

Clasificación de Hill

Raúl Araya J.

Hill's Classification

Introducción

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) presenta una alta prevalencia en atención ambulatoria, afectando al 5-25% de la población occidental¹. La ERGE, con o sin hernia hiatal, ha sido tema de discusión y motivo de desarrollo de varias clasificaciones, tal como fue revisado en números previos en esta misma revista.

Esta enfermedad es de manejo médico-quirúrgico y se ha tratado de sistematizar a través de varias clasificaciones, que tratan de precisar aspectos anatómicos, relacionados con la fisiopatología de la ERGE. El médico cuenta con estudios complementarios, como la pHmetría-manometría esofágica, impedanciometría y grado de esofagitis erosiva en la endoscopia digestiva alta, que le permiten tomar la decisión terapéutica adecuada para cada paciente^{4,5,7}.

Los aspectos anatómicos de la unión gastroesofágica se han pretendido objetivar a través de la Clasificación de Hill^{2,3,5,8}, la cual se obtiene al efectuar la retrovisión endoscópica del fondo gástrico y la válvula gastroesofágica, observando el cierre o apertura de ésta y verificando si este fenómeno es intermitente o permanente en relación a la inspiración.

Este texto, por tanto, pretende revisar críticamente la Clasificación de Hill, su aplicación en la práctica endoscópica y el real impacto que ésta pueda tener en el manejo médico o quirúrgico.

Descripción de la Clasificación de Hill

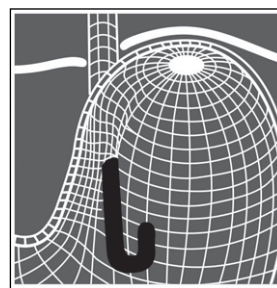
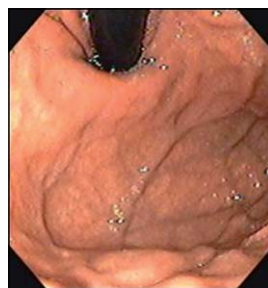
Con la intención de conocer cuál es el aspecto endoscópico de la válvula gastroesofágica del cardias, se ha utilizado la Clasificación de Hill, que se basa en la observación de las variaciones que ésta tiene en cuanto a su cierre y apertura a la retrovisión gástrica.

Se ha clasificado en 4 tipos.

Tipo I:

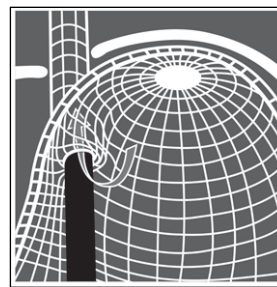
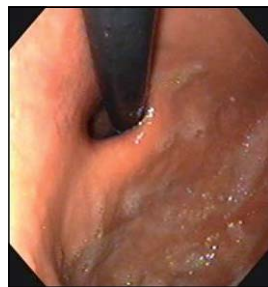
Presencia de un pliegue (válvula gastroesofágica) bien cerrado alrededor del endoscopio con 3-4 cm,

de extensión hacia la curvatura menor (hallazgo de válvula normal).



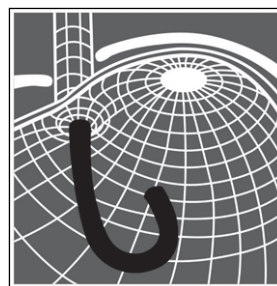
Tipo II:

El pliegue es menor y durante la inspiración se forma un espacio entre el endoscopio y este pliegue.



Tipo III:

Casi no existe pliegue y constantemente existe un espacio entre el endoscopio y éste, el cual es mayor que el diámetro del instrumento.



Recibido: 06 de diciembre de 2011
Aceptado: 17 de febrero de 2011

El autor no reporta conflictos de interés.

Correspondencia a:

Raúl Araya Jofré
Servicio de
Gastroenterología,
Hospital Militar de
Santiago
Av. Larrain 9100,
La Reina, Santiago,
Chile.
Tel: 56 -2 - 3316872
Fax: 56- 2 - 3317168
E-mail: rarayajofre@
gmail.com

Clasificaciones en Gastroenterología

Tipo IV:

Presencia de una hernia hiatal y un importante espacio entre el endoscopio y la impresión hiatal sin poder identificar la válvula.



Utilidad de la clasificación

Validación

La literatura tanto nacional como extranjera, partiendo desde el año 1996, ha mencionado la Clasificación de Hill como una útil herramienta descriptiva endoscópica, usada también como material y método en trabajos prospectivos que evalúan su relación con el grado de esofagitis y ERGE asociados o no a hernia hiatal^{6,7,10}.

