

Revista Andaluza de Cirugía Bucal

Año 2020 / Nº 12

- **IMPLANTES DENTALES DE ZIRCONIO COMO ALTERNATIVA AL TITANIO**
- **CAMBIOS DIMENSIONALES TRAS LA EXTRACCIÓN DENTAL. REVISIÓN DE ARTICULOS**
- **INJERTO DE TEJIDO CONECTIVO COMO TRATAMIENTO PARA EL RECUBRIMIENTO DE RECESIONES GINGIVALES EN INCISIVO CENTRAL INFERIOR. 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

INJERTO DE TEJIDO CONECTIVO COMO TRATAMIENTO PARA EL RECUBRIMIENTO DE RECESIONES GINGIVALES EN INCISIVO CENTRAL INFERIOR. A PROPÓSITO DE UN CASO.

García De Frenza, A; Diosdado Cano, JM; Gutiérrez Corrales, A; Batista Cruzado, A; Torres Lagares, D; Gutiérrez Pérez JL.

¹Máster Cirugía Bucal Universidad de Sevilla.

INTRODUCCIÓN

Por periodonto adecuado se entiende, aquel que presenta tejido blando y hueso alveolar suficientes para prevenir el desarrollo de la recesión gingival, en ausencia de factores traumáticos. Se valorará no solo la altura de la encía insertada y del hueso, sino también su espesor. El complejo mucogingival es el componente más superficial y fácilmente visible del periodonto.

Desde hace más de cuatro décadas, las recesiones gingivales han sido definidas por Guinard y Caffesse en 1978 como una denudación parcial de la superficie radicular, debido a una migración hacia apical del margen gingival. La recesión gingival puede ser generalizada y afectar a todos los dientes o por el contrario localizada afectando a un solo diente o grupo dentario, es por ello que pueden generar problemas en la estética de los pacientes, en la higiene y la sensibilidad de dientes. Dichas recesiones en el sector anteroinferior pueden deberse a distintos factores: trauma por cepillado, trauma oclusal o mecánico, malposición dentaria, relación diente - hueso, movimientos ortodóncicos, inserción alta de frenillos, periodontitis, restauradora defectuosa, cirugía bucal tumores, infecciones víricas... El mecanismo por medio del cual se produce la recesión es similar sea cual sea el factor precipitante, pequeñas heridas o repetidos brotes de inflamación causados por la placa bacteriana originan una invaginación en forma de dedo de guante, tanto del epitelio del surco como de la adherencia epitelial y del epitelio de la superficie vestibular de la encía. Estas prolongaciones de introducen dentro del tejido conectivo y se unen unas con otras, aislando vascularmente el tejido conectivo gingival. Esta unión de los dos epitelios con desaparición del tejido conectivo crea un área de debilidad o de menor resistencia, que facilitará la aparición de una hendidura y el comienzo de la recesión gingival.

Miller, realiza una clasificación de las recesiones de tejido blando marginal teniendo en cuenta como consideraciones anatómicas dientes extruídos y malposicionados, pérdida ósea y tejido blando interproximal, los cuáles hacen imposible la colocación del injerto a nivel de la unión amelocementaria y, por lo tanto, la superficie radicular expuesta no podrá ser recubierta en su totalidad. Existen tres clases:

- Clase I: la recesión del tejido blando marginal

no alcanza la línea mucogingival. No hay pérdida de hueso ni de tejido blando en los espacios interdentes. Según Miller se puede anticipar el recubrimiento del 100% de la superficie radicular expuesta.

- Clase II: la recesión del tejido blando marginal se extiende hasta o más allá de la línea mucogingival, no hay pérdida de hueso ni de tejido blando en los espacios interdentes. Según Miller se puede anticipar el 100% de la superficie radicular expuesta.

- Clase III: la recesión del tejido blando marginal se extiende hasta o más allá de la línea mucogingival. Hay pérdida de soporte en las áreas interproximales o bien existe malposición dentaria. La pérdida ósea y de tejidos blandos es apical a la línea amelocementaria pero coronal a la extensión apical de la recesión del tejido blando. Se puede anticipar un recubrimiento parcial de la superficie radicular expuesta.

