

BODY PACKER: A PROPÓSITO DE UN CASO

Dra. Marina Povar Echeverría¹ / Dra. Victoria Estabén Boldova² / Dr. Pablo Esteban Auquilla Clavijo³ / Dr. Alfonso García Aranda⁴

¹ Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

² Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

³ Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

⁴ Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

RESUMEN

Body packer es el término empleado para definir el transporte de drogas o sustancias ilegales en el interior del organismo. Además de ser un problema clínico, tiene repercusión médico-legal. Este cuadro puede manifestarse de 3 formas distintas: asintomático, oclusión intestinal e intoxicación grave. Se expone un caso de body packer asintomático (manifestación más frecuente) en el que se realizó tratamiento conservador. El presente artículo pretende revisar el manejo de esta patología que puede ser valorada, cada vez con mayor frecuencia, en los servicios de urgencias.

PALABRAS CLAVE

Body packer. Cuerpos extraños. Cocaína. Intoxicación. Droga

ABSTRACT

Body packer is the term used to define the transport of drugs or illegal substances inside the body. In addition to being a clinical problem, it has medical and legal repercussions. This pathology can be manifested in three different ways: asymptomatic, intestinal occlusion and severe intoxication. A case of asymptomatic body packer (more frequent manifestation) in which conservative treatment was performed is exposed. This article aims to review the management of this pathology that can be valued, more and more frequently, in the emergency services.

KEYWORDS

Body packer. Foreign bodies. Cocaine. Intoxication. Drug

INTRODUCCIÓN

El transporte de drogas ilegales en el interior del organismo (Body packer) es un problema médico-legal en aumento en las últimas décadas. Si bien no es frecuente, puede ser motivo de consulta en el servicio de urgencias y el facultativo debe estar preparado para atender este tipo de situaciones que conllevan problemas legales y que pueden presentar una gravedad extrema¹. Se presenta un caso de un paciente atendido en el servicio de urgencias de nuestro centro que fue manejado de forma conservadora. El objetivo de este trabajo es actualizar el manejo de este tipo de pacientes desde el punto de vista diagnóstico y terapéutico.

CASO CLÍNICO

Paciente de 47 años, sin alergias farmacológicas conocidas y sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Original de Marruecos. Reside en institución penitenciaria. Es remitido por el médico de la prisión para descartar cuerpo extraño en recto. El paciente niega dolor abdominal, náuseas, vómitos u otra sintomatología. Niega haber ingerido ninguna sustancia vía oral ni haber introducido ningún objeto por vía rectal.

En la exploración física se evidencia: Tensión arterial 135/72 mmHg, Frecuencia cardiaca 83 latidos por minuto, Saturación de O₂ 95% con FiO₂ 0.21. Afebril. Consciente. Orientado. Normocoloreado. Normohidratado. Eupneico. Glasgow 15. Auscultación cardiaca: Ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, con frecuencia normal. Auscultación pulmonar: Murmullo vesicular normal. Abdomen: Blando, depresible, no doloroso a la palpación, peristaltismo normal. No se palpan masas ni visceromegalias. No signos de irritación peritoneal. Extremidades inferiores sin edemas ni signos de



Fig. 1. Radiografía de abdomen en la que se evidencian múltiples imágenes ovoideas en colon sigmoide, recto y colon ascendente sugestivas de paquetes de drogas en la luz intestinal.



Fig. 2. Radiografía de abdomen tras tratamiento evacuante con polietilenglicol: Luminograma intestinal inespecífico.

trombosis venosa profunda.

Se realiza un electrocardiograma que evidencia ritmo sinusal a 85 latidos por minuto, sin alteraciones del PR, QRS ni de la repolarización. Se realiza analítica de sangre con los siguientes resultados: Leucocitos 12500 con 78% neutrófilos, Hemoglobina 14 mg/dL. Plaquetas 294.000. Actividad de protrombina 88%. Glucosa 94 mg/dL. Urea 24 mg/dL. Creatinina 0.80 mg/dL. Cloro 103 mEq/L, Sodio 136 mEq/L. Potasio 4 mEq/L. pH 7.38 con pCO₂ 44 mmHg y bicarbonato 26 mEq/L. La radiografía de tórax no muestra alteraciones y en la radiografía de abdomen se evidencian múltiples imágenes ovoideas en colon sigmoide, recto y colon ascendente sugestivas de paquetes de drogas en la luz intestinal (body packer) (Fig. 1).

Tras reinterrogarle el paciente confiesa la ingestión de 22 paquetes de hachís, niega cocaína u otras sustancias. Se comenta el caso con Cirugía General, pero dada la estabilidad clínica y hemodinámica del paciente se decide actitud expectante y se ingresa para tratamiento médico.

Durante el ingreso, se administra solución evacuante de etilenglicol y el paciente expulsó en las siguientes horas los 22 paquetes que refería haber ingerido. Estuvo asintomático y hemodinámicamente estable durante todo el ingreso. La radiografía de abdomen de control sólo mostró el luminograma intestinal inespecífico, sin visualizar ya cuerpos extraños intraluminales (Fig. 2).

