



# REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE LA REGIÓN DE MURCIA

SESIÓN EXTRAORDINARIA Y SOLEMNE DE RECEPCIÓN  
COMO ACADÉMICA DE NÚMERO

DISCURSO DE INGRESO

LA CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL,  
PASADO, PRESENTE Y FUTURO

POR LA

Ilma. Sra. Dra. D<sup>a</sup> María Ángeles Rodríguez González



DISCURSO DE CONTESTACIÓN

POR EL

Ilmo. Sr. Dr. D. José Antonio Nuño de la Rosa Pozuelo



16 de junio de 2022

MURCIA





# DISCURSOS

LEÍDOS EN LA SESIÓN EXTRAORDINARIA Y SOLEMNE  
DE RECEPCIÓN COMO ACADÉMICA NUMERARIA,  
CELEBRADA POR LA

## REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE LA REGIÓN DE MURCIA

el día 16 de junio de 2022

Discurso de ingreso

de la

Ilma. Sra. Dra. D<sup>a</sup> María Ángeles Rodríguez González

### **‘La Cirugía Oral y Maxilofacial, pasado, presente y futuro’**

Discurso de contestación

por el

Ilmo. Sr Dr. D. José Antonio Nuño de la Rosa Pozuelo

Académico de Número de la Real Academia de Medicina y Cirugía  
de la Región de Murcia

*Edita:*



*Real Academia de Medicina y Cirugía  
de la Región de Murcia*

*Realización y producción:*

Juana Alegría

*Depósito Legal:*

MU 539-2022

## Índice:

- Discurso de ingreso: **‘La Cirugía Oral y Maxilofacial, pasado, presente y futuro’** ..... 7
  - Preámbulo ..... 13
  - 1. Concepto y Campos de Acción ..... 15
  - 2. Antecedentes Históricos ..... 17
  - 3. Origen y evolución de la especialidad en España ..... 26
  - 4. Estado actual de la titulación en Cirugía Oral y Maxilofacial..... 34
  - 5. Por tanto, ¿hacia dónde caminamos? ..... 41
  - Bibliografía..... 47
  
- Discurso de contestación ..... 53



Discurso de ingreso

**‘La Cirugía Oral y Maxilofacial,  
pasado, presente y futuro’**

por la

Ilma. Sra. Dra. D<sup>a</sup> María Ángeles  
Rodríguez González



*A mi familia, gracias por vuestro  
cariño y apoyo incondicional*



*Excelentísima Sra. Presidente de la Real Academia de Medicina  
y Cirugía de la Región de Murcia,  
Excelentísimos e Ilustrísimos Académicos,  
Señoras y Señores.*

**H**oy tengo el honor de pronunciar este discurso de ingreso como Académica en esta bicentenaria Institución, y deseo comenzar agradeciendo el apoyo recibido de su Presidente y todos sus miembros. Gracias a los Ilustrísimos Académicos que me votaron y en especial a los que propusieron y avalaron mi candidatura: D. Francisco Toledo Romero, D. José Antonio Nuño de la Rosa Pozuelo, D. Manuel Segovia Hernández, D. Manolo Sánchez-Solís de Querol y D. Juan Antonio Ruipérez Abizanda. Muchas gracias por ese cariño y apoyo con el que me he sentido abrumada, y confieso que en algún momento desconcertada por lo que he considerado un honor inmerecido.

Permítanme también expresar mi agradecimiento al Profesor D. Pascual Parrilla Paricio, a quien debo mi vocación quirúrgica y al que he admirado profundamente desde que era estudiante. Admiración que con los años se ha unido a un gran cariño hacia él y su familia.

Así mismo, es imprescindible para mí tener un recuerdo para el Ilustre Académico que llevó con anterioridad la medalla no 12 que

me ha correspondido. D. Carlos García Ballesta, profesor titular de Odontopediatría del que fui alumna en la Escuela de Estomatología de Murcia, a cuya primera promoción pertenezco, y al que siempre consideré magnífico profesional y mejor persona. Pionero de la Odontopediatría en nuestra Región, destacó siempre por su sencillez y alegría, así como por su capacidad de trabajo y rigor científico. Es para mí un honor y una gran responsabilidad continuar su labor en la Academia.

Por último, manifestar mi agradecimiento a mis dos maestros en la especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial:

D. Sebastián Méndez Trujillo y D. Antonio Vidal Torres. Ambos, pilares fundamentales en mi formación. Con ellos he compartido muchos años de profesión en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, en el que comencé mi formación como cirujana oral y maxilofacial en 1984 y en el que sigo trabajando en la actualidad. Han sido mis maestros, pero también grandes compañeros y amigos.

Gracias a todos.

## Preámbulo

Confieso haber tenido dudas respecto al tema a elegir para mi discurso de ingreso. El primer pensamiento fue hablar sobre alguno de los temas de mi especialidad a los que me dedico más en profundidad, como las fisuras labiopalatinas, o sobre una de mis pasiones, la Cirugía Solidaria, a la que tuve la gran suerte de descubrir hace más de 10 años y cuyas campañas se han hecho imprescindibles en mi vida.

Pero, por otra parte, soy estomatóloga y cirujana oral y maxilofacial, dos especialidades estrechamente relacionadas y muchas veces en conflicto. Y siendo ésta última aún en la actualidad insuficientemente conocida y con gran variabilidad respecto a los estudios que conducen a su titulación en los diferentes países, he decidido disertar sobre sus inicios, su relación con la Odontología, su evolución y la situación de la especialidad en Europa y en el resto del mundo.

Incluso dentro del ámbito médico, pocos profesionales conocen el alcance de la Cirugía Maxilofacial, dado que en la Licenciatura de Medicina raramente se muestra algo de ella y por otra parte la población en general no distingue entre un odontólogo que se dedica a la Cirugía Oral y un cirujano oral y maxilofacial. Este desconocimiento se ha podido comprobar en diferentes estudios publicados, basados en cuestio-

narios realizados a médicos, odontólogos, estudiantes de Odontología y Medicina, y a la población en general<sup>1-6</sup>.

De tal modo que, a pesar de que en los últimos años ha mejorado el conocimiento sobre la especialidad, todavía hoy gran parte de la población poco o nada sabe en relación a ella y curiosamente, es en general mejor conocida por odontólogos y estudiantes de Odontología que por médicos y estudiantes de Medicina<sup>1-5</sup>. También es cierto que la variabilidad de la terminología utilizada contribuye a aumentar esta confusión, así se habla de Cirugía Oral, Cirugía Oral y Maxilofacial, Cirugía Oral y Facial, Cirugía Cráneo-Maxilofacial, o Cirugía Maxilofacial y de Cabeza y Cuello, que es la nomenclatura más actual<sup>7-8</sup>.

La Cirugía Oral y Maxilofacial es hija de la Cirugía y la Odontología y, aunque la patología que engloba y su terapéutica son conocidas desde hace siglos, su reconocimiento como una disciplina académica y asistencial es bastante reciente. Como veremos, el avance de la especialidad se efectuó fundamentalmente a partir de mediados del siglo XIX, con la era moderna de la Cirugía, el descubrimiento del éter, y la separación de la Medicina y la Odontología. Será también en este siglo cuando aparecen las primeras diferencias respecto a la formación en la especialidad<sup>9</sup>.

Así, mientras en EE.UU los cirujanos maxilofaciales proceden en su mayoría del campo de la Odontología, en Europa es una especialidad médica que en algunos países requiere una doble titulación en Medicina y Odontología. En cualquier caso, tanto la formación como las atribuciones de los especialistas, se fueron configurando a lo largo del siglo XX y fundamentalmente a partir de la Primera Guerra Mundial, con la aparición de los complejos traumatismos faciales, para cuyo tratamiento eran necesarios los conocimientos de la Cirugía y de la Odontología<sup>6</sup>.

## 1. Concepto y Campos de Acción

El rostro humano es la manifestación visible de la persona. Establecemos nuestros juicios la mayoría de ocasiones en base al aspecto de la cara, por lo que las enfermedades de la misma nos afectan mucho más que aquellas que afectan a zonas no visibles. Además, en el caso de las enfermedades de la cavidad oral, pueden verse perjudicadas funciones de vital importancia en nuestras relaciones e integración social.

Por otra parte, el rostro se encuentra entre estructuras anatómicas cruciales, como el cerebro, la médula espinal e importantes vasos y órganos cervicales. Por tanto, las intervenciones en este área no sólo requieren de habilidades quirúrgicas precisas en el manejo de tejidos duros y blandos, sino que también suponen, en muchos casos, un trabajo de equipos multidisciplinares.

Así, durante los últimos 30 años, la cirugía llevada a cabo por especialistas en Cirugía Oral y Maxilofacial ha ido mucho más allá de los dientes, la boca, los maxilares y la cara. Esto se debe a que la reconstrucción de las estructuras esqueléticas y partes blandas de la cara y de la cavidad oral, puede requerir de injertos tomados de otras regiones como la pierna, la cadera, el hombro, el brazo, la región costal, etc. En muchos casos, estas resecciones y reconstrucciones son llevadas a cabo por equipos formados exclusivamente por cirujanos maxilofaciales, mientras que en otros, se realizan formando parte de equipos multidisciplinares<sup>10</sup>.

En España, la Comisión Nacional de la Especialidad, creada según Real Decreto 127/1984, la define como **‘la especialidad médico-quirúrgica que se ocupa de la prevención, estudio, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la patología de la cavidad bucal y de la cara así como de las estructuras cervicales relacionadas directa o indirectamente con las mismas’**, y añade que ‘el contenido de la misma, engloba a la patología infecciosa-inflamatoria,

traumática, tumoral y malformativa congénita o adquirida, junto con cuantas posibilidades reconstructivas, vecinas o a distancia, puedan emplearse<sup>11-13</sup>.

La Orden SCO/2753/2007 de 4 de septiembre de 2007 del Ministerio De Sanidad y Consumo establece el programa formativo de la Especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial<sup>13</sup>.

Las áreas de formación establecidas en la especialidad son:

- Conocimientos básicos de la Cirugía General.
- Conocimientos necesarios de Odontología.
- Formación completa en Patología Médica Oral y Maxilofacial.
- Formación completa en Patología Quirúrgica Oral y Maxilofacial.

El espectro de la especialidad incluye los siguientes ámbitos:

- Tratamiento del dolor y de la ansiedad.
- Cirugía dentoalveolar y periodontología.
- Tratamiento de las infecciones que involucran los huesos y tejidos blandos de la cabeza y el cuello.
- Traumatismos cráneo-maxilofaciales (partes óseas y tejidos blandos), tanto agudos como secuelas.
- Patología Oral — Medicina Oral.
- Cirugía preprotésica e implantología.
- Tratamiento quirúrgico y no quirúrgico de las afecciones de la ATM.
- Cirugía oncológica de cabeza y cuello, incluyendo cirugía cervical.
- Tratamiento de los tumores benignos y malignos de las glándulas salivales.
- Cirugía reconstructiva de cabeza y cuello, incluyendo disección de colgajos de tejidos blandos y óseos.
- Técnicas microquirúrgicas.
- Cirugía ortognática y ortopédica facial.
- Cirugía Plástica, Estética y Reparadora cérvico-facial.

- Tratamiento de las malformaciones congénitas faciales que incluyen a su vez las fisuras labio palatinas.
- Cirugía craneofacial.

## 2. Antecedentes Históricos

Para entender el presente y mirar hacia el futuro, es imprescindible considerar el pasado. Así, las primeras referencias históricas en relación a tratamientos quirúrgicos orales, y podemos decir en relación a nuestra especialidad, corresponden a exodoncias realizadas en el periodo neolítico<sup>14,15</sup>.

En la búsqueda de los antecedentes encontramos, a finales del S. VII a. C. en la antigua Mesopotamia, un texto escrito en las tablas asirias de la colección Kuyunjik, en el cual un ‘médico-dentista’ asirio aconseja al rey la extracción de los dientes de su hijo por ser la causa de la enfermedad que sufría: *‘La razón por la cual su cabeza, sus brazos y sus piernas están inflamadas, es debido a sus dientes. Los dientes deben ser extraídos, por ellos es que está inflamado, si se extraen, él resolverá su inflamación por sus canales internos y entonces sanará’*<sup>14,16</sup>.

También, en el Papiro de Ebers, uno de los más antiguos tratados médicos, redactado hacia el año 1.500 a. C., (descubierto por Edwin Smith en 1862, y comprado por Georg Ebers, al que debe su nombre y traducción) aparecen referencias a diversas enfermedades dentales y tratamientos para las infecciones debidas a la caries y a la necrosis pulpar. Hace igualmente referencia a la cauterización para tratamiento de tumores y quistes, y describe fracturas de mandíbula, nariz y tercio medio, así como luxaciones mandibulares y su tratamiento, técnica que ha permanecido invariable desde los tiempos faraónicos hasta nuestros días. Se atribuye a Imhotep (2690-2610 a. C.), padre de la Medicina Egipcia, la autoría de dicho Papiro de Ebers, pues se considera que es una copia de sus obras previas<sup>15,16</sup>.

Alrededor del año 600 a. C., Súsruta, médico y cirujano, considerado padre de la Cirugía india, describe el colgajo frontal para la reconstrucción nasal que hoy llamamos ‘colgajo indio’. Se trata de un colgajo en dos tiempos, rotando la piel de la frente y cortando el pedículo posteriormente para reconstruir la nariz que era amputada en delincuentes, homosexuales, adúlteros y prisioneros, y que hoy día también se sigue utilizando<sup>16</sup>.

En la antigua Grecia, se atribuye a Esculapio (1560 a. C.) el estudio de la avulsión dentaria que realizaba con una pinza que denominó ‘odontagogo’<sup>14,15</sup>. También Aristóteles (384-322 a. C.), escribió sobre la extracción dental y la utilización de alambres para estabilizar fracturas maxilares, y además describe el uso de un alambre candente para tratar las patologías dentales y de los tejidos orales<sup>15,16</sup>. Mientras que Hipócrates (460-377 a. C.) analizó los diferentes tipos de luxaciones y fracturas faciales, estructurando los sistemas de inmovilización mandibular y dentaria con ligaduras. A él se atribuye el término de ‘muela del juicio’, para designar al tercer molar<sup>14, 16</sup>. En sus obras, reunidas en el denominado ‘*Corpus Hipocraticum*’, los tratados más completos son los de cirugía, y ya en ellos refiere su importante relación con la guerra, afirmando: *‘quien desee practicar la cirugía debe ir a la guerra’*. Una de las manifestaciones en relación con su pensamiento quirúrgico es la siguiente: *‘Lo que no se cura con medicamentos, se cura con el cuchillo; lo que el cuchillo no cura lo hace el fuego y lo que el fuego no puede curar, se considera incurable’*<sup>14-16</sup>.

En el siglo I d. C., Celso Cornelio, médico romano (25 a. C. - 50 d. C.), en su obra ‘*De Medicina*’, describe tratamientos para la odontalgia, analiza la anatomía y las fracturas faciales y detalla la reducción de la luxación mandibular exactamente como aparece en el Papiro de Ebers.

Claudio Galeno (131-201 d. C.), médico griego, describe la anatomía y función de las distintas piezas dentarias, así como la erupción

patológica del tercer molar. Su libro: *'La Cara'* es sorprendente por el conocimiento que demuestra en Estomatología, describiendo el nervio trigémino y la musculatura masticatoria<sup>14-17</sup>.

En el mundo medieval, el pueblo árabe hereda los conocimientos de la antigüedad y los transmite a la civilización de Occidente. Avicena (980-1032), máximo exponente de la medicina árabe en el siglo X, en su libro *'El Canon de Medicina'* contribuyó con conocimientos de cirugía buco-dentaria e introdujo el uso del cauterio o hierro candente en lugar del bisturí. Al igual que Abulcasis (936-1013), que lo reflejó en su tratado de cirugía *'Al Tasrif'* (Libro de la práctica médica) sobre cauterización e incisiones, corte y extracciones y sobre las fracturas de los dientes. Mostró gran cantidad de instrumentos para uso dental y presentó la operación del labio fisurado<sup>14-16</sup>.

Pero aunque existan referencias en relación a los problemas quirúrgicos orales desde hace más de 3.000 años, podemos decir que la cirugía oral inicia su andadura de forma más definida a partir del Renacimiento<sup>16</sup>. Destaca en esta etapa el importante desarrollo de los conocimientos anatómicos con Andrea Vesalio (1514-1565), quien además realizó un estudio en torno a la patología del tercer molar y propuso la intervención quirúrgica con ostectomía para su exodoncia<sup>14-16</sup>.

También en el siglo XVI Ambroise Paré (1510-1590), cirujano francés, en sus *'Cinq Livres de Chirurgie'* trató numerosas cuestiones de cirugía bucal y Odontología en general. Trabajó en la reimplantación dentaria, fue el primero que utilizó la prótesis en una fisura palatina, y a él se le atribuye la invención del abrebocas, instrumento fundamental en nuestra profesión<sup>14-16</sup>.

En el siglo XVII cabe destacar a Wilhelm Fabry (1560-1624), cirujano alemán que estableció la relación entre la cefalea y la odontalgia, observando como en ocasiones aquella curaba o mejoraba con la extracción de piezas careadas<sup>14</sup>. A este siglo pertenece igualmente el cirujano

británico Nathaniel Highmore (1613-1685), que describió el seno maxilar conocido desde entonces como Antro de Highmore<sup>14-16</sup>.

La gran figura del siglo XVIII es sin lugar a dudas Pierre Fauchard, médico francés (1678-1761) considerado el padre de la Odontología moderna. En su obra *Le chirurgien dentiste*, publicada en 1728 realiza una descripción científica de la Odontología y estudia por vez primera la enfermedad periodontal. Ejerció como cirujano en el hospital universitario de Angers donde fue renombrado cirujano oral y protesista. Mientras que Robert Bunon (1702-1748), contemporáneo de Fauchard, es considerado el padre de la Odontopediatría moderna, defendiendo la prevención y la Odontología conservadora<sup>14-17</sup>.

Por último en este siglo, nombrar a John Hunter, considerado el padre de la cirugía experimental (1728-1793), que publicó en 1771 su obra maestra: *Tratado sobre la Historia Natural de los Dientes del Hombre* (History of the Human Teeth), contribuyendo notablemente al desarrollo de la Odontología<sup>15-17</sup>.

Es importante conocer la formación quirúrgica a principios del siglo XIX para comprender dónde estamos hoy. La operación quirúrgica dental más común era la extracción, también se realizaban desbridamientos de heridas, escisiones de tumores, y drenajes de infecciones de la región cervical. Médicos y profesionales no sanitarios (barberos y herreros) que fueron aprendices de médicos o de cirujanos dentales eran los que realizaban estos procedimientos<sup>9</sup>.

La era moderna de la Cirugía comenzó a mediados del siglo XIX con el descubrimiento de la anestesia. El primero en usar la anestesia en Odontología fue Horace Wells (1789-1869), que en 1844 utilizó el óxido nitroso, aunque no tuvo éxito en su demostración, y es posteriormente su colega William Morton, el que el 16 de Octubre de 1846 llevó a cabo la primera demostración pública con éxito de la utilización del éter como anestésico<sup>9, 15, 16</sup>. Pero su uso fue más popularizado por

Nathan Cooley Keep, renombrado odontólogo y el cirujano dental más respetado de la época en Boston. Keep defendió la necesidad de que universidades y colegios capacitasen a los dentistas, abogando por una formación odontológica y médica, completa y unida<sup>9</sup>.

En 1840 se funda el Baltimore College of Dentistry, que fue la primera facultad de Odontología del mundo y donde nace el título de Doctor en Cirugía Dental. Este Colegio independiente surge al negarse la Universidad de Maryland a agregar la educación dental a su plan de estudios. Como resultado a la resistencia a incluir la Odontología en la educación académica, surgen otras escuelas independientes como el Pennsylvania College of Dental Surgery en 1856, donde la Cirugía Oral fue reconocida como especialidad en 1864, siendo James Garretson (1828-1895), médico y dentista considerado el padre de la Cirugía Oral, quien dio el nombre a la especialidad y la introdujo en dicha Universidad<sup>9-14</sup>.

Así, en los Estados Unidos, a la Odontología se le negó el estatus académico hasta 1867, cuando en Harvard se establece la primera Escuela de Odontología afiliada a una facultad de Medicina con sede en la Universidad. Harvard fue por tanto la primera escuela en otorgar el título de Doctor en Medicina Dental (DMD)<sup>9</sup>.

Considerado en EEUU como el primer especialista en Cirugía Maxilofacial, Simon Hüllihen (1810-1857) realizó importantes aportaciones en el tratamiento de las fisuras labiopalatinas y tumores maxilares, y fue el primero en realizar una cirugía ortognática. Graduado en 1832 como médico, el Baltimore College of Dentistry en 1842 le concedió un doctorado honorífico en Cirugía Dental. En 1849 publica en el *American Journal of Dental Science* el primer caso de cirugía ortognática<sup>15, 16, 18, 19</sup>.

El siglo XX va a estar marcado por las dos grandes guerras mundiales y, a pesar de su resultado devastador para la humanidad, suponen un hito en el desarrollo internacional de la especialidad.

Así lo plasma el novelista francés Marc Dugain en su novela *'La Chambre des Officiers'*, donde narra la estancia de Adrien, un joven teniente de Ingenieros, que en 1914 resulta gravemente herido en el rostro por una bomba en su primera misión de combate. Trasladado al hospital militar de Val-de-Grâce, será el primer interno del pabellón dedicado a oficiales desfigurados. A lo largo de los siguientes cinco años, y tras 19 intervenciones para recuperar una apariencia humana, verá pasar por el pabellón a cientos y cientos de hombres que perdieron sus caras en combate<sup>11, 12, 16</sup>.

Durante esta I Guerra Mundial, fue pionero en la reconstrucción de lesiones faciales mutilantes el cirujano neozelandés Harold Gillies (1882-1960), que tras conocer las técnicas de cirujanos franceses como Valadier y Morastin, crea en 1916 una unidad con 200 camas en el Hospital Militar de Cambridge para el tratamiento de lesiones faciales y maxilares. Pero al recibir tras la batalla de Somme a más de 2.000 soldados resultando insuficiente, se trasladó a Sidcup en Kent (Figura 1) en 1917. Fue allí donde se estableció un enfoque multidisciplinar incluyendo a cirujanos plásticos y dentistas, destacando William Fry entre los principales cirujanos dentales<sup>16,20</sup>.



Figura 1. Quirófano de Cirugía Plástica y Maxilofacial del Hospital de Sidcup.

Fotografías, dibujos, acuarelas y notas con resúmenes de casos atendidos vienen recogidas en el 'Archivo Macalister', el cual proporciona detalles de gran valor en relación a las técnicas quirúrgicas y reconstructivas desarrolladas en Sidcup<sup>21</sup> (Figuras 2 y 3).



Figura 2. Sargento Lee, acuarela de Daryl Lindsay, herida de bala. Archivo Macalister.

