

Revista Andaluza de

Cirugía Bucal

Año 2023 / Nº 21

- REHABILITACIÓN IMPLANTOLÓGICA MEDIANTE CARGA INMEDIATA SOBRE CUATRO IMPLANTES. A PROPOSITO DE UN CASO
- TRATAMIENTO DEL LIQUEN PLANO ORAL. REVISIÓN BIBLIOGRFÍA
- REGENERACIÓN ÓSEA GUIADA Y COLOCACIÓN DE IMPLANTE INMEDIATO POSTEXTRACCIÓN EN FRENTE ANTERIOR: 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



**biohorizons
camlog**



Osteógenos

Ancladén



NORMON
DENTAL



KLOCKNER®



inibsa

Editada en Sevilla, por la Unidad de Docencia,
Investigación y Transferencia en Cirugía Bucal de Sevilla (UDIT-CBS).
Maquetación y diseño: Ru Márquez Comunicación
ISSN: 2530 - 4135

REGENERACIÓN ÓSEA GUIADA Y COLOCACIÓN DE IMPLANTE INMEDIATO POSTEXTRACCIÓN EN FRENTE ANTERIOR: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Keim del Pino C¹, Fernández Figares Conde I¹, Gutiérrez Corrales A¹, Torres Lagares D¹, Gutiérrez Pérez JL².

¹Máster Cirugía Bucal Universidad de Sevilla.

²UGC Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, existe una mayor preocupación social por evitar el compromiso estético. La colocación de implantes inmediatos, así como la realización de técnicas quirúrgicas y protésicas asociadas, se encuentran orientadas a aportar unos mejores resultados estéticos a corto y largo plazo, con el objetivo añadido de reducir los tiempos quirúrgicos, morbilidad y costos. Esto ha dado lugar a un aumento tanto de la demanda como de la exigencia por parte del paciente y consecuentemente del clínico. ⁽¹⁻³⁾

Tras la extracción de un diente, se produce un proceso natural y fisiológico de reabsorción ósea alveolar, que se traduce en los tejidos blandos en forma de defectos. Para obtener unos resultados funcionales y estéticos óptimos, deben tenerse en cuenta las alteraciones de los tejidos duros y blandos. ^(4,5) Los cambios a nivel óseo más evidentes que implican una pérdida volumétrica importante, ocurren durante los primeros 3-6 meses, produciéndose una reabsorción media del 50% predominante en la pared vestibular. ⁽⁶⁾

Por ello, especialmente en el sector anterior, un buen manejo de los tejidos duros y blandos es clave para conseguir unos adecuados resultados a nivel estético. Tanto la prevención como el tratamiento de defectos, se obtienen mediante técnicas de preservación o aumento de tejidos duros y blandos con el objetivo de mejorar las condiciones para la colocación del implante y la rehabilitación protésica y así prevenir o minimizar los cambios dimensionales que inevitablemente se producen en alveolos postextracción. ^(4,5)

La colocación de implantes puede tener lugar en distintos momentos tras la extracción del diente. Se ha demostrado que la colocación de implantes postextracción tiene como ventaja evitar o disminuir la pérdida dimensional de la cresta alveolar tras la extracción y, por tanto, mejorar la estética de los tejidos blandos y duros, así como reducir la necesidad de otras intervenciones quirúrgicas como el aumento de la cresta conservando una tasa de supervivencia similar a la observada en la colocación tardía de implantes. ^(5,6)

La preservación alveolar es un método predecible que se lleva a cabo en el momento de la extracción del diente para mantener el contorno del hueso alveolar, permitiendo reducir o paralizar la reabsorción ósea tanto horizontal como vertical seguida de la extracción dental y facilitar así, la colocación protésicamente guiada del implante en un momento posterior y evitar el compromiso estético. La regeneración ósea, sin embargo, se diferencia en que se encuentra encaminada hacia la corrección de las deficiencias óseas ya instauradas, que puedan suponer alteraciones anatómicas que comprometan la colocación

óptima del implante en base a su fase protésica procurando su reconstrucción y recuperación. ^(5,6) Un material ideal con este fin, debe tener la capacidad de evitar la reducción del volumen y permanecer en el tiempo en su localización, actuando como un entramado y servir como una red que permita la formación de hueso hasta que se haya producido el suficiente. Se han utilizado diversos materiales de injerto, autógeno, alógeno, xenogeno y aloplástico, materiales osteoinductivos y osteoconductivos, membranas, esponjas e implantes inmediatos. La evidencia científica actual, no muestra diferencias significativas en cuanto a la reabsorción, entre los materiales mencionados. ⁽⁷⁾

