

Body Packer y Body Stuffer: Serie de Casos. Revisión

Castellano, Fabricio J; Gómez, María E; Di Biasi, Beatriz; Damin, Carlos.

División Toxicología. Departamento de Urgencias. Hospital General de Agudos Juan A. Fernández.
Mail de contacto: toxico_fernandez@yahoo.com

ABSTRACT

“Body packing”, “Body pushing”, and “Body stuffing” are different ways to use the interior of the human body to transport illegal substances. In the face of a “Body Packer” or a “Body Stuffer” known as “fast swallows”, which are those cases in which they compulsively swallow manufactured packages for the sale of substances before the possibility of being surprised by law enforcement officers, a series of challenges present themselves regarding the treatment, which is currently up for debate. Generally, a conservative conduct is preferred, facilitating the expulsion of the packages. In those cases, in which patients have stuck or broken packages or do not improve with conservative treatment, surgical treatment is recommended. The present paper aims to report a series of cases in which the patients were admitted due to an intake of potentially dangerous packages and put through a pharmacological evacuation and/or surgical evacuation of 8 patients, and a bibliographical revision on the subject.

Keywords: “Body packing”, “Body pushing”, “Body stuffing”, substance abuse, toxicity, conservative therapy.

INTRODUCCIÓN

Las personas que transportan sustancias ilegales de un sitio a otro mediante el ocultamiento en el interior de su cuerpo, conocidas como “Body Packer”, generan un desafío para las instituciones de seguridad y salud. En los últimos años los sistemas de envasado de los paquetes a transportar han reducido significativamente el riesgo de rotura y dificultan la detección en los controles de vigilancia^(1,2).

Normalmente se utilizan 2 formas de transporte de paquetes de drogas: “body packing” y “body pushing”, siendo el primero el más frecuentemente utilizado. Además, existe una tercera forma de presentación conocida como “body stuffing” el cual es un término que se utiliza cuando la persona esconde la droga en forma repentina (“tragadores rápidos”) por temor a ser descubierta portando sustancias ilegales por los agentes responsables de hacer cumplir la ley y/o para evitar su detención. La mayoría de los “body packer” y “body stuffer” son adultos jóvenes⁽³⁾.

Para la detección de los paquetes se utiliza la tomografía computada (TC) como estudio complementario de primera línea debido a su alta sensibilidad.⁽⁴⁾

En los pacientes asintomáticos se recomienda una conducta conservadora mediante la irrigación intestinal total (IIT) con solución de polietilenglicol (PEG) para acelerar la eliminación. La misma debe ser acompañada de una monitorización cuidadosa de los pacientes para detectar signos y síntomas de intoxicación y/u obstrucción gastrointestinal, ya que estos hallazgos llevarían a una conducta quirúrgica para salvar la vida del paciente.

Este trabajo tiene como objetivo describir las características y complicaciones de una serie de casos de Body Packers y Body Stuffers remitidos a nuestro hospital, todos acompañados por personal de seguridad de Prefectura Naval Argentina (PNA) y Policía de Seguridad Aeroportuaria Argentina (PSA), y realizar una revisión bibliográfica sobre el tema.

MATERIALES Y MÉTODOS

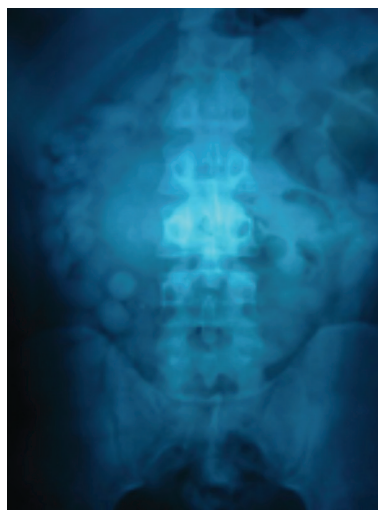
CASO 1: Paciente masculino de 35 años que ingresó en abril del 2008 al Departamento de Emergencias (DE) traído por personal policial por ingesta de 2 envoltorios de cocaína que compró para consumo personal (aproximadamente 5 gr) 2 horas

previas a su ingreso. En la evaluación inicial se constató taquicardia, hipertensión arterial con dolor abdominal difuso y distensión, agitación psicomotriz y delirium. Se administró lorazepam. Se solicitó determinación cualitativa de drogas en orina con resultado positivo para cocaína. Por persistir inestabilidad hemodinámica se decide laparotomía exploradora de urgencia para retirar restos de paquetes, los que se encontraban sin contenido. Presentó paro cardiorrespiratorio (PCR) sin respuesta a maniobras de reanimación, falleciendo a las 48 horas de su ingreso.

CASO 2: Paciente masculino de 33 años que ingresó traído por personal de PNA en mayo 2009 al DE por ingesta de cápsulas con cocaína e introducción de estas por vía rectal 24 horas previas al ingreso. Sin antecedentes de relevancia. Al examen físico el paciente se encontró hemodinámicamente estable, orientado con leve dolor a la palpación en flanco y fosa iliaca izquierda. Presentó catarsis espontánea con eliminación de 29 cápsulas. Exámenes complementarios: creatininfosfoquinasa (CPK): 265 microgramos por litro, determinación cualitativa de drogas en orina positivo para cocaína, con semicuantitativo de 392 ng/ml. Radiografía (RX) abdomen: en hemiabdomen izquierdo se evidenció presencia de aproximadamente 20 cuerpos extraños de 4 x 2 cm. Se realizó tratamiento con polietilenglicol (PEG) 1 litro por hora, durante 5 horas, presentando abundante diarrea acuosa con eliminación de 21 cápsulas de un total final de 50. RX abdomen control sin evidencia de cuerpos extraños que se corrobora con TC de abdomen. Alta hospitalaria a las 48 hrs del ingreso.

