

El posible verdadero origen de la metodología transfacial

The real origin of transfacial methodology

F. Hernández Altemir¹, S. Hernández Montero¹, S. Hernández Montero², E. Hernández Montero³, F. Clau Terré⁴, M. Moros Peña⁴

Resumen: Siempre surgen, pese a los adelantos informáticos de un mundo cada vez más globalizado, conflictos sobre la autoría de procedimientos científicos y para ayudar a aclarar los que ocurren en el origen de la cirugía transfacial, es por lo que nos hemos entretenido siempre con apoyo bibliográfico, de poner orden, en los aspectos no sólo del posible verdadero origen y la autoría de esta tal como se entiende hoy día, sin olvidar a personalidades históricas que en el siglo XIX vislumbraron y cómo no, aportaron ideas de lo que podría venir y sobre todo, quien dejó escrito por primera vez el contenido y las verdaderas posibilidades de la misma, así como poner en su sitio a los que se incorporaron al procedimiento muy tarde con pretensiones de protagonismo.

Palabras clave: Acceso transfacial; Cavum; Clivus; Base cráneo intra y extracraneal.

Recibido: 28.10.2008

Aceptado: 30.11.2009

Abstract: *Despite technological advances in a globalized world conflicts always arise about authorship of scientific procedures. To help resolve the conflicts that arise about the origin of transfacial surgery we have been entertained with bibliographical support to organize the aspects of a possible origin and author as it is understood today. Without forgetting people in history that in the XIX century foreshadowed and provided ideas from which we could determine who was the first to write the content and true possibilities. Putting those who incorporated the procedure late, with pretensions of protagonism in their place.*

Key words: *Transfacial access; Cavum; Clivus; Skull base.*

1 Universidad de Zaragoza (Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte: Licenciatura de Odontología de Huesca. España

2 Universidad Alfonso X El Sabio de Madrid: Licenciatura de Odontología.

3 Hospital de Viladecans e Instituto de Otoneurología Dr. García Ibáñez.

4 Hospital Universitario Vall d'Hebron de Barcelona. España

5 Clínica Quirón de Aragón.

Correspondencia:

Dr. Don Francisco Hernández Altemir

Fray Luis Amigó, 8, planta 0, letra B

50006 Zaragoza, España

E-mail: drhernandezaltemir@yahoo.es

Web: www.headandneck.es

Introducción

A nuestro regreso a España después del XIX Congreso of the European Association for Cranio Maxillo Facial Surgery , de September 9th-12th, 2008 en Bologna- Italy, se nos despertó la idea de desarrollar, lo mismo que en su momento hizo Rainer B. Drommer, coincidiendo con "Transfacial Access to the retromaxillary Area", en J max fac Surg 14(1986), con "The History of the Le Fort I Osteotomy", una revisión lo más aséptica posible sobre el verdadero inicio de Acceso Transfacial como vía no sólo a las estructuras rinofaríngeas donde parece estuvo retenido desde 1981 a 1984 (Curioni C,⁸⁻¹⁰ sino como desde su inicio¹⁵ en 1982 (Hernández Altemir F.) se consideró como vía para acceder a las estructuras pterigomaxilares, seno esfenoidal, base de cráneo y estructuras adyacentes así como al clivus.

Para ello, aunque ya teníamos adelantado con otros fines, referencias bibliográficas sobre el tema, hicimos apoyados, con la inestimable colaboración de la Hemeroteca de la Facultad de Medicina de Zaragoza, un "mayor acopio" al respecto y ahora se puede decir, que creemos tener documentación suficiente y por cierto no excesiva, pero no parece que haga falta más, para nuestro propósito para avalar nuestra pretensión de intentar poner en tiempo y contenido, el tema.

No se debe entender, que el crear y desarrollar una nueva técnica quirúrgica, consiste exclusivamente en sentar su indicación, diseñar el abordaje externo e interno para acceder a la zona de interés quirúrgico, resolver ésta y terminar reconstruyendo y devolviendo los tejidos u órganos implicados a su lugar funcional y todo de la manera más atraumática posible. Hay más, y esto es, el darle al procedimiento contenido, lo que a veces no es tan fácil, si sólo se ha pensado para resolver patologías concretas y no se mira más allá y de esto es, de lo que vamos a hablar fundamentalmente.

Material y Método

El título con el que comenzamos el trabajo que nos ocupa de inicio lo denominábamos, "Historia del acceso transfacial" y cuando estábamos empeñados en su desarrollo, nos dimos cuenta, que el poner fechas concretas a las ya innumerables modificaciones y nombres que existen en el mercado científico para cada una de ellas, sobre la cirugía transfacial, nos hizo ver, que el tema era ya de computadora y nosotros no somos informáticos, aunque desde aquí damos la idea, para quien posea estos conocimientos, desarrolle la historia del Acceso Transfacial con apoyo electrónico y así y todo, no dejarán de tener sus dificultades, sobre todo por la semejanza de una y otra modificación, donde quizá sólo el nombre del autor es para nosotros, lo que verdaderamente la puede diferenciar de las descritas.

Creemos que expertos en Historia de la Medicina especializada, al final, serán los que se acercarán a la resolución de nuestro objetivo, les animamos. Sin duda merece la pena y además lo deberían hacer pronto, porque si se deja pasar mucho tiempo lo verdadero, se puede convertir en leyenda y sobre todo si los pioneros desaparecen y no pueden defender sus posibles derechos.

Introduction

After the XIX European Association of Cranial Maxilla Facial Surgery Congress, September 9th-12th 2008 in Bologna Italy. It woke us up to the idea of development, the same thing that made Rainer B. Drommer, coinciding with Transfacial Access to the retro maxillary Area in J. Max Fac Surg 12 (1986), with "The history of the Le Fort I Osteotomy" a review of the most aseptic about the true start of Transfacial access as a route, not only to the rhyonofaringeas (where it appears to have been retained from 1981 to 1984 (Curioni C)⁸⁻¹⁰ but rather since its start in 1982 (Hernandez Altemir F) it was considered a way to comply to the pterigomaxilla, sinus esfendoidal and cranium base structures as well as the adjacent structures like the clivus.

Even although we already had advanced with other goals, we used bibliographical references about the topic, with the inestimable collaboration of the Hemeroteca of the Facultad de Medicine in Zaragoza, a major reserve and now we can say that we think we have sufficient but not excessive documentation. It doesn't seem that we need more for our proposal to praise our pretense of trying to contribute time and written content to the topic.

This does not mean that the creation and development of a new surgical technique exclusively consists of establishing its indicators. Designing the external or internal approach to get to the surgical zone of interest, resolving this and finishing the reconstruction and returning the tissues and organs involved to their place in the least traumatic way possible. Also, giving the procedure content, which is not always easy if we have only thought about resolving concrete pathologies at the present time instead of looking further ahead than that. This is what we are going to talk about.

Materials and Methods

The title that we started to work with was "History of transfacial access". When we were involved in its development we realized while making concrete dates for the numerous modifications and names that there are in the scientific market for each one of them about transfacial surgery that the topic was already about the computer and we are not IT workers. Although from that, we realized that for those that are knowledgeable about this they can develop the story of Transfacial Access with electronic support. That way they won't stop having difficulties especially because of the similarity between modifications. Where perhaps only the name of the author is for us, which could really differentiate between what is described.

We think that, in the end, experts in the history of specialized medicine will be the ones that get close to resolving our problems. We encourage it. It is definitely worth it and they should do it soon because if a lot of time goes by it could

Pues bien, el material lo tenemos, hasta donde hemos sido capaces de recopilar con un sesgo y es el de buscar sobre todo referencias a los autores más reconocidos sobre el particular y de ellos, descartando los que los propios datos bibliográficos, aparentemente no intencionados seleccionan, como pioneros del tema transfacial.

En seguida vimos, que buscar fechas de inicio sobre el particular, no era ni mucho menos lo más difícil, el problema estaba como decíamos en diferenciar una y otra técnica de las diferentes formas de abordar los campos que la Cirugía transfacial permite y sobre todo, ver, quienes habían sido los primeros o el primero en darle contenido, de los que habían conseguido y pensado, en primer lugar, de las posibilidades que daba, incidir las partes blandas de la cara, de la manera más indeleble posible, para luego, con fragmentos maxilares convenientemente osteotomizados y suspendidos a los tejidos blandos yugales, facilitara el abrirla como un libro, para penetrar lo más segura y atraumáticamente posible, hacia territorios no explorados hasta entonces, todo ello a cielo abierto y que además pronto, se viera y reconociera que la cirugía transfacial, ha servido probablemente también, desde esas entradas faciales, para conocer mejor los campos quirúrgico y facilitar el desarrollo que denominaríamos, Accesos transfaciales endoscópicos, dentro de la cirugía mínimamente invasiva, a la que vamos abocados, para determinadas patologías fundamentalmente por ahora tumorales, del territorio craneofacial, habitualmente “benignas”.

A partir de aquí es, donde verdaderamente parece que la cosa se aclara bastante a nuestro entender y parece incuestionable, que todo se puede resumir en los esquemas y textos publicados al pie de las figuras que aparecen de¹⁵ Hernández Altemir F., en ESTOMA (Revista Médica de Estomatología y Profilaxis) Volumen III, 1983, Número 1 páginas 75-82, en el artículo “Desarticulación temporal pediculada a mejilla del maxilar superior (es) como vía de abordaje transfacial a las regiones fundamentalmente retromaxilares y para otras indicaciones (Vía maxiloperigoidea) Una nueva técnica”, fijándose sobre todo en la Figura 1 y su pie de texto en la página 78, donde quizá el lector, puede vislumbrar y radicar el principio y fundamento del Acceso Transfacial y anteriormente, sólo en texto, también del mismo autor,¹⁴ ESTOMA Volumen II, 1982, Número 1, del artículo “Un caso de angiofibroma juvenil gigante de cavum intervenido por la técnica de desarticulación temporal pediculada a mejilla del maxilar superior”. Algo más adelante volveremos sobre el particular.

Antes de toda nuestra búsqueda bibliográfica, bastante exhaustiva para nosotros, no hemos encontrado referencias que se apartarán más allá de explorar el cavum y/ o la rinofaringe movilizándolo un bloque óseo, tipo “Le Fort II”, colgado a la mejilla, uno de ellos presentado a nivel de Congreso (al respecto, sin duda la más temprana cronológicamente de nuestras pesquisas) y que aparece como Comunicación, en: II Congresso Italiano di Chirurgia Maxillo-Facciale Bologna⁵⁻⁷ Novembre 1981 de⁸ C. Curioni, E. Padula, P. Toscazo, A. Maraggia, de la Divisione di Chirurgia Maxillo-Facciale ed Odontostomatologia –Presidio Ospedaliero- U.S.L. n.8 – Vicenza Primario: Prof. C. Curioni, titulada “Il lembo maxillo-genieno: considerazioni su una nuova metodica di smontaggio e rimontaggio dell’infrastruttura (P:375-377), donde en los apartados correspondientes y esquemas, si bien, queda suficientemente explicitado la

become a legend especially if the pioneers disappear and they can't defend their rights.

So, we have the material that we were able to compile with the bias of only looking for references from the most well known authors about the particular and leaving out the ones that had their own biography as pioneers of the transfacial topic.

Right away we realized that finding start dates about this was not even close to being the most difficult task, the problem was differentiated one technique from another in the various ways of approaching the fields that transfacial surgery allows. Especially to see who had been the first to give content from those who thought about the possibilities that it allowed “incidir” the soft parts of the face in the most indelible way possible so that later it could be opened like a book because maxilla fragments had osteomized and were suspended from the soft jugular tissues. In order to do this in the least traumatic way and move towards previously unknown territories. Transfacial surgery was also a stepping stone in facial procedures, endoscopic transfacial access within minimally invasive surgery.

That is how things start to clear up our understanding and it seems unquestionable that all can be summed up in schemes and published texts at the bottom of the figures that appear in Hernandez Altemir F., in ESTOMA (Medical Estomatology and Profilaxis) Volume III 1983. Number 1 pages 75-82. In the article, “Pedicel temporal dearticulation of the superior maxilla cheeks as a transfacial approach to the fundamentally retro maxilla regions and for other indicators (Maxilla perigoidea) A new technique” concentrating on Figure 1 and its foot note on page 78 where perhaps the reader can make out and eradicate the start of the transfacial access and prior, only in text also the same author,¹⁴ ESTOMA Volume II 1982 Number 1 of the article “A case of gigantic child angiofibroma of the intervened cavum using the pedicle temporal dearticulation of the upper maxilla cheek” Later we will come back to this.

During all of our bibliographical exploration, which was pretty exhausting for us, we have not found references that will go further than exploring the cavum and/or the rhypharinge moving a LeFort II type bone block, attached to the cheek, one of them appearing at the Congress level(regarding, without a doubt the earliest of our investigations) and it appears as communication in The Second Italian Congress of Maxilla Facial Surgery, Bologna November 5, 6, 7 1981⁸C. Curioni, E.Padula, P.Toscazo, A. Maraggia, of the Maxilla facial Surgery Division-Presidio Ospedaliero- U.S.L. n. 8 – Vicenza Primario: Professor C. Curioni, titled “IL LEMBO MAXILLO-GENIENO: CONSIDERAZIONI SU UNA NUOVA METODICA DI SMONTAGGIO E RIMONTAGGIO DELL’INFRASTRUTTURA (P.:375-377) where in the following section and schemes the viability of the suspended fragment is well specified that reminds us of a Lefort II: textually” 5) osteotomia del mascellare superiore tipo Le Fort II monolaterale interrotta a livello del tuber da una osteotomia berti-

viabilidad del fragmento suspendido, que quiere recordar un Le Fort II: textualmente: "5) osteotomía del mascellare superiore tipo Le Fort II monolaterale interrotta a livello del tuber da una osteotomía verticale verso il basso 6) osteotomía del palato mediante pinza ossivora rispettando la mucosa del pavimento nasale", en un diseño hemilateral de las partes blandas, tipo Fergusson y de la misma manera a nivel intraoral, con un trayecto incisional de la fibromucosa palatina, que respeta el paquete nasopalatino anterior y que de la misma manera, sacrifica el palatino posterior del lado del fragmento a suspender y la sección, aparentemente traumática anatómica y funcionalmente en sentido anteroposterior de la continuidad del paladar blando sobrepasando la úvula.

Con el procedimiento de Curioni C y colaboradores, que acabamos de exponer, no pudimos leer, en su breve descripción, como el: IL lembo maxillo-genieno, sirva además, de para extirpar con mayor certeza de radicalidad angiofibromas y explorar la rinofaringe o el cavum, otras posibilidades trascendentales, que nosotros desde el principio en 1982 ya publicamos, para acceder entre otras a la base del cráneo, como veremos.

También nos ha llamado la atención, que ésta comunicación y sus posibles aplicaciones, en manos de los autores, no hayan ido más lejos, que a la exploración de estructuras nasomaxilares y de la rinofaringe y sobre todo, que no fueran retomadas y divulgadas en la literatura médica, hasta tres años después, por los mismos autores de la comunicación comentada anteriormente ni en:⁹ "GII ANGIOFIBROMI DEL RINOFARINGE" Considerazioni su una nuova metodica di smontaggio e rimontaggio Della inframesostruttura" Divisione di Chirurgia Maxillo-Facciale, en CHIR. TESTA E COLLO 1-1984 (páginas 47-569), y ni tampoco, de los mismos autores, la comunicación:¹⁰ "The Maxillo-cheek flap: A method of dismantling and reassembling the infra-meso-structure" presentada en 7th Congress of The European Association for Cranio-Maxillofacial Surgery, Paris 1984, en la bibliografía, ni en el texto de (9) y (10) no aparece reflejada la Comunicación de Curioni C, y colaboradores de 1981.

Nos sorprende, insistimos, que en 1984, no haga referencia bibliográfica de la técnica de: IL LEMBO MAXILLO-GENIANO: CONSIDERAZIONI SU UNA NUOVA METODICA DI SMONTAGGIO A RIMONTALLIO DELL'INFRASTRUTTURA (Curioni C. y Col. 1981), ni alusiones, más de tres años después de a su empleo, para posibles cirugías de la base del cráneo y estructuras adyacentes.

Por el contrario, F. Hernandez Altemir, en la figura 1 deja expresada esquemáticamente las posibilidades de su acceso y también en el pie de figura 9, de la página 79, donde se describe en el Volumen III de ESTOMA de 1983, la técnica de¹⁵ "Desarticulación temporal...", con más detalle, que en la descripción del caso clínico de¹⁴ ESTOMA 1982, aunque también allí, ya se dice algo, sobre el espacio retropterigoideo y clivus, y se puede leer textualmente, debajo de la mencionada figura 9: La etapa de "puerta abierta hasta atrás" deja ver claramente en el esquema: con lo que sin sacrificar estructuras podemos llegar a las hasta ahora inaccesibles regiones pterigomaxilares, rinofaríngeas, esfenoideas, cavum, estructuras de la base craneal, clivus, etc.

Muy esclarecedor al origen de la cirugía transfacial resulta las aportaciones de¹² Aldo Bruno Gianni,³ Federico Biglioli, Bruno Brevi, Roberto Brusati en Journal of Cranio Maxillo-Facial Surgery (1993)

cale verso il basso⁶ osteotomía del palato mediante pinza ossivora rispettando la mucosa del pavimento nasale" in a hemilateral design of soft parts, Fergusson type and in the same way at the intra oral level, with an incision route from the palatine fibromucosa that respects the anterior nasal palatine packet and at the same time sacrifices the posterior palatine of the fragmented side when suspending and sectioning the apparently anatomically and functionally traumatic in an anteroposterior direction of the continuity of the soft paladar over passing the uvula.

The Curioni C. procedure that we just described, we couldn't read, in its brief description how the IL LEMBO MAXILLO GENIENO, it also helps us to more certainly remove angiofibromas and explore the rynopharinge or the cavum, other transcendental possibilities that since the start of 1982 we already published to get access to the base of the cranium, as we will see.

This communication and its possibilities have caught our attention, in the hands of the authors, they haven't gotten farther than exploring maxilla nasal structures and the rynopharinge, above all they weren't retaken and divulged in the medical literature until 3 years later, by the same authors as the ones we mentioned before:⁹ "GII ANGIOFIBROMI DEL RINOFARINGE" Considerazioni su una nuova metodica di smontaggio e rimontaggio Della inframesostruttura" Divisione di Chirurgia Maxillo-Facciale, en CHIR. TESTA E COLLO 1-1984 (pages 47-569) and not even the same authors the communication¹⁰ "The Maxillo-cheek flap: A method of dismantling and reassembling the infra-meso-structure" presented in the 7th European Association for Cranio-Maxillofacial Surgery Congress, in Paris 1984, not in the biography or in the text of (9) or (10) it is not reflected in the Communication of Curioni C. and collaborators in 1981.

We are surprised that in 1984, more than three years after its use for surgeries at the base of the cranium and adjacent structures, there is no bibliographical reference to the technique: IL LEMBO MAXILLO-GENIANO: CONSIDERAZIONI SU UNA NUOVA METODICA DI SMONTAGGIO A RIMONTALLIO DELL'INFRASTRUTTURA (Curioni C. y Col. 1981).

On the contrary, F. Hernandez Altemir, in Figure 1 expresses the possibilities of its access and also the footnote of Figure 9 on page 79, where in Volume III of ESTOMA they describe the "Temporal dearticulation." technique¹⁵ in more detail than in the description of the ESTOMA clinical case in 1982. Although in that one it already says something about the retropterigoideo and clivus space. You can also read below figure 9: The era of "open door to the back" lets us clearly see a scheme: with which without sacrificing structures we can get to the pterigomaxilla regions, rynopharings, sphenoidal, cavum, structures at the base of the cranium, clivus, etc. which were inaccessible until now.

The following contributions have been eye-opening for transfacial surgery¹² Aldo Bruno Gianni,³ Federico Biglioli, Bruno Brevi, Roberto Brusati in Journal of Cranio Maxilla-

23, 325-331 y las de Andrew E Brown⁵ and John D Langdon en Ann R Coll Surg Engl con "Management of oral cancer" 1995;77:404-408 y evidentes las conclusiones de Arnold Komisar,²⁷ MD, DDS de New York, NY, como lo manifiesta en la página 207 de ARCH OTOLARYNGOL HEAD NECK SURG (VOL. 122, FEB 1996) en el Apartado "Letters to the Editor", con la carta que titula "Prior Authorship" y que hace referencia a cartas reivindicativas de la autoría del acceso transfacial que tratan de adjudicarse entre Ivo P.²⁶ Janecka, MD. Pittsburgh, Pa y Pete J.⁷ Catalano, MD, Hugo F, Biller, MD. New York, NY respectivamente y que aparecían en la página 676, también de ARCH OTOLARYNGOL HEAD NECK SURG (VOL 120, JUNE 1994), sus comentarios y citas bibliográficas de los trabajos pioneros de F. Hernández Altemir en¹⁴ Estoma 1982: 3:75 y en nuevamente¹⁵ Estoma Volumen III Num 1 (1983) y¹⁶ Rev Ibero Cirug Oral Maxilofac 1983;5:81, con el título para ambos y en español de "Desarticulación temporal pediculada a mejilla del maxilar superior (es) como vía de abordaje transfacial a las regiones fundamentalmente retromaxilares y para otras indicaciones", aunque aquí, hay un error de²⁷ Arnold Komisar y es que la cita de ESTOMA 1982;3:75 su verdadero título es "Un Caso de angiofibroma juvenil gigante de cavum intervenido por la técnica de desarticulación temporal pediculada a mejilla del maxilar superior" páginas 41 y 58 de dicha publicación, todo para dejar las cosas en su verdadero lugar, aunque hay que decir, que se hecha de menos también en esa carta de (27/ Arnold Komisar, la referencia a nuestra publicación de la técnica y de su inicio metodológico más desarrollado en ESTOMA¹⁵ 1983, Volumen III Num I Páginas 75 a 82. con el título sin duda en este párrafo reiterativo de "Desarticulación temporal pediculada a mejilla del maxilar superior (es) como vía de abordaje transfacial a las regiones fundamentalmente retromaxilares y para otras indicaciones". Para terminar en²⁷ "Prior Authorship" el autor también cita¹⁹ "Transfacial access to the retromaxillary area" en J Maxillofac Surg 1986;14:165-170 de F. Hernández Altemir, como referencia internacional más relevante.

Más autores parece confirmar la posible verdadera autoría de Acceso transfacial (Alvarez Vicent,¹ Paparell Michell M,³⁰ Sailer Hermann,³¹ Salyer Kenneth E,³² Suárez Nieto C,³³ Talmi Yoav P. (34), Vaughan E.D.³⁵ y,³⁶ entre otros, aunque algunos hablan de un inicio de simultaneidad Brown A.M.S.,⁴ entre principalmente, C. Curioni y colaboradores y F. Hernández Altemir, en un espacio que va, para los que no conocen de nuestros primitivos trabajos de 1973¹³ a 1986¹⁹ por lo que por lo menos se debería reducir de entrada las diferencias cronológicas entre⁸ Curioni 1981 y¹⁴ Hernández Altemir 1982, sin entrar en detalles de contenido donde quizá el segundo hace más énfasis de las posibilidades del acceso transfacial, y bibliografía nacional e internacional existe al respecto, para empezar a aclarar las cosas e ir poniéndolas en su lugar, siempre apoyados pues en hechos contrastados, esto es, con referencias bibliográficas y leyendo los trabajos de C. Curioni y colaboradores y de Hernández Altemir en los inicios de ámbos!.

Nosotros, sólo hemos expuesto en nuestra ¡cuidadosa revisión!, insistimos datos objetivos y que sea el lector y los diferentes autores, que en el futuro puedan tratar e investigar en profundidad sobre Acceso Transfacial, los que maten sobre el particular, con libre y verdadera capacidad discriminatoria. Con el apoyo, claro de las refe-

Facial Surgery (1993) 23, 325-331 and⁵ Andrew E Brown and John D Langdon en Ann R Coll Surg Engl with "Management of oral cancer" 1995; 77: 404-408 and the conclusions of²⁷ Arnold Komisar, MD, DDS de New York, NY, how it develops on page 208 of ARCH OTOLARYNGOL HEAD NECK SURG (VOL. 122, FEB 1996) In the "Letters to the Editor" section, there is a letter titled "Prior Authorship" that makes reference to letters that were reinvented by the copyright of transfacial Access that tried to allocate between²⁶ Ivo P. Janecka, MD. Pittsburgh, Pa y⁷ Pete J. Catalano, MD, Hugo F, Biller, MD. New York, NY respectively and that appear on page 676, also from ARCH OTOLARYNGOL HEAD NECK SURG (VOL 120, JUNE 1994), the comments and bibliographical citations of F. Hernández Altemir in¹⁴ Estoma 1982: 3:75 and again¹⁵ Estoma Volume III Number 1 (1983) and¹⁶ Rev Ibero Cirug Oral Maxilofac 1983:5, 81, with the title of both in Spanish "Pedicel temporal dearticulation of the cheek from the upper maxilla as a transfacial approach to the fundamental retro maxilla regions and other indications" Although here there is an error by Arnold Komisar and the quote of the cavum that was operated on using the pedicled of the upper maxilla cheek technique" pages 41 and 58 of said publication. All in order to leave things in their place although we must say that in this letter we miss²⁷ Arnold Komisar, the technicians reference to our publication and of its methodological start more developed in Estoma 1983, Volume III Num I pages 75-82 titled "Pedicel temporal dislocation to finish "Prior Authorship" the author quotes "Transfacial Access to the maxillary area" in the Journal of Maxillofacial surgery 1986;14:165-170 F. Hernandez Altemir, as an internationally relevant reference.

It seems that more authors confirm the possible copyright of Transfacial Access among others that include: (Alvarez Vincent¹ Paparell Michell M,³⁰ Sailer Hermann,³¹ Salyer Kenneth E,³² Suarez Nieto C,³³ Talmi Yoav P.³⁴ Vaughan E.D.^{35,36} Some talk about a simultaneous start Brown AMS⁴ between mainly C. Curioni and cols. and F. Hernandez Altemir, in a space that is for those that don't know our primitive work from 1973¹³ to 1986.¹⁹ It should at least be reduced to chronological differences between⁸ Curioni 1981 and¹⁴ Hernandez Altemir 1982. Without going into detail where perhaps the second places more emphasis on the possible transfacial Access. National and international bibliography exist regarding this topic. To start to clear things up and put things in their place, always supported by contrasting facts this is with bibliographical references. Reading Works by C. Curioni and cols and Hernandez Altemir in the start of both!

In our careful revision we insist on objective information that the reader and different authors that in the future could investigate Transfacial Access, are the ones that clarify who the author is with free and true discriminatory capacity. With the support of the bibliographical references that we provide and from what we consider and insist to be important, which is the content of the two initial Works by Curioni C and cols.⁸ and F. Hernandez Altemir¹³ where the reflection of this pedi-

rencias bibliográficas que aportamos y de lo que consideramos e insistimos es más importante, esto es, el contenido, de los dos trabajos iniciales de Curioni C. y colaboradores⁸ y F. Hernández Altemir¹³ donde aparece incluso ya un reflejo de la metodología pediculada¹⁴ y más tarde,²⁵ con lo que parece que se consigue individualizar claramente en forma y contenido entre ellos y de los datos existentes en el amplio mundo bibliográfico actual, sobre la materia.

No nos atrevemos por supuesto a minusvalorar a autores, que algunos si vamos a referenciar bibliográficamente quizá no de forma exhaustiva ni mucho menos, que han hecho aportaciones a Acceso transfacial, por buscar una terminología determinada, pero sin entrar en detalles de esas modificaciones, que incluso en no pocos casos, han conseguido denominaciones nominales, todo entendible y muy valorable, pero pensando, que no versan sobre una partitura verdaderamente original y establecida y que no dejan de ser a nuestro modo de ver, movimientos sobre una estructura, que nació modestamente consolidada y que eso sí, otros, han llevado a los límites que, de la misma esperábamos ya en¹⁴ 1982, como en su momento dejamos escrito todo esto para conocimiento de los que se aventuran a reclamar autorías.

Todo ello, porque parece que se está dando el caso, en que personalidades sin duda muy relevantes del mundo de la Cirugía Oral y Maxilofacial, Otorrinolaringología, Neurocirugía, Cirugía Craneofacial, Cirugía de la Base del Cráneo, Cirugía Plástica y Reparadora o del mundo de la Cirugía de Cabeza y Cuello, ya ni siquiera en sus trabajos de desarrollo, recuerdan, donde nace el manantial de la moderna cirugía transfacial, sin olvidar, cómo no, a los que a su vez y con gran imaginación y valor esbozaron proyectos quirúrgicos, que remedan los actuales, aunque a los mismos también les faltaran quizá, no sólo medios y conocimientos, para llevar a efecto en sus quimeras quirúrgicas, para aquellos tiempos, sino de las verdaderas posibilidades transfaciales de aquellos diseños, que de alguna manera parece se repitieron en⁸ 1981 y ya se sobredimensionaron con Hernández Altemir^{13,14} en 1973 y 1982.

Pensemos que estamos hablando de mediados del siglo XIX, con Langenbeck, B (1859), Cheever, D. W. (1869), Kocher, T (1897), según artículo para todos estos clásicos de (B. Dromer Rainer)¹¹

Con todo lo expuesto, queremos decir para ir concluyendo, que la Cirugía Transfacial, nació desde el principio y como quedó expuesto en nuestros trabajos, no cómo una técnica, sino como una metodología, como afirmamos ya reseñábamos en los mismos, en 1982 y 1983, como venimos apuntando desde más arriba y que los distintos autores que se iban a enfrentar a las distintas patologías quirúrgicas del territorio, tendrían que arreglárselas para hacer modificaciones transfaciales selectivas con diseños individualizados para cada caso clínico concreto.

Pero esto, creemos que no autoriza a que cada modificación, signifique, "Una nueva técnica", con su correspondiente nominación personal, sin con ello, querer quitarle, ningún tipo de mérito al conjunto de profesionales, que están haciendo que ésta cirugía se enriquezca día a día y se pueda considerar muy probablemente, uno de los mayores logros de la Medicina y Cirugía de finales del siglo XX hasta la actualidad.

De ninguna manera, vamos a referenciar la cantidad de modificaciones técnicas a la primigenia Cirugía transfacial, están en la

cle methodology¹⁴ is reflected and later²⁵ with what seems to manage to clearly individualize in form and content between them and the existent date in the current ample bibliographical world about this material.

We don't dare to undervalue the authors, some of which we are going to bibliographically reference, maybe not exhaustively, that have made contributions to Transfacial Access. To find a specific terminology but without detailing the modifications, that in many cases have gotten nominal denominations, everything understandable and very valuable that don't talk over a truly original score and established, movements over a structure that was born modestly consolidated and that doesn't stop being our way of seeing others have gone to the limits. We hope like in 1982, that by writing this it will give those who adventure into this topic some knowledge.

All of this because it seems that to personalities are without a doubt very relevant to the world of Oral and Maxillofacial Surgery, Otorrinolaringology, Neuro Surgery, Craniofacial Surgery, Base of the skull surgery, Plastic and reparative surgery head and neck surgery. They don't mention that spring was born in modern transfacial surgery. Don't forget that with great imagination and value they outlined surgical projects that fix them although they are also missing not only means but also knowledge to carry out their wishful surgeries. During that time if not the true transfacial possibilities of those designs that in some way seem o repeat in 1981 and that already were over dimensioned by Hernandez Altemir^{13,14} in 1973 and 1982.

We thought that we were talking about the middle of the XIX century with Langenbeck, B (1859), D.W. Cheever. (1869), T. Kocher (1897), according to an article by B. Dromer Rainer.¹¹

That being said, to start wrapping things up we want to say that Transfacial Surgery was born and is shown in our work not as a technique but as a methodology. We affirm that we already re-taught in 1982 and 1983 how we went noting from higher up and that the specific authors that were going to confront distinct surgical pathologies in this area would have to fix them to make transfacial modifications with individualized designs for each specific case.

We don't think that this is grounds for each modification meaning a new technique with its corresponding personal nomination. Rather for us it means that we want to take it without any type of merit or professional support what they are doing in this surgery gets better day after day and that it is very possibly one of the greatest achievements in Medicine and Surgery at the end of the 20th Century.

We are not going to refer to the number of technical modifications in transfacial surgery that are in the literature and whoever wants to consider them specific techniques has the right to do so if the editorials keep letting them do it in the bibliographical citations (Masik Tarik,^{28,29} MELLO.FIHLO Francisco Verssimo de and col Wei William³⁷ and the ones cited above.

literatura y el que quiera asumirlas como técnicas específicas, está en su derecho y más, si las editoriales así lo siguen permitiendo, en sus apartados bibliográficos (Masic Tarik,²⁸ MELLO. FILHO²⁹ Francisco Verssimo de and col, Wei William³⁷ y los citados más arriba.

Conclusiones

Hemos tratado de rescatar con objetividad lo que hay escrito del origen de la cirugía transfacial y su inicio conceptual en nuestra modificación de la disección radical de cuello, tal cómo la concebimos (Hernández Altemir F. en 1973, 1982, 83, 84, etc.) y sucesivos sin aportar detalles personales dudosos o no demostrables bibliográficamente hablando.

Animamos a los lectores o trabajadores de la cirugía transfacial, a que complementen, esta sincera revisión, con detalles que a nosotros se nos hayan podido escapar y los den a conocer en posibles nuevas publicaciones o en Cartas al Director y si hubieran sucedido, les aseguramos que ha podido ser por propio desconocimiento el no reflejarlos en esta revisión.

Sí asumimos, que todo trabajo siempre queda incompleto. No creemos, que puedan existir las "Obras completas de nadie", en ningún aspecto terrenal, pero sí, que hoy día, es más fácil, hacer una recopilación más verídica.

Animamos a Historiadores Médicos o futuros estudiosos, a que investiguen sobre el particular, teniendo como partida si les parece bien, que entiendan que la base de la Cirugía transfacial, quizá tuvo su origen en: F. Hernández Altemir,¹³ F., R. Castillo Escandón (1973): "Disección radical de cuello. Una modificación en su técnica". NM Especial Domingo.-25 de marzo de 1973 Vol. I. Número 5, (páginas 3-10), donde pediculamos, todo el contenido del bloque de extirpación quirúrgica, de lo que es el conjunto, de los tejidos que se extirpan en una disección radical simple de cuello, en el que pueden suspenderse incluso estructuras maxilomandibulares, en el colgajo cervical (F. Hernández Altemir y col.²⁵ "Preserving the Organ" P.342, S252, Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery 36 (2008) Suppl.1 Abstracts, EACMFS XIX Congreso) del que luego lo aislamos separándolo con nuestro bisturí y que fue un modo de hacer, que luego aplicamos en la pediculación de Le Fort III a la mejilla(as), si era uni o bilateral el procedimiento y a lo que más tarde fue, la que denominamos:²² "Cirugía Craneofacial Pediculada, que puede ser con intubación endotraqueal por vía submental" (Bala Indu, Biglioli F, Hernández Altemir F.,1984, 1986,1995 2004, 2007).

Con Acceso Transfacial estábamos y no hay que olvidarlo, en una concepción de apertura a través de regiones principalmente faciales, que incluso pueden no estar dañadas, para facilitar el acceso a estructuras hasta entonces imposibles de alcanzar, tratar y controlar, si no era con mutilaciones prácticamente impensables, que no permitían a pacientes ni cirujanos llevarlas a efecto en una gran mayoría de casos, por motivos morales, éticos, de resultados, e incluso de viabilidad /21) (Hernández Altemir F. 1994).

No era pues la Cirugía Transfacial, una u otra incisión, que determinaba un colgajo sobre el que se "columpiaba" un fragmento óseo más o menos amplio, de una u otra forma, era y es una metodo-

Conclusions

We have tried to objectively retrieve what is written about transfacial origins and its conceptual start in our modification of the radical dissection of the neck, just as we imagined it (Hernandez Altemir F. in 1973, 1982, 1983, 1984 etc.) without giving any doubtful personal details or bibliographically speaking non demonstrable.

We encourage readers and those who work in transfacial surgery to contribute details that have escaped us that can be known in new publications or in letters to the president. If we have left something out we assure you that it is probably because we didn't know about it.

If we assume that, all of the work will never be complete. We don't think that "Works finished by no one" exist in any worldly aspect. But it is easier in today's world to make a truer recompilation.

We encourage medical historians or future studies to investigate about the individual, understanding that the base of transfacial surgery might have originated in¹³ F. Hernandez Altemir, R. Castillo Escandon (1973): "Modification of the Radical neck dissection technique" Special Sunday Edition. March 25 1973 Vol. I Number 5, (pages 3-10). This is where we pedicle about the blocked surgical removal of the tissues that are removed during a simple radical neck dissection. In this procedure the maxilla mandible structures and hang from the cervical flap (F. Hernandez Altemir and col.²⁵ "Preserving the Organ" P.342, S252, Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery 36(2008) Suppl.1 Abstracts, EACMFS XIX Congress) from which we later apply the Lefort II pediculation of the cheeks. If the procedure were uni or bi lateral which we later named²² Pedicled Crania-facial, which can be done with endotracheal intubation via the sub mental" (Bala Indu, Biglioli F., F. Hernandez Altemir, 1984, 1986, 1995, 2004.

With transfacial Access we were creating an opening through the facial regions that could have been damaged, in order to allow Access to the structures, which before now were unable to treat or control. With unthinkable mutilations that didn't allow the patients or the surgeons to perform the procedure in a great number of cases because of moral or ethical reasons. (Hernandez Altemir F. 1994).

It wasn't Transfacial Surgery, one or another incision that determined a flap that swings over the bone fragment. In one way or another it was and is a methodology that allows us to accommodate its versatility to each individual case. This could provide us structures and organs whose damage is unthinkable. For today's society where it is difficult to except psychosomatic disharmonies because they aren't traumatic enough in our definition of damage.

This article will not be well understood if it is not easy for the reader to Access the complete published Works by ESTOMA from 1982 and 1983. These Works were cited above as well as the one by F. Hernandez Altemir "Pedicule temporal disarticulation of the superior maxilla cheeks as a trans-

logía, que permite adecuar, su versatilidad a cada caso clínico, que se nos pueda presentar y todo con espíritu conservador de estructuras y órganos, que hoy día resultan impensables dañar, para la sociedad actual donde difícilmente se aceptan, las disarmonías psicósomáticas, por no ser demasiado traumáticos en nuestra definición de daños.

Este artículo no se entendería bien, si al lector, no le resultara fácil acceder, a los dos trabajos íntegros que publicamos en ESTOMA,^{14,15} en los años 1982 y 1983, que citábamos más arriba y al también publicado por F. Hernández Altemir:¹⁶ "Desarticulación temporal pediculada a mejilla del maxilar superior(es) como vía de abordaje transfacial a las regiones fundamentalmente retromaxilares y para otras indicaciones (Vía maxilopterigoidea) Una Nueva técnica". Rev Iberoamer Cirug Oral y Maxilof, 5,13 (81-102), 1983 y al respecto, los acompañamos en su formato original, para que los editores si lo consideran los reproduzcan íntegramente, en el mismo número, donde aparezca "El posible verdadero origen de la metodología transfacial", de la Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial por considerarlos de indiscutible valor histórico y porqué no también los primitivos de Curioni⁸ de 1981 y los dos^{9,10} que se le reconocen de 1984.

Todo ello, no sólo para ajustar tempos, sino lo que quizá es más importante, contenidos, como hemos venido diciendo y demostrar, que cuando Salomón entregó el hijo a su madre, era porque sabía lo que hacía.

Los historiadores, estudiosos, autores y lectores, quizá ahora sí podrán decidir, libre y mas conocimiento, sobre la autoría de Acceso Transfacial y su metodología.

Bibliografía

1. Alvarez Vicent JJ, Romero Castellano L, Domingo Carrasco C. *Maxilotomía en bisagra o desarticulación temporal pediculada a mejilla del maxilar superior*. Ponencia Oficial del XV Congreso Nacional de La Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico- Facial, Cádiz, 19-23 de septiembre de 1993;189-47.
2. Bala Indu, Malhotra Naveen, DNBE. Submentotracheal Intubation for Skull Base Neurosurgery. Correspondence –To JNA Readership-. *J Neurosurg Anesthesiol* 2004;16:259-60.
3. Biglioli F, Mortini P, Goisis M, Bardazzi A, Boari N. *Submental Orotracheal Intubation: An alternative to Tracheotomy in Transfacial Cranial Base Surgery*, Skull Base 2003;13.
4. Brown Andrew E, Lavery KM, Millar BG. The transfacial approach to the postnasal space and retromaxillary structures. *Br J Oral and Maxillofac Surg* 1991;29:230-6.
5. Brown Andrew E, Langdon John D. Management of oral cancer. *Ann R Coll Surg Engl* 1995;77:404-8.
6. Brusati Roberto: Resection of endonasal neoplasm by means of modified maxillo-zygomatic cheek flap. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1991;20:304-7.
7. Catalano Peter J. Extended Osteoplastic Maxillotomy- In replay-. (Letters to the Editor). *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1994;120:676.
8. Curioni C, Padula E, Toscazo A, Maraggia A. *Il lembo maxillo-genieno: considerazioni su una nuova metodica di smontaggio e rimontaggio dell'infrastruttura*. Comunicación, en: Il Congresso Italiano di Chirurgia Maxillo-Facciale Bologna 5-6-7 Novembre 1981, de la Divisione di Chirurgia Maxillo-Facciale ed Odontostomatologia –Presidio Ospedaliero- U.S.L. n.8 – Vicenza Primario: Prof. C. Curioni, 1981;375-7.
9. Curioni C, Padula E, Toscazo P, Maraggia A. Gli angiofibromi del rinofaringe: Considerazioni su una nuova metodica di smontaggio e rimontaggio della inframesostruttura. *Chir testa e collo* 1984;:47-56
10. Curioni C, Padula E, Toscano P, Maraggia A. *The maxillo-cheek flap: A method of Dismantling and reassembling the infra-meso-structure*. Comunicación y o poster en 7th Congress EAMFS, Paris, 1984.
11. Drommer Rainer B. The History of the Le Fort I Osteotomy. *J Max Fac Surg* 1986;14.
12. Gianni Aldo B, Biglioli F, Brevi B, Brusati R. Recovery of Infraorbital nerve function after zygomaticomaxillary cheec pedicled flap. *J Cranio Maxillo-Facial Surg* 1995;23:325-31.
13. Hernández Altemir F, Castillo Escandón R. *Dissección radical de cuello Una modificación en su técnica*. NM especial domingo, de 25 de marzo de 1973;1:3-10.
14. Hernández Altemir F. Un caso de angiofibroma juvenil gigante de cavum intervenido por la técnica de desarticulación temporal pediculada a mejilla del maxilar superior. *ESTOMA* (revista medica de estomatología y profilaxis) 1982;1:41-58.
15. Hernández Altemir F. Desarticulación temporal pediculada a mejilla

facial approach to the fundamentally retro maxilla regions and for other indicators (Maxilla perigoidea) A new technique" Rev. Iberoamerican Oral and Maxillofacial Surgery, 5, 13 (81-102), 1983 and we provide its original format so that the editors copy it integrated in the same number where "The real origin of transfacial methodology", from the Spanish Journal of Maxillofacial and Oral Surgery because its historic value is indisputable and because the originals by Curioni in 1981 and the two that were recognized in 1984.

All of this was not just to adjust the speed but rather what is most important is the contents that we have said show that Salomon gave a son to his mother because he knew what he was doing.

Historians, students, authors and readers can decide who the author of Transfacial Access and methodology is.

- del maxilar superior(es) como vía de abordaje transfacial a las regiones fundamentalmente retromaxilares y para otras indicaciones (Vía maxilopterigoidea) Una nueva técnica. *ESTOMA* (revista medica de estomatología y profilaxis) 1983;III:75-82.
16. Hernández Altemir F. Desarticulación temporal pediculada a mejilla del maxilar superior(es) como vía de abordaje transfacial a las regiones fundamentalmente retromaxilares y para otras indicaciones (vía maxilopterigoidea). Una nueva técnica. *Rev Iberoamer Cir Oral y Maxilofa* 1983;5.
 17. Hernández Altemir F. A new technique of endotracheal intubation (submental way). *Rev Iberoamer Cir Oral y Maxilof* 1984;61: 165.
 18. Hernández Altemir F. Nota complementaria del Doctor Francisco Hernández Altemir a Desarticulación temporal pediculada a mejilla del maxilar superior (es) como vía de abordaje transfacial a las regiones fundamentalmente retromaxilares y para otras indicaciones (vía maxilopterigoidea) Una nueva técnica. *Rev Iberoamer Cir Oral y Maxilo* 1984;6.
 19. Hernández Altemir F. Transfacial access to the retromaxillary area. *J Maxillofac Surg* 1986;14.
 20. Hernández Altemir F. The submental route for endotracheal intubation: a new technique. *J Oral Maxillofac Surg* 1986;14:64.
 21. Hernández Altemir F. Transfacial Access to the retromaxillary area and some technical modifications. European Association for Maxillo-Facial Surgery, 8th Congress Monday 15th to Friday 19th September 1986 y Symposium: Dismantling and reassembly of the facial skeleton – state of the art- Castellanza (Va)- November 26, 1994. Under the patronage of the European Association for Craniomaxillofacial Surgery, *European Skull Base and Italian Society for Maxillofacial Surgery*, Depósito Legal Z-125-91.
 22. Hernández Altemir F. *Cirugía craneo-facial pediculada. Una nueva metodología.* Symposium sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones orofaciales, Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Aragón (Zaragoza 24 de febrero de 1995).
 23. Hernández Altemir F. *Algunas consideraciones sobre la interpretación que hace la Universidad de Liverpool a nuestra metodología transfacial y de la cirugía craneofacial pediculada, derivada de la misma.* Anales de la Real Academia de Medicina de Zaragoza, 31 de diciembre de 2004;LXXXIV:11-48.
 24. Hernández Altemir F, Hernández Montero S, Hernández Montero S, Hernández Montero E, Moros Peña M. A versatile route for reaching the mid-third of the facial skeleton. *Rev Esp Cir Oral y Maxilofac* 2007; 29:182-7.
 25. Hernández Altemir F y Col., Preserving the Organ. *J of Cranio-Maxillofac Surg* 2008;(Suppl)36:342-252.
 26. Janecka Ivo P. Extended Osteoplastic Maxillotomy. (Letters to the Editor) *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1994;120:676.
 27. Komisar A. Prior Authorship. Letters to the editor *Arch Otolaryngol. Head Neck Surg* 1996;122:207.
 28. Masic T. Several variants of transfacial approach to calvaria bases and subbasal space. *Med Arh* 2007;61(3).
 29. Mello-Filho FV de, Martins Nemedo RC, Alves Ricz Hilton M. Susin RR, Colli Benedicto O. Midfacial translocations, a variation of the approach to the rhinopharynx, clivus and upper odontoid process. *J Cranio-Max Surg* 2006;34:400-4.
 30. Paparell Michell M, Bailey Byron J. Transfacial Access to the Retromaxillary Area. The Year Book of otolaryngology –*Head and Neck Surgery-* 1987;176-7.
 31. Sailer Hermann F, Haers Piet E, Grätz Klaus W. The Le Fort I osteotomy as a surgical approach for removal of tumours of the midface. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery* 1999;27:1-6.
 32. Salyer Kenneth E, FACS, FAAP, FICS: Facial Approach. *Techniques in aesthetic craniofacial surgery*, J.B. Lippincott- Philadelphia, Gower Medical Publishing, New York- London.
 33. Suárez Nieto C, Gómez Martínez J. *Tumores de la fosa infratemporal y sus vías de abordaje.* (Otorrinolaringología 1998) 179-193 saned-SANIDAD sa EDICIONES.
 34. Talmi Yoav P, Horowitz Z, Yahalom R, Bedrin L. Coronoidectomy in maxillary swing for reducing the incidence and severity of trismus- a reminder. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery* 2004;32:19-20.
 35. Vaughan ED. Book reviews: Lalgam N, Sekhar, Ivo P Janecka, eds. *Surgery of cranial base tumours.* Raven Press, New York, 892 pages. 1987. *Int J Oral Maxilofac Surg* 1994;23:186.
 36. Vaughan ED. The maxillofacial surgeon and cranial base surgery. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 1996;34:4-17.
 37. Wei William I. Salvage surgery for recurrent primary nasopharyngeal carcinoma. *Critical Reviews in Oncology/Hematology* 2000; 33:91-8.