VOLVIENDO A PENSAR SOBRE LA ILEÍTIS DE CROHN

DORRIT BUSCH

FUNDACIÓN LUIS CHIOZZA

3 de octubre 2014

Introducción

En un trabajo anterior (Busch, 2013) realizamos un primer intento de aproximarnos a la comprensión de algunos significados inconscientes que se expresan a través de la enfermedad de Crohn en su localización más típica: el íleon terminal. Es un tema vasto y complejo que abarca temas tales como los procesos inmunitarios intestinales en relación a las placas de Peyer y la flora intestinal, la inflamación, la absorción intestinal y otros.

En esta segunda comunicación, y a partir de los aportes y las sugerencias que surgieron de la discusión que tuvo lugar durante la presentación anterior, trataremos de desarrollar algunos puntos de aquel trabajo que se fueron destacando como más significativos.

Para no alargar demasiado la lectura, los párrafos que figuran en letra pequeña, y que son transcripciones del trabajo anterior, no serán leídos durante la presentación.

-Descripción

La enfermedad de Crohn (también denominada enteritis regional, ileítis terminal o colitis granulomatosa) es una afección inflamatoria inespecífica, de causa desconocida que, si bien puede afectar cualquier tramo del aparato digestivo desde la boca al ano, se localiza especialmente en el segmento comprendido en los últimos 25 á 50 cm del íleon (ileítis terminal) (Cossio, 1955; pág 853).

Suele tener una evolución crónica e imprevisible y una proporción significativa de pacientes con una presentación inicial aguda se recupera por completo. Pertenece al grupo de la llamada enfermedad inflamatoria intestinal, en el cual se incluye la colitis ulcerosa, con la que presenta muchas semejanzas (Harrison, 1998; Farreras-Rozman, 1982; Sáez, 2006; Scacchi, 2003; Avunduk, 2006).

Dado que se trata de dos enfermedades que cursan a través de una inflamación, se diferencian de otras patologías intestinales que no son inflamatorias como, por ejemplo, el colon irritable, donde se trata sobre todo de una irritación y de un trastorno en el tránsito intestinal, etc.

En una aproximación a la fantasía inconsciente inflamatoria, que esta enfermedad comparte con otras enfermedades inflamatorias, Corniglio y Schejtman (2000; 2004) sostienen que: a través de la inflamación se expresa una reacción de defensa, producto de la fantasía de haber sufrido un daño y el intento restitutivo de subsanar este daño. Agregan que se trata de un proceso de defensa y reparación, que compromete mecanismos reconstructivos básicos y un tipo de inmunidad innata.

Los autores escriben que en la inflamación el sujeto siente que irrumpe de manera desorganizadora algo que necesita ser "extrañado" y que toma la forma de una turbulencia emocional. Se trata de una lucha que compromete los territorios conjuntivo e inmunitario, ya que en ella está en juego la identidad (ibíd). Esta situación de conflicto debe ser resignada y duelada.

Dado que la afectación del íleon es central en esta patología, en este trabajo nos ocuparemos sobre todo de la enfermedad de Crohn que se presenta en ésta su localización más típica, o sea de la así llamada ileítis de Crohn.

Si bien esta dolencia puede afectar a personas en cualquier época de la vida, suele aparecer sobre todo ya sea a la edad de 15 a 30 años o alrededor de los 50 a 60 años. Afecta a hombres y mujeres por igual y es seis veces más frecuente entre los judíos que en el resto de la población blanca. En la raza negra es menos común. Durante un comentario personal de un especialista en el tema que hemos consultado[1], nos dijo que cuando la enfermedad aparece en personas jóvenes tiene más posibilidad de evolucionar hacia estados peores que en individuos mayores de

[1] Dr. Luis Boerr, subdirector del Hospital Alemán y Jefe del Departamento de Gastroenterología de la misma Institución. Es especialista en Colitis Ulcerosa y Enfermedad de Crohn (2013).

sesenta años, donde suele permanecer más estable. Comentaba que "con la edad se atemperan las reacciones virulentas en el organismo" (Boerr/Hadad, 2014).

En cuanto a la etiología, se han estudiado factores de diversa índole, pero hasta el momento no se ha podido comprobar ningún factor como causa específica. Sin embargo, una opinión muy sostenida es la que plantea que se trata de una enfermedad inmunogenética, o sea que en el desarrollo de la dolencia intervienen elementos que pertenecen al sistema inmune.

En este sentido se supone que la patogénesis de esta patología está asociada a un mecanismo inmunológico, no como causa inicial, sino que éste mantiene y prolonga o eterniza la afección y por ello se la puede considerar una enfermedad por autoinmunidad o autoagresión (Cossio, 1995; pág 854). Esta hipótesis también se apoya en la observación de que muchas veces la enfermedad es acompañada por manifestaciones extraintestinales vinculadas con fenómenos autoinmunitarios como, por ejemplo, la pericolangitis, el eritema nodoso, la artritis periférica, etc. (Harrison, 1998; pág. 1854; Boerr/Hadad, 2014.)

En relación a este tema, nos pareció importante recordar que el intestino normal se encuentra en un continuo estado de equilibrio dinámico entre, por un lado, factores que activan el sistema inmunitario del huésped, por ejemplo ciertos microbios, antígenos de la dieta, estímulos inflamatorios endógenos y, por otro lado, las defensas del huésped que mantienen la integridad de la mucosa y controlan estos procesos. En la ileítis se trastorna este equilibrio (Robbins, 1995; pág 886).

Siguiendo con estas ideas, algunas investigaciones sostienen que esta enfermedad inflamatoria sería el resultado de una respuesta inmune exagerada e inapropiada contra alguno de los constituyentes de la flora intestinal normal, a partir de la cual se genera la inflamación y el daño en la mucosa intestinal[2] (Avenduk, 2006; pág. 240; Sáez, 2006; pág. 41). Recordemos que se denomina flora intestinal al conjunto de bacterias que viven en el intestino, en una relación de simbiosis tanto de tipo comensal como de mutualismo. Este conjunto forma parte de la microbiota normal.

Vale la pena señalar que, a diferencia de los patógenos entéricos, las bacterias comensales o simbióticas que habitan el intestino tienen, en general, un efecto protector para el organismo. La escheriquia coli, por ejemplo, es una bacteria intestinal beneficiosa que ayuda a metabolizar los alimentos en el proceso de la digestión y vive en simbiosis con el organismo huésped (Avenduk, 2006; pág. 240; Sáez, 2006)[3].

---

[2] Se ha observado que el sistema inmune pierde su tolerancia y se cree que los antígenos inducen una respuesta Th1 en el caso de la enfermedad de Crohn y una respuesta Th2 en el caso de la colitis ulcerosa (Sáez, 2006).

[3] La Escherichia coli, en su hábitat natural, vive en los intestinos de la mayor parte de los mamíferos sanos. Si la bacteria no adquiere elementos genéticos que codifican factores

Hasta el momento se desconoce el factor que desencadena la pérdida de tolerancia del sistema inmune.

Si tenemos en cuenta que el alimento representa simbólicamente al objeto "madre-alimento", podríamos decir que en el intestino ocurre un íntimo contacto, un constante proceso de intercambio, de "encuentros y desencuentros" entre el sujeto y el objeto-alimento, o sea, que se trata allí de un íntimo contacto y de una estrecha convivencia. Si en esta convivencia predomina una situación conflictiva, más que de "encuentros" se podrá tratar de "desencuentros", o también de "encontronazos", o sea, de choques violentos, lo cual reflejaría simbólicamente un contacto y una convivencia muy conflictiva. Volveremos sobre estos temas más adelante.

Como ya dijimos, el lugar más comprometido son las últimas asas ileales. Se observa la afectación de todo el espesor de la pared (y no sólo de la mucosa como en la colitis ulcerosa), por lo que pueden producirse úlceras y fístulas (Sáez, 2006; pág. 41). La pared intestinal puede estar muy engrosada con la consiguiente reducción de la luz intestinal. Según Boerr esta enfermedad se puede presentar ya sea de forma fistulizante, o sea que el paciente tiene tendencia a padecer fístulas, o estenosante, donde el enfermo tiene tendencia a episodios de estenosis obstructiva. Una vez instalada la "modalidad", la persona que tiende a padecer fístulas no sufre de estenosis y viceversa.

A veces la serosa muestra un aspecto granular y coloración rojiza, y con frecuencia está cubierta de exudados adheridos a las vísceras vecinas e incluso en comunicación con ellas a través de trayectos fistulosos muy típicos, que en ocasiones se abren en la pared abdominal (Harrison, 1998; Farreras-Rozman, 1982; Sáez, 2006; Scacchi, 2003).

Las principales manifestaciones clínicas son fiebre, dolor abdominal cólico (el dolor se localiza sobre todo en la fosa ilíaca derecha, por lo cual a veces se confunde con apendicitis), diarrea, a menudo sin sangre, fatiga generalizada y pérdida de peso.

