

Cartas al Director

Síndrome de Body Packer por intoxicación por cocaína

Palabras clave: Body Packer. Cocaína. Cuerpos extraños.

Key words: Body Packer. Cocaine. Foreign bodies.

Sr. Director:

El transporte de drogas ilegales –habitualmente, cocaína o heroína– en el interior del organismo (“*body packer*”, BP) representa una problemática médico-legal en claro aumento en las últimas décadas (1,2). A efectos prácticos, estos pacientes pueden clasificarse globalmente en tres grupos en función de la clínica que presenten: asintomáticos, síndrome de BP por oclusión intestinal y síndrome de BP por intoxicación por cocaína (1,3). Presentamos el caso de un BP que desarrolló un cuadro de intoxicación grave por cocaína y precisó cirugía urgente para la extracción de los paquetes intraabdominales.

Descripción del caso

Varón de 37 años de edad, sin antecedentes médicos de interés, que acude a Urgencias custodiado por agentes de policía desde el aeropuerto por sospecha de ingesta y transporte intraabdominal de envoltorios de droga (BP). Durante el trayecto de un vuelo regular el paciente presentó un episodio convulsivo y posterior expulsión de tres cuerpos extraños por vía oral. A su llegada, el paciente presentaba: presión arterial 157/88 mmHg, frecuencia cardíaca 108 lat/min, temperatura 37 °C y saturación O₂ 94%. A la exploración, el abdomen estaba distendido y mate a la percusión, no doloroso, con palpación de múltiples cuerpos extraños en mesogastrio y sin peritonismo. A nivel neurológico mostraba pupilas ligeramente midriáticas,

Glasgow 15 y ausencia de focalidad neurológica. La radiografía abdominal confirmó la presencia de múltiples cuerpos extraños intraabdominales radio-opacos. Los hallazgos analíticos más relevantes fueron: leucocitos 14,1 x 10⁹/l (neutrófilos: 86%), creatinina 1,7 mg/dl y glucosa 131 mg/dl. El electrocardiograma mostraba una taquicardia sinusal. El análisis de orina resultó positivo para cocaína y sus metabolitos y benzodiazepinas. Se inició tratamiento evacuante con solución de polietilenglicol (Casenglicol®) y observación clínica estricta. A las dos horas del ingreso el paciente sufrió un episodio de agitación psicomotriz y taquicardia (120 lat/min), seguido de un cuadro de disminución del nivel de conciencia, incoordinación motora, midriasis y crisis tónico-clónica, por lo que fue trasladado a una unidad de cuidados intensivos. Se administró clonazepam (1 mg) y diazepam (10 mg) e.v. y se decidió la realización de una laparotomía urgente. Tras acceder a la cavidad abdominal, se palparon múltiples cuerpos extraños de consistencia dura a lo largo de todo el tracto digestivo. Se practicó una gastrotomía transversa a nivel antral, una ileotomía longitudinal a 15 cm de la válvula ileocecal y dos colotomías longitudinales (a nivel de colon transverso y sigma), con extracción de múltiples cuerpos extraños. Se realizó un lavado anterógrado de recto-sigma con suero fisiológico a través de una colotomía, consiguiendo evacuar otros cuatro paquetes de localización distal al promontorio. Se extrajeron un total de 96 cuerpos extraños cilíndricos de 5 cm de longitud con envoltorio multicapa de látex, lisos, compactos y de manufactura aparentemente resistente. Ninguno de los paquetes presentaba signos visibles de rotura. El enfermo permaneció 24 horas en observación en una unidad de vigilancia intensiva. Inició peristalsis y dieta oral al segundo día postoperatorio. El paciente presentó una correcta evolución posterior, recibiendo el alta hospitalaria al cuarto día postoperatorio.

Discusión

El término “*body packer*” (BP) (“mula”, “mulero”, “correo”, “culero” o “*swallower*”) hace referencia a un sujeto portador de cuerpos extraños intraabdominales –envoltorios de droga– con

