

Cirugía Bucal

Año 2021 / N° 14

- EL LÁSER DE DIODO COMO TRATAMIENTO DE PRIMERA ELECCIÓN EN HEMANGIOMAS ORALES. A PRÓPOSITO DE UN CASO.
- REHABILITACIÓN MEDIANTE SEIS IMPLANTES EN MAXILAR TOTALMENTE EDÉNTULO. CASO CLINICO.
- ANTIBIÓTICOS EN LA CIRUGÍA DEL TERCER MOLAR: LA EVIDENCIA CIENTÍFICA FRENTE AL MIEDO.



Asociación
Andaluza
de Cirugía Bucal

Revista Andaluza de
Cirugía Bucal



biohorizons
camlog

Ancladén



REHABILITACIÓN MEDIANTE SEIS IMPLANTES EN MAXILAR TOTALMENTE EDÉNTULO. CASO CLINICO.

Álvarez Marín R, Fernández Asián I, 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

La Implantología se ha convertido en pilar fundamental de la odontología actual, así como sigue sufriendo un crecimiento exponencial. Una elevada tasa de éxito a largo plazo y los avances tecnológicos en odontología así como una creciente demanda de factores estéticos y de salud en la sociedad actual, han reproducido que los pacientes sean cada vez más exigentes en relación a los resultados clínicos.^(1,2)

El avance científico y la transformación constantes que sufre la implantología en relación al diseño y materiales empleados, así como el de las diferentes técnicas quirúrgicas (incluidos aquellos procedimientos de regeneración ósea y regeneración tisular), ha conseguido que prácticamente todos los pacientes, ya sean parcial o totalmente edéntulos, puedan ser tratados con una prótesis implantológica, aceptando las implicaciones individuales que ello conlleva: el coste, la duración y las posibles complicaciones postoperatorias asociadas al tratamiento.⁽¹⁻³⁾

A la hora de rehabilitar un paciente con implantes, es importante obtener un planteamiento global y valorar las diferentes opciones de tratamiento a realizar. Ante la posibilidad de diferentes técnicas quirúrgicas se deberá establecer unos parámetros adecuados que ayuden al establecimiento del plan de tratamiento con mejor perspectiva y menor posibilidad de complicaciones en relación a la rehabilitación del paciente. De esta manera, a modo de ejemplo, ante un maxilar atrófico posterior podrá rehabilitarse mediante implantes dentales de longitud estándar asociados a una técnica de aumento óseo de elevación del seno maxilar o mediante la utilización de implantes de longitud más reducida.⁽⁴⁻⁶⁾

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Un paciente acude al Master de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla para ser rehabilitado mediante prótesis implantológica en arcada maxilar. A la exploración intraoral y radiológica (Ortopantomografía) presenta: resto radicular del la raíz distal del 16, resto radicular del 12, y presencia de los dientes 11, 21, 22 y 23 en un estado muy deteriorado (Imagen 1)

El paciente no presenta datos médicos de interés al realizar la anamnesis salvo que es fumador de 10 cigarrillos/día. Se le realiza estudio radiológico (CBCT) para valorar



Imagen 1. Ortopantomografía inicial del paciente.

disponibilidad ósea y estudiar opciones de tratamiento. Tras estudiar arcada superior se observa suficiente disponibilidad para poder realizar rehabilitación superior con implantes sin necesidad de realizar importantes procedimientos adicionales de regeneración ósea (Imagen 2).

