Câncer de vesícula

O achado no laudo depois da retirada por pedra, a camada e o estágio, a reoperação, o pólipo, a quimioterapia e os sinais de alerta



Jardim do consultório.

1. Antes de começar
2. A vesícula e a sua parede
3. O achado na peça
4. A reoperação conforme o estágio
5. Os exames antes de decidir
6. Quem tem pedra precisa se preocupar?
7. O pólipo e a vesícula de porcelana
8. A colecistectomia estendida
9. O tratamento depois da operação
10. A doença avançada
11. Sinais de alerta, quem cuida de quê e o que ler depois

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)

Câncer de vesícula

O achado no laudo depois da retirada por pedra, a camada e o estágio, a reoperação, o pólipo, a quimioterapia e os sinais de alerta

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 1063
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.

exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

Sumário

1. Antes de começar **4**

1.1 Para quem é este guia **4**

1.2 Como usar **4**

2. A vesícula e a sua parede **7**

3. O achado na peça **9**

4. A reoperação conforme o estágio **11**

5. Os exames antes de decidir **14**

5.1 Quanto esperar entre as duas operações **15**

6. Quem tem pedra precisa se preocupar? **16**

6.1 Fatores de risco, sem culpa **16**

7. O pólipo e a vesícula de porcelana **18**

7.1 A vesícula de porcelana **19**

8. A colecistectomia estendida **21**

8.1 As vias **22**

8.2 Os riscos **22**

9. O tratamento depois da operação **24**

10. A doença avançada **26**

10.1 O exame do tumor **26**

10.2 A bile correndo **27**

10.3 Cuidados paliativos desde o começo **27**

11. Sinais de alerta, quem cuida de quê e o que ler depois **28**

11.1 Quem cuida de quê **30**

11.2 O que ler em seguida **31**

Glossário **33**

Referências **36**

Sobre o autor **40**

Transparência e licenças **41**

exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

1. Antes de começar

Em uma frase

Para quem tirou a vesícula por causa de pedra e recebeu um laudo que fala em câncer.

1.1 Para quem é este guia

A vesícula saiu por causa das pedras, e a história parecia encerrada. Dias depois, o laudo trouxe uma linha a mais: câncer de vesícula. Falaram em reoperar. Outras pessoas chegam por outra porta: um tumor visto num exame de imagem, antes de qualquer operação. Há também quem tenha um pólipo, uma saliência na parede da vesícula, ou uma vesícula de porcelana, com cálcio na parede, e queira entender o risco.

Ouvir isso assusta. Ninguém deixou de ver por descuido: esse câncer quase não avisa, e uma revisão de 2022 conta que a maior parte dos casos só se revela no exame da vesícula retirada por causa de pedras.

Os números deste guia vêm de grupos estudados e não preveem o seu caso. O laudo não é sentença: a equipe o avalia junto com os exames e com a pessoa. A decisão é tomada com você. Remédio e dose ficam com o seu médico.

1.2 Como usar

A Tabela 1.1 diz onde está cada pergunta, e a Figura 1.2, as duas formas de chegar a esse diagnóstico.

exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

Tabela 1.1 — Onde está cada assunto neste guia

Capítulo	A pergunta que ele responde
2. A vesícula e a sua parede	Por que a camada pesa tanto?
3. O achado na peça	O que o laudo quer dizer?
4. A reoperação	O que muda conforme o estágio?
5. Os exames	O que se olha antes de decidir?
6. A pedra e os fatores de risco	Quem tem pedra precisa se preocupar?
7. O pólipo e a porcelana	Quando a retirada é recomendada?
8. A colecistectomia estendida	O que sai, e com que riscos?
9. O tratamento depois	Quimioterapia depois da operação?
10. A doença avançada	E quando não dá para operar?
11. Sinais e consulta	Quando ir ao pronto-socorro?

Fonte: elaborado pelo autor; cada capítulo traz as suas fontes. O plano de cada pessoa é montado pela equipe.

exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

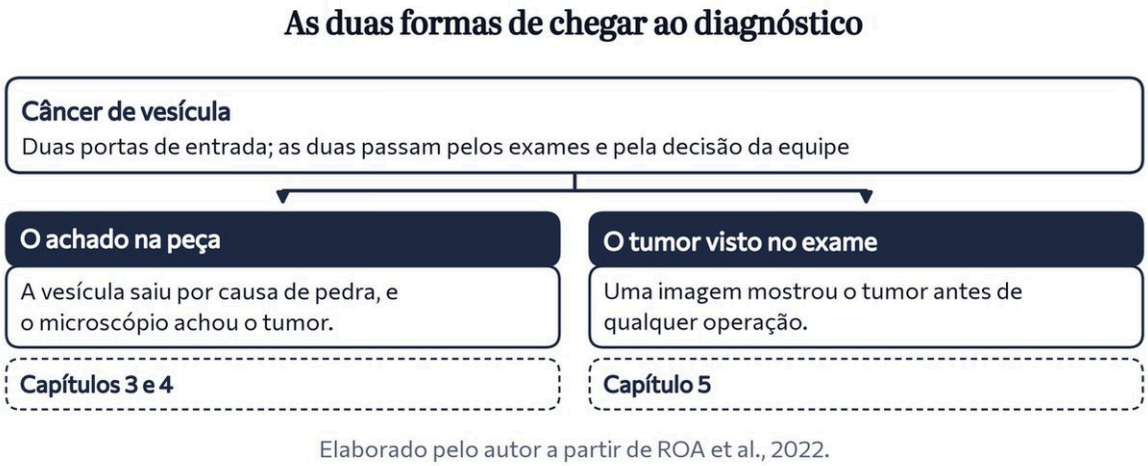


Figura 1.2. As duas formas de chegar ao diagnóstico: o achado na peça, depois da retirada por pedra, e o tumor visto no exame, antes de operar. As duas passam pelos exames e pela decisão da equipe.

Elaborado pelo autor a partir de (ROA et al., 2022)

Desde já, guarde uma regra: estes sinais pedem pronto-socorro ou 192, sem esperar a consulta.

- Dor forte que não cede, com a barriga dura ou muito dolorida ao toque.
- Pele ou olhos amarelados junto com febre ou calafrio.
- Falta de ar, dor no peito ou dor forte na panturrilha.
- Confusão, sonolência fora do comum ou desmaio.
- Sangramento que não para, vômito com sangue ou fezes pretas.

Os outros sinais urgentes estão no capítulo 11.

A conversa começa pela parede da vesícula.

exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

2. A vesícula e a sua parede

Em uma frase

O laudo mede até que camada o tumor chegou.

A linha nova do laudo, do capítulo 1, é uma medida de profundidade.

A vesícula é uma bolsa encostada embaixo do fígado, que guarda a bile, o líquido que ajuda a digerir a gordura. A área do fígado onde ela encosta se chama leito.

A Figura 2.1 mostra um pedaço da parede, muito de perto. De dentro para fora, vêm a mucosa, o forro que toca a bile, e a muscular, que faz a bolsa contrair. Depois, a subserosa, um tecido claro com vasos pequenos, que os laudos também chamam de tecido perimuscular. No lado livre, a serosa, uma película, cobre o conjunto; no lado colado, o tecido encontra o fígado.

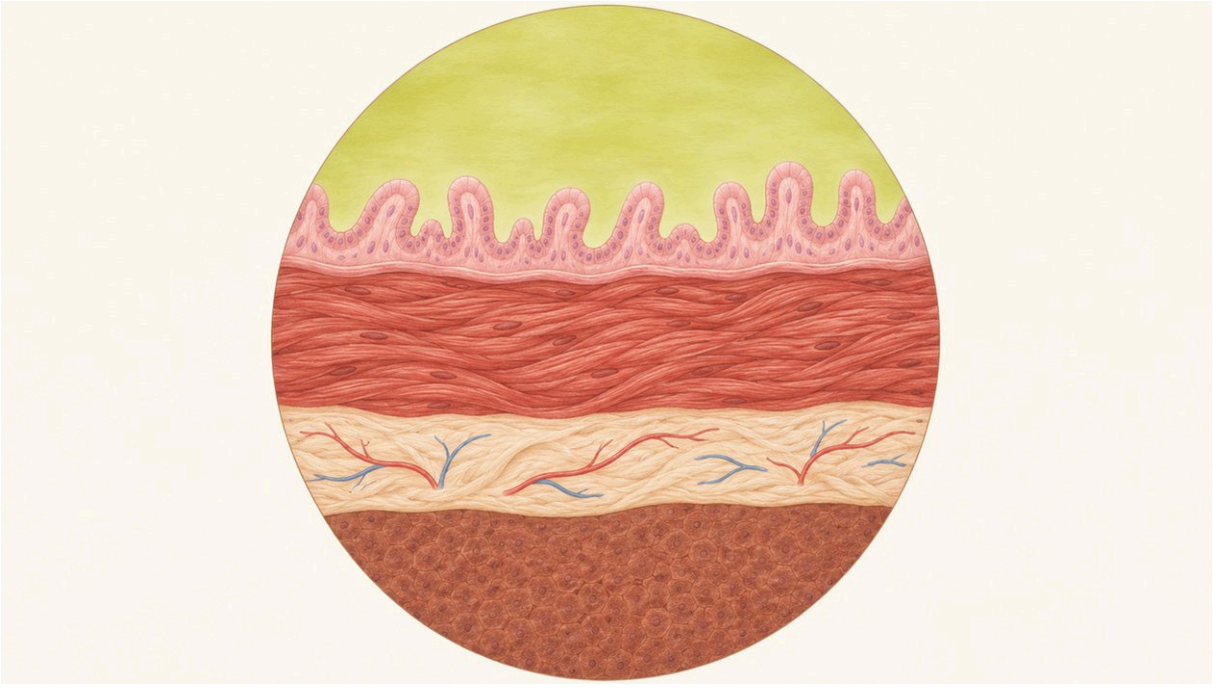


Figura 2.1. Um pedaço da parede da vesícula visto muito de perto. De cima para baixo: a bile; a mucosa, com as suas dobras; a camada muscular; o tecido claro, com vasos pequenos; e, embaixo, o fígado.

Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial

Quanto mais fundo, mais canais finos há por onde o tumor pode sair da parede: os vasos linfáticos, que levam a linfa até os gânglios, pequenos filtros espalhados pelo corpo. Entender isso muda a conduta. Preso à mucosa, o tumor tem pouco caminho. Além da muscular, alcança a zona mais rica nesses canais. A equipe olha, então, os gânglios e o fígado ao lado.

exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

O que os estudos mostram

Doze vesículas sadias, tiradas em operações por metástase no fígado, tiveram esses vasos contados ao microscópio. Nos pontos mais cheios de cada camada, a contagem deu cerca de 16 na mucosa. Subiu a 35 na muscular. No tecido perimuscular, chegou a 65 (NAGAHASHI et al., 2007). Os gânglios sobem junto, resume uma revisão de 2022: bem menos de 5 em cada 100 tumores presos à mucosa os atingem; cerca de 10 a 15 em cada 100 entre os que chegam à muscular; e mais nos estágios seguintes (STURM et al., 2022).

Fonte: NAGAHASHI et al., 2007; STURM et al., 2022

Essa escala volta no achado do laudo.

exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

3. O achado na peça

Em uma frase

Peça é o nome da vesícula retirada, que vai ao microscópio depois da operação.

Foi no microscópio do patologista, o médico que examina os tecidos, que o tumor apareceu. A retirada em si, mostrada na Figura 3.1, está contada no guia Pedra na vesícula, e o dia a dia sem o órgão, no guia Dor e diarreia depois de tirar a vesícula.

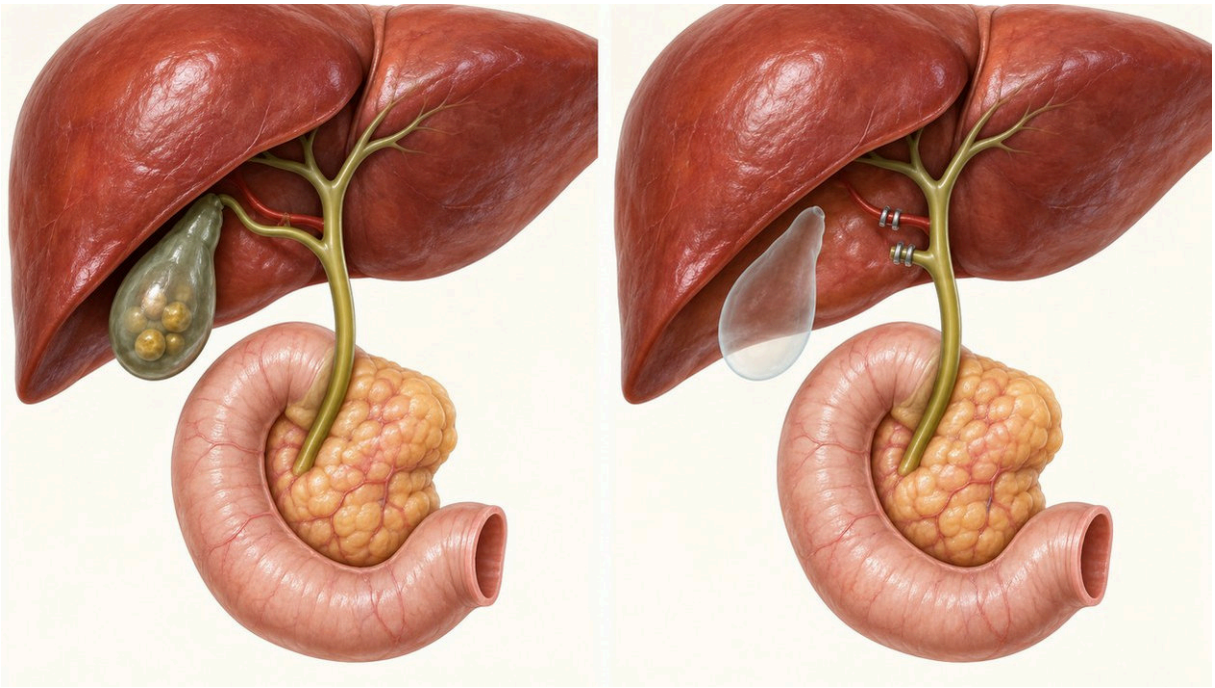


Figura 3.1. À esquerda, antes da operação: a vesícula, com pedras, pendurada embaixo do fígado e ligada ao canal principal da bile por um canal curto. À direita, depois: a vesícula saiu (silhueta clara); o canal curto e a pequena artéria ficaram fechados com clipes, e o canal principal, que desce do fígado ao intestino, permanece inteiro.

Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial

Quantas vezes isso acontece? De cada 1.000 vesículas retiradas por doença benigna, cerca de 7 traziam esse câncer, na conta de uma metanálise, o estudo que junta os resultados de vários outros. O código mais comum nesses laudos foi o T2, com 47 de cada 100 achados; o T3 ficou com 25, e o T1, com 23. A Tabela 3.2 traduz esses códigos e as outras linhas do laudo.

exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

Tabela 3.2 — A camada e as outras linhas do laudo

No laudo	O que quer dizer
T1a (ou pT1a)	O tumor está na mucosa
T1b	Chegou à camada muscular
T2	Passou para o tecido em volta da muscular, sem sair pela serosa nem chegar ao fígado; T2a é o lado livre, T2b, o lado do fígado
T3	Atravessou a serosa, ou entrou no fígado ou em um órgão vizinho
T4	Chegou à veia porta, que leva sangue ao fígado, à artéria do fígado ou a dois ou mais órgãos vizinhos
Margem do ducto cístico	A borda do corte no tubo curto que liga a vesícula ao colédoco, o canal principal da bile: se saiu livre de tumor
N ou NX	Os gânglios; NX quer dizer que não foram retirados para exame

Fonte: elaborado pelo autor a partir de (SHAO et al., 2022), (SUNG et al., 2020) e (ALOIA et al., 2015); a metanálise deste capítulo é a de (CHOI et al., 2015). A equipe lê o laudo com você.

O que os estudos mostram

O número muda com o lugar. Nos países onde esse câncer é menos comum, a soma deu cerca de 3 achados por 1.000; nos de alta frequência, 8 por 1.000. São 73 estudos e 232.155 pessoas (BASTIAENEN et al., 2020). Muda também com o que vai ao microscópio. O registro sueco conta 213 casos. Sobre as 81.349 retiradas, dá cerca de 3 por 1.000; sobre as 36.010 vesículas que de fato foram examinadas, cerca de 6 por 1.000 (LUNDGREN et al., 2018). Num serviço, foram 20 achados entre 4.800 vesículas. Em 7 deles, nada parecia suspeito antes da operação, nem depois, a olho nu (JHA et al., 2018).

Fonte: BASTIAENEN et al., 2020; LUNDGREN et al., 2018; JHA et al., 2018

Pergunte ao seu médico

- Qual é a camada no meu laudo?
- A margem do ducto cístico saiu livre?
- Vieram gânglios na peça?

É essa camada que abre, ou não, a conversa sobre a reoperação.

exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

4. A reoperação conforme o estágio

Em uma frase

A decisão depende do estágio, dos outros exames e de como a pessoa está.

O achado pede uma decisão. A Tabela 4.1 junta o que diretrizes e revisões dizem para cada estágio. O consenso americano de 2015 fala do T1b ao T3; a adaptação asiática da diretriz europeia, de 2024, do T1b em diante. Nos dois, reoperar quem tem condição clínica, se a doença não se espalhou.

Tabela 4.1 — O estágio e a conduta, com a condição de cada fonte

Estágio	O que as fontes dizem	A condição ou a ressalva
T1a: na mucosa	A retirada simples costuma bastar	Vale para o tumor limitado à mucosa
T1b: na muscular	Reoperar, no consenso americano e na adaptação asiática	Em boa condição e sem doença avançada. Aqui as fontes divergem: uma metanálise de 2015 fala em reoperar do T2 em diante
T2: além da muscular	Reoperar, nas mesmas fontes	Em boa condição e sem doença avançada
T3: atravessou a serosa, ou entrou no fígado ou em um órgão vizinho	Reoperar, nas mesmas fontes	Em boa condição e sem doença avançada
Gânglios distantes confirmados	Sem ganho com a operação maior: entram remédios ou cuidados paliativos	No consenso americano, para metástase confirmada nos gânglios mais distantes (N2)

Fonte: elaborado pelo autor a partir de (ALOIA et al., 2015), (CHEN et al., 2024), (SØREIDE et al., 2019), (STURM et al., 2022) e (CHOI et al., 2015); a série de 135 pessoas é a de (BUTTE et al., 2014). A equipe decide com a pessoa.

A reoperação serve para retirar o que ficou. Numa série de 135 pessoas que voltaram à sala, 63 das 116 levadas à retirada ainda tinham doença; a conta subia com o estágio: 36 de cada 100 no T1b, 48 no T2, 70 no T3. Quem ainda tinha doença evoluiu pior, e os autores não veem ganho claro da reoperação nesse grupo.

exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

O que os estudos mostram

No T1b, ninguém foi sorteado. Na morte pelo tumor e na volta da doença, não se achou diferença clara; a vantagem da operação maior aparece na sobrevida geral em 5 anos, que conta as mortes por qualquer causa. A conta junta 26 coortes, estudos que acompanham grupos, e 1.316 pessoas, sem nenhum estudo de baixo risco de viés, o erro de método (CHO et al., 2026). Aos 10 anos, outra soma, de 10 estudos e 2.964 pessoas, já não viu diferença clara na sobrevida geral. Em 5 anos, a vantagem aparecia, também na morte pelo tumor (DELGADO et al., 2025). Num registro americano de 528 pessoas sem gânglio atingido nem metástase, a diferença entre os tipos de operação não foi clara no grau I, o tumor de células menos alteradas.

Nos graus II a IV, nesse registro, a operação mais extensa andou junto com mais sobrevida (SHAO et al., 2022).

Fonte: CHO et al., 2026; DELGADO et al., 2025; SHAO et al., 2022

Só parte das pessoas chega a essa operação. Numa metanálise, 41 de cada 100 pessoas com o achado completaram a reoperação; entre as que voltaram à sala, 23 de cada 100 tinham doença impossível de retirar. A Figura 4.2 dá a ordem. A equipe decide com você.

