

SAUDACIÓN SOLEMNE SESIÓN DE APERTURA DO CURSO 2026

Excmo. Sr. D. Francisco Martelo Villar

Conforme ao establecido nos nosos estatutos e en cumprimento da tradición académica, o discurso da solemne sesión de apertura do curso 2025, imposto pola rigorosa quenda, correspondeulle ao Ilmo. Sr. D. Luís Campos Villarino, académico numerario da cadeira territorial por Pontevedra que, titulouno: “Teragnosis en cancro de próstata”. Foi unha disertación brillante e optimista, sobre o cancro máis frecuente na poboación masculina, na que expuxo como os especialistas en Medicina Nuclear a través de dianas moleculares, realizan terapias dirixidas, capaces de mellorar ou rescatar a moitos dos seus pacientes. Foi o pórtico para moitas sesións, nas que; a medicina personalizada estivo presente, tanto, nas formativas para profesionais da saúde como nas de divulgación do coñecemento médico para a poboación xeral.

Estas sesións recollidas, de maneira moi acertada, polo secretario xeral; Ilmo. Sr. D. Alberto Juffé Stein, poderán vostedes consultalas no libro da memoria e na Web da institución, polo que só quedame agradecer o excelente traballo da comisión de docencia na súa organización e o esmero e excelentes resultados de todos os protagonistas destas.

O noso compromiso coa Consellería de Sanidade á que a Real Academia de Medicina de Galicia (RAMG) está adscrita e ao concello da Coruña, o noso principal valedor, que volveu a renovar o convenio para actividade académica no ano 2026 e á Secretaría Xeral da Lingua, dependente da Consellería de Cultura, Lingua e Xuventude. Ás tres institucións grazas en letras maiúsculas.

É pertinente, realzar o noso agradecemento ás institucións que colaboraron nas sesións externas á nosa sede, como o Servizo de Xinecoloxía da área Sanitaria de Ferrol, a Escola Naval Militar de Marín, o “Hospital das Forças Armadas Centro Clínico Universitario D. Pedro V e organizadores do II Congreso Luso-Galaico de Historia da Medicina no Porto (Portugal)”, a Fundación ABANCA, a Universidade da Coruña a través de “UDC Saudable”, a Real Academia Galega de Farmacia, os Colexios provinciais de Medicina e de Farmacia da Coruña e a Real Academia Nacional de Medicina por acoller a nosa intervención con motivo do X Aniversario da proclamación de S.M. O Rey Felipe VI.

O noso agradecemento aos patrocinadores dos premios anuais da Real Academia de Medicina de Galicia (RAMG): A Fundación Barrié, medio século estimulando a investigación e o saber médico, a través do premio “Excmo. Sr. D. Pedro Barrié de la Maza, e a Fundación Quiroga Piñeyro, Centro Oncolóxico de Galicia polo seu apoio á formación en clínica tumoral, que permite unha mellor asistencia aos pacientes. Ambas constitúen un permanente compromiso coa ciencia médica. Gratidade, tamén,

a Pfizer España, polo seu compromiso coa sesión anual da posta ao día da infección respiratoria na nosa sede.

O noso parabén aos autores premiados este ano e fágoo na persoa dos primeiros asinantes dos traballos:

Á D. ^a Marta Rial Crestelo, Grupo de Medicina Fetal e Perinatal, Facultativa Especialista de Obstetricia e Xinecoloxía Hospital Álvaro Cunqueiro – Área Sanitaria de Vigo polo premio Fundación Barrié de la Maza, que conleva o título de académico correspondente da Institución.

Os nosos parabéns tamén ao Centro de Medicina Materno-Fetal e Neonatal do Hospital Clínic e do Hospital San Joan de Déu de Barcelona, desde onde se dirixiu o estudo multicéntrico.

Disculpen que me dirija en castellano para felicitar al Dr. Pedro Medina Vico, Profesor de la Universidad de Granada y responsable del grupo de investigación CTS-993 (GENYO). por el Premio Fundación Centro Oncológico De Galicia.

Es el reconocimiento, además, a una entidad multidisciplinar como GENyO capaz de integrar la investigación básica y aplicada, impulsando avances significativos en el campo de la genómica y de la oncología personalizada. Estará encantado el profesor Torcuato Labella, granadino, académico numerario de esta institución y que realizó en Compostela su brillante carrera como Otorrinolaringólogo. Camino inverso realizó el Dr. Alejandro Otero, paisano mío de Redondela. Accedió a la Cátedra de Obstetricia en la Facultad de Medicina de Granada, el año 1914 a los 25 años y llegó a rector de su universidad el año 1932. Gran impulsor de la asistencia sanitaria en Granada y dotado de un profundo espíritu renovador estaría muy orgulloso de ustedes.

Quero citar, tamén, aos primeiros asinantes dos accésits (mencións de honra) para o premio Fundación Barrié o Dr. Manuel Taboada Muñiz, do Servizo de Anestesiología e Medicina Intensiva, Hospital Clínico Universitario de Santiago e o Dr. Sergio CINZA-SANJURJO, do Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela (IDIS), e para o premio Fundación Centro Oncológico de Galicia á autora Dra. Clara María Ruíz Ponche, da Fundación Pública Galega de Medicina Xenómica e o Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela (IDIS).

Recordo entrañable para os compañeiros que nos deixaron este ano 2025, o Dr. Peña Guitián académico emérito, os académicos de honra doutores Manuel Elkin Patarroyo Murillo e Aniceto Charro Salgado e os académicos correspondentes doutores Carmen Blas Orbán, Miguel Carrero López e Francisco Barreiro Morandeira. Todos e cada un deles déixannos o exemplo dunha diferente maneira de como fusionar ciencia e humanidade.

No outro extremo, o da festiva celebración, gozamos da recepción dos novos académicos numerarios ilustrísimos señores D. José Luís Rodríguez-Villamil Fernández para a cadeira de Xeriatria, D. Arturo González Quintela para a de Medicina Interna e D. José Luís Bello López para a de Hematoloxía, especialidade que estrea praza académica. Dos méritos dos tres déronnos boa conta, respectivamente os ilustrísimos señores D. Jorge Teijeiro Vidal, D^a. María Teresa Jorge Moura e D. Manuel Noya García. Como académicos correspondente ingresaron os doutores D^a Ana Fernández Teijeiro Álvarez, D. Ricardo Navarro Suay e D. Alexander Scheel-Exner Bermúdez. Dos seus “laudatio” fixéronse cargo, respectivamente, os académicos numerarios, ilustrísimos señores D. Jorge Teijeiro Vidal, D. José Luís García Alcón e D. Fernando Ponte Hernando. A Real Academia de Medicina de Galicia enriquecese coa incorporación destes brillantes médicos. Parabén a todos!

Na estratexia institucional do ano 2025 priorizamos dúas áreas:

1. Novos Estatutos, publicados en DOGA o pasado 1 de decembro e o documento de Regulamento interno que establece as normas, directrices e procedementos suplementarios que benefician a eficiencia operativa e que debe entrar en vigor en xaneiro 2026. Comprácame expresar o agradecemento da Xunta de Goberno e de todo o corpo académico aos compoñentes da Comisión de Regulamento pola súa brega na preparación e elaboración dos documentos. O noso recoñecemento á Consellería de Sanidade, á que temos adscrición autonómica pola súa axuda.

2. Arquivo histórico e Biblioteca da RAMG. Na nosa escala de necesidades, este ano, por fin, puxemos en marcha a enorme tarefa de poñer ao día estas dúas áreas fundamentais na institución. O meu agradecemento e felicitación ao secretario xeral Dr. Juffé Stein ás secretarías D^a Ana Obelleiro e D^a Luisa Moscoso polo seu duro e prolongado esforzo e ao historiador documentalista D. Carlos González Guitián, polo seu consello e prolongado traballo, a pé de obra, na nosa sede. A miña gratitude, tamén, aos académicos compoñentes da Xunta de Goberno polo seu apoio.

a. O importante patrimonio documental, con documentos que se inician no ano 1813, permaneceu durante décadas, en malas condicións. A súa posta a punto, ordenamento, catalogación e estabulación, realizouno unha empresa especializada, tras acordo da Xunta de Goberno. O traballo finalizou de maneira satisfactoria o pasado 26 de novembro 2025. Esta importante recuperación é un paso decisivo para a futura dixitalización e posta ao dispor dos estudosos do noso pasado documentado.

b. Vida académica de todos os Académicos Numerarios desde 1831 ata a actualidade, incorporando á listaxe xeral datos dos académicos do século XIX, obtidos en

diferentes arquivos documentais do país e enriquecidos tras a organización de todo o arquivo fotográfico.

c. Biblioteca. É unha prioridade transcendental, que a biblioteca da RAMG chegue a ser un centro vivo de lectura e estudo, converténdoa nunha biblioteca histórica con especial dedicación á medicina galega.

