

# Los síndromes de los *body-packers* y de los *body-stuffers*. Actitudes éticas y clínico-terapéuticas ante los transportadores corporales de drogas ilegales

Andrés Marco  
Antonio Laliga<sup>1</sup>

Serveis Sanitaris del  
Centre Penitenciari  
d'Homes  
de Barcelona  
<sup>1</sup>Servei de Sanitat de  
la Direcció General  
de Serveis  
Penitenciaris  
i de Rehabilitació  
Departament  
de Justícia  
de la Generalitat  
de Catalunya

## Introducción

En España, el incremento en el consumo de la mayoría de drogas ilegales, especialmente heroína y cocaína, comienza en la década de los setenta, en lo que se ha dado en llamar "la democratización de las drogas"<sup>1</sup>. Por la misma época, Deytel y Syed<sup>2</sup> describen por primera vez en la literatura médica el uso del tubo digestivo como medio para almacenar y transportar diferentes tipos de sustancias ilícitas. Esta situación, que además de curiosa es de indudable relevancia clínica, ha generado en el último cuarto de siglo numerosos trabajos y ha supuesto un importante reto diagnóstico y terapéutico tanto en los servicios de urgencias hospitalarias como en servicios de ámbito extrahospitalario: aeropuertos, prisiones, etc.<sup>3,4</sup>.

Se han denominado *body-packers*, y también *higher angels* o *mules* y, en español, *culeros*, a aquellas personas que utilizan su cuerpo para transportar droga, generalmente en forma de bolas o paquetes envueltos en latex, cinta aislante, goma, celofán o papel de aluminio<sup>3</sup>. Los paquetes son a menudo poco numerosos, aunque se han descrito casos con varias decenas<sup>5</sup> o, incluso, con una o más centenas<sup>6,7</sup>. El número de paquetes suele guardar relación con la vía de introducción. Así, es habitual observar muchos si el paciente los introdujo por vía oral y menos si se han introducido por vía rectal, vaginal o, incluso en casos más extraños, por el conducto auditivo externo<sup>8</sup>. La cocaína es la droga transportada con mayor frecuencia<sup>5,6,7,9-15</sup>, pero también se transporta heroína<sup>10,14,17</sup>, marihuana<sup>14,15</sup> y otras sustancias<sup>14,18</sup>. Para diferenciarlos de los *body-packers*, se ha utilizado el término de *body-stuffers* en aquellos casos en que la droga se ingiere o se introduce por vía rectal o vaginal en el momento en que el sujeto es descubierto. Los *body-stuffers* ocultan, por consiguiente, cantidades más limitadas de droga, pero mal envuelta y sin la protección adecuada<sup>19</sup>, lo que resulta generalmente mucho más peligroso.

## Complicaciones clínicas

A lo largo de los años, los *body-packers* han ido modificando sus hábitos y modos de transporte con objeto de correr menos riesgos. Actualmente, suelen utilizar varias capas de condones de latex para recubrir los paquetes y evitar rupturas que pueden ocasionar complicaciones clínicas y, en los casos más graves, incluso la muerte<sup>6,7,10,11,17,20</sup>. Nogué y Luca Quaglio<sup>3</sup> han subdividido estas complicaciones básicamente en dos tipos: mecánicas y tóxicas. Las mecánicas, sobre todo por obstrucción de los paquetes a nivel del píloro o de la válvula ileocecal<sup>21</sup>, prácticamente sólo se observan en los *body-packers*, ya que son éstos los que suelen emplear paquetes voluminosos. Las tóxicas, sin embargo, son más frecuentes en los *body-stuffers*, aunque pueden presentarse en ambos tipos de pacientes, y son debidas a la absorción de la droga porque el paquete no es hermético o se ha roto.

