

## ETIOLOGIA PSIQUICA DE LAS DISCINESIAS BILIARES

DR. CARLOS VÉJAR LAGAVE  
Académico de número

**D**ESDE LA Era Hipocrática se conocen las relaciones entre la emotividad y las funciones biliares. A través de la Medicina galénica, del oscurantismo de la Edad Media y del moderno Renacimiento de las ciencias médicas, se ha conservado la misma tradición y se ha reconocido el mismo hecho. La emoción actúa sobre las vías biliares. El mismo término "melancolía"; como se sabe, deriva del griego y quiere decir literalmente bilis negra, dato simbólico y equivalente a la tristeza. La observación cotidiana no solamente médica sino profana, hace actuar una gran cantidad de estados emocionales como genéticos de disfunciones biliares, y el gesto de convencimiento de nuestra comadre vecindera, cuando nos afirma que su dolor y su dispepsia son debidos a "la bilis", ya no es recibida por el médico con el desdén de antaño, y se advierte que por lo menos una parte de verdad, existe en esa afirmación.

Desgraciadamente a pesar de lo ya dicho, los estudios realizados en el terreno científico sobre el valor etiológico de la emoción en los padecimientos biliares, son muy escasos y da pena asomarse a la literatura mundial sin encontrar referencias que puedan guiarnos en un estudio cabal y completo. Es por eso que hemos decidido a empezar una investigación, aunque sea con nuestros pobres recursos en relación con el tema, y las primicias de la misma las ofrecemos hoy por primera vez en un comunicado científico.

## II

Pocos mecanismos hay en Medicina tan delicados como la evacuación vesicular. Para que ella se verifique, es necesario que exista contracción sinérgica del receptáculo vesicular y al mismo tiempo apertura del esfínter de Oddi. Este mecanismo está encomendado al Sistema Organo Vegetativo, el cual en términos generales actúa a través del Vago, que contrae la vesícula y relaja el esfínter, en tanto que al simpático están encomendadas las funciones opuestas, relaja la vesícula y contrae el esfínter. El primero, el vago, es el nervio de vaciamiento y el segundo el simpático es el de llenado. A últimas fechas estudios anatomopatológicos y fisiológicos de la zona esfinteriana, han demostrado que el mecanismo intrínseco de la apertura es una contracción de las fibras longitudinales, vencimiento del tono y de las circulares, retracción del ámpula que origina el levantamiento del espólón colédocopancreático, afrontándose así los orificios terminales de ambos canales al duodeno y permitiendo la eyaculación de bilis y jugo pancreático.

Una observación accidental de Oechsler (1913) cuando estudiaba en un perro una fístula vesicular, le mostró que la bilis que fluía libremente se detuvo súbitamente después de una excitación fuerte. Dobreff en 1933 realizó interesantes estudios en 23 perros a los cuales les hizo fístula de vesícula y cístico y les excitó después con la presencia de un gato. De los que tenían fístula vesicular, diez inhibieron notoriamente la secreción y en ocho cesó por completo; de los que tenían fístula del cístico seis la inhibieron por completo.

En el hombre también se ha logrado estudiar la emoción y la secreción biliar. Wittkover en 1928 comunicó que con la sonda duodenal había hecho estudios, provocando en el sujeto alegría, tristeza y ansiedad; en todos ellos encontró aumento del flujo biliar, que se iniciaba casi inmediatamente y persistía un tiempo variable siempre corto. En cambio con la ira, con el disgusto, la secreción se detenía.

Algunos otros autores se han ocupado de este capítulo de fisiopatología; para nuestro objeto con lo mencionado basta. Sabemos que la emoción actúa sobre el hipotálamo; que éste recibe todos los impulsos, a través del sistema autónomo. Cuando es por el simpático, trabajan especialmente las regiones caudal y lateral y por el parasimpático la porción rostral. La corteza cerebral actúa como inhibitoria de las funciones viscerales, pues las lesiones o la ablación de algunas zonas de la misma, se traducen en hiperactividad del sistema autónomo correspondiente.

