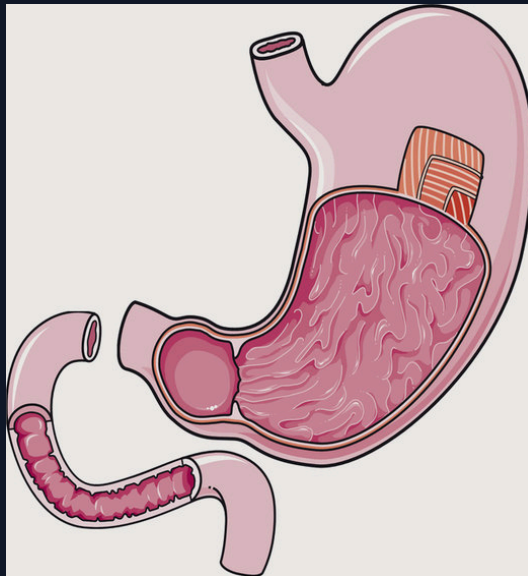

Urgências do estômago

A úlcera que sangra, a úlcera que perfura, o vólvulo e o bezoar — o que acontece no hospital e como evitar que volte



Dr. Mateus Antunes Nogueira

Médico · CRM-SP 97.070 · Cirurgião do Aparelho Digestivo · RQE 46345

Urgências do estômago

A úlcera que sangra, a úlcera que perfura, o vólvulo e o bezoar — o que acontece no hospital e como evitar que volte

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 16
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. O estômago e as quatro urgências	5
1.1 Antes de começar	5
1.2 O mapa das quatro	6
2. A úlcera e as suas causas	9
2.1 Onde ela se forma	9
2.2 As causas, sem culpa	9
2.3 Sangrar ou perfurar	10
3. A úlcera que sangra	12
3.1 Os sinais e as primeiras horas	12
3.2 Como o sangramento é parado por dentro	14
3.3 Quando a endoscopia não basta	14
4. A úlcera que perfura	17
4.1 A dor que chega de repente	17
4.2 O que a cirurgia faz	17
4.3 O risco, em números	19
5. O estômago que gira: o vólvulo	21
5.1 Onde e como ele acontece	21
5.2 Aliviar, desfazer, corrigir, fixar	22
6. O bezoar, o bolo que se forma no estômago	25
6.1 O que é e de onde vem	25
6.2 O tratamento em degraus	25
7. Quando não operar, e o que fazer enquanto isso	28
7.1 Os casos que dispensam a cirurgia	28
7.2 A perfuração tratada sem cirurgia	28
7.3 Enquanto isso	29
8. No hospital: a sonda, o jejum e a alta	31
8.1 Os primeiros dias	31
8.2 A alta	32
9. Riscos e sinais de alerta depois da alta	33
9.1 O que ainda pode acontecer	33
9.2 Os sinais de alerta em três níveis	33

10. Evitar que volte, e as perguntas para a consulta	36
10.1 A bactéria	36
10.2 Os remédios, o cigarro e a biópsia	37
10.3 Perguntas para levar à consulta	38
Glossário	40
Referências	44
Sobre o autor	47
Transparência e licenças	48

O estômago e as quatro urgências

EM UMA FRASE

Quatro problemas do mesmo órgão, cada um com a sua pressa.

1.1 Antes de começar

Se você ou alguém ao seu lado tem um dos sinais do primeiro bloco da lista abaixo, pare a leitura agora. É emergência: pronto-socorro ou 192. O livro espera.

SINAIS DE ALERTA

Emergência agora — pronto-socorro ou 192:

- Vômito com sangue ou com aspecto de borra de café.
- Fezes pretas e pegajosas.
- Desmaio, ou tontura forte ao levantar.
- Dor súbita e muito forte na barriga, que fica dura.
- Dor no alto da barriga com ânsia, sem conseguir vomitar.

Atendimento no mesmo dia:

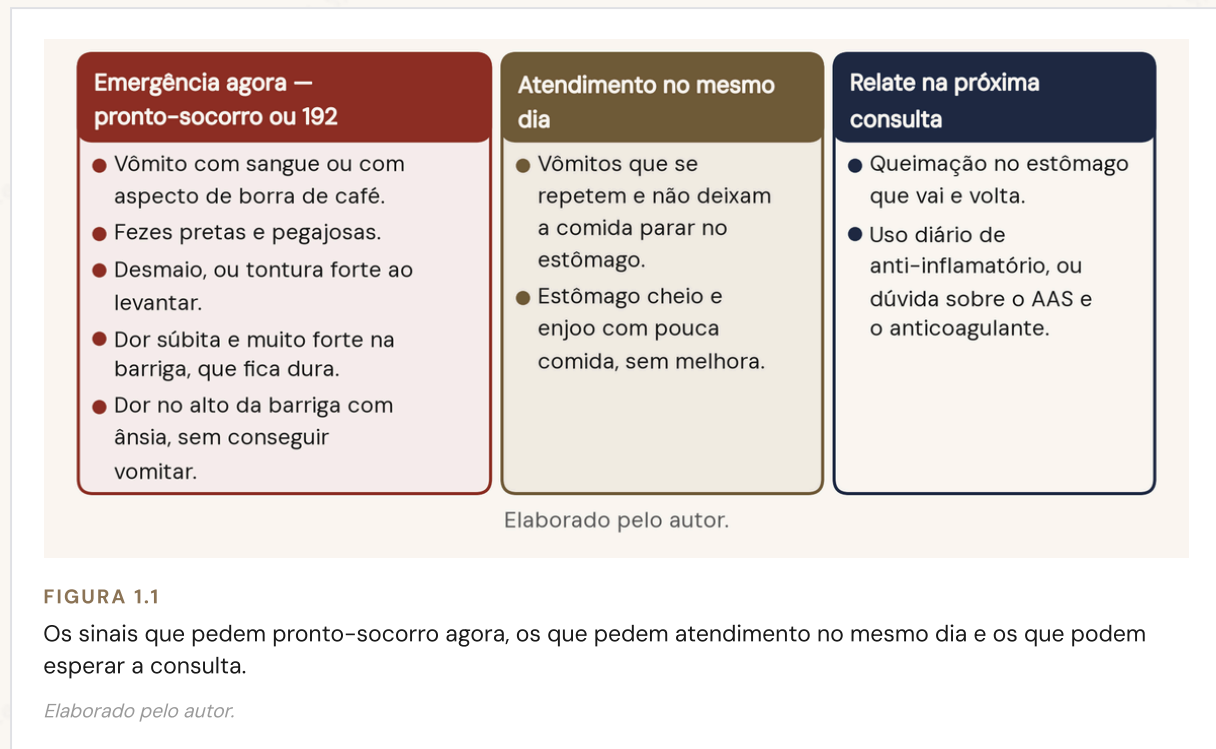
- Vômitos que se repetem e não deixam a comida parar no estômago.
- Estômago cheio e enjoo com pouca comida, sem melhora.

Relate na próxima consulta:

- Queimação no estômago que vai e volta.
- Uso diário de anti-inflamatório, ou dúvida sobre o AAS e o anticoagulante.

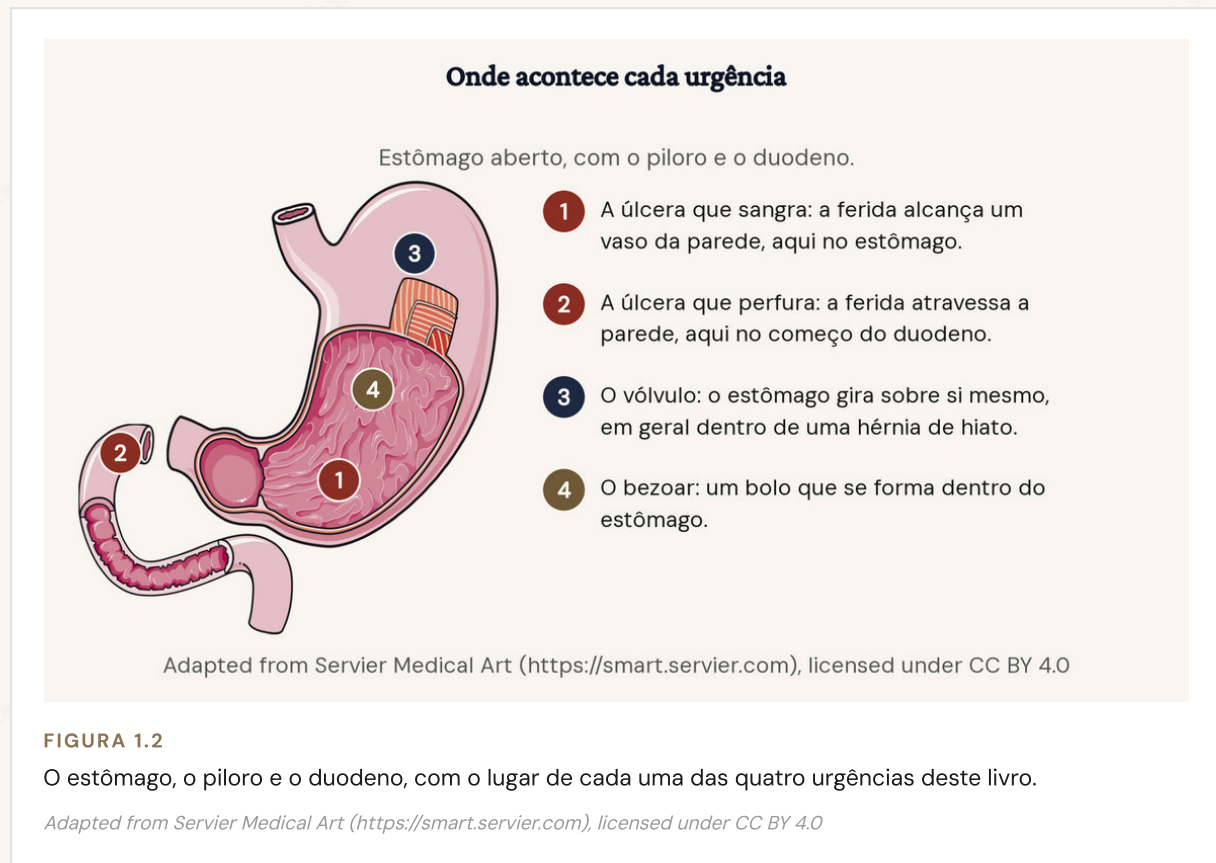
Este guia foi escrito para ser lido no hospital por quem acabou de ouvir um destes nomes, úlcera que sangra, úlcera perfurada, vólculo ou bezoar, e não substitui a conversa com quem cuida de você. Enquanto a ajuda não chega, não coma nem beba nada: pode haver endoscopia ou anestesia pela frente. Nada de remédio para dor por conta própria. Leve a lista dos remédios de uso contínuo.

A Figura 1.1 repete os sinais em cartão.



1.2 O mapa das quatro

O estômago guarda a comida e a mistura com o ácido. Depois a libera aos poucos para o duodeno, o primeiro trecho do intestino, pelo piloro. A Figura 1.2 marca onde acontece cada urgência.



Duas nascem da mesma ferida, a úlcera, que pode sangrar ou furar a parede. As outras duas são mecânicas: no vólvulo, o estômago gira sobre si mesmo; no bezoar, um bolo se forma dentro dele. A Tabela 1.3 dá a pressa de cada uma.

TABELA 1.3 — AS QUATRO URGÊNCIAS: O QUE É, COMO COSTUMA APARECER E A PRESSA DE CADA UMA

URGÊNCIA	O QUE É	COMO COSTUMA APARECER	A PRESSA
A úlcera que sangra	Uma ferida no estômago ou no duodeno que alcançou um vaso	Vômito com sangue ou borra de café, fezes pretas, tontura	Emergência agora. A endoscopia entra nas primeiras 24 horas, depois de estabilizar a circulação
A úlcera que perfura	A mesma ferida, quando atravessa a parede inteira	Dor súbita e muito forte, barriga dura	Emergência agora. Quem esperou mais pela cirurgia sobreviveu menos
O vólculo	O estômago girou sobre si mesmo, em geral dentro de uma hérnia de hiato	Dor forte no alto da barriga, ânsia sem vômito, sonda que não passa	Na forma aguda, emergência agora
O bezoar	Um bolo de fibras, de cabelo ou de comprimidos dentro do estômago	Dor ou desconforto na barriga; nos casos graves, entope a passagem, sangra ou perfura	Atendimento no mesmo dia se os vômitos se repetem ou o estômago cheio não melhora; emergência agora se houver sangue ou dor súbita e muito forte

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de (GRALNEK et al., 2021), (BUCK et al., 2013), (LLA-NEZA; SALT, 1986), (TEAGUE et al., 2000) e (PASCHOS; CHATZIGEORGIDIS, 2019).

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Qual das quatro é o caso que estou acompanhando?
- Qual é o próximo passo, e quando?

O próximo capítulo começa por essa ferida: a úlcera e as suas causas.

