

ACERCA DE LAS ÚLCERAS

María Adamo
Marina Grus

FUNDACIÓN LUIS CHIOZZA
- 17 de agosto 2012 -

“Lo que nos duele existe, como existe una piedra en el zapato, y cuando nos duele una ausencia, lo que nos duele es que el recuerdo, que reactualiza un sentimiento, nos señala una carencia actual. Una carencia que equivale a la presencia de algo que comportándose como una ‘boca que devora’ nos ‘hace el agujero’ que denominamos ‘falta’ configurando una particular necesidad. Algo similar nos sucede con lo que caracterizamos como ‘lo no vivido’, porque lo que nos duele como lo que no vivimos surge de que no logramos satisfacernos con lo que estamos viviendo. El dolor nostálgico por una ausencia coincide con la debilidad de un anhelo que no logra calmar la carencia, y la perpetuación de esa carencia, que equivale a la presencia acuciante de una necesidad que funciona como un sacabocado que agranda continuamente la falta, nos permite comprender que pueda llegarse al extremo de desear la muerte como una forma de poner fin a un sufrimiento insoportable”.

Luis Chiozza (2012, pág. 124)

Introducción¹

En un trabajo anterior (Adamo y Grus, 2011a) intentamos aproximarnos a la comprensión del significado inconciente de las aftas orales, pequeñas úlceras que aparecen en la mucosa de la boca. En aquella ocasión, exploramos la relación entre estas lesiones y la vivencia de unión con un objeto significativo, simbolizada por el vínculo entre el neonato y su madre. Planteamos que, dentro de esta representación, la leche materna podría ser sentida por el bebé como una caricia sobre sus mucosas que le recuerda el contacto con el líquido amniótico que lo rodeaba dentro del útero y que también tragaba, una caricia que contribuye a atemperar la desolación experimentada al nacer. En este sentido, vinculamos la aparición de las aftas con una vivencia de desprendimiento simbolizada por la sensación que podría tener el bebé frente al alejamiento del pecho, vivido como la pérdida de un vínculo que calma su deseo de una “persistente succión”. Propusimos entonces la idea de que estas úlceras podrían representar *“la vivencia de que a uno ‘le arrancaron’ el pecho, dejándolo con una ‘herida abierta’ en el lugar donde antes recibía el pezón”* (pág. 17) y que la lesión crateriforme podría simbolizar la huella de este “despegue” traumático.

A partir de lo que estudiamos acerca de las aftas, nuestro interés se dirigió hacia los tejidos mucosos y nos propusimos intentar comprender mejor sus características y su función. Con esta inquietud, realizamos un siguiente trabajo acerca de las mucosas y su relación con la piel (Adamo y Grus, 2011b). Allí destacamos que se trata en ambos casos de tejidos epiteliales que se ocupan de envolver al organismo y que constituyen la interfaz entre el individuo y su entorno. Así, por un lado, los epitelios configuran una barrera que separa y protege al organismo del medio externo, pero también permiten un intercambio con él, cumpliendo entonces una función equiparable a la que realiza la membrana celular en el “individuo” que es la célula.

¹ Le agradecemos al Dr. Gustavo Chiozza el aporte y el esclarecimiento que nos brindó en la confección de este trabajo.

En relación a la función de intercambio, decíamos que los tejidos epiteliales, en particular las mucosas, *“contribuirían a la constitución de un aspecto del ‘mapa’ que delimita nuestro yo en relación con el mundo que habitamos y con las personas con quienes convivimos, que implicaría la sensación de una mayor cercanía con el objeto, favoreciendo la con-fusión de los límites que lo separan de nuestro propio yo”* (pág. 16). A partir de una intervención de Mirta Dayen durante la presentación de este trabajo, vimos que el término “confusión” -al igual que “fusión”- deriva de fundir, que quiere decir propiamente “derramar” (Corominas, 1961) y también *“reducir a una sola dos o más cosas diferentes”* (DRAE, 1992). “Confundir”, a su vez, significa *“mezclar, fundir cosas diversas, de manera que no puedan reconocerse o distinguirse”* y también “equivocar” (DRAE, 1992).

Por otro lado, nos resulta significativo lo que destacó Chiozza² durante la presentación de la investigación sobre psoriasis, cuando dijo que cada vez que entramos en un contacto de piel, ponemos en obra una interfaz que no limita un continente-contenido, sino más bien interrelaciona dos sistemas en un sistema más amplio que tiene vida propia. En este sentido, pensamos que los epitelios de revestimiento en su conjunto, constituidos por la piel, las mucosas y también la córnea, se prestarían especialmente para expresar vivencias relacionadas con la constitución de los límites del yo y de nuestro vínculo con el entorno.

En relación a estas ideas, pensamos que es posible distinguir, por un lado, una fusión armónica o adecuada con el objeto, vinculada a la trascendencia y a la idea de la relatividad del yo, en la cual se experimentaría la modificación o desaparición de los límites de nuestra individualidad como algo que funciona bien y de lo que casi no se tiene registro. Sería el caso, por ejemplo, de la fusión de los gametos en la fecundación o de la fusión de los yoes en el coito, como también del buen funcionamiento de un trabajo en equipo. Por el otro lado, existiría una vivencia de fusión que podríamos llamar “equivocada”, en la cual el inadecuado trazado o recorte del mapa yoico nos lleva a incluir al otro como una parte “propia” y entonces cuando éste no se comporta como esperamos, nos sentimos mutilados, como si nos estuvieran arrancando un pedazo nuestro, vivencia que configura lo que Chiozza denomina la “falta fundamental”. De manera que una cosa es entonces “ser con” el otro y otra cosa muy diferente es creer que lo del otro es mío o que el otro me pertenece, una creencia que, tarde o temprano, nos enfrentará con la necesidad de hacer el duelo por este aumento ilusorio del tamaño de nuestro yo.

Nuestro interés en estudiar el significado de las úlceras surgió del hecho de que se trata de lesiones que asientan precisamente sobre los epitelios de revestimiento y en las que pensamos que sería posible encontrar la expresión de un conflicto relacionado con un cierto grado de confusión de los límites en la convivencia.

² Comentario expresado durante la discusión de la presentación de la investigación “Una aproximación a las fantasías inconcientes específicas de la psoriasis vulgar” presentado en el Centro de Consulta Médica Weizsäcker. 12 de octubre de 1990.

La lesión ulcerosa³

Para abordar el tema que hoy nos ocupa, partimos de la idea de que la úlcera puede considerarse un tipo particular de herida, que consiste en una lesión abierta en piel, mucosas o córnea caracterizada por una pérdida de sustancia, debida a la desintegración gradual y necrosis del tejido afectado. Dicho de otro modo, se trata de una solución de continuidad o rotura de cualquier superficie epitelial del organismo, en la cual existe una pérdida de parte del tejido, lo que suele otorgarle a la lesión el aspecto de un cráter, es decir que forma una depresión más o menos circular con márgenes elevados. Habitualmente se acompaña de una reacción inflamatoria perilesional y muchas veces hay, además, una inflamación previa del tejido sobre el cual asienta la úlcera. En algunos casos, estas lesiones tienen una evolución lenta con escasa tendencia a la reparación y a la cicatrización espontánea.

Cuando una lesión se restringe a la epidermis, se habla de “erosión”, reservando el término de “úlceras” o “ulceración” para aquellas lesiones que atraviesan la epidermis, presentando pérdida de porciones de la dermis y extendiéndose a veces aún más profundamente.

Respecto de su etiología, si bien algunas úlceras se atribuyen preferentemente a un agente externo, como ocurre con las de córnea⁴ y con las genitales⁵, entendemos que en la mayoría de los casos participa en su formación, de manera significativa, una alteración presente en el propio organismo. Esto es particularmente evidente en el caso de las úlceras crónicas, donde el tejido en el cual aparece la lesión suele encontrarse enfermo y esto se relaciona tanto con la aparición de la úlcera como con su cronificación. Así ocurre, por ejemplo, en las úlceras del “pie diabético” que presentan los pacientes con una diabetes avanzada, así como en el caso de las úlceras varicosas que aparecen en las

³ La bibliografía de este apartado corresponde principalmente a Farreras Rozman (1998), Harrison (1989) y Robbins (1987), así como al artículo “Consenso sobre cicatrización de heridas”, Sociedad argentina de dermatología (2008), en <http://www.sad.org.ar/revista/pdf/cicatrizacion.pdf>.