## III

Ya hemos advertido que el Sistema Organo Vegetativo es el principal responsable de los efectos viscerales de la emoción; bajo su influencia se provocan cambios momentáneos pero que cuando son repetidos, acaban por alterar, primero las funciones y después las estructuras orgánicas, esto acontece en las vías biliares extrahepáticas. Un impulso simpático sostenido llega a provocar un disturbio característico en las funciones motoras vesiculares de evacuación, que pueden llegar hasta una imposibilidad absoluta de vaciamiento, provocando una sintomatología dolorosa igual al cólico vesicular. El colecisto se contrae poderosamente sin lograr vencer la resistencia del esfínter de Oddi, el árbol biliar se ingurgita, y este aumento brusco de la presión de los canales biliares, intra y extrahepático, dan origen al clásico cólico hepático, sin necesidad de vesículas calculosas, de emigraciones litíasicas o de cálculos enclavados.

Estas crisis de hipertensión brusca del árbol biliar, pueden también existir cuando la vesícula ha sido reseca, y son en algunos casos, el motivo de la repetición de los cólicos después de colecistectomías, especialmente cuando no existe litiasis coledociana que explique este síndrome post-colecistectomía, que sobre todo, en tiempo pasado, veíamos con tanta frecuencia.

Habitualmente la emoción tiene un valor mayor cuando se añade, a la dificultad de vaciamiento, la necesidad de él; por ejemplo después de una comida copiosa en grasas, que provocan por su poder colecistocinético la contracción vesicular. Por eso es de observación corriente que el enfermo afirma, "hice coraje y comí huevo o tomé leche". Heyer hizo notar la frecuencia con la que encontraba en los antecedentes de los ictericos, crisis de ira.

Conjuntamente al trastorno órgano-vegetativo, se advierte disfunción en el sistema endócrino, provocado por el mismo trauma emocional, que después de perturbar el hipotálamo; por vía eferente pasa al diencéfalo y aquí a las glándulas, especialmente las suprarrenales, que provocan descargas adrenérgicas; a la tiroides y al hígado, que se encarga de poner en circulación una mayor cantidad de glucosa.

## IV

En mi Consulta Externa de Gastroenterología; después de los enfermos colíticos, los más frecuentes son los vesiculares, y de ellos, la gran mayoría

se queja de un cuadro un tanto vago que se conoce con el nombre de dispepsia biliar.

Es un síndrome caracterizado por anorexia, a menudo selectivo para las grasas, plenitud postprandial, náusea frecuente, sabor amargo y sequedad de mucosas especialmente en ayunas; y a menudo síntomas intestinales, especialmente constipación y meteorismo. Frecuentemente este cuadro se hace más ostensible después de comidas indigestas, ricas en grasa o rociadas con alcohol. Nada raro es que se añadan síntomas distónicos neurovegetativos como mareo, cefalea, bochorno, hiperhidrosis, disnea y aun obnubilaciones transitorias.

La causa principal de esta dispepsia es naturalmente el insuficiente aporte de bilis al duodeno, lo que acarrea perturbaciones en la digestión de las grasas principalmente y accesoriamente en el resto del material alimenticio, provocando los trastornos gástricos e intestinales que acabamos de mencionar y que se traducen muy pronto por la repercusión al estado general, bien sea en desequilibrio neurovegetativo, en trastorno psicógeno o en deficiencia nutritiva.

El fondo etiológico de esta dispepsia es la discinesia de las vías biliares extrahepáticas, con vaciamiento retardado de la vesícula comprobable radiológicamente. El colecisto, sometido en su musculatura a un trabajo excesivo, acaba por ceder, relaja sus paredes y más tarde se dilata, cayendo en hipotonía y finalmente en atonía.

Las discinesias visculares inician así el proceso patológico que conducirá a la estasis vesicular, trastorno fisiopatológico que expone a su vez a la infección y a la litiasis.

## V

El estudio que hemos llevado a cabo se ha hecho sobre 32 pacientes afectos del síndrome vesicular antes mencionado. Además de su minuciosa exploración clínica han sido radiografiados y sujetos a los exámenes complementarios indispensables; después se procedió a hacer un estudio psicossomático comenzando por biotipología.

En el cuadro número 1 presentamos el resultado de la misma: Juzgando el biotipo físico encontramos 12 endomorfos y 12 ectomorfos por 8 mesomorfos. Este hallazgo tiene importancia porque es bien conocida la biotipología del vesicular, la de los clásicos gorditos, principalmente del sexo femenino, de tipo endomorfo; lo cual no aconteció en nuestra serie, pues igual cantidad de ectomorfos, flacos y longitipos, padecieron el síndrome.