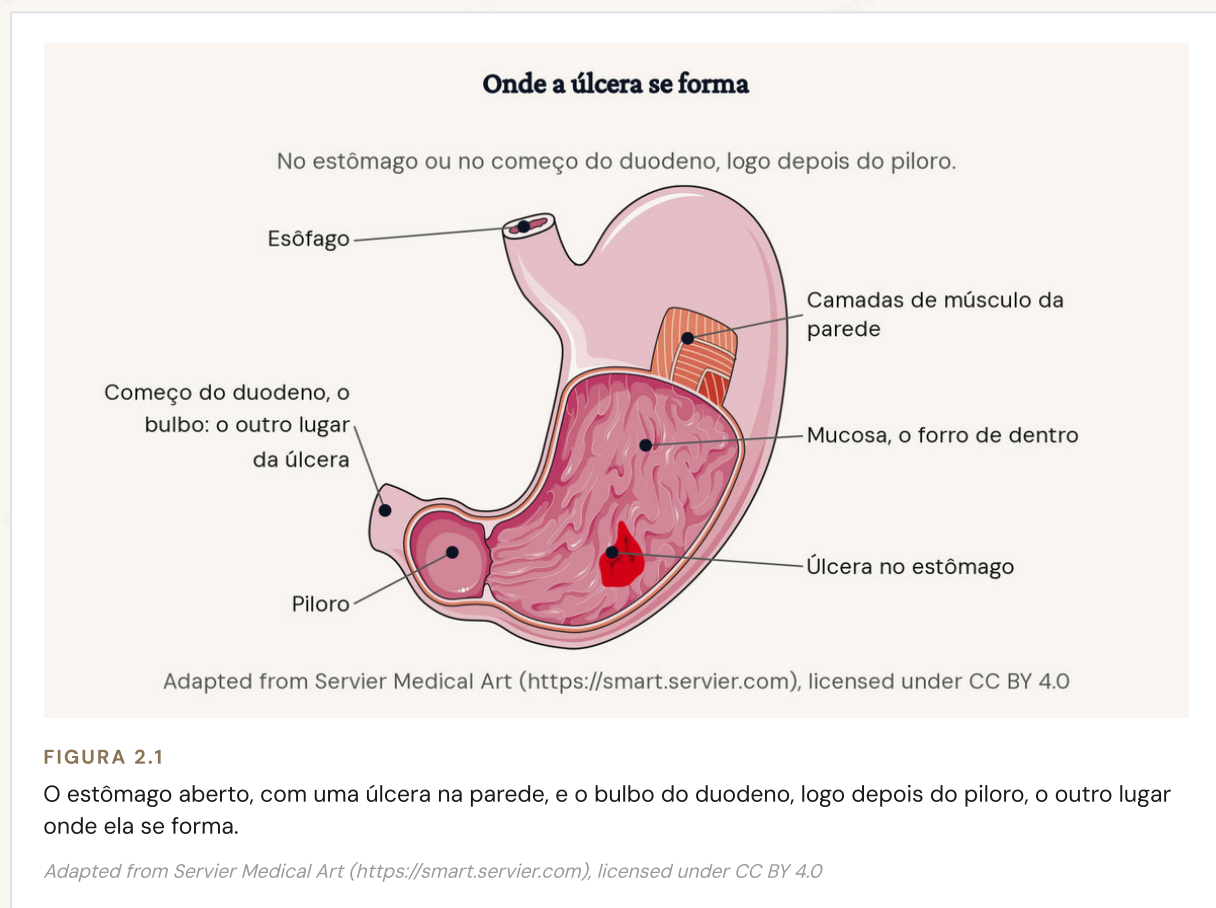
A úlcera e as suas causas

EM UMA FRASE

Uma ferida no forro do estômago ou do duodeno.

2.1 Onde ela se forma

Das quatro urgências, duas começam numa ferida. O estômago produz ácido e se protege dele com uma camada de muco sobre o forro de dentro, a mucosa. Quando essa proteção perde a disputa num ponto, abre-se ali uma ferida que atravessa a mucosa e avança pela parede. É a úlcera. Ela se forma no estômago ou no duodeno, logo depois do piloro, no trecho chamado bulbo, e a Figura 2.1 mostra os dois lugares.



2.2 As causas, sem culpa

Em geral, a causa é uma de duas, ou as duas juntas: a bactéria *Helicobacter pylori*, que se instala no forro do estômago, e os anti-inflamatórios, grupo que inclui o AAS. O cigarro

soma risco. Ninguém tem culpa por carregar uma bactéria ou tomar um remédio receitado.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Uma diretriz de 2020 estima que 5 a 10 em cada 100 pessoas terão úlcera ao longo da vida, e que 10 a 20 em cada 100 delas terão uma complicação (TARASCONI et al., 2020). Uma revisão de 2002 juntou 25 estudos de observação (HUANG et al., 2002). Nos cinco com grupo de comparação, havia úlcera em 35,8% de quem tomava anti-inflamatório. Sem o remédio, em 8,3%. Sem a bactéria e sem o anti-inflamatório, a úlcera foi rara. Já num grupo de 2.416 adultos dinamarqueses, entrevistados em 1982 e em 1994, a bactéria e o cigarro contaram mais, e o anti-inflamatório não mudou a conta (ROSENSTOCK et al., 2003).

Fonte: TARASCONI et al., 2020; HUANG et al., 2002; ROSENSTOCK et al., 2003

O Gráfico 2.2 põe esses números em pessoas.

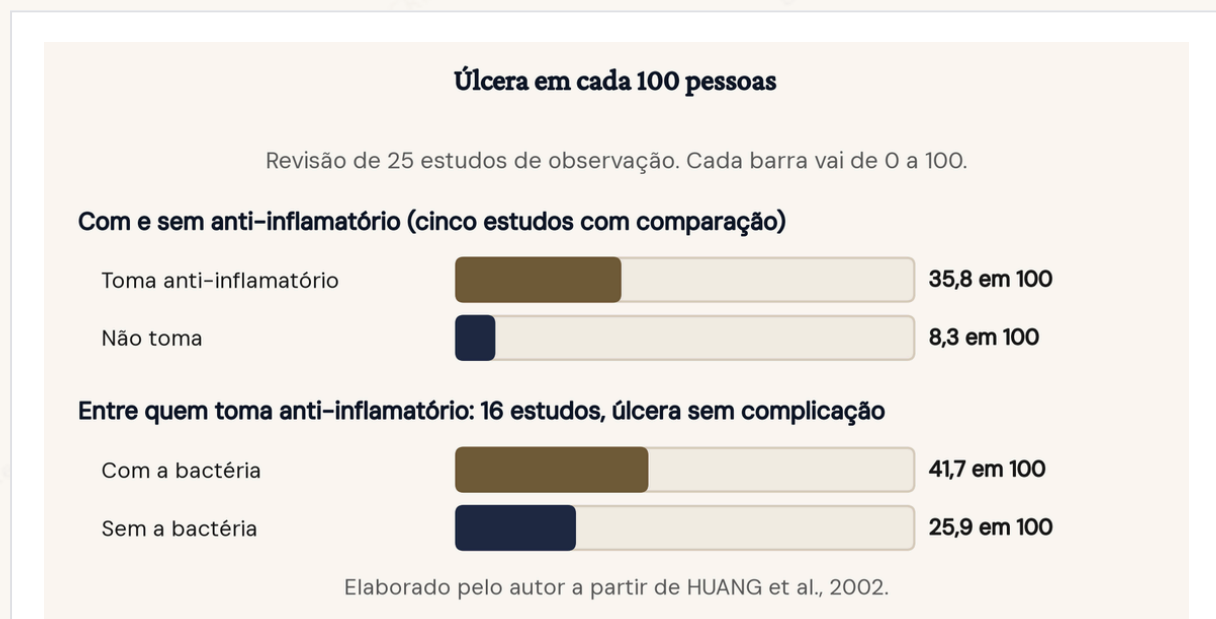


GRÁFICO 2.2

Úlcera em cada 100 pessoas: com e sem anti-inflamatório, e, entre quem toma o remédio, com e sem a bactéria.

Elaborado pelo autor a partir de (HUANG et al., 2002).

2.3 Sangrar ou perfurar

Se a ferida alcança um vaso da parede, sangra. Se a atravessa, abre um furo por onde o conteúdo do estômago vaza para a barriga. A Figura 2.3 compara os sinais de uma e de outra.

Sangrar ou perfurar

A mesma ferida pode seguir dois caminhos.

A úlcera que sangra	A úlcera que perfura
Na parede ● A ferida alcança um vaso. Os sinais ● Vômito com sangue ou com aspecto de borra de café. ● Fezes pretas e pegajosas. ● Desmaio, ou tontura forte ao levantar. Emergência agora — pronto-socorro ou 192	Na parede ● A ferida atravessa a parede e o conteúdo vaza. Os sinais ● Dor súbita e muito forte na barriga, que fica dura. ● Mexer piora a dor. Emergência agora — pronto-socorro ou 192

Elaborado pelo autor.

FIGURA 2.3

A úlcera que sangra e a úlcera que perfura: o que acontece na parede e os sinais de cada uma.

Elaborado pelo autor.

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Qual foi a causa da minha úlcera?
- A bactéria já foi pesquisada?

A primeira complicação é a úlcera que sangra.

A úlcera que sangra

EM UMA FRASE

Estabilizar primeiro; depois achar e fechar o ponto que sangra.

3.1 Os sinais e as primeiras horas

Sejam quais forem as causas, o sangramento aparece no vômito, às vezes escuro como borra de café, ou nas fezes pretas. Desmaio mostra que a perda já é grande.

No pronto-socorro entram primeiro o soro e o remédio que reduz o ácido, os dois na veia, enquanto a equipe colhe sangue para medir a hemoglobina e calcula o escore de Glasgow-Blatchford, que estima o risco. Sangue de doador, em geral, só entra abaixo de um limite de hemoglobina. Depois vem a endoscopia. Ela acha a úlcera e pode parar o sangramento na mesma hora. A diretriz europeia de 2021 pede o exame nas primeiras 24 horas, com a circulação já estabilizada. A Figura 3.1 mostra esse percurso.

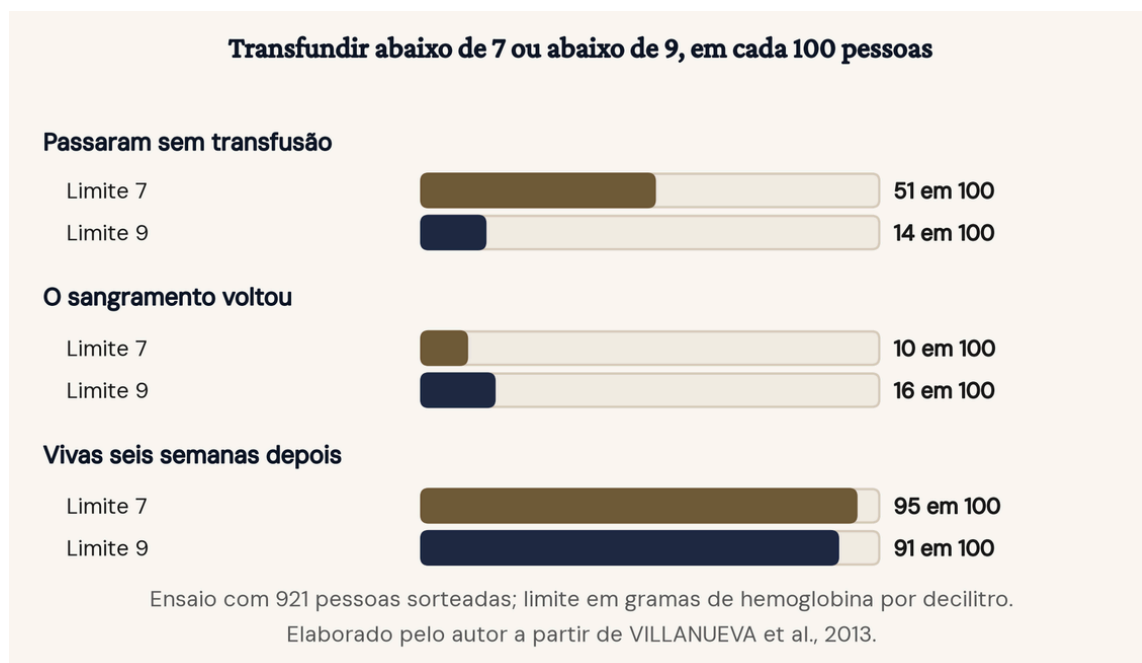


O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Um ensaio de 2013 sorteou 921 pessoas com sangramento grave no trecho alto do tubo digestivo entre dois limites de hemoglobina para transfundir: 7 ou 9 gramas por decilitro (VILLANUEVA et al., 2013). Com o limite mais baixo, 51% não receberam nenhuma bolsa. No outro grupo, 14%. Seis semanas depois, estavam vivas 95 em cada 100 pessoas do limite baixo, contra 91 do limite alto. No subgrupo da úlcera, a diferença na sobrevida não se separou do acaso.

Fonte: VILLANUEVA et al., 2013

O Gráfico 3.2 mostra o ensaio.

**GRÁFICO 3.2**

Transfusão com limite baixo ou alto de hemoglobina: quem não precisou de sangue, quem voltou a sangrar e quem estava vivo seis semanas depois, em cada 100 pessoas.

Elaborado pelo autor a partir de (VILLANUEVA et al., 2013).

