

Câncer de cólon na urgência: a obstrução e a perfuração

Do pronto-socorro à operação ou à prótese, o estoma que pode fechar ou ficar e o que vem depois



Jardim do consultório.

1. Antes de começar
2. Os sinais que levam ao pronto-socorro
3. Na chegada: as primeiras horas
4. O lado esquerdo: operar já ou abrir a passagem antes
5. O lado direito: retirar e emendar
6. Quando o intestino fura
7. As três vias de acesso na urgência
8. Depois da urgência: o estágio e o estoma
9. Os riscos da urgência e da operação marcada
10. Sinais de alerta em três níveis
11. Quem cuida de quê, e o que ler depois

Câncer de cólon na urgência: a obstrução e a perfuração

Do pronto-socorro à operação ou à prótese, o estoma que pode fechar ou ficar e o que vem depois

Autor	Dr. Mateus Antunes Nogueira
Registro	CRM-SP 97.070 · RQE 46345
Especialidade	Cirurgia do Aparelho Digestivo
Série	Cirurgia do Aparelho Digestivo para Leigos · volume 1033
Edição	1ª edição
Ano	2026
Local	São Paulo, SP — Brasil
Idioma	Português (Brasil)

Conteúdo informativo; não substitui consulta médica. Nenhum procedimento tem resultado garantido.

Este material foi escrito em linguagem acessível para ajudar você a entender o seu problema e a conversar melhor com a sua equipe de saúde. Ele não estabelece diagnóstico, não indica tratamento para o seu caso e não cria vínculo médico-paciente. Cada pessoa é diferente: apenas uma avaliação presencial, com exame físico e exames complementares, permite decidir a melhor conduta. Em caso de sintomas agudos, procure atendimento de urgência.

© 2026 Dr. Mateus Antunes Nogueira. Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida, distribuída ou usada para treinar sistemas automatizados sem autorização escrita do autor.

Sumário

1. Antes de começar	5
1.1 Para quem é este guia	5
1.2 Como usar	5
2. Os sinais que levam ao pronto-socorro	7
2.1 Quando o tumor fecha a passagem	7
2.2 Quando o intestino fura	7
2.3 Sem esperar o diagnóstico	8
3. Na chegada: as primeiras horas	9
3.1 As primeiras medidas	9
4. O lado esquerdo: operar já ou abrir a passagem antes	11
4.1 Os caminhos	11
4.2 Operar já: estoma ou emenda	11
4.3 A prótese: uma ponte até a operação	12
5. O lado direito: retirar e emendar	16
5.1 A operação de escolha	16
6. Quando o intestino fura	18
6.1 Dois lugares para o furo	18
6.2 O que a operação faz	18
7. As três vias de acesso na urgência	20
7.1 O que se sabe	20
8. Depois da urgência: o estágio e o estoma	22
8.1 O estágio e a quimioterapia	22
8.2 O estoma: fechar quando der	22
9. Os riscos da urgência e da operação marcada	25
9.1 Uma comparação com limite	25
10. Sinais de alerta em três níveis	27
10.1 Enquanto o tratamento acontece	27
11. Quem cuida de quê, e o que ler depois	30
11.1 Quem cuida de quê	30
11.2 O que ler em seguida	30
Glossário	32

Referências	35
Sobre o autor	37
Transparência e licenças	38

1. Antes de começar

Em uma frase

Para quem chegou ao pronto-socorro porque um tumor fechou ou furou o intestino grosso.

1.1 Para quem é este guia

A barriga inchou e os gases pararam de sair. Ou veio uma dor forte, de repente. No pronto-socorro, a tomografia mostrou um tumor no intestino grosso. E agora?

Este guia acompanha esse caminho, da porta do hospital aos meses seguintes. Ele trata de duas situações: a obstrução, quando o tumor fecha a passagem, e a perfuração, quando a parede do intestino fura. A equipe decide com você.

1.2 Como usar

A Tabela 1.1 aponta onde está cada pergunta.

Tabela 1.1 — Onde está cada assunto neste guia

Capítulo	O que ele responde
2. Os sinais	Quando a barriga inchada é caso de pronto-socorro?
3. Na chegada	O que a equipe faz nas primeiras horas?
4. O lado esquerdo	Operar já, com estoma ou com emenda, ou abrir a passagem com uma prótese?
5. O lado direito	Desse lado, a emenda costuma ser feita na hora?
6. O intestino que fura	O que muda quando há um furo?
7. As três vias	Que via de acesso a equipe usa na urgência?
8. Depois da urgência	O estágio, a quimioterapia e o estoma: o que vem depois?
9. Os riscos	O que muda entre a urgência e a operação marcada?
10. Sinais de alerta	Quando voltar ao pronto-socorro?
11. Quem cuida de quê	Quem é quem, e qual guia ler depois?

Uma regra vale desde já: os dois sinais da lista do capítulo 2 pedem pronto-socorro ou o 192, sem esperar diagnóstico. Os outros sinais urgentes estão no capítulo 10.

O capítulo 2 começa por esses dois sinais.

2. Os sinais que levam ao pronto-socorro

Em uma frase

O intestino fechado ou furado pede pronto-socorro ou o 192.

2.1 Quando o tumor fecha a passagem

Começamos pelo que se sente. Quem chega com o intestino fechado por um tumor muitas vezes conta uma história de dias.

O tumor nasce na parede do intestino grosso e estreita o tubo por dentro. Quando a passagem fecha, o trecho antes do aperto se enche de gases e de fezes, como mostra a Figura 2.1. A barriga incha. Gases e fezes param de sair, e o vômito aparece. A maior parte dessas obstruções fica do lado esquerdo, onde estão o cólon descendente e o sigmoide.

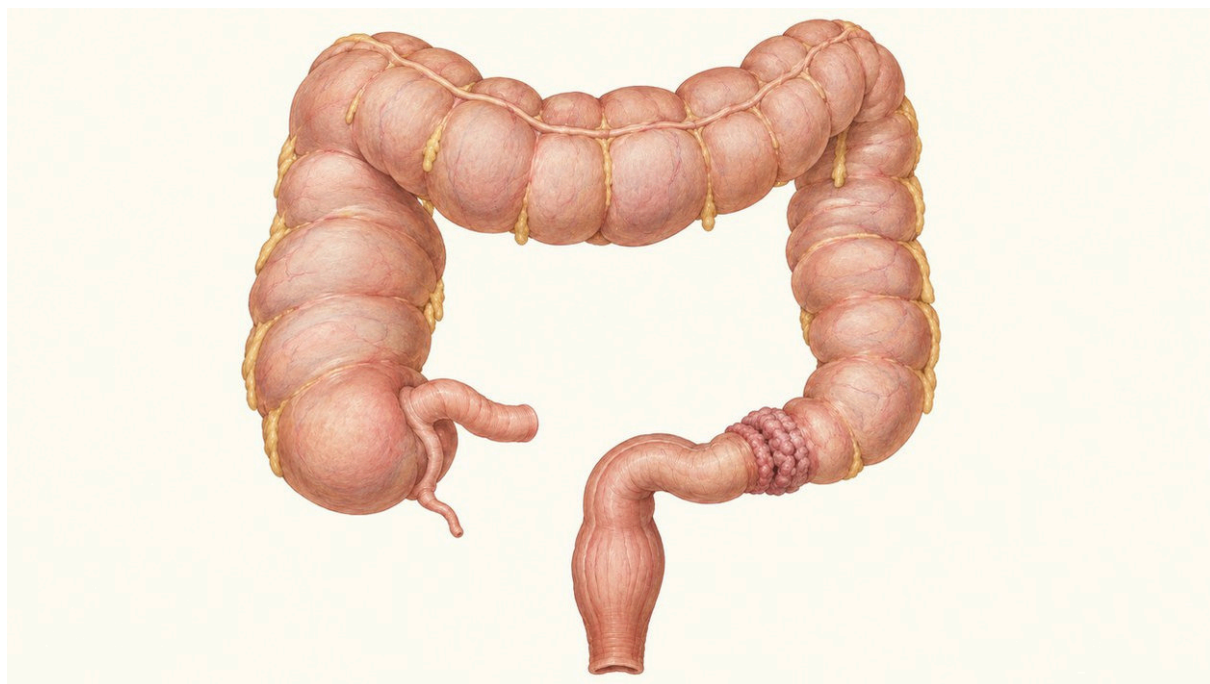


Figura 2.1. O intestino grosso visto de frente: o tumor em anel no sigmoide, embaixo e à direita de quem olha, quase fecha a passagem, e o intestino antes dele fica dilatado.

Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial

2.2 Quando o intestino fura

Às vezes, a parede fura. O furo abre no próprio tumor ou no trecho esticado antes dele. O conteúdo do intestino escapa e inflama a membrana que forra a barriga por dentro: é a peritonite. A dor fica forte e contínua. A barriga endurece.

2.3 Sem esperar o diagnóstico

Emergência agora — pronto-socorro ou 192:

- Parar de eliminar gases e fezes, com a barriga inchada e vômitos.
- Dor forte e contínua na barriga, que ficou dura.