La exploración psíquica a nuestro alcance reveló trastornos emocionales francos; personas con desequilibrio nervioso llegando a las psiconeurosis, de etiologías múltiples, pero casi todos ellos con alza de la tensión psíquica por control obligado de sus emociones, lo cual hace que lancen por los canales del Sistema Organo Vegetativo, lo que debía haberse traducido en acción objetiva. Véase por ejemplo estos dos casos:

Se trata de una paciente de 63 años de edad, endomórfica, víscerotónica, hiperemotiva, preocupada, que denota ansiedad y malhumor; trabaja desde hace 25 años de doméstica y su dispepsia biliar no ha sido acompañada de cólicos hepáticos a pesar de que la colecistografía revela litiasis vesicular. Sus traumas emocionales provienen de los frecuentes disgustos con sus compañeras de trabajo, ya que ella, por ser muy antigua en la casa, es considerada por los patrones como de la familia, siendo por esto "mal mirada" por el resto de la servidumbre. Además tiene una hermana que lleva parálitica cinco años y la cual debe cuidar y de la que se siente responsable. Sus síntomas se intensificaron al máximo desde hace unos días, debido al sentimiento que le causó el ver morir de repente a una compañera de trabajo, lo cual le produjo una gran angustia, palpitaciones, sudoración fría e intensa pesadumbre.

La cita de este caso se debe fundamentalmente a la excelente respuesta que tuvo a la psicoterapia, la cual casi prodigada en exclusiva, hizo desaparecer la totalidad de su sintomatología, a pesar de la lesión orgánica que los cálculos constituyen.

Otra enferma de 36 años; endomorfa cerebrotónica, dedicada a labores del hogar nos consulta por cólicos vesiculares, más ostensibles en sus embarazos y en una ocasión acompañado de ictericia, que se presentó después de un fuerte disgusto con su esposo. Ha seguido observando que sus males se agravan francamente con el trauma emocional. La colecistografía revela litiasis vesicular.

En el examen psicosomático nos relata que a los once años después de vivir angustiada por las constantes riñas entre sus progenitores, el padre los abandonó, lo cual le causó una gran tristeza. Sus dos primeras experiencias sexuales las tuvo casi a la fuerza en terreno despoblado y cuando llegó al matrimonio a los 21 años, su esposo fué gravemente desilusionado por el estado en que ella se encontraba. Desde entonces y a pesar de los hijos que tiene; ha sentido y siente vivamente el reproche constante de su marido y según sus propias palabras "nunca ha podido levantar la frente".

La tensión emocional reprimida, que esta enferma controla, por sus complejos de culpa, exterioriza en distonía neurovegetativa y en discinesia

biliar sus trastornos psíquicos; lo cual no le ha permitido jamás curarse completamente de su mal. En ella también la psicoterapia fué definitiva. He aquí el reporte final del Dr. Germán Castellanos colaborador mío en este estudio: "La psicoterapia se inició por el interés afectivo que pusimos en su caso y por la exploración cuidadosa que se ha hecho del mismo. Probablemente nunca antes había encontrado un médico que se interesara tan vehementemente por su caso. El relato íntimo de su vida afectivo-sexual, seguramente la ha liberado de complejos reprimidos y la sugestión a través de los medicamentos prescritos, han completado la labor terapéutica provocando una curación espectacular de la enferma psicógena."

## VI

El estudio total de los enfermos nos vino a demostrar, que sabiendo interrogar cuidadosamente y con paciencia estos individuos, abondando especialmente en el aspecto emocional de su conducta, prácticamente el 100% acusan alteraciones de su psiquis, traducidas por el síndrome biliar de que tanto hemos hablado.

Ya hemos visto el mecanismo o patogenia de estos síntomas corporales en los cuales intervinieron dos factores, uno externo que es el trauma psíquico y otro interno que es la constitución psicobiológica del sujeto. Si el estímulo es grande pero el individuo tiene un biotipo que le ayuda a evadir el impacto espiritual que éste forja, la enfermedad no podrá manifestarse. Pero cuando al excitante se añade el biotipo inestable emocional, las manifestaciones estarán al máximo.

