

Revista Andaluza de

Cirugía Bucal

Año 2018 / Nº 3 / Volumen 3

- QUERATOQUISTE ODONTOGÉNICO
¿QUÉ SE ESCONDE TRAS EL NOMBRE?.
- ENFERMEDAD POLIQUÍSTICA DE LA PARÓTIDA.
REVISIÓN SOBRE UN CASO CLÍNICO POCO
FRECUENTE A NIVEL MUNDIAL.
- TRATAMIENTO DEL TRIÁNGULO NEGRO
INTERDENTAL CON ÁCIDO HIALURÓNICO.



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 Ortíz Alves
Iñigo Fernández - Figares Conde
M^ª Ángeles Serrera Figallo

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:

BIOHORIZONS®

oxteia

 **Sanhigia**
TODO PARA LA CIRUGÍA DENTAL



SoluDenta
SOLUCIONES DENTALES



Osteógenos
Dental Surgical Devices



NORMON
DENTAL

 **inibsa**
DENTAL

ENFERMEDAD POLIQUISTICA DE LA PARÓTIDA. REVISIÓN SOBRE UN CASO CLÍNICO POCO FRECUENTE A NIVEL MUNDIAL.

Granados Colocho JF, Acosta Moyano A, Contreras Morillo MA, Yáñez Vilas JI, Bermudo Añino L.
Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Regional Universitario de Málaga..

INTRODUCCIÓN

De las enfermedades relacionadas con quistes, la gran mayoría suelen diagnosticarse en órganos blandos como los riñones, ovarios o el páncreas. Sin embargo, existe una clase poco frecuente que afecta a las glándulas salivales y tiene hallazgos histopatológicos que asemejan patologías poliquísticas; y a pesar de afectar a las glándulas salivales, no se han encontrado asociaciones clínicas con otros órganos.

La patología poliquística de glándulas salivales representa solamente el 6% de todas las enfermedades que cursan con inflamación parotídea. Con mayor frecuencia es diagnosticada en mujeres, desde edades infantiles hasta la adultez temprana; presentándose con una evolución benigna. ⁽¹⁾

Existen tres patologías quísticas no neoplásicas que pueden afectar a la glándula parotídea: ⁽²⁾

- Quiste ductal salival
- Adenosis poliquística esclerosante
- Enfermedad poliquística disgenética de la parótida

La primera, no suele presentar múltiples quistes, sino un quiste simple de origen congénito o adquirido. Constituye cerca del 10% de todas las lesiones quísticas salivales. Esta patología suele ser adquirida, debido a la obstrucción del conducto salival, ya sea por cálculos, mucosidad o metaplasias oncológicas; que terminan produciendo la lesión. Aunque, la mayoría suelen ser lesiones benignas, confirmadas microscópicamente con producción anormal y nodular de la cápsula quística. Raramente involucra glándulas salivales mayores, y en caso de afectarla suele ser unilaterales, indoloros y sin predilección por género alguno. ⁽³⁾

La segunda patología aunque afecta a la glándula parótida, también afecta a las glándulas submandibulares y comparte las características anatomopatológicas de las mastopatías benignas incluida la mastitis quística. Esta patología suele ser ligeramente más frecuente con un total de 36 casos descritos en

la literatura. Sin embargo, estas lesiones suelen ser solitarias y unilaterales, con hiperplasia epitelio atípica aunque no se ha reportado su degeneración carcinomatosa, esta no se puede descartar. ⁽⁴⁾

La enfermedad poliquística disgenética de la glándula parotídea (EPP); fue descrita por primera vez en 1962, siendo tan poco frecuente que solo han sido descritos 17 casos en la literatura mundial (Tabla 1). Es por tanto, debido a la importante sintomatología clínica que presenta, que se convierte en un importante diagnóstico diferencial a considerar entre las múltiples causas de patologías salivales. En los casos previamente reportados, esta patología suele cursar con inflamación poco o nada dolorosa de la parótida y de curso silente. ^(2,5)

Esta patología es atípica, ya que se cree que puede ser hereditaria, con un patrón autosómico dominante. Sin embargo, el vínculo normal aparece invertido, afectando en varias familias únicamente a mujeres, siendo los casos en el sexo masculino los más raros, ya que solo han sido descritos tres casos. Este comportamiento genético anormal, condiciona el uso del término disgenético en esta patología. ⁽¹⁾ (Tabla 1)

