

Revista Andaluza de

Cirugía Bucal

Año 2018 / Nº 2 / Volumen 2

- **REGENERACIÓN ÓSEA GUIADA ATENDIENDO A LA MORFOLOGÍA DEL DEFECTO PREVIO A LA COLOCACIÓN DE IMPLANTES. CASO CLÍNICO.**



Asociación
Andaluza
de Cirugía Bucal

PATROCINADORES AACIB:

BIOHORIZONS®

oxteia



SoluDenta
SOLUCIONES DENTALES



Osteógenos
Dental Surgical Devices



NORMON
DENTAL



REGENERACIÓN ÓSEA GUIADA ATENDIENDO A LA MORFOLOGÍA DEL DEFECTO PREVIO A LA COLOCACIÓN DE IMPLANTES. CASO CLÍNICO.

Martín Gómez A, Gutiérrez Corrales A, Ortiz Alves T, Flores Ruiz R, Torres Lagares D, Gutiérrez Pérez JL

Máster Cirugía Bucal Universidad de Sevilla

INTRODUCCIÓN

La colocación tridimensional correcta de un implante requiere un determinado volumen óseo que, a menudo, tras la remodelación de la cresta acaecida después de una extracción dentaria, un proceso infeccioso o un traumatismo, no es suficiente. Es por ello que debe considerarse el aumento horizontal de cresta en algunas situaciones antes de la colocación de implantes.¹

La decisión sobre simultaneizar el implante con el aumento de hueso, o realizarlo tras la cicatrización del injerto, dependerá de la morfología del defecto y de las posibilidades ofrecidas por el contorno maxilar.²

El objetivo primario de un procedimiento de la regeneración ósea guiada (ROG) es lograr una regeneración ósea satisfactoria en el área del defecto con una elevada predictibilidad y un riesgo bajo de complicaciones. Los objetivos secundarios son obtener resultados satisfactorios con el menor número de intervenciones quirúrgicas, una morbilidad baja para los pacientes y un periodo reducido de cicatrización.¹

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es presentar un caso clínico que sirva de ejemplo en la aplicación de la ROG aplicada a la implantología, así como definir los tipos de defectos y la ROG indicada en cada uno de ellos, presentando un caso clínico que sirve como ejemplo.

CASO CLÍNICO

Paciente de 52 años de edad que no presenta patologías de interés acude al Máster de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla para la valorar la reposición del primer premolar superior derecho que le ha sido extraído. A la exploración se observa un defecto vestibular (Figuras 1 y 2).



Figura 1. Reabsorción vestibular. Vista oclusal.



Figura 2. Reabsorción vestibular. Vista frontal.

REGENERACIÓN ÓSEA GUIADA ATENDIENDO A LA MORFOLOGÍA DEL DEFECTO PREVIO A LA COLOCACIÓN DE IMPLANTES.

En la exploración radiológica tridimensional (CBCT) se aprecia una dehiscencia en la cresta, pero existe hueso a nivel apical del defecto y el hueso palatino, mesial

y distal está conservado (Figuras 3, 4 y 5). Este tipo de defecto es considerado favorable para una ROG.

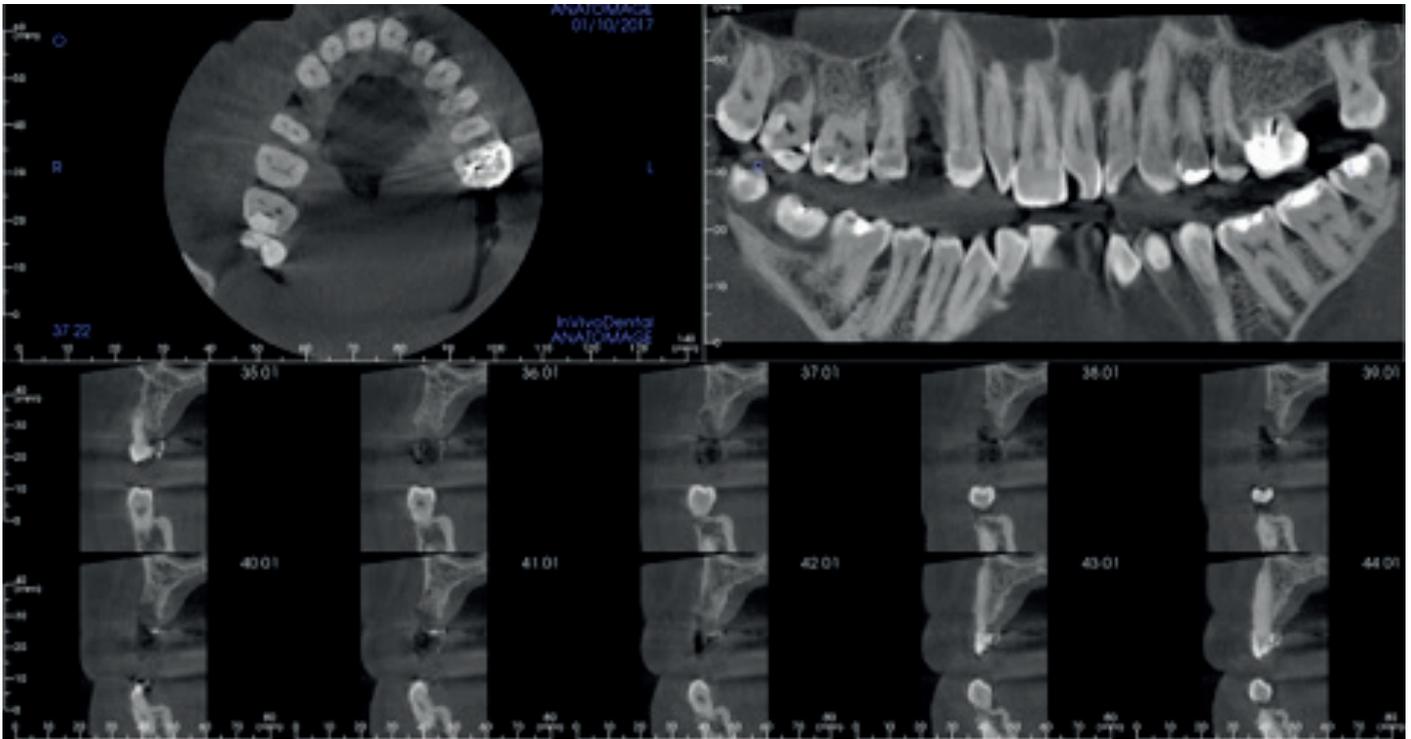


Figura 3. Tomografía Computarizada de Haz cónico (CBCT) preoperatorio



Figura 4. Dehiscencia. Vista frontal.



Figura 5. Dehiscencia. Vista oclusal.

Optamos por la colocación de un implante osteointegrado de 4,2x12mm KL (Klockner, Madrid España (Figuras 6 y 7), junto con ROG mediante hueso autólogo y xenoinjerto Bio-oss (Geistlich, Suiza), y una membrana de colágeno Jason (Botiss, Alemania) que

se fijó con chinchetas. Tras la colocación del implante, se realizan perforaciones en la cortical vestibular para abrir la cavidad ósea medular y optimizar el suministro vascular y, con ello, favorecer la regeneración (Figura 8).



Figura 6. Implante KL. Vista frontal.

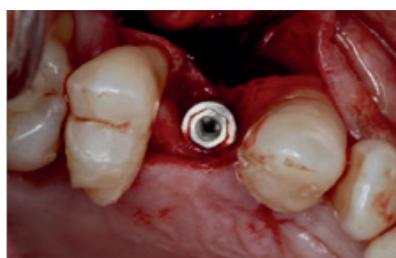


Figura 7. Implante KL. Vista oclusal.



Figura 8. Perforaciones en cortical vestibular.

Posteriormente, la zona del defecto es rellenada con autoinjerto en partículas y partículas de sustitución ósea.

Las partículas de autoinjerto presentan propiedades osteogénicas, osteoinductivas y osteoconductoras, sin embargo, tienen alta tasa de reabsorción. Para compensar esto último, las partículas de sustitución ósea se colocaron cubriendo a las anteriores para limitar la

reabsorción superficial y preservar un volumen adecuado hasta que se produzca la regeneración del alveolo.

Finalmente, todo el material de relleno es encapsulado por una membrana reabsorbible, la cual es fijada mediante chinchetas y suturas para inmovilizar la zona a regenerar y conseguir así un mejor pronóstico de la regeneración del defecto (Figuras 9 y 10).



Figura 9. Membrana reabsorbible fijada. Vista frontal.



Figura 10. Membrana reabsorbible fijada. Vista oclusal.

Para terminar, el colgajo se vuelve a reposicionar consiguiendo un cierre sin tensión y totalmente hermético dejando la membrana bajo él. (Fig 11 y 12)



Figuras 11 y 12. Sutura y cierre de la herida.

En el CBCT postoperatorio podemos observar una ganancia de 3,85mm respecto al CBCT inicial. (Figura 13). Tras la presentación del caso, podemos observar que para defectos autocontenidos tipo dehiscencia, la ROG mediante membrana reabsorbible ofrece resultados muy predecibles.

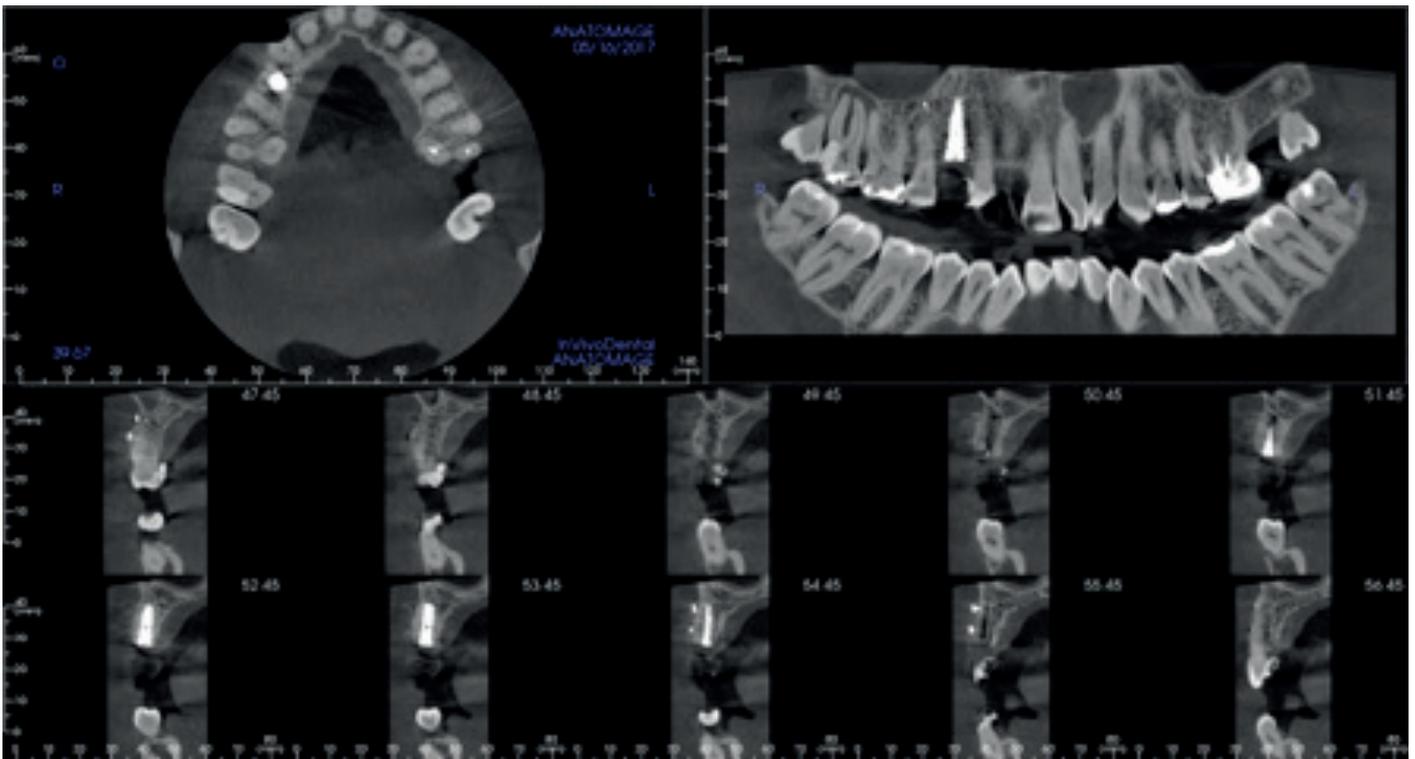


Figura 13. CBCT postoperatorio.

DISCUSIÓN

Los procedimientos de aumento óseo pueden ser llevados a cabo en un abordaje o de manera simultánea, o bien, en dos abordajes o fases, según el tipo de defecto. La regeneración está indicada en un único abordaje ante defectos pequeños (anchura crestal > 6mm). Estos se clasifican según el número de paredes y anatomía del defecto.

Los defectos autocontenidos se pueden clasificar en defectos intraalveolares o de cuatro paredes, los cuales únicamente necesitarán ser rellenados mediante autoinjerto o xenoinjerto; y en defectos tipo dehiscencia o de tres paredes, que además necesitarán ser encapsulados por una membrana reabsorbible. Los defectos no autocontenidos, son defectos de una o dos paredes que necesitan soporte estabilidad en el área a injertar. Para ello nos apoyamos en membranas reforzadas de e-PTFE o mallas de titanio.¹

Para las regeneraciones de pequeños defectos autocontenidos, la ROG con membrana reabsorbible ofrece resultados favorables. Es hidrofílica, fácil de manejar y posee un riesgo de complicaciones muy bajo en caso de dehiscencias de tejido blando. Las membranas no reabsorbibles y bioinertes de politetrafluoroetileno expandido (PTFEe) son mucho más complicadas de manejar, siempre requieren una segunda intervención quirúrgica para retirarlas y tienden a presentar complicaciones al ser frecuentes las dehiscencias de tejido blando.^{3,4}

Las dehiscencias de hueso crestal o defectos vestibulares pueden controlarse con la colocación del implante y un aumento óseo periimplantario simultáneo, siempre que pueda insertarse el implante con una estabilidad primaria suficiente en una posición restaurable y que el defecto óseo periimplantario tenga una morfología con al menos dos paredes óseas.⁵

En una revisión sistemática reciente, donde se evaluaba la eficacia de la ROG en defectos de dehiscencia y fenestración, se concluyó que la evidencia no es suficientemente robusta para determinar si se necesita algún tratamiento y cuál es el mejor tratamiento para los defectos de dehiscencia o fenestración en la colocación de un implante en una etapa. El uso de una membrana puede contribuir a la regeneración del tejido duro en el aumento horizontal de una etapa. No se observaron diferencias entre membranas de PTFEe no reabsorbibles y membranas de colágeno reabsorbibles. No se obtuvieron diferencias significativas utilizando diferentes membranas no reabsorbibles e injertos.⁶

Sin embargo, en muchas ocasiones, la reabsorción alveolar después de extracciones, traumatismos o patologías da lugar a una forma de cresta que excluye la posibilidad de insertar el implante sin antes realizar un aumento. En estas situaciones clínicas, en las que a menudo la anchura de la cresta es inferior a 4mm, la superficie del implante quedaría expuesta fuera de la cresta alveolar.²

