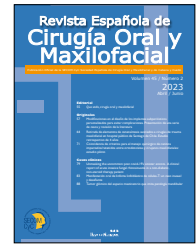




Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial

www.revistacirugiaoralymaxilofacial.es



Editorial

Quo vadis, cirugía oral y maxilofacial

Quo vadis, oral and maxillofacial surgery

Sirva este editorial como despedida de mi cargo de Presidente de la SECOM-CyC durante estos últimos 4 años, en los que además de sentirme muy arropado por el resto de los compañeros de la Junta Directiva, he aprendido mucho de la realidad de nuestra especialidad.

En un ejercicio de visión del futuro, el cual depende de muchos factores coyunturales (como la pandemia y la Guerra de Ucrania, por ejemplo) me gustaría aportar algunos puntos que “se nos vienen” y que pueden tenerse en cuenta para valorar y hacer conjeturas en cuanto al futuro de nuestra especialidad.

Me parece que la especialidad tiene un inconveniente a nivel global y es que no hay una sola cirugía oral y maxilofacial como otras especialidades médicas o quirúrgicas. Existen, en relación con nuestra especialidad, numerosos planes de formación muy distintos de un país a otro, incluso dentro de Europa, lo cual hace que SECOM-CyC y la Cirugía Oral y Maxilofacial española deban luchar por sus objetivos de forma individual, pero colaborando con las organizaciones o sociedades científicas internacionales tradicionales consideradas hermanas o aliadas (EACMFS, CIALACIBU, IAOMS). No obstante, desde hace ya unos años, el nivel que puede apreciarse en las reuniones científicas de nuestros ponentes es similar, si no superior, a los ponentes extranjeros. Ello habla del nivel medio de nuestra especialidad en relación con los representantes de países catalogados como más avanzados. Esto se afianzará y, a corto plazo, tendremos en nuestro país más líderes de opinión y más centros de referencia internacional que en la actualidad.

Es parte de la actualidad nacional, y que ya conocía previamente, que somos una especialidad muy viva, con mucha penetración en la sanidad pública (en hospitales de primer orden), colaborativa con otras especialidades, que trata siempre de localizar nichos de pacientes en diferentes patologías que pueden beneficiarse de nuestras técnicas quirúrgicas que, por impulsos personales que no institucionales, se está infiltrando más en los planes de estudios universitarios, que lidera algunos proyectos de investigación importantes y que tiene también mucha penetración en la sanidad privada, principalmente porque las capacitaciones del cirujano oral y maxilofacial no están incluidas en la totalidad en la cartera ofrecida por los servicios públicos.

La telemedicina se irá incorporando cada vez más a nuestras prácticas, por medio de una serie de aplicaciones que hagan más fácil la “teleexploración virtual”. La conectividad y la globalización es una realidad de la cual nadie se puede apartar si quiere seguir progresando.

Somos una especialidad que desde hace años galopa hacia la excelencia, sobre todo en la planificación quirúrgica y, por ello, hemos sabido captar, probablemente antes que otros, el valor de las nuevas tecnologías. Nos va mejor desde que lo “digital” se incorporó a nuestra especialidad y empleamos (y emplearemos) mucho tiempo en el despacho para mejorar nuestros resultados en todos los campos que se benefician (ortognática, cirugía reconstructiva, ATM, traumatología, etc.). Posiblemente en relación con ello, tenemos que ser los primeros en hacer más transversal el tratamiento de nuestras patologías. Para el manejo y apro-

*Autor para correspondencia:

Correo electrónico: fmonje@cicommonje.com (Florencio Monje Gil).

<http://dx.doi.org/10.20986/recom.2023.1471/2023>

1130-0558/© 2023 SECOM CyC. Publicado por Inspira Network. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

vechamiento de todas las tecnologías que sobre todo han emergido tras la pandemia del COVID-19, necesitamos organizarnos con otras disciplinas y capacitaciones que cada vez tienen más que decir en la Medicina (biomedicina en el futuro), como son los ingenieros en sus diferentes ramas, biólogos, genetistas, etc. Principalmente en las ciudades sanitarias de primer orden, es posible llegar a quirófano y encontrarnos profesionales no médicos, que tiene que formar parte de la organización multidisciplinar en la que va a terminar todo esto.

