

Revista Andaluza de

Cirugía Bucal

Año 2020 / Nº 9

- **NUEVOS PARADIGMAS: OCLUSIÓN Y POSTURA**
- **EXPOSICIÓN QUIRÚRGICA ABIERTA VS. CERRADA EN RESCATE DE CANINOS IMPACTADOS. A PROPÓSITO DE UN CASO BILATERAL EN PALATINO**
- **QUISTE RESIDUAL MANDIBULAR: ENUCLEACIÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO**



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:

Rogelio Álvarez Marín
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

EXPOSICIÓN QUIRÚRGICA ABIERTA VS. CERRADA EN RESCATE DE CANINOS IMPACTADOS. A PROPÓSITO DE UN CASO BILATERAL EN PALATINO.

García Galdeano, C; Martín Gómez, A; Álvarez Marín, R; Fernández-Figares Conde I; Gutiérrez Corrales, A; Torres Lagares, D; Gutiérrez Pérez, JL.

Máster de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla.

INTRODUCCIÓN

El canino maxilar permanente es el segundo diente en frecuencia, después del tercer molar inferior, en no hacer erupción en su ubicación correcta en boca. Este fenómeno se describe como ectópico, desplazado o impactado y su tasa de prevalencia es del 1-3 %, siendo alrededor del 8 % de los casos reportados un fenómeno bilateral.⁽¹⁾

Los caninos ectópicos pueden desplazarse en sentido palatino o bucal. Se viene reportando desde hace años que la mayoría de los caninos ectópicos (85%) se desplazan hacia el paladar. Sin embargo, un estudio de tomografía computarizada (TC) publicado más recientemente sugiere que esta cifra es del 50%, siendo el resto desplazamientos en sentido bucal o en la línea del arco.⁽²⁾

El manejo de un canino impactado en paladar es complejo y la elección de tratamiento está influenciada por varios factores, tales como la ubicación, la gravedad de la impactación y la edad del paciente.⁽³⁾ Dado el alto valor estético y funcional, es importante reubicarlos en su lugar apropiado dentro del arco dentario.⁽⁴⁾ La radiografía permite estimar la necesidad del tratamiento, la dificultad del mismo y la probabilidad de éxito esperada; así como determinar el tratamiento del que cabe esperar una mejor resolución del caso.⁽⁵⁾ En general, se recomienda reubicarlo en su posición correcta si el desplazamiento no es demasiado grave y el paciente es apto para el tratamiento de ortodoncia. Si se opta por esta opción, es necesario exponer parte de la corona enterrada mediante un procedimiento quirúrgico seguido de un tratamiento ortodóncico para traccionarlo hasta su posición correcta.^(3,6)

En la actualidad se pueden utilizar dos principales técnicas quirúrgicas para este fin: técnica cerrada y técnica abierta.⁽⁶⁾

La técnica cerrada implica levantar un colgajo mucoperióstico y eliminar el hueso que cubre parte de la porción de la corona donde se adherirá un elemento ortodóncico. El colgajo es reposicionado cubriendo la corona y la cadena sale a la cavidad oral a través de él. Poco después de la cirugía, se utiliza un aparato ortodóncico para aplicar fuerzas suaves y llevar al canino a su posición correcta dentro del arco dental.

La exposición quirúrgica abierta implica dejar expuesta al medio oral la porción de la corona descubierta. La técnica clásica consiste en eliminar de forma directa una ventana del tejido situado por encima del diente sin levantar colgajo y colocar un apósito que será retirado aproximadamente a los 10 días. Pasado este tiempo es cuando se coloca el aditamento de ortodoncia y el diente comienza a ser traccionado, por encima de la encía, a su posición correcta.⁽⁶⁾

Del mismo modo, existen variantes quirúrgicas dentro de estas dos principales alternativas:⁽²⁾

A) Variantes quirúrgicas de la técnica de exposición abierta:

1. Técnica en ventana: Eliminación quirúrgica directa de la mucosa y el hueso que recubre el diente impactado.
2. Procedimiento abierto con colgajo: Implica levantar un colgajo palatino de espesor completo, exponer el diente y posteriormente reposicionarlo previa realización de una ventana (porción circular de fibromucosa) en el mismo que deje expuesta la porción del diente descubierta.
3. Técnica de colgajo reposicionado apicalmente: su indicación principal es el diente impactado en vestibular por encima de la línea mucogingival, pero no desplazado distal o mesialmente de su posición de erupción ideal.

