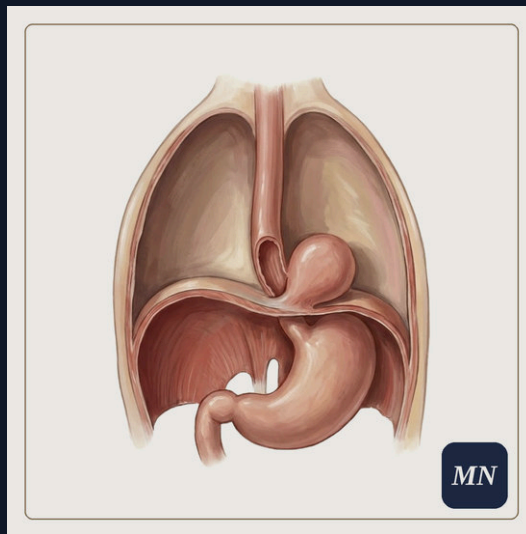

Hérnia de hiato por deslizamento

A endoscopia achou, e agora?



Dr. Mateus Antunes Nogueira

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

Hérnia de hiato por deslizamento

A endoscopia achou, e agora?

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 2
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 achado que trouxe você até aqui	4
1.1 Para quem é, e como usar	4
1.2 O que faz a leitura parar e o telefone tocar	5
2. O hiato, e o que escorregou por ele	8
2.1 A passagem entre o peito e a barriga	8
2.2 O tipo que escorrega, e os outros	9
2.3 Por que apareceu em mim	10
3. O que a hérnia causa, e o que vem de outro lugar	13
3.1 O que a hérnia desfaz	13
3.2 A queixa que é do refluxo	13
4. Como se descobre, e o que o tamanho quer dizer	16
4.1 Quatro exames, quatro perguntas	16
4.2 O número em centímetros	16
5. Quando não se opera, que é o caminho da maioria	19
5.1 A resposta principal, dita cedo	19
5.2 O que fazer enquanto isso	20
6. Quando a cirurgia entra na conversa	23
6.1 O motivo costuma ser o refluxo	23
6.2 Quando a hérnia é grande	24
7. Como é a correção	26
7.1 A montagem, passo a passo	26
7.2 A tela, e por que ela não entra na hérnia pequena	27
7.3 Por console, por furos ou por corte	28
8. O que acontece se eu não tratar	30
8.1 A hérnia que fica onde está	30
8.2 O que levar para a consulta	32
Glossário	34
Referências	36
Sobre o autor	38
Transparência e licenças	39

O achado que trouxe você até aqui

EM UMA FRASE

A endoscopia viu uma hérnia de hiato. Este livro trata do que vem depois dessa linha no laudo.

1.1 Para quem é, e como usar

Você fez uma endoscopia e o laudo trouxe a palavra hérnia. Talvez com um número em centímetros ao lado. A pergunta que nasce daí é o motivo de este livro existir.

Duas coisas ficam de fora, de propósito: elas têm volume próprio nesta série. O tratamento da azia está no guia sobre o refluxo. As hérnias grandes, em que o estômago sobe ao lado do esôfago, estão no guia da paraesofágica. Aqui o assunto é o tipo que escorrega.

TABELA 1.1 — ONDE ESTÁ CADA ASSUNTO NESTE LIVRO

A SUA PERGUNTA	ONDE ELA É RESPONDIDA
O que é isso que apareceu no laudo?	Capítulo 2
Por que apareceu em mim?	Capítulo 2
A hérnia dói? É ela que causa a minha azia?	Capítulo 3
O tamanho em centímetros importa?	Capítulo 4
Preciso operar?	Capítulo 5
Em que situação a cirurgia entra?	Capítulo 6
Como é a operação?	Capítulo 7
E se eu não fizer nada?	Capítulo 8

A Tabela 1.1 aponta o capítulo de cada dúvida. Leia na ordem, se puder: cada capítulo usa o que o anterior explicou.

Nenhuma página aqui conhece o seu exame. Nada neste texto substitui a consulta em que a decisão será tomada.

1.2 O que faz a leitura parar e o telefone tocar

Antes da explicação vem o combinado de segurança. A hérnia por deslizamento costuma cursar sem urgência, e por isso os poucos sinais capazes de mudar a sua agenda aparecem já aqui.



A Figura 1.2 traz a mesma lista num formato que cabe na tela do celular.

SINAIS DE ALERTA

Os sinais abaixo mudam a agenda, em três níveis.

Emergência agora — pronto-socorro ou 192:

- Dor no peito com falta de ar, suor frio ou dor que desce pelo braço.
- Ânsia de vômito repetida, sem conseguir vomitar.
- Vômito com sangue, ou fezes pretas e pastosas.

No mesmo dia:

- Alimento que para e não desce.
- Vômito repetido que impede de beber água.
- Febre junto com dor ao engolir.

Na próxima consulta:

- Dificuldade para engolir que vem aumentando há semanas.
- Perda de peso que você não procurou.
- Azia que mudou de padrão ou de intensidade.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Achado frequente. Foi assim que o painel multidisciplinar da diretriz cirúrgica de 2024 descreveu a hérnia de hiato, e foi diante dessa frequência que ele se reuniu para organizar as decisões de tratamento (DALY et al., 2024). A diretriz americana de refluxo abre em tom parecido sobre a doença que costuma vir junto: o refluxo segue entre os quadros mais vistos no consultório (KATZ et al., 2022). Duas coisas comuns continuam sendo duas.

Fonte: DALY et al., 2024; KATZ et al., 2022

A explicação começa pela anatomia: o buraco do diafragma por onde o esôfago passa, e o que escorregou por ele.

O hiato, e o que escorregou por ele

EM UMA FRASE

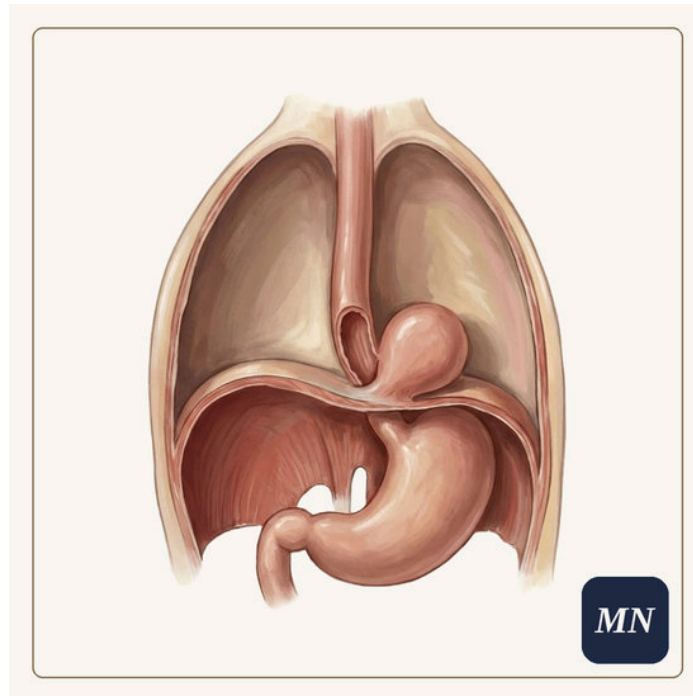
O hiato é o buraco do diafragma por onde o esôfago desce até a barriga. Na hérnia, parte do estômago sobe por esse mesmo buraco.

2.1 A passagem entre o peito e a barriga

Os sinais de alerta que encerram o capítulo do achado são raros. O comum é isto: uma peça de anatomia fora do lugar.

O esôfago — o tubo muscular que leva o alimento da boca ao estômago — desce pelo tórax e atravessa o diafragma, o músculo que separa o peito do abdome. O buraco por onde ele passa tem nome: hiato.

Nessa passagem existe um sistema de contenção com quatro peças. Um anel de músculo na ponta do esôfago, o esfíncter inferior do esôfago, fica fechado em repouso e relaxa para o alimento entrar, enquanto as fibras do diafragma abraçam o hiato por fora e apertam a cada respiração. O esôfago desemboca no estômago em ângulo agudo, o que cria uma aba. E o último trecho dele fica no abdome, sob a mesma pressão da barriga. As quatro servem à mesma função: deixar descer, impedir de subir. Basta uma ceder.

**FIGURA 2.1**

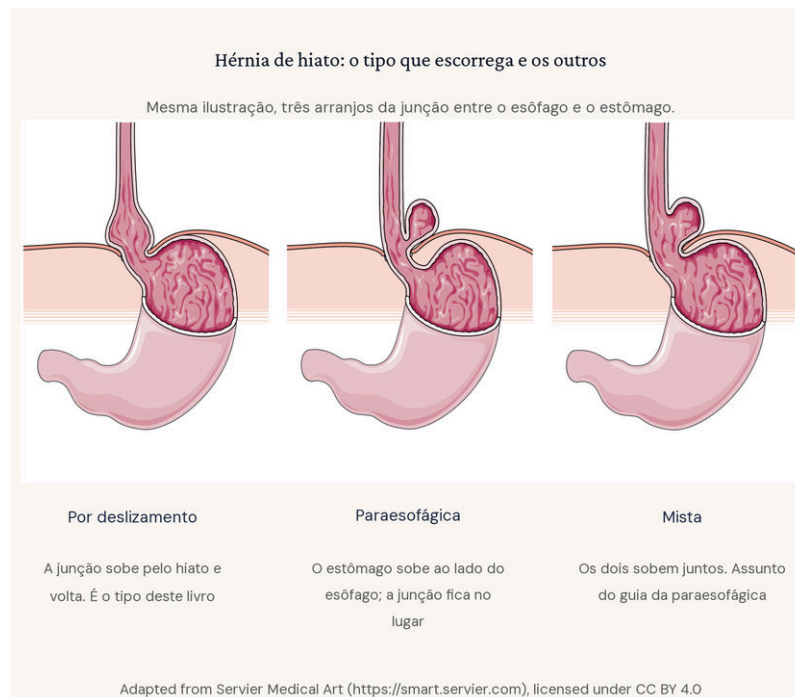
A hérnia de hiato. Parte do estômago atravessou o hiato alargado e ocupa um espaço dentro do tórax.

Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial

A Figura 2.1 desenha o que o seu laudo descreveu em palavras.

2.2 O tipo que escorrega, e os outros

Na hérnia por deslizamento, a junção esofagogástrica — o ponto em que o esôfago termina e o estômago começa — escorrega para cima e volta. É o tipo mais comum, e é o deste livro. Nos outros, o estômago sobe ao lado do esôfago; esses carregam o sobrenome paraesofágico e têm guia próprio.

**FIGURA 2.2**

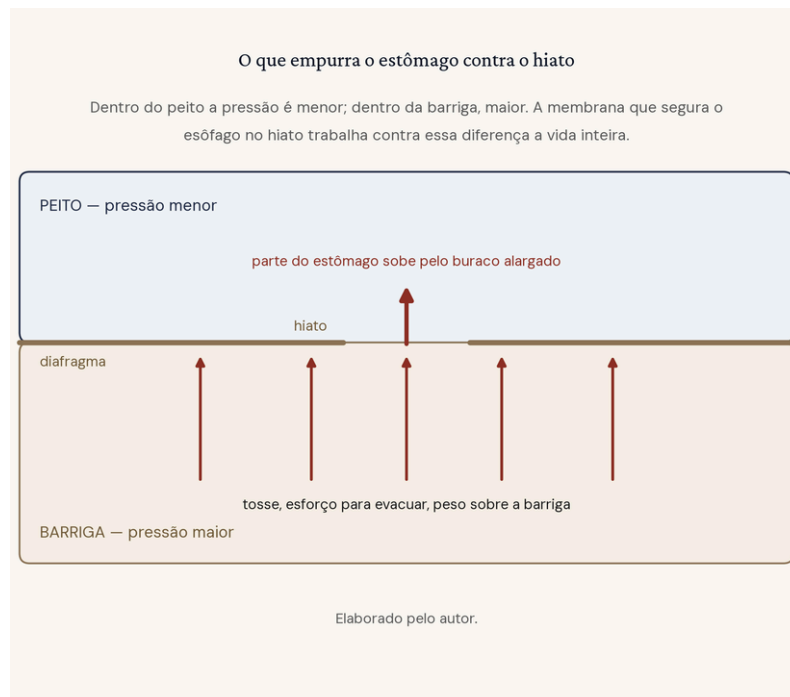
Os três arranjos lado a lado: a hérnia por deslizamento, a paraesofágica e a mista. O que muda entre eles é a posição da junção.

Adapted from Servier Medical Art (<https://smart.servier.com>), licensed under CC BY 4.0

Ponha os desenhos da Figura 2.2 lado a lado: o ponto de referência é sempre a junção.

2.3 Por que apareceu em mim

O hiato não se abre de uma hora para outra. Ele é atravessado por uma membrana fina, que prende o esôfago à borda do buraco e trabalha a vida inteira contra uma diferença de pressão. Dentro do tórax a pressão é menor; dentro da barriga, maior. A cada tosse, o conteúdo do abdome é empurrado para cima contra essa membrana, que vai perdendo elasticidade como perde elasticidade qualquer tecido tracionado por décadas. Com os anos, ela cede. O buraco alarga. E o que estava embaixo sobe.

**FIGURA 2.3**

A diferença de pressão entre o peito e a barriga, e o que empurra o estômago contra o hiato.

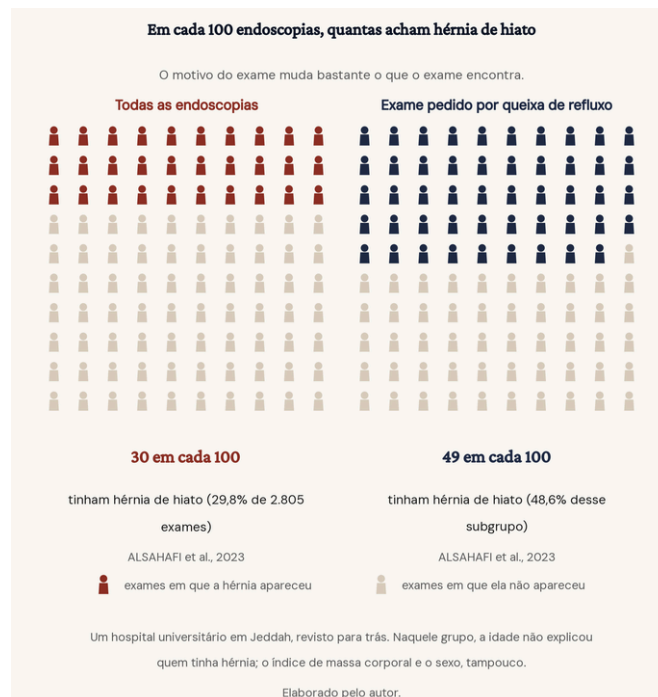
Elaborado pelo autor

A Figura 2.3 mostra esse empurrão. A explicação é mecânica e bem aceita; em números, fica menos redonda.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Um levantamento retrospectivo de hospital universitário reuniu 2.805 pessoas que fizeram endoscopia digestiva alta (ALSAHAFI et al., 2023). Em 29,8% delas havia hérnia. Quando a endoscopia tinha sido pedida por queixa de refluxo, a proporção subiu para 48,6%: o motivo do exame muda bastante o que o exame encontra. Depois vem a parte que surpreende. Os autores foram atrás da idade como explicação e não a encontraram. Com o índice de massa corporal, mesmo resultado. Com o sexo, também. É um serviço só, em Jeddah, olhado para trás, com menos de um terço de homens. O achado não desfaz a mecânica descrita acima; ele desaconselha transformá-la em explicação pessoal.

Fonte: ALSAHAFI et al., 2023

**GRÁFICO 2.4**

Em cada 100 endoscopias, quantas encontraram hérnia de hiato: no total e entre as pedidas por queixa de refluxo.

Elaborado pelo autor a partir de (ALSAHAFI et al., 2023)

O Gráfico 2.4 põe os dois números em cem exames.

Entender o que a hérnia desfez muda a pergunta seguinte, que é sobre o que ela provoca e sobre o que costuma vir de outro lugar.

