

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<sup>ª</sup> 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

## Sumario

•Editorial.....	4
• Cirugía De Rescate De Caninos Con Técnica Quirúrgica De Exposición Cerrada: A Propósito De Un Caso.....	6 - 9
• Cirugía Periapical En Sector Estético: A Propósito De Un Caso.....	10 - 13
• Descompresión Quística En Maxilar Inferior Derecho: A Prpósito De Un Caso.....	14 - 19
• Noticias/CURSOS.....	21-32
• Normasdepublicación.....	34-35
• PatrocinadoresAACIB.....	36

## Editorial

Coincidiendo con la transición de verano a otoño, va a tener lugar en la maravillosa ciudad de Córdoba, la única ciudad del mundo con cuatro Declaraciones de Patrimonio de la Humanidad por la Unesco, el que será el XX Congreso de Secib, Sociedad que representa a los Odontólogos y Estomatólogos que comparten el interés por los aspectos quirúrgicos de la profesión.

Así pues, del 21 al 23 de septiembre, Secib se traslada al Palacio de Congresos de Córdoba que está ubicado en un singular edificio del siglo XVI, antiguo hospital de la ciudad y situado en el centro histórico de la misma, justo enfrente de la singular Mezquita Catedral.

En el aspecto científico, el Congreso abordará una amplia variedad de temas quirúrgicos con ponentes nacionales e internacionales de reconocido prestigio que, por un lado, nos presenten una vertiente investigadora y basada en la evidencia científica y por otro nos muestren el lado clínico de la Cirugía Bucal, intentando conseguir una adecuada conjunción de ambos enfoques. La Regeneración Ósea en Implantología será el tema que predominará en el Congreso, con varias ponencias que nos hablarán de las diferentes técnicas de ROG que se usan actualmente y como novedad tendremos un interesantísimo curso precongreso el jueves 21 por la mañana, impartido por el Dr. David González que versará también sobre ROG 3D en la zona estética.

Habrán también ponencias sobre nuevas técnicas en implantes inmediatos en sectores estéticos, elevaciones sinusales con abordaje de ventana baja, aplicación de los principios de la cirugía mucogingival en ROG, oseodensificación y uso de implantes cortos y estrechos en zonas de atrofia maxilar como alternativas a la ROG, nuevos paradigmas en periimplantitis, flujo digital en Implantología y también sobre aspectos protésicos y biomecánicos a tener en cuenta en nuestros tratamientos con implantes.

Además se hablará de temas tan importantes como el cáncer y precáncer oral, antireabsorptivos óseos y osteonecrosis, uso racional de antibióticos en cirugía oral, así como interesantes conferencias sobre temas menos conocidos como el uso de corticotomías en ortodoncia, perfiloplastias para mejorar la estética de nuestros pacientes y actualización en cirugía periapical y reimplantes dentarios, todo un clásico de la Cirugía Bucal, pero basados en la evidencia científica.

En el aspecto lúdico y de interrelación entre congresistas también queremos generar recuerdos únicos de este Congreso, consiguiendo que podamos disfrutar de momentos irrepetibles de amistad entre compañeros durante el Cóctel de Bienvenida del jueves por la noche, y el Almuerzo de Clausura del sábado que cerrará el Congreso con baile y música en directo.

Por todo ello creo que no hay que dejar pasar esta oportunidad de estar en el epicentro de la Cirugía Bucal en España durante los días del Congreso y animo a todos a compartir Ciencia y Amistad inscribiéndose al XX Congreso Secib Córdoba.

Que no os lo cuenten después. Mucho mejor ser Protagonistas del evento.

¡Nos vemos en Secib Córdoba! ¡REGENERANDO Y MAS!

**José Javier Pinilla Melguizo**

**Presidente del Comité Organizador del XX Congreso Secib Córdoba 2023**

## DESCUBRE EL BIOMATERIAL DEL FUTURO

### Adherencia óptima: máxima estabilidad

Hueso cortical y esponjoso + Gel de colágeno tipo I y III y copolímero termogelificante

- *Adherencia óptima*
- *Máxima estabilidad del injerto*
- *Especialmente beneficioso en casos donde haya escaso soporte óseo alrededor del defecto*



**OsteoBiol**<sup>®</sup>  
by Tecnos

Un nuevo nivel de excelencia en biomateriales



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

Lima Sánchez B<sup>1</sup>, Fernández Figares Conde I<sup>1</sup>, Fernández Asian I<sup>1</sup>, Torres Lagares D<sup>1</sup>, Gutiérrez Pérez JL<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Máster Cirugía Bucal Universidad de Sevilla

<sup>2</sup>UGC Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla.

### INTRODUCCIÓN

Un diente impactado es aquel que no erupciona en su posicional natural y funcional <sup>(1)</sup>, y ocurre cuando el diente permanente, totalmente rodeado de hueso alveolar, no erupciona en el momento esperado dentro de los límites de la erupción. <sup>(2)</sup> Los caninos maxilares son los segundos dientes, después de los terceros molares, más frecuentemente impactados en la cavidad oral, con una prevalencia que puede variar entre el 1% y el 3 % ... (3,4) La impactación por la cara palatina se observa con una mayor frecuencia que por bucal <sup>(5)</sup> y, además tiene predilección por el sexo femenino, siendo 2 veces más frecuente que en hombres. De todos los pacientes que presentan impactación maxilar de los caninos, aproximadamente, solo un 8% la presentan bilateralmente. <sup>(6)</sup>

A la hora del diagnóstico de un canino retenido es de crucial importancia el diagnóstico precoz y la intervención temprana, ya que gracias a ello se puede reducir el tiempo y costo del tratamiento e incluso se podría llegar a evitar la realización de técnicas más complejas. La corrección por sí sola de un canino impactado ocurre en dos de cada tres casos cuando se inicia un tratamiento interceptivo y el diente deciduo se extrae en el momento adecuado. La tasa de éxito del tratamiento interceptivo disminuye a medida que la edad del paciente aumenta. <sup>(2,6)</sup> Algunos de los signos importantes que pueden hacer pensar en una posible impactación son, un retraso en la erupción del canino permanente, la presencia del canino temporal en la cavidad oral más allá de los 14-15 años, abultamiento en la zona palatina, una erupción retardada e inclinación de los incisivos laterales. <sup>(6)</sup>

En el momento de enfocar el tratamiento para llevar el canino a su posición ideal en la arcada se debe considerar un tratamiento combinado quirúrgico/ortodóncico debido a su alto requerimiento estético y funcional. El tratamiento quirúrgico tendrá como objetivo la exposición de la corona del diente para una posterior alineación ortodóncica. <sup>(5)</sup> Esta opción de tratamiento es la de elección es los casos con mejor pronóstico. Existen dos técnicas quirúrgicas a considerar: la abierta y la cerrada. Para hacer la elección entre una técnica u otra tendremos que valorar una serie de elementos, como son la profundidad del canino dentro del hueso alveolar, la anatomía de la zona edéntula y el tipo de fuerza que se va a producir en la tracción ortodóncica. <sup>(6)</sup>

