

Revista Andaluza de Cirugía Bucal

Año 2019 / Nº 5 / Volumen 1

- ASPECTOS ANATÓMICOS RELACIONADOS CON LA REGENERACIÓN ÓSEA VERTICAL EN EL SECTOR POSTERIOR MANDIBULAR

- TÉCNICA DE COLOCACIÓN DE IMPLANTE UNITARIO INMEDIATO POSTEXTRACCIÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO

- CORONECTOMÍA - TRATAMIENTO ALTERNATIVO DEL TERCER MOLAR INCLUIDO. CASO CLÍNICO



Asociación
Andaluza
de Cirugía Bucal

Revista Andaluza de
Cirugía Bucal

DIRECTORES:

José Luis Gutiérrez Pérez
Daniel Torres Lagares

EDITORES:

Aida Gutiérrez Corrales
Ignacio Fernández Asián

COMITÉ EDITORIAL:

Tatiana Ortiz Alves
Iñigo Fernández - Figares Conde
M^a Ángeles Serrera Figallo
Emilio Perales Rodríguez

Editada en Sevilla, por la Unidad de Docencia,
Investigación y Transferencia en Cirugía Bucal de Sevilla (UDIT-CBS).
Maquetación y diseño: Talento Consultores de Comunicación
ISSN: 2530 - 4135

PATROCINADORES AACIB:



TÉCNICA DE COLOCACIÓN DE IMPLANTE UNITARIO INMEDIATO POSTEXTRACCIÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Mosquera Pérez R, Gutiérrez Corrales, A, Ortiz Alves T, Torres Lagares D, Gutiérrez Pérez JL.

Máster de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla

INTRODUCCIÓN

Hoy en día el empleo de implantes dentales para la rehabilitación de pacientes parcial o totalmente edéntulos se ha convertido en una terapia muy extendida y demandada por los pacientes con resultados predecibles a largo plazo. Se describe como implante inmediato al proceso mediante el cual se coloca un implante en el mismo acto quirúrgico en que se realiza la extracción del diente a ser sustituido¹. La inserción de implantes inmediatos a la exodoncia no es una técnica nueva, en la década de los ochenta la Universidad de Tübingen la propugnaba como de elección para los implantes cerámicos Tübingen y München².

Inicialmente se recomendaba un periodo de cicatrización de 9 a 12 meses desde la extracción del diente hasta la colocación del implante³. La continua investigación ha hecho que varios de los conceptos incluidos en el protocolo de Brånemark y considerados axiomáticos, como el concepto de técnica sumergida, carga diferida, superficie de titanio mecanizado, etc., hoy hayan sido revisados y superados incluso por sus propios creadores. En el protocolo clásico, este periodo de espera se buscaba con la finalidad de lograr una adecuada adaptación de los tejidos duros y blandos tras una extracción dentaria.

Según el tiempo transcurrido entre la exodoncia y la implantación se estableció la siguiente clasificación, relacionando la zona receptora con la terapia a realizar^{1,4}: Inmediata (el implante se inserta en el mismo acto que la exodoncia); Reciente (si entre la exodoncia y la implantación transcurren unas 6-8 semanas, tiempo en que cicatrizan los tejidos blandos); Diferida (a los seis meses después de la exodoncia con o sin preservación, se realiza la inserción del implante). Si han transcurrido más de nueve meses encontramos hueso maduro. Al tiempo de espera para colocar el implante se añade un periodo adicional de entre tres a seis meses para una correcta oseointegración del implante antes de la rehabilitación protésica. Las técnicas no inmediatas si bien dan mayor seguridad, poseen el inconveniente que obliga a someter a los pacientes a varios procedimientos quirúrgicos, a llevar prótesis parciales removibles provisionales generalmente poco confortables y a un tiempo total de tratamiento que muchas veces excedía el año de duración.

Con el objetivo de acortar este tiempo de tratamiento han sido publicados infinidad de publicaciones en la

última década. Una de las posibilidades para reducir el tiempo total de tratamiento es colocar el implante en el mismo momento en que se realiza la extracción dentaria. Esta técnica permite la colocación de implantes inmediatos postextracción reduciendo así el tiempo de espera desde que se extrae el diente hasta que al paciente se le coloca la prótesis definitiva. Están indicados principalmente en la sustitución de dientes con patologías sin posibilidad de tratamiento, como caries o fracturas. También se indican implantes inmediatos simultáneos a la extracción de caninos incluidos y de dientes temporales^{5,6}.