O que a hérnia causa, e o que vem de outro lugar

EM UMA FRASE

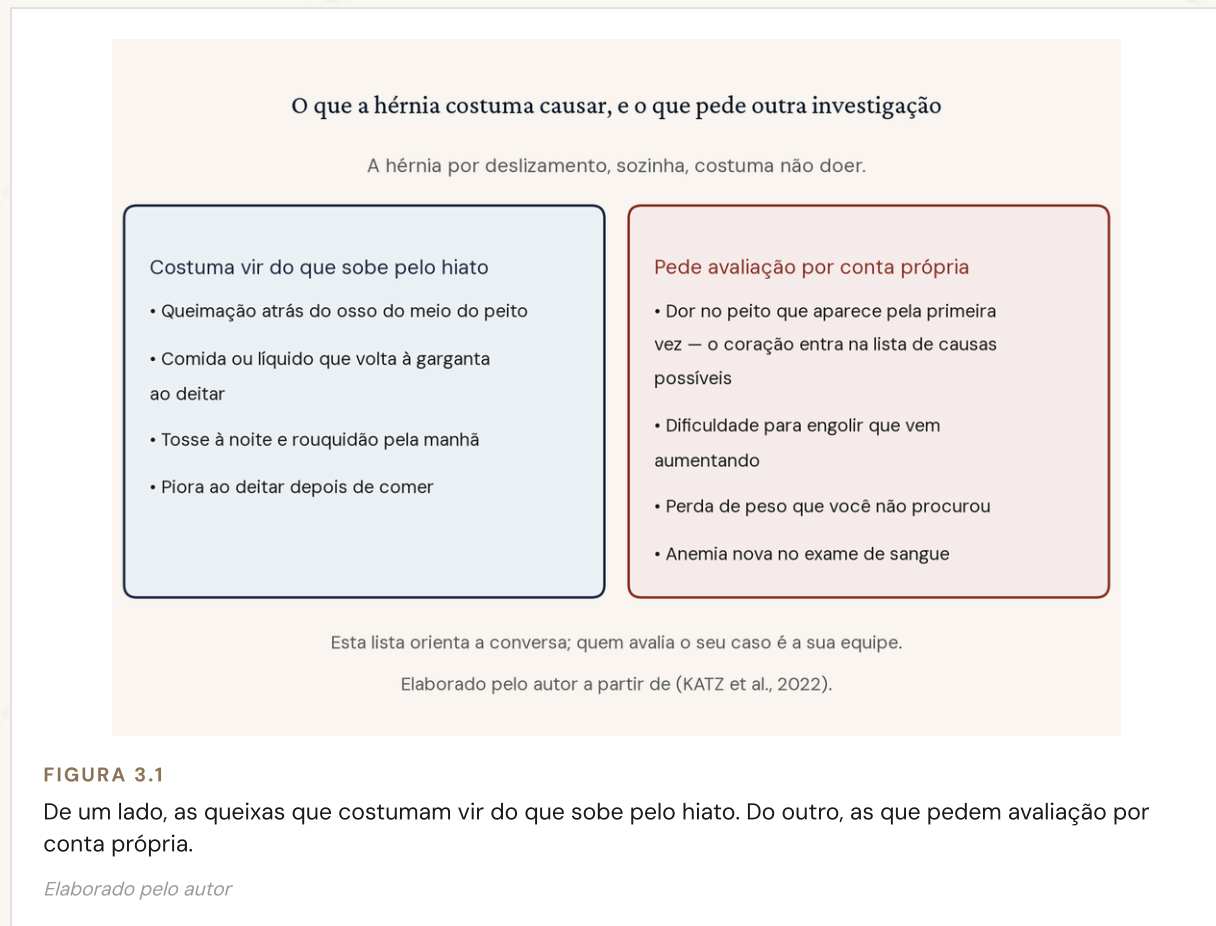
A hérnia por deslizamento, sozinha, costuma não doer. O que incomoda quase sempre é o que sobe por ela.

3.1 O que a hérnia desfaz

Uma peça de anatomia fora do lugar, descrita no capítulo do hiato, altera o equilíbrio daquela passagem. A hérnia desfaz duas das quatro peças da contenção: tira o esôfago da pressão do abdome e afasta o aperto do diafragma do anel de músculo. Ter hérnia aumenta a chance de ter refluxo. Não obriga. A outra ponta vale tanto quanto: há refluxo com o hiato no lugar, e há hérnia sem nunca ter havido azia.

3.2 A queixa que é do refluxo

Queimação atrás do osso do meio do peito. Comida que volta à garganta ao deitar. Essas queixas nascem do que sobe, e quem trata delas é o guia sobre o refluxo desta série. A hérnia entra como cenário.



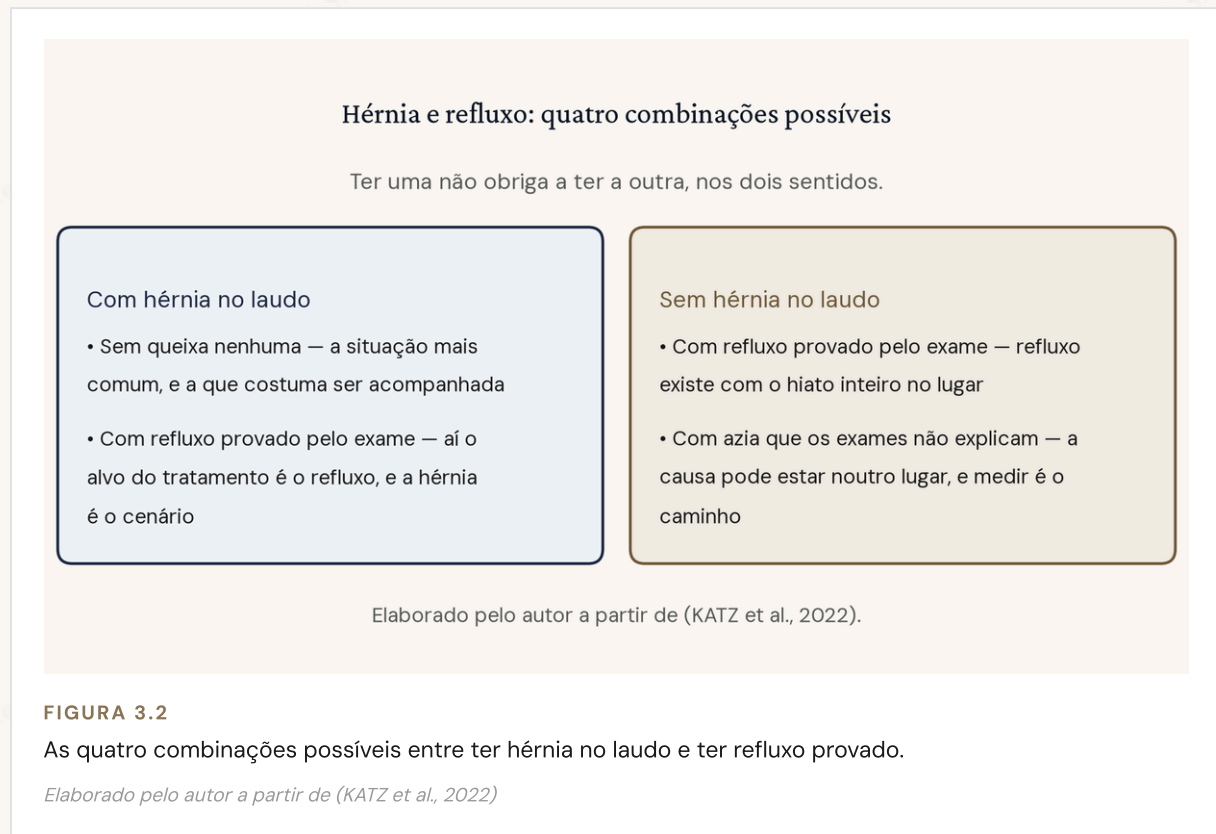
A Figura 3.1 separa os dois grupos. O segundo merece um aviso em voz alta.

Dor no peito que aparece pela primeira vez precisa ser avaliada antes de ser atribuída ao estômago, porque o coração entra na lista de causas possíveis. Dificuldade para engolir e perda de peso pedem consulta pelo mesmo motivo.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

A diretriz americana de refluxo registra que as várias formas de apresentação da doença passaram a ser mais bem reconhecidas, e que os exames acompanharam esse movimento (KATZ et al., 2022). Uma atualização de prática da associação americana de gastroenterologia acrescenta o número que reorganiza a consulta (YADLAPATI et al., 2022). De cada duas pessoas que chegam com suspeita de doença do refluxo, uma pode não tirar proveito algum do bloqueio do ácido. Repare na palavra suspeita: ela descreve quem ainda não teve o diagnóstico provado, e é ali que costuma estar quem carrega uma hérnia no laudo e uma queixa que não melhora.