B) Variantes quirúrgicas de la técnica de exposición cerrada:

1. Técnica de exposición mínima: Implica levantar un colgajo, eliminar el área de hueso mínima que permita visualizar el folículo y cortar una ventana del mismo para exponer la superficie de corona suficiente donde adherir el aditamento ortodóncico. La mayoría del folículo se deja intacto. El colgajo es reposicionado saliendo solo la ligadura o la cadena a través del borde suturado.
2. Técnica de exposición máxima: Similar a la anterior, se diferencia en la enucleación completa del folículo para lograr la exposición del diente en su circunferencia máxima.

3. Técnica en túnel: El canino debe estar impactado cerca del alveolo del canino temporal que se va a extraer de forma simultánea a la exposición quirúrgica, ya que tras reposicionar el colgajo la cadena ortodóncica saldrá por dicho alveolo.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es valorar el papel de ambas técnicas quirúrgicas, abierta y cerrada, y visualizar un ejemplo de cada una de ellas a través de la exposición de un único caso clínico en paladar operado en el Máster de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla. En este caso se observa la variante en túnel de la técnica cerrada y la variante con colgajo de la técnica abierta.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 14 años que acude al Máster de Ortodoncia de la Universidad de Sevilla por presentar patología de erupción y apiñamiento dentario. Presenta inclusión dentaria bilateral de caninos superiores por palatino. Una vez evaluado el caso por el ortodoncista, se decide la exodoncia simultánea de los caninos temporales superiores junto a la etapa quirúrgica del rescate de los caninos definitivos. Es derivado al Máster de Cirugía Bucal en abril de 2019 con el objetivo de realizar el componente quirúrgico del plan de tratamiento (Figura 1).



Figura 1. Inicial.

Bajo anestesia local (Figura 2), se realizaron dos incisiones festoneadas por palatino: desde mesial de 11 a distal de 14 en cuadrante uno y desde mesial de 2.1 a distal de 25 en segundo cuadrante, evitando de esta forma **el despegamiento** del paquete vasculonervioso nasopalatino (Figura 3).

Ambos caninos fueron expuestos de igual forma: despegamiento y levantamiento de colgajo palatino de espesor total; y descubrimiento de la corona mediante osteotomía con pieza de mano sin alcanzar el cuello de la corona ni alterar la estructura cementaria (Figura 4 y 5).



Figura 2. Anestesia.



Figura 3. Incisión.

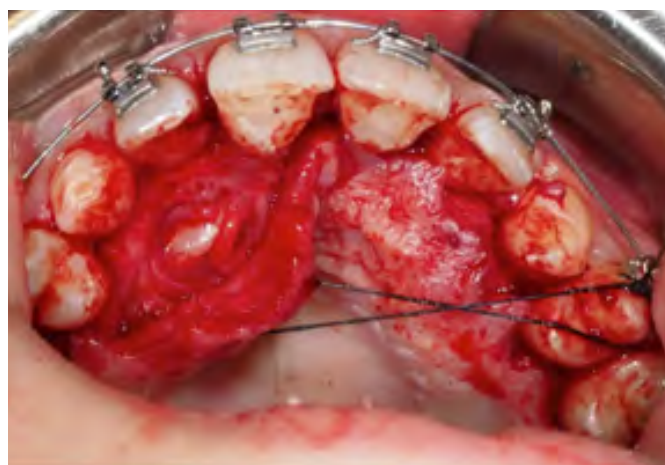


Figura 4. Despegamiento.

Posteriormente, una vez controlado el sangrado, se adhirió un botón con una cadeneta de ortodoncia en la cara vestibular de ambos caninos. Las exodoncias de 5.3 y 6.3 se realizaron de forma simultánea a la cirugía antes de reposicionar los colgajos (Figuras 6,7,8 y 9).

Ambos colgajos fueron suturados con sutura de 4/0 y puntos de colchonero verticales a nivel de las papilas interdentales.