En cuanto a las diferencias entre la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa, que a veces son difíciles de establecer, lo más característico de la primera es la inflamación crónica que puede afectar cualquier tramo del aparato digestivo y todas las capas de la pared intestinal, mientras que en la segunda sólo afecta al colon y las capas profundas situadas bajo la submucosa suelen estar respetadas. Sin embargo, en la colitis ulcerosa grave la inflamación puede extenderse hasta la serosa. Por otro lado, en ésta última la afección es continua y el recto casi siempre está afectado, mientras que en el Crohn la enfermedad suele ser segmentaria y en la mayoría de los casos el recto está respetado. En relación a la determinación de las diferencias, según Harrison: "en un diez a veinte por ciento de los casos esta distinción resulta imposible" (Harrison, 1998;

---

virulentos, actúa como un comensal formando parte de la flora intestinal y ayudando a la absorción de nutrientes. En humanos la bacteria coloniza el tracto gastrointestinal de un neonato adhiriéndose a las mucosidades del intestino en el plazo de 48 horas después de la primera comida. Ayuda a la síntesis de la vitamina K y en algunos casos de la B12 (es.wikipedia.org/wiki/Escherichia_coli).

pág. 1855; Avenduk, pág. 239). Según las estadísticas, la enfermedad de Crohn es de siete a ocho veces menos frecuente que la colitis ulcerosa, pero se ha observado que su incidencia está aumentando (Harrison, 1998; pág. 1854).

Las complicaciones más comunes que puede presentar esta enfermedad son la obstrucción intestinal, la formación de fístulas, ulceraciones y abscesos. Además otras posibilidades son la perforación, la dilatación tóxica y el desarrollo de carcinomas.

No existe un tratamiento específico para esta patología. Se suelen administrar medicamentos antiinflamatorios tales como la sulfasalazina y los glucocorticoides o, también, en los casos más severos, medicación inmunodepresora (como la azatioprina o el metotrexato; Sáez, 2006) o realizar intervenciones quirúrgicas según la gravedad de la afectación. En los casos que no son quirúrgicos los objetivos del tratamiento consisten en controlar el proceso inflamatorio y reponer las pérdidas nutricionales.

- ¿Por qué precisamente aquí?

> *"....En nuestro caso el intestino realiza la separación característica: conduce los gases, pero no las masas espesas; por tanto, no está paralizado, conduciéndose como si supiera qué contenido transporta y cuál no"* (Weizsäcker, 1947; pág. 41).

Nos resulta llamativo que esta enfermedad afecte preferentemente las últimas asas ileales y nos preguntamos, al decir de Weizsäcker, ¿por qué precisamente ahí?

El íleon es la sección final del intestino delgado cuya función básica es la de efectuar procesos de absorción. Está situado a continuación del duodeno y del yeyuno. En los seres humanos mide aproximadamente entre dos y cuatro metros de largo y está separado del ciego por la válvula íleocecal.

La función principal del íleon es la de absorber vitamina b12[4] y sales biliares, así como algunos productos de la digestión que no fueron absorbidos por el yeyuno.

Su pared está compuesta de varias capas, cada una de las cuales tiene en su superficie muchas proyecciones minúsculas en forma de dedo conocidas como vellosidades. El ph en el íleon es generalmente de entre siete y ocho (neutro o ligeramente alcalino) (Houssay, 1988; Scacchi, 2003; Best y Taylor, 1991).

Por su parte, las células epiteliales que recubren las vellosidades tienen aún más microvellosidades. Por lo tanto, el íleon tiene un área superficial muy grande destinada a la absorción, tanto para la absorción de moléculas de enzimas como para la de productos de la digestión. Las células que recubren el íleon contienen enzimas proteasas y carbohidrasas,

[4] En este trabajo no nos ocuparemos de investigar el tema de la vitamina B12.

responsables de las etapas finales de la digestión de carbohidratos y proteínas. Estas enzimas están presentes en el citoplasma de las células epiteliales. Las vellosidades contienen numerosos capilares que llevan los aminoácidos y la glucosa producida por la digestión a la vena porta hepática y al hígado (ibíd.).

Observamos que en esta enfermedad el proceso de digestión está prácticamente concluido y se encuentran especialmente alterados los procesos donde se debe absorber lo que ya fue digerido. Como ya dijimos, la mayor dificultad radica en la absorción tanto de la vitamina b12 como de las sales biliares. En relación a estas últimas se encuentra perturbado el reciclado a través de la circulación enterohepática, tema que retomaremos más adelante (Scacchi, 2003).

Nos pareció significativo que en la porción final del íleon encontramos el mayor número de acúmulo de tejido linfoide, las placas de Peyer. Su función es reconocer y absorber antígenos y patógenos y desencadenar respuestas inmunitarias con especificidad a antígeno en la mucosa. Estas placas se desarrollan tempranamente en la vida fetal, pero se necesita después de nacido la estimulación por antígenos para activar los folículos linfoides.

Entendemos que esta estimulación ocurre a través de las primeras mamadas, dado que el calostro de todas las especies mamíferas, como veremos más adelante, ejerce una influencia importante sobre el sistema inmunitario y estimula la producción de inmunoglobulinas del propio cuerpo del bebe. Este proceso lleva el nombre de "eje entero mamario"[5].

En lo que atañe al sistema inmunitario del ser humano, resulta interesante que la vía gastrointestinal es el órgano linfoide de mayor tamaño en el cuerpo, pues contiene 70 a 80 % de todas las células productoras de inmunoglobulina. Comprende una enorme área de superficie que todos los días se encuentra con gran cantidad de nutrientes y antígenos y los procesa. El sistema inmunitario intestinal está vinculado con homólogos en otras superficies mucosas (como en el aparato respiratorio) y juntos componen lo que se ha llamado el sistema inmunitario común de las mucosas (Best y Taylor, 1991). Las inmunoglobulinas (también llamados anticuerpos) son empleadas por el sistema inmunitario para identificar y neutralizar elementos extraños tales como bacterias, virus o parásitos.

Aclaremos en este punto que el sistema inmunitario, mediante un proceso de reconocimiento, discrimina lo que llamamos propio de lo que llamamos ajeno y, a partir de allí, tolera y defiende lo propio y ataca a lo ajeno. Ataca a lo ajeno una vez que aprendió a reconocerlo como diferente, mediante el reconocimiento simultáneo de lo propio y, por otro lado, se arroga la representación simbólica de la defensa de la identidad (Chiozza y colab. 1993 [1992]).

[5] También denominado "eje entero-bronco-mamario".

Las placas de Peyer, como ya señalamos, recubren interiormente las mucosas como las del intestino y de las vías respiratorias[6]. En su mayor parte estos folículos linfoides se ubican en el íleon terminal y están formados principalmente por linfocitos B, que sintetizan inmunoglobulinas A, que a su vez realizan una función muy importante de inmunidad, opsonizando[7] agentes patógenos que atraviesan estas paredes para que estos últimos puedan ser procesados, desencadenando una respuesta inmune.

Resulta comprensible que estas placas de Peyer estén concentradas precisamente en el íleon, dado que es allí donde se realiza una parte importante de la absorción de los nutrientes, o sea, como ya dijimos, un contacto muy profundo con el objeto protector y nutricio. Ya que en él predominan estos procesos de absorción, el sujeto tendrá que estar "atento", "vigilar" y discriminar entre lo "útil" y lo "dañino" de las sustancias que irá a incorporar, o sea, qué aspectos del objeto podrá incorporar y qué aspectos deberá rechazar. Como señala Chiozza "Tanto la incorporación como la excreción exigen diferenciar entre un alimento y un tóxico" (2010, pág. 123, 125).

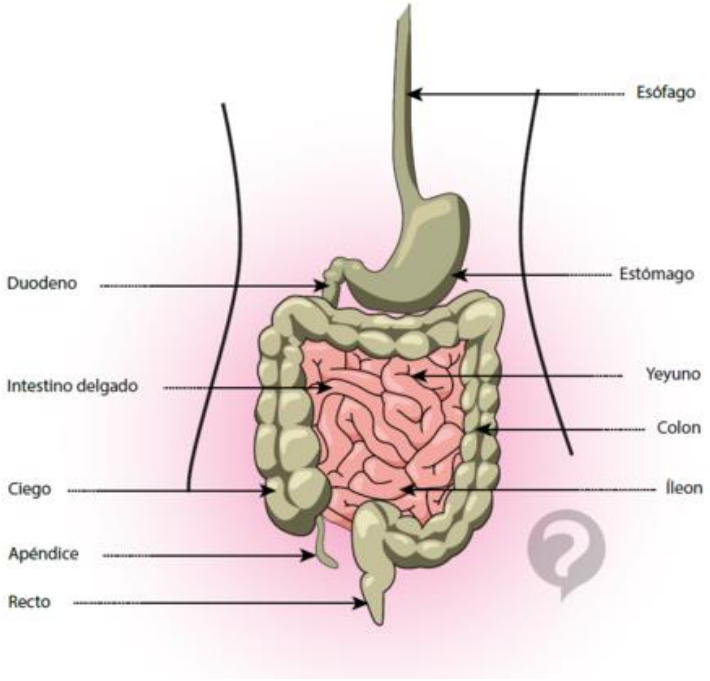
De esta manera y siguiendo estas reflexiones, cuando el íleon se enferma esta discriminación, esta "vigilancia" y "defensa", no puede realizarse adecuadamente y, desde los significados, podría ser la expresión inconsciente de un conflicto afectivo en relación a la incorporación-absorción del "objeto-madre-alimento".