Na memoria 2025 terán información explícita do traballo de expurgo realizado, e do que continuará ao longo deste ano, a través dun convenio cunha empresa privada, que realizará a limpeza, catalogación, clasificación e ordenación de todos os fondos, que, posiblemente, pasarían a ser unha biblioteca municipal, cunha importante dotación de libros médicos do concello da Coruña, que serían cedidos á nosa institución.

próximo ano, coas novas normativas de estatutos e o regulamento interno teremos ferramentas novas para a creación dunha Fundación da Academia que permita unha mellor relación para establecer convenios de cooperación con empresas privadas, mantendo a colaboración cos entes do sector público que apoian proxectos coas universidades da Coruña e Santiago, achegando aos alumnos da Facultade de Medicina ás nosas actividades, coas Deputacións da Coruña e Lugo e a capacidade de obter recursos para actualizar en forma “en liña” o noso “Diccionario Galego de Termos Médicos” e poñer en marcha o libro “Asesoramento médico aos peregrinos do camiño de Santiago”.

Ademais, é un ano de eleccións e a Xunta de Goberno será, por primeira vez, elixida na súa totalidade. Na Real Academia de Medicina de Galicia teremos oportunidades para expor novos plans estratéxicos e novos compromisos persoais.

Estamos seguros de que a nosa institución manterá o seu prestixio entre os profesionais da medicina e continuará sendo recoñecida pola sociedade galega.

En representación da Xunta de Goberno e de todo o corpo académico fágolles chegar os nosos mellores desexos para o curso 2026!

Grazas.

Dixen.

DISCURSO INAUGURAL DO ANO ACADÉMICO 2026

Pronunciado polo Ilmo. Sr. D. David Suárez Quintanilla. Académico Numerario da cadeira de Odontoestomatoloxía

CANONS ACTUAIS DE ESTÉTICA FACIAL: O ÓSO ALVEOLAR, UN CONTINENTE POR DESCUBRIR

A ortodoncia é unha ciencia apaixonante e descoñecida, case sen científicos, hoxe dominada, desgraciadamente, polo mercantilismo e os sobretratamientos. A popularidade da nosa especialidade e as inxentes cantidades de recursos que a sociedade gasta en todo tipo de tratamentos dentais estéticos contrasta, polo menos proporcionalmente, coa ausencia de profesionais ben formados, de investigación e evidencias científicas sobre os seus procedementos e resultados. Soamente este ano o gasto en estética dental no mundo superase con fartura o 200 mil millóns de dólares e só nunha técnica de ortodoncia, os alineadores plásticos transparentes, roldaremos o 15 mil. ¹⁻⁶

As verdadeiras posibilidades terapéuticas da nosa especialidade son descoñecidas, e o que a xente cre saber dela, está totalmente distorsionado polo seu cotián exercicio clínico. Non só non é o que vostedes cren que é, senón que a maioría dos que a exercen descoñecen o seu alcance para a saúde do individuo e o desenvolvemento do seu rostro. Este coller o ravo polas follas, este mirar o dedo cando se está sinalando a lúa, é máis a norma que excepción; é a cruz dunha especialidade, exercida sen ningunha garantía, onde os fíos, tras as bambalinas, están hoxe movidos sen control algún polas grandes empresas multinacionais do sector. ⁷⁻¹³

Unha das miñas responsabilidades internacionais, asumida con estoica resignación, en todo este disparatado mundo é o de exercer de tábano socrático ao poñer en evidencia as incongruencias do exercicio práctico da ortodoncia e a súa mercantilización empresarial, tentando separar a ciencia da pseudociencia, o coñecemento falsable da propaganda, tratando de levar a un primeiro plano o que denomino Ortodoncia Médica, aquela que vai máis aló da pura cosmética

para converterse nun factor decisivo na saúde, o crecemento e desenvolvemento facial do individuo. ¹⁻⁴

A Ortodoncia é máis a arte do imposible que a ciencia do probable, e ha de ser exercida á espera de ser descuberta, e por estraño que pareza, algúns especialistas novos, os dentistas xerais e xa non digamos os que a exercen sen ningún tipo de preparación, descoñecen o seu verdadeiro alcance terapéutico, centrándose a maioría no puro aliñamento dentario con fins cosméticos, sen diagnóstico nin plan de tratamento e con aparellos que nin prescriben nin entenden. A nosa especialidade non é moito máis, senón moitísimo máis.

A Ortodoncia é a especialidade decana da odontoloxía e para o seu correcto exercicio na Unión Europea ou Estados Unidos necesítanse estudos postgraduados a tempo completo de tres anos e máis de 2000 horas de formación teórica e clínica con pacientes (180 créditos ECTS); na miña opinión excede o ámbito da odontoloxía e sitúase próxima ás especialidades médicas. Na nosa universidade de Santiago de Compostela contamos cun máster de especialización de tres anos que vén funcionando, con carácter internacional, desde hai máis de 20 anos. Con todo ninguén hoxe en España prohibe ou limita o seu exercicio a dentistas sen a máis mínima formación, situación que se viu agravada pola ortodoncia on-line ou por correspondencia, onde moitas clínicas reducen a súa actividade para ser simples puntos de vendas de alineadores plásticos ou férulas de descarga ,cuxo diagnóstico, plan de tratamento e fabricación realízaon un descoñecido planificador, axudado pola intelixencia artificial, a miles de quilómetros, convertendo a especialidade que amo nun puro negocio de resultados terapéuticos limitados, dubidosos ou incertos.

A Ortodoncia é moito máis que todo isto e o seu campo de actuación excede os límites dos dentes, afectando o crecemento e desenvolvemento do complexo nasomaxilar, a mandíbula e a articulación temporomandibular, e os seus obxectivos comprenden a estética do sorriso e do terzo facial inferior, así como o correcto crecemento e desenvolvemento da cara e as principais funcións do aparello estomatognático: mastigación, respiración, deglución e fala. ¹⁴⁻¹⁵

A terapéutica ortodóncica pivota ao redor de dous eixos: o estraño e máxico movemento dentario ortodóncico e a capacidade de modificar o crecemento da cara, a través da acción mecánica directa ou indirecta sobre algunhas suturas do esplanocráneo, como a sutura palatina media. A maxia e estrañeza do movemento dentario ortodóncico reside na capacidade dos dentes, a través dun proceso inflamatorio periodontal aséptico, de formar óso alveolar durante toda a vida do individuo. Basicamente as forzas de ortodoncia poden actuar a tres niveles: de maneira directa sobre as coroas dentarias e sobre as suturas maxilares e de maneira indirecta, e moi enxeñosa, sobre os músculos a través do cambio de presións musculares no denominado Pasillo de Tomes, formado por fóra polos músculos orbiculares dos beizos, o bucinador e músculos da mímica e por dentro pola lingua. Cando cun simple escudo plástico suprimimos a acción do bucinador, a lingua toma protagonismo e favorece a ecolóxica expansión dos dentes e o padal óseo.

As forzas aplicadas ás coroas dentarias transmítense ao periodonto e iníciase aquí unha fervenza de acontecementos (inflamatorios, histoquímicos, neurolóxicos e piezoeléctricos) que acaba producindo a reabsorción do óso no lado de presión, cara a onde queremos mover o dente, e aposición ósea no lado de tensión. Osteoclastos e fibroblastos, xunto ás fibras de colágeno, e a ilimitada fervenza de mediadores inflamatorios, son os verdadeiros protagonistas desta maxia. O noso obxectivo biomecánico sempre foi lograr a maior eficiencia deste movemento dentario ortodóncico, moi diferente ao da erupción dentaria, é dicir ser eficaz, pero no menor tempo posible e cos aparellos e sistemas máis cómodos, invisibles e económicos. Para iso traballamos en dúas grandes liñas tratando de vencer a barreira biomecánica e a biolóxica. Creio que os avances na primeira son hoxe evidentes grazas ao deseño e impresión dixital 3D, a realidade aumentada, os polímeros con memoria de forma, a pseudo e termoelasticidad das novas aliaxes e os microimplantes. ¹⁶⁻²¹

A barreira biolóxica é máis difícil de superar, e despois de moitas probas, cremos que o RAP (Fenómeno de Aceleración Rexional) do movemento dentario ortodóncico (OTM) realizando microosteoperforaciones no óso alveolar é a

maneira máis sinxela e eficiente de conseguir bos resultados clínicos. O RAP produce un efecto de chamada local ás células proxenitoras encargadas da remodelación ósea e en ortodoncia é moi importante polo mecanismo de sinerxia que establece coa inflamación aséptica producida cos nosos aparellos. Noutras ocasións modificamos a posición dos ósos e os maxilares con microtornillos de extraordinaria potencia ancorados sobre microimplantes inseridos no óso, podendo hoxe facer expansións do padal en adultos, impensables hai poucos anos. O truco central da maxia do noso tratamento é a formación dun tipo especial de óso na economía humana, o óso alveolar, un continente aínda por descubrir polos clínicos. O movemento dentario ortodónico forma óso alveolar e este pérdese de maneira irreversible coas extraccións dentarias. O que de verdade resulta sorprendente é que o mundo da medicina e da odontoloxía descoñeza o seu papel crucial no desenvolvemento vertical da cara. O terzo medio facial é unha gran cavidade ósea chea de aire onde as fosas nasais comunícanse cos seos frontais, paranasais, etmoidales e esfenoidales, de maneira que o seu crecemento vertical fíase aos dentes e os procesos alveolares, do mesmo xeito que ocorre coa mandíbula no terzo inferior do rostro. Atrévome a dicir que o descoñecemento do óso alveolar é unha dos maiores paradoxos no noso campo.