La sintomatología de las complicaciones mecánicas es muy variada y puede incluir desde náuseas o epigastralgias hasta la aparición de íleo mecánico, peritonitis y shock séptico. La sintomatología de las complicaciones tóxicas está, obviamente, directamente relacionada con el tipo de sustancia transportada y, consecuentemente, con la intoxicación aguda producida por ésta. Así, los intoxicados por cocaína suelen presentar agitación, midriasis, diaforesis, taquicardia, hipertermia, hipertensión arterial, convulsiones, psicosis y delirium, mientras que los intoxicados por heroína suelen presentar la sintomatología clásica de una sobredosis por esta sustancia: miosis, depresión respiratoria, en ocasiones edema agudo de pulmón no cardiogénico, y disminución progresiva del nivel de conciencia hasta alcanzar el coma. Cuando el cuadro es sospechado, lo que lamentablemente no siempre ocurre, y la actuación médica es rápida, no suele producirse el éxitus; aunque se han descrito muertes, algunas producidas en aviones<sup>5,22</sup>, en hoteles<sup>7</sup> y también en centros hospitalarios<sup>5-7</sup>. De hecho, en las pri-

Correspondencia:  
Andrés Marco  
Programa VIH/SIDA  
Centro Penitenciario  
de Hombres  
Entenza, 155  
08029 Barcelona  
E-mail:  
23074amm@comb.es

meras series publicadas el porcentaje de fallecimientos era del 56%<sup>9</sup>, mientras que en el momento actual la prevalencia de muertes no alcanza el 1%<sup>3</sup>.

## Posibilidades diagnósticas

El diagnóstico de estas entidades suele realizarse mediante una simple radiografía de abdomen<sup>15</sup>, que se estima es efectiva en más del 90% de los casos tanto para el diagnóstico como para el seguimiento<sup>6</sup>. En la Figura 1 puede observarse una imagen clásica obtenida en un *body-packer*. No obstante, con los *body-stuffers* la sensibilidad de la radiografía simple de abdomen es menor, por lo que se han planteado como alternativas la radiografía de contraste<sup>12,13,23</sup>, la ecografía<sup>24</sup> e, incluso, la tomografía computarizada<sup>25</sup>. La sospecha del cuadro es notablemente importante y puede motivar que el clínico adopte medidas que pueden ser fundamentales ante casos radiológicamente falsos negativos.

Si el paciente no colabora o no se identifica el tipo de droga, puede también ser útil la búsqueda de tóxicos en orina, recomendada por algunos autores<sup>5,13,14</sup>, aunque debe tenerse presente que la negatividad del uroanálisis (algunas series citan positividades de alrededor del 78%<sup>15</sup>) no excluye el diagnóstico, ya que suele presentarse un resultado positivo sólo en aquellos casos en que el paquete no es totalmente hermético o el transportador es un consumidor activo de drogas de abuso.

## Actitudes éticas y terapéuticas

Tanto en el caso de los *body-stuffers*, en que se constata la introducción de los paquetes al ser descubiertos, como en los *body-packers* cuando colaboran y reconocen la presencia de drogas ilícitas en el interior de su cuerpo, legalmente la actuación de los servicios sanitarios no ofrece dudas y, según ha sido indicado por la Fiscalía General del Estado<sup>26</sup>, estas actuaciones deberían llevarse a cabo incluso si hay una negativa por parte del paciente a someterse a un reconocimiento físico y/o a la práctica de exploraciones complementarias. No obstante, parece comprensible que la falta de colaboración del paciente pueda generar en algunos profesionales sanitarios incomodidad e incluso controversia, sino legal sí ética, sobre la mejor actitud a adoptar y quizás fuera recomendable que la imposición exploratoria quedara limitada única y exclusivamente a aquellas situaciones de potencial riesgo vital.

