



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-776 - UNA CAUSA INFRECUENTE DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL: BODY PACKER

Romera Barba, Elena; Navarro García, María Inmaculada; Gálvez Pastor, Silvia; Lage Laredo, Ana; Maestre Maderuelo, María; Abellán Garay, Laura; Martínez Manzano, Álvaro; Vázquez Rojas, José Luis

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.

Resumen

Introducción: El hallazgo de cuerpos extraños en el tubo digestivo es relativamente frecuente y la causa suele ser por ingesta, por introducción rectal o por migración desde otros órganos. Las zonas de impactación más frecuentes suelen ser esófago, píloro, Treitz y válvula ileocecal. La incidencia de cuerpos extraños gastrointestinales es más frecuente en niños (1:1 hombres: mujeres), sin embargo en la edad adulta es mucho más frecuente en varones. En este caso suele tratarse de pacientes desdentados, psiquiátricos o presos. En el 95% de los casos estos cuerpos extraños serán expulsados espontáneamente, y sólo un 1% de ellos requerirán intervención quirúrgica para su extracción.

Caso clínico: Paciente varón de 35 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a urgencias por dolor abdominal de 2 días de evolución, de tipo cólico, difuso, sin otra sintomatología asociada. En la exploración el abdomen estaba distendido, doloroso a la palpación de forma difusa. La analítica presentaba leucocitosis con neutrofilia. En radiografía de abdomen se halló distensión de asas de intestino delgado, con múltiples imágenes radioopacas sugestivas de cuerpos extraños. Con diagnóstico de obstrucción intestinal, se intervino mediante laparotomía hallando 75 cuerpos extraños ovoides de 5 cm a nivel de íleon terminal y estómago. Se realizó enterorrafia a 20 cm de la válvula ileocecal, extracción de 54 cuerpos extraños arrastrándolos desde el Treitz, y gastrotomía en cara anterior con extracción de otros 21. Tras un postoperatorio satisfactorio, el paciente fue dado de alta al 7º día postoperatorio.

Discusión: El transporte de drogas ilegales en el interior del organismo (*body packer*) representa un problema médico-legal en claro aumento en las últimas décadas. Los facultativos, especialmente aquellos con actividad en los servicios de urgencias, han de familiarizarse con el manejo diagnóstico y terapéutico -habitualmente conservador- de este tipo de pacientes y de sus posibles complicaciones. El “síndrome de *body packer*” propiamente dicho se define como un cuadro de oclusión intestinal y/o intoxicación secundarios al transporte de paquetes de droga en el tracto digestivo, y ocurre en un 1-9% de todos los *body packer*. En su patogenia intervienen un componente de oclusión mecánica (íleon terminal, píloro y ángulo esplénico como localizaciones más frecuentes) y otro de parálisis intestinal secundario a la ingesta de fármacos antiperistálticos. Las posibles consecuencias secundarias a la oclusión intestinal son: dilatación intestinal (con riesgo de perforación intestinal, peritonitis y shock séptico), intoxicación por absorción transmucosa o rotura de los paquetes, broncoaspiración de paquetes de pequeño tamaño, úlcera gástrica y/o hemorragia digestiva alta por decúbito sobre la pared gástrica y mediastinitis tras obstrucción esofágica. Una vez instaurado el cuadro de oclusión intestinal, debe aplicarse un tratamiento inicialmente conservador basado en dieta absoluta, sueroterapia y control estricto de las constantes vitales. En caso de signos posteriores de

intoxicación grave, deterioro general, leucocitosis progresiva, afección intestinal o hemorragia digestiva masiva, deberá optarse por una laparotomía urgente y extracción de los paquetes, como ocurrió en nuestro caso.