⁴ Estas úlceras generalmente son debidas a una infección, aunque también pueden ser de causa traumática, por ejemplo ocasionadas por rasguños en la superficie del ojo, la entrada de un cuerpo extraño, la irritación por las lentes de contacto o el cierre inadecuado de un párpado. Se considera que en su patogenia están implicadas las metaloproteinasas, unas enzimas secretadas por los neutrófilos que forman parte de la respuesta inflamatoria frente a la lesión, así como por las células epiteliales. Al degradar el colágeno, estas enzimas destruyen la estructura y la integridad de la córnea. Este tipo de úlcera constituye una urgencia que requiere tratamiento inmediato para posibilitar una curación ad integrum y prevenir posibles secuelas, como ser la opacificación de la córnea, cicatrices o incluso su perforación, resultando en una seria disminución de la visión con posibilidad de pérdida del ojo (<http://www.oftalmo.com/studium/studium2004/stud04-2/04b-02.htm>).

⁵ Este tipo de úlceras son, en su amplia mayoría, de etiología infecciosa, transmitida a través del contacto sexual. La enfermedad que más comúnmente las ocasiona es el herpes genital, que genera múltiples vesículas sobre la vulva, la vagina y la mucosa exocervical, que se abren y exponen áreas ulceradas de color rojizo, con tendencia a unirse entre sí. Estas lesiones persisten varias semanas y curan sin dejar cicatriz. Puede presentar recurrencias, que en general constituyen cuadros de menor intensidad que la primoinfección (Calatroni, Ruiz y Tozzini, 1975).

piernas, donde la piel se encuentra edematizada y dañada por el trastorno venoso de base.

Si bien la patogenia de los diferentes tipos de úlcera muchas veces no es bien conocida, hasta donde pudimos comprender nos parece posible plantear que las úlceras comparten una característica básica, que consiste en una suerte de “autodigestión” que determina la pérdida de sustancia en forma de cráter tan típica de estas lesiones.

Uno de los factores que intervendría en esta autodigestión es la hiperactividad de un grupo particular de enzimas, llamadas metaloproteinasas⁶. Habitualmente, cuando un tejido se daña, los neutrófilos que acuden a la lesión durante la reacción inflamatoria secretan estas enzimas, que degradan los detritus celulares y la matriz extracelular dañada, un paso previo necesario para la ulterior reconstrucción del tejido. Esta actividad exige una regulación cuidadosa, dado que se trata de compuestos naturalmente agresivos. Dicha regulación se lleva a cabo principalmente a través de los inhibidores tisulares de estas enzimas⁷. En el caso de las úlceras existiría una hiperactividad de las metaloproteinasas y una disminución en la actividad de sus inhibidores, así como de los factores de crecimiento que son esenciales para la síntesis del nuevo tejido. Esta hiperactividad enzimática intervendría en la formación de la úlcera, en la medida en que contribuye significativamente con la desintegración gradual y necrosis de los tejidos que ocurre en este tipo de lesiones, donde “falta un pedazo” del tejido afectado. Se cree que este desequilibrio entre las fuerzas destructivas y re-constructivas explica también la evolución tórpida de estas lesiones, así como la dificultad para su cicatrización en los casos en que esto sucede.

Entendemos que la autodigestión presente en las úlceras estaría relacionada tanto con esta hiperactividad enzimática inflamatoria, como con otros factores entramados con ella, como ser la isquemia tisular. Así, por ejemplo, en las úlceras de piel suele haber un compromiso de la irrigación de este epitelio, como ocurre en las úlceras de decúbito, donde la presión mantenida sobre la piel y los tejidos blandos produce un aumento de la presión intersticial con formación de microtrombos y obstrucción de los vasos sanguíneos, que conduce al acúmulo de residuos tóxico-metabólicos y a la autólisis, que es la digestión del tejido por sus propias enzimas.

En una segunda instancia, distinguimos otra característica que, aunque no sea compartida por todas las úlceras, nos parece que vale la pena destacar. Se trata

⁶ “El rol de las metaloproteinasas de la matrix en la curación de heridas”, en <http://sobenfee.org.br/site/download/artigos/METALOPRTE-NASAS.pdf>

⁷ Las metaloproteinasas se regulan también a través del control de su transcripción genética y, además, son secretadas como pro-enzimas que requieren de una activación, llevada a cabo principalmente por otras enzimas secretadas por los neutrófilos durante la reacción inflamatoria. Entendemos que estos diferentes mecanismos de control denotan la necesidad de un extremo cuidado en el manejo de una agresión que, si bien es necesaria para la vida, de ser mal utilizada se vuelve destructiva.

de la dificultad para cicatrizar que presentan las úlceras crónicas, que a menudo surgen en el desarrollo de enfermedades con evoluciones tórpidas, a veces formando parte de su estadio más avanzado. Pensamos que en estos casos las úlceras constituyen, tal como señaló Gustavo Chiozza (2005b) al ocuparse de las enfermedades que son crónicas, una enfermedad que se elige “para vivir con ella”.

Al estudiar este tema, nos encontramos con que las clasificaciones son variadas y en muchos casos nos resultaron confusas. Por ello, si bien pensamos que vale la pena considerar a todas las úlceras en su conjunto, en esta oportunidad queremos destacar dos grandes grupos que, hasta donde pudimos comprender, se encuentran entramados tanto desde el punto de vista de su patogenia, como de su significado. Con este criterio, planteamos una primera gran división entre las úlceras que aparecen en la mucosa digestiva y las úlceras de piel en las cuales existe un compromiso del suministro sanguíneo.

También nos motivó para hacer este recorte una idea de Gustavo Chiozza (2005b) en relación al vínculo entre las enfermedades digestivas y las vasculares. En su trabajo *“Primeras reflexiones sobre la interrelación de fantasías en el síndrome metabólico”*, el autor destaca que el sistema vascular se encarga de distribuir entre los distintos tejidos del organismo los nutrientes incorporados gracias al metabolismo digestivo. De manera que tanto en un conflicto “digestivo” como en un conflicto “vascular” se expresaría un drama vinculado a un objeto “nutricio”, representado por los nutrientes que se incorporan al organismo⁸.

Teniendo en cuenta estas ideas, describiremos a continuación aquellas úlceras que, por ser las más frecuentes y características de ambos grupos, nos resultan las más representativas.

El aparato digestivo es el principal tejido mucoso sobre el cual se forman úlceras. Allí, estas lesiones pueden surgir a lo largo de todo el tubo digestivo, desde la boca hasta el ano. Si bien su etiopatogenia no es del todo clara, a menudo se las relaciona con un desequilibrio entre los factores que agreden la mucosa y aquellos que la protegen.

En la boca, las más típicas son las aftas, pequeñas ulceraciones que asientan sobre la mucosa oral, que suele encontrarse hiperémica. Estas lesiones son de forma redondeada y presentan un característico fondo necrótico amarillento rodeado por un halo eritematoso. Se considera que distintos factores, como el tipo de alimentación, podrían desencadenar un infarto capilar que daría lugar a la lesión. Según sus manifestaciones clínicas hay diferentes tipos y, aunque las más frecuentes curan espontáneamente sin dejar cicatriz, son lesiones que suelen ser recidivantes, lo que nos lleva a pensar que si bien la herida no permanece abierta, “retorna” no obstante una y otra vez⁹.

⁸ Esta última idea corresponde a una comunicación personal.

⁹ Esta descripción corresponde a las aftas menores. Los otros dos tipos, menos frecuentes, son las aftas mayores y las herpetiformes, que presentan lesiones similares pero de mayor tamaño, que

En el estómago, nos encontramos con las úlceras pépticas. Si bien quedan muchos interrogantes respecto de su patogenia, nos resulta interesante destacar que la mucosa gástrica necesita protegerse de la autodigestión del ácido que ella misma secreta mediante una barrera conformada por una combinatoria de mecanismos tales como la secreción de moco y bicarbonato, las células de su epitelio estrechamente unidas y el flujo sanguíneo que provee oxígeno, nutrientes y bicarbonato y elimina la retrodifusión del ácido. En estas úlceras habría un desequilibrio entre estos mecanismos defensivos y los agentes agresivos, como ser el efecto corrosivo del ácido. La mucosa dañada quedaría expuesta a la influencia perjudicial de la digestión ácido-péptica, llevando así a la inflamación y quedando, por lo tanto, más propensa a la ulceración. Estas úlceras tienen la típica forma de lesión en sacabocados y la mucosa gástrica adyacente suele estar edematosa y enrojecida. Además, la mayoría de las úlceras pépticas asientan sobre una gastritis previa. Son lesiones que suelen ser crónicas y, aún cuando curan, tienden a recidivar. De ahí que Robbins (1987) afirme, quizás demasiado taxativamente, que *“cuando un paciente es ulceroso péptico, lo es para siempre”* (pág. 857).