Fonte: KATZ et al., 2022; YADLAPATI et al., 2022



A Figura 3.2 mostra as quatro combinações.

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- A minha queixa principal é queimação, retorno de comida, ou outra coisa?
- O que no meu caso se explica pela hérnia, e o que pede outra investigação?
- A dor no peito que eu sinto já foi avaliada do ponto de vista do coração?

Separadas as queixas, sobra descobrir o que o exame viu de fato e quanto o tamanho em centímetros quer dizer.

Como se descobre, e o que o tamanho quer dizer

EM UMA FRASE

Cada exame responde a uma pergunta só. O número em centímetros do laudo responde a menos do que parece.

4.1 Quatro exames, quatro perguntas

Quem entendeu a diferença entre a queixa da hérnia e a do refluxo chega ao exame com a pergunta certa na mão. A endoscopia digestiva alta é uma câmera fina que desce pela boca: ela enxerga a inflamação da parede e mede a hérnia. O exame contrastado acompanha o trajeto do que você engole. A pHmetria mede a exposição ao ácido num dia comum. Já a manometria ignora o ácido. Ela mede pressão.

TABELA 4.1 — O QUE CADA EXAME RESPONDE, E O QUE ELE NÃO RESPONDE

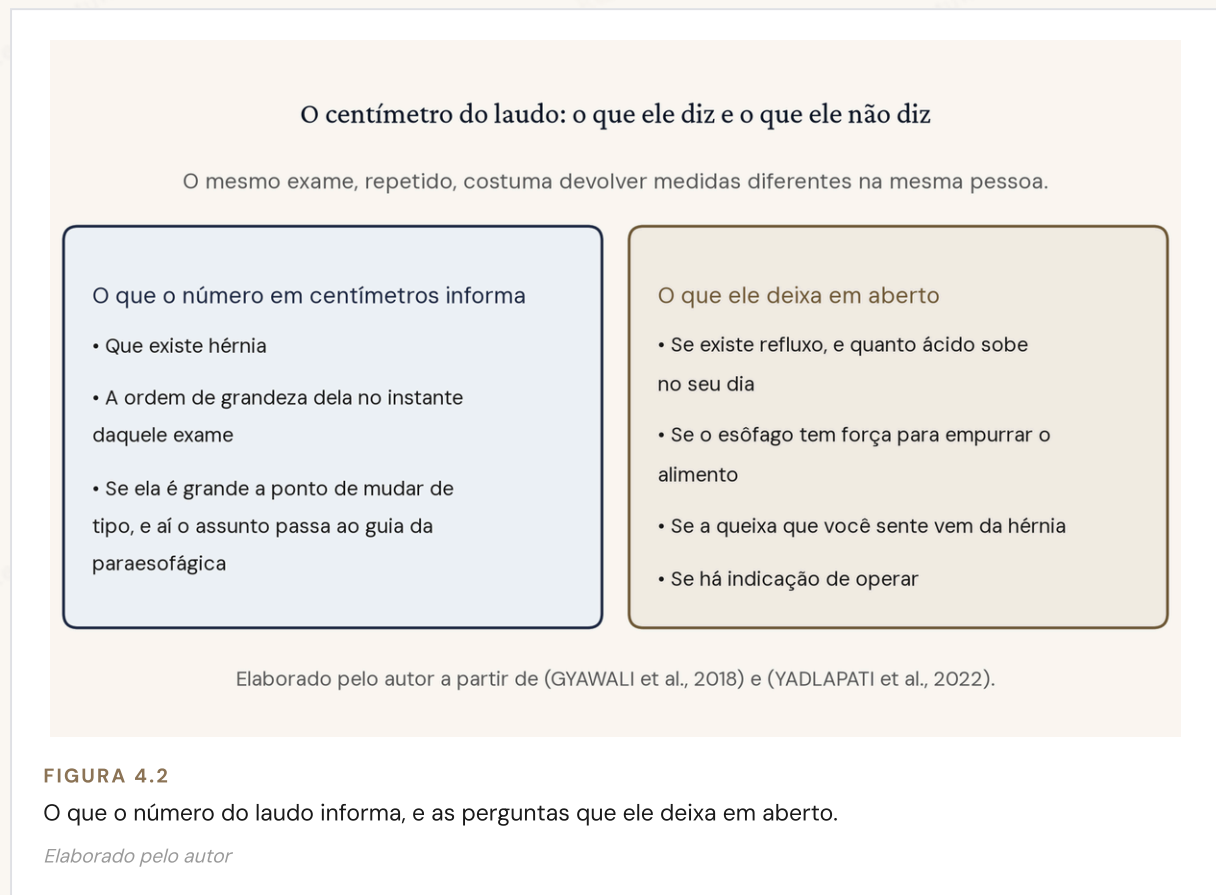
EXAME	RESPONDE	NÃO RESPONDE
Endoscopia digestiva alta	Se existe hérnia e de que tamanho aproximado; se a parede do esôfago está inflamada; permite biópsia	Quanto ácido sobe ao longo do dia; se o esôfago tem força para empurrar
Exame contrastado do esôfago	Onde está o estômago no momento da radiografia; o trajeto do que você engole	Se a queixa vem do ácido; o estado da parede por dentro
pHmetria com impedância	Quanto tempo do dia o esôfago passa exposto ao ácido, e quantos episódios de refluxo houve	O tamanho da hérnia; a força de contração
Manometria de alta resolução	A força das ondas do esôfago e a pressão do esfíncter; afasta a acalasia	Se existe refluxo, e quanto

A Tabela 4.1 mostra por que nenhum desses exames sozinho fecha a conversa. Cada um responde ao que sabe responder.

4.2 O número em centímetros

O laudo costuma trazer a hérnia descrita em centímetros. Esse número muda de um exame para outro na mesma pessoa, porque depende do instante da imagem e de quanto o estômago estava distendido.

O tamanho pesa quando é grande o bastante para mudar o tipo da hérnia, e aí o assunto passa ao guia da paraesofágica. Nas pequenas, ele pesa pouco perto da queixa que você tem.



A Figura 4.2 põe lado a lado o que o centímetro informa e o que ele deixa em aberto.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Um consenso internacional reunido em Lyon fixou os pontos de corte que hoje organizam esses laudos (GYAWALI et al., 2018). Na pHmetria, o corte é a exposição ácida acima de 6% do dia. Na endoscopia, o diagnóstico de refluxo se fecha quando a parede aparece corroída em grau avançado — os graus C e D da classificação de Los Angeles. Um segmento longo de Barrett vale o mesmo. O estreitamento do esôfago provocado pelo ácido tem o mesmo peso. O mesmo documento diz o que a consulta já sugeria: a história clínica e o questionário, sozinhos, não fecham o diagnóstico, e a resposta ao remédio também não. Nenhum desses critérios é o tamanho da hérnia.

Para indicar uma operação antirrefluxo, a atualização americana pede três demonstrações no prontuário (YADLAPATI et al., 2022). Prova de que o refluxo existe e é patológico. Acalasia afastada. Função de contração avaliada. O centímetro do laudo continua fora dessa lista.

Fonte: GYAWALI et al., 2018; YADLAPATI et al., 2022

Com o laudo lido, chega a pergunta central deste livro — e o caminho da maioria, que o próximo capítulo descreve, dispensa a sala de cirurgia.

Quando não se opera, que é o caminho da maioria

EM UMA FRASE

Hérnia por deslizamento achada em exame, sem queixa que a acompanhe, costuma ser assunto de acompanhamento.

5.1 A resposta principal, dita cedo

Confirmada a hérnia pelos exames que a descobriram, e lido o tamanho do laudo, a resposta que a maioria procura cabe numa linha. A maior parte das hérnias por deslizamento não vai para a sala de cirurgia. Elas são acompanhadas, e o que se trata é a queixa, quando existe queixa.



A Figura 5.1 desenha esse caminho em degraus. Ele termina sempre na consulta.

