

Revista Andaluza de Cirugía Bucal

Año 2025 / N° 30

- RESECCIÓN COMPLETA DE UN QUISTE ODONTOGÉNICO MEDIANTE TÉCNICA DE ENUCLEACIÓN. CASO CLÍNICO.
- FACTORES DE RIESGO EN LA COMUNICACIÓN OROANTRAL AL EXODONCIAR EL TERCER MOLAR SUPERIOR. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.



Asociación
Andaluza
de Cirugía Bucal

Revista Andaluza de
Cirugía Bucal

DIRECTORES:

José Luis Gutiérrez Pérez
Daniel Torres Lagares

EDITORES:

Aida Gutiérrez Corrales
Ignacio Fernández Asián

COMITÉ EDITORIAL:

Rogelio Álvarez Marín
Iñigo Fernández - Figares Conde
M^a Ángeles Serrera Figallo



Ancladen
WHERE PASSION MEETS PRECISION

Klockner
MEDICAL Group



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
• Resección completa de un quiste odontogénico mediante técnica de enucleación. Caso Clínico	6-12
• Factores de riesgo en la comunicación oroantral al exodonciar el tercer molar superior. Revisión bibliográfica	13-19
• Noticias /CURSOS	21-32
• Normas de publicación	33-34
• Patrocinadores AACIB	35

Editorial



Estimados compañeros y compañeras,

Es para mí un honor dirigirme a todos vosotros desde estas páginas, en calidad de Secretario Técnico de nuestra Asociación Andaluza de Cirugía Bucal. Aún no siendo profesional clínico, sí tengo el privilegio de estar cerca de este colectivo comprometido, innovador y en constante evolución.

Desde mi posición, he podido observar de primera mano el trabajo riguroso que lleváis a cabo, no solo en el ejercicio de la cirugía bucal, sino también en vuestra implicación con la formación continua, la investigación y la divulgación científica. Esta revista es una prueba más de ese compromiso, y me enorgullece poder colaborar en su desarrollo y difusión.

Vivimos un momento en el que el conocimiento se comparte y se construye de forma colectiva. En ese sentido, la labor editorial cobra una importancia clave: permite que la experiencia clínica, los avances técnicos y las reflexiones académicas lleguen a todos los rincones de nuestra comunidad. Esta publicación no es solo un vehículo de transmisión científica, sino también un reflejo de la identidad de nuestra asociación.

Como Secretario Técnico, mi objetivo ha sido –y seguirá siendo– facilitar los medios y recursos para que la AACIB siga creciendo como espacio de referencia y encuentro. Agradezco profundamente la confianza que se me ha otorgado y la oportunidad de contribuir, desde mi ámbito, al fortalecimiento de esta institución.

Os animo a seguir participando activamente, enviando vuestros trabajos, compartiendo ideas y, sobre todo, sintiándoos parte de esta gran familia profesional que es la Asociación Andaluza de Cirugía Bucal. Con gratitud y respeto,

José María Nieto

Secretario Técnico

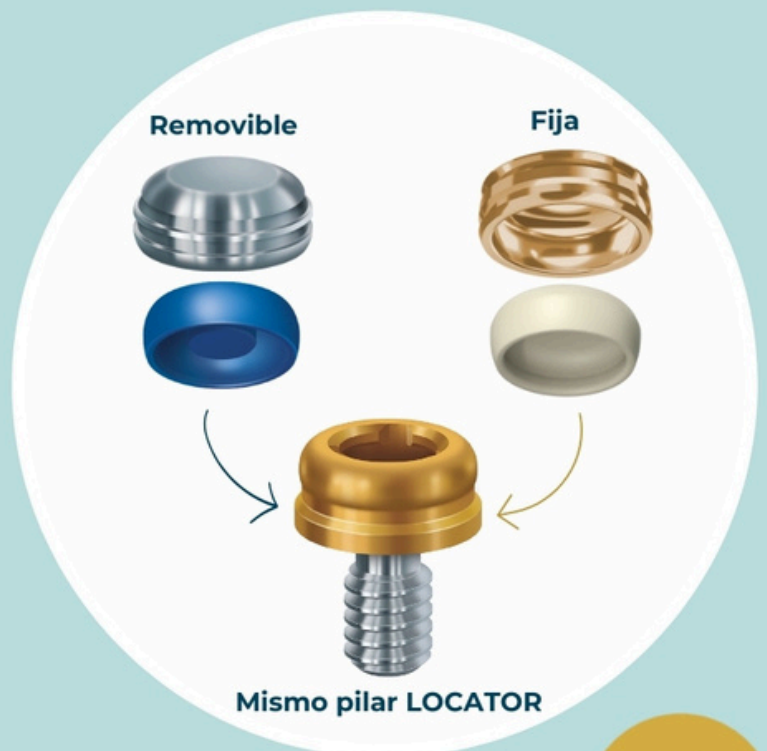
Asociación Andaluza de Cirugía Bucal

Dos cosas no sabes sobre



1

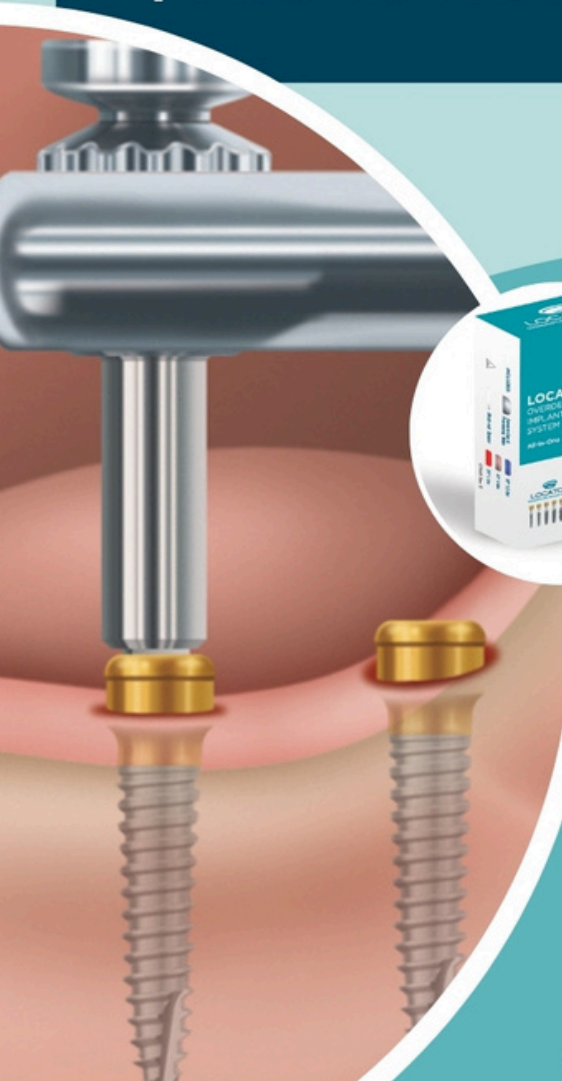
Locator FIXED™
De prótesis
removable a fija,
utilizando los mismos
pilares LOCATOR.



2

Mini-Implantes
CRESTAS MUY
ESTRECHAS

Desde Ø 2.4 mm



Ø 2.4 mm Ø 2.9 mm

Esríbenos



RESECCIÓN COMPLETA DE UN QUISTE ODONTOGÉNICO MEDIANTE TÉCNICA DE ENUCLEACIÓN. CASO CLÍNICO.

Lima Sánchez B¹, Fernández Asián I¹, Torres Lagares D¹, Gutiérrez Pérez JL².

¹ Máster Cirugía Bucal Universidad de Sevilla.