En este sentido, encontramos que la palabra "defender" proviene del lat. *defendere*: "rechazar, eludir, prohibir, proteger", y *fendere*: "golpear, agredir". De este modo significa: alejar de un ataque, rechazar un ataque o disminuir el efecto de un ataque o agresión. Se relaciona con ofender, *offendere*, que es: "chocar, atacar" (agredir, ofender, golpear, herir) (Moliner, 1992).

A diferencia del enfermo celíaco, que tiene bien identificado el alimento dañino, o sea al "perseguidor", y puede "curarse" a través de una dieta específica, a estos pacientes cualquier alimento les puede "caer mal". No obstante, si bien no existe una dieta específica para aliviar los síntomas de esta enfermedad, resulta significativo que, por ejemplo, la leche entera o sus derivados (quesos, yogures, crema, manteca, etc.) son especialmente mal tolerados por prácticamente todos los enfermos.

[6] http:wikipedia.org/wiki/placas_de_peyer
[7] Opsonizar: es la agregación de anticuerpos (que genera el sistema inmunitario) a las bacterias.

En términos de significados simbólicos podríamos decir que en estos pacientes la problemática afecta a todas sus relaciones, puede tener conflicto en todos sus vínculos, y la situación es más persecutoria.



La leche materna y la vivencia de "despecho"

> *"Logramos equilibrar el deterioro de nuestros sistemas gracias a que nos alimentamos, y el hecho de que podamos sobrevivir muy poco tiempo sin alimentarnos nos da una idea de la magnitud de ese permanente deterioro"* (Chiozza, 2009; pág. 89).
>
> *"Nuestro cuerpo se compone de 1.000 billones de células animales y 100.000 billones de células bacterianas, pero más allá de lo que este número signifique, quiere decir que no sólo necesitamos a las bacterias para digerir los alimentos en nuestro intestino, sino que además 'las llevamos' dentro de nuestras propias células"* (Margulis y Sagan, 1995).

Decíamos antes que en el íleon se encuentra el mayor número de acúmulo de tejido linfoide, las placas de Peyer, que cumple una importante función en el sistema inmunitario intestinal. A esta función inmunitaria se agrega aquella que realiza la mucosa inmunológica intestinal, que comienza a desarrollarse en el intestino fetal y que representa una adaptación para el encuentro con los gérmenes presentes en el mundo que se inaugura con el nacimiento (Casali y Nagy, 2012; pág. 9).

Nos resultó interesante que el intestino fetal es estéril y la flora bacteriana se adquiere en el paso por la vagina durante el parto y a través de la leche

materna[8]. Luego por efecto de la lactancia materna se favorece un predominio de bífidobacterias[9], y en los bebés que son alimentados de otra manera se instala una flora diversa. Tras el destete se produce una flora de transición que cambia hasta la flora del adulto[10].

Como ya señalamos, se denomina flora intestinal al conjunto de bacterias que viven en el intestino, en una relación de simbiosis tanto de tipo comensal como de mutualismo. Este conjunto forma parte de la microbiota normal. La gran mayoría de estas bacterias no son dañinas para la salud y muchas son beneficiosas. Se calcula que el ser humano tiene en su interior unas dos mil especies bacterianas diferentes, de las cuales solamente cien pueden llegar a ser perjudiciales. Ayudan a la absorción de los nutrientes y forman un ecosistema complejo que se autorregula y se mantiene en equilibrio (es.wikipedia.org/wiki /flora_intestinal). Actúa también en lo que se refiere al proceso de absorción a nivel intestinal (Farreras-Rozman, 1982; pág. 117 y sig.).

Nos resultó significativo que durante la lactancia se desarrolla y se activa el tejido linfoide relacionado con las mucosas (MALT) del bebé, en el intestino, los pulmones, las glándulas mamarias, las glándulas salivales y lagrimales y las vías genitales. Este proceso se realiza a través del "eje entero-mamario" donde tienen lugar una serie de procesos en el intestino, en el tejido linfoide y en la glándula mamaria de la madre lactante, con el objeto de producir una gran cantidad de inmunoglobulina A de secreción que protegerá al bebé de la posibilidad de infecciones y de gérmenes nocivos del medio ambiente[11].

En este sentido se debe "cuidar muy bien" la alimentación de los neonatos, puesto que las primeras bacterias que se alojen en su intestino adaptarán su

---

[8] Durante el nacimiento se produce una inoculación oral a partir de la flora vaginal y gastrointestinal de la madre, de ahí la importancia que el parto sea normal (vaginal) (Casali y Nagy, 2012; pág. 9).

[9] Las bacterias son microorganismos unicelulares que son procariotas y, por lo tanto, a diferencia de las células eucariotas (de animales, plantas, hongos, etc.) no tienen el núcleo definido, ni presentan en general, orgánulos membranosos internos. Son los organismos más abundantes del planeta. Son imprescindibles en el reciclaje de los elementos y muchos pasos importantes de los ciclos biogeoquímicos dependen de ellas (es.wikipedia.org/wiki/bacteria).

[10] es.wikipedia.org/wiki/flora_intestinal

[11] www.medigraphic.com

microambiente para favorecer su supervivencia y esto podría afectar la implantación de otras bacterias esenciales en la microbiota normal humana. Estas bacterias se encargan de mostrarle a los linfocitos (específicamente los linfocitos T) cuales cepas son útiles para el cuerpo y cuáles no, lo cual les permite reconocer mejor a los antígenos invasores[12].

Desde los significados podríamos decir que la microbiota intestinal contenida en la leche materna es un representante simbólico de la madre protectora.

Para dar sólo un ejemplo de la importancia de estas bacterias, mencionamos aquí que los ácidos biliares son esteroides que pueden originarse en el hígado, a partir del colesterol (ácidos biliares primarios) o en el intestino, por acción precisamente de enzimas de los microorganismos (ácidos biliares secundarios), o sea, de las bacterias intestinales. Estos ácidos biliares secundarios son los que luego se reabsorben en el íleon mediante la circulación enterohepática, reabsorción que se encuentra perturbada, como ya señalamos, en la enfermedad de Crohn.

Por otro lado la primera leche que producen las glándulas mamarias es el calostro[13] que se segrega entre los dos y cinco días antes de que se comience a producir la leche definitiva. Está compuesto por inmunoglobulinas, agua, proteínas, grasas y carbohidratos en un líquido seroso y amarillo. Es un alimento de fundamental importancia ya que a través de él ocurre la primera inmunización del bebé[14].

Nos parece significativa la importancia que tiene este alimento, desde el punto de vista físico, para el desarrollo inmunitario del neonato. El calostro de todas las especies mamíferas contiene ingredientes inmunizantes contra las bacterias *Escherichia coli*, que pueden llegar a causar diarrea y vómito. Además ejerce una influencia importante sobre el sistema inmunitario y estimula la producción de inmunoglobulinas del propio cuerpo del bebe (ibíd).

Considerando esta situación desde el punto de vista anímico, sabemos que para el recién nacido la leche, que fluye del pecho para amamantar[15] al bebé, es el sustituto del alimento que fluye del cordón umbilical durante la vida intrauterina[16]. De este modo representa el primer contacto íntimo, "el

---

[12] Se descubrió que las bacterias comensales "educan" a nuestro sistema inmune. Esta "educación" consiste en que incitan a los linfocitos B, que son células defensivas de nuestro organismo, a producir un tipo de molécula defensiva llamada inmunoglobulina A (IgA). La producción de IgA provoca una leve inflamación en la zona de la mucosa intestinal, la cual impide que las bacterias patógenas la atraviesen. Además esta leve inflamación evita el daño tisular y que acudan otras defensas a la zona (monocitos, granulocitos...) (www.microgaia.net/ 2010/10/comensales-intestinales).

[13] En el lenguaje popular es denominado "oro líquido".

[14] es.wikipedia.org/wiki/calostro

[15] En alemán la palabra "nähren" es tanto "amamantar" como "alimentar" y etimológicamente significa "salvar, rescatar, mantener con vida" (Duden, 1963). La palabra "nutrir" deriva de "nodriza" (Corominas, 1873). En alemán hay un dicho: "el amor pasa por el estómago" y en español se suele decir: "panza llena corazón contento".

[16] La expresión "tener leche" significa "ser muy afortunado" y "tener mala leche" es "tener mala intención y mal humor, quien tiende a hacer daño por el gusto de hacerlo" y "tener buena leche"

reencuentro entrañable", con la madre después del trauma del nacimiento y tiene una importancia crucial.

Refiriéndose a estas primerísimas vivencias en el contacto con la madre, Chiozza (1963-1970, pág. 49) escribe que "para el recién nacido la succión y el contacto del pecho con su boca y de la leche con su estómago son tan vitalmente esenciales que todo su psiquismo se organiza alrededor de esas fantasías oral-digestivas, íntimamente asociadas a las funciones corporales bucales y gástricas"[17].