La técnica abierta consiste en la exposición quirúrgica total de la corona del diente mediante la remoción completa del hueso y tejido blanco que se encuentra en contacto directo con el canino retenido. Otra opción para la realización de esta técnica es la realización de un colgajo de reposición apical. <sup>(5)</sup> La técnica cerrada se realiza levantando un colgajo de espesor total, se expone la corona del diente eliminando la menor cantidad de tejido posible, y a este se le coloca un accesorio de tracción de ortodoncia con un alambre de ligadura retorcido suave de bajo calibre. Una vez colocado, el colgajo se reposiciona y se sutura en el lugar que ocupaba anteriormente, pero con el alambre pasado a través del colgajo para poder realizar la tracción. <sup>(7)</sup> La técnica cerrada es la de elección cuando el canino está impactado aproximadamente a un tercio del alveolo, además que garantiza mejores resultados estéticos y periodontales. <sup>(6)</sup>

### CASO CLÍNICO

Paciente de 16 años de edad que acude al Máster de Ortodoncia de la Universidad de Sevilla debido a que presenta apiñamiento y maloclusión, además presenta malposición del 13 e inclusión unilateral del 23. Una vez hecho el estudio y valorado por el ortodoncista, se decide el tratamiento de elección es realizar la cirugía de rescate para poder llevar el canino a su posición ideal en la arcada. La paciente es derivada al Máster de Cirugía de la Universidad de Sevilla para la realización de la técnica quirúrgica. En este caso se decidió realizar la técnica cerrada debido a su alto requerimiento estético y condiciones periodontales. Además, la cicatrización es más rápida y hay menor sangrado y dolor postoperatorio. La secuencia quirúrgica que se llevó a cabo fue la siguiente:

Una vez realizada la técnica de anestesia local (Figura 1), se realizó una incisión intrasulcular por palatino extendiéndose desde el incisivo central hasta el primer premolar sin descargas (Figura 2). A continuación, despegamiento y levantamiento de colgajo de espesor total viéndose expuesta la corona del diente impactado sin necesidad de hacer remoción de hueso (Figura 3). Manteniendo el colgajo separado y manteniéndose el control del sangrado, se une un botón de tracción de ortodoncia mediante la técnica adhesiva (Figura 4). Al botón va unido a un alambre de ligadura retorcido de bajo calibre que luego se va a utilizar para realizar dicha tracción (Figura 5). Por último, se reposiciona el colgajo, pasando el alambre de ligadura a través de este, y se realizan puntos simples para la sujeción del colgajo (Figura 6). Se le indicaron las medidas



Figura 1: Técnica anestésica



Figura 3: Despegamiento y levantamiento del colgajo.

postoperatorias y medicación antiinflamatoria, y a la semana se le citó para revisión y la retirada de sutura.

## DISCUSIÓN

En la actualidad, sigue existiendo el debate de que técnica llevar a cabo en cirugía de rescate de dientes impactados, ya que son muchos los factores a tener en cuenta a la hora de decantarse por una técnica u otra, como ya se ha comentado anteriormente, entre esos factores se encuentran la profundidad dentro del hueso alveolar, la anatomía de la zona edéntula u ocupada por el diente temporal y el tipo de fuerza de tracción que se va a necesitar. (6) Además, un punto importante es la alta demanda estética y periodontal requerida (5) y son muchos los artículos donde se aborda este debate.

En el artículo presentado por Cassina y cols. (5) en el año 2018, se estudió cuáles eran las diferencias entre la exposición quirúrgica abierta y la cerrada, se llegó a la conclusión de que la exposición abierta es superior en cuanto a la reducción de la duración de la alineación inicial y disminución del riesgo de anquilosis, pero no se encontraron otras diferencias que repercutan al paciente entre ambas técnicas, en cambio en el estudio presentado por

Sampaziotis y cols. (3) en el año 2018, no se llegó a ninguna conclusión sólida que refuerce ninguna teoría y por tanto concluye que se deben realizar más estudios para obtener más pruebas.

Cruz R y cols. (6) en el año 2019, concluyen que el método más adecuado que debe elegir el ortodoncista debe ser el que permita la aplicación de fuerzas ideales y en la dirección más favorable para evitar así las posibles lesiones en los dientes adyacentes.

Por otra parte, en el año 2022 Gunardi y cols. (8), en el estudio donde exponen criterios para la toma de decisiones en cuanto a la extracción total del diente retenido o la exposición quirúrgica determina que la elección de la técnica se medirá por el índice de dificultad del tratamiento o por el índice de dificultad de la modificación, siendo ambos índices de impacto para la determinación del tratamiento quirúrgico.

En cuanto al tratamiento multidisciplinar quirúrgico/ortodóncico que se lleva a cabo en este tipo de tratamiento, Huang y cols. (4) consideran que la cooperación multidisciplinar con una evaluación cuidadosa y protocolo de tratamiento por etapas favorece la estética de los tejidos blandos. A su vez, Becker y cols. (7) en el año 2013,



Figura 2: Incisión.



Figura 4: Técnica adhesiva para la colocación del botón.



Figura 5: Colocación del botón.



Figura 6: Reposición del colgajo y sutura.

consideran que el tratamiento de ortodoncia acompañado de una exposición quirúrgica mínima es una opción segura y predecible para el tratamiento de caninos incluidos, tanto en adolescentes como en adultos.

Como cualquier tratamiento que conlleve un acto quirúrgico, conlleva una serie de riesgos y posibles complicaciones, las cuales pueden ser equimosis de los tejidos blandos, infección, parestesia o daño de estructuras vecinas. En este caso en concreto, la impactación de un canino puede llevar a la reabsorción radicular del diente adyacente, pero en el artículo presentado por Sajani y cols. (9) 2014, se observó que la frecuencia de reabsorción radicular de dientes adyacentes debido a la impactación de un canino maxilar era baja y que las posibles complicaciones postoperatorias fueron sangrado postoperatorio, hematoma, dolor postoperatorio, secreción purulenta, parestesia transitoria, mala cicatrización perforación del seno maxilar y decoloración de dientes adyacentes, pero tuvieron lugar en muy raras ocasiones.

Además, se llega a la conclusión que la exposición quirúrgica para posterior tracción ortodóncica es método confiable y con complicaciones mínimas. Siguiendo la misma línea, Yang y cols. (10) en el año 2022, abarcó el tema de las características radiográficas en caninos impactados y concluye que los caninos maxilares incluidos tratados con exposición quirúrgica y tracción ortodóncica mostraron mayor posibilidad de impactación palatina y reabsorción radicular de dientes adyacentes cuanto más a mesial sea su ubicación.