Pero aínda hai máis. Aínda que todos teñamos en mente a mandíbula dos Habsburgo- Borbóns e a súa marcada hipoplasia do terzo medio facial, da que se fala menos, o crecemento da parte inferior da cara ten un gran predominio epigenético, xa que non existen centros xenéticos de crecementos, só *locus*, influídos pola función. Resulta sorprendente, pero aquí non quero estenderme, o descoñecemento existente de como a erupción dentaria, o crecemento vertical do óso alveolar, a remodelación da articulación temporomandibular e o asintomático xiro da mandíbula ao redor do seu Eixo de Bisagra Terminal, funcionan coordinadamente no desenvolvemento, maduración e envellecemento da nosa cara. O noso terzo inferior facial non ten o predominio xenético que cremos; falar de Ortopedia Dentofacial é falar de epigenética. A mandíbula, un óso complexo e anisotrópico, como vimos nas simulacións matemáticas con Elementos Finitos realizadas baixo a dirección do profesor Juan Viaño Rey, vai

por libre e adapta a súa forma e posición aos requirimentos funcionais do momento.

Cando utilizamos aparellos ortopédicos funcionais e cambiamos a posición mandibular de maneira sostida, podemos modificar o crecemento da súa cartilaxe condíleo, limitando ou favorecendo o seu crecemento. Estou convencido que, na nosa filoxenia, os patróns faciais extremos (braquifaciales e dolicofaciales) son resultado da epigenética, porque dos nosos pais recibimos as cartas da xenética, pero a epigenética trata de como as xogamos, de como implementamos ou eliminamos as funcións e como isto inflúe na metilación do ADN. A respiración oral sostida, por exemplo, modifica a posición da lingua e dos músculos do Corredor de Tomes e acaba por determinar un crecemento mandibular máis vertical, que acaba perpetuando o crecemento do óso alveolar posterior, a nivel de molárelos. As enormes deformidades producidas na nosa área por hábitos como a succión do polgar ou as enfermidades neuromusculares fálannos do papel da epigenética. A alta incidencia de dolicofaciales en Galicia hai que buscalas máis no clima que na xenética dos galegos orixinais, os suevos, os romanos ou as migracións da idade media desde a Europa central. Os meus traballos clínicos en poboacións pechadas, como en Kerala en India, Cochabamba en Bolivia, Chiapas en México, Ulan-Bator en Mongolia ou Filipinas así mo confirmaron. ²²⁻²⁶

Por todas estas accións máxicas da ortodoncia, por todo este potencial terapéutico, é indignante que sexa exercida hoxe no mundo por prestidixitadores que reducen o seu oficio á cosmética dos dentes anteriores (os denominados como social-six) e están a desexar que se apaguen as luces do escenario só para cobrar. É como a división que fago dos profesores universitarios: os que cobran por ensinar e os que ensinan para cobrar.

Pero de todos estes mecanismos, o verdadeiramente máxico, o que non só converte as nosas forzas mecánicas en resposta tisular, senón que é capaz de remodelar o óso ao redor do dente, para que este desprácese sen perigo, é o que chamamos movemento dentario ortodónico, aplicando sobre as coroas dentarias brackets, aliaxes ou polímeros. Esta capacidade osteogénica

potenciado cos nosos aparellos xa sorprendeu ao pai da ortodoncia moderna, EH Angle, fai máis dun século, denominando aos seus primeiros aparellos “*Bone Growing Appliance*” por esta máxica propiedade de formar óso alveolar. ¹⁷⁻¹⁹

Aquí chegamos a unha das primeiras preguntas para as que a ciencia aínda non ten resposta definitiva: por que podemos facer ortodoncia ou, dito doutro xeito, por que os dentes non caen cando tratamos de movelos, moitas veces en contra das forzas eruptivas fisiolóxicas. Dubido que a evolución estivese a pensar en cómo os dentistas puidesen manter á súa familia á hora de favorecer tan máxico fenómeno, polo que me inclino a pensar, e así o reflectín en distintos libros e artigos, que é produto da filoxenia. Resulta fascinante como na evolución do aparello estomatognático a natureza combinou a oclusión dental ou a forma de morder, coa anatomía e dinámica da articulación temporomandibular; por exemplo, a progresiva diminución do tamaño dos nosos cairos superiores permítenos amplos movementos de lateralidade sen restar do seu carácter propioceptivo. É certo que xa non os usamos para matar ou desgarrar, pero esta propiocepción atávica permítenos conservar a dentición ao forzar a apertura mandibular, vía trigeminal, nos movementos de lateralidade; moitos dos pacientes adolescentes con bruxismo que apertan os seus dentes día e noite desgastan en primeiro lugar as cúspides destes cairos superiores. ^{6,9-13}

A fala foi determinante para a nosa evolución e reinado fronte a outros homínidos, pero complicou a existencia do aparello estomatognático e de funcións como a mastigación e deglución. A eficiencia masticatoria, fundamental para a vida destes primeiros homínidos, non só dependía duns dentes íntegros ou unha articulación temporomandibular potente e de movementos sincrónicos, senón dunha oclusión (entendida como o encaixe ou engrenaxe das arcadas) efectiva. Coa fala e a verticalización do tubo fonatorio apareceu un aumento da dimensión vertical da metade inferior da cara, a mandíbula afastouse do maxilar e isto, unido ás variacións da arquitectura dentofacial, unha vez que os sapiens sapiens abandonaron o África primigenia, deu lugar a un problema para a homeostasis oclusal.

Na miña hipótese, a evolución, unha vez máis, sacouse un coello da súa inesgotable chistera, creando un óso moi especial polo seu dinamismo e imbricacións cos dentes: o óso alveolar; que nace, crece e desaparece coa súa erupción, presenza ou perda. Para qué? A resposta é moi clara: para crear un colchón amortiguador e compensatorio das discrepancias de tamaño e posición dos maxilares; así de simple e así de claro. Hai mil exemplos clínicos para demostralo: a dispersión e mestura dos trazos faciais do sapiens sapiens, as mil formas de dentes e maxilares actuais e os biotipos faciais (braqui, meso e dolicofaciales) que se acompañan doutras infinitas compensacións do proceso dentoalveolar co único obxectivo de lograr unha oclusión de compromiso (homeostasis oclusal da Petrovic / Harvold) que nos permita mastigar con eficacia.⁶ Probas clínicas? Todas: cando a mandíbula crece en exceso os incisivos inferiores inclínanse cara atrás tentando contactar cos superiores, cando o maxilar é estreito, molárelos e premolares inclínanse cara a fóra, con esaxeradas torsiones radiculares positivas; cando o maxilar é curto e está retruído, os incisivos superiores, como ocorre nos orientais, inclínanse cara adiante; todo é un proceso máxico, un truco evolutivo para garantir unha mastigación imprescindible para a supervivencia.⁶⁻¹⁷

Pero hai máis. A aparición dos microimplantes ou ortoimplantes, dos que fomos pioneiros a nivel mundial, como coadxuvante da nosa biomecánica non só simplificaron o tratamento e permítennos superar os seus anteriores límites etarios, senón que mostran clinicamente o efecto do crecemento vertical do óso alveolar no desenvolvemento da cara. Trátase de microtornillos de titanio que se ancoran de maneira sinxela e non cruenta nos ósos maxilares e cos que podemos producir cambios increíbles tanto en nenos en crecemento como adultos. Todo o anteriormente exposto hanos de levar a corrixir o erróneo concepto de óso alveolar que aínda hoxe manexan todos os libros de texto e que se esquecen de que hai óso alveolar máis aló dos ápices dentarios; por isto é un continente aínda por descubrir. Hoxe, que domina un certo cientificismo, polo menos metodolóxico, no campo da medicina, non debemos de esquecer o valor da experiencia clínica cando contamos con bos rexistros e protocolos. A medicina actual non debe caer no cientificismo, e non crean que estou a pensar en Paul Feyerabend, senón en Karl Popper ou Mario Bunge, e ha de valorar tanto

a experiencia clínica, a casualidade ou a imaxinación á hora de crear ciencia, polo menos ciencia falsable, senón pensemos en Kekule e a descrición do anel de benceno despois de soñar cun uróboro. ²⁷⁻³⁰

Por que a profesión non ve isto? Un gran bloque de mármore de Carrara languidecía nun vello almacén, ata que un mozo Miguel Ángel viuno e exclamo “*aquí está o David*”, ao que os operarios responderon “*pero mestre, é só un bloque de mármore*”, replicando o xenio e polímata “*si, pero eu xa vexo o que lle sobra*”.