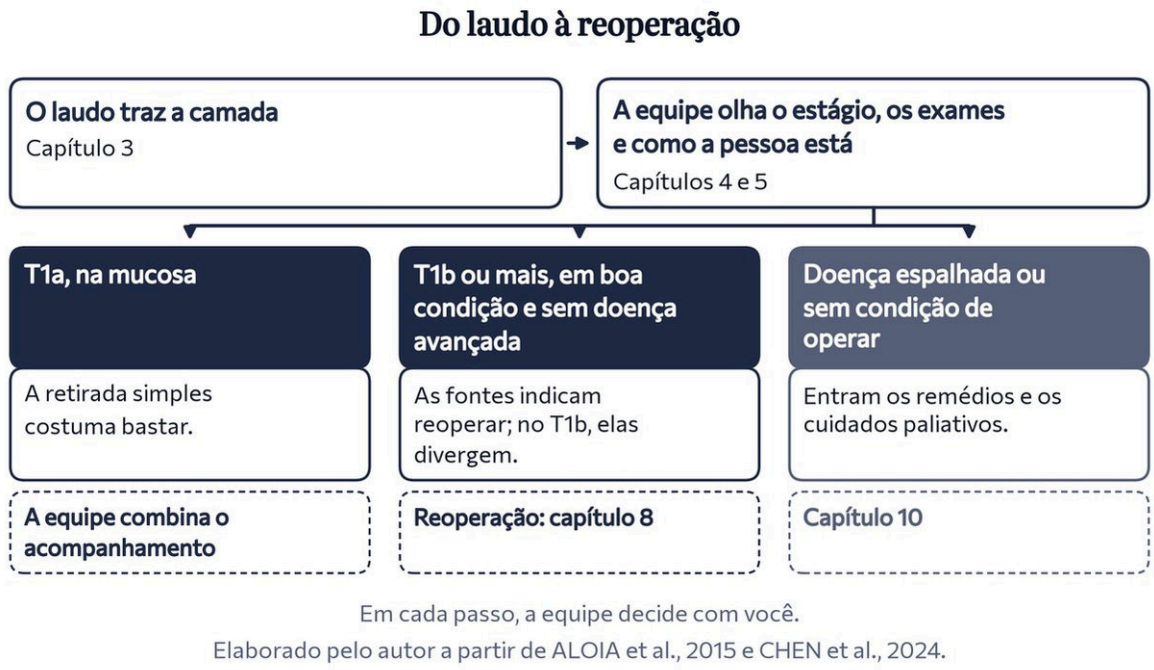


Figura 4.2. Do laudo à reoperação: a camada, os exames e a condição da pessoa, na ordem deste capítulo. Em cada passo, a equipe decide com você.

Elaborado pelo autor a partir de (ALOIA et al., 2015) e (CHEN et al., 2024)

exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

Pergunte ao seu médico

- Pelo meu estágio, a reoperação se aplica? Por quê?
- Se eu não reoperar, como será o acompanhamento?

Antes da data, os exames procuram o que a peça não mostrou.

exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

5. Os exames antes de decidir

Em uma frase

Fora da vesícula, só as imagens mostram o que o microscópio não tinha como ver.

A reoperação depende também do que há em volta. Isso aparece nas imagens, e a Tabela 5.1 diz para que serve cada exame.

Tabela 5.1 — Para que serve cada exame

Exame	O que é	O que a fonte diz
Tomografia com contraste	Raios X em fatias, com um líquido na veia que realça vasos e nódulos	Imagem em cortes com contraste faz parte do exame mínimo no consenso americano de 2015
Ressonância	Imagem feita com um ímã, sem radiação	O intervalo entre as operações pode servir para novas imagens, com tomografia e ressonância, diz uma revisão de 2019
PET-CT	A tomografia junto com um contraste que se acumula no tumor	Pode achar doença que ficou e evitar uma operação sem ganho, diz a revisão de 2019; pode mudar o plano em cerca de 1 de cada 4 casos operáveis, diz uma revisão de 2022
Laparoscopia de estadiamento	Uma câmera, por um furo, olha a barriga por dentro	As fontes divergem: exame mínimo no consenso americano; a rotina não se justifica em cada estágio, na revisão de 2019

Fonte: elaborado pelo autor a partir de (ALOIA et al., 2015), (SØREIDE et al., 2019) e (ROA et al., 2022); os prazos deste capítulo vêm de (ETHUN et al., 2017) e (SELVAKUMAR et al., 2026). A equipe escolhe os exames de cada pessoa.

Na laparoscopia, dois estudos ajudam a entender a discordância, cada um com a sua população.

exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

O que os estudos mostram

A câmera entrou em 46 das 136 pessoas que voltaram à sala depois do achado e flagrou 2 das 10 com doença espalhada nesse grupo. Olhando as 136, foram 19 com essa doença. Nenhuma estava no T1b. No T2 foram 7 de cada 100; no T3, 26 de cada 100 (BUTTE et al., 2011). Outro cenário. Em 409 pessoas com o tumor, sem operação anterior, 353 delas com doença avançada no local, ela mostrou doença espalhada em 95, cerca de 23 de cada 100, que escaparam de uma operação sem ganho. No tumor inicial, foram 6 de 56 (AGARWAL et al., 2013).

Fonte: BUTTE et al., 2011; AGARWAL et al., 2013

5.1 Quanto esperar entre as duas operações

A pergunta é comum, e a resposta é incerta. Uma coorte de 10 instituições americanas, com 207 pessoas, dividiu em três grupos o tempo até a reoperação. O do meio, de 4 a 8 semanas, viveu mais, em média. É associação: ninguém foi sorteado para um prazo. Uma metanálise de 2026 comparou reoperar em até 4 semanas ou mais tarde e não viu diferença na sobrevida geral. A soma tem 12 estudos retrospectivos, que olham para trás, com 2.067 pessoas, e nem os nomes dos prazos têm consenso. Quem marca a data é a equipe.

Pergunte ao seu médico

- Que exames faltam antes de decidir?
- A laparoscopia de estadiamento se aplica a mim?
- Para quando a equipe pensa marcar a operação?

Uma dúvida vem de quem está em volta: e quem tem pedra?

exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

6. Quem tem pedra precisa se preocupar?

Em uma frase

Cerca de 1 em cada 100 pessoas com pedra desenvolve esse câncer, segundo uma revisão de 2022.

Os exames do capítulo 5 são de quem já recebeu o laudo. Parentes e amigos fazem a pergunta assim que sabem dele. Ela é justa, porque a ligação existe. Num estudo nacional da Dinamarca, com 60.176 pessoas que saíram do hospital com o diagnóstico de pedra, quem seguiu com a vesícula teve cerca de 2,7 vezes o número esperado desse câncer, do quinto ano em diante.

O tamanho absoluto, porém, é pequeno. A revisão de 2022 fala em perto de 1 em cada 100 pessoas com pedra, e por isso supõe que outros fatores entrem na conta. Essa é uma frequência de grupo; ela não prevê o que acontece com cada um.

Os critérios para retirar uma pedra estão nos guias Pedra na vesícula e Colecistite aguda, e a comida, em Comer com pedra na vesícula (e depois de tirar). Não vamos repetir aqui.

6.1 Fatores de risco, sem culpa

A Tabela 6.1 reúne o que as fontes registram. São associações: mostram o que anda junto, sem provar a causa. Nenhum desses fatores é culpa de quem o tem.

exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

Tabela 6.1 — Os fatores de risco, e o que cada fonte registra

Fator	O que a fonte registra
Pedra na vesícula	A associação do registro dinamarquês; perto de 1 em cada 100 pessoas com pedra desenvolve esse câncer
Inflamação de longa data	Pesa com ou sem pedra, diz uma revisão de 2022
Sexo feminino, idade, origem étnica	Listados numa revisão de 2022
Excesso de peso	Em 19 coortes, com 1.878.801 pessoas e 567 casos, mais peso andou junto com mais risco
Cigarro	Numa coorte japonesa de 97.030 pessoas, quem fumava teve mais mortes por esse câncer do que quem nunca fumou; os autores concluem para os homens
Cistos dos canais da bile; junção anormal dos canais da bile e do pâncreas; febre tifoide; a bactéria H. pylori	Listados numa revisão de 2019

Fonte: elaborado pelo autor a partir de (CHOW et al., 1999), (ROA et al., 2022), (STURM et al., 2022), (CAMPBELL et al., 2017), (LIN et al., 2022) e (RAWLA et al., 2019). A equipe avalia cada pessoa.

Pergunte ao seu médico

- A minha pedra pede operação? Por quê?
- Alguém da minha família precisa de algum exame?

Dois achados de imagem levantam a retirada da vesícula antes do câncer.

exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

7. O pólipo e a vesícula de porcelana

Em uma frase

No pólipo, o tamanho e os fatores de risco fazem a conta; na porcelana, as revisões discordam.

Além da pedra do capítulo 6, o ultrassom pode mostrar um pólipo, uma saliência que nasce na parede da vesícula. O ultrassom é o exame inicial. A diretriz europeia de 2022 decide pelo tamanho e por quatro fatores, e a Tabela 7.1 traz a recomendação com a condição inteira: toda retirada que ela indica vale para quem tem condição de operar e aceita a operação.

exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

Tabela 7.1 — O pólipo na diretriz europeia de 2022

Situação	O que a diretriz recomenda	A nota dela
10 mm ou mais	Retirar, se a pessoa tem condição e aceita; a equipe pode discutir o risco de cada um	Forte, com evidência de baixa qualidade
Sintomas que podem vir da vesícula, sem outra causa achada	Sugere retirar, se a pessoa tem condição e aceita, depois de conversar sobre o risco de os sintomas continuarem	Forte, com evidência de baixa qualidade
6 a 9 mm, com um ou mais fatores: mais de 60 anos, colangite esclerosante primária (inflamação dos canais da bile), origem asiática, pólipo de base larga, incluído o espessamento localizado da parede acima de 4 mm	Retirar, se a pessoa tem condição e aceita	Forte, com evidência de baixa a moderada qualidade
6 a 9 mm sem fator, ou até 5 mm com fator	Ultrassom em 6 meses, 1 ano e 2 anos; para em 2 anos se não crescer	Moderada, com evidência de moderada qualidade
Até 5 mm, sem fator	Sem acompanhamento	Forte, com evidência de moderada qualidade
No acompanhamento, chegou a 10 mm, ou cresceu 2 mm ou mais em 2 anos	Em 10 mm, retirar; no crescimento de 2 mm ou mais, a equipe pesa o tamanho atual e os fatores	Moderada, com evidência de moderada qualidade

Fonte: elaborado pelo autor a partir de (FOLEY et al., 2022); o corte americano é o de (ALOIA et al., 2015). A equipe aplica a recomendação a cada pessoa.

O consenso americano de 2015, também para quem tem condição de operar, corta em mais de 1 centímetro e soma os pólipos com vasos na haste, vistos na imagem.

