

Revista Andaluza de Cirugía Bucal

Año 2024 / N° 27

- **IMPLANTES INMEDIATOS POSTEXTRACCIÓN VERSUS IMPLANTES TARDÍOS CON PRESERVACIÓN ALVEOLAR PREVIA: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA.**

- **VIABILIDAD A LARGO PLAZO DE LA COLOCACIÓN DE IMPLANTES SIMULTÁNEOS A LA ELEVACIÓN DE SENO. UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA.**



Asociación
Andaluza
de Cirugía Bucal

IMPLANTES INMEDIATOS POSTEXTRACCIÓN VERSUS IMPLANTES TARDÍOS CON PRESERVACIÓN ALVEOLAR PREVIA: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Vale Braña M¹, Fernández Figares Conde I¹, Oliveros López LG¹, Torres-Lagares D¹, Gutiérrez Pérez JL².

¹ Máster Cirugía Bucal Universidad de Sevilla.

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

INTRODUCCIÓN

Los implantes tardíos ya no son una opción realmente atractiva para los pacientes en la práctica diaria, por lo tanto, el momento de la colocación de los implantes se ha convertido en un tema importante en la comunidad dental en los últimos 15 años, que se ha abordado específicamente en tres Conferencias de Consenso ITI (International Team for Implantology) y conferencias de consenso de otras organizaciones dentales. Los objetivos del estudio son determinar y comparar la eficacia de ambas terapias e identificar y describir los diferentes factores que influyen en la selección de la terapia quirúrgica a realizar.

OBJETIVOS

Llevar a cabo una revisión de la literatura para realizar una comparativa entre implantes inmediatos postextracción e implantes tardíos con preservación alveolar previa.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica. Se emplearon las bases de datos PubMed y Scopus. Como estrategia de búsqueda se introdujo "Postextraction implant AND alveolar preservation", limitando la búsqueda a artículos publicados en los últimos 5 años y con límite de idioma de español e inglés.

RESULTADOS

Se seleccionaron 5 artículos de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión tras ser evaluados a texto completo por la autora.

CONCLUSIONES

Los implantes inmediatos postextracción suponen una excelente opción de tratamiento que ofrece buenos resultados, reduce la morbilidad del paciente y el tiempo de tratamiento.

INTRODUCCIÓN

La implantología siempre se basó en el concepto de osteointegración. En los primeros 25 años de la implantología, la colocación de implantes se realizaba predominantemente en espacios cicatrizados en pacientes totalmente edéntulos.¹ El perfil de los pacientes era similar en los casos tratados; pacientes de edad avanzada con edentulismo total que mantenían desde hace algunos años. El objetivo de la terapia con implantes era funcional; mejorar la masticación y con ello la calidad de vida del paciente. En 1980 a raíz de múltiples estudios realizados, el tratamiento con implantes se implementó en pacientes parcialmente edéntulos, desarrollándose cada día más.^{2,3}

En espacios unitarios, la colocación de implantes tardíos cada vez es menos frecuente, favoreciendo la selección de implantes inmediatos o implantes tempranos. Este hecho se ve influenciado por los estudios de las alteraciones dimensionales de la cresta postextracción, además de la necesidad de un período de curación de al menos 6 meses que en muchas ocasiones puede suponer un proceso desfavorable e innecesario para el tratamiento.³⁻⁵

Chen y Buser y cols.1 en el año 2008, tras la 4ª Conferencia de Consenso ITI de 2008 en Stuttgart, Alemania, publicaron la guía ITI, donde establecieron una clasificación y términos descriptivos para el momento de colocación del implante después de la extracción del diente. Determinando lo siguiente (tabla):¹

- Tipo 1: Colocación inmediata (implante postextracción).
- Tipo 2: Colocación temprana sin cicatrización de los tejidos blandos.
- Tipo 3: Colocación temprana con cicatrización ósea parcial.
- Tipo 4: Colocación tardía.