CASO 3: Paciente masculino de 21 años que ingresó al DE en junio de 2012 traído por PSA por ingesta de aproximadamente 70 paquetes de cocaína 18hs previas a su ingreso. Al examen físico paciente orientado, hemodinámicamente estable, con abdomen distendido, doloroso a la palpación superficial, con ruidos hidroaéreos presentes (RHA +). Se realiza interconsulta con cirugía para control y seguimiento conjunto. Comienza tratamiento con vaselina líquida cada 4 a 6 horas vía oral, con eliminación de 13

paquetes y luego continúa con irrigación intestinal total (IIT) con PEG.



En los exámenes complementarios la RX abdomen se visualizó múltiples paquetes, y determinación cualitativa de drogas en orina fue positivo para cocaína. Evoluciona clínicamente estable y sin complicaciones. Elimina un total de 92

cápsulas. Se realizó TC de abdomen sin contraste donde no se visualizó cuerpos extraños y es dado de alta luego de 48 hrs de internación.

CASO 4: Paciente femenino de 47 años, que ingresa al DE acompañada por PSA en junio de 2012 con orden judicial para descartar síndrome de BodyPacker. Presentó escasa colaboración al interrogatorio negando la ingesta de cápsulas. No presentó síntomas. Exámenes complementarios: determinación de drogas en orina y test de embarazo negativos. TC de abdomen evidenció múltiples paquetes. Se inicia tratamiento con amplia hidratación EV e irrigación intestinal total con PEG a 1 lt/h.

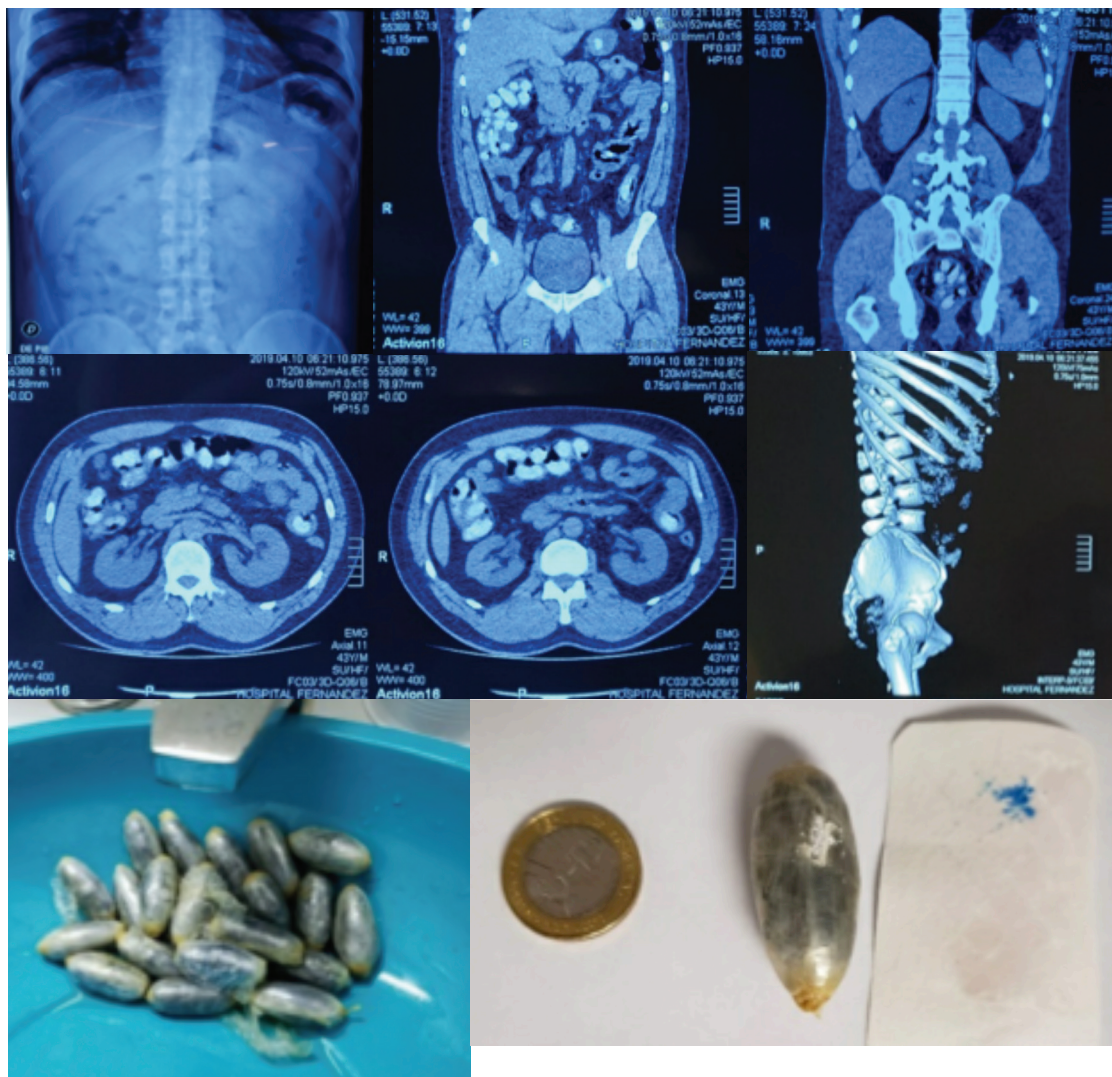


Evoluciona hemodinámicamente estable con catarsis positiva, eliminando múltiples capsulas. A los tres días de tratamiento se realiza TC control donde se visualizaron 2 paquetes en ciego, se realizó laparotomía exploradora para su extracción. El procedimiento se realiza sin complicaciones extrañándose dos capsulas de un total final de 98

capsulas. Luego de 8 días de internación se le otorga el alta hospitalaria, con TC de abdomen sin evidencia de cuerpo extraño.