Por último, en cuanto al dolor postoperatorio, el estudio que realizaron Zabielskaite y cols. (11) en el año 2022, muestra una serie de conclusiones, donde se muestra que el dolor la noche tras la intervención fue el momento donde se presentó más alto y de ahí fue disminuyendo gradualmente, no se observa relación entre la ubicación del canino impactado y las molestias postoperatorias y el sexo y la edad del paciente no influye ni en la incomodidad ni el dolor.

## CONCLUSIONES

1. En base a la literatura científica publicada y tras un análisis exhaustivo de los artículos seleccionados se llega a la conclusión de que no existen estudios suficientes que proporcionen información que permita afirmar que una técnica sea más beneficiosa que la otra.

2. La técnica quirúrgica de exposición de caninos impactados en combinación con el tratamiento ortodóncico es un procedimiento seguro, predecible y con resultados exitosos a largo plazo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Katiyar R, Tandon P, Singh GP, Agrawal A, Chaturvedi TP. Management of impacted all canines with surgical exposure and alignment by orthodontic treatment. *Contemp Clin Dent* 2013; 4:371-3.
2. Lövgren ML, Dahl O, Uribe P, Ransjö M, Westerlund A. Prevalence of impacted maxillary canines-An epidemiological study in a region with systematically implemented interceptive treatment. *Eur J Orthod*. 2019;41: 454-459.
3. Sampaziotis D, Tsolakis IA, Bitsanis E, Tsolakis AI. Open versus closed surgical exposure of palatally impacted maxillary canines: comparison of the different treatment outcomes-a systematic review. *Eur J Orthod*. 2018; 40:11-22.
4. Huang YS, Lin YC, Hung CY, Lai YL. Surgical considerations and management of bilateral labially impacted canines. *J Dent Sci*. 2016; 11:202- 6.
5. Cassina C, Papageorgiou SN, Eliades T. Open versus closed surgical exposure for permanent impacted canines: A systematic review and meta-analyses. *Eur J Orthod* 2018; 40: 1-10.

6. Cruz RM. Orthodontic traction of impacted canines: Concepts and clinical application. *Dental Press J Orthod.* 2019;24: 74-87.

7. Becker A, Chaushu S. Palatally impacted canines: The case for closed surgical exposure and immediate orthodontic traction. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2013; 143:451-459.

8. Gunardi OJ, Danudiningrat CP, Rizqjawan A, Mulyawan I, Amir MS, Kamadjaja DB, et al. Decision-Making Criteria of Odontectomy or Surgical Exposure in Impacted Maxillary Canine Based on Treatment Difficulty Index Modification. *Eur J Dent.* 2022; 16:796-802.

9. Sajjani AK, King NM. Complications associated with the occurrence and treatment of impacted maxillary canines. *Singapore Dent J.* 2014; 35:53-57.

10. Yang JS, Cha JY, Lee JY, Choi SH. Radiographical characteristics and traction duration of impacted maxillary canine requiring surgical exposure and orthodontic traction: a cross-sectional study. *Sci Rep.* 2022; 12:19183.

11. Zabielskaite G, Varoneckaite M, Smailiene D. Evaluation of Postoperative Pain and Discomfort in Patients Undergoing Surgical Exposure of Impacted Maxillary Canines. *J Oral Maxillofac Res.* 2022;13.

## CIRUGÍA PERIAPICAL EN SECTOR ESTÉTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Pose Otero F<sup>1</sup>, Fernandez Asián I<sup>1</sup>, Torres-Lagares D<sup>1</sup>, Gutiérrez-Pérez JL<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Máster Cirugía Bucal Universidad de Sevilla.

<sup>2</sup>UGC Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla.

### INTRODUCCIÓN

La patología periapical constituye un conjunto de trastornos inflamatorios e infecciosos que son consecuencia directa de la patología pulpar. Cuando tiene lugar una necrosis pulpar, los microorganismos sobrepasan el foramen apical, produciendo una reacción tisular en los tejidos en la zona del periápice.

La cirugía periapical es un procedimiento quirúrgico utilizado para tratar afecciones que afectan la región periapical de los dientes. Esta se lleva a cabo cuando el tratamiento endodóntico convencional, como es el tratamiento de conductos, no ha sido suficiente para resolver una infección o afección periapical, como abscesos, quistes, granulomas, fracturas radiculares o reabsorciones apicales<sup>2,3</sup>

En los últimos años, se ha realizado una considerable investigación en el campo de la cirugía periapical con el objetivo de mejorar las técnicas quirúrgicas, aumentar la tasa de éxito y reducir las complicaciones postoperatorias. Esta área de investigación se ha centrado en diversas áreas, como el diagnóstico preoperatorio, la planificación quirúrgica, la aplicación de nuevas tecnologías, el uso de materiales regenerativos y la evaluación de los resultados a largo plazo.<sup>4,5</sup>

El diagnóstico preoperatorio juega un papel crucial en la cirugía periapical, ya que una adecuada evaluación de la condición del diente afectado y los tejidos circundantes es fundamental para el éxito del procedimiento. En este sentido, la aplicación de técnicas de imagen como la tomografía computarizada de haz cónico (CBCT), ha demostrado ser una herramienta fundamental. Estudios recientes han evaluado los resultados de la cirugía periapical utilizando CBCT y han demostrado su utilidad en la visualización tridimensional de las estructuras anatómicas, permitiendo un diagnóstico más preciso, una planificación quirúrgica más eficiente y un seguimiento postoperatorio mejorado.<sup>5</sup>

Cabe añadir, que la cirugía periapical debe realizarse en un diente sin evidencia de fractura y con un estado periodontal adecuado (menos del 25% de pérdida ósea vertical y bolsas periodontales <5 mm). Además, el diente debe tener suficiente estructura coronaria para soportar la restauración/ rehabilitación protésica.

Transcurridos 3 meses desde la cirugía, si el diente permanece sintomático, se debe realizar un retratamiento quirúrgico en manos expertas o la extracción del diente, según el diagnóstico que determine el fracaso del tratamiento conservador. En ausencia de signos y síntomas clínicos, el odontólogo puede finalizar la restauración coronal.<sup>6</sup>



Figura 1: Incisión.

### CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 42 años de edad, sin antecedentes médicos, sin alergias y no fumadora. Acude derivada del especialista en endodoncia que había realizado la reendodoncia del incisivo lateral superior del segundo cuadrante con anterioridad ya que la paciente seguía con sintomatología y molestias.

Tras la exploración radiográfica mediante CBCT se puede observar una zona radiolúcida asociada a la raíz del incisivo lateral superior del segundo cuadrante. El diente se encuentra endodonciado y con un cierre apical aparentemente correcto, por lo que se procede a la cirugía periapical del diente en cuestión.

