

Hérnia do Hiato Após Reconstrução da Parede Abdominal: Uma Consequência ou Complicação?

Hiatal Hernia After Abdominal Wall Reconstruction: A Consequence or a Complication?

 Joana Gaspar Domingos^{1*},  Catarina Osório¹,  Ana Marta Pereira¹,  Mário Nora¹

1. General Surgery Service, ULS Entre Douro e Vouga, Santa Maria da Feira, Portugal

Corresponding Author/Autor Correspondente:

Joana Gaspar Domingos [joana.g.domingos@ulsedv.min-saude.pt]
Rua Dr. Cândido Pinho 5, 4520-211, Santa Maria da Feira, Portugal

<https://doi.org/10.34635/rpc.1113>

Palavras-chave: Hérnia do Hiato/cirurgia; Parede Abdominal/cirurgia

Keywords: Abdominal Wall/surgery; Hernia, Hiatal/surgery

As hérnias do hiato (HH) de deslizamento caracterizam-se pela migração cefálica da junção esofagogástrica (JEG) acima do hiato diafragmático, mantendo-se o fundo gástrico na sua localização anatômica.^{1,2} Segundo a teoria do duplo esfíncter, a JEG resulta da interação entre o esfíncter esofágico inferior e o pilar direito do diafragma, funcionando como barreira anti-refluxo. O aumento da pressão intra-abdominal (PIA) pode comprometer essa sinergia, favorecendo o aparecimento ou agravamento de HH já existentes.² Outros fatores como idade e alterações do colagénio também contribuem.³⁻⁵

Sliding hiatal hernias (HH) are defined by cephalad migration of the esophagogastric junction (EGJ) above the diaphragmatic hiatus, while the gastric fundus remains in its anatomical position.^{1,2} According to the dual-sphincter theory, the EGJ results from the interaction between the lower esophageal sphincter and the right diaphragmatic crus, acting as an anti-reflux barrier. Increased intra-abdominal pressure (IAP) may disrupt this synergy, favoring the onset or worsening of HH.² Additional contributors include age and collagen disorders.³⁻⁵

Received/Recebido: 22/06/2025 **Accepted/Aceite:** 24/09/2025 **Published online/Publicado online:** 21/10/2025 **Published/Publicado:** 09/12/2025

© Author(s) (or their employer(s)) and Portuguese Journal of Surgery 2025. Re-use permitted under CC BY-NC 4.0. No commercial re-use.

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e Revista Portuguesa de Cirurgia 2025. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC 4.0. Nenhuma reutilização comercial.

Relata-se o caso de um homem de 78 anos, normoponderal, submetido a TAPP (*transabdominal preperitoneal*) inguinal direito. Por perfuração iatrogênica de delgado realizou-se laparotomia mediana com enterorrafia e, posteriormente, encerramento da parede abdominal por evisceração.

Evoluiu com hérnia incisional (M2-4/W3, European Hernia Society) corrigida com hernioplastia retrorretal (Rives-Stoppa), quatro semanas após adjuvância com toxina botulínica.

No pós-operatório desenvolveu ileus e hemorragia digestiva alta. A tomografia computadorizada (TC) revelou uma volumosa HH de deslizamento (Fig. 1), confirmada por endoscopia digestiva alta, que também identificou um divertículo de Zenker e úlcera esofágica distal (Fig. 2).

We report a 78-year-old, normal-weight man who underwent right inguinal TAPP (*transabdominal preperitoneal*) repair. Because of an iatrogenic small-bowel perforation, a midline laparotomy with enterorrhaphy was performed, followed by subsequent abdominal wall closure after evisceration.

He developed an incisional hernia (M2-4/W3, European Hernia Society), which was repaired by a retromuscular (Rives-Stoppa) hernioplasty four weeks after adjunctive botulinum toxin injection.

Postoperatively, the patient developed ileus and upper gastrointestinal bleeding. Computed tomography (CT) demonstrated a large sliding HH (Fig. 1), confirmed by esophagogastroduodenoscopy, which also identified a Zenker's diverticulum and a distal esophageal ulcer (Fig. 2).

