

Revista Andaluza de

Cirugía Bucal

Año 2023 / N° 22



- CIRUGÍA DE RESCATE DE CANINOS CON TÉCNICA QUIRÚRGICA DE EXPOSICIÓN CERRADA: A PROPÓSITO DE UN CASO

- CIRUGÍA PERIAPICAL EN SECTOR ESTÉTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

- DESCOMPRESIÓN QUÍSTICA EN MAXILAR INFERIOR DERECHO: A PRPÓSITO 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 Serra Figallo



Ancladén



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

DESCOMPRESIÓN QUÍSTICA EN MAXILAR INFERIOR DERECHO: A PRPÓSITO DE UN CASO.

González de Tena R¹, Fernández Figares Conde I¹, Fernández Asian I¹, 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

Los huesos maxilares constituyen asiento de una gran variedad de quistes y neoplasias que pueden ser de difícil diagnóstico. De entre todos los procesos tumorales que se dan en el territorio maxilofacial, los quistes son de gran importancia debido a su frecuente aparición. Los quistes poseen distinto origen y comportamiento clínico. Los quistes se definen como bolsas conectivo-epiteliales, tapizadas en su interior por epitelio y recubierta en su cara externa por tejido conectivo, que encierra un contenido líquido o semilíquido. Una adecuada exploración clínica y radiográfica por parte del odontólogo es suficiente para alcanzar un diagnóstico de presunción. Las consideraciones clínicas y terapéuticas de cada uno de estos quistes son variables, por lo que es necesario conocer el comportamiento epidemiológico de ellos. El diagnóstico de presunción, el tamaño de la lesión y la relación de esta con estructuras anatómicas vecinas condicionará el tipo de tratamiento. El diagnóstico definitivo lo dictaminará el análisis anatomopatológico.¹

Una de las clasificaciones más relevantes de los quistes de los maxilares (segunda edición) fue la llevada a cabo por Kramer y cols.² en el año 1992 (Tabla 1). De acuerdo a su patogénesis, se clasifican como lesiones del desarrollo o de tipo inflamatorio.

La primera clasificación llevada a cabo fue en 1945 por Robinson. La tercera edición de clasificación de quistes maxilares fue realizada en el año 2005, más de 10 años después, la cuarta edición en el año 2017, siendo la última y quinta edición de clasificación de tumores de cabeza y cuello de la Organización Mundial de la Salud (OMS, tabla 2).³ El acelerado ritmo de la tecnología molecular avanzada y progresivamente cambiante y su posible relevancia clínica lo que ha sido un gran impulso para la OMS a la hora de reducir el intervalo de tiempo entre las nuevas ediciones. Los hallazgos moleculares novedosos resultantes pueden tener aplicación clínica y pueden preparar el escenario para el comienzo de una nueva era de enfoques de tratamiento, diferentes a las modalidades comúnmente aceptadas hoy en día.³

El tratamiento de los quistes maxilares ha tenido clásicamente dos modalidades, el tratamiento conservador y/o su enucleación completa. El tipo de tratamiento está condicionado por múltiples factores, tales como el tamaño de la lesión, localización, relación con estructuras anatómicas vecinas, posible afectación de estructuras dentales... entre otras.⁴ El objetivo del tratamiento es elegir la modalidad que conlleve el menor riesgo de recurrencia, la mínima morbilidad y al mismo tiempo la erradicación de la lesión.⁵

A) Del desarrollo

- **Odontógenos:**
 - Quiste gingival infantil
 - Quiste gingival adulto
 - Queratoquiste (primordial)
 - Quiste dentígero (folicular)
 - Quiste de erupción
 - Quiste periodontal lateral
 - Quiste glandular
 - Quiste odontogénico calcificante
- **No odontógenos:**
 - Quiste nasolabial
 - Quiste globulomaxilar
 - Quiste nasopalatino

B) Inflamatorios

- Quiste radicular
- Quiste paradental
- Quiste residual

2022 Classification

Cysts of the jaws

- Radicular cyst
- Inflammatory collateral cysts
- Post-surgical ciliated cyst
- Nasopalatine duct cyst
- Gingival cyst
- Dentigerous cyst
- Orthokeratinized odontogenic cyst
- Lat. periodontal cyst and botryoid cyst
- Calcifying odontogenic cyst
- Glandular odontogenic cyst
- Odontogenic keratocyst

Tabla 1: Clasificación quistes de los maxilares (Kramer, 1992).