Se dieron indicaciones postoperatorias que incluían apretar una gasa sobre el paladar las primeras horas postoperatorias para evitar la formación de hematomas bajo la fibromucosa palatina, así como la reali-

ción de enjuagues con clorhexidina al 0.12 % dos veces al día durante 15 días.

La primera revisión se realizó a la semana para retirada de sutura y las siguientes las realizó el ortodoncista en los sucesivos meses para control de la parte ortodóncica del tratamiento (Figuras 11, 12 y 13).



Figura 5. Exposición.



Figura 8. Descubrimiento 23.



Figura 6. Cementado botón 13.



Figura 9. Exodoncia caninos temporales.

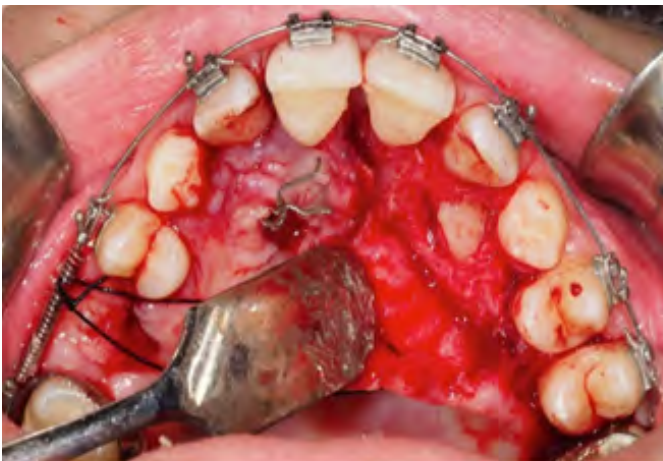


Figura 7. Fenestración colgajo 13.

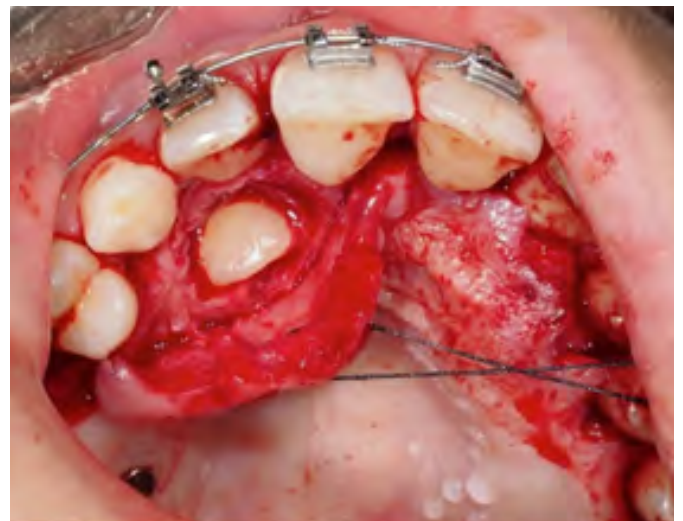


Figura 10. Sutura.



Figura 11. Revisión 1 semana.



Figura 12. Revisión 1 mes.



Figura 13. Revisión 7 meses.

DISCUSIÓN

Distintos estudios han comparado ambas técnicas quirúrgicas en paladar, abierta y cerrada, considerando parámetros tales como duración de tratamiento, salud periodontal final, estética resultante y

recuperación del paciente.^(7,8)

Cuando se hace una búsqueda en la literatura, es notable la escasez de estudios de calidad y revisiones referentes a la comparación de ambas técnicas en caninos desplazados a palatino.^(4,8,9,10) Respecto a los estudios que comparan ambas técnicas en vestibular y palatino, ocurre algo similar, siendo las revisiones sistemáticas escasas.⁽⁴⁾

En unos de los ensayos clínicos considerados de mejor evidencia^(11,12,13) para los resultados periodontales y estéticos de caninos impactados en paladar, no se han encontrado ninguna diferencia entre ambas técnicas de exposición.^(7,10,14) Tampoco se han encontrado diferencias clínicamente relevantes en los resultados periodontales de caninos impactados en vestibular.⁽¹⁵⁾