Os outros sinais urgentes estão no capítulo 10.

O que os estudos mostram

Quase 2 em cada 3 tinham o tumor do lado esquerdo: 1.506 das 2.325 pessoas atendidas de 2000 a 2015 por câncer de cólon que fechou o intestino, em centros da associação francesa de cirurgia (MEGE et al., 2019). Na revisão de 2026, a obstrução por câncer muitas vezes se arrasta: o intestino prende cada vez mais, e o corpo perde água e sais (MATHEW; SCHUSTER, 2026).

Fonte: MEGE et al., 2019; MATHEW; SCHUSTER, 2026

Pergunte ao seu médico

- O meu tumor está do lado direito ou do esquerdo?

O que a equipe faz no hospital vem no capítulo 3.

3. Na chegada: as primeiras horas

Em uma frase

Enquanto decide o caminho, a equipe repõe o que o corpo perdeu.

3.1 As primeiras medidas

Os sinais do capítulo anterior trazem ao pronto-socorro um corpo que perdeu água e sais em dias de intestino preso. A primeira tarefa é repor esse estoque pela veia, com soro. Os exames de sangue guiam a conta.

Nada entra pela boca. É o modo de evitar que o vômito chegue ao pulmão.

Soro e antibiótico cedo, desde a chegada, valem para todas essas pessoas na diretriz da Sociedade Mundial de Cirurgia de Urgência. A equipe pode passar uma sonda fina pelo nariz até o estômago, para esvaziá-lo. Os remédios de uso contínuo seguem a orientação dela; nada se suspende por conta própria. A tomografia vem em seguida. Ela mostra onde o intestino fechou e procura sinais de furo ou de falta de sangue na parede. A diretriz mundial de urgência a elege como exame de escolha.

Com a pessoa estável, um curto preparo pode caber antes do tratamento definitivo. A regra é não demorar. Quem espera é vigiado de perto, porque o intestino pode sofrer por falta de sangue ou furar. A Figura 3.1 põe essas etapas em ordem.

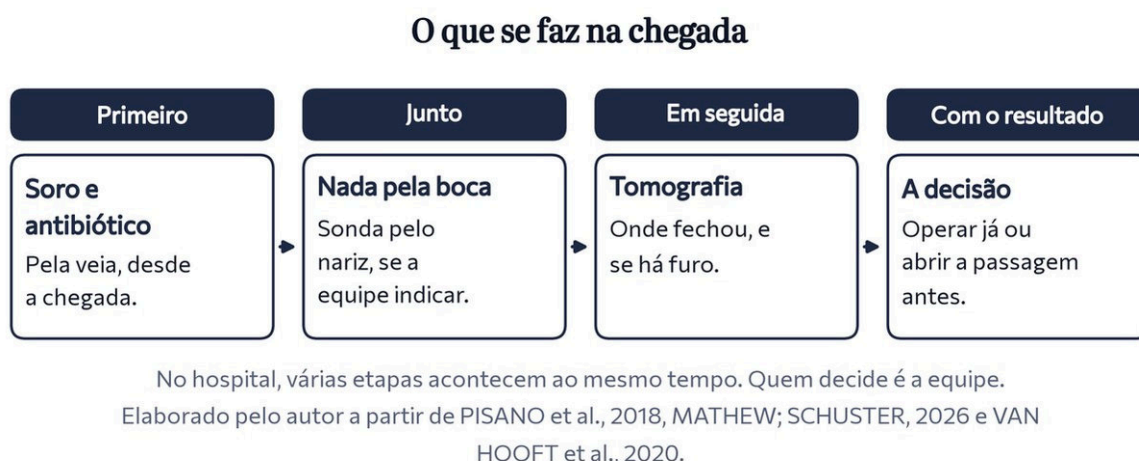


Figura 3.1. O que se faz na chegada, na ordem do texto: soro e antibiótico, nada pela boca, com a sonda pelo nariz quando a equipe indica, a tomografia e, com o resultado dela, a decisão. No hospital, várias etapas acontecem ao mesmo tempo.

Elaborado pelo autor a partir de (PISANO et al., 2018), (MATHEW; SCHUSTER, 2026) e (VAN HOOFT et al., 2020)

O que os estudos mostram

A tomografia acusa mal a falta de sangue na parede do intestino. Numa reunião de 65 estudos, com 9.418 adultos, ela a reconheceu em cerca de 47 de cada 100 pessoas que a tinham (AHMAD et al., 2025). Para a obstrução do intestino delgado ou do grosso, o acerto foi mais alto: o exame apontou 90 de cada 100 pessoas obstruídas e acertou em cerca de 89 de cada 100 das que não estavam.

Fonte: AHMAD et al., 2025

Pergunte ao seu médico

- Onde o intestino fechou? Há sinal de furo?
-

O capítulo 4 começa pelo lado esquerdo.

4. O lado esquerdo: operar já ou abrir a passagem antes

Em uma frase

Do lado esquerdo, a equipe pesa a operação imediata contra a prótese, que adia a operação.

4.1 Os caminhos

Passadas as primeiras horas, com o aperto localizado no cólon descendente ou no sigmoide, a equipe tem três caminhos, lado a lado na Tabela 4.1. Dois começam pela operação de urgência. O terceiro abre a passagem antes.

Tabela 4.1 — O lado esquerdo e os três caminhos

Caminho	Como é	A favor	Contra
Operação com estoma (Hartmann)	Sai o trecho com o tumor; a ponta de cima vira colostomia, e a de baixo fica fechada	Não deixa emenda para cicatrizar na urgência	Desfazer pede outra operação; num levantamento de várias causas, 108 de 228 foram desfeitas
Operação com emenda	Sai o trecho, e as pontas são unidas na mesma operação, às vezes com ileostomia de proteção	A diretriz de urgência a prefere quando a pessoa e a equipe permitem	Num serviço, entre 329 pessoas que receberam a emenda na urgência, com o cólon fechado ou furado, ela vazou em 52
Prótese como ponte	Uma malha de metal reabre a passagem por dentro; a operação vem depois, marcada	Menos estoma: 47 de 99, contra 72 de 106 operados na urgência	Não abriu a passagem em 21 de 119 tentativas; furou o intestino em 8 de 116 na reunião de ensaios

Fonte: elaborado pelo autor a partir de (HALLAM et al., 2018), (PISANO et al., 2018), (BIONDO et al., 2019), (CREST COLLABORATIVE GROUP, 2022) e (TAN et al., 2012). Quem escolhe o caminho é a equipe, com você.

4.2 Operar já: estoma ou emenda

A operação retira o trecho com o tumor. Na cirurgia de Hartmann, a ponta de cima vira uma colostomia, um estoma: a saída do intestino na pele da barriga, para uma bolsa. A de baixo fica fechada dentro da barriga, como no painel da direita da Figura 4.2. A outra escolha une as pontas na mesma operação, numa emenda que os médicos chamam de anastomose. Às vezes, uma ileostomia de proteção, como no painel da esquerda, desvia as fezes até a emenda cicatrizar.

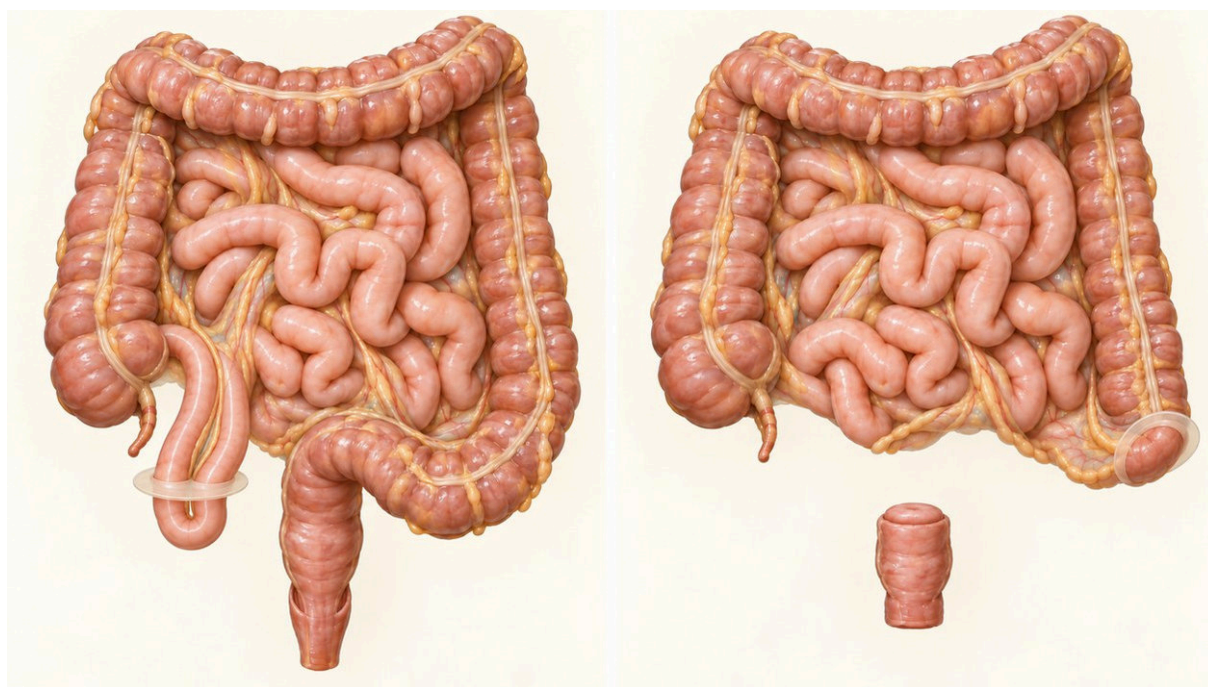


Figura 4.2. Os dois estomas que a operação de urgência pode deixar, lado a lado. À esquerda de quem olha, a ileostomia em alça: uma dobra do fim do intestino delgado sai na parede da barriga, mostrada como um disco claro, do lado direito do corpo. À direita de quem olha, a colostomia terminal: a ponta do cólon sai na parede, do lado esquerdo do corpo, e o reto, mais abaixo, fica fechado. A ilustração é simplificada e não representa proporções reais.

Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial

A diretriz mundial de urgência prefere a emenda quando o estado da pessoa e a experiência de quem opera permitem. Ela também pode vazar, como mostra a Tabela 4.1. A Hartmann tem outro custo: desfazê-la pede uma segunda operação, que nem sempre acontece.

4.3 A prótese: uma ponte até a operação

A prótese é um tubo de malha de metal. Com uma câmera e raio X, ela é posta dentro do intestino e se abre no aperto, como na Figura 4.3. A operação pode, então, ser marcada; no ensaio CReST, vinha de uma a quatro semanas depois.

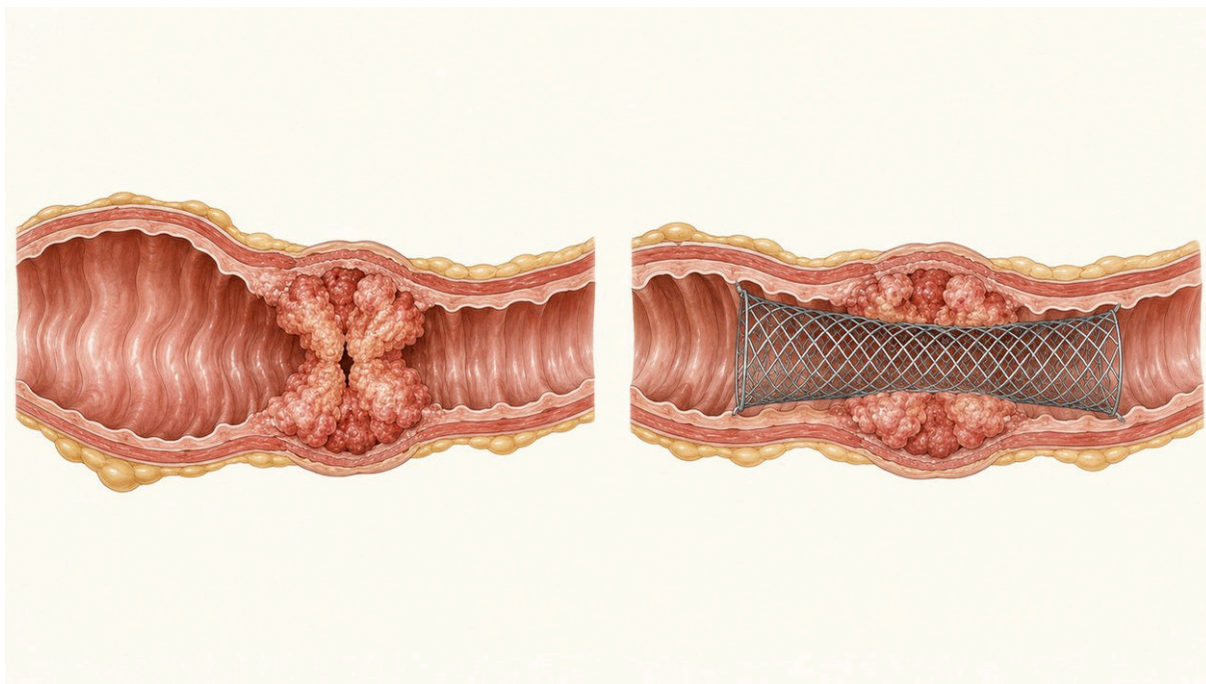


Figura 4.3. Um trecho do cólon aberto ao meio: à esquerda, o tumor quase fecha a passagem; à direita, a prótese de malha metálica atravessa o aperto e reabre o canal.

Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial

A prótese é uma ponte. A operação continua no plano quando a intenção é retirar toda a doença. Quem a põe precisa dominar a colonoscopia e o raio X, diz a diretriz europeia. Ela reserva a prótese para quem tem sinais de obstrução sem sinal de furo e pede que seja discutida com a pessoa. Sem prótese possível, a diretriz aceita como ponte um estoma feito só para aliviar o intestino. Quando o objetivo é só aliviar, sem retirar a doença, ela prefere a prótese.

O Gráfico 4.4 mostra quantos saíram com estoma em cada grupo do CReST.

Quem saiu com estoma, no ensaio CReST

Entre as pessoas tratadas com a intenção de retirar toda a doença.

Conforme o grupo sorteado

Prótese e operação marcada



47 de 99

Operação de urgência



72 de 106

245 pessoas de 39 hospitais, com o lado esquerdo do intestino fechado. A prótese não abriu a passagem em 21 das 119 tentativas.

Elaborado pelo autor a partir de CREST COLLABORATIVE GROUP, 2022.

Gráfico 4.4. Quantos saíram com estoma, entre as pessoas tratadas com a intenção de retirar toda a doença, conforme o grupo sorteado: prótese seguida da operação marcada ou operação de urgência. Ensaio CReST, com 245 pessoas de 39 hospitais, todas com o lado esquerdo do intestino fechado. A prótese não abriu a passagem em 21 das 119 tentativas.

Elaborado pelo autor a partir de (CREST COLLABORATIVE GROUP, 2022)

O que os estudos mostram

Com a prótese, 47 de 99 pessoas tratadas para retirar toda a doença saíram da operação com estoma; com a operação de urgência, 72 de 106. Nesse grupo, as mortes nos 30 dias depois da operação foram 4 de 110 com a prótese e 6 de 107 com a operação de urgência, sem diferença estatística. O ensaio CReST sorteou 245 pessoas de 39 hospitais. Todas tinham o lado esquerdo do intestino fechado, com aspecto de câncer na imagem (CREST COLLABORATIVE GROUP, 2022). No grupo da operação de urgência, o tumor podia ou não ser retirado. A volta do câncer em três anos não diferiu. A prótese foi tentada em 119 pessoas e abriu a passagem em 98.

A sobrevida em três anos não diferiu no ensaio ESCO, entre as 115 pessoas analisadas, todas com o lado esquerdo fechado por câncer (AREZZO et al., 2017). As complicações em 60 dias também não tiveram diferença estatística: 52 em cada 100 com a prótese e 58 com a operação de urgência. No estoma, a diferença apareceu: 11 de 56 com a prótese e 23 de 59 com a operação.

Numa reunião de quatro ensaios, com 234 pessoas com o lado esquerdo fechado por câncer, o grupo da prótese teve menos estoma que o da operação de urgência, e nele mais emendas deram certo (TAN et al., 2012); estoma definitivo e mortes no hospital não se separaram. A prótese furou o intestino de forma evidente em 8 de 116.

Na diretriz europeia, o intervalo de cerca de duas semanas até a operação é sugestão fraca, assim como o estoma de alívio usado como ponte; já discutir a prótese como ponte, com a pessoa, é recomendação forte, com evidência de alta qualidade (VAN HOOFT et al., 2020).

Fonte: CREST COLLABORATIVE GROUP, 2022; AREZZO et al., 2017; TAN et al., 2012; VAN HOOFT et al., 2020

Pergunte ao seu médico

- No meu caso, a prótese é uma opção?
-

O lado direito vem no capítulo 5.

5. O lado direito: retirar e emendar

Em uma frase

Do lado direito, a operação de urgência costuma retirar o trecho e emendar o intestino na mesma hora.

5.1 A operação de escolha

Do outro lado, a dúvida do lado esquerdo pesa menos. Quando o tumor fecha o começo do intestino grosso, perto do ceco, a diretriz mundial de urgência põe a hemicolectomia direita como operação de escolha: sai o lado direito do intestino grosso, realçado na Figura 5.1, com a ponta final do delgado, e o delgado é unido ao transverso. Desviar o trânsito sem retirar o tumor tem valor limitado para essa diretriz.

