

DISCURSO DE RECEPCIÓN COMO ACADEMICO
DE HONOR EN LA ACADEMIA DE CIENCIAS
ODONTOLÓGICAS DE ESPAÑA

Excmo. Señor Presidente de la Academia de Ciencias Odontológicas de España, Dignísimas Autoridades y Representaciones, Excmos. e Ilmos. Señores Académicos Numerarios, Señores Académicos correspondientes, estimados compañeros, amigos presentes, señoras y señores:

Es para mí un verdadero honor dirigirme a ustedes en esta ocasión tan significativa. Me siento profundamente agradecido y emocionado por la oportunidad de ingresar a esta prestigiosa institución, que lleva tiempo siendo un referente de la Odontología en España.

Quiero expresar mi mayor agradecimiento a todos los Académicos que apoyaron mi nombramiento y muy especialmente a los de Sevilla, Pedro Bullón, Juan José Segura, Eugenio Velasco, Daniel Torres compañeros y amigos de hace mucho tiempo y muy especialmente a Guillermo Machuca, que fue quien me animó a que le enviara mi curriculum para poder presentarme.

No es fácil encontrar las palabras adecuadas para expresar lo que representa este momento en mi vida y en mi carrera profesional. Ser recibido en una institución como esta, que agrupa a los más destacados y comprometidos expertos en el cuidado de la salud bucal de toda España, es un privilegio y, al mismo tiempo, un reto que me motiva a seguir estudiando con la misma dedicación y pasión que han guiado mi carrera hasta este día.

Quiero relatarles ahora un par de hechos en mi vida, que determinaron mi vocación quirúrgica y mi temprana relación con los problemas de la patología oral.

El primero es que, en 1954, cuando yo tenía diez años, un día mi padre, que era un gran cirujano, de camino al hospital, me llevó al colegio, pero no había clase ese día, no recuerdo el motivo, por lo que me preguntó si quería ir con él a ver una operación quirúrgica, a lo que yo respondí que sí, claro. Ese día hizo una neumonectomía, extirpación de un pulmón entero, que era la quinta que se hacía en España y yo tuve la suerte de verla completa, aunque duró varias horas. Fue un hecho que me marcó y me hizo tener el deseo de poder hacer esas cosas cuando fuera mayor.

El segundo es que un par de años, o así, más tarde fui a ver otra operación; se trataba de un quiste de maxilar inferior, operación en la que mi padre era ayudado, como de costumbre, por mi madre, que era pediatra y ejercía como tal, y que entonces era su primer ayudante, y siguió siéndolo hasta que yo la relevé cuando terminé la carrera en 1966. En un momento determinado de la intervención le faltaba una mano para tirar de un separador de Farabeuf, por lo que le dijo al practicante que daba la anestesia supervisado por mi padre, entonces las cosas eran así, que me lavara, me pusiera una bata y unos guantes, que, como es lógico, ambas cosas me estaban enormes; me dieron el mango del separador para traccionar de él, cosa que hice diligentemente. Fue la primera vez que ayudé a una operación y ahí ya se me desataron los demonios quirúrgicos, que no pararon hasta verme convertido en un cirujano hecho y derecho, primero Cirujano General y de Aparato Digestivo a lo que añadí ser Cirujano Torácico.

He aquí como me aficioné a la Cirugía y como conocí una patología que ahora ya no es de los Cirujanos Generales,

sino de los Especialistas en Patología Oral y Maxilofacial, pero que al principio yo practiqué, como parte de mi especialidad.

Durante toda mi vida profesional, que empezó a los 16 años, al iniciar los estudios de Medicina, ya que a partir de esa fecha comencé a ayudar a mi padre en intervenciones diversas, me marqué dos objetivos, a los que luego, una vez terminada la Carrera e iniciada mi actividad quirúrgica, añadiría un tercero, que luego comentaremos. Y he de decirles aquí que mi padre no me dejó coger un bisturí para operar, ni aun la más mínima patología, hasta que tuve el Título de Licenciado en mi poder. Siempre le agradeceré esta rectitud, que a mí me enseñó ser recto, como persona y como profesional de la Cirugía.

Los dos primeros objetivos que quise alcanzar fueron, uno ser cirujano ya que entonces serlo daba capacidad para operar de todo, porque la especialización comenzó después, y otro ser catedrático de Cirugía.

