

---

# Síndrome de body-packer (mulas)

## Body packer syndrome

Reinaldo Ramírez Robinson \*  
José Luis Goya \*  
Wendy Del Salto de Chávez \*\*  
María Dolores Molineros \*\*

### Resumen

*Los body packer, en nuestro medio llamados comúnmente mulas, son un producto no sólo de las dificultades económicas que atraviesa nuestra región, sino también del escaso o nulo conocimiento de la acción que tienen las drogas en nuestro organismo. Aunque los efectos sociales los vivimos a diario, en la desintegración de la familia, robos, asesinatos, los cuales se producen por el consumo o tráfico de estos estupefacientes, aún no hemos hecho conciencia que todos somos parte del problema y por ende sólo unidos como una verdadera sociedad podremos resolverlo, o por lo menos atenuarlo.*

**Palabras claves:** Body packer, Mulas, Drogas, Estupefacientes.

### Summary

*The body packers, commonly known by us as moles, result not only from the economic difficulties in our region, but also from the poor or none knowledge of the effects of drugs in our organism. Even though we face its social consequences daily, in the rupture of the family, robberies, murders, which occur because of traffic or consumption of these drugs, we still haven't realized that we are all part of the problem and therefore the only way we can solve it or at least diminish it is by being united as a real society.*

---

### Introducción

El consumo de cocaína se ha disparado en los últimos años, y con ello la aparición de complicaciones médicas que conducen a la desintegración social, familiar y personal del individuo debido al alto riesgo de generar dependencia (5).

Esta puede aparecer tras el consumo de la droga durante breves períodos de tiempo e independientemente de la vía de absorción, aunque es menor cuando se aspira y mayor cuando se inyecta o se fuma (1).

Con frecuencia los profesionales de atención primaria somos los primeros en contactar con las personas que consumen drogas como la cocaína, debemos aprovechar la ocasión para realizar una intervención decidida, ya que a veces no tendremos una segunda oportunidad.

La cocaína o benzoilmetilecgonina es un alcaloide obtenido a partir de las hojas de la planta de coca,

Erithroxilum Coca, arbusto de América. Estas fueron utilizadas por la civilización inca para fines religiosos y sagrados, también para mitigar el hambre y el esfuerzo. Hay esculturas del siglo III aC en los Andes con rostros mascándolas (4).

En 1859, Albert Niemann sintetizó el principal alcaloide de las hojas de coca denominándolo cocaína y rápidamente se propagaron sus propiedades "milagrosas". En 1884, Freud publicó su artículo Ubre Coca, en el que ensalzaba la cocaína como un remedio para múltiples males. En 1886, en Atlanta, se creó una bebida, la Coca-Cola, elaborada con hojas de coca que era vendida hasta 1904 como tónico reconstituyente, pero por presión de la opinión pública se eliminó la cocaína de su fórmula (2).

Al margen de su acción anestésica local, ejerce sus acciones como consecuencia de la inhibición de la recaptación de catecolaminas y serotonina, aumentando las concentraciones de estos neurotransmisores.

---

294 \* Médico Cirujano Sala Santa Teresa Hospital Luis Vernaza. Profesor de Cirugía, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Ecuador

\*\* Alumna Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Ecuador

## Reporte del caso

Paciente de sexo femenino, de 29 años de edad que procede de la ciudad de Guayaquil, ingresa a la sala Santa Teresa del hospital Luis Vernaza, la enfermedad actual de la paciente empieza después de haber ingerido 54 cápsulas de base de cocaína, con un dolor abdominal, difuso continuo y progresivo, el dolor era tipo cólico, sin irradiación, que se exacerbaba con el movimiento y se calmaba con el reposo, no tomó ninguna medicación para el dolor, luego aparece el vómito de consistencia acuosa, al mismo tiempo elimina 20 cápsulas de aproximadamente 2 pulgadas de diámetro.

En el examen físico general, presentaba cabeza, cuello y tórax sin alteraciones, pero el abdomen estaba distendido.

El abdomen a la palpación se presentaba depresible y doloroso.

Los exámenes de laboratorio (química sanguínea, tiempos de coagulación, enzimas) normales y/o negativos a excepción de la biometría hemática en la que se presentaba una leucocitosis (11.600/mm<sup>3</sup>).

Se le practicó una laparotomía exploratoria, luego se le realiza una gastrostomía por la que se extraen 6 cápsulas, las 16 cápsulas que se encontraban agrupadas en yeyuno e ileon son alineadas, esperando su posterior eliminación merced al peristaltismo, por último 12 cápsulas que se encontraban cerca del recto fueron extraídas.

Según la experiencia no se recomienda dejar las cápsulas en el interior del paciente ya que podrían romperse, obstruir esfínteres, válvulas o ángulos anatómicos.

## Discusión

Los body packers (traficantes profesionales) y "body stuffers" (la tragan al verse acosados por la policía) pueden intoxicarse si llegan a romperse los envoltorios, por absorción masiva transmucosa de cocaína, conduciendo a una alta mortalidad (56%) o bien producir oclusiones intestinales (6).

La forma de presentación de la intoxicación por cocaína varía ampliamente. Tras el consumo reciente de cocaína aparecen cambios del

comportamiento y psicológicos clínicamente significativos, acompañados de manifestaciones clínicas no atribuibles a otra enfermedad como taquicardia o bradicardia, midriasis, elevación o descenso de la tensión arterial, sudación, escalofríos, náuseas o vómitos, pérdida de peso objetivada, agitación, retraso psicomotor, depresión respiratoria, crisis comicial, confusión, etc. (3). La muerte puede producirse por depresión respiratoria central, hemorragia cerebral, convulsiones, arritmias cardíacas o reacciones alérgicas a la cocaína o a sus adulterantes (7).