Tabla 2: Clasificación más actual de quistes de los maxilares (2022).



Figura 1: Ortopantomografía inicial.

La enucleación, tratamiento habitual de los quistes, consiste en la extirpación de una lesión despegándola del hueso. La eliminación completa permite el examen histopatológico de la lesión en su totalidad. Esta técnica suele ir asociada a una alta recurrencia (recidiva).⁶

Con esta técnica, existe la posibilidad de desvitalizar dientes adyacentes relacionados con el quiste, aparición de comunicaciones bucosinusales o buconasales, traumatismos vasculonerviosos, fractura de maxilares, o ante enfermos que no pueden resistir una intervención quirúrgica de envergadura con anestesia general, el tratamiento escogido deberá ser el conservador.⁷

La descompresión y marsupialización (Partsch I o quistotomía) fue descrita en 1892 para el tratamiento de lesiones quísticas. Estos tratamientos conservadores fueron creados para minimizar el tamaño de éstos y, por tanto, limitar la extensión de la cirugía.⁸ Esta técnica se basa en la externalización de los quistes a través de la creación de una ventana quirúrgica en la mucosa bucal y pared quística. Sus márgenes son suturados para crear una cavidad abierta que comunica con la cavidad oral y esto, alivia la presión del líquido del quiste, lo que permite su reducción y facilita la aposición ósea en las paredes del mismo. La principal diferencia entre la marsupialización y descompresión reside en la creación de una ventana quirúrgica en la mucosa oral y de la membrana quística, y en el uso de un dispositivo cilíndrico o un drenaje quirúrgico rígido para evitar el cierre mucoso. Este tratamiento requiere que el paciente sea colaborador, que irrigue el quiste regularmente y acuda a los controles. Por esta razón, sólo un selecto grupo de pacientes son candidatos para este tratamiento. El tiempo que dura la descompresión es uno de sus principales inconvenientes, pues el paciente pierde el interés en irrigarse correctamente la zona y en acudir a los controles periódicos.⁹ Además, en estos tratamientos prolongados, no es un hecho aislado el desprendimiento de las suturas y del drenaje que comunica la cavidad con el exterior.¹⁰

Entre los inconvenientes de la descompresión destacan los siguientes:

- Requieren ajustes por un período de tiempo que va desde 10 días a 14 meses teniendo en cuenta que se debe retirar el instrumento o medio de drenaje cuando un control radiológico muestre un comienzo de reparación ósea y se debe dejar que la abertura realizada en la lesión cure.
- Puede existir inflamación de la mucosa alveolar o una reacción tisular al material de drenaje.
- Persistencia del defecto quirúrgico en el lugar de su inserción.
- Desarrollo de una infección aguda o crónica de la lesión durante el tratamiento.
- Subemergencia del tubo de drenaje en el tejido.
- Necesidad de una capacidad, comprensión y cooperación del paciente durante un periodo de tiempo largo.
- Dificultad en la obtención de material para biopsia.¹¹

A continuación, se explicará el procedimiento de descompresión realizado en un paciente de la Universidad de Sevilla.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente mujer de 43 años de edad y sin antecedentes médicos de relevancia, que acude al máster de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla en la facultad de Odontología en el mes de noviembre de 2022 para reponer dientes ausentes en sectores posteriores. Al realizar la ortopantomografía (Figura 1) en la primera visita, se observa como hallazgo casual en la radiografía una imagen radiolúcida asociada a primer y segundo molar inferior derecho endodonciados hacia unos 20 años aproximadamente. La lesión quística ubicada en el ángulo mandibular derecho era totalmente asintomática. A continuación, se realizaron radiografías en dos dimensiones



Figura 2: Radiografía periapical de la lesión quística asociada a 46 y 47.

(radiografía periapical, Figura 2) y en tres dimensiones (CBCT, Figura 3) donde se observa la lesión quística asociada a 46 y 47, con perforación de la cortical lingual.