Los primeros años de mi ejercicio los dediqué a obtener Títulos de Especialista, primero en Cirugía General y en Cirugía del Aparato Digestivo, especialidades recién creadas, que luego se unificaron como Cirugía General y Digestiva y terminadas estas hice Cirugía Pulmonar, que es como entonces alguna mente iluminada del Ministerio llamó a la Cirugía Torácica, nombre con el que se la denominó después y que aún permanece. Para entonces, a los 27 años, tenía ya dos títulos de Especialista y una vida entera por delante y lo primero que hice fue desplazarme a París al Centre Chirurgicale Marie Lannelongue, con el Dr. Henri Le Brigand, para ampliar mis conocimientos de Cirugía Torácica, ya que esta estaba poco desarrollada en Sevilla y en general en España.

Mi trabajo, en esos primeros años de mi ejercicio, se desarrolló fundamentalmente en el ámbito de la Cirugía General y Digestiva, en la que poco a poco fui labrándome un prestigio, sin olvidar nunca la Cirugía Torácica, por la que sentía una especial afición, pero ya había llegado a ser Cirujano, con lo que fue cubierto el **PRIMER OBJETIVO** que me planteé, respecto a mi vida profesional.

No obstante mi principal dedicación a la Cirugía General, fundamentalmente por una cuestión de número de pacientes a tratar que teníamos en el Servicio, poco a poco fui derivando mi trabajo a la Torácica, a medida que los buenos resultados que ofrecíamos a los neumólogos que nos surtían de pacientes, hacían aumentar el número de estos y así nos quedamos casi sin tiempo para la Cirugía General, muy especialmente a partir del acelerón que le dimos a la Torácica, allá a finales de los años 80, con la aparición y ejercicio de la cirugía endoscópica, que durante unos veinte años ejercimos en solitario en España, con miles de críticas adversas de mis “queridos compañeros”, hasta que los nuevos profesionales se fueron convenciendo de la bondad de este abordaje que ha relegado a la Cirugía abierta en un altísimo porcentaje de operaciones. Ello llevó a la Sociedad Española de Cirugía Torácica a nombrarme este mismo año **REFERENTE DE LA CIRUGÍA TORACICA EN ESPAÑA.**

Por todo ello se me conoce más como Cirujano Torácico que como Cirujano General, aunque esta última la ejercí hasta mi retirada, aunque ya en contados y seleccionados casos.

Mi segundo objetivo, llegar a catedrático de Cirugía también fue plasmándose poco a poco, con puestos secundarios de docencia en mi Facultad, que fueron avanzando en categoría, aunque no en remuneración, que entonces considerábamos secundaria. Con las primeras Oposiciones Nacionales a

Profesor Adjunto en 1973 tuve la oportunidad de acceder al Profesorado Numerario de la Facultad de Medicina de Sevilla, como Profesor Adjunto de Patología y Clínica Quirúrgicas.

En 1979, tras varias Oposiciones fallidas, aunque en alguna de ellas me felicitará el Tribunal al completo diciéndome, ¡Enhorabuena Loscertales, ha sido usted el mejor, usted será Catedrático!, después de haber votado a otro, obtuve la plaza de Profesor Agregado de Patología y Cirugía General de la Facultad de Medicina de Murcia, en la que permanecí unos meses hasta que por traslado me fui a Sevilla, donde he permanecido hasta hoy.

En 1992, en virtud de la Ley de Reforma Universitaria, fui nombrado Catedrático de Cirugía de la Facultad de Medicina de Sevilla, con lo que el **SEGUNDO OBJETIVO** estaba también logrado.

A medida que fui progresando como cirujano y relacionándome en Sociedades Médicas, Congresos y Reuniones, se fue despertando en mi en mi la necesidad de tener un objetivo más, **EL MUNDO ACADÉMICO**. Recuerdo con Especial cariño a la ya extinta Sociedad Médica de Hospitales de Sevilla, primer sitio donde los jóvenes nos fogueábamos presentando casos y técnicas. Poco a poco fui teniendo conocimiento de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla, la más antigua de Europa y, consecuentemente del mundo fundada en 1693 por D. Juan Muñoz y Peralta como la “**VENERANDA TERTULIA HISPALENSE**” que, en 1700, por Cédula Real de Felipe V, pasa a llamarse “**REGIA SOCIEDAD DE MEDICINA Y DEMÁS CIENCIAS DE SEVILLA**”, que ha llegado a nuestros días como la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla. El ambiente científico, el interés por el conocimiento, no solo de la Medicina, sino de otras muchas

facetas del saber humano, me cautivaron y me llevó a que en 1975 fuera Nombrado Académico Correspondiente, por los méritos que la Academia reconoció en mí. Sin embargo, pese a mis aportaciones y mi interés en la Academia, hubieron de transcurrir casi cuatro décadas hasta que en 2012 fui elegido Académico Numerario en la Plaza de Cirugía Torácica. Con ello se cumplió mi **TERCER OBJETIVO**.