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

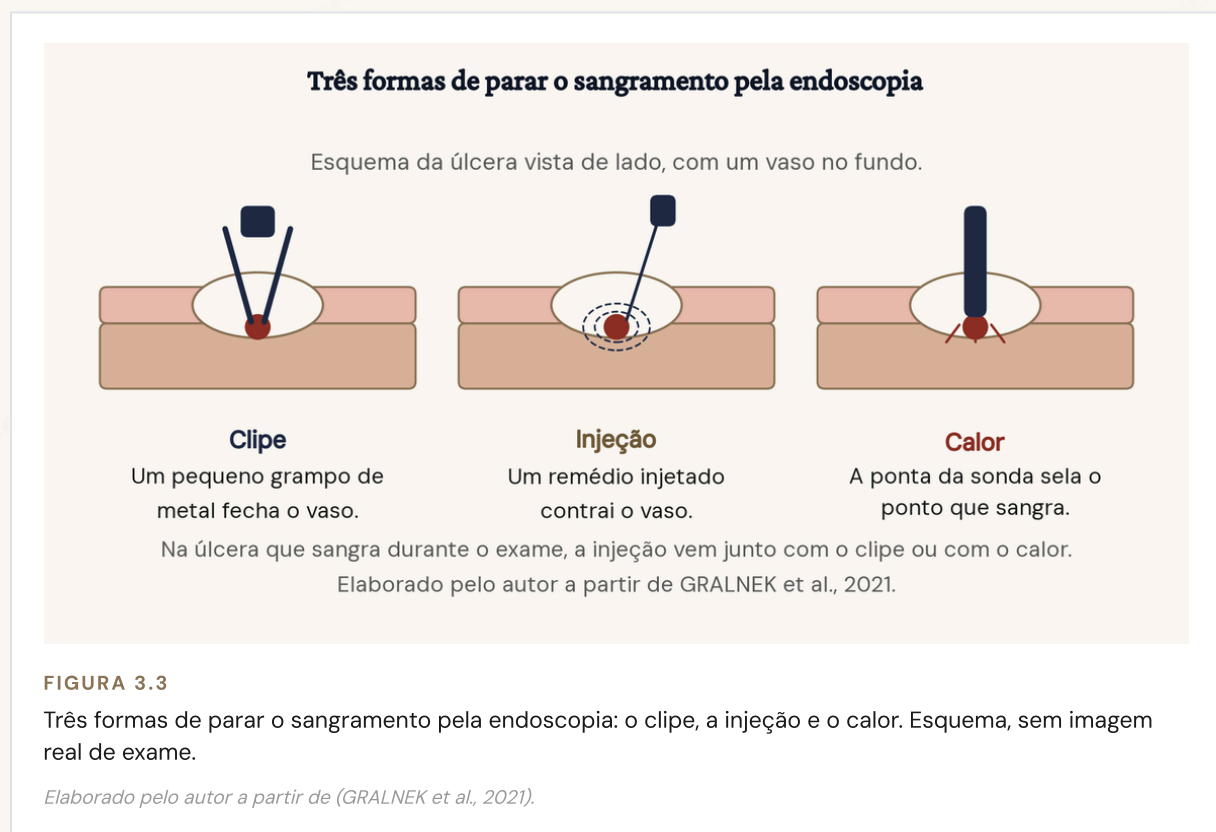
Um ensaio de 2020 sorteou 516 pessoas de risco alto, com escore de 12 ou mais (LAU et al., 2020). Metade fez a endoscopia em até 6 horas; a outra metade, entre 6 e 24 horas. Em 30 dias, morreram 8,9% no grupo mais rápido. No outro, 6,6%. A diferença não se separou do acaso, e a diretriz europeia só antecipa o exame para as primeiras 6 ou 12 horas em quem continua instável (GRALNEK et al., 2026).

Fonte: LAU et al., 2020; GRALNEK et al., 2026

3.2 Como o sangramento é parado por dentro

A úlcera que está sangrando, ou que mostra um vaso exposto no fundo, é tratada na hora.

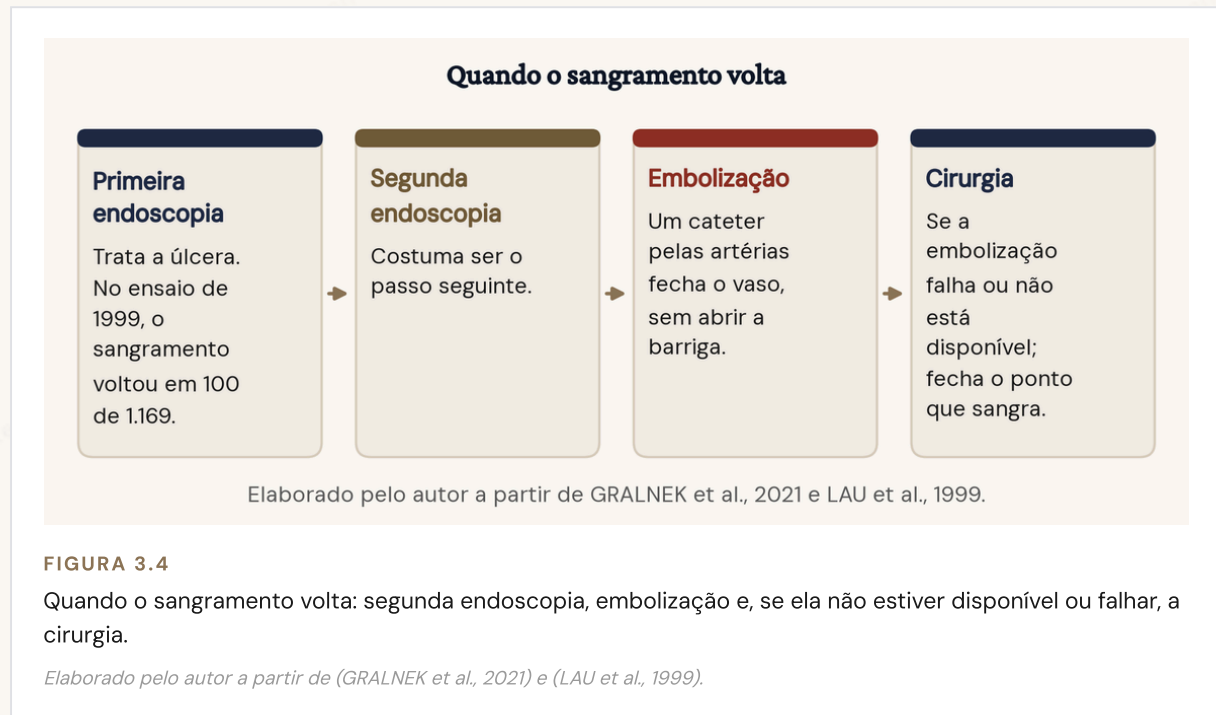
Há três recursos: o clipe, pequeno grampo de metal que fecha o vaso; a injeção de um remédio que contrai o vaso; e o calor, que sela o ponto. Se a úlcera sangra durante o exame, a diretriz europeia recomenda a injeção junto com o clipe ou com o calor, como na Figura 3.3.



3.3 Quando a endoscopia não basta

O sangramento pode voltar. Em 1999, os autores de um ensaio estimavam essa volta em 15 a 20 de cada 100 pessoas tratadas pela endoscopia; no hospital do ensaio, voltou em 100

de 1.169. O passo seguinte costuma ser uma segunda endoscopia. Se ela falhar, entra a embolização: um cateter fino, levado por dentro das artérias, fecha o vaso que alimenta a úlcera sem abrir a barriga. A cirurgia entra quando a embolização falha ou não está disponível: o cirurgião fecha o ponto que sangra, e o tipo de operação depende de onde está a úlcera e do tamanho dela. Quando é preciso retirar parte do estômago, o guia desta série sobre gastrectomia subtotal explica a operação. A Figura 3.4 mostra esses degraus.



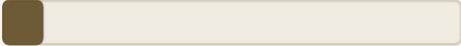
O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Um ensaio de 1999 sorteou pessoas cujo sangramento tinha voltado entre repetir a endoscopia e operar (LAU et al., 1999). Das 48 que repetiram a endoscopia, 35 ficaram sem sangrar. As outras 13 foram operadas. Tiveram complicação 16 pessoas do grupo levado direto à cirurgia e 7 do grupo da nova endoscopia. A diferença de mortes não se separou do acaso. Uma revisão de 2019 juntou 13 estudos sem sorteio, com 1.077 pessoas cujo sangramento a endoscopia não parou (TARASCONI et al., 2019). A embolização teve mais sangramento de volta e menos complicações que a cirurgia; a mortalidade das duas não se separou do acaso.

Fonte: LAU et al., 1999; TARASCONI et al., 2019

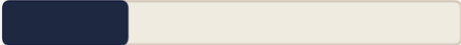
O Gráfico 3.5 mostra esse ensaio.

O sangramento que volta, num ensaio de 1999**No hospital do ensaio, depois da primeira endoscopia**

O sangramento voltou  100 de 1.169

Das 48 pessoas que repetiram a endoscopia

Ficaram sem sangrar  35 de 48

Foram operadas  13 de 48

Em 1999, os autores estimavam essa volta em 15 a 20 de cada 100.

Elaborado pelo autor a partir de LAU et al., 1999.

GRÁFICO 3.5

O sangramento que volta depois da primeira endoscopia e o resultado de uma segunda tentativa, num ensaio de 1999.

Elaborado pelo autor a partir de (LAU et al., 1999).

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- A úlcera foi tratada na endoscopia?
- Quando posso voltar ao AAS ou ao anticoagulante?

A mesma ferida tem outra complicação, com outra conduta: a úlcera que perfura.

A úlcera que perfura

EM UMA FRASE

Pelo furo o conteúdo vaza, e o tempo passa a contar.

4.1 A dor que chega de repente

A úlcera que sangra se mostra no vômito ou nas fezes. A que perfura se mostra como dor, que começa de repente no alto da barriga e logo se espalha. A barriga fica dura. Mexer piora.

O suco do estômago que passa pelo furo irrita o peritônio, a membrana que forra a barriga por dentro, e pode infectá-lo: é a peritonite. Na tomografia, a equipe procura o ar que escapou pelo furo.

4.2 O que a cirurgia faz

A cirurgia continua sendo o caminho padrão. Ela lava a barriga e fecha o furo, e uma das formas de fechar é o remendo de omento: uma língua da gordura que pende do estômago, o omento, é deitada sobre o furo e presa com pontos, como mostra a Figura 4.1. O fechamento pode ser feito por laparoscopia ou pela via convencional, e a Tabela 4.2 compara as duas.

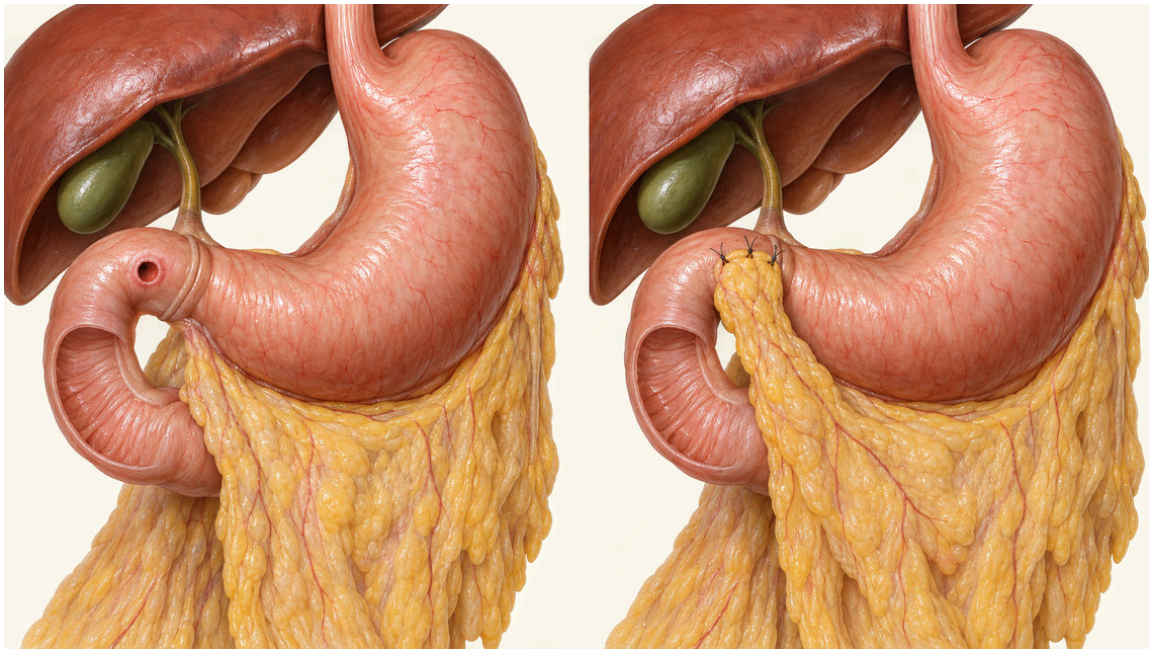


FIGURA 4.1
À esquerda, a úlcera que perfurou: um furo pequeno na frente do duodeno, logo depois do piloro. À direita, o furo fechado com um remendo feito de uma língua do omento, a gordura que pende do estômago, presa com pontos.

Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial

TABELA 4.2 — LAPAROSCOPIA OU VIA CONVENCIONAL PARA FECHAR A PERFURAÇÃO, COM O CONTRA DE CADA UMA

VIA	O QUE OS ESTUDOS MOSTRARAM	O CONTRA	COSTUMA SER CONSIDERADA QUANDO
Laparoscópica	Numa revisão de oito ensaios, menos dor e menos infecção da ferida que a via convencional	Depende de equipe treinada e de equipamento disponíveis na hora; o gás na barriga pode não ser tolerado por quem está instável	A pessoa está estável e há laparoscopia no plantão
Convencional	Acesso direto, sem depender de equipamento especial; na revisão Cochrane de três ensaios, as complicações de infecção na barriga e no pulmão não se separaram das da laparoscopia	Corte maior no alto da barriga, com mais dor e mais infecção da ferida na revisão de oito ensaios	Instabilidade, barriga muito contaminada ou falta de laparoscopia no plantão

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de (GAVRIILIDIS et al., 2025) e (SANABRIA et al., 2013).

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

A revisão Cochrane de 2013 achou três ensaios que sortearam as duas vias, e as complicações de infecção na barriga e no pulmão não se separaram do acaso (SANABRIA et al., 2013). Uma revisão de 2025 somou oito ensaios e 657 pessoas (GAVRIILIDIS et al., 2025). A dor e a infecção da ferida foram maiores pela via convencional que com a laparoscopia.

Fonte: SANABRIA et al., 2013; GAVRIILIDIS et al., 2025

4.3 O risco, em números

O Gráfico 4.3 põe em pessoas o risco medido em dois estudos.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

No primeiro semestre de 2022, 159 hospitais de 52 países registraram 1.874 adultos operados por úlcera perforada, com idade mediana de 49 anos (ABOUELAZAYEM et al., 2024). Em 30 dias, 48,5% tiveram alguma complicação. Morreram 9,3%. Choque na chegada, rins afetados, idade acima de 50 anos e sexo feminino andaram junto com mais risco. A internação durou 7 dias pela mediana. Um registro dinamarquês somou 2.668 operados entre 2003 e 2009, com idade mediana de 70,9 anos (BUCK et al., 2013). Ali, 26,5% morreram em 30 dias. Quem esperou mais pela operação sobreviveu menos: mesmo com os outros fatores descontados, a chance de sobreviver era 2,4% menor a cada hora a mais de espera pela cirurgia depois da chegada.