El cuidadoso estudio de nuestras historias clínicas nos indican también que es muy raro el caso en el cual pueda invocarse solamente la etiología psicógena o la orgánica, lo habitual es que ambas se encuentren mezcladas o bien escalonadas, por ejemplo: un individuo padece dolores vesiculares y dispepsia debidas a discinesia biliar de etiología francamente emocional; más tarde la vesícula se dilata presentándose la colecistatonia o vesícula estásica. El tercer paso es la infección; un árbol biliar que no drena, deja a los microbios invadirlo o exaltar la virulencia de los que ya tiene dentro, presentándose la colecistitis y colangitis. Ahora bien, una vesícula infectada y estásica, proporciona todos los elementos necesarios para que la bilis se precipite, arrastrando el calcio, el colesterol y los pigmentos biliares, alrededor de un núcleo orgánico bacteriocelular, que forma así los cálculos.

Creemos que lo expuesto basta para demostrar el valor etiológico de la emoción en las discinesias biliares y aun en las enfermedades orgánicas de la vesícula. Esta afirmación para un médico en pleno ejercicio profesional

y cuya meta es curar a sus enfermos, tiene gran importancia por ser precisamente la base de muchas aplicaciones terapéuticas.

## VII

La medicina ortodoxa, dietética y medicamentosa usada para tratar los síndromes vesiculares, es bien conocida de todo profesional y además no encuentra cabida en esta breve exposición. Diré puramente unas cuantas palabras respecto a la psicoterapia que nos ha permitido tener éxito en un número bastante elevado de nuestros pacientes. Esto indica, naturalmente, que es un método al alcance de cualquier práctico y que debe ser conocido por el Médico general y no sólo por el Psiquiatra,<sup>5</sup> por lo cual tiene el primero, que conocer los lineamientos generales a que debe sujetarse.

Consciente o inconscientemente hacemos psicoterapia en cuanto atendemos un paciente, lo cual deriva de la comprensión total que tenemos del enfermo, además del concepto de la enfermedad que padezca. Por lo tanto, el primer paso será el estudio detallado y minucioso, clínico y de exámenes de laboratorio y gabinete, con lo cual se apreciará en nuestra actitud algo muy valioso, que da afecto y confianza por su médico, este algo, es el interés afectivo, requisito indispensable para cualquier método terapéutico que se aborde posteriormente, puesto que así se gana la fe del enfermo.

La clasificación biotológica y psicológica del individuo debe entrar en nuestra rutina clínica.<sup>6</sup> Ahora nos acercamos al soma pero la psiquis nos huye, culpa en gran parte de la medicina mecanizada que actualmente se practica y contra la cual se yergue vigorosa la tendencia de la medicina psicosomática. Ya lo hemos dicho, un pequeño cuestionario acerca de las aficiones y deseos del paciente, sus aspiraciones o ideales, su ambiente familiar, su trabajo y su lugar en la sociedad, es suficiente para tener bastantes datos acerca del modo de reaccionar del individuo frente a los problemas vitales.

Una vez ganada la confianza del enfermo se deben ventilar sus problemas mediante una exposición amplia y pródiga de los mismos, aunque no tengan aparentemente relación ninguna con la enfermedad. La descarga emocional que esto significa produce siempre un alivio sensible en el individuo.

La canalización de la tensión emotiva, retenida en los pacientes hacia aspectos vitales que no dañan la integridad psicofísica del mismo,<sup>7</sup> constituye otra de nuestros objetivos y a menudo presenta dificultades que sólo son superadas mediante una reeducación completa del enfermo ajustándose

sobre todo a su biotipo y a su vocación. Prueba de ello es la mejoría en los balnearios de aguas supuestamente medicinales, que no lo son en su mayoría, pero que exhiben una gran eficacia por la psicoterapia que constituye el alejamiento del medio que provoca la neurosis y el goce de la paz y tranquilidad de cuerpo y espíritu.

Por último, la sugestión que hacemos con nuestros medicamentos es de particular importancia, pues a las drogas podemos adicionarlas de palabras mágicas, que tendrán un efecto en ocasiones espectacular, y así diremos con énfasis y seguridad: "estas cápsulas lo harán dormir", "estas gotas le quitarán el dolor", "tales papeles le calmarán su diarrea".

La actuación real de la medicina será muchas veces menor que el factor sugestión que el médico despierta con sus palabras.

Estas medidas curativas psíquicas son las únicas que pueden obtener éxito en las discinesias biliares; su ignorancia impide el que seamos verdaderamente médicos, por lo cual es necesario aplicarse a su estudio y abandonar la actitud de desdén que muchos profesionales tienen aun de estas disciplinas psicológicas.