Nos parece posible pensar que lo que desde un punto de vista físico representa una lactancia gratificante, junto con las bacterias que se van alojando en el intestino del neonato, conformando de mejor o peor manera la flora intestinal, desde un punto de vista psíquico podría comprenderse como la expresión de un contacto y suministro afectivo placentero y satisfactorio con la madre-pecho nutriente y protectora. En otras palabras: una microbiota "deficiente" podría considerarse como la expresión simbólica de un contacto vivido como insuficiente y "deficiente", o sea, como una situación vivida como abandono y despecho.

Otra hipótesis reciente considera la posibilidad de que las personas que padecen esta enfermedad alberguen en el íleon un número incrementado de bacterias Escherichia Coli de una variedad novedosa, que los científicos han denominado como "pegajosa", y presentan un número relativamente menor de bacterias beneficiosas. Esta variante nueva posee la capacidad de penetrar las paredes del intestino sirviéndose de las células-M, que actúan como "vigilantes" del sistema linfático, impidiendo o permitiendo el paso de otros microorganismos y de esta manera provoca una inflamación crónica en esa parte del intestino (Ibíd).

Partiendo de estas ideas, tal vez no sería demasiado aventurado pensar que la flora intestinal, si bien pareciera tener una existencia independiente del organismo en el cual habita, de algún modo forma parte del mismo, o sea, del sujeto. En este sentido, una "mala relación" con o un ataque a esta flora podría comprenderse también como una autoagresión[18].

Pensamos que un trastorno en la íntima convivencia con las bacterias expresa simbólicamente un trastorno en la convivencia general de estos sujetos. Podríamos decir que se trata, por un lado de una defensa exagerada y, por el

---

es "haber recibido buena crianza, ser de buena familia, tener principios" (www.origenlenguaje.blogspot.com).

[17] Refiriéndonos a estas vivencias recordamos dichos populares tales como cuando decimos que "sentimos algo hasta en las entrañas" o "en las tripas".

[18] En cuanto a la relación con las bacterias, Chiozza y colab. (2001a) destacan que Weizsaecker (citado por Booth, 1948) interpretó las infecciones como la regresión a un vínculo con un objeto de la filogenia. Sostienen que es dable pensar que por medio de la unión con el microorganismo se busca una satisfacción regresiva, sustituyendo, con el germen, al objeto que se siente perdido. Booth sugiere que "la infección se localiza en el sistema que en ese momento se ubica en el centro de las relaciones de objeto del individuo".

otro lado, de una defensa deficiente; en ambos casos un contacto conflictivo en el encuentro y un procedimiento de "protección y vigilancia" inadecuado.

Prosigue describiendo Chiozza que "la actividad de mamar configura un concierto polifacético vinculado a las experiencias de satisfacción con aquellas vinculadas a las experiencias dolorosas" (1972, pág. 167).

Nos parece posible pensar que en aquellos momentos de la vida en que la persona se encuentra con una importante frustración en relación a un objeto que en su fantasía cumplía con funciones de suministro, nutrición y protección, podría reactivarse estas primeras frustraciones posnatales y, como ya dijimos, una intensa y dolorosa sensación de abandono y de despecho.

Encontramos que la palabra "despecho", expresión que en el lenguaje popular queda vinculada al destete, es una "cólera especial", "una furia amarga teñida de desesperación". "Se trata de una irritación violenta que busca la revancha y que se relaciona con la envidia: se define como 'pesar de que otro sea preferido, le aventaje a uno'" (Marina-Penas, 1999; pág. 177)[19].

Para Moliner (1994) se trata de un "Enfado violento por algún desprecio o desengaño sufrido que predispone a tomar la revancha o a hacer algo irrazonable; Disgusto muy fuerte", también: "Malquerencia nacida en el ánimo por desengaños sufridos". Proviene del latín 'despectus', de 'despreciar' propte. "mirar desde arriba" (Corominas, 1973).

En idioma alemán "despecho" se traduce por "*Erbitterung"*, palabra formada por el prefijo "*er*" y "*bitter*", donde esta última significa "amargo", o sea que contiene una alusión a la amargura. Otra acepción es: "*Groll*", que significa "enojo sofocado" (Duden, 1963), lo cual hace pensar en un "entripado", es decir, "un encono o un rencor que no cede y que se ha vuelto crónico" (Casali 2009 pág. 23); en un enojo que se experimenta pero no se demuestra (DRAE, 1992).

Por su parte Chiozza refiere que "la sensación de despecho encuentra una expresión adecuada a través del sonido 'tih' que denota fastidio y contrariedad y que se produce originalmente cuando se extrae bruscamente de la boca el pezón" (Chiozza, 2008, pág. 44). Como vemos, estos significados aluden básicamente a vivencias de abandono y de exclusión, o sea de cólera por el desamor.

Como señalamos en párrafos anteriores, las placas de Peyer recubren interiormente las mucosas como las del intestino y de las vías respiratorias y forman lo que se ha llamado el sistema inmunitario común de las mucosas.

[19] Adamo y Grus (2011) se refieren a este sentimiento de despecho en relación a las aftas bucales y sostienen que podría vincularse a una frustración vivida como "la pérdida del vínculo con un objeto que satisfacía el deseo de una 'persistente succión'" (pág. 17). Resulta interesante que en la EC muchas veces aparecen aftas bucales

Recordemos que en su mayor parte estos folículos linfoides se ubican en el íleon terminal.

En relación a estas dos importantes vías de "ingreso" al organismo, podríamos decir que dos funciones posnatales muy importantes, que se activan en el niño al nacer, son la respiración y la alimentación. En este sentido la primera respiración representa simbólicamente la separación e independencia biológica de la madre, mientras que la primera mamada representaría la re-unión, el re-encuentro, con ella luego del corte del suministro que provenía del cordón umbilical.

Racker, citado por Chiozza y colab. (1991 [1990]), dice que el nacimiento marca el momento en el cual se rompe la identidad entre sujeto y objeto y que desde entonces el objeto y lo malo quedarán equiparados. Pensamos que, así como sucede en el paciente con patología respiratoria, también en el enfermo intestinal encontramos, por ejemplo, el peligro de ser absorbido (amado, comido, matado) por la madre Moloc y que ante ese peligro se tiene que defender. También allí surge el conflicto, una lucha, entre incorporar (amar, comer, tener dentro, estar unido, salvarse de la muerte) y no incorporar (evitar lo malo, la muerte y también morir por falta de seno) en este caso a la "madre-alimento"; entre retenerla y expulsarla, incorporarla o eliminarla (Chiozza y colab. 1991[1990], pág. 213). En un caso el objeto conflictivo quedaría representado por el aire que se respira y en el otro por el alimento que nutre.

Casali y Nagy (2009, pág. 19) sostienen que "… a la manera de lo que le sucede al asmático, a quien el llanto se le ha 'metido' en los pulmones, al colítico, las frustraciones en el primer contacto 'piel a piel' se le han hecho más profundas, y se expresan como dificultades en el contacto del alimento con la pared intestinal…".

En relación a estas ideas pensamos que las personas que sufren esta enfermedad se sienten "crónicamente despechadas". Por otro lado, experimentan una extrema dependencia respecto de un objeto que, en la vivencia del sujeto, amenaza continuamente con el abandono y que, al mismo tiempo, debe satisfacer una necesidad que, sin ser tan perentoria como la respiración, también es perentoria y donde la dependencia está vinculada a la madre abastecedora, protectora y nutricia. Paradójicamente se instala así un círculo vicioso cuando, víctima de este malentendido y sus sentimientos de ambivalencia y desconfianza paranoica y sus actitudes demandantes, su convivencia con los seres más queridos se complica.

La absorción y la incorporación

> *"Podemos pensar que la parte 'de adentro' de nuestro self, que configura lo que solemos llamar nuestra vida interior, tiene un 'más adentro' que constituye nuestra intimidad, ya que intimidad es, en su origen latino, un superlativo de interioridad"* (Chiozza, 2005; pág. 273).

Casali y Nagy destacan (2005, pág 12) que el intestino es un órgano privilegiado para representar contenidos relacionados con aquellos vínculos que toman la forma de lo entrañable y visceral. Señalan también que, si bien el término "absorción" es usado en general para designar procesos físicos muy variados[20], la función del intestino se arroga la representación de los procesos de absorción (2012, pág. 14).

La absorción se lleva a cabo a través de las células presentes en el tubo digestivo, principalmente en el intestino delgado. Estas células tienen multitud de pliegues para que la superficie de absorción sea la mayor posible. La capacidad total de absorción del intestino delgado es enorme: hasta varios kg de carbohidratos, 500- 1000 gr. de grasa, y 20 o más litros de agua al día. Los nutrientes una vez absorbidos pasan a la sangre, desde donde son distribuidos hacia los distintos órganos (Harrison, 1998).

Las autoras escriben que los trastornos de las funciones intestinales expresan un conflicto particular en relación con un objeto fundamental, la madre (una imago que puede ser transferida sobre otros objetos), simbolizado por una particular relación dificultosa con el alimento, que se expresa como alteración de la motilidad y la sensibilidad intestinal.