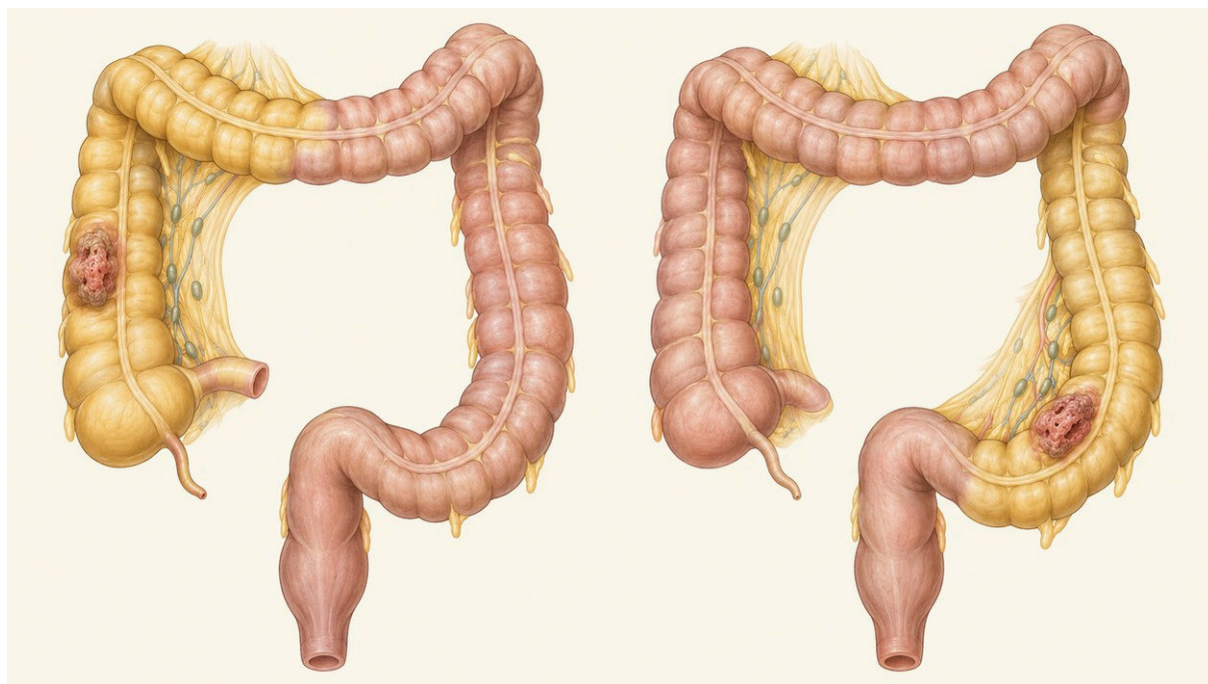


Figura 5.1. O intestino grosso de frente, em dois painéis, como num atlas, com o ceco e o cólon ascendente à esquerda de quem olha. No painel da esquerda, o tumor está no cólon ascendente, e o realce cobre o ceco, o ascendente e parte do transversal, com a gordura e os pequenos gânglios que saem com eles na hemicolectomia direita. No painel da direita, o tumor está embaixo, perto do sigmoide, e o realce cobre o cólon descendente e o sigmoide, o que sai na operação do lado esquerdo. Ilustração didática, que não representa uma pessoa real.

Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial

Num estudo nacional francês, entre quem teve o tumor retirado na urgência, a emenda na mesma operação foi feita em 86 de cada 100 pessoas do lado direito, contra 62 do esquerdo.

O Gráfico 5.2 compara também o estoma que ficou para sempre. A prótese desse lado é só uma sugestão da diretriz europeia, com evidência de baixa qualidade.

O lado direito e o esquerdo, na urgência

Em cada 100 pessoas atendidas por câncer de cólon que fechou o intestino.

Emenda na mesma operação, entre quem teve o tumor retirado



Estoma definitivo



Estudo nacional francês, 2.325 pessoas, de 2000 a 2015. Os grupos não foram sorteados.

Elaborado pelo autor a partir de MEGE et al., 2019.

Gráfico 5.2. Em cada 100 pessoas atendidas na urgência por câncer de cólon que fechou o intestino, do lado direito e do lado esquerdo: a emenda feita na mesma operação, entre quem teve o tumor retirado, e o estoma definitivo. Estudo nacional francês, com 2.325 pessoas, de 2000 a 2015; os grupos não foram sorteados.

Elaborado pelo autor a partir de (MEGE et al., 2019)

O que os estudos mostram

Complicações, vazamento da emenda, nova operação e mortes não diferiram entre os dois lados no estudo francês, que reuniu 2.325 pessoas atendidas de 2000 a 2015 (MEGE et al., 2019). O estoma definitivo ficou com 17 em cada 100 do lado direito e com 46 em cada 100 do esquerdo. Os grupos não foram sorteados. Os do lado direito chegaram mais velhos e com mais doenças.

Só do lado direito, a mesma associação acompanhou 776 pessoas operadas de urgência, fora as tratadas com prótese ou só com tratamento dos sintomas (MEGE et al., 2018). A emenda vazou em 14 de cada 100. Depois da operação, morreram 10 em cada 100.

Fonte: MEGE et al., 2019; MEGE et al., 2018; PISANO et al., 2018; VAN HOOFT et al., 2020

Pergunte ao seu médico

- Vocês pretendem fazer a emenda na mesma operação?

O intestino que fura fica para o capítulo 6.

6. Quando o intestino fura

Em uma frase

Quando o intestino fura, a operação vem sem demora.

6.1 Dois lugares para o furo

Do lado direito ou do esquerdo, até aqui o intestino estava fechado, mas inteiro. A perfuração muda a pressa.

O furo pode abrir no próprio tumor. Também pode abrir antes dele, no trecho esticado pela obstrução até ceder. O Gráfico 6.1 mostra a proporção de cada um numa série antiga, de 83 pessoas.

Onde o intestino furou

Em cada 100 perfurações por câncer de cólon ou reto.

Numa série de 83 pessoas

No próprio tumor



65 em cada 100 (54 de 83)

No trecho antes do tumor,
esticado pela obstrução



35 em cada 100 (29 de 83)

Um hospital, ao longo de 14 anos; série publicada em 1998.

Elaborado pelo autor a partir de CARRARO et al., 1998.

Gráfico 6.1. Onde o intestino furou, em cada 100 perfurações por câncer de cólon ou reto: no próprio tumor ou no trecho de antes, esticado pela obstrução. Série de 83 pessoas de um hospital, ao longo de 14 anos, publicada em 1998.

Elaborado pelo autor a partir de (CARRARO et al., 1998)

6.2 O que a operação faz

A diretriz mundial de urgência pede equilíbrio: a operação protege a vida sem abandonar os cuidados contra o câncer. Com fezes soltas na barriga, a situação pode ser grave, e para casos escolhidos a diretriz prevê o controle de danos: uma operação mais curta, que controla o vazamento e a infecção e deixa o restante para quando a pessoa estiver estável. A prótese fica de fora, porque a diretriz europeia a reserva para quem não tem sinal de furo.

O trecho perfurado sai. Emendar as pontas ou fazer um estoma é decisão da sua equipe.

O que os estudos mostram

O furo antes do tumor se ligou a mais mortes logo depois da operação, numa comparação sem sorteio: cerca de 48 em cada 100, contra 17 em cada 100 com o furo no próprio tumor (CARRARO et al., 1998).

A série reuniu 83 pessoas com câncer de cólon ou reto perfurado, num só hospital, ao longo de 14 anos. Os números são antigos.

Complicações que pediram um procedimento ou terapia intensiva atingiram 26 em cada 100 das 73 pessoas operadas por perfuração, num serviço que operou de 1996 a 2014 pessoas com câncer de cólon que fechou ou furou o intestino (BIONDO et al., 2019). Seis das 73 morreram em 30 dias. Depois da perfuração, a emenda vazou em 8 de cada 100. Só entraram operações das primeiras 24 horas, para retirar toda a doença. Ficaram de fora o câncer de reto e a doença já espalhada; quem recebeu prótese ou estoma só para aliviar também não entrou.

Fonte: CARRARO et al., 1998; BIONDO et al., 2019; PISANO et al., 2018; VAN HOOFT et al., 2020

Pergunte ao seu médico

- Onde o intestino furou: no tumor ou antes dele?
-

As vias de acesso estão no capítulo 7.

7. As três vias de acesso na urgência

Em uma frase

Na urgência, os estudos sobre a via de acesso são poucos.

7.1 O que se sabe

Fechado ou furado, o intestino é alcançado pelas mesmas vias da operação marcada, resumidas na Tabela 7.1. A escolha é da equipe.

Do lado direito, as pequenas incisões se ligaram a internação mais curta e a menos complicações, sem diferença nas mortes. Os estudos avisam o limite. Foram poucos pacientes, em grupos que não foram sorteados. A via robótica não tem números próprios na urgência nos estudos citados aqui; o guia Cirurgia robótica do aparelho digestivo explica como ela funciona.