Otros mecanismos causales alternativos a este componente genético, han sido propuestos como la retención de secreciones o el desarrollo malformativo del sistema ductal glandular. Sin embargo, la causa subyacente de esta patología aún no está clarificada. ⁽⁵⁾

El papel hormonal también ha sido propuesto como exacerbante de esta patología; ya que el embarazo propició la sintomatología descrita en el caso de Brown et al. (tabla 1), la cual disminuyó en los primeros meses posteriores al parto. A pesar de esto, dicha vinculación no ha sido encontrada en los demás casos. ⁽²⁾

CASO CLÍNICO

Una paciente de 26 años acude a nuestra consulta, sin antecedentes clínicos de importancia, ni hábitos deletéreos. Su historia familiar no reveló ningún antecedente de cuadros clínicos similares. Al momento de la consulta acude con un cuadro clínico de 2 años de evolución con importantes episodios inflamatorios a nivel del área parotídea derecha junto a síntomas de dolor a la palpación y ocasionalmente sialorrea, así como un incremento paulatino en el tamaño de la glándula parotida. No existen cuadros traumáticos, óticos u odontológicos asociados previamente o durante la historia clínica actual.

Durante su exploración, se evidenció un importante componente inflamatorio diseminado a nivel pre-auricular derecho sin adenopatías ni nódulos regionales (Figura 1). Tampoco se detectaron parestesias, procesos febriles, ni síntomas constitucionales. No se asocia odinofagia, dolor articular ni limitaciones para la movilidad mandibular. A la exploración intraoral no se encontraron focos dentales ni alteraciones en orofaringe. Ante estos hallazgos clínicos se decide realizar pruebas de imagen complementarias.

RESULTADOS

Una ecografía de glándula parótida, encuentra lesiones anecoicas, sin flujo interno sugestivas de lesiones quísticas múltiples. Posteriormente, para su confirmación se realiza una resonancia magnética que detecta múltiples imágenes nodulares en parótida derecha, abarcando tanto el lóbulo superficial como lóbulo profundo (Figura 2). Finalmente, una tomografía axial computarizada reveló la presencia de dichos nódulos con calcificaciones en su interior; sin detectarse adenopatías regionales asociadas, durante esta prueba se analizó a nivel abdominal órganos como riñones y páncreas, no encontrándose otras lesiones quísticas similares.

Se realiza una punción aspiración con aguja fina, con hallazgos sugerentes de lipoma. Por lo cual ante el cuadro clínico y los hallazgos de pruebas complementarias, se decide intervención quirúrgica para biopsia y eliminación de volumen de tejido glandular; realizando parotidectomía unilateral con preservación del nervio facial ipsilateral.

La pieza patológica obtenida, fue analizada histológicamente, evidenciando dilataciones quísticas de los conductos terminales del tejido glandular, conservan septos interlobulares normales con acinos seroso residuales, con fibrosis intersticial y signos histológicos de inflamación. Hallazgos concordantes con la poco frecuente EPP.

DISCUSIÓN

La presentación clínica del caso presentado al igual que esta patología, suele cursar con episodios inflamatorios recurrentes, generalmente indoloros a excepción que se acompañe de procesos infecciosos. Es típica la apariencia tumefacta de la glándula y suele ser poco común la presencia de quistes en otros órganos, las cuales hemos descartado con estudios complementarios.

En relación con la escasa cantidad de casos publicados desde la década de los 60, el rango de edad de su diagnóstico suele ser bastante amplio, desde los 6 años hasta los 83; aunque su mayor frecuencia suele estar entre la 2a y 4a década de la vida. Como se ha sido descrito previamente, el género femenino suele predominar entre los casos publicados hasta la fecha; por tanto la edad y el género de nuestra paciente, son comparables con las características epidemiológicas de la mayoría de los otros 17 casos publicados hasta la fecha.

El mecanismo causal subyacente, como se describió previamente aún se encuentra por confirmar; en el caso presentado no se encontró vinculación familiar; por tanto su posible factor etiopatogénico, se relaciona más a un posible origen de desarrollo malformativo a nivel ductal.