CASO 5: Paciente masculino de 43 años, antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento farmacológico. Ingresa al DE acompañado por PNA por ingesta, según refería, 70 capsulas durante 12 hs. Última ingesta 6 hs previas a su ingreso a nuestro hospital. Se le realiza RX y TC de Abdomen: imágenes compatibles con cuerpos extraños intraabdominales. Laboratorio y electrocardiograma (ECG)

dentro de parámetros normales. Determinación de drogas en orina negativo para todas las sustancias buscadas. Paciente asintomático. Realiza tratamiento con PEG y metoclopramida con evacuación de 57 capsulas en 2 hs. Durante 4 horas el paciente eliminó un total de 86 capsulas. Se realiza TC control sin evidencia de paquetes. Alta hospitalaria a las 24 hs del ingreso.



CASO 6: Paciente masculino de 60 años, con antecedentes de: obesidad mórbida, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) sin tratamiento. Ingresa con clínica de insuficiencia cardíaca. Radiografía de abdomen no concluyente (por el peso del paciente -200 kg- no se puede hacer TC de abdomen). Determinación cualitativa en orina de drogas positivo

para cocaína (el paciente refiere consumo de cocaína reciente). Evoluciona con deterioro de los parámetros vitales (taquicardia, hipertensión e insuficiencia respiratoria). Se estabiliza en Unidad de Terapia Intensiva. Se realiza laparotomía exploradora donde se extraen 92 capsulas.

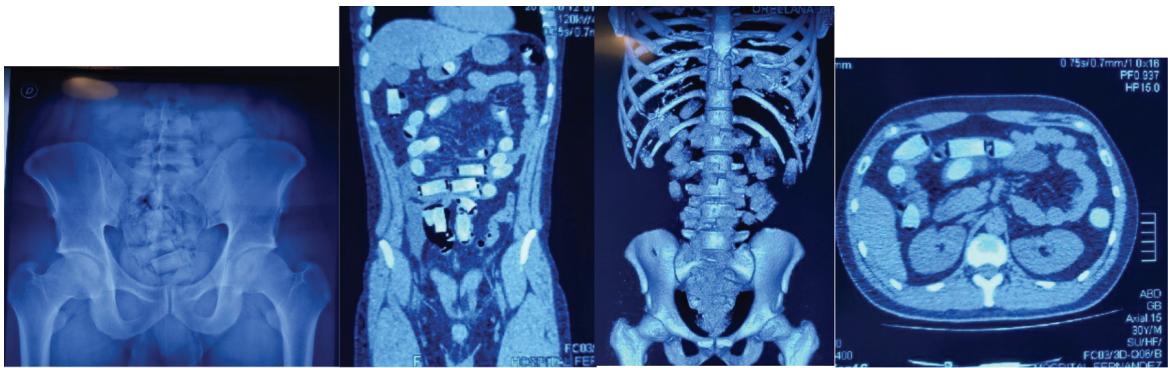
Mala evolución clínica, EPOC reagudizado, intercurrentia con infecciones asociadas a

ventilación mecánica asistida. Óbito a las 4 semanas del ingreso.

CASO 7: Paciente masculino de 30 años. Ingresa por sospecha de ingesta de capsulas con sustancias psicoactivas que niega acompañado por PSA. Niega consumo. RX y tomografía de abdomen compatible con cuerpos extraños intraabdominales. Determinación de drogas en orina negativo, laboratorio y ECG dentro de parámetros normales. Refiere ingesta de 80 paquetes de cocaína hace 12 hs asociado a anti-

espasmódicos. Se inicia en tratamiento conservador con PEG. Posterior a las 5 hs del ingreso elimina 40 capsulas y vomita 3.

Evoluciona con signos de oclusión intestinal y presenta episodio convulsivo asociado a signos simpaticomiméticos. Se le realiza laparotomía exploradora luego de estabilizar al paciente: enterotomía-gastrostomía y rafia. Se extraen 37 capsulas (33 en intestino delgado y 4 en cámara gástrica). Se constata un total de 80 capsulas. Evoluciona sin complicaciones. Alta hospitalaria a los 7 días de su ingreso.



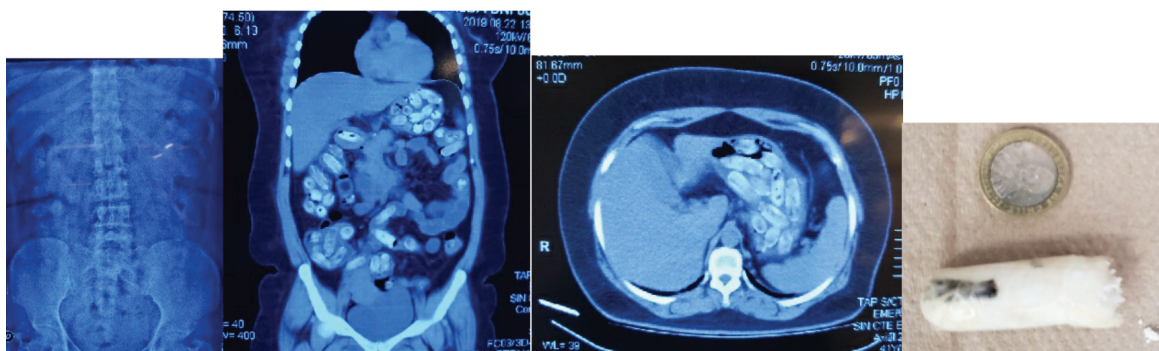
CASO 8: Paciente femenina de nacionalidad peruana de 41 años de edad, según su relato, ingesta de 140 capsulas, desconociendo contenido. Ingesta durante 5 días, con última ingesta 24 hs previo a su ingreso al DE acompañada por PNA. Asocia antiespasmódicos 4 a 6 comprimidos día. Última deposición 4 días previos a su ingreso.

Paciente estable. Sin signos simpaticomiméticos. Abdomen blando. Indoloro. RHA: +.

Laboratorio dentro de parámetros normales. Determinación cualitativo positivo para cocaína en orina. Niega consumo, coqueo o

ingesta de mate de coca. Se constata por RX abdomen y TC abdomen presencia de capsulas.