Las potenciales ventajas de estas técnicas son el mantenimiento de los tejidos blandos y duros existentes, un volumen crestal para conseguir unos resultados estéticos y funcionales óptimos y la simplificación de procedimientos relacionados con el tratamiento como la colocación del implante y la futura rehabilitación protésica. ^(1,2)

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

A continuación, se presenta un caso clínico intervenido por los alumnos del Máster de Cirugía bucal Avanzada de la Universidad de Sevilla, el cual se trata de un paciente varón de 76 años que acude a la Facultad de Odontología por presentar una fractura horizontal del incisivo central superior derecho de origen cariogénico a nivel del tercio cervical. Refiere hipertensión arterial y alteración en la coagulación para lo que se encuentra en tratamiento con Bisoprolol 5 mg y Aldocumar 1 mg respectivamente. No es fumador. Se realizan las pruebas diagnósticas clínicas y radiográficas pertinentes para concluir cual debería ser el tratamiento más indicado. Visualmente se observa cómo la corona clínica se encuentra muy destruida (Figura 1) y una



Figura 1: Fotografía intraoral frontal



Figura 2. Fotografía intraoral oclusal



Figura 4: Técnica anestésica infiltrativa.

fistula por palatino indicativa de la infección crónica de origen dental que presuntamente presenta (Figura 2). Al sondaje periodontal, tiene un sondaje normal propio de un paciente periodontal por vestibular mesial y distal sin embargo por la pared palatina este sondaje aumenta hasta 6 mm lo que crea sospecha de un posible defecto óseo en esta cortical.

Al examen radiográfico mediante un CBCT confirmamos, tal y como comenta el paciente, que se trata de un diente endodonciado que presenta una gran área radiolúcida compatible con una lesión periapical que se extiende por la cortical palatina hacia vestibular (Figura 3)..

El tratamiento conservador mediante reendodoncia o cirugía periapical, y reconstrucción o corona no se contempla debido a la imposibilidad del diente de ser restaurado, por su gran nivel de destrucción y la extensión del defecto óseo que presumiblemente presenta consecuente de la infección.

Tras su estudio prequirúrgico, se determina cual es el abordaje más adecuado que se puede ofrecer. Se planificó realizar el procedimiento en dos tiempos quirúrgicos; en primer lugar, se realizaría la extracción de manera

atraumática del incisivo, un buen legrado del alvéolo para eliminar todo el tejido de granulación e irrigación con suero fisiológico para su descontaminación. Conjuntamente, para corregir el defecto óseo, se le propone llevar a cabo la preservación alveolar o regeneración ósea mediante hueso xenógeno (0.5g) y una membrana de colágeno por palatino para ser bien empaquetado, y esperar seis meses a que el defecto remitiese, para luego en segundo lugar, proceder a la colocación del implante correspondiente una vez regenerado el defecto. Por último, para evitar el compromiso estético durante estos meses, se le sugiere la colocación de una prótesis fija provisional.

Comenzamos la cirugía empleando una técnica anestésica de tipo infiltrativa a fondo de vestibulo con refuerzo por palatino de incisivo central izquierdo a incisivo lateral derecho (Figura 4), ya que se planeaba realizar una incisión horizontal crestal a ambos lados del incisivo a extraer para facilitar la extracción atraumática y visualizar las corticales, de la manera más atraumática y conservadora posible, evitando las descargas verticales. Se empleó una hoja de bisturí del N° 15C (Figura 5).

Se llevó a cabo un despegamiento a espesor total del

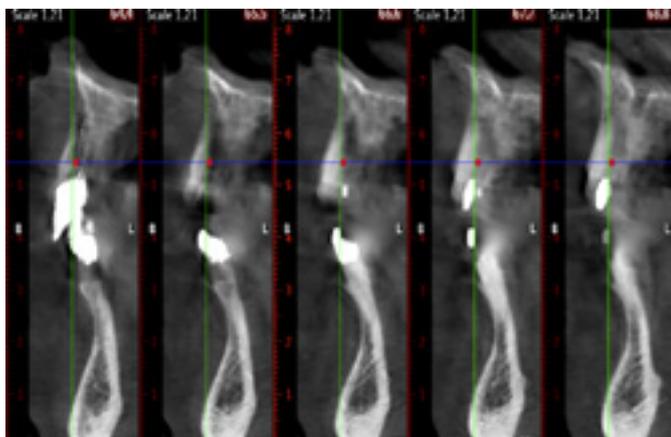


Figura 3. Imagen del CBCT



Figura 5. Incisión intrasulcular.