Vinculan la función del intestino delgado con los vínculos simbióticos y "absorbentes"; con las fantasías de absorber o ser absorbido; con situaciones tales como: sacar el jugo, chupar, extraer el contenido rico, útil de algo o alguien, secar o desecar (2012).

En relación a estas ideas Chiozza escribe que "el feto se alimenta y extrae oxígeno de la sangre materna. Las fantasías de succión oral primarias tendrían así un antecedente 'remoto' en las vellosidades coriales o 'interno' en las vellosidades intestinales. Lo específico de estas fantasías sería la absorción, o acto de sorber, proceso que podemos considerar más regresivo, derivado de una diferencia de presión 'continua' como ocurre con la ósmosis" (1970, pág. 136/137).

El autor describe una madre "vampiro, chupasangre, viscosa y absorbente, que digiere y asimila, amenazando con destruir completamente al sujeto, que compromete fantasías embrionario-fetales y se vincula con las fantasías de 'absorber' y de 'ser absorbido'" (ídem, pág. 154). Destaca también el carácter repugnante y pegajoso de esta imago invasora y absorbente, denominada

[20] Por ejemplo, en los animales las principales vías de absorción son el intestino y los pulmones y también otros órganos como por ejemplo la piel, el riñón, etc.

también "madre Moloc" o "madre araña" y agrega que ella contiene la proyección de la propia actividad yoica en un nivel embrionario-fetal.

Las autoras señalan que una persona puede sentirse "chupada" por algo o alguien que siente que lo consume, lo agota y lo deja debilitado –fantasía que puede ocultar y expresar, por ejemplo, a través de trastornos intestinales con diarreas crónicas–, una vivencia que a su vez suele encubrir los propios deseos de "sacar" o "sorber" de otro, de "ser nutrido" de un modo regresivo (Casali y Nagy, 2012).

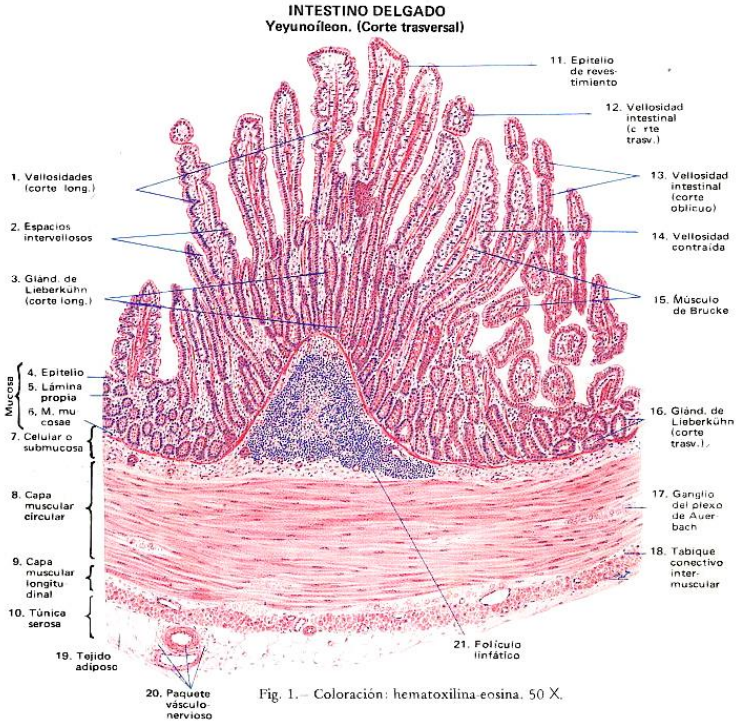


Fig. 1. – Coloración: hematoxilina-eosina. 50 X.

La palabra "absorber" significa entre otras cosas: "Coger y retener un cuerpo en su masa a otro en estado líquido o gaseoso; recoger y retener una cosa en sus intersticios" (Moliner, 1994). El término "absorción", derivado de *sorbere¸* es usado para designar procesos físicos muy variados en los que una sustancia asimila, penetra, sorbe a otra o adquiere energía de ésta en alguna forma. Su opuesto es "rechazar" y "repeler", o sea: "Ser impermeable a algo o alguien o que eso que de modo saludable o neurótico se siente como peligroso o dañino penetre en la intimidad, como puede expresarse, por ejemplo, en las alergias alimenticias o en algunas enfermedades de mala absorción" (Casali y Nagy, 2012, pág. 17).

En este sentido podemos pensar que, mientras el alimento digerido se encuentra en la luz del intestino todavía se encuentra, por así decir, "afuera" del individuo. Como señala Chiozza, "Todo lo que contiene nuestro tubo digestivo no ha ingresado todavía, en rigor de verdad, en nuestro organismo" (2009, pág. 90). A través de la absorción intestinal se introduce, penetra, definitivamente "dentro" de la intimidad del sujeto y en este sentido será necesario discriminar muy bien entre lo útil y lo dañino para la incorporación.

Dado que la absorción está muy vinculada a la incorporación y a la asimilación, nos pareció importante retomar lo que señala Chiozza, citando a Freud, cuando

escribe que la ingestión es una "modalidad de amor" y también una asimilación-identificación, un acto de nutrición para el yo y que la incorporación y la introyección son inseparables. El autor, citando a Paula Heimann refiere: "Mediante esta asimilación el sujeto adquiere y absorbe aquellas cualidades de los padres que mejor se advienen a su yo". También señala que la función del hígado se arroga la representación del proceso de asimilación en su totalidad (1970, pág. 134).

En este sentido adquirimos nuestra identidad a través de un proceso que se sustenta en el mecanismo de "identificación", operación en virtud de la cual hacemos propias cualidades de otro tomado como modelo. Una identidad bien lograda será aquella en la que haya una semejanza suficiente entre lo concretado y el modelo referente, y en la que se alcance una adecuada congruencia en la ensambladura de las diferentes cualidades (Chiozza y colab., 1996 [1995]).

Por otro lado, una identificación-asimilación saludable implica no sólo la introyección, sino la disociación o destrucción del objeto para que el yo pueda "acoger en sí todo lo bueno" y "echar de sí todo lo malo", o sea, una adecuada disociación eidético-material. Chiozza agrega que se trata de un proceso denominado "hepatobiliar" que se manifiesta a través de un conjunto de fantasías que constituyen el sustrato de lo que conocemos como envidia. Es un mecanismo de destrucción previa a la incorporación que encuentra su justificación en el deseo de asimilar los ideales que se teme incorporar intactos. Añade el autor que la amargura y la melancolía aparecen como el resultado de un ataque envidioso que fracasa en sus fines.

En otro pasaje el autor señala que ya para el recién nacido el vehículo más efectivo para la proyección del instinto de muerte lo constituye el acto de comer y que la incorporación adquiere el significado de una defensa frente a los instintos de muerte.

Podemos decir entonces que, si el vínculo con el objeto es vivido como muy frustrante, en la fantasía del sujeto adquiere cualidades demasiado idealizadas y peligrosas. De este modo puede ocurrir que ingrese en un proceso defensivo fallido y en una confusión en cuanto a lo que debe "acoger en sí" y lo que debe "echar de sí".

Pensamos que estos enfermos ante cualquier frustración se sienten atacados y perjudicados, lo cual despierta inmediatamente su enojo que, al mismo tiempo, encubre el miedo. De este modo se encuentran en un "callejón sin salida" dado que, por un lado, se sienten enormemente carentes y necesitados y, por otro lado, como ya señalamos, extremadamente desconfiados, hipersensibles y propensos a vivir las vicisitudes del encuentro con el objeto como situaciones de despecho, o sea, de desamor.

Últimamente Chiozza[21] ha señalado que ni el enojo ni el odio son índices de una falta de amor. Agregó que la intensidad de la situación conflictiva se genera a partir de la vivencia de "amor contrariado" que acompaña a estos sentimientos. Comentó que en el enojo el sujeto niega la impotencia y luego se siente culpable y esta culpa es atribuida al otro de modo proyectivo y paranoico. Nos parece posible pensar que en el caso de la patología que estamos considerando el "amor contrariado" podría sentirse como una vivencia de despecho. Creemos también que es posible pensar que estos sujetos hayan erotizado la descarga del enojo, o sea que, encubriendo su insuficiencia, gozan cuando pelean.

De esto modo, si el proceso de absorción está perturbado, también se afectarán los procesos de incorporación, identificación y asimilación, tema que retomaremos más adelante.

Dado que esta enfermedad afecta al íleon, o sea a un sector del intestino delgado que está especialmente vinculado a la absorción y cumple importantes funciones relacionadas con el sistema inmune, nos parece posible pensar que, como dijimos, la enfermedad simboliza un trastorno en la posibilidad de diferenciar entre un alimento y un tóxico, o sea, de reconocer si un objeto es dañino y peligroso o no para la incorporación. Podríamos decir que se trata de sujetos que sienten que tienen que atacar cuando en realidad esto no es necesario y no se saben defender cuando sí es necesario.