Fonte: ABOUELAZAYEM et al., 2024; BUCK et al., 2013

Úlcera perforada operada: o que aconteceu em 30 dias

Em cada 100 pessoas operadas, em dois estudos.

Estudo de 52 países, idade mediana de 49 anos**Registro dinamarquês, idade mediana de 70,9 anos**

Elaborado pelo autor a partir de ABOUELAZAYEM et al., 2024 e BUCK et al., 2013.

GRÁFICO 4.3

Complicação e morte em 30 dias, em cada 100 pessoas operadas por úlcera perforada: no estudo de 52 países e no registro dinamarquês, de pessoas mais velhas.

Elaborado pelo autor a partir de (ABOUELAZAYEM et al., 2024) e (BUCK et al., 2013).

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- O furo foi fechado por laparoscopia ou pela via convencional?
- A borda da úlcera foi examinada?

Da úlcera, o livro passa a uma urgência mecânica: o vólvulo, em que o estômago gira sobre si mesmo.

O estômago que gira: o vólvulo

EM UMA FRASE

Quando o estômago torce, a comida não entra nem sai.

5.1 Onde e como ele acontece

Depois da perfuração, o vólvulo. Em geral, ele acontece dentro de uma hérnia de hiato, assunto do guia desta série sobre hérnia paraesofágica.

O hiato é a passagem do esôfago pelo diafragma, músculo que separa o peito da barriga. Quando ele se alarga, parte do estômago sobe para o tórax, como na Figura 5.1. Solto ali, o estômago pode girar sobre si mesmo. Na forma aguda, a torção fecha as duas pontas dele. Nada passa.

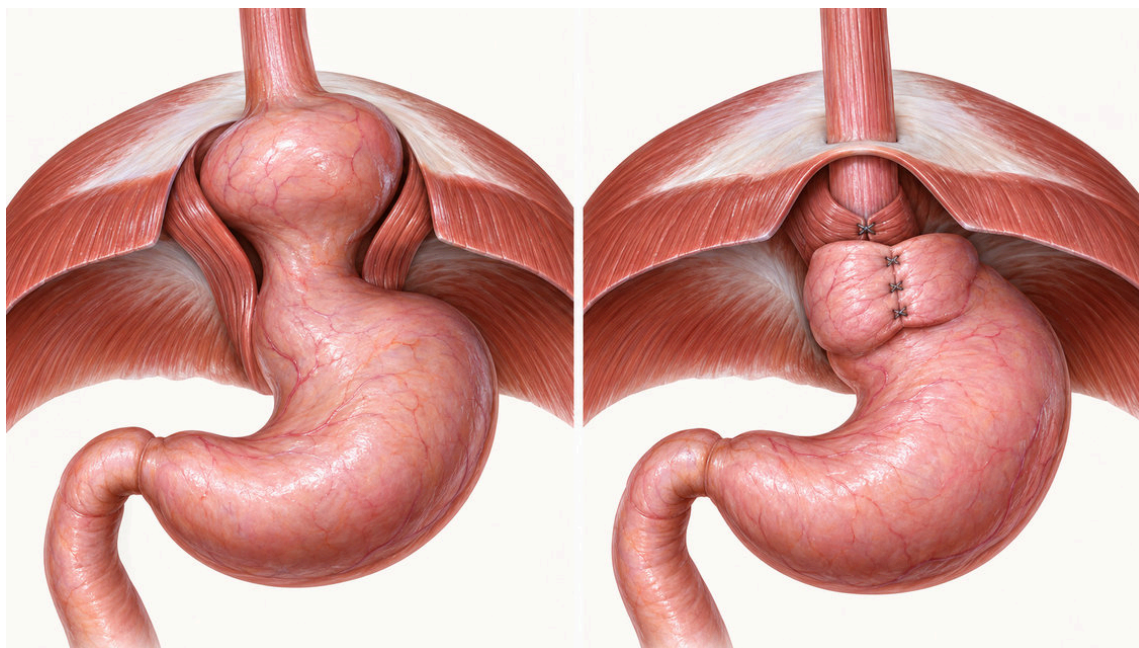


FIGURA 5.1

À esquerda, a hérnia de hiato: a parte alta do estômago atravessou o hiato alargado e ficou acima do diafragma. À direita, uma das formas de correção: o estômago de volta à barriga, os pilares do diafragma aproximados com pontos e o fundo do estômago envolvendo o fim do esôfago, a válvula descrita no guia da hérnia paraesofágica.

Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial

A dor no alto da barriga é forte e não passa. Vem uma ânsia que não consegue vomitar. E a sonda que a equipe tenta passar pelo nariz para no caminho. Esse trio é a pista clássica. É

emergência.

Na outra forma, a torção se desfaz sozinha, e as crises vão e voltam. A Figura 5.2 mostra o estômago torcido e, ao lado, a correção.

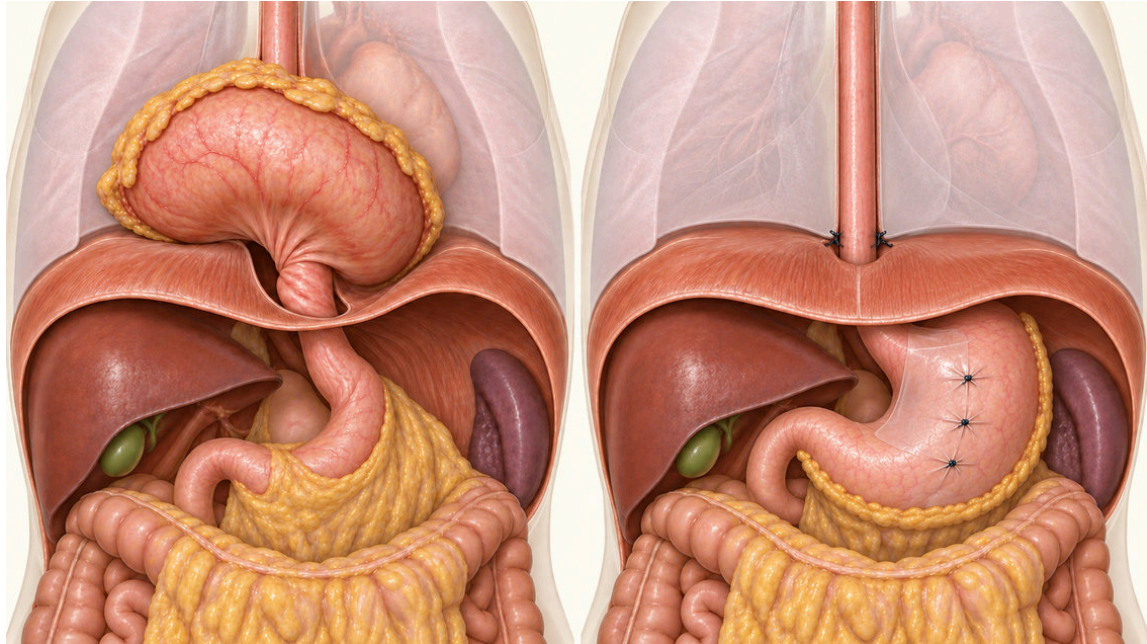


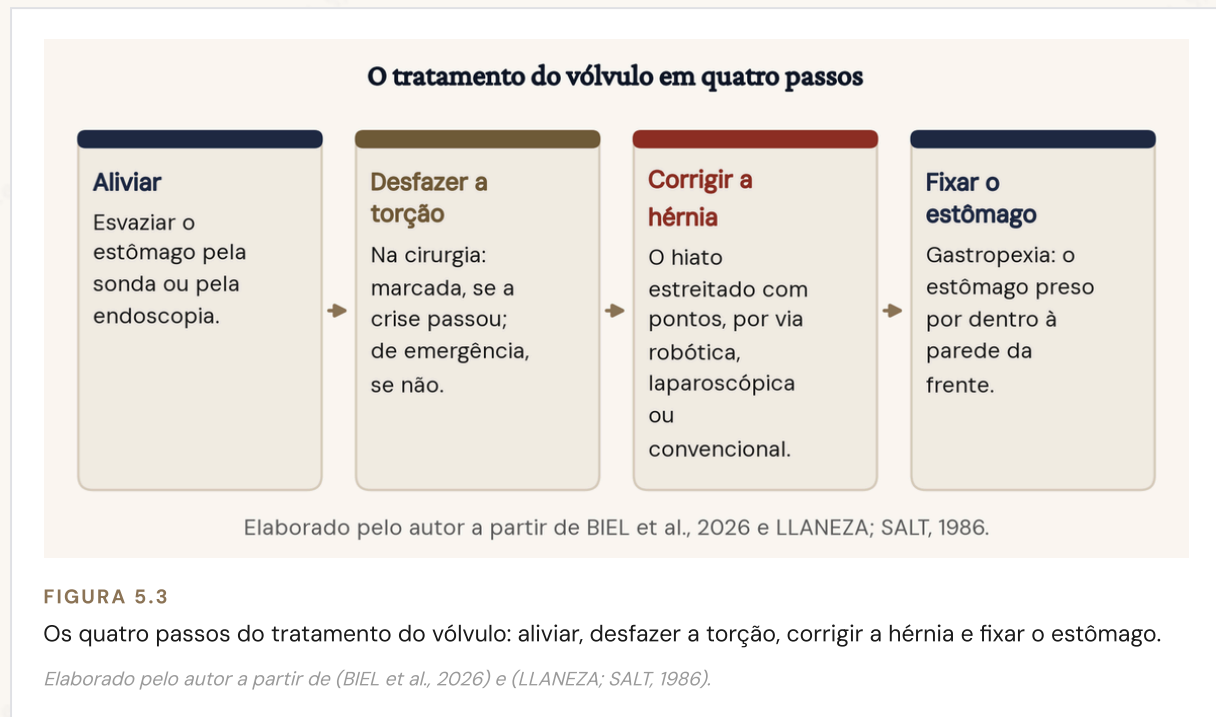
FIGURA 5.2

À esquerda, o vólvulo: boa parte do estômago subiu pelo hiato alargado para dentro do tórax e girou sobre si mesma, de cabeça para baixo. À direita, depois da cirurgia: o estômago de volta à barriga, o hiato fechado com pontos e o estômago preso por dentro à parede da frente.

Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial

5.2 Aliviar, desfazer, corrigir, fixar

O tratamento tem quatro passos, e a Figura 5.3 os põe em ordem. Aliviar é esvaziar o estômago pela sonda ou pela endoscopia, e muitas vezes isso basta para a crise passar e para a cirurgia ser marcada com a pessoa estável; se não basta, a operação é de emergência. Na operação a torção é desfeita e o estômago volta para a barriga. O hiato é estreitado com pontos. Depois, o estômago é preso por dentro à parede da frente, a gastropexia, para não girar de novo. A via pode ser robótica, laparoscópica ou convencional.



O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Um relato de caso de 1986 lembra esse trio clássico e trata o vólvulo agudo como emergência cirúrgica (LLANEZA; SALT, 1986). Numa série de 58 pessoas com hérnia de hiato grande que complicou de repente, com idade média de 81 anos, 81% tiveram alívio e se livraram da operação de emergência depois que o estômago foi esvaziado (BIEL et al., 2026). Uma revisão de 2025 somou 15.178 pessoas operadas por vólvulo agudo, com idade média de 75,3 anos (MANTEROLA et al., 2025). Houve complicação em 32%. A mortalidade foi de 5,7%. Numa série de 36 pessoas, sem sorteio, a internação foi de 6 dias pela mediana com a laparoscopia, contra 14 pela via convencional; três das 18 laparoscopias passaram para a via convencional (TEAGUE et al., 2000).

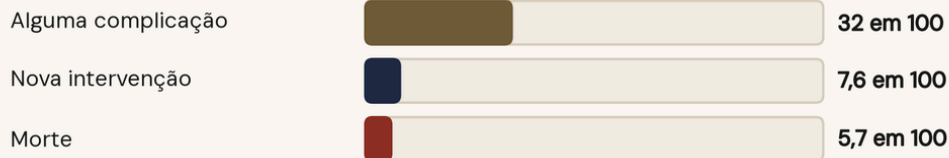
Fonte: LLANEZA; SALT, 1986; BIEL et al., 2026; MANTEROLA et al., 2025; TEAGUE et al., 2000

O Gráfico 5.4 mostra essa revisão.

Depois da cirurgia do vólvulo agudo

Revisão de 171 estudos, com 15.178 pessoas operadas. Em cada 100 pessoas.

O que aconteceu



Elaborado pelo autor a partir de MANTEROLA et al., 2025.

GRÁFICO 5.4

Depois da cirurgia do vólvulo agudo, em cada 100 pessoas: complicação, nova intervenção e morte, numa revisão de 171 estudos.

Elaborado pelo autor a partir de (MANTEROLA et al., 2025).

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- A torção se desfez com a sonda?
- Se der para esperar, quando será a operação?

O próximo capítulo trata do bezoar, que fecha o estômago por dentro.

O bezoar, o bolo que se forma no estômago

EM UMA FRASE

Um bolo dentro do estômago, que se trata em degraus.