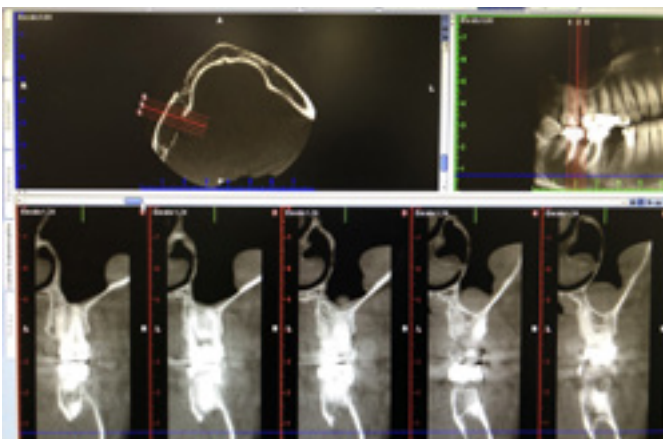


Figura 3: CBCT asociado a lesión quística donde se observa perforación de la cortical lingual en zona de 47.

Tras la inspección y exploración del paciente (Figura 4), y tras firmar el correspondiente consentimiento informado,



Figura 4: Fotografía intraoral inicial.



Figura 5: Extirpación de la cápsula del quiste.

se procedió a la anestesia locorregional de la zona, exodoncia simple del primer y segundo molar inferior derecho (46 - 47), extirpación (biopsia incisional) de parte



Figura 6: Irrigación con peróxido de hidrógeno.

de la cápsula del quiste para su posterior estudio anatomopatológico e irrigación de los alveolos con peróxido



Figura 7: Tubo de descompresión.



Figura 8: Colocación del tubo de descompresión en 47.



Figura 11: Retirada de sutura a los 14 días.

de hidrógeno (figura 5 y 6). La intervención concluyó con la colocación de dos tubos de descompresión con presencia de microperforaciones, bajo control radiográfico y posterior

A las dos semanas del procedimiento quirúrgico se retiró la sutura del paciente (Figura 11). Las pautas a seguir por parte de la paciente en su domicilio debían ser estrictas:

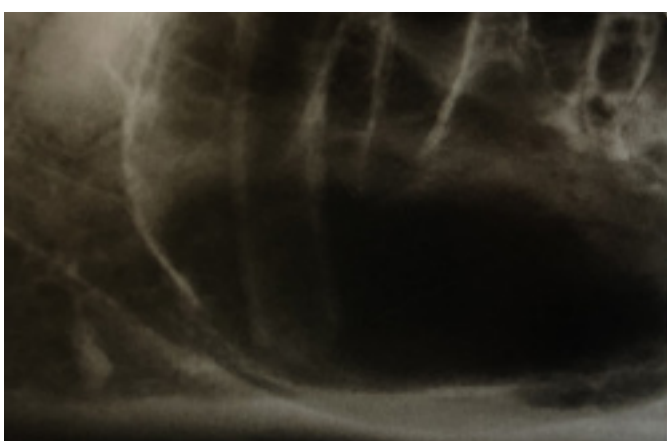


Figura 9: Radiografía periapical con el tubo de descompresión.

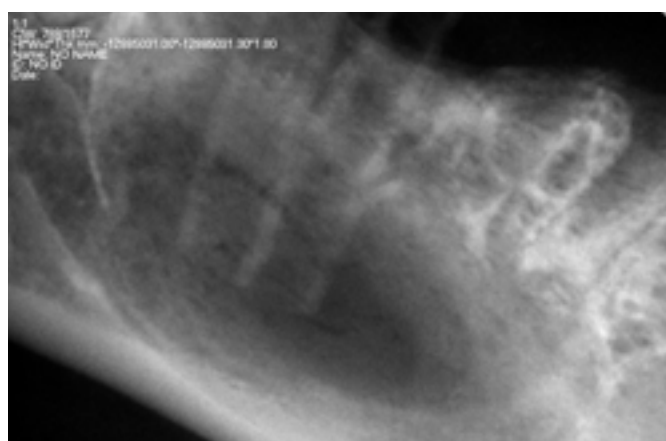


Figura 12: Radiografía periapical a los dos meses (enero 2023).

sutura de los mismos al tejido blando (figura 7, 8, 9 y 10).

irrigación con clorhexidina 0.12% al menos dos veces al día (mañana y noche).



Figura 10: Sutura.