- Clase IV: la recesión del tejido blando marginal se extiende hasta o más allá de la línea mucogingival. La pérdida de soporte periodontal es severa a nivel de las áreas interproximales. La pérdida ósea y de tejidos blandos se extiende hasta nivel de la extensión apical de la recesión de tejido blando. Puede existir malposición dentaria. No se puede anticipar un recubrimiento parcial de la superficie radicular.

Desde el punto de vista del pronóstico del recubrimiento radicular, no tiene ninguna relevancia que el margen gingival alcance o no la línea mucogingival. Por ello las recesiones pueden simplificarse en 3 categorías:

- Tipo I: aquellas recesiones que no se acompañan de pérdida de tejido interproximal y/o malposición dentaria. La recesión puede alcanzar o no la línea mucogingival.

- Tipo II: aquellas recesiones que se acompañan de pérdida de tejido interproximal y/o malposición dentaria. La recesión puede alcanzar o no la línea mucogingival. En la mayor parte de éstas, no será posible el recubrimiento radicular completo.

- Tipo III: aquellas recesiones que se acompañan de una pérdida de tejido interproximal severa. Puede alcanzar o no la línea mucogingival. No se puede anticipar ni siquiera un recubrimiento parcial de la superficie radicular.

Para solventar estos problemas numerosos autores han descritos muchas técnicas entre ellas los injertos de tejido conectivo tomados del propio paciente, en la fibromucosa palatina.⁽¹⁾

Además, desde 1982 Pérez Fernandez ha descrito por primera vez el uso de un injerto de tejido conectivo no solo para aumentar la cantidad de encía insertada, sino también para lograr el recubrimiento radicular.⁽²⁾ A su vez, en 1985 Langer y Langer describieron esta misma técnica con el fin de conseguir el recubrimiento radicular.⁽³⁾

Cada vez es mas común ver pacientes que han presentado apiñamientos anteroinferiores o malposiciones dentarias y esqueléticas, que requieren de tratamiento ortodoncico, el cual ha sido solucionado su problemática oclusal pero gracias a la ortodoncia nos encontramos raíces denudadas y dientes que han sido sacados de su tabla alveolar, lo que se traduce en recesiones que afectan la estética, la higiene y la hipersensibilidad de los pacientes.

OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es presentar un caso clínico apoyado en la literatura para realizar el recubrimiento total de una recesión gingival en el sector anteroinferior, con un injerto de tejido conectivo tomado de la fibromucosa palatina y haciendo un colgajo de avance coronal. Conocer con mayor profundidad las características de estos defectos de tejidos blandos, además de las ventajas y beneficios de utilizar esta forma de tratamiento.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente de 28 años procedente del Hospital Universitario Virgen del Rocío, tratada en el Máster de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla. No presenta antecedentes médicos de interés, a nivel estomatológico refiere haber llevado ortodoncia por apiñamiento anteroinferior durante dos años y de haber finalizado dicho tratamiento hace 6 meses. Actualmente posee un retenedor lingual de ortodoncia; a la exploración oral presenta una recesión de 2 mm del margen gingival del diente 31, el cual dificulta su higiene; ausencia de diente 41; presenta sensibilidad generalizada en

dientes anteroinferiores e inflamación en encía adyacente por el acúmulo de tártaro supragingival (Figura 1, 2, 3, 4, 5). Tras realizar el estudio y planificación del caso por el equipo, finalmente se plantea la colocación de un injerto de tejido conectivo, obtenido de la fibromucosa palatina para lograr una cobertura de dicha recesión con un colgajo de avance coronal. Una vez explicado el diagnóstico y tratamiento a la paciente y el consentimiento informado ha sido aceptado y firmado, procedemos a realizar la intervención quirúrgica.



Figura 1. Fotografía inicial de recesión gingival en 31.



Figura 2. Fotografía inicial detalle profundidad de sondaje mesial de 3 mm en 31.



