

Voces de la ORL

Carlos Sprekelsen Gassó

Por Santiago Almanzo

Prólogo.

Escuchar a quien ha dedicado entre tres y cinco décadas a una profesión no es un gesto de cortesía, sino un acto de responsabilidad. En sus palabras se condensa una forma de conocimiento que no figura en los tratados ni en los manuales: la experiencia acumulada, el error corregido, la intuición forjada en la repetición y el juicio nacido del tiempo. Esa experiencia constituye una fuente tan valiosa como los propios libros de historia, con la diferencia esencial de que se trata de historia viviente.

La humanidad ha perfeccionado, a lo largo de los siglos, múltiples formas de transmisión del conocimiento: primero la palabra, luego la escritura, más tarde la imagen y, hoy, el registro audiovisual. Sin embargo, en medio de la inmediatez del presente, no siempre somos conscientes de que la historia que mañana será estudiada se está escribiendo ahora mismo. Cada decisión clínica, cada enseñanza transmitida en un pase de sala, en una sesión clínica o en una charla de pasillo, así como cada gesto quirúrgico repetido y perfeccionado, forman parte de ese legado.

Preservar estas voces no responde a la nostalgia ni a la idealización del pasado, sino a la necesidad de dotar de continuidad a la profesión. Escuchar, registrar y transmitir la experiencia de quienes nos precedieron es, en última instancia, una forma de cuidar la identidad de la otorrinolaringología y de recordar que el progreso solo tiene sentido cuando se apoya sobre una memoria sólida.

Como escribió José Hernández en *Martín Fierro*,

“Estas cosas y otras muchas
medité en mis soledades;
sepan que no hay falsedades
ni error en estos consejos:
es de la boca de los viejos
de ande salen las verdades.”



Carlos Sprekelsen Gassó

Formación y vocación

¿Recuerda el momento o la figura que despertó su vocación por la otorrinolaringología? ¿Qué significaba “ser otorrino” cuando usted se formó, en comparación con hoy?

Cuando estudiaba la licenciatura, me llamó positivamente la atención la asignatura de Otorrinolaringología, especialmente la calidad y el atractivo de las clases del catedrático Rafael Bartual Vicens. En las prácticas observé la magnífica organización asistencial del servicio de ORL del Hospital Clínico de Valencia. Pero, quizás todavía más, me gustaba el concepto de especialidad médico-quirúrgica y me atraía su tipo de cirugía micro y macroscópica, muy importante para la comunicación humana.

Cuando empecé la especialidad hace más de 50 años, “ser otorrino” significaba ejercer una especialidad más limitada en tecnología, pero muy amplia en criterio clínico, exploración física, y habilidades manuales. La consulta se apoyaba en el espejo frontal, espejillos laríngeos, otoscopios y exploración directa. Había menos estudios de imagen y muchas decisiones se tomaban sin tomografía o resonancia. La cirugía de cabeza y cuello era más abierta y más agresiva, y se empleaban menos herramientas diagnósticas y reconstructivas. La cirugía otológica, en general, estaba terminando de consolidarse, y la audiología y los audífonos eran más

elementales; no había implantes cocleares y la rehabilitación auditiva era menos compleja.

Hoy, “ser otorrino” implica una práctica mucho más tecnológica y con subespecialidades muy definidas: otología, rinología, laringología, cirugía de la apnea del sueño, cabeza y cuello, pediatría, entre otras. También es más constante el trabajo multidisciplinario con oncólogos, foniatras, audiólogos, neumólogos y neurocirujanos. Y en cuanto a la tecnología, en España desde los 90 contamos con endoscopios de gran definición, navegación quirúrgica e imágenes avanzadas. Y desde no hace mucho se ha sumado la cirugía robótica y la Inteligencia Artificial en muchos hospitales.

También cambió el papel humano del médico. Antes, el prestigio del especialista estaba muy ligado a la figura del “médico total”, con mucha autoridad y decisiones más paternalistas. Hoy hay más medicina basada en la evidencia, más participación del paciente y más presión administrativa y tecnológica.

Resumiendo, hace 50 años ser otorrino significaba dominar el examen clínico y la cirugía con recursos relativamente simples; hoy significa integrar tecnología avanzada, subespecialización y más trabajo en equipo.

Maestros y transmisión del saber

¿Quiénes fueron sus maestros fundamentales y qué valores —más allá de la técnica— le transmitieron en su formación quirúrgica y humana?

Mi maestro fundamental fue Rafael Bartual Vicens, figura con gran carisma y personalidad, además de gran clínico y cirujano. Otros maestros completaron mi formación quirúrgica, tales como Teodoro Sacristán Alonso, Ramón López Martínez, Jesús Herrero Solano, José Prades Pla, Heinz Stammberger, Michel Portmann, Wolfgang Draf, entre otros.

Rafael Bartual se formó en Madrid con García Tapia, en Viena con Neumann, en Burdeos con Portmann y en Erlangen con Richter. En Valencia, fundó la Escuela Profesional de ORL del Hospital Clínico, de la Facultad de Medicina. De él, heredé la convicción de que la especialidad no se sostiene sin tres patas simultáneas: asistencia al enfermo, docencia rigurosa e investigación real; y que el otorrinolaringólogo es "primero médico en sentido amplio, considerando al hombre como una unidad psicosomática, y después pone en práctica sus técnicas". También heredé que una

característica que debe definir a la ORL es la inquietud y la curiosidad por las nuevas técnicas.

Evolución de la especialidad en España

Desde su experiencia, ¿cuáles han sido los cambios más profundos en la ORL a lo largo de su carrera, tanto en la práctica clínica como en la cirugía y la docencia?

La Otorrinolaringología en España ha experimentado una transformación muy profunda en los últimos 50 años, pasando a ser una especialidad altamente tecnológica, quirúrgica y multidisciplinar.

Durante los años 70 comenzó una etapa de tecnificación de la especialidad. La incorporación del microscopio quirúrgico revolucionó la cirugía del oído y posteriormente la cirugía laríngea y nasal. Esto permitió desarrollar técnicas de microcirugía mucho más precisas y menos invasivas.

En España, los grandes hospitales universitarios empezaron a consolidar servicios específicos de ORL y programas de formación MIR. Muchos centros hospitalarios teníamos unidades pioneras en microcirugía otológica, cirugía de laringe y cirugía funcional nasal.

A partir de los años 80 la ORL española comenzó a formar en los servicios áreas y/o unidades altamente especializadas: Otología y otoneurología, Rinología, Laringología abierta y cerrada, ORL pediátrica, y cirugía de cabeza y cuello, Apnea del sueño, etc. En la Rinología se introdujo la Cirugía Endoscópica nasosinusal, de la que fuimos pioneros en Murcia (1989) y en Barcelona. En la Otología, los implantes cocleares y los audífonos evolucionaron rápidamente y mejoraron mucho la calidad de vida de los pacientes con hipoacusia.

En la década de los 90 se fue consolidando en una gran parte de los hospitales españoles la cirugía endoscópica nasosinusal, permitiendo tratar sinusitis crónicas y tumores mediante abordajes mínimamente invasivos. La cirugía oncológica de cabeza y cuello también adquirió un papel central. Los servicios de ORL comenzaron a colaborar muy estrechamente con Oncología, Neurocirugía, Cirugía maxilofacial, Radioterapia. La especialidad amplió así su campo de actuación hasta convertirse en una disciplina clave en el tratamiento de los tumores de cabeza y cuello. Actualmente, más de la mitad de estas cirugías en España son realizadas por otorrinolaringólogos.

En los últimos 25 años la evolución ha sido aún más acelerada. Los principales avances incluyen la cirugía endoscópica asistida por sistemas de navegación quirúrgica, de la que también fuimos pioneros en 2004 en Murcia. También, los implantes auditivos avanzados, la cirugía robótica transoral, la radiología con técnicas de imagen de alta resolución, el diagnóstico molecular, la telemedicina y el empleo de fármacos biológicos en la oncología. Hoy muchos hospitales españoles han incorporado cirugía robótica y técnicas endoscópicas avanzadas de base de cráneo.

Hoy la SEORL-CCC impulsa la modernización de la especialidad, reclamando mayor duración del período MIR y más integración tecnológica.

La evolución de la docencia en Otorrinolaringología en las facultades de Medicina durante los últimos 50 años ha estado marcada por cambios científicos, tecnológicos y pedagógicos. En España y Europa puede identificarse una transición desde una enseñanza predominantemente teórica y anatómica hacia un modelo clínico-práctico, tecnológico e interdisciplinar.

En los años setenta, la enseñanza de la ORL se caracterizaba por clases magistrales centradas en anatomía y semiología y prácticas hospitalaria basadas en la observación pasiva, con un acceso limitado a la tecnología diagnóstica avanzada. A partir de los 80 la tecnología transformó el contenido docente y las prácticas del alumno. La enseñanza comenzó a incluir Endoscopia nasal y laríngea, Microscopía quirúrgica, Audiometría moderna, tomografía computarizada y resonancia magnética.

Actualmente la asignatura es troncal en todas las facultades. Se imparte sobre todo en 4.º y 5.º curso, con unas 30 lecciones teóricas. Las prácticas y seminarios oscilan entre 20 y 60 horas. La incorporación de nuevas tecnologías diagnósticas y quirúrgicas, junto con la reforma universitaria y el desarrollo del sistema MIR, han convertido la ORL en una disciplina altamente especializada y con una enseñanza cada vez más práctica e interdisciplinar.

Tecnología y criterio médico

La ORL ha vivido una profunda revolución tecnológica. ¿Cómo ha logrado integrar la innovación sin perder el juicio clínico y la prudencia quirúrgica?

Nuestra especialidad ha experimentado avances impresionantes en las últimas cinco décadas, desde microcirugía endoscópica hasta terapias

regenerativas y tecnologías de imagen de alta resolución. El tratar de integrar la innovación sin comprometer la seguridad del paciente requiere un equilibrio entre conocimiento tecnológico y juicio clínico sólido. La ORL moderna trabaja estrechamente con radiología, anestesia avanzada, neurología y otras especialidades para tomar decisiones fundamentadas y minimizar riesgos quirúrgicos. Pero la innovación tecnológica nunca sustituye la evaluación individualizada del paciente ni el sentido común quirúrgico. Muchas herramientas, como los sistemas de navegación o la cirugía asistida por robot, proporcionan información en tiempo real que refuerza la seguridad, pero el cirujano sigue siendo quien toma la decisión principal tratando de integrar su formación, la evidencia científica, la prudencia, el trabajo multidisciplinario y la ética clínica.

El paciente a lo largo del tiempo

¿Ha cambiado la relación médico-paciente en ORL? ¿Qué se ha ganado y qué se ha perdido con el paso de las décadas?

La relación médico-paciente en ORL ha experimentado cambios importantes a lo largo de las décadas, reflejando transformaciones de la medicina en general, la tecnología, la ética y las expectativas sociales.

En ORL, como en muchas especialidades, se ha pasado de un modelo paternalista a uno participativo y basado en la evidencia. Esto ha mejorado la seguridad, precisión y autonomía del paciente, pero a costa de cierta pérdida de cercanía personal y de la valoración de la experiencia clínica intuitiva del médico. Se podría decir que se ha ganado eficiencia y conocimiento, pero se ha perdido bastante del calor humano y la relación de confianza profunda que caracterizaba a generaciones anteriores de médicos.

Lo que se ha ganado

Mayor acceso a información y educación del paciente: hoy llegan a la consulta mejor informados, a menudo con datos sobre síntomas, diagnósticos y tratamientos disponibles. Esto permite decisiones compartidas y una participación más activa en su propio cuidado.

Avances tecnológicos y diagnósticos más precisos, endoscopias de alta resolución, técnicas de imagen que permiten diagnósticos más exactos y

menos invasivos. La relación puede ser más científica, reduciendo incertidumbres.

Tratamientos menos invasivos y con mejores resultados: cirugía mínimamente invasiva (como la endoscópica) y terapias dirigidas, que hacen que la recuperación sea más rápida, aumentando la confianza del paciente en la medicina moderna.

Mayor enfoque en la bioética y la autonomía del paciente, que ya no es un receptor pasivo; tiene derecho a opinar sobre el tratamiento, conocer riesgos y beneficios, así como tomar decisiones informadas.

Telemedicina y seguimiento digital: la relación puede mantenerse incluso a distancia, permitiendo el control postoperatorio y consultas de seguimiento sin desplazamientos.

Lo que se ha perdido o debilitado

Relación personal menos cercana: antes, el médico solía dedicar más tiempo a la conversación y al examen físico completo. Hoy, el tiempo está limitado por agendas y sistemas de salud masificados.

Autoridad paternalista tradicional: algunos pacientes valoraban la seguridad de la decisión médica “sin cuestionamientos”, que daba sensación de protección. Con la toma de decisiones compartida, esa autoridad disminuye, lo que puede generar conflictos o dudas.

Intuición clínica frente a tecnología: antes, el diagnóstico dependía más de la historia clínica detallada y la exploración física. Hoy, la dependencia de pruebas complementarias puede reducir la importancia de la escucha activa y la percepción clínica del especialista.

Paciencia en el seguimiento y acompañamiento: la rapidez de los sistemas de salud y la presión por reducir el tiempo de consulta ha acortado el tiempo para dar explicaciones extensas o para generar un vínculo de confianza sólido.

Identidad y legado

Si tuviera que definir qué debería conservar la ORL del pasado para seguir siendo una especialidad con identidad propia, ¿qué señalaría como irrenunciable?

El dominio integral de todo lo incluido en el término de cirugía de cabeza y cuello.

La ORL siempre ha sido una especialidad que aborda un territorio anatómico específico: oído, nariz, senos paranasales, garganta y cuello. Aunque la subespecialización y la colaboración interdisciplinaria crecen (p. ej., cirugía oncológica de cabeza y cuello junto con la cirugía maxilofacial o la neurocirugía), la capacidad de evaluar y tratar problemas de manera integral dentro de esta región es un sello de identidad que no se puede perder.

Habilidades clínicas y exploración física

La especialidad se ha apoyado históricamente en el examen directo del paciente: otoscopia, rinoscopia, laringoscopia. Con la tecnología moderna a veces se corre el riesgo de depender demasiado de imágenes y pruebas complementarias, olvidando que la habilidad de examinar directamente sigue siendo esencial para el diagnóstico y la credibilidad profesional.

Destreza quirúrgica manual y microquirúrgica

La ORL ha sido tradicionalmente una especialidad quirúrgica de alta precisión, sobre todo en oído y laringe. Aunque la cirugía mínimamente invasiva y los láseres son el presente, el fundamento de la cirugía delicada, anatómica y técnica sigue siendo irrenunciable, porque define el estándar de cuidado seguro y efectivo.

Enfoque funcional, no solo anatómico

La ORL combina cirugía y medicina con el objetivo de mejorar la función y la calidad de vida: audición, voz, respiración, olfato. Este compromiso con la función y la anatomía, diferencia a la ORL de otras especialidades quirúrgicas de cabeza y cuello.

Lo irrenunciable es la combinación de actuar sobre un territorio específico, la destreza clínica y quirúrgica, el enfoque funcional y la calidad de la atención, basado en el conocimiento profundo de la anatomía, fisiología y patología de cabeza y cuello, y en la habilidad de pensar clínicamente más allá de la tecnología.

Mensaje a las nuevas generaciones

¿Qué consejo daría hoy a un residente de ORL en España que aspira no solo a ser un buen técnico, sino un médico completo?

Aprende quirúrgica y clínicamente, pero luego pregúntate: ¿Por qué hago esto? ¿Cuál es la fisiopatología subyacente?

La habilidad manual es esencial, pero la razón detrás de cada procedimiento es lo que distingue a un médico completo de un técnico.

No descuides la medicina interna, la farmacología y la patología general. Muchos problemas de la ORL tienen manifestaciones sistémicas: alergias, enfermedades autoinmunes, trastornos endocrinos, etc.

La ORL puede ser muy técnica, pero el paciente es más que su oído, nariz o garganta. Practica la escucha activa y la empatía. Pregúntate: ¿Cómo afecta esto su calidad de vida?

Hay que mantenerse actualizado, no solo con guías y algoritmos clásicos, sino con artículos originales y debates recientes. Aprende a distinguir la evidencia sólida de la moda científica: no todo lo que aparece en redes o congresos merece ser aplicado.

Hay que reflexionar sobre ética y responsabilidad. Cada procedimiento tiene riesgos y consecuencias. Desarrolla un juicio clínico independiente, no solo reproducir protocolos. Participa en discusiones éticas, comités o casos complejos para fortalecer tu criterio.

Ser un ORL completo no es solo saber operar o diagnosticar. Es integrar conocimientos, habilidades técnicas, pensamiento crítico y humanidad. Cada paciente debe salir no solo con un órgano sano, sino sintiéndose atendido por un profesional que entiende su historia y contexto.

Para mí, los objetivos clave de la formación MIR serían:

1. Comenzar a tomar decisiones diagnósticas y terapéuticas con supervisión mínima.
2. Cirugía ORL avanzada: amigdalectomía, adenoidectomía, cirugía nasal básica y endoscópica.
3. Subespecialidades ORL: otoneurología, laringología, oncología de cabeza y cuello.

4. Rotaciones opcionales: audiología, oncología, pediatría.
5. Investigación clínica: participar en un proyecto o caso clínico, aprender metodología y crítica de literatura, publicar.
6. Realizar presentaciones de casos complejos en sesiones hospitalarias.
7. Ser capaz de evaluar y tratar pacientes ORL complejos de manera autónoma.
8. Desarrollar un juicio clínico sólido y tener un enfoque humanista.
9. Prepararse para la práctica profesional completa, ya sea hospitalaria, clínica privada o investigación.
10. Docencia y liderazgo: supervisar a residentes “junior” o participar en sesiones clínicas o docentes.

Y en general, a dominar la anatomía como si fuera tuya. Aprender a escuchar al paciente antes de mirar por el endoscopio. Tratar con los internistas, neurólogos y oncólogos. El paciente oncológico es tu mejor escuela de medicina interna. Elegir bien a tu o tus cirujanos de referencia, en tu servicio y fuera, en España y/o en el extranjero. Esa vieja idea, de internistas del siglo pasado, entre ellos Marañón, de que el médico debe acercarse al paciente no solo como profesional, sino como persona, quitarse simbólicamente la bata, dejar la pluma escuchándolo con empatía y atención, casi “como a un amigo”, debería poder seguir vigente, además de los imprescindibles recursos técnicos nuevos, y de la introducción progresiva de la inteligencia artificial.