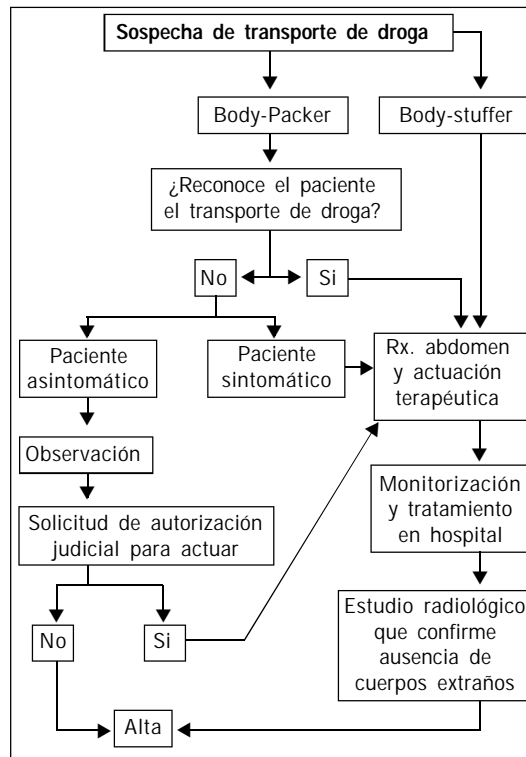


Figura 1.  
Imagen radiológica del caso de un *body-packer*  
Figura 1a: con varios paquetes envueltos en preservativo  
Figura 1b: tras la evacuación espontánea de los paquetes



Probablemente resulte sin embargo, legal y éticamente, menos dudosa cuál es la actitud correcta ante un paciente no *body-stuffer*, objetivamente

Tabla 1.  
Algoritmo de actuación  
si hay sospecha  
de pacientes  
transportadores de drogas  
en el interior  
de su organismo



asintomático, que niega el transporte corporal de drogas y que es traído a urgencias en contra de su voluntad, sin que se conozca con veracidad la consistencia o inconsistencia de la acusación. En estas situaciones, que pueden implicar por parte de los servicios sanitarios la adopción de medidas no incruentas y que afectan, además, a la intimidad personal del sujeto sin garantías de que haya causa que lo justifique, parece recomendable que las sospechas que motivan la demanda sean razonablemente evaluadas por las autoridades judiciales, quienes deberían decidir, mientras el paciente queda en observación, si estas sospechas están fundamentadas y justifican la utilización -aún en contra de la voluntad del paciente- de intervenciones sanitarias. La utilización de la fórmula del "sometimiento voluntario" a este tipo de exploraciones, que ha sido utilizada en algunas ocasiones, no parece ofrecer por sí sola -como ocurre en el campo de la investigación biomédica<sup>27,28</sup>- las suficientes garantías, especialmente en medios, como las prisiones, con privación de libertad y donde la voluntad del paciente puede estar muy condicionada. Por consiguiente, el "sometimiento voluntario" a exploraciones complementarias sin motivo sanitario objetivo que lo requiera es un instrumento cuya validez debería ser cuestionada y rechazada por los facultativos sanitarios, como presumiblemente

cuestionarian y rechazarían la demanda de un paciente que se presentase voluntariamente a realizar un TAC craneal cuando carece de sintomatología que lo justifique.

En cuanto al abordaje terapéutico, el tratamiento de los *body-packers* o de los *body-stuffers* depende básicamente de que éstos presenten o no sintomatología<sup>6,9</sup> (Tabla 1) y del tipo de sustancia transportada. En los casos de portadores asintomáticos de heroína, el tratamiento suele tener un enfoque conservador, mientras que en los transportadores de cocaína el enfoque es más urgente y agresivo, ya que el riesgo de ruptura de una bolsa puede ocasionar la muerte del paciente ante la ausencia de antidoto efectivo o de tratamiento de soporte: intubación endotraqueal, administración endovenosa de benzodiazepinas para evitar la agitación y las convulsiones, etc. De hecho, en situaciones de intoxicación aguda por cocaína suele recomendarse la intervención quirúrgica inmediata con objeto de evitar la absorción de la sustancia liberada<sup>6</sup>. Por ello, y dadas las graves complicaciones que pueden acontecer, parece aconsejable que la actuación sanitaria, tanto en portadores de heroína como de cocaína, se efectúe en un centro hospitalario, ya que procede, entre otras medidas a adoptar, la vigilancia con monitorización electrocardiográfica continua.