7.1 A vesícula de porcelana

É a vesícula com cálcio na parede, vista na imagem. O risco depende de quem entra na conta, e as duas revisões da caixa chegam a conselhos opostos. Este guia não escolhe. A decisão é da equipe com você.

exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

O que os estudos mostram

Nos 13 estudos sem viés evidente, com 124 pessoas, 6 de cada 100 tinham o tumor, contra 1 de cada 100 num grupo pareado sem cálcio. A conta maior, de 111 artigos, dá 72 em 340 pessoas, mas traz seleção. Em quem tem outras doenças importantes, o autor pensa em não operar; em quem é saudável, aceita retirar (SCHNELLDORFER, 2013). Em 7 séries publicadas, 15 de cada 100 tinham o tumor, a maioria em trabalhos antigos; em dois hospitais de Dallas, nenhuma das 13 vesículas assim, entre 1.200 retiradas, tinha câncer. Para esses autores, a porcelana sozinha não indica retirada (KHAN et al., 2011).

Fonte: SCHNELLDORFER, 2013; KHAN *et al.*, 2011

Pergunte ao seu médico

- Qual é o tamanho do meu pólipo, e tenho algum desses fatores?
- Se for para acompanhar, quando é o próximo ultrassom?

Quando o câncer está confirmado, a colecistectomia recebe outro nome: estendida.

exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

8. A colecistectomia estendida

Em uma frase

Além da vesícula, se ela ainda estiver lá, saem uma faixa do fígado e os gânglios da região.

Cada palavra conta uma parte. Colecistectomia é a retirada da vesícula; estendida quer dizer que vão junto o leito do fígado e os gânglios próximos. Quem já tirou a vesícula volta por essas outras duas partes. A Figura 8.1 mostra as regiões, e a Tabela 8.2, o que a fonte diz de cada uma.

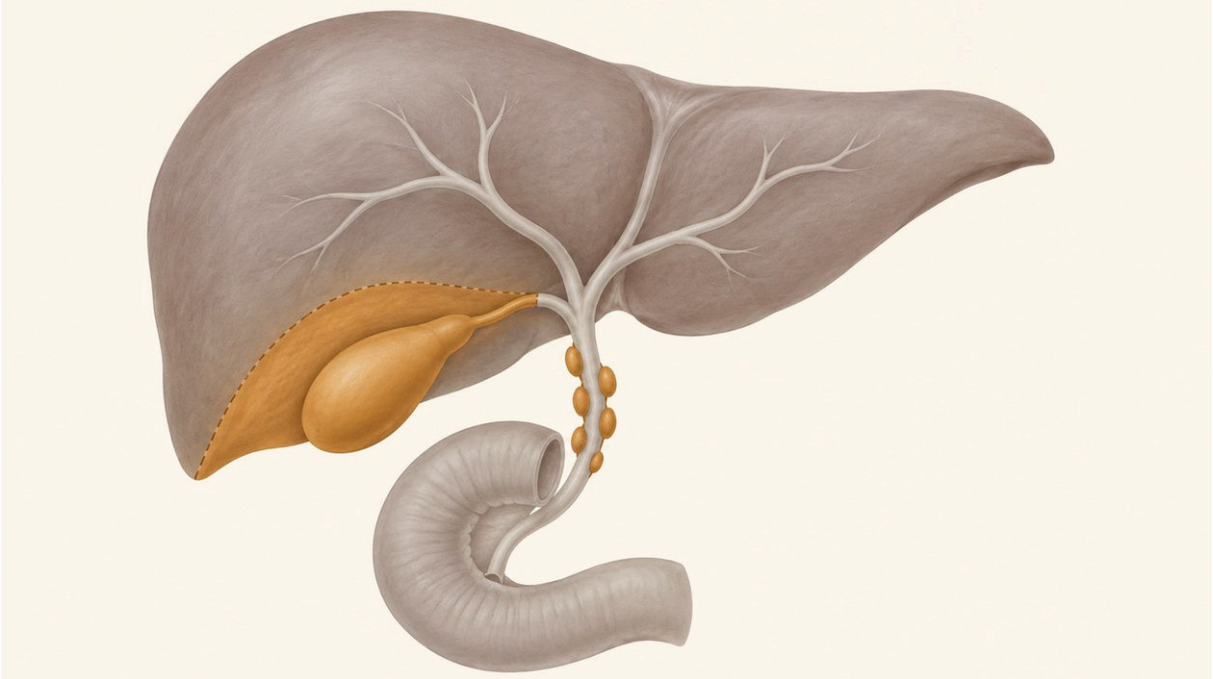


Figura 8.1. O fígado visto de frente. Em destaque, o que sai na colecistectomia estendida: a vesícula, a faixa do fígado em volta dela, de contorno tracejado, e os gânglios ao longo do colédoco. Em cinza, o que fica.

Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial

exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

Tabela 8.2 — O que sai, e o que a fonte diz de cada parte

Parte	Quando sai	O que a fonte diz
A vesícula	Se ainda estiver lá	Faz parte da definição da operação
Faixa do leito do fígado	Na operação de primeira, no T1b e no T2 (consenso americano); na reoperação, no T2 e em parte dos T3 (revisão de 2026)	No T2, a faixa com margem livre teve resultado parecido ao de segmentos inteiros do fígado, com menos complicações; um estudo retrospectivo, de quem operou de primeira, diz que retirar só os gânglios pode bastar em parte dos T2
Gânglios	Na operação de primeira e na reoperação	O consenso americano mira ao menos seis gânglios
Colédoco	Só quando é preciso para a margem sair livre, como na margem do ducto cístico com tumor	Num registro francês, trouxe mais complicações, sem mais sobrevida
Furos da primeira operação	Fora da rotina	Retirá-los de rotina não mudou a sobrevida

Fonte: elaborado pelo autor a partir de (SOHN et al., 2024), (ALOIA et al., 2015), (SABOOR et al., 2026), (PARK et al., 2023), (FUKS et al., 2011) e (SØREIDE et al., 2019); as vias, de (WANG et al., 2024), (KARJOL et al., 2024) e (SOHN et al., 2024). A equipe define a extensão.

8.1 As vias

A ordem aqui é só de apresentação. Os estudos são poucos. Os resumos dos três citados aqui não relatam ensaio por sorteio. Na via robótica, o sangue perdido e as complicações no geral ficaram abaixo dos da convencional, sem diferença clara nas graves, numa metanálise de 5 coortes e 353 pessoas. Os autores ainda pedem ensaios. Na laparoscópica, as complicações ficaram sem diferença, e a sobrevida em 5 anos veio maior na via convencional, em outra metanálise, de 14 estudos em doença sem metástase. Sem diferença em complicações nem em sobrevida, as vias de furos, robótica e laparoscópica somadas, encurtaram a internação e alongaram a operação, em 3 centros que compararam 69 pessoas assim operadas a 308 da via convencional.

O guia Cirurgia robótica do aparelho digestivo explica a técnica.

8.2 Os riscos

O Gráfico 8.3 vem de um registro francês com 148 pessoas reoperadas, sem sorteio: complicações em 37 de cada 100 e mortes em 3 de cada 100. Com o colédoco retirado, as complicações foram de 60 de cada 100, contra 23 sem ele.

exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345



Gráfico 8.3. Complicações em cada 100 pessoas reoperadas, em geral, com e sem a retirada do colédoco, e mortes em cada 100, num registro francês com 148 pessoas.

Elaborado pelo autor a partir de (FUKS et al., 2011)

As complicações típicas da cirurgia do fígado estão no guia Hepatectomia por metástase no fígado.

Pergunte ao seu médico

- A minha operação inclui o colédoco? Por quê?
- Por qual via, e o que pesa contra ela?
- Quantas dessas operações este centro faz?

A peça nova traz outra pergunta: e os remédios depois da operação?

exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

9. O tratamento depois da operação

Em uma frase

O ensaio que sustenta o remédio tem uma ressalva, e o câncer de vesícula foi só parte dele.

A colecistectomia estendida pode não encerrar o caminho. Para quem retirou um tumor biliar, a diretriz americana de 2019 pede que se ofereça por seis meses a capecitabina, um remédio de quimioterapia em comprimido. Com tumor na borda da peça, no câncer de vesícula e no tumor fora do fígado, ela admite radioterapia com quimioterapia, em decisão conjunta. A Tabela 9.1 mostra dois estudos.

Tabela 9.1 — O que cada estudo fez, e em quem

Estudo	Quem entrou	O que fez	O que achou
BILCAP	447 pessoas operadas, em 44 centros do Reino Unido, com colangiocarcinoma (o câncer dos canais da bile) ou câncer de vesícula que invadia a muscular; sem quimioterapia ou radioterapia anteriores, em boa condição para o dia a dia e com o tumor retirado por inteiro à vista	Sorteou capecitabina por oito ciclos ou só acompanhar	Sem significância na análise principal; a favor do remédio em duas análises previstas
S0809	79 pessoas operadas, sem metástase e em boa condição para o dia a dia, com colangiocarcinoma fora do fígado ou câncer de vesícula; tinham margem com tumor, gânglio atingido ou doença além da muscular	Um grupo só: dois remédios de quimioterapia, gencitabina com capecitabina, depois radioterapia com capecitabina	Os autores falam em resultado promissor, a confirmar; efeitos de grau 3 (a escala vai de 1 a 5) em 52 de cada 100 e de grau 4 em 11

Fonte: elaborado pelo autor a partir de (PRIMROSE et al., 2019) e (BEN-JOSEF et al., 2015); a diretriz é a de (SHROFF et al., 2019). A equipe diz se os estudos se aplicam a cada pessoa.

