, a equipe de suporte clínico solicita avaliação da fisioterapia para estabilização mecânica e parecer da neurocirurgia para tratamento definitivo.

2.3.1 Radioterapia paliativa

A radioterapia paliativa é o tratamento padrão, especialmente nos pacientes sem instabilidade mecânica significativa ou com contraindicações cirúrgicas. Esquemas de radioterapia paliativa demonstram eficácia no controle da progressão neurológica, alívio da dor e preservação da função motora. Assim, a avaliação do radioterapeuta se faz necessária de maneira emergencial (Loblaw *et al.*, 2005).

2.3.2 Cirurgia descompressiva

A cirurgia descompressiva associada à radioterapia está indicada em casos selecionados por equipe de neurocirurgia, particularmente em pacientes com bom estado funcional, expectativa de vida mais longa, compressão única e instabilidade vertebral.

2.4 Síndrome de Compressão da Veia Cava Superior

A síndrome de compressão da veia cava superior (SVCS) é uma emergência oncológica vascular decorrente da obstrução parcial ou completa do retorno venoso

pela veia cava superior, levando a congestão venosa da face, pescoço, membros superiores e tórax. Embora seja mais frequentemente associada a neoplasias pulmonares, pode ocorrer em pacientes com câncer de mama metastático, sobretudo na presença de linfonodomegalias mediastinais volumosas, metástases torácicas extensas ou trombose relacionada a dispositivos intravasculares (Wilson; Detterbeck; Yahalom, 2007; Lepper *et al.*, 2011).

O diagnóstico é confirmado por tomografia computadorizada de tórax com contraste. O tratamento inclui medidas de suporte como controle algico e oxigenoterapia se necessário. Nos casos de compressão tumoral extrínseca, é avaliado radioterapia citorrredutora visando descompressão. Em situações selecionadas, especialmente quando há necessidade de alívio sintomático rápido ou obstrução grave, a intervenção endovascular com colocação de stent constitui opção eficaz. Além disso, a escolha da estratégia terapêutica deve sempre considerar a extensão da doença metastática e o prognóstico global.

2.5 Fraturas patológicas

A fratura patológica representa uma complicação frequente e clinicamente relevante em pacientes com doença metastática óssea, pode evoluir com dor intensa, perda funcional, aumento da morbidade e imobilidade. A lesão resulta do comprometimento estrutural do osso por infiltração tumoral, remodelação desorganizada e aumento da reabsorção óssea, em consequência de traumas mínimos ou de forma espontânea. Os sítios mais comuns são coluna vertebral, fêmur proximal, pelve e úmero, com impacto significativo no prognóstico funcional das pacientes (NCCN, 2024).

2.5.1 Conduta

A abordagem é realizada de forma imediata, com atenção à intensidade da dor, limitação funcional, instabilidade mecânica e risco de complicações associadas, como compressão neural. O planejamento terapêutico é composto por avaliação multidisciplinar da extensão da lesão e do risco de novas fraturas, envolvendo equipe de fisioterapia e ortopedia oncológica, com o objetivo de estabilização do segmento acometido, alívio da dor e preservação da mobilidade sempre que possível.

O tratamento inclui analgesia adequada, estabilização cirúrgica nos casos indicados e radioterapia paliativa para citorredução e diminuição do risco de

progressão da lesão. Além disso, recomenda-se o uso de agentes modificadores do metabolismo ósseo, como bisfosfonatos ou denosumabe, como parte da estratégia terapêutica para prevenção de novas fraturas e melhora do controle da dor óssea (NCCN,2024). Essa indicação deve considerar o contexto clínico e a expectativa de vida do paciente.

2.6 Emergências metabólicas

2.6.1 Hipercalcemia maligna

A hipercalcemia maligna consiste em uma das emergências metabólicas mais frequentes em pacientes com doença invasiva da mama, predominantemente na doença metastática óssea. Resulta do aumento da reabsorção e da infiltração tumoral óssea, levando à liberação excessiva de cálcio para a circulação sanguínea. O quadro clínico pode variar desde manifestações leves até apresentações graves, com rebaixamento do nível de consciência, náuseas, vômitos, constipação, poliúria, desidratação, insuficiência renal e arritmias cardíacas, exigindo reconhecimento e tratamento precoce (Mirrakhimov, 2016).

A avaliação inicial é imediata e inclui dosagem do cálcio sérico, com correção para albumina, além da estratificação da gravidade do quadro clínico. Pacientes sintomáticos ou com hipercalcemia moderada a grave são manejados em ambiente hospitalar. A abordagem inicial baseia-se na expansão volêmica com solução salina isotônica, com o objetivo de corrigir a desidratação e aumentar a excreção renal de cálcio.