A odontoloxía por efecto da tecnoloxía dixital, a impresión 3D e a intelixencia artificial crea os aparellos para o seu desenvolvemento e a mellora e precisión do diagnóstico e plan de tratamento; a realidade virtual e aumentada ofrécenos a posibilidade de ensinar os resultados esperados ao paciente gañando en precisión e tamén en capacidade de venda a través do neuromarketing. Todo isto está moi ben, pero os universitarios desde a clínica ou o campo da investigación habemos de complementar este avance tecnolóxico con tres elementos: a eficiencia da súa aplicación clínica, a súa avaliación médica e o desenvolvemento de protocolos (indicacións e contraindicacións) e técnicas para a súa aplicación. Esta división de tarefas non pode ser asumida de maneira unívoca pola industria ortodóncica, como hoxe está a ocorrer, é un absurdo que acaba por pagar o paciente.

A ortodoncia actual basea o seu tratamento na tecnoloxía que ofrecen os plásticos, biopolímeros e polímeros con memoria de forma dos alineadores, as últimas aliaxes termoelásticas dos arames, os microimplantes de titanio e todos os novos aparellos de deseño e fabricación dixital. O noso equipo, desde o Servizo de Investigación en Ortodoncia e a Unidade Dental do Soño da USC en colaboración con empresas multinacionais do sector, desenvolvemos o HAS (Hybrid Appliance System), o DSQ Orthodontic System, os Microimplantes DSQ e parte do sistema diagnóstico da compañía Nemotec cos seus diferentes programas e diversas alianzas con universidades e grupos punteiros de investigación internacional de Estados Unidos e China. ^{6,27-30}

Adoito repetir aos meus residentes que mentres que o óso basal dos maxilares é do cirurxián maxilofacial, o óso alveolar é do ortodoncista porque a súa manipulación non necesita de cruentas cirurxías, só da benevolencia da transducción celular e da amable resposta tisular ás nosas impertinentes forzas de presión e tensión. Dentes e óso alveolar responden, automática e dócilmente, á biomecánica dos nosos aparellos e durante toda a vida, non hai límites de idade para a súa modificación.

A área de traballo real da ortodoncia, sen necesidade do concurso da cirurxía, pero si dos nosos novos auxiliares tecnolóxicos, como os microimplantes, miniplacas ou o MARPE, ocupa a maior parte do terzo inferior facial, estando limitado por arriba pola cara superior do padal, por abaixo pola traxectoria intraósea mandibular do nervio dentario inferior, por detrás pola rama ascendente mandibular e as fosas pterigoideas e por diante polos beizos. Na nosa área non só concorren as principais funcións orais, senón que ten unha importancia capital na estética do sorriso e facial.

A cara, e por suposto o sorriso, é a nosa tarxeta de presentación; ante un primeiro contacto cun descoñecido fixémonos nos seus ollos, a súa boca, o seu sorriso e o seu nariz. O sorriso é o móbil da cara e o noso primeiro punto de atención. No espazo evolutivo entre o xesto, chamémoslle superior, para diferenciarlo do dos primates, e a fala, apareceu o sorriso. Gran parte da colaboración entre Darwin e o gran Duchene de Boulogne centrouse nos tipos de sorriso: “A emoción de franca alegría exprésase na cara pola contracción combinada do músculo Orbicular dos beizos e o Cigomático maior. O primeiro obedece á vontade, pero o segundo só se pon en xogo pola doce emoción da alma”, resume poéticamente Duchene no seu Mecanismo da Fisonomía Humana. ^{31-33,38}

Coa evolución e a fala cambiou a vida de relación dos humanos, involucionaron os músculos da mastigación, e desenvolvéronse e afinaron o seu funcionamento os da mímica porque a disonancia entre o que se dicía e sentía, esixía unha nova finura na realización e captación das expresións faciais. A ontogenia no útero da nosa nai é unha breve recapitulación de millóns de anos de filoxenia. O relato do Xénese obedece a un río subterráneo que nos fala metaforicamente do noso

pasado e en concreto do pecado orixinal e a expulsión do paraíso; refírese á adquisición dunha mente pensante, que anhela e desexa, e por iso peca. O pecado é posible porque o individuo xa pode ter o que a outros animais élle vetado, a disonancia cognitiva, que lle permite mentir. ³²

Todos fomos a unha festa tendo que saudar cun sorriso cínico a alguén que nos cae mal. Neste novo status, onde o home xa pode dicir unha cousa e facer outra, é onde a finura e precisión do xesto cobra unha gran importancia na vida de relación e a evolución humana. Por iso o sorriso estaba proscrito na teoloxía do medioevo (ver o final do “El nombre de la Rosa” de Umberto Eco). Esta evolución da mímica sería similar ao que ocorreu no noso cerebro, primeiro coa oposición do polgar e despois co desenvolvemento dunhas mans que hoxe nos permiten dobrar arames ou colocar ataches con precisión; cerebro e man tiveron un desenvolvemento en constante retroalimentación. A captación do xesto, os circuítos neuronais para a súa avaliación sensorial e emocional son feitos evolutivamente falando, recentes. ³²⁻³³

Que papel xoga este óso alveolar, que nós podemos controlar tridimensionalmente a través dos dentes, no crecemento e estética do rostro?

A cirurxía plástica e ortognática, a medicina estética, a denominada harmonización orofacial e a ortodoncia teñen un obxectivo común que é a mellor estética posible do rostro. Imos cara a unha sociedade cada vez máis esixente, onde o éxito terapéutico queda curto co *restitutum ad integrum* ou os criterios estatísticos de normalidade, onde o tratamento de imaxes do noso teléfono intelixente, o Photoshop®, envenena a moitos coa estética ideal do sorriso e o rostro que poderían chegar a ter, o que crea desexo e este consumo. A procura da beleza e mocidade é a tolemia á que se vai a entregar a sociedade hiperconsumista nos próximos anos, como xa apuntan distintas series e películas futuristas de Netflix, senón ao tempo. É certo, a nosa especialidade é unha das beneficiadas por este absurdo da estética a calquera prezo, máxime cando ao factor límbico emocional únese a demanda cortical e racional da saúde, creando un binomio estrela que a nosa sociedade a elevado ao olimpo do que máis consumo xera, o desexo. ⁹⁻¹³

Non vou perder aquí nin un minuto falando dos centos e sorprendentes traballos científicos que demostran que a beleza, e o seu oposto a fealdade, son unha das máis crueis inxustizas da natureza. As modernas técnicas de exploración cerebral, como a resonancia magnética funcional, indícanos como os humanos reaccionamos límbicamente ante a beleza desigual dos rostros. Non me cabe ningunha dúbida de que as redes sociais han creado unha ditadura da beleza e do índice de masa corporal e que gran parte do incremento exponencial dos trastornos psicolóxicos das adolescentes, autolesiones e mesmo suicidios, teñen a súa orixe na non aceptación do seu corpo ou o seu rostro; a desigual beleza facial e estética das tribos urbanas é un feito manifesto.³³

A pregunta que fago aos meus alumnos de Ortodoncia Básica o primeiro día de curso é porqué gastámonos tanto diñeiro en estética dental. Un dos principais motivos é o efecto Halo, un rumbo psicolóxico que, por un trazo, un signo ou un detalle parcial, neste caso un sorriso radiante, extrae conclusións xerais e regala unha gratuíta asociación ao seu portador de intelixencia emocional, amabilidade, status, éxito persoal e social e, en definitiva, felicidade. O mecanismo de asociación inmediata e automática entre beleza, atractivo e felicidade é un heurístico que a nosa mente ten gravada a lume no sistema límbico, non en balde beleza e bondade comparten etimoloxía desde a Grecia clásica.