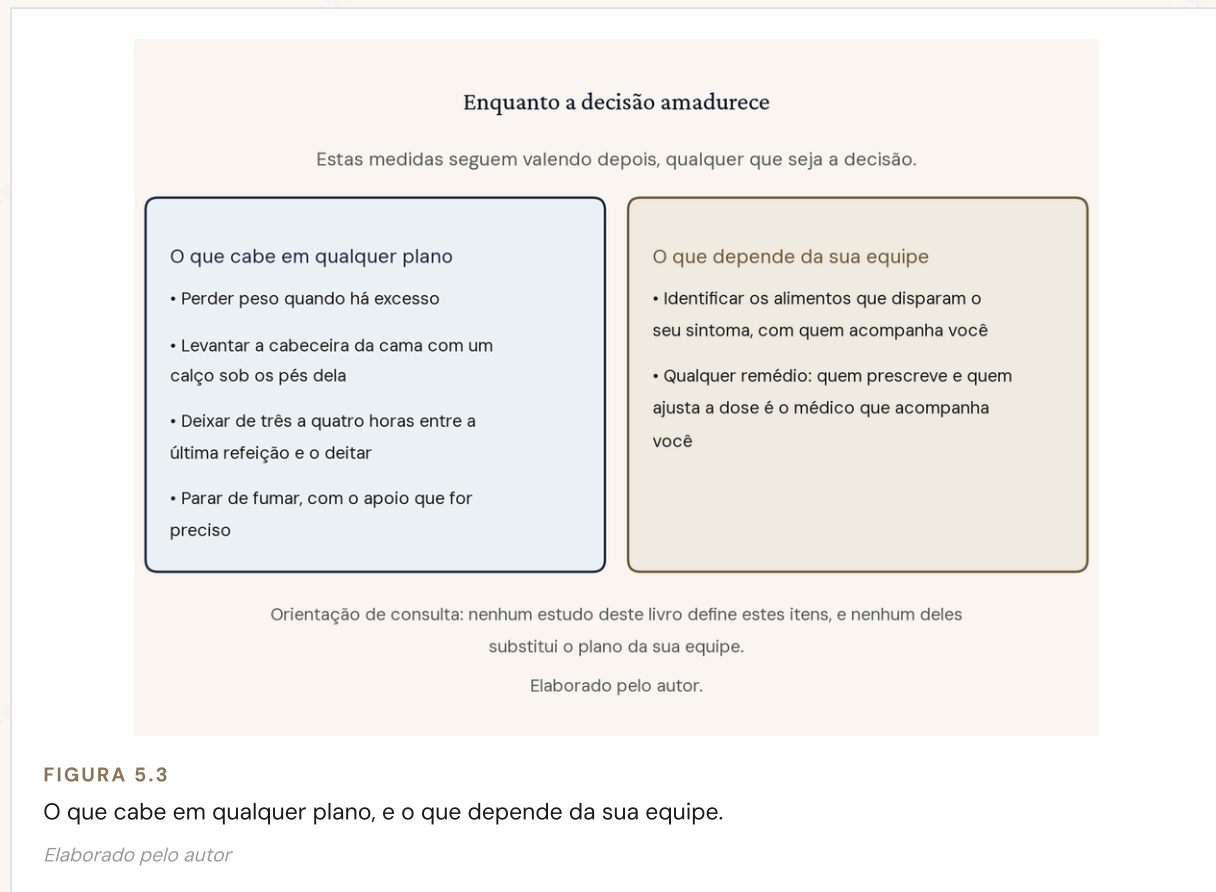
TABELA 5.2 — O QUE COSTUMA PESAR A FAVOR DE ACOMPANHAR E A FAVOR DE OPERAR

ITEM	COSTUMA PESAR A FAVOR DE ACOMPANHAR	COSTUMA PESAR A FAVOR DE OPERAR
Queixa	Nenhuma queixa, ou azia leve que responde bem ao tratamento	Regurgitação que persiste com a medicação bem ajustada
Prova de refluxo	Exames sem evidência conclusiva de refluxo patológico	Exposição ácida acima do ponto de corte, ou esofagite avançada
Anatomia	Hérnia por deslizamento pequena	Hérnia volumosa, com sintoma atribuível a ela
Motilidade do esôfago	Contração fraca, que pede cautela e conversa detalhada	Contração preservada na manometria
Contexto	Dor sem correlação com o refluxo medido	Intolerância comprovada à medicação, ou escolha informada de quem não deseja uso contínuo
Risco cirúrgico	Risco elevado sem queixa que o justifique	Risco aceitável diante do que a doença provoca

A Tabela 5.2 organiza o raciocínio da consulta. Nenhuma linha dela se aplica sozinha.

5.2 O que fazer enquanto isso

Algumas medidas cabem em qualquer plano, e a Figura 5.3 as reúne. Perder peso quando há excesso. Levantar a cabeceira da cama com um calço sob os pés dela. Deixar de três a quatro horas entre a última refeição e o deitar. Parar de fumar. Quem prescreve remédio e ajusta dose é o médico que acompanha você.



O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

O painel da diretriz cirúrgica de 2024 foi explícito quanto ao limite do que se sabe: faltou evidência para recomendar ou desaconselhar a operação da hérnia sem sintomas, e o que sobrou ali foi opinião de profissionais experientes (DALY et al., 2024).

Um ensaio americano mostra o outro lado, o de quem tem queixa (SPECHLER et al., 2019). Foram 366 pessoas encaminhadas por azia que persistia apesar do inibidor de bomba, e delas 280 eram homens — população predominantemente masculina, digna de nota ao transportar esses números para a sua consulta. Depois de remédio otimizado e investigação completa, 78 chegaram ao sorteio. Os outros 288 saíram pelo caminho, e três motivos valem a lição: 42 ficaram sem sintoma só com o ajuste do remédio, 99 tinham pirose funcional e 23 tinham outra doença do esôfago.

Fonte: DALY et al., 2024; SPECHLER et al., 2019

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- No meu caso, o que muda se eu acompanhar em vez de operar?
- De quanto em quanto tempo eu repito algum exame, e qual deles?
- Quais das medidas de rotina fazem diferença para mim?

Para a minoria em que a cirurgia entra na conversa, o capítulo seguinte diz o que sustenta essa indicação.

Quando a cirurgia entra na conversa

EM UMA FRASE

A operação não corrige um centímetro de laudo. Ela corrige uma queixa provada, e a hérnia é fechada no mesmo ato.

6.1 O motivo costuma ser o refluxo

Acompanhar serve à maioria, como o capítulo anterior mostrou. Falta a minoria. Quem opera uma hérnia por deslizamento quase sempre está operando o refluxo que vem por ela, e a correção do hiato é uma das etapas dessa operação. A indicação nasce do que os exames provaram, somado ao que você decidir com a equipe.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

São os mesmos três requisitos que o capítulo dos exames listou, e é por eles que a indicação sustentada se separa da apressada (YADLAPATI et al., 2022).

No ensaio americano, os 78 sorteados foram distribuídos entre três tratamentos (SPECHLER et al., 2019). Um braço recebeu a funduplicatura de Nissen por laparoscopia; os outros dois seguiram no remédio. Contava como sucesso a queda de pelo menos metade no escore de qualidade de vida, em um ano. A cirurgia chegou lá em 18 de 27 pacientes, 67%. O tratamento ativo, em 7 de 25, 28%. O controle, em 3 de 26, 12%. Os autores amarram o resultado à triagem: foi numa parcela pequena e muito selecionada que operar rendeu mais.

Fonte: YADLAPATI et al., 2022; SPECHLER et al., 2019



A Figura 6.1 reúne esses requisitos num quadro só.

6.2 Quando a hérnia é grande

Há um cenário em que o tamanho muda a conversa inteira. Nas hérnias grandes, que sobem ao lado do esôfago, o incômodo vem do espaço que o estômago ocupa dentro do tórax. O ácido vira assunto secundário. Esse cenário tem guia próprio, e cabe aqui só uma nota sobre a pressa.



A Figura 6.2 reúne esses números; a caixa seguinte conta de onde vieram.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Para a hérnia paraesofágica sem sintomas, o número mais citado vem de um modelo matemático de decisão construído sobre bancos de dados hospitalares, sem que nenhum paciente tenha sido sorteado entre operar e esperar (STYLOPOULOS et al., 2002). Três números saíram dele, e cada um mede uma coisa. O risco de aparecer um quadro agudo exigindo operação de urgência ficou em 1,1% a cada ano de espera. A mortalidade da operação programada ficou em 1,4%, medida por operação feita. Uma é probabilidade por ano; a outra, risco de evento único.