Actualmente no existe una prueba que se pueda considerar el Gold Standard para su diagnóstico. Pruebas diagnósticas como la sialografía permiten delinear el árbol ductal de la glándula; sin embargo, no llega a obtener una imagen característica de esta patología. Por tanto, pruebas complementarias como la ecografía, resonancia magnética o la tomografía computarizada, se vuelven útiles para demostrar quistes e inflamación a nivel glandular.

De esta forma la resonancia magnética (Figura 2) se convierte en la prueba de imagen diagnóstica más relevante, por sus características favorables para esta patología detectando quistes en el parénquima glandular, con marcado agrandamiento del tejido glandular. La EPP es compatible con nuestros hallazgos, que identifican lesiones poliquísticas encontradas en el lóbulo superficial y profundo de parótida derecha en nuestra paciente.

Otros dos casos han sido publicados; sin embargo, sus cuadros clínicos se limitan a glándulas salivales menores sin involucrar la glándula parótida. En el primero de ellos Garcia et al. presenta un caso con afectación únicamente submaxilar ciertamente poliquístico, en un paciente masculino y de manera bilateral. En el otro caso clínico, Srikant et al. presenta una única lesión quística en una glándula salival labial. Por tanto, debido a estas variaciones tanto epidemiológicas como histopatológicas, y ante la ausencia de otros casos con limitación a glándulas salivales menores, el análisis del caso

**ENFERMEDAD POLIQUÍSTICA DE LA PARÓTIDA.
REVISIÓN SOBRE UN CASO CLÍNICO POCO
FRECUENTE A NIVEL MUNDIAL.**

presentado en este estudio se suscribe a casos poli-quísticos cuyo cuadro patológico involucra esencialmente a la parótida. ^(6,7)

Debido a que las lesiones quísticas encontradas, pueden presentarse en múltiples patologías glandulares, se vuelve importante considerar diversos diagnósticos diferenciales, incluyendo cambios quísticos en el contexto de patologías neoplásicas de base, como tumor de Whartin, adenoma pleomórfico, carcinoma mucoepidermoide y carcinoma adenoide quístico. Estas patologías a diferencia de la EPP, a menudo presentan quistes pre-auriculares y superficiales, alejados del cuerpo glandular. ⁽¹⁾

Así mismo, a diferencia del quiste ductal, en el caso actual se presenta una afectación poli-quística y en comparación con la adenosis esclerosante, la hiperplasia epitelial atípica no fue encontrada. Microscópicamente, en la EPP se suelen apreciar nódulos que son reemplazados por quistes de varios tamaños, con secreciones salivales. Como ha sido confirmado en el caso actual.

Otras patologías como los quistes linfoepiteliales, suelen presentarse asociados a nódulos linfáticos y no al parénquima glandular como sucede en la EPP. Así mismo suelen presentarse en pacientes inmunocomprometidos. ⁽¹⁾

El tratamiento de esta patología, al tener un comportamiento benigno, se ve condicionado a la sintomatología y al cuadro clínico doliente de esta. El tratamiento adecuado es la parotidectomía. En caso de no lograr una exéresis completa del tejido afectado el caso presentará riesgo de recurrencia.. ^(1,5)

En el caso presentado posterior a la intervención quirúrgica no se volvió a encontrar nuevas lesiones, uni o bilaterales. Sin embargo, la vigilancia a largo plazo es importante tanto para descartar recurrencias como para detectar nuevas lesiones contralaterales. ⁽²⁾

CONCLUSIONES

- Entre las enfermedades benignas de las glándulas salivales es necesario considerar la EPP debido a su sintomatología de fácil confusión con otras enfermedades.
- La EPP es un proceso enteramente benigno que muchas veces se interviene debido a razones cosméticas y sintomáticas, pero cuyo diagnóstico es de principal importancia para descartar otras patologías no benignas.
- Un seguimiento a largo plazo es recomendable para descartar recurrencias y la implicación de otras glándulas salivales, debido al poco cono-

cimiento que se tiene con la literatura científica actual.

- Es necesario reportar cada vez más casos, con el fin de establecer guías de diagnóstico y tratamiento de esta patología.