Na Ciencia da Beleza, Ulrich Renz afirma: *“A beleza é un terreo minado. Por que un neno guapo recibe na escola máis atención, agarimo, palabras amigables e mellores notas, reforzando o efecto Pigmalión? Por que un ladrón ben parecido consegue do xuíz unha pena menos severa? Por que unha muller bela ten máis acceso ao traballo ou recibe mellores atencións do seu médico? Os delincuentes por delitos violentos son máis feos por ser delincuentes ou porque son feos son delincuentes?, para finalizar co rotundo: “se vostede nacese máis belo, amaría a outra persoa”.*³³⁻³⁴

Todos quedamos sorprendidos polos increíbles traballos de MJ L Smith de 2006, onde se demostra en fotografías superpostas de mulleres en distintos días do ciclo menstrual como os homes somos capaces de detectar os momentos de maior fertilidade, só polo atractivo; as mulleres con niveis máis elevados de

estrógenos teñen rostros máis femininos, saudables e belos. O uso de maquillaxe pode enmascarar sinais que indican niveis hormonais baixos, e quizais este feito explique as disparatadas cantidades que se gastan anualmente en cremas e maquillaxes. O gran salto desde as venus de Willendorf ou de Laussel a Nerfertiti, tanto no seu famoso busto, como os distintos baixorrelevos de Tell o-Amarna, e o seu propio nome (a beleza chegou), marcan un salto cualitativo da humanidade desde o desexo máis atávico ao gusto pola estética máis sensual. ³⁴

Máis aló da simetría e a proporción entre as partes, os canons estéticos do rostro sufriron unha evolución ao longo da historia da man da antropometría e a socioloxía. Sempre me chamou a atención o pouco que se profundou sobre o tema ou como este abordouse por ensaístas, filósofos, anatomistas e mesmo filólogos, como Umberto Eco en distintas obras, dunha maneira máis subxectiva, prosaica e romántica que científica. As preferencias estéticas do rostro do mesmo xeito que a maquillaxe, o peiteado ou os complementos son produtos da corrente sociolóxica de cada momento histórico, como xa apuntei en distintas obras e ensaios.

A combinación do movemento dentario ortodóncico e a paralela remodelación do óso alveolar permítenos modificar a estética do terzo inferior facial, pero debemos de coñecer o noso obxectivo, porque xa na Ilíada afirmábase que nunca hai bo vento para o mariño que non sabe onde vai. A diferenza doutros canons corporais máis discutidos ou cambiantes segundo as áreas xeopolíticas do globo, os medios de comunicación crearon un patrón común no campo da nosa estética, caracterizado por sorrisos amplos, de dentes brancos, grandes e perfectamente aliñados e todo enmarcado por uns beizos voluptuosamente carnosos cun arco de cupido ben definido. É o que tecnicamente denominamos biprotrusión (prominencia do complexo dento-maxilar). É evidente que este canon actual está nas antípodas do ideal da época victoriana: muller de pel branca, sorriso discreto, beizos finos e retrusivos. E resulta interesante especular sociológicamente sobre como chegamos ata aquí, porque é esta a estética que nos piden hoxe os pacientes e que fai consumir en maquillaxe, barras de beizos, acedo hialurónico e todo tipo de cosméticos máis de 500 mil millóns de dólares ao ano. ³⁴⁻³⁵

As medidas cefalométricas, a partir da teleradiografía lateral estandarizada con cefalostato, foi un dos recursos diagnósticos máis importantes da nosa especialidade. Coa cefalometría analizamos a posición anteroposterior e vertical das bases maxilares, a forma e situación sagital da mandíbula, a relación de converxencia ou diverxencia do plano maxilar, oclusal e mandibular e a relación dos tecidos duros co perfil do terzo facial inferior. Un parámetro importante é determinar a posición dos incisivos respecto a o que denomino o LAD ou límite anterior da dentición; onde colocar estes dentes e o sorriso do paciente, no plano anteroposterior, respecto ao maxilar e a mandíbula. As primeiras análises cefalométricas, como o de Ch Tweed, remóntanse aos anos 40 e mantiñan unha posición retraída dos incisivos respecto ao LAD. Non comparto a falta dunha análise máis ampla e crítico desta férrea e inxustificada posición incisiva, que supuxo a extracción de millóns de premolares sans nos máis de 40 anos da súa vixencia. Cando un revisa a abundante bibliografía sobre a referida cefalometría de Ch Tweed atoparase mil xustificacións clínicas que falan de oclusión, estética, competencia labial, estabilidade postcorrectiva e mil asuntos máis e nin un só artigo sobre a influencia do mito do “bo salvaxe” roussoniano ou a segregación racial no denominado perfil de Tweed. ^{35-36,38}

A filosofía permítenos dispoñer dun abanico de lentes, con distintos cristais, para ver os nosos problemas cotiáns e poñelos en perspectiva. O mito do bo salvaxe de Rousseau é un claro exemplo da influencia da filosofía en decisións terapéuticas, revestidas de teorías antropolóxicas e sociolóxicas que se estenden ata os nosos días, poñéndose de manifesto cada mañá ao pedir remedios naturais ou leite sen lactosa. O home é bo por natureza, pero a civilización corrómpeo, non permite a expresión de todo o seu potencial, considerando ao apiñamiento ou a falta de espazo para os dentes, en palabras dos antropólogos, un problema da civilización. A sociedade teocrática finisecular e este mito déronse a man na época de EH Angle, quen afirmaba: *“Deus creou ao home con 32 dentes para telos en perfecta oclusión, é a mala función e o medio ambiente o que determina a súa falta de espazo”*.

Os parámetros médicos de LG Farkas de normalidade antropométrica son de escasa utilidade cando falamos de estética, porque cada cultura e cada período histórico está unido a diferentes canons e estes, como pasarei a expoñer a continuación, están ligados á socioloxía do momento.

É evidente que para falar de canons faciais ou proporcións corporais deberíamos retrotraernos á antigüidade clásica, pero prefiro partir dunha época crave no cambio sociolóxico da visión da estética corporal e facial: O Renacemento. Ademais do LAD, para nós é moi importante o ángulo nasolabial delimitado pola parte inferior do nariz, a columnela, e o beizo superior; á súa vez a posición dos beizos garda unha relación de 3 a 2 coa maior ou menor proinclinación dos incisivos. Todos os canons teñen unha mestura de estética e socioloxía; por exemplo, a avejentada estética dunha moza virxe María da pintura gótica e flamenca obedece, no meu criterio, ao obxectivo didascálico da pintura relixiosa medieval, onde a boca, fonte e orixe de pecado, era reducida á súa mínima expresión, resaltando o nariz e o queixo e producindo un envellecemento artificial do rostro. A primeira representación que teño rexistrada nos meus estudos sobre o tema, o dunha virxe cun mozo e atractivo rostro, e cun sensual ángulo nasolabioal, correspóndese co cadro *da Virxe co neno e dous anxos* de frade Filippo Lippi, onde o pintor abandona o idealismo escolástico pola máis terreal novicia, modelo e amante Lucrecia Butti. As ideas estéticas de Lippi sobre beizos e ángulos nasolabiales, hérdaas e difunde o seu máis insigne discípulo, Sandro Botticelli. ³³⁻³⁴

O descubrimento nos xardíns vaticanos do Apolo Pitio, na época do papa guerreiro Julio II, supuxo un cambio radical na estética do terzo facial inferior e por iso comparten beizos (tamaño, protrusión e arco de cupido), ángulo nasolabioal, suco mentolabial e queixo gran parte das esculturas e pinturas de Miguel Ángel, desde o David ao Xesucristo da Capela Sixtina. O seu contemporáneo Leonardo da Vinci non foi alleo ao estudo estético da metade inferior da cara, senón que foi máis aló ao preocuparse pola xénese anatomofuncional do sorriso (como pode verse en varios dos debuxos expostos no Castillo de Windsor). É certo que uns e outros retomaron os canons estéticos

grecorromanos derivados do Timeo platónico e os pitagóricos o *“home como un microcosmos e o cosmos como un gran home”*, do que deriva o home de Vitruvio, tan ao gusto dos que hoxe especulan con proporcións áuricas, secuencias Fibonacci, fractales ou o teórico antropocentrismo do noso sorprendente universo. Non moitos dentistas saben que a curva catenaria das arcadas, a de Spee, a de Monson- Wilson ou o triángulo de Bonwill derivan desta filosofía do geometrizar.

O feito inaudito é que a estética do Apolo Pitio ou de Belvedere foi abrazado pola medicina ata os anos 50 do pasado século. Neste punto poderíámonos preguntar como o referido canon victoriano, o dunha muller de pel branca, beizos finos e retraídos, cun sorriso que deixaba entrever discretamente os dentes e unha mandíbula pequena e de Clase II, pasou ao dunha muller actual empoderada, directiva, cuxa pel morena reflicte o status do esquí ou a praia tropical invernál, con beizos carnosos, ben delimitados e marcados, por obra da natureza, o ácido hialurónico ou o carmín, dentes grandes, protruídos, ben aliñados e de brancura artificial e cegadora, nunha mandíbula de queixo e ángulos goníacos ben delimitados por uns potentes maseteros; como exhiben as novas heroínas da factoría Disney. As explicacións simplistas poderían abrazar por que si, porque é a moda e punto, pero a análise sociolóxica do tema resulta apaixonante.

Quizais o problema resida nas implicacións que a posición dentaria (a maior ou menor prominencia dos dentes) ten sobre a fronte e o perfil facial e que tiven a sorte de detectar non estudando ortodoncia senón o mundo da antropoloxía da man do Profesor José Carro, o anatómico de Leonardo da Vinci, as disparatadas teorías craneométricas do racismo científico e as visitas a inquietantes museos do racismo nazi ou o de Cesar Lombroso en Turín, como expuxen nunha das miñas últimas conferencias sobre “Ortodoncia e Racismo Científico” no MAX, no museo de antropoloxía de Xalapa.