Contando todas as pessoas sorteadas, o BILCAP não alcançou a meta; os autores falam em sugestão, e é com essa ressalva que o remédio é oferecido. O Gráfico 9.2 pede outro cuidado: a vesícula foi minoria em cada ensaio. O resumo do BILCAP não separa o resultado por lugar.

exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

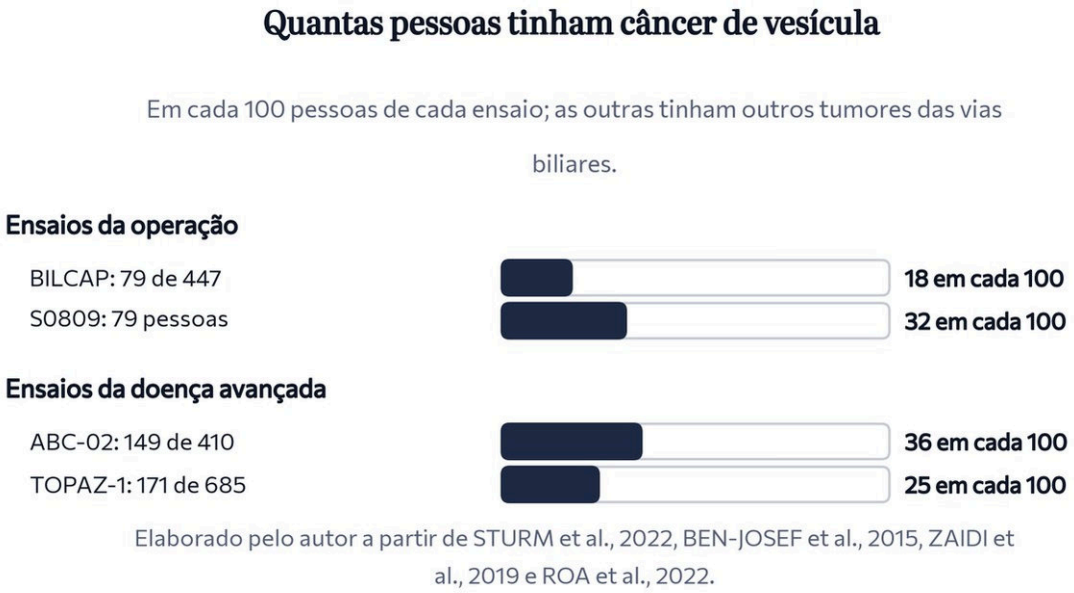


Gráfico 9.2. Em cada 100 pessoas de cada ensaio, quantas tinham câncer de vesícula; no BILCAP, no ABC-02 e no TOPAZ-1, são contas de revisões. BILCAP e S0809 são da operação; ABC-02 e TOPAZ-1, da doença avançada.

Elaborado pelo autor a partir de (STURM et al., 2022), (BEN-JOSEF et al., 2015), (ZAIDI et al., 2019) e (ROA et al., 2022)

O que os estudos mostram

Das 213 pessoas que tomaram a capecitabina, 94 tiveram algum efeito de grau 3; vermelhidão e dor nas mãos e nos pés vieram em 43 (PRIMROSE et al., 2019). Uma revisão de 2022 avalia que o proveito fica para uma parte das pessoas, as de alto risco (STURM et al., 2022). Em 24 centros britânicos, com 285 pessoas com o achado, quem completou a quimioterapia viveu mais, em média. É associação, sem sorteio (MCCLEMENTS et al., 2026).

Fonte: PRIMROSE et al., 2019; STURM et al., 2022; MCCLEMENTS et al., 2026

Os efeitos e os cuidados estão no guia Quimio e radio antes ou depois da cirurgia, e os outros tumores biliares, em Câncer das vias biliares: o mapa do tratamento. A dose fica com o seu médico. Nada se muda por conta própria.

Pergunte ao seu médico

- A quimioterapia foi proposta para mim? Por quanto tempo?
- O que o laudo da segunda peça muda nessa decisão?

E quando a doença está avançada?

exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

10. A doença avançada

Em uma frase

Quando o tumor não pode sair, os remédios tentam segurá-lo, e o cuidado com a pessoa anda junto.

Sem operação, o tratamento tem outro objetivo. Vale dizer com clareza: uma revisão de 2022 chama de muito ruim o prognóstico nessa fase e lembra que só a retirada tem a intenção de eliminar a doença. Essa frase fala de grupos. A Tabela 10.1 resume os ensaios. O TOPAZ-1 e o HERIZON-BTC-01 exigiram boa condição para o dia a dia; no ABC-02, ela pesou numa análise exploratória.

Tabela 10.1 — Os tratamentos da doença avançada: o que os ensaios compararam, e em quem

Ensaio	O que comparou	Quem entrou	O que achou
ABC-02	Cisplatina com gencitabina, dois remédios de quimioterapia, ou gencitabina sozinha	410 pessoas, 149 com câncer de vesícula; as outras, com tumor dos canais da bile ou da papila (a saída do canal no intestino); avançado no local ou com metástase	Com os dois remédios, as pessoas viveram mais, em média; a queda das defesas do sangue veio mais
TOPAZ-1	Os mesmos dois remédios, com imunoterapia, que ajuda as defesas do corpo a atacar o tumor, ou com placebo, a preparação sem remédio	685 pessoas, 171 com câncer de vesícula; em boa condição, sem tratamento anterior, com tumor que voltou, com metástase ou impossível de retirar	Com a imunoterapia, as pessoas viveram mais, em média; efeitos de grau 3 ou 4 em cerca de 76 de cada 100, contra 78 de cada 100 sem ela
HERIZON-BTC-01	Um remédio-alvo contra o HER2, uma proteína do tumor, em um grupo só, sem comparação	87 pessoas com tumor biliar e HER2 aumentado, em boa condição, que pioraram depois da gencitabina; o resumo não diz quantas tinham câncer de vesícula	O tumor encolheu em 33 das 80 com HER2 mais marcado; efeitos de grau 3 em 16 das 87

Fonte: elaborado pelo autor a partir de (VALLE et al., 2010), (OH et al., 2022), (BURRIS et al., 2024) e (HARDING et al., 2023); quantos tinham câncer de vesícula são as contas das revisões (ZAIDI et al., 2019), no ABC-02, e (ROA et al., 2022), no TOPAZ-1; a prótese, de (DUMONCEAU et al., 2018). A equipe diz se os achados valem para cada pessoa.

10.1 O exame do tumor

O HER2 é uma proteína procurada no próprio tumor. Aumentada em parte dos tumores biliares, ela é o alvo do remédio da Tabela 10.1.

exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

10.2 A bile correndo

Se o tumor aperta o canal, a bile para e a pele fica amarela. Para aliviar o aperto fora do fígado, a diretriz europeia de 2018 recomenda a prótese de metal; os tipos estão no guia Câncer de pâncreas quando a cirurgia não é possível, com estudos do pâncreas. Se a cor amarela voltar depois da prótese, fale com a equipe no mesmo dia. Com febre ou calafrio, é pronto-socorro ou 192.

10.3 Cuidados paliativos desde o começo

Cuidado paliativo acompanha o tratamento desde o início e nunca quer dizer desistir. Uma equipe própria trata os sintomas e apoia a família.

O que os estudos mostram

Numa análise exploratória que junta o ABC-02 a um ensaio japonês, o ganho com os dois remédios também apareceu no câncer de vesícula, mais nítido em quem estava bem para o dia a dia (VALLE et al., 2014). O encaminhamento cedo à equipe de paliativos vem da diretriz americana de 2024, para tumor sólido avançado (SANDERS et al., 2024).

Fonte: VALLE et al., 2014; SANDERS et al., 2024

Pergunte ao seu médico

- O meu tumor foi examinado em busca do HER2 ou de outra alteração?
- Quem cuida dos meus sintomas desde já?

Com ou sem operação, alguns sinais não esperam.

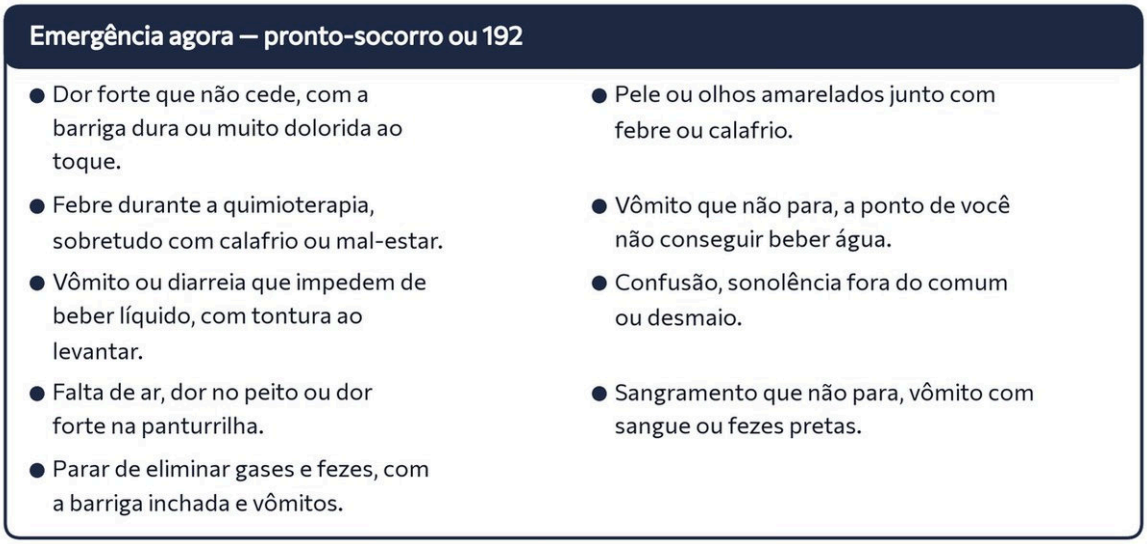
exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

11. Sinais de alerta, quem cuida de quê e o que ler depois

Em uma frase

Cada sinal tem a sua pressa, antes da reoperação e durante a quimioterapia.

Na doença avançada ou antes dela, a pressa tem três níveis. A Figura 11.1 traz o primeiro. A Figura 11.2 traz os outros dois, com os mesmos sinais da lista deste capítulo. Quem foi reoperado segue os sinais do guia Hepatectomia por metástase no fígado, em "depois da alta", ou os da equipe; durante a quimioterapia, e para quem ainda não foi reoperado, vale esta lista.

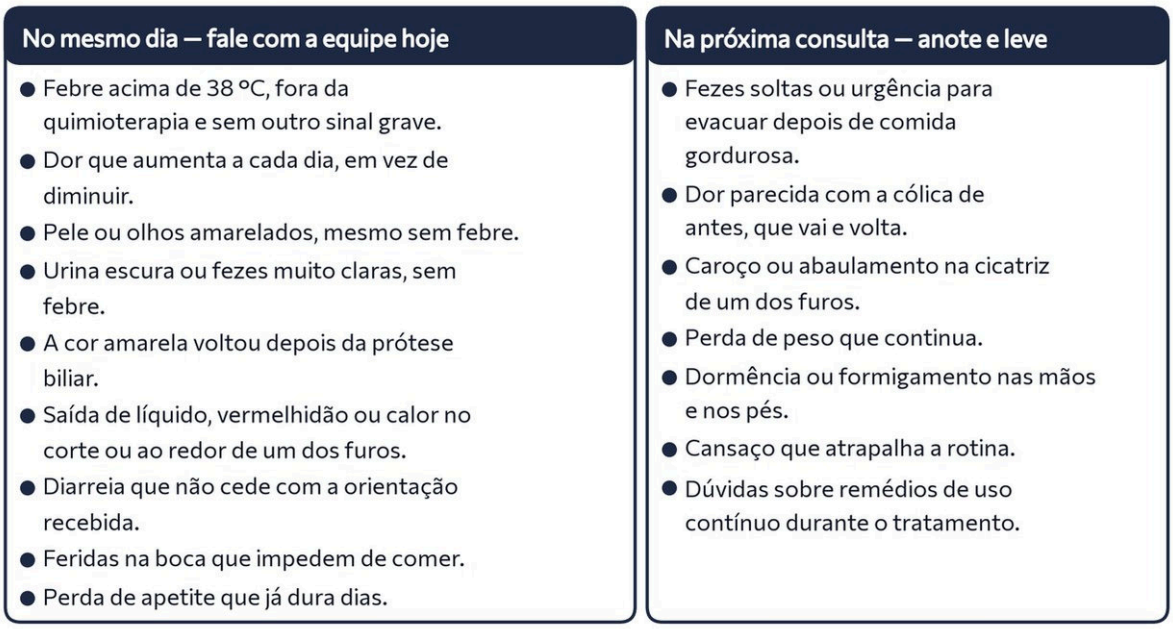


Elaborado pelo autor.