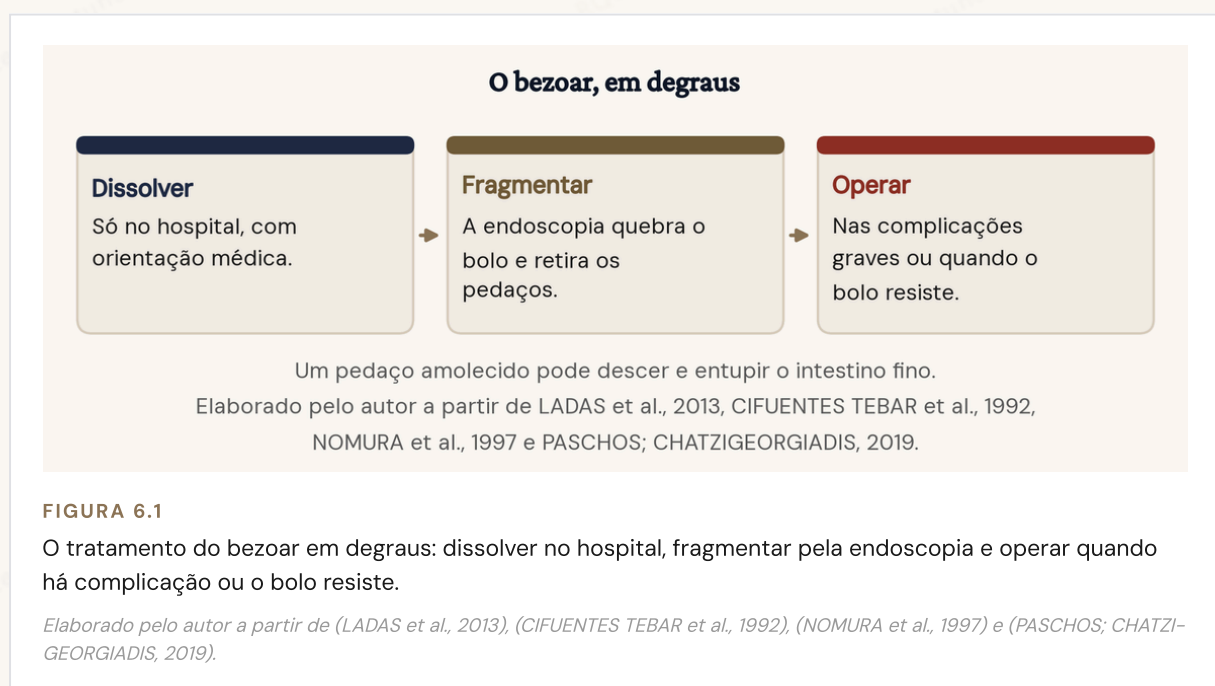
6.1 O que é e de onde vem

Se o vólculo fecha o estômago por fora, o bezoar o ocupa por dentro: é um bolo de material que não se digere e que vai se juntando até atrapalhar a passagem. O mais visto é o de fibras de frutas e vegetais. O de caqui é mais duro. Há também bezoares de cabelo e de comprimidos.

Uma cirurgia anterior no estômago e o esvaziamento lento dele estão entre os fatores de risco. O diabetes também aparece. Às vezes o bezoar não dá sinal. Quando dá, é dor ou desconforto. Nos casos graves ele entope a passagem ou sangra.

6.2 O tratamento em degraus

O tratamento sobe em degraus, como mostra a Figura 6.1. O primeiro é dissolver o bolo: os estudos usaram refrigerante de cola, entre outras coisas, só no hospital e com orientação médica. Em casa, não. Um pedaço amolecido pode descer e entupir o intestino fino. O segundo degrau é a endoscopia, que quebra o bolo; a cirurgia fica para as complicações e para o bolo que resiste.

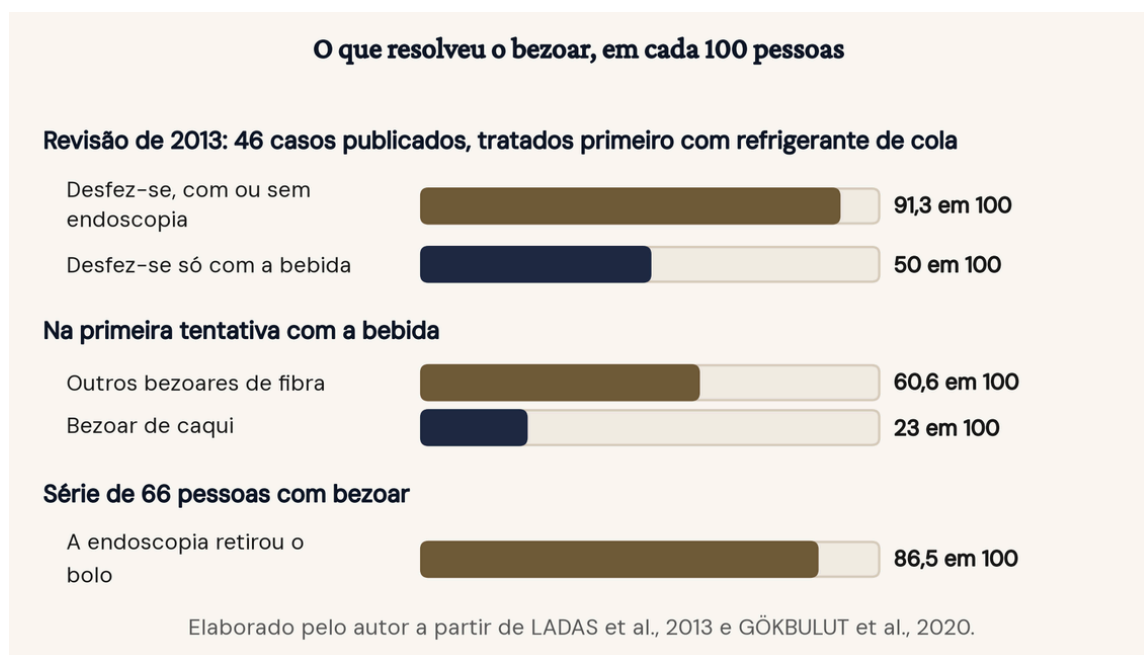


O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Uma revisão de 2013 reuniu 46 casos publicados de bezoar de fibras tratado primeiro com refrigerante de cola (LADAS et al., 2013). Com ou sem a ajuda da endoscopia, o bolo se desfez em 91,3%; na metade dos casos, só com a bebida. O do caqui se desfez na primeira tentativa em 23%, contra 60,6% dos outros. Num serviço de endoscopia, 23% das 66 pessoas com bezoar já tinham operado o aparelho digestivo (GÖKBULUT et al., 2020). Tinham diabetes 17%. A endoscopia retirou o bolo em 86,5%. Entre 56 pessoas que tinham operado o estômago por causa de úlcera e depois formaram um bezoar, numa série antiga, 44% comiam fibra vegetal em excesso (CIFUENTES TEBAR et al., 1992).

Fonte: LADAS et al., 2013; GÖKBULUT et al., 2020; CIFUENTES TEBAR et al., 1992

O Gráfico 6.2 resume esses números.

**GRÁFICO 6.2**

O bezoar em cada 100 pessoas: o que se desfez com a bebida, o que a endoscopia resolveu e a diferença do bezoar do caqui.

Elaborado pelo autor a partir de (LADAS et al., 2013) e (GÖKBULUT et al., 2020).

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- De que tipo é o meu bezoar?
- O tratamento será feito aqui no hospital?

Os caminhos sem operação vêm a seguir: quando não operar e o que fazer enquanto isso.

Quando não operar, e o que fazer enquanto isso

EM UMA FRASE

Sem operação, com alguém olhando de perto.

7.1 Os casos que dispensam a cirurgia

O bezoar dissolvido no hospital é uma urgência resolvida sem cirurgia. Na úlcera que sangra, esse é o caminho mais comum: é raro a endoscopia não conseguir parar o sangramento.

Há quem dispense até a internação. Com escore de Glasgow-Blatchford de até 1 ponto, a diretriz europeia admite fazer a endoscopia depois, fora do hospital, porque o risco, nesse grupo, é muito baixo. Quem decide é a equipe do pronto-socorro, depois de examinar, e essa conta não se faz em casa.

7.2 A perfuração tratada sem cirurgia

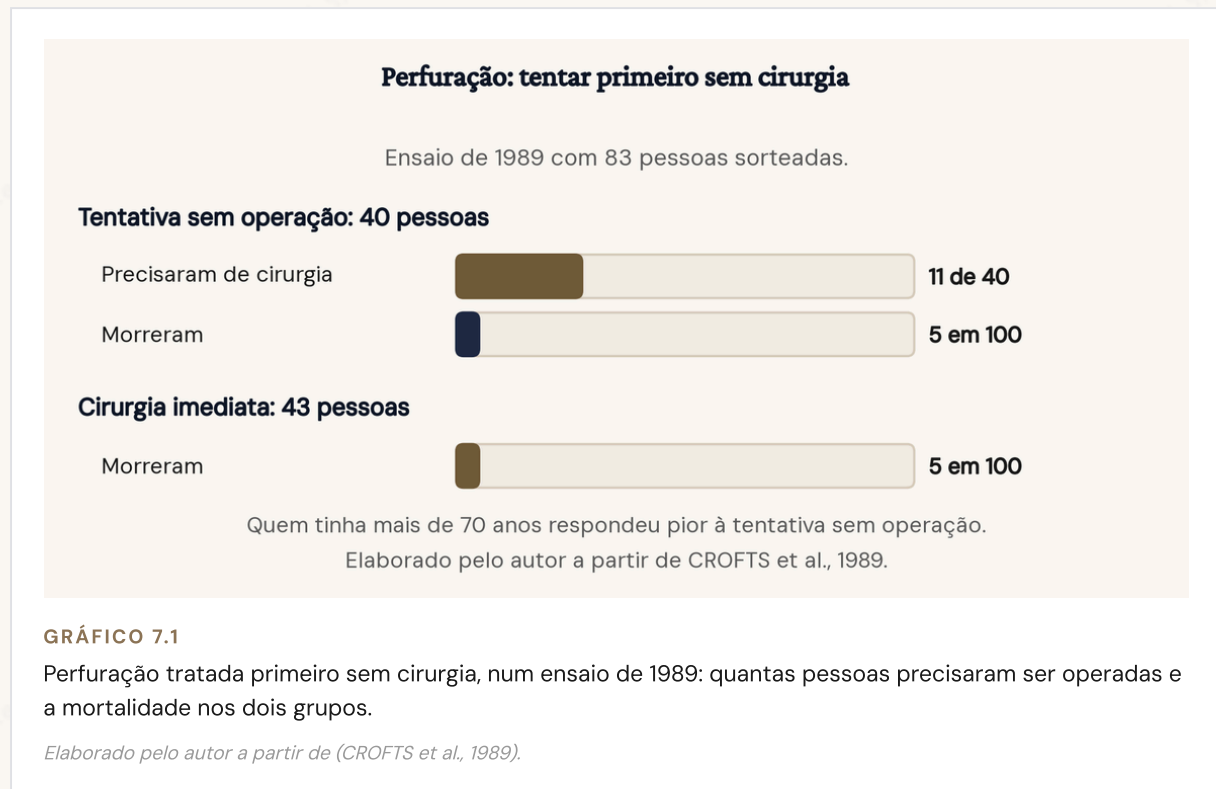
Na perfuração, a cirurgia continua sendo o caminho padrão. A conduta sem operação pode ser considerada pela equipe em casos escolhidos, por exemplo quando o furo parece já ter se fechado sozinho com a pessoa estável. A decisão é da equipe, com reavaliação frequente.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Um ensaio de 1989 sorteou 83 pessoas com úlcera perfurada entre operar logo e tentar sem operação, com antibiótico e remédio contra o ácido na veia, soro e sonda pelo nariz (CROFTS et al., 1989). Na tentativa, mais de 70 em cada 100 escaparam da cirurgia de urgência. Para 11 das 40, as 12 horas de observação não bastaram, e a operação veio depois; em duas, o furo era de um câncer do estômago. Morreram duas pessoas em cada grupo, 5 em cada 100. Esperar teve desvantagens: quem tinha mais de 70 anos respondeu pior, e a internação ficou 35% mais longa.

Fonte: CROFTS et al., 1989

O Gráfico 7.1 mostra esse ensaio.



7.3 Enquanto isso

Esperar, aqui, é vigiar. A equipe mantém o jejum no começo e a sonda quando indicada, e repete os exames. A Figura 7.2 resume, em cada urgência, o que resolve sem cirurgia e quem cuida.

O que resolve sem cirurgia, e quem cuida

- | | |
|---|---|
| <p>1 Úlcera que sangra
A endoscopia controla a maior parte.</p> | <p>2 Escore de até 1 ponto
Às vezes, endoscopia sem internação; quem decide é a equipe.</p> |
| <p>3 Perfuração
Sem cirurgia só em casos escolhidos pela equipe.</p> | <p>4 Vólvulo
Esvaziar o estômago pode aliviar a crise.</p> |
| <p>5 Bezoar
Dissolver no hospital; fragmentar pela endoscopia.</p> | <p>6 Quem cuida
Pronto-socorro, endoscopia, radiologia intervencionista, cirurgia, enfermagem.</p> |

Elaborado pelo autor a partir de TARASCONI et al., 2019, GRALNEK et al., 2021, STANLEY et al., 2017, CROFTS et al., 1989, GAVRIILIDIS et al., 2025, BIEL et al., 2026 e LADAS et al., 2013.

FIGURA 7.2

O que resolve sem cirurgia em cada urgência, e quem cuida de cada etapa.

Elaborado pelo autor a partir de (TARASCONI et al., 2019), (GRALNEK et al., 2021), (STANLEY et al., 2017), (CROFTS et al., 1989), (GAVRIILIDIS et al., 2025), (BIEL et al., 2026) e (LADAS et al., 2013).

A sua parte é avisar na hora se a dor aumentar, se a barriga endurecer, se aparecer febre ou se o sangue voltar no vômito ou nas fezes. Qualquer piora conta.

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Dá para tentar sem cirurgia no meu caso?
- O que faria a equipe mudar de ideia?

Operado ou não, quem passou por uma dessas urgências fica alguns dias no hospital.

No hospital: a sonda, o jejum e a alta

EM UMA FRASE

Estabilizar, tratar, voltar a comer, ir para casa.

8.1 Os primeiros dias

Operar ou não, a internação segue uma ordem parecida, desenhada na Figura 8.1.