No século XIX e principios do XX unha parte da medicina tivo a infausta idea de abrazar a tradición do racismo científico e a da medicina eugenésica desenvolvida por Galton por mor dunha torticera aplicación das teorías do seu

curmán Darwin e que na España franquista ocupou a médicos como Vallejo Nájera, por non falar das xustificacións craneométricas do nacionalismo catalán e vasco. En parte, o racismo científico e o concepto de raza, baseábase na protrusión dentoalveolar, ademais doutros signos e características morfolóxicas. O que aquí nos interesa é o papel desta protrusión dentoalveolar, xa apuntada séculos antes polo anatomista Petrus Camper, e o seu plano facial, que clasificaba os cranios das distintas, segundo eles, razas e a súa comparación cos cranios e a biprotrusión dentoalveolar dos primates. Non por casualidade usábase o referido Apolo de Belvedere, co seu perfil plano, como estándar de ouro da raza branca fronte a unha biprotrusión que achegaba os negros aos simios.

Non é de estrañar, por tanto, que, nos albores da ortodoncia, e máis en países cunha marcada segregación, como Estados Unidos ou Australia, a maioría dos tratamentos de ortodoncia fixésen se extraendo catro premolares para poder levar cara atrás os dentes e conseguir un perfil plano acorde co canon imperante. Esta moda, que WR Proffit denomino a época do “gran sacrificio dos premolares” estendeuse máis de 40 anos e afecto a millóns de pacientes. Pensemos que a asimilación das crenzas racistas por parte dos oprimidos foi o que permitiu a conquista española, a división artificial de África e o espolio por parte dos colonizadores, racismo que continuo con outros pobos e que acabo como acabo co III Reich e os seus patróns faciais e ángulos nasolabiales. [22-26,37](#)

O cinema, polo seu carácter idealizador da estética facial do momento, móstranos os beizos finos e retrusivos das actrices do cinema mudo e inicios do sonoro, a particular estética das mulleres fatais do cinema negro (onde, como di José Luis Garci, mulleres con pasado xuntábanse con homes sen futuro) de mirada penetrante, perfil plano, ángulo nasolabial aberto, mandíbulas retruídas de Clase II, queixos marcados e beizos finos e perfilados.

O patrón facial cambia radicalmente a finais dos 60 como consecuencia das novas revolucións: o Mayo do 68 parisiense, a loita polos dereitos civís e contra o racismo, a mestura e asimilación de etnias, os movementos pacifistas e a revolución sexual e o feminismo. Cambia a cultura do corpo e a súa exhibición

pública, comeza o desexo de gustar dunha maneira diferente con signos máis evidentes de atraer, porque a dinámica das relacións sexuais cambia 180 graos e a pílula modifica, polo menos inconscientemente, patróns de conduta anteriormente estereotipados. Os beizos pasan a ser unha potente icona de beleza, saúde e desexo sexual.

Para ben ou para mal, os patróns de estética facial e do sorriso actuais son produtos de todos estes cambios sociolóxicos, opostos diametralmente aos da escolástica medieval ou a moral victoriana, e viran ao redor de tres elementos: a mocidade, a aparencia de saúde e a integración biopsicosocial. Ao deixar de crer na vida eterna, a sociedade hiperconsumista pasa a gozar coma se non existise un mañá, entregándose aos desexos do hedonismo epicúreo favorecido pola exposición ás redes, do gozar aquí e agora; e é aquí, e non noutro lugar, onde hai que buscar o cambiar fillos por cans ou a falta de solidariedade e compromiso co traballo ou proxectos vitais de maior calado. Non é sinxelo para os profesionais que xa levamos anos nisto afacerse aos modos e maneiras dos pacientes desta nova sociedade VICA (voluble, incerta, complexa e ambigua). ³²⁻

34

Para poder gozar hai que ter mocidade e está téntase reter ou aparentar con mil procedementos estéticos; a loita contra o envellecemento, que, na cara e outras partes da anatomía, non é máis que unha loita desigual contra a gravidade, convértese en icona do desexo. Os que dunha ou outra maneira dedicámonos á estética compartimos co mundo do luxo a plusvalía que xera o desexo emocional, porque o denominado paciente emocional, falando en termos de márketing, aquel que quere estética, non compra o que necesita, senón o que desexa. Mentres que a verdadeira saúde é unha cuestión racional, que manexamos a partes iguais co ansia de supervivencia do noso cerebro reptiliano e o noso pensamento lento, a aparencia de saúde é un tema emocional manexado pola amígdala e o noso sistema límbico e regado pola serotonina; esta é a palabra chave na sociedade actual, aparentar, e entendo que estou a tirar pedras contra o meu tellado.

As redes infectaron aos mozos co desexo e a aparencia só co obxectivo de satisfacer a esta sociedade hiperconsumista, de vender. Aparentamos constantemente coa estética do noso sorriso e a nosa cara, a roupa e complementos que levamos ou aireando nosa marabillosa vida en redes sociais. O aparentar é a santísima trindade da nosa sociedade porque conecta o parecer ser máis novo, máis saudable con ser máis aceptado ou envexado, alcanzado os últimos chanzos desa escaleira da felicidade que é a pirámide de Maslow e que ten na súa cima a autorrealización; cuestión importante sería coñecer que entende cada individuo, nesta sociedade tan distópica, ao referirse a este termo.

Un punto importante é entender que a actual tecnoloxía permítenos marcarnos obxectivos e aplicar técnicas impensables hai poucos anos e aínda que en ocasións a excelencia ou o mellor, é inimigo do bo, os estándares cambiaron, e o perseguir a normalidade física hase transmutado en ir perseguindo un ideal, ou polo menos achegarse o máis posible a este novo Santo Graal da estética perfecta. Disto deriva unha conclusión lóxica: os pacientes non queren a media senón a excepcionalidade da perfección mantida ata o infinito e máis aló. O raro é ter os incisivos inferiores perfectamente aliñados, rectos, non un discreto apiñamiento e irregularidade, o anormal, na mediana idade, é ter uns dentes de brancura resplandeciente ou sen un indicio de abrasião ou microfracturas. Os pacientes buscan no seu sorriso un rápido reclamo emocional, por iso non nos compran o que necesitan (función masticatoria) senón o que desexan (aparencia cosmética).

Se en algo coincide hoxe a filosofía é na reflexión sobre esta nova escravitude autoimposta: o aparentar. Pasamos dunha escravitude inflixida polos faraóns, os deuses-rei, a colonización, as ditaduras ou o onnipotente estado, e o seu exclusivo patrimonio da opresión e violencia, a un novo tipo de escravitude autoinfligida onde é o individuo o que se marca as metas erróneas e inalcanzables que o acaban escravizando.

Moitos cambiaron o remo da galera, e o monótono retumbar do tambor, que marcaba o ritmo, por un traballo igual de monótono, sen un chisco de

creatividade, asalariado do estado ou por conta allea, que fai que ese individuo sexa totalmente prescindible na época da intelixencia artificial. A maioría corre sen parar cara a ningunha parte, como un pequeno hámster no seu tambor centrífugo, cun penoso presente e abrazando a esperanza dunha futura felicidade que xamais vai chegar. Este novo concepto de escravitude invisible autoimpuesta é máis sutil que a visión orwelliana do futuro de “1984” e por iso máis mortífera, polo menos para a alma, porque o Gran Irmán queda esvaecido e oculto nas redes pola imposición duns anhelos, uns desexos, vehiculizados e retroalimentados polos selfis. Os mozos, por culpa do teléfono intelixente, están sempre noutro lado. Mesmo conceptos como o de felicidade aprazable, tan de moda hoxe en día, son pezas deste quebracabezas do autoengano e a autoexplotación, o home xa non é un lobo para o home, senón que é un lobo para si mesmo coa aparencia de pel de cordeiro para os demais. O peso da pedra que Sísifo soportaba con estoica resinación, nun ciclo infernal interminable, parece desaparecer; agora importa máis con que porte e elegancia lévaa Sísifo.

Non é de estrañar o último premio Princesa de Asturias a Byung-Chul Han, ou a actualidade das obras de Gilles Lipovetsky, co seu Imperio do Efémoro ou a Era do Baleiro. O capital ou o estado opresor de F Engels, Michel Foucault e Roberto Toretto viuse suplantado pola conciencia individual de millóns de individuos que decidiron subirse ao giratorio carrusel da nova escravitude.

E nós, os dentistas, tamén participamos neste absurdo de infelicidade que é o aparentar e ten no efecto Halo e o Pigmalión dous dos seus máis coñecidos heurísticos mentais. É obrigatorio que un sorriso perfecto e cegador adorne a cara de todos os mozos nos selfis, non rir por non querer mostrar o sorriso, nun tempo de blanqueamiento, ortodoncia, alineadores e caras, xa non é de recibo nunha sociedade VICA que marca ríxidos e universais canons estéticos para o sorriso.