Figura 11.1. Emergência agora — pronto-socorro ou 192: os sinais do primeiro nível, na ordem da lista deste capítulo.

Elaborado pelo autor

exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345



Elaborado pelo autor.

Figura 11.2. Os sinais do mesmo dia e os da próxima consulta, na ordem da lista deste capítulo.

Elaborado pelo autor

exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

Sinais de alerta

Emergência agora — pronto-socorro ou 192:

- Dor forte que não cede, com a barriga dura ou muito dolorida ao toque.
- Pele ou olhos amarelados junto com febre ou calafrio.
- Febre durante a quimioterapia, sobretudo com calafrio ou mal-estar.
- Vômito que não para, a ponto de você não conseguir beber água.
- Vômito ou diarreia que impedem de beber líquido, com tontura ao levantar.
- Confusão, sonolência fora do comum ou desmaio.
- Falta de ar, dor no peito ou dor forte na panturrilha.
- Sangramento que não para, vômito com sangue ou fezes pretas.
- Parar de eliminar gases e fezes, com a barriga inchada e vômitos.

No mesmo dia — fale com a equipe hoje:

- Febre acima de 38 °C, fora da quimioterapia e sem outro sinal grave.
- Dor que aumenta a cada dia, em vez de diminuir.
- Pele ou olhos amarelados, mesmo sem febre.
- Urina escura ou fezes muito claras, sem febre.
- A cor amarela voltou depois da prótese biliar.
- Saída de líquido, vermelhidão ou calor no corte ou ao redor de um dos furos.
- Diarreia que não cede com a orientação recebida.
- Feridas na boca que impedem de comer.
- Perda de apetite que já dura dias.

Na próxima consulta — anote e leve:

- Fezes soltas ou urgência para evacuar depois de comida gordurosa.
- Dor parecida com a cólica de antes, que vai e volta.
- Caroço ou abaulamento na cicatriz de um dos furos.
- Perda de peso que continua.
- Dormência ou formigamento nas mãos e nos pés.
- Cansaço que atrapalha a rotina.
- Dúvidas sobre remédios de uso contínuo durante o tratamento.

11.1 Quem cuida de quê

A Figura 11.3 mostra quem cuida de cada parte.

exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

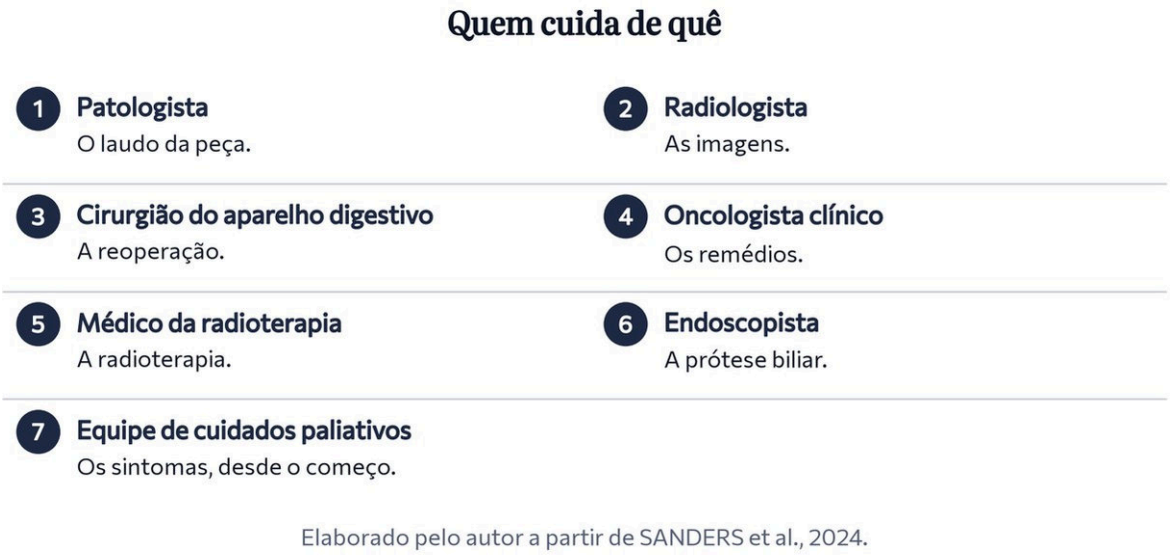


Figura 11.3. Quem cuida de quê, do laudo aos cuidados paliativos.

Elaborado pelo autor a partir de (SANDERS et al., 2024)

11.2 O que ler em seguida

A Tabela 11.4 aponta o guia de cada assunto.

exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

Tabela 11.4 — Leia este guia

Assunto	Guia
Os outros tumores das vias biliares	Câncer das vias biliares: o mapa do tratamento
O tumor no hilo do fígado, e o dreno	Tumor de Klatskin: a drenagem e a cirurgia
A pedra e a retirada da vesícula	Pedra na vesícula
A crise de dor	Colecistite aguda
A comida	Comer com pedra na vesícula (e depois de tirar)
O dia a dia sem a vesícula	Dor e diarreia depois de tirar a vesícula
A cirurgia do fígado	Hepatectomia por metástase no fígado
A quimioterapia e a radioterapia	Quimio e radio antes ou depois da cirurgia
A prótese biliar	Câncer de pâncreas quando a cirurgia não é possível
As vias de acesso	Cirurgia robótica do aparelho digestivo

Fonte: elaborado pelo autor. A equipe indica o que vale para cada pessoa.

Pergunte ao seu médico

- A quem ligo se aparecer um sinal do mesmo dia, e em que horário?
- Com que temperatura devo procurar atendimento durante a quimioterapia?

Leve este guia à consulta. O laudo e as suas perguntas vão junto.

exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

Glossário

Palavras que aparecem no livro e costumam gerar dúvida.

Bile
O líquido esverdeado que o fígado fabrica e que ajuda a digerir a gordura.

Capecitabina
Um remédio de quimioterapia em comprimido.

Cisplatina
Um remédio de quimioterapia, usado junto com a gencitabina na doença avançada.

Colangiocarcinoma
O câncer que nasce nas células dos canais da bile.

Colecistectomia
A retirada da vesícula.

Colecistectomia estendida
A retirada da vesícula, se ela ainda estiver lá, junto com uma faixa do leito do fígado e os gânglios da região.

Colédoco
O canal principal da bile, que desce até o intestino.

Coorte
O estudo que acompanha um grupo de pessoas, sem sortear tratamentos; mostra associação, nunca efeito.

Cuidados paliativos
O cuidado dos sintomas, do sofrimento e da família, feito por uma equipe própria, ao lado do tratamento do câncer e desde o começo.

Ducto cístico
O tubo curto que liga a vesícula ao colédoco.

Ensaio por sorteio
O estudo que sorteia as pessoas entre os tratamentos comparados, para que a escolha não dependa de quem trata. Os médicos dizem ensaio randomizado.

Estadiamento
O mapa que mede até onde o tumor chegou.

Estágio
A etapa desse mapa; no laudo da vesícula, vem em códigos como T1a, T1b, T2 e T3.

Gânglio
Um pequeno filtro ligado aos vasos linfáticos, para onde o tumor pode ir.

exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

Gencitabina

Um remédio de quimioterapia, dado na veia.

Grau

Nos efeitos de um remédio, a escala de 1 a 5 em que o número maior é o mais sério; no tumor, o quanto as células parecem alteradas.

HER2

Uma proteína procurada no exame do próprio tumor; quando está em excesso, pode haver remédio-alvo contra ela.

Imunoterapia

O tratamento com remédios que ajudam as defesas do corpo a atacar o tumor.

Laparoscopia de estadiamento

O olhar por dentro da barriga, com uma câmera que entra por um furo, antes de decidir a operação.

Leito do fígado

A área do fígado em que a vesícula fica encostada.

Margem

A borda do corte na peça; livre quer dizer sem tumor nessa borda.

Metanálise

O estudo que junta os resultados de vários outros.

Metástase

O foco do câncer em outro órgão, longe de onde ele nasceu.

Mucosa

O forro de dentro da vesícula, que toca a bile.

Muscular

A camada da parede que faz a vesícula contrair.

Patologista

O médico que examina os tecidos no microscópio.

Peça

A vesícula retirada, com o que veio junto, examinada depois da operação.

PET-CT

O exame de imagem que junta a tomografia a um contraste que se acumula nas células do tumor.

Pólipo

Uma saliência que nasce na parede da vesícula.

Prótese biliar

O tubo colocado dentro do canal da bile para mantê-lo aberto.

exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

Quimioterapia

O tratamento com remédios contra o câncer.

Radioterapia

O tratamento do tumor com radiação dirigida.

Remédio-alvo

O remédio dirigido a uma alteração achada no próprio tumor.

Ressonância

O exame de imagem feito com um ímã, sem radiação.

Serosa

A película que cobre a vesícula por fora, no lado livre.

Subserosa

O tecido claro, com vasos, que fica por fora da muscular; os laudos também dizem tecido perimuscular.

Tomografia

O exame de imagem feito com raios X, em fatias.

Vasos linfáticos

Os canais finos que levam a linfa, um líquido claro, até os gânglios.

Vesícula de porcelana

A vesícula com cálcio na parede, vista na imagem.