Existe, además, otro tipo de úlceras gástricas, conocidas como úlceras de estrés. Son lesiones múltiples que aparecen habitualmente en pacientes en estado de shock, debido, por ejemplo, a quemaduras extensas, sepsis o traumatismos graves. Se vinculan con una oxigenación insuficiente, dado que se encuentra comprometido el flujo sanguíneo mucoso que, como vimos, es uno de los principales mecanismos de defensa de la mucosa gástrica. Si se supera el trauma agudo, estas úlceras curan con una reepitelización completa.

En el intestino, las lesiones ulcerosas más frecuentes surgen como parte de dos enfermedades: la Enfermedad de Crohn y la Colitis Ulcerosa. Ambas constituyen la Enfermedad Inflamatoria Intestinal, una afectación crónica del tubo digestivo de etiología desconocida, que evoluciona de modo recurrente, con brotes y remisiones. Acerca de su patogenia, se cree que se vincularía con una respuesta inflamatoria exagerada. En un comienzo habría una alteración en la permeabilidad intestinal, junto con una mucosa hiperémica y edematizada. Las lesiones se iniciarían como un infiltrado inflamatorio que daría lugar a la producción, entre otros factores, de proteasas y radicales libres, perpetuando dicha inflamación y progresando hasta ulcerar la mucosa intestinal.

La Colitis Ulcerosa toma exclusivamente la mucosa del colon y del recto, que aparece congestiva, con úlceras que sangran con facilidad y confluyen, dejando zonas de extensión variable completamente denudadas. La lesión progresa de un modo uniforme sin dejar áreas intermedias de mucosa normal, como si conformara una “gran úlcera”.

demoran más en sanar, dejan cicatriz y suelen formar parte de enfermedades sistémicas, acompañándose a veces de aftas en la mucosa genital (Ceccotti, 1993; Grinspan, 1991).

En la Enfermedad de Crohn, el proceso inflamatorio engloba no sólo a la mucosa, sino también a las demás capas de la pared intestinal y puede comprometer cualquier tramo del tracto digestivo, si bien afecta mayormente íleon y colon. Aquí la distribución es segmentaria, es decir que la enfermedad respeta zonas intermedias de intestino sano. Inicialmente aparecen ulceraciones puntiformes en la mucosa, conocidas como úlceras aftoides, por su semejanza con las aftas orales. Luego se forman fisuras profundas longitudinales y transversales que dejan zonas intermedias de mucosa edematosa y engrosada. Las fisuras son ulceraciones profundas que pueden llegar hasta la serosa y convertirse en fístulas que comunican con asas u órganos adyacentes. Es interesante que algunos autores plantean que las fístulas pueden considerarse “úlceras tubulares”, dado que las paredes tienen tejido de granulación con las características evolutivas de las úlceras¹⁰.

Dentro de las úlceras de piel, nos centraremos en tres grupos principales que incluyen las localizaciones más frecuentes: las úlceras por presión, las úlceras vasculares y las úlceras diabéticas.

La piel cuenta con una rica irrigación sanguínea que lleva oxígeno a todas sus capas. Si esa irrigación se interrumpe durante más de dos o tres horas, la piel muere, comenzando por su capa externa, la epidermis. La presión mantenida sobre la piel reduce significativamente su flujo sanguíneo, pudiendo ocasionar trastornos en la microcirculación, en especial en las zonas de apoyo del cuerpo, como las áreas con prominencias óseas. Esta situación puede llevar a una isquemia local prolongada que conduce a una necrosis y posterior ulceración del tejido, tanto a nivel de piel como de planos profundos, formándose así las denominadas úlceras por presión.

Estas úlceras ocurren, en su gran mayoría, en personas que se encuentran postradas, como aquellas que sufren algún tipo de parálisis, que se hallan muy debilitadas o incluso en coma. Además, son pacientes que suelen presentar algún grado de desnutrición, es decir que carecen de la capa de grasa protectora y su piel, privada de los nutrientes esenciales, no cura correctamente. El ejemplo típico de las úlceras por presión lo constituye el paciente que padece una enfermedad crónica en su fase final, sobre todo en el caso de los ancianos con movilidad limitada, más aún si se encuentran internados. Además de los efectos de la inmovilidad, en los pacientes añosos la piel presenta una regeneración más lenta, una disminución de la fuerza de unión de las células de la epidermis y una disminución de riego en la dermis¹¹, características que favorecen la formación y la persistencia de estas lesiones.

¹⁰ “Úlceras y fístulas”, en http://med.unne.edu.ar/catedras/cirugia_viejo/archivos/ULCERAS%20Y%20FISTULAS.pdf.

¹¹ Manual Merck, Capítulo 197, “Úlceras de decúbito”, en www.msd.es/publicaciones/mmerck_hogar/seccion_18/seccion_18_197.html; “Úlceras cutáneas”, en www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro_electrónico_de_temas_de_Urgencia/20.Dermatologia_y_Alergia/Ulceras_cutaneas.pdf; “Consenso sobre cicatrización de

Dentro del grupo de las úlceras vasculares, las más frecuentes son las úlceras venosas¹² asociadas a várices¹³. Conocidas también como úlceras de estasis, estas lesiones constituyen el último grado de la insuficiencia venosa crónica y representan su complicación principal. Entre las hipótesis más aceptadas respecto de su patogenia, se considera que, a través de un proceso lento y progresivo, la hipertensión venosa crónica produciría dilatación de los capilares sanguíneos, con una extravasación de plasma, proteínas y hematíes, dando lugar a la aparición de edema veno-linfático, induración y fibrosis. De esta manera se formaría una zona alrededor de los vasos sanguíneos que presenta un bajo contenido en factores de crecimiento, cuya carencia provocaría la falta de regeneración de los tejidos una vez que se pierde la capacidad protectora de la epidermis. Así, se encontraría alterada la re-epitelización y formación de nueva dermis cuando se produce una rotura de la piel y entonces cualquier mínimo traumatismo da lugar a una herida sin tendencia al cierre, que se transforma rápidamente en una úlcera. Por lo tanto, una vez que se desencadenan, estas úlceras suelen tener una evolución insidiosa, con dificultad para cicatrizar y gran afectación de la piel circundante, haciéndose lesiones tórpidas.

Por último, las úlceras también constituyen una importante complicación cutánea de la diabetes¹⁴. La entidad clínica más destacada la compone el “pie diabético”, que afecta principalmente a pacientes con una enfermedad avanzada. Su patogenia se adjudica a una compleja interacción de factores sistémicos, como la macro y microangiopatía, la neuropatía y la infección, junto con factores ambientales que precipitan la lesión, como un traumatismo mecánico sostenido que provoca la rotura de la piel. Ambos tipos de factores no sólo propician la formación de úlceras, sino que también contribuyen a su desarrollo y a la dificultad en su curación. Así, la neuropatía produce disminución de la sensibilidad, atrofia muscular y resequedad de la piel, alteraciones que, asociadas a la isquemia por la angiopatía, determinan que cualquier mínima lesión rápidamente se transforme en una úlcera que muchas veces tendrá una evolución crónica.

Tomando como referencia los tipos de úlceras que acabamos de describir, intentaremos a continuación adentrarnos en el significado de la lesión ulcerosa.

heridas”, Sociedad argentina de dermatología (2008), en <http://www.sad.org.ar/revista/pdf/cicatrizacion.pdf>.

¹² También existen úlceras arteriales, que constituyen del 10 al 25% de todas las úlceras vasculares. Estas úlceras, también llamadas “isquémicas”, se ocasionan por una disminución lenta y progresiva del flujo sanguíneo y, por ende, del aporte de oxígeno a los tejidos de los miembros inferiores. La isquemia provoca que la piel del territorio afectado se haga vulnerable a la ulceración y que ante pequeños traumatismos aparezca una lesión. La principal etiología de estas úlceras es la arteriopatía obliterante ateromatosa, que consiste en la acumulación progresiva de placas de colesterol que van reduciendo el diámetro de los vasos, llegando a producir una trombosis con su completa obturación.