O terceiro número é o desfecho principal, e costuma ser o esquecido: acompanhar foi a estratégia melhor em 83% dos casos simulados. É um modelo. Com as premissas de um modelo.

Fonte: STYLOPOULOS et al., 2002

O passo seguinte é entrar na sala e ver a correção por dentro.

Como é a correção

EM UMA FRASE

Três tarefas numa operação só: devolver o estômago à barriga, estreitar o hiato e montar uma válvula com o próprio estômago.

7.1 A montagem, passo a passo

Quando a cirurgia entra na conversa com a indicação sustentada, a sala passa a ter um problema de mecânica para resolver. Você dorme com anestesia geral. O abdome é inflado com gás, e entram os acessos pequenos por onde passam a câmera e os instrumentos. A primeira tarefa é trazer de volta o que subiu: a parte do estômago que atravessou o hiato é puxada para dentro do abdome, e o esôfago é liberado até sobra-rem alguns centímetros dele abaixo do diafragma. Vem então a crurorrafia. Os pilares do diafragma são aproximados com pontos até que o buraco volte ao calibre de um esôfago. Só depois disso a válvula é construída.



A Figura 7.1 mostra esses tempos na ordem em que acontecem.

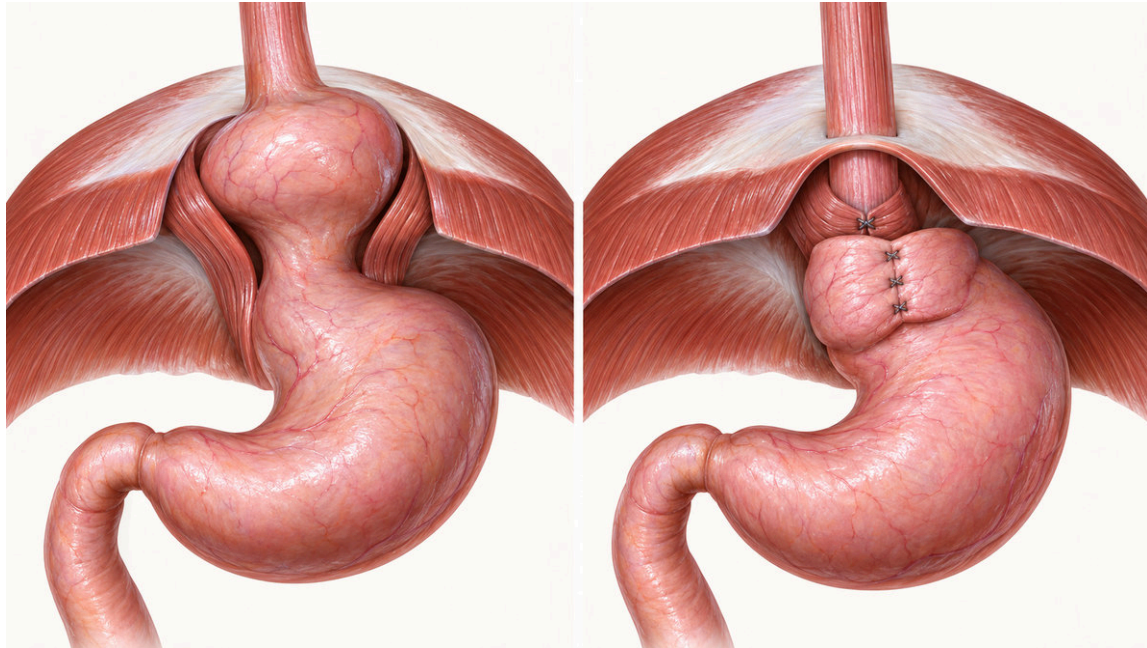


FIGURA 7.2

À esquerda, a hérnia de hiato: a parte alta do estômago atravessou o hiato alargado e está acima do diafragma. À direita, depois da operação: o estômago voltou para a barriga, os pilares do diafragma foram aproximados com pontos e o fundo do estômago envolve a ponta do esôfago, logo abaixo do hiato costurado.

Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial

A Figura 7.2 mostra o resultado da montagem. O quanto o estômago dá a volta muda de uma técnica para outra, e essa escolha pertence ao guia sobre o refluxo.

7.2 A tela, e por que ela não entra na hérnia pequena

Costurar um hiato muito alargado é costurar tecido sob tensão, e tecido sob tensão volta a abrir. Daí a ideia da tela. É boa ideia; a evidência é menos animadora. Na hérnia pequena, em que o hiato fecha sem tensão, falta estudo que responda: os ensaios randomizados que existem foram feitos em hérnias grandes.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Uma metanálise reuniu 7 ensaios randomizados em pessoas operadas de hérnia paraesofágica, que é o cenário em que a tela se discute, e comparou o reparo com tela ao reparo só com pontos: 383 pacientes com tela e 352 sem ela (ANGERAMO; SCHLOTTMANN, 2022). A recorrência ficou com risco relativo de 0,74 até seis meses e de 0,75 depois disso, com intervalos de confiança de 95% que atravessam o valor de nenhuma diferença. E houve um achado na direção contrária: a morbidade geral foi mais alta entre os operados com tela não absorvível, com risco relativo de 1,45 num intervalo de 1,24 a 1,71. Uma revisão de 2024 organizou o mesmo assunto pelo tempo de seguimento, em 2.170 operados reavaliados por exame: com tela absorvível a recidiva na imagem ficou em 20,6%, e com a costura simples, em 20,8% (LATORRE-RODRÍGUEZ et al., 2024). Mais baixa foi a da tela não absorvível, 13,7%; a parcialmente absorvível não teve recidiva nenhuma, em 31 operados. Na comparação direta entre os grupos, a tela não rendeu vantagem sobre a costura simples quando o seguimento se estendeu. A diretriz cirúrgica chamou essa evidência de equívoca e não recomendou tela de rotina (DALY et al., 2024).

Fonte: ANGERAMO; SCHLOTTMANN, 2022; LATORRE-RODRÍGUEZ et al., 2024; DALY et al., 2024

7.3 Por console, por furos ou por corte

A laparoscopia é o caminho habitual aqui: os furos pequenos doem menos nos primeiros dias e devolvem a pessoa à rotina bem antes. A via robótica é uma variante dela, em que o cirurgião opera sentado num console. Quem opera continua sendo o cirurgião. A via convencional segue existindo, e é a escolha correta quando aderências de cirurgias anteriores tornam insegura a visão pela câmera — troca que a equipe combina com você antes da data, para que ninguém a leia como acidente.

TABELA 7.3 — COMPARATIVO ENTRE AS VIAS DE ACESSO

VIA	A FAVOR	CONTRA	COSTUMA SER CONSIDERADA QUANDO
Robótica	Mesma lógica da laparoscopia, com visão em três dimensões e instrumentos articulados	Custo mais alto; no ensaio randomizado de seguimento mais longo, com 12 anos, sintomas e qualidade de vida semelhantes aos da laparoscopia, em amostra pequena e sem força para separar as vias	Casos selecionados, conforme a disponibilidade do serviço e a experiência da equipe
Laparoscópica	Furos pequenos, menos dor nos primeiros dias, alta precoce e volta mais rápida à rotina; é a via habitual na correção do hiato	Exige anestesia geral e equipamento; a visão é uma imagem numa tela, sem tato; anatomia difícil pode exigir conversão	Maior parte dos casos programados
Convencional	Tato direto sobre os tecidos; resolve sangramento e aderência densa com rapidez; independe de equipamento sofisticado	Corte maior na parede, dor pós-operatória maior, internação e recuperação mais longas, risco maior de hérnia na cicatriz	Aderências de cirurgias anteriores, sangramento, anatomia que a câmera não esclarece

A Tabela 7.3 resume o comparativo: as colunas “Contra” pesam tanto quanto as de “A favor”.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Um ensaio alemão sorteou 40 pacientes entre fundoplicatura robótica e laparoscópica convencional, e foi buscá-los doze anos depois (LANG et al., 2022). Trinta responderam. O escore de sintomas digestivos ficou em 2,1 no grupo robótico e em 2,2 no laparoscópico — amostra pequena, sem força para separar as duas vias. A diretriz cirúrgica americana mantém as duas portas abertas e devolve a escolha à conversa entre quem opera e quem vai ser operado (SLATER et al., 2021). As recomendações dela são condicionais: a certeza da evidência vai de moderada até muito baixa.