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

INTRODUCCIÓN

Un quiste se define como una bolsa de conectivo-epitelio que se encuentra tapizada en su interior por epitelio y por su cara externa de tejido conectivo, encontrándose en su interior un contenido líquido y semilíquido.¹ Son una de las patologías orales más frecuentes que se encuentran en la práctica diaria y representan un amplio grupo de lesiones que se dividen a su vez en quistes odontogénicos y quistes no odontogénicos.² Suele ser difícil su diferenciación debido a sus similitudes clínicas, radiológicas e incluso histopatológicas.³ Los quistes odontogénicos son lesiones osteodestructivas que se originan a partir de los restos epiteliales de Malassez o Serres y el folículo dentario, en el interior de los maxilares o, menos frecuentemente, en los tejidos blandos adyacentes.²⁻⁴

Clínicamente, son lesiones asintomáticas y de crecimiento lento, aunque a veces pueden presentar dolor leve y sensibilidad a la percusión.⁴ Suelen ser de pequeño tamaño, aunque a veces pueden alcanzar grandes volúmenes que pueden afectar a estructuras anatómicas provocando su reabsorción, desplazamiento de dientes o fracturas patológicas.^{5,6}

La Organización Mundial de la Salud (OMS) va actualizando la tipificación histológica y genética de los tumores cada diez años aproximadamente, con el objetivo de proporcionar información actualizada sobre los esquemas de clasificación, además de un estándar internacional para todos los profesionales de la OMS.⁷

En el año 2022 la OMS publicó la última actualización sobre la clasificación de los tumores de cabeza y cuello (Tabla 1), siendo esta no muy diferente a la anteriormente publicada en el año 2017.⁷

QUISTES DE LOS MAXILARES:

- Quiste radicular
- Quistes colaterales inflamatorios
- Quiste ciliado quirúrgico
- Quiste del conducto nasopalatino
- Quistes gingivales
- Quiste dentígero
- Quiste odontogénico ortoqueratinizado
- Quiste odontogénico botrioide y periodontal lateral
- Quiste odontogénico calcificante
- Quiste odontogénico glandular
- Queratoquiste odontogénico

Tabla 1: Clasificación de la OMS de quistes de los maxilares 2022⁷

El tipo de tratamiento empleado está condicionado por factores como el tamaño de la lesión, su localización, su relación con estructuras anatómicas vecinas y la posible afectación de estructuras dentales, entre otras.¹ Es por ello que, no existe ningún tratamiento óptimo y el objetivo es elegir el que menor número de complicaciones y riesgos provoque, la mínima morbilidad y recurrencia y, a su vez, la eliminación total de la lesión.^{1,8,9} Se han descrito diferentes técnicas, por un lado, se encuentran las mínimamente invasivas, que incluyen la marsupialización y la enucleación, y por otro lado un tratamiento más radical que son la enucleación y la resección parcial o total del área.¹⁰⁻¹²

La enucleación consiste en la eliminación total del quiste. Es el tratamiento de elección para los quistes de menor tamaño, ya que conduce a una rápida regeneración ósea al reducirse la presión intraósea.¹¹ En general, va asociada a una alta tasa de recurrencia⁽¹⁾. Después de la enucleación, existe el dilema sobre si rellenar el defecto con sustitutos óseos o esperar a la regeneración espontánea tras su extirpación.¹³

La marsupialización pasa a ser un tratamiento mínimamente invasivo, el cual consiste en la exteriorización del quiste creando una ventana quirúrgica en la mucosa bucal y en la pared del quiste. A continuación, se suturan los bordes creando una cavidad abierta que se comunica en la cavidad oral.^{14,15}

Por último, la descompresión consiste en realizar una abertura pequeña en el quiste, que se va a mantener abierta mediante un drenaje.

Así se consigue la disminución de la presión intraluminal en la cavidad del quiste, reducir su tamaño y alejarlo de las estructuras vitales circundantes.^{15,16}

La diferencia principal entre estas dos últimas técnicas es que, en la descompresión se utiliza un sistema de drenaje para evitar el cierre de la mucosa, aunque ambas técnicas dan como resultado una disminución de la presión intraluminal del quiste y, como consecuencia, la disminución también de su volumen.¹⁵

CASO CLÍNICO

Paciente de 62 años de edad que acude al Máster de Cirugía Bucal Avanzada de la Universidad de Sevilla debido a la presencia de abultamiento en la zona del primer cuadrante. No refiere dolor ni ninguna sintomatología aparente. Se realizó ortopantomografía y CBCT para la exploración radiográfica, en la que se observa área radiolúcida que abarca desde mesial del primer premolar hasta el ápice del segundo molar superior, que se corresponde con una lesión quística (Figura 1). Se observó reabsorción de la cortical vestibular, respetando los ápices de los dientes abarcados, además del suelo del seno maxilar intacto.



Figura 1: Imagen Cbct

En la exploración intraoral se observó vitalidad de los dientes adyacentes sin desplazamiento de los mismos, y presencia de abultamiento en la zona correspondiente al área radiolúcida observada en la exploración radiológica. No se observaron asimetrías faciales ni ningún hallazgo relevante en la exploración extraoral.

Debido a sus características tanto clínicas como radiológicas, se decidió optar por el tratamiento mediante enucleación con un posterior análisis histopatológico, ya que no compromete estructuras vitales y es de fácil acceso para el operador. La secuencia quirúrgica fue la siguiente:

Una vez realizada la técnica de anestesia local (Figura 2), se realizó una incisión trapezoidal (Newman) desde mesial del canino superior derecho hasta el segundo molar superior derecho (Figura 3). A continuación, se comenzó a realizar el despegamiento y levantamiento del colgajo (Figura 4), lo que resultó ligeramente complejo debido a la fuerte adherencia generada entre el tejido blando y el revestimiento que envolvía al quiste.



Figura 2. Técnica anestésica



Figura 3. Incisión Newman



**Figura 4. Despegamiento y
levantamiento del colgajo**

Conforme se iba avanzando en el despegamiento se empezó a observar la bolsa de conectivo-epitelio que define a las lesiones quísticas (Figura 5). Una vez expuesta la cápsula del quiste al completo, con una aguja de aspiración fina se recogió el contenido líquido del interior (Figura 6) para su análisis histopatológico, y se prosiguió con la resección de la capsula del quiste al completo (Figura 7). Una vez eliminada la cápsula se introdujo en un recipiente de biopsia con formaldehído al 4% (Figura 8), también para su análisis histopatológico junto con el contenido del interior.



Figura 5. Cápsula del quiste expuesta



Figura 6. Contenido líquido para biopsia



Figura 7. Cápsula del quiste despegada



Figura 8. Cápsula del quiste en bote de formaldehído al 4% para biopsia

Se terminó la resección eliminando los posibles restos con una cureta e irrigando con clorhexidina al 0,20% y peróxido de hidrógeno (Figura 9). Por último, se reposicionó el colgajo con puntos simples (Figura 10) y se le indicaron las medidas postoperatorias pertinentes. De medicación se preinscribió Deflazacort 30 mg durante 6 días en dosis decreciente, amoxicilina 500mg durante 5 días y analgésicos. Se citó al paciente a la semana para revisión y a los quince días para retirada de sutura.

Una vez realizado el análisis histopatológico el diagnóstico fue el siguiente: "Citología región maxilar negativa para células tumorales malignas. Hallazgos citológicos compatibles con quiste odontogénico. Celularidad constituida por células epiteliales escamosas y grupos de células cilíndricas."