O tratamento farmacológico específico inclui o uso de agentes antirreabsortivos, como bisfosfonatos intravenosos, sendo utilizado no INCA o ácido zoledrônico, que reduz a atividade osteoclástica e promove controle mais duradouro da hipercalcemia. Em situações selecionadas, podem ser utilizados outros agentes adjuvantes, conforme a resposta clínica e as contraindicações individuais. As medidas adicionais devem sempre considerar o contexto oncológico global do paciente, e o manejo definitivo deve estar integrado ao controle da doença de base.

2.6.2 Hiponatremia

A hiponatremia pode ocorrer em diferentes fases do tratamento, especialmente no contexto de doença avançada, uso de quimioterápicos, infecções e insuficiência orgânica. A gravidade do quadro clínico depende tanto do nível sérico de sódio quanto

da velocidade de instalação da hiponatremia, podendo variar desde sinais inespecíficos e leves até apresentações graves, como confusão mental, convulsões e rebaixamento do nível de consciência (Spasovski *et al.*, 2014).

2.6.3 Avaliação

A avaliação da hiponatremia é iniciada com dosagem do sódio sérico, osmolaridade urinária e sódio urinário, além da avaliação clínica do estado volêmico. Devem ser investigados fatores precipitantes, como uso de medicamentos, insuficiência renal, insuficiência adrenal, hipotireoidismo e síndrome da secreção inapropriada do hormônio antidiurético (SIADH).

A diferenciação entre hiponatremia aguda e crônica é fundamental para orientar a conduta terapêutica e evitar complicações neurológicas associadas à correção inadequada. Nos pacientes oncológicos, a abordagem deve sempre considerar o contexto clínico global, incluindo comorbidades, uso de medicações e estágio da doença (Spasovski *et al.*, 2014).

O tratamento deve considerar a gravidade dos sintomas e o mecanismo fisiopatológico envolvido. Em quadros leves e assintomáticos, medidas conservadoras, como restrição hídrica e ajuste de medicações, podem ser suficientes. Nos casos moderados a graves ou sintomáticos, é procedido com internação hospitalar, correção cuidadosa do sódio sérico, preferencialmente em

ambiente monitorado. O manejo deve seguir protocolos seguros de correção eletrolítica e o controle da doença de base, com abordagem multidisciplinar (Spasovski *et al.*, 2014; NCCN, 2025).

2.6.4 Hiperglicemia

A hiperglicemia está comumente relacionada ao uso de corticosteroides, amplamente empregados no manejo de náuseas, dor, compressões neurológicas e edema, além do estresse metabólico associado à infecção, inflamação e progressão tumoral (NCCN, 2025).

O início do manejo abrange mensuração seriada da glicemia capilar ou plasmática, investigação de sintomas associados e identificação de fatores desencadeantes. O tratamento depende da gravidade da hiperglicemia e da presença de complicações agudas. Durante internação, a insulina é o tratamento de escolha, preferencialmente por via intravenosa em casos graves ou em pacientes instáveis,

com monitorização rigorosa para evitar oscilações glicêmicas e episódios de hipoglicemia (ADA,2025).

O controle glicêmico é sempre individualizado, considerando o estado clínico, a expectativa de vida e os objetivos terapêuticos do paciente. No contexto oncológico e paliativo, priorizamos a segurança metabólica e o controle sintomático, evitando esquemas excessivamente rigorosos.

2.6.5 Hipoglicemia

A hipoglicemia constitui uma emergência metabólica menos frequente em pacientes oncológicos, porém potencialmente grave, podendo ocorrer nos casos de jejum prolongado, desnutrição, insuficiência hepática por metástases, sepse ou interações medicamentosas, especialmente em pacientes com diabetes prévio.

As manifestações clínicas variam desde sintomas autonômicos, como sudorese, tremores e taquicardia, até alterações neurológicas, incluindo confusão mental, convulsões e coma, exigindo reconhecimento e correção imediatos. O manejo prioriza a correção rápida da glicemia e a identificação de fatores precipitantes, com posterior ajuste do suporte nutricional e do esquema terapêutico, sempre considerando o contexto clínico global (ADA, 2025).