Como referimos en el primer apartado, se supone que la patogénesis de esta enfermedad está asociada a un mecanismo inmunológico, no como causa inicial, sino que éste mantiene y prolonga o eterniza la afección y por ello se la puede considerar una enfermedad por autoinmunidad o autoagresión[22] (Cossio, pág 854).

Recordemos que, como ya dijimos, el sistema inmunitario, mediante un proceso de reconocimiento, discrimina lo que llamamos propio de lo que llamamos ajeno y, a partir de allí, tolera y defiende lo propio y ataca a lo ajeno (Chiozza y colab., 1993 [1992]). Los autores añaden que el sistema inmunitario se arroga la representación simbólica de la defensa de la identidad.

Siguiendo estas ideas y en cuanto al compromiso del sistema inmune implicado en esta patología, pensamos que, si bien los textos señalan que podría tratarse

---

[21] Nos hacemos responsables de la interpretación de este comentario.

[22] La medicina sostiene que se podría tratar de un fenómeno autoinmunitario y toma como índice las manifestaciones extraintestinales que pueden acompañar a esta enfermedad (por ej., artritis y pericolangitis) y también el hecho de que los agentes terapéuticos como los glucocorticoides o la azatioprina ejercen efectos a través de mecanismos de inmunosupresión. Estos pacientes tienen anticuerpos humorales frente a las células del colon, a antígenos bacterianos, a lipopolisacáridos y a proteínas extrañas como la de la leche de vaca. No obstante, también señalan que la presencia y el título de estos anticuerpos no guardan proporción con la actividad de la enfermedad. Consideran que es probable que los antígenos implicados alcancen a las células inmunocompetentes de forma secundaria a la a lesión epitelial (Harrison, 1998; pág 1854)

de un trastorno autoinmunitario (por el momento ninguno de los hallazgos inmunológicos ha sido específico) (Harrison, 1998; pág. 1854), creemos que tal vez también podría quedar relacionado con las reacciones de hipersensibilidad alérgica, dado que existe la mencionada reacción desmedida contra la flora intestinal normal.

Tal vez podamos aventurar la hipótesis de que este trastorno comienza con una reacción de hipersensibilidad, una reacción desmedida, por así decir "alérgica" y luego se convierte en una autoagresión.

Desde los significados, esta situación se comprendería, por un lado, como la expresión de una reacción fóbica, o sea, "somatizaciones del miedo y el odio contenidos en el asco" (Chiozza 1970, pág. 164) que se relacionaría con una, "sensación de miedo y desconfianza por la ambivalencia y la culpa contenida en la introyección" (1963-1970, pág. 37). Recordemos que cualquier alimento les puede "caer mal".

Por otro lado, dado que en la enfermedad autoinmunitaria los propios tejidos del individuo resultan "nocivos", "se odia lo propio" y se pierde la discriminación entre lo propio y lo ajeno, el sujeto reacciona defensivamente autoagrediéndose y destruyéndose (Chiozza y colab., 1993 [1992]). El conflicto se expresa en la vida cotidiana a través de un choque de estilos en la convivencia con un objeto al que no se puede tolerar y tampoco abandonar, porque en lo inconsciente representa una parte de sí mismo. En otras palabras: el contacto con ese objeto es tan intolerable como inevitable.

-Las sales biliares

> *"Los seres humanos necesitamos, como la mayoría de los integrantes del reino animal, destruir otras formas de vida para alimentarnos"* (Chiozza, 2009, pág. 94).

Como referimos en páginas anteriores, cuando el íleon se inflama las sales biliares no son adecuadamente reabsorbidas para ser recicladas en la circulación enterohepática, pasan al colon y lo irritan ocasionando diarrea (Avunduk, 2006; pág. 241; Sáez, 2006)[23]. A su vez el hígado debe compensar esta pérdida generando una cantidad mayor de bilis[24] que en los casos normales (Harrison, 1998; Best y Taylor, 1991).

[23] Funciona "a la manera de un laxante" y muchos laxantes están hechos sobre la base de sales biliares. En estos casos, si al enfermo se le administra una sustancia que es una resina de colestiramina y que absorbe, "secuestra", las sales biliares, la diarrea mejora considerablemente.

[24] Los principales componentes orgánicos de la bilis son los ácidos biliares. Al ph fisiológico de la bilis los ácidos biliares se ionizan y se acompañan de *cationes*, por lo cual es más apropiado considerarlos como *sales biliares*. Las sales biliares son la forma en que el cuerpo guarda los

Las sales biliares son ácidos biliares mezclados con un catión, por lo general sodio, aunque a veces es potasio. Son ácidos esteroides que se encuentran principalmente en la bilis. Se conjugan con aminoácidos glicina y taurina formando sales biliares. En los seres humanos las sales de ácido taurocólico y ácido glicocólico representan aproximadamente el 80 % de todas las sales biliares (Houssay, 1998; Scacchi, 2003). Estos ácidos pueden originarse en el hígado a partir del colesterol (ácidos biliares primarios) o en el intestino, por acción de enzimas de los microorganismos (ácidos biliares secundarios), o sea, como dijimos, de las bacterias intestinales.

Tras una comida, el contenido de la vesícula biliar se secreta en el duodeno donde las sales biliares sirven para emulsionar las grasas ingeridas. Sus funciones son, además, la eliminación del colesterol del cuerpo, eliminación de catabolitos del hígado, emulsión de los lípidos y emulsión de vitaminas liposolubles (Houssay, 1998; Scacchi, 2003). Otra función es la modificación del crecimiento y comportamiento de microorganismos intestinales y la inhibición de la resorción excesiva de agua en el colon (Houssay, 1998; pág III-59).

En el intestino los ácidos biliares pueden ser desconjugados, dando origen a los ácidos biliares secundarios por la acción de enzimas bacterianas de la flora anaerobia. A nivel del íleon terminal los ácidos biliares pueden ser absorbidos por un mecanismo de trasporte activo. Existe también un mecanismo de absorción pasiva por difusión no iónica, a nivel del intestino delgado y también del ciego y el colon. Una fracción se pierde por las heces. Alrededor del 95 % son reabsorbidas por el transporte activo en el íleon y son recicladas[25] (Houssay, 1998; pág. III-59).

La integridad del circuito enterohepático impide que su efecto detergente se ejerza en otros sitios donde podría ser nocivo, para lo cual son esenciales los potentes sistemas de extracción localizados en el íleon (evitan que las sales biliares se viertan al colon) y en el hígado (impiden que pasen a la circulación sistémica) (Farreras-Rossman, 1982; pág. 219).

Nos preguntamos cuál puede ser la razón que motiva, desde el punto de vista de los significados inconscientes, la dificultad de reabsorber las sales biliares secretadas al intestino.

Sabemos que la secreción biliar, que representa el afecto y la acción de envidiar, se arroga la representación completa del proceso digestivo. Además los procesos "físicos" de digestión y asimilación se corresponden con lo que en términos "anímicos" llamamos proceso de identificación con el modelo ideal. La primera parte de este proceso ocurre en la luz intestinal con la "digestión" o "destrucción" del objeto (Chiozza, 1970).

La envidia es considerada también un "deseo honesto", un intento de "digerir biliarmente" algo que se teme incorporar (desmenuzarlo "a distancia"), privando así al objeto de peligrosidad, para luego incorporarlo. Implica el deseo y la necesidad de incorporación. Como ya dijimos, si esta actividad agresiva de la envidia fracasa, el sujeto vivencia la envidia coartada en su fin como intoxicación

---

ácidos biliares en la vesícula biliar y son secretados luego al intestino. Fundamentalmente las sales biliares emulsionan las grasas, principalmente triglicéridos de cadena larga, permitiendo la acción de la lipasa pancreática (Houssay, 1988).

[25] Suelen producir seis o más ciclos de esa naturaleza en 24 horas.

y amargura. Ambos quedan vinculados a la imago de un objeto idealizado, persecutorio y dañino, un objeto necesitado, temido y odiado (ibíd).

Chiozza también señala que la envidia "puede conducir a un nuevo abandono o a una ruptura del equilibrio simbiótico, cerrando de esta manera un círculo vicioso cuando el objeto envidiado se transforma en taliónico, pero también puede, si opera con cierta eficacia, destruir aquellos elementos del objeto que impiden una buena introyección" (ibíd. pág. 31). Entendemos que aquel círculo vicioso se instala cuando las fantasías envidiosas y destructivas hacia el objeto (frustrante y a la vez idealizado) son demasiado intensas.

Por otro lado, como señalan G. Chiozza y H. Corniglio en un extenso y meduloso trabajo sobre "El estómago, el ácido y la agresión", se puede pensar en una fantasía general digestiva "en donde el ácido es su representante privilegiado" (1996, pág. 34). Los autores destacan el estrecho vínculo entre el ácido y la agresión y afirman que es el instrumento del catabolismo, o sea de Tánatos, y que aparece "siempre mezclado en proporciones variables con Eros, formando aquello que se describe como la agresión implícita en la vida" (íbid, pág. 34).