Se realiza IIT con PEG a dosis de 2 lit/hora con buena tolerancia. Se eliminan en 3 hs 48 capsulas. Total: 57 capsulas (peso: 580 gr). Comienza con signos oclusivos. Se decide laparotomía exploradora (gastrostomía-enterotomía y rafia) y obtienen en la misma 87 capsulas cubiertas con cinta adhesiva sin nudo. La cantidad final fue de 144 capsulas. Evoluciona favorablemente. Tiempo total de internación 10 días.



Desde el 1 de enero de 2008 al 31 de diciembre de 2019, 8 pacientes fueron ingresados en Hospital Juan A. Fernández con sospecha de ingesta de paquetes de sustancias a modo de transporte, 6 hombres y 2 mujeres con un promedio de edad de 38 años. Todos los pacientes fueron traídos del Aeropuerto Internacional Jorge Newbery, Terminal Fluvial de Puerto Madero y Terminal Estación de Autobuses Retiro; acompañados por personal de PNA o PSA. Siete pacientes refirieron ingesta de paquetes sin poder precisar número o peso aproximado de los paquetes. Incluso 2 pacientes no podían asegurar la naturaleza de la sustancia. A todos se le realizaron RX de abdomen y TC sin contraste donde se evidenciaron paquetes en la luz intestinal a nivel de estómago, intestino delgado y grueso y recto sigmoides.

Según lo observado en la extracción de los paquetes, todos contenían cocaína.

El recuento de paquetes fue variable pero elevados. En todos se superaron la cantidad de los 50 paquetes con un máximo de 144. El peso promedio de cada paquete fue de 12 gramos.

El 37.5% de los pacientes ingresaron hipertensos al llegar a nuestro servicio de urgencias; también se observó taquicardia en el 37.5% de los casos. El dolor abdominal estuvo presente en el 62.5 % de los casos y un paciente presentó dolor torácico.

La ruptura de uno o más paquetes se informó en 2 pacientes. Se observó signos de intoxicación aguda en 3 pacientes donde dos fallecieron. Las determinaciones de drogas en orina mostraron ser positivos para cocaína en 5 de los 8 casos.

Los electrocardiogramas no presentaron alteraciones. Se realizaron análisis de sangre

(hemograma – función renal – hepatograma – ionograma - estado acido/base – glucemia - CPK) en todos los pacientes; los resultados mostraron aumentos de la CPK en un paciente y alteraciones en todos los parámetros en los dos pacientes que presentan ruptura de paquetes con posterior fallecimiento.

Seis de los pacientes recibieron como tratamiento IIT con PEG a razón de 1 a 2 litros/hora. Cinco BP requirieron también una laparotomía exploradora por oclusión intestinal (envases demasiado voluminosos y estancamiento pilórico o en válvula ileocecal), tres sin complicaciones postoperatorias.

El promedio en días de internación varío entre 1 días y 10 días. El mayor promedio se generó en consecuencia para los tres pacientes que requirieron intervención quirúrgica (de 7 a 10 días). Un paciente requirió 30 días de internación en UTI.

DISCUSIÓN

Los “body packer” (BP) y “body stuffer” (BS) son pacientes que generan un dilema diagnóstico y terapéutico para el médico de urgencias debido al potencial riesgo de vida que presentan, asociado generalmente a una anamnesis poco confiable.

Los BP y BS son aquellos que ingieren o colocan en cavidades corporales paquetes de drogas ilícitas, respectivamente. “Body pushing” describe a la inserción de drogas en los orificios y cavidades del cuerpo. Entre ambas situaciones (Body packing y Stuffing) existen diferencias significativas que modifican el riesgo de muerte entre estos pacientes. El número

y el tamaño de los paquetes suele ser mayor en los BP que en los BS, pero en estos últimos la envoltura suele ser menos segura, ya que no están destinados a ser transportados de un lugar a otro dentro del cuerpo de una persona, lo que aumenta el riesgo de ruptura de los paquetes. La mayoría de los paquetes tienen entre 3 y 15 gramos de sustancia. En Sudamérica la más frecuente encontrada es cocaína, menos usual: heroína y metanfetaminas. Ambas pueden causar toxicidad aguda por ruptura de paquetes de la droga transportada o perforación intestinal siendo en ambos casos potencialmente mortal. Los informes sobre el envasado corporal de cannabis son menos comunes.⁽⁵⁻⁸⁾

En el país de origen, los BP realizan sistemas preparatorios similares para el transporte, que incluye irrigación intestinal completa para el vaciado de este, seguido de la ingestión de paquetes con la ayuda de un lubricante que puede ser vaselina o aceites con o sin sedantes además de sustancias que disminuyen la motilidad intestinal para evitar evacuar durante el viaje. La sustancia suele estar bien envuelta con capas dobles de condones, dedos de guantes o globos reforzados, en algunos casos reforzados con papel celofán, cinta aisladora o parafina. Suelen ser capsulas con un peso promedio de 10 a 12 gr de contenido sólido o líquido. La cantidad de paquetes a transportar guardan relación con la vía de introducción. Pueden detectarse grandes cantidades cuando son introducidas por vía oral y menos si se han introducido por vía rectal o vaginal^(9,10). Desde un punto de vista didáctico según en la calidad de los envoltorios en BP y la utilización

de nuevas técnicas de empaquetado se los clasifica de cinco formas, siendo los tipo 2 y 3 los más frecuentes en nuestro medio (Ver Tabla 1)⁽¹¹⁾. En los BS generalmente envuelven las drogas en materiales como celofán, bolsas de plástico, papel de aluminio o papel lubricado, además está empaquetada o embalada, sin la protección adecuada, en una cantidad y pureza inferior dispuestos para la venta y proclive a ruptura con fuga de la sustancia⁽¹²⁾.