Figura 9. Defecto óseo tras enucleación



Figura 10. Reposición y sutura

CASO CLÍNICO

La elección del tratamiento más adecuado para el tratamiento de lesiones quísticas de los maxilares estará determinada por tamaño de la lesión, su localización, su relación con estructuras anatómicas vecinas y la posible afectación de estructuras dentales, entre otras. Es por ello que en la literatura se plantean diferentes técnicas en base a los determinantes anteriormente mencionados.¹

Para lesiones de menor tamaño, la enucleación es la primera opción de tratamiento, consistiendo en la resección total de la lesión.¹¹ Cuando el quiste presenta un tamaño considerable se plantean opciones más conservadoras, entre las que se encuentran la marsupialización y la descompresión.¹⁴ Ambas técnicas reducen la presión del líquido intraquístico, produciendo la reducción de su volumen. La diferencia principal entre ambas es la presencia constante de un sistema de drenaje, evitando así el cierre de la abertura a la cavidad bucal.^{14,15}

La descompresión es una técnica muy utilizada, ya que se reduce el volumen de la lesión quística respetando las estructuras vitales adyacentes, entre otras ventajas.^{9,12,17}

Dependiendo de la histología y el tipo de quiste a tratar se considera la descompresión como un único procedimiento completo o combinado con una enucleación posterior, cuando el tamaño se ha reducido lo suficiente. Marín et al. 2019, consideran el tratamiento combinado muy recomendable cuando se trata en concreto de queratoquistes odontogénicos.⁹

Aunque, por el contrario, Deshmukh et al. 2014 defiende el tratamiento de enucleación asistida endoscópicamente para quistes grandes en los maxilares, ya que llega a ser tan conservador como la marsupialización o descompresión, permitiendo la preservación de importantes estructuras circundantes, con la ventaja de la utilización de un solo paso, un periodo de curación reducido y una morbilidad muy baja.⁴

En cuanto el uso de sustitutos óseos tras la enucleación para reducir el tamaño del defecto es un tema de discusión actual. Chacko et al. 2015, realizó un estudio donde se evaluó la reducción del tamaño del defecto de forma espontánea tras la extirpación del quiste y demostró que no proporciona beneficios el uso de biomateriales para acelerar la cicatrización ni disminuir el defecto ya que, se considera que la regeneración total del defecto se produce de forma espontánea, siendo el seguimiento del paciente muy necesario para el éxito del tratamiento.¹³ A la misma conclusión llegan Deshmukh et al, que aseguran una regeneración completa del hueso sin emplear ninguna técnica de ROG.⁴

Por otra parte, Cao et al. 2022 defienden el uso de biomateriales tras la enucleación en quistes de pequeño y mediano tamaño, indicando que la aplicación de regeneración ósea guiada puede acortar el tiempo de osteogénesis, aumentar la cantidad de formación de hueso nuevo, reducir las complicaciones y mejorar la calidad de vida del paciente con buenas perspectivas para el futuro, aunque su estudio presenta limitaciones, como tamaño de muestra insuficiente y tiempo de seguimiento corto.¹⁸

CONCLUSIONES

-En base a la literatura científica publicada y tras un análisis exhaustivo de los artículos seleccionados se concluye que para quistes de menor tamaño o aquellos que no abarquen estructuras comprometidas la primera opción de tratamiento es la enucleación.

-Se necesitan más estudios que comparen la regeneración espontánea con el uso de sustitutivos óseos para demostrar que, con el uso de estos últimos, se produce una mejor regeneración en el defecto.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Llauradó V, Montero A, Olmo T, Enric S, Roig M, López L. Therapeutic options in odontogenic cyst. Review. Av. Odontoestomatol. 2013;29: 81-93
2. Del Corso G, Righi A, Bombardi M, Rossi B, Dallera V, Pelliccioni GA, et al. Jaw cysts diagnosed in an Italian population over a 20-year period. Int J Surg 2014; 22:699-706.
3. Franklin JRB, Vieira EL, Brito LNS, de Castro JFL, Godoy GP. Epidemiological evaluation of jaw cysts according to the new WHO classification: a 30-year retrospective analysis. Braz Oral Res. 2021;35:129-141.
4. 1.Deshmukh J, Shrivastava R, Bharath KP, Mallikarjuna R. Giant radicular cyst of the maxilla. BMJ Case Rep. 2014;2:10-15
5. Lee ST, Kim SG, Moon SY, Oh JS, You JS, Kim JS. The effect of decompression as treatment of the cysts in the jaws: Retrospective analysis. J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg. 2017; 43: 83-87.
6. Mustansir-Ul-Hassnain S, Chandavarkar V, Mishra M, Patil P, Bhargava D, Sharma R. Histopathologic and immunohistochemical findings of odontogenic jaw cysts treated by decompression technique. J. Oral Maxillofac. Surg. 2021; 25:272-279.
7. Soluk-Tekkesin M, Wright JM. The World Health Organization Classification of Odontogenic Lesions: A Summary of the Changes of the 2022 (5th) Edition. Patoloji Dergisi. 2022; 38: 168-184.
8. Oliveros-Lopez L, Fernandez-Olavarria A, Torres-Lagares D, Serrera-Figallo MA, Castillo-Oyagüe R, Segura-Egea JJ, Gutiérrez-Pérez. JL. Reduction rate by decompression as a treatment of odontogenic cysts. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2017; 22:643-650.
9. Marin S, Kirnbauer B, Rugani P, Mellacher A, Payer M, Jakse N. The effectiveness of decompression as initial treatment for jaw cysts: A 10-year retrospective study. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2019;24: 47-52.
10. Kivovics M, Péntzes D, Moldvai J, Mijiritsky E, Németh O. A custom-made removable appliance for the decompression of odontogenic cysts fabricated using a digital workflow. J Dent. 2022;126:15-26
11. Feher B, Frommlet F, Lettner S, Gruber R, Letizia E, Nemeth E, Ulm C. A volumetric prediction model for postoperative cyst shrinkage. Clin Oral Invest; 2021; 25:6093-6099.

12. Trujillo-González D, Villarroel-Dorrego M, Toro R, Vigil G, Pereira-Prado V, Bologna-Molina R. Decompression induces inflammation but do not modify cell proliferation and apoptosis in odontogenic keratocyst. *J Clin Exp Dent*. 2022; 14:100–106.
13. Chacko R, Kumar S, Paul A, Arvind. Spontaneous bone regeneration after enucleation of large jaw cysts: A digital radiographic analysis of 44 consecutive cases. *J Clin Diagn Res*. 2015;9:84–89.
14. Briki S, Elleuch W, Karray F, Abdelmoula M, Tanoubi I. Cysts and tumors of the jaws treated by marsupialization: A description of 4 clinical cases. *J Clin Exp Dent*. 2019; 1:565–569.
15. Tabrizi R, Hosseini Kordkheili MR, Jafarian M, Aghdashi F. Decompression or Marsupialization; Which Conservative Treatment is Associated with Low Recurrence Rate in Keratocystic Odontogenic Tumors? A Systematic Review. *J Dent*. 2019;20:145–151.
16. Kimura M, Ishibashi K, Shibata A, Nishiwaki S, Umemura M. A new decompression device for treating odontogenic cysts using a silicone tube. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2020;58:116–117.
17. Ozkan A, Erguven SS, Rasit Bayar G, Sencimen M. The impact of COVID-19 pandemic on patient satisfaction and clinical outcomes after treatment of odontogenic cysts with decompression followed by surgery. *Stomatologija. Baltic Dental and Maxillofacial Journal*. 2021; 23: 101–105
18. Cao YT, Gu QH, Wang YW, Jiang Q. Enucleation combined with guided bone regeneration in small and medium-sized odontogenic jaw cysts. *World J Clin Cases*. 2022;10:2764–2772.

FACTORES DE RIESGO EN LA COMUNICACIÓN OROANTRAL AL EXODONCIAR EL TERCER MOLAR SUPERIOR. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Pérez Redaño A¹, Fernández Asián I¹, Baus Domínguez M¹, Torres Lagares D¹, Gutiérrez Pérez JL².