En los casos asintomáticos, suele recomendarse con objeto de evacuar el contenido del tracto gastrointestinal la administración de solución de polietilenglicol a través de sonda nasogástrica a razón de 2 litros por hora, hasta conseguir la evacuación de todas las bolsas. La utilización de otros laxantes no parece ser útil y además puede ser contraproducente si se administran por vía rectal<sup>6</sup>. Igualmente está desaconsejado el uso de lavado gástrico, la endoscopia o la extracción manual transanal ante el riesgo de rotura de los paquetes. Se ha recomendado, sin embargo, el uso de eméticos<sup>29</sup> si la ingestión ha sido reciente e, incluso, la administración de carbón activado con el fin de limitar la absorción de droga si alguno de los paquetes se ha roto. También se ha aconsejado la alcalinización gástrica<sup>30</sup> en caso de ingestas de cocaína, ya que disminuye el riesgo de liberalización de la droga, aunque esta medida limita, en cambio, la utilización de carbón activado<sup>31</sup>.

En todo caso, es siempre conveniente que la eliminación de los objetos sea contrastada mediante estudio radiográfico, aunque es más discutible qué tipo de estudio radiológico se ha de practicar. Por su alta sensibilidad y especificidad, son numerosos los autores que recomiendan la radiografía simple<sup>3,9,32</sup>, aunque puede preferirse el uso de contraste, sobre todo en pacientes no colaboradores, dado el mayor nú-

mero de falsos negativos existente con la radiología simple.

En los casos de pacientes sintomáticos, el tipo de droga introducida es el elemento guía fundamental del tratamiento y del pronóstico. Los pacientes con bolsas de heroína, aún cuando éstas se rompan, pueden ser tratados generalmente con éxito mediante ventilación asistida, intubación endotraqueal e infusión intravenosa de naloxona. Sin embargo, y como ya se ha citado, no hay antídoto para la intoxicación aguda de cocaína y la mortalidad, en estos casos, es alta<sup>6,9</sup>. Prácticamente existe unanimidad en la necesidad de intervención quirúrgica en caso de intoxicación por cocaína u obstrucción intestinal, aunque hay mayor controversia sobre su utilización en otras situaciones. Sólo algunos autores la recomiendan también de forma preferente<sup>3,9</sup> en cualquier caso sintomático y especialmente en situación de sobredosis<sup>3,33</sup>, ya sea de heroína o cocaína.

