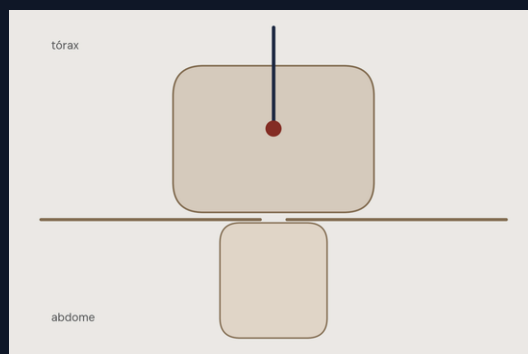

Hérnia de hiato grande

Quando o estômago sobe para o tórax, a cirurgia e a tela



Dr. Mateus Antunes Nogueira

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

Hérnia de hiato grande

Quando o estômago sobe para o tórax, a cirurgia e a tela

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 3
EDIÇÃO	1ª edição
ANO	2026
LOCAL	São Paulo, SP — Brasil
IDIOMA	Português (Brasil)

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

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

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

Sumário

1. Antes de começar	5
1.1 Para quem é este livro	5
1.2 O que faz a leitura parar	6
2. A hérnia que sobe ao lado do esôfago	9
2.1 Quatro tipos, um sobrenome	9
2.2 O que "grande" quer dizer	10
3. As queixas que não parecem de estômago	12
3.1 O espaço que o pulmão perdeu	12
3.2 A anemia que ninguém explica	13
4. Quando o estômago entorta	15
4.1 O que é o vólculo	15
4.2 O tamanho do risco	16
5. Os exames que mostram o tamanho	18
5.1 Três olhares sobre a mesma hérnia	18
6. Quem opera, e quem pode esperar	21
6.1 Duas situações bem diferentes	21
6.2 O que combinar para a espera	22
7. A cirurgia por dentro	24
7.1 As quatro tarefas	24
7.2 Por onde se chega	25
8. A tela, e por que ela divide os cirurgiões	27
8.1 De onde veio a ideia	27
9. A recidiva, e a vida nas semanas seguintes	31
9.1 O que recidiva quer dizer	31
9.2 As primeiras semanas	32
10. Quem cuida, e o que levar para a consulta	34
10.1 A equipe, e o que cada um resolve	34
Glossário	37
Referências	39
Sobre o autor	40

Transparência e licenças 41

Antes de começar

EM UMA FRASE

Um pedaço grande do seu estômago está dentro do tórax.

1.1 Para quem é este livro

No seu laudo há uma hérnia de hiato chamada de volumosa ou de paraesofágica, e alguém lhe disse que essa costuma precisar de cirurgia. O texto é para você.

Duas coisas ficam de fora, de propósito. A azia de todo dia tem volume próprio, o guia sobre refluxo; a hérnia pequena, a que escorrega e volta sozinha de posição, está no guia sobre hérnia de hiato por deslizamento. Aqui é a grande. Ela tem queixas próprias e uma urgência própria, além de uma discussão sobre tela que a pequena não conhece.

TABELA 1.1 — ONDE ESTÁ CADA ASSUNTO NESTE LIVRO

SE A SUA PERGUNTA É...	VÁ PARA O CAPÍTULO
O que é essa hérnia, e por que ela difere da pequena	A hérnia que sobe ao lado do esôfago
Por que eu canso, empencho e sinto dor depois de comer	As queixas que não parecem de estômago
Que sinais me mandam ao pronto-socorro	Quando o estômago entorta
Quais exames respondem o quê	Os exames que mostram o tamanho
Eu preciso operar, ou posso acompanhar	Quem opera, e quem pode esperar
O que a equipe faz lá dentro	A cirurgia por dentro
Vou receber tela? Isso é bom?	A tela, e por que ela divide os cirurgiões
A hérnia volta? Como fica o comer	A recidiva, e a vida nas semanas seguintes

A Tabela 1.1 é o atalho.

1.2 O que faz a leitura parar

Um aviso vem antes de tudo. A hérnia grande tem uma complicação rara: o estômago entorta dentro do tórax e fecha a própria passagem. Os sinais dela estão logo abaixo. Junto vêm os do mesmo dia e os da próxima consulta.

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

- Dor forte e contínua no peito ou no alto da barriga, que começou de repente.
- Vontade de vomitar sem conseguir, com ânsia seca repetida.
- Incapacidade de engolir a própria saliva.
- Falta de ar que apareceu junto com a dor.
- Vômito com sangue vivo ou com aspecto de borra de café.
- Fezes pretas, pastosas e com cheiro forte.

No mesmo dia:

- Vômito repetido que impede de beber água.
- Dor no peito depois da refeição que ficou pior do que costumava ser.

Na próxima consulta:

- Saciedade que chega cada vez mais cedo, acompanhada de perda de peso.
- Falta de ar leve depois das refeições, que vem aumentando.
- Cansaço novo, sobretudo se o exame de sangue mostrar anemia.

**FIGURA 1.2**

Os sinais que mudam a agenda, em três níveis. A coluna da esquerda é a que não admite espera.

Elaborado pelo autor.

A Figura 1.2 os repete em desenho. Guardado o aviso, o caminho começa pela anatomia da hérnia que sobe ao lado do esôfago.

A hérnia que sobe ao lado do esôfago

EM UMA FRASE

Na hérnia pequena a junção escorrega. Na grande, o estômago sobe por fora.

2.1 Quatro tipos, um sobrenome

O aviso com que este livro começa falava de um estômago que entorta dentro do peito. Vale um minuto de anatomia.

O esôfago desce pelo tórax e atravessa o diafragma por um buraco chamado hiato. Quando o buraco alarga, o que estava embaixo sobe. A hérnia de hiato tem quatro tipos. A diferença está num ponto só: onde ficou a junção do esôfago com o estômago. No tipo I ela escorrega para cima e volta, e esse é o assunto do guia sobre hérnia de hiato por deslizamento. No II ela fica no lugar, e o fundo do estômago sobe ao lado do esôfago. No III sobem os dois. O IV acrescenta outro órgão do abdome dentro do tórax.