Tabela 7.1 — As três vias na urgência

Via	Como é	O que os estudos da urgência mostram
Robótica	Pequenas incisões; o cirurgião comanda, de um console, braços articulados	Os estudos deste guia não trazem números dela na urgência
Laparoscópica	Pequenas incisões, com uma câmera e instrumentos longos	Lado direito: internação mais curta e menos complicações em 5 estudos pequenos, de evidência fraca; operação mais demorada
Convencional	Uma incisão maior na barriga	Via de 1.048 das 1.147 operações de urgência do lado direito num registro sueco; internação mais longa que com pequenas incisões

Fonte: elaborado pelo autor a partir de (AGGER et al., 2026) e (CIROCCHI et al., 2017). A escolha da via é da equipe.

O que os estudos mostram

As complicações que pediram tratamento ficaram em 23 em cada 100 com as pequenas incisões e em 39 com a via convencional, num registro sueco de operações de urgência do lado direito, de 2017 a 2023 (AGGER et al., 2026). Uma em cada três operações começadas por pequenas incisões terminou pela via convencional. Nas mortes em 90 dias, as duas vias não se separaram. Só 99 das 1.147 pessoas começaram por pequenas incisões. Diferenças não medidas podem ter pesado.

Numa revisão, cinco estudos compararam a laparoscopia com a via convencional no lado direito fechado por câncer (CIROCCHI et al., 2017).

Com a laparoscopia, as complicações em 30 dias foram menores e a operação, mais longa; as mortes nesse prazo não se separaram. Os pacientes eram poucos, e a revisão pede prudência.

Fonte: AGGER et al., 2026; CIROCCHI et al., 2017

Pergunte ao seu médico

- Por qual via vocês pretendem operar?
-

O que vem depois da operação está no capítulo 8.

8. Depois da urgência: o estágio e o estoma

Em uma frase

Vencida a urgência, ainda faltam o estágio e, para quem saiu com estoma, a conversa sobre fechá-lo.

8.1 O estágio e a quimioterapia

Seja qual for a via de acesso, a peça retirada vai para o patologista, o médico que a examina ao microscópio e escreve o laudo, que conta até onde o tumor chegou e quantos gânglios tinham doença.

Com o laudo, a equipe define o estágio. Se haverá quimioterapia depois da operação, quem decide é o oncologista clínico. O guia Quimio e radio antes ou depois da cirurgia explica esse caminho. Na urgência, a colonoscopia pode não ter sido feita. Nesse caso, uma diretriz do Canadá, endossada pela sociedade americana de oncologia clínica, a pede ao fim da quimioterapia e antes de completar um ano. A Figura 8.1 põe esses passos em ordem.



As datas são da equipe.

Elaborado pelo autor a partir de MEYERHARDT et al., 2013 e HALLAM et al., 2018.

Figura 8.1. Depois da urgência, na ordem deste capítulo: o laudo e o estágio, a quimioterapia quando indicada, a colonoscopia que ficou por fazer e, para quem saiu com estoma, a operação que pode fechá-lo. As datas são da equipe.

Elaborado pelo autor a partir de (MEYERHARDT et al., 2013) e (HALLAM et al., 2018)

8.2 O estoma: fechar quando der

A colostomia da Hartmann pode ser desfeita numa nova operação, que reencontra a ponta de baixo dentro da barriga e a une à de cima. Essa segunda operação nem sempre acontece. Num serviço, de 228 operações de Hartmann feitas por diverticulite, câncer e

outras causas, 108 foram desfeitas. Quando a religação não aconteceu, os motivos variaram. Das 105 pessoas que seguiam com a bolsa ao fim, 74 tinham risco alto ou não tinham condição clínica para operar de novo; 31 preferiram ficar com ela. Até a religação, passaram-se 11 meses, em mediana. O Gráfico 8.2 mostra essas proporções.

A Hartmann desfeita

Levantamento de um serviço, de 2008 a 2014.

Das 228 operações de Hartmann

Desfeitas numa segunda operação  47 em cada 100 (108 de 228)

Das 105 pessoas que seguiram com a bolsa, por quê

Risco alto ou sem condição clínica  70 em cada 100 (74 de 105)

Escolha da própria pessoa  30 em cada 100 (31 de 105)

Hartmann feita por diverticulite, câncer e outras causas: os números misturam doenças diferentes.

Elaborado pelo autor a partir de HALLAM et al., 2018.

Gráfico 8.2. Num levantamento de 228 operações de Hartmann, por diverticulite, câncer e outras causas: quantas foram desfeitas numa segunda operação e, entre as 105 pessoas que seguiram com a bolsa, por quê.

Elaborado pelo autor a partir de (HALLAM et al., 2018)

Do lado esquerdo, o estoma definitivo foi mais frequente no estudo francês do capítulo 5 (Gráfico 5.2).

A ileostomia de proteção também pode ser fechada numa nova operação; o guia Vou fazer um estoma explica esse fechamento.

O que os estudos mostram

Ao fim do levantamento, feito de 2008 a 2014, 46 em cada 100 pessoas estavam sem estoma (HALLAM et al., 2018). Quinze tinham morrido nos 30 dias seguintes à primeira operação. Só 74 das operações tinham sido feitas por câncer. A religação trouxe alguma complicação a 21 em cada 100.

Fonte: HALLAM et al., 2018

Pergunte ao seu médico

- O meu estoma foi pensado para ser fechado?

Os riscos da urgência ficam para o capítulo 9.

9. Os riscos da urgência e da operação marcada

Em uma frase

Nos registros, a urgência aparece ligada a mais mortes; os grupos, porém, não vieram de um sorteio.

9.1 Uma comparação com limite

Os números do estoma, no capítulo anterior, já mostravam diferenças entre os lados. Falta comparar a própria operação de urgência com a marcada. O Gráfico 9.1 traz as mortes depois da operação em dois registros.

Ninguém sorteia quem vai chegar pela urgência. Esse é o limite. O grupo da urgência reúne mais pessoas de risco alto, e a idade e o estágio do tumor pesam por conta própria.

Mortes depois da operação

Em cada 1.000 pessoas operadas de câncer de cólon.

Série de uma população, de 1993 a 2007



Registro holandês, lado direito, de 2010 a 2019, grupos pareados



Grupos que não vieram do sorteio: a urgência reúne mais pessoas de risco alto, e a diferença mostra associação.

Elaborado pelo autor a partir de SJO et al., 2009 e KERTZMAN et al., 2025.

Gráfico 9.1. Mortes depois da operação, em cada 1.000 pessoas operadas de câncer de cólon na urgência e com hora marcada, em dois estudos de registro. Os grupos não vieram do sorteio, e a urgência reúne mais pessoas de risco alto; a diferença mostra associação.

Elaborado pelo autor a partir de (SJO et al., 2009) e (KERTZMAN et al., 2025)

No ensaio por sorteio do capítulo 4, a ponte com a prótese não separou os grupos nas mortes em 30 dias. A estimativa pessoal vem da equipe.

O que os estudos mostram

As complicações depois da operação foram 38 em cada 100 na urgência e 24 na operação marcada (SJO et al., 2009). Depois da operação com retirada do tumor, morreram 100 em cada 1.000 na urgência e 35 na operação marcada, numa série que reuniu todas as pessoas com câncer de cólon de uma população, de 1993 a 2007. Com a idade e o estágio do tumor levados em conta, a urgência seguiu ligada a mais mortes.

As mortes foram 94 em cada 1.000 na urgência e 42 na operação marcada num registro nacional holandês (KERTZMAN et al., 2025). Os próprios autores avisam que fatores não medidos podem ter pesado. O registro pareou uma a uma 5.056 operações de urgência do lado direito a operações marcadas parecidas, de 2010 a 2019. O vazamento da emenda não diferiu.

Fonte: SJO et al., 2009; KERTZMAN et al., 2025

Pergunte ao seu médico

- Quais riscos pesam mais na minha operação?
-

Os sinais que pedem volta ao hospital estão no capítulo 10.

10. Sinais de alerta em três níveis

Em uma frase

Há sinais que pedem o pronto-socorro na hora, e há os que cabem numa ligação para a equipe.

10.1 Enquanto o tratamento acontece

Depois da alta, os riscos da operação passam a ser vigiados também em casa. Para quem começou a quimioterapia, a febre é sinal do primeiro nível, porque o tratamento pode baixar as defesas do sangue. O antibiótico tem pressa. A temperatura que leva ao pronto-socorro é a equipe que define.

Quem saiu com estoma tem sinais a mais. São três, vindos do guia Vou fazer um estoma. A Figura 10.1 traz só o primeiro nível. A lista inteira vem logo depois dela, e a Figura 10.2 repete os outros dois níveis.

Emergência agora — pronto-socorro ou 192	
● Dor forte e contínua na barriga, que ficou dura.	● Depois da operação, dor na barriga forte, que aumenta em vez de diminuir.
● Sangramento vivo e abundante pelo ânus ou pelo estoma.	● Vômito com sangue ou fezes pretas.
● Parar de eliminar gases e fezes, com a barriga inchada e vômitos.	● Febre durante a quimioterapia, sobretudo com calafrio ou mal-estar.
● Febre alta com calafrio, confusão mental ou sonolência.	● Falta de ar súbita, dor no peito ou desmaio.
● Vômito ou diarreia que impedem de beber líquido, com tontura ao levantar.	● Com ileostomia, tontura que não passa ao deitar, ou vômitos que impedem de beber enquanto a bolsa continua enchendo.
● Estoma que ficou preto.	● Volume ao lado do estoma que endureceu e dói, com a bolsa parada.