Fonte: LANG et al., 2022; SLATER et al., 2021

Montada a válvula, fica a pergunta de quem ainda hesita: o que acontece se eu não tratar.

O que acontece se eu não tratar

EM UMA FRASE

Acompanhar é uma decisão, com consequências que os estudos mediram em parte. Operar também é, e as contrapartidas dela estão medidas.

8.1 A hérnia que fica onde está

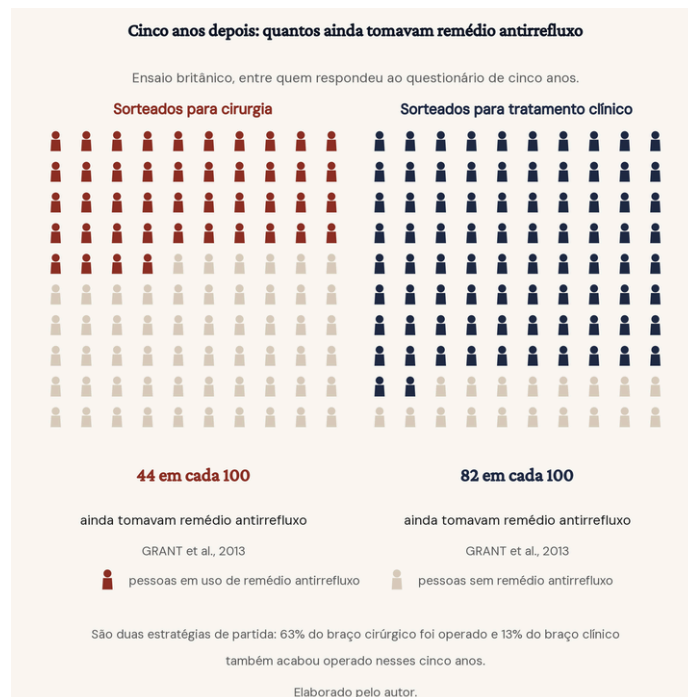
A correção tem contrapartidas, e elas vêm logo abaixo. Antes delas, a outra metade da conta. Nenhum estudo acompanhou por anos a hérnia por deslizamento deixada em observação; o que vem a seguir é experiência de consultório. O hiato alargado tende a permanecer alargado, e o que muda ao longo dos anos costuma ser a queixa, mais do que o desenho. Quem não tem queixa acompanha. Quem tem queixa trata a queixa, e o guia sobre o refluxo descreve esse tratamento com o detalhe que ele merece.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

O ensaio britânico sorteou pessoas com refluxo crônico entre operar e seguir no tratamento clínico, e foi buscá-las cinco anos depois (GRANT et al., 2013). Entre quem respondeu ao questionário, 44% dos sorteados para cirurgia tomavam remédio antirrefluxo, contra 82% dos sorteados para tratamento clínico. Guarde esse 44%. Operar reduz a chance de precisar do remédio e está longe de eliminá-la, e vale ler o desenho antes do número, porque o sorteio mandou 63% do braço cirúrgico para a mesa enquanto 13% do braço clínico acabou operado ao longo desses mesmos cinco anos. Entre as 364 operadas, 12 voltaram à sala por causa de uma complicação, o que dá 3%. Outras 16 foram operadas de novo por causa do refluxo, 4%.

Há ainda o que a correção do hiato não promete. Na revisão de 2024, uma em cada cinco pessoas operadas com sutura simples tinha hérnia outra vez no exame de controle (LATORRE-RODRÍGUEZ et al., 2024).

Fonte: GRANT et al., 2013; LATORRE-RODRÍGUEZ et al., 2024

**GRÁFICO 8.1**

Cinco anos depois do sorteio, quantos em cada 100 ainda tomavam remédio antirrefluxo.

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

O Gráfico 8.1 põe os dois braços lado a lado.



O Gráfico 8.2 põe esse número em cem pessoas, e repare numa distinção que o próprio trabalho faz: o exame de controle enxerga hérnias que a pessoa não sente. Recidiva na imagem e queixa de volta são coisas diferentes.

8.2 O que levar para a consulta

Vinte minutos passam depressa, e a parte que mais se perde é a específica.

TABELA 8.3 — PERGUNTAS PARA LEVAR À CONSULTA

SOBRE O DIAGNÓSTICO	SOBRE A DECISÃO
O meu laudo descreve hérnia por deslizamento ou de outro tipo?	No meu caso, operar mudaria o quê, exatamente?
Os meus exames provam refluxo, ou apenas não o afastaram?	Se eu não operar, o que se acompanha e com que frequência?
Falta algum exame antes de qualquer decisão?	Qual a chance de a hérnia voltar ao exame depois da correção?
A minha queixa combina com o que o exame mostrou?	Quem eu procuro se algo mudar no fim de semana?

A Tabela 8.3 cabe numa folha. Ela vale mais anotada do que lida.

EM UMA FRASE

Decidir sobre uma hérnia de hiato por deslizamento é comparar o que você sente hoje com uma operação que tem riscos e sintomas próprios, descritos neste livro com os números que existem. A escolha é sua, feita com informação e com quem acompanha você.

Glossário

Palavras que aparecem no livro e costumam gerar dúvida.

Esôfago

O tubo muscular que leva o alimento da boca ao estômago. Ele atravessa o tórax e cruza o diafragma para chegar à barriga.

Diafragma

O músculo largo que separa o peito do abdome e comanda a respiração.

Hiato

O buraco do diafragma por onde o esôfago passa do peito para a barriga.

Esfíncter inferior do esôfago

O anel de músculo da ponta do esôfago que fica fechado em repouso e relaxa para deixar o alimento entrar no estômago.

Junção esofagogástrica

O ponto em que o esôfago termina e o estômago começa. É a referência que separa um tipo de hérnia do outro.

Hérnia de hiato

A passagem de parte do estômago pelo hiato, do abdome para dentro do tórax.

Hérnia de hiato por deslizamento

O tipo em que a junção esofagogástrica sobe pelo hiato e volta. É o tipo mais comum, e é o assunto deste livro.

Hérnia paraesofágica

O tipo em que o estômago sobe ao lado do esôfago. Costuma ser maior e tem regras próprias.

Refluxo gastroesofágico

A subida do conteúdo do estômago para dentro do esôfago.

Pirose

A azia. A queimação que sobe atrás do osso do meio do peito.

Regurgitação

O retorno de comida ou de líquido até a garganta ou a boca, sem o esforço do vômito.

Pirose funcional

Azia real, sentida de verdade, em quem tem os exames de refluxo normais. O esôfago ficou com a sensibilidade aumentada.

Esofagite

A inflamação da parede do esôfago provocada pelo contato repetido com o ácido.

Classificação de Los Angeles

A escala que gradua essa inflamação na endoscopia, de A a D. Os graus C e D são os avançados.

Endoscopia digestiva alta

Exame em que uma câmera fina desce pela boca e percorre o esôfago, o estômago e o começo do intestino.

Exame contrastado do esôfago

Radiografia feita enquanto você engole um contraste, que mostra o trajeto do alimento e a posição do estômago.

pHmetria

Exame que mede, por horas seguidas, quanto tempo o esôfago fica exposto ao ácido ao longo de um dia comum.

Manometria de alta resolução

Exame que mede a força e a coordenação das contrações do esôfago e a pressão do esfíncter inferior.

Acalasia

Doença em que o esôfago perde a contração coordenada e o esfíncter inferior não relaxa. Precisa ser afastada antes de uma cirurgia antirrefluxo.

Crurorrafia

A costura que aproxima os pilares do diafragma e estreita o hiato alargado.

Fundoplicatura

A operação que usa a parte alta do estômago, o fundo gástrico, para construir uma válvula ao redor da ponta do esôfago.

Disfagia

A dificuldade para engolir, com a sensação de que o alimento para no caminho.

Recidiva

O retorno da hérnia ao exame de controle, depois de uma correção.

Laparoscopia

Técnica em que a operação é feita por pequenos furos, com uma câmera e instrumentos finos, em vez de um corte único maior.