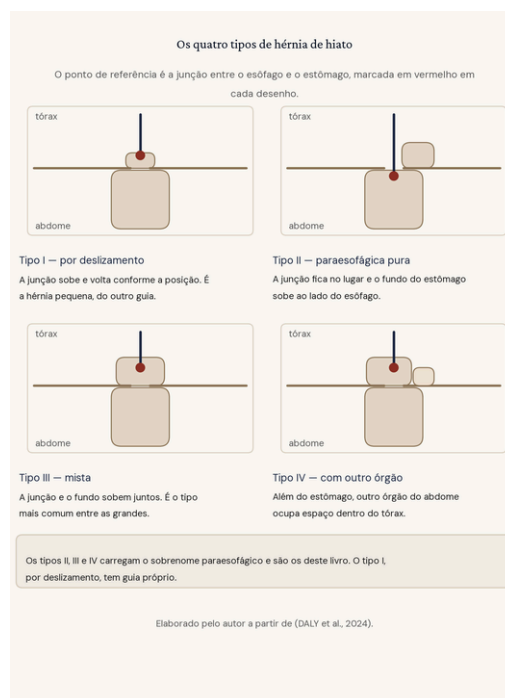


FIGURA 2.1

Os quatro tipos de hérnia de hiato. O ponto de referência é a junção entre o esôfago e o estômago, marcada em cada desenho.

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

Compare os quatro desenhos da Figura 2.1. Os três últimos são os paraesofágicos.

2.2 O que "grande" quer dizer

Laudo nenhum mede a hérnia em litros. O que a equipe olha é a fração do estômago já acima do diafragma, e ela vem do exame com contraste. Meio estômago dentro do peito é coisa diferente de um dedo de estômago escorregando, e é por isso que a palavra volumosa no laudo muda a conversa inteira. Veja a Figura 2.2.



FIGURA 2.2

Em cada 100 pessoas operadas de hérnia grande numa série americana, quanto do estômago estava dentro do tórax antes da operação.

Elaborado pelo autor a partir de (CARROTT et al., 2012).

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Uma equipe americana acompanhou 120 pessoas operadas de hérnia paraesofágica volumosa entre 2000 e 2010 (CARROTT et al., 2012). A idade mediana foi de 74 anos. O tipo III apareceu em 92 delas; o tipo IV, em 25; o tipo II, em 3. Cinquenta chegaram à sala com o estômago inteiro acima do diafragma. É um serviço só. A diretriz cirúrgica de 2024 organiza as decisões dessa doença pelo sistema GRADE, que gradua a força de cada recomendação com a qualidade da evidência (DALY et al., 2024).

Fonte: CARROTT et al., 2012; DALY et al., 2024

Anatomia explicada, falta a parte que traz a pessoa ao consultório: as queixas que não parecem de estômago.

As queixas que não parecem de estômago

EM UMA FRASE

Empachar cedo, cansar depois de comer, descobrir anemia sem explicação.

3.1 O espaço que o pulmão perdeu

A anatomia da hérnia já está desenhada, com a junção do esôfago fora do lugar. Falta o que traz a pessoa ao consultório. E isso raramente se parece com azia.

O estômago alojado dentro do tórax ocupa um espaço que era do pulmão, e cada refeição que o enche reduz o volume disponível para respirar: a falta de ar aparece à mesa e melhora depois. Muita gente atribui isso ao peso. Pela mesma razão a saciedade chega cedo: metade do prato já parece demais. Dor no peito ao fim da refeição merece cuidado à parte. O coração entra na lista de causas, e dor nova se avalia antes de atribuir ao estômago.

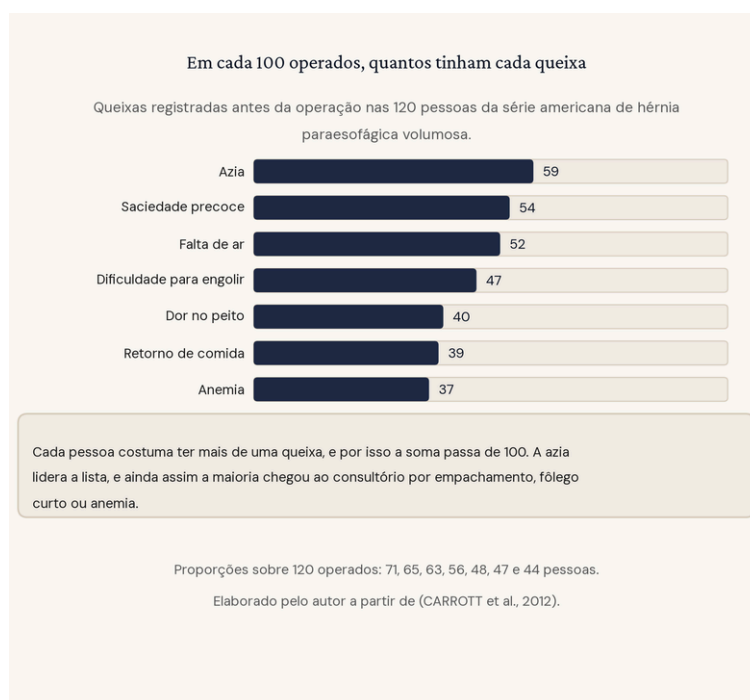


FIGURA 3.1

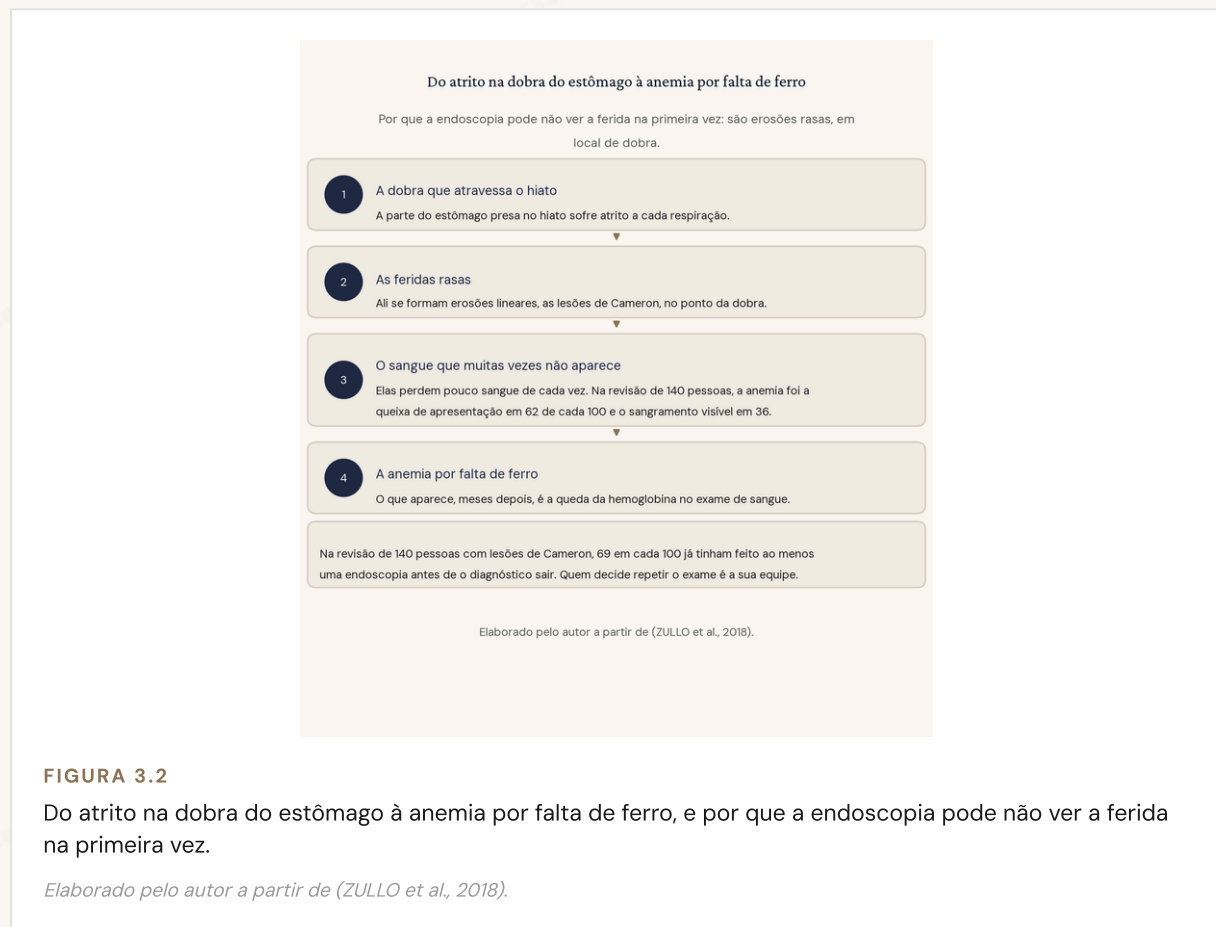
Em cada 100 pessoas operadas de hérnia grande numa série americana, quantas tinham cada queixa antes da operação.