Clasificación	Terminología descriptiva	Periodo después de la extracción dental	Situación clínica deseada en el momento de colocación de un implante
Tipo 1	Colocación inmediata	0	Sitio postextracción sin cicatrización de huesos o tejidos blandos
Tipo 2	Colocación temprana sin cicatrización de los tejidos blandos	Tipicamente de 4 a 8 semanas	Sitio postextracción con cicatrización de tejidos blandos, pero sin cicatrización significativa del tejido óseo
Tipo 3	Colocación temprana con cicatrización ósea parcial	Tipicamente de 12 a 16 semanas	Sitio postextracción con tejidos blandos cicatrizados y cicatrización ósea significativa
Tipo 4	Colocación tardía	Tipicamente 6 meses o más	Cicatrización total del sitio postextracción

Tabla 1: Clasificación y términos descriptivos para el momento de colocación del implante después de la extracción del diente¹

Los implantes tardíos ya no son una opción realmente atractiva para los pacientes en la práctica diaria, por lo tanto, el momento de la colocación de los implantes se ha convertido en un tema importante en la comunidad dental en los últimos 15 años, y este tema se ha abordado específicamente en tres Conferencias de Consenso ITI (International Team for Implantology) y conferencias de consenso de otras organizaciones dentales.^{6,7}

El primer estudio asociado con la valoración de implantes inmediatos postextracción es obra del profesor Wilfried Schulte de la Universidad de Tubinga en Alemania, quien introdujo en 1978 el llamado implante inmediato de Tübingen, que era un implante cerámico hecho de óxido de aluminio.⁶

OBJETIVOS

Los objetivos del trabajo son los siguientes:

- Objetivo general: Conocer la eficacia de los implantes inmediatos postextracción frente a los implantes tardíos con preservación alveolar previa como terapia para rehabilitaciones implantosoportadas.
- Objetivos específicos:
 1. Determinar y comparar la eficacia de ambas terapias.
 2. Identificar y describir los diferentes factores que influyen en la selección de la terapia quirúrgica a realizar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura disponible correspondiente a los implantes inmediatos postextracción e implantes tempranos y tardíos con preservación alveolar previa como terapia para rehabilitaciones implantosoportadas.

A. Búsqueda bibliográfica

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed y Scopus de artículos originales publicados desde enero de 2019 hasta mayo de 2024. Se han consultado revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos controlados aleatorizados, ensayos clínicos,

estudios observacionales y estudios comparativos sobre el tema a tratar. Se emplearon los términos: "postextraction", "implant", "alveolar" y "preservation", junto con el operador booleano "AND", realizando la siguiente búsqueda: Postextraction implants AND alveolar preservation. La búsqueda se limitó a estudios publicados en los últimos 5 años, con límite de idioma de español o inglés.

B. Selección de los artículos

La selección de artículos fue realizada por la autora (MVB), quien decidió si cumplían los criterios para ser incluidos en la selección final, a través de la lectura del título, resumen y texto de los diferentes estudios. La selección de los artículos se basa en los criterios de inclusión y de exclusión que se describen a continuación.

C. Criterios de inclusión

- Estudios relacionados con los objetivos del trabajo.
- Artículos científicos originales.
- Estudios publicados en los últimos 5 años.
- Límite de idioma de español o inglés.

D. Criterios de exclusión

- Estudios no relacionados con los objetivos del trabajo.
- Estudios donde no comparen las terapias de implantes postextracción e implantes tempranos y/o tardíos.
- Estudios donde no realicen preservación alveolar.
- Estudios realizados en animales.

E. Extracción de datos

Se extrajeron de los artículos las siguientes variables correspondientes a las características de los estudios: Autores, título, año del estudio, revista dónde fue publicado, tipo de estudio, objetivos, resultados y conclusiones de cada uno de los estudios seleccionados.