Elaborado pelo autor.

Figura 10.1. Emergência agora: os sinais que pedem pronto-socorro ou o 192, sem esperar. A equipe orienta cada caso; a figura não substitui essa orientação.

Elaborado pelo autor

Emergência agora — pronto-socorro ou 192:

- Dor forte e contínua na barriga, que ficou dura.
- Depois da operação, dor na barriga forte, que aumenta em vez de diminuir.
- Sangramento vivo e abundante pelo ânus ou pelo estoma.
- Vômito com sangue ou fezes pretas.
- Parar de eliminar gases e fezes, com a barriga inchada e vômitos.
- Febre durante a quimioterapia, sobretudo com calafrio ou mal-estar.
- Febre alta com calafrio, confusão mental ou sonolência.
- Falta de ar súbita, dor no peito ou desmaio.
- Vômito ou diarreia que impedem de beber líquido, com tontura ao levantar.
- Com ileostomia, tontura que não passa ao deitar, ou vômitos que impedem de beber enquanto a bolsa continua enchendo.
- Estoma que ficou preto.
- Volume ao lado do estoma que endureceu e dói, com a bolsa parada.

No mesmo dia — fale com a equipe hoje:

- Febre acima de 38 graus, fora da quimioterapia e sem outro sinal grave.
- Vermelhidão, calor ou secreção no corte.
- Diarreia que não cede com a orientação recebida.
- Saída muito líquida e frequente pela ileostomia, com sede, boca seca ou pouca urina.
- Dor ou inchaço numa das panturrilhas.
- Sangue nas fezes em quantidade que aumenta a cada evacuação.
- Estoma que escureceu ou ficou arroxeadado.

Na próxima consulta — anote e leve:

- Dormência ou formigamento nas mãos e nos pés.
- Cansaço que atrapalha a rotina.
- Evacuações mais frequentes do que o esperado, ou escape à noite.
- Dúvidas sobre os remédios de uso contínuo.

No mesmo dia — fale com a equipe hoje	Na próxima consulta — anote e leve
● Febre acima de 38 graus, fora da quimioterapia e sem outro sinal grave. ● Vermelhidão, calor ou secreção no corte. ● Diarreia que não cede com a orientação recebida. ● Saída muito líquida e frequente pela ileostomia, com sede, boca seca ou pouca urina. ● Dor ou inchaço numa das panturrilhas. ● Sangue nas fezes em quantidade que aumenta a cada evacuação. ● Estoma que escureceu ou ficou arroxeado.	● Dormência ou formigamento nas mãos e nos pés. ● Cansaço que atrapalha a rotina. ● Evacuações mais frequentes do que o esperado, ou escape à noite. ● Dúvidas sobre os remédios de uso contínuo.

Elaborado pelo autor.

Figura 10.2. No mesmo dia e na próxima consulta: os sinais dos dois outros níveis, como na lista do capítulo. A equipe orienta cada caso.

Elaborado pelo autor

O que os estudos mostram

Diante de febre com as defesas baixas pelo tratamento do câncer, a diretriz americana de 2018 pede a primeira dose de antibiótico até uma hora depois da triagem no pronto-socorro (TAPLITZ et al., 2018).

Fonte: TAPLITZ et al., 2018

Pergunte ao seu médico

- A partir de que temperatura eu vou ao pronto-socorro?

Quem atende cada chamado está no capítulo 11.

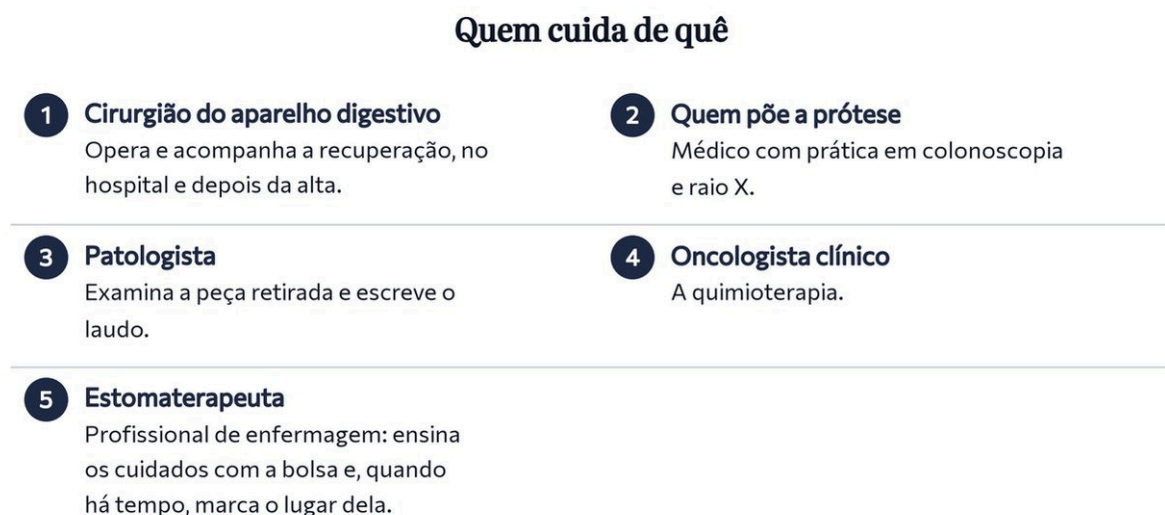
11. Quem cuida de quê, e o que ler depois

Em uma frase

Na urgência e depois dela, o cuidado passa por várias mãos.

11.1 Quem cuida de quê

Para cada sinal de alerta existe alguém a quem ligar. O cirurgião do aparelho digestivo opera e acompanha a recuperação, no hospital e depois da alta, ao lado de quem cuida da prótese, quando ela entra: um médico com prática em colonoscopia e raio X. O patologista dá o laudo. O oncologista clínico cuida da quimioterapia. A estomaterapeuta ensina os cuidados com a bolsa. A Figura 11.1 resume esses papéis.



Elaborado pelo autor.

Figura 11.1. Quem cuida de quê, na ordem do texto. A composição da equipe muda conforme o caso e o hospital.

Elaborado pelo autor

11.2 O que ler em seguida

Leve as perguntas por escrito. A Tabela 11.2 liga cada situação ao guia da série que trata dela.

Tabela 11.2 — Se você está aqui, leia este guia

Se você está aqui	Leia este guia	Endereço no site
Quer o caminho inteiro do câncer de cólon e reto, do diagnóstico ao acompanhamento	Câncer de cólon e reto: o mapa do tratamento	/ebooks/cancer-de-colon-e-reto-mapa-do-tratamento
Vai operar o cólon com hora marcada, ou quer entender a colectomia e o laudo	Câncer de cólon: a colectomia, do preparo à recuperação	/ebooks/cancer-de-colon-colectomia
Saiu da urgência com um estoma, por algumas semanas ou de vez	Vou fazer um estoma	/ebooks/vou-fazer-um-estoma
Vai fazer quimioterapia depois da operação	Quimio e radio antes ou depois da cirurgia	/ebooks/quimio-e-radio-na-cirurgia
Quer saber como funciona a plataforma robótica	Cirurgia robótica do aparelho digestivo	/ebooks/cirurgia-robotica
Tem casos de câncer de intestino na família	Câncer de intestino na família	/ebooks/cancer-de-intestino-na-familia
O tumor estava no reto, e não no cólon	Câncer de reto	/ebooks/cancer-reto

Pergunte ao seu médico

- Qual guia da série serve para o meu próximo passo?

Em uma frase

Na consulta seguinte, há tempo para entender cada decisão da urgência.

Glossário

Palavras que aparecem no livro e costumam gerar dúvida.

Anastomose

A emenda entre as duas pontas do intestino, feita depois que o trecho doente sai.

Ceco

O começo do intestino grosso, embaixo e à direita da barriga, onde o intestino delgado desemboca.

Cirurgia de Hartmann

A operação que retira o trecho doente do cólon, deixa a ponta de baixo fechada dentro da barriga e leva a ponta de cima até a pele, como colostomia.

Colonoscopia

O exame que percorre o intestino grosso por dentro, com uma câmera fina na ponta de um tubo flexível.

Colostomia

Estoma feito com o cólon.

Controle de danos

A operação de urgência feita em etapas: primeiro se controlam o vazamento e a infecção, e o restante fica para quando a pessoa estiver estável.

Diverticulite

A inflamação de pequenas bolsas que se formam na parede do intestino grosso; é uma doença benigna.

Ensaio por sorteio

O estudo que sorteia as pessoas entre dois tratamentos, para que a escolha não dependa de quem trata. Os médicos dizem ensaio randomizado.

Estágio

O resumo de até onde a doença chegou, de I a IV, conforme a profundidade do tumor, os gânglios e a doença a distância.