DISCUSIÓN

El término body packer define al sujeto portador de cuerpos extraños intraabdominales (envoltorios de látex o goma que contienen cocaína, heroína, hachís u otras sustancias) con el objetivo de tráfico de estas sustancias. Debe diferenciarse del término body stuffer que consiste en los sujetos que ingieren cuerpos extraños de manera compulsiva para evitar ser sorprendidos por los agentes de la ley. En estos últimos, que habitualmente ingieren menor cantidad de droga, los envoltorios no están diseñados para la ingesta y por tanto tienen un elevado riesgo de

rotura¹. Los body pushers hacen referencia a los sujetos que introducen los paquetes de droga a través del recto o la vagina².

España constituye una importante puerta de entrada para el tráfico europeo de droga procedente de Sudamérica y el norte de África, por lo que la experiencia en el manejo hospitalario del body packer ha aumentado considerablemente^{1,3}.

Al igual que ocurre en nuestro caso, el perfil típico de los pacientes body packer suele ser un paciente varón con una edad media entre 20 y 40 años, habitualmente asintomático y que acude a urgencias acompañado de agentes de la ley tras su detención, generalmente en el aeropuerto¹. No obstante, es posible verlo también en mujeres, embarazadas y niños². Es frecuente que los pacientes ingieran medicación anticolinérgica para inhibir el peristaltismo y una vez llegado a su destino tomen laxantes orales para evacuar el contenido¹.

La anamnesis viene dificultada por la falta de colaboración de los pacientes y en ocasiones por la barrera lingüística. No obstante, el body packer sabe el número exacto de paquetes ingerido, sus características y la droga que contiene por lo que es necesario insistir en la entrevista médica para intentar conseguir dicha información. Es de particular importancia conocer el tipo de envoltorio, ya que los paquetes improvisados con dedos de guante o condones constituyen mucho más riesgo de rotura que los envoltorios de látex². La exploración física puede ser anodina en pacientes asintomáticos. La realización de tacto rectal o vaginal no se recomienda por el elevado riesgo de rotura¹.

El diagnóstico se basa fundamentalmente en pruebas de imagen. La técnica diagnóstica de elección es la radiografía simple de abdomen, con una sensibilidad del 75-95% y una especificidad del 96%^{1,4}. Se observan múltiples cuerpos radioopacos, bien definidos, densos y homogéneos rodeados por una imagen radiolúcida originada por el aire atrapado entre las capas del envoltorio¹. Puede haber falsos positivos². Se recomienda realizar una radiografía de abdomen inicial (diagnóstica) y otra previa al alta como confirmación de la expulsión de la totalidad de los paquetes⁵. La ingesta de contraste radiológico vía oral puede incrementar la sensibilidad de

la técnica hasta en el 96%. El TC abdominal es la técnica más sensible y específica por lo que es de elección^{1,4,6,7}. El TC abdominal permite identificar el número, tamaño, localización, contenido de los paquetes, así como la presencia de ruptura o fuga⁸. Algunos autores proponen el uso de ecografía abdominal como técnica previa al TC por su gran disponibilidad y ausencia de radiación, su sensibilidad es elevada pero la especificidad es baja⁹. Los paquetes de droga sólidos se visualizan como imágenes múltiples e inmóviles, ovoideos como masas hiperecogénicas en la ecografía abdominal, con sombra acústica posterior⁸. Se ha descrito también el uso de la ecografía en los body packer para identificar la obstrucción intestinal secundaria o ver líquido libre abdominal⁸. En algunos artículos se propone también el uso de la resonancia magnética para el diagnóstico del body packer, con la posibilidad de diferenciar las características (sólido o líquido) del interior de los paquetes de droga¹⁰. Es la técnica idónea en niños y embarazadas, pero sus principales limitaciones son el coste, la baja disponibilidad de la técnica y el elevado tiempo de exploración⁸. En el caso que presentamos el diagnóstico se realizó mediante radiografía simple de abdomen, y se repitió la misma tras la expulsión de los paquetes como control radiológico previo al alta.

La determinación de tóxicos en orina puede resultar positiva incluso con los paquetes íntegros, por la difusión transmembrana de la droga o por persistencia de restos de sustancia en la envoltura externa del paquete. No obstante, la negatividad de dicho análisis no excluye el diagnóstico por lo que no se recomienda de rutina^{1,2}.

El cuadro clínico presentado por estos pacientes puede dividirse en tres grupos fundamentales: asintomáticos (son la mayoría), en segundo lugar, cuadro de oclusión intestinal mecánica y por último síntomas derivados de la intoxicación resultante de la rotura de los paquetes de droga. El manejo terapéutico varía en función del cuadro clínico ante el que nos encontremos.

1. Body packer asintomáticos

Constituyen la mayoría de los casos (aproximadamente el 80%), el manejo terapéutico recomendado es conservador¹¹. El objetivo es conseguir la evacuación de los paquetes íntegros y prevenir las posibles complicaciones. Se recomiendan los laxantes orales, como el polieti-

lengüicolas que es de elección. El periodo medio de expulsión varía entre 1 y 6 días. Medidas como el tacto rectal, los enemas rectales, la extracción manual transrectal y la endoscopia no se aconsejan debido al elevado riesgo de rotura¹.