RESULTADOS

Tras la búsqueda en las dos bases de datos se identificaron un total de 120 resultados: PubMed (85) y Scopus (35). Se eliminaron 32 artículos duplicados, por lo que se examinaron 88 registros, de los cuales se excluyeron 71 por no estar relacionados con el trabajo. Se examinaron 17 artículos a texto completo, de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión. Se excluyeron 12 de los 17 estudios: 6 artículos porque no comparan las dos diferentes terapias evaluadas en el estudio y 6 artículos porque no están relacionados con los objetivos del trabajo. Se incluyeron un total de 5 estudios finales en la revisión (figura 1). Posteriormente, se agruparon las principales características de cada uno de los estudios (tabla 2).

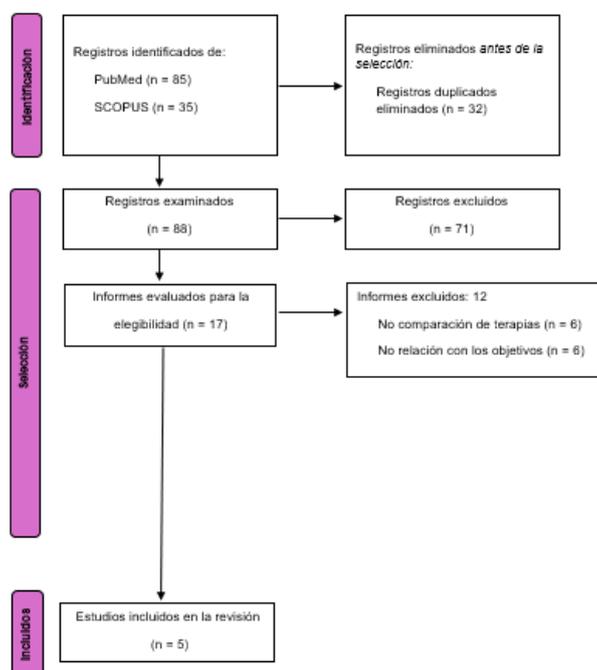


Figura 1: Diagrama de flujo

AUTORES	TITULO	ANO	REVISTA	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVOS	RESULTADOS	CONCLUSIONES
Al-Aroomi O y cols. (8)	Colocacion inmediata de implantes con aumento óseo simultáneo versus colocación tardía de implantes después de la preservación de la cresta alveolar: un estudio clinico y radiográfico	2023	Journal of Stomatology, Oral and Maxillofacial Surgery	Informe de caso. Estudio clinico y radiográfico.	Evaluar los resultados clinicos y radiográficos de la colocación inmediata de implantes (IIP) con ROG en comparación con la colocación tardía de implantes (DIP) después de la preservación alveolar (PA) e identificar los posibles factores de riesgo influyendo en estos resultados.	La tasa de supervivencia fue del 100% en ambos grupos. IIP mostró resultados favorables significativos con respecto al nivel del hueso marginal distal y el espesor del hueso vestibular horizontal coronal en comparación con DIP. Sin embargo, DIP mostró una densidad ósea vestibular significativa en el cuello y las partes coronales en el maxilar anterior y la parte coronal en el maxilar posterior.	En general, la IIP combinada con GBR en los sitios posteriores a la extracción con defectos óseos de clase I o II antes del implante tuvo algunos resultados favorables en comparación con la DIP después de la PA. Sin embargo, los resultados clinicos, el valor ISQ y los cambios en el nivel, el grosor y la densidad del hueso fueron comparables.
Cardaropoli D y cols. (9)	Modificaciones de huesos y tejidos blandos en implantes inmediatos versus implantes tardíos insertados después de la preservación de la cresta alveolar: un ensayo clinico controlado aleatorizado. Parte I: Resultados estéticos.	2022	The International Journal of Periodontology and Restorative Dentistry	Ensayo clinico controlado aleatorizado	Evaluar las modificaciones clinicas y radiológicas del tejido óseo y blando en implantes inmediatos versus implantes tardíos insertados después de PA.	El día de la extracción del diente (T0) y 1 año después de la extracción del diente (T1), se evaluaron en ambos grupos el ancho horizontal del tejido blando, los niveles papilares mesiales y distales, el nivel gingival vestibular y el PES. No se observaron diferencias significativas entre los grupos en ninguno de	Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el ancho horizontal de los tejidos blandos entre T0 y T1. Los resultados clinicos de los dos procedimientos fueron similares y comparables a lo largo del tiempo. Al evaluar la estabilidad del contorno del tejido blando y considerar las indicaciones específicas de las dos técnicas, es posible elegir entre un implante inmediato o una técnica de
