

## ¿Todavía podemos realizar la compresión en el cartílago cricoides?

Estimado Editor Jefe,

La compresión en el cartílago cricoides se describió por primera vez por Sellick en 1961 y consiste en aplicar una presión sobre el cartílago cricoides contra la vértebra cervical para ocluir la parte superior del esófago y poder así prevenir la regurgitación del contenido gástrico hacia el pulmón <sup>1</sup>.

El éxito inicial de la maniobra empezó a ser cuestionado cuando algunos casos fueron relatados demostrando aspiración del contenido gástrico seguido de muerte a pesar de su uso <sup>2</sup>. Algunos factores pueden ser citados para justificar el fallo de la maniobra: tiempo incorrecto de aplicación de la compresión, uso excesivo de la fuerza al momento de la compresión y compresión del local inadecuado <sup>1</sup>.

Smith y col. <sup>3</sup> estudiaron individuos normales por medio de la tomografía computadorizada y llegaron a la conclusión de que el esófago fue desplazado lateralmente un 49% en los participantes. Rice y col. <sup>4</sup> hicieron otro estudio con resonancia magnética y concluyeron que la maniobra creada por Sellick puede comprimir la hipofaringe y que la posición del esófago sería irrelevante en la ejecución de la maniobra. Los resultados de esos estudios son conflictivos, llamando la atención para que nuevas investigaciones se hagan para confirmar uno u otro resultado. La controversia continuará por muchos años, porque la realización de un estudio prospectivo y controlado en ese escenario no sería ética y el estudio inicial publicado por Sellick se hizo en cadáveres <sup>1,5,6</sup>.

La compresión del cartílago cricoides puede auxiliar al momento de la intubación orotraqueal porque tiene potencial para facilitar la visualización de las cuerdas vocales, pero ese efecto no es unánime en todas las investigaciones y algunas relatan el daño para el éxito de la intubación <sup>1,7</sup>.

En resumen, todavía podemos hacer la compresión del cartílago cricoides con la finalidad de prever la regurgitación del contenido gástrico, una vez que no está confirmada la ausencia total de su eficacia en la práctica clínica. Otro hecho importante es que la regurgitación seguida de neumonía es un evento raro, dificultando la percepción de haber sido eficaz o no el uso de la maniobra en la práctica cotidiana <sup>1</sup>. El sentido común, el entrenamiento previo y la práctica de cada profesional van a guiar la mejor conducta clínica frente a cada caso en particular hasta que nuevos estudios demuestren la ausencia de eficacia.

*Fabiano Timbó Barbosa, MD*  
*Universidad Federal de Alagoas*

### REFERENCIAS

1. El-Orbany M, Connolly LA – Rapid sequence induction and intubation: current controversy. *Anesth Analg*, 2010;110:1318-1325.
2. Robinson JS, Thompson JM – Fatal aspiration (Mendelson's) syndrome despite antacids and cricoid pressure. *Lancet*, 1979;2:228-230.
3. Smith KJ, Ladak S, Choi PT, Dobranowski J – The cricoid cartilage and the esophagus are not aligned in close to half of adult patients. *Can J Anaesth*, 2002;49:503-507.
4. Rice MJ, Mancuso AA, Gibbs C, Morey TE, Gravenstein N, Deitte LA – Cricoid pressure results in compression of the postcricoid hypopharynx: the esophageal position is irrelevant. *Anesth Analg*, 2009;109:1546-1552.
5. Ovassapian A, Salem MR – Sellick's maneuver: to do or not do. *Anesth Analg*, 2009;109:1360-1362.
6. Benhamou D – Cricoid pressure is unnecessary in obstetric general anaesthesia. *Proposer. Int J Obstet Anesth*, 1995;4:30-431.
7. Turgeon AF, Nicole PC, Trepanier CA – Cricoid pressure does not increase the rate of failed intubation by direct laryngoscopy in adults. *Anesthesiology*, 2005;102:315-319.