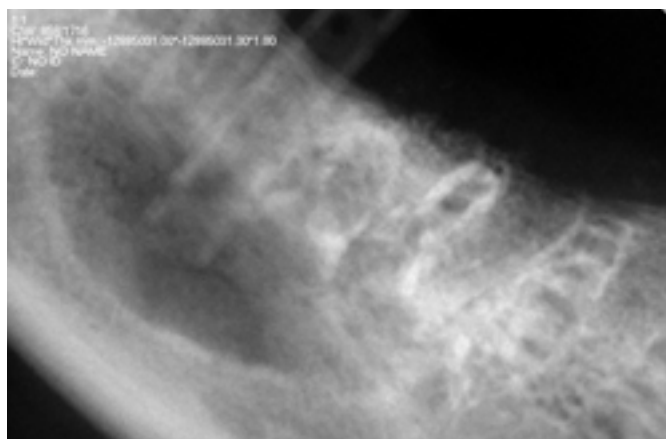


Figura 13: Radiografía periapical a los 6 meses (mayo 2023).

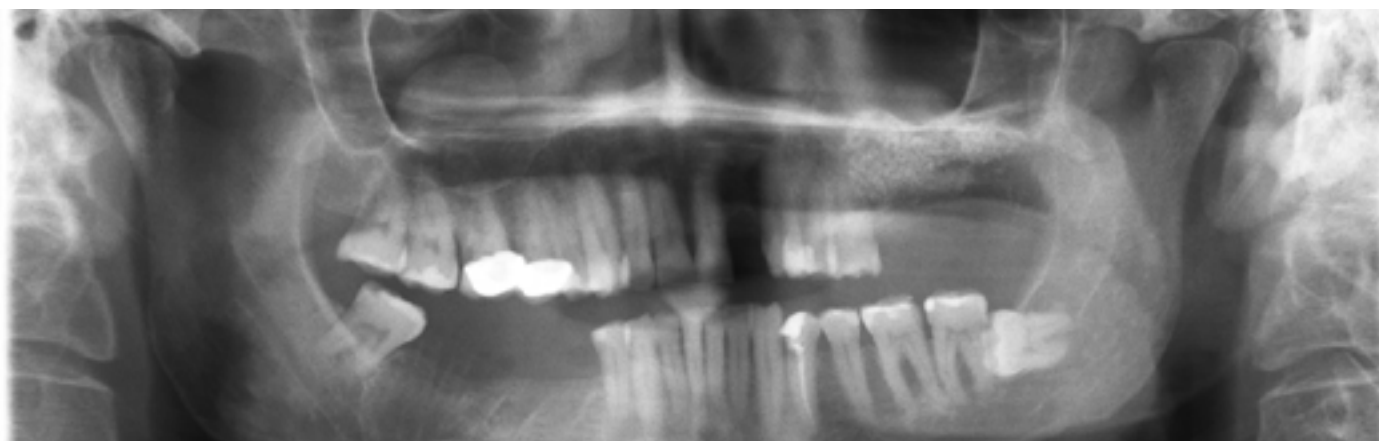


Figura 14: ortopantomografía de control a los 3 meses (febrero 2023).

La paciente fue revisada una vez al mes durante los siguientes meses, en los que se realizaron radiografías periapicales a los 2 y 6 meses (Figura 12 y 13) y radiografía panorámica (ortopantomografía, Figura 14). En cada revisión, el tubo de descompresión se recortaba a medida que iba siendo expulsado. Actualmente la paciente está a la espera de realizarse un nuevo CBCT en el que valoraremos la neoformación ósea y la posibilidad de realizar la enucleación de la lesión quística. En la reducción de la lesión ha sido fundamental la colaboración del paciente.

DISCUSIÓN

El manejo clínico de una lesión radiolúcida de dimensiones considerables ha de ser ampliamente estudiado. Hay varios aspectos a tener en cuenta como son el tipo de quiste, la epidemiología, incidencia, agresividad y la tasa de recidiva, todo ello hará al profesional decantarse por una terapéutica más conservadora o más resectiva. El conocimiento de la eficacia de las técnicas más conservadoras puede ayudar a planificar el tratamiento y proporcionar recomendaciones basadas en la evidencia para el tratamiento de estas lesiones.¹²

En una revisión sistemática publicada en 2021, donde se analizaron un total de 31 estudios (20 casos de descompresión y 11 de marsupialización) comparando su eficacia, se dedujo que ambas técnicas son igual de eficientes como tratamientos preliminares seguidos de enucleación. Las lesiones de gran tamaño y los individuos más jóvenes presentaron con frecuencia respuestas más favorables al tratamiento. La duración de las intervenciones osciló entre uno y dos años.¹³