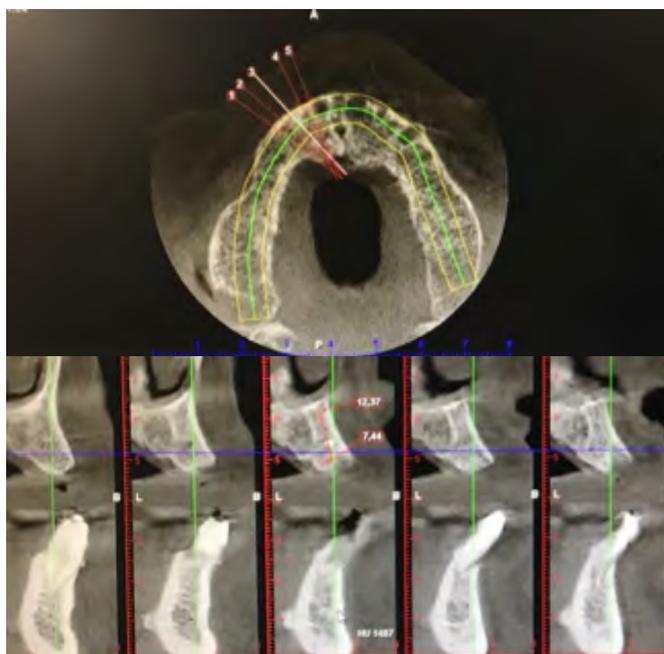


Imagen 2. Estudio Radiológico (CBCT) del paciente en el que se aprecia la presencia de un reborde alveolar poco reabsorbido.

Tras valoración de todos los datos obtenidos tras anamnesis, se decide realizar la colocación de 6 implantes dentales para rehabilitación implantosoportada del maxilar. Previamente al tratamiento quirúrgico de inserción de implantes el paciente fue intervenido para realizarse las extracciones dentales de los dientes remanentes y así proceder a un cierre del tejido blando (transcurridos 6 semanas) previo a la colocación de los implantes. De esta manera, se garantizaba un cierre por primera intención de la herida (Imagen 3).



Imagen 3. Situación inicial del paciente antes de someterse a la cirugía de implantes. Se puede apreciar el cierre del tejido blando posterior a las exodoncias dentarias.

Una vez apreciado el cierre de los tejidos blandos, se realiza una incisión intrasurcular en arcada completa con hoja de bisturí del nº 15. Posteriormente se procedió a sindesmotomía, despegando un colgajo a espesor total. Posteriormente, se realizó osteotomía para regularizar cresta ósea, y obtener uniformidad, mediante una fresa redonda de carburo de tungsteno adaptada a pieza de mano con abundante irrigación. (Imagen 4)

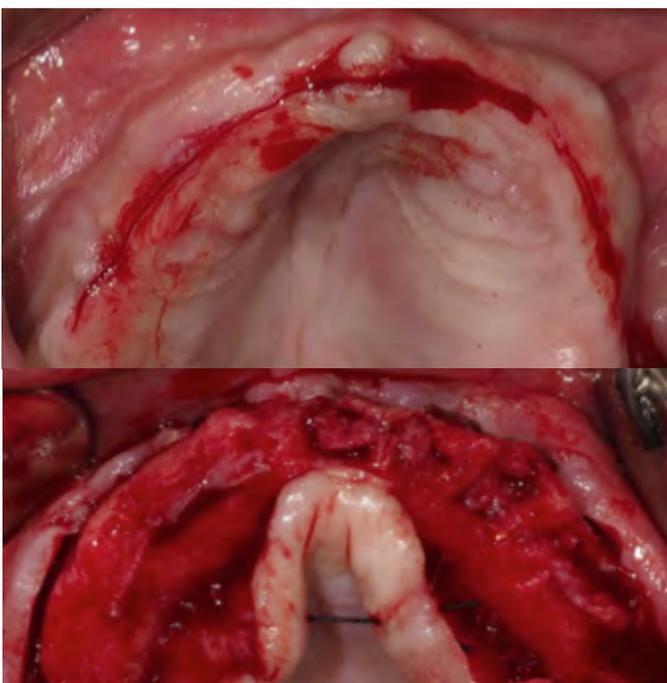


Imagen 4. Incisión y despegamiento de colgajo a espesor en la arcada maxilar.

Una vez realizada la regularización ósea, se procedió a la colocación de los 6 implantes en posición de incisivos laterales, primer premolar y primer molar. Los implantes colocados fueron pertenecientes a la casa Astra Tech. (Imagen 5 y 6)

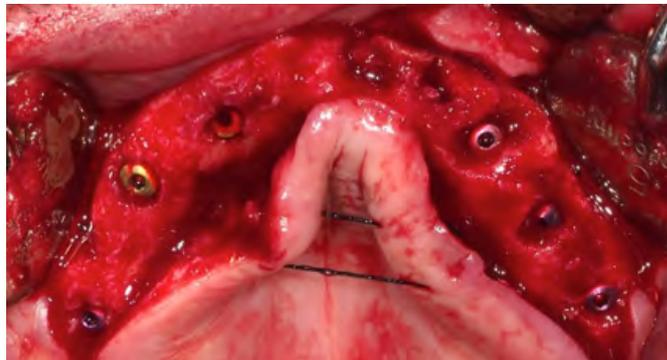


Imagen 5. Inserción de seis implantes en la arcada maxilar.