La colocación inmediata de implantes puede ser realizada al extraer dientes con lesiones apicales crónicas, que no mejoran tras la endodoncia o cirugía apical⁷. Novaes y cols.⁸ realizaron un estudio en perros, colocando implantes inmediatos en lugares con infección crónica periapical. Refirieron buenos resultados y demostraron que a pesar de signos evidentes de patología periapical, no está contraindicada la colocación de implantes, si se administra un tratamiento antibiótico pre y postoperatorio y se realiza una adecuada limpieza del lecho alveolar previo a la implantación. Además, los implantes inmediatos pueden indicarse en la extracción de dientes con compromiso periodontal severo⁷.

Nuestro objetivo es, revisar el protocolo de los implantes inmediatos postextracción, ilustrando además mediante un caso clínico intervenido por nuestro equipo.

CASO CLÍNICO

Paciente de 44 años con una valvulopatía controlada, sin otros antecedentes médicos de importancia y sin hábitos tóxicos. Acude para evaluación de un primer premolar inferior izquierdo. Presentaba movilidad grado 2, estaba decapitado y tenía una endodoncia de más de 20 años de antigüedad. Tras la exploración clínica (Figura 1) y radiológica (Figura 2) se diagnosticó una fractura radicular vertical, siendo imposible conservar el diente. La paciente aceptó realizarse el tratamiento, por lo que realizamos una planificación exhaustiva del caso.

En la planificación del caso se realizó un estudio 3D de la región a intervenir. Puede observarse como hay una suficiente distancia de seguridad al bucle del nervio mentoniano (Figura 2).



Figura 1. Planificación del caso. Imagen del premolar fracturado objeto de estudio

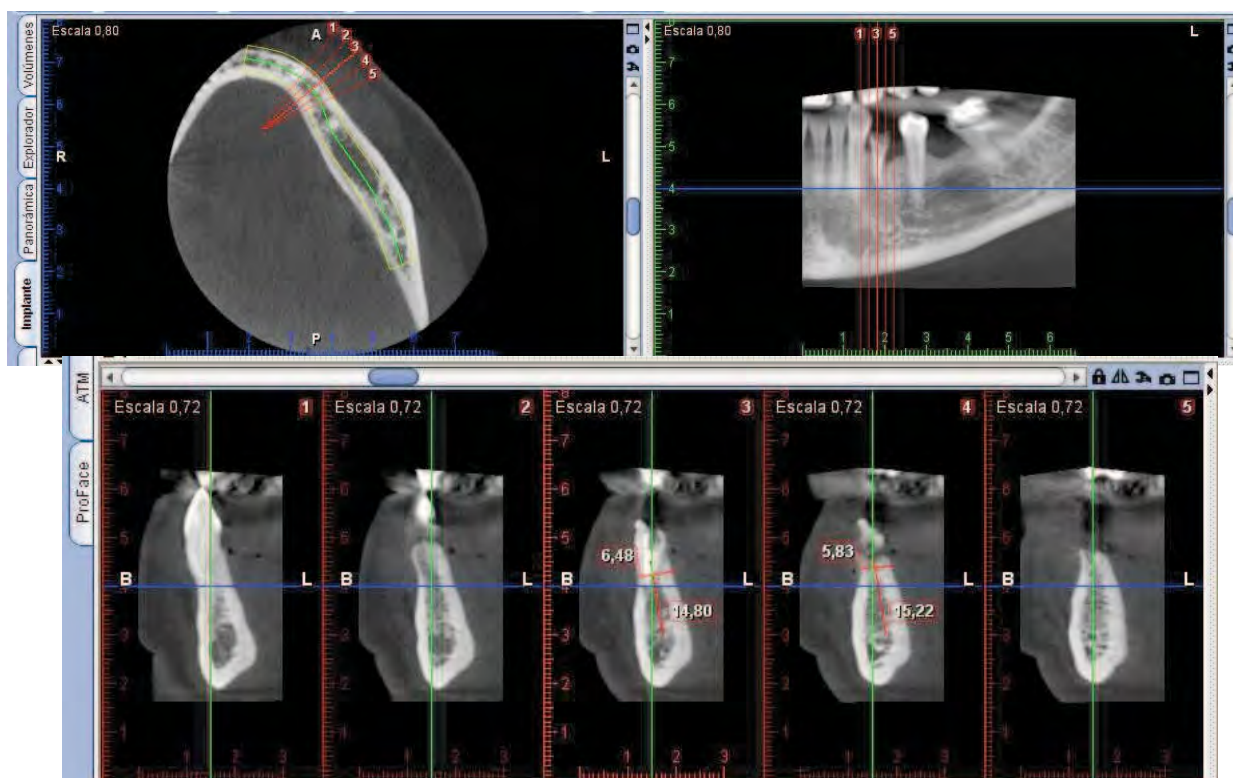


Figura 2. Planificación. Estudio 3D del premolar que será exodonciado. Se puede observar su relación con las diferentes estructuras anatómicas.