Figura 6. Despegamiento y levantamiento mucoperióstico del colgajo.

colgajo vestibular y palatino, y su levantamiento fue mínimo para evitar la pérdida mayor de cortical vestibular consecuente (Figura 6).

En cuanto a la extracción atraumática, se realizó con fórceps de premolares, cuyas valvas son más amplias, protegiendo bien las corticales con la mano izquierda, con el objetivo principal de evitar una posible fractura de la cortical vestibular, la cual es muy delgada. Se realizaron movimientos de vestibular a lingual firmes y lentos. Una vez extraído se comprobó la integridad del diente (Figuras 7 y 8).

Tras ello, se procedió a eliminar los restos de tejido de granulación cuya presencia revelaba aparentemente la prueba radiográfica fruto de la infección crónica que la fístula por palatino nos hacía sospechar. Al legrado exhaustivo del alvéolo no se observó tejido de granulación que indicase dicha infección, y a la exploración visual y mediante palpación con sonda periodontal tan por palatino como insinuándola por la salida de la fístula, se observó la integridad del alvéolo sin presentar ningún defecto óseo ni continuidad. Irrigamos con suero fisiológico y agua oxigenada para descontaminar la zona (Figura 9) y ante dicha situación favorable, decidimos colocar el implante postextracción



Figura 7. Exodoncia del incisivo central superior derecho.



Figura 8. Alveolo postextracción.

(Figura 10).

Realizamos medidas en cuanto a altura y anchura con



Figura 9. Irrigación con agua oxigenada y suero fisiológico.

ayuda del CBCT, para colocar el implante en una situación óptima que favoreciera la estabilidad primaria, sobre la



Figura 10. Paralelizador para comprobar la correcta posición del implante.



Figura 11. Biomaterial óseo



Figura 13. Cierre primario de la herida.

cortical palatina. Se eligió un implante de la casa comercial Biohorizons de la siguiente medida: 3,8 mm de diámetro y 12 mm de altura (plataforma 3,5 mm). Realizamos un fresado hasta 16 mm tomando como punto de referencia el margen gingival de los dientes adyacentes para conseguir un adecuado perfil de emergencia. Se siguió la secuencia de fresado indicada por la casa comercial: en primer lugar, se empleó la fresa de lanza de 2.0 mm de grosor para marcar y profundizar en el hueso. Después, la fresa de 2.5 así como la de 3.2 a profundidad de trabajo para aumentar el diámetro. Por último, se fresó con la avellanadora de este último diámetro.

Una vez colocado el implante, se preparó el biomaterial óseo MinerOss X (0.5gr.) de origen bovino en una cuba de hueso con suero fisiológico (Figura 11), el cual se empaquetó y condensó dentro del alvéolo (Figura 12). La membrana no fue necesario usarla.

Por último, se realizó el cierre primario de la herida ya que debe quedar bien cerrada para evitar la exposición del material y su colapso. Se podría haber conseguido mediante distintas técnicas, como la realización de un colgajo bucal de espesor total de avance coronal, pero el despegamiento

mucoperióstico se asocia a un aumento de la reabsorción ósea; otra opción sería emplear un injerto de tejido conectivo procedente del paladar para cubrir el alvéolo con este fin, y evitar así el despegamiento mucoperióstico, pero también fue descartado para disminuir la morbilidad. Hay estudios que avalan dejar expuesto el biomaterial en boca sin barreras para reducir los tiempos y la complejidad del proceso, sin embargo, se necesitan más estudios para confirmar que este abordaje puede ser eficaz y no dificulte el procedimiento. En base a esto, decidimos colocar dos esponjas de colágeno hemostáticas y realizar tres puntos de sutura: dos puntos simples y uno en cruz (Figura 13). Se tomó una radiografía intraoral periapical de control (Figura 14).