Figura 3. Fotografía inicial detalle profundidad de sondaje en el centro de la recesión de 1 mm en 31.



Figura 4. Fotografía inicial detalle profundidad de sondaje distal de 3 mm en 31.



Figura 5. Fotografía inicial vista desde oclusal, detalle del contorno dental y óseo de la zona anteroinferior.

Para llevar a cabo esta técnica es necesaria la anestesia locorregional de articaina con vasoconstrictor de la zona donante (fibromucosa palatina infiltrando el nervio nasopalatino (Figura 6) y palatino anterior) y de la zona receptora del tejido blando (en este caso



Figura 6. Anestesia de zona donante.

se infiltró el nervio mentoniano y nervio alveolar anterior, con una técnica infiltrativa a fondo de vestíbulo correspondiente al incisivo central inferior izquierdo).

En primer lugar, tendrá lugar la preparación del lecho receptor realizando dos incisiones verticales, una a cada lado del defecto entre la papila y el zenit (Figura



Figura 7. Incisiones mesial y distal del diente afectado (31).

7). A continuación, se levanta un colgajo a espesor parcial. Cuando se realiza una técnica para lograr el recubrimiento radicular, es imperativo hacer una detoxificación de la superficie del cemento, eliminando las endotoxinas unidas al cemento a través de un raspado y alisado radicular, tal como se muestra en la (Figura 8).

En segundo lugar, se procede a la obtención del tejido donante de la fibromucosa del paladar una vez que



Figura 8. Despegamiento del colgajo y exposición de la raíz expuesta.

ha sido preparada la zona receptora. Se suele medir la anchura y longitud del injerto con la sonda periodontal, y el espesor óptimo del injerto de tejido conectivo para intentar lograr el recubrimiento radicular es de 1,5 mm. Para la obtención del injerto existen dos tipos de técnicas; técnicas con incisiones liberadoras (técnica de la ventana o técnica del colgajo palatino con cuatro incisiones con ribete de epitelio, técnica del colgajo palatino con tres incisiones sin ribete de epitelio, técnica de la L invertida...) y técnicas sin incisiones liberadoras (técnica con una incisión horizontal, técnica modificada con una sola incisión horizontal...) En este caso se realiza la técnica de ventana de cuatro incisiones liberadoras. Se practican cuatro incisiones de las cuales dos son horizontales y a su vez, paralelas al plano oclusal. Ambas incisiones están separadas 1,5 - 2 mm entre sí, y a su vez, la incisión horizontal superior está separada 2 - 3 mm del mar-

gen gingival, extendiéndose desde canino (23) a segundo premolar (25) a unos 5 ó 6 mm por debajo del

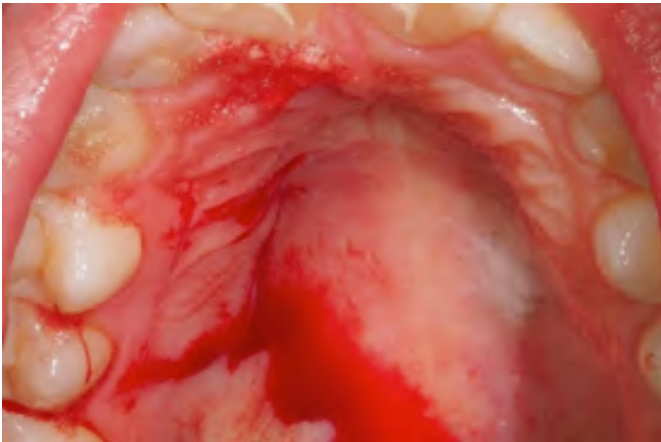


Figura 9. Incisión en paladar a 5 mm del borde de encía en zona donante.

borde de la encía libre (Figura 9). Se lleva a cabo un despegamiento del injerto con epitelio (Figura 10) ya que posteriormente de forma extraoral se desepitelizará (Figura 11, 12). El injerto obtenido se deposita en un vaso Dappen metálico quirúrgico con suero fisiológico donde se desepitelizará, tendrá que estar el meno tiempo posible extraoralmente.