Me parece muy interesante la asociación con otras especialidades y disciplinas, como la que se ha realizado con la Fundación de Tumores de Cabeza y Cuello (FFTTCC), en la que se ha construido una amalgama de profesionales que se reunirán en torno a la mejora de tratamiento y resultados de los pacientes con esta patología. Es posible que la alianza tradicional terapéutica con la Oncología Médica y Oncología Radioterápica haga nuestros tratamientos menos invasivos y más efectivos. Seguro que la genómica nos ayudará en la aplicación de otras terapéuticas no quirúrgicas en el cáncer de cabeza y cuello y que han irrumpido ya, pero que abren un horizonte muy prometedor como es la aplicación, cada vez mayor, de la inmunoterapia. Y en esta Fundación, y por mi contacto con las asociaciones de pacientes, me he dado cuenta de que debemos poner más el foco en nuestros pacientes. No me refiero que algunos indicadores de los resultados de distintos tipos de tratamientos no sigan siendo necesarios, que por supuesto lo son, sino que debemos de incorporar, quizá con la ayuda de la inteligencia artificial (IA), más conceptos de la calidad de vida en los distintos tipos de tratamientos. A un servidor le resulta muy difícil conocer cuál es la realidad concreta del paciente en una revisión de 8-10 minutos, como tiene estipulado la Sanidad Pública, por ejemplo, y en captar todas las necesidades del paciente. Un maestro de este oficio me dijo una vez que “desgraciadamente los buenos resultados para el paciente no tienen que coincidir desgraciadamente con los del médico”. La relación con las asociaciones de pacientes, dentro de un marco de colaboración, será fundamental en algunas de nuestras capacitaciones.

Desde hace años estamos inmersos en el laberinto de la ingeniería tisular y, en la actualidad, parece que seguirán pasando años, hasta conseguir sus frutos concretos, pero creo que la tríada endoscopia, navegación e ingeniería tisular irán de la mano y será el re-póker que dará más valor a la cirugía mínimamente invasiva... Todo ello basado en la dictadura de la tecnología. La medicina del siglo xx se desarrolló gracias a talentos y esfuerzos personales, pero el siglo xxi es tecnología casi al 100 % y los servicios o consultas que no inviertan en tecnología quedarán atrás de forma inexorable.

La IA, por otra parte, ayudará a todas aquellas especialidades que están involucradas en el diagnóstico y en la planificación (radiología o anatomía patológica). No pasará mucho tiempo para que los CBCT y la RMN nos apunten un diagnóstico a los pocos segundos de realizarse la prueba al paciente. O con pequeños gadgets, la citología y el examen histopatológico serán casi instantáneos. Pero es que, además, la IA, de la cual no sabemos ni las limitaciones ni los riesgos, posiblemente nos facilitará planificación de nuestros tratamientos y esto llegará potenciado la industria privada. En relación con ello aprovecho para decir que hubo algún intento en los últimos años, por parte de la clase política, de limitar la relación de las sociedades científicas con la industria: es imposible que la formación médica continuada sea completamente proporcionada por los organismos e instituciones públicas.

La robótica, que ya ha avanzado en otras especialidades quirúrgicas, se incorporará, con toda seguridad, pronto a nuestra área. La combinación de robótica con la imagen 3D será un binomio natural muy importante. Y también esa imagen en 3D es la que se desarrollará a través de la realidad aumentada (técnicas que ya se aplican en nuestros hospitales) y que con la ayuda de gafas que proporcionan imágenes anatómicas reales del paciente harán nuestros tratamientos más exactos y predecibles.

La impresión en 3D es una realidad ahora, pero iremos evolucionando a soluciones “in house” instantáneas y rápidas. Ya se aplica de una forma “artesanal” en fracturas de suelo de órbita, pero seguro que, en un futuro en pocos minutos, se podrán confeccionar soluciones como miniplacas durante el propio tiempo quirúrgico. Y en cuanto a los implantes dentales, posiblemente se acabaron las medidas convencionales y clásicas, y pasaremos a medidas mucho más personalizadas dependiendo de la anatomía y la disponibilidad ósea del paciente.

Hay un problema adicional que está pasando en todo el mundo. Al profesional joven le es difícil identificarse con un asociacionismo institucional. Lo más inmediato son las redes sociales, que le dan suficiente información y fuerza como para sentirse conectado y no necesitar ningún tipo adicional de representatividad. Vienen muchos avances. Tenemos, entre todos, que aunar esfuerzos frente a toda esa avalancha que nos va a invadir y que necesitamos vertebrar a través de nuestra sociedad científica.

Hay que interesarse y crear nuestro futuro (por supuesto, también creer en nuestro futuro), porque será donde estaremos el resto de nuestras vidas.