¹³ Las úlceras venosas también pueden deberse a trombosis venosas profundas (úlceras postflebíticas o posttrombóticas), las cuales son de peor pronóstico que las varicosas.

¹⁴ Esper y Mazzei (1993); “Etiopatogenia del pie diabético”, en http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/capitulo_3.pdf.

La úlcera, un tipo particular de herida

Sabemos que en sus desarrollos más recientes Chiozza (2010, 2011, 2012) le da una importancia particular a la sensación de estar incompletos, de que algo nos falta, y plantea que esto constituye una vivencia fundante que todos llevamos dentro. Para caracterizar esta vivencia, el autor, partiendo de los desarrollos de Freud, toma como modelo la relación del bebé con el pecho materno y la “construcción de un yo de placer puro” que engloba todo lo placentero y excluye aquello que produce malestar. Dentro de esta representación, el vínculo con el pecho de la madre y con la madre misma, “*con la suavidad y el perfume de su piel, con su sonrisa y con su mirada*” (Chiozza, 2010, pág. 121), se presta muy bien para simbolizar una vivencia que, en mayor o en menor medida, habita en todos nosotros: el sentimiento de que el otro es una “parte indisoluble” de uno mismo. Cada vez que en la vida nos encontramos con que esto no es así, nos enfrentamos con un descubrimiento doloroso que implica resignar aspectos ilusorios de nuestro “yo”, para poder construir una imagen de nosotros mismos más acorde a la realidad. Esta experiencia que nos obliga a rediseñar los límites de nuestra propia individualidad, renunciando a una parte importante de lo que considerábamos propio, suele ser vivida como una herida o una injuria, como una mutilación en donde perdemos una parte de nuestro propio ser. Entendemos que la “construcción de un yo de placer puro” es entonces una metáfora que da cuenta de una confusión que a menudo se establece en el trazado de los límites yoicos, una confusión a partir de la cual nos formamos una idea de nosotros mismos exagerada o desmesurada.

Otra representación, más regresiva, que menciona Chiozza para aludir a estas mismas vivencias es la experiencia del nacimiento, cuando al abandonar el útero y al sufrir el corte del cordón umbilical el bebé debe enfrentarse súbitamente con la noción de que el objeto que tanto necesita no es parte suya. Desde esta perspectiva, imaginamos el bebé cuando nace se siente “desarraigado”, “arrancado” de su mundo, un mundo que le proveía todo lo que le hacía falta. La experiencia del nacimiento, así como el descubrimiento de que el pecho de la madre, y la madre misma, no le pertenecen, se prestan entonces de manera privilegiada para representar una carencia central vinculada al sentimiento de desolación (Chiozza, 2012; Chiozza y colab., 2001o). Chiozza enfatiza que se trata de una carencia básica y que, a lo largo de nuestra vida, dependerá de nuestra capacidad de duelo que podamos tolerar el dolor de esta “falta fundamental” y acostumbrarnos a una realidad que es inevitable, encontrando compensaciones que puedan ser suficientes.

En el contexto de estos desarrollos, Chiozza¹⁵ ha señalado que toda enfermedad puede contemplarse como una particular manera de tramitar esta vivencia de

¹⁵ Por ejemplo, en ocasión de la presentación de la lectura del capítulo “Apegos y objetivos”, del libro *La máquina de las emociones*, de Marvin Minsky. Presentado por la Lic. Mirta Dayen en la Fundación Luis Chiozza. 27 de mayo de 2011.

mutilación. En una ocasión reciente¹⁶, agregó que esta vivencia de carencia e impotencia, que subyace a todas las enfermedades, despierta siempre una sensación de humillación, de indignidad y falta de mérito, la sensación de no estar a la altura de lo que se necesita. Añadió que la enfermedad surge cuando no se puede llevar a cabo el duelo que transforma la humillación en humildad y nos lleva a “estar en paz” con nuestro ideal.

Al pensar en las úlceras, las representaciones vinculadas a la vivencia de mutilación que describe Chiozza se nos impusieron con mucha fuerza cada vez que abordábamos el tema. Recordamos entonces que Bianconi y Schejtman (2011, 2012) retoman la idea de que toda herida es vivida como una injuria y la relacionan con estos desarrollos de Chiozza. Plantean que es posible considerar al corte del cordón umbilical como un representante privilegiado de una “primera herida” y como uno de los símbolos de la pérdida de la madre umbilical. Vinculan la injuria representada por esta herida con la vivencia traumática de pérdida, simbolizada por el nacimiento, y con el sentimiento de mutilación, representado por el descubrimiento del bebé de que la “madre pecho” no le pertenece.

También Garma¹⁷ (1954) plantea una idea similar a esta, cuando vincula el drama del ulceroso con el momento del nacimiento. El autor destaca que así como en la úlcera se pierde algo del organismo, en el nacimiento, y con el corte del cordón umbilical, el niño pierde la unión con su madre, con la que hasta entonces conformaba una “unidad”. Además, la posterior caída del cordón deja en el niño una herida en el vientre con un nicho de aspecto parecido al de una úlcera.

De esta manera, Garma le da una importancia particular a la separación o pérdida de un objeto significativo en la historia del paciente ulceroso, es decir, a la sensación de abandono o de carencia de amor. Así, entendemos que el autor considera que la vivencia de separación de la madre al nacer, simbolizada por el corte del cordón umbilical, representa adecuadamente lo que siente el sujeto ulceroso frente a situaciones penosas que lo obligan a “*desprenderse de lazos de unión*” (ib., pág. 126) con la madre o con otras personas significativas. En esta dirección, Garma describe al protagonista de la novela “*La úlcera*” como alguien que siente que su madre lo abandonó prematuramente para cuidar a sus hermanos menores, dejándolo con un “hambre de cariño materno”.

Pensamos que esta coincidencia entre las ideas sobre el significado inconciente de las heridas y lo que Garma plantea acerca de las úlceras se debe a que ambas comparten un significado “básico”, como también denota la palabra “llaga”, sinónimo de “úlcera”, que significa *herida o lesión abierta* (María Moliner, 1992).

¹⁶ Participación en la mesa redonda sobre Psoriasis realizada en la Fundación Luis Chiozza. 20 de mayo de 2011.

¹⁷ Según nos parece entender, dentro de los desarrollos de Garma sobre la úlcera gástrica, muchas de sus ideas son referentes a la localización *en el estómago* de esta lesión (por ejemplo todo lo relativo a los remordimientos), mientras que otras cuestiones que plantea contribuirían a una comprensión de las lesiones ulcerosas *en general*. En ocasión del tema que hoy nos ocupa, nos interesa reparar en este último grupo de ideas.

Esto respaldaría el criterio, antes mencionado, según el cual las úlceras pueden considerarse un tipo particular de herida.

Si esta idea es acertada, entonces podemos pensar que las úlceras, como las heridas, tendrían el significado inconciente de una injuria que remite a la vivencia de mutilación, simbolizada no sólo por la pérdida de la madre pecho, sino también, más regresivamente, por aquella separación traumática de la madre umbilical, representada por el corte del cordón.

Pensamos que estas ideas pueden enriquecerse si reparamos en el hecho de que las úlceras son soluciones de continuidad *de las superficies epiteliales*. Como vimos, en un trabajo anterior (Adamo y Grus, 2011b) nos ocupamos de estudiar estos tejidos, conformados por la piel, las mucosas y la córnea. En aquella oportunidad planteamos que *“la función ‘primordial’ del epitelio es la de recubrir al organismo y constituir la interfase con el entorno”* (pág. 6). Agregamos que estos tejidos *“conforman una ‘barrera’ que, por un lado, separa nuestro cuerpo del medio externo -que se continúa en la luz de los órganos huecos- y, por el otro, le permite a nuestro organismo conocer las modificaciones que ocurren en el ambiente que nos rodea y realizar con él intercambios que son imprescindibles para nuestra subsistencia”* (pág. 7). Concluimos entonces que *“los epitelios pueden considerarse tejidos privilegiados para representar el contacto con el entorno, tanto en lo que respecta a la protección frente al medio ambiente, como a la posibilidad de realizar un intercambio fructífero con él”* (ib.).