2. Oclusión intestinal en body packer

Las localizaciones más frecuentes para la obstrucción mecánica son el íleon terminal, píloro y ángulo esplénico. Las consecuencias de la obstrucción intestinal son la dilatación intestinal con riesgo de perforación, peritonitis y shock séptico. El tratamiento inicial puede ser conservador con dieta absoluta, fluidoterapia, cese del tratamiento laxante, sonda nasogástrica en aspiración y tratamiento espasmolítico endovenoso. Si aparecen signos de intoxicación, peritonitis o shock séptico deberá realizarse una laparotomía urgente con extracción de los paquetes¹.

3. Síndrome de intoxicación en el body packer

La manifestación más grave del body packer es la intoxicación por cocaína, representa en torno al 0.6-3%, pero tiene una elevada mortalidad (en torno al 60-70%). El riesgo de intoxicación es posible incluso con los paquetes íntegros (cirugía¹). La clínica se caracteriza por una hiperestimulación adrenérgica (síndrome simpático-mimético) con hipertermia, diaforesis, agitación y convulsiones, midriasis, complicaciones car-

diovasculares (taquicardia, hipertensión, infarto agudo de miocardio, fibrilación ventricular), trastornos hidroelectrolíticos e incluso evolución a fallo multiorgánico². Se recomienda el manejo de estos pacientes en unidades de Cuidados intensivos y el tratamiento inicial de elección son las benzodiazepinas por vía intravenosa. Para el control farmacológico de la emergencia hipertensiva puede ser necesario añadir otros fármacos como el nitroprusiato sódico². En caso de persistencia de los síntomas y una vez estabilizada la situación hemodinámica deberá realizarse laparotomía urgente con extracción de los paquetes¹.

La intoxicación por heroína puede causar miosis, disminución del nivel de conciencia y depresión respiratoria. El tratamiento de elección es la naloxona. En algunos casos que no respondan al antídoto puede ser necesario realizar laparotomía urgente.

En conclusión, el manejo de esta entidad es en términos generales conservador¹¹; como ocurrió en nuestro caso dado que el paciente estaba asintomático. La cirugía emergente está indicada en la intoxicación por cocaína y en algunos casos de intoxicación por heroína. La cirugía urgente está indicada en casos de obstrucción o perforación intestinal². Se recomienda el manejo protocolizado de estos pacientes para disminuir la morbimortalidad⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. Madrazo Z, Silvio-Estaba L, Secanella L, García-Barrasa A, Aranda H, Golda T et al. Body packer: revisión y experiencia en un hospital de referencia. *Cir Esp*. 2007; 82(3): 139-45.
2. Booker RJ, Smith JE, Rodger MP. Packers, pushers and stuffers—managing patients with concealed drugs in UK emergency departments: a clinical and medicolegal review. *Emerg Med J*. 2009 May;26(5):316-20.
3. Dueñas-Laita A, Nogué S, Burillo-Putze G. Body packing. *NEJM*. 2004; 350:1230-1.
4. Poletti PA, Canel L, Becker CD, Wolff H, Elger B, Lock E et al. Screening of illegal intracorporeal containers (“body packing”): is abdominal radiography sufficiently accurate? A comparative study with low-dose CT. *Radiology*. 2012 Dec;265(3):772-9.
5. Mandava N, Chang RS, Wang JH, Bertocchi M, Yrad J, Allamaneni S et al. Establishment of a definitive protocol for the diagnosis and management of body packers (drug mules). *Emerg Med J*. 2011 Feb;28(2):98-101.
6. Schulz B, Grossbach A, Gruber-Rouh T, Zangos S, Vogl TJ, Eichler K. Body packers on your examination table: How helpful are plain x-ray images? A definitive low-dose CT protocol as a diagnosis tool for body packers. *Clin Radiol*. 2014 Dec;69(12):e525-30
7. Bulakci M, Kalelioglu T, Bulakci BB, Kiris A. Comparison of diagnostic value of multidetector computed tomography and X-ray in the detection of body packing. *Eur J Radiol*. 2013 Aug;82(8):1248-54.
8. Bulakci M, Cengel F. The role of radiology in diagnosis and management of drug mules: an update with new challenges and new diagnostic tools. *Br J Radiol*. 2016;89(1060).
9. Cengel F, Bulakci M, Selcuk T, Savas Y, Ceyhan M, Kocak A et al. The role of ultrasonography in the imaging of body packers comparison with CT: a prospective study. *Abdom Imaging*. 2015 Oct;40(7):2143-51.
10. Bulakci M, Ozbakir B, Kiris A. Detection of body packing by magnetic resonance imaging: a new diagnostic tool? *Abdom Imaging*. 2013 Jun;38(3):436-41.
11. Alfa-Wali M, Atinga A, Tanham M, Iqbal Q, Meng AY, Mohsen Y. Assessment of the management outcomes of body packers. *ANZ J Surg*. 2016 Oct;86(10):821-825.