En otra revisión sistemática y meta-análisis publicada en 2018, se analizaron un total de mil novecientos queratoquistes odontogénicos con diagnóstico histopatológico y seguimiento mínimo de 12 meses. Se observaron tasas menores de recidiva total tras la descompresión seguida de enucleación (11,9%).¹⁴ En cambio,

la enucleación sola mostró una tasa de recidiva de casi el doble. Estos resultados concordarían con los publicados en 2016 por Chrcanovic y cols¹⁵ Los cuales también asocian una tasa de recidiva menor cuando se combinan ambas técnicas para el tratamiento del queratoquiste.

Por otro lado, un metaanálisis publicado en 2016 por Al-Moraissi y cols.¹⁶ ratificó que la resección radical sigue siendo la opción segura para obtener la menor recidiva. Y, en cualquier caso, se reafirma que para conseguir la menor morbilidad, las resecciones deben reservarse para las lesiones recurrentes múltiples y posiblemente los casos sindrómicos.

CONCLUSIONES

La descompresión es una técnica conservadora que ofrece una estrategia alternativa para tratar a los pacientes con lesiones quísticas de gran tamaño disminuyendo el riesgo de lesión de estructuras anatómicas adyacentes importantes. La reducción de la lesión se considera insuficiente para utilizar estas técnicas como terapias definitivas, por tanto, ha de utilizarse en combinación con otros procedimientos. Es un tratamiento en el que se requiere la colaboración activa del paciente y un seguimiento riguroso por parte del odontólogo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vega Llauradó A, Ayuso Montero R, Teixidor Olmo I, Salas Enric J, Mari Roig A, López López J. Opciones terapéuticas en quistes odontogénicos. Revisión. Av. Odontoestomatol 2013; 29 (2): 81-93.
2. Kramer IR, Pindborg JJ, Shear M. The WHO Histological Typing of Odontogenic Tumours. A commentary on the Second Edition. Cancer 1992;70(12):2988-94
3. Vered M, Wright JM. Update from the 5th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck

Tumors: Odontogenic and Maxillofacial Bone Tumours. Head Neck Pathol. 2022 Mar;16(1):63-75.

4. Nuñez-Urrutia S, Figueiredo R, Gay-Escoda C. Retrospective clinicopathological study of 418 odontogenic cysts. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2010 Sep 1;15(5):e767-73.

5. Kolokythas A, Fernandes RP, Pazoki A, Ord RA. Odontogenic keratocyst: to decompress or not to decompress? A comparative study of decompression and enucleation versus resection/ peripheral ostectomy. J Oral Maxillofac Surg 2007;65(4):640-4.

6. Ries Centeno GA. Cirugía bucal. Buenos Aires: El Ateneo, 1987, 684-98.

7. Donado Rodríguez M. Cirugía bucal. Patología y técnica. Madrid: El Autor, 1990, 733-47.

8. Partsch C. Bericht der Poliklinik für Zahnheilkunde. Leipzig: Deutsche Verlag, 1899

9. Maurette PE, Jorge J, de Moraes M. Conservative treatment protocol of odontogenic keratocyst: a preliminary study. J Oral Maxillofac Surg 2006; 64(3):379-83.

10. Swantek JJ, Reyes MI, Grannum RI, Ogle OE. A Technique for Long Term Decompression of Large Mandibular Cysts. J Oral Maxillofac Surg 2012;70(4):856-9.

11. Delgado E, Piñera M, Sánchez MA, Gay C. La descompresión de los grandes quistes maxilares: Una contribución a la terapéutica quirúrgica. Av Odontoestomatol 1997; 13: 283-91.

12. Pejovic M, Stepic J, Markovic A, Dragovic M, Milicic B, Colic S. Retrospective study of spontaneous bone regeneration after decompression of large odontogenic cystic lesions in children. Vojnosanit Pregl. 2016;73(2):129-34.

13. Berretta LM, Melo G, Mello FW, Lizio G, Rivero ERC. Effectiveness of marsupialisation and decompression on the reduction of cystic jaw lesions: a systematic review. Br J Oral Maxillofac Surg. 2021 Dec;59(10):E17-E42.