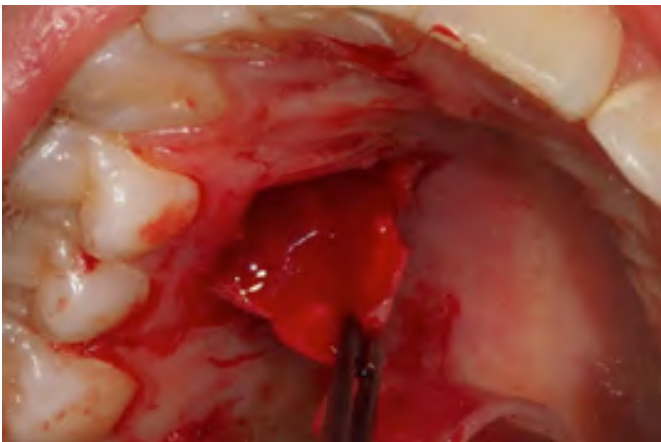


Figura 10. Despegamiento del injerto de tejido conectivo de la zona donante.



Figura 11. Injerto de tejido conectivo.

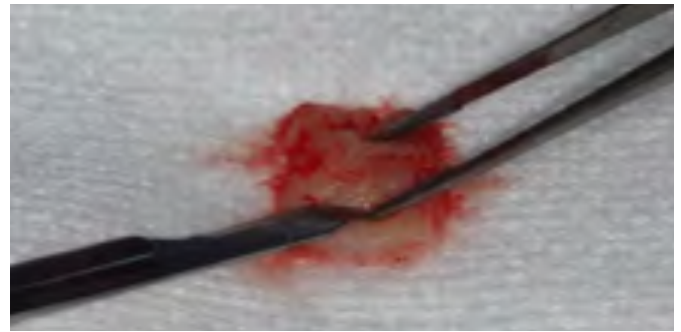


Figura 12. Desepitelización del injerto de tejido conectivo.

Una vez preparado el lecho receptor, se posiciona el injerto correctamente (Figura 13) con suturas reabsorbibles ha de suturarse de forma que esté lo más adherido posible al defecto, realizando suturas suspensorias con el nudo por lingual (Figura 14), para lue-



Figura 13. Posicionamiento del injerto en el lecho receptor.



Figura 14. Sutura del injerto a la zona receptora.

go terminar posicionando el colgajo hacia coronal, previamente desperiostizando la zona apical y suturándolo con suturas 6/0 no reabsorbibles (Figura 15). Por último, se procede a la sutura de la zona donante en la fibromucosa palatina en cruz suspensoria para comprimir dicha zona colocando membranas de fibrina para mejorar su coagulación y cicatrización (Figura 16).

El injerto de tejido conectivo tomado del paladar, logra su cicatrización satisfactoria al cabo de una semana, al retirar las suturas se observa la zona inflamada, pero en correcto estado (Figura 17) y en la zona donante del injerto se puede observar la correcta maduración con exudado característico de una ci-



Figura 15. Sutura del colgajo de avance coronal.



Figura 16. Sutura del defecto de la zona donante.



Figura 17. Revisión a la semana de la intervención, zona palatina donante.



Figura 18. Revisión a la semana del injerto en la zona receptora. Retirada de sutura.

catrización de tejido epitelial (Figura 18). A las cuatro semanas, se hace nueva revisión y respectivas fotos para verificar la correcta cicatrización de los tejidos (Figura 19, 20) y al cabo de 4 meses se logra una cobertura radicular del 100% de la recesión (Figura 21), eliminando las molestias que eran ocasionadas al paciente; en la zona donante, apenas existe cicatriz (Figura 22).



Figura 19. Revisión al mes de la intervención, cobertura radicular del 100% de la recesión.

