

CONSIDERACIONES PSICOSOMATICAS SOBRE DISQUINESIA BILIAR

Congreso Médico Regional del Sur. Azua, R. D.

Dr. M. Flores Peña

ANATOMIA FUNCIONAL



ABEMOS como los dos conductos biliares originados en el hilio hepático constituyen, al unirse, el Conducto Hepático que vierte su contenido a través del Cístico en la vesícula biliar o colecisto. La disposición del colecisto exige una kinesis activa para que la bilis sea expulsada a través del Conducto Coledoco hasta el duodeno, como se demuestra colecistográficamente; el peristaltismo del colecisto funcionará en armonía con la distensión del esfínter de Oddi en el momento que éste es estimulado por la presencia de alimentos grasos en el duodeno.

A la inervación vegetativa visceral se le ha concedido poca importancia funcional como reguladora del fisiologismo visceral pues siempre se le ha conferido primacía a la regulación humoral de las vísceras merced a receptores especiales (osmo, baro, quimiorreceptores) que responden a cambios del medio interno. Sherrington ha considerado al Hipotálamo como el "ganglio encefálico del Sistema Autónomico", que al ser

estimulado produce respuestas vegetativas, pero por la razón anterior no se le ha concedido suficiente importancia para explicar los fenómenos de disregulación visceral. De este modo siempre se ha considerado al esfínter de Oddi como el principal regulador de la afluencia de bilis al duodeno, aceptándose que posee quimiorreceptores estimulables al contacto con los alimentos grasos; los lípidos junto a la bilis estimularían la secreción de lipasas por parte de las glándulas ubicadas en la pared duodenal. En consonancia también con la importancia concedida a la regulación por contacto de sustancias con los receptores del esfínter de Oddi es el hecho de como diversos fármacos ingeridos por vía oral determinan hiperproducción de bilis, aflujo de ésta al duodeno e incluso reflujo hacia el estómago a consecuencia de una acción directa sobre la pared duodenal.

El esfínter de Oddi está dotado de inervación propia vagal que camina por el plexo hepático, pero se le ha concedido un valor secundario en comparación con el factor de regulación humoral. Las fibras dolorosas que nacen en la vía biliar alcanzan la médula espinal a través de los nervios esplácnicos y es sabido que son las responsables del dolor vesicular, de carácter intenso, referido al cuadrante superior derecho, epigastrio o región escapular derecha, el cual es producido por distensión del colecisto.

PATOGENIA: Es conocido de los internistas la protesta de las vísceras huecas ante un insulto emocional. En este sentido en la disquinesia biliar se podrían deslindar al menos dos sub-síndromes según que la disfunción corresponda o se asocie a la ingestión de grasas o no; en el primer caso seguramente el mecanismo patogénico fundamental es de índole humoral local, a nivel de los quimiorreceptores del Oddi que inician el proceso kinético de las vías biliares, y esto como parte de un proceso más extenso, en el cual se sumarían factores diversos como el tiempo de permanencia del alimento en el duodeno, la secreción y aflujo de bilis y la digestión enzimática de los lípidos. Sin embargo, un conflicto angustiante activo en el momento de la ingesta podría actuar como desencadenante o facilitador de la

disquinesia biliar peri—prandial de carácter leve o mediano, o constituir el pródromos para un cólico biliar típico.

HIPOTESIS PSICOSOMATICAS:

Conocida la existencia de respuestas disfuncionales de las vísceras huecas ante la sobrecarga emocional, es dable aceptar una colaboración de la angustia persecutoria en las disquinesias biliares que involucran una disritmia entre la relajación del Oddi y el ordeño peristáltico del colecisto. Esto nos lleva a considerar dos posibles mecanismos según los cuales la angustia persecutoria podría determinar disquinesia biliar: uno de índole humoral *central*, cuyo origen dependería de secreciones activas inducidas por el eje diencéfalo hipofisario y las glándulas de secreción interna, pero hasta ahora no se han demostrado sustancias activas que sustenten esta hipótesis. Otro mecanismo posible, el más aceptable, se apoya en la evidencia de que existe realmente una inervación parasimpática a través de la cual podría canalizarse la angustia en ciertas circunstancias, determinando así la disritmia vesículo—esfinteriana.