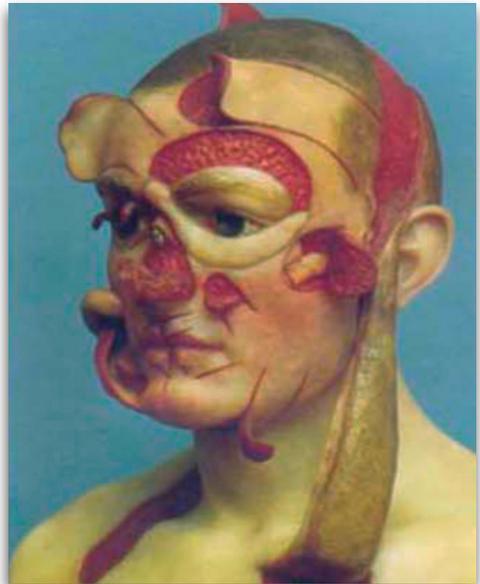


Figura 3. Modelo de cera atribuido a Kelsey que muestra algunas de las técnicas de reconstrucción facial. Archivo Macalister

Gillies realizó los primeros injertos pediculados, rotacionales y de transposición, así como injertos óseos de costilla y tibia, por lo que puede considerarse el origen de la cirugía reconstructiva (Figura 4). Durante el último año de la guerra, llegaron a Sidcup cirujanos estadounidenses, trabajando junto a profesionales británicos, canadienses, neozelandeses y australianos. Es entonces cuando aparece la intubación nasal, lo que facilitó la realización de complejas intervenciones en la cavidad oral<sup>20</sup>.



Figura 4. Colgajo pediculado realizado por Harold Gillies durante la Primera Guerra Mundial.

Mientras tanto en los países de habla alemana, los cirujanos partían de una mejor preparación debida al legado transmitido por sus cirujanos reconstructivos del siglo XIX, tales como Friedrich Dieffenbach (1792-1847), Bernhard Von Langenbeck (1810-1887) o Carl Thiersch (1822-1895)<sup>20</sup>.

En 1914, August Lindemann crea la primera Unidad dedicada a la

Cirugía Facial del mundo en Düsseldorf, siendo los médicos alemanes los primeros en establecer el enfoque multidisciplinar que involucraba cirujanos, dentistas y técnicos dentales. En 1917, el cirujano holandés Johannes Esser (1877-1946) es nombrado jefe de cirugía plástica en Berlín, y establece la importancia de la vascularización en la reconstrucción facial, diseñando múltiples colgajos que todavía se utilizan hoy día<sup>20</sup>.

La II Guerra Mundial junto a las de Corea e Indochina sirven de nuevo como impulso para el desarrollo de la Cirugía Maxilofacial, en especial de la traumatología. Cabría reseñar nombres como el cirujano maxilofacial estadounidense William Adams que en 1942 describe la técnica de fijación interna mediante suspensión con alambres, para tratar las fracturas de tercio medio<sup>14</sup>. Tras la II Guerra Mundial, la especialidad se asienta progresivamente a ambos lados del Océano Atlántico, como un área de conocimiento específica.

A imagen de lo ocurrido en el resto del mundo, en España, la Guerra Civil constituyó un hito trascendente en el desarrollo de la Cirugía Oral y Maxilofacial. Esta realidad se ve reflejada en el libro *La Otra Cara de la Guerra Civil*, editado por la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial, en el que se recogen fotos, dibujos y anotaciones de las patologías de heridos por arma de fuego en el rostro durante la contienda, y de las técnicas reconstructivas utilizadas por el doctor Jesús Martín Sánchez, dentista destinado en el hospital de sangre del madrileño barrio de Chamartín.

Las diferencias de orden académico y profesional de los distintos países beligerantes han hecho que la evolución de la especialidad sea distinta en ellos. Así, mientras en EEUU el origen de los cirujanos maxilofaciales fue mayoritariamente odontológico, en Europa en su mayoría eran médicos y odontólogos, y en Inglaterra los Servicios de Cirugía estaban integrados por distintos especialistas que colaboraban mutuamente, entre los que estaba el cirujano oral<sup>12</sup>.

### 3. Origen y evolución de la especialidad en España

España, no muy distante de otros muchos países, no tuvo una formación reglada en materia odontológica hasta el siglo XIX. En 1875, mediante un Real Decreto firmado por Alfonso XII, se estableció la titulación de ‘Cirujano Dentista’<sup>16, 22</sup>. El decreto, que preveía la futura creación de centros académicos para formar a los futuros dentistas, se limitó a regular los exámenes obligatorios para recibir dicho título. En este punto, me gustaría subrayar que la práctica de la Cirugía Dental por parte de las mujeres aún debería esperar casi una década a ser autorizada, puesto que no será hasta el 14 de julio de 1883 por medio de una Real Orden en la que indica textualmente: *‘S.M. el Rey (C.D.G.) ha tenido a bien disponer que se autorice a las señoras para ejercer la profesión de cirujano-dentista en las mismas condiciones que los hombres’*<sup>16</sup>.

Es a principios del siglo pasado, en 1901, cuando por la Real Orden de 1 de marzo se estableció el título de ‘Odontólogo’ gracias a S.M. la Reina Regente, doña María Cristina de Habsburgo, paciente de un joven dentista, D. Florestán Aguilar (1872-1934). La Real Orden contemplaba la instauración de los estudios odontológicos en la Facultad de Medicina de la Universidad Central, quedando elevada en lo sucesivo la titulación a la categoría de universitaria<sup>22</sup>.

Pero si hasta 1901 no se crea el título de Odontólogo, no es hasta 1914 cuándo se crea la correspondiente Escuela. Para la obtención de dicho título era preciso superar los dos primeros años de Medicina (más tarde serían tres), y posteriormente dos de formación específica en Odontología y Prótesis. Fue D. Florestán Aguilar (Figura 5), catedrático de Odontología, el que incluyó en dicha asignatura temas relacionados con la Cirugía Oral como eran la asepsia y antisepsia, anestesia, extracciones, injertos dentarios, fracturas maxilares, enfermedades del seno, de la lengua y otras. En este momento se produce una clara separación entre médicos y dentistas.



Figura 5. D. Florestán Aguilar.

En esta misma época, destaca la figura del doctor D. Bernardino Landete (1879-1968) (Figura 6), licenciado en Medicina en 1902 y, tras especializarse primero en Otorrinolaringología, se convierte en 1904 en el primer médico que obtiene el título de Odontólogo. Además, tras la creación en 1914 de la Escuela de Odontología, gana la cátedra de Prótesis Dental y es considerado ‘el verdadero padre de la Cirugía Maxilofacial española’.



Figura 6. D. Bernardino Landete.

Con el paso del tiempo, las diferentes concepciones sobre la reforma de la Odontología en España provocaron un distanciamiento entre los catedráticos Florestán Aguilar y Bernardino Landete, cuyo resultado será una auténtica división en la profesión, tanto a nivel académico como político. Así, Florestán Aguilar, ligado a la monarquía, defendía que los dentistas debían tener su propia formación académica separados de los médicos. Mientras que, Bernardino Landete, republicano, se mostró siempre partidario de que la Odontología formara parte, como una rama más, de la Medicina. El enfrentamiento ‘Odontología versus Estomatología’ equivaldría así mismo al de ‘monarquía *versus* república’.

Landete ocupó la cátedra de Odontología desde 1932, tras la depuración política de Florestán Aguilar durante la II República, hasta que él mismo fue apartado tras la caída de ésta. Aunque se le reintegró su cátedra en 1949, la reparación fue simplemente honorífica, al contar ya con 70 años y jubilarse unos meses después.

Desde un primer momento, Landete orientó su carrera hacia el terreno quirúrgico, como jefe del Servicio de Odontología del Instituto Rubio, y realizó numerosas cirugías maxilofaciales aplicando en ellas sus conocimientos como odontólogo sobre la anestesia local<sup>6, 11, 12, 22-24</sup>

Durante la guerra civil española, a imagen de lo sucedido en el resto del mundo con las contiendas mundiales, se objetivó la necesidad de los cirujanos de contar con la colaboración de los odontólogos para realizar con la mayor eficacia posible los tratamientos de los traumatismos faciales que se producían.

En 1937 se creó la sección de Odontología del Cuerpo de Sanidad Militar, naciendo el primer servicio militar de la especialidad en el Hospital de Carabanchel, dirigido por Gómez-Ulla<sup>11, 12</sup>.

En 1944, se vuelven a unir la Odontología y la Medicina, dado que se suprime la titulación de Odontología y se crea la de Estomatología

como continuación de la licenciatura de Medicina mediante el Decreto de 7 de Julio de 1944 de Ordenación de la Facultad de Medicina<sup>25</sup>. Nace la titulación de licenciado médico-estomatólogo.

Un año antes, en 1943, se había creado el que podríamos considerar el primer Servicio de Estomatología y Cirugía Oral en el Hospital Provincial de Madrid (actual Hospital Gregorio Marañón). Del mismo período datan los Servicios de Estomatología del Hospital Provincial de Valencia, el Hospital General de Asturias en Oviedo, el Hospital Civil de Basurto en Bilbao, el Hospital Marqués de Valdecilla en Santander o el del Hospital Provincial de Valladolid.

A partir del año 1952, las autoridades sanitarias del naciente Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) ven la necesidad de institucionalizar dentro del sistema, la prestación de una serie de especialidades quirúrgicas que empiezan a desarrollarse en el Instituto de Medicina, Higiene y Seguridad del Trabajo. Nace el Centro Nacional de Especialidades Quirúrgicas en la Ciudad Universitaria de Madrid, y dos años después, en 1954 se crea el primer Servicio de Cirugía Maxilofacial de la red sanitaria de la Seguridad Social, dirigido por el Dr. Víctor Sada Tejero (1923-1992) (Figura 7).



Figura 7. Dr. Víctor Sada Tejero.

En definitiva, si Bernardino Landete está en el origen de la estructuración del conocimiento de la especialidad a nivel nacional, Víctor Sada está en el origen del reconocimiento de la especialidad y de su difusión a todo el territorio española<sup>6, 11, 12</sup>.

Se inicia así la transformación de los servicios de Odontología y Estomatología existentes, incorporando la Cirugía Maxilofacial. Así ocurre en 1956 en el Hospital Central del Ejército del Aire, ocupando la jefatura el Dr. Calatrava Páramo, y en 1961 en el Gran Hospital de la Beneficencia del Estado (hoy Hospital de la Princesa) donde pasa a ocupar la jefatura el Dr. Víctor Sada, cambiando la denominación del servicio por el de Cirugía Maxilofacial. En el año 1964 se pone en marcha la Ciudad Sanitaria La Paz, siendo nombrado jefe de Servicio el Dr. Sada. A partir de este momento aparecen otros servicios en diferentes capitales españolas<sup>11, 12</sup>.

Respecto a la implantación en nuestra Región, será en 1975 cuando se cree el Servicio en el Hospital Virgen de la Arrixaca, siendo nombrado en ese momento jefe de Servicio el Dr. Ricardo Marzan Choya, licenciado en Medicina y Estomatología y especialista en Cirugía Maxilofacial por el Hospital de La Paz en Madrid. En estos primeros años le acompañaron los doctores José M<sup>a</sup> Polo Camacho y Juan A. Ramírez Huete.

A partir de 1978 se incorpora como jefe de Servicio el Dr. Sebastián Méndez Trujillo, licenciado en Medicina y en Estomatología, quien realizó en Alemania la especialidad de Ortodoncia y de Cirugía Maxilofacial, y junto con el Dr. Antonio Vidal Torres inician lo que fue el germen de nuestro actual Servicio.

En cuanto al reconocimiento de la especialidad en España, con la Ley de 20 de Julio de 1955 sobre 'Enseñanza, título y ejercicio de las Especialidades Médicas'<sup>26</sup>, pasaron a ser reconocidas numerosas especialidades pero la Cirugía Maxilofacial no se encontraba entre ellas, por lo que, aunque había servicios de Cirugía Oral y Maxilofacial, sus plantillas estaban integradas por Licenciados Médicos-Estomatólogos.

La Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial se constituye en 1965, siendo su primer presidente el Dr. Víctor Sada Tejero quien en 1967 organiza el I Congreso Nacional.

A partir de 1966, a pesar de no estar reconocida la especialidad, se inicia la formación de médicos residentes, exigiendo la titulación de médico-estomatólogo para el acceso a la misma. El primer especialista con el título de Cirugía Oral y Maxilofacial en España (reconocido por el Ministerio de Trabajo, no por el de Educación) fue el Dr. Antonio Aguado Santos<sup>11-12</sup>.

La especialidad como tal no es reconocida hasta el año 1977, mediante el Real Decreto 1133/1977 de 1 de abril<sup>27</sup> por el que se creó la especialidad médica de Cirugía Oral y Maxilofacial, con los mismos requisitos de acceso que los establecidos con anterioridad: licenciados médicos estomatólogos y tres años de duración.

Un año después se publica el Real Decreto 2015/1978 de 15 de Julio<sup>28</sup> que regula la formación médica especializada, encomendando a las Comisiones Nacionales establecer el procedimiento de formación y fija en 51 las especialidades médicas. Entre éstas se incluyen tanto la Estomatología como la Cirugía Maxilofacial, perdiendo ésta última el apellido de 'Oral', que no recuperará hasta 2003. Así, a partir de ese momento un médico podía acceder a la especialidad de Cirugía Maxilofacial sin necesidad de ser estomatólogo. Aun así, la mayoría de los especialistas de esa época de transición continuaron estudiando Estomatología y completando la especialidad de COMF en tres años. En 1982 se produce un nuevo cambio y el periodo de formación pasa a ser de 5 años, sin que sea preceptiva la formación estomatológica previas<sup>6, 12, 16</sup>.

En 1984, mediante Orden Ministerial, se regula el acceso a la especialidad de Estomatología y se crea una prueba nacional para acceder a la formación que solo es compatible con la formación en Cirugía Maxilofacial<sup>29</sup>. Finalmente, la Orden de 27 de Junio de 1989<sup>30</sup> funde esta

prueba con el examen MIR, y los alumnos de Estomatología, cuya formación dura tres años, se convierten en algo parecido a los residentes, reclamando entre otras cosas una retribución (que no percibían) por su labor asistencial, lo que facilitará su desaparición<sup>6, 12</sup>.

Otro punto de inflexión en el desarrollo de nuestra especialidad se produce en 1986 con el ingreso de España en la CEE, organización que inicialmente no reconocía como especialidad médica a la Cirugía Maxilofacial. Un año después la reconoce como tal para España e Italia y dos años más tarde, en 1989, reconoce dos tipos de titulación para acceder a la especialidad dentro del marco europeo: por un lado la titulación médica para España, Italia y Francia y por otro, la médica y odontológica para Alemania, Reino Unido, Irlanda y Bélgica<sup>6, 12</sup>.

Mientras tanto, en nuestro país la entrada de España en la CEE lleva aparejada el nacimiento de nuevo de la licenciatura de Odontología (Ley 10/1986 de 17 de Marzo)<sup>31</sup>. Y aunque no se suprime la titulación de Estomatología, la realidad es que las Escuelas se van convirtiendo en Facultades de Odontología con lo que disminuye la oferta de plazas en las convocatorias de MIR hasta que en 1998 aparece la última de la Escuela de Oviedo. En España, como en otros países europeos, ya hay una neta separación entre los odontólogos, con una licenciatura y un Colegio Profesional propio, y los cirujanos orales y maxilofaciales, procedentes de la Facultad de Medicina e integrados en el Colegio de Médicos<sup>6, 12</sup>.

Con el Real Decreto 139/2003<sup>32</sup> se recupera la denominación original de Cirugía Oral y Maxilofacial. A pesar de ser recurrido por el Ilustre Consejo General de Odontólogos y Estomatólogos por entender que daba lugar a confusión, fue rechazado el recurso por el Tribunal Supremo considerando que 'la Cirugía Oral forma parte sustancial de la especialidad', como se acredita sobradamente en su programa de formación hospitalaria de cinco años de evolución<sup>12</sup> (Tabla 1).

A modo de resumen, y analizando el marco de desarrollo en otros

países de nuestro entorno europeo, me gustaría señalar que, si bien no hay duda de que la Cirugía Oral y Maxilofacial es una especialidad de la Medicina, es cierto que puede ser discutible establecer si para acceder a su titulación es suficiente contar previamente con la titulación de médico o también es necesaria la de dentista. En lo que no hay duda alguna es que es fundamental la formación odontológica en la especialidad.

<b>Fecha</b>	<b>Evolución de la especialidad en España</b>
1875	Titulación Cirujano-Dentista
1883	Autorización como Cirujano-Dentista para la mujer
1901	Título de Odontología
1914	Creación Escuela de Odontología
1944	Se suprime la titulación de Odontología y se crea la de Estomatología (ligada a la Medicina)
1954	Primer Servicio de Cirugía Maxilofacial de la Seguridad Social. Jefe de Servicio Dr. Víctor Sada
1965	Fundación de la SECOM
1966	Inicio formación MIR sin reconocimiento de la especialidad. Acceso con titulación de médico estomatólogo
1977	Reconocimiento especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial en España. Acceso con título de estomatólogo. Tres años de formación
1978	Pérdida del apellido 'Oral'. Acceso sin titulación de estomatólogo. Tres años de formación
1982	Cinco años de formación
1984	Prueba de acceso independiente a las Escuelas de Estomatología
1989	Acceso a las Escuelas de Estomatología vía MIR
1986	Ingreso en la CEE. Sin reconocimiento de la especialidad. Nace de nuevo la Licenciatura de Odontología independiente de Medicina
1987	La CEE reconoce la Cirugía Maxilofacial como especialidad médica para España e Italia
1989	La CEE reconoce dos tipos de titulación para acceder a la especialidad: médica y odontológica
2003	Se recupera el nombre de Cirugía Oral y Maxilofacial

**Tabla 1.** Evolución de la especialidad en España

## 4. Estado actual de la titulación en Cirugía Oral y Maxilofacial

Desde el reconocimiento de la Cirugía Oral y Maxilofacial como especialidad, ha habido un continuo debate sobre cuál debería ser la formación así como su espectro de actividad. A pesar de los numerosos intentos para resolver este problema, aún sigue existiendo dicho debate.

Actualmente nos encontramos con vías diferentes para obtener la capacitación en Cirugía Oral y Maxilofacial dependiendo del punto de la geografía mundial en el que nos encontremos. Así, en algunos puntos se requiere sólo un título en Odontología, en otros se requiere una doble titulación en Odontología y Medicina, hay otros lugares en los que se exige solo el título de Medicina y ninguna o mínima capacitación en Odontología y, por último también los hay en los que se pide una combinación de formación médica y dental (Estomatología)<sup>33</sup>. La variedad legislativa, profesional y sociosanitaria de los distintos países determina una diversidad en los requisitos de grado académico al ingreso, así como en los años de formación y en el tipo de graduación al finalizar el programa de formación en COMF<sup>34</sup>.

### ¿Por qué esta diversidad?

Pensamos que existen diferentes factores que han podido provocar las diferencias competenciales. Desde la continuación de los distintos sistemas de capacitación iniciados hace muchos años, a la necesidad de hacer frente a la competencia de otras especialidades, pasando por las políticas y regulaciones gubernamentales, sin olvidar la necesidad de satisfacer la demanda pública de una prestación más eficiente de determinados servicios. El resultado de esta disparidad no es otro que el retraso del progreso en la especialidad. Un repaso por la situación en los diferentes continentes nos permitirá ver más claramente la disparidad a la que me refería<sup>33</sup>.

En Asia, encontramos una gran similitud en la formación entre la mayoría de sus naciones. Todos los programas se basan en la Odontología y la mayoría implica también obtener un título de doctorado o máster. Las principales excepciones son India, donde solo se requiere un título en Odontología, y China que tiene el sistema de Estomatología. Hay que destacar el hecho de que estos cirujanos orales y maxilofaciales capacitados en Odontología practican el total alcance de la especialidad, exactamente igual que en las naciones europeas que requieren un título médico<sup>33, 34</sup>.

En América del Sur y Centroamérica, la Cirugía Oral y Maxilofacial es una especialidad basada en la Odontología. Sin embargo, en la actualidad, existe una variación considerable tanto en la duración de la formación clínica como en el alcance de la práctica entre las distintas naciones<sup>33</sup>.

En Estados Unidos se reconoció la Cirugía Maxilofacial como especialidad de la Odontología en 1864 en Filadelfia. Todos los programas se basan en la Odontología y aunque algunos cirujanos orales y maxilofaciales también obtienen un título médico, la mayoría son exclusivamente odontólogos. Existen diversas modalidades en los programas de formación y varían entre 4 a 10 años dependiendo del grado de acceso y de la obtención de la doble titulación. Sin embargo, todos pueden tener el mismo ámbito de práctica. Y a diferencia de las naciones europeas en las que también hay cirujanos orales y maxilofaciales con doble o única titulación, todos están unidos bajo una sola organización nacional, y muchos de ellos ejercen juntos en la práctica diaria en lugar de competir entre sí<sup>33, 34</sup>.

Si nos centramos en Europa, ahí va a ser donde encontremos una mayor diversidad educativa en Cirugía Oral y Maxilofacial, constatándose una variabilidad en las pruebas de acceso, sistemas de formación, evaluación de competencias, duración de la formación y la exigencia o no del doble grado, lo que ha provocado que no exista un reconocimiento generalizado en la UE<sup>35</sup>.

En 1972, en el Congreso de la Asociación Europea de Cirugía Maxilofacial (EAMFS) se autorizó la creación de la Sección de Estomatología y Cirugía Oral y Maxilofacial, considerando desde un primer momento que para ejercer la Cirugía Maxilofacial se debía tener la titulación de Medicina y poco después se consideró que era necesario tener una formación suficiente y pertinente en odontología. Desde su creación, se ha intentado la armonización curricular de la especialidad entre aquellos países que solo exigen la titulación de Medicina y los que exigen la doble titulación para el acceso a la misma<sup>12, 36</sup>.

La sección de la especialidad de la European Union of Medical Specialists (UEMS) reconoce el nombre de 'Cirugía Oral y Maxilofacial' en los casos de formación exclusivamente médica, y el de 'Cirugía Dental, Oral y Maxilofacial' en los casos de doble titulación, médica y odontológica 10. Ha habido una tendencia en los países a pasar de cirujanos maxilofaciales de un solo título a la doble titulación. Así ha ocurrido ya en Austria, Hungría, Luxemburgo y Bulgaria, que siguen manteniendo vigentes ambas opciones. Y entre los que hablan de avanzar hacia ella se encuentran Francia, España e Italia.

La situación actual en Europa es la siguiente: se requiere exclusivamente la titulación en Medicina en Croacia, República Checa, Francia, Italia, Lituania, Letonia, Polonia, Portugal, Eslovenia, Eslovaquia y España. Se exige la doble titulación en Austria, Bélgica, Bulgaria, Chipre, Finlandia, Alemania, Grecia, Hungría, Irlanda, Liechtenstein, Luxemburgo, Malta, Noruega, Holanda, Rumania, Suiza y Reino Unido. Y exclusivamente la especialidad de cirujano oral a través de la Odontología en Suecia y Dinamarca. Por tanto, hay una clara inclinación hacia la doble titulación<sup>10</sup> (Figura 8) (Tabla 2).