En primer lugar, se realiza técnica de anestesia locoregional infiltrativa para conseguir la ausencia de dolor durante la cirugía. Se utiliza una solución anestésica con vasoconstrictor para conseguir menor sangrado, lo cual facilitará la visión y limpieza del campo quirúrgico.

Se decide realizar una incisión con hoja de bisturí del número 15 respetando las papilas con descarga distal y preparamos un colgajo triangular. De esta manera se intenta prevenir la recesión del margen gingival y las papilas interdientales evitando el comprometimiento de la estética (Figura 1).

Posteriormente se procede al despegamiento a espesor total o mucoperiostico del colgajo para facilitar el acceso a la lesión (Figura 2). Tras la localización de la misma se procede a la osteotomía con una fresa redonda de carbono de tungsteno con pieza de mano e irrigación con suero fisiológico eliminando así el tejido patológico periapical para



Figura 2: Despegamiento del colgajo mucoperiostico.



Figura 4: Obturación de cavidad retrograda.

preparar y obturar la cavidad de obturación retrógrada. Para ello se elimina parte de la cortical vestibular, permitiendo el acceso a la lesión periapical. Una vez completada la osteotomía se realiza el legrado apical con la remoción del tejido patológico que rodea el ápice dentario y la apicectomía sin bisel, lo más perpendicular al eje del diente posible y eliminando aproximadamente unos 3 mm de la raíz.

La cavidad de obturación es preparada siguiendo la anatomía del conducto radicular con ultrasonidos, eliminando unos 3 milímetros de profundidad y 1,5 mm de diámetro. Esta cavidad de obturación retrógrada será la que albergará el material de obturación sellando así tridimensionalmente el ápice del diente (Figura 3).

Tras conseguir la hemostasia y control de sangrado de la zona quirúrgica se procede a la obturación de la zona periapical con IRM mediante micro-condensadores compactando el material de obturación para así conseguir un correcto sellado del ápice dentario. Una vez concluida la obturación retrógrada se realizan procedimientos de ROG mediante el uso de biomateriales para de esta manera conseguir una adecuada regeneración

del defecto producido (Figura 4-6).

Finalmente, se realizó el cierre del colgajo mediante el empleo de puntos simples. Este presentaba ausencia de tensión en la zona, que es fundamental para de esta manera tener una cicatrización por primera intención evitando cicatrices y evitar posibles dehiscencias (Figura 7).

## DISCUSIÓN

En el presente trabajo, se realizó una cirugía periapical utilizando un enfoque quirúrgico que preservó las papilas y se enfocó en la correcta limpieza de la cavidad. Esta estrategia quirúrgica se basa en la importancia de evitar futuras recesiones en las papilas, que desempeñan un papel crucial en la estética y la función de los tejidos periodontales adyacentes<sup>7,8</sup>

La preservación de las papilas es esencial para lograr resultados estéticos y funcionales óptimos. Varios estudios han demostrado que la preservación de las papilas durante la cirugía periapical tiene un impacto significativo en la apariencia estética del área tratada. La falta de



Figura 3: Confección de cavidad retrograda.



Figura 5: Colocación de Xenoinjerto



Figura 6: Uso de Membrana Barrera



Figura 7: Sutura

preservación de las papilas puede conducir a la formación de espacios negros o trios interdentes antiestéticos, lo que puede afectar la insatisfacción del paciente y la calidad del resultado final.<sup>8</sup>

Además, la correcta limpieza de la cavidad quirúrgica es crucial para eliminar los tejidos inflamados o infectados, así como los restos de material de obturación previo, si los hubiera. La remoción meticulosa de estos elementos contribuye a la eliminación de los irritantes que pueden perpetuar la inflamación y favorece un entorno propicio para la cicatrización y la regeneración tisular. Estos hallazgos respaldan la importancia de llevar a cabo una limpieza exhaustiva de la cavidad quirúrgica durante la cirugía periapical.<sup>9,10</sup>

En relación con el uso de un xenoinjerto óseo y una membrana, estos enfoques tienen como objetivo fomentar la regeneración ósea y facilitar la cicatrización de la lesión periapical. La utilización de un xenoinjerto, que es un material de origen animal, ha demostrado ser una opción viable para la regeneración ósea en cirugía periapical. Por otro lado, la colocación de una membrana barrera, también desempeña un papel importante en la regeneración ósea. Las membranas actúan como barreras físicas que protegen el defecto quirúrgico y permiten un adecuado flujo de células y nutrientes para facilitar la adecuada cicatrización y regeneración de los tejidos.<sup>9,11</sup>

Finalmente, la elección de no utilizar MTA (agregado trióxido mineral) para la obturación, y utilizar IRM, se basó principalmente en estudios que demuestran que el IRM puede ser altamente efectivo en el sellado y obturación del ápice radicular, obteniéndose unos resultados satisfactorios con determinado material.<sup>12,13</sup>

## CONCLUSIONES

La cirugía periapical es una alternativa terapéutica que presenta una tasa de éxito elevada y debe considerarse fundamentalmente en zona estética. Sin embargo, no se encuentra exenta de complicaciones y es una técnica

quirúrgica sensible a diversos factores que resultan cruciales para el éxito del tratamiento.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Del Fabbro M, Corbella S, Sequeira-Byron P, Tsesis I, Rosen E, Lolato A, Taschieri S. Endodontic procedures for retreatment of periapical lesions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;19:10:CD005511.
2. Siqueira JF Jr, Rôças IN, Ricucci D, Hülsmann M. Causes and management of post-treatment apical periodontitis. *Br Dent J.* 2014;216:305-312.
3. Bakhsh A, Moyes D, Proctor G, Mannocci F, Niazi SA. The impact of apical periodontitis, non-surgical root canal retreatment and periapical surgery on serum inflammatory biomarkers. *Int Endod J.* 2022;55:923-937.
4. Von Arx T, Janner SF, Hänni S, Bornstein MM. Agreement between 2D and 3D radiographic outcome assessment one year after periapical surgery. *Int Endod J.* 2016;49:915-25.
5. Ramis-Alario A, Tarazona-Alvarez B, Cervera-Ballester J, Soto-Peñaloza D, Peñarrocha-Diago M, Peñarrocha-Oltra D, Peñarrocha-Diago M. Comparison of diagnostic accuracy between periapical and panoramic radiographs and cone beam computed tomography in measuring the periapical area of teeth scheduled for periapical surgery. A cross-sectional study. *J Clin Exp Dent.* 2019;11:732-738.
6. Kim S, Kratchman S. Modern endodontic surgery concepts and practice: a review. *J Endod.* 2006;32:601-623.
7. Takei HH, Han TJ, Carranza FA Jr, Kenney EB, Lekovic V. Flap technique for periodontal bone implants. Papilla preservation technique. *J Periodontol.* 1985;56:204-210.
8. Al-Juboory MJ. Flap Designs for Implant-Related Surgical Procedures: A Review. *Implant Dent.* 2016;25:845-854.