Viés

O erro de método que puxa o resultado de um estudo para um lado.

exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

Referências

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

AGARWAL, A. K. et al. The role of staging laparoscopy in primary gall bladder cancer–an analysis of 409 patients: a prospective study to evaluate the role of staging laparoscopy in the management of gallbladder cancer. **Annals of surgery**, [S. l.], v. 258, n. 2, p. 318-23, 2013. DOI: 10.1097/SLA.0b013e318271497e. Disponível em: https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e318271497e. Acesso em: 2 nov. 2026. PMID: 23059504.

ALOIA, T. A. et al. Gallbladder cancer: expert consensus statement. **HPB**, [S. l.], v. 17, n. 8, p. 681-90, 2015. DOI: 10.1111/hpb.12444. Disponível em: https://doi.org/10.1111/hpb.12444. Acesso em: 2 nov. 2026. PMID: 26172135.

BASTIAENEN, V. P. et al. Safe, selective histopathological examination of gallbladder specimens: a systematic review. **The British journal of surgery**, [S. l.], v. 107, n. 11, p. 1414-1428, 2020. DOI: 10.1002/bjs.11759. Disponível em: https://doi.org/10.1002/bjs.11759. Acesso em: 2 nov. 2026. PMID: 32639049.

BEN-JOSEF, E. et al. SWOG S0809: A Phase II Intergroup Trial of Adjuvant Capecitabine and Gemcitabine Followed by Radiotherapy and Concurrent Capecitabine in Extrahepatic Cholangiocarcinoma and Gallbladder Carcinoma. **Journal of clinical oncology**, [S. l.], v. 33, n. 24, p. 2617-22, 2015. DOI: 10.1200/JCO.2014.60.2219. Disponível em: https://doi.org/10.1200/JCO.2014.60.2219. Acesso em: 2 nov. 2026. PMID: 25964250.

BURRIS, H. A. et al. Durvalumab plus gemcitabine and cisplatin in advanced biliary tract cancer (TOPAZ-1): patient-reported outcomes from a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. **The Lancet. Oncology**, [S. l.], v. 25, n. 5, p. 626-635, 2024. DOI: 10.1016/S1470-2045(24)00082-2. Disponível em: https://doi.org/10.1016/S1470-2045(24)00082-2. Acesso em: 2 nov. 2026. PMID: 38697156.

BUTTE, J. M. et al. Residual disease predicts outcomes after definitive resection for incidental gallbladder cancer. **Journal of the American College of Surgeons**, [S. l.], v. 219, n. 3, p. 416-29, 2014. DOI: 10.1016/j.jamcollsurg.2014.01.069. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2014.01.069. Acesso em: 2 nov. 2026. PMID: 25087941.

BUTTE, J. M. et al. The role of laparoscopic staging in patients with incidental gallbladder cancer. **HPB**, [S. l.], v. 13, n. 7, p. 463-72, 2011. DOI: 10.1111/j.1477-2574.2011.00325.x. Disponível em: https://doi.org/10.1111/j.1477-2574.2011.00325.x. Acesso em: 2 nov. 2026. PMID: 21689230.

CAMPBELL, P. T. et al. Body Size Indicators and Risk of Gallbladder Cancer: Pooled Analysis of Individual-Level Data from 19 Prospective Cohort Studies. **Cancer epidemiology, biomarkers & prevention**, [S. l.], v. 26, n. 4, p. 597-606, 2017. DOI: 10.1158/1055-9965.EPI-16-0796. Disponível em: https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-16-0796. Acesso em: 2 nov. 2026. PMID: 28314823.

CHEN, L. T. et al. Pan-Asian adapted ESMO Clinical Practice Guidelines for the diagnosis, treatment and follow-up of patients with biliary tract cancer. **ESMO open**, [S. l.], v. 9, n. 8, p. 103647, 2024. DOI: 10.1016/j.esmoop.2024.103647. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2024.103647. Acesso em: 2 nov. 2026. PMID: 39232586.

CHO, I. S. et al. Extended versus simple cholecystectomy for pathologic T1b gallbladder cancer: A systematic review and meta-analysis. **Annals of hepato-biliary-pancreatic surgery**, [S. l.], 2026. DOI: 10.14701/ahbps.26-091. Disponível em: https://doi.org/10.14701/ahbps.26-091. Acesso em: 2 nov. 2026. PMID: 42676070.

exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

CHOI, K. S. et al. Clinical characteristics of incidental or unsuspected gallbladder cancers diagnosed during or after cholecystectomy: a systematic review and meta-analysis. **World journal of gastroenterology**, [S. l.], v. 21, n. 4, p. 1315-23, 2015. DOI: 10.3748/wjg.v21.i4.1315. Disponível em: https://doi.org/10.3748/wjg.v21.i4.1315. Acesso em: 2 nov. 2026. PMID: 25632207.

CHOW, W. H. et al. Gallstones, cholecystectomy and risk of cancers of the liver, biliary tract and pancreas. **British journal of cancer**, [S. l.], v. 79, n. 3-4, p. 640-4, 1999. DOI: 10.1038/sj.bjc.6690101. Disponível em: https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6690101. Acesso em: 2 nov. 2026. PMID: 10027343.

DELGADO, L. M. et al. Simple Versus Radical Cholecystectomy for Pathological Stage T1B Gallbladder Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Journal of laparoendoscopic & advanced surgical techniques. Part A**, [S. l.], v. 35, n. 8, p. 614-620, 2025. DOI: 10.1089/lap.2025.0049. Disponível em: https://doi.org/10.1089/lap.2025.0049. Acesso em: 2 nov. 2026. PMID: 40415586.

DUMONCEAU, J. M. et al. Endoscopic biliary stenting: indications, choice of stents, and results: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline - Updated October 2017. **Endoscopy**, [S. l.], v. 50, n. 9, p. 910-930, 2018. DOI: 10.1055/a-0659-9864. Disponível em: https://doi.org/10.1055/a-0659-9864. Acesso em: 2 nov. 2026. PMID: 30086596.

ETHUN, C. G. et al. Association of Optimal Time Interval to Re-resection for Incidental Gallbladder Cancer With Overall Survival: A Multi-Institution Analysis From the US Extrahepatic Biliary Malignancy Consortium. **JAMA surgery**, [S. l.], v. 152, n. 2, p. 143-149, 2017. DOI: 10.1001/jamasurg.2016.3642. Disponível em: https://doi.org/10.1001/jamasurg.2016.3642. Acesso em: 2 nov. 2026. PMID: 27784058.

FOLEY, K. G. et al. Management and follow-up of gallbladder polyps: updated joint guidelines between the ESGAR, EAES, EFISDS and ESGE. **European radiology**, [S. l.], v. 32, n. 5, p. 3358-3368, 2022. DOI: 10.1007/s00330-021-08384-w. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s00330-021-08384-w. Acesso em: 2 nov. 2026. PMID: 34918177.

FUKS, D. et al. Incidental gallbladder cancer by the AFC-GBC-2009 Study Group. **World journal of surgery**, [S. l.], v. 35, n. 8, p. 1887-97, 2011. DOI: 10.1007/s00268-011-1134-3. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s00268-011-1134-3. Acesso em: 2 nov. 2026. PMID: 21547420.

HARDING, J. J. et al. Zanidatamab for HER2-amplified, unresectable, locally advanced or metastatic biliary tract cancer (HERIZON-BTC-01): a multicentre, single-arm, phase 2b study. **The Lancet. Oncology**, [S. l.], v. 24, n. 7, p. 772-782, 2023. DOI: 10.1016/S1470-2045(23)00242-5. Disponível em: https://doi.org/10.1016/S1470-2045(23)00242-5. Acesso em: 2 nov. 2026. PMID: 37276871.

JHA, V.; SHARMA, P.; MANDAL, K. A. Incidental gallbladder carcinoma: Utility of histopathological evaluation of routine cholecystectomy specimens. **South Asian journal of cancer**, [S. l.], v. 7, n. 1, p. 21-23, 2018. DOI: 10.4103/2278-330X.226802. Disponível em: https://doi.org/10.4103/2278-330X.226802. Acesso em: 2 nov. 2026. PMID: 29600228.

KARJOL, U. et al. A Systemic Review and Meta-analysis of Laparoscopic Surgery Versus Open Surgery for Gallbladder Cancer. **Indian journal of surgical oncology**, [S. l.], v. 15, n. Suppl 2, p. 218-225, 2024. DOI: 10.1007/s13193-022-01654-z. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s13193-022-01654-z. Acesso em: 2 nov. 2026. PMID: 38818007.

KHAN, Z. S.; LIVINGSTON, E. H.; HUERTA, S. Reassessing the need for prophylactic surgery in patients with porcelain gallbladder: case series and systematic review of the literature. **Archives of surgery**, [S. l.], v. 146, n. 10, p. 1143-7, 2011. DOI: 10.1001/archsurg.2011.257. Disponível em: https://doi.org/10.1001/archsurg.2011.257. Acesso em: 2 nov. 2026. PMID: 22006872.

LIN, Y. et al. Associations between cigarette smoking and biliary tract cancer by anatomic subsite and sex: a prospective cohort study in Japan. **Cancer causes & control**, [S. l.], v. 33, n. 11, p. 1335-1341, 2022. DOI: 10.1007/s10552-022-01600-y. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s10552-022-01600-y. Acesso em: 2 nov. 2026. PMID: 36030296.

exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

LUNDGREN, L. et al. Are Incidental Gallbladder Cancers Missed with a Selective Approach of Gallbladder Histology at Cholecystectomy?. **World journal of surgery**, [S. l.], v. 42, n. 4, p. 1092-1099, 2018. DOI: 10.1007/s00268-017-4215-0. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s00268-017-4215-0. Acesso em: 2 nov. 2026. PMID: 28900706.

MCCLEMENTS, J. et al. Management of incidental gallbladder cancer in the nationwide CAPBIL study. **The British journal of surgery**, [S. l.], v. 113, n. 8, p. znag050, 2026. DOI: 10.1093/bjs/znag050. Disponível em: https://doi.org/10.1093/bjs/znag050. Acesso em: 2 nov. 2026. PMID: 42013358.

NAGAHASHI, M. et al. Perimuscular connective tissue contains more and larger lymphatic vessels than the shallower layers in human gallbladders. **World journal of gastroenterology**, [S. l.], v. 13, n. 33, p. 4480-3, 2007. DOI: 10.3748/wjg.v13.i33.4480. Disponível em: https://doi.org/10.3748/wjg.v13.i33.4480. Acesso em: 2 nov. 2026. PMID: 17724804.