BIBLIOGRAFIA

1. Mahima V. Guledgud, Karthikeya Patil, Reema Sharon D'souza. Polycystic Parotid Disease: A Rare Case Report. IJDSR. 2014;2:161-3.
2. Kumar KA, Mahadesh J, Setty S. Dysgenetic polycystic disease of the parotid gland: Report of a case and review of the literature. J Oral Maxillofac Pathol. 2013;17:248- 52.
3. Jeevakarunyam, Sathiyajeeva & Ramanthan, Manikandhan & Pm, Sunil & Thukanayakanpalayam Ragunathan. Salivary Duct Cyst of Parotid Gland- A Case Report. Saudi Journal of Pathology and Microbiology. 2016;1: 50-53.
4. Perottino F, Barnoud R, Ambrun A, Poupart M, Pignat J-C, Merrot O. Sclerosing polycystic adenosis of the parotid gland: Diagnosis and management. European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases. 2010;127:20-2.
5. Eley KA, Golding SJ, Chapel H, Watt-Smith SR. Polycystic parotid disease in a male child: report of a case and review of the literature. J Oral Maxillofac Surg. 2011; 69:1375-9.
6. Srikant N, Yellapurkar S, Boaz K, Baliga M. Manaktala N, Sharma A. Disgenetic polycystic disease of minor salivary gland: a rare case report and review of the literature. Case Rep Pathol 2017: 5279025.
7. Garcia S, Martini F, Caces F, Andrac L, De Micco C, Charpin C. Polycystic disease of the salivary glands: report of an attack of the submaxillary glands. Annales de Pathologie. 1998; 18:58-60.

Tabla1.- Casos reportados de adenosis poliquística hasta 2016. (Eley et al. Polycystic Parotid Disease. J Oral Maxillo fac Surg.). (2,3,6)

ESTUDIO	GÉNERO	EDAD DE INICIO	UNI/BILATERAL
Caso Actual	Femenino	26	Unilateral
Guledgud et al	Masculino	83	Unilateral
Koudounarakis et al	Femenino	62	Bilateral
Kumar et al	Femenino	19	Unilateral
Elev et al	Masculino	8	Bilateral
Lavfield	Masculino	21	Bilateral
Ficarra et al	Femenino	32	Bilateral
Ortiz-Hidalgo y De La Vega	Feminino	65	Unilateral
Brown et al	Feminino	31	Bilateral
McFerran y Gallimore	Femenino	39	Unilateral
Smyth y High	Femenino	18	Bilateral
Batsakis y Luna	Femenino	26	Bilateral
	Femenino	16	Bilateral
	Femenino	32	Bilateral
Dobson	Femenino	23	Bilateral
Seifert y Donath	Femenino	6	Bilateral
	Femenino	65	Unilateral
Milhalyka	Femenino	67	Bilateral



Figura 1. Fotografía frontal del paciente en la que puede observarse tumefacción del lado derecho.

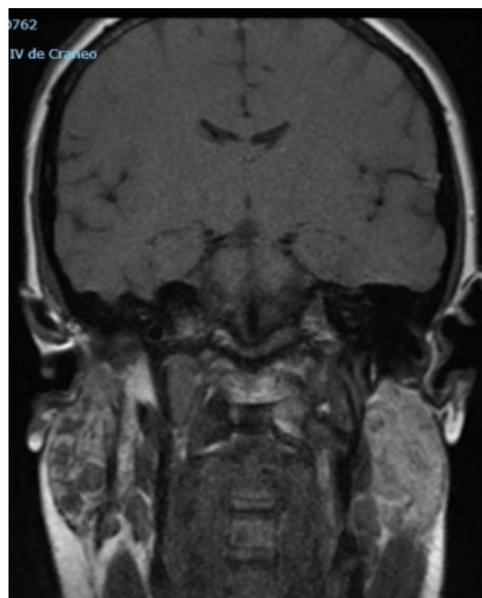


Figura 2. Resonancia magnetica en la que puede observarse la presencia de múltiples imágenes nodulares en la glándula parótida derecha.

Normas de publicación

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:

BIOHORIZONS®

oxteia

 **Sanhigía**
TODO PARA LA CIRUGÍA DENTAL



SoluDenta
SOLUCIONES DENTALES



Osteògenos
Dental Surgical Devices



NORMON
DENTAL

 **inibsa**
DENTAL