9. Corbella S, Taschieri S, Elkabbany A, Del Fabbro M, von Arx T. Guided Tissue Regeneration Using a Barrier Membrane in Endodontic Surgery. *Swiss Dent J.* 2016;126:13-25.

10. Baniulyte G, Ali K, Burns L. Guided tissue regeneration techniques involving blood-derived products in periradicular surgery: a systematic review and meta-analysis protocol. *JBI Evid Synth.* 2021;19:3378-3383.

11. Sánchez-Torres A, Sánchez-Garcés MÁ, Gay-Escoda C. Materials and prognostic factors of bone regeneration in periapical surgery: a systematic review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2014;19:419-425.

12. Wälivaara DA, Abrahamsson P, Sämfors KA, Isaksson S. Periapical surgery using ultrasonic preparation and thermoplasticized gutta-percha with AH Plus sealer or IRM as retrograde root-end fillings in 160 consecutive teeth: a prospective randomized clinical study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2009;108:784-9.

13. Wälivaara DÅ, Abrahamsson P, Fogelin M, Isaksson S. Super-EBA and IRM as root-end fillings in periapical surgery with ultrasonic preparation: a prospective randomized clinical study of 206 consecutive teeth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2011;112:258-263.

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

González de Tena R<sup>1</sup>, Fernández Figares Conde I<sup>1</sup>, Fernández Asian I<sup>1</sup>, Torres Lagares D<sup>1</sup>, Gutiérrez Pérez JL<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Máster Cirugía Bucal Universidad de Sevilla.

<sup>2</sup>UGC 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.<sup>1</sup>

Una de las clasificaciones más relevantes de los quistes de los maxilares (segunda edición) fue la llevada a cabo por Kramer y cols.<sup>2</sup> 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).<sup>3</sup> 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.<sup>3</sup>

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.<sup>4</sup> El objetivo del tratamiento es elegir la modalidad que conlleva el menor riesgo de recurrencia, la mínima morbilidad y al mismo tiempo la erradicación de la lesión.<sup>5</sup>

<p><b>A) Del desarrollo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Odontógenos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Quiste gingival infantil</li> <li>— Quiste gingival adulto</li> <li>— Queratoquiste (primordial)</li> <li>— Quiste dentígero (folicular)</li> <li>— Quiste de erupción</li> <li>— Quiste periodontal lateral</li> <li>— Quiste glandular</li> <li>— Quiste odontogénico calcificante</li> </ul> </li> <li>• <b>No odontógenos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Quiste nasolabial</li> <li>— Quiste globulomaxilar</li> <li>— Quiste nasopalatino</li> </ul> </li> </ul> <p><b>B) Inflamatorios</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Quiste radicular</li> <li>— Quiste paradental</li> <li>— Quiste residual</li> </ul>
--

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

<p><b>2022 Classification</b></p> <p><b>Cysts of the jaws</b></p> <hr/> <p><b>Radicular cyst</b></p> <p><b>Inflammatory collateral cysts</b></p> <p><b>Post-surgical ciliated cyst</b></p> <p><b>Nasopalatine duct cyst</b></p> <p><b>Gingival cyst</b></p> <p><b>Dentigerous cyst</b></p> <p><b>Orthokeratinized odontogenic cyst</b></p> <p><b>Lat. periodontal cyst and botryoid cyst</b></p> <p><b>Calcifying odontogenic cyst</b></p> <p><b>Glandular odontogenic cyst</b></p> <p><b>Odontogenic keratocyst</b></p>
--

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).<sup>6</sup>

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.<sup>7</sup>

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.<sup>8</sup> 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.<sup>9</sup> 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<sup>10</sup>

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.<sup>11</sup>

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 hacía 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.

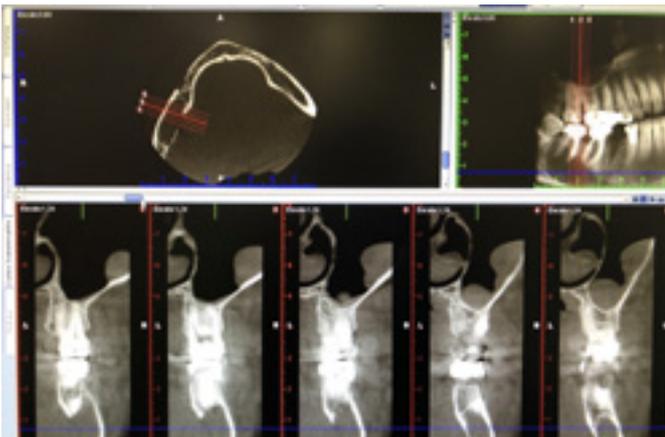


Figura 3: CBCT asociado a lesión quística donde se observa perforación de la cortical lingual en zona de 47.

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:

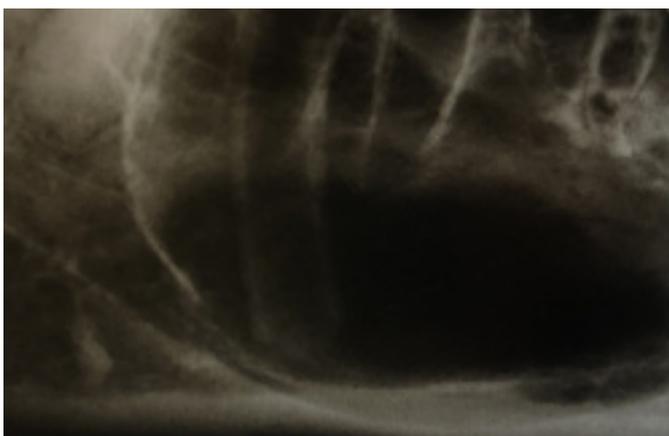


Figura 9: Radiografía periapical con el tubo de descompresión.

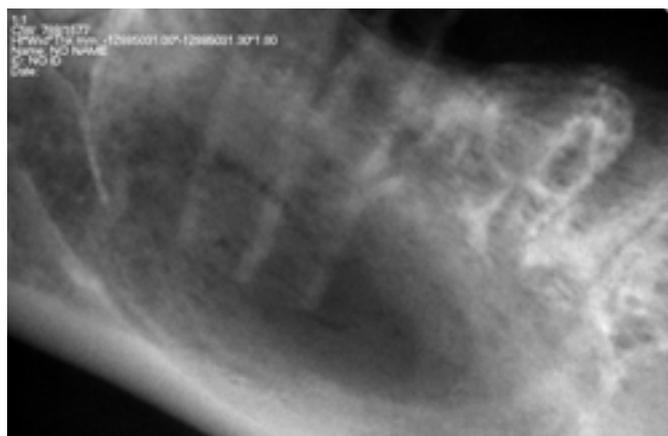


Figura 12: Radiografía periapical a los dos meses (enero 2023).

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.