¹ Máster Cirugía Bucal Universidad de Sevilla.

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

INTRODUCCIÓN

Los senos maxilares son los primeros senos paranasales en desarrollarse, sufren modificaciones hasta la formación completa del tercer molar superior en cuanto al tamaño, además, el contenido también es variable.¹ Estos senos son los más importantes en el ámbito odontológico debido a su proximidad a las raíces de los dientes posteriores maxilares, haciéndolos susceptibles a complicaciones como una comunicación entre la cavidad oral y el seno maxilar que puede surgir tras un procedimiento quirúrgico o una lesión patológica.^{1,2}

Esta complicación, que puede implicar la rotura de la membrana de Schneider, requiere un manejo especializado que suele consistir en técnicas quirúrgicas como son colgajos de avance coronal, colgajos rotados o incluso injertos de bola de Bichat.^{2,3}

Entre las causas de perforación oroantral, encontramos la exodoncia de terceros molares maxilares por su relación con el seno, no sólo del ápice sino en ocasiones, por la relación en toda la longitud del tercer molar con la pared distal del seno maxilar.^{1,3}

La frecuencia de comunicación oroantral tras la extracción del tercer molar superior, según la literatura, es del 0,8% hasta el 24%. No obstante, no es la única complicación que puede surgir, entre otras complicaciones se encuentran el desplazamiento dentario a espacios anatómicos adyacentes, fractura de la tuberosidad maxilar y fractura radicular.³

Para estudiar esta relación normalmente se ha utilizado la ortopantomografía, aunque presenta limitaciones que impulsan a los profesionales a solicitar una tomografía de haz cónico (CBCT) que permita obtener imágenes 3D detalladas, y poder así analizar la relación entre las raíces de los dientes y el seno maxilar.⁴⁻⁶

Para estudiar esta relación surgen clasificaciones como la de Pell y Gregory, donde se distinguen las posiciones en A, B y C en función del plano oclusal y cervical del segundo molar:^{3,6-8}

- Posición A: el punto más alto del diente incluido está a nivel, o por abajo de la superficie oclusal del segundo molar.
- Posición B: el punto más alto del diente se encuentra por arriba de la línea oclusal pero por abajo de la línea cervical del segundo molar.

- Posición C: el punto más alto del diente está a nivel, o arriba de la línea cervical del segundo molar.

No obstante, no es suficiente la posición con respecto al segundo molar en la planificación de exodoncia de tercer molar maxilar. La relación vertical entre la pared inferior del seno maxilar y las raíces de los molares maxilares se estudian y clasifican en cinco categorías según Kwak y cols:⁸

- Clase 1: la pared inferior del seno se localiza por encima de los ápices bucal y palatino
- Clase 2: la pared inferior del seno se localiza a nivel de los ápices pero sin protrusión apical en el seno.
- Clase 3: se observa protrusión apical del ápice de la raíz bucal sobre la pared inferior del seno.
- Clase 4: se observa protrusión apical del ápice de la raíz palatina sobre la pared inferior del seno.
- Clase 5: se observan protrusiones apicales de ambos ápices, bucal y palatino, en la pared inferior del seno.

En esta revisión bibliográfica, se evaluarán los factores de riesgo y probabilidad de comunicación oroantral que recoge la literatura publicada en los últimos 5 años. Así como analizar en qué ocasiones es necesario realizar una radiografía 3D adicional a la radiografía panorámica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Esta revisión formulo la siguiente pregunta PICO:

- P (population): pacientes sometidos a la exodoncia del tercer molar superior incluido.
- I (intervention): factores de riesgo en la planificación quirúrgica previa a la exodoncia.
- C (comparision): probabilidad de perforación oroantral en función de la posición del molar tridimensional en el maxilar.
- O (outcomes): evaluar la probabilidad de perforación utilizando Ortopantomografía y CBCT, evaluar la probabilidad de fractura de la tuberosidad, evaluar la probabilidad de fractura de la raíz, evaluar el desplazamiento a espacios anatómicos adyacentes.

Para la realización de esta revisión bibliográfica se seleccionaron las siguientes palabras clave: "tercer molar superior", "tercer molar maxilar", "comunicación oroantral", "perforación sinusal". Estas palabras clave se combinaron con los operadores booleanos "OR" y "AND".

Finalmente, se elaboró la estrategia de búsqueda: ("odontogenic sinusitis" OR "odontogenic maxillary sinusitis" OR "oroantral communication" OR "sinus perforation" OR "oroantral perforation") AND ("dental origin" OR "dental source" OR "maxillary third molar" OR "upper wisdom teeth" OR "upper third molar"). En Noviembre de 2024, se introdujo la estrategia de búsqueda en las bases de datos PubMed (MedLine) y Embase (Scopus), resultando un total de 44 artículos en PubMed y 53 resultados en Embase.

Los criterios de inclusión fueron: artículos publicados en los últimos 5 años, estudios publicados en español e inglés, artículos con texto completo disponible, artículos que incluyan medidas sobre ortopantomografías y/o CBCT. Como criterios de exclusión se estableció: estudios en animales y artículos con datos incompletos.

Una vez concluida la búsqueda y analizados los artículos a texto completo se procedió al estudio comparativo de cada uno de ellos. (Tabla 1)

RESULTADOS

Tras introducir la estrategia de búsqueda en Pubmed y Embase se obtiene en total 97 artículos. Donde tras eliminar los duplicados y aplicar los criterios de inclusión y exclusión se someten a lectura completa 12 artículos. Se descartaron 7 artículos por tener datos incompletos, por lo que, finalmente quedaron seleccionados 5 artículos para esta revisión bibliográfica (Figura 1).

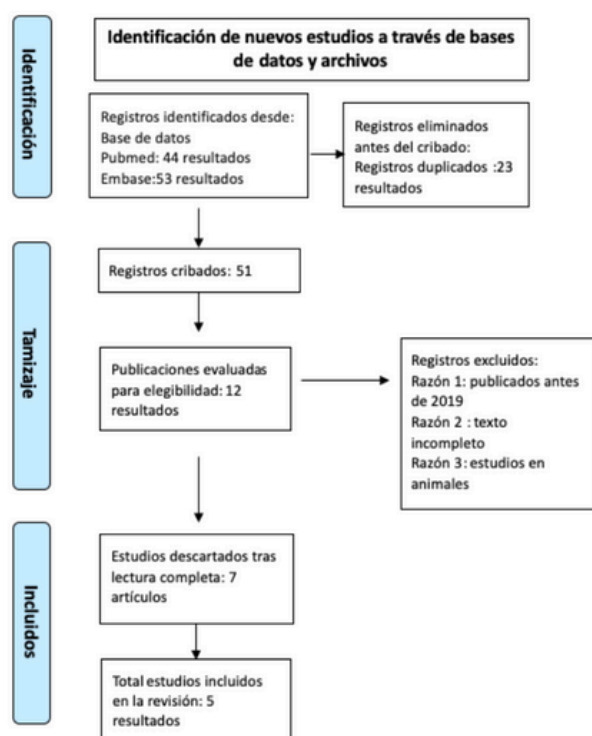


Figura 1: Diagrama de flujo.