En aquel trabajo nos referimos también a la etimología de “epitelio”, término que deriva de thele “pezón del pecho” y epi -“encima de” (DRAE, 1992, Corominas, 1961). Relacionamos esta etimología con los desarrollos realizados por Chiozza y colaboradores (1991i [1990]), quienes profundizan una idea de Bick acerca de la combinación de la experiencia del pezón en la boca del bebé con la de la madre que lo sostiene, y consideran que esta escena, que simboliza la acción adecuada del objeto continente, adquiere la representación psíquica de una “primera piel”. En este sentido, recordamos que al nacer, el bebé deja de estar inmerso en el líquido amniótico para quedar expuesto a la sequedad del aire y que, frente al trauma del nacimiento que lo expone al sentimiento de desolación, el encuentro con el pecho constituye una vivencia salvadora (Chiozza y colab., 2001o). Planteamos que, según entendíamos, este encuentro podría arrogarse la representación de una continencia y un contacto adecuados, imprescindibles para la vida y que tal vez la captación inconciente de estas ideas podría haber llevado a nombrar así al tejido que se ocupa de “envolver” al organismo y conformar la interfase con el entorno.

Al reflexionar sobre las úlceras, nos resultó interesante que en la escena mencionada el contacto entre la madre y el bebé se da a través del abrazo, el suministro de la leche tibia y la mirada cariñosa, es decir precisamente a través de la piel, las mucosas y la córnea, las tres superficies epiteliales en las cuales pueden aparecer úlceras.

Entendemos que el contacto inicial que se establece entre el bebé y su madre a través de estas tres superficies podría representar la experiencia de un contacto “salvador” con un objeto protector y nutricio que nos “rescata” y con el cual pasamos a sentirnos “fusionados”, así como, en esta representación, el bebé se siente “salvado” por la madre “posnatal” e indisolublemente unido a ella. Como dijimos, en diversas circunstancias de la vida nos enfrentamos con la necesidad de “despegarnos” de un objeto significativo que sentimos propio y, al descubrir que no todo lo que creíamos parte nuestra nos pertenece realmente, nos vemos obligados a reconfigurar los límites de nuestro yo. Tal vez sea posible pensar que el paciente ulceroso no logra realizar este duelo y permanece atrapado en esta confusión de los límites entre él y el objeto, viviendo su separación como una injuria que lo deja sin una parte de sí mismo. Pensamos que, en estas circunstancias, el sujeto reprimiría esta sensación de un “despegue” traumático de un objeto significativo y que, en su lugar, aparecería la ruptura del epitelio. Como si, al separarse del objeto con el que se sentía “fusionado”, se dañara una parte del propio yo, representada justamente por la superficie de contacto, la interfaz a través de la cual se sentía inseparablemente unido a él.

A continuación intentaremos profundizar en la comprensión de esta vivencia, centrándonos para ello en la característica que nos parece más distintiva de las lesiones ulcerosas: la pérdida de sustancia del tejido afectado.

La pérdida de sustancia en la lesión ulcerosa

Dos maneras de “estar en carne viva”

Hace algunos años, Gustavo Chiozza y Horacio Corniglio (2005c) trazaron la idea de que ciertas enfermedades expresan conflictos “de signo opuesto”. En aquella ocasión, consideraron que así como la medicina describe patologías que se presentan con una variedad hipo- y una hiper-¹⁸, cuyas formas polares aluden a un gradiente en el cual una forma se manifiesta como exceso y la otra como déficit, también desde el psicoanálisis habría una idea similar implícita que se repite en las investigaciones sobre las fantasías específicas inconcientes, idea que dichos autores se ocuparon de explicitar y desarrollar. Así, plantearon que las formas hiper- serían la expresión patosomática de afectos que buscan negar una vivencia de signo opuesto y, en este sentido, *“constituyen una suerte de defensa o formación reactiva frente a un conflicto que se expresa más directamente, ‘sin disfraces’, en las formas hipo-. Como si la primera buscara, predominantemente, ocultar lo que la segunda intenta, sobretudo, mostrar”* (pág. 109).

En la investigación sobre psoriasis, Chiozza y colaboradores (1991i [1990]) plantean dos fantasías principales, simbolizadas por dicha enfermedad. Una de ellas es la vivencia de “estar escamado”, una reacción defensiva que toma la

¹⁸ Los autores mencionan la hipo- y la hipertensión, la obesidad y la emaciación, el hipo- e hipertiroidismo y también la diabetes tipo I y tipo II.

forma de dureza e inflexibilidad expresada en la hiperqueratosis, como manifestación simbólica de la necesidad de poseer una sólida barrera de protección que resguarde al sujeto de la vivencia de estar siempre expuesto a ser lastimado. La otra fantasía es la de “estar en carne viva”, que alude a un sentimiento de injuria debido a una insuficiencia del “contacto de piel” que habría dejado en el psoriásico la huella de una frustración afectiva vivida como “hambre de caricias”. En la presentación de dicha investigación, Chiozza destacó que este “hambre de caricias” no se refiere a una madre que “objetivamente” da pocas caricias, sino a una vivencia que se configura, como un círculo vicioso, en la interfaz entre el niño y su madre¹⁹. La pérdida, real o fantaseada, de un objeto idealizado, vivida inconcientemente como rechazo o abandono, se ve representada por esta superficie de tejido que queda al descubierto, como una herida que deja al sujeto “en carne viva”.

Siguiendo la idea de Chiozza y Corniglio que citamos recién, podríamos pensar que en la investigación de psoriasis Chiozza y colaboradores (1991/ [1990]), implícitamente, describen una variante hiper- del enfermar, que consiste precisamente en la vivencia de “estar escamado”, representada por las placas hiperqueratósicas del paciente psoriásico. Estas placas, como sabemos, simbolizan un caparazón protector, como si el sujeto se mostrara duro, defendiéndose así de la sensación, más profunda, de estar “en carne viva”, “despellejado”. A nuestro entender, las úlceras podrían asemejarse a una forma hipo- de tramitar un conflicto similar, que expresaría “sin disfraces” el sentimiento de estar “en carne viva” que la psoriasis intenta sobre todo ocultar.

Ahora bien, según lo que comprendimos a partir de las participaciones de Gustavo y Luis Chiozza en las sucesivas elaboraciones sobre los significados inconcientes de la psoriasis²⁰, la fantasía de “estar escamado” es la más específica de esta enfermedad, mientras que la de “estar en carne viva”, si bien es también central, no sería tan específica de esta patología y podría estar expresada en otras afecciones de la piel, como por ejemplo las quemaduras solares. Mientras que en la psoriasis el “estar en carne viva” se expresa a través de una erosión en la piel, que es la herida que se forma cuando se desprenden las escamas, en el caso de las úlceras la herida es más profunda, como vimos, “falta un pedazo” de tejido y la lesión tiene una forma característica de cráter. En este sentido, nos parece posible pensar que las úlceras representen *una variante particular* de esta vivencia de “estar en carne viva”, que se configuraría cuando el sujeto siente como un “despegue” traumático la pérdida del contacto con un objeto significativo con el cual se sentía estrechamente unido.

¹⁹ Comentario expresado durante la discusión de la presentación de la investigación “Una aproximación a las fantasías inconcientes específicas de la psoriasis vulgar” presentado en el Centro de Consulta Médica Weizsäcker. 12 de octubre de 1990.

²⁰ Por ejemplo, en ocasión de la presentación de la mesa redonda sobre Psoriasis realizada en la Fundación Luis Chiozza. 20 de mayo de 2011.

La úlcera como un tipo de autodigestión

El rasgo esencial que, como vimos, caracteriza a las úlceras es que son lesiones en las cuales falta una porción de tejido, como si al sujeto le hubieran “quitado un pedazo”. O sea que no sólo existe una solución de continuidad de la superficie epitelial afectada, sino también una pérdida de sustancia debida a la desintegración y necrosis de los tejidos, que adquiere típicamente el aspecto de un cráter²¹.

Recordemos que esta característica parecería estar, en gran medida, relacionada con una hiperactividad enzimática inflamatoria que contribuiría tanto a la formación de las úlceras, como a su profundización y a la dificultad de cicatrización de algunas de ellas, en la medida en que las metaloproteinasas “licúan” o “digieren” el tejido.

Teniendo en cuenta esta cuestión, es posible imaginar que, frente a la vivencia de desprendimiento de un objeto significativo -al que llamamos “nutricio”-, el sujeto sienta que le han “sacado un pedazo” de sí mismo, dejándole, en su lugar, la úlcera que, a la manera de un “agujero”, simboliza la presencia torturante de aquello que le falta. Este agujero, descripto como un cráter, podría representar entonces la huella de este “despegue” traumático.