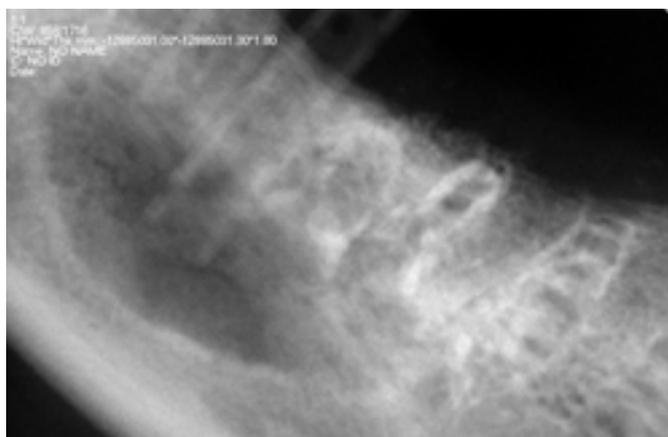


Figura 13: Radiografía periapical a los 6 meses (mayo 2023).



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.<sup>12</sup>

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.<sup>13</sup>

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%).<sup>14</sup> 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 cols<sup>15</sup> 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.<sup>16</sup> 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, Marí 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 fur 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.



# 5º Congreso AACIB

Sevilla, 21 de octubre de 2023



## EL FUTURO DE LA CIRUGÍA BUCAL



Asociación Andaluza  
de Cirugía Bucal

## • Webinar Periimplantarias



# WEBINAR

Tratamiento quirúrgico  
de las enfermedades  
periimplantarias

**Jueves 20 Abril 21:00h. Online**

 **SECIB**



**Dr. Jorge Toledano  
Serrabona**

El pasado 20 de Abril tuvo lugar el Webinar “tratamiento quirúrgico de las enfermedades periimplantarias”, ¿Te lo perdiste?..... te lo contamos

Según explica en el resumen de su ponencia, las enfermedades periimplantarias se clasifican en mucositis perimplantaria y periimplantitis. Siendo ambas entidades inflamatorias inducidas por placa bacteriana que afectan a los tejidos que rodean los implantes dentales. En la periimplantitis, a diferencia de la mucositis, los signos inflamatorios se asocian a una pérdida ósea progresiva

Concluye aseverando que el tratamiento de perimplantitis es un tratamiento SECUENCIAL. El pronóstico de este depende mucho del momento que se trata en proceso, del tipo y extensión del defecto, de la experiencia del cirujano, de la existencia de bolsas residuales y de los programas de mantenimiento que se diseñen a “posteriori”.

Destaca que el mejor tratamiento es la prevención, el control y los programas específicos de mantenimiento de las rehabilitaciones con implantes. En caso de patología aboga por la combinación de tratamiento no quirúrgico junto con tratamiento quirúrgico. Dichos tratamientos y técnicas deben programarse y decidirse individualmente en cada caso, en relación con los distintos factores favorecedores que pueden estar influyendo en la patogenia.

## •Curso teórico práctico de aplicación de PRGF



El pasado 16 de Junio tuvo lugar el curso teórico práctico de aplicación de PRGF en disfunción craneomandular, en la Universidad de Sevilla, impartido por el Dr. Eduardo Vázquez Delgado.

Un curso de gran interés, ya que el curso cerró el cupo máximo a los pocos días de anunciarse.

Los asistentes comenzaron la formación teórica por la mañana, donde pudieron entender los conceptos fundamentales y fisiológicos de la ATM, conocer nuevas modalidades de tratamiento de determinadas patologías articulares, saber las indicaciones del uso del PRGF en la patología de la ATM, y comprender las claves para obtener un resultado clínico óptimo.

Por la tarde los asistentes, tutorizados y asistido por el Dr. Eduardo Vázquez, realizaron los procedimientos de infiltración de PRGF en pacientes que presentaban sintomatología en la ATM.





Mediante esta formación, no sólo se pudieron llenar las expectativas formativas teóricas, sino también las prácticas, ya que todos los asistentes, pudieron ver el protocolo paso por paso a seguir, desde la extracción de sangre, hasta la infiltración de I de PRGF en la ATM.

La SECIB, siempre ha sabido consolidarse como una de las principales sociedades científicas de la Odontología Española. La formación siempre debe ser sólida y reglada, siendo una herramienta de crecimiento de la profesión, esto, sólo puede conseguirse mediante la formación del odontólogo con inquietudes quirúrgicas.

Destacar a BTI Biotechnology Institute, por apostar por una formación reglada, y de calidad, como siempre han destacado con las múltiples publicaciones científicas en el campo de la odontología.



## • Webinar Cirugía Guiada



**Jueves 22 Junio 21:00h.**



**PONENTE**  
**Dr. Javier**  
**Herrera Briones**

**Uso de cirugía guiada  
para mejorar  
el éxito de los tratamientos**

**¡Te lo perdiste! ... te lo contamos**  
**#SomosCirugíaBucal**

El pasado 22 de Junio tuvo lugar el Webinar "Uso de la cirugía guiada para mejorar el éxito de los tratamientos", ¿Te lo perdiste?.... te lo contamos

El Dr. Javier Herrera Briones destacó que la Cirugía es para quien sabe hacer cirugía "a mano alzada". Subrayó que se requiere experiencia y una adecuada formación en cirugía. Considera que es preferible levantar colgajo aun cuando la férula sea Dento-soportada. Considera la férula quirúrgica Dento-soportada como la más fiable. Es decir, que es falso pensar que está indicada para el odontólogo que NO tiene experiencia en cirugía. Sino todo lo contrario, la CG requiere de una gran experiencia en cirugía, dado que en algunos casos deberá tener la capacidad para solucionar los contratiempos que vayan surgiendo.

Destacó que se deben planificar los implantes de una forma "protésicamente Guiados", y mostró como en un 70% de las "perimplantitis", es decir en la mayoría de los problemas con implantes, se deben considerar como **Yatrogenia**. Debido a colocar los implantes de una forma NO adecuada.

A la pregunta de **Cuándo hacer Cirugía Guiada**, presento distintas indicaciones y concluyó que se debería hacer **SIEMPRE**. Al menos, siempre, e hay que hacer una muy buena planificación aprovechando lo que nos aporta el flujo digital, que será lo que nos ponga en el camino del ÉXITO, y luego decidir si se hace cirugía guiada con férulas o no. Sobre todo, hay que tener en cuenta que el coste beneficio merezca la pena.



*¡Aprovecha los  
últimos días!*



**Descuentos extraordinarios  
en biomateriales**

---

CONSTRUYE SOBRE UNA  
**BASE SÓLIDA**



Promoción válida  
hasta el 31 de julio 2023

### • Graduación Máster de Cirugía Bucal Avanzada



El pasado viernes 23 de Junio, tuvo lugar el solemne acto de graduación de la XII promoción del Máster de Cirugía Bucal Avanzada, en la Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla. Un acto entrañable, donde el equipo de Cirugía Oral Sevilla se enorgullece de haber graduado a los alumnos del Máster de Cirugía Oral de la promoción académica 2021-2023.