Estoma

A saída do intestino na pele da barriga, por onde as fezes passam para uma bolsa colada. Pode ser temporário ou definitivo.

Estomaterapeuta

Profissional de enfermagem que cuida do estoma, ensina a usar a bolsa e, quando há tempo, marca o lugar dela antes da operação.

Gânglio

Pequeno filtro do sistema de defesa; é por ele que o câncer costuma se espalhar primeiro.

Hemicolectomia direita

A operação que retira o lado direito do intestino grosso, com a ponta final do intestino delgado.

Ileostomia

Estoma feito com o fim do intestino delgado. A saída é líquida ou pastosa.

Ileostomia de proteção

A ileostomia que desvia as fezes de uma emenda enquanto ela cicatriza; é pensada para ser fechada depois.

Mediana

O valor do meio de um grupo: metade ficou acima dele, metade abaixo.

Obstrução

O intestino fechado, por onde gases e fezes deixam de passar.

Oncologista clínico

O médico que indica e acompanha a quimioterapia.

Operação marcada

A operação feita com hora marcada, com a pessoa preparada. Os médicos dizem programada ou eletiva.

Patologista

O médico que examina ao microscópio a peça retirada na operação.

Perfuração

Um furo na parede do intestino, por onde o conteúdo escapa para dentro da barriga.

Peritonite

A inflamação da membrana que forra a barriga por dentro, em geral por infecção.

Prótese

Neste guia, um tubo de malha de metal posto por dentro do intestino, com uma câmera e raio X, que se abre no aperto e reabre a passagem.

Quimioterapia

Tratamento com remédios que circulam pelo corpo e atacam células que se dividem depressa, entre elas as do tumor.

Registro

Banco de dados que reúne as operações de muitos hospitais. Mostra associações entre fatores e resultados; ninguém é sorteado.

Sigmoide

A curva em S do intestino grosso, logo antes do reto.

Sonda pelo nariz

Tubo fino que entra pelo nariz e chega ao estômago, para esvaziá-lo. Os médicos dizem sonda nasogástrica.

Tomografia

O exame de imagem que mostra o corpo em cortes.

Via convencional

Acesso à barriga por uma incisão maior.

Via laparoscópica

Acesso por pequenas incisões, com uma câmera e instrumentos longos.

Via robótica

Acesso por pequenas incisões em que o cirurgião comanda, de um console, braços articulados que reproduzem os seus movimentos. É uma técnica de acesso.

Referências

Lista formatada segundo a ABNT NBR 6023. As citações no corpo do texto seguem o sistema autor-data e remetem a esta lista.

- AGGER, E.; MATTHIESSEN, P.; VEDIN, T. Minimally invasive versus open emergency right-sided colectomy for malignant obstruction: a nationwide propensity score-matched cohort study. **World journal of emergency surgery**, [S. l.], v. 21, n. 1, p. 54, 2026. DOI: 10.1186/s13017-026-00735-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13017-026-00735-6>. Acesso em: 28 out. 2026. PMID: 42839242.
- AHMAD, S. J. S. et al. From obstruction to ischaemia: a systematic review and meta-analysis on the diagnostic accuracy of CT scans in identifying small and large bowel obstruction, underlying causes and predicting critical complications in adults. **BMJ open**, [S. l.], v. 15, n. 11, p. e103887, 2025. DOI: 10.1136/bmjopen-2025-103887. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2025-103887>. Acesso em: 28 out. 2026. PMID: 41248364.
- AREZZO, A. et al. Colonic stenting as a bridge to surgery versus emergency surgery for malignant colonic obstruction: results of a multicentre randomised controlled trial (ESCO trial). **Surgical endoscopy**, [S. l.], v. 31, n. 8, p. 3297-3305, 2017. DOI: 10.1007/s00464-016-5362-3. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00464-016-5362-3>. Acesso em: 28 out. 2026. PMID: 27924392.
- BIONDO, S. et al. Emergency surgery for obstructing and perforated colon cancer: patterns of recurrence and prognostic factors. **Techniques in coloproctology**, [S. l.], v. 23, n. 12, p. 1141-1161, 2019. DOI: 10.1007/s10151-019-02110-x. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10151-019-02110-x>. Acesso em: 28 out. 2026. PMID: 31728784.
- CARRARO, P. G. et al. Outcome of large-bowel perforation in patients with colorectal cancer. **Diseases of the colon and rectum**, [S. l.], v. 41, n. 11, p. 1421-6, 1998. DOI: 10.1007/BF02237060. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/BF02237060>. Acesso em: 28 out. 2026. PMID: 9823810.
- CIROCCHI, R. et al. Laparoscopic versus open colectomy for obstructing right colon cancer: A systematic review and meta-analysis. **Journal of visceral surgery**, [S. l.], v. 154, n. 6, p. 387-399, 2017. DOI: 10.1016/j.jvisc.2017.09.002. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jvisc.2017.09.002>. Acesso em: 28 out. 2026. PMID: 29113714.
- CREST COLLABORATIVE GROUP. Colorectal Endoscopic Stenting Trial (CREST) for obstructing left-sided colorectal cancer: randomized clinical trial. **The British journal of surgery**, [S. l.], v. 109, n. 11, p. 1073-1080, 2022. DOI: 10.1093/bjs/znac141. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/bjs/znac141>. Acesso em: 28 out. 2026. PMID: 35986684.
- HALLAM, S.; MOTHE, B. S.; TIRUMULAJU, R. Hartmann's procedure, reversal and rate of stoma-free survival. **Annals of the Royal College of Surgeons of England**, [S. l.], v. 100, n. 4, p. 301-307, 2018. DOI: 10.1308/rcsann.2018.0006. Disponível em: <https://doi.org/10.1308/rcsann.2018.0006>. Acesso em: 28 out. 2026. PMID: 29484943.
- KERTZMAN, B. A. J. et al. Outcomes After Elective Versus Emergency Resection for Right-Sided Colon Cancer: A Propensity Score-Matched Analysis. **Diseases of the colon and rectum**, [S. l.], v. 68, n. 6, p. 753-763, 2025. DOI: 10.1097/DCR.0000000000003680. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000003680>. Acesso em: 28 out. 2026. PMID: 40418694.
- MATHEW, P. J.; SCHUSTER, K. M. Contemporary management of large bowel obstruction: What you need to know. **The journal of trauma and acute care surgery**, [S. l.], v. 101, n. 1, p. 1-12, 2026. DOI: 10.1097/TA.0000000000004960. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/TA.0000000000004960>. Acesso em: 28 out. 2026. PMID: 42246394.

- MEGE, D. et al. Right-sided vs. left-sided obstructing colonic cancer: results of a multicenter study of the French Surgical Association in 2325 patients and literature review. **International journal of colorectal disease**, [S. l.], v. 34, n. 6, p. 1021-1032, 2019. DOI: 10.1007/s00384-019-03286-2. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00384-019-03286-2>. Acesso em: 28 out. 2026. PMID: 30941568.
- MEGE, D. et al. Surgical management of obstructive right-sided colon cancer at a national level results of a multicenter study of the French Surgical Association in 776 patients. **European journal of surgical oncology**, [S. l.], v. 44, n. 10, p. 1522-1531, 2018. DOI: 10.1016/j.ejso.2018.06.027. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2018.06.027>. Acesso em: 28 out. 2026. PMID: 30041941.
- MEYERHARDT, J. A. et al. Follow-up care, surveillance protocol, and secondary prevention measures for survivors of colorectal cancer: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline endorsement. **Journal of clinical oncology**, [S. l.], v. 31, n. 35, p. 4465-70, 2013. DOI: 10.1200/JCO.2013.50.7442. Disponível em: <https://doi.org/10.1200/JCO.2013.50.7442>. Acesso em: 28 out. 2026. PMID: 24220554.
- PISANO, M. et al. 2017 WSES guidelines on colon and rectal cancer emergencies: obstruction and perforation. **World journal of emergency surgery**, [S. l.], v. 13, p. 36, 2018. DOI: 10.1186/s13017-018-0192-3. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13017-018-0192-3>. Acesso em: 28 out. 2026. PMID: 30123315.
- SJO, O. H. et al. Short term outcome after emergency and elective surgery for colon cancer. **Colorectal disease**, [S. l.], v. 11, n. 7, p. 733-9, 2009. DOI: 10.1111/j.1463-1318.2008.01613.x. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1463-1318.2008.01613.x>. Acesso em: 28 out. 2026. PMID: 18624817.
- TAN, C. J.; DASARI, B. V.; GARDINER, K. Systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials of self-expanding metallic stents as a bridge to surgery versus emergency surgery for malignant left-sided large bowel obstruction. **The British journal of surgery**, [S. l.], v. 99, n. 4, p. 469-76, 2012. DOI: 10.1002/bjs.8689. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/bjs.8689>. Acesso em: 28 out. 2026. PMID: 22261931.
- TAPLITZ, R. A. et al. Outpatient Management of Fever and Neutropenia in Adults Treated for Malignancy: American Society of Clinical Oncology and Infectious Diseases Society of America Clinical Practice Guideline Update. **Journal of clinical oncology**, [S. l.], v. 36, n. 14, p. 1443-1453, 2018. DOI: 10.1200/JCO.2017.77.6211. Disponível em: <https://doi.org/10.1200/JCO.2017.77.6211>. Acesso em: 28 out. 2026. PMID: 29461916.
- VAN HOOFT, J. E. et al. Self-expandable metal stents for obstructing colonic and extracolonic cancer: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline - Update 2020. **Endoscopy**, [S. l.], v. 52, n. 5, p. 389-407, 2020. DOI: 10.1055/a-1140-3017. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/a-1140-3017>. Acesso em: 28 out. 2026. PMID: 32259849.