Una semana después, se citó al paciente para revisar y retirar los puntos de sutura (Figura 15). Como el paciente tuvo una higiene deficiente y la cicatrización no fue óptima (Figura 16), se decidió esperar una semana más para realizar la toma de medidas de la prótesis provisional, que portará los siguientes seis meses, siendo recomendable que esta sea fija en infraoclusión, ya que es importante que no ejerza presión pudiendo alterar el proceso regenerativo. Se puede optar por colocar un puente tipo Maryland o una

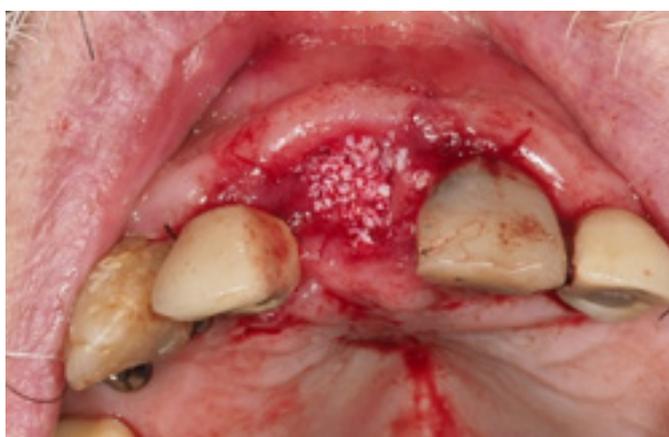


Figura 12. Biomaterial óseo condensado en el alveolo postextracción.



Figura 14. Radiografía periapical de control.



Figura 15. Revisión a los 7 días.

férula de vacío transparente.

Una vez pasados los seis meses, se citará al paciente para valoración. Se le repetirá el CBCT, se evaluará la formación de hueso y la correcta osteointegración del implante; se realizará su respectiva segunda cirugía sustituyendo el



Figura 16. Retirada de sutura.

tornillo de cierre por un pilar de cicatrización de altura y anchura determinada en función del grosor y altura de la encía queratinizada y, por último, se llevará a cabo la fase de rehabilitación protésica de la corona unitaria que incluirá un pilar transepitelial. Tras la toma de medidas, se solicitará al laboratorio una corona provisional de acrílico atornillada que permita la creación de una arquitectura gingival adecuada y de las papilas interdentes.

DISCUSIÓN

Por un lado, la colocación del implante postextracción se encuentra incluida dentro de las técnicas propuestas para prevenir la reabsorción de la cresta ósea tras la extracción, ⁽⁷⁾ siendo la intención conseguir una situación de cicatrización óptima del tejido blando, ⁽⁸⁾ el cual se considera objetivo de gran interés especialmente en sector anterior debido a la

importancia estética de la zona. Por ello, para procurar buenos resultados a este nivel, se debe llevar a cabo cuando el caso cumpla dos requisitos fundamentales: una cortical vestibular íntegramente intacta mayor de 1 mm y un biotipo gingival grueso, además de la ausencia de infección aguda. Por otro lado, para conseguir una adecuada estabilidad primaria debe obtener una posición tridimensional óptima, por lo que un volumen suficiente apical y palatino es esencial, situación poco frecuente en maxilar anterior. Sin embargo, ha quedado demostrado que la colocación de implantes inmediatos se considera un tratamiento predecible que favorecía la osteointegración con una tasa de supervivencia elevada comparable a la de los implantes tardíos, pero no evitaría, aunque sí disminuiría el modelado óseo y la reducción dimensional de la cresta alveolar. ^(8,9)

Por otro lado, la regeneración ósea, al rellenar el espacio entre el implante y la pared alveolar, consigue por un lado la prevención de la futura reabsorción o atrofia ósea, y por otro, permitir el mantenimiento y la regeneración acelerada del alvéolo, ya que actúa como un soporte de crecimiento óseo. Sin embargo, se ha demostrado que por sí misma, no consigue inhibir por completo el proceso de remodelación del alveolo tras la extracción dental. ⁽⁹⁾ Se observa que los procedimientos regenerativos, incluidos los injertos de tejido duro y blando en el momento de la colocación inmediata del implante, pueden ser beneficiosos para compensar la reducción de la cresta alveolar. ⁽¹⁰⁾ Es más, en la 4ª Conferencia del Consenso ITI celebrada en Stuttgart, Alemania en 2008, se concluyó que los procedimientos de regeneración ósea son eficaces para el relleno y la resolución de defectos tras la extracción, siendo estos más efectivos para la colocación inmediata y temprana de implantes. ^(8,9)