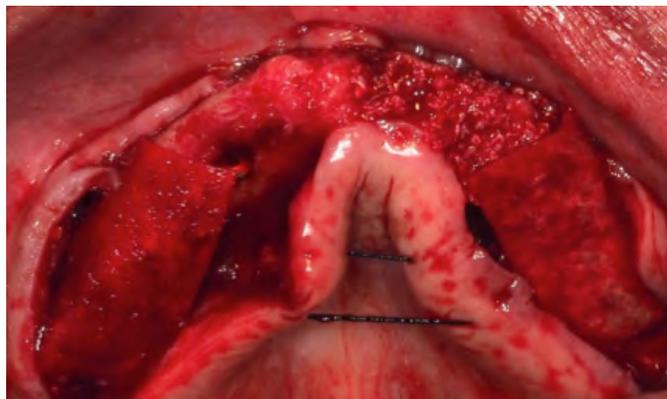


Imagen 6. Uso de técnicas de Regeneración ósea guiada mediante xenoinjerto y membranas barreras.

En último lugar, se irrigó el maxilar con gluconato de clorhexidina al 0,12 %, y posteriormente se reposicionó todo el colgajo para proceder a suturarlo, realizando colchoneros horizontales en combinación con puntos simples, para así conseguir una correcta reposición del colgajo (Imagen 7).



Imagen 7. Cierre del colgajo mediante puntos colchoneros y puntos simple. Se aprecia un cierre primario de la herida sin ningún tipo de tensión sobre los tejidos.

El paciente recibió las instrucciones postoperatorias y se le prescribió tratamiento analgésico y antiinflamatorio

(Nolotil 575 mg 1/6-8h durante 4-5 días, asociado de forma intercalada con Paracetamol 650 mg 1/8h durante 5 días).

DISCUSIÓN

El número de implantes utilizados para soportar una prótesis de arco completo es uno de los principales temas tratados desde los comienzos de la implantología, y, en la actualidad, sigue siendo una cuestión de interés debido a las diversas implicaciones derivadas de la influencia en los resultados de la decisión de colocar un número de implantes. La principal tendencia que observamos en los artículos revisados, muestra una tendencia a utilizar menos implantes, con una distribución antero-posterior adecuada en el arco. Varios autores reconocen que la distribución antero-posterior de los implantes es importante e idealmente debería estar correlacionada con el número de implantes, ya que tiene un impacto directo en la supervivencia de los implantes y en las complicaciones técnicas.⁽⁷⁻⁹⁾

Al observar los estudios que informan sobre menos de cinco implantes por arco maxilar, se puede apreciar como algunos ensayos informan sobre la rehabilitación fija utilizando solo 3 implantes e incluso se han registrado datos sobre 2 implantes por arcada maxilar. Las tasas de supervivencia informadas fueron del 82%, más bajas que el promedio informado para los artículos que utilizan cuatro implantes.⁽¹⁰⁾

Oliva J. & cols. discutieron el uso de tres implantes en un arco maxilar, reportando un 100% de éxito tras 5 años de seguimiento. Aunque estos artículos informaron una tasa de supervivencia relativamente alta, este enfoque sigue siendo controvertido ya que la pérdida de un implante conduce al fracaso de la prótesis, con un compromiso significativo del resultado.¹¹ Diversos estudios han informado sobre el uso de cuatro implantes para proporcionar una rehabilitación fija al maxilar. Por otro lado, algunos estudios han informado con frecuencia que la pérdida de un implante en un tipo de prótesis soportada por cuatro implantes no significa necesariamente el fracaso de la misma. La prótesis se perdería si se pierde uno de los implantes más distales. En caso de perder uno de los implantes anteriores, la prótesis podría sobrevivir junto a los tres implantes restantes.^(12,13)