Moitos mozos van hoxe ao dentista demandando tratamentos estéticos pola presión do seu medio social, o aparentar, ser coñecido ou ser “cool” converteuse

nunha silente ditadura detrás da que hai que buscar o incremento de autolesiones e intentos de suicidio nunhas idades de intensas e ambivalentes emocións relacionadas coa estética corporal e facial; os avós tamén van ao dentista porque xa non queren deixar de sorrir nos selfis familiares.

Da retrusión victoriana do perfil anteriormente comentada pasamos a unha auténtica paixón por unha biprotrusión que reflecta mocidade, sensualidade e status. Este novo e universal canon obrigounos a modificar os nosos parámetros e medidas cefalométricas e a revisar o mantemento permanente e sen recidiva dos nosos resultados. Pero nada sae gratis cando antepoñemos a estética á función ou aos criterios de equilibrio biolóxico e é isto, e non a pandemia, o que fai que hoxe leven férulas de descarga millóns de persoas, porque falar neste caso de pacientes teoricamente apretadores é referirme á comedia do *Enfermo Imaxinario* de Moer, grazas á popularización dun novo neoloxismo: o bruxismo. Por que millóns de persoas dormen cunha férula de descarga ou aparellos para manter os seus dentes en posición? Eu non o sei. O negocio odontolóxico e as cadeas comerciais de clínicas, como canta Joaquín Sabina, *teñen un problema para cada solución*. ³³⁻³⁴

Non quero finalizar sen contar un pequeno secreto, o porqué da miña paixón polo estudo do óso alveolar. Tiven a fortuna e o atrevemento de explicar en México a Gabriel García Márquez, na consulta dos López-Velarde, a súa aguda observación sobre unha das visitas dos xitanos ao máximo Macondo:

“De modo que todo o mundo foise á carpa, e mediante o pago dun centavo viron un Melquíades xuvenil, repostado, desarrugado, cunha dentadura nova e radiante. Quen lembraba as súas enxivas destruídas polo escorbuto, as súas fazulas flácidas e os seus beizos marchitos, estremecéronse de pavor ante aquela proba terminante dos poderes sobrenaturais do xitano. O pavor converteuse en pánico cando Melquíades sacouse os dentes, intactos, engastados nas enxivas, e mostroullos ao público por un instante —un instante fugaz en que volveu ser o mesmo home decrepito dos anos anteriores— e púxollos outra vez e sorriu de novo cun dominio pleno da súa mocidade restaurada.”

O importante non eran os dentes, senón a resina que trataba de encher o espazo entre o seu maxilar e a súa mandíbula, en definitiva, unha enorme cantidade de resina que trataba de substituír ao óso alveolar e que producía un cambio drástico na súa posición mandibular e o seu perfil desarrugado.

O realismo máxico de García Márquez sitúase nas antípodas da visión que hoxe ten do mundo a xeración “Z”, un mundo cheo de TikTok, e Instagram, de tecnoloxía dixital, de realidade virtual e de intelixencia artificial. No seu magnífico discurso de ingreso o noso compañeiro Arturo González Quintela comparaba o tempo clínico co tecnolóxico para criticar a presión do tempo sobre o médico e a medicina acelerada; a vertixe, dicía, é en certo xeito o prezo do progreso. Sempre debemos de recorrer aos gregos; temos de dar preferencia ao kairós, o máis pausado tempo clínico, o de escóitaa e o diálogo co paciente, fronte kronos, o dos sistemas expertos, os algoritmos e a medicina computerizada. O kairós, proseguía Arturo González, representa a necesidade de pausar, de atopar o momento perfecto para a intervención, o diagnóstico ou a escoita; é o tempo da empatía, da intelixencia emocional, da conexión profunda co paciente.

Debemos de aprender a refuxiarnos en libros como “Encomio da lentitude” de Lamberto Maffei que reivindica a inscrición, no Salón dos Cincocentos de Florencia, “festima lente” (apresurarvos con lentitude) debuxada nos frescos de Giorgio Vasari, sobre unha tartaruga que leva sobre a súa caparazón unha enorme vela inchada polo vento. Necesitamos máis tempo co paciente real, non o virtual, máis lentitude, máis espazo para observar e pensar. As grandes compañías de alineadores, que nos acabarán destruindo, buscan a rapidez do hiperconsumo, a desnaturalización do trato co paciente, a través da consulta virtual, buscan acender os focos do escenario e que se acaben os trucos co óso alveolar e a nosa maxia clínica.

Quero acabar reiterando a miña paixón por unha Ortodoncia Médica, aquela máis aló da estética e cosmética, a que axudou aos nosos fillos para ter unhas correctas funcións orais, para masticar con eficiencia sen dor, molestias ou ruídos articulares, respirar adecuadamente polo nariz e evitar problemas como a roncopatía, a Síndrome de Resistencia Aumentada da Vía Aérea Superior ou

a Síndrome de Apnea Hipoapnea do Soño. Unha Ortodoncia que é ben comprendida, aceptada e valorada por todos os especialistas médicos do noso hospital universitario empezando polo Servizo de Cirurxía Maxilofacial, de Otorrinolaringoloxía, de Pneumoloxía e soño, de Pediatría, Rehabilitación e tantos outros. Unha especialidade digna de ser exercida coa ética que me ensinou o meu pai, e a el o seu pai, da que hoxe carecen moitos profesionais; aquela que permita a nenos e adultos sorrir abertamente e con confianza e que sexa unha parte crucial no tratamento de todos aqueles pacientes afectados de verdadeiras enfermidades, ou con necesidades especiais, síndromes e malformacións dentofaciales.³⁸

O noso Servizo de Investigación en Ortodoncia da Universidade de Santiago ten un carácter pioneiro no intento de integrar a nosa especialidade na medicina e o sistema público de saúde. Galicia ten unha oportunidade única para responder ao que reza o DOGA sobre as novas prestacións odontolóxicas para os pacientes máis desfavorecidos, onde a ortodoncia non se plantee como estética e menos cosmética, senón como unha necesidade de saúde. O noso Servizo é un dos poucos, senón o único, que recibe esta denominación en España e por iso queremos abri-lo aos galegos, a esta Academia e a todos vostedes desde aquí.

Dixen.

BIBLIOGRAFÍA

1. Suárez-Quintanilla D. ¿Debe la industria dental determinar el futuro de la Ortodoncia? Intern Dental Tribune. Latin América. 2020 (7 de sept). Disponible en: <https://la.dental-tribune.com/news/debe-la-industria-dental-determinar-elfuturo-de-la-ortodoncia/>
2. Suárez-Quintanilla D. ¿Qué vamos a hacer con los muertos? Intern Dental Tribune. Latin America. 2021 (4 junio). Disponible en: <https://la.dental-tribune.com/news/que-vamos-a-hacer-con-los-muertos/>
3. Suárez-Quintanilla D. Técnicas y Tecnologías Terapéuticas en Ortodoncia. Intern Dental Tribune. Latin America- Spain. 2024 (16 febrero). Disponible en: <https://es.dental-tribune.com/news/filosofia-y-tecnicas-terapeuticas-en-odontologia>.