En una revisión sistemática reciente centrada en caninos desplazados a palatino, se observó que la literatura actual no proporciona evidencia suficiente para afirmar que una técnica sea superior a otra.⁽⁶⁾ En el resultado estético parece que hubo poca o ninguna diferencia al comparar caninos operados y no operados al final del tratamiento, por lo que no es sorprendente que no haya diferencias en el resultado estético cuando se comparan entre ambos procedimientos. Sucede similar con la salud periodontal: aunque se detectó una diferencia estadísticamente significativa entre los caninos no operados y operados, ésta fue pequeña (0.5 mm) y es poco probable que sea clínicamente relevante. No obstante, no se puede estar seguro de los hallazgos expuestos, pues la calidad de la evidencia de los artículos es de baja a muy baja.⁽⁶⁾

Al comparar la duración del procedimiento quirúrgico, parece ser menor si la técnica es abierta.⁽¹⁶⁾ Para la variable dolor/molestias postoperatorias, si bien no se encuentran diferencias significativas entre ambas técnicas quirúrgicas,^(6,16) existe una recuperación más rápida de las mismas si la técnica es cerrada.⁽¹⁶⁾

Respecto a la necesidad de reintervenciones, se ha informado que ésta es mayor si la técnica es cerrada, así como el número de citas^(7,17) y la duración del tratamiento de ortodoncia activo^(4,18); sin verse aumentado, a pesar de ello, la duración del tratamiento en su totalidad.^(7,18) Otros autores tampoco encuentran diferencias en la duración del tratamiento al comparar ambas técnicas.⁽⁶⁾

Por otro lado, se ha asociado a la técnica abierta con probabilidades significativamente menores de anquilosis.⁽¹⁴⁾

Hay autores que presentan preferencias personales para elegir una técnica u otra y consideran que el levantamiento de colgajo ofrece un mayor campo qui-

rúrgico donde el colgajo, principal fuente de sangrado, está alejado del área de adhesión. Además, al ofrecer mayor visibilidad, se puede controlar mejor la mínima eliminación de hueso para ubicar el aditamento ortodóncico.⁽⁹⁾

Se debe considerar en el análisis del resultado de cada caso clínico que es difícil controlar todos los factores que influyen en él, pudiendo ser éstos numerosos⁽²⁾. Por ejemplo, respecto a la duración se ha visto que la tracción ortodóncica activa del canino impactado en el maxilar está influenciada principalmente por el sexo del paciente, la impactación bilateral, la ubicación centrada bicorticalmente y la localización en sector 4 ó 5 cerca de la línea media, lo que aumenta el tiempo de tracción en algunos meses.^(19,20)

CONCLUSIONES

1.- La literatura actual no proporciona evidencia suficiente para afirmar que una técnica sea superior a otra. Ambas parecen ser una intervención exitosa, son versátiles y se pueden adaptar a cada caso según las preferencias del clínico.

2.- Los estudios de calidad comparativos son escasos, por lo que se requieren más ensayos clínicos aleatorios de calidad para determinar los resultados y posibles complicaciones de cada una de las técnicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bishara SE, Ortho. D. Impacted maxillary canines: A review. *Am J Orthod Dentofac Orthop*. 1992;101(2):159-71.
2. Ericson S, Kurol J. Incisor Root Resorptions Due to Ectopic Maxillary Canines Imaged by Computerized Tomography: A Comparative Study in Extruded Teeth. *Angle Orthod*. 2000;70(4):276-83.
3. Parkin N, Bazargani F, Benson PE, Atwal A. Interventions for promoting the eruption of palatally displaced permanent canine teeth, without the need for surgical exposure, in children aged 9 to 14 years. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;2017 (10).
4. Cassina C, Papageorgiou SN, Eliades T. Open versus closed surgical exposure for permanent impacted canines: A systematic review and meta-analyses. *Eur J Orthod*. 2018;40(1):1-51.
5. Eslami E, Barkhordar H, Abramovitch K, Kim J, Masoud MI. Cone-beam computed tomography vs conventional radiography in visualization of maxillary impacted-canine localization: A systematic review of comparative studies. *Am J Orthod Dentofac Orthop*

[Internet]. 2017;151(2):248-58.