La calidad de los envoltorios, siendo estos, menos seguros en los BS han llevado a discusiones sobre el manejo óptimo en su tratamiento sin llegar a ser definido formalmente. La alta tasa de mortalidad descrita en diferentes informes llevó a algunos autores a recomendar la extracción quirúrgica de rutina de todos los paquetes ingeridos, sin embargo, la experiencia ha aumentado, se hizo evidente que el riesgo varía con el contenido del paquete, la cantidad ingerida y el método de empaque⁽¹³⁾.

Ante esta situación, es importante tener en cuenta que se debe mantener una alta vigilancia especialmente en casos de pacientes asintomáticos. Los protocolos deben equilibrar la necesidad de seguridad con el uso apropiado de los recursos. Los protocolos también varían en el tiempo de observación con amplios rangos que van desde horas a días⁽¹⁴⁾.

La historia del paciente puede no ser confiable, si bien la mayoría de los pacientes saben la cantidad y el contenido de los paquetes que han ocultado, en muchos casos pueden existir dudas al respecto. Por otra parte, la comunicación puede ser difícil debido a las barreras del idioma o al miedo a ser procesado⁽⁷⁾.

Tabla 1

| TIPO 1 | TIPO 2 | TIPO 3 | TIPO 4 | TIPO 5 "MAMUSHKAS" |
|--|---|--|---|---|
| Contienen droga no compactada, envuelta con 2 a 4 capas. Generalmente preservativos atados y doblados sobre sí mismos. | Un tamaño más grande y consisten en un paquete de droga bien empaquetado cubierto con 5 a 7 capas de guantes de látex o látex tubular y atados con un nudo en cada extremo. | Similar al tipo 2, pero están envueltos en papel de aluminio y sobre envuelto con 3 a 5 capas de látex tubular bien atado en ambos extremos. | Paquetes industriales usados solo para cocaína, preparados disolviendo clorhidrato de cocaína en una solución alcohol-agua, resultando una pasta que se envasa en látex tubular. La preparación se completa cubriendo el paquete con parafina de color o fibra de vidrio. | Se compone de una carcasa de celofán multicapa, que contiene múltiples paquetes más pequeños de polvo de heroína endurecido, cada uno cubierto con papel de cigarrillo y capas múltiples de celofán termosellado. |

Es importante para llegar a un diagnóstico certero incluir un historial completo donde se logre identificar la sustancia ingerida, el número de ingestas de paquetes y la naturaleza del envase, además de los síntomas experimentados, con especial atención a los síntomas gastrointestinales. Es fundamental que el paciente entienda la gravedad de la situación y el riesgo de muerte que la situación conlleva. Del mismo modo, un examen físico completo es esencial para identificar los síntomas característicos de una sustancia particular, siendo en algunos casos, una situación extremadamente difícil ya que puede darse el hecho de ingesta de distintos tipos de sustancias al mismo tiempo o encontrarse asintomático⁽¹⁵⁾.

La ruptura de un paquete durante la deglución puede explicar la detección de sustancias a través del tamizaje de rutina. Aunque la calidad de los paquetes pretende que no existan fugas, se han evidenciado resultados positivos atribuido a los residuos en la superficie de los paquetes y en algunos casos por propio consumo de quien deglutió el contenido^(16,17).

Las imágenes son claves para diagnosticar los paquetes dentro del cuerpo y la identificación por parte de los radiólogos adquiere verdadera importancia a los fines de detectar los paquetes ocultos, así como las complicaciones como la obstrucción intestinal o la perforación. Los estudios radiográficos a nivel del tórax y abdomen suelen ser la primera opción, por la facilidad en su acceso y posee una sensibilidad del 75-95%. Se cree que si se administra contraste radiológico vía oral puede aumentar la sensibilidad hasta un 96%. Sin embargo, la administración de contraste oral probablemente no represente un beneficio adicional debido a la variabilidad de la densidad de los paquetes. La ecografía es una alternativa operador dependiente haciendo que su especificidad sea baja. Se considera la primera opción para detectar líquido abdominal libre, situación que hará pensar rápidamente en complicaciones como es la obstrucción intestinal o la perforación. La tomografía computarizada (TC) parece ser un excelente método para la detección de los paquetes y es un enfoque confiable para revelar información acerca de los mismos, con una tasa de error inferior al 4%. La misma es de elección cuando el estudio por

radiografía y la ecografía son ambiguos, se desconoce el número exacto de paquetes ingeridos, o bien los paquetes son de contenido líquido o se encuentran envueltos en parafina situaciones en las que no se visualizan los paquetes por RX. En los estudios radiográficos los paquetes pueden dar imágenes radiolúcidas particulares como es el "signo del doble condón", que se origina por el aire atrapado entre las capas del envoltorio. Otra imagen radiotransparente que suele ser descripta es el "signo de la roseta", motivada por el aire atrapado en la zona del anudado (Ver Figura 1). No se conocen características o signos radiológicos particulares que presagien un mayor riesgo de complicaciones. La resonancia magnética no se considera una técnica diagnóstica útil, debido a que los paquetes poseen escasa cantidad de agua⁽¹⁸⁻²¹⁾.

Figura 1



La presentación de estos pacientes puede ser asintomáticos o sintomáticos, y esta última clasificarse generalmente en tres grupos según su clínica, siendo síndrome por oclusión intestinal, síndrome por perforación intestinal y síndrome de intoxicación de la sustancia transportada conocida como "síndrome del Body Packer". La ruptura del paquete causará una intoxicación aguda dependiendo del contenido de los paquetes, la cantidad que escape del envoltorio y la intervención oportuna del equipo de salud. La obstrucción gastrointestinal tiene una incidencia aproximada de 5% de los casos de BP^(16,18).

La toxicidad de las sustancias debido a la fuga o rotura del paquete se informa con menos frecuencia que la obstrucción gastrointestinal, probablemente debido al aumento de la calidad de los paquetes en los últimos años, pero son incidentes dramáticos y la respuesta terapéutica debe realizarse de inmediato⁽¹⁶⁾.