Referências

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

- ALSAHAFI, M. A. et al. The prevalence and risk factors for hiatal hernia among patients undergoing endoscopy: A retrospective analysis. **Saudi medical journal**, [S. l.], v. 44, n. 5, p. 509–512, 2023. DOI: 10.15537/smj.2023.44.5.20220903. Disponível em: <https://doi.org/10.15537/smj.2023.44.5.20220903>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 37182923.
- ANGERAMO, C. A.; SCHLOTTMANN, F. Laparoscopic Paraesophageal Hernia Repair: To Mesh or not to Mesh. Systematic Review and Meta-analysis. **Annals of surgery**, [S. l.], v. 275, n. 1, p. 67–72, 2022. DOI: 10.1097/SLA.0000000000004913. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000004913>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 33843796.
- DALY, S. et al. SAGES guidelines for the surgical treatment of hiatal hernias. **Surgical endoscopy**, [S. l.], v. 38, n. 9, p. 4765–4775, 2024. DOI: 10.1007/s00464-024-11092-3. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00464-024-11092-3>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 39080063.
- GRANT, A. M. et al. Minimal access surgery compared with medical management for gastro-oesophageal reflux disease: five year follow-up of a randomised controlled trial (REFLUX). **BMJ**, [S. l.], v. 346, p. f1908, 2013. DOI: 10.1136/bmj.f1908. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.f1908>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 23599318.
- GYAWALI, C. P. et al. Modern diagnosis of GERD: the Lyon Consensus. **Gut**, [S. l.], v. 67, n. 7, p. 1351–1362, 2018. DOI: 10.1136/gutjnl-2017-314722. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2017-314722>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 29437910.
- KATZ, P. O. et al. ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. **The American journal of gastroenterology**, [S. l.], v. 117, n. 1, p. 27–56, 2022. DOI: 10.14309/ajg.0000000000001538. Disponível em: <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000001538>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 34807007.
- LANG, F. et al. Randomized controlled trial of robotic-assisted versus conventional laparoscopic fundoplication: 12 years follow-up. **Surgical endoscopy**, [S. l.], v. 36, n. 8, p. 5627–5634, 2022. DOI: 10.1007/s00464-021-08969-y. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00464-021-08969-y>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 35076737.
- LATORRE-RODRÍGUEZ, A. R.; RAJAN, A.; MITTAL, S. K. Cruroplasty with or without mesh? A systematic literature review with a novel time-organized proportion meta-analysis. **Surgical endoscopy**, [S. l.], v. 38, n. 4, p. 1685–1708, 2024. DOI: 10.1007/s00464-024-10683-4. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00464-024-10683-4>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 38351425.
- SLATER, B. J. et al. SAGES guidelines for the surgical treatment of gastroesophageal reflux (GERD). **Surgical endoscopy**, [S. l.], v. 35, n. 9, p. 4903–4917, 2021. DOI: 10.1007/s00464-021-08625-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00464-021-08625-5>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 34279710.
- SPECHLER, S. J. et al. Randomized Trial of Medical versus Surgical Treatment for Refractory Heartburn. **The New England journal of medicine**, [S. l.], v. 381, n. 16, p. 1513–1523, 2019. DOI: 10.1056/NEJMoa1811424. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1811424>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 31618539.
- STYLOPOULOS, N.; GAZELLE, G. S.; RATTNER, D. W. Paraesophageal hernias: operation or observation?. **Annals of surgery**, [S. l.], v. 236, n. 4, p. 492–500; discussion 500–1, 2002. DOI: 10.1097/00000658-200210000-00012. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00000658-200210000-00012>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 12368678.

YADLAPATI, R. et al. AGA Clinical Practice Update on the Personalized Approach to the Evaluation and Management of GERD: Expert Review. **Clinical gastroenterology and hepatology**, [S. l.], v. 20, n. 5, p. 984–994.e1, 2022. DOI: 10.1016/j.cgh.2022.01.025. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2022.01.025>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 35123084.

Sobre o autor

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. Cuido de doenças do esôfago, do estômago, do intestino, do fígado, da vesícula e do pâncreas.

Escrevo esta série por causa de um problema de tempo: você chega com um laudo na mão e ouve palavras novas em vinte minutos. Um texto lido com calma, e consultado outra vez na véspera da decisão, rende mais do que um folheto.

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

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 1.2	Os sinais divididos em três níveis, com a conduta de cada um.	Figura_1.2_alerta-tres-niveis.png	Elaborado pelo autor
Figura 2.1	A hérnia de hiato. Parte do estômago atravessou o hiato alargado e ocupa um espaço dentro do tórax.	hernia_hiatal_marfim.png	Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial
Figura 2.2	Os três arranjos lado a lado: a hérnia por deslizamento, a paraesofágica e a mista. O que muda entre eles é a posição da junção.	Figura_2.2_deslizamento-e-paraesofagica.png	Adapted from Servier Medical Art (https://smart.servier.com), licensed under CC BY 4.0
Figura 2.3	A diferença de pressão entre o peito e a barriga, e o que empurra o estômago contra o hiato.	Figura_2.3_pressao-que-empurra.png	Elaborado pelo autor
Gráfico 2.4	Em cada 100 endoscopias, quantas encontraram hérnia de hiato: no total e entre as pedidas por queixa de refluxo.	Grafico_2.4_hernia-em-cem-endoscopias.png	Elaborado pelo autor a partir de (AL-SAHAFI et al., 2023)
Figura 3.1	De um lado, as queixas que costumam vir do que sobe pelo hiato. Do outro, as que pedem avaliação por conta própria.	Figura_3.1_causa-e-nao-causa.png	Elaborado pelo autor
Figura 3.2	As quatro combinações possíveis entre ter hérnia no laudo e ter refluxo provado.	Figura_3.2_hernia-e-refluxo.png	Elaborado pelo autor a partir de (KATZ et al., 2022)
Figura 4.2	O que o número do laudo informa, e as perguntas que ele deixa em aberto.	Figura_4.2_o-que-o-laudo-diz.png	Elaborado pelo autor
Figura 5.1	O caminho da decisão, dos exames à conversa final com a equipe.	Figura_5.1_operar-ou-acompanhar.png	Elaborado pelo autor a partir de (DALY et al., 2024) e (YADLAPATI et al., 2022)
Figura 5.3	O que cabe em qualquer plano, e o que depende da sua equipe.	Figura_5.3_o-que-fazer-enquanto-isso.png	Elaborado pelo autor
Figura 6.1	Os três requisitos que a atualização americana pede no prontuário antes de uma operação antirrefluxo.	Figura_6.1_tres-requisitos.png	Elaborado pelo autor a partir de (YADLAPATI et al., 2022)
Figura 6.2	Os três números que saíram do modelo de decisão		

	de 2002, com o que cada um mede.	Figura_6.2_operar-ou-esperar.png	Elaborado pelo autor a partir de (STYLOPOULOS et al., 2002)
Figura 7.1	Os três tempos da correção, na ordem em que acontecem.	Figura_7.1_correcao-em-tres-quadros.png	Elaborado pelo autor a partir de (DALY et al., 2024)
Figura 7.2	À esquerda, a hérnia de hiato: a parte alta do estômago atravessou o hiato alargado e está acima do diafragma. À direita, depois da operação: o estômago voltou para a barriga, os pilares do diafragma foram aproximados com pontos e o fundo do estômago envolve a ponta do esôfago, logo abaixo do hiato costurado.	Figura_7.2_hernia-e-valvula.png	Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial
Gráfico 8.1	Cinco anos depois do sorteio, quantos em cada 100 ainda tomavam remédio antirrefluxo.	Grafico_8.1_remedio-cinco-anos.png	Elaborado pelo autor a partir de (GRANT et al., 2013)
Gráfico 8.2	Em cada 100 pessoas operadas e reavaliadas por exame, quantas tinham hérnia de novo.	Grafico_8.2_recidiva-em-cem.png	Elaborado pelo autor a partir de (LATORRE-RODRÍGUEZ 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 declara não ter recebido patrocínio, honorário de palestra, amostra de cortesia, equipamento em comodato ou qualquer outra contrapartida de fabricantes de medicamentos, instrumentais, telas ou plataformas cirúrgicas citados nesta obra. Nenhuma empresa financiou este livro. As ilustrações de acervo foram produzidas pelo autor com auxílio de inteligência artificial e aparecem creditadas nas legendas.

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.