Siguiendo el esquema planteado por Chiozza y colaboradores (2008 [2007]) en la investigación sobre anemia, pensamos que es posible considerar que el sujeto ulceroso experimenta aquello que le falta en el momento actual como algo que le ha sido arrebatado. Esta ausencia, a su vez, podría ser sentida por el ulceroso como la presencia de un objeto que lo lastima y lo mutila, “digiriendo” o “licuando” sus tejidos, un objeto que, junto con el pedazo de tejido que le saca, le quita una parte de sí mismo.

La úlcera, entonces, como un “agujero” que representa aquello que al sujeto le falta, remitiría tanto a la idea de un objeto que le saca un pedazo, como a la fantasía, análoga y opuesta, de que para “rellenar esa falta” debería poder sacarle un pedazo al objeto, que es, en su fantasía, quien lo abandonó y quien tiene aquello que él necesita y que considera su-yo. Tal vez sería posible imaginar, entonces, que esta suerte de “autodigestión” presente en las úlceras exprese el deseo de “digerir” o “disolver” una parte del objeto, con la fantasía de restituir así la unión con él.

²¹ Nos parece interesante que “cráter” significa tanto la depresión que se forma por una explosión volcánica, como aquella que queda luego del impacto de un meteorito sobre la tierra (o la luna) (DRAE, 1992). Es decir que en ambos casos el cráter constituye una interrupción en la continuidad de la superficie terrestre. Tal vez esta ruptura de un límite, representado por la superficie de la tierra, podría vincularse con la idea que planteamos acerca de las úlceras como lesiones que expresan un conflicto en relación a los límites con el entorno.

Pensamos que dentro de esta concepción general del significado de las úlceras se puede integrar aquello que plantea Garma (1954) al estudiar la úlcera gastroduodenal, cuando afirma que el sujeto ulceroso siente que *“como no recibe alimentos de su madre internalizada mala, no le queda más remedio que digerirse a sí mismo, por lo que se provoca la úlcera”* (pág. 154).

Creemos que la idea de una “autodigestión” presente en las úlceras podría remitir a fantasías regresivas, vinculadas al período intrauterino, más específicamente a la implantación del embrión en el endometrio. En el apartado que sigue intentaremos desarrollar esta idea.

La digestión necesaria en la implantación embrionaria: una relación con la lesión ulcerosa

En ocasión de la presentación de un trabajo anterior acerca de las aftas (Adamo y Grus, 2011a) Gustavo Chiozza asoció la idea del destete –tomado como una representación del despegue que arranca un pedazo del yo- con las lagunas sanguíneas que se forman en la placenta. Esta idea nos resultó enriquecedora y nos llevó a considerar la posibilidad de que en el sujeto ulceroso habite una fantasía muy regresiva, vinculada a la implantación del embrión y a la conformación de la placenta.

Con la intención de explorar esta representación, traeremos algunos desarrollos acerca de la implantación embrionaria que, según creemos, contribuyen en el acercamiento a la comprensión del drama del ulceroso.

El embrión, en sus comienzos, se encuentra rodeado por el saco coriónico, que consta de varias capas, derivadas del trofoblasto, un tejido que forma la interfase trófica entre la madre y el embrión, cuya última expresión será la placenta. El término “trofoblasto” deriva de “trofo”, que significa alimentar, lo que sugiere que esta hoja del embrión está destinada a adquirir el material alimenticio del útero, y de “blasto”, que se refiere a las actividades de proliferación.

La capa más externa del saco coriónico se denomina sinciotrofoblasto, un tejido carente de límites intercelulares que tiene la tarea de invadir y digerir el endometrio para posibilitar la penetración del blastocisto. Este es el único tejido embrionario que está en contacto con la sangre materna, ya que en su espesor se forman pequeñas cavidades que se llenan de esta sangre y de secreciones de las glándulas y vasos endometriales que están siendo destruidos y fagocitados por el sincicio. Estas cavidades se van uniendo y forman una red de lagunas interconectadas, por la cual circula la sangre materna, que constituye el esbozo de lo que más tarde será la laguna sanguínea placentaria.

Durante el transcurso de esta fase, los nutrientes se incorporan al embrión por difusión, provenientes primero del endometrio que está siendo digerido y luego de la sangre materna, enriquecida por las secreciones glandulares. Es decir que el

material licuado durante la invasión endometrial, llamado embriotrofo, es utilizado como alimento hasta tanto se instale la vascularización completa de las vellosidades coriónicas.

Vale la pena destacar que el endometrio, en el cual se ha iniciado la reacción decidua, no se comporta pasivamente frente a esta “invasión”, sino que, por el contrario, la fomenta. De manera que la implantación es el resultado de un “diálogo” y de una colaboración recíproca entre el sinciotrofoblasto y la mucosa endometrial²². Así, gracias a esta tarea conjunta realizada, el embrión, hacia fines de la segunda semana de gestación, se ha introducido por completo en el espesor del endometrio.

Como vemos, la exitosa implantación embrionaria, el desarrollo posterior de la placenta y el crecimiento fetal dependen de la adecuada invasión del trofoblasto a la decidua materna, para tener acceso a los vasos sanguíneos de la madre. Este es un proceso complejo que involucra la proteólisis local de la matriz extracelular, el ataque celular y la migración, así como también la inhibición de estos procesos para su regulación (Hib, 1993; Patten, 1956).

Nos importa resaltar que la habilidad invasiva de las células trofoblásticas que permite la implantación del embrión depende principalmente de su capacidad de secretar enzimas proteolíticas que degradan componentes de la matriz extracelular. Estas enzimas son las metaloproteinasas²³, las mismas que, como vimos, se encuentran hiperactivas en el proceso ulceroso, favoreciendo la digestión y desintegración del tejido afectado.

Aunque sea evidente, subrayemos que en el caso de la implantación embrionaria, a diferencia de lo que sucede en las úlceras, la degradación enzimática que ocurre constituye un proceso normal, ya que el tejido endometrial ha crecido específicamente, no sólo para albergar al embrión, sino también para ser digerido por el blastocisto como alimento durante la implantación, al punto que, como sabemos, si esto no ocurre, este tejido se desprende y se elimina a través la menstruación.

Pensamos que la digestión enzimática embrionaria que mencionamos se vincula estrechamente con la función de absorción que describe Chiozza en *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos* (1970a). Allí plantea que la actividad del feto, que extrae oxígeno y alimento de la sangre materna, se relaciona con el absorber, asociado a fantasías “*de disolución, de licuar al objeto*” (pág. 149). De acuerdo con estas fantasías, el autor considera que es posible pensar en la imago

²² En este sentido, Patten (1956) sostiene que “*algunos investigadores ven en el fenómeno una cooperación perfectamente equilibrada entre los tejidos fetales y maternos, en tanto que otros - probablemente debido a un temperamento belicoso- consideran el crecimiento trofoblástico como una invasión e interpretan su detención como el resultado de un contraataque por parte de los tejidos maternos*” (pág. 130).

²³ Revista colombiana de química, en http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-28042007000200001&script=sci_arttext.

correspondiente al nivel hepatoglandular como *“una ‘madre’ viscosa, absorbente, ‘chupasangre’, una madre vampiro, terrorífica y siniestra, que destruye y licúa – proteinolítica y hemolítica–, que digiere y asimila, amenazando con aniquilar completamente al sujeto”* (pág. 154). Este temor del feto de que la madre se alimente de él y lo “asimile”, aclara el autor, es el resultado de la proyección de lo que él mismo, en su fantasía, está realizando con ella.

Creemos que estas fantasías tan regresivas de disolución, de “licuar” al objeto, vinculadas a la vida intrauterina, así como la actividad enzimática que realiza el embrión para implantarse, nos brindan representaciones que pueden enriquecer nuestra primera aproximación al significado de las úlceras. Como dijimos, nos parece entender que la “autodigestión” presente en estas lesiones expresaría el deseo de “digerir” o “disolver” una parte del objeto, con la fantasía de restituir así la unión con él. Si tomamos lo que ocurre durante la implantación embrionaria como un símbolo o un mito, podríamos pensar que, a través de la úlcera, el sujeto intentaría “licuar” sus propios tejidos, digiriéndolos tal como hace el embrión con los tejidos maternos. En este sentido, la lesión ulcerosa podría representar la intención fallida de “re-implantarse”, como un modo de reconstituir la unión simbiótica con el objeto “nutricio” y restablecer así el suministro anhelado.