Artículo	Tipo de artículo	Objetivo	Material y métodos	Resultados	Conclusiones
"Risk factor analysis for perioperative complications in impacted third molar surgery- a single center experience" Dudde y cols. (9) 2024	Estudio observacional en un solo centro	Determinar las complicaciones más habituales en la extracción de terceros molares y comparar los resultados con otros estudios.	Se analizaron OPG de 80 pacientes, con un total de 232 terceros molares exodonciados, recopilando datos intra y postoperatorios. Analizando: proximidad al seno, posición del nervio dentario inferior, sangrado, infección, parestesia.	Tasa de comunicación oroantral: 12,8% para el lado derecho y 15,6% en el lado izquierdo. Se identificaron como factores de riesgo: distancia al seno maxilar, puntuación de prof. Según la clasif. Pell y Gregory, puntuación de cobertura ósea, tiempo de operación, angulación del diente y tipo de cirujano.	Los resultados de este estudio pueden servir como base para estudios posteriores para investigar los patrones de complicaciones en la cirugía del tercer molar impactado.
"Buccal rotation for wholly impacted maxillary third molar extraction" Ye Zhou-Xi y cols. (10) 2023	Estudio observacional de cohortes	Presentar y evaluar la aplicación de un nuevo método: la rotación bucal para extraer los terceros molares superiores.	72 terceros molares maxilares impactados. Se distinguen 3 posiciones: - I: corona a nivel del tercio coronal del 2ºM, 0<30° - II: corona a nivel del tercio medio de la raíz del 2ºM, 30-60° - III: corona a nivel del tercio apical del 2ºM, >60°	Posición I: 82%, posición II: 50% se utilizó la técnica tradicional, sin embargo, en el caso de posición III en el 83,33% se utilizó la técnica rotada.	La técnica de rotación bucal es aplicable en casos de impactaciones profundas y grandes angulaciones con respecto al segundo molar.
"Can CT predict the development of oroantral fistula in patients undergoing maxillary third molar removal?" Eiji Iwata y cols. (11) 2020	Estudio de cohortes prospectivo	Investigar si la TC sumada a la OPG es útil para predecir la perforación oroantral durante la exodoncia del tercer molar	Análisis de univariados y multivariados. - OPG: proximidad de las raíces al suelo maxilar (RS) y la clasif. De Archer. - TC: número de raíces y relación vertical.	604 de 3299 pacientes se sometieron a TC. En el análisis de multivariados mostraron que una raíz y en relación vertical tipo D en TC, con clasif. RS tipo III/IV en OPG, se relacionaron significativamente con perforación oroantral.	La clasif. RS y la clasif. De Archer en OPG puede predecir el riesgo de perforación oroantral, sin ser muy útil TC. Sin embargo, en caso de duda, es útil para comprobar el número de raíces y la posición del ápice.
"Maxillary third molars with horizontal impaction: a cross-sectional study using computed tomography in Young Japanese patients" Matsuda y cols. (12) 2022	Estudio transversal retrospectivo	Estudiar las características anatómicas de los 3º molares maxilares impactados para predecir y prevenir posibles eventos adversos	En TC se analizó: El ángulo formado por ejes axiales de 2º y 3º molar, la profundidad de impacción en función del espesor de hueso en coronal, longitud del tercer molar, longitud de contacto entre el tercer molar y el seno	663 pacientes, 26 dientes. Ángulo medio 54,2±7,5°, ninguno de los pacientes tenía hueso en coronal, longitud media del diente es 16,1±1,9mm, en el 92,3% de los dientes había contacto con el seno, longitud media de contacto con el seno en 24 dientes 8,1±3,3mm.	Los terceros molares maxilares con impacción horizontal mostraron contacto cercano o extenso con el seno maxilar y sus coronas no estaban completamente cubiertas por el hueso alveolar.
"Intrusion of maxillary molar roots into the maxillary sinus in a sample of the Egyptian population using cone beam computed tomography" Esraa Ahmed Eid y cols. (13) 2021	Estudio Descriptivo observacional	Evaluar la relación entre el tercer molar superior (cada una de sus raíces) y el seno maxilar	23 pacientes sometidos a TC, con dos molares correctamente erupcionados, mayores de 23 años y sin lesiones periapicales crónicas o anomalías radiculares	35,3% raíces localizadas fuera del seno, 23,3% raíces contactaban con el suelo del seno, 41,1% intruían en el seno. En varones (56,9%) fue significativamente mayor (p=0,01) que en mujeres (42,9%). Probabilidad de intrusión: 2º molar (55,3%), 3º molares (52,6%) y 1º molar (50,9%)	Los hombres presentan una mayor probabilidad de protrusión radicular en el seno que las mujeres. Los segundos molares tienen más riesgo de comunicación oroantral en comparación con otros molares.

Tabla 1. Tabla resumen de los artículos incluidos en el estudio.

DISCUSIÓN

El hallazgo de la presencia de terceros molares superiores impactados y/o próximos al seno maxilar en ortopantomografías es común en la práctica clínica diaria, no obstante, la exodoncia de estos puede presentar un gran desafío para el clínico.

Llevando al facultativo a preguntarse, ¿Qué probabilidad existe de tener que resolver complicaciones asociadas a la exodoncia del cordal? Y ¿Cómo se pueden prevenir dichas complicaciones?

En el reciente estudio observacional que llevó a cabo el equipo de Dudde y cols. en 2024, se determina que la tasa de comunicación oroantral es del 12,8% en el lado derecho y 15,6% en el lado izquierdo, asociado a factores de riesgo como la distancia al seno maxilar, la cantidad de cobertura ósea, el tiempo de operación, la angulación del diente y la experiencia del cirujano.⁹ Otros estudios como el de Rothamel y cols. determinan que la incidencia de una perforación oroantral es del 13% tras la extracción del tercer molar superior, sin embargo, estudios que recopilan el riesgo de perforación oroantral en la exodoncia de premolares y primeros molares tan sólo hallan un 5% de perforación entre el seno maxilar y la cavidad oral.^{3,6}

En la misma línea de investigación, otros autores (10-13) asociaron la complejidad y prevalencia de complicaciones a la posición y relación entre el tercer molar y el seno maxilar. En un estudio transversal retrospectivo de Matsuda y cols. determinaron que en el 92,3% de los terceros molares existe contacto con el seno maxilar.⁽¹²⁾ Por otro lado, el estudio de Ahmed Eid y cols. de 2021, compara la probabilidad de intrusión de las raíces de los molares en el seno afirmando que existe un 52,6% de intrusión radicular en el caso de los terceros molares, dándose en mayor probabilidad en el caso de los segundos molares 55,3%. Además, los hombres (56,9%) presentan una mayor probabilidad de intrusión que las mujeres (42,9%) con resultados estadísticamente significativos ($p=0,01$).¹³

No obstante, es más probable la necesidad de extirpación ósea y la fractura de la tuberosidad maxilar que la perforación de la membrana sinusal.⁶

Al estudiar el riesgo de perforación oroantral, se podría decir que, es imprescindible un estudio radiológico previo, y clásicamente se ha analizado dicha relación en la radiografía panorámica.⁴⁻⁶ No obstante, en estudios como el de Iwata y cols, Matsuda y cols. y Ahmed Eid y cols. resaltan que es imprescindible una radiografía de tomografía computarizada para poder medir la angulación que forma el eje axial del segundo y tercer molar, así como distinguir el número e intrusión de las raíces de los molares.¹¹⁻¹³

Según el estudio de Matsuda y cols. al estudiar las características de los terceros molares impactados, obtienen como resultado en su estudio que el ángulo medio que forman el segundo y tercer molar es de $54,2^{\circ} \pm 7,5^{\circ}$.¹² En otro lugar, Zhou y cols. distinguen que existe una probabilidad de hasta el 50% de hallar terceros molares que forman un ángulo de 30° - 60° con respecto al segundo molar, complicando la exodoncia y, por tanto, aumentando la probabilidad de perforación oroantral.¹⁰

La radiografía panorámica es una imagen bidimensional donde existe superposición de estructuras, dando lugar a predicciones en la planificación que pueden resultar de poca fiabilidad y, por tanto, informando o desinformando de riesgos al paciente.^{5,10-13} Además, la perforación oroantral no sólo está asociada a iatrogenia por parte del clínico, sino que en ocasiones es inherente al procedimiento.⁴ Así ocurre en molares que no necesariamente están impactados, ni angulados, sino que sus ápices están en contacto o intruidos en el seno maxilar en relación vertical.