Generalmente se acepta que la severidad de los síntomas se correlaciona con la concentra-

ción de la sustancia en sangre. Sin embargo, esta teoría fue cuestionada en otros trabajos. Los síntomas clínicos más frecuentes de encontrar en pacientes con intoxicación por ruptura del contenido de los paquetes son alteraciones del sistema nervioso central, por ejemplo, alucinaciones y convulsiones; síntomas cardiovasculares como taquicardia, arritmias, isquemia e infarto de miocardio; y síntomas gastrointestinales como isquemia mesentérica entre los más frecuentes de encontrar. Además, cuando los rellenos contienen análogos de metanfetamina, incluyendo metilendioximetanfetamina (éxtasis) y metilendioxianfetamina (cristal) puede agregarse agitación, hipertermia e hiponatremia^(17,22,23).

La metoclopramida tiene múltiples efectos en el tracto gastrointestinal, donde se incluye la aceleración del vaciado gástrico y la mejora de la actividad del músculo liso desde el esófago a través del intestino delgado. Sin embargo, esta terapia está contraindicada en aquellos pacientes que se sospecha oclusión gastrointestinal⁽²⁴⁾.

La administración de una solución de lavado electrolítico para acelerar el paso de los paquetes y su eliminación es habitual en estos pacientes. El tratamiento actual de elección es mediante la IIT con PEG a una velocidad de

1 - 2 lt / hr por vía oral hasta eliminar todos los paquetes. No hay límite en el volumen que se puede dar; sin embargo, existen situaciones donde la irrigación intestinal está contraindicada, por ejemplo, si se sospecha obstrucción intestinal, perforación intestinal, hemorragia gastrointestinal clínicamente importante e inestabilidad hemodinámica⁽²⁵⁾. Durante este tratamiento, los pacientes deben ser controlados bajo un estricto control en una sala de emergencias bajo monitorización no invasiva. Debe mantenerse una dieta líquida. Si los pacientes desarrollan deterioro clínico, signos de intoxicación o sepsis, se debe realizar una laparotomía de emergencia. Si un paciente es tratado de forma conservadora y en sus heces se encuentran paquetes con evidente deterioro o que impresionen ruptura inminente, el umbral para la cirugía debe reducirse. El momento de la cirugía en pacientes asintomáticos con paquetes residuales en el estómago es controvertido y por lo tanto no existe un consenso unánime. Si hay suboclusión se mantiene tratamiento conservador, mientras no exista signos de ruptura o progrese a la oclusión⁽²⁶⁾. Algunos autores consideran 5 días como tiempo suficiente para el paso de los paquetes de sustancias; otros autores consideran un tiempo variable de 1 a 7

Tabla 2. RESÚMEN CLÍNICA Y CONDUCTA

| BP ASINTOMÁTICOS | BP CON OCLUSIÓN INTESTINAL | BP CON SÍNTOMAS DE INTOXICACIÓN |
|---|---|--|
| <p>Son el 80-88% de los BP. Objetivo: evacuación de todos los paquetes. Período medio de expulsión de todos los paquetes oscila entre 1 y 6 días. Manejo conservador: éxito del 80-100%. Aproximadamente el 8% desarrollan síntomas transitorios. Dieta líquida, sólida, rica en fibra o incluso dieta absoluta hasta la expulsión de todos los paquetes. Catárticos: laxantes aceitosos, lactulosa, citrato magnésico, y/o polietilenglicol. Procinéticos: metoclopramida. NO: enemas, extracción manual. Alta: A: dos deposiciones sin expulsión de paquetes seguidas de observación durante 24 hs, con RX normal B: tres deposiciones sin expulsión de paquetes tras lavado intestinal continuo con PEG y RX normal.</p> | <p>Son 0,3- 5% de todos los BP. Patogenia con componente de oclusión mecánica (íleon terminal, píloro y ángulo esplénico como localizaciones más frecuentes) y otro de parálisis intestinal secundaria a la ingesta de fármacos antiperistálticos Consecuencias: dilatación intestinal (con riesgo de perforación intestinal, peritonitis y shock séptico), intoxicación por rotura de los paquetes, broncoaspiración de paquetes de pequeño tamaño, úlcera gástrica y/o hemorragia digestiva alta y mediastinitis Tratamiento: dieta absoluta, hidratación parenteral, interrupción de laxante, control estricto y laparotomía urgente y extracción de los paquetes</p> | <p>Representa el 0,6-3% de todos los BP, comporta una elevada mortalidad (56-68%), debido esencialmente al retraso diagnóstico. Factores de riesgo: tiempo prolongado de los paquetes en el tracto digestivo y los envoltorios de resistencia reducida. La intoxicación es posible incluso con paquetes intactos. Estabilizado el paciente, laparotomía urgente y extracción de los paquetes</p> |

días. Si hay sospecha de intoxicación aguda, se debe realizar una laparotomía. En ausencia de intoxicación, el siguiente paso es descartar la presencia de un íleo. En caso de íleo, también se debe realizar una laparotomía ⁽²⁷⁾.

Para concluir es necesario reforzar que los pacientes deben permanecer el tiempo suficiente en observación en un entorno médico apropiado para el control y hallazgo de posibles complicaciones. La evacuación completa de los paquetes es la garantía para un alta segura. La historia clínica completa y detallada debe acompañar a la interpretación cuidadosa de las imágenes de TC, y las imágenes deben repetirse si hay dudas sobre la progresión de los paquetes; al igual que la determinación de drogas en orina (cualitativo y semicuantitativo). Las