A su vez, siguiendo una idea de Gustavo Chiozza²⁴, es posible pensar que la autodigestión presente en la úlcera, como contrafigura de lo anterior, simbolice también una “ofrenda” al objeto, como si el sujeto ulceroso “brindara” su propio cuerpo, a la manera de un alimento, para que el objeto “se nutra” de él, tal como él, siendo apenas un embrión, se alimentó del cuerpo de la madre. Esta “ofrenda” podría contener entonces la fantasía de que el objeto permanezca junto a él, una idea que podría quedar expresada con estas palabras: “así como yo necesité comer de vos, ahora te ofrezco que comas de mí, para que te quedes conmigo”.

Por último, nos ocuparemos de la dificultad para cicatrizar, presente en las úlceras crónicas.

²⁴ Esta idea corresponde a una comunicación personal.

La dificultad para cicatrizar: la úlcera como una “herida abierta”

Las úlceras crónicas que, como vimos, suelen asentar sobre un tejido ya enfermo, presentan una dificultad en su cicatrización que, a nuestro parecer, expresa una vivencia particular que intentaremos describir a continuación.

En una primera aproximación al tema de la cicatrización, Schejtman (2004) plantea que una herida que no cicatriza representa la presencia de un duelo inconcluso o “perpetuo” frente a una pérdida que el sujeto siente como irreparable y a la que no se puede resignar. La autora concluye que *“podemos pensar a la cicatrización de las heridas anímicas y a las del tejido epitelial como metáforas de un mismo proceso. Expresarían la capacidad de reparar o repararse, atravesando para ello la experiencia del necesario duelo, ya que no es posible recuperar todo lo perdido”* (pág. 206).

En ocasión de la discusión de una mesa redonda acerca de la psoriasis²⁵, Gustavo Chiozza subrayó que una característica llamativa de esta enfermedad es que habitualmente la piel no cicatriza y donde se lesiona aparece una placa psoriásica. Agregó que esto nos hablaría de un sujeto al que las heridas le duran y que la más pequeña herida no la olvida, como si quedara allí una memoria. Sugirió que este aspecto de que las heridas permanezcan podría estar vinculado a la ofensa que ellas representan para el sujeto. En aquella oportunidad, Chiozza planteó, en esta misma dirección, que la herida en el psoriásico es un elemento central, no por lo que tiene de concreta, sino porque es una herida sobreinvertida con esta ofensa y que, una vez que ha sido sobreinvertida, toma una similitud con la cicatriz queloide, que va a ser utilizada para “poner allí” un recuerdo. Entonces, añadió, la herida que debería cicatrizar se transforma en una herida irritada que funciona como una lápida de dolor, un elemento de la memoria que pasa a representar la ofensa, porque ha sido elegida para representarla.

Estudiando lo que ocurre en el caso de los pacientes con queloides, Bianconi y Schejtman (2011) sostienen que para el sujeto *“la injuria actual se relaciona con un acto de abandono que representa y reaviva aquella herida antigua, presente desde el nacimiento y la pérdida de la sensación de que el pecho era ‘su yo’”* (pág. 46). Según las autoras, el sujeto siente que la herida actual es producto del mismo abandono *“que lleva desde hace mucho dentro de su alma”* (pág. 46) y que experimenta como una mutilación. Exploran la relación entre el resentimiento frente a esta injuria, la sensación de haber quedado “con la herida abierta” y el sentimiento de encono, que significa *“animadversión, rencor arraigado o llaga con supuración”* (pág. 44). Las autoras sostienen que toda herida que no cierra expresa este sentimiento inconciente y concluyen que es este encono frente a una injuria vivida como abandono y como una mutilación el que impide que se lleve a cabo una cicatrización adecuada. En el caso de los queloides, en particular, las autoras plantean que, dado que el objeto del encono es también el objeto que se necesita, por temor a perderlo, el sujeto reprime su hostilidad y “muestra” una

²⁵ Realizada en la Fundación Luis Chiozza. 19 de octubre de 2007.

conformidad que no siente, expresada en la cicatriz queloide. Se trataría, como recalcó Gustavo Chiozza en ocasión de la discusión de aquel trabajo, de la vivencia de haber depuesto un encono con disconformidad.

Las úlceras crónicas, que no cicatrizan o lo hacen con dificultad, constituyen heridas que permanecen “abiertas”. A menudo, incluso, forman parte de la evolución tórpida de una enfermedad crónica que conlleva un gran deterioro en la vida del paciente, como puede ocurrir con la colitis ulcerosa, la diabetes o la insuficiencia venosa crónica. Pensamos que en estos casos, a diferencia de lo que ocurre en los queloides, donde se finge una conformidad que no se siente, se expresaría directamente la vivencia de haber quedado “con la herida abierta” y el sentimiento de encono asociado a ella, como si el sujeto mostrara así la falta o la carencia que siente, negándose a emprender el camino del duelo que le permitiría “cerrar la herida”²⁶.

Como vimos, Chiozza plantea que únicamente el duelo por aquello que “nos falta” permite que encontremos y aceptemos los sustitutos que la vida nos ofrece y que son capaces de atemperar esa carencia. Entendemos que, en el caso de las úlceras crónicas, el sujeto no se sentiría con la disposición a realizar este duelo, permaneciendo así con su herida abierta, como si la realimentara y la exhibiera, tal vez en la creencia de que existe la posibilidad de recuperar aquello que perdió. Dicho en otras palabras, el sujeto que no puede o no logra aceptar la necesidad de reconfigurar los límites de su yo según los requerimientos de la realidad, intentaría “denunciar” la pérdida, tal vez con la fantasía de recuperar aquello que experimenta como una parte de sí mismo que le ha sido “arrancada”. Atrapado por este deseo de rescatar lo perdido, el ulceroso se negaría a remplazarlo, sin poder aceptar sustituto alguno. Así, tal como lo describe Chiozza (2012) al hablar de la melancolía, podemos pensar que el sujeto “cultiva su herida” porque de esta manera continúa alimentando *“los sufrimientos en los cuales se apoya la esperanza torpe de una meta imposible”* (pág. 114).

²⁶ En este sentido, la úlcera crónica podría considerarse una “contrafigura” del queloide, ya que en lugar de una cicatrización exagerada existe aquí una capacidad de cicatrización significativamente disminuida.

Síntesis

1. A partir de las ideas planteadas en dos trabajos anteriores, y apoyándonos en los desarrollos de Chiozza, nos preguntamos si es posible distinguir, por un lado, una fusión armónica o adecuada con el objeto, vinculada a la trascendencia y a la idea de la relatividad del yo y, por el otro, una vivencia de fusión que podríamos llamar “equivocada”, en la cual el inadecuado trazado o recorte del mapa yoico nos lleva a incluir al otro como una parte “propia”. Pensamos que las úlceras expresarían un conflicto relacionado con un cierto grado de confusión de los límites en la convivencia.
2. Describimos a la úlcera como una herida abierta en piel, mucosas o córnea caracterizada por una pérdida de sustancia en forma de cráter, debida a la desintegración gradual y necrosis del tejido. Agregamos que, en algunos casos, estas lesiones tienen una evolución lenta con escasa tendencia a la reparación y a la cicatrización espontánea.
3. Mencionamos que, hasta donde pudimos comprender, las úlceras comparten una característica básica, que consiste en una suerte de “autodigestión” del tejido afectado. Uno de los factores que intervendría en esta autodigestión es la hiperactividad de un grupo particular de enzimas, llamadas metaloproteinasas, junto con otros factores entramados, como ser la isquemia tisular.
4. Destacamos las úlceras que aparecen en la mucosa digestiva y las úlceras de piel en las cuales existe un compromiso del suministro sanguíneo, y describimos las que nos resultaron más significativas dentro de estos grupos.
5. Resumimos algunos de los desarrollos más recientes de Chiozza, en los cuales le da una importancia particular a la sensación de estar incompletos, de que algo nos falta, como una vivencia fundante que todos llevamos dentro. Dijimos que el autor toma como representación el vínculo del lactante con el pecho de la madre para simbolizar el sentimiento, que habita en todos nosotros, de que el otro es una “parte indisoluble” de uno mismo. Señalamos que la experiencia del nacimiento es otra representación, más regresiva, para aludir a estas mismas vivencias.
6. Retomamos la relación que establecen Bianconi y Schejtman (2011, 2012) entre la idea de que toda herida es vivida como una injuria y los desarrollos de Chiozza acerca de la vivencia de mutilación. Apoyándonos en estas autoras, planteamos que las úlceras, a las que consideramos un tipo particular de herida, compartirían con éstas el significado inconciente de una injuria que remite a la vivencia de mutilación, simbolizada no sólo por la pérdida de la madre pecho, sino también, más regresivamente, por aquella separación de la madre umbilical, representada por el corte del cordón.