El acto solemne se celebró en el Salón de Grados de la Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla, con la presencia de varias eminencias en el ámbito de la Cirugía Oral como son el Dr. José Luis Gutiérrez Pérez y el Dr. Daniel Torres Lagares.

Enhorabuena a los graduados de parte del equipo de Cirugía Bucal Sevilla!

# Curso: "PATOLOGÍA DE LA MUCOSA ORAL"

## Dr. Francisco Cardona Tortajada

Colabora: AACIB - Asociación Andaluza de Cirugía Bucal

**Coordinador AACIB:** Dr. Manuel M<sup>a</sup> Romero Ruiz

**Lugar de celebración:** Hotel Meliá Cádiz Paseo del Mar \*\*\*\* - Avda. Amílcar Barca, 47 - 11009 Cádiz

**Fecha:** Viernes 29 y sábado 30 de septiembre de 2023

**Horario:** Viernes de 16:00 a 20:30 h. y sábado de 09:30 a 14:00 h.

**Inscripción:** Gratuita (patrocinado por la Fundación A.M.A.).

Instrucciones y [Formulario](#) para realizar inscripciones disponibles en la web [dentistascadiz.com](http://dentistascadiz.com), zona CURSOS Y EVENTOS > Formulario para inscripciones.

### Programa:

1. Exploración.
2. Mucosa normal.
3. Lesiones mecánicas, químicas o físicas.
4. Patología de la lengua.
5. Infecciones por hongos.
6. Infecciones por virus del herpes.
7. Estomatitis aftosa recidivante.
8. Eritema exudativo multiforme.
9. Tumores benignos.
10. Trastornos premalignos.
11. Cáncer oral.
12. Diagnóstico diferencial.
13. Biopsia.

### Dr. Francisco Cardona Tortajada:

- Licenciado en Medicina, Universidad de Valencia, 1978.
- Médico especialista en Estomatología, Universidad de Valencia, 1982.
- Doctor en Medicina y Cirugía, Apto cum laude, Univ de Valencia, 1995.
- Médico adjunto, por concurso-oposición libre del Servicio de Estomatología del Hospital General Universitario de Valencia, 1988.
- Profesor asociado, por concurso de méritos, del área de Estomatología de la Universidad de Valencia, 1988.
- Odontólogo del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, por concurso-oposición libre, 1998.
- Jefe de Sección de Salud Bucodental del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, por concurso de méritos, 1999.
- Investigador principal y colaborador en diversos ensayos clínicos.
- Autor de un libro de la especialidad.
- Autor de varios capítulos de libro de la especialidad.
- Autor de múltiples artículos científicos de la especialidad, nacionales e internacionales.
- Dictante de múltiples conferencias y cursos de la especialidad.
- Fellow del Board Europeo de Cirugía Bucal.
- Experto Universitario, Universidad de Valencia, en Medicina Oral.



### Organiza:



### Colabora:



### Patrocina:



**Fundación A.M.A.**  
patrocinadora de la Formación  
Continuada del C.O.D.C.

## • Premios científicos SECIB 2023

El pasado viernes 30 de Junio, se celebró el "**Acto de Entrega de los Premios Científicos SECIB 2023 de las Jornadas Científicas de Investigación en Cirugía Bucal**".

El Colegio de Dentistas de Córdoba fue la sede elegida por la Sociedad Española de Cirugía Bucal, para el acto de entrega de los Premios Científicos Anuales SECIB 2023.

Durante el transcurso de las cuales se procedió al acto de entrega de los Premios Científicos Anuales 2023 que otorga esta Sociedad Científica.

El Premio al Mejor Artículo Científico publicado en la revista "Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal" ha recaído en los doctores Carlos Noguera Mutlló, Bassel Traboulsi Garet, Octavi Camps Font, María Cristina Manzanares Céspedes, Rui Figueiredo y Eduard Valmaseda Castelló como autores del artículo "Comparison of two different lingual flap advancement techniques and vascular structure identification: a human cadaver study".

Cosimo Galletti, Jorge Toledano Serrabona, Octavi Camps Font, Gisela Teixido Tura, Inmaculada Llobet Poal, Carles Subirà Pifarré, Luca Fiorillo y Cosme Gay Escoda, reciben el Premio al Mejor Artículo de Investigación sobre Cirugía Bucal en Revistas de Impacto Extranjeras, por su trabajo "Prevalence of Periodontitis among the Patients Diagnosed with Marfan Syndrome: a Cross-Sectional Study Comparing Samples of Healthy Patients".

El Premio al Mejor Artículo de Investigación sobre Implantología Bucal en Revistas de Impacto Extranjeras lo recogerán los doctores Gisela C. V. Camolesi, José M. Somoza Martín, María D. Reboiras López, Fabio Camacho Alonso, Andrés Blanco Carrión y Mario Pérez Sayáns, como autores de "Photobiomodulation in dental implant stability and post-surgical healing and inflammation. A randomised double-blind study", mientras que Paula Hermina Cabrera es la acreedora del Premio "Secib Joven Fin de Grado 2023", por su trabajo "Regeneración ósea espontánea o guiada tras la enucleación de un quiste dentígero en pacientes sin patología sistémica".

Como colofón a estas Jornadas los doctores José Luis Gutiérrez Pérez y Guillermo Machuca Portillo abordaron en magníficas exposiciones el "Tratamiento y manejo Odontológico en pacientes con cáncer de cabeza y cuello", el primero de ellos, y el "Tratamiento y manejo Odontológico en pacientes con cáncer más allá de la zona de cabeza y cuello".

Estas Jornadas, de carácter gratuito, tuvieron una gran acogida por parte de los odontólogos, los cuales además dedican su actividad profesional a la Cirugía Bucal o que denotan interés por la misma y quisieron iniciar su andadura en esta importante disciplina Odontológica.





# XX CONGRESO SECIB 21-23 CÓRDOBA set' 23

¿Te lo vas a perder?