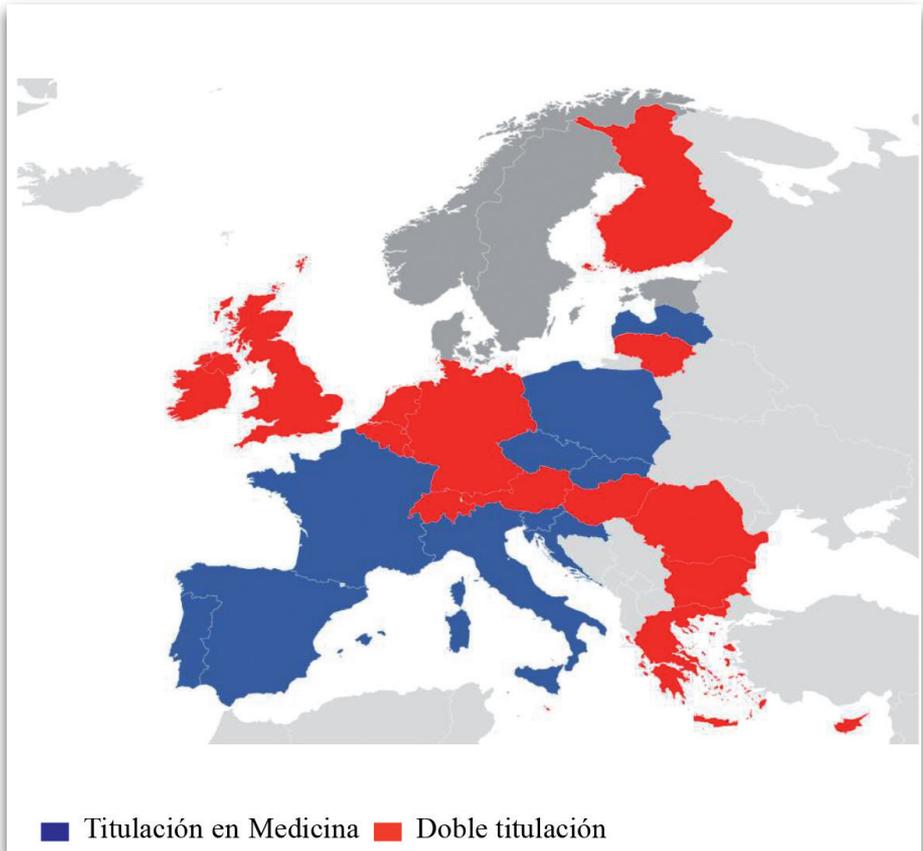


Figura 8. Distribución de la formación en COMF en Europa.

País	Doble Titulación Medicina y Odontología	Titulación en Medicina	Cirugía oral a través de Odontología
Alemania	X		
Austria	X	X	
Bélgica	X		
Bulgaria	X	X	
Croacia		X	
Chipre	X		
República Checa		X	
Dinamarca			X
Eslovenia		X	
Eslovaquia		X	
España		X	
Filandia	X		
Francia		X	
Grecia	X		
Holanda	X	X	
Hungría	X	X	
Islandia			
Irlanda	X		
Italia		X	
Letonia		X	
Liechtenstein	X		
Lituania		X	
Luxemburgo	X	X	
Malta	X		
Noruega	X		
Polonia		X	
Portugal		X	
Rumanía	X		
Suecia			X
Suiza	X		
U. K.	X		

Tabla 2. Requisitos para la titulación de Cirugía Oral y Maxilofacial en los países europeos.

La duración de la formación constituye el factor más desigual entre los distintos países de la UE, oscilando entre 9 años en Suecia y 17 en Reino Unido, y viene determinada fundamentalmente por la exigencia o no del doble grado. Así en los países donde la especialidad es médica, el periodo mínimo de formación es de 5 años, mientras que en los de doble titulación se establece en un mínimo de 4 años<sup>35</sup>.

Debido a esta variabilidad, uno de los objetivos cuando en 1994 se crea el Board o sección de la especialidad en la UEMS fue demostrar que, a pesar de existir dos grupos curriculares diferentes, los conocimientos teórico-prácticos eran similares. Así, el Comité científico del Board creó y estableció los requerimientos para obtener el grado de ‘Fellow of the European Board in Oral and Maxillofacial Surgery’<sup>12</sup>.

La Directiva 2005/36/CE<sup>37</sup> del Parlamento Europeo y del Consejo y la 2006/100/CE<sup>38</sup> del Consejo, sobre regulación y reconocimiento de las especialidades médicas de la UE, distingue tres tipos de especialidades<sup>16, 35, 39</sup>:

1. Especialidades de coordinación total, que son aquellas que existen en todos los Estados miembros y en todos ellos se cumplen los requisitos establecidos en la Directiva. De tal modo que los correspondientes títulos de especialista son objeto de reconocimiento automático en todos los Estados, siendo 18 las especialidades médicas españolas incluidas en este grupo.
2. Especialidades de coordinación parcial. Son las que existen en al menos 2 Estados miembros y en ellos se cumplen los requisitos establecidos. Las especialidades españolas que cumplen estas condiciones son 24, perteneciendo a este grupo la COMF.
3. Sin coordinación. Los requisitos de formación se fijan por normas internas de cada Estado.

Las Directivas 2005/36/CE<sup>37</sup> y 2006/100/CE<sup>38</sup>, establecen las normativas respecto al reconocimiento de las cualificaciones profesionales,

y permitirían en principio que cualquier ciudadano en posesión de un título que le capacite para el ejercicio de una profesión, pueda ejercerla en cualquiera de los países de la U.E.

Pero a su vez, en la Sección 2ª, artículo 24 y siguientes, en función a los estudios y duración de la formación se establece una serie de diferencias entre los distintos países de la UE para la COMF. De tal manera que no impide a los Estados miembros convenir entre sí, para determinadas especialidades médicas y odontológicas que les sean comunes y no sean objeto de un reconocimiento automático con arreglo a la presente Directiva, el reconocimiento según sus propias normas.

Por lo tanto, la exigencia de la doble titulación en algunos Estados supone una traba jurídica a la homologación de los títulos de especialistas en COMF en el seno de la UE, lo que se traduce en un obstáculo a la libre circulación de profesionales, cuya solución va más allá de la obtención de la doble titulación en los casos de países que se encuentren en grupos de coordinación distinta. Así, un cirujano maxilofacial del Reino Unido puede trabajar en España y no al contrario, incluso aunque el cirujano maxilofacial español adquiriera el grado en Odontología, pues pertenecemos a grupos de coordinación distintos.

¿Cuál es exactamente la situación en España de los COMF en este contexto? El Dr. Oscar Maestre nos lo describe en su tesis *‘Análisis de los Sistemas de Formación en la Especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial en la Unión Europea’* estableciendo tres grupos:

1. COMF con título de odontólogo, podrían ejercer libremente dado que su formación cumple las condiciones de reconocimiento automático establecidas en el artículo 21 de la directiva 2005/36/EC.
2. COMF sin título de Odontología ni Estomatología. No cumplen los requisitos, por lo que no pueden ejercer libremente en todos los países de la UE.

3. COMF con título de especialista en Estomatología. La situación de este tercer grupo viene regulada por la Directiva 78/686/CE<sup>40</sup> y 78/687/CE<sup>41</sup> incorporadas a nuestro ordenamiento jurídico en el R.D 675/1992<sup>42</sup> de 19 de junio. En el caso de que el título haya sido obtenido antes del 1 de Enero de 1986 o los estudios de Medicina se hayan iniciado antes de dicha fecha, se les reconoce la titulación asimilable a la de Odontología, pero en caso de haber iniciado sus estudios con posterioridad a esta fecha, su título de Estomatología no es asimilable al de Odontología.

Pero, a pesar de todo esto, al estar en el grupo de especialidades de coordinación parcial, podemos no ser reconocidos por países que no estén en nuestro grupo<sup>16, 35</sup>.

## 5. Por tanto, ¿hacia dónde caminamos?

Hemos partido de la base de que estamos ante una especialidad joven, reconocida en España en 1977 y en Europa en 1989. Consideramos que los principales problemas en relación al futuro de la especialidad son, por una parte, el escaso conocimiento en el ambiente médico dado que a los alumnos de la licenciatura excepcionalmente se les muestra algo de ella durante su formación académica; y por otro lado, el escaso conocimiento por parte del público que la confunde con la profesión de dentista. Otro problema en muchos hospitales es el solapamiento con patologías de otras especialidades afines, y también nos llama la atención la ausencia de cirujanos maxilofaciales en muchos hospitales de reciente construcción, por no hablar de nuestra ausencia en Atención Primaria y por supuesto el problema del reconocimiento de la titulación en otros países<sup>12</sup>.

Por lo tanto, nuestros objetivos en la actualidad van encaminados hacia varias líneas de actuación.

En primer lugar, la Universidad debe incluir la docencia de COMF en el grado de Medicina, así como conseguir la formación odontológica para nuestros residentes e intentar compatibilizar los estudios de Odontología a favor de la doble titulación. Por otro lado en Atención Primaria debemos estar mucho más presentes mediante acciones de formación dirigidas a médicos y dentistas, tanto en relación a los contenidos de la especialidad como a los criterios de derivación de pacientes, así como mediante la presencia directa de cirujanos orales y maxilofaciales en los centros de especialidades o en los centros de salud, aunque adscritos a un servicio de COMF de referencia. Y por último, debemos luchar a través de la SECOM por la homologación de títulos y conseguir la libre circulación de profesionales en Europa, reclamando la adaptación de normativas y directivas<sup>12</sup>.

En cuanto a la diversidad en la educación y capacitación del cirujano oral y maxilofacial debe haber aceptación internacional de modo que cada país pueda decidir por sí mismo qué requisitos de capacitación deben cumplirse para ser considerado un cirujano oral y maxilofacial. Por otra parte, tampoco el campo de acción en todos los cirujanos maxilofaciales es el mismo, cada vez hay una mayor divergencia de intereses y actividades, sobre todo en Estados Unidos en relación a lo que podríamos considerar la cirugía en consulta o en el hospital, más dedicada esta última a procedimientos como la oncología, traumatología, malformaciones y cirugía ortognática<sup>33, 43</sup>.

Si bien hasta ahora hemos hecho un análisis de la historia y la situación de la especialidad, no es menos interesante observar la evolución exponencial de la misma a partir de la 2ª mitad del siglo XX así como sus expectativas de futuro en los diferentes campos de acción. Hemos pasado de ser una especialidad inexistente, a realizar increíbles reconstrucciones a nivel cráneo maxilofacial y a ser una parte fundamental de muchos equipos multidisciplinares. Por ello me gustaría comentar la evolución en algunos de los campos más significativos de la especialidad.

A lo largo de los últimos años, podríamos comenzar destacando el inicio de la traumatología moderna con la aparición de los sistemas de osteosíntesis, lo cual permitió cambiar radicalmente el tratamiento de las fracturas, siendo también fundamental en relación con la cirugía reconstructiva y la ortognática. Esta última es un campo propio y original de la cirugía maxilofacial y ha habido un largo camino hasta la terapia combinada que se utiliza actualmente de ortodoncia y cirugía. Desde la primera osteotomía mandibular realizada por Blair en el siglo XIX se han descrito múltiples técnicas, pero destacaría la aportación de Obwegeser reconocido internacionalmente por sus contribuciones en la cirugía reconstructiva del esqueleto facial y en la cirugía ortognática modernas<sup>44, 45</sup>. Un importantísimo papel en este desarrollo lo han desempeñado en los últimos años los avances tecnológicos en relación con las técnicas de imagen, así como la planificación virtual y la cirugía 3D. Todo lo cual nos permite planificar y simular una cirugía virtual antes de intervenir al paciente. De esta manera, se consigue predecir los resultados, eliminar posibles errores o imprevistos en el momento de la intervención y reducir el tiempo quirúrgico<sup>46</sup>.