En la enfermedad que estamos estudiando la vesícula cumple con su función y el proceso digestivo se inicia (la vesícula no está enferma), pero luego del "encuentro" con el alimento ya bastante digerido, una parte de las sales biliares no es reabsorbida y genera diarrea.

Podría pensarse que, en la medida en que estas sales entran en un íntimo contacto con el alimento, representante simbólico del objeto vivido como muy necesitado pero también muy peligroso, y en la medida en que tienen la función de desmenuzar, descomponer, destruir o atacar, en parte a este objeto para luego poder incorporarlo, si el aspecto destructivo es demasiado intenso, este proceso puede quedar interferido. De este modo no se logra privarlo de su peligrosidad, sino que, por el contrario, su peligrosidad aumenta y la situación se torna muy persecutoria. La diarrea ocasionada por las sales que no se reabsorben y pasan al colon irritándolo, representaría simbólicamente el miedo asociado a esta situación persecutoria.

Como señaló Gustavo Chiozza[26] podríamos decir que las sales biliares representan simbólicamente al agente de la agresión. En estos enfermos pareciera que el ataque biliar saludable, ácido y agresivo, intentara continuar más allá de lo necesario y de este modo se dañan a sí mismos. Las sales se expulsaron para agredir pero luego no se las puede reabsorber porque están muy cargadas de odio y de hostilidad. Agrega el autor que de este modo se genera la diarrea, representante simbólico del miedo, que también impide que se absorban otras sustancias. Dicho en otras palabras: "hice una digestión

[26] Comentario realizado durante nuestra presentación anterior, nos hacemos responsables de la interpretación de sus palabras.

demasiado agresiva y ahora no me animo a absorber lo que digerí porque está tan cargado de odio que lo largo rápido, sin haberlo reabsorbido, en una diarrea".

Por su parte Luis Chiozza[27] consideró que se trata de una actividad digestiva caracterizada por el miedo y el odio. Es como si el sujeto, víctima de un "error paranoico", intentara, como ya señalamos, continuar el ataque digestivo más allá del límite que es saludable y de esta manera se daña a sí mismo. En este sentido, como ya dijimos, se trata de sujetos que se pelean con las personas que más aman y no se defienden de aquellas que realmente les hacen daño. Dicho en otras palabras: tienen una tendencia de estar en una actitud querellante, pero cuando se tienen que pelear en serio suelen "achicarse" y tener miedo.

En relación a la diarrea típica de esta enfermedad queremos mencionar que existen diferentes tipos de diarreas y que ésta se debe, como dijimos, a la imposibilidad de reabsorber las sales biliares que pasan al colon y lo irritan, o sea que están comprometidas fantasías de irritación. El paciente relata que los despeños diarreicos suceden por lo general después de ingerir la comida y muchas veces manifiesta tener "miedo a comer".

En un trabajo sobre el colon irritable Casali y Nagy (2009, pág. 23) expresan que "irritable" está vinculado etimológicamente con "ira", "irritarse" alude a la inclinación a enojarse u ofenderse por pequeñas causas. Las luchas o peleas "intestinas" parecen entrañar "un tipo particular de odio visceral que el paciente mantiene oculto, posiblemente por temor al abandono al que quedaría expuesto si sale a la luz. Se trataría de un 'entripado', un encono o un rencor que no cede y que se ha vuelto crónico" (pág. 23).

En relación a las fantasías destructivas, nos resultó interesante que, según Chiozza y colab. (1993f [1992]), la palabra "cólera" se utiliza para designar tanto al enojo como a la bilis. Los autores señalan que, "si tenemos en cuenta que el envidiar puede ser considerado como un proceso equivalente al 'ataque biliar, digestivo' sobre un objeto con el fin de incorporarlo, un ataque en cierto modo semejante a la acción que realiza el veneno de los ofidios y los arácnidos sobre su presa (pág. 72) parece posible pensar que la cólera integre, en su particular figura, un componente hepatobiliar, que se adjudica la representación de una de las formas del ataque eficaz: la destrucción digestiva".

Continuando con estas reflexiones recordemos que en otro trabajo Chiozza y colab. (1993 [1992] pág. 186) señalan la semejanza que presentan los signos físicos en el miedo y en la cólera, subrayando que ambos derivan de la misma tendencia básica odio-rechazo-antipatía. Agregan que estos signos corresponden a las acciones que fueron necesarias en la filogenia para hacer frente a los peligros.

Retomamos ahora la vinculación que establecimos en párrafos anteriores entre la sensación de "despecho", que queda vinculada al destete y a una "cólera especial", a una furia amarga. Pensamos que, tal vez, la dificultad de reabsorber

[27] Comentario realizado durante nuestra presentación anterior, nos hacemos responsables de la interpretación de su comentario.

las sales biliares expresa y encubre simbólicamente, como ya señalamos, una situación inconsciente y compleja en relación al "objeto madre-alimento" compuesta por sentimientos de miedo, una sensación de despecho y cólera, que no se pueden descargar y que son producto de una profunda frustración en los deseos de ser nutrido y protegido.

Estas vivencias también incluyen a los celos, o sea, a la dolorosa sensación de abandono y exclusión, de "no existir". Recordemos lo que plantea Chiozza cuando dice que "los celos son ese paréntesis, un instante en el que creo que (para alguien que me importa y me define yoicamente) dejo de existir. Un instante que me enfrenta con el sentimiento terrorífico de que necesito al otro para ser yo mismo, y que sin él tal vez ya nunca podré volver a ser" (1995 [1983], pág. 254).

SINTESIS

- El íleon es la sección final del intestino delgado cuya función básica es la de efectuar procesos de absorción. Su función principal es la de absorber vitamina b12 y sales biliares, así como algunos productos de la digestión que no fueron absorbidos por el yeyuno.

-La inflamación del íleon dificulta la reabsorción de las sales biliares y su reciclado a través de la circulación enterohepática. Las sales pasan al colon y generan diarrea.

-Una hipótesis muy aceptada considera que se trata de una enfermedad que compromete al sistema inmune, dado que existe una respuesta inmune exagerada e inapropiada contra alguno de los constituyentes de la flora intestinal normal, a partir de la cual se genera la inflamación y el daño en la mucosa intestinal, o sea, una autoagresión.

-En el íleon encontramos el mayor número de acúmulo de tejido linfoide, las placas de Peyer. Su función es reconocer y absorber antígenos y patógenos y desencadenar respuestas inmunitarias con especificidad a antígeno en la mucosa. Estas placas se desarrollan tempranamente en la vida fetal, pero se necesita después de nacido la estimulación por antígenos para activar los folículos linfoides, lo cual ocurre a través de las primeras mamadas.

-El intestino fetal es estéril y la flora bacteriana se adquiere en el paso por la vagina durante el parto y a través de la lactancia materna. Estas bacterias, que también cumplen una función de protección inmunológica, se encargan de mostrarle a los linfocitos cuales cepas son útiles para el cuerpo y cuáles no, lo cual les permite reconocer mejor a los antígenos invasores.

-En el íleon se realiza una parte importante de la absorción de los nutrientes, o sea, un contacto muy profundo con el objeto nutricio. Cuando se enferma no puede efectuar adecuadamente la discriminación entre lo "útil" para absorber y lo "dañino" para rechazar. Esta situación podría ser la expresión inconsciente de un conflicto afectivo en relación a la incorporación-absorción del "objeto-madre-alimento".

-La microbiota contenida en la leche materna podría entenderse como un representante simbólico de la madre protectora. Una "mala relación" con las bacterias o una microbiota "deficiente" podría representar la expresión simbólica de un contacto vivido como insuficiente, o sea, como una situación vivida como desamor, abandono y despecho.

-Encontramos una relación entre la bilis, la cólera, el miedo y el sentimiento de despecho, que es, entre otros significados, una furia amarga teñida de desesperación.

-Un trastorno en la íntima convivencia con las bacterias podría expresar simbólicamente un trastorno en la convivencia general de estos sujetos. Se

trataría, por un lado de una defensa exagerada y, por el otro lado, de una defensa deficiente; en ambos casos un contacto conflictivo en el encuentro y un procedimiento de "protección y vigilancia" inadecuado. En otras palabras: podría simbolizar un trastorno en la posibilidad de reconocer si un objeto es dañino y peligroso o no para la incorporación.

-Podríamos decir que se trata de sujetos que sienten que tienen que atacar cuando en realidad esto no es necesario y no se saben defender cuando sí es necesario.

-Pareciera que en estos enfermos el ataque biliar saludable, ácido y agresivo, relacionado con la digestión del alimento, intentara continuar más allá de lo necesario y de este modo se dañan a sí mismos. Se trata de una actividad digestiva caracterizada por el miedo y el odio, o sea, de una digestión demasiado agresiva que impide absorber lo que se digirió.

-Nos parece posible pensar que en aquellos momentos de la vida en que la persona se encuentra con una importante frustración en relación a un objeto que en su fantasía cumplía con funciones de suministro, nutrición y protección, podrían reactivarse primeras frustraciones posnatales con el objeto-madre-alimento y una intensa y dolorosa sensación de abandono y de despecho.