14. De Castro MS, Caixeta CA, de Carli ML, Ribeiro Júnior NV, Miyazawa M, Pereira AAC, Sperandio FF, Hanemann JAC. Conservative surgical treatments for nonsyndromic odontogenic keratocysts: a systematic review and meta-analysis. Clin Oral Investig. 2018 Jun;22(5):2089-2101.

15. Chrcanovic BR, Gomez RS. Recurrence probability for keratocystic odontogenic tumors: An analysis of 6427 cases. J Craniomaxillofac Surg. 2017 Feb;45(2):244-251.

16. Al-Moraissi EA, Dahan AA, Alwadeai MS, Oginni FO, Al-Jamali JM, Alkhutari AS, Al-Tairi NH, Almaweri AA, Al-Sanabani JS. What surgical treatment has the lowest

recurrence rate following the management of keratocystic odontogenic tumor?: A large systematic review and meta-analysis. J Craniomaxillofac Surg. 2017 Jan;45(1):131-144.

NORMAS DE PUBLICACIÓN

La Revista Andaluza de Cirugía Bucal publica artículos científicos relacionados con el campo de la Cirugía Bucal que sean de interés para cualquier odontoestomatólogo que desarrolle dicha área en su práctica profesional.

El Comité Editorial seguirá de forma estricta las directrices expuestas a continuación, siguiendo la normativa de Vancouver. Los artículos que no se sujeten a ellas serán devueltos para corrección, de forma previa a la valoración de su publicación.

Todos los artículos remitidos a esta revista deberán ser originales, no publicados ni enviados a otra publicación, siendo el autor el único responsable de las afirmaciones sostenidas en él.

Todos aquellos autores que quieran mandar su artículo científico podrán hacerlo enviándolo vía e-mail a **revista@aacib.es** con copia a **danieltl@us.es**, enviando un archivo con el texto del manuscrito en formato Word para PC, y las imágenes en archivos distintos en formato TIFF o JPG.

TIPOS DE ARTÍCULOS

1. Artículos originales, que aporten nuevos datos clínicos o de investigación básica relacionada con la Cirugía Bucal.

2. Revisiones y puesta al día que supongan la actualización, desde un punto de vista crítico científico y objetivo, de un tema concreto. No existe limitación en el número de citas bibliográficas, si bien se recomienda al autor o autores, que sean las mínimas posibles, así como que sean pertinentes y actualizadas. Además, dado el interés práctico de esta publicación, el texto debe estar apoyado en un adecuado material iconográfico.

3. Resúmenes comentados de literatura actual. Serán encargados por la Revista a personas cualificadas e interesadas en realizar una colaboración continuada.

4. Casos clínicos, relacionados con problemas poco frecuentes o que aporten nuevos conceptos terapéuticos, serán publicados en esta sección. Deben contener documentación clínica e iconográfica completa pre, per y postoperatoria, y del seguimiento ulterior, así como explicar de forma clara el tratamiento realizado. El texto debe ser conciso y las citas bibliográficas limitarse a las estrictamente necesarias. Resultarán especialmente interesantes secuencias fotográficas de tratamientos multidisciplinarios de casos complejos o técnicas quirúrgicas.

5. Cartas al director que ofrezcan comentarios o críticas constructivas sobre artículos previamente publicados u otros temas de interés para el lector. Deben tener una extensión máxima de dos folios tamaño DIN-A4 escritos a doble espacio, centradas en un tema específico y estar firmadas. En caso de que se viertan comentarios sobre un artículo publicado en esta revista, el autor del mismo dispondrá de la oportunidad de respuesta. La pertinencia de su publicación será valorada por el Comité Editorial.

6. Otros, se podrán publicar, con un formato independiente, documentos elaborados por Comités de Expertos o

Corporaciones de reconocido prestigio que hayan sido aceptados por el Comité Editorial.

AUTORES

Únicamente serán considerados como autores aquellos individuos que hayan contribuido significativamente en el desarrollo del artículo y que, en calidad de tales, puedan tomar pública responsabilidad de su contenido. Su número, no será, salvo en casos excepcionales, superior a 7. A las personas que hayan contribuido en menor medida les será agradecida su colaboración en el apartado de agradecimientos. Todos los autores deben firmar la carta de remisión que acompañe el artículo, como evidencia de la aprobación de su contenido y aceptación íntegra de las normas de publicación.