Uno de los estudios más representativos es el efectuado en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile (2006), que compara el aspecto endoscópico de la válvula gastroesofágica y lo relaciona con hallazgos manométricos y pHmetría de 24 h en pacientes con síntomas relacionados con la ERGE. Existen otros trabajos similares (1999-2008) que han sido publicados en el extranjero^{7,9}.

Los resultados de estos estudios sugieren que los

pacientes con válvula gastroesofágica endoscópicamente abierta o dilatada, tienen significativamente un esfínter gastroesofágico (EGE) más hipotensivo e incompetente que los pacientes con válvula gastroesofágica de tipo normal.

Llamando sí la atención sobre el hecho de que aproximadamente un 43,4% de los pacientes con Clasificación de Hill tipo I, también tienen un EGE hipotensivo, lo que sugeriría que un hallazgo endoscópico de este tipo no excluye que el paciente tenga una válvula incompetente, dado que su mecanismo estaría fundamentado en la ocurrencia frecuente de relajaciones transitorias del EGE.

Por lo tanto, esta interpretación del aspecto endoscópico de la válvula gastroesofágica debe ser analizada con mucha cautela y no debe sugerir la necesidad de un tratamiento más radical y enérgico, como la cirugía, en ausencia de otros estudios funcionales del esófago, como la manometría, pHmetría de 24 h o impedanciometría.

Limitantes

Como sucede con muchas clasificaciones, ésta debe ser incorporada al ejercicio y rutina endoscópica. El objetivo es familiarizarse con ella, preocuparse de observar cómo es el cierre de la válvula gastroesofágica a la retrovisión y ver cuál es su relación con la inspiración; de no efectuarlo de esta manera, la heterogeneidad inter-observador puede ser muy alta.

La Clasificación de Hill es una ayuda en la toma de decisiones pero no se recomienda definir la resolución quirúrgica basándose exclusivamente en el hallazgo endoscópico por lo que el médico debe complementar la información obtenida, con otros estudios funcionales.

Referencias

- 1.- Espino A, Clasificación de Los Angeles. *Gastr Latinoam* 2011; 21: 184-6.
- 2.- Hill LD, Kozarek R, Kraemer SJ, Aye RW, Mercer CD, Low DE, et al. The gastroesophageal flap valve: *in vitro* and *in vivo* observations. *Gastrointest Endosc* 1996; 44: 541-7.
- 3.- Hill LD, Kozarek RA. The gastroesophageal flap valve. *J Clin Gastroenterol* 1999; 28: 194-7.
- 4.- Contractor QQ, Akhtar SS, Contractor TQ. Endoscopic esophagitis and gastroesophageal flap valve. *J Clin Gastroenterol* 1999; 28: 233-7.
- 5.- Oberg S, Peters JH, DeMeester TR, Lord RV, Johansson J, Crookes PF, et al. Endoscopic grading of the gastroesophageal valve in patients with symptoms of gastroesophageal reflux disease (GERD). *Surg Endosc* 1999; 13: 1184-8.
- 6.- Lin BR, Wong JM, Chang MC, Liao CC, Yang PM, Jeng JH, et al. Abnormal gastroesophageal flap valve is highly associated with gastroesophageal reflux disease among subjects undergoing routine endoscopy in Taiwan. *J Gastroenterol Hepatol* 2006; 21: 556-62.
- 7.- Falavigna M, Csendes A, Henríquez D, Luengas R. Comparación entre el aspecto endoscópico del cardias, hallazgos manométricos y pHmetría de 24 horas en pacientes con síntomas de reflujo gastroesofágico crónico. *Rev Med Chile* 2006; 134: 187-92.
- 8.- Kim JH, Hwang JK, Kim J, Lee SD, Lee BJ, Kim JS, et al. Endoscopic findings around the gastroesophageal junction: an experience from a tertiary hospital in Korea. *Korean J Intern Med* 2008; 23: 127-33.
- 9.- Xirouchakis E, Kamberoglou D, Kalos D, Zambeli E, Doulgeroglou V, Tzias V. The effect of gastroesophageal flap valve appearance on the management of patients with symptoms of gastroesophageal reflux Disease. *Dig Dis Sci* 2009; 54: 328-32.
- 10.- Kaneyama H, Kaise M, Arakawa H, Arai Y, Kanazawa K, Tajiri H. Gastroesophageal flap valve status distinguishes clinical phenotypes of large hiatal hernia. *World J Gastroenterol* 2010; 16: 6010-5.