Parece existir un consenso respecto a la distribución y configuración de los implantes cuando se plantea rehabilitar la arcada con sólo cuatro implantes. Algunos ensayos informaron la misma configuración de la posición del implante, es decir, dos implantes anteriores paralelos entre sí y los dos implantes posteriores inclinados o inclinados intencionalmente distalmente. Este concepto se ha vuelto cada vez más popular,

con estudios a largo plazo que se están publicando en los últimos años.⁽¹³⁻¹⁵⁾

Este enfoque parece especialmente aplicable al maxilar edéntulo, debido a la reabsorción en la región posterior. Inclinarse los implantes distales reduce el voladizo de la prótesis y la necesidad de injertos. Este enfoque también utiliza un número reducido de implantes, lo que puede tener ventajas y desventajas. No se puede excluir la influencia de variables adicionales. La inclinación de la pared anterior del seno maxilar, por ejemplo, juega un papel importante en la definición de la inclinación del implante y, por lo tanto, la longitud de la reducción del voladizo que se puede lograr.⁽¹³⁾

En situaciones en las que el paciente se presenta con dientes en un estado deteriorado con necesidad de ser extraídos y se planifica una rehabilitación mediante una prótesis fija, puede ser necesario reducir verticalmente el hueso alveolar, a fin de crear espacio para los componentes restauradores. Estas decisiones anatómicamente sólidas se toman durante la planificación del procedimiento y, por lo tanto, influyen en los resultados. La adición de un componente protésico en ángulo también puede influir en el resultado biomecánico de una prótesis fija de una pieza.

El uso de la planificación digital puede ser de gran ayuda para elegir la inclinación de los implantes más adecuada y beneficiosa y, por lo tanto, definir las indicaciones para el uso de un implante inclinado en lugar de un implante corto o un procedimiento más invasivo como es la elevación del seno maxilar.^(16,17)

Tallarico & cols compararon el uso de cuatro y seis implantes, con 20 pacientes seguidos una media de 63,8 meses. La tasa de supervivencia de los implantes fue similar, aunque ligeramente más baja para el grupo de seis implantes (95%) que para el grupo de cuatro implantes (98,3%).⁽¹⁸⁾

Estos hallazgos fueron similares a los reportados en un análisis de 15 años de rehabilitaciones fijas para el maxilar desdentado, publicado por Lambert & cols. Estos autores concluyeron que los protocolos con más de seis implantes demostraron una mayor tasa de supervivencia que aquellos con menos de seis implantes, aunque sin diferencia estadísticamente significativa.⁽¹⁹⁾

CONCLUSIONES

- La rehabilitación protésica debe tenerse en cuenta al desarrollar el plan quirúrgico para el tratamiento con implantes de arcos desdentados.
- Se recomienda un número mínimo de cuatro im-

plantes distribuidos adecuadamente para soportar una prótesis fija. Sin embargo, se debe considerar el impacto de futuras pérdidas / complicaciones del implante en el soporte de la prótesis al elegir el número de implantes.

• Se recomienda el aumento óseo cuando existe la necesidad de aumentar la distribución o el número de implantes en respuesta al plan protésico. Estos procedimientos son más invasivos y desafiantes, lo que aumenta la dificultad para ejecutar con éxito el tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tolstunov L. Surgical Algorithm for Alveolar Bone Augmentation in Implant Dentistry. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2019;31:155-161.
2. Urban IA, Monje A, Lozada J, Wang HL. Principles for Vertical Ridge Augmentation in the Atrophic Posterior Mandible: A Technical Review. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2017;37:639-645.
3. Chiapasco M, Casentini P. Horizontal bone-augmentation procedures in implant dentistry: prosthetically guided regeneration. *Periodontol* 2000. 2018;77:213-240.
4. Nunes M, Almeida RF, Felino AC, Malo P, de Araújo Nobre M. The Influence of Crown-to-Implant Ratio on Short Implant Marginal Bone Loss. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2016;31:1156-63.
5. Chen S, Ou Q, Wang Y, Lin X. Short implants (5-8 mm) vs long implants (≥ 10 mm) with augmentation in atrophic posterior jaws: A meta-analysis of randomised controlled trials. *J Oral Rehabil.* 2019;46:1192-1203.
6. Esposito M, Barausse C, Pistilli R, Sammartino G, Grandi G, Felice P. Short implants versus bone augmentation for placing longer implants in atrophic maxillae: One-year post-loading results of a pilot randomised controlled trial. *Eur J Oral Implantol.* 2015;8:257-68.
7. Heydecke, G., Zwahlen, M., Nicol, A., Nisand, D., Payer, M., Renouard, F., Joda, T. What is the optimal number of implants for fixed reconstructions: A systematic review. *Clinical Oral Implants Research.* 2012;23:217-228.
8. Papaspyridakos, P., Chen, C.-J., Chuang, S.-K., Weber, H.-P., & Gallucci, G. O. A systematic review of biologic and technical complications with fixed implant rehabilitations for edentulous patients. *International Journal of Oral & Maxillofacial Implants.* 2012;27:102-110.
9. Gallucci, G. O., Avrampou, M., Taylor, J. C., Elpers, J., Thalji, G., & Cooper, L. F. Maxillary implant-supported fixed prosthesis: A survey of reviews and key variables for treatment planning. *International Journal of Oral & Maxillofacial Implants.* 2016; 31(Suppl):192-197.
10. Cannizzaro G, Loi I, Viola P, Ferri V, Leone M, Trullenque-Eriksson A, Esposito M. Immediate loading of two (fixed-on-2) versus three (fixed-on-3) implants placed flapless supporting cross-arch fixed prostheses: One-year results from a randomised controlled trial. *Eur J Oral Implantol.* 2016;9 Suppl 1:143-153.
11. Oliva J, Oliva X, Oliva JD. All-on-three delayed implant loading concept for the completely edentulous maxilla and mandible: a retrospective 5-year follow-up study. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2012;27:1584-1592.
12. Brånemark PI, Svensson B, van Steenberghe D. Ten-year survival rates of fixed prostheses on four or six implants ad modum Brånemark in full edentulism. *Clin Oral Implants Res.* 1995;6:227-31.
13. Maló P, de Araújo Nobre M, Lopes A, Francischone C, Rigolizzo M. "All-on-4" immediate-function concept for completely edentulous maxillae: a clinical report on the medium (3 years) and long-term (5 years) outcomes. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2012;14 Suppl 1:139-150.
14. Penarrocha-Diago M, Penarrocha-Diago M, Zaragoza-Alonso R, Soto-Penalzoza D, On Behalf Of The Ticare Consensus M. Consensus statements and clinical recommendations on treatment indications, surgical procedures, prosthetic protocols and complications following All-On-4 standard treatment. 9th Mozo-Grau Ticare Conference in Quintanilla, Spain. *J Clin Exp Dent.* 2017;9:712-715.
15. Soto-Penalzoza D, Zaragoza-Alonso R, Penarrocha-Diago M, Penarrocha-Diago M. The all-on-four treatment concept: Systematic review. *J Clin Exp Dent.* 2017;9:474-488.
16. Gherlone E, Capparé P, Vinci R, Ferrini F, Gastaldi G, Crespi R. Conventional Versus Digital Impressions for "All-on-Four" Restorations. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2016;31:324-330.
17. Papaspyridakos P, Rajput N, Kudara Y, Weber HP. Digital Workflow for Fixed Implant Rehabilitation of an Extremely Atrophic Edentulous Mandible in Three Appointments. *J Esthet Restor Dent.* 2017;29:178-188.

18. Tallarico M, Meloni SM, Canullo L, Caneva M, Polizzi G. Five-Year Results of a Randomized Controlled Trial Comparing Patients Rehabilitated with Immediately Loaded Maxillary Cross-Arch Fixed Dental Prosthesis Supported by Four or Six Implants Placed Using Guided Surgery. Clin Implant Dent Relat Res. 2016;18:965-972.

19. Lambert FE, Weber HP, Susarla SM, Belser UC, Gallucci GO. Descriptive analysis of implant and prosthodontic survival rates with fixed implant-supported rehabilitations in the edentulous maxilla. J Periodontol. 2009;80:1220-1230.

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

Ancladén