PRESENTACIÓN Y ESTRUCTURA DE LOS TRABAJOS

El documento debe ser enviado, en formato Word para PC sobre una página de tamaño DIN-A4 blanco, a 1,5 espacio de interlineado, con márgenes mínimos de 25 mm y con hojas numeradas. Asimismo, se enviarán las imágenes en formato JPG o TIFF en archivos independientes al documento, nunca insertadas en el texto.

Los artículos originales deberán seguir la siguiente estructura:

Primera página

Debe contener:

1. El título del artículo y un subtítulo no superior a 40 letras y espacios, en español.
2. El nombre y dos apellidos del autor o autores, con el (los) grado(s) académico(s) más alto(s) y la afiliación a una institución si así correspondiera.
3. El nombre del departamento(s) e institución(es) responsables.
4. La negación de responsabilidad, si procede.
5. El nombre del autor responsable de la correspondencia sobre el documento.
6. La(s) fuente(s) de apoyo en forma de subvenciones, equipo o fármacos y el conflicto de intereses, si hubiera lugar.

Resumen

Una página independiente debe contener, el título del artículo y el nombre de la revista, un resumen estructurado del contenido del mismo, no superior a 200 palabras, y el listado de palabras clave en español. Las palabras clave serán entre 3 y 10 términos o frases cortas de la lista del «Medical Subject Headings (MeSH)» del «Index Medicus».

Los trabajos de investigación originales contendrán resúmenes estructurados, los cuales permiten al lector comprender rápidamente, y de forma ordenada el contenido fundamental, metodológico e informativo del artículo. Su extensión no debe ser superior a 200 palabras y estará estructurado en los siguientes apartados: introducción (fundamento y objetivo), material y metodología, resultados y conclusiones. Introducción.

Debe incluir los fundamentos y el propósito del estudio, utilizando las citas bibliográficas estrictamente necesarias.

No se debe realizar una revisión bibliográfica exhaustiva, ni incluir datos o conclusiones del trabajo que se publica.

Material y metodología

Será presentado con la precisión que sea conveniente para que el lector comprenda y confirme el desarrollo de la investigación. Métodos previamente publicados como índices o técnicas deben describirse solo brevemente y aportar las correspondientes citas, excepto que se hayan realizado modificaciones en los mismos. Los métodos estadísticos empleados deben ser adecuadamente descritos, y los datos presentados de la forma menos elaborada posible, de manera que el lector con conocimientos pueda verificar los resultados y realizar un análisis crítico. En la medida de lo posible las variables elegidas deberán ser cuantitativas, las pruebas de significación deberán presentar el grado de significación y si está indicado la intensidad de la relación observada y las estimaciones de porcentajes irán acompañadas de su correspondiente intervalo de confianza. Se especificarán los criterios de selección de individuos, técnica de muestreo y tamaño muestral, empleo de aleatorización y técnicas de enmascaramiento. En los ensayos clínicos y estudios longitudinales, los individuos que abandonan los estudios deberán ser registrados y comunicados, indicando las causas de las pérdidas. Se especificarán los programas informáticos empleados y se definirán los términos estadísticos, abreviaturas y símbolos utilizados.

En los artículos sobre ensayos clínicos con seres humanos y estudios experimentales con animales, deberá confirmarse que el protocolo ha sido aprobado por el Comité de Ensayos Clínicos y Experimentación Animal del centro en que se llevó a cabo el estudio, así como que el estudio ha seguido los principios de la Declaración de Helsinki de 1975, revisada en 1983.

Los artículos de revisión deben incluir la descripción de los métodos utilizados para localizar, seleccionar y resumir los datos.

Resultados

Aparecerán en una secuencia lógica en el texto, tablas o figuras, no debiendo repetirse en ellas los mismos datos. Se procurará resaltar las observaciones importantes.

Discusión

Resumirá los hallazgos relacionando las propias observaciones con otros estudios de interés y señalando las aportaciones y limitaciones de unos y otros. De ella se extraerán las oportunas conclusiones, evitando escrupulosamente afirmaciones gratuitas y conclusiones no apoyadas completamente por los datos del trabajo.

Agradecimientos

Únicamente se agradecerá, con un estilo sencillo, su colaboración a personas que hayan hecho contribuciones 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



KLOCKNER®



Osteógenos