El plan de tratamiento consistía en realizar la extracción atraumática del premolar y la inserción inmediata de un implante en el alveolo postextracción. El día de la intervención, la paciente tomó 2 gramos de Amoxicilina una hora antes de la intervención, como profilaxis de endocarditis bacteriana debido a su patología de base y firmó el consentimiento informado. La intervención sería realizada por alumnos de tercer año del Máster en Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla, bajo la permanente supervisión de una profesora de dilatada experiencia.

Antes de comenzar la intervención se preparó todo el instrumental necesario siguiendo rigurosas medidas de asepsia y esterilidad del campo quirúrgico. En primer lugar, se inyectó anestesia locoregional de articaína con vasoconstrictor en fondo de vestíbulo y zona de tejido blando lingual del premolar. Para la colocación de implantes en la mandíbula, en nuestro equipo preferimos las técnicas de anestesia periapical a las técnicas de bloqueo troncular, para tener una mayor percepción y seguridad en relación al nervio dentario inferior.

La tendencia hoy en día es realizar esta clase de intervenciones sin depegamiento de colgajo ("flap-less"). Esta técnica permite realizar intervenciones con una mínima agresión tanto al hueso como a los tejidos, blandos, acortando el tiempo quirúrgico y logrando altos niveles de satisfacción por parte del paciente. Cualquier acto quirúrgico que implique la elevación de un colgajo y por tanto la incisión de los tejidos blandos orales, conllevará cierto grado de reabsorción del hueso crestral subyacente como consecuencia de la alteración en la vascularización del hueso tras el despegamiento del periostio. Sin embargo, la técnica "flap-less" no está exenta de complicaciones y limitaciones; el principal obstáculo de la cirugía sin colgajo es el hecho de la limitada visibilidad que permite a la hora del fresado y la colocación del implante, por lo que el riesgo de provocar falsas vías óseas o dañar estructuras vecinas es mayor que con la técnica convencional. La imposibilidad de realizar técnicas de regeneración ósea o de manipulación de tejidos blandos sería el otro gran inconveniente de la técnica⁹.



Figura 3. Incisión intrasulcular y despegamiento de colgajo a espesor total.

Por todo lo anterior, en nuestro equipo opinamos que la técnica sin colgajo deberá limitarse a casos bien seleccionados en los que se haya realizado una adecuada planificación clínica y radiológica previa. En

este caso preferimos realizar una incisión intrasulcular en torno al premolar, con hoja de bisturí del nº 15 (Figura 3).



Figura 4. Exodoncia atraumática del primer premolar inferior izquierdo.

A continuación se procedió a la luxación del premolar de la manera más atraumática posible, hasta lograr la exodoncia del mismo (Figura 4).

El alveolo postextracción permanece íntegro, lo cual puede ser observado gracias al pequeño colgajo. La ausencia de dehiscencias y fenestraciones del hueso vestibular mejora el pronóstico del tratamiento. Antes de colocar un implante inmediato debemos realizar un minucioso curetaje y limpieza del alvéolo para retirar cualquier tejido infectado o inflamado, y si el alveolo se encuentra completamente intacto o no (Figura 5) ^{10,11}

Se realizó un fresado apoyándonos en la pared lingual, para al final lograr estabilidad primaria del implante. Tras la primera fresa, colocamos un pin de paralelización. En este momento realizamos una radiografía periapical para observar la dirección del mismo respecto al canino (Figura 6).

Continuamos el fresado del lecho implantario hasta la colocación del implante siguiendo el protocolo del fabricante y adaptando el fresado del lecho implantológico para obtener una estabilidad primaria adecuada. Antes de colocar un implante inmediato debemos realizar un minucioso curetaje y limpieza del alvéolo para retirar cualquier tejido infectado o inflamado, así



Figura 5. Alveolo postextracción el cual permanece con las 4 paredes intactas.