Elaborado pelo autor a partir de (CARROTT et al., 2012).

A Figura 3.1 põe as queixas lado a lado.

3.2 A anemia que ninguém explica

Há uma queixa que não dói e chega pelo exame de sangue. A dobra do estômago que atravessa o hiato sofre atrito a cada respiração, e ali se formam feridas rasas, as lesões de Cameron. Elas sangram pouco de cada vez. Na revisão de 140 pessoas com essas lesões, a anemia foi a queixa de apresentação em 62 de cada 100 e o sangramento visível em 36. O que costuma aparecer primeiro é a falta de ferro, meses depois.



Siga a Figura 3.2. Entender o mecanismo muda a conduta: a anemia deixa de ser um achado solto e passa a ser argumento na conversa sobre operar.

**FIGURA 3.3**

Por que o fôlego encurta à mesa, e o que a correção devolve.

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

A Figura 3.3 faz o mesmo com o fôlego.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Uma revisão italiana reuniu 22 publicações com 140 pessoas que tinham lesões de Cameron (ZULLO et al., 2018). Três em cada quatro eram mulheres. O dado que mais interessa a quem está cansado de exames é outro: 69 em cada 100 já tinham feito ao menos uma endoscopia antes do diagnóstico. São erosões rasas. O aparelho passa por cima delas. Outra equipe americana mediu o sopro de 299 pessoas antes da correção e de novo depois dela (WIRSCHING et al., 2019). A espirometria melhorou em 80 de cada 100, e a melhora foi expressiva em 122 das 299. São séries de um serviço só. A azia comum tem tratamento próprio, na diretriz americana de refluxo (KATZ et al., 2022).

Fonte: ZULLO et al., 2018; WIRSCHING et al., 2019; KATZ et al., 2022

Sobra a complicação que ninguém quer viver: o estômago que entorta, assunto do capítulo seguinte.

Quando o estômago entorta

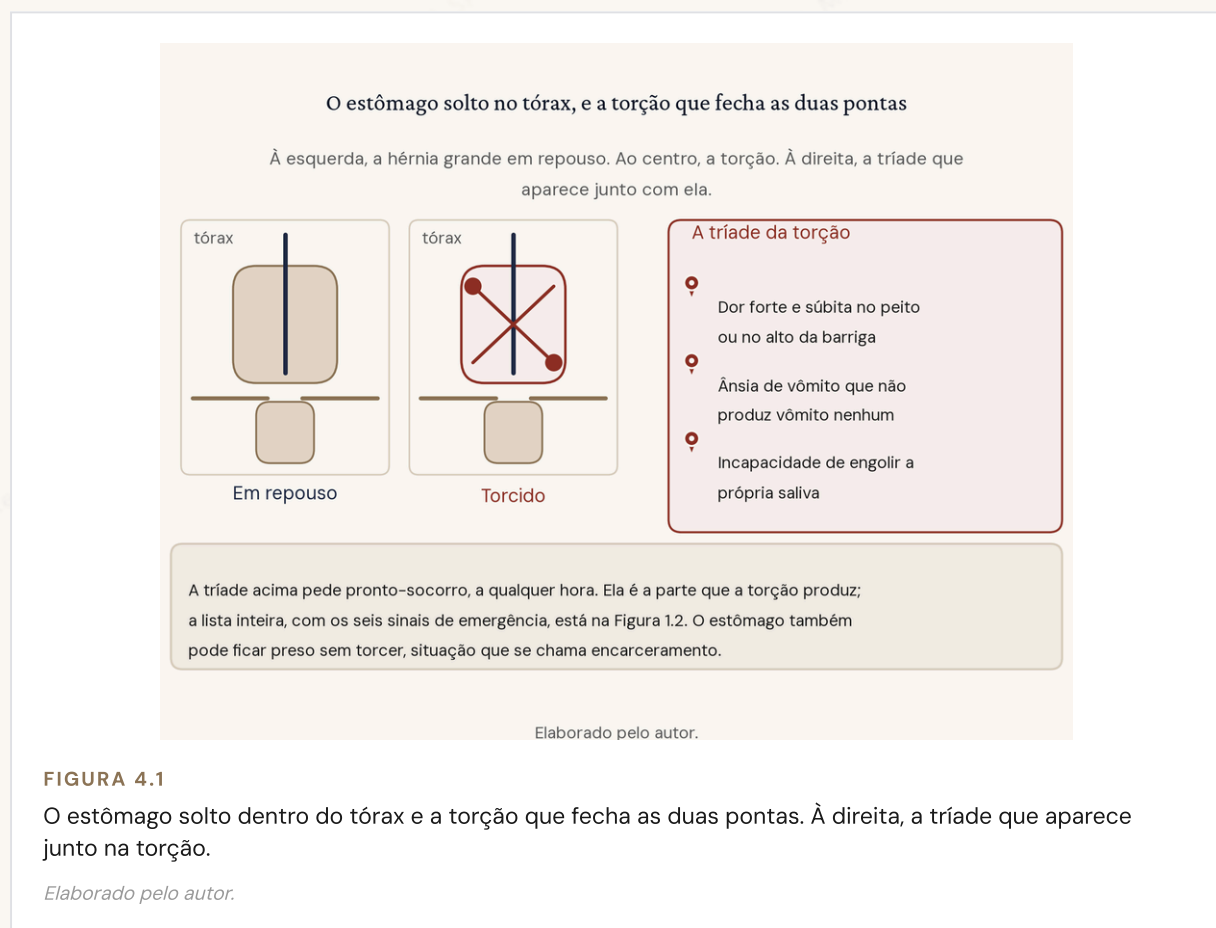
EM UMA FRASE

O estômago pode girar dentro do tórax e fechar as duas pontas.