6. Parkin N, Benson PE, Thind B, Shah A, Khalil I, Ghafoor S. Open versus closed surgical exposure of canine teeth that are displaced in the roof of the mouth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;2017(8).

7. Bertl MH, Foltin A, Giannis K, Vasak C, Bernhart T, Strbac GD. Influence of repeat surgery on treatment time in the interdisciplinary management of impacted maxillary canines: A retrospective cohort study. *J Cranio-Maxillofac Surg*. 2016;44(7):843-7.

8. Parkin, N., Benson, P. E., Thind, B. and Shah, A. (2008) Open versus closed surgical exposure of canine teeth that are displaced in the roof of the mouth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, CD006966.

9. Becker A, Zogakis I, Luchian I, Chaushu S. Surgical exposure of impacted canines: Open or closed surgery. *Semin Orthod* [Internet]. 2016;22(1):27-33.

10. Sampaziotis D, Tsolakis IA, Bitsanis E, Tsolakis AI. Open versus closed surgical exposure of palatally impacted maxillary canines: comparison of the different treatment outcomes—a systematic review. *Eur J Orthod*. 2018;40(1):11-22.

11. Parkin NA, Deery C, Smith AM, Tinsley D, Sandler J, Benson PE. No difference in surgical outcomes between open and closed exposure of palatally displaced maxillary canines. *J Oral Maxillofac Surg* [Internet]. 2012;70(9):2026-34.

12. Parkin NA, Freeman J V., Deery C, Benson PE. Esthetic judgments of palatally displaced canines 3 months postdebond after surgical exposure with either a closed or an open technique. *Am J Orthod Dentofac Orthop* [Internet]. 2015;147(2):173-81.

13. Parkin NA, Milner RS, Deery C, Tinsley D, Smith AM, Germain P, et al. Periodontal health of palatally displaced canines treated with open or closed surgical technique: A multicenter, randomized controlled trial. *Am J Orthod Dentofac Orthop* [Internet]. 2013;144(2):176-84.

14. Koutzoglou SI, Kostaki A. Effect of surgical exposure technique, age, and grade of impaction on ankylosis of an impacted canine, and the effect of rapid palatal expansion on eruption: A prospective clinical study. *Am J Orthod Dentofac Orthop* [Internet]. 2013;143(3):342-52.

15. Incerti-Parenti S, Checchi V, Ippolito DR, Gracco A, Alessandri-Bonetti G. Periodontal status after surgical-orthodontic treatment of labially im-

pacted canines with different surgical techniques: A systematic review. *Am J Orthod Dentofac Orthop* [Internet]. 2016;149(4):463–72.

16. Gharaibeh TM, Al-Nimri KS. Postoperative pain after surgical exposure of palatally impacted canines: closed-eruption versus open-eruption, a prospective randomized study. *Oral Surgery, Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodontology*. 2008;106(3):339–42.

17. Burden DJ, Mullally BH, Robinson SN. Palatally ectopic canines: closed eruption versus open eruption. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 1999;115(6):640–4.

18. Naoumova J, Rahbar E, Hansen K. Glass-ionomer open exposure (GOPEX) versus closed expo-

sure of palatally impacted canines: A retrospective study of treatment outcome and orthodontists' preferences. *Eur J Orthod*. 2018;40(6):617–25.

19. Arriola-Guillén LE, Aliaga-Del Castillo A, Ruíz-Mora GA, Rodríguez-Cárdenas YA, Dias-Da Silveira HL. Influence of maxillary canine impaction characteristics and factors associated with orthodontic treatment on the duration of active orthodontic traction. *Am J Orthod Dentofac Orthop*. 2019;156(3):391–400.

20. Parkin N, Furness S, Shah A, Thind B, Marshman Z, Glenroy G, et al. Extraction of primary (baby) teeth for unerupted palatally displaced permanent canine teeth in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;2018(3).



biohorizons
camlog



Dentsply
Sirona

oxteia



Osteògenos
Dental Surgical Devices

Ancladén



NORMON
DENTAL



klockner®



inibsa
DENTAL

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 a **revista@aacib.es** con copia a **danieltl@us.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.