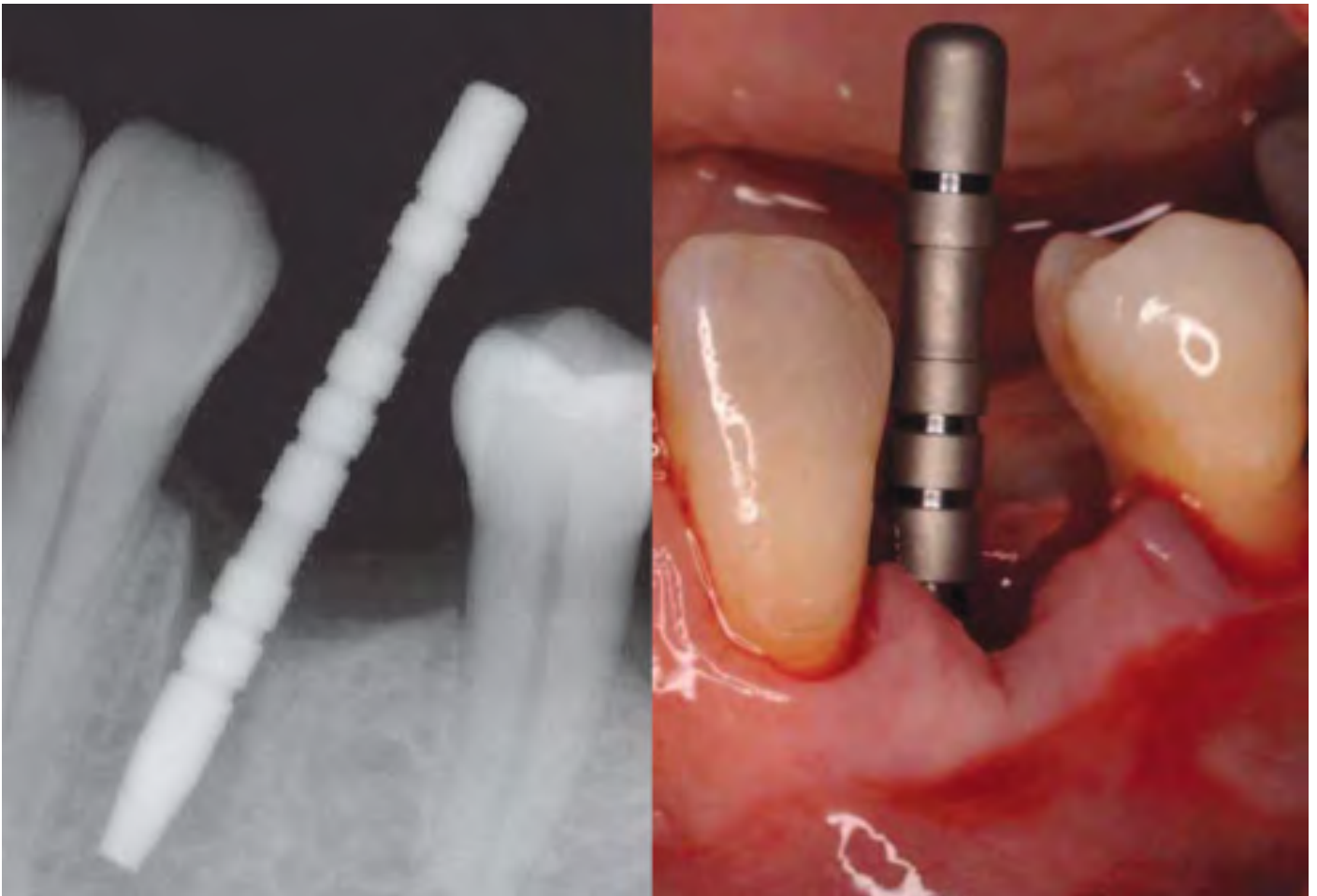


Figura 6. Colocación de pin de paralelización en el lecho fresado tras la fresa de inicio.

como los restos de ligamento periodontal. Es necesario que el implante tenga una estabilidad primaria suficiente, generalmente se obtiene sobrepasando el ápice de 3 a 5 mm. o con el uso de un implante de

diámetro más ancho que el alvéolo. En este caso, poseía las dimensiones 4.1x12 mm. y el modelo elegido fue Bone Level de Straumann (Figura 7).



Figura 7. Imagen del implante colocado. Puede observarse la existencia de un pequeño "gap".

Como sucede en esta clase de intervenciones, entre el implante y la pared vestibular existe un pequeño "gap". Dado que durante el fresado secuencial recolectamos hueso autólogo, procedimos a continuación al introducir dicho hueso recolectado en el interior del "gap" (Figura 8). No es estrictamente necesario re-lizarlo, sin embargo, es conveniente realizar un relleno de dicho espacio. Si el defecto óseo es pequeño, menor de 4 mm. de longitud, puede ser obliterado con material de relleno óseo exclusivamente. Cuando el defecto es mayor se debe plantear una regeneración ósea guiada^{12,13}.