OH, D. Y. et al. Durvalumab plus Gemcitabine and Cisplatin in Advanced Biliary Tract Cancer. **NEJM evidence**, [S. l.], v. 1, n. 8, p. EVIDoa2200015, 2022. DOI: 10.1056/EVIDoa2200015. Disponível em: https://doi.org/10.1056/EVIDoa2200015. Acesso em: 2 nov. 2026. PMID: 38319896.

PARK, Y. et al. Prognostic Effect of Liver Resection in Extended Cholecystectomy for T2 Gallbladder Cancer Revisited: A Retrospective Cohort Study With Propensity Score-matched Analysis. **Annals of surgery**, [S. l.], v. 278, n. 6, p. 985-993, 2023. DOI: 10.1097/SLA.0000000000005908. Disponível em: https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000005908. Acesso em: 2 nov. 2026. PMID: 37218510.

PRIMROSE, J. N. et al. Capecitabine compared with observation in resected biliary tract cancer (BILCAP): a randomised, controlled, multicentre, phase 3 study. **The Lancet. Oncology**, [S. l.], v. 20, n. 5, p. 663-673, 2019. DOI: 10.1016/S1470-2045(18)30915-X. Disponível em: https://doi.org/10.1016/S1470-2045(18)30915-X. Acesso em: 2 nov. 2026. PMID: 30922733.

RAWLA, P. et al. Epidemiology of gallbladder cancer. **Clinical and experimental hepatology**, [S. l.], v. 5, n. 2, p. 93-102, 2019. DOI: 10.5114/ceh.2019.85166. Disponível em: https://doi.org/10.5114/ceh.2019.85166. Acesso em: 2 nov. 2026. PMID: 31501784.

ROA, J. C. et al. Gallbladder cancer. **Nature reviews. Disease primers**, [S. l.], v. 8, n. 1, p. 69, 2022. DOI: 10.1038/s41572-022-00398-y. Disponível em: https://doi.org/10.1038/s41572-022-00398-y. Acesso em: 2 nov. 2026. PMID: 36302789.

SABOOR, F.; MIN, G.; LU, J. Extent of liver resection for incidental gallbladder cancer: Anatomic versus nonanatomic approaches in T2-T3 disease. **European journal of surgical oncology**, [S. l.], v. 52, n. 7, p. 111889, 2026. DOI: 10.1016/j.ejso.2026.111889. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.ejso.2026.111889. Acesso em: 2 nov. 2026. PMID: 42143534.

SANDERS, J. J. et al. Palliative Care for Patients With Cancer: ASCO Guideline Update. **Journal of clinical oncology**, [S. l.], v. 42, n. 19, p. 2336-2357, 2024. DOI: 10.1200/JCO.24.00542. Disponível em: https://doi.org/10.1200/JCO.24.00542. Acesso em: 2 nov. 2026. PMID: 38748941.

SCHNELLDORFER, T. Porcelain gallbladder: a benign process or concern for malignancy?. **Journal of gastrointestinal surgery**, [S. l.], v. 17, n. 6, p. 1161-8, 2013. DOI: 10.1007/s11605-013-2170-0. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s11605-013-2170-0. Acesso em: 2 nov. 2026. PMID: 23423431.

SELVAKUMAR, B. et al. Timing of revision surgery for incidental gallbladder cancer: a systematic review and individual patient data meta-analysis. **HPB**, [S. l.], v. 28, n. 3, p. 255-265, 2026. DOI: 10.1016/j.hpb.2025.12.017. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.hpb.2025.12.017. Acesso em: 2 nov. 2026. PMID: 41436297.

SHAO, J. et al. Simple cholecystectomy is an adequate treatment for grade I T1bN0M0 gallbladder carcinoma: Evidence from 528 patients. **World journal of gastroenterology**, [S. l.], v. 28, n. 31, p. 4431-4441, 2022. DOI: 10.3748/wjg.v28.i31.4431. Disponível em: https://doi.org/10.3748/wjg.v28.i31.4431. Acesso em: 2 nov. 2026. PMID: 36159006.

exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

SHROFF, R. T. et al. Adjuvant Therapy for Resected Biliary Tract Cancer: ASCO Clinical Practice Guideline. **Journal of clinical oncology**, [S. l.], v. 37, n. 12, p. 1015-1027, 2019. DOI: 10.1200/JCO.18.02178. Disponível em: https://doi.org/10.1200/JCO.18.02178. Acesso em: 2 nov. 2026. PMID: 30856044.

SOHN, H. J. et al. Clinical outcomes of minimally invasive (laparoscopic and robotic) versus open extended cholecystectomy: A multicenter propensity score matched study. **Journal of hepato-biliary-pancreatic sciences**, [S. l.], v. 31, n. 6, p. 385-392, 2024. DOI: 10.1002/jhbp.1419. Disponível em: https://doi.org/10.1002/jhbp.1419. Acesso em: 2 nov. 2026. PMID: 38323670.

STURM, N. et al. Gallbladder Cancer: Current Multimodality Treatment Concepts and Future Directions. **Cancers**, [S. l.], v. 14, n. 22, p. 5580, 2022. DOI: 10.3390/cancers14225580. Disponível em: https://doi.org/10.3390/cancers14225580. Acesso em: 2 nov. 2026. PMID: 36428670.

SUNG, Y. N. et al. Validation of the 8th Edition of the American Joint Committee on Cancer Staging System for Gallbladder Cancer and Implications for the Follow-up of Patients without Node Dissection. **Cancer research and treatment**, [S. l.], v. 52, n. 2, p. 455-468, 2020. DOI: 10.4143/crt.2019.271. Disponível em: https://doi.org/10.4143/crt.2019.271. Acesso em: 2 nov. 2026. PMID: 31623417.

SØREIDE, K. et al. Systematic review of management of incidental gallbladder cancer after cholecystectomy. **The British journal of surgery**, [S. l.], v. 106, n. 1, p. 32-45, 2019. DOI: 10.1002/bjs.11035. Disponível em: https://doi.org/10.1002/bjs.11035. Acesso em: 2 nov. 2026. PMID: 30582640.

VALLE, J. et al. Cisplatin plus gemcitabine versus gemcitabine for biliary tract cancer. **The New England journal of medicine**, [S. l.], v. 362, n. 14, p. 1273-81, 2010. DOI: 10.1056/NEJMoa0908721. Disponível em: https://doi.org/10.1056/NEJMoa0908721. Acesso em: 2 nov. 2026. PMID: 20375404.

VALLE, J. W. et al. Cisplatin and gemcitabine for advanced biliary tract cancer: a meta-analysis of two randomised trials. **Annals of oncology**, [S. l.], v. 25, n. 2, p. 391-8, 2014. DOI: 10.1093/annonc/mdt540. Disponível em: https://doi.org/10.1093/annonc/mdt540. Acesso em: 2 nov. 2026. PMID: 24351397.

WANG, J. et al. Comparing robotic and open surgical techniques in gallbladder cancer management: a detailed systematic review and meta-analysis. **Journal of robotic surgery**, [S. l.], v. 18, n. 1, p. 111, 2024. DOI: 10.1007/s11701-024-01851-8. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s11701-024-01851-8. Acesso em: 2 nov. 2026. PMID: 38441753.

ZAIDI, M. Y. et al. Evaluation and management of incidental gallbladder cancer. **Chinese clinical oncology**, [S. l.], v. 8, n. 4, p. 37, 2019. DOI: 10.21037/cco.2019.07.01. Disponível em: https://doi.org/10.21037/cco.2019.07.01. Acesso em: 2 nov. 2026. PMID: 31431030.

exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

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

exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

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 1.2	As duas formas de chegar ao diagnóstico: o achado na peça, depois da retirada por pedra, e o tumor visto no exame, antes de operar. As duas passam pelos exames e pela decisão da equipe.	Figura_1.2_as-duas-formas-de-chegar-ao-diagnostico.png	Elaborado pelo autor a partir de (ROA et al., 2022)
Figura 2.1	Um pedaço da parede da vesícula visto muito de perto. De cima para baixo: a bile; a mucosa, com as suas dobras; a camada muscular; o tecido claro, com vasos pequenos; e, embaixo, o fígado.	v063_as-camadas-da-vesicula_astra.png	Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial
Figura 3.1	À esquerda, antes da operação: a vesícula, com pedras, pendurada embaixo do fígado e ligada ao canal principal da bile por um canal curto. À direita, depois: a vesícula saiu (silhueta clara); o canal curto e a pequena artéria ficaram fechados com clipes, e o canal principal, que desce do fígado ao intestino, permanece inteiro.	ben-vesicula_antes-e-depois-da-colecistectomia_realista_v1.png	Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial
Figura 4.2	Do laudo à reoperação: a camada, os exames e a condição da pessoa, na ordem deste capítulo. Em cada passo, a equipe decide com você.	Figura_4.2_do-laudo-a-reoperacao.png	Elaborado pelo autor a partir de (ALOIA et al., 2015) e (CHEN et al., 2024)
Figura 8.1	O fígado visto de frente. Em destaque, o que sai na colecistectomia estendida: a vesícula, a faixa do fígado em volta dela, de contorno tracejado, e os gânglios ao longo do colédoco. Em cinza, o que fica.	v063_o-que-sai-na-colecistectomia-estendida_astra.png	Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial
Gráfico 8.3	Complicações em cada 100 pessoas reoperadas, em geral, com e sem a retirada do colédoco, e mortes em cada 100, num registro francês com 148 pessoas.	Grafico_8.3_complicacoes-na-reoperacao.png	Elaborado pelo autor a partir de (FUKS et al., 2011)
Gráfico 9.2	Em cada 100 pessoas de cada ensaio, quantas tinham câncer de vesícula; no BILCAP, no ABC-02 e no TOPAZ-1, são contas de revisões. BILCAP e S0809 são da operação; ABC-02 e TOPAZ-1, da doença avançada.	Grafico_9.2_quantos-tinham-cancer-de-vesicula.png	Elaborado pelo autor a partir de (STURM et al., 2022), (BEN-JOSEF et al., 2015), (ZAIDI et al., 2019) e (ROA et al., 2022)
Figura 11.1	Emergência agora — pronto-socorro ou 192: os sinais do primeiro nível, na ordem da lista deste capítulo.	Figura_11.1_emergencia-agora.png	Elaborado pelo autor

exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

Figura 11.2	Os sinais do mesmo dia e os da próxima consulta, na ordem da lista deste capítulo.	Figura_11.2_no-mesmo-dia-e-na-consulta.png	Elaborado pelo autor
Figura 11.3	Quem cuida de quê, do laudo aos cuidados paliativos.	Figura_11.3_quem-cuida-de-que.png	Elaborado pelo autor a partir de (SANDERS et al., 2024)

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.

exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345