## PONENTES



JOSÉ MANUEL AGUIRRE



EDUARDO ANITUA



GUSTAVO ÁVILA



JOSÉ V. BAGÁN



JUAN BALLESTEROS



LUIGI CANULLO



ANTONIO CASTILLA



ADRIANA CASTRO



JOSÉ MIGUEL CISNEROS



LUIS CUADRADO



JOSÉ L. DOMÍNGUEZ



ABDELSALAM ELASKARY



IGNACIO FERNÁNDEZ



ANA FERNÁNDEZ



ÍÑIGO FDEZ-FIGARES



GIULIANO FRAGOLA



JORGE GALANTE



PABLO GALINDO



COSME GAY



DAVID GONZÁLEZ



JERIAN GONZÁLEZ



ÓSCAR GONZÁLEZ



RONAR GUDIÑO



AIDA GUTIÉRREZ



JOSÉ L. GUTIÉRREZ



ARGIMIRO HERNÁNDEZ



JUAN LARA



ENRIQUE LÓPEZ



ERNEST MALLAT



EDUARDO MONTERO



PATRICK PALACCI



CARLOS PARRA



ANTONIO ROMERO



MANUEL M. ROMERO



M<sup>a</sup>. ÀNGELS SÁNCHEZ



JUAN SEOANE



JORGE TOLEDANO



TERRY ZANIOL

### Secretaría Técnica



Grupo Meraki - Eventos con alma  
c/ Bruc, 28, 2 - 08010 Barcelona  
Tel. 607 499 365  
[congreso@secibonline.com](mailto:congreso@secibonline.com)



SECIB | SOCIEDAD ESPAÑOLA  
DE CIRUGÍA BUCAL  
[www.secibonline.com](http://www.secibonline.com)

- **SECIB Cordoba**



### ¿Todavía no te has inscrito?

¡Recuerda que hay un número limitado de plazas a cuota reducida, así que no te arriesgues a quedarte sin venir!

Aprovecha que aún tenemos disponible la cuota más económica: descúbrela en la página del congreso de la SECIB. ¡No esperes más e insíbete!

Te esperamos en Córdoba!



Asociación  
Andaluza de  
Cirugía Bucal

## SEDE

Colegio Oficial de Dentistas de Córdoba  
Av. del Gran Capitán, 45  
14006 - Córdoba

AACIB  
Monte Carmelo, 32  
41011 Sevilla  
955 099 142  
[www.aacib.es](http://www.aacib.es)

## Actualización en el tratamiento de las Inclusiones Dentarias:

### 3<sup>er</sup> molar incluido

1 de diciembre de 2023

Colegio Oficial de Dentistas de Córdoba

#### ORGANIZA

 Asociación Andaluza  
de Cirugía Bucal



#### COLABORA

Ancladén

[www.aacib.es](http://www.aacib.es)

## PROGRAMA

### Horario

16:00 - 17:00 hrs.

**Manifestaciones clínicas de las inclusiones de los terceros molares incluidos. Diagnóstico radiológico de las inclusiones.**

*Dr. Alexis Gómez-Angulo Alonso*

17:00 - 18:00 hrs.

**Índices de dificultad de extracción. Indicaciones relativas y absolutas para la extracción de cordales. Actitud ante un cordal asintomático.**

*Dr. Alexis Gómez-Angulo Alonso*

18:00 - 18:30 hrs.

PAUSA CAFÉ

18:30 - 19:30 hrs.

**Planificación del tratamiento quirúrgico y extracción de cordales incluidos: Principios básicos de la cirugía. Instrumental. Tipos de incisiones y colgajos.**

*Dr. Antonio Batista Cruzado*

19:30 - 20:30 hrs.

**Despegamiento y protección del colgajo. Osteotomía y odontosección. Maniobras de luxación y extracción. Sutura.**

*Dr. Antonio Batista Cruzado*

### Derechos de Inscripción

- Colegiados del Colegio de Dentistas de Córdoba y socios de la AACIB: **20,00€.**
- Colegiados de otros Colegios de Dentistas de España: **30,00€.**
- Estudiantes de Odontología y Colegiados de Córdoba Graduados en los tres últimos años: **15,00€.**
- **Imprescindible** acreditar la condición de colegiado en algún Colegio Oficial de Dentistas de España, mediante certificación actual.
- **Imprescindible** acreditar la condición de estudiante mediante certificación de la Universidad donde el interesado esté llevando a cabo sus estudios.

### Ponentes

#### Dr. Alexis Gómez-Angulo Alonso

- Máster en Cirugía Bucal (US).
- Licenciado en Odontología (EUROPEA).
- Especialista en Implantología Oral (USC).
- Diploma Universitario Periodoncia Avanzada (UCM).
- Socio de la SOCI.
- Vocal de la AACIB (Málaga).
- Práctica privada cirugía oral-implantes.



#### Dr. Antonio Batista Cruzado

- Doctor en Odontología de la U.S.
- Máster en Cirugía Bucal de la U.S.
- Coordinador del Máster de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla.
- Experto en Cirugía de Implantes y Rehabilitación Implantosoportada (U.S.).
- Licenciado en Odontología (UGR).
- Socio Titular de la SECB.
- Vocal de la SOCI.
- Fellow de la ICOI.
- Práctica Privada de Cirugía Oral Implantes.



### Sede

**Ilustre Colegio de Dentistas de Córdoba**  
Avda. Gran Capitán, nº 45 - Local  
14006 Córdoba  
Teléfono 957 480 488  
[www.colegiodentistascordoba.es](http://www.colegiodentistascordoba.es)

Haz tu suscripción



- **Desordenes orales potencialmente malignos SEMO**



El próximo 15 de Diciembre del 2023, tendrá lugar el congreso de “Desordenes orales potencialmente malignos”, con el objetivo de facilitar el intercambio personal, un grupo de especialistas en medicina oral, patólogos de cabeza y cuello e investigadores de renombre, del Reino Unido, EE.UU., Brasil, España, Portugal y Australia, con una gama de experiencia colectiva en OPMD, se reunirán para compartir sus conocimientos y discutir el estado actual y los nuevos desarrollos en el campo.

El simposio se celebrará en la ciudad de Granada, donde se expondrán los principales aspectos de este consenso.

# EL RESULTADO DE UNA UNIÓN PERFECTA

## NORMOCEM DC KIT

El Kit contiene jeringas Minimix Normocem DC, endo tips, Normocem Prime y cánulas mezcladoras 4:1

**NORMOCEM DC**  
Cemento definitivo autoadhesivo de polimerización dual

**NORMOCEM ESTHETIC GLASS**  
Cemento sellador de ionómero de vidrio



**NORMOCEM TEMP**  
Cemento provisional sin eugenol para coronas y puentes provisionales

**NORMOCEM CORE**  
Composite microhíbrido fluido de polimerización dual para la reconstrucción de muñones y el cementado de postes

**NORMOCEM PRIME**  
Agente de imprimación monocomponente para imprimir cerámica y porcelana

## ¿TODAVÍA NO CONOCES LOS NUEVOS CEMENTOS DE NORMON DENTAL? CONSULTA A TU DELEGADO COMERCIAL

## 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](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





## **VEGA<sup>®</sup>+**

Diseñado específicamente para alveolos post extracción y cargas inmediatas · Torque de inserción óptimo y alta estabilidad mecánica (ISQ) · Elevada resistencia mecánica en todos los diámetros · Las dos superficies de KLOCKNER disponibles shot blasted y ContacTi · Misma conexión, misma caja quirúrgica, mismo sistema protésico