Cardaropoli D y cols. (10)	Modificaciones de huesos y tejidos blandos en implantes inmediatos versus implantes tardíos insertados después de la preservación de la cresta alveolar: un ensayo clinico controlado aleatorizado. Parte II: Resultados radiográficos.	2022	The International Journal of Periodontology and Restorative Dentistry	Ensayo clinico controlado aleatorizado	Evaluar las alteraciones radiográficas que ocurren en implantes inmediatos postextracción y en implantes tardíos insertados en una cresta preservada.	El seguimiento final fue de 1 año después de la carga protésica en ambos grupos. El nivel de hueso marginal (MBL) se midió en el momento de la inserción del implante (T1), en el momento de la carga (T2) y en el seguimiento final, 12 meses después de la carga protésica (T3). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en MBL o hueso alveolar (HRW) entre los dos grupos de estudio, por lo que los resultados fueron comparables para las dos técnicas.	Los resultados sugieren que es posible mantener los volúmenes de MBL y de hueso alveolar independientemente de si el procedimiento se realiza mediante la colocación inmediata de un implante postextracción o mediante la colocación tardía de un implante en una cresta preservada.
Xinbo Y y cols. (11)	Efectos de la conservación de la cresta alveolar posterior a la extracción versus la colocación inmediata de implante: una revisión sistemática y metanálisis.	2022	Journal of Evidence-Based Dental Practice	Revisión sistemática y metanálisis	Comparar los datos clinicos, incluidas las tasas de éxito, la preservación de tejidos, los resultados estéticos y los resultados informados por los pacientes, entre la colocación tardía del implante después de la PA y la colocación inmediata del implante.	Se incluyeron un total de 12 estudios (8 ensayos controlados aleatorios y 4 estudios de cohortes). Esta revisión contenía 456 implantes colocados después de PA y 459 implantes colocados mediante IIP. Los resultados de este	Los resultados de este metanálisis y revisión sistemática mostraron que los implantes colocados mediante el protocolo PA pueden demostrar tasas de éxito más altas en comparación con los implantes inmediatos.
Slagter K y cols. (12)	Colocacion inmediata de un implante de un solo diente con aumento óseo simultáneo versus colocación tardía del implante después de la preservación de la cresta alveolar en sitios de defectos óseos en la región estética: un ensayo controlado aleatorio de 5 años.	2021	Journal of Periodontology	Ensayo controlado aleatorizado	Comparar los parámetros de los tejidos blandos y duros perimplantarios, las calificaciones estéticas y la satisfacción informada por los pacientes con la colocación inmediata del implante en los alvéolos postextracción con defectos óseos bucales de ≥ 5 mm en la zona estética, con colocación retrasada del implante después de la preservación de la cresta.	El cambio medio del nivel óseo marginal fue de $-0,71 \pm 0,35$ mm y $-0,54 \pm 0,41$ mm respectivamente en el grupo inmediato y en el grupo tardío después de 5 años ($P = 0,202$). Esta diferencia, y en otras variables, no fue significativa.	Los cambios en el nivel óseo marginal, el espesor del hueso bucal, los resultados clinicos, la estética y la satisfacción de los pacientes después de la colocación inmediata del implante, en combinación con el aumento óseo en los alvéolos postextracción con defectos óseos bucales de ≥ 5 mm, fueron comparables a aquellos después de la colocación tardía del implante después de la preservación de la cresta en la zona estética.