Sobre o autor

Dr. Mateus Antunes Nogueira

Dr. Mateus Antunes Nogueira · CRM-SP 97.070 · Cirurgião do Aparelho Digestivo (RQE 46345) · médico do esporte e nutrólogo (pós-graduado)

Dr. Mateus Antunes Nogueira · Médico · CRM-SP 97.070 · Cirurgião do Aparelho Digestivo · RQE 46345.

Sou médico. Fiz residência em cirurgia geral e depois em cirurgia do aparelho digestivo. Atendo em consultório em São Paulo e opero em hospitais da cidade. Trato de doenças do esôfago, do estômago, do intestino, do fígado, da vesícula, do pâncreas e da parede do abdome.

Escrevo esta série por um motivo prático. Na consulta, o tempo é curto e a cabeça de quem acabou de receber um diagnóstico está cheia. Muita coisa importante se perde no caminho entre o consultório e a casa. Um texto que pode ser lido com calma, e relido antes de decidir, costuma valer mais do que qualquer folheto de sala de espera. Aqui está o que eu explicaria a você se tivéssemos uma hora livre, sem telefone tocando.

Conteúdo informativo; não substitui consulta médica. Nenhum procedimento tem resultado garantido.

Dúvidas e agendamento: cirurgia.mateusnogueira.com.br

Transparência e licenças

Esta página declara a origem de cada figura usada no livro, a base das informações e as condições de uso do material.

Figuras e ilustrações

Item	Assunto	Arquivo	Origem e licença
Figura 2.1	O intestino grosso visto de frente: o tumor em anel no sigmoide, embaixo e à direita de quem olha, quase fecha a passagem, e o intestino antes dele fica dilatado.	v033_o-tumor-que-fecha-o-colon_astra.png	Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial
Figura 3.1	O que se faz na chegada, na ordem do texto: soro e antibiótico, nada pela boca, com a sonda pelo nariz quando a equipe indica, a tomografia e, com o resultado dela, a decisão. No hospital, várias etapas acontecem ao mesmo tempo.	Figura_3.1_o-que-se-faz-na-chegada.png	Elaborado pelo autor a partir de (PISANO et al., 2018), (MATHEW; SCHUSTER, 2026) e (VAN HOOFT et al., 2020)
Figura 4.2	Os dois estomas que a operação de urgência pode deixar, lado a lado. À esquerda de quem olha, a ileostomia em alça: uma dobra do fim do intestino delgado sai na parede da barriga, mostrada como um disco claro, do lado direito do corpo. À direita de quem olha, a colostomia terminal: a ponta do cólon sai na parede, do lado esquerdo do corpo, e o reto, mais abaixo, fica fechado. A ilustração é simplificada e não representa proporções reais.	Figura_1.4_colostomia-e-ileostomia.png	Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial
Figura 4.3	Um trecho do cólon aberto ao meio: à esquerda, o tumor quase fecha a passagem; à direita, a prótese de malha metálica atravessa o aberto e reabre o canal.	v033_a-protese-dentro-do-colon_astra.png	Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial
Gráfico 4.4	Quanto saíram com estoma, entre as pessoas tratadas com a intenção de retirar toda a doença, conforme o grupo sorteado: prótese seguida da operação marcada ou operação de urgência. Ensaio CReST, com 245 pessoas de 39 hospitais, todas com o lado esquerdo do intestino fechado. A prótese não abriu a passagem em 21 das 119 tentativas.	Grafico_4.4_estoma-com-e-sem-protese.png	Elaborado pelo autor a partir de (CREST COLLABORATIVE GROUP, 2022)

Figura 5.1	O intestino grosso de frente, em dois painéis, como num atlas, com o ceco e o cólon ascendente à esquerda de quem olha. No painel da esquerda, o tumor está no cólon ascendente, e o realce cobre o ceco, o ascendente e parte do transverso, com a gordura e os pequenos gânglios que saem com eles na hemicolectomia direita. No painel da direita, o tumor está embaixo, perto do sigmoide, e o realce cobre o cólon descendente e o sigmoide, o que sai na operação do lado esquerdo. Ilustração didática, que não representa uma pessoa real.	v028_lado-direito-e-lado-esquerdo_astra.png	Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial
Gráfico 5.2	Em cada 100 pessoas atendidas na urgência por câncer de cólon que fechou o intestino, do lado direito e do lado esquerdo: a emenda feita na mesma operação, entre quem teve o tumor retirado, e o estoma definitivo. Estudo nacional francês, com 2.325 pessoas, de 2000 a 2015; os grupos não foram sorteados.	Grafico_5.2_o-lado-direito-e-o-esquerdo.png	Elaborado pelo autor a partir de (MEGE et al., 2019)
Gráfico 6.1	Onde o intestino furou, em cada 100 perfurações por câncer de cólon ou reto: no próprio tumor ou no trecho de antes, esticado pela obstrução. Série de 83 pessoas de um hospital, ao longo de 14 anos, publicada em 1998.	Grafico_6.1_onde-o-intestino-furou.png	Elaborado pelo autor a partir de (CARRARO et al., 1998)
Figura 8.1	Depois da urgência, na ordem deste capítulo: o laudo e o estágio, a quimioterapia quando indicada, a colonoscopia que ficou por fazer e, para quem saiu com estoma, a operação que pode fechá-lo. As datas são da equipe.	Figura_8.1_depois-da-urgencia.png	Elaborado pelo autor a partir de (MEYERHARDT et al., 2013) e (HALLAM et al., 2018)
Gráfico 8.2	Num levantamento de 228 operações de Hartmann, por diverticulite, câncer e outras causas: quantas foram desfeitas numa segunda operação e, entre as 105 pessoas que seguiram com a bolsa, por quê.	Grafico_8.2_a-hartmann-desfeita.png	Elaborado pelo autor a partir de (HALLAM et al., 2018)
Gráfico 9.1	Mortes depois da operação, em cada 1.000 pessoas operadas de câncer de cólon na urgência e com hora marcada, em dois estudos de registro. Os grupos não vieram do sorteio, e a urgência reúne mais pessoas de risco alto; a diferença mostra associação.	Grafico_9.1_urgencia-e-operacao-marcada.png	Elaborado pelo autor a partir de (SJO et al., 2009) e (KERTZMAN et al., 2025)
Figura 10.1	Emergência agora: os sinais que pedem pronto-socorro ou o 192, sem esperar. A equipe orienta cada caso; a figura não substitui essa orientação.	Figura_10.1_emergencia-agora.png	Elaborado pelo autor
Figura 10.2	No mesmo dia e na próxima consulta: os sinais dos dois outros níveis, como na lista do capítulo. A equipe orienta cada caso.	Figura_10.2_no-mesmo-dia-e-na-consulta.png	Elaborado pelo autor
Figura 11.1	Quem cuida de quê, na ordem do texto. A composição da equipe muda conforme o caso e o hospital.	Figura_11.1_quem-cuida-de-que.png	Elaborado pelo autor

Base das informações

O texto foi escrito a partir de diretrizes e de estudos publicados em revistas científicas com revisão por pares, listados na seção de Referências. As citações no corpo do texto seguem o formato autor-data e remetem à lista final, formatada segundo a ABNT NBR 6023.

Conflitos de interesse

O autor não recebeu patrocínio nem contrapartida de fabricantes de equipamentos ou de medicamentos citados nesta obra. Quem indica tratamento é a equipe de cada pessoa, e nenhum remédio aparece aqui por nome comercial, por dose ou como indicação ao leitor. As ilustrações são didáticas; algumas foram produzidas pelo autor com auxílio de inteligência artificial. Nenhuma representa pessoa real, e não há foto de paciente nem de operação.

Condições de uso

© 2026 Dr. Mateus Antunes Nogueira. A leitura e a impressão para uso pessoal são permitidas. Reprodução, redistribuição, venda, edição de trechos e uso para treinamento de sistemas automatizados dependem de autorização escrita do autor. Cada exemplar traz marcação de origem no fundo e no pé de página.

MN Dr. Mateus Antunes Nogueira

Dr. Mateus Antunes Nogueira · CRM-SP 97.070 · Cirurgião do Aparelho Digestivo (RQE 46345) ·
médico do esporte e nutrólogo (pós-graduado)

Colofão. Paginado com CSS Paged Media e gerado em 2026. Formato A4 retrato.