Aunque consideramos que en circunstancias normales y durante la ingesta la regulación humoral *local* de la vía biliar predomina sobre cualquier otra, sin embargo la disquinesia puede desencadenarse “a estómago vacío”, cuando no era de esperarse por no existir estímulo lipídico en el duodeno. Este sub—síndrome coledisquinético nos afianza en la creencia de que la inervación parasimpática del colecisto y del esfínter de Oddi juega un papel tal que pueden funcionar independientemente del mecanismo humoral local. El hecho de que aparezca “a estómago vacío” o cuando los alimentos han rebasado el duodeno, manifestándose en forma de dolor cólico de mediana intensidad, ominoso, inmediato al desarrollo de reacciones de angustia persecutoria, demuestra la significación del componente emocional en su génesis. Por lo demás, la personalidad de estos pacientes demuestra unas condiciones particulares favorables a la somatización en la mitad superior del

tracto digestivo, pues presentan con frecuencia un carácter oral narcisista.

Entre los casos estudiados por nosotros en la Clínica de Psicopatología de la Cátedra de Patol. General del Hospital Universitario de Madrid, encontramos que estos pacientes solían mantener una callada pugna con las figuras de autoridad más cercanas, de modo que parecían obedientes y sumisos pero interiormente contenían gran hostilidad, reprimiendo sus sentimientos agresivos de matiz persecutorio angustiante, los cuales (hemos de suponer) canalizarían por vía somática. El hecho de que el cólico biliar que aparece en estos pacientes sea con frecuencia fugaz, ominoso, a veces sostenido, no seguido de más correlato digestivo, nos afirma en la creencia de que es un mecanismo nervioso (y no humoral) el que lo determina por una primacía en esos momentos de la vía nerviosa autónoma cuyas repercusiones pueden ser más perdurables que las regulaciones humorales hipófisarias.

Sabemos en efecto, como el hipotálamo posee, entre otras, la función defensiva, desarrollándose sentimientos de temor y cólera asociados a los centros integradores difusos situados en el mismo hipotálamo y en el sistema límbico, cuyas vías eferentes son el simpático (para la heteroagresión ofensiva) y el vago (para la autoagresión defensiva). El que la inervación de las vías biliares sea exclusivamente vagal puede ser un factor determinante y facilitador en momentos en que también se inhibe la función simpática en las áreas orgánicas viscerales donde exista, pues no debemos olvidar que la disquinesia biliar psicógena es parte de manifestaciones más extensas propias del carácter oral narcisista.

Ante la creencia frecuente de que en el carácter oral existe un narcisismo autoamoroso, consideramos que esto es aceptable más bien para el carácter fálico—narcisista, y que, como dice Sullivan, en el oral—narcisista hay sobre todo autoodio en forma de autoagresión crónica (parasimpática) como respuesta tipo en toda situación de hostilidad, no compensada con respuestas heteroagresivas (simpáticas).

Dichas personalidades oral narcisistas presentan gran dependencia y necesidad de estímulo y apoyo, poseen escasa autoestima, lo cual les hace muy vulnerables; tienden a instaurar vínculos rígidos y formas de respuestas estereotipadas (próximas a las de los obsesivos) que restan flexibilidad a sus actuaciones, por lo cual perpetúan las situaciones de conflicto cuya resolución difieren indefinidamente. En los momentos de intensa depresión pueden presentar aftas bucales y anorexia; en los menos depresivos predomina la angustia devoradora, mostrando por ello una conducta alimentaria ávida, desarrollando en ocasiones hábitos alcohólicos o son grandes fumadores. Con frecuencia pueden presentar otras constelaciones psicósomáticas emparentadas (alergias dermatológicas, alteraciones respiratorias) y suelen ser dormilones, compensando con el dormir (regresión onírica) el conflicto que les provoca la realidad. El diagnóstico psicodinámico los cataloga como "border lines" pero no suelen sufrir desestructuración del YO pues las somatizaciones les defienden de la psicosis.

En cualquier caso, ese órgano casi siempre silencioso que es el colecisto y sus conductos, que ha llamado poco la atención de los investigadores en la medida en que sus manifestaciones son insidiosas y parte de una constelación nosológica más amplia, habrá de ser objeto de más rigurosas investigaciones como manera de verificar hipótesis psicósomáticas.