

Trabajo en equipo en Odontología: la comunicación con el laboratorio dental como clave de éxito clínico. A propósito de un caso clínico de tratamiento multidisciplinar.



Carrillo Baracaldo, José Santos.
Médico-Estomatólogo. Profesor Titular Materiales y Ergonomía. Departamento de Odontología de la UEM.

Álvarez Quesada, Carmen.
Médico-Estomatólogo. Profesor Titular Materiales y Ergonomía. Departamento de Odontología de la UEM.

Calatayud Sierra, Jesús.
Médico-Estomatólogo. Profesor Titular UCM. Departamento de Estomatología IV. UCM.

Fernández Sánchez, Jesús.
Médico y Odontólogo. Catedrático de Ortodoncia de la UEM. Departamento de Odontología de la UEM.

Indexada en / Indexed in:

- IME.
- IBECES.
- LATINDEX.

Correspondencia:

José Santos Carrillo Baracaldo
Universidad Europea de Madrid
Villaviciosa de Odón.
Urb. El Bosque s/n.
28670 - Madrid.
jsantos.carrillo@odo.cisa.uem.es

CARRILLO JS, ÁLVAREZ C, CALATAYUD J, FERNÁNDEZ JM. Trabajo en equipo en Odontología: la comunicación con el laboratorio dental como clave de éxito clínico. A propósito de un caso clínico de tratamiento multidisciplinar. Cient Dent 2006;3;2:129-136.

RESUMEN

En el presente artículo se proclama la necesidad del trabajo en equipo como un medio para conseguir una odontología de calidad, especialmente en aquellos casos que sean tributarios de diagnósticos y tratamientos complejos. También se defiende una buena comunicación entre los diferentes componentes del equipo de trabajo basada en el aprovechamiento de los medios digitales y nuevas tecnologías, especialmente en lo que se refiere a la comunicación audiovisual con el laboratorio dental. Se presenta como ejemplo de comunicación entre profesionales un caso clínico multidisciplinario tributario de tratamiento