## Bibliografía

1. Elzo J. Sociología y epidemiología de los nuevos consumos. En: *Drogas: Nuevos Patrones y Tendencias de Consumo*. Aranjuez (Madrid): Fundación de Ciencias de la Salud (eds), 2000.
2. Deitel M, Syed AK. Intestinal obstruction by an unusual foreign body. *Can Med Assoc J* 1973;109:211-12.
3. Nogué S, Luca Quaglio G. El estómago y el intestino: unos órganos con pluriempleo. *Med Clin (Barc)* 1998; 111:338-40.
4. McCleave NR. Drug smuggling by body packers. *Med J Aust* 1993;159:750-54.
5. Clement R, Fornes P, Lecomte D. The body packer syndrome. *Presse Med* 2001;30:264-7.
6. Gómez-Antunez M, Cuenca C, Farfán A, Villalba MV, del Toro J, García-Castaño J. Complicaciones en transportadores intestinales de paquetes con cocaína. Estudio de 215 casos. *Med Clin (Barc)* 1998;111:336-7.
7. Wetli CV, Mittlemann RE. The "body packer syndrome"-toxicity following ingestion of illicit drugs packaged for transportation. *J Forensic Sci* 1981;26:492-500.
8. Thompson AC, Terry RM. Cannabis-resin foreign body in the ear. *N Engl J Med* 1989;320:1758.
9. Mc Carron MM, Wood JD. The cocaine "body packer" syndrome. Diagnosis and treatment. *JAMA* 1983;250: 1417-20.
10. Introna F Jr, Smialek JE. The "mini packer" syndrome. Fatal ingestion of drug containers in Baltimore, Maryland. *Am J Forensic Med Pathol* 1989;10:21-4.
11. Fishbain DA, Wetli CV. Cocaine intoxication, delirium, and death in a body packer. *Ann Emerg Med* 1981; 10:531-2.
12. Marc B, Baud FJ, Aelion MJ, Gherardi R, Diamant-Berger O, Blery M, et al. The cocaine body-packer syndrome: evaluation of a method of contrast study of the bowel. *J Forensic Sci* 1990;35:345-55.
13. Gherardi R, Marc B, Alberti X, Baud F, Diamant-Berger O. A cocaine body packer with normal abdominal plain radiograms. Value of drug detection in urine and contrast study of the bowel. *Am J Forensic Med Pathol* 1990; 11:154-7.
14. Nihira M, Hayashida M, Ohno Y, Ynukuza S, Yokota H, Yamamoto Y. Urinalysis of body packers in Japan. *J Anal Toxicol* 1998;22:61-5.
15. Luburich P, Santamaria G, Tomás X, Nogué S, Pujol T, Pomés J, et al. Ocultación gastrointestinal de drogas ilegales. *Rev Esp Enf Digest* 1991;79:190-5.
16. Karhunen PJ, Penttila A, Panula A. Detection of heroin "body packers" at Helsinki airport. *Lancet* 1987;1: 1265.
17. Joynt BP, Mikhael NZ. Sudden death of a heroin body packer. *J Anal Toxicol* 1985;9:238-40.
18. Hoffman RS, Chiang WK, Weisman RS, Goldfrank LR. Prospective evaluation of "crack-vial" ingestions. *Vet Hum Toxicol* 1990;32:164-7.
19. Dueñas A. Repercusiones socio-sanitarias de los nuevos patrones de consumo. En: *Drogas: Nuevos Patrones y Tendencias de Consumo*. Aranjuez (Madrid): Fundación de Ciencias de la Salud (eds), 2000.
20. Ramrakha P, Barton I. Drug smuggler's delirium. *Br M J* 1993;306:470-1.
21. Lancashire MJR, Legg PK, Lowe M, Davidson SM, Ellis BW. Surgical aspects of international drug smuggling. *Br M J* 1988;296:1035-7.
22. Esbec E, Delgado S. Asfixia y muerte en un transportador de cocaína (body packer): a propósito de un caso. *Rev Esp Med Leg* 1990;17:23-8.
23. 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;8:523-7.
24. Hierholzer J, Cordes M, Tantow H, Keske U, Mäurer J, Félix R. Drug smuggling by ingested cocaine-filled packages: conventional X-ray and ultrasound. *Abdom Imaging* 1995;20:333-8.
25. Meyers MA. The inside dope: cocaine, condoms and computed tomography. *Abdom Imaging* 1995;20: 339-40.
26. Instrucción número 6/1998. *Sobre la posibilidad de que exista un delito de desobediencia en relación con la negativa de las personas posibles portadoras de drogas, a ser objeto de reconocimiento*. Madrid: Memoria de la Fiscalía General del Estado, 1998:605-14.

27. Galende I. Problemas éticos de la utilización de seres humanos en investigación biomédica. Consecuencias sobre la prescripción de medicamentos. *Med Clin (Barc)* 1993;101:20-3.
28. Informe Belmont 1978: "Principios éticos y recomendaciones para la protección de las personas objeto de experimentación. Comisión Nacional para la protección de las personas objeto de experimentación biomédica y conductual". En: *Ensayos clínicos en España (1982-1988)*. Monografía Técnica 17. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.
29. Linden CH, Rumack BH. Emesis for "body packers". *J Am Med Assoc* 1984;251:2083.
30. Aks SE, Hoek TLV, Hryhorczuk DO, Negrusz A, Tebbett I. Cocaine liberation from body packets in an vitro model. *Ann Emerg Med* 1992;21:321-5.
31. Makosiej FJ, Hoffman RS, Howland MA, Goldfrank LR. An in vitro evaluation of cocaine hydrochloride adsorption by activated charcoal and desorption upon addition of polyethylene glycol electrolyte lavage solution. *Clin Toxicol* 1993;31:381-95.
32. Caruana DS, Weinbach B, Goerg D, Gardner LB. Cocaine-packet ingestion. *Ann Intern Med* 1984;100:73-4.
33. Robinson T, Birrer R, Mandava N, Pizzi WF. Body smuggling of illicit drugs: two cases requiring surgical intervention. *Surgery* 1993;113:709-11.