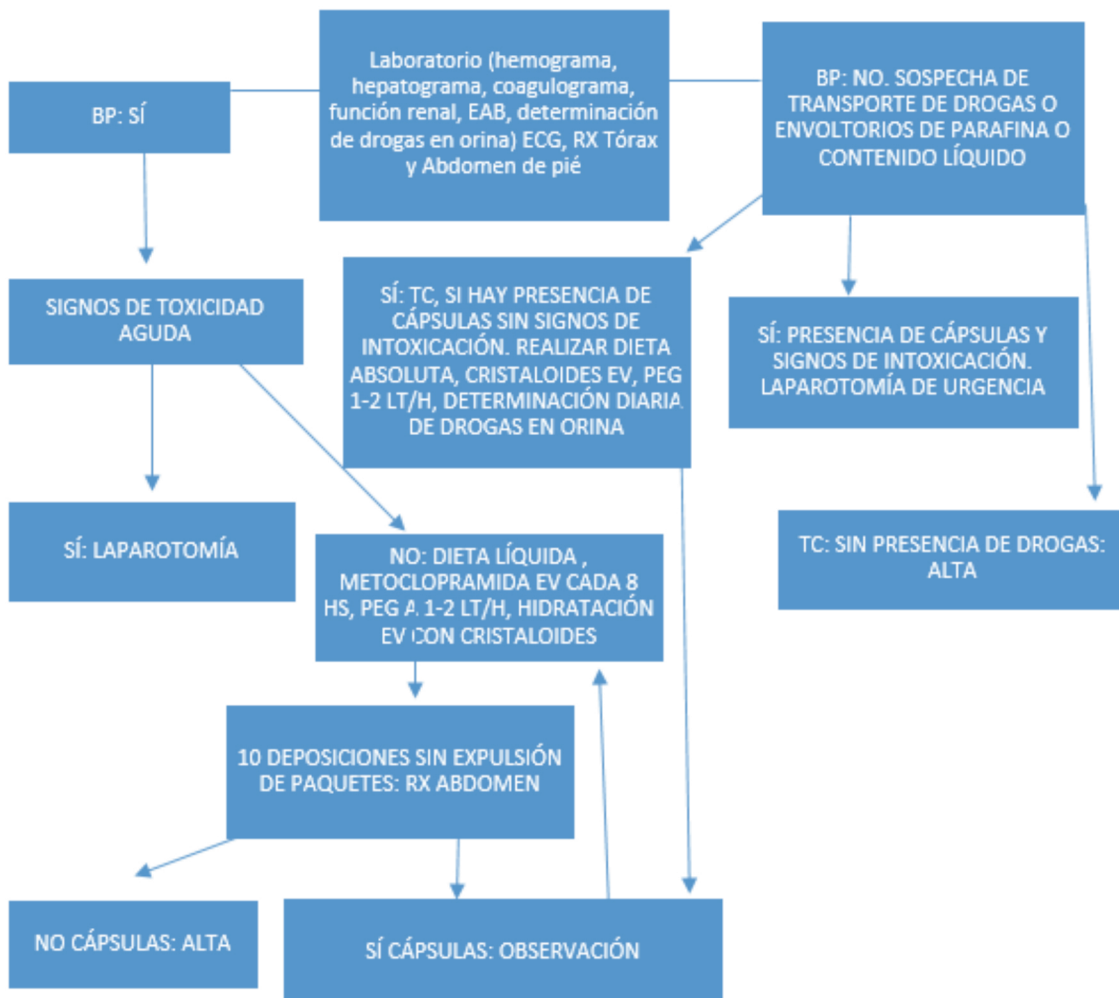
medidas conservadoras que incluyen irrigación intestinal completa con polietilenglicol, metoclopramida reglada y dieta líquida son conductas aceptadas de primera instancia. La cirugía debe reservarse para la obstrucción gastrointestinal y / o intoxicación sin respuesta al tratamiento médico conservador.

Se adjunta Algoritmo diagnóstico y de tratamiento propuesto (Figura 2)⁽²⁸⁾. Ver también Resumen clínico y conducta (Tabla 2).

Declaraciones:

Los autores declaran no tener conflictos de interés de ninguna clase, que el trabajo ha sido aprobado por el comité de ética responsable en el lugar de trabajo y no declaran medios de financiación del trabajo realizado.