2.7 *Síndrome da Lise Tumoral*

A síndrome da lise tumoral (SLT) é uma emergência metabólica decorrente da liberação aguda de potássio, fósforo e ácidos nucleicos após destruição rápida de células neoplásicas, resultando em alterações eletrolíticas como hiperuricemia, hipercalemia, hiperfosfatemia e hipocalcemia. Embora seja mais frequente em neoplasias hematológicas, pode ocorrer em tumores sólidos, especialmente em pacientes com doença avançada ou grande sensibilidade ao tratamento sistêmico (Howard; Jones; Pui, 2011).

2.7.1 Conduta

O diagnóstico baseia-se em critérios clínicos e laboratoriais, como os critérios de Cairo– Bishop, que considera alterações metabólicas características como hiperuricemia, hipercalemia, hiperfosfatemia e hipocalcemia, podendo estar associadas ou não a manifestações clínicas, incluindo insuficiência renal, arritmias e convulsões. O manejo compreende medidas preventivas e de suporte, como

hidratação venosa, monitorização seriada de eletrólitos e função renal, além de uso de agentes hipouricemiantes conforme a gravidade (Howard; Jones; Pui, 2011).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As emergências oncológicas no câncer de mama são condições clínicas de alta complexidade e potencial de gravidade, exigindo reconhecimento precoce e manejo imediato para redução da morbidade, preservação da função e melhora da qualidade de vida das pacientes.

A adoção de protocolos institucionais e a padronização de condutas permitem otimizar a tomada de decisão clínica e favorecem a atuação integrada das equipes multidisciplinares. A gestão adequada deve considerar não apenas o controle imediato das complicações, mas também o contexto oncológico global do paciente, respeitando os limites terapêuticos e objetivando suporte clínico e cuidados paliativos conforme indicação individual.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Medical Care in Diabetes—2025. **Diabetes Care**, Arlington, v. 48, supl. 1, 2025.

CARACENI, A.; HANKS, G.; KAASA, S.; BENNETT, M. I.; BRUNELLI, C.; CHERNY, N. *et al.* Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. **The Lancet Oncology**, London, v. 13, n. 2, p. e58–e68, 2012.

CHERNY, N. I.; CATANE, R.; SCHRIJVERS, D.; KLOKE, M.; STRASSER, F. Management of bleeding in cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. **Annals of Oncology**, Oxford, v. 25, supl. 3, p. 132–138, 2014.

FALLON, M.; GIUSTI, R.; AIELLI, F.; HOSKIN, P.; ROLKE, R.; SHARMA, M. *et al.* Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. **Annals of Oncology**, Oxford, v. 29, supl. 4, p. iv166–iv191, 2018.

HOWARD, S. C.; JONES, D. P.; PUI, C. H. The tumor lysis syndrome. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 364, n. 19, p. 1844–1854, 2011.

LEPPER, P. M.; OTT, S. R.; HOPPE, H.; SCHUMANN, C.; STAMMBERGER, U.; BUGALHO, A. *et al.* Superior vena cava syndrome in thoracic malignancies. **Respiration**, Basel, v. 81, n. 5, p. 384–392, 2011.

LOBLAW, D. A.; PERRY, J.; CHAMBERS, A.; LAPERRIERE, N. J. A systematic review of the diagnosis and management of malignant extradural spinal cord compression. **Journal of Clinical Oncology**, Alexandria, v. 23, n. 9, p. 2028–2037, 2005.

LUTZ, S.; BALBONI, T.; JONES, J.; LO, S.; PETIT, J.; RICH, S. E. *et al.* Palliative radiation therapy for bone metastases: update of an ASTRO evidence-based guideline. **Practical Radiation Oncology**, Arlington, v. 7, n. 1, p. 4–12, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Cuidados paliativos: vivências e aplicações práticas do Hospital do Câncer IV**. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2019.

MIRRAKHIMOV, A. E. Hypercalcemia of malignancy: an update on pathogenesis and management. **Journal of Oncology Practice**, Alexandria, v. 12, n. 6, p. 525–531, 2016.

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK. **Adult cancer pain**. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Version 2024.

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK. **Bone cancer and metastatic bone disease**. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Version 2024.

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK. **Central nervous system cancers**. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Version 3.2025.

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK. **Palliative care**. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Version 1.2025.

SPASOVSKI, G.; VANHOLDER, R.; ALLOLIO, B.; ANNANE, D.; BALL, S.; BICHET, D. *et al*. Clinical practice guideline on diagnosis and treatment of hyponatraemia. **European Journal of Endocrinology**, Bristol, v. 170, n. 3, p. G1–G47, 2014.

WILSON, L. D.; DETTERBECK, F. C.; YAHALOM, J. Superior vena cava syndrome with malignant causes. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 356, n. 18, p. 1862–1869, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer pain relief**. Geneva: WHO, 1986.