Tabla 2: Tabla con artículos seleccionados

DISCUSIÓN

La colocación inmediata después de la extracción dental ha reducido los tiempos quirúrgicos y ha aumentado la satisfacción del paciente, con tasas de supervivencia similares a los casos de colocación tardía de implantes. Es importante colocar un implante inmediato en alvéolo tipo I/II, con suficiente espesor vestibular y palatino de 1 a 2 mm para posicionar adecuadamente el implante y evitar la fenestración mucosa y la recesión ósea. De la misma manera, es esencial que haya disponibilidad ósea en la zona apical e interproximal del alvéolo.⁶

La colocación del implante debe realizarse de forma protésica para evitar complicaciones estéticas. La restauración provisional también debe tener la forma adecuada para permitir que se restablezca la unión de los tejidos supracrestales en el momento en que se contornean los tejidos blandos.¹³

En la Conferencia de Consenso del ITI de 2013, el ITI indicó que los implantes deben colocarse en las primeras etapas después de la extracción del diente, ya sea como un enfoque de colocación inmediata o temprana. Es preferible evitar un período de curación postextracción de 6 meses o más, ya que el retraso no resulta nada atractivo para los pacientes. Además, existe el riesgo de que se produzcan alteraciones importantes de las crestas o incluso atrofia de las crestas. Por lo tanto, la colocación tardía del implante sólo debe emplearse si existen razones específicas del paciente y del sitio para considerar este enfoque, según el ITI. En estas circunstancias, se deben considerar los procedimientos de injerto de alvéolo para preservar la cresta si es necesario posponer la colocación del implante durante períodos prolongados.⁶

No se ha alcanzado un consenso dentro de la comunidad dental con respecto al estándar de oro para el protocolo de tratamiento con implantes postextracción. Muchos parámetros influyen, además de factores sistémicos y locales del paciente, las capacidades financieras, disponibilidad de tiempo, nivel de exigencia estética, entre otros factores que se deben tener en cuenta.¹¹

En la revisión sistemática y metaanálisis presentado por Xinbo Y y cols.¹¹, se evaluaron las tasas de éxito, las condiciones de los tejidos duros y blandos, los resultados estéticos y los resultados informados por los pacientes de los protocolos con preservación alveolar e implantes tardíos en comparación con los implantes inmediatos.

De acuerdo con la tasa de éxito del implante, según las conclusiones de las investigaciones anteriores, el tratamiento después de la preservación alveolar (98,68%) presenta una tasa de éxito significativamente mayor en comparación con los implantes postextracción (95,21%), como se muestra en la revisión. Estos resultados pueden no ser representativos debido al pequeño tamaño de la muestra de casos disponibles y a la falta de estudios realizados que comparen los dos protocolos de tratamiento.¹¹

Los resultados de la colocación del implante en el maxilar superior o la mandíbula no arrojaron diferencias significativas en la tasa de éxito entre los dos grupos. Lo confirma el estudio de Ketabi y cols.¹⁴ donde se reportó una tasa de éxito del 98% en la implantación de molares inmediatos, así como no se detectó significación entre los implantes de molares superiores y mandibulares.