finos de contrabando (1-5). La sustancia psicotrópica más frecuentemente asociada a los BP es la cocaína (1,4). En los últimos años se ha observado un incremento progresivo de consultas por este motivo (1). España representa una importante puerta de entrada para el tráfico europeo de drogas ilegales procedentes de Sudamérica y otros países y ocupa el primer puesto en el ranking europeo de droga incautada. El número de paquetes transportados oscila entre 2 y 200 (5). Cada envoltorio o paquete contiene 3-50 g de la sustancia y suelen tener las siguientes características: color blanco-amarillento, forma rectangular de 2-6 cm de longitud, contenido en forma de polvo compacto, envoltorio multicapa tubular de látex resistente y anudado liso (1,4,6). La radiografía simple de abdomen evidencia múltiples cuerpos radio-opacos, bien definidos, densos y homogéneos, de forma oval o cilíndrica y rodeados de una imagen radio-lúcida ("signo del doble condón") (1,3-5). La determinación de cocaína y sus metabolitos en orina puede revelar valores positivos incluso con paquetes íntegros, bien por difusión transmembrana de la droga o bien por persistencia de restos de la sustancia en la envoltura externa del paquete durante su manufactura (1). Los pacientes asintomáticos constituyen la inmensa mayoría (80-88%) de los BP (4). El tratamiento consiste en observación clínica estrecha, administración de medicación laxante y pruebas radiológicas de confirmación, con una tasa global de éxito del 80-100% (1,2,4-7). La posibilidad de complicaciones potencialmente mortales asociadas al BP dependerá de varios factores, como la cantidad total y naturaleza de la droga ingerida, la integridad, resistencia y localización de los paquetes y el tiempo de permanencia en el tracto digestivo (3-6).

El síndrome de BP por intoxicación por cocaína (0,6-3% de todos los BP) comporta una elevada tasa de mortalidad (56-68%), debido esencialmente al retraso diagnóstico y a la ausencia de un antídoto específico (1,3,5). La intoxicación es posible incluso con paquetes intactos, debido a las propiedades semi-permeables de las membranas del envoltorio que permiten la difusión de la cocaína almacenada en su interior (3). Una vez que la cocaína es absorbida a través de la mucosa intestinal, bloquea la recaptación presináptica de varios neurotransmisores, con la consiguiente hiperestimulación del sistema nervioso central y sistema nervioso simpático (1). Aunque la cocaína se absorbe muy lentamente a nivel del tracto digestivo (debido a la intensa vasoconstricción que origina), desencadena rápidamente los síntomas tóxicos por su lenta eliminación hepática y, en menor medida, plasmática y renal. El manejo inicial de la intoxicación por cocaína en el BP se basa en la aplicación de los protocolos generales de reanimación cardiopulmonar, el control farmacológico de la urgencia/emergencia hipertensiva

y de la agitación/convulsión (1). En caso de persistencia o progreso de la sintomatología se optará por una laparotomía urgente y extracción quirúrgica de los paquetes. Según algunos autores, serían indicaciones absolutas de laparotomía (< 5% de todos los BP): signos de intoxicación adrenérgica, hemorragia digestiva alta, perforación de víscera hueca o peritonitis, convulsiones y/o hipertensión arterial rebeldes y oclusión intestinal refractaria al tratamiento conservador (1-8). El retraso en la evacuación de los paquetes superior a cuatro días y la expulsión de paquetes con envoltorios dañados también se han considerado criterios relativos de cirugía. Generalmente, la evolución postoperatoria suele ser satisfactoria (8). El Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario de Bellvitge dispone de un algoritmo específico para el diagnóstico y tratamiento de los BP que ha simplificado y protocolizado el manejo de estos pacientes.

Z. Madrazo González, L. Silvio Estaba, L. Secanella Medayo
y T. Golda

*Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital
Universitario de Bellvitge. Barcelona*

Bibliografía

1. Traub SJ, Hoffman RS, Nelson LS. Body packing-The internal coccalment of illicit drugs. *NEJM* 2003; 349: 2519-26.
2. Suárez CA, Arango A, Lester JL. Cocaine-condom ingestion. Surgical treatment. *JAMA* 1977; 238: 1391-2.
3. Pidoto RR, Agliata AM, Bertolini R, Mainini A, Rossi G, Giani G. A new method of packaging cocaine for international traffic and implications for the management of cocaine body packers. *J Emerg Med* 2002; 23: 149-53.
4. Gómez M, Cuenca C, Farfán A, Villalba MV, del Toro J, García J. Complicaciones en transportadores intestinales de paquetes con cocaína. Estudio de 215 casos. *Med Clin (Barc)* 1998; 111: 336-7.
5. McCarron M, Wood JD. The Cocaine "Body Packer" syndrome. Diagnosis and treatment. *JAMA* 1983; 250: 1417-20.
6. De Prost N, Lefebvre A, Questel F, Roche N, Pourriat JL, Huchon G, et al. Prognosis of cocaine body packers. *Intensive Care Med* 2005; 31: 955-8.
7. Bulstrode N, Banks F, Shrotria S. The outcome of drugs smuggling by "body packers"- the British experience. *Ann R Coll Surg Engl* 2002; 84: 35-8.
8. Schaper A, Hofmann R, Ebbecke M, Desel H, Langer C. Kokain-body packing. Seltene Indikation zur Laparotomie. *Der Chirurg* 2003; 74: 626-31.