El procedimiento de colocación del implante inmediato puede realizarse con o sin elevación de un colgajo y con o sin un procedimiento adicional de regeneración ósea. Diversos estudios preclínicos y clínicos concluyen que la colocación inmediata de implantes, sin procedimientos adicionales de regeneración, en un alveolo postextracción no evita la reabsorción ósea, por sí mismo, pero se puede esperar una menor reabsorción ósea horizontal añadiendo un material de regeneración. ⁽¹¹⁾ La combinación simultánea de ambas técnicas, se realiza a menudo y ha demostrado su eficacia en términos de éxito del implante. ⁽⁹⁾

CONCLUSIONES

La colocación de un implante postextracción conjuntamente con la regeneración ósea es un abordaje predecible en la terapia con implantes en sector anterior que permite obtener unos adecuados resultados estéticos reduciendo la reabsorción ósea responsable de los cambios dimensionales que se observan estéticamente, y cuenta con una tasa de éxito y de supervivencia similar a la de los implantes tardíos. Una adecuada planificación quirúrgica es esencial para diseñar un abordaje adecuado e

individualizado en cada uno de los casos. Esta debe incluir una historia clínica exhaustiva, así como pruebas clínicas y radiográficas que puedan prevenir de posibles complicaciones y anticipar situaciones a resolver. Sin embargo, a pesar de ello, en ciertas ocasiones, estas pueden encontrarse limitadas y ser no concluyentes una vez iniciada la cirugía, por lo que debemos estar preparados y contar con las herramientas necesarias para actuar con seguridad ante un cambio inesperado en el procedimiento sin alterar los resultados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sáez-Alcaide LM, González Fernández-Tresguerres F, Cortés-Bretón Brinkmann J, Segura-Mori L, Iglesias-Velázquez O, Pérez-González F, López-Pintor RM, Torres García-Denche J. Socket shield technique: A systematic review of human studies. *Ann Anat.* 2021 Nov;238:151779.
2. Ogawa T, Sitalaksmi RM, Miyashita M, Maekawa K, Ryu M, Kimura-Ono A, Sukanuma T, Kikutani T, Fujisawa M, Tamaki K, Kuboki T. Effectiveness of the socket shield technique in dental implant: A systematic review. *J Prosthodont Res.* 2022 Jan 11;66(1):12-18.
3. Lin X, Gao Y, Ding X, Zheng X. Socket shield technique: A systemic review and meta-analysis. *J Prosthodont Res.* 2022 Apr 27;66(2):226-235.
4. Kalsi AS, Kalsi JS, Bassi S. Alveolar ridge preservation: why, when and how. *Br Dent J.* 2019 Aug;227(4):264-274.
5. Jafer MA, Salem RM, Hakami FB, Ageeli RE, Alhazmi TA, Bhandi S, Patil S. Techniques for Extraction Socket Regeneration for Alveolar Ridge Preservation. *J Contemp Dent Pract.* 2022 Feb 1;23(2):245-250.
6. Naenni N, Bienz SP, Muñoz F, Hämmerle CHF, Jung RE, Thoma DS. Volumetric changes following ridge preservation or spontaneous healing and early implant placement with simultaneous guided bone regeneration. *J Clin Periodontol.* 2018 Apr;45(4):484-494.
7. Majzoub J, Ravida A, Starch-Jensen T, Tattan M, Suárez-López Del Amo F. The Influence of Different Grafting Materials on Alveolar Ridge Preservation: a Systematic Review. *J Oral Maxillofac Res.* 2019 Sep 5;10(3):e6.
8. Buser D, Chappuis V, Belser UC, Chen S. Implant placement post extraction in esthetic single tooth sites: when immediate, when early, when late? *Periodontol 2000.* 2017 Feb;73(1):84-102.
9. Porrini R, Rocchetti V, Vercellino V, Cannas M, Sabbatini M. Alveolar bone regeneration in post-extraction socket: a review of materials to postpone dental implant. *Biomed Mater Eng.* 2011;21(2):63-74.
10. Araújo MG, Silva CO, Souza AB, Sukekava F. Socket healing with and without immediate implant placement. *Periodontol 2000.* 2019 Feb;79(1):168-177.
11. Jung RE, Ioannidis A, Hämmerle CHF, Thoma DS. Alveolar ridge preservation in the esthetic zone. *Periodontol 2000.* 2018 Jun;77(1):165-175.



5º Congreso AACIB

Sevilla, 21 de octubre de 2023



EL FUTURO DE LA CIRUGÍA BUCAL



Asociación Andaluza
de Cirugía Bucal

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 **daniel@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 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



NORMON
DENTAL