Esta situación anatómica da lugar a una morfología del defecto de una pared, en la que resulta mucho más complicado conseguir un resultado satisfactorio que con un defecto de dos paredes. En estos casos, está indicado el aumento mediante un enfoque en fases.²

En el caso que se presenta se realizó una ROG en un único abordaje. La zona del defecto se rellenó con autoinjerto y xenoinjerto. Se realizaron una serie de perforaciones en la cortical para permitir que las células medulares colonicen la zona del aumento y faciliten la angiogénesis.⁷

Los autoinjertos presentan propiedades osteogénicas y osteoinductivas, sin embargo, tienen alta tasa de reabsorción. Es por ello que, sobre los anteriores se colocaron partículas de sustitución ósea, las cuales limitarán la reabsorción superficial y preservarán un volumen óseo adecuado. Finalmente, todo el material de relleno fue encapsulado por una membrana reabsorbible, la cual se fijó mediante chinchetas y suturas para inmovilizar la zona a regenerar y conseguir así un mejor pronóstico de la regeneración del defecto.¹

El procedimiento en fases o dos abordajes se realiza para regenerar defectos mayores (anchura crestal < 5mm). Aquí se incluyen procedimientos como la corticotomía, injertos en bloque, ROG mediante membranas no reabsorbibles, o distracción alveolar.

Si la anchura alveolar es de entre 3 a 5mm y existe una altura ósea adecuada, la corticotomía es el tratamiento de elección para el maxilar superior; Sin embargo, ésta en mandíbula es mucho más complicada debido a la calidad del hueso.^{8,9,10}

La distracción alveolar es otra opción, pero para poderla llevar a cabo será necesario un mínimo de 5mm de anchura de cresta para que al colocar el distractor no se rompan las paredes vestibular o lingual. Las crestas estrechas y corticalizadas generalmente carecen de una buena vascularización, siendo esta última una condición imprescindible a la hora de aplicar la distracción ósea. En los casos en que fueran crestas estrechas que se ensanchan hacia su base se puede eliminar el pico de la cresta hasta llegar a una anchura de 5mm y luego se puede aplicar la técnica de forma tradicional. Si no se consiguen esos 5mm debemos pensar en distractores extraalveolares.

La distracción está contraindicada en casos de niveles de altura ósea inferiores a 5 mm de altura y 5 mm de ancho, crestas estrechas y corticalizadas, diabéticos no controlados y en pacientes fumadores y/o alcohólicos.^{11,12}

Si la anchura alveolar es menor de 3mm, el aumento horizontal tendrá un pronóstico peor. Por norma ge-

neral, en estos casos se indica los injertos en bloque.² Si no existe suficiente hueso medular, o bien, la pared vestibular es muy fina, existen dos opciones de tratamiento; bien injertos en bloque, o bien, regeneración ósea guiada. Una cresta alveolar de una altura más o menos intacta, pero fina en filo de cuchillo, constituye una situación clínica complicada para realizar un aumento horizontal, sobre todo debido a la geometría de la zona, que a menudo, sólo dispone de una pared.

Este tipo de cresta alveolar estrecha puede aumentarse horizontalmente con un injerto bloque o un injerto particulado. Mientras que el injerto en bloque puede estabilizarse con seguridad con uno o más tornillos de fijación, en el injerto particulado resulta más complicado conseguir una estabilidad.¹³

Diversos estudios han descrito que para el aumento horizontal de una cresta alveolar deficiente, se consigue un mayor aumento de anchura ósea con injertos en bloque fijados, en comparación con lo conseguido con injertos en partículas.¹⁴

El aumento horizontal mediante injertos en bloque está indicado cuando la anchura es inferior a 4mm. Cuando se utilizan hueso de la sínfisis o de la rama vestibular se obtiene una mayor densidad ósea. Un hueso crestal con mayor densidad presenta una resistencia biomecánica más favorable frente a la carga del implante.^{15,16}

CONCLUSIONES

1. La ROG se ha convertido en el tratamiento de referencia para la regeneración de defectos óseos localizados en la cresta alveolar en pacientes susceptibles de recibir un implante.