Con respecto a la preservación de los tejidos duros y blandos, al evaluar los resultados del nivel del hueso marginal, se determinó que la pérdida en los niveles de hueso marginal no fue significativa entre los grupos de tratamiento con preservación alveolar e implantes postextracción. Sin embargo, los cambios medios en los niveles de hueso marginal fueron de 0,37 mm en el grupo de preservación alveolar y de 0,44 mm en el grupo de implantes postextracción, favoreciendo el protocolo de preservación de la cresta alveolar en conjunto con implantes tardíos. En otro estudio se confirma que los cambios en las dimensiones de las crestas se minimizaron cuando se realizó preservación alveolar.¹⁵ En el estudio de Slagter y cols.¹² el espesor del hueso vestibular en el grupo de implantes inmediatos varió de 1,23 a 1,58 mm, mientras que el del grupo de implantes tardíos en conjunto con preservación alveolar varió de 1,05 a 1,44 mm, demostrando resultados más favorables para el grupo de implantes tardíos con preservación alveolar.

Los resultados del estudio realizado por Al-roomi y cols.⁸ exponen que ambos grupos de tratamiento mostraron cambios/pérdidas comparables y menores en el nivel de hueso marginal durante los períodos de seguimiento en el maxilar anterior y posterior., la región del implante, entre otros, además de la diferencia en los métodos de medición.

La estética es un factor muy importante a tener en cuenta. En la revisión y metaanálisis realizado por Xinbo Y y cols.¹¹ se midió la puntuación estética rosa (PES) para valorar los resultados estéticos entre el protocolo con preservación alveolar y el de implantes postextracción.

Los resultados del análisis de la puntuación estética rosa dieron como resultado una alta heterogeneidad y se determinó que en el grupo de los implantes en la región molar se favorecía el aspecto estético del protocolo con preservación alveolar. Los resultados medios generales mostraron que los implantes después de preservación alveolar produjeron una puntuación estética rosa o resultado estético ligeramente mayor.

En el estudio de Slagter y cols.¹² los valores de la puntuación estética rosa tanto del grupo de colocación inmediata como del de colocación tardía de implantes fueron muy similares. Las puntuaciones PES de ambos grupos fueron aceptables durante todo el seguimiento.

De acuerdo con el estudio de Slagter y cols.¹² la colocación inmediata del implante, en combinación con un procedimiento de aumento óseo, y la colocación tardía del implante después de la preservación alveolar en defectos postextracción con defectos óseos bucales de ≥ 5 mm en la zona estética estuvieron acompañadas de una pérdida ósea periimplantaria menor, buenos parámetros periimplantarios y alta satisfacción del paciente. Se concluye que, en la evaluación a los 5 años, no se observaron diferencias significativas para todos los resultados entre ambos procedimientos.

Cardaropoli y cols.⁹ realizaron dos estudios donde concluyen que no se observaron diferencias significativas entre los grupos en ninguno de los parámetros considerados en sus estudios tanto clínica como radiológicamente (anchura del tejido blando, niveles papilares mesiales y distales, nivel gingival vestibular y el PES).

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la anchura de los tejidos blandos entre el día de la extracción del diente y un año después. Se determinó que los resultados clínicos de los dos procedimientos fueron similares y comparables a lo largo del tiempo. Este estudio concluye que al evaluar la estabilidad del contorno del tejido blando y considerar las indicaciones específicas de las dos técnicas, es posible elegir entre un implante inmediato o una técnica de preservación de la cresta alveolar con colocación tardía del implante.