Para Matsuda y cols. la longitud media del tercer molar en contacto con el seno es de $8,1 \pm 3,3\text{mm}$, mientras que para otros autores la profundidad del tercer molar en función de varias clasificaciones como la de Archer o Pell y Gregory tienen la misma significancia clínica. **8, 9, 12**

Para todos los autores de los trabajos incluidos en esta revisión, es determinante un estudio mediante CBCT donde comprobar dicha relación vertical que determine si existe una o más raíces intruidas en el seno o si simplemente se trata de una posición donde los ápices están en relación con el seno maxilar, pero no intruidos, esta imagen en la radiografía panorámica se vería superpuesta y supondría una falsa relación.

Las planificaciones de estas exodoncias suponen asumir riesgos que hay que saber resolver, no es responsable operar estos casos por cirujanos inexpertos dado que si la perforación de la membrana es de más de 2mm es necesaria una intervención adicional, así como resolver complicaciones postoperatorias que no son el objetivo de este trabajo.

CONCLUSIONES

Entre los factores determinantes para evaluar la complejidad de la intervención se encuentra la profundidad y angulación del tercer molar con respecto al segundo molar, así como la relación de los ápices con el suelo del seno maxilar.

La ortopantomografía no es un método fiable para evaluar los factores de riesgo para la comunicación oroantral, sin embargo, CBCT es una herramienta que posibilita en tres dimensiones analizar la relación y proximidad entre los ápices y el seno maxilar. Por tanto, la radiografía 3D permite prevenir complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Akhlaghi F, Esmaeelinejad M, Safai P. Etiologies and Treatments of Odontogenic Maxillary Sinusitis: A Systematic Review. Iran Red Crescent Med J. 2015;17:25536.
- 2 Lewusz-Butkiewicz K, Kaczor K, Nowicka A. Risk factors in oroantral communication while extracting the upper third molar: Systematic review. Dent Med Probl. 2018;55:69-74
- 3 Hasegawa T, Tachibana A, Takeda D, Iwata E, Arimoto S, Sakakibara A, Akashi M, Komori T. Risk factors associated with oroantral perforation during surgical removal of maxillary third molar teeth. Oral Maxillofac Surg. 2016;20:369-375.
- 4 Araujo GTT, Peralta-Mamani M, Silva AFMD, Rubira CMF, Honório HM, Rubira-Bullen IRF. Influence of cone beam computed tomography versus panoramic radiography on the surgical technique of third molar removal: a systematic review. Int J Oral Maxillofac Surg. 2019;48:1340-1347.
- 5 Nakamori K, Tomihara K, Noguchi M. Clinical significance of computed tomography assessment for third molar surgery. World J Radiol. 2014;6:417-423.

6. Thirumurugan K, Munzanoor RR, Prasad GA, Sankar K. Maxillary tuberosity fracture and subconjunctival hemorrhage following extraction of maxillary third molar. *J Nat Sci Biol Med.* 2013;4:242-245.

7. Aktuna Belgin C, Bayrak S, Atakan C. Determination of alveolar bone height according to the relationship between molar teeth and maxillary sinus. *Oral Maxillofac Surg.* 2021;25:175-180.

8. Kawak HH, Park HD, Yoon HR, Kang MK, Koh KS y Kim HJ. Topographic anatomy of the inferior Wall of the maxillary sinus in Koreans. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2004;33:382-388.

9. Dudde F, Barbarewicz F, Henkel KO. Risk factor analysis for perioperative complications in impacted third molar surgery - a single center experience. *Oral Maxillofac Surg.* 2024;28:1127-1138.

10. Ye ZX, Qian WH, Wu YB, Yang C. Buccal rotation for wholly impacted maxillary third molar extraction. *Head Face Med.* 2023;19:2-11.

11. Iwata E, Hasegawa T, Kobayashi M, Tachibana A, Takata N, Oko T, Takeda D, Ishida Y, Fujita T, Goto I, Takeuchi J, Akashi M. Can CT predict the development of oroantral fistula in patients undergoing maxillary third molar removal? *Oral Maxillofac Surg.* 2021;25:7-17.

12. 1.Matsuda S, Yoshimura H. Maxillary third molars with horizontal impaction: A cross-sectional study using computed tomography in young Japanese patients. *J Int Med Res.* 2022;50:3000605221080281.

13. 1.Eid, E. A., El-Badawy, F. M., & Hamed, W. M. Intrusion of maxillary molar roots into the maxillary sinus in a sample of the Egyptian population using cone beam computed tomography. *Egyptian Journal of Radiology and Nuclear Medicine.* 2021;52:163-169.



3T6

AT12



ZT12



ST8

Todos para uno **Uno** para todos



Identificación de diámetros por **colores**

Kit de Cirugía **Personalizable**

Escoge tus sistemas OI-TECH

Equipa tu set con los drivers, atornilladores del sistema que utilices y los topes que prefieras

Contacto

· Monográfico: Tratamiento del maxilar antrófico



MONOGRÁFICO

22 FEBRERO 2025 Museo de San Isidoro. León

Tratamiento del maxilar atrófico

SEDE
Museo de San Isidoro
Sala del Pendón
Plaza San Isidoro, 4, 24003 León

INSCRIPCIÓN
Socios SECIB y clientes BTI **55€**
No Socios **135€**

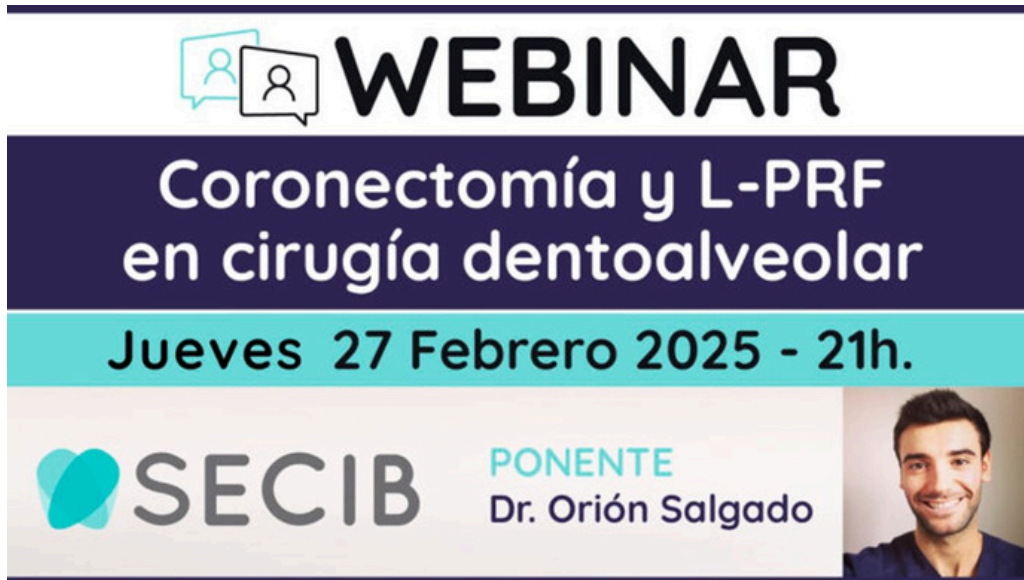
SECRETARÍA TÉCNICA
Sociedad Española de Cirugía Bucal

formacionsecib@secibonline.com Tel. 606 338 580

 **SECIB** |  **bti.**

El pasado 22 de febrero tuvo lugar el Monográfico BTI: Tratamiento Maxilar atrófico, en el Museo de San Isidro, León, una ocasión única que trajo a ponente referentes en diferentes áreas, donde se debatió las diferentes opciones y alternativas para el tratamiento del maxilar atrófico.