La incorporación de la distracción osteogénica nos ha permitido realizar tratamientos y avances que no serían posibles únicamente con la cirugía ortognática. Fue McCarthy, en 1992, el primero en publicar un caso de distracción mandibular mediante un dispositivo extraoral en un paciente pediátrico con microsomía hemifacial. Hoy en día hay múltiples distractores diferentes tanto intra como extraorales que nos permiten el tratamiento de numerosas anomalías cráneo maxilofaciales<sup>44</sup>. Actualmente, la incorporación a la distracción de la planificación virtual nos permite tratar con éxito patologías de gran complejidad como son, además de la microsomía hemifacial, la anquilosis temporomandibular severa, micrognatias, el SAHOS en el paciente pediátrico, hipoplasias maxilares severas de pacientes fisurados y las grandes malformaciones craneofaciales, a cuyo tratamiento dedicamos actualmente en el servicio una gran parte de nuestro tiempo y con magníficos resultados.

Es importante destacar la gran contribución de la Cirugía Maxilofacial al desarrollo de técnicas quirúrgicas para la reconstrucción de los tumores de cabeza y cuello. Si bien la conservación de la vida sigue siendo nuestro objetivo prioritario, el tratamiento de la enfermedad debe estar al mismo nivel que la importancia de la calidad de vida del paciente y la integración social del mismo.

Dado que nuestra área de trabajo es la cara y la cavidad oral, las grandes resecciones en algunos tumores pueden ser altamente mutilantes y producir importantes deformidades, repercutiendo en funciones como la alimentación, el habla, la respiración, el gusto o el olfato, todo lo cual inevitablemente afectaría la calidad de vida del paciente. Así, junto a la evolución de las técnicas quirúrgicas en relación a la disección cervical y los abordajes para la resección de los tumores orofaciales se han ido incorporando las técnicas reconstructivas. Debo señalar especialmente nuestra contribución en relación a los colgajos libres y a la microcirugía, culminando con la realización del primer trasplante facial en 2005 a cargo del cirujano maxilofacial francés Bernard Devauchelle<sup>44</sup>. Nuestro servicio fue el pionero en reconstrucción microquirúrgica en el hospital Virgen de la Arrixaca, donde desde 1998 realizamos estas intervenciones con una media de unas 35-40 reconstrucciones microquirúrgicas al año.

Finalmente, me gustaría comentar la evolución en relación al tratamiento de la fisura labiopalatina, la malformación congénita facial más frecuente y que fue nuestro servicio hacia 1980, con el Dr. Sebastián Mendez Trujillo al frente, uno de los primeros en los que se inició su tratamiento y en la actualidad uno de los pocos donde se realiza el tratamiento completo, desde el nacimiento hasta la edad adulta. Las técnicas quirúrgicas han ido cambiando para conseguir la reparación no solo anatómica sino también funcional y actualmente se trabaja para su tratamiento en equipos multidisciplinares que deben cumplir unos estándares y normativas establecidos por la ACPA<sup>47</sup> (American Cleft Palate Craneofacial Association, en 2010)

y en Europa por el proyecto Eurocleft<sup>48</sup> (European Cleft Organization 2011). En nuestro Hospital, en 2019 se constituyó un equipo multidisciplinar en el que trabajamos diferentes especialistas para conseguir el tratamiento completo, así como su cobertura económica en ésta y otras malformaciones congénitas faciales. En este campo me gustaría comentar por una parte los avances de la genética en el conocimiento y prevención de las malformaciones faciales así como, de cara al futuro, la posibilidad de tratamiento de la fisura intraútero, algo que se viene considerando hace años pero debido a que las fisuras no ponen en peligro la vida, los riesgos de los procedimientos de entrada al útero para el feto y la madre se consideran demasiado altos. Sin embargo, a medida que crece nuestra capacidad para realizar procedimientos menos invasivos y precisos, podría llegar el día en que esta cirugía reemplace el largo y complejo número de procedimientos necesarios para manejar las fisuras que, al final aún dejan estigmas del defecto original<sup>46</sup>.

Existen otros muchos campos en la especialidad sobre los que podríamos hablar de importantes avances en los últimos tiempos, como son la patología de la ATM, la cual afecta cada vez a un mayor porcentaje de la población por su relación con el estrés y el bruxismo, el tratamiento de la patología del sueño mediante los dispositivos de avance mandibular y la cirugía ortognática, así como el de la parálisis facial en el que ha supuesto un importante avance la microcirugía.

Por último, mencionar la cirugía robótica no solo para resecciones tumorales sino también aplicable en un futuro en la implantología, osteotomías, reconstrucciones de defectos maxilofaciales, toma de biopsias o drenaje de abscesos profundos. Aunque todavía existen barreras en nuestra especialidad, la robótica desarrollada para realizar procedimientos en otras partes del cuerpo es adaptable para su uso en cirugía maxilofacial, de manera similar a cómo surgió la artroscopia de la articulación temporomandibular a partir de la artroscopia de articulaciones más grandes por parte de los cirujanos ortopédicos<sup>49</sup>.

Concluyo ya esta exposición con la que he tratado de acercar un poco más la historia de mi especialidad, su pasado, apasionante a la vez que complejo, y su futuro lleno de retos a los que enfrentarnos. En definitiva, el futuro, que es ya el presente, está en la colaboración con otros profesionales implicados en la biomedicina, como son los ingenieros en la planificación virtual, la impresión 3D de modelos anatómicos y el diseño de prótesis customizadas de materiales biocompatibles. En campos como la Oncología, los nuevos tratamientos farmacológicos, así como la Inmunoterapia y los avances de la Genética, también fundamentales en el tratamiento de las malformaciones, irán acotando las indicaciones de la Cirugía y nos obligarán a trabajar más que nunca en equipos multidisciplinares. Desarrollos tecnológicos como la cirugía robótica y endoscópica, la navegación intraoperatoria, la ingeniería tisular y las células madre son fundamentales en la mejora de los métodos diagnósticos y terapéuticos.

Nuestro futuro por tanto, es emocionante y atractivo, pero la única forma de ayudar a crearlo es hacerlo como un grupo colectivo de personas que tenemos un conjunto de prioridades compartidas, fomentando la investigación, la educación del residente, la formación continua y el intercambio de información.

He dicho

## Bibliografía

1. **Hunter, M.J.; Rubeiz, T.; Rose, L.** *Recognition of the scope of oral and maxillofacial surgery by the public and health care professionals.* J Oral Maxillofac Surg. 1996 Oct; 54(10):1227-32
2. **Farfán-Gutiérrez, C.J.; Evaristo-Chiyong, T.A.** *Perception of the role of oral and maxillofacial surgeons among Peruvian health professionals and students.* Rev. Fac. Med. 2020;68(3):342-6
3. **Yesuratnam, D.; Balasubramanyam, S.; Nagasujatha, D.; Vedatrayi, T.; Rani, B.U.; Pasupuleti, A.** *Acknowledgement of horizon of oral and maxillofacial surgery by health care professionals and general population.* Indian J Dent Res. 2020;31(2):257-262
4. **Haron; Ibrahim, M.; Sabti; Mohammad, Y.; Andersson, Lars; Sharma; Prem, N.** *Perception of oral and maxillofacial surgery by medical and dental health care professionals in Kuwait.* Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Medicine, and Pathology, 2013 25(1), 5-11
5. **Herlin, C.; Goudot, P.; Jammet, P.; Delaval, C.; Yachouh, J.** *Oral and maxillofacial surgery: what are the French specificities?* J Oral Maxillofac Surg. 2011 May;69(5):1525-30
6. **García Perla, A.** *Evolución de la Cirugía Oral y Maxilofacial.* Revista de la Asociación Andaluza de Cirugía Oral y Maxilofacial. 2012.
7. **Guerrero, A.V.; Altamirano, A.; Brown, E.; Shin, C.J.; Tajik, K.; Fu, E.; Dean, J.; Herford, A.** *What is in a name? Oral and maxillofacial surgeon versus oral surgeon.* J Oral Maxillofac Surg. 2014 Jan;72(1):8-18
8. **Guerrero, A.V.; Elo, J.A.; Sun, H.B.; Herford, A.S.** *OMS Versus OFS Workgroup. What Name Best Represents Our Specialty? Oral and Maxillofacial Surgeon Versus Oral and Facial Surgeon.* J Oral Maxillofac Surg. 2017 Jan;75(1):9-20
9. **Kaban, L.B.; Perrott, D.H.** *Dual-degree Oral and Maxillofacial Surgery Training in the United States: 'Back to the Future'.* J Oral Maxillofac Surg. 2020 Jan;78(1):18- 28

10. *Training Requirements for the Speciality of Oral & Maxillo-Facial Surgery (OMFS) European Standards of Postgraduate Medical Specialist Training*. October 21. Disponible en: [https://www.haoms.ore/wo-content/uoloads/2021/10/2021\\_1023\\_uems\\_aDDroved\\_omfs\\_etr.odf](https://www.haoms.ore/wo-content/uoloads/2021/10/2021_1023_uems_aDDroved_omfs_etr.odf)
11. **Acero Sanz, J.; Burgueño García, M.; Dean Ferrer, A.; García Martín, F.; García-Rozado, A.; González Lagunas, J. et al.** *Libro Blanco SECOM. La Cirugía Oral y Maxilofacial en España 2009*. Madrid: SECOM; 2009
12. **Acero Sanz, J.; García Marín, F.; Hernández Yañez, J.F.; Llorente Pendás, S.; Martín-Granizo López et al.** *Libro Blanco SECOM. La Cirugía Oral y Maxilofacial en España*. Madrid: Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial; 2015.
13. *Orden SCO/2753/2007 de 4 de septiembre de 2007 del Ministerio De Sanidad y Consumo por la que se aprueba y publica el programa formativo de la Especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial*. BOE de 25 de Septiembre de 2007, Num. 230. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/2007/09/04/sco2753>
14. **García Perla, A.** 1992 *Situación actual de la Cirugía Oral y Maxilofacial*. En *Avances en Cirugía Oral y Maxilofacial 1992* (pp. 11-20). Ed. Hospital Universitario Virgen del Rocío
15. **García-Roco Pérez, O.; Méndez Martínez, M.J.** *Breve historia de la cirugía bucal y máxilofacial*. Humanidades Médicas, 2002 2(1)
16. **Maestre Rodríguez, O.** *Análisis de los Sistemas de Formación en la Especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial en la Unión Europea* [tesis doctoral]. Universidad de Extremadura, Facultad de Medicina: Departamento de Terapéutica-Médico Quirúrgica; 2012
17. **Ramírez Skinner, H.** *¿Y antes de Fauchard qué? La odontología en las cavernas, los templos, los hospitales y las universidades*. *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral*, 2012 5(1), 29-39
18. **Sanz Serrulla, J.; Simon, P. Hullihen.** *Rev maxillaris*. Nov 2005,114-5

19. **Aziz, S.R.; Simon, P.** *Hullihen and the origin of orthognathic surgery.* J Oral Maxillofac Surg. 2004 Oct;62(10):1303-7
20. **Stathopoulos, P.** *Maxillofacial surgery: the impact of the Great War on both sides of the trenches.* Oral Maxillofac Surg. 2018 Mar;22(1):21-24
21. **Bamji, A.N.** *The Macalister archive: records from the Queen's Hospital, Sidcup, 1917-1921.* J Audiov Media Med. 1993 Apr;16(2):76-84
22. **Sanz Serrulla, J.** *Los orígenes, con sus controversias, de la colegiación odontológica en España.* Odontólogos de Hoy, Marzo 2019
23. **Sanz Serrulla J.** *Odontología versus Estomatología. (O monarquía versus república). Un caso excepcionalmente singular en la España científica del siglo XX.* Medicina e Historia, 2002, 4
24. **Solera Piña, M.J.:** *Vida y obra de Bernardino Landete.* Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Odontología. 2011
25. *Decreto de 7 de Julio de 1944 sobre Ordenación de la Facultad de Medicina.* BOE 4 de Agosto de 1944 , Núm. 217. Artículo 56
26. *Ley de 20 de Julio de 1955 sobre 'Enseñanza, título y ejercicio de las Especialidades Médicas'.* BOE de 21 de Julio de 1955, Núm. 202
27. *Real Decreto 1133/1977 de 1 de abril, por el que se crea la especialidad médica de Cirugía Oral y Maxilofacial.* BOE de 27 de Mayo de 1977, Núm. 126
28. *Real Decreto 2015/1978 de 15 de Julio, por el que se regula la obtención de títulos de especialidades médicas.* BOE de 29 de agosto de 1978, Núm. 206
29. *Orden Ministerial de 9 de julio de 1984, por la que se desarrolla el artículo 5.º, apartado 5, del Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, sobre especialidades médicas.* BOE de 13 de Julio de 1984, Núm. 167. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/1984/07/09/f1j>
30. *Orden Ministerial de 27 de Junio de 1989 por la que se esta-*

- blecen las normas reguladoras de las pruebas selectivas para el acceso a plazas de Formación Sanitaria Especializada.* BOE de 28 de Junio de 1989, Núm. 153. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/1989/06/27/f1J>
31. *Ley 10/1986 de 17 de marzo, sobre Odontólogos y otros profesionales relacionados con la salud dental.* BOE de 20 de Marzo de 1983, Núm.68. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/03/17/10/con>
  32. *Real Decreto 139/2003, de 7 de febrero, por el que se actualiza la regulación de la formación médica especializada.* BOE de 14 de Febrero de 2003, Núm. 39. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2003/02/07/139>
  33. **Laskin, D.M.** *The past, present, and future of oral and maxillofacial surgery.* J Oral Maxillofac Surg. 2008 May;66(5):1037-40
  34. **Ramírez Skinner, H.; Vargas Díaz, A.; Goñi Espíldora, I.; Rosa Valencia, A.** *Caracterización de programas de formación de especialistas en cirugía maxilofacial en Estados Unidos, Canadá y Chile.* Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial, 2020 42(1), 40-46
  35. **Maestre Rodriguez, O.; Monje Gil, F.; Cordero Acosta, E.** *La cirugía oral y maxilofacial en la Unión Europea.* Rev Esp Cir Oral Maxilofac. 2013;35(4):150-156
  36. **Peiffer, R.** *The development of the specialty of oral and maxillofacial surgery in the European Union.* J Craniomaxillofac Surg. 1996 Aug;24(4):193-4
  37. *Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales* (DO L 255 de 30.9.2005, pp. 22-142)
  38. *Directiva 2006/100/CE del Consejo, de 20 de Noviembre, de 2006, por la que se adaptan determinadas directivas en el ámbito de la libre circulación de personas, con motivo de la adhesión de Bulgaria y Rumania* (DO de 20.12.2006, Núm. 363, pp. 141-237)
  39. **Moreno González, A.** *Situación de la especialización de los*

- médicos en España. ¿Hacia dónde vamos? Integración en Europa de las especialidades médicas.* Rev Adm Sanit. 2008;6:403—13
40. *Directiva 78/686/CEE del Consejo, de 25 de julio de 1978, sobre reconocimiento recíproco de los diplomas, certificados y otros títulos de odontólogo, que contiene además medidas destinadas a facilitar el ejercicio efectivo del derecho de establecimiento y de libre prestación de servicios.* (DO de 24.08.1978, Núm.L 233, pp. 32-39). Disponible en: <https://eur-lex.europa-eu/legal-content/EN/TXT?uri=CELEX:31978L0686>
  41. *Directiva 78/687/CEE del Consejo, de 25 de julio de 1978, sobre coordinación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas relativas a las actividades de los odontólogos.* DO 24.08.1978, Núm.L 233, pp.40-43. Disponible en: <https://eur-lex.europa-eu/legal-content/EN/TXT?uri=CELEX:31978L0687>
  42. *Real Decreto 675/1992, de 19 de junio, por el que se regula el reconocimiento de diplomas, certificados y otros títulos de odontólogo de los Estados miembros de la Comunidad Económica Europea, así como el ejercicio efectivo del derecho de establecimiento y de libre prestación de servicios.* BOE de 25 de Julio de 1992, Núm. 178. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rü/1992/06/19/675>
  43. **Assael, L.A.** *Oral and Maxillofacial Surgery 2025: 50 Years of Evolution of a Surgical Specialty.* J Oral Maxillofac Surg. 2015 Dec;73(12 Suppl):S155-9
  44. **Hausamen, J.E.** *The scientific development of maxillofacial surgery in the 20th century and an outlook into the future.* J Craniomaxillofac Surg. 2001 Feb;29(1):2-21
  45. **Naini, F.B.; Hugo, L.** *Obwegeser (1920-2017) - The father of modern orthognathic surgery.* J Orthod. 2017 Dec;44(4):317-31
  46. **Hupp, J.R.** *The Future of Oral-Maxillofacial Surgery - One Person's Perspective.* J Oral Maxillofac Surg. 2021 Aug;79(8):1587-1590
  47. **Strauss, R.P.** *Cleft palate and craniofacial teams in the Uni-*

- ted States and Canada: a national survey of team organization and standards of care. The American Cleft Palate-Craniofacial Association (ACPA) Team Standards Committee. *Cleft Palate Craniofac J.* 1998 Nov;35(6):473-80
48. **Shaw, W.C.; Semb, G.; Nelson, P.; Brattström, V.; Mslsted, K.; Prahl-Andersen, B.; Gundlach, K.K.** *The Eurocleft project 1996-2000: overview.* *J Craniomaxillofac Surg.* 2001 Jun;29(3):131-40;
49. **Hupp, J.R.** *Robotics and Oral-Maxillofacial Surgery.* *J Oral Maxillofac Surg.* 2020 Apr;78(4):493-495

# Discurso de contestación

por el

Ilmo. Sr. D. José Antonio Nuño de la Rosa  
Pozuelo

Académico de Número de la Real Academia de Medicina y Cirugía  
de la Región de Murcia



*Excma. Sra. Presidente de la Real Academia de Medicina  
y Cirugía de la Región de Murcia,  
Ilustrísimas e Ilustrísimos Académicos.  
Señoras y Señores.*

Celebramos hoy la elección de Doña María Ángeles Rodríguez González como nueva Académica de Número de esta Real Academia de Medicina y Cirugía de la Región de Murcia. Agradezco a la Junta de Gobierno y a mis colegas los Doctores Francisco Toledo Romero, Manuel Segovia Hernández, Manuel Sánchez-Solís de Querol y Juan Antonio Ruipérez Abizanda, permitirme el honor y la gran satisfacción de realizar este Discurso de Contestación.

Darle la bienvenida me alegra y me honra pues hemos sido, durante muchos años, compañeros en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca y, por las mismas razones, me preocupa y agobia esta responsabilidad. He necesitado a lo largo de muchos años atención bucodental por lo que es comprensible mi estrecha relación con los compañeros del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Fue el caso de los Doctores Sebastián Méndez Trujillo y Antonio Vidal León (que en Gloria esté) primero y, posteriormente, de la propia Doctora María Ángeles Rodríguez González.

La Doctora Rodríguez González nace en Madrid, el año 1960, de padres madrileños que se trasladan a Murcia antes del nacimiento de la hija pequeña, que también nace en la capital de España. Su familia

sigue viviendo en Madrid salvo su madre y su hermano José Manuel, prestigioso Cirujano del Departamento de Cirugía del HCUVA, que viven en Murcia. Casada y con una pareja de hijos con los que, profesionalmente, mantiene estrechos vínculos nuestra nueva Académica Numeraria pues son Odontólogos.

Estudió en un conocido y prestigioso Colegio de Murcia desde Pre-escolar hasta COU con nota media de Sobresaliente y Matrícula de Honor en COU.

Cursó la Licenciatura en Medicina y Cirugía en la Universidad de Murcia (1978-1983) con muy buenas calificaciones, obteniendo Premio Extraordinario de Licenciatura.

En el HCUVA se especializa en Cirugía Oral y Maxilofacial, vía MIR, en los años 1984 a 1989. Cuando en 1984 se inaugura en Murcia la Escuela de Estomatología, viendo que era compatible estos estudios con su formación MIR, se presenta y supera las pruebas de acceso, pudiendo completar los estudios de Estomatología durante los cursos 1984/85 y 1985/86. Años más tarde, en enero de 2021, culmina su formación académica al leer su Tesis Doctoral *'Factores pronósticos en el Microcarcinoma papilar familiar de tiroides. Estudio multicéntrico español'* con la calificación *Cum Laude*.

Conviene recordar que, en nuestra Real Academia de Medicina y Cirugía de la Región de Murcia, en lo que se refiere a la titularidad de la Medalla de cada Académico Numerario, se regula de forma y método diferente a como lo hace la Real Academia Nacional de Medicina o la Real Academia Española. En éstas al Académico se le relaciona con el número de un Sillón o Plaza. Tuve ocasión de ser testigo de cómo se actúa cuando ingresó nuestra Presidente en la Nacional de Medicina. La Profesora Herrero Ezquerro ocupa el sillón 31 siendo sus predecesores inmediatos los Profesores Orts Llorca y después Reinoso Suárez, ambos catedráticos de Anatomía.

Los predecesores relacionados con la Especialidad Médico-Quirúrgica de la Dra. Rodríguez González fueron, por este orden: Don Antonio Pascual Murcia, Don Manuel Serrano Martínez y Don Carlos García Ballesta. Los tres fueron lo, que coloquialmente hemos denominado desde hace años, Médicos Estomatólogos o Médicos Dentistas. También lo es nuestra nueva Académica de Número, aunque ella es, además, Cirujana Oral y Maxilofacial.

Creo que es obligado destacar al brillante pionero de la Medicina y Estomatología en Murcia y que como Académico Numerario de nuestra RAMM llevó la Medalla número 16: el Dr. Antonio Pascual Murcia. Tengo motivos sobrados para glosar, siquiera brevemente, la figura de este gran Académico Numerario. El 19 de abril de 1953 tomó posesión de la Medalla número 16 y como expresó el Dr. Carlos García Ballesta, el día 27 de noviembre de 1998 en su Discurso de ingreso en nuestra Real Academia de Medicina y Cirugía, con estas palabras: *‘con decir que que un fradajador infatigable, que ejerció su profesión con un recto sentido de la responsabilidad, que fue uno de los primeros exploradores de la Odontología en España y que contribuyó eficazmente a crear la especialidad y a cimentarla en Murcia’*. Desgraciadamente falleció prematuramente lo que supuso un muy duro contratiempo en la vida de su hijo Alejandro Pascual Martínez, muy querido amigo mío desde los añorados años de estudiantes de Medicina y convivencia en un Colegio Mayor de Valencia. Si brillante fue la vida profesional de Don Antonio también lo ha sido la de su hijo que continuó la profesión del padre.

Merecedores de admiración y respeto son otro Médicos Estomatólogos: Don Manuel Serrano Martínez. Logró éxito y reconocimiento pues fue Presidente de nuestra Real Academia de Medicina de la Región de Murcia y fue nombrado Presidente de Honor del Colegio de Odontólogos de Murcia. Por último, dejar constancia que el tercer Médico Estomatólogo, don Carlos García Ballesta, alcanzó el grado de Profesor Titular de Odontopediatría de la Facultad de Odontología y que falleció tempranamente.

La Dra. Rodríguez González recibirá la Medalla número 12 prestigiadísima por los predecesores siguientes: Rafael García de las Bayonas Tapia (1854), Bernabé Guerrero (1901), Pablo Martínez Torres (1914), José Tapia Sanz (1958), Manuel Serrano Martínez (1970) y Carlos García Ballesta (1988). Como ya hemos comentado tan solo Médicos Estomatólogos los dos últimos. En esa época primero obtenían la Licenciatura en Medicina para, posteriormente cursar los estudios en la Escuela de Estomatología de Madrid. Mientras que Carlos García Ballesta pudo estudiar Medicina y Estomatología en Murcia. Ahora esta Medalla número 12 la llevará una Cirujana Oral y Maxilofacial que, como dijimos anteriormente, obtuvo la Licenciatura en Medicina y Cirugía para después y vía MIR durante cinco años, obtener la formación correspondiente. La Cirugía Oral y Maxilofacial es una especialidad médico-quirúrgica que se ocupa de la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la patología de la boca, cara y territorio craneofacial, así como de los órganos y estructuras cervicales relacionadas directa o indirectamente con las mismas. El médico residente durante su formación debe adquirir conocimientos básicos de cirugía general, conocimientos básicos odontológicos y formación completa en patología médica y patología quirúrgica oral y maxilofacial. Nuestra nueva Académica consideró, por si fuera poco, iniciar Estomatología en la Universidad de Murcia. Afortunadamente pudo compatibilizar la especialidad MIR con los estudios de Estomatología lo que reforzaba su formación de cara al ejercicio profesional del futuro.

## **SITUACIÓN PROFESIONAL**

Se podría resumir así:

- Jefa de Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia, dedicada fundamentalmente al tratamiento de la patología maxilofacial en el Hospital Infantil y, en especial, a las malformaciones congénitas faciales, así como a la cirugía oncológica y reconstrucción microquirúrgica.

- Coordinadora del Equipo Multidisciplinar para el tratamiento de las fisuras labiopalatinas en el HCUVA.
- Vocal de la Comisión Autonómica Multidisciplinar de Fisuras Labiopalatinas y otras Malformaciones Congénitas Faciales en el ámbito del Servicio Murciano de Salud.
- Profesora Asociada en la Universidad de Murcia.
- Vocal de la Comisión Nacional de Cirugía Oral y Maxilofacial desde 2014. Miembro del Comité de Anomalías Vasculares del HCUVA.
- Miembro de la ONG Cirugía Solidaria, participando en proyectos y campañas en diferentes países de África.

## ACTIVIDAD CIENTÍFICA

Se podría resumir así:

- Siete capítulos en otros tantos libros publicados: dos en 1999, uno en 2009, uno en 2013, uno en 2018 y dos más en II y en III Certamen de Casos Clínicos para Médicos Residentes del Colegio de Médicos de la Región de Murcia.
- Más de una veintena de publicaciones en Revistas de Impacto.
- Más de 200 participaciones en Congresos Nacionales e Internacionales de Cirugía Oral y Maxilofacial.
- Cuatro Proyectos de Investigación: 2015-2018; 2016-2019; 2017 y otro iniciado en 2021.

La Dra. Rodríguez ha expuesto con brillantez el nacimiento y la evolución de los aspectos de la Cirugía Oral y Maxilofacial.

Al repasar varios discursos de contestación me ha gustado un párrafo, cuyo autor es el Dr. Carlos Ferrándiz Araujo, brillante donde los haya, y que viene a colación:

*‘la historia de nuestra antiquísima Academia esfá llena de magistrales discursos; y, en los umdrales del fercer milenio no es*

*farea fáciI conjugar tradición con modernidad... y el discurso de ingreso trata de una nueva especialidad’.*

Era el caso del Dr. García Ballesta y lo es ahora para la Dra. Rodríguez González.

Los objetivos y competencias específicas de Cirugía Oral y Maxilofacial son numerosos. El Residente durante su formación debe adquirir conocimientos básicos de cirugía general, conocimientos básicos odontológicos y formación completa en patología médica y patología quirúrgica oral y maxilofacial. Expongo los datos más llamativos: El campo de acción parte de la concepción integral de este conjunto orgánico interrelacionado, sustentado sobre rigurosos criterios embriológicos y anatómofuncionales, por lo que debe entenderse que la actuación y responsabilidad profesional es absoluta, tanto con respecto a las medidas terapéuticas específicas como en relación con el empleo de técnicas quirúrgicas.

De acuerdo con la diversa patología que puede encontrarse a este nivel regional, el espectro de la especialidad, de acuerdo con las guías europeas, incluye, fundamentalmente, los siguientes ámbitos:

- Tratamiento del dolor y de la ansiedad.
- Cirugía dentoalveolar y periodontología.
- Tratamiento de las infecciones que involucran los huesos y tejidos blandos de la cabeza y el cuello.
- Traumatismos cráneo-maxilofaciales (partes óseas y tejidos blandos), tanto agudos como secuelas.
- Patología oral. Medicina oral.
- Cirugía preprotésica e implantología.
- Tratamiento quirúrgico y no quirúrgico de las afecciones de la articulación temporomandibular.
- Cirugía oncológica de cabeza y cuello, incluyendo cirugía cervical.
- Tratamiento de los tumores benignos y malignos de las glándulas salivares.

- Cirugía reconstructiva de cabeza y cuello, incluyendo disección de colgajos de tejidos blandos y óseos.
- Técnicas microquirúrgicas.
- Cirugía ortognática-ortopédica facial.
- Cirugía Plástica, Estética y Reparadora cervicofacial.
- Tratamiento de las malformaciones congénitas que incluyen a su vez las fisuras labiopalatinas.
- Cirugía craneofacial.

Impresiona leer el programa aprobado por la Comisión Nacional de la Especialidad pues recoge hasta 73 puntos en los que se detalla cada uno de los objetivos y competencias del MIR, que podrán repasar en el Libro que se entregará a la salida.

1. Concepto de la especialidad, objetivos y plan docente. Relación con otras especialidades de Ciencias de la Salud. Planificación y Gestión asistencial: indicadores.
2. Historia, evolución y desarrollo en la U.E. y en el mundo: situación actual. La doble titulación: perspectivas.
3. Embriología bucal, cervical, facial y del órgano dentario.
4. Anatomía: cráneo y huesos faciales. Músculos, vasos arteriales, venosos y linfáticos, nervios y glándulas buco-cérvico-faciales. Anatomía de la articulación temporomandibular.
5. Esplacnología, fisiología e histología de los tejidos que comprenden las regiones labiales, palatina, lingual, dentoalveolar, yugal, nasal, mentoniana, maseterina, cigomática, orbitaria, frontal, infratemporal, pterigomaxilar y del recubrimiento cervicofacial.
6. Esplacnología, fisiología e histología de los tejidos que comprenden las regiones sublinguales, suprahioidea, submaxilar, infrahioidea, parotidea y laterocervical.
7. Semiología y propedéutica clínicas. Historia clínica. Examen bucal, facial y cervical.
8. Semiología y propedéutica clínicas. Exámenes complementarios. Microbiología aplicada. Citología. Biopsia.

9. Exploración con técnicas de imagen.
10. Anestesia loco-regional.
11. Anestesia General en Cirugía Oral y Maxilofacial. Sedación.
12. El acto quirúrgico: preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio. Control y complicaciones.
13. Incisiones y suturas.
14. Exodoncia.
15. Inclusiones dentarias.
16. Infecciones odontógenas: etiopatogenia, clínica y tratamiento.
17. Infecciones maxilares no odontógenas: Radionecrosis.
18. Traumatismos de partes blandas cervicofaciales. Cicatrices y otras secuelas.
19. Traumatismos dentoalveolares y heridas de la cavidad bucal.
20. Traumatismos del esqueleto craneofacial.
21. Secuelas de los traumatismos craneofaciales.
22. Patología infecciosa de la cavidad oral y de la cara.
23. Repercusión de las enfermedades generales en la mucosa bucal y en la cara.
24. Tumores benignos de la mucosa bucal y de la cara.
25. Lesiones precancerosas buco-cérvico-faciales.
26. Tumores malignos de la mucosa bucal y orofaringe.
27. Tumores malignos de partes blandas de la cara y del cuello.
28. Tumores vasculares y nerviosos de cabeza y cuello.
29. Patología ganglionar cérvico-facial.
30. Quistes de partes blandas de la encrucijada buco-cérvico-facial.
31. Quistes odontogénicos y no odontológicos de los maxilares.
32. Tumores odontogénicos benignos y malignos de los maxilares.
33. Tumores no odontogénicos benignos y malignos de los maxilares.
34. Afecciones pseudotumorales de los maxilares y cavidad oral.
35. Tumores benignos y malignos de la cavidad nasal.
36. Tumores malignos y benignos de los senos paranasales.
37. Tumores malignos y benignos de la base del cráneo.
38. Patología inflamatoria de la cavidad orbitaria.
39. Patología traumatológica de la órbita. Secuelas.

40. Patología malformativa de la órbita.
41. Patología tumoral de la órbita.
42. Patología infecciosa e inmunológica de las glándulas salivares.
43. Tumores benignos de las glándulas salivales.
44. Tumores malignos de las glándulas salivales.
45. Patología de la articulación temporomandibular.
46. Patología nerviosa facial.
47. Vaciamientos ganglionares cervicales.
48. Cirugía reconstructiva cervicomaxilofacial; injertos; Colgajos pediculados; Colgajos microquirúrgicos.
49. Implantes aloplásticos y biomateriales.
50. Radioterapia y quimioterapia en Oncología maxilo-cérvico-facial.
51. Craneofacioestenosis y cirugía craneofacial.
52. Malformaciones craneofaciales: fisuras faciales.
53. Fisura labio-palatina.
54. Maloclusiones maxilofaciales; cirugía ortognática, generalidades.
55. Diagnóstico y planificación de las malformaciones dentofaciales.
56. Cirugía ortognática de las malformaciones del tercio medio facial.
57. Cirugía ortognática del tercio inferior.
58. Cirugía ortognática de las malformaciones combinadas.
59. Perfiloplastia.
60. Cirugía estética de la cara.
61. Apnea del sueño. Estudio y tratamiento.
62. Prótesis y epitesis bucofaciales.
63. Instrumental, materiales y equipamiento.
64. Fotografía e informática aplicada.
65. Medicina legal y Forense en Cirugía Oral y Maxilofacial.
66. Implantes dentales aloplásticos.
67. Cirugía mucogingival y osteoplástica de los maxilares.
68. Conceptos sobre oclusión dentaria. Función masticatoria.
69. Patología dental.
70. Trasplantes y reimplantes dentaúos.
71. Conocimientos relativos a terapéutica dental, periodoncia, pró-

tesis odontológica, odontopediatria y ortodoncia, desde la perspectiva de la Cirugía Oral y Maxilofacial.

72. Conocimientos sobre odontología preventiva, comunitaria y legal y forense.
73. Conocimientos sobre materiales, equipamiento y ergonomía.

No me cabe duda de que la Doctora Rodríguez González, vistas sus cualidades humanas y profesionales, que he resumido con la mejor voluntad, aportará nuevo aliento, vigor renovado e ilusión a nuestra bicentenaria Real Academia de Medicina y Cirugía de la Región de Murcia. La Academia cuenta, desde hoy, con otra mujer que es consecuencia de los cambios sociales producidos en la elección de la Licenciatura de Medicina. Le deseo los mayores éxitos en nuestra Corporación, en su vida profesional y familiar, complaciéndome en darle la más cordial bienvenida.

He dicho.