CONCLUSIONES

1. Los implantes inmediatos postextracción suponen una excelente opción de tratamiento que ofrece buenos resultados, reduce la morbilidad del paciente y el tiempo de tratamiento. La eficacia de esta terapia es similar y comparable con la terapia de implantes tardíos con preservación alveolar previa, sin embargo, los resultados son ligeramente favorables para la terapia de implantes tardíos con preservación alveolar previa. Se ha demostrado que los implantes postextracción ofrecen mejores resultados cuando se cumplen las condiciones idóneas y se acompaña con regeneración ósea guiada.
2. La tasa de éxito del implante, la preservación de los tejidos duros y blandos, la estética y las consideraciones del paciente, son los diferentes factores que influyen en la selección de la terapia quirúrgica a realizar para brindar el mejor resultado rehabilitador.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chen ST, Buser D. Esthetic outcomes following immediate and early implant placement in the anterior maxilla--a systematic review. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2014;29 Suppl:186-215.
2. Cosyn J, Eghbali A, Hermans A, Vervaeke S, De Bruyn H, Cleymaet R. A 5-year prospective study on single immediate implants in the aesthetic zone. *Journal of Clinical Periodontology.* 2016;43(8):702-9.
3. Morton D, Chen ST, Martin WC, Levine RA, Buser D. Consensus statements and recommended clinical procedures regarding optimizing esthetic outcomes in implant dentistry. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2014;29 Suppl:216-20.
4. Cooper PR, Zhao R, Yang R, Khurshid Z, Shavandi A, Ratnayake J. Bone Grafts and Substitutes in Dentistry: A Review of Current Trends and Developments. *Molecules.* 2021;26(10):300-7.
5. Younes F, Eghbali A, Raes M, De Bruyckere T, Cosyn J, De Bruyn H. Relationship between buccal bone and gingival thickness revisited using non-invasive registration methods. *Clinical Oral Implants Research.* 2016;27(5):523-8.
6. Buser D, Chappuis V, Belser UC, Chen S. Implant placement post extraction in esthetic single tooth sites: when immediate, when early, when late? *Periodontology* 2000. 2017;73(1):84-102.
7. Chen ST, Darby I. The relationship between facial bone wall defects and dimensional alterations of the ridge following flapless tooth extraction in the anterior maxilla. *Clinical Oral Implants Research.* 2017;28(8):931-7.

8. Al-Aroomi OA, Sakran KA, Al-Aroomi MA, Mashrah MA, Ashour SH, Al-Attab R, et al. Immediate implant placement with simultaneous bone augmentation versus delayed implant placement following alveolar ridge preservation: A clinical and radiographic study. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg.* 2023;124(1):101-291.
9. Cardaropoli D, De Luca N, Tamagnone L, Leonardi R. Bone and Soft Tissue Modifications in Immediate Implants Versus Delayed Implants Inserted Following Alveolar Ridge Preservation: A Randomized Controlled Clinical Trial. Part I: Esthetic Outcomes. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2022;42(2):195-202.
10. Cardaropoli D, Bellomo M, Tamagnone L, Leonardi R. Bone and Soft Tissue Modifications in Immediate Implants Versus Delayed Implants Inserted Following Alveolar Ridge Preservation: A Randomized Controlled Clinical Trial. Part II: Radiographic Outcomes. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2022;42(4):487-94.
11. Yu X, Teng F, Zhao A, Wu Y, Yu D. Effects of post-extraction alveolar ridge preservation versus immediate implant placement: a systematic review and meta-analysis. *J Evid Based Dent Pract.* 2022;22(3):1017-34.
12. Slagter KW, Meijer HJA, Hentenaar DFM, Vissink A, Raghoobar GM. Immediate single-tooth implant placement with simultaneous bone augmentation versus delayed implant placement after alveolar ridge preservation in bony defect sites in the esthetic region: A 5-year randomized controlled trial. *J Periodontol.* 2021;92(12):1738-48.
13. Gómez-Meda R, Rizo-Gorrita M, Serrera-Figallo MA, Esquivel J, Herraiz-Galindo C, Torres-Lagares D. Dimensional Changes in the Alveolus after a Combination of Immediate Postextraction Implant and Connective Grafting and/or Socket Shield Technique. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(5):2795.
14. Ketabi M, Deporter D, Atenafu EG. A Systematic Review of Outcomes Following Immediate Molar Implant Placement Based on Recently Published Studies. *Clinical Implant Dentistry and Related Research.* 2016;18(6):1084-94.
15. Atieh MA, Alsabeeha N, Payne A, Duncan W, Faggion C, Esposito M. Interventions for replacing missing teeth: alveolar ridge preservation techniques for dental implant site development. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;28(5):101-76.

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 danieli@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