7. Planteamos que el paciente ulceroso no lograría elaborar la confusión de los límites entre él y el objeto, y que esto lo llevaría a vivir la separación de dicho objeto como una injuria que lo deja sin una parte de sí mismo. Pensamos que el sujeto reprimiría esta sensación de un “despegue” traumático de dicho objeto y que, en su lugar, aparecería la ruptura del epitelio. Como si, al separarse del objeto con el que se sentía “fusionado”, se dañara una parte del propio yo, representada justamente por la superficie de contacto, la interfaz a través de la cual se sentía inseparablemente unido a él.
8. Agregamos que las úlceras podrían representar *una variante particular* de la vivencia de “estar en carne viva” que también se expresa en la psoriasis.
9. Sostuvimos que la úlcera podría representar la vivencia de que, en esta separación que antes describimos, al sujeto le han “sacado un pedazo” de sí mismo, dejándole, en su lugar, un “agujero” que simboliza la presencia torturante de aquello que le falta. Este agujero, descrito como un cráter, podría representar entonces la huella de este “despegue” traumático.
10. Siguiendo el esquema desarrollando en la investigación sobre anemia, consideramos que el sujeto ulceroso experimentaría aquello que le falta en el momento actual -una falta que representa la separación de un objeto “nutricio”, al cual se sentía unido- como algo que le ha sido arrebatado. Esta ausencia, a su vez, podría ser sentida por el ulceroso como la presencia de un objeto que lo lastima y lo mutila, “digiriendo” o “licuando” sus tejidos, un objeto que, junto con el pedazo de tejido que le saca, le quita una parte de sí mismo.
11. Comparamos la lesión ulcerosa con la implantación embrionaria y destacamos que en la úlcera el sujeto estaría “licuando” sus propios tejidos, digiriéndolos tal como hace el embrión con los tejidos maternos. Tomando lo que ocurre durante la implantación embrionaria como un símbolo, planteamos que la lesión ulcerosa podría representar la intención fallida de “re-implantarse”, como un modo de reconstituir la unión simbiótica con el objeto “nutricio” y restablecer así el suministro anhelado. A su vez, dijimos que es posible pensar que la autodigestión simbolice también una “ofrenda” al objeto, como si el sujeto ulceroso “brindara” su propio cuerpo, a la manera de un alimento, para que el objeto “se nutra” de él y permanezca a su lado.
12. Finalmente, señalamos que las úlceras crónicas, que tardan en cicatrizar, expresarían la vivencia de haber quedado “con la herida abierta” y el sentimiento de encono asociado a ella, como si el sujeto mostrara así la falta que siente, negándose a emprender el camino del duelo que le permitiría “cerrar la herida”.

BIBLIOGRAFÍA

CALATRONI, C., RUIZ, V. y TOZZINI R. (1975)

Ginecología, Editorial médica panamericana, Buenos Aires, 1994.

CECCOTTI, Eduardo Luis (1993)

Clínica estomatológica SIDA, cáncer y otras afecciones, Cap. XXIII, 1993, Ed. Médica Panamericana, 1993.

CHIOZZA, Luis (1970a)

Psicoanálisis de los trastornos hepáticos. Acerca del psiquismo fetal y la relación entre idea y materia, en Obras Completas, t. I, Editorial Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2008.

CHIOZZA, Luis y colab. (1991i [1990]) (Colaboradores: Susana Grinspon y Elsa Lanfri)

“Una aproximación a las fantasías inconcientes específicas de la psoriasis vulgar”, en Obras Completas, t. X, Editorial Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2008.

CHIOZZA, Luis y colab. (2001o) (Colaboradores: Gustavo Chiozza, Dorrit Busch, Enrique Obstfeld, Roberto Salzman y Gloria I. de Schejtman)

“Un estudio psicoanalítico del síndrome gripal”, en Obras Completas, t. XIII, Editorial Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2008.

CHIOZZA, Luis y colab. (2008 [2007]) (Colaboradores: Chiozza, Gustavo; Bruzzon María; F. de Dayen, Mirta; I. de Schejtman, Gloria)

“Un estudio psicoanalítico de la anemia” en *Obras Completas*, Tomo XIII, Editorial El Zorzal, Buenos Aires, 2008.

CHIOZZA. Luis (2010)

Cáncer ¿Por qué a mí, por qué ahora? Editorial Libros del Zorzal. Buenos Aires, Argentina. 2010.

CHIOZZA, Luis (2011)

Hipertensión ¿Soy o estoy hipertenso? Editorial Libros del Zorzal. Buenos Aires, Argentina. 2011.

CHIOZZA, Luis (2012)

El interés en la vida. Sólo se puede ser siendo con otros. Editorial Libros del Zorzal. Buenos Aires, Argentina. 2012.

COROMINAS, Joan (1961)

Breve diccionario etimológico de la lengua castellana, Editorial Gredos, S.A., tercera edición, Madrid, 2003.

DRAE (1992)

Real academia española, diccionario de la lengua española, Editorial Espasa-Calpe, Madrid, 1992.

ESPER, R. y MAZZEI, J. (1993)

Biblioteca de medicina, VII Nutrición, enfermedades metabólicas y diabetes, Editorial El Ateneo, Buenos Aires, 1993.

FARRERAS ROZMAN (1998)

Medicina interna. Hartcourt Brase de España. S.A. 1998.

GARMA, Ángel (1954)

Génesis psicósomática y tratamiento de las úlceras gástricas y duodenales. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1954.

GRINSPAN, David (1991)
Enfermedades de la boca (Semiología, Patología, Clínica y Terapéutica de la Mucosa Bucal), Cap. XXI, Tomo II, Ed. Mundi SACIF, 1991.

HARRISON (1989)
Principios de Medicina Interna. Ed. Interamericana McGraw-Hill. Undécima edición. México. 1989.

HIB, José (1993)
Embriología médica, Editorial Interamericana, Mc Graw-Hill, México, quinta edición, 1993.

MOLINER, María (1992)
Diccionario de uso del español. Ed. Gredos. Madrid. 1992.

PATTEN, Bradley (1956)
Embriología humana, reimpresión de la quinta edición, Editorial El Ateneo, Buenos Aires, 1973.

ROBBINS, S. L y COTRAN, R. S. (1987)
Patología estructural y funcional. 3ª edición. Nueva Editorial Interamericana. Méjico DF. 1987.

Referencias bibliográficas

ADAMO, María y GRUS, Marina (2011a)
“Algunas ideas acerca de las aftas”. Presentado en la Fundación Luis Chiozza. Simposio 2011.

ADAMO, María y GRUS, Marina (2011b)
“Algunas ideas acerca de las mucosas y su relación con la piel”. Presentado en la Fundación Luis Chiozza. 16 de septiembre de 2011.

BIANCONI, Silvia y SCHEJTMAN, Gloria (2011)
“Algunas ideas acerca de los queloides”. Presentado en la Fundación Luis Chiozza. Simposio 2011.

BIANCONI, Silvia y SCHEJTMAN, Gloria (2012)
“Algunas ideas sobre el proceso cicatrizal”. Presentado en la Fundación Luis Chiozza. Simposio 2012.

CHIOZZA, Gustavo (2005b)
“Primeras reflexiones sobre la interrelación de fantasías en el síndrome metabólico”. Presentado en la Fundación Luis Chiozza. Simposio 2005.

CHIOZZA, Gustavo y CORNIGLIO, Horacio (2005c)
“Comenzando a pensar en lo específico de la diabetes tipo I”. Presentado en la Fundación Luis Chiozza. Simposio 2005.

SCHEJTMAN, Gloria (2004)
“Algunas ideas sobre el proceso de cicatrización en la curación de las heridas”. Presentado en la Fundación Luis Chiozza. Simposio 2004.