A sonda pelo nariz, quando usada, mantém o estômago vazio enquanto ele se recupera, e o jejum dura o mínimo possível: depois de uma endoscopia que parou o sangramento, a diretriz europeia sugere voltar a comer em até 24 horas, enquanto depois da cirurgia a comida volta em etapas, no ritmo da equipe. O remédio que reduz o ácido começa na veia. Depois vira comprimido. A UTI entra quando a circulação ou a respiração pedem vigilância contínua.



8.2 A alta

A bactéria é pesquisada nesses dias, e o capítulo 10 volta a ela. A alta vem quando a pessoa come sem vomitar e controla a dor com remédio pela boca.

Quem ficou com anemia pode começar a repor ferro antes de sair, como sugere a atualização de 2026 da diretriz europeia.

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Quando posso voltar a comer, e o quê?
- O que falta para a alta?

Depois da alta, o cuidado continua em casa. O próximo capítulo trata dos riscos que seguem e dos sinais de alerta.

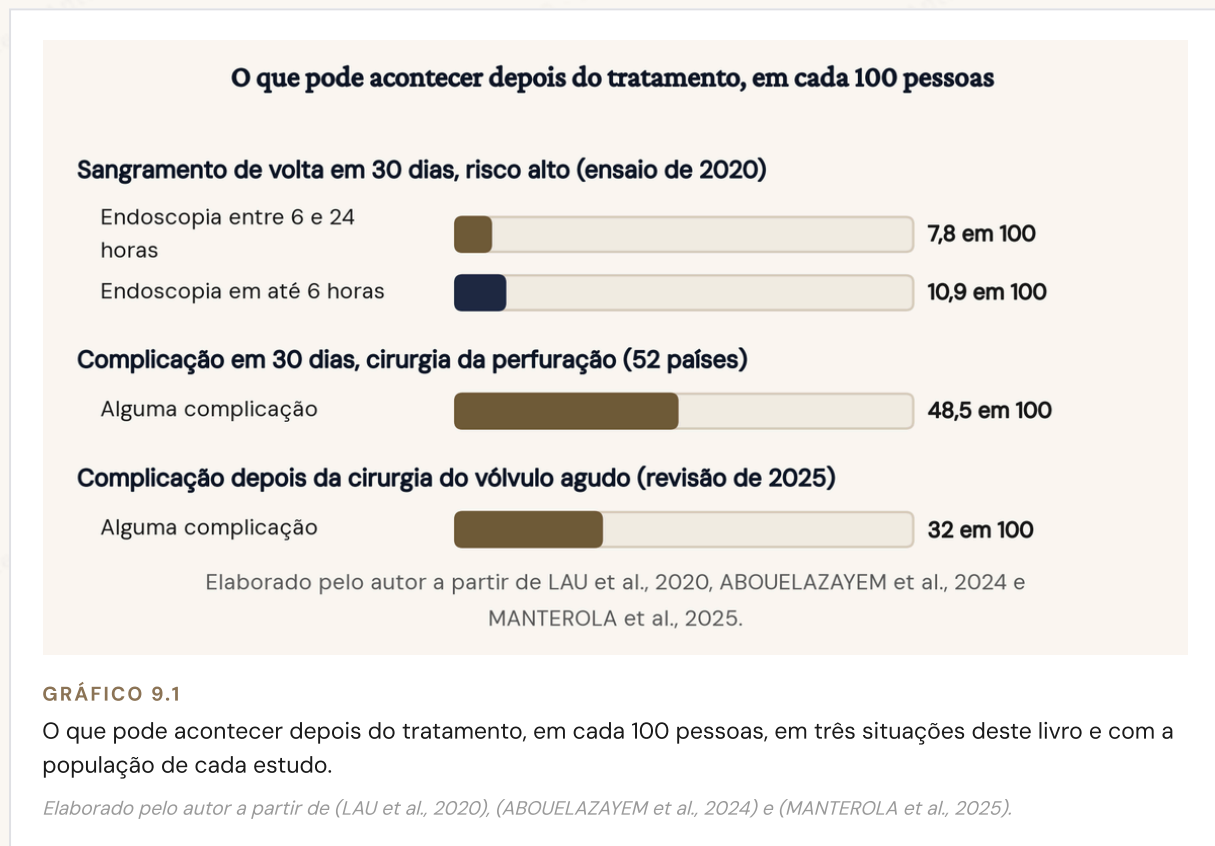
Riscos e sinais de alerta depois da alta

EM UMA FRASE

Saber o que é esperado ajuda a voltar na hora certa.

9.1 O que ainda pode acontecer

Em casa, a pergunta passa a ser o que ainda pode dar errado. Os números deste livro contam desde o tratamento, com os dias de hospital incluídos. O Gráfico 9.1 os junta com o prazo e a população de cada estudo. Nenhum deles é o seu. Quem conhece o seu caso é a equipe.



9.2 Os sinais de alerta em três níveis

Os sinais de emergência são os mesmos cinco da Figura 1.1, e a Figura 9.2 reúne os três níveis num cartão.

SINAIS DE ALERTA**Emergência agora — pronto-socorro ou 192:**

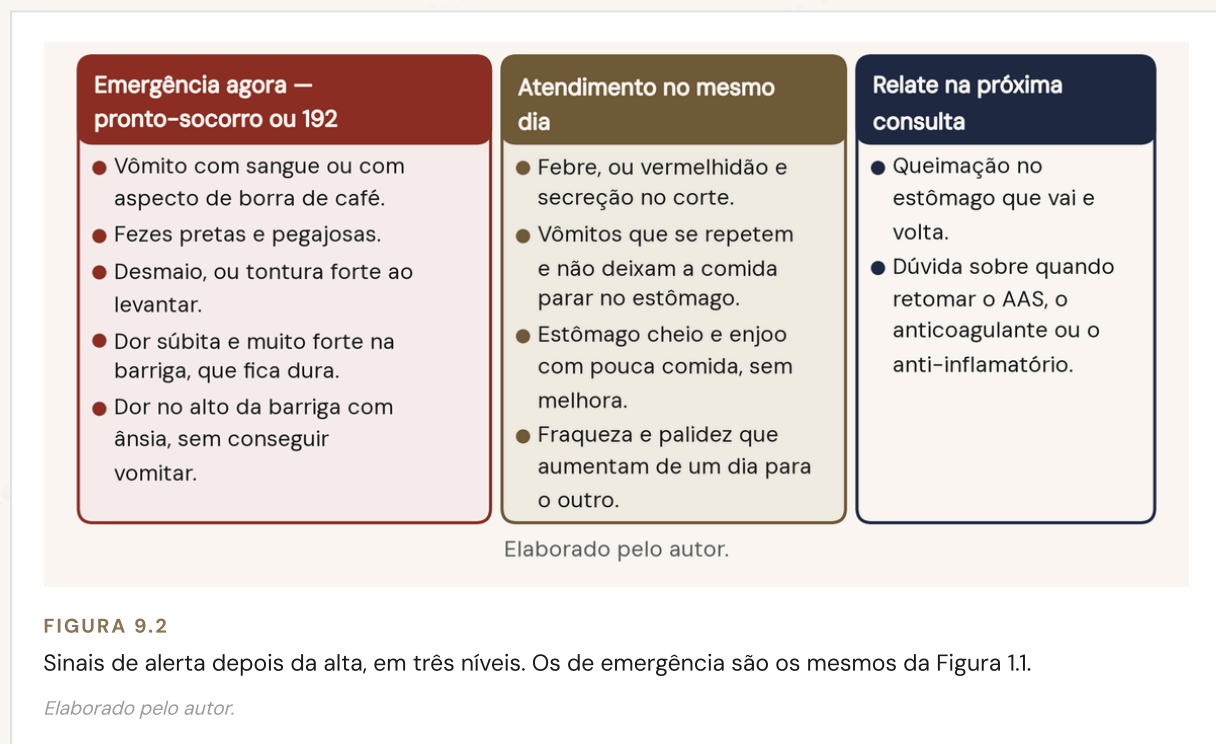
- Os mesmos cinco sinais da Figura 1.1.

Atendimento no mesmo dia:

- Febre, ou vermelhidão e secreção no corte.
- Vômitos que se repetem e não deixam a comida parar no estômago.
- Estômago cheio e enjoo com pouca comida, sem melhora.
- Fraqueza e palidez que aumentam de um dia para o outro.

Relate na próxima consulta:

- Queimação no estômago que vai e volta.
- Dúvida sobre quando retomar o AAS, o anticoagulante ou o anti-inflamatório.

**PERGUNTE AO SEU MÉDICO**

- Quais desses sinais pesam mais no meu caso?
- Para qual telefone ligo, e a qual hospital volto?

Os sinais cuidam das próximas semanas. Evitar que a úlcera volte é trabalho de meses, e o último capítulo trata disso e das perguntas para a consulta.

Evitar que volte, e as perguntas para a consulta

EM UMA FRASE

Tratar a causa é também o que evita a volta da úlcera.

10.1 A bactéria

A prevenção vem depois dos sinais de alerta: cuida dos anos seguintes e começa pela causa. Se a úlcera veio da bactéria, tratá-la reduz muito a chance de voltar a sangrar.

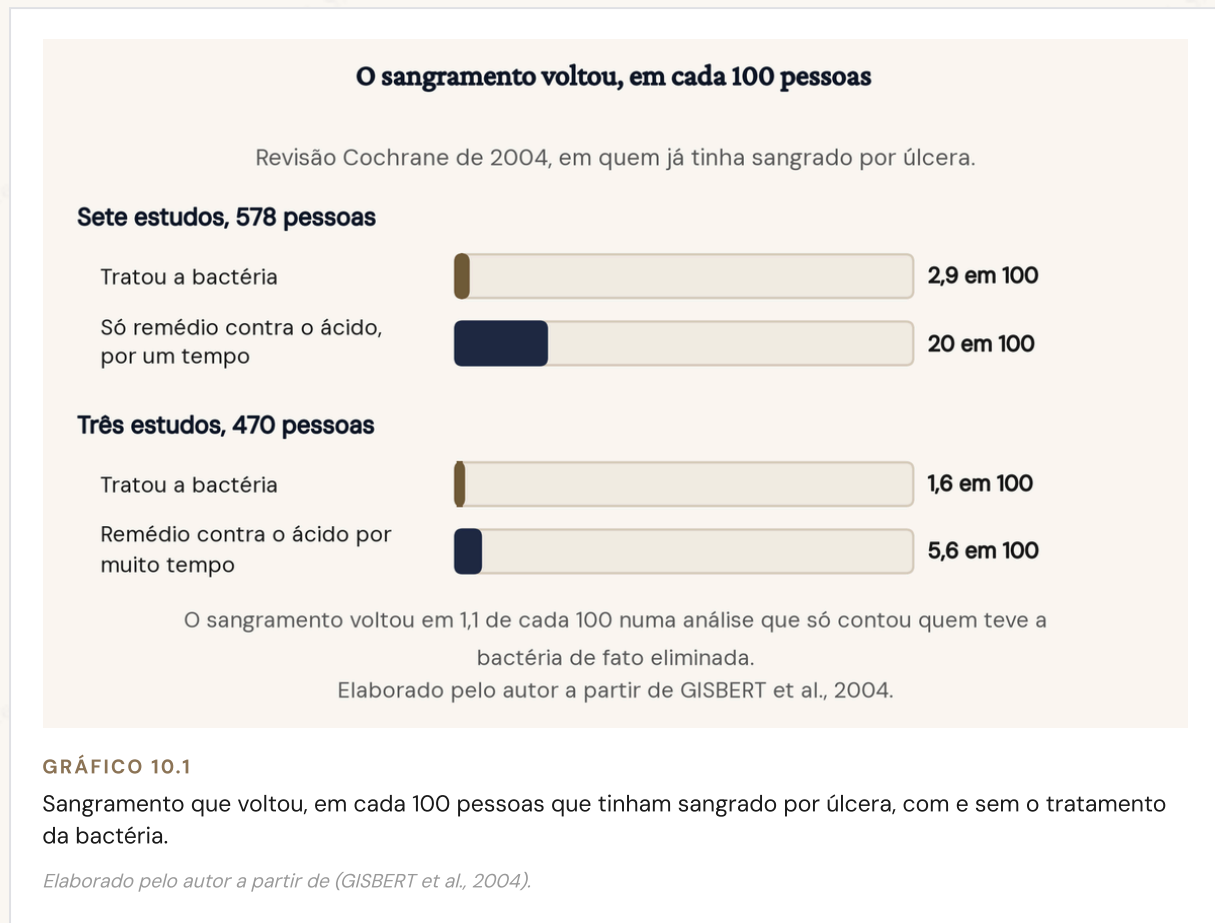
O esquema é do seu médico, e o guia desta série sobre gastrite, *Helicobacter pylori* e má digestão explica o tratamento. Depois dele, um exame confirma que a bactéria saiu.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

A revisão Cochrane de 2004 somou sete estudos com 578 pessoas que tinham sangrado por úlcera (GISBERT et al., 2004). O sangramento voltou em 2,9% de quem tratou a bactéria. Em quem usou só o remédio contra o ácido, por um tempo, voltou em 20%. O sangramento voltou em 1,1% numa análise que só contou quem teve a bactéria de fato eliminada. Na úlcera do estômago, há ainda um tumor a afastar: numa coorte de 432 pessoas, 6 em cada 100 tinham tumor, e a primeira biópsia mostrou 93% deles (SELINGER et al., 2016).

Fonte: GISBERT et al., 2004; SELINGER et al., 2016

O Gráfico 10.1 mostra a diferença em pessoas.



10.2 Os remédios, o cigarro e a biópsia

Quem toma só o AAS em dose baixa porque já teve infarto, derrame ou outro problema de circulação não deve pará-lo por conta própria: para esse grupo, a diretriz europeia recomenda seguir sem pausa ou, se houve suspensão, voltar em 3 a 5 dias, se possível, na data que o médico disser. Nos outros casos, a conduta também é do médico, e o anti-inflamatório pede conversa com quem o receitou. O guia desta série sobre omeprazol e os remédios do estômago explica a proteção contra o ácido. O cigarro, um dos dois fatores principais no grupo dinamarquês do capítulo 2, é a parte que depende de você.