Los órganos diana de su toxicidad son el cerebro, el corazón y la vía de entrada, la cocaína es rápidamente hidrolizada por las secreciones gastrointestinales o las enzimas plasmáticas, se cataboliza a nivel hepático y atraviesa rápidamente la barrera hematoencefálica, se excreta por la orina, en parte de forma inalterada y en parte como productos de su degradación. El 50% de estos metabolitos pueden detectarse en plasma hasta 36h tras la última administración, siendo muy difícil detectarla transcurrido dicho período.

La inhibición de la recaptación de noradrenalina es la causante de los efectos tóxicos asociados a la hiperactividad simpática (hipertensión, cardiotoxicidad, etc.) y la potenciación de mecanismos dopaminérgicos centrales es el mecanismo más importante para su potencial adictivo (8).

Las dosis tóxicas letales son variables dependiendo de la vía de administración, entre 1-2g si es vía oral y de 75 a 800mg si se utiliza la vía intravenosa o subcutánea.

## Conclusión

Según la Encuesta Nacional sobre Drogas de 1996 (población escolar de 14-18 años), el 3,2% la habían consumido alguna vez en su vida y el 2,6% en el último año.

Ante la presencia de un paciente con una sobredosis o intoxicación de cocaína se deben seguir varios pasos importantes:

1. Permeabilidad de vía aérea.
2. Utilizar si es preciso resucitación cardiopulmonar básica. Posición de decúbito lateral, si no hay lesión medular y vigilar

estrechamente. Administrar oxígeno a alto flujo y si es preciso intubación orotraqueal y ventilación mecánica.

3. Traslado urgente a centro hospitalario.
4. Monitorización ECG y saturación arterial con pulso-oximetría. Constantes vitales.
5. La agitación, ansiedad o psicosis se debe de tratar con sedación: se pueden administrar benzodiacepinas intravenosas, Diazepan 5-10mg o midazolán (2 a 10mg).
6. Si convulsiones: oxígeno, glucosa, Tiamina y Diazepan 10-20mg/intravenoso (0.1mg/kg), midazolán (0.005-0.1mg/kg) también amobarbital o fenobarbital (15 a 20mg/kg intravenoso en no menos de 30 minutos).
7. Sueroterapia para rehidratación. Forzar diuresis. La utilización de diuresis alcalina puede ser eficaz para prevenir el fallo renal en los pacientes con rbdomiolisis.
8. Tranquilizar y ambiente relajado.
9. Si hipertermia: lavados externos con agua fría y ventilador. En casos extremos estaría indicada la relajación muscular con pancuronio (0.1mg/kg) con la consiguiente intubación orotraqueal y VM.
10. La hipertensión arterial discreta responde bien a sedación, la moderada responde a nifedipina 10 a 20mg oral. La hipertensión severa que no cede tras sedación, se debe de tratar con Nitroprusiato sódico (0.5-5mg/kg/min), fentolamina (0.05-0.1mg/kg/min) o labetalol 10 a 20mg IV. Los betabloqueantes puros se deben de evitar, salvo que el paciente esté fuertemente sedado pues puede conducir a una hiperactividad alfadrenérgica aumentado la hipertensión.
11. En caso de arritmias ventriculares: lidocaína, labetalol, propanolol o atenolol. La taquicardia ventricular se tratará inicialmente con sedación y oxigenación. Si la disritmia persiste y se utiliza lidocaína, se debe administrar benzodiacepinas profilácticas, pues puede inducir a la producción de convulsiones.
12. Isquemia miocárdica: nitroglicerina o bloqueante de los canales del calcio. En el dolor torácico compatible con isquemia

miocárdica: oxígeno, opioides y aspirina. En los pacientes con IAM se debe de considerar la trombolisis y la coronariografía.

13. Indicaciones para intubación orotraqueal y ventilación mecánica son la hipertermia incontrolable, agitación extrema, convulsiones incontrolables, coma profundo con peligro de aspiración.

### Referencias bibliográficas

1. Actuar es posible: El profesional de atención primaria de salud ante las drogodependencias. Junta de Andalucía. Consejería de trabajo y asuntos sociales, 1994
2. Escohotado A: Historia elemental de las drogas. 1ª ed, Ed Anagrama SA, Barcelona – España, 1996
3. Hoffman RS, Goldfrank LR: The impact of drug abuse and addition on Society. Emerg Medicine, USA 8: 407-480, 1998
4. Kleber HD: Our current approach to drug abuse-progress, problems, proposals. N Eng J Med 330: 361-365, 1994
5. Kulberg A: Abuso de sustancias: Identificación clínica y tratamiento. Clin Pediat Northam 2: 337-374, 1996
6. Li L, Smialek JE: Observations on drug abuse deaths in the State of Maryland. J Forensic Sci 41: 106-109, 1996
7. Males M: Discriminalisation of cannabis. Lancet 346: 1708-1709, 1995
8. Ott J: Farmacotheon. Drogas enterógenas, sus fuentes vegetales y su historia. Los libros de la Liebre de Marzo SL, Barcelona – España, 1996

**Dr. Reinaldo Ramírez Robinson**  
**Teléfono: 593-04-2385331**  
**Sra. Wendy Del Salto de Chávez**  
**Teléfono: 593-04-2205049-2200414**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
 DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL