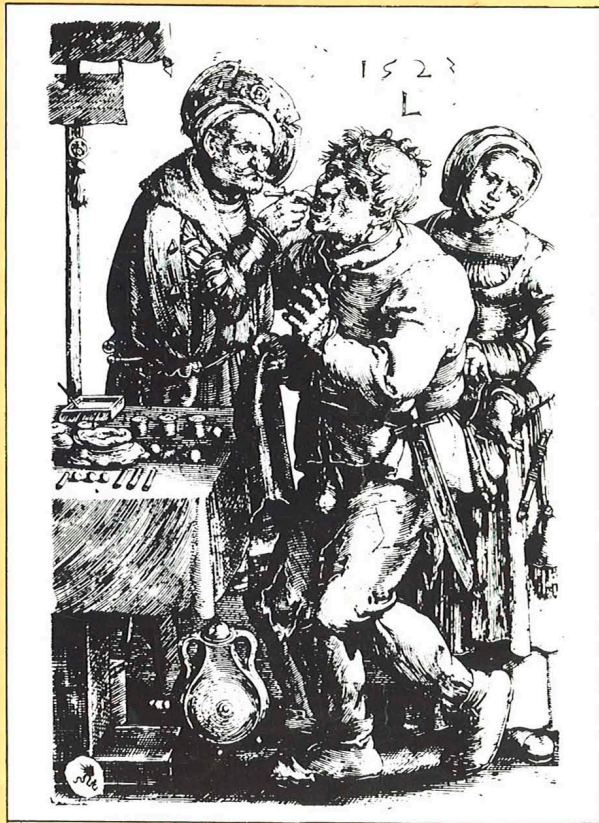


# ESTOMA

REVISTA MEDICA  
DE ESTOMATOLOGIA Y PROFILAXIS



# ESTOMA

**REVISTA MEDICA DE  
ESTOMATOLOGIA Y PROFILAXIS**

publicación trimestral

DIRECTOR  
Y  
COORDINADOR EDITORIAL  
**ELISARDO PARDOS BAULUZ**

P.º Sagasta, 14  
ZARAGOZA-6

CONSEJO EDITORIAL  
JUNTA DIRECTIVA DEL ILUSTRE COLEGIO  
DE ODONTOLOGOS Y ESTOMATOLOGOS  
DE LA VI REGION

**VOLUMEN II**

**1982**

**Número 1**

REDACCION Y ADMINISTRACION  
**COLEGIO DE ESTOMATOLOGOS**

C/. Arquitecto Yarza, 3  
ZARAGOZA-8

2.ª EPOCA DEL "BOLETIN INFORMATIVO  
DEL COLEGIO DE ODONTOLOGOS"

Ciudad Sanitaria "José Antonio Primo de Rivera" de Zaragoza

Departamento de Cirugía  
(Dr. Aznar)

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial  
Jefe: Dr. F. Hernández Altemir

## UN CASO DE ANGIOFIBROMA JUVENIL GIGANTE DE CAVUM INTERVENIDO POR LA TECNICA DE DESARTICULACION TEMPORAL PEDICULADA A MEJILLA DE MAXILAR SUPERIOR

Por el Dr. F. HERNANDEZ ALTEMIR

Con la colaboración de los Dres: Bandrés\*, Contín\*\*, Dehesa\*\*\*, Ferrandez\*\*\*\*,  
Gómez Perún\*\*\*\*\*, Martínez Tello\*\*\*\*\*, Rived\*\*\*\*\*,  
Ucar\*\*\*\*\* y Valero\*\*\*\*\*

**E**L publicar este caso clínico, se debe fundamentalmente a dos causas, una la de tratarse de un caso de angiofibroma de cavum de grandes dimensiones y que se hacía aparente, como ya veremos, en diversas regiones de muy difícil accesibilidad quirúrgica y a que si se hubiera intervenido por las técnicas hasta ahora descritas, hubiera exigido mutilaciones de estructuras importantes de los maxilares superiores, nasopalatinas y dentarias.

Precisamente el autor de este artículo ha desarrollado en este caso clínico, su técnica de *Desarticulación temporal pediculada a mejilla del maxilar superior (es) como vía de abordaje transfacial a las regiones*

- 
- \* Dra. Bandrés: Médico Residente del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial de la Ciudad Sanitaria José Antonio de Zaragoza.
- \*\* Dr. Contín: Jefe Clínico de ORL del Hospital Infantil de la C.S. José Antonio de Zaragoza (Jefe: Dr. Alba).
- \*\*\* Dr. Dehesa: Jefe Clínico del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial de la C.S. José Antonio de Zaragoza.
- \*\*\*\* Dr. Ferrández: Jefe Clínico de Endocrinología del Departamento de Pediatría del Hospital Infantil (Jefe Dr. Bonet) de la C.S. José Antonio.
- \*\*\*\*\* Dr. Gómez Perún: Médico Adjunto del Servicio de Neurocirugía de la C.S. José Antonio de Zaragoza.
- \*\*\*\*\* Dr. Martínez Tello: Jefe Clínico del Servicio de Anatomía Patológica (Jefe Dr. García Julián).
- \*\*\*\*\* Dr. Rived: Médico Adjunto del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial.
- \*\*\*\*\* Dr. Ucar: Jefe del Servicio de Neurocirugía.
- \*\*\*\*\* Dra. Valero: Jefe Clínico de Neuroradiología del Departamento de Radioelectrología (Jefe Prof. Solsona).

*fundamentalmente retromaxilares y para otras indicaciones* y que se encuentra pendiente de presentación en el seno de la Real Academia de Medicina de Zaragoza, dentro del curso actual. Quizá se trate de una de las técnicas menos cruentas y mutilantes que se han descrito para el tratamiento de los angiofibromas gigantes de cavum y que además ofrece otras posibilidades, para el tratamiento quirúrgico de otro tipo de patología y que no describo aquí, aunque no quiero dejar de resaltar, el magnífico campo quirúrgico que con la misma se obtiene para acceder a los espacios retromaxilares, cigomático malares, pterigomaxilares, cavum y seno esfenoidal, suelo de órbita, etc. La técnica tiene algo que ver con mis técnicas de disección radical de cuello, en el sentido del abordaje en profundidad y despegando al mínimo los tejidos blandos a un lado y otro de la incisión.

Surgió también con la idea fundamental, no sólo de conseguir un campo operatorio adecuado, sino con el fin de no determinar mutilaciones ni secuelas importantes en los enfermos con angiofibromas gigantes de cavum y espacios adyacentes y conseguir su extirpación completa con menos riesgos hemorrágicos al controlar mejor las estructuras debido a la gran exposición y accesibilidad al campo quirúrgico que con la mencionada técnica se consigue y que permite operar prácticamente a cielo abierto.

### Material y métodos

F.D.S. Varón de 14 años, que desde hace varios meses y sólo con el antecedente de dos epistaxis de no mucha entidad a nivel de fosa nasal derecha, que fueron tratadas por el otorrinolaringólogo de guardia mediante cauterizaciones a nivel del tabique y que se asociaba a rinorrea abundante, es remitido al Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial por su estomatólogo refiriendo procesos inflamatorios y de tumefacción de región parotídeomaseterina derecha, de cinco meses de evolución, que cada vez eran más frecuentes, quedando entre cuadro y cuadro inflamación remanente. A la inspección se observa aumento de volumen de la región parotídeomaseterina y yugal derecha, la expresión parotídea no deja ver la salida de saliva a nivel del orificio parotídeo. Adenopatía subángulo mandibular de ese mismo lado. La clínica se fue haciendo con alguna celeridad más aparente a nivel de fosas nasales, aunque más en fosa nasal derecha y con ciertas fases de intermitencia que le permitían respirar mejor. Terminó produciéndose obstrucción prácticamente total de ambas fosas nasales, un gran aumento de volumen de la región témproparotídea y yugal derecha, que determinaba dificultades para la masticación y oclusión, originándose decúbito a nivel de mucosa yugal de molares posteriores, que ocasionaba dolor y trismo progresivo. El examen de fosa nasal derecha y cavum puso de manifiesto la presencia

de una masa, que no era excesivamente aparente y modificada en su aspecto a nivel de fosa nasal derecha probablemente por el proceso infeccioso e inflamatorio concomitante. El estudio panorámico mostraba datos de difícil valoración, destacando principalmente la disminución de la transparencia maxilar y nasal y la normalidad de las estructuras alveolodentarias. Las radiografías convencionales y el estudio tomográfico, ponían en evidencia veladuras de gran amplitud y así en el seno esfenoidal se podía observar una amplia pérdida de su transparencia, sobre todo en su porción anterior, a nivel de región etmoidal derecha, cavum, fosa nasal y seno maxilar existían también modificaciones de su permeabilidad y contenido aéreo. La termografía facial ponía en evidencia un gradiente de 1,5 grados más en el lado afecto, con respecto a su homónimo contralateral y aumento de la red vascular. Sin duda fue el scanner, el que dio la verdadera medida y localización del tumor, como el lector puede observar en la iconografía adjunta, la masa ocupaba la región pterigo y retromaxilar, la región cigomático malar, el seno maxilar, las fosas nasales, el etmoides, el suelo de la órbita, el cavum, la rinofaringe, el seno esfenoidal, la región yugal y paraparotídea y temporal, el septum nasal aparecía desplazado, todo en el lado derecho y mediofacial de la cara. El estudio arteriográfico (Dra. Valero) según técnica de Seldinger de la carótida interna y externa derecha era expresivo de la siguiente manera: territorio de la carótida externa: tumoración irrigada por la arteria facial transversa, palatina ascendente y maxilar interna. Territorio de la carótida interna: tumoración irrigada por la arteria oftálmica y ramas intracavernosas, la tumoración, refiere el informe, es de gran volumen y muy ricamente vascularizada.

Si bien en un principio el diagnóstico no fue fácil, se debió fundamentalmente a dos hechos, el primero, el que hacía muy pocos días que había sido explorado cuidadosamente por el otorrinolaringólogo de guardia, tanto a nivel de cavum, como de fosas nasales, sin sospechar nada tumoral y otro y que se relaciona con lo anteriormente dicho y es que la clínica era más aparente a nivel de región yugal y cigomático malar y temporal. Se plantearon en principio biopsias a nivel yugal, una de las cuales hizo sospechar proceso vascular (Dr. Dehesa), si bien la progresiva obstrucción nasal y las imágenes radiográficas y la evolución, como no, fueron lo que nos llevaron a sospechar un angiofibroma de cavum, planteándose con las precauciones debidas y bajo anestesia general una biopsia de cavum (Dr. Contín), obteniéndose una imagen anatomopatológica compatible con angiofibroma de cavum. Con este diagnóstico y puestos en contacto con el Dr. Ferrandez, endocrinólogo, se procedió a instaurar un tratamiento preoperatorio de tipo hormonal, a base de testovirón, durante unas dos semanas, no observándose ningún tipo de remisión, tal vez en esa etapa la clínica se hizo aun más aparatosa.

Dadas las conexiones del tumor descrito, con el sistema arterial dependiente como vimos en la carótida externa principalmente y de la carótida interna del lado derecho, se valoró con el Servicio de Neurocirugía (Dres. Ucar, Gómez Perun) así como con la Sección de Neuroradiología la posibilidad de realizar algún tipo de embolización arterial preoperatoria, como preconizan algunos autores, desestimándose por los riesgos que la misma podía determinar y los pocos beneficios técnicos que quizá podrían conseguirse. Sin otras opciones, se determinó por parte de este Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, el control intraoperatorio de la carótida primitiva, así como la externa e interna. El paciente fue antes convenientemente estudiado desde el punto de vista general, disponiendo de un depósito de sangre que estimamos en principio de 12 unidades.

Se comenzó con intubación orotraqueal, seguida de traqueotomía, ya que las secuencias quirúrgicas que eran preciso seguir, así lo aconsejaban. Hecha pues la traqueotomía, se realizó el control de los vasos carotídeos derechos, para seguir con la técnica de *"Desarticulación temporal pediculada a mejilla del maxilar superior como vía de acceso transfacial a las regiones fundamentalmente retromaxilares"* donde se ubicaba gran parte de la tumoración del caso que nos ocupa. Una vez desarticulado y rechazado el maxilar superior derecho que quedaba pediculado a la mejilla por los tejidos yugales, se observó que el tumor aparecía fácilmente distinguible del resto de las estructuras tanto en lo que hace referencia, como no, a las partes duras, sino también a las blandas y así se pudo comprobar que el tumor de consistencia firme, se encontraba dispuesto de forma mamelonada típica, alrededor, encima, dentro y entre tejidos y espacios tales como la región retromaxilar y pterigomaxilar, la región etmoidal, el cavum, el seno esfenoidal, la fosa nasal derecha, la rinofaringe, el suelo de la órbita, la región temporal, la cigomáticoretromalar, la región pterigomandibular y premaseterina, por señalar las más caracterizables. En cuanto a la enucleación, el tumor se dejaba independizar con cierta facilidad de las estructuras, si bien en algunas zonas se enredaba de manera más firme, como era el caso del espacio rinofaríngeo y coanal e incluso a nivel del cavum, donde con disección roma unas veces y otras a punta de tijera se pudo ir obteniendo una pieza única de 150 gramos de peso exangüe y que representaba la totalidad del tumor, ya que los espacios eran fácilmente explorables. Llamaba la atención a nivel de seno esfenoidal, que aparecía ampliamente abierto, el que tenía unas dimensiones presumiblemente mayores de lo habitual en cuanto a su capacidad o volumen y que se logró oportunamente en las zonas que se relacionaban con el tumor extirpándose con pinza gubia fragmentos óseos a su nivel. Sólo se produjo hemorragia moderada a nivel de región pterigomaxilar que se controló con medidas locales a cielo abierto, como la técnica permite. La exéresis del tumor exigió además de la luxación del maxilar superior derecho la apertura de la mucosa de

la pared externa de la fosa nasal derecha y la sección del nervio suborbitario que impedía la "rotación" fácil del maxilar superior en su fase de desarticulación. Hecha la extirpación se procedió a la reconstrucción (Dres. Rived y Bandrés), se colocaron los taponamientos pertinentes a nivel de seno esfenoidal, fosa nasal derecha y seno maxilar devolviendo momentos antes la continuidad del nervio suborbitario, al mismo tiempo que se procedía a fijar o por que no a articular el maxilar superior derecho a su emplazamiento habitual, ayudándonos de puntos de osteosíntesis, así como de una ferulización intermaxilar y sutura de las partes blandas incididas en el desarrollo de la técnica descrita y que no explico con detalle ni otras posibles aplicaciones, todavía en estudio y por ser motivo de otro trabajo específico sobre mi técnica de *"Desarticulación temporal pediculada a mejilla del maxilar (es) superior (es) como vía de acceso transfacial a las regiones fundamentalmente retromaxilares y para otras indicaciones"* y así no hacer exhaustiva la presentación del caso clínico que presento. Terminada la intervención el paciente es remitido a la UVI, donde lo único reseñable fue una atelectasia de pulmón izquierdo por intubación selectiva del bronquio correspondiente durante el traslado de quirófano a dicha Unidad y que se resolvió de la forma habitual en estos casos. Permanece con traqueotomía y alimentación por sonda nasoesofágica durante ocho o diez días, retirándose dentro de este período los taponamientos y el punto de tarsorrafia, que mantendremos por más tiempo en los próximos casos a fin de evitar cierto grado de ectropion en el párpado inferior. Se mantiene el bloque intermaxilar durante seis semanas aproximadamente.

El informe del resultado anatomopatológico (Dra. Martínez Tello) es el siguiente: Descripción macroscópica: Se recibe una pieza de morfología irregular que pesa 150 gramos y mide 11 x 8 x 4,5 cms. La superficie externa es multilobulada y de color blanco grisáceo, surcada por vasos congestivos. La superficie del corte es homogénea, de coloración parduzca y punteado rojizo, alternando con otras de coloración blanco grisácea. La consistencia es firme pero elástica. Descripción microscópica: Se observa una neoformación mesodérmica constituida por vasos de diferentes tamaños fuertemente congestivos, en el seno de un estroma fibroso, en áreas laxo en otras denso. La proliferación vascular, aunque en algunas áreas es abigarrada no muestra signos de malignidad.

### Resultados obtenidos

Los controles radiográficos postoperatorios como la observación clínica no aportan datos reseñables, pudiéndose considerar que estamos ante una evolución favorable, no sólo en el sentido de posible recurrencia del tumor (se extirpó bajo visión directa en una pieza única), sino también en el sentido reconstructivo y funcional, con una correcta rela-

ción intermaxilar y con la sospecha clara de la vitalidad de las piezas dentarias del maxilar desarticulado temporalmente. Sólo cierto grado de ectrópion a nivel de párpado inferior.

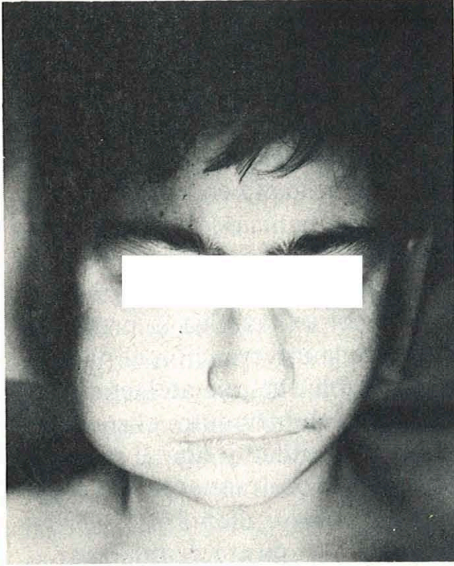


Fig. 1

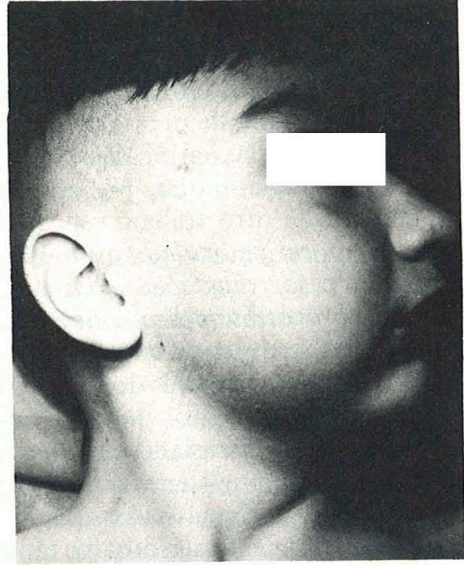


Fig. 2

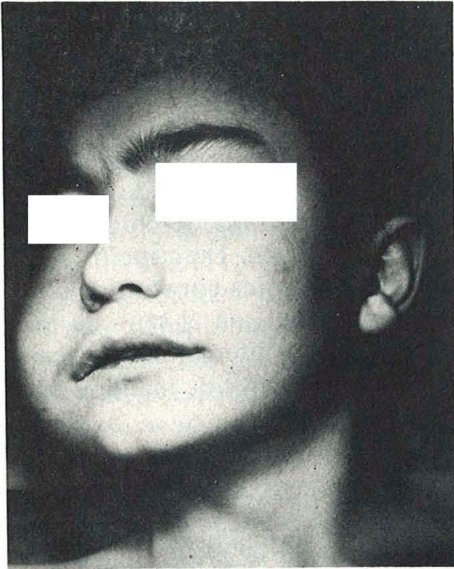


Fig. 3

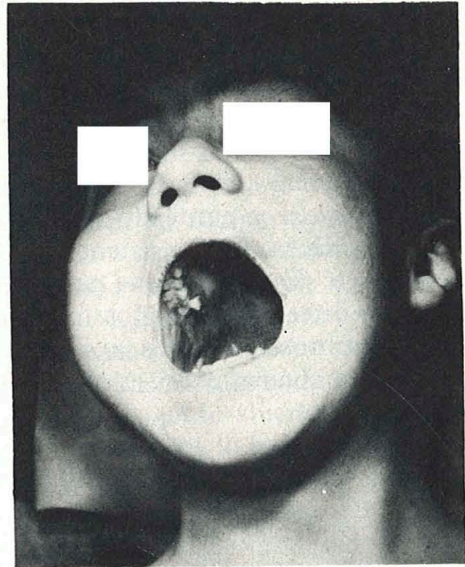


Fig. 4

Figs. 1, 2, 3, 4: Aspecto preoperatorio.



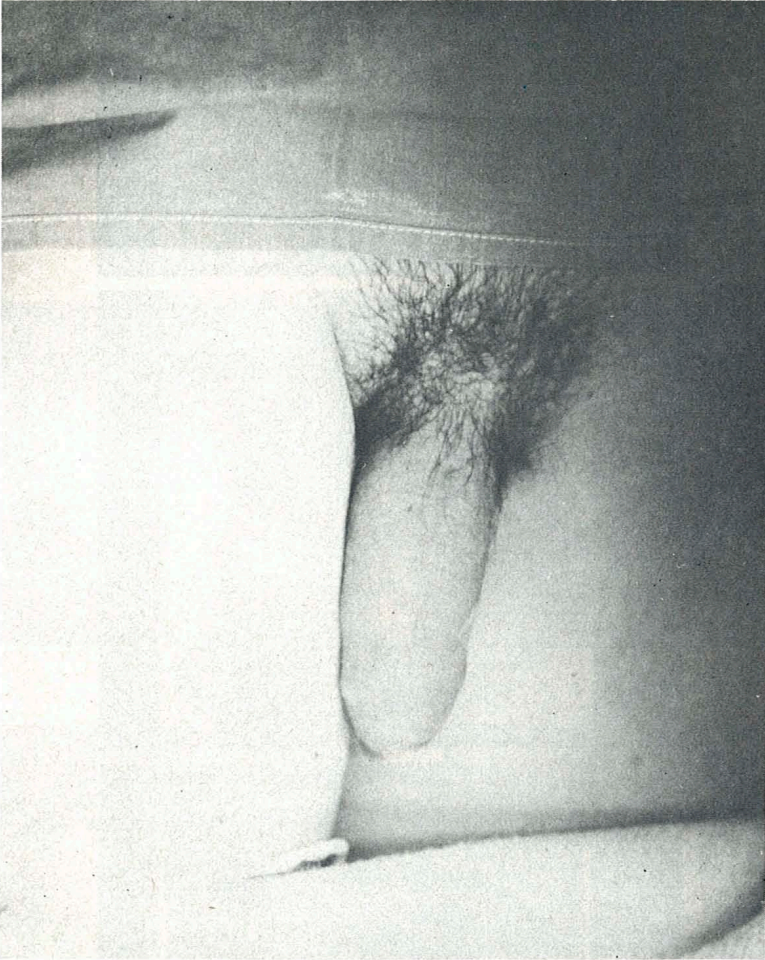
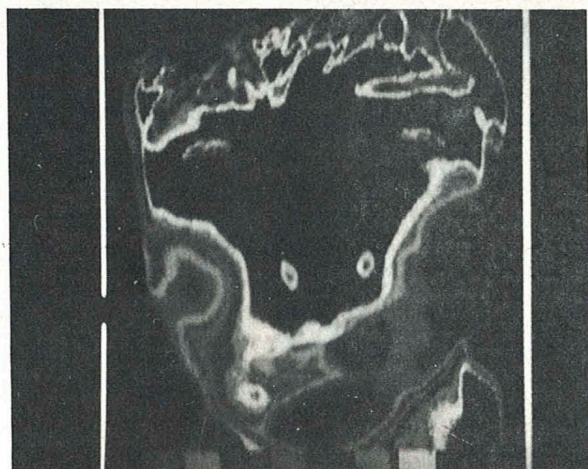


Fig. 5: Pubertad acelerada con aumento del tamaño del pene.

Fig. 6



Fig. 8



Figs. 6, 7, 8: Termografías.

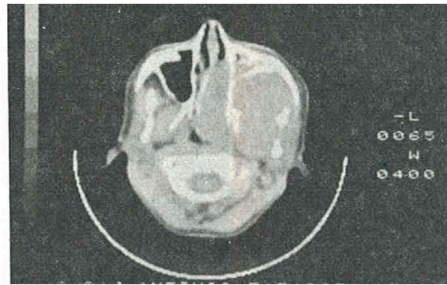


Fig. 9

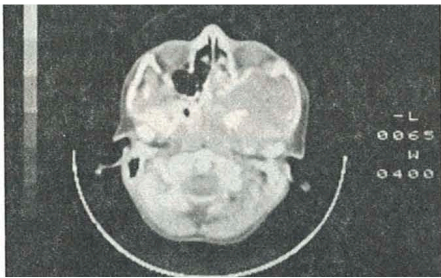


Fig. 10

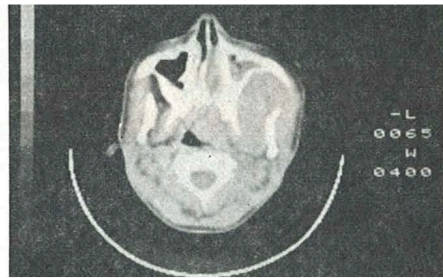


Fig. 11

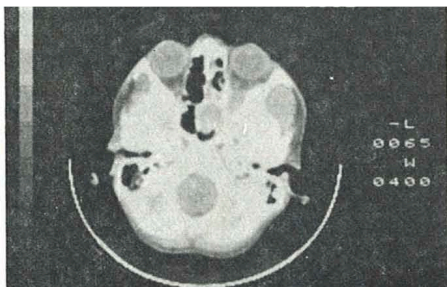


Fig. 12

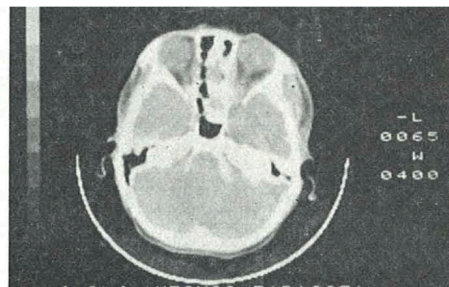


Fig. 13

Figs. 9 a la 13: Imágenes del scanner.

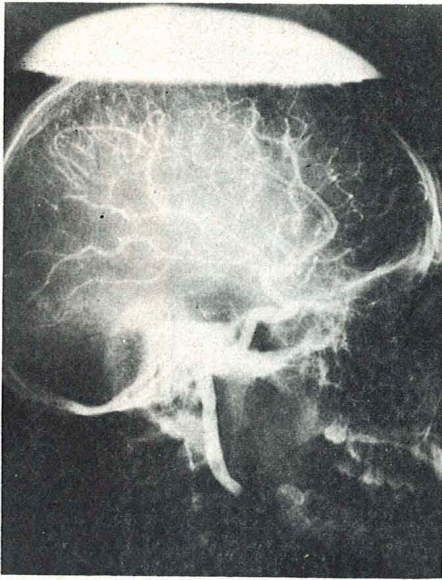


Fig. 14

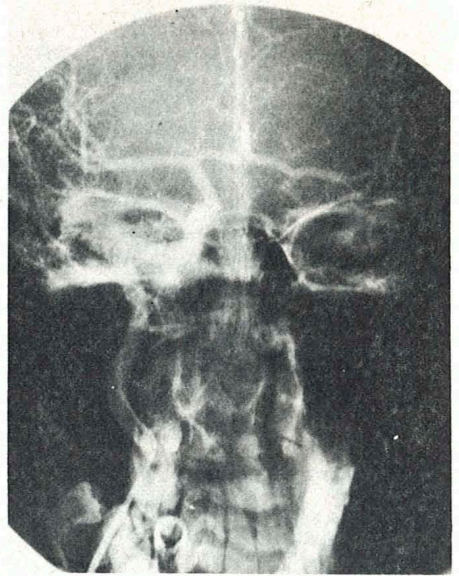


Fig. 15

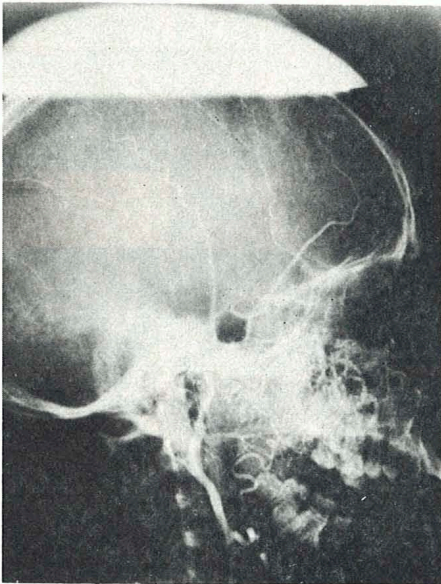


Fig. 16

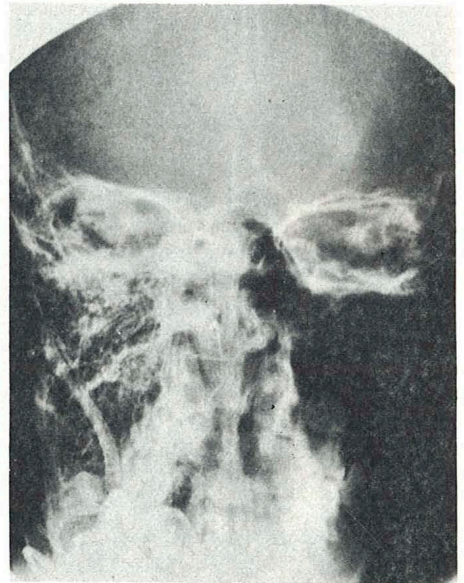


Fig. 17

Figs. 14 a 17: Estudio arteriográfico.

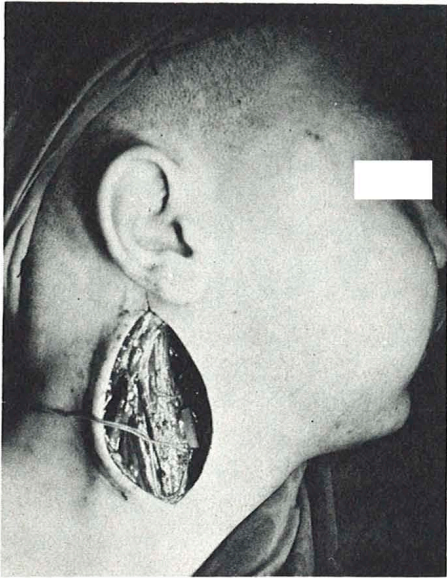


Fig. 18

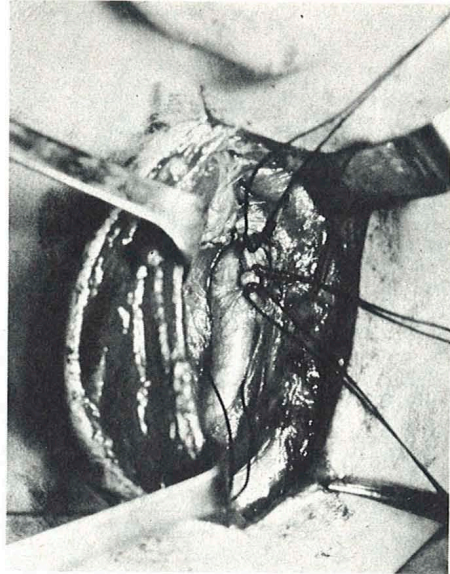


Fig. 19

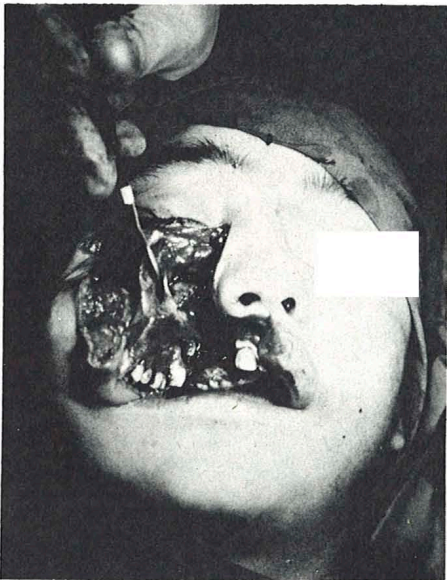


Fig. 20

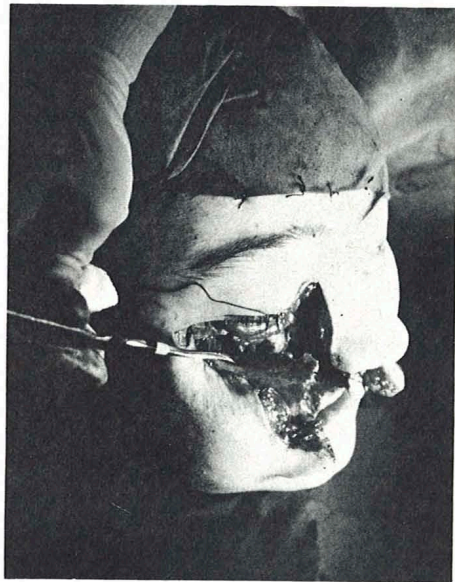


Fig. 21

Figs. 18, 19: Ligadura de carótida externa y control de vasos carotídeos.

Figs. 20, 21: Inicio de la desarticulación maxilar.

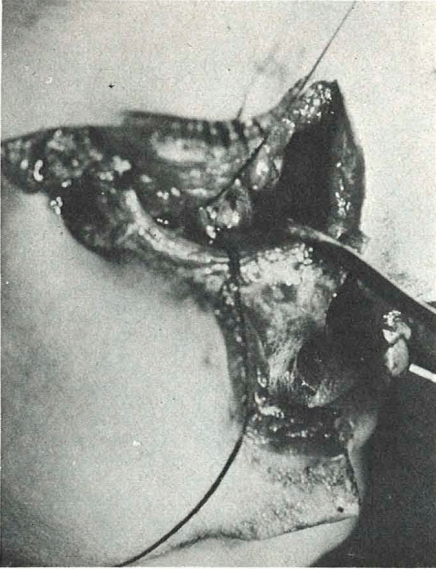


Fig. 22

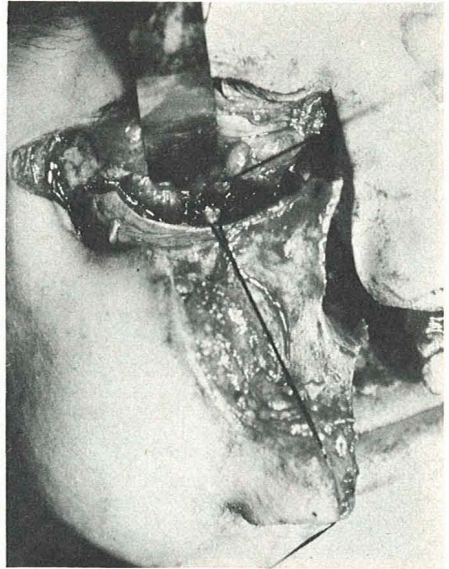


Fig. 23

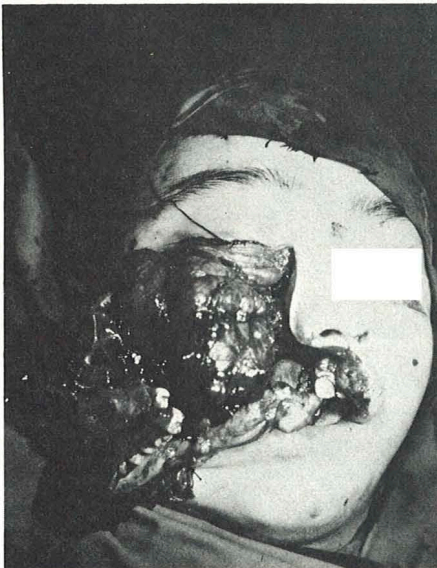


Fig. 24

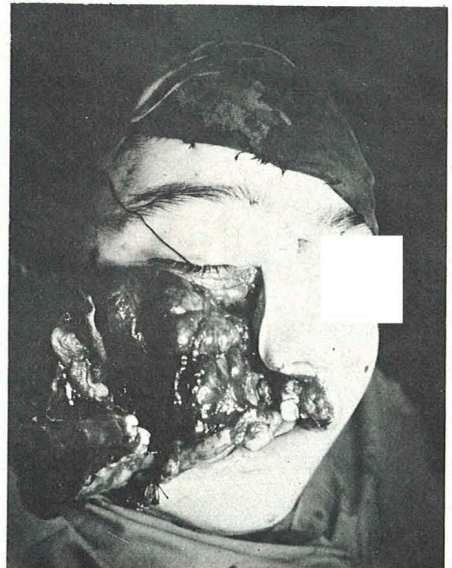


Fig. 25

Figs. 22, 23: Detalle de la liberación y sección de la rama suborbitaria.  
 Figs. 24, 25: Desarticulación maxilar total con exposición de la tumoración retromaxilar. El maxilar aparece pediculado a la mejilla.

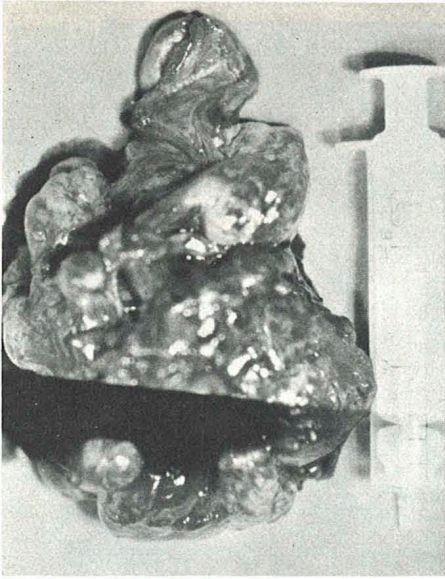


Fig. 26



Fig. 27



Fig. 28



Fig. 29

Figs. 26, 27: Pieza única operatoria. Peso 150 gramos. Huellas debidas a fallo máquina de revelado.

Figs. 28, 29: Imágenes histopatológicas - angiofibroma.

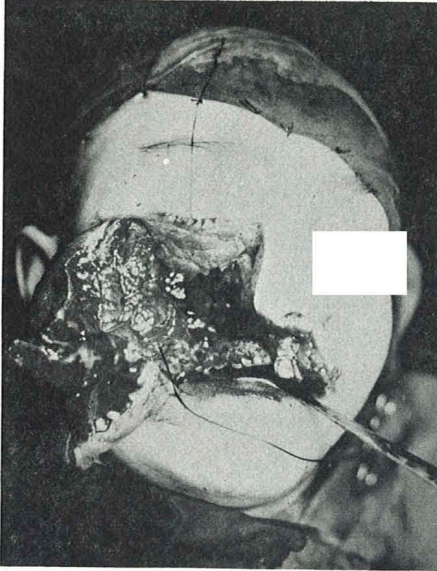


Fig. 30

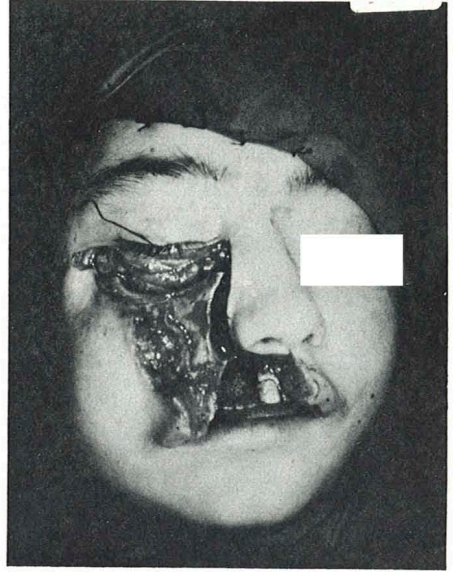


Fig. 31

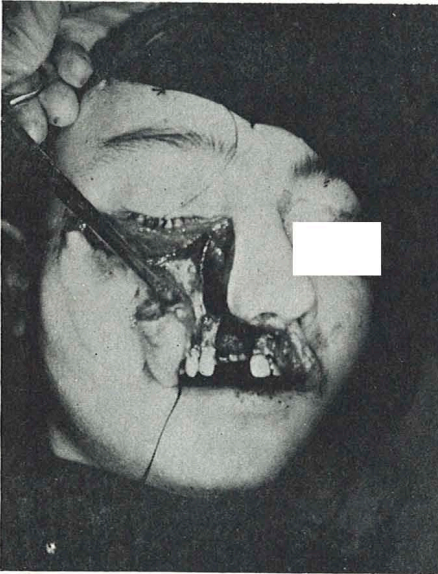


Fig. 32

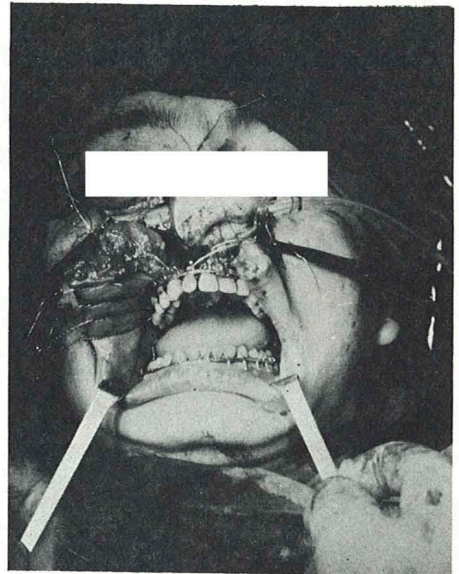


Fig. 33

Figs. 30, 31: En la primera zona operatoria libre del tumor, zona etmoidal y esfenoidal entre otras. La mucosa palatina despegada. En la 31 reposición del maxilar.

Figs. 32, 33: Inicio de la reconstrucción. El nervio suborbitario ya se ha suturado. No ha sido necesario sacrificar ninguna pieza dentaria.



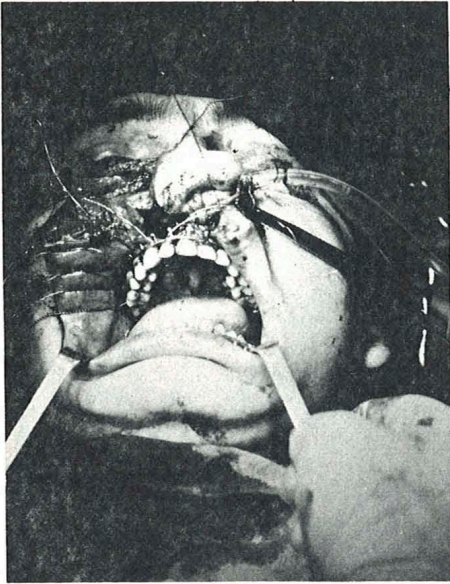


Fig. 34



Fig. 35

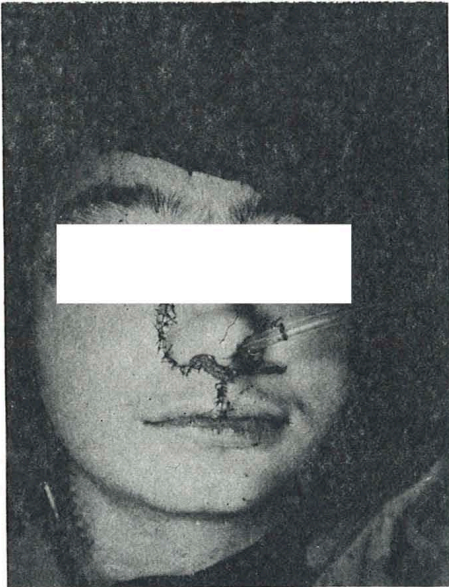


Fig. 36

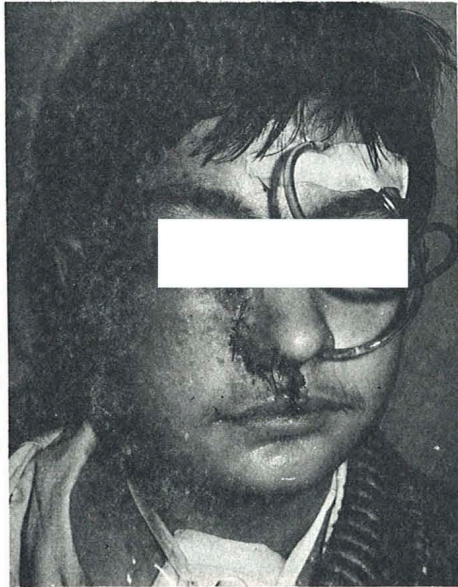


Fig. 37

Figs. 34, 35: Ferulización e inicio sutura partes blandas.  
Figs. 36, 37: Detalle de la tarsorrafia y sutura. Taponamiento nasal.

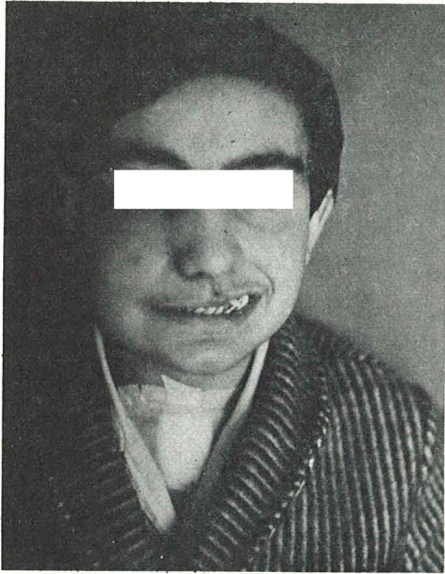


Fig. 38

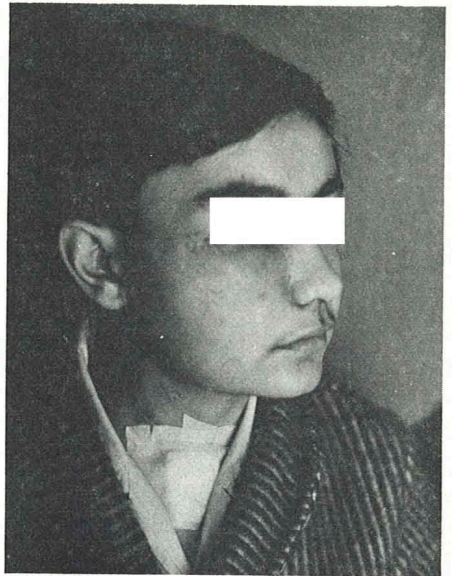


Fig. 39

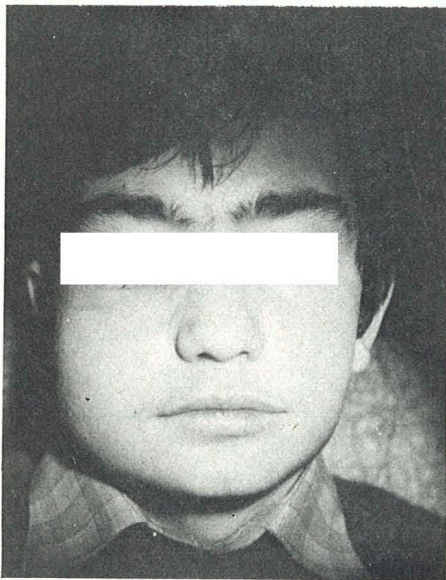


Fig. 40

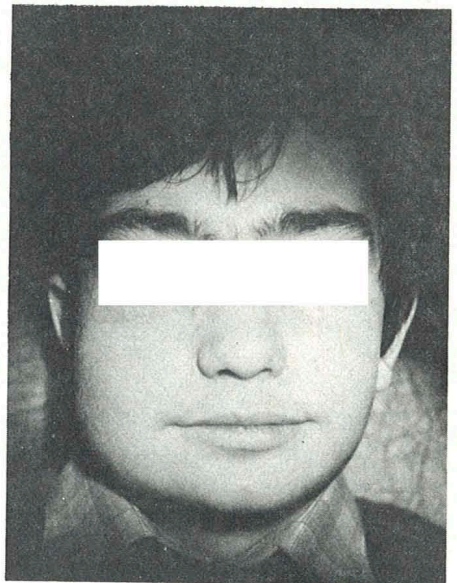


Fig. 41

Figs. 38, 39, 40 y 41.: Postoperatorio. Todavía ferulizado.

### Conclusiones

Con la técnica de *desarticulación temporal pediculada a mejilla del maxilar superior* en este caso simple y derecha, como *vía de acceso transfacial a las regiones fundamentalmente retromaxilares*, se consigue una vía de acceso de gran interés a otras regiones tales como la zona pterigoidea y retropterigoidea, cavum, seno esfenoidal, fosa nasal, suelo órbita, cigomático malar, clivus, etc., y que estimo ha sido de gran utilidad en este caso concreto de angiofibroma gigante juvenil de cavum.

También debo reseñar que no ha sido preciso sacrificar con la mencionada técnica ninguna estructura maxilar ni dentaria y las pequeñas secuelas que puedan producirse creo que son fácilmente recuperables.

La ligadura de la carótida externa no ha determinado de forma tangible ninguna dificultad en la vitalidad de nuestro colgajo yugalmaxilar (la próxima vez tal vez hagamos exclusivamente control arterial de forma temporal, en lugar de hacer ligadura de entrada, es más, como el campo que se obtiene permite operar bajo visión directa, tal vez no sea preciso ni siquiera el control de los vasos arteriales como fase previa a la exposición y extirpación de este tipo de tumores.

### Bibliografía

- ABRAHAM BERKSTEIN, K. BERNARDO BOLEAGA, THOMAS KLICKWORT, I.A. MAURO GARIBALDI (1981): Tromboembolización percutánea de arterias maxilares internas para control de epístaxis posterior. An. Orl. Ibe-Amer. Vol. III, núm. 1. Pág. 31-37.
- ALFRANCA BOUTHELIER, J.M., L. RUBIO MORALES y N. GOMENZ ESTANCONA (1977): Abordaje hipofisario de la vía transnasal y transesfenoidal. Act. Orl. Esp. Año XXVIII. Vol. IV. Pág. 11 a 20.
- ALTAMAR RIOS, J. (1980): Algunas consideraciones sobre el angiofibroma nasofaríngeo juvenil. An. Orl. Ibe-Amer. Vol. VII, núm. 6, Pág. 467-472.
- AVELLANEDA, R. (1979): Tomografía axial computarizada en los tumores rinossinusales. An. Orl. Iber-Amer. Vol. VI, núm. 1. Pág. 49-58.
- BEY, P., B. GUEDDARI, L. MALISSARD, M. PERNOT (1981): Les carcinomes du naso-pharynx. A propos de 42 cas traités entre 1968 et 1977. Ann Oto-Laryn (Paris), 98, 43-46.
- BOURGUET, J., J. BOURDINIÈRE, J. CARSIN, G. LE CLECH, J. CORNEC, C. COUDRAY (1980): A propos de 30 fibromes naso-pharyngiens. Ann. Oto-Laryng. (Paris), 97, núm. 4-5. 295-303.
- GARCIA SOTO, N., MONTSERRAT VILADIU, J.M., CAJADE BAO, D., LOPEZ BLANCO, J. (1979): Angiofibroma nasofaríngeo, fibroma nasofaríngeo juvenil o fibroma sangrante de la pubertad masculina. An. Orl. Iber-Amer. Vol. VI, núm. 3. Pág. 217-233.

- GIL CARCEDO y GARCIA L.M. y C. SANZ SANTA-CRUZ (1975): Hemangioma juvenil en seno maxilar. Año XXVI. Vol. VI. Pág. 109-120.
- GOBBO, J.F. (1979): Hipofisectomía transesfenoidal. An. Orl. Iber-Amer. Vol. VI, núm. 1. Pág. 59-64.
- GUTIERREZ BRINGAS, G., J. SMOLER BERKOVKY y J.E. BARRIOS BARRIOS (1978): Angiofibroma juvenil nasofaríngeo. An. Orl. Ibe-Amer. Vol. V, núm. 3. Pág. 235-252.
- HAGUENAUER, J.P., A. GOUTELLE (1981): La chirurgie des tumeurs hypophysaires. Analyse de 188 observations. Ann. Oto-Laryng (Paris), 98, 207-212.
- HERNANDEZ ALTEMIR, F., R. CASTILLO ESCANDON (1973): Disección radical de cuello. Una modificación en su técnica. NM Especial Domingo. Vol. I. Número 5.
- HERNANDEZ ALTEMIR, F., R. CASTILLO ESCANDON (1974): Una modificación en la técnica de McFee para la disección radical de cuello. NM Especial Domingo. Volumen II. Número 5.
- LEGENT, F., C. BEAUVILLAIN, A. de KERSAINT-GILLY, G. LEROY, A. ROUSSEAU (1981): Fosse ptérygo-maxillaire (fossa infra-temporalis). División topographique. Moyens d'exploration. Abord transmandibulaire de la région des ptérygoïdiens. Annales oto-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale. Tomo 98 (9). Pág. 435-442.
- MARTINEZ ASENSIO, R., A. PFLUGER y C. SUAREZ (1975): Técnicas quirúrgicas en el angiofibroma de cávum. Act. Orl. Esp. Año XXVI. Vol. III. Pág. 91-96.
- OLIVERAS, J., M. MEXIA (1976): Cirugía de la fosa pterigomaxilar. Act. Orl. Esp. Año XXVII. Vol. IV. Pág. 35-46.
- PRADES, J., J. BOSCH (1977): Nueva vía de abordaje quirúrgico de la fosa pterigomaxilar. An. Orl. Iber-Amer. Vol. IV. núm. 3. Pág. 165-177.
- PIQUET, J., J.A. DESAULTY, M.T. BOSCHI-LAOT, G. DECROIX (1979): Le fibrome naso-pharyngien. Ann. Oto-Laryng (Paris), 96, núm. 3.
- RICHE, M., C.E. HADJEAN, J.F. TRICOT, C. HENRIQUEZ, J.J. MERLAND (1980): Les risques de la ligature de la carotide externe dans le traitement des angiodysplasies cervico-faciales. Plaidoyer pour leur abandon et solutions radiochirurgicales actuelles. A propos de 13 cas de ligature parmi 200 angiomes. Ann. Oto-Laryng (Paris) 97. 9-13.
- SIERRA I., C. VAZQUEZ (1980): Cirugía y abordaje del cavum faríngeo. Act. Orl. Esp. 31: 549-552.

Dirección del Autor:  
Dr. F. Hernández Altemir  
Fray Luis Amigó, 8, planta 0, letra B.  
Zaragoza-6 (España)

---

Agradecimientos del autor: A los Servicios de Anestesiología e Intensivos que dirigen los Dres. Temiño y F. Pardo, sin cuya colaboración la Cirugía Oral y Maxilofacial no habría conseguido el nivel asistencial, docente y de investigación que considero tiene en la actualidad. También al resto de los Servicios y personal de la Institución, sin excepción.