Más adelante, cuando conocí la Academia Española de Ciencias Odontológicas y su prestigio, y sabiendo que algunos colegas míos, compañero de oposiciones uno de ellos, habían entrado como Académicos de Honor, tuve el deseo de pertenecer a esta prestigiosa Institución.

Como Cirujano Torácico, mi labor se ha centrado en muchos órganos y regiones de nuestro cuerpo, algunos de ellos vitales, como los pulmones, también el mediastino, la pared torácica, el tiroides y el esófago. Como Cirujano General he atendido también a casi todas las estructuras del organismo, muchas de ellas también vitales, como el hígado, por ejemplo y hoy me encuentro aquí, lleno de satisfacción y orgullo por haber ampliado con creces mi **TERCER OBJETIVO**, al acceder a esta prestigiosa Academia, en un entorno tan alejado de mi campo específico, pero cercano en el saber y conocimiento, para reflexionar sobre el rol fundamental que la salud bucal tiene en la salud general del cuerpo humano. Siempre estuve convencido de que la Medicina y la Odontología no son disciplinas aisladas, sino que están profundamente interconectadas, como todas las Especialidades de la Medicina, y que solo a través de la colaboración interdisciplinaria podemos lograr un enfoque integral de la salud.

El vínculo entre la salud respiratoria y la salud bucal es uno de los ejemplos más claros de cómo nuestros campos pueden

complementarse. Sabemos que las enfermedades respiratorias, como las infecciones pulmonares, pueden ser exacerbadas por infecciones bucales, y viceversa. Las bacterias presentes en la cavidad oral pueden tener efectos devastadores en los pulmones, especialmente en pacientes con afecciones pulmonares crónicas como la EPOC o la fibrosis pulmonar. Sirvan de ejemplo las terribles bronquiectasias, que en los comienzos del siglo XX destruían los pulmones y diezaban la población, especialmente la infantil, con terribles sufrimientos antes de morir, que fueron el motor del primer desarrollo de la Cirugía Torácica, junto con la tuberculosis pulmonar y que dieron lugar a operaciones como las lobectomías y neumonectomías, además de la Cautery Pneumonectomy, diseñada por Evarts Graham, en la que se abrasaba el pulmón con el “Actual Cautery”, en realidad un hierro de soldar al rojo vivo, operación de la que, sorprendentemente, algunos salían vivos y curados de su afección. Afortunadamente, las bronquiectasias ya están erradicadas, en gran medida por los cuidados bucales que actualmente la población tiene, gracias a las enseñanzas de los Odontólogos y Estomatólogos.

Recuerdo, durante una larga estancia en París, en el Hospital Marie Lannelongue con el Dr. Henri Le Brigand, mi maestro en Cirugía Torácica, que una de las cosas que requería a los pacientes para operarlos de cáncer de pulmón era que tuvieran una boca y piezas dentarias sanas, cosa que yo al principio no entendía, y si no era así se las hacía arreglar, para evitar el riesgo de graves infecciones postoperatorias si tenían, por ejemplo, caries, con el estado séptico consiguiente de la boca, y una vez resuelto el problema bucal los operaba.

Quisiera narrarles aquí dos anécdotas de la historia de la Cirugía Torácica, que casan con esto.

La primera es que la segunda neumonectomía del mundo, primera del Nuevo Mundo, la hizo CAMERON HAIGHT en 1932, en Michigan, a un paciente de 13 años por una neumonía supurada, empiema y neumotórax izquierdos, los cuales fueron tratados con drenaje aspirativo y una toracoplastia, extirpándole 11 costillas en dos tiempos, sin mejoría alguna. Señalemos que la enfermedad de este crio era consecuencia de la aspiración de una pieza dental durante una extracción.

La neumonectomía fue intentada el 8 de noviembre, y hubo de pararse por una gran taquicardia, pero se hizo en una segunda operación, seis días más tarde, mediante ligadura en masa del hilio pulmonar y exteriorización del pulmón hasta que, necrosado, se desprendió un par de semanas después, habiendo rellenado la cavidad pleural con compresas, que se sacaron una vez que se desprendió el pulmón necrótico. Quedó una pequeña fístula bronquial, que tres meses y medio después se había cerrado.

Vemos con este ejemplo, como puede existir una relación entre Cirugía Torácica y Odontología.

La segunda es que JAMES GILMORE, un ginecólogo de 48 años sufría tos y fiebre que le duraban ya 7 meses. En el Barnes Hospital de St. Louis, Nueva Orleans, se le hizo una broncografía que mostró una obstrucción bronquial; se le practicó una broncoscopia en la que se encontró un carcinoma escamoso y se le indicó la necesidad de hacerle una lobectomía, ante lo que GILMORE volvió a su casa para estudiarlo y, mientras lo pensaba, se hizo arreglar la boca por un dentista, y se compró una tumba. Lo de la tumba es comprensible, ya que las lobectomías tenían una mortalidad

próxima al 50%, pero yo no entendí lo del arreglo de la boca, hasta que estuve haciendo Cirugía Torácica en París en 1969.

De hecho, los resultados de esta cirugía eran tan pobres, que, en la noche del 3 al 4 de abril de 1933, día señalado para la operación, uno de los ayudantes de GRAHAM, el mismo que había diseñado la Cautery Pneumonectomy, trató de convencer a GILMORE de que firmara en contra del consejo médico de su Jefe. Afortunadamente GILMORE no hizo caso de este aviso, ni se lo contó a GRAHAM, con lo cual salvó su vida y, probablemente, la carrera del Residente y quizás el desarrollo de la Cirugía Torácica. Y el 4 de Abril de 1933 se realizó la primera neumonectomía por cáncer de pulmón, hecha por EVARTS A. GRAHAM, que permitió el gran auge de la Cirugía Torácica que hemos conocido después. En palabras de MOUNTAIN *“la operación de GRAHAM es no solo un caso. Fue el motor que estimuló y vigorizó todo el campo de la cirugía del pulmón; fue el catalizador que impulsó el desarrollo de la moderna cirugía del cáncer de pulmón”*.

Les diré que Gilmore volvió a ejercer la medicina, se hizo íntimo amigo de Graham, un fumador empedernido, y lo consoló en su lecho de muerte, 24 años después, cuando este murió de un cáncer de pulmón. Era Graham un fumador tan empedernido que, cuando OCHSNER y DE BAKEY, por primera vez relacionaron el tabaco y el cáncer de pulmón, discutió esta idea, llegando incluso a decirles a sus Residentes: **“Si, es cierto, hay un paralelismo entre las ventas de cigarrillos y la incidencia de cáncer de pulmón, pero también existe ese paralelismo entre el aumento de las ventas de medias de nylon y la incidencia del cáncer de pulmón y no por ello las mujeres dejan de usarlas”**.

Y una tercera anécdota, que, aunque no tenga nada que ver con la Odontología, pero sí con el consumo de tabaco, también nocivo para las piezas dentarias, se debe conocer, porque revela el irónico espíritu, la agilidad mental y la rapidez de respuesta de aquellos pioneros de la Medicina, que tenían que valerse de su saber y de su capacidad intelectual para diagnosticar a los pacientes, a falta de los medios de que hoy disponemos.

OCHSNER a quien su cruzada antitabaco le llevó en 1939 a dar una conferencia en la County Medical Society de Mobile, Alabama, donde expuso su teoría de que fumar causaba cáncer de pulmón, a lo que un médico presente, escéptico, le preguntó **¿Cómo explica el Dr. OCHSNER que yo haya encontrado que los pacientes con cáncer de recto sean más fumadores que los de cáncer de pulmón? A lo que OCHSNER le contestó “es que en Mobile los fumadores inhalan el humo mucho más profundamente que en New Orleans”.**

Volvamos.

De la misma manera que problemas infecciosos dentales pueden producir graves patologías pulmonares, problemas respiratorios graves pueden alterar la función de la mandíbula y la dentición, dificultando una adecuada masticación, lo que afecta la nutrición del paciente y a toda su salud.

Estos hechos subrayan la importancia de una colaboración continua entre neumólogos, cirujanos torácicos y estomatólogos y odontólogos. La integración de los conocimientos de ambos campos es esencial para garantizar una atención de salud que no solo aborde los síntomas, sino que también ofrezca soluciones preventivas que mejoren la calidad de vida del paciente en su totalidad.

A lo largo de mi carrera he aprendido que cada paciente es único, no solo en el sentido de sus condiciones físicas, sino también en su historia de vida, sus expectativas y sus emociones. El trabajo conjunto entre disciplinas como la mía, que busca intervenir en los pulmones o en otros órganos, y el trabajo que ustedes realizan, para preservar la salud bucal, tiene un impacto directo en la calidad de vida del paciente. Las investigaciones y estudios actuales demuestran que una boca sana contribuye no solo a una mejor digestión y una mayor comodidad al comer, sino que también influye positivamente en el bienestar general, en la capacidad para respirar adecuadamente y, por supuesto, en la autoestima.