Toda úlcera do estômago deve ser biopsiada. Uma parte delas esconde um tumor. Repetir a endoscopia é decisão do seu médico, e o guia desta série sobre câncer de estômago explica o porquê. A Figura 10.2 reúne essas medidas.

O que ajuda a evitar que a úlcera volte

- | | |
|--|---|
| 1 A bactéria
Tratar e fazer o exame que confirma que ela saiu. | 2 O AAS
Tomado sozinho depois de infarto, derrame ou problema de circulação: não parar por conta própria; quando retomar, o médico diz. |
| 3 O anti-inflamatório
Rever com o médico que o receitou. | 4 O cigarro
Parar de fumar, com ajuda se precisar. |
| 5 A úlcera do estômago
Biópsia; combinar com o médico se a endoscopia será repetida. | 6 O remédio contra o ácido
Tomar pelo tempo que o médico prescrever. |

Elaborado pelo autor a partir de GISBERT et al., 2004, CHEY et al., 2024, GRALNEK et al., 2021 e SELINGER et al., 2016.

FIGURA 10.2

O que ajuda a evitar que a úlcera volte: tratar a bactéria e confirmar que ela saiu, rever os remédios com o médico, parar de fumar e combinar com o médico se a endoscopia será repetida.

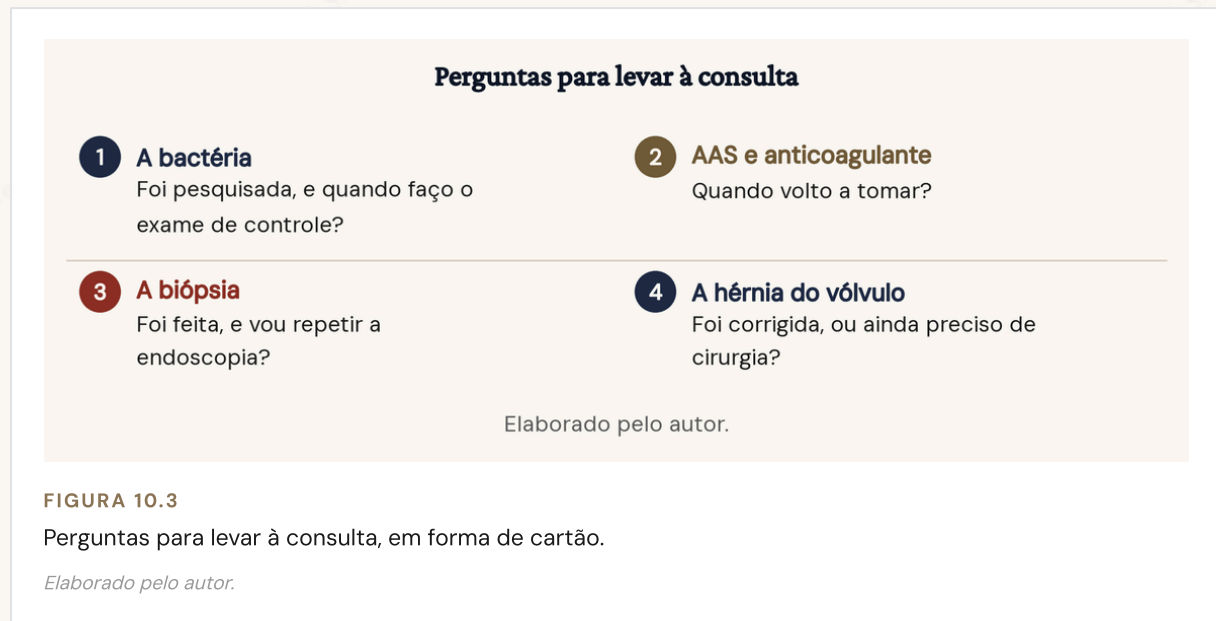
Elaborado pelo autor a partir de (GISBERT et al., 2004), (CHEY et al., 2024), (GRALNEK et al., 2021) e (SELINGER et al., 2016).

10.3 Perguntas para levar à consulta

Leve estas perguntas anotadas; a Figura 10.3 as traz em cartão.

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- A bactéria foi pesquisada, e quando faço o exame de controle?
- Quando volto ao AAS ou ao anticoagulante?
- A biópsia foi feita, e vou repetir a endoscopia?
- A hérnia do vólvulo foi corrigida, ou ainda preciso de cirurgia?



Este livro começou pela pressa e termina pela prevenção. Os números dos capítulos anteriores não são pequenos. Conhecer os sinais ajuda a chegar cedo ao hospital, e tratar a causa da úlcera começa por uma conversa com a equipe que cuida de você.

Glossário

Palavras que aparecem no livro e costumam gerar dúvida.

Úlcera

Ferida no forro de dentro do estômago ou do duodeno, que avança pela parede.

Mucosa

O forro de dentro do estômago e do intestino.

Duodeno

O primeiro trecho do intestino, logo depois do estômago.

Bulbo duodenal

O começo do duodeno, logo depois do piloro.

Piloro

O anel de músculo entre o estômago e o duodeno, que regula a saída da comida.

Helicobacter pylori

Bactéria que se instala no forro do estômago e está entre as causas principais da úlcera.

Anti-inflamatório

Remédio contra dor e inflamação. O AAS faz parte do mesmo grupo.

AAS

O ácido acetilsalicílico, a aspirina. Em dose baixa, é receitado para proteger o coração e a circulação.

Anticoagulante

Remédio que dificulta a formação de coágulos no sangue.

Borra de café

O aspecto do sangue que ficou parado no estômago e escureceu com o ácido.

Fezes pretas

Fezes escuras e pegajosas, sinal de sangue digerido. O nome médico é melena.

Hemoglobina

A parte do sangue que carrega o oxigênio. Medida no exame de sangue, mostra quanto sangue se perdeu.

Transfusão

A passagem de sangue de um doador pela veia.

Escore de Glasgow-Blatchford

Uma soma de dados simples, colhidos no pronto-socorro, que estima o risco de quem sangra no trecho alto do tubo digestivo.

Endoscopia digestiva alta

Exame em que um tubo fino com câmera entra pela boca e mostra por dentro o esôfago, o estômago e o duodeno.

Clipe

Pequeno grampo de metal colocado pela endoscopia para fechar um vaso.

Embolização

Procedimento em que um cateter, levado por dentro das artérias, fecha o vaso que sangra.

Radiologia intervencionista

A área que faz procedimentos por cateter guiados por imagem, como a embolização.

Perfuração

Furo que atravessa a parede inteira do estômago ou do duodeno.

Peritônio

A membrana que forra a barriga por dentro.

Peritonite

A inflamação ou a infecção do peritônio.

Tomografia

Exame de imagem por raio X que mostra o corpo em fatias; na perfuração, mostra o ar que escapou do estômago ou do duodeno.

Omento

A gordura em forma de avental que pende do estômago.

Remendo de omento

O fechamento do furo com uma língua de omento presa por pontos.

Laparoscopia

Cirurgia feita por pequenos cortes, com câmera e instrumentos finos.

Via robótica

Cirurgia por pequenos cortes, com instrumentos articulados comandados de um console.

Via convencional

Cirurgia feita por um corte maior na barriga.

Vólvulo gástrico

A torção do estômago sobre si mesmo.

Diafragma

O músculo que separa o peito da barriga.

Hiato

A passagem do esôfago pelo diafragma.

Hérnia de hiato

A subida de parte do estômago para o tórax por um hiato alargado.

Gastropexia

A fixação do estômago, por dentro, à parede da frente da barriga, para que ele não gire de novo.

Sonda nasogástrica

Tubo fino passado pelo nariz até o estômago, para esvaziá-lo.

Bezoar

Bolo de material que não se digere e se acumula dentro do estômago.

Choque

Queda grave da circulação, com pressão baixa.

UTI

Unidade de terapia intensiva, onde a vigilância é contínua.

Biópsia

A retirada de um pedaço pequeno de tecido para exame ao microscópio.

Ensaio sorteado

Estudo em que um sorteio decide quem recebe cada tratamento, o que torna a comparação mais justa.

Revisão sistemática

Estudo que reúne, por método definido, os estudos publicados sobre uma pergunta.

Revisão Cochrane

Revisão sistemática feita pela Cochrane, rede internacional de pesquisadores, com método padronizado.

Coorte

Grupo de pessoas acompanhado ao longo do tempo para ver o que acontece com elas.

Registro

Base de dados que anota, ano após ano, as pessoas tratadas por um problema num país ou num serviço.

Série de casos

Estudo que descreve um grupo de pessoas tratadas num mesmo serviço, sem grupo de comparação sorteado.

Relato de caso

Publicação que descreve uma pessoa, ou poucas, e o que aconteceu com ela; ajuda a reconhecer um quadro, mas não mede frequência.

Frequência natural

A forma de dizer risco que este livro usa: "X em cada 100 pessoas".

Idade mediana

A idade do meio do grupo: metade das pessoas é mais nova e metade é mais velha.

Não se separou do acaso

Diferença pequena demais para ser atribuída ao tratamento, pelo critério do estudo. Isso não prova que os grupos sejam iguais.

Referências

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

- ABOUELAZAYEM, M. et al. Global 30-day morbidity and mortality of surgery for perforated peptic ulcer: GRACE study. **Surgical endoscopy**, [S. l.], v. 38, n. 8, p. 4402–4414, 2024. DOI: 10.1007/s00464-024-10881-0. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00464-024-10881-0>. Acesso em: 26 set. 2026. PMID: 38886232.
- BIEL, E. et al. Tailored staged approach for acute paraesophageal hernia: safe and effective in high-risk patients. **Surgical endoscopy**, [S. l.], v. 40, n. 3, p. 2006–2017, 2026. DOI: 10.1007/s00464-025-12398-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00464-025-12398-6>. Acesso em: 26 set. 2026. PMID: 41359171.
- BUCK, D. L. et al. Surgical delay is a critical determinant of survival in perforated peptic ulcer. **The British journal of surgery**, [S. l.], v. 100, n. 8, p. 1045–9, 2013. DOI: 10.1002/bjs.9175. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/bjs.9175>. Acesso em: 26 set. 2026. PMID: 23754645.
- CHEY, W. D. et al. ACG Clinical Guideline: Treatment of Helicobacter pylori Infection. **The American journal of gastroenterology**, [S. l.], v. 119, n. 9, p. 1730–1753, 2024. DOI: 10.14309/ajg.0000000000002968. Disponível em: <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000002968>. Acesso em: 26 set. 2026. PMID: 39626064.
- CIFUENTES TEBAR, J. et al. Gastric surgery and bezoars. **Digestive diseases and sciences**, [S. l.], v. 37, n. 11, p. 1694–6, 1992. DOI: 10.1007/BF01299861. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/BF01299861>. Acesso em: 26 set. 2026. PMID: 1425068.
- CROFTS, T. J. et al. A randomized trial of nonoperative treatment for perforated peptic ulcer. **The New England journal of medicine**, [S. l.], v. 320, n. 15, p. 970–3, 1989. DOI: 10.1056/NEJM198904133201504. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJM198904133201504>. Acesso em: 26 set. 2026. PMID: 2927479.
- GAVRIILIDIS, P. et al. Alternative treatments to treat perforated peptic ulcer: a systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. **World journal of emergency surgery**, [S. l.], v. 20, n. 1, p. 31, 2025. DOI: 10.1186/s13017-025-00599-2. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13017-025-00599-2>. Acesso em: 26 set. 2026. PMID: 40217342.
- GISBERT, J. P. et al. H. pylori eradication therapy vs. antisecretory non-eradication therapy (with or without long-term maintenance antisecretory therapy) for the prevention of recurrent bleeding from peptic ulcer. **The Cochrane database of systematic reviews**, [S. l.], v. 2004, n. 2, p. CD004062, 2004. DOI: 10.1002/14651858.CD004062.pub2. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004062.pub2>. Acesso em: 26 set. 2026. PMID: 15106235.
- GÖKBULUT, V. et al. Bezoar in upper gastrointestinal endoscopy: A single center experience. **The Turkish journal of gastroenterology**, [S. l.], v. 31, n. 2, p. 85–90, 2020. DOI: 10.5152/tjg.2020.18890. Disponível em: <https://doi.org/10.5152/tjg.2020.18890>. Acesso em: 26 set. 2026. PMID: 32141815.
- GRALNEK, I. M. et al. Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2021. **Endoscopy**, [S. l.], v. 53, n. 3, p. 300–332, 2021. DOI: 10.1055/a-1369–5274. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/a-1369–5274>. Acesso em: 26 set. 2026. PMID: 33567467.
- GRALNEK, I. M. et al. Endoscopic diagnosis and management of peptic ulcer bleeding: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2026. **Endoscopy**, [S. l.], v. 58, n. 8, p. 899–924, 2026. DOI: 10.1055/a-2863–8314. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/a-2863–8314>. Acesso em: 26 set. 2026. PMID: 42127996.