· Webinar: Coronectomía y L-PRF en cirugía dentoalveolar



El pasado jueves 27 de Febrero , tuvo lugar el webinar titulado: Coronectomía y L-PRF en cirugía dentoalveolar, impartido por el Dr. Orión Salgado, en este webinar se mostraron dos técnicas que todo cirujano debería de añadir a su arsenal de alternativas terapéuticas.

Por un lado, la coronectomía, especialmente útil en casos en los que está indicada la extracción del tercer molar inferior en los que existe un riesgo elevado de daño al nervio dentario y, por otra parte, el empleo de L-PRF como material de relleno en cirugía dentoalveolar, por su alto potencial regenerativo tanto de los tejidos duros como blandos.

- **Curso: Enfoque Perio – Quirúrgico – Prostodóntico Digital para Grandes Rehabilitaciones (Planning, Surgery & Restoration)**

ENTRADA GRATUITA

**Enfoque Perio - Quirúrgico
- Prostodóntico Digital para
Grandes Rehabilitaciones
(Planning, Surgery & Restoration)**

7 de marzo de 2025
Colegio Oficial de Dentistas de Granada

ORGANIZA
Asociación Andaluza
de Cirugía Bucal

SEDE E INSCRIPCIONES
Colegio Oficial de Dentistas de Granada
C/Maestro Montero s/n,
Edificio Guadiana, Bajo,
18004 Granada

AACIB
Monte Carmelo, 32
41011 Sevilla
955 099 142
www.aacib.es

COLABORA
K KLOCKNER®

El pasado 7 de marzo del 2025, tuvo lugar el curso: Enfoque Perio – Quirúrgico – Prostodóntico Digital para Grandes Rehabilitaciones (Planning, Surgery & Restoration), en el Colegio de Dentistas de Cádiz, organizado por la Asociación Andaluza de Cirugía Bucal , en colaboración con Klockner.

- Curso: Oclusión y postura: un antes y un después en la rehabilitación oral

The poster is divided into two main sections. The left section contains contact and location information, while the right section provides details about the course itself. A pink banner in the top right corner of the right section reads 'ENTRADA GRATUITA'.

Asociación Andaluza de Cirugía Bucal

SEDE
Hotel Meliá Cádiz Paseo del Mar
Avda. Amílcar Barca, 47
11009 Cádiz

INSCRIPCIONES
Colegio Oficial de Dentistas de Cádiz
<https://dentistascadiz.com/inscripcion>

AACIB
Monte Carmelo, 32
41011 Sevilla
955 099 142
www.aacib.es

Curso
OCLUSIÓN Y POSTURA:
UN ANTES Y UN
DESPUÉS EN
REHABILITACION ORAL
Dra. M^a Carmen Ramos Martínez
21 y 22 de marzo de 2025
Hotel Meliá Cádiz Paseo del Mar

ORGANIZA
CODC
Colegio Oficial de Dentistas de Cádiz

COLABORA
Asociación Andaluza de Cirugía Bucal

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

El pasado 21 y 22 de Marzo del 2025, tuvo lugar el curso: Oclusión y postura: un antes y un después en rehabilitación oral, impartido por la Dr. M^a Carmen Ramos Martínez en el Hotel Meliá Cádiz Paseo del Mar, organizado por el Colegio de Dentistas de Cádiz, en colaboración con la Asociación Andaluza de Cirugía Bucal y patrocinado por A.M.A (Asociación Mutual Aseguradora).

- Webinar: Lesiones sospechosas más típicas en la consulta, biopsia y principales factores pronósticos



El pasado 27 de Marzo, tuvo lugar el webinar titulado: Lesiones sospechosas más típicas en la consulta, biopsia y principales factores pronóstico. Donde se presentaron aquellas lesiones habituales en la consulta con signos y síntomas de alarma, es decir, las que nos pueden indicar riesgo de malignización o ya un cáncer desarrollado.

Se incluyeron lesiones con un posible origen traumático, lesiones con características clínicas de sospecha de malignidad y lesiones oscuras solitarias.

La profesora Pilar Gándara nos hablará de los trastornos orales potencialmente malignos. En todas ellas abordaremos el manejo clínico, el diagnóstico histopatológico mediante una biopsia y determinar los factores que influyan en el pronóstico.

· OI-TECH, patrocinador oficial de la AACIB



OI-TECH Implant Systems se incorpora como patrocinador oficial de la AACIB

La Asociación Andaluza de Cirugía Bucal (AACIB) suma un nuevo aliado estratégico con la incorporación de **OI-TECH Implant Systems** como **patrocinador oficial**. Este reciente acuerdo marca el inicio de una colaboración que promete fortalecer la innovación, el desarrollo profesional y la excelencia clínica en el ámbito de la cirugía bucal andaluza. OI-TECH Implant Systems, aunque de reciente creación, está respaldado por un equipo de expertos con una sólida trayectoria en el sector odontológico.

Su propuesta se basa en la combinación de **tecnología de vanguardia**, productos de **máxima calidad** y un firme compromiso con los profesionales del sector. Desde sus inicios, la compañía ha trabajado junto a clínicas y especialistas de toda España, contribuyendo activamente a la mejora de los resultados clínicos y la satisfacción del paciente.

La alianza con AACIB supone un paso más en la misión de OI-TECH de aportar valor a la comunidad odontológica andaluza. Su objetivo es claro: **impulsar el intercambio de conocimientos**, brindar **apoyo continuo a los miembros de la asociación** y fomentar un entorno colaborativo que eleve los estándares de la práctica odontológica en la región.

Desde la firma, Gerard Núñez Guirao, Director Comercial de OI-TECH, ha expresado su entusiasmo por esta nueva etapa: "Estamos convencidos de que esta colaboración será beneficiosa para todos. Queremos estar cerca de los profesionales, ofrecer soluciones reales y crecer juntos con una visión de futuro".

La empresa ya ha manifestado su disponibilidad para reunirse con los miembros de la AACIB, presentar sus propuestas y explorar vías de colaboración que potencien tanto el desarrollo profesional como el impacto positivo en la práctica diaria.

Con esta nueva incorporación, la AACIB refuerza su red de apoyo institucional y consolida su compromiso con la excelencia clínica y la innovación en cirugía bucal.

· El Dr. Daniel Torres Lagares toma posesión como Académico de Número de la Real Academia de Ciencias Odontológicas de España



El pasado jueves 24 de abril de 2025, a las 12:00 horas, tuvo lugar en el Salón de Actos de la Real Academia de Farmacia de Madrid el acto solemne de recepción y toma de posesión del Excmo. Dr. Daniel Torres Lagares como Académico de Número de la Real Academia de Ciencias Odontológicas de España.

El profesor Torres Lagares ha sido recibido como titular de la Medalla N° 30, adscrita a la Sección de Estomatología Médico-Quirúrgica. En el transcurso del acto, pronunció su discurso de ingreso titulado "El tercer molar en el tercer milenio", en el que ofreció una profunda reflexión sobre la evolución histórica, los retos clínicos y las perspectivas de futuro en el tratamiento del tercer molar, desde una visión quirúrgica actualizada y basada en la evidencia científica.

En nombre de la Academia respondió el Excmo. Dr. Guillermo Machuca Portillo, quien destacó la brillante trayectoria profesional y académica del nuevo académico, así como su importante contribución a la cirugía oral y la formación especializada en España.

Este acto representa no solo un reconocimiento a la destacada labor del Dr. Torres Lagares en el ámbito de la estomatología médico-quirúrgica, sino también un paso más en el fortalecimiento del compromiso de la Real Academia con el conocimiento riguroso, la excelencia profesional y la innovación en el campo de la odontología.