2. Siempre que sea predecible la ROG y haya hueso residual para que el implante se pueda colocar con estabilidad, se optará por la colocación del implante y la regeneración ósea simultánea o en un único abordaje.

PARA REFERENCIAR ESTE ARTÍCULO:

Martín A, Gutiérrez A, Ortiz T, Flores R, Torres D, Gutiérrez JL. Regeneración ósea guiada atendiendo a la morfología del defecto previo a la colocación de implantes. Caso Clínico. Revista Andaluza de Cirugía Bucal. 2018;2(2): 6-11.

BIBLIOGRAFÍA

1. Buser D. 20 Años de Regeneración ósea guiada. 1st ed. Edit Quinestence. Barcelona, 2012.
2. Khoury F. El aumento de Hueso en Implantología. 1st ed. Edit Quinestence. Barcelona, 2010.
3. Hämmerle CH, Jung RE, Yaman D, Lang NP. Ridge augmentation by applying bioresorbable membranes and deproteinized bovine bone mineral: a report of twelve consecutive cases. *Clin Oral Implants Res.* 2008; 19:19-25
4. Benic Goran I, Christoph HF. Horizontal bone augmentation by means of guided bone regeneration. *Periodontol 2000.* 2014; 66:13-40.
5. Kuchler U, Von Arx T. Horizontal ridge augmentation in conjunction with or prior to implant placement in the anterior maxilla: a systematic review. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2014; 29 Suppl:14-24.
6. Merli M, Merli I, Raffaelli E, Pagliaro U, Natri L, Nieri M. Bone augmentation at implant dehiscences and fenestrations. A systematic review of randomised controlled trials. *Eur J Oral Implantol.* 2016; 9:11-32.
7. Nishimura I, Yoshinaka S, Kiyoshi O. Effects of cortical bone perforation on experimental guided bone regeneration. *Clin Oral Implants Res.* 2004;15:293-300.
8. Basa S, Varol A, Turker N. Alternative bone expansion technique for immediate placement of implants in the edentulous posterior mandibular ridge: a clinical report. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2004;19:554-558.
9. Simion M, Baldoni M, Zaffe D. Jawbone enlargement using immediate implant placement associated with a split crest technique and guided tissue regeneration. *Int J Periodont Rest Dent.* 1992; 12:453-473.
10. Sethi A, Kaus T. Maxillary ridge expansion with simultaneous implant placement: 5-year results of an ongoing clinical study. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2000; 15:491-9.
11. Morales Navarro D. Distracción osteogénica alveolar como método de aumento del reborde alveolar. *Rev Cubana Estomatol.* 2011; 48: 43-55.
12. Maurette O'Brien PE, Allais de Maurette ME, Mazzonetto R. Distracción osteogénica alveolar: una alternativa en la reconstrucción de rebordes alveolares atróficos: Descripción de 10 casos. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac.* 2004 26: 41-47.
13. Von Arx T, Buser D. Horizontal ridge augmentation using autogenous block grafts and the guided bone regeneration technique with collagen membranes: a clinical study with 42 patients. *Clin Oral Implants Res.* 2006;17:359-66.
14. Araújo PP, Oliveira KP, Montenegro SC, Carrero AF, Silva JS, Germano AR. Block allograft for reconstruction of alveolar bone ridge in implantology: a systematic review. *Implant Dent.* 2013; 22:304-8.
15. Sethi A, Kaus t. Ridge augmentation using mandibular block bone grafts: preliminary results of an ongoing prospective study. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2000; 15: 853-858.
16. Capelli M. Autogenous bone graft from the mandibular ramus: a technique for bone augmentation. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2003; 23: 277-285.

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 odontostomatólogo 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 in-

dividuos 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 sustanciales 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:

BIOHORIZONS®

oxteia



SoluDenta
SOLUCIONES DENTALES



Osteógenos
Dental Surgical Devices



NORMON
DENTAL