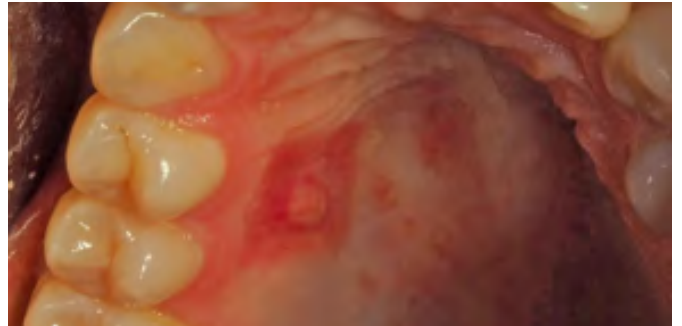


Figura 20. Revisión al mes de la intervención, zona donante.



Figura 21. Revisión a los 4 meses de la intervención, zona receptora.



Figura 22. Revisión a los 4 meses de la intervención, zona palatina.

DISCUSIÓN

Los injertos de tejido conectivo han sido estudiados y comparados por muchos autores en los últimos años y estos afirman, que dicho tratamiento puede ser más predecible que cualquier otra técnica. Tal como Egawa, Inagaki, Tomita y Saito en 2016, describían casos en donde el tratamiento de ortodoncia previo era de gran importancia, ya que éstos pueden ser los causantes de este tipo de recesiones localizadas a un solo diente, donde se observa como el incisivo central ha perdido su pared vestibular ocasionando dicha recesión, además de los problemas de sensibilidad y dificultad para la higiene, comentan que los injertos conectivos son una solución muy predecible a este tipo de defectos.⁽⁴⁾ Sin embargo, Nelson S.W y cols. en 1987, afirman que el injerto subpedicular está indicado cuando se desea un único procedimiento quirúrgico que cubra previsiblemente las superficies radiculares desnudas cuando hay una encía queratinizada inadecuada disponible para un injerto pedicular y donde el pronóstico es pobre para la cobertura de la raíz con un injerto gingival libre,⁽⁵⁾ por lo tanto en el presente caso clínico no estaría indicado ya que con la recesión de 2 mm podremos hacer un recubrimiento satisfactorio con un injerto de tejido conectivo.

Pérez Fernández y cols.⁽²⁾ en 1982 en describían por primera vez el uso de injertos de tejido conectivo no solo para aumentar la cantidad de encía insertada sino también para lograr el recubrimiento radicular. Por ello, una de las claves del éxito de las técnicas bilaminares radica en que el autoinjerto de tejido conectivo recibe doble vascularización. Por una parte, la que le aporta el periostio del lecho receptor sobre el cual se coloca el ITC y por otra parte la vascularización adicional que le aporta el colgajo pediculado que cubre al injerto. Esta doble vascularización reduce el riesgo de necrosis del injerto, aumentando por tanto la predecibilidad del recubrimiento radicular, en ello se ha basado el tratamiento de este caso.

Aunque esta técnica requiera de dos áreas quirúrgicas para ser llevado a cabo, en este caso la paciente no refirió mayores molestias. Los primeros días noto escozor e inflamación pero al pasar los días las molestias palatinas fueron reduciéndose.

En otro orden de ideas, Pérez Fernández y cols. preconizaban la obtención de un injerto completamente epitelizado y una vez fuera de la boca, eliminar la capa de epitelio con un bisturí. Algunos autores, como Marques de Mattos y cols.⁽⁶⁾ tras marcar con una hoja de bisturí el perímetro del tejido donante, eliminan el epitelio con una fresa de diamante de grano grueso y luego practican la disección del mismo. Ambos procedimientos presentan la ventaja de la sencillez en su ejecución, de obtener la totalidad del tejido conectivo

y de requerir menor grosor de fibromucosa palatina, pero a su vez tienen como inconvenientes, el dejar una herida cruenta en el paladar que tardará más tiempo en cicatrizar y que resultará molesta para el paciente. Además, tampoco se tendrá la certeza absoluta de que se habrá eliminado la totalidad del epitelio. En su estudio de 2019 Marques de Mattos y cols, evaluaron y compararon histológicamente los injertos de tejido conectivo en términos de la presencia de restos epiteliales y la composición de los tipos de tejido que estaban presentes (epitelio, lámina propia y submucosa); llegando a la conclusión que no existía una diferencia significativa entre hacer una técnica removiendo el epitelio con bisturí y removiendo dicho epitelio en boca con una fresa de diamante.