4. Suárez-Quintanilla D. Ortodoncia para Llevar. Intern Dental Tribune. Latin America-Spain. 2020 (16 noviembre). Disponible en: <https://la.dental-tribune.com/news/ortodoncia-para-llevar/>
5. Suárez-Quintanilla D. Factores que determinan el éxito Clínico en Ortodoncia. Intern Dental Tribune. Latin America- Spain. 2021 (31 agosto). Disponible en: <https://la.dental-tribune.com/news/el-neuromarketing-como-factor-de-exito-en-la-consulta/>
6. Suárez-Quintanilla D. Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial con Aparatología Híbrida. HAS: Hybrid Appliance System. Valencia. Editorial Lisermed. 2024.
7. Suárez-Quintanilla D. La gran estafa de la Ortodoncia Holística. Intern Dental Tribune. Latin America- Spain. 2025 (5 septiembre). Disponible en: <https://es.dental-tribune.com/news/la-gran-estafa-de-la-odontologia-holistica-1/>
8. J de Pisón. Entrevista al Prof. David Suárez Quintanilla. Los beneficios en la salud general de la Ortodoncia Médica. Intern Dental Tribune. Latin America- Spain. 2025 (1 abril). Disponible en: <https://la.dental-tribune.com/news/los-beneficios-en-la-salud-general-de-la-ortodoncia-medica-2/>
9. Suárez-Quintanilla D, P Otero Casal, P Suárez Suquía. El poder de la Odontología para modificar el rostro humano (I). Intern Dental Tribune. Latin America. 2022 (24 marzo). Disponible en: D Suárez-Quintanilla. ¿Qué vamos a hacer con los muertos? Intern Dental Tribune. Latin America. 2021 (4 junio). Disponible en: <https://es.dental-tribune.com/news/el-misterio-del-hueso-alveolar-en-el-desarrollo-facial-1-2/>.
10. Suárez-Quintanilla D, P Otero Casal, P Suárez Suquía. El poder de la Odontología para modificar el rostro humano (II). Intern Dental Tribune. Latin America. 2022 (31 marzo). Disponible en: D Suárez-Quintanilla. ¿Qué vamos a hacer con los muertos? Intern Dental Tribune. Latin America. 2021 (4 junio). Disponible en: <https://es.dental-tribune.com/news/el-misterio-del-hueso-alveolar-en-el-desarrollo-facial-2-2/>
11. Suárez-Quintanilla D, P Otero Casal, P Suárez Suquía. El poder de la Odontología para modificar el rostro humano (II). Intern Dental Tribune. Latin America. 2022 (7 abril). Disponible en: D Suárez-Quintanilla. ¿Qué vamos a hacer con los muertos? Intern Dental Tribune. Latin America. 2021 (4 junio). Disponible en: <https://es.dental-tribune.com/news/el-misterio-del-hueso-alveolar-en-el-desarrollo-facial-3-2/>
12. Suárez-Quintanilla D, P Otero Casal, P Suárez Suquía. El poder de la Odontología para modificar el rostro humano (III). Intern Dental Tribune. Latin America. 2022 (14 abril). Disponible en: D Suárez-Quintanilla. ¿Qué vamos a hacer con los muertos? Intern Dental Tribune. Latin America. 2021 (4 junio). Disponible en: <https://es.dental-tribune.com/news/el-misterio-del-hueso-alveolar-en-el-desarrollo-facial-4-2/>
13. Suárez-Quintanilla D, P Otero Casal, P Suárez Suquía. El poder de la Odontología para modificar el rostro humano (IV). Intern Dental Tribune. Latin America. 2022 (21 abril). Disponible en: D Suárez-Quintanilla. ¿Qué vamos a hacer con los muertos? Intern Dental Tribune. Latin America. 2021 (4 junio). Disponible en: <https://es.dental-tribune.com/news/el-misterio-del-hueso-alveolar-en-el-desarrollo-facial-5-2/>

14. Suárez-Quintanilla D. El papel del Ortodoncista en la Patología del Sueño (I). Intern Dental Tribune. Latin America- Spain. 2020 (4 diciembre). Disponible en: <https://la.dental-tribune.com/news/el-ortodoncista-en-la-medicina-dental-del-sueno-ii/>
15. Suárez-Quintanilla D. El papel del Ortodoncista en la Patología del Sueño (II). Intern Dental Tribune. Latin America- Spain. 2020 (13 enero). Disponible en: <https://la.dental-tribune.com/news/cuando-iniciar-el-tratamiento-de-ortodoncia-2/>
16. Suárez Quintanilla D en: Canut Brusola, José Antonio. Ortodoncia clínica y terapéutica. 2ª Ed, [reimp.] Barcelona. Masson, D.L. 2009
17. Suárez-Quintanilla D. Ortodoncia: Eficiencia Clínica & Evidencia Científica: Técnica SWLF. Volumen I. Santiago de Compostela. Ed D Suárez-Quintanilla & Servideas; 2016
18. WR Proffi, H Fields, B Larson, D M Sarver, Ortodoncia Contemporánea. 6ª Edición. Barcelona. Elsevier. 2019
19. Lee W. Graber & Katherine W. L. Vig, Robert L. Vanarsdall, Greg J. Huang. Ortodoncia: Principios y Técnicas actuales. Barcelona. Elsevier. 2017
20. Calvo-Henriquez, C.; Megias-Barrera, J.; Chiesa-Estomba, C.; Lechien, J.R.; Maldonado Alvarado, B.; Ibrahim, B.; SuarezQuintanilla, D.; Kahn, S.; Capasso, R. The Impact of Maxillary Expansion on Adults' Nasal Breathing: A Systematic Review and Meta-Analysis. Am. J. Rhinol. Allergy 2021, 35, 923–934.
21. Calvo-Henriquez C, Sandoval-Pacheco V, Chiesa-Estomba C, Lechien JR, Martins-Neves S, Esteller-More E, Kahn S, Suarez-Quintanilla D, Capasso R. Pediatric maxillary expansion has a positive impact on hearing? A systematic review and meta-analysis. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis. 2023 Jan;140(1):31-38.
22. Suárez-Quintanilla D, P Suárez Suquía. ¿Expansión o Extracción en Ortodoncia? (Parte I). Intern Dental Tribune Latin América. 2022 (18 de febrero). Disponible en: <https://la.dental-tribune.com/news/extraccion-o-expansion-en-ortodoncia-1/>
23. Suárez-Quintanilla D, P Suárez Suquía. ¿Expansión o Extracción en Ortodoncia? (Parte II). Intern Dental Tribune Latin América. 2022 (7 junio). Disponible en: <https://es.dental-tribune.com/news/extraccion-o-expansion-en-ortodoncia-2-2/>
24. Suárez-Quintanilla D, P Suárez Suquía. ¿Expansión o Extracción en Ortodoncia? (Parte III). Intern Dental Tribune Latin América. 2022 (8 junio). Disponible en: <https://es.dental-tribune.com/news/extraccion-o-expansion-en-ortodoncia-3-2/>
25. Suárez-Quintanilla D, P Suárez Suquía. ¿Expansión o Extracción en Ortodoncia? (Parte IV). Intern Dental Tribune Latin América. 2022 (9 junio). Disponible en: <https://es.dental-tribune.com/news/extraccion-o-expansion-en-ortodoncia-4-2/>
26. Suárez-QuintanillaD, P Suárez Suquía. ¿Expansión o Extracción en Ortodoncia? (Parte V). Intern Dental Tribune Latin América- Spain. 2022 (18 marzo). Disponible en: <https://la.dental-tribune.com/news/extraccion-o-expansion-en-ortodoncia-5/>

27. Jedliński M, Janiszewska-Olszowska J, Mazur M, Grocholewicz K, Suárez Suquía P, Suárez Quintanilla D. How Does Orthodontic Mini-Implant Thread Minidesign Influence the Stability?-Systematic Review with Meta-Analysis..J Clin Med. 2022 Sep 9;11(18):5304. doi: 10.3390/jcm11185304.PMID: 36142951.
28. Suárez Quintanilla D y colaboradores. Técnica Hybrid Appliance System (HAS): El indiscutible future de la Ortodoncia. Ortodoncia Actual (órgano oficial de la AMO, Asociación Mexicana de Ortodoncistas). 2025. Enero 83. P. 6-35.
29. Suárez-Quintanilla D. HAS: Hybrid Appliance System: The undisputed future of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics. Indian Dentist: Research and review. 2025.January-March 6-26.
30. Suárez Quintanilla D y colaboradores. Microimplantes Intra y Extraalveolares DSQ®: superando las barreras de la Ortodoncia convencional (I+D USC-Ziacom). Maxillaris. 2024. Junio. 223. P. 2-24
31. Suárez-Quintanilla D. Reflexions filosóficas dun dentista baixo a luz de Mario Bunge. En: A Muleiro. Mario Bunge: Xenio e figura. Carballiño: Ágora do Orcellón nº 32; 2017. p. 373- 384
32. Suárez-Quintanilla D: Pienso luego resisto: Ensayos. Santiago de Compostela: Ed. D Suárez-Quintanilla; 2021.
33. Suárez-Quintanilla D. Unha Hipotesis Persoal Anatomofisioloxica do Enigmatico Sorriso da Mona Lisa. 2021. Ágora do Orcellón. Libro Homenaxe a Dra Marisa Crespo. Edita Avelino Muleiro García. Instituto de Estudios Carballinenses. Carballino. 2021. 293-304.
34. Suárez-Quintanilla D. Ata os Dentistas necesitan da Filosofía. 2021. Ágora do Orcellón Nº 44. Edita Avelino Muleiro García. Instituto de Estudios Carballinenses. Carballino. Decembro. 2025
35. Suarez Quintanilla D. Relación Estética Labio-Dental en Ortodoncia. En: JL López Cedrum. Patología de los Labios. Ed Ripano. Madrid. 2012. 405-445.
36. Suárez Quintanilla D, Dr. Rubén Martínez de Pedro y Dra. Jin Jin Xie. Diagnóstico digital simplificado de las clases II mandibulares. En: Diagnóstico y plan de tratamiento avanzado en Ortodoncia. Barcelona. 2019. Editorial Athenea.
37. Suárez-Quintanilla D. Pseudociencia del Apiñamiento Debntal. Intern Dental Tribune Latin América- Spain. 2025 (6 septiembre). Disponible en: <https://es.dental-tribune.com/news/pseudociencia-del-apinamiento-dental-2/>
38. Suarez Quintanilla D. La Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial en el Marco de la Medicina del Siglo XXI. Ed Real Academia de Medicina y Cirugía de Galicia. A Coruña. 2011. 7-103.