-La sensación de despecho también queda vinculada al destete y a una cólera especial. Tal vez, la inflamación y la dificultad de reabsorber las sales biliares expresa y encubre simbólicamente una situación inconsciente y compleja en relación al "objeto madre-alimento", compuesta por sentimientos de miedo, una sensación de despecho y cólera, que no se pueden descargar y que son producto de una profunda frustración en los deseos de ser nutrido y protegido. Estas vivencias también incluyen a los celos, o sea, a la dolorosa sensación de abandono y exclusión, de "no existir".

*****

BIBLIOGRAFÍA

AVUNDUK, Canan (2006) Gastroenterología, Marbán Libros, Madrid, España, 2006

BEST Y TAYLOR (1991) Bases Fisiológicas de la Práctica Médica. Editorial Panamericana, Buenos Aires, 1996.

BOOTH, Gothard (1948) "Psicodinámica en el parkinsonismo", en *Lecturas de Eidon*, Nº 2, CIMP, Buenos Aires, 1983 (reproducido de *Psychosomatic Medicine*, vol. 10, Nº 1, 1948).

CHIOZZA, Luis (1963-1970) Cuando la envidia es esperanza, O.C., tomo II, Editorial Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2008.

CHIOZZA, Luis (1970) "Psicoanálisis de los trastornos hepáticos". O.C. tomo 1, Editorial Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2008.

CHIOZZA, Luis (1972) "Apuntes sobre metapsicología", O.C. tomo III, Editorial Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2008.

CHIOZZA, Luis; BALDINO, Oscar; FUNOSAS, Mirta; OBSTFELD, Enrique (1991 [1990]), "Los significados de la respiración". O.C.tomo X, Editorial Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2008.

CHIOZZA, Luis; BOARI, Domingo; CALIFANO, Catalina; PINTO, María (1993 [1992]) El significado inconciente de las enfermedades por autoinmunidad, O.C., tomo XI, Editorial Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2008.

CHIOZZA, Luis; Barbero, Luis; Casali, Liliana; Salzman, Roberto (1993f [1992]) "Una introducción al estudio de la clave de inervación de los afectos", O.C., Tomo VI. Libros del Zorzal. Bs As. 2008

CHIOZZA, Luis (1995 [1983]) Reflexiones sin consenso. O.C., tomo IV, Editorial Libros del Zorzal, Bs.As., 2008

CHIOZZA, Luis; BUSCH, Dorrit; CORNIGLIO, Horacio; OBSTFELD, Mirta; PINTO, Mary (1996 [1995]) Los significados inconcientes de la función tiroidea, O.C., tomo XII, Editorial Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2008.

CHIOZZA, Luis; BOARI, Domingo; CHIOZZA, Gustavo; CORNIGLIO, Horacio; FUNOSAS, Mirta; GURS, Ricardo; PINTO, José Maria; SALZMAN, Roberto (1996 [1995]), El significado inconsciente específico del SIDA, O.C., Tomo XII, Editorial Libros del Zorzal, Bs. As., 2008.

CHIOZZA, Luis; DAYEN, Eduardo; BALDINO, Oscar; BRUZZON, María Estela; DAYEN, Mirta F. de, GRIFFA, María (2001) "Psicoanálisis de las afecciones micóticas", O.C. Tomo XIII, Editorial Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2008.

CHIOZZA, Luis; CHIOZZA, Gustavo; BUSCH, Dorrit; OBSTFELD, Enrique; SALZMAN, Roberto; SCHEJTMAN, Gloria (2001a) "Un estudio psicoanalítico del síndrome gripal", O.C., tomo XIII, Editorial Libros del Zorzal, Bs.As., 2008.

CHIOZZA, Luis (2005) "Las cosas de la vida. Composiciones sobre lo que nos importa". O.C. tomo XV, Editorial Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2008.

CHIOZZA, Luis; Gustavo Chiozza, María Estela Bruzzon, Mirta F. de Dayen y Gloria I. de Schejtman (2008*d* [2007]) "Un estudio psicoanalítico de la anemia", en O.C. Tomo XIII, Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2008.

CHIOZZA, Luis (2008) "¿Por qué nos equivocamos? Lo mal pensado que emocionalmente nos conforma", O.C. Tomo XVII. Editorial Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2009.

CHIOZZA, Luis (2009) Corazón, hígado y cerebro. O.C., tomo XIII, Editorial Libros del Zorzal, Buenos Aires, (2009)

CHIOZZA, Luis (2010) Cuerpo, alma y espíritu. Los significados inconcientes de las enfermedades del cuerpo. Libros del Zorzal, Bs.As., 2010

CHIOZZA, Luis (2012) El interés en la vida. O.C. tomo XX, Editorial Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2012

CHIOZZA, Luis (2013) Intimidad, sexo y dinero. Editorial Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2013

COSSIO, Pedro (1955) Medicina Interna, CTM, Buenos Aires, 1996

COROMINAS, Joan (1973) Breve diccionario etimológico de la lengua castellana, Gredos, Madrid.

DICCIONARIO DE LA REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (1992) Vigésima Primera Edición, Editorial Espasa-Calpe, Madrid, 1994.

DORLAND (1966) "Diccionario de Ciencias Médicas", séptima edición, Editorial El Ateneo, Buenos Aires, 1985

DUDEN, (1963) Diccionario Etimológico Alemán, (Das Herkunftswörterbuch), Dudenverlag, Mannheim, 1963

FARRERAS VALENTI; ROZMAN CIRIL (1982) "Medicina Interna", Editorial Marin, S.A., Barcelona, 1983.

GARCÍA PAREDES, J; TAXONERA SAMSÓ, C; PEÑA, A.S. (2006) Avances en el manejo de la enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa, Arán Ediciones, España, 2006.

GARMA, Angel (1954) Génesis psicosomática y tratamiento de las úlceras gástricas y duodenales. Biblioteca de Psicoanálsis de la APA, Editorial Nova, Buenos Aires, 1954.

HARRISON (1998) "Principios de Medicina Interna", McGraw-Hill-Interamericana, Buenos Aires, 1998.

HOUSSAY, Bernardo (1988) Fisiología Humana, Editorial El Ateneo, Buenos Aires, 1988

LANGMAN, Jan (1963) Embriología Médica, Editorial Panamericana, Buenos Aires, 1975

MARGULIS, Lynn; SAGAN, Dorion (1995) ¿Qué es la vida? Edit. Metatemas, Barcelona, 1996.

MARINA, J.; PENAS, M. (1999) Diccionario de los sentimientos. Editorial Anagrama, Barcelona, 2000. MOLINER, María (1994) "*Diccionario de uso español",* Editorial Gredos, Madrid, 1994.

PATTEN, Bradley (1956) "Embriología Humana", Librería El Ateneo, Buenos Aires, 1973.

ROBBINS, S. L. (1995) Patología Estructural y Funcional, Mc. Graw Hill Interamericana, Madrid, 1996.

SAEZ, Luis Rodrigo (2006) "Enfermedad de Crohn", ARÁN Ediciones, Madrid, 2006.

SCACCHI, Pablo (2003) "Fisiología Digestiva", Servicios Gráficos JAM, Buenos Aires, 2003.
WEIZSÄCKER, Viktor von (1947) Casos y Problemas Clínicos, Editorial Pubul, Barcelona, 1950

WEIZSÄCKER, Viktor von (1948) *Cuestiones Fundamentales de la Antropología Médica*, en "Escritos de Antropología Médica", Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2009

Referencias bibliográficas

Adamo, M.; Grus, M. (2012) Acerca de las úlceras. Buenos Aires, Fundación Luis Chiozza, 2012.

BOERR, Luis; HADAD, Adrián (2014) Enfermedades Inflamatorias Intestinales, Separata Montpellier, Bs.As., 2014

Busch, Dorrit (2013) Algunas reflexiones acerca de la enfermedad de Crohn. Fundación Luis Chiozza, Bs.As., 2013.

Casali, L y Nagy, C (2007) Acerca de lo intestinal. Segunda comunicación. Fundación Luis Chiozza, 2007.

Casali, L y Nagy, C (2009) Acerca de lo intestinal III. Sobre el síndrome de intestino irritable. Fundación Luis Chiozza 2009.

Casali, L. y Nagy, C. (2010) "Acerca de lo intestinal IV. Volviendo sobre el Sindrome de intestino irritable. Introducción al significado de la Diverticulosis". Fundación Luis Chiozza, Bs. As., 2010.

Casali, L y Nagy; C (2012) Acerca de lo intestinal V. Volviendo a pensar sobre lo intestinal. Fundación Luis Chiozza, 2012.

Chiozza, Gustavo; Corniglio, Horacio (1996) El estómago, el ácido y la agresión, Centro de Consulta Médica Weizsaecker, Bs.As., 1996.

Chiozza, L (2012) Comentario realizado durante el grupo de estudio "Temas de neurociencias y psicoanálisis".

Corniglio, H.; Schejtman, G.; Strasberg, P. (2000) "Sobre el significado de los procesos inflamatorios", Fundación Luis Chiozza, Buenos Aires, 2000

Corniglio, H.; Schejtman, G. (2004) Nuevas aportaciones sobre el tema de la inflamación, Fundación Luis Chiozza, 2004.