Diversos autores, como Edel y cols.⁽⁷⁾ propusieron el empleo de un diseño de colgajo palatino en ventana, con incisiones liberadoras verticales, para tener acceso al tejido donante localizado en el interior de la fibromucosa palatina. Raetzke y cols.⁽⁸⁾ por otra parte, describieron el uso de una incisión semilunar para obtener una cuña de tejido conectivo junto con una pequeña banda de epitelio palatino. Entre las ventajas de una técnica con incisiones liberadoras destaca la sencillez en la realización debido a la gran visibilidad que se obtiene; y como inconveniente podemos citar que existe un riesgo en la alteración de la vascularización del colgajo palatino, con la consiguiente necrosis del mismo, por ello se ha decidido hacer un injerto de conectivo libre, suturando posteriormente la zona cruenta y dejando que cicatrice por primera intención. Este tipo de colgajos para obtener un injerto de tejido conectivo tiene como ventajas disminuir la morbilidad de la intervención pero se debe tener un mejor manejo de los tejidos y experiencia del operador; por lo que se decide extirpar un injerto de tejido epitelial y conjuntivo y posteriormente desepitelizarlo para facilitar el acto operatorio, generando ciertas molestias adicionales al paciente pero que son de provecho para hacer una técnica de mejor calidad.

CONCLUSIONES

1. Dependiendo del tipo de recesión, estas pueden tener hasta un 100% de recubrimiento.
2. El injerto de tejido conectivo con un avance del colgajo coronal podría ser una modalidad aceptable en defectos de recesión de Clase I / II de Miller.
3. Esta técnica presenta ventajas sobre el injerto gingival libre, como resultados clínicos y estéticos significativamente superiores.
4. Es necesario eliminar los factores causantes de la recesión para un completo éxito del injerto.

5. Aunque haya mayor morbilidad por utilizar un sitio donante de otra zona del propio paciente, la cobertura de recesiones gingivales con injertos de tejido conectivo sigue siendo una de las opciones más predecibles y exitosas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fombellida Cortázar F, Martos Molino F. Cirugía mucogingival. Vitoria: Team Work Media España; 2004.

2. Perez Fernandez A. Injerto submucoso libre de encía. Una nueva perspectiva. Bol Inf Dent (Madrid). 1982; 309 :63-6.

3. Langer B, Langer L. Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. J Periodontol. 1985;56(12):715-20.

4. Egawa M, Inagaki S, Tomita S, Saito A. Connective tissue graft for gingival recession in mandibu-

lar incisor area: a case report. Bull Tokyo Dent Coll. 2016;58(3):155-162.

5. Nelson SW. The subpedicle connective tissue graft. A bilaminar reconstructive procedure for the coverage of denuded root surfaces. J Periodontol. 1987;58(2):95-102.

6. Marques de Mattos P, Papalexiou V, Tramontina VA, Kim SH, Luczyszyn SM, Bettega P, Batista Rodrigues Johann AC. Evaluation of 2 techniques of epithelial removal in subepithelial connective tissue graft surgery: a comparative histological study. J Period Impl Sci. 2019; 50(1): 2- 13.

7. Edel A. Clinical evaluation of the free connective tissue grafts used to increase the width of keratinized gingiva. J Clin Periodontol. 1974;1(4):185-96.

8. Raetzke PB. Covering localized areas of root exposure employing the "envelope" technique. J Periodontol. 1985; 56: 397-402.

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 Corpo-

raciones 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, uti-

lizando 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.



biohorizons
camlog



Dentsply
Sirona

oxteia



Osteógenos
Dental Surgical Devices

Ancladén



NORMON
DENTAL



Klockner®



inibsa
DENTAL