4.1 O que é o vólvulo

A anemia silenciosa é uma queixa de meses. O quadro que vem agora se instala em horas.

Uma parte grande do estômago, solta dentro do tórax, pode torcer sobre o próprio eixo. Isso tem nome: vólvulo gástrico. A torção fecha a entrada e a saída ao mesmo tempo, e aí nada passa em nenhuma direção. A dor é forte e súbita. Vem junto uma ânsia de vômito que não produz vômito, e muitas vezes nem a saliva desce.



A Figura 4.1 desenha a torção e a tríade que ela produz. A lista completa dos seis sinais de emergência está na Figura 1.2.

4.2 O tamanho do risco

Quanto isso acontece? Ninguém sorteou pacientes entre operar e esperar para descobrir. O número mais citado vem de um modelo matemático montado sobre bancos hospitalares.



A Figura 4.2 mostra esse risco em pessoas: um vírgula um por cento e uma pessoa em cada cem por ano de espera são o mesmo fato dito de dois jeitos.

**FIGURA 4.3**

Os quatro números do mesmo trabalho, e o que cada um mede.

Elaborado pelo autor a partir de (STYLOPOULOS; GAZELLE; RATTNER, 2002).

A Figura 4.3 põe os quatro números lado a lado, separados pelo que cada um mede.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Um modelo de decisão publicado em 2002 simulou um grupo hipotético com hérnia paraesofágica sem sintoma, ou com sintoma mínimo, sob duas estratégias: correção programada por laparoscopia ou acompanhar e esperar (STYLOPOULOS; GAZELLE; RATTNER, 2002). Três números saíram dele. A probabilidade de surgir um quadro agudo exigindo operação de urgência ficou em 1,1% a cada ano de espera, e a mortalidade da operação programada ficou em 1,4%, medida por operação feita. Uma é probabilidade por ano; a outra é risco de um evento único. O terceiro costuma ser o esquecido: acompanhar foi a estratégia melhor em 83% dos casos simulados. A literatura da época inflava a mortalidade da urgência: 17% nos estudos publicados contra 5,4% no banco hospitalar. A diretriz de 2024 segue chamando a evidência desse ponto de insuficiente (DALY et al., 2024).

Fonte: STYLOPOULOS; GAZELLE; RATTNER, 2002; DALY et al., 2024

Esses números só valem para quem já tem o diagnóstico fechado. Como se chega a ele é o assunto dos exames que mostram o tamanho.

Os exames que mostram o tamanho

EM UMA FRASE

Cada exame responde a uma pergunta.

5.1 Três olhares sobre a mesma hérnia

O risco de o estômago entortar, tratado no capítulo anterior, depende do tamanho da hérnia, e o tamanho vem de exame.

O esofagograma é a radiografia feita enquanto você engole contraste. Ele mostra o trajeto e diz que fração do estômago já está acima do diafragma — o número que faz a hérnia ser chamada de grande. A endoscopia desce pela boca. É ela que olha a parede por dentro e procura as feridas da dobra. A tomografia entra na urgência.

TABELA 5.1 — O QUE CADA EXAME RESPONDE, E O QUE ELE NÃO RESPONDE

EXAME	RESPONDE	NÃO RESPONDE
Esofago-grama com contraste	Quanto do estômago está no tórax; se ele está torcido; como o contraste passa	Se a parede está machucada por dentro; se há ferida sangrando
Endoscopia digestiva alta	Esofagite, feridas da dobra, posição da junção, biópsias quando necessárias	A fração do estômago herniado, que ela estima mal
Tomografia do tórax e do abdome	Que órgãos subiram; o quadro agudo; o planejamento de uma operação difícil	O comportamento do esôfago ao engolir
Exame de sangue	Anemia e falta de ferro, que mudam a conversa sobre operar	De onde vem a perda, isoladamente

A Tabela 5.1 organiza os quatro. Nenhuma linha dela decide sozinha.

**FIGURA 5.2**

A ordem em que os exames costumam entrar, do consultório à decisão.

Elaborado pelo autor.

A Figura 5.2 mostra a ordem em que eles costumam entrar.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Na série americana de 120 operados, a fração do estômago dentro do tórax veio dos exames contrastados (CARROTT et al., 2012). Daí o contraste ser pedido mesmo quando a endoscopia já mostrou a hérnia: um mede a parede, o outro mede o volume deslocado. A revisão das lesões de Cameron traz o alerta de quem investiga anemia (ZULLO et al., 2018): um exame anterior sem achado não encerra a investigação enquanto a falta de ferro persistir.

Fonte: CARROTT et al., 2012; ZULLO et al., 2018

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Que fração do meu estômago está dentro do tórax, e em qual exame isso foi medido?
- A minha anemia já foi investigada levando a hérnia em conta?

Com o tamanho na mão, chega a pergunta que trouxe você até aqui: quem opera, e quem pode esperar.

Quem opera, e quem pode esperar

EM UMA FRASE

Com sintoma, a conversa é sobre quando operar. Sem sintoma, é sobre se opera.

6.1 Duas situações bem diferentes

Medir a hérnia é o que os exames resolvem. A escolha entre operar e acompanhar não sai de laudo nenhum.

Quem tem queixa está no caso mais simples. Para o empachamento, para a falta de ar às refeições, para a anemia que volta, a correção trata a causa. Nenhum remédio devolve o estômago ao abdome. A conversa passa a ser sobre quando.

Quem descobriu a hérnia por acaso e não sente nada está noutro lugar. Operar hérnia grande sem sintoma foi conduta de rotina por décadas, sustentada por um raciocínio razoável: evitar a urgência. O que mudou foi a chegada de números, e hoje as diretrizes deixam a indicação em aberto, construída com você.

TABELA 6.1 — 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
Sintoma	Nenhum, ou muito leve e estável	Empachamento, falta de ar às refeições, dor ao comer
Anemia	Ausente, ou com outra causa já identificada	Falta de ferro que volta depois de tratada
Risco da anestesia	Elevado, com outras doenças descompensadas	Aceitável para uma operação programada
Idade e autonomia	Idade avançada com pouca reserva para uma operação eletiva	Boa reserva, com expectativa de anos de convívio com a hérnia
Episódios prévios	Nenhum episódio de obstrução	Episódio de dor com ânsia seca já ocorrido
Acesso a serviço de urgência	Difícil, o que torna a espera menos confortável	—

A Tabela 6.1 é o roteiro da conversa.

**FIGURA 6.2**

O que a diretriz de 2024 recomenda, e o que ela deixa em aberto.

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

A Figura 6.2 separa o recomendado do que ficou em aberto.

6.2 O que combinar para a espera

Acompanhar exige um plano tanto quanto operar exige uma data. Os prazos dependem do seu caso e quem os define é a sua equipe; o que cabe a você é sair da consulta com eles escritos e saber o que observar. A Tabela 6.3 traz as duas listas.

TABELA 6.3 — O QUE COMBINAR ANTES DE ESPERAR, E O QUE VIGIAR DURANTE A ESPERA

O QUE COMBINAR NA CONSULTA	O QUE VIGIAR ENTRE AS CONSULTAS
Com que intervalo o exame contrastado será repetido	Saciedade que passa a chegar mais cedo do que chegava
Com que intervalo o exame de sangue será feito	Falta de ar às refeições que vem aumentando
A data do retorno, marcada antes de você sair	Anemia que volta depois de tratada
A quem recorrer se algo mudar antes do prazo	Episódio de dor forte com ânsia seca

Qualquer item da coluna da direita reabre a conversa sobre operar antes do prazo. Não espere o retorno. Os sinais de emergência da Figura 1.2 valem o tempo todo.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

A diretriz cirúrgica de 2024 examinou quatro perguntas sobre o tratamento da hérnia de hiato, entre elas a da operação em quem não tem sintoma (DALY et al., 2024). Faltou evidência para uma recomendação. O painel ficou na opinião de profissionais experientes: quem não sente nada pode, sim, receber a proposta de operar, desde que preencha os critérios que o documento lista. Uma recomendação condicional saiu dali, a da válvula de rotina junto com o reparo, apoiada em certeza baixa. Um modelo de 2002 trouxe números para essa conversa, num resultado que os próprios autores declararam sensível às taxas de mortalidade usadas como premissa (STYLOPOULOS; GAZELLE; RATTNER, 2002).

Fonte: DALY et al., 2024; STYLOPOULOS; GAZELLE; RATTNER, 2002

Fechada a indicação, muda a pergunta. O que a equipe faz lá dentro é o capítulo da cirurgia por dentro.

A cirurgia por dentro

EM UMA FRASE

Trazer o estômago de volta, retirar o saco, estreitar o hiato, montar a válvula.

7.1 As quatro tarefas

A conversa sobre esperar termina numa data marcada. Daqui em diante o roteiro é técnico.

Você dorme com anestesia geral. A primeira tarefa é puxar para baixo tudo o que subiu, até que a junção do esôfago com o estômago fique alguns centímetros abaixo do diafragma. A segunda é retirar o saco herniário, a bolsa de membrana que forra o espaço ocupado no tórax: deixá-la ali favorece o retorno da hérnia. A terceira é a crurorrafia, em que os pilares do diafragma são aproximados com pontos até o hiato voltar ao calibre do esôfago. A quarta é a válvula.



A Figura 7.1 acompanha essas tarefas. Em casos escolhidos entra a gastropexia, que fixa o estômago à parede interna do abdome.

7.2 Por onde se chega

A laparoscopia é o caminho habitual aqui. A robótica é uma variante dela, com visão em três dimensões e instrumentos que articulam dentro da barriga, úteis para costurar num hiato alto e estreito. Quem opera continua sendo o cirurgião. A via convencional segue existindo, e é a escolha correta diante de aderências densas. Na Tabela 7.2 as colunas “Contra” pesam tanto quanto as “A favor”.

TABELA 7.2 — COMPARATIVO ENTRE AS VIAS DE ACESSO

VIA	A FAVOR	CONTRA	COSTUMA SER CONSIDERADA QUANDO
Robótica	Visão em três dimensões e instrumentos articulados, úteis no hiato alto	Custo mais alto; depende de equipamento e de equipe treinada nele	Casos selecionados, conforme a disponibilidade do serviço
Laparoscópica	Furos pequenos, menos dor nos primeiros dias, alta precoce	Exige anestesia geral e equipamento; a visão é uma imagem numa tela, sem tato; anatomia difícil pode exigir conversão	Maior parte das correções programadas
Convencional	Tato direto; resolve sangramento e aderência densa com rapidez	Corte maior, dor maior, internação mais longa, risco de hérnia na cicatriz	Aderências de cirurgias anteriores, sangramento, laparoscopia indisponível

Trocar os furos por um corte no meio da operação tem nome próprio: conversão. Costuma ser o sinal de que a equipe, diante de uma anatomia que a câmera não esclarecia, escolheu ter mais visão.

**FIGURA 7.3**

A internação, dia a dia, numa correção programada por laparoscopia.

Elaborado pelo autor a partir de (CARROTT et al., 2012).

A Figura 7.3 traz o calendário habitual da internação.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Sobre a válvula montada junto com o reparo, o painel de 2024 sugeriu fazê-la de rotina, e foi explícito quanto ao terreno: a certeza da evidência é baixa (DALY et al., 2024). A série americana de 120 operados registrou permanência mediana de 4 dias, com variação de 3 a 10, e nenhuma morte no período da operação (CARROTT et al., 2012). O número do seu hospital se pergunta na consulta.

Fonte: DALY et al., 2024; CARROTT et al., 2012

Falta a peça que mais gera dúvida na véspera: a tela, que divide os cirurgiões e ocupa o capítulo seguinte.

A tela, e por que ela divide os cirurgiões

EM UMA FRASE

Costurar um hiato muito alargado é costurar sob tensão, e tecido sob tensão volta a abrir. A tela nasceu daí.

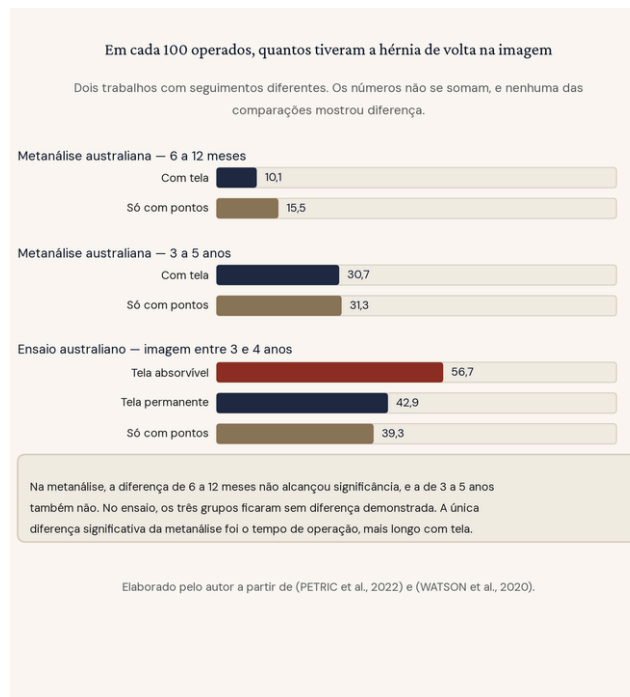
8.1 De onde veio a ideia

A crurorrafia, terceira das quatro tarefas da cirurgia descrita no capítulo anterior, é o ponto frágil da operação. Reforçar costura com malha é rotina na parede do abdome. Só que o hiato se mexe a cada respiração. Duas metanálises reuniram sete ensaios randomizados cada uma, e o retrato é sóbrio: nos primeiros meses a tela parece reduzir o reaparecimento da hérnia em alguns estudos, e a vantagem desaparece com o tempo.

TABELA 8.1 — O QUE CADA ESTUDO MEDIU SOBRE A TELA NO HIATO

ESTUDO	O QUE COMPAROU	O QUE ENCONTROU
Metanálise argentina de 2022	7 ensaios; 383 com tela contra 352 só com pontos	Recidiva até 6 meses e depois de 6 meses sem diferença demonstrada; mais complicações no conjunto com tela permanente
Metanálise australiana de 2022	7 ensaios; 296 tela permanente, 92 absorvível, 347 só pontos	Recidiva curta e longa sem diferença demonstrada; operação mais demorada com tela
Ensaio australiano, seguimento de 5 anos	126 pessoas sorteadas entre tela absorvível, tela permanente e costura simples	Recidiva em imagem, medida entre 3 e 4 anos, sem diferença demonstrada; dor no peito e empachamento mais frequentes com tela absorvível
Ensaio americano, seguimento longo	Pontos contra reforço biológico, mesma população	A vantagem dos 6 meses não se manteve na mediana de 58 meses

A Tabela 8.1 reúne os quatro trabalhos. Sobre usar tela de rotina, a diretriz de 2024 preferiu não se pronunciar: para o painel, a evidência ficou ambígua demais. Esse silêncio devolve a escolha à sala de operação: a tela segue sendo usada quando a costura simples ficaria tensa demais, e quem decide é a equipe que estiver olhando para aquele diafragma na hora.

**FIGURA 8.2**

Em cada 100 pessoas operadas, quantas tiveram a hérnia de volta no exame de imagem, com e sem tela, em dois trabalhos diferentes.

Elaborado pelo autor a partir de (PETRIC et al., 2022) e (WATSON et al., 2020).

Os números da Figura 8.2 vêm de fontes com seguimentos diferentes.

Tela absorvível e tela permanente: o que os ensaios separaram	
Nenhuma das comparações de recidiva mostrou diferença demonstrada.	
Tela absorvível	Tela permanente
Recidiva na imagem, entre 3 e 4 anos 56,7 em cada 100 no ensaio australiano, contra 39,3 de quem foi apenas costurado, sem diferença demonstrada.	Recidiva na imagem, entre 3 e 4 anos 42,9 em cada 100 no mesmo ensaio, também sem diferença demonstrada frente à costura simples.
Queixas aos 5 anos Dor no peito e empachamento foram mais frequentes nesse grupo do que nos outros dois.	Morbidade geral Mais alta na metanálise argentina: risco relativo de 1,45, com intervalo de 95% de 1,24 a 1,71.
A escolha entre costurar e reforçar é da equipe que estiver olhando para aquele diafragma na hora, e ela se pergunta na consulta.	
Elaborado pelo autor a partir de (WATSON et al., 2020) e (ANGERAMO; SCHLOTTMANN, 2022).	

FIGURA 8.3

Tela absorvível e tela permanente: o que os ensaios separaram.

Elaborado pelo autor a partir de (WATSON et al., 2020) e (ANGERAMO; SCHLOTTMANN, 2022).

A Figura 8.3 separa o que muda entre a tela absorvível e a permanente.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Uma revisão sistemática argentina reuniu 7 ensaios randomizados: 383 operados com tela e 352 só com pontos (ANGERAMO; SCHLOTTMANN, 2022). A recidiva até seis meses deu risco relativo de 0,74, intervalo de confiança de 95% de 0,26 a 2,07. Depois de seis meses, 0,75, entre 0,27 e 2,08. Os dois atravessam o valor de nenhuma diferença. Houve um achado na direção contrária. A morbidade geral foi mais alta com tela não absorvível: risco relativo de 1,45, intervalo de 95% de 1,24 a 1,71. A metanálise australiana do mesmo ano separou os grupos por tipo de malha e, entre 6 e 12 meses, encontrou a hérnia de volta em 10,1% dos operados com tela contra 15,5% dos operados só com pontos, sem alcançar significância (PETRIC et al., 2022). De 3 a 5 anos o número com tela foi 30,7%. Sem tela, 31,3%. A única diferença significativa ali foi o tempo de operação. O ensaio australiano sorteou 126 pessoas entre três técnicas (WATSON et al., 2020). O exame de imagem, feito entre três e quatro anos, encontrou hérnia de novo, de qualquer tamanho, em 56,7% com tela absorvível, 42,9% com tela permanente e 39,3% com costura simples. Nenhuma diferença entre os três foi demonstrada.

Fonte: ANGERAMO; SCHLOTTMANN, 2022; PETRIC et al., 2022; WATSON et al., 2020

Números de recidiva desse tamanho pedem leitura calma. O capítulo seguinte faz essa tradução e conta como fica a vida nas semanas depois da operação.

A recidiva, e a vida nas semanas seguintes

EM UMA FRASE

Reaparecer na imagem e voltar a incomodar são coisas distintas.

9.1 O que recidiva quer dizer

A discussão sobre a tela, que divide os cirurgiões, deixou percentuais altos no ar. Eles merecem tradução.

Quando um estudo refaz o exame contrastado em todo mundo, anos depois, conta como hérnia de volta qualquer degrau de estômago acima do diafragma. Boa parte desses achados é pequena e silenciosa. O que muda a vida da pessoa é a queixa.



FIGURA 9.1

A recidiva vista pela imagem e a recidiva sentida pela pessoa, no ensaio americano de seguimento longo.

Elaborado pelo autor a partir de (OELSCHLAGER et al., 2011) e (WATSON et al., 2020).

A Figura 9.1 separa esses dois planos. Um laudo que fala em hérnia residual não equivale a uma nova operação.

9.2 As primeiras semanas

Passada a operação, engolir fica diferente por um tempo. A costura do hiato e a válvula recém-montada ficam inchadas, e o inchaço leva algumas semanas para ceder. Nesse período a comida para no meio do peito. Quem não foi avisado lê isso como fracasso.



A Figura 9.2 traz essa progressão em desenho e a Tabela 9.3 a repete em texto, fase a fase, mas nenhum estudo definiu os prazos: quem ajusta o calendário ao que foi feito em você é a sua equipe.

TABELA 9.3 — A DIETA EM FASES, DA ALTA À SEXTA SEMANA

QUANDO	O QUE ENTRA NO PRATO
Dias 1 a 7	Dieta líquida: água, caldo coado, gelatina, iogurte bebível e sopa peneirada
Dias 8 a 14	Dieta pastosa: purê, creme, ovo mexido, mingau e fruta amassada
Semanas 3 e 4	Dieta macia: peixe desfiado, frango moído, legume bem cozido e arroz papa
Semanas 5 e 6	Retorno gradual: um alimento novo por refeição, mastigado devagar
A partir da sexta semana	Esforço físico conforme a orientação da sua equipe

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Um ensaio americano sorteou 108 pessoas entre costura simples e costura reforçada com material biológico (OELSCHLAGER et al., 2011). Aos seis meses, a hérnia havia reaparecido na imagem em 24 de cada 100 do grupo de pontos e em 9 do grupo com reforço. A segunda fase teve seguimento mediano de 58 meses. Sessenta repetiram o exame contrastado. A recidiva apareceu em 20 dos 34 examinados do grupo de pontos, 59 em cada 100, contra 14 dos 26 do grupo com reforço, 54 em cada 100, sem diferença demonstrada. Os autores registram que sintomas e qualidade de vida ficaram parecidos nos dois grupos. No ensaio australiano de cinco anos, o desfecho clínico saiu em 89,9% dos participantes. O exame objetivo, em 72,3% (WATSON et al., 2020).

Fonte: OELSCHLAGER et al., 2011; WATSON et al., 2020

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Se a hérnia reaparecer na imagem sem sintoma, o que vocês fazem?
- A quem eu ligo se algo der errado no fim de semana?

Resta organizar quem faz o quê, e é disso que trata o capítulo final, sobre quem cuida e o que levar para a consulta.

Quem cuida, e o que levar para a consulta

EM UMA FRASE

Consulta boa começa com pergunta escrita.

10.1 A equipe, e o que cada um resolve

A recidiva e a dieta das semanas seguintes já mostraram que essa história tem mais de um profissional dentro. Vale saber a quem perguntar o quê.

O médico do aparelho digestivo pede os exames. O cirurgião vê a indicação e opera. O anestesista mede o risco do dia e diz o que fazer com os seus remédios de uso contínuo, inclusive o anticoagulante. Se houver anemia, o médico do sangue repõe o ferro enquanto a causa é tratada. Quem prescreve a você é o seu médico, e nenhuma linha deste livro substitui essa conversa.

TABELA 10.1 — O QUE LEVAR E O QUE PERGUNTAR NA CONSULTA EM QUE A DECISÃO SERÁ TOMADA

LEVE	PERGUNTE
O laudo e as imagens do exame contrastado	Que fração do meu estômago está no tórax, e qual o tipo da hérnia?
O laudo da endoscopia, com data	A minha anemia foi atribuída à hérnia, ou falta investigar?
Os exames de sangue dos últimos meses	No meu caso vocês pretendem usar tela? Por quê, e de qual tipo?
A lista dos seus remédios, com dose e horário	Vocês pretendem fazer a válvula junto? E a gastropexia?
A receita do anticoagulante ou do antiagregante, se você usa um deles, com a última dose tomada	Quem decide se esse remédio é suspenso, e quando? (a suspensão não se faz por conta própria)
Anotação de episódios de dor, ânsia seca ou engasgo	Quantas correções de hérnia grande a equipe faz por ano?
Alguém de confiança, para ouvir junto	O que faria vocês trocarem os furos por um corte durante a operação?

Leve a Tabela 10.1 impressa. Escreva a resposta ao lado de cada pergunta, ainda ali, porque meia página anotada na hora rende mais em casa do que uma hora de conversa bem ouvida.



A Figura 10.2 diz a quem perguntar.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

A diretriz de 2024 fecha com um recado que vale como método de consulta: quem escolhe é o paciente informado, e o documento existe para dar base à conversa em que essa escolha se constrói (DALY et al., 2024). Boa parte das escolhas deste livro chega à consulta em aberto, apoiada em evidência que os próprios painéis chamam de baixa. Para a azia que sobrar, o tratamento segue a diretriz americana de refluxo (KATZ et al., 2022).

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

EM UMA FRASE

Decidir sobre uma hérnia de hiato grande é comparar um incômodo conhecido, que traz um risco pequeno e contínuo, com uma operação que tem riscos próprios. A escolha é sua.

Glossário

Palavras que aparecem no livro e costumam gerar dúvida.

Hiato

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

Diafragma

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

Hérnia de hiato

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

Hérnia por deslizamento

O tipo mais comum, em que a junção do esôfago com o estômago escorrega para cima e volta.

Hérnia paraesofágica

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

Junção esofagogástrica

O ponto exato em que o esôfago termina e o estômago começa.

Saco herniário

A bolsa de membrana que sobe junto com o estômago e forra o espaço ocupado no tórax.

Vólvulo gástrico

A torção do estômago sobre si mesmo, que pode fechar a entrada e a saída ao mesmo tempo.

Encarceramento

A situação em que o órgão herniado fica preso e não volta sozinho para o lugar.

Lesões de Cameron

Feridas rasas na dobra do estômago que atravessa o hiato. Sangram pouco de cada vez e levam à falta de ferro.

Anemia por falta de ferro

A queda da hemoglobina do sangue causada por perdas pequenas e repetidas.

Crurorrafia

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

Fundoplicatura

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

Gastropexia

A fixação do estômago à parede interna do abdome, para que ele fique onde foi colocado.

Tela

A malha usada para reforçar uma costura. No hiato ela pode ser absorvível ou permanente.

Recidiva radiológica

O reaparecimento da hérnia num exame de imagem, com ou sem queixa junto.

Esofagograma

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

Endoscopia digestiva alta

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

Espirometria

Exame de sopro que mede o quanto de ar o pulmão consegue mover.

Laparoscopia

Técnica em que a operação é feita por pequenos furos, com câmera e instrumentos finos.

Conversão

A decisão de trocar os furos por um corte maior durante a operação, quando a visão pela câmera deixa de ser segura.

Referências

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

- 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.
- CARROTT, P. W. et al. Repair of giant paraesophageal hernias routinely produces improvement in respiratory function. **The Journal of thoracic and cardiovascular surgery**, [S. l.], v. 143, n. 2, p. 398-404, 2012. DOI: 10.1016/j.jtcvs.2011.10.025. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jtcvs.2011.10.025>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 22104674.
- 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.
- 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.
- OELSCHLAGER, B. K. et al. Biologic prosthesis to prevent recurrence after laparoscopic paraesophageal hernia repair: long-term follow-up from a multicenter, prospective, randomized trial. **Journal of the American College of Surgeons**, [S. l.], v. 213, n. 4, p. 461-8, 2011. DOI: 10.1016/j.jamcollsurg.2011.05.017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2011.05.017>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 21715189.
- PETRIC, J. et al. Sutured Versus Mesh-augmented Hiatus Hernia Repair: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. **Annals of surgery**, [S. l.], v. 275, n. 1, p. e45-e51, 2022. DOI: 10.1097/SLA.0000000000004902. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000004902>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 33856379.
- 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.
- WATSON, D. I. et al. Five Year Follow-up of a Randomized Controlled Trial of Laparoscopic Repair of Very Large Hiatus Hernia With Sutures Versus Absorbable Versus Nonabsorbable Mesh. **Annals of surgery**, [S. l.], v. 272, n. 2, p. 241-247, 2020. DOI: 10.1097/SLA.0000000000003734. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000003734>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 32675536.
- WIRSCHING, A. et al. The other explanation for dyspnea: giant paraesophageal hiatal hernia repair routinely improves pulmonary function. **Diseases of the esophagus**, [S. l.], v. 32, n. 9, p. doz032, 2019. DOI: 10.1093/dote/doz032. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/dote/doz032>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 31220858.
- ZULLO, A. et al. Cameron lesions: A still overlooked diagnosis. Case report and systematic review of literature. **Clinics and research in hepatology and gastroenterology**, [S. l.], v. 42, n. 6, p. 604-609, 2018. DOI: 10.1016/j.clinre.2018.05.002. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.clinre.2018.05.002>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 29910147.

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 e opero em São Paulo.

Escrevo esta série por causa do tempo da consulta. Você chega com um laudo que ninguém traduziu e ouve palavras novas em vinte minutos. Aqui está o que eu diria com uma hora livre.

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 que mudam a agenda, em três níveis. A coluna da esquerda é a que não admite espera.	Figura_1.2_sinais-de-alerta.png	Elaborado pelo autor.
Figura 2.1	Os quatro tipos de hérnia de hiato. O ponto de referência é a junção entre o esôfago e o estômago, marcada em cada desenho.	Figura_2.1_quatro-tipos.png	Elaborado pelo autor a partir de (DALY et al., 2024).
Figura 2.2	Em cada 100 pessoas operadas de hérnia grande numa série americana, quanto do estômago estava dentro do tórax antes da operação.	Figura_2.2_quanto-subiu.png	Elaborado pelo autor a partir de (CARROTT et al., 2012).
Figura 3.1	Em cada 100 pessoas operadas de hérnia grande numa série americana, quantas tinham cada queixa antes da operação.	Figura_3.1_queixas.png	Elaborado pelo autor a partir de (CARROTT et al., 2012).
Figura 3.2	Do atrito na dobra do estômago à anemia por falta de ferro, e por que a endoscopia pode não ver a ferida na primeira vez.	Figura_3.2_anemia-silenciosa.png	Elaborado pelo autor a partir de (ZULLO et al., 2018).
Figura 3.3	Por que o fôlego encurta à mesa, e o que a correção devolve.	Figura_3.3_folego.png	Elaborado pelo autor a partir de (WIRSCHING et al., 2019).
Figura 4.1	O estômago solto dentro do tórax e a torção que fecha as duas pontas. À direita, a tríade que aparece junto na torção.	Figura_4.1_volvulo.png	Elaborado pelo autor.
Figura 4.2	De cada 100 pessoas que esperam um ano com a hérnia sem sintomas, quantas o modelo previu que precisariam de operação de urgência.	Figura_4.2_risco-por-ano.png	Elaborado pelo autor a partir de (STYLOPOULOS; GAZELLE; RATTNER, 2002).
Figura 4.3	Os quatro números do mesmo trabalho, e o que cada um mede.	Figura_4.3_quatro-numeros.png	Elaborado pelo autor a partir de (STYLOPOULOS; GAZELLE; RATTNER, 2002).
Figura 5.2	A ordem em que os exames costumam entrar, do consultório à decisão.	Figura_5.2_ordem-dos-exames.png	Elaborado pelo autor.
Figura 6.2	O que a diretriz de 2024 recomenda, e o que ela deixa em aberto.	Figura_6.2_o-que-a-diretriz-diz.png	Elaborado pelo autor a partir de (DALY et al., 2024).
Figura 7.1	A operação em quatro quadros: reduzir, retirar o saco, estreitar o hiato e montar a válvula.	Figura_7.1_passo-a-passo.png	Elaborado pelo autor a partir de (DALY et al., 2024).
Figura 7.3	A internação, dia a dia, numa correção programada por laparoscopia.	Figura_7.3_internacao.png	Elaborado pelo autor a partir de (CARROTT et al., 2012).
Figura 8.2	Em cada 100 pessoas operadas, quantas tiveram a hérnia de volta no		

	exame de imagem, com e sem tela, em dois trabalhos diferentes.	Figura_8.2_recidiva-com-e-sem-tela.png	Elaborado pelo autor a partir de (PETRIC et al., 2022) e (WATSON et al., 2020).
Figura 8.3	Tela absorvível e tela permanente: o que os ensaios separaram.	Figura_8.3_absorvivel-e-permanente.png	Elaborado pelo autor a partir de (WATSON et al., 2020) e (ANGERAMO; SCHLOTTMANN, 2022).
Figura 9.1	A recidiva vista pela imagem e a recidiva sentida pela pessoa, no ensaio americano de seguimento longo.	Figura_9.1_imagem-e-queixa.png	Elaborado pelo autor a partir de (OELSCHLAGER et al., 2011) e (WATSON et al., 2020).
Figura 9.2	As seis semanas de dieta em fases, da alta ao primeiro alimento em pedaço.	Figura_9.2_dieta-em-fases.png	Elaborado pelo autor.
Figura 10.2	Quem cuida de cada etapa, do primeiro exame à alta.	Figura_10.2_quem-cuida.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, honorário, amostra de cortesia, equipamento em comodato ou qualquer outra contrapartida de fabricantes de telas ou de plataformas cirúrgicas citados nesta obra. Nenhuma empresa financiou o livro.

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.