- HUANG, J. Q.; SRIDHAR, S.; HUNT, R. H. Role of *Helicobacter pylori* infection and non-steroidal anti-inflammatory drugs in peptic-ulcer disease: a meta-analysis. **Lancet**, [S. l.], v. 359, n. 9300, p. 14-22, 2002. DOI: 10.1016/S0140-6736(02)07273-2. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)07273-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07273-2). Acesso em: 26 set. 2026. PMID: 11809181.
- LADAS, S. D. et al. Systematic review: Coca-Cola can effectively dissolve gastric phytobezoars as a first-line treatment. **Alimentary pharmacology & therapeutics**, [S. l.], v. 37, n. 2, p. 169-73, 2013. DOI: 10.1111/apt.12141. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/apt.12141>. Acesso em: 26 set. 2026. PMID: 23252775.
- LAU, J. Y. et al. Endoscopic retreatment compared with surgery in patients with recurrent bleeding after initial endoscopic control of bleeding ulcers. **The New England journal of medicine**, [S. l.], v. 340, n. 10, p. 751-6, 1999. DOI: 10.1056/NEJM199903113401002. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJM199903113401002>. Acesso em: 26 set. 2026. PMID: 10072409.
- LAU, J. Y. W. et al. Timing of Endoscopy for Acute Upper Gastrointestinal Bleeding. **The New England journal of medicine**, [S. l.], v. 382, n. 14, p. 1299-1308, 2020. DOI: 10.1056/NEJMoa1912484. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1912484>. Acesso em: 26 set. 2026. PMID: 32242355.
- LLANEZA, P. P.; SALT, W. B. Gastric volvulus. More common than previously thought?. **Postgraduate medicine**, [S. l.], v. 80, n. 5, p. 279-83, 287-8, 1986. DOI: 10.1080/00325481.1986.11699576. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/00325481.1986.11699576>. Acesso em: 26 set. 2026. PMID: 3763530.
- MANTEROLA, C. et al. Acute paraesophageal hernia with gastric volvulus. Results of surgical treatment: a systematic review and meta-analysis. **World journal of emergency surgery**, [S. l.], v. 20, n. 1, p. 41, 2025. DOI: 10.1186/s13017-025-00617-3. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13017-025-00617-3>. Acesso em: 26 set. 2026. PMID: 40390075.
- NOMURA, H. et al. Small-bowel obstruction during enzymatic treatment of gastric bezoar. **Endoscopy**, [S. l.], v. 29, n. 5, p. 424-6, 1997. DOI: 10.1055/s-2007-1004229. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/s-2007-1004229>. Acesso em: 26 set. 2026. PMID: 9270929.
- PASCHOS, K. A.; CHATZIGEORGIADIS, A. Pathophysiological and clinical aspects of the diagnosis and treatment of bezoars. **Annals of gastroenterology**, [S. l.], v. 32, n. 3, p. 224-232, 2019. DOI: 10.20524/aog.2019.0370. Disponível em: <https://doi.org/10.20524/aog.2019.0370>. Acesso em: 26 set. 2026. PMID: 31040619.
- ROSENSTOCK, S. et al. Risk factors for peptic ulcer disease: a population based prospective cohort study comprising 2416 Danish adults. **Gut**, [S. l.], v. 52, n. 2, p. 186-93, 2003. DOI: 10.1136/gut.52.2.186. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/gut.52.2.186>. Acesso em: 26 set. 2026. PMID: 12524398.
- SANABRIA, A.; VILLEGAS, M. I.; MORALES URIBE, C. H. Laparoscopic repair for perforated peptic ulcer disease. **The Cochrane database of systematic reviews**, [S. l.], v. 2013, n. 2, p. CD004778, 2013. DOI: 10.1002/14651858.CD004778.pub3. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004778.pub3>. Acesso em: 26 set. 2026. PMID: 23450555.
- SELINGER, C. P. et al. Gastric ulcers: malignancy yield and risk stratification for follow-up endoscopy. **Endoscopy international open**, [S. l.], v. 4, n. 6, p. E709-14, 2016. DOI: 10.1055/s-0042-106959. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/s-0042-106959>. Acesso em: 26 set. 2026. PMID: 27556082.
- STANLEY, A. J. et al. Comparison of risk scoring systems for patients presenting with upper gastrointestinal bleeding: international multicentre prospective study. **BMJ**, [S. l.], v. 356, p. i6432, 2017. DOI: 10.1136/bmj.i6432. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.i6432>. Acesso em: 26 set. 2026. PMID: 28053181.
- TARASCONI, A. et al. Perforated and bleeding peptic ulcer: WSES guidelines. **World journal of emergency surgery**, [S. l.], v. 15, p. 3, 2020. DOI: 10.1186/s13017-019-0283-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13017-019-0283-9>. Acesso em: 26 set. 2026. PMID: 31921329.

TARASCONI, A. et al. Transcatheter arterial embolization versus surgery for refractory non-variceal upper gastrointestinal bleeding: a meta-analysis. **World journal of emergency surgery**, [S. l.], v. 14, p. 3, 2019. DOI: 10.1186/s13017-019-0223-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13017-019-0223-8>. Acesso em: 26 set. 2026. PMID: 30733822.

TEAGUE, W. J. et al. Changing patterns in the management of gastric volvulus over 14 years. **The British journal of surgery**, [S. l.], v. 87, n. 3, p. 358-61, 2000. DOI: 10.1046/j.1365-2168.2000.01385.x. Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2168.2000.01385.x>. Acesso em: 26 set. 2026. PMID: 10718808.

VILLANUEVA, C. et al. Transfusion strategies for acute upper gastrointestinal bleeding. **The New England journal of medicine**, [S. l.], v. 368, n. 1, p. 11-21, 2013. DOI: 10.1056/NEJMoa1211801. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1211801>. Acesso em: 26 set. 2026. PMID: 23281973.

Sobre o autor

Dr. Mateus Antunes Nogueira

MÉDICO · CRM-SP 97.070 · CIRURGIÃO DO APARELHO DIGESTIVO · RQE 46345

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 1.1	Os sinais que pedem pronto-socorro agora, os que pedem atendimento no mesmo dia e os que podem esperar a consulta.	Figura_1.1_sinais-agora.png	Elaborado pelo autor.
Figura 1.2	O estômago, o piloro e o duodeno, com o lugar de cada uma das quatro urgências deste livro.	Figura_1.2_mapa-das-quatro-urgencias.png	Adapted from Servier Medical Art (https://smart.servier.com), licensed under CC BY 4.0
Figura 2.1	O estômago aberto, com uma úlcera na parede, e o bulbo do duodeno, logo depois do piloro, o outro lugar onde ela se forma.	Figura_2.1_onde-a-ulcera-se-forma.png	Adapted from Servier Medical Art (https://smart.servier.com), licensed under CC BY 4.0
Gráfico 2.2	Úlcera em cada 100 pessoas: com e sem anti-inflamatório, e, entre quem toma o remédio, com e sem a bactéria.	Grafico_2.2_anti-inflamatorio-e-bacteria.png	Elaborado pelo autor a partir de (HUANG et al., 2002).
Figura 2.3	A úlcera que sangra e a úlcera que perfura: o que acontece na parede e os sinais de cada uma.	Figura_2.3_sangra-ou-perfura.png	Elaborado pelo autor.
Figura 3.1	Do pronto-socorro à endoscopia: estabilizar a circulação, avaliar o risco e fazer o exame nas primeiras 24 horas.	Figura_3.1_do-pronto-socorro-a-endoscopia.png	Elaborado pelo autor a partir de (GRALNEK et al., 2021), (GRALNEK et al., 2026) e (VILLANUEVA et al., 2013).
Gráfico 3.2	Transusão com limite baixo ou alto de hemoglobina: quem não precisou de sangue, quem voltou a sangrar e quem estava vivo seis semanas depois, em cada 100 pessoas.	Grafico_3.2_dois-limites-de-transfusao.png	Elaborado pelo autor a partir de (VILLANUEVA et al., 2013).
Figura 3.3	Três formas de parar o sangramento pela endoscopia: o clipe, a injeção e o calor. Esquema, sem imagem real de exame.	Figura_3.3_como-a-endoscopia-para-o-sangramento.png	Elaborado pelo autor a partir de (GRALNEK et al., 2021).
Figura 3.4	Quando o sangramento volta: segunda endoscopia, embolização e, se ela não estiver disponível ou falhar, a cirurgia.	Figura_3.4_quando-a-endoscopia-nao-basta.png	Elaborado pelo autor a partir de (GRALNEK et al., 2021) e (LAU et al., 1999).

Gráfico 3.5	O sangramento que volta depois da primeira endoscopia e o resultado de uma segunda tentativa, num ensaio de 1999.	Grafico_3.5_quando-o-sangramento-volta.png	Elaborado pelo autor a partir de (LAU et al., 1999).
Figura 4.1	À esquerda, a úlcera que perfurou: um furo pequeno na frente do duodeno, logo depois do piloro. À direita, o furo fechado com um remendo feito de uma língua do omento, a gordura que pende do estômago, presa com pontos.	v016_ulcera-perfurada-e-remendo-de-omento_astra.png	Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial
Gráfico 4.3	Complicação e morte em 30 dias, em cada 100 pessoas operadas por úlcera perfurada: no estudo de 52 países e no registro dinamarquês, de pessoas mais velhas.	Grafico_4.3_risco-da-perfuracao.png	Elaborado pelo autor a partir de (ABOUELAZAYEM et al., 2024) e (BUCK et al., 2013).
Figura 5.1	À esquerda, a hérnia de hiato: a parte alta do estômago atravessou o hiato alargado e ficou acima do diafragma. À direita, uma das formas de correção: o estômago de volta à barriga, os pilares do diafragma aproximados com pontos e o fundo do estômago envolvendo o fim do esôfago, a válvula descrita no guia da hérnia paraesofágica.	v016_hernia-de-hiato-e-correcao_astra.png	Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial
Figura 5.2	À esquerda, o vólvulo: boa parte do estômago subiu pelo hiato alargado para dentro do tórax e girou sobre si mesma, de cabeça para baixo. À direita, depois da cirurgia: o estômago de volta à barriga, o hiato fechado com pontos e o estômago preso por dentro à parede da frente.	v016_volvulo-gastrico-e-gastropexia_astra.png	Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial
Figura 5.3	Os quatro passos do tratamento do vólvulo: aliviar, desfazer a torção, corrigir a hérnia e fixar o estômago.	Figura_5.3_quatro-passos-do-volvulo.png	Elaborado pelo autor a partir de (BIEL et al., 2026) e (LLA-NEZA; SALT, 1986).
Gráfico 5.4	Depois da cirurgia do vólvulo agudo, em cada 100 pessoas: complicação, nova intervenção e morte, numa revisão de 171 estudos.	Grafico_5.4_depois-da-cirurgia-do-volvulo.png	Elaborado pelo autor a partir de (MANTEROLA et al., 2025).
Figura 6.1	O tratamento do bezoar em degraus: dissolver no hospital, fragmentar pela endoscopia e operar quando há complicação ou o bolo resiste.	Figura_6.1_bezoar-em-degraus.png	Elaborado pelo autor a partir de (LADAS et al., 2013), (CIFUENTES TEBAR et al., 1992), (NOMURA et al., 1997) e (PASCHOS; CHATZIGEORGIADIS, 2019).
Gráfico 6.2	O bezoar em cada 100 pessoas: o que se desfez com a bebida, o que a endoscopia resolveu e a diferença do bezoar do caqui.	Grafico_6.2_o-que-resolveu-o-bezoar.png	Elaborado pelo autor a partir de (LADAS et al., 2013) e (GÖKBULUT et al., 2020).
Gráfico 7.1	Perfuração tratada primeiro sem cirurgia, num ensaio de 1989: quantas pess-		

	oas precisaram ser operadas e a mortalidade nos dois grupos.	Grafico_7.1_perfuracao-sem-cirurgia.png	Elaborado pelo autor a partir de (CROFTS et al., 1989).
Figura 7.2	O que resolve sem cirurgia em cada urgência, e quem cuida de cada etapa.	Figura_7.2_sem-cirurgia-e-quem-cuida.png	Elaborado pelo autor a partir de (TARASCONI et al., 2019), (GRALNEK et al., 2021), (STANLEY et al., 2017), (CROFTS et al., 1989), (GAVRIILIDIS et al., 2025), (BIEL et al., 2026) e (LADAS et al., 2013).
Figura 8.1	A internação, marco a marco: estabilizar, tratar, voltar a comer e receber alta. Os tempos variam com cada caso.	Figura_8.1_internacao-marco-a-marco.png	Elaborado pelo autor a partir de (GRALNEK et al., 2021) e (GRALNEK et al., 2026).
Gráfico 9.1	O que pode acontecer depois do tratamento, em cada 100 pessoas, em três situações deste livro e com a população de cada estudo.	Grafico_9.1_o-que-pode-acontecer-depois.png	Elaborado pelo autor a partir de (LAU et al., 2020), (ABOUELAZAYEM et al., 2024) e (MANTEROLA et al., 2025).
Figura 9.2	Sinais de alerta depois da alta, em três níveis. Os de emergência são os mesmos da Figura 1.1.	Figura_9.2_alerta-depois-da-alta.png	Elaborado pelo autor.
Gráfico 10.1	Sangramento que voltou, em cada 100 pessoas que tinham sangrado por úlcera, com e sem o tratamento da bactéria.	Grafico_10.1_tratar-a-bacteria.png	Elaborado pelo autor a partir de (GISBERT et al., 2004).
Figura 10.2	O que ajuda a evitar que a úlcera volte: tratar a bactéria e confirmar que ela saiu, rever os remédios com o médico, parar de fumar e combinar com o médico se a endoscopia será repetida.	Figura_10.2_como-evitar-que-volte.png	Elaborado pelo autor a partir de (GISBERT et al., 2004), (CHEY et al., 2024), (GRALNEK et al., 2021) e (SELINGER et al., 2016).
Figura 10.3	Perguntas para levar à consulta, em forma de cartão.	Figura_10.3_perguntas-para-a-consulta.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 declara não ter recebido patrocínio ou contrapartida de fabricantes de equipamentos ou de medicamentos citados nesta obra. Nenhum medicamento aparece aqui como indicação: quem prescreve é o médico que acompanha você. As ilustrações são didáticas; algumas foram produzidas pelo autor com auxílio de inteligência artificial. A capa e as Figuras 1.2 e 2.1 vêm da Servier Medical Art: Adapted from Servier

Medical Art (<https://smart.servier.com>), licensed under CC BY 4.0. O fundo e os rótulos foram adaptados; o logotipo não é reproduzido.

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.

Colofão. Composto em Crimson Pro (títulos) e DM Sans (texto), da identidade visual do autor. Paginado com CSS Paged Media e gerado em 2026. Formato A4 retrato.