Figura 2. ALGORITMO DE TRATAMIENTO



REFERENCIAS

1. Carlos F. Damin. Toxicología Clínica. Fundamentos para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de las Intoxicaciones. 1.º ed. Editorial Médica Panamericana. Ciudad Autónoma de Buenos Aires; 2022. 294-298 p.
2. Alipour-Faz A, Shadnia S, Mirhashemi SH, Peyvandi M, Oroei M, Shafagh O, et al. Assessing the Epidemiological Data and Management Methods of Body Packers Admitted to a Referral Center in Iran. *Medicine (Baltimore)*. 2016 May;95(19):e3656.
3. Christian W, Nickel Christian H, Artur S, Juerg M, Simon F, Roland B. Outpatient management of individuals transporting drugs by body packing is feasible. *Swiss Med Wkly*. 2019;149(35-36):4-9.
4. Aissa J, Bölke E, Sawicki LM, Appel E, Thomas C, Heusch P, et al. Noise insertion in CT for cocaine body packing: where is the limit of extensive dose reduction? *Eur J Med Res [Internet]*. 2018;23(1):59. Available from: <https://doi.org/10.1186/s40001-018-0356-3>
5. Hassanian-Moghaddam H, Amraei F, Zamani N. Management recommendations for body stuffers at emergency units. *Arh Hig Rada Toksikol*. 2019 Jun;70(2):90-6.
6. Shahnazi M, Hassanian-Moghaddam H, Gachkar L, Ahmadi N, Zamani N, Bahrami-Motlagh H, et al. Comparison of abdominal computed tomography with and without oral contrast in diagnosis of body packers and body stuffers. *Clin Toxicol (Phila)*. 2015;53(7):596-603.
7. 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;26(5):316-20.
8. Cawich SO, Downes R, Martin AC, Evans NR, Mitchell DIG, Williams E. Colonic perforation: a lethal consequence of cannabis body packing. *J Forensic Leg Med*. 2010 Jul;17(5):269-71.
9. Markovits N, Kurnik D, Halkin H, Guranda L, Cohen A, Katz M, et al. "Body packers" in Israel: A case series. *Isr Med Assoc J*. 2013;15(10):639-45.
10. Nordt SP, Camilon M. Computed tomography following body stuffing Heroin. *West J Emerg Med*. 2015;16(7):1181-2.
11. Cappelletti S, Piacentino D, Ciallella C. Systematic Review of Drug Packaging Methods in Body Packing and Pushing: A Need for a New Classification. *Am J Forensic Med Pathol [Internet]*. 2019;40(1). Available from: https://journals.lww.com/amjforensicmedicine/Fulltext/2019/03000/Systematic_Review_of_Drug_Packaging_Methods_in.4.aspx
12. Abesamis MG, Taki N, Kaplan R. Uterine Body Stuffing Confirmed by Computed Tomography. Vol. 1, Clinical practice and cases in emergency medicine. 2017. p. 365-9.
13. Hoffman RS, Smilkstein MJ, Goldfrank LR. Whole bowel irrigation and the cocaine body-packer: A new approach to a common problem. *Am J Emerg Med*. 1990;8(6):523-7.
14. Moreira M, Buchanan J, Heard K. Validation of a 6-hour observation period for cocaine body stuffers. *Am J Emerg Med [Internet]*. 2010/04/24. 2011 Mar;29(3):299-303. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20825819>
15. Durrani M, Dugas C, Dasgupta S. A Curious Case of the Persistent Body Stuffer. *Case Rep Emerg Med [Internet]*. 2019 Sep 16;2019:3948054. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31637063>
16. Luginbühl M, Junker T, Keller DI. A patient full of surprises: a body packer with cocaine intoxication, pneumococcal pneumonia and HIV infection. *BMC Emerg Med [Internet]*. 2018 Sep 4;18(1):29. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30180803>
17. Schaper A, Hofmann R, Bargain P, Dessel H, Ebbecke M, Langer C. Surgical treatment in cocaine body packers and body pushers. *Int J Colorectal Dis*. 2007 Dec;22(12):1531-5.
18. Berger FH, Nieboer KH, Goh GS, Pinto A, Scaglione M. Body packing: a review of general background, clinical

- and imaging aspects. *Radiol Med.* 2015 Jan;120(1):118–32.
19. 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. *Cirugía Española* [Internet]. 2007;82(3):139–45. Available from: file:///0009739X/0000008200000003/v0_201402051620/13109516/v0_201402051620/es/main.assets
 20. Ray A, Nayan A, Katariya K, Sharma SK. Body Packer Syndrome: A Radiological Denouement! *J Emerg Med.* 2018 Aug;55(2):260–3.
 21. Reginelli A, Russo A, Urraro F, Maresca D, Martiniello C, D'Andrea A, et al. Imaging of body packing: errors and medico-legal issues. *Abdom Imaging.* 2015 Oct;40(7):2127–42.
 22. Bahrami-Motlagh H, Hassanian-Moghaddam H, Zamini H, Zamani N, Gachkar L. Correlation of abdominopelvic computed tomography with clinical manifestations in methamphetamine body stuffers. *Radiol Medica.* 2018;123(2):98–104.
 23. Hantson P, Capron A, Wallemacq P. Toxicokinetics of cocaine and metabolites in a body-packer becoming symptomatic. *J Forensic Leg Med.* 2011 Nov;18(8):385–7.
 24. Traub SJ, Su M, Hoffman RS, Nelson LS. Use of pharmaceutical promotility agents in the treatment of body packers. Vol. 21, *The American journal of emergency medicine.* United States; 2003. p. 511–2.
 25. Beckley I, Ansari NAA, Khwaja HA, Mohsen Y. Clinical management of cocaine body packers: the Hillingdon experience. *Can J Surg.* 2009 Oct;52(5):417–21.
 26. Álvarez Llano L, Rey Valcalcel C, Al-Lal YM, Pérez Díaz MD, Stafford A, Turégano Fuentes F. The role of surgery in the management of “body packers”. *Eur J Trauma Emerg Surg Off Publ Eur Trauma Soc.* 2014 Jun;40(3):351–5.
 27. de Bakker JK, Nanayakkara PWB, Geeraedts LMGJ, de Lange ESM, Mackintosh MO, Bonjer HJ. Body packers: a plea for conservative treatment. *Langenbeck's Arch Surg.* 2012 Jan;397(1):125–30.
 28. Rueda MJE, Vasco PG, Muñoz LA, Zafriilla MC, Rodríguez PG, Vicente AT, et al. Revisión de 862 pacientes portadores de drogas intrabdominales (drug mules) ingresados en una Unidad de Vigilancia de Urgencias (UVU). Protocolo de manejo del Hospital Universitario Ramón y Cajal. *Emergencias.* 2014;25.

RESUMEN

“Body packing”, “Body pushing” y “Body stuffing” son distintas formas de transportar sustancias ilegales dentro del cuerpo humano. Frente al ingreso en la unidad de emergencias de un “Body Packer”, conocido como “tragador de paquetes” con fines de contrabando o un “Body Stuffer” llamados “tragadores rápidos”, quienes ingieren en forma compulsiva paquetes manufacturados para la venta de sustancias ante la posibilidad de ser sorprendidos por agentes de la ley; se plantean una serie de desafíos en cuanto al tratamiento que al día de hoy permanecen en debate. Generalmente se prefiere mantener una conducta conservadora facilitando la expulsión de los paquetes. En aquellos casos en los que los pacientes presenten paquetes atascados o rotos o no mejoren con el tratamiento conservador, se recomienda el tratamiento quirúrgico. El presente trabajo tiene por objetivo reportar una serie de casos internados por ingesta de paquetes potencialmente peligrosos que se sometieron a una evacuación farmacológica y/o quirúrgica en 8 pacientes y una revisión bibliográfica sobre el tema.

Palabras clave: “Body packing”, “Body pushing”, “Body stuffing”, sustancias de abuso, toxicidad, terapia conservadora.