La incorporación del Dr. Torres Lagares a esta prestigiosa institución supone un importante reconocimiento a su destacada trayectoria académica, clínica e investigadora en el campo de la cirugía bucal, así como a su compromiso con la excelencia científica y la formación de nuevas generaciones de profesionales.

Desde el ámbito universitario y profesional, se celebra con orgullo este merecido nombramiento, que fortalece el vínculo entre la ciencia odontológica y las academias que la promueven y prestigian.

- Webinar: Actualización en periimplantitis: microbiota, estrategias de prevención y calidad de vida de nuestros pacientes



¿Sabías que...?

Las enfermedades periimplantarias son las complicaciones biológicas de los implantes dentales. Su prevalencia es muy alta, uno de cada cuatro pacientes portadores de implantes puede desarrollar una de estas enfermedades.

Conocer los últimos avances en el diagnóstico, prevención y tratamiento de estas patologías así cómo, entender cómo afectan a la calidad de vida de nuestros pacientes es fundamental para afrontar el reto que suponen.

Es por eso, que no puedes perderte el webinar que tendrá lugar el 24 de Abril del 2025 a las 21:00 horas.

· La profesora María Isabel González Martín, admitida en el Plan de Incorporación del Profesorado Asociado a la Carrera Académica de la Universidad de Sevilla.



La profesora María Isabel González Martín ha sido admitida en el Plan de Incorporación del Profesorado Asociado a la Carrera Académica correspondiente a la Oferta de Empleo Público (OEP) 2024 de la Universidad de Sevilla, un paso importante en el reconocimiento de su trayectoria docente e investigadora en la institución.

Este plan, impulsado por la Universidad de Sevilla a través de su OEP 2021, contempla la convocatoria de 15 plazas de Profesor Contratado Doctor (PCD) mediante concurso público. El objetivo es facilitar la estabilización del profesorado asociado que, como la profesora González Martín, cuenta con la acreditación exigida, una dilatada trayectoria académica y una activa participación en la actividad investigadora. Se trata de una iniciativa estratégica orientada a consolidar una plantilla docente estable y estructural en los distintos departamentos universitarios.

La admisión de la profesora González Martín a este proceso no solo reconoce su excelencia y compromiso con la docencia universitaria, sino que también representa un avance significativo en su carrera académica, afianzando su vinculación con el sistema universitario público y su aportación continua al ámbito de la enseñanza superior y la investigación.

Desde su Departamento y entorno académico, se celebra esta noticia como una muestra del valor que representa la experiencia, el mérito y la dedicación del profesorado asociado en el desarrollo de una universidad de calidad.

• BTI Biotechnology recibe a alumnos y profesores del Máster de Cirugía Bucal Avanzada de la Universidad de Sevilla



La empresa BTI Biotechnology, referente internacional en el desarrollo de soluciones avanzadas para implantología oral y terapias regenerativas, ha recibido recientemente en sus instalaciones de Vitoria-Gasteiz a un grupo de alumnos y profesores del Máster de Cirugía Bucal Avanzada de la Universidad de Sevilla.

La visita, organizada con el objetivo de conocer de primera mano la innovadora forma de trabajar de BTI, ha permitido a los asistentes recorrer la fábrica, la clínica y el centro de formación de la compañía. Durante la jornada, los participantes pudieron profundizar en el abordaje de casos complejos mediante el uso de implantes cortos y estrechos, una solución clave para el tratamiento de pacientes con maxilares atróficos. El Dr. Eduardo Anitua, fundador y director científico de BTI, fue el anfitrión de la jornada y compartió con los visitantes su experiencia y enfoque basado en la evidencia científica, subrayando la importancia de la personalización del tratamiento y el respeto por la biología del paciente.

Desde la Universidad de Sevilla, tanto el equipo docente como los alumnos del máster han expresado su más sincero agradecimiento a BTI Biotechnology y al Dr. Anitua por su generosa invitación y su firme apuesta por una formación rigurosa y científicamente fundamentada, que sin duda enriquece la preparación de los futuros especialistas en cirugía bucal.

Esta colaboración refuerza los lazos entre la universidad y el sector empresarial, poniendo en valor el papel de la formación continua, la investigación y la innovación como pilares fundamentales del avance en la práctica clínica.

• Granada acogerá el VII Congreso de la AACIB



Los próximos 3 y 4 de octubre de 2024, Granada acogerá el VII Congreso de la Asociación Andaluza de Cirugía Bucal (AACIB) en ETSIE – Universidad de Granada, un evento clave para los profesionales del sector.

Durante dos jornadas, la ETSIE de la Universidad de Granada será el escenario de conferencias, talleres y encuentros científicos centrados en los últimos avances en cirugía bucal. Un espacio para compartir conocimientos, experiencias clínicas y nuevas tecnologías con referentes del ámbito odontológico.

Con el respaldo de una ciudad cargada de historia, ciencia y belleza, este congreso promete una experiencia formativa única en el corazón de Andalucía.

Formación, innovación y excelencia clínica con sabor andaluz.

¡Nos vemos en Granada!

· XX Congreso SECIB 2025



Madrid acogerá el XXII Congreso de la Sociedad Española de Cirugía Bucal

Los días 7 y 8 de noviembre de 2025, Madrid se convertirá en el epicentro de la Cirugía Bucal con la celebración del XXII Congreso de la Sociedad Española de Cirugía Bucal (SECIB). La capital española, conocida por su dinamismo, riqueza cultural y excelente conectividad, ofrece el escenario perfecto para un evento que promete reunir a profesionales de todo el país.

Con sedes tan emblemáticas como el Museo del Prado, la Gran Vía o el Palacio Real, Madrid no solo invita al intercambio científico, sino también al disfrute cultural y gastronómico. Su oferta va desde los restaurantes más tradicionales hasta los más innovadores, muchos de ellos galardonados con estrellas Michelin.

El congreso tendrá lugar en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, ubicada en el corazón del llamado "triángulo sanitario", junto a las facultades de Odontología y Farmacia. Un entorno académico que acogerá dos intensas jornadas de formación, actualización y networking.

El programa científico, cuidadosamente diseñado, abarcará todas las áreas de la cirugía bucal, incluyendo talleres teórico-prácticos, ponencias de expertos nacionales e internacionales, y espacios interactivos con la industria. La zona comercial, situada estratégicamente junto a las salas de conferencias, facilitará el contacto entre congresistas y empresas del sector, que además contarán con espacios para presentaciones y talleres.

SECIB 2025 se presenta como un evento de referencia tanto para el especialista en cirugía bucal como para el odontólogo general interesado en esta disciplina. Un encuentro que combina excelencia científica con experiencias sociales en una ciudad vibrante y acogedora.

Madrid y SECIB 2025 te esperan. Solo faltas tú.

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.tl@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.

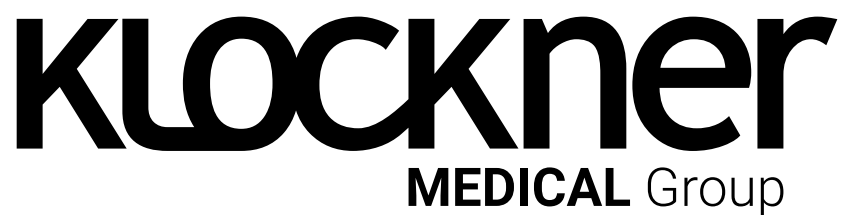
Se les asignará un número arábigo, según el orden de aparición en el texto, siendo identificadas por el término «Figura», seguido del correspondiente guarismo.

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.



VEGA[®]+



**Freedom
is not
fixed**



KLOCKNER · klockner@klockner.es · Tel. 931 851 900