Tras la extracción del diente, queda una herida abierta y es difícil el cierre primario del alvéolo. Algunos autores plantean como deseable el cierre inmediato tras el procedimiento implantológico^{14,15} y para otros este no es un objetivo prioritario. Para Schwart, Arad y cols.¹⁶ y Chaushu y cols.¹⁷ la necesidad de un cierre primario en los lechos, tras la inserción de implantes inmediatos no ha sido probada, y demuestran tener éxito en la colocación de implantes inmediatos unitarios incluso en zonas anteriores del maxilar, aún sin el cierre primario de la herida; estos autores colocaron implantes de una sola fase y consiguieron un cierre de los tejidos blandos en torno al pilar de cicatrización del implante. Por ello, y dada la buena estabilidad del implante, decidimos realizar esta técnica y colocar directamente el pilar de cicatrización (Figura 9)

A continuación se realizaron los puntos de sutura para lograr el cierre primario de la herida. Para ello se empleó seda 4/0 y finalmente realizamos una radiografía periapical para finalizar (Figura 10). Se dieron las indicaciones postoperatorias a la paciente.



Figura 9. Pilar de cicatrización y sutura.



Figura 8. Imagen del implante inmediato con el "gap" relleno con hueso autólogo.

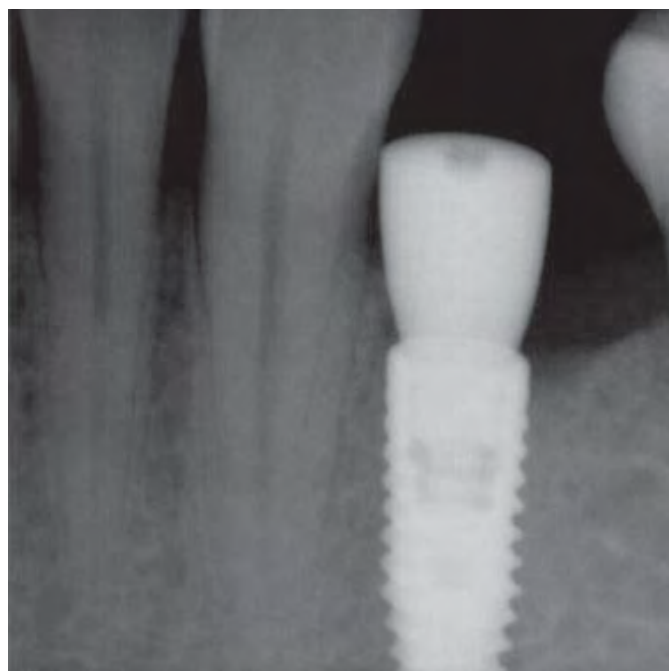


Figura 10. Imagen radiográfica del implante inmediato con el pilar de cicatrización.

DISCUSIÓN

Los implantes inmediatos post-extracción tienen un alto porcentaje de éxito, según diferentes autores se sitúa entre un 92,7 %¹⁸ y un 98,0 %¹⁹. Cuando nos encontramos ante un diente que deba ser extraído, la gran ventaja de los implantes inmediatos es que acortan el tiempo de espera total hasta su rehabilitación. Como ventajas añadidas está demostrado que además disminuyen la reabsorción ósea del alvéolo residual y evita un acto quirúrgico.

Según concluimos por lo publicado en la literatura, la presencia de una patología periapical crónica, no es contraindicación para la implantación inmediata. De todos modos, con la salvedad de que en estos casos especialmente se pauten un tratamiento de antibioterapia y se realice un minucioso legrado del alveolo. Todos los autores coinciden en que el éxito de estos tratamientos depende de lograr una buena estabilidad primaria. Si para ello es necesario, se fresará entre 3 y 5 mm sobrepasando el ápice y si es necesario se emplearán implantes de diámetro mayor para otorgar una estabilidad primaria suficiente.

Es también interesante planificar la posibilidad de necesitar materiales de regeneración ósea. Aunque dentro de las técnicas de regeneración ósea guiada no existe un consenso respecto al uso o no de membranas en implantes inmediatos, ni su combinación con material de injerto y el tipo de relleno a utilizar. Lo que no cabe duda es que es conveniente el relleno del "gap".

CONCLUSIONES

En conclusión, la colocación de implantes inmediatos post-extracción es un procedimiento aceptable en el tratamiento de pérdidas dentarias que aporta ventajas, tanto para el profesional como para el paciente, respecto a los protocolos tradicionales. Sin embargo, es de vital importancia una correcta selección del paciente y una adecuada planificación preoperatoria con objeto de conseguir resultados exitosos y predecibles a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Peñarrocha M, Sanchís JM. Implante inmediato a la extracción. En: Peñarrocha M, ed. *Implantología Oral*. Barcelona: Ars Médica 2001. p. 85-93.
2. Schulte W. The intraosseous Al2O3 (Frialit) Tübingen implant. Developmental status after eight years (II). *Quintessence Int* 1984;154:19-35.
3. Bascones A, Frías MC, Bascones C. Implantes postextracción. *JANO* 2001; 3:12-7
4. Luengo F, de Santiago J. El implante inmediato a la extracción. En: Herrero M, Herrero F, eds. *Atlas de procedimientos clínicos en implantología oral*. Madrid: Trp Editores 1995. p. 125- 40.
5. Calvo JL, Muñoz EJ. Implantes inmediatos oseointegrados como reemplazo a caninos superiores retenidos. Evaluación a 3 años. *Rev Europea Odontoestomatol* 1999;6:313-20.
6. Coppel A, Prados JC, Coppel J. Implantes post-extracción: Situación actual. *Gaceta Dental* Sept. 2001;120:80-6.
7. Zabalegui I, García M. En Gutiérrez JL, García M, eds. *Integración de la implantología en la práctica odontológica*. Madrid: Ergon 2002. p. 127-36.
8. Novaes AB, Vidigal GM, Novaes AB, Grisi MF, Polloni S, Rosa A. Immediate implants placed into infected sites. A histomorphometric study in dogs. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1998;13:422-7.
9. Kim J, Choi B, Li J, Xuan F, Jeong S. Blood vessels of the periimplant mucosa: a comparison between the flap and flapless procedures. *Oral Surg Oral med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2009;107:508-512
10. Schwartz D, Chaushu G. The ways and wherefores of immediate placement of implants into fresh extraction sites. A literature review. *J Periodontol* 1997; 68:915-23.
11. Schwartz D, Chaushu G. Placement of implants into fresh extractions sites: 4 to 7 years retrospective evaluation of 95 immediate implants. *J Periodontol* 1997;68:1110-6.
12. Arlin ML. Applications of guided tissue regeneration with dental implants. *Oral Health* 1994;83:23-4.
13. Hämmerle CHF, Brägger U, Schmid B, Lang NP. Successful bone formation at immediate transmucosal implants: a clinical report. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1998;13:522-30.
14. Gelb DA. Immediate implant surgery: three-year retrospective evaluation of 50 consecutive cases. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1993;8:388-99.
15. Becker W, Becker BE. Flap designs for minimization of recession adjacent to maxillary anterior implant sites. A clinical study. *Int J Oral Maxillofac Imp* 1996;11:46-54.
16. Schwart-Arad D, Gulayev N, Chashu G. Immediate versus non-immediate implantation for full-arch fixed reconstruction following extraction of

all residual teeth. A retrospective comparative study. J Periodontol 2000;71:923-8.

17. Chaushu G, Chaushu E, Tzohar A, Dayan D. Immediate loading of single-tooth implants: Immediate versus non-immediate implantation. A clinical report. Int J Oral Maxillofac Implants 2001;16:267-72.

18. Grunder U, Polizzi G, Goene R, Hatano N, Henry P, Jackson WJ et al. A 3 year prospective

multicenter follow-up report on the immediate and delayed immediate placement of implants. Int J Oral Maxillofac Implants 1999;14: 210-6.

19. Tolman DE, Keller EE. Endosseous implant placement immediately following dental extraction and alveoloplasty: Preliminary report within 6-year follow-up. Int J Oral Maxillofac Implants 1991;6:24-8.

NORMAS DE PUBLICACIÓN

La Revista Andaluza de Cirugía Bucal publica artículos científicos relacionados con el campo de la Cirugía Bucal que sean de interés para cualquier odontoestomatólogo que desarrolle dicha área en su práctica profesional.

El Comité Editorial seguirá de forma estricta las directrices expuestas a continuación, siguiendo la normativa de Vancouver. Los artículos que no se sujeten a ellas serán devueltos para corrección, de forma previa a la valoración de su publicación.

Todos los artículos remitidos a esta revista deberán ser originales, no publicados ni enviados a otra publicación, siendo el autor el único responsable de las afirmaciones sostenidas en él.

Todos aquellos autores que quieran mandar su artículo científico podrán hacerlo enviándolo vía e-mail **revista@aacib.es**, enviando un archivo con el texto del manuscrito en formato Word para PC, y las imágenes en archivos distintos en formato TIFF o JPG.

TIPOS DE ARTÍCULOS

1. Artículos originales, que aporten nuevos datos clínicos o de investigación básica relacionada con la Cirugía Bucal.

2. Revisiones y puesta al día que supongan la actualización, desde un punto de vista crítico científico y objetivo, de un tema concreto. No existe limitación en el número de citas bibliográficas, si bien se recomienda al autor o autores, que sean las mínimas posibles, así como que sean pertinentes y actualizadas. Además, dado el interés práctico de esta publicación, el texto debe estar apoyado en un adecuado material iconográfico.

3. Resúmenes comentados de literatura actual. Serán encargados por la Revista a personas cualificadas e interesadas en realizar una colaboración continuada.

4. Casos clínicos, relacionados con problemas poco frecuentes o que aporten nuevos conceptos terapéuticos, serán publicados en esta sección. Deben contener documentación clínica e iconográfica completa pre, per y postoperatoria, y del seguimiento ulterior, así como explicar de forma clara el tratamiento realizado. El texto debe ser conciso y las citas bibliográficas limitarse a las estrictamente necesarias. Resultarán especialmente interesantes secuencias fotográficas de tratamientos multidisciplinarios de casos complejos o técnicas quirúrgicas.

5. Cartas al director que ofrezcan comentarios o críticas constructivas sobre artículos previamente publicados u otros temas de interés para el lector. Deben tener una extensión máxima de dos folios tamaño DIN-A4 escritos a doble espacio, centradas en un tema específico y estar firmadas. En caso de que se viertan comentarios sobre un artículo publicado en esta revista, el autor del mismo dispondrá de la oportunidad de respuesta. La pertinencia de su publicación será valorada por el Comité Editorial.

6. Otros, se podrán publicar, con un formato independiente,

documentos elaborados por Comités de Expertos o Corporaciones de reconocido prestigio que hayan sido aceptados por el Comité Editorial.

AUTORES

Únicamente serán considerados como autores aquellos individuos que hayan contribuido significativamente en el desarrollo del artículo y que, en calidad de tales, puedan tomar pública responsabilidad de su contenido. Su número, no será, salvo en casos excepcionales, superior a 7. A las personas que hayan contribuido en menor medida les será agradecida su colaboración en el apartado de agradecimientos. Todos los autores deben firmar la carta de remisión que acompañe el artículo, como evidencia de la aprobación de su contenido y aceptación íntegra de las normas de publicación.

PRESENTACIÓN Y ESTRUCTURA DE LOS TRABAJOS

El documento debe ser enviado, en formato Word para PC sobre una página de tamaño DIN-A4 blanco, a 1,5 espacio de interlineado, con márgenes mínimos de 25 mm y con hojas numeradas. Asimismo, se enviarán las imágenes en formato JPG o TIFF en archivos independientes al documento, nunca insertadas en el texto.

Los artículos originales deberán seguir la siguiente estructura:

Primera página

Debe contener:

1. El título del artículo y un subtítulo no superior a 40 letras y espacios, en español.
2. El nombre y dos apellidos del autor o autores, con el (los) grado(s) académico(s) más alto(s) y la afiliación a una institución si así correspondiera.
3. El nombre del departamento(s) e institución(es) responsables.
4. La negación de responsabilidad, si procede.
5. El nombre del autor responsable de la correspondencia sobre el documento.
6. La(s) fuente(s) de apoyo en forma de subvenciones, equipo o fármacos y el conflicto de intereses, si hubiera lugar.

Resumen

Una página independiente debe contener, el título del artículo y el nombre de la revista, un resumen estructurado del contenido del mismo, no superior a 200 palabras, y el listado de palabras clave en español. Las palabras clave serán entre 3 y 10 términos o frases cortas de la lista del «Medical Subject Headings (MeSH)» del «Index Medicus».

Los trabajos de investigación originales contendrán resúmenes estructurados, los cuales permiten al lector comprender rápidamente, y de forma ordenada el contenido fundamental, metodológico e informativo del artículo. Su extensión no debe ser superior a 200 palabras y estará estructurado en los siguientes apartados: introducción (fundamento y objetivo), material y metodología, resultados y conclusiones.

Introducción

Debe incluir los fundamentos y el propósito del estudio, utilizando las citas bibliográficas estrictamente necesarias. No se debe realizar una revisión bibliográfica exhaustiva, ni incluir datos o conclusiones del trabajo que se publica.

Material y metodología

Será presentado con la precisión que sea conveniente para que el lector comprenda y confirme el desarrollo de la investigación. Métodos previamente publicados como índices o técnicas deben describirse solo brevemente y aportar las correspondientes citas, excepto que se hayan realizado modificaciones en los mismos. Los métodos estadísticos empleados deben ser adecuadamente descritos, y los datos presentados de la forma menos elaborada posible, de manera que el lector con conocimientos pueda verificar los resultados y realizar un análisis crítico. En la medida de lo posible las variables elegidas deberán ser cuantitativas, las pruebas de significación deberán presentar el grado de significación y si está indicado la intensidad de la relación observada y las estimaciones de porcentajes irán acompañadas de su correspondiente intervalo de confianza. Se especificarán los criterios de selección de individuos, técnica de muestreo y tamaño muestral, empleo de aleatorización y técnicas de enmascaramiento. En los ensayos clínicos y estudios longitudinales, los individuos que abandonan los estudios deberán ser registrados y comunicados, indicando las causas de las pérdidas. Se especificarán los programas informáticos empleados y se definirán los términos estadísticos, abreviaturas y símbolos utilizados.

En los artículos sobre ensayos clínicos con seres humanos y estudios experimentales con animales, deberá confirmarse que el protocolo ha sido aprobado por el Comité de Ensayos Clínicos y Experimentación Animal del centro en que se llevó a cabo el estudio, así como que el estudio ha seguido los principios de la Declaración de Helsinki de 1975, revisada en 1983.

Los artículos de revisión deben incluir la descripción de los métodos utilizados para localizar, seleccionar y resumir los datos.

Resultados

Aparecerán en una secuencia lógica en el texto, tablas o figuras, no debiendo repetirse en ellas los mismos datos. Se procurará resaltar las observaciones importantes.

Discusión

Resumirá los hallazgos relacionando las propias observaciones con otros estudios de interés y señalando las aportaciones y limitaciones de unos y otros. De ella se extraerán las oportunas conclusiones, evitando escrupulosamente afirmaciones gratuitas y conclusiones no apoyadas completamente por los datos del trabajo.

Agradecimientos

Únicamente se agradecerá, con un estilo sencillo, su colaboración a personas que hayan hecho contribuciones sustan-

ciales al estudio, debiendo disponer el autor de su consentimiento por escrito.

Bibliografía

Las citas bibliográficas deben ser las mínimas necesarias. Como norma, no deben superar el número de 30, excepto en los trabajos de revisión, en los cuales el número será libre, recomendando, no obstante, a los autores, que limiten el mismo por criterios de pertinencia y actualidad. Las citas serán numeradas correlativamente en el texto, tablas y leyendas de las figuras, según el orden de aparición, siendo identificadas por números arábigos en superíndice.

Se recomienda seguir el estilo de los ejemplos siguientes, que está basado en el Método Vancouver, «Samples of Formatted References for Authors of Journal Articles», que se puede consultar en la siguiente web: https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Se emplearán los nombres abreviados de las revistas de acuerdo al «Abridged Index Medicus Journal Titles», basado en el «Index Medicus». Puede consultarlo aquí (<https://www.nlm.nih.gov/bsd/aim.html>)

Es recomendable evitar el uso de resúmenes como referencias, y no se aceptará el uso de «observaciones no publicadas» y «comunicaciones personales». Se mencionarán todos los autores si son menos de seis, o los tres primeros y et al, cuando son siete o más.

Tablas

Deben presentarse en hojas independientes numeradas según su orden de aparición en el texto con números arábigos. Se emplearán para clarificar puntos importantes, no aceptándose la repetición de datos bajo la forma de tablas y figuras. Los títulos o pies que las acompañen deberán explicar el contenido de las mismas.

Figuras

Serán consideradas figuras todo tipo de fotografías, gráficas o dibujos, deberán clarificar de forma importante el texto y su número estará reducido al mínimo necesario.

Se les asignará un número arábigo, según el orden de aparición en el texto, siendo identificadas por el término «Figura», seguido del correspondiente guarismo.

Los pies o leyendas de cada una deben ir indicados y numerados.

Las imágenes deben enviarse, preferentemente en formato JPG o TIFF, con una resolución de 300 píxeles por pulgada, nunca pegadas en el documento de texto.

AUTORIZACIONES EXPRESAS DE LOS AUTORES A RACIB

Los autores que envíen sus artículos a RACIB para su publicación, autorizan expresamente a que la revista reproduzca el artículo en la página web de la que RACIB es titular.

PATROCINADORES AACIB:

