

Revista Andaluza de

Cirugía Bucal

Año 2021 / Nº 13

- **EXODONCIA QUIRÚRGICA DEL CANINO MAXILAR IMPACTADO. A PROPÓSITO DE UN CASO.**
- **AVANCES EN EL DIAGNÓSTICO Y LA ETIOPATOGENIA GENÉTICA DEL CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO.**
- **PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN PACIENTES ANTIAGREGADOS Y/O ANTICOAGULADOS EN PROCEDIMIENTOS DE CIRUGÍA BUCAL.**



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^{re} Ángeles Serrera Figallo



**biohorizons
camlog**



Osteogenos
Dental Surgical Devices

Ancladén



NORMON
DENTAL



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

EXODONCIA QUIRÚRGICA DEL CANINO MAXILAR IMPACTADO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Salado Cabeza F, Fernández Asián, Torres Lagares D, Gutiérrez Pérez JL.

Máster de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla.

UGC Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla.

INTRODUCCIÓN

Las alteraciones en la erupción de los caninos maxilares permanentes son comunes debido a su desarrollo en la zona alta del maxilar y encontrarse más alejado de la cavidad oral que cualquier otro diente. Los caninos juegan un papel vital en la apariencia facial, la estética dental, el desarrollo del arco y la oclusión funcional⁽¹⁾

El término impactación se puede definir, en términos patológicos, como un estado en el que un diente permanece incrustado en la mucosa oral o el hueso después de su período de erupción normal. Sin embargo, la definición clínica de dientes impactados puede ampliarse para incluir dientes que se prevé que sufran un proceso de erupción anormal o dientes que causen la resorción de la raíz de los dientes adyacentes, incluso antes del período de erupción normal.⁽²⁾

El canino maxilar permanente es el segundo diente impactado con mayor frecuencia en la cavidad oral después de los terceros molares. Tras estos, se encuentran los caninos mandibulares, premolares e incisivos.^(1,2) La incidencia de impactación canina superior varía entre 1-2,2% y es dos veces más común en mujeres que en hombres. Además, 1/3 de estas impactaciones se encuentran por vestibular mientras que 2/3 se observan por palatino, encontrándose en un 8% impactaciones bilaterales.^(1,3)

Las impactaciones caninas por palatino y por vestibular se consideran entidades completamente diferentes. Se cree que la impactación canina vestibular es una forma de apiñamiento mientras que la etiología de la impactación de los caninos maxilares por palatino no está muy clara.⁽¹⁻³⁾

Algunos autores defienden la existencia de diferentes teorías y otros la presencia de algunos factores que explican dicha impactación (Tabla 1).⁽³⁾

El diagnóstico de los caninos incluidos se puede realizar tanto clínica como radiográficamente.⁽¹⁾

Los signos clínicos incluyen: erupción tardía del canino permanente, sobrerretención del canino temporal, ausencia de una protuberancia labial, presencia de una protuberancia palatina y la inclinación distal

de la corona del incisivo lateral.⁽³⁾

En cuanto a los métodos de diagnóstico radiográficos encontramos tomografía computarizada de haz cónico, radiografía panorámica y la radiografía periapical. Siendo recomendado la tomografía computarizada de haz cónico, debido a que, gracias a su precisión, conduce al diagnóstico temprano de los caninos maxilares impactados, haciendo menos agresiva la estrategia de tratamiento.⁽⁴⁾

En cuanto al tratamiento de la impactación canina se pueden valorar diversos métodos de tratamiento, desde la observación, exodoncia del canino temporal, exposición quirúrgica y reposicionamiento ortodóncico, autotransplante, hasta la extirpación quirúrgica del canino impactado.⁽⁵⁾

Antes de decidir el tratamiento a realizar, debe analizarse la edad del paciente, el estado de los dientes adyacentes (estado periodontal, endodóntico y quirúrgico, la forma y la resorción), el estado dental del diente impactado, la relación oclusal, la presencia de cualquier otra afección asociada, y la longitud del arco dentario.⁽⁵⁾

Tabla 1.- El diagnóstico de los caninos incluidos se puede realizar tanto clínica como radiográficamente.⁽¹⁾

FACTORES ETIOLÓGICOS ASOCIADOS CON LOS CANINOS IMPACTADOS SE PUEDEN DIVIDIR EN TRES CATEGORÍAS:

1. Localizados

- a. Discrepancias entre la longitud de la arcada y el tamaño del diente.
- b. Fracaso en la reabsorción del canino temporal.
- c. Retención prolongada o pérdida temprana del canino temporal.
- d. Anquilosis del canino permanente.
- e. Quiste o neoplasia.
- f. Dilaceración de la raíz.
- g. Ausencia del incisivo lateral maxilar.
- h. Variación en el tamaño de la raíz del incisivo lateral.
- i. Factores iatrogénicos.
- j. Variación en el tiempo de formación de la raíz del incisivo lateral.
- k. Factores idiopáticos.

2. Sistémicos

- a. Deficiencias/Enfermedad endocrina.
- b. Procesos febriles.
- c. Irradiación.

3. Genéticos

- a. Factores hereditarios.
- b. Malposición del germen dentario.
- c. Presencia de hendidura crestal/alveolar.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 65 años acude al servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Virgen del Rocío derivado por su odontólogo por presentar dolor asociado a la inclusión del canino. En la ortopantomografía se observa la posición horizontal del canino, así como en la exploración intraoral se aprecia el abombamiento de la mucosa palatina. (Imágenes 1 y 2)



Imagen 1. Ortopantomografía preoperatoria.



Imagen 2. Preoperatoria intraoral.



Imagen 3. Incisión y despegamiento palatino.

Debido a la posición, estado y clínica presentada en la paciente se decide realizar la exodoncia del canino y que esta la misma se plantee con un abordaje por palatino. Se empleó técnicas de anestesia locorregional en la zona y se realizó una incisión intrasurcular de 13 a 22 con hoja de bisturí del nº 15 para posterior-

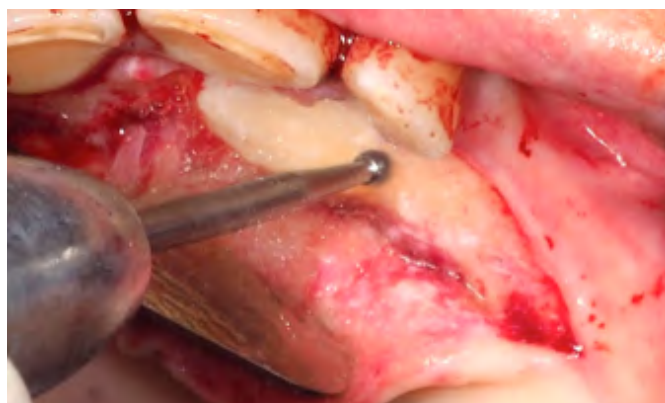


Imagen 4. Ostectomía alrededor de la corona.

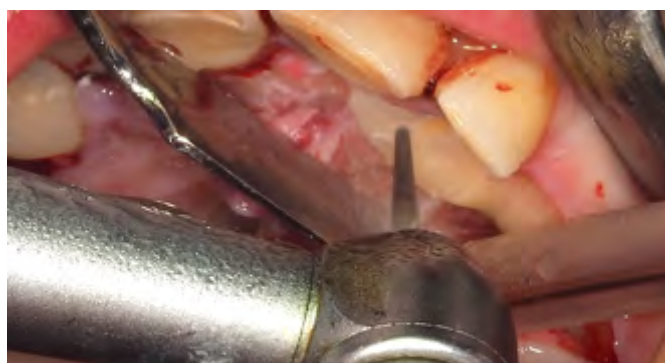


Imagen 5. Odontosección de la corona.



Imagen 6. Canino exodonciado.

mente despegar un colgajo a espesor total (Imagen 3). Posteriormente se realizó ostectomía para descubrir la corona del canino mediante una fresa redonda de carburo de tungsteno adaptada a pieza de mano con abundante irrigación, pues éste se encontraba en posición horizontal (Imagen 4). Una vez descubierta en su totalidad la corona del canino, se luxó con botadores para su exodoncia, pero ante la imposibilidad de su extracción se realizó odontosección del mismo para extraer de manera independiente la corona y la raíz (Imágenes 5 y 6).

Por último, se irrigó el alveolo con gluconato de clorhexidina al 0.12 %, y posteriormente se reposicionó el colgajo para proceder a suturarlo (Imagen 8). Se le dieron instrucciones postoperatorias a la paciente y se le prescribió tratamiento analgésico y antiinflamatorio (Ibuprofeno 600 mg 1/6-8h durante 4-5 días,

**EXODONCIA QUIRÚRGICA DEL
CANINO MAXILAR IMPACTADO.
A PROPOSITO DE UN CASO.**

asociado de forma intercalada con Paracetamol 1g 1/6-8h durante 4-5 días)



Imagen 7. Sutura del colgajo.

DISCUSIÓN

El canino maxilar juega un papel clave en los aspectos funcionales de la mordida, ya que forma parte de la guía anterior, ya sea en una oclusión canina protegida o en una función grupal. De igual manera, ante grandes cargas verticales y laterales, tiene una gran área de superficie de la raíz, que, en contraste, se convierte en un gran desafío de ortodoncia cuando se necesitan movimientos complejos.⁽⁶⁾

La presencia de excesivo espacio en el arco superior podría conducir a la impactación canina palatina al permitir que el canino migrase en sentido buco-palatino. De acuerdo con esto, algunos autores informaron que el 85 por ciento de los caninos impactados palatinamente tienen espacio suficiente para la erupción.⁽³⁾

Otros autores, sin embargo, achacan esta impactación a la ausencia congénita o la presencia de pequeños incisivos laterales. Es por ello que sugieren que, la presencia de una raíz incisiva lateral con la longitud correcta, formada en el momento adecuado, es una variable importante necesaria para guiar al canino en erupción en una dirección favorable. Además, se ha informado que el ancho de la corona mesiodistal de los incisivos maxilares y mandibulares es significativamente menor en pacientes con impactación canina palatina.^(1,3-4)

La exodoncia de caninos incluidos es el tratamiento de elección cuando se han descartado las demás posibilidades de tratamiento una vez valorada la edad del paciente, localización, riesgos asociados, etc.... Los caninos, al ser los últimos dientes en erupcionar en el sector anterior, se encuentran en la tesitura de su imposibilidad de erupcionar y por tanto, de su impactación. Además, esta patología suele ser asintomática y son diagnosticados en un examen de rutina.⁽⁷⁾

La inspección visual y la palpación digital son los métodos iniciales utilizados para establecer que un canino se ve afectado. En determinadas ocasiones, esta palpación puede ser confundida con eminencias óseas y

no localizar correctamente la inclusión.⁽⁷⁾

Diversos autores sugieren que la ausencia de la "protuberancia canina" cuando el niño tiene alrededor de 11 años de edad no es una indicación de impactación canina. Sin embargo, si no existe una protuberancia labial en un paciente de 9 ó 10 años se debe sospechar la alteración de la erupción del canino permanente y obtener una radiografía para confirmar el diagnóstico.⁽³⁾

A la hora de realizar un diagnóstico se ha descrito en la literatura que, la localización de los caninos ectópicos maxilares es significativamente más exitosa con la radiografía periapical empleando la técnica de paralelización horizontal que con la técnica de paralaje vertical.⁽⁷⁾ Por otro lado, la radiografía panorámica dental es menos precisa que la tomografía computarizada de haz cónico. Además, los cirujanos orales a menudo prefieren la tomografía computarizada de haz cónico a la radiografía convencional, mientras que los ortodontistas generalmente prefieren la imagen panorámica dental a la CBCT.⁽⁴⁾

Por tanto, la imagen panorámica puede ayudar a predecir la impactación de los caninos maxilares, pero el CBCT identifica con precisión la ubicación del canino maxilar impactado erigiéndose de esta forma como el método de diagnóstico recomendado. Así, mientras antes se diagnostique esta impactación, se podrán lograr mejores resultados de tratamiento.⁽⁴⁾

Independientemente de la etiología, las impactaciones caninas maxilares ocurren con una frecuencia que posibilita un amplio estudio de posibles medidas de tratamiento preventivo. Actualmente, el tratamiento preventivo más común es extraer el canino primario con la expectativa de que el canino permanente resuelva su posición desfavorable. La extracción del canino temporal se considera una medida efectiva en el 80% de los casos en pacientes de 10 a 13 años de edad, en particular si se trata de una impactación palatina, favoreciendo la posterior erupción del canino permanente.⁽⁵⁻⁶⁾

Si se toma la decisión de no realizar ninguna intervención inmediata, se recomienda que se realice una observación periódica para descartar posibles secuelas patológicas. Se deben realizar exámenes clínicos y radiológicos cada 18 a 24 meses y valorar la aparición de secuelas patológicas asociadas como: quiste dentígero, queratoquiste odontogénico, tumor odontogénico adenomatoide, odontogénico epitelial calcificante, Tumor de Pindborg, mixoma odontogénico, ameloblastoma, reabsorción externa / interna del diente impactado, reabsorción externa de la raíz de los dientes adyacentes, transmigración, dolor referido y periodontitis.⁽⁵⁾

La exposición quirúrgica y el reposicionamiento de or-

odoncia se considera el tratamiento de elección donde sea clínicamente factible y se pueda obtener un resultado predecible y exitoso. En definitiva, para casos con mejor pronóstico como los de pacientes en crecimiento, sin deficiencias graves en el espacio del arco, el tratamiento implica la exposición quirúrgica del diente impactado, seguida o no de tracción ortodóncica, que guiará y alineará el diente en el arco. Para elegir el tipo de exposición quirúrgica (abierta o cerrada) se debe valorar la profundidad de impactación, la anatomía del área edéntula y el tipo de fuerza de ortodoncia a emplear entre otros. El método de tracción más común para los caninos impactados palatinamente implica una exposición quirúrgica seguida de la unión del accesorio de ortodoncia, de modo que se pueda aplicar una fuerza ligera y lenta para mover el diente a lo largo de la posición correcta. Por último, la pérdida ósea, la resorción de la raíz y la recesión gingival alrededor del diente extraído son las complicaciones más comunes de este tipo de procedimiento.^(5,8)

El tratamiento quirúrgico se indica cuando el resto de tratamientos han fracasado o existe un mal pronóstico evitándose problemas futuros. Por tanto, se realizara el procedimiento quirúrgico diseñándose de acuerdo con la posición del canino impactado.⁽⁸⁾

En el caso de la paciente descrita en el presente trabajo, presentaba dolor, edad avanzada y una posición del canino impactado que no permitió valorar la posibilidad de realizar tracción ortodoncia. En el procedimiento quirúrgico, se optó por la vía palatina debido a la cercanía con la mucosa palatina del canino y la mayor facilidad de acceso esta zona.

Ante estas situaciones clínicas, se pueden realizar un colgajo marginal o un colgajo paramarginal. La literatura nos dice que, en el uso de una técnica u otra en la exodoncia de caninos incluidos, no se encuentran diferencias significativas durante el desarrollo de la cirugía ni en la cicatrización periodontal, si no que está más relacionado con la edad de los pacientes.⁽⁹⁾

Determinados autores no recomiendan el uso de la seda dental como material de sutura de elección debido al mayor acumulo de placa y que es un material de multifilamento. En lugar de ella, se pueden utilizar otras suturas no reabsorbibles como nylon, poliéster, polietileno o polipropileno de grosor 4-0, ideal para reposicionar colgajos mucoperiosticos periodontales logrando un mejor resultado postoperatorio.⁽¹⁰⁾

CONCLUSIONES

La impactación de los caninos es la segunda patología mas frecuente después de las impactaciones de los 3º molares y requiere un diagnóstico preciso, precoz e integral entre el ortodoncista, el cirujano oral y el

odontólogo general cuya única finalidad es un correcto tratamiento ya sea mediante observación periódica, tracción ortodóncica o extracción para evitar la aparición de posibles procesos infecciosos o traumáticos pues los caninos tienen un papel muy importante en la estética dental y en la oclusión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kim Y, Hyun HK, Jang KT. Interrelationship between the position of impacted maxillary canines and the morphology of the maxilla. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2012;141:556-562.
2. Bedoya MM, Park JH. A review of the diagnosis and management of impacted maxillary canines. *J Am Dent Assoc.* 2009;140:1485-1493.
3. Al-nimri K, Gharaibeh T. Space conditions and dental and occlusal features in patients with palatally impacted maxillary canines: an aetiological study. *Eur J Orthod.* 2005; 27:461-465.
4. Grybiene V, Jouzenaite D, Kubiliute K. Diagnostic methods and treatment strategies of impacted maxillary canines: A literature review. *Stomatologija* 2019; 21: 3-12.
5. Chawla S, Goyal M, Marya K, Jhamb A, Bhatia HP. Impacted canines: our clinical experience. *Int J Clin Pediatr Dent* 2011;4:207-212.
6. Puricelli E, Morganti ME, Azambuja H, Ponzoni D, Friedrisch C. Partial maxillary osteotomy following and unsuccessful forced eruption of an impacted maxillary canine -10 years follow-up. Review and case report. *J Appl Oral Sci* 2012;20:667-672
7. Sajjani AK, King NM. Diagnosis and localization of impacted maxillary canines: comparison of methods. *J Investig Clin Dent.* 2013;4:252-256.
8. Cruz RM. Orthodontic traction of impacted canines: Concepts and clinical application. *Dental Press J Orthod.* 2019;24:74-87.
9. Köşger H, Polat HB, Demirel S, Özdemir H, Ay S. Periodontal healing of marginal flap versus paramarginal flap in palatally impacted canine surgery: A prospective study. *J Oral Maxillofac Surg.* 2009;67:1826-1831.
10. Silverstein LH, Kurtzman GM, Shatz PC. Suturing for optimal soft-tissue management. *J Oral Implantol.* 2009;35:82-90.

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 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

Ancladén



Osteògenos
Dental Surgical Devices



NORMON
DENTAL



Klockner[®]



inibsa
DENTAL