En este contexto, quiero resaltar la importancia de los avances tecnológicos y científicos en nuestras respectivas disciplinas. En primer lugar, los avances de los métodos de exploración, donde la Tomografía Computarizada, la Resonancia Magnética, la Gammagrafía, la Ecografía, los Panorex, etc., han permitido que las afecciones sean tratadas de una manera precoz con la consiguiente mejora de resultados de los tratamientos.

En Cirugía Torácica, por otra parte, hemos sido testigos de avances extraordinarios en las técnicas mínimamente invasivas, de las que me precio haber sido el pionero en solitario en España durante bastantes años, en los que se me tildó, poco menos que de loco y de poner en peligro la salud y la vida de los pacientes; en estas nuevas técnicas quirúrgicas la precisión y la recuperación rápida se han convertido en las nuevas normas, especialmente ahora, con el desarrollo del Laser, la Cirugía Robótica y de la Inteligencia Artificial. De manera similar, en el campo de la odontología, los avances en nuevos materiales, en las técnicas de implantología, en la ortodoncia digital y en la

cirugía oral y maxilofacial, han mejorado enormemente la vida de nuestros pacientes. Estos logros no serían posibles sin la continua investigación y la colaboración entre profesionales de distintas ramas.

Pero no solo en el ámbito asistencial existe una relación, sino también en el docente. En el programa de Patología Quirúrgica que yo elaboré para las oposiciones a Cátedra, figuraban temas de patología oral y maxilofacial, como **malformaciones congénitas y traumatismos de la cara, infecciones agudas y crónicas de la cara, tumores y quistes de los maxilares, afecciones quirúrgicas de lengua y suelo de la boca, afecciones traumáticas, cálculos e infecciones de las glándulas salivales y flemones y abscesos perifaríngeos, entre los que se hablaba de la temida Angina de Ludwig, consecuencia la mayoría de las veces de problemas odontológicos.**

Todo esto formaba parte del acervo de conocimiento y ejercicio de los cirujanos generales, hasta que la debida y lógica especialización lo separó, aunque yo ejercí no solo la docencia, sino que también el estudio y tratamiento de estas afecciones durante bastante tiempo, porque siempre me precié de ejercer aquello que enseñaba, considerando que, si yo no lo hacía y además no lo hacía muy bien, mal podría enseñarlo a los alumnos y a los médicos recién licenciados.

Al ingresar hoy a esta institución, no solo reconozco el trabajo arduo de todos ustedes, que conozco bien, pues en mi familia hay un estomatólogo y un odontólogo, mi mujer y mi hija Blanca respectivamente, Doctores ambas y excelentes profesionales, sino que también les ofrezco mi total compromiso para que juntos sigamos promoviendo el conocimiento científico conjunto y la mejora de la atención al paciente. Espero poder aportar mis experiencias, y todos mis conocimientos especialmente en lo que respecta a la

salud respiratoria, la cirugía torácica y su conexión con la salud bucal. De igual manera, estoy aquí para aprender de todos ustedes, con la humildad y el respeto que este acto y esta institución merecen.

En una época en la que la medicina y la odontología enfrentan desafíos complejos, como el envejecimiento de la población, las enfermedades crónicas, y la creciente necesidad de un enfoque multidisciplinario, debemos ser más que nunca conscientes de que nuestras especialidades no deben ser compartimentos estanco. Necesitamos construir puentes, promover la comunicación y fortalecer nuestra colaboración. Solo de esta manera lograremos que la atención a nuestros pacientes sea verdaderamente integral, humana y eficaz.

Concluyo este discurso con una pequeña reflexión: la salud es un derecho fundamental de todas las personas, y como profesionales de la salud, tenemos la responsabilidad no solo de curar, sino también de **educar, prevenir y colaborar** entre nosotros para mejorar la vida de aquellos que nos confían su bienestar. Hoy, como cirujano general y torácico que entra en esta Academia de Ciencias Odontológicas, me comprometo a seguir ese camino con todo el empeño y la dedicación que se merecen nuestros pacientes y esta mi nueva Academia, en la que **se ha visto acrecentado notablemente, el tercer objetivo profesional** que me marqué.

Muchas gracias por recibirme en esta casa del conocimiento y la cultura, y por permitirme ser parte de este equipo comprometido con la excelencia en la salud.

He dicho