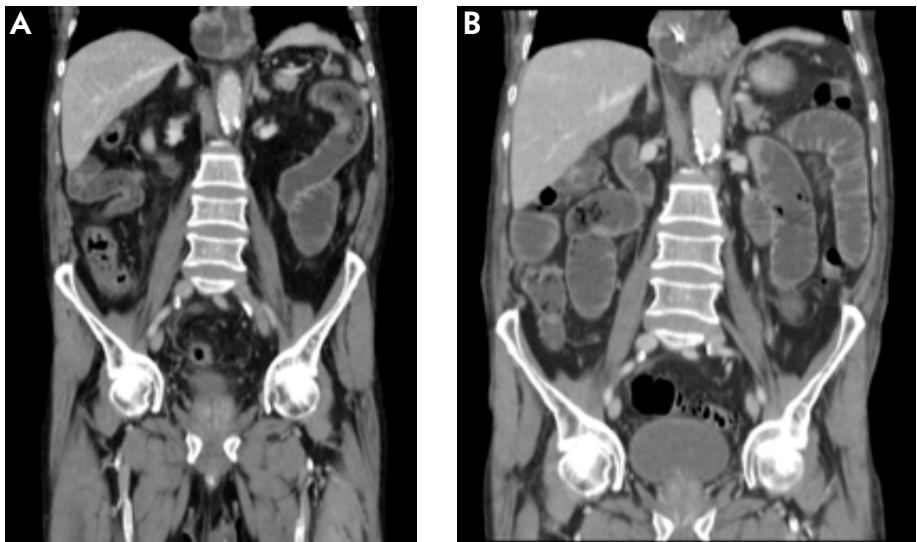


Figura 1. A. TC pré-operatório; B. TC pós-operatório.



Figura 2. Esophageal ulcer.

Este caso ilustra que, embora rara, a HH pode ser diagnosticada após reconstrução da parede abdominal, num contexto multifatorial que inclui alterações da PIA e fatores pré-existentes. Este achado ressalva a importância de uma preparação criteriosa e individualizada, com foco na otimização da complacência da parede abdominal e no controlo de fatores de risco para redução de complicações, como o ileus, que poderão potenciar o desenvolvimento de HH.

This case illustrates that, although uncommon, HH may be diagnosed after abdominal wall reconstruction within a multifactorial context that includes altered IAP and pre-existing factors. It underscores the need for meticulous, individualized preoperative planning focused on optimizing abdominal wall compliance and controlling risk factors to reduce complications, such as ileus, that may precipitate HH.

ETHICAL DISCLOSURE

Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financing Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship.

Confidentiality of Data: The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of patient data.

Patient Consent: Consent for publication was obtained.

Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer-reviewed.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Confidencialidade dos Dados: Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

Consentimento: Consentimento do doente para publicação obtido.

Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares

CONTRIBUTORSHIP STATEMENT

JGD: Data collection, bibliographic search, analysis and interpretation of results, drafting of the article.

CO, AMP and MP: Critical review of the content of the article.

All authors approved the final version to be published.

DECLARAÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO

JGD: Recolha de dados, pesquisa bibliográfica, análise e interpretação dos resultados, redação do artigo.

CO, AMP e MP: Revisão crítica do conteúdo do artigo.

Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada.

REFERENCES

1. Kahrilas PJ, Kim HC, Pandolfino JE. Approaches to the diagnosis and grading of hiatal hernia. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2008;22:601–16. doi:10.1016/j.bpg.2007.12.007
2. Siboni S, Bonavina L, Rogers BD, Egan C, Savarino E, Gyawali CP, et al. Effect of increased intra-abdominal pressure on the esophagogastric junction: a systematic review. *J Clin Gastroenterol.* 2022;56:821–30. doi:10.1097/MCG.0000000000001756
3. Reddington H, Figueroa A, Cohen A, Castro R, Payne C, Lotakis D, et al. Rectal prolapse and abdominal compartment syndrome: formerly unknown complications of hernia repair in a neonate. *J Pediatr Surg Case Rep.* 2021;73:101992. doi:10.1016/j.epsc.2021.101992
4. Mehta N, Eriksson SE, Zheng P, Sarici I, Zaidi A, Jobe B, et al. Abdominal wall hernias in patients with hiatal hernias: predictors of association in a large cohort of patients. *Foregut.* 2024;4:40–8. doi:10.1177/26345161231180010
5. Amro C, Niu EF, Deianni E, Smith L, Qiu M, Torkington J, et al. Genetic and biologic risk factors associated with hernia formation: a review. *Am J Surg.* 2024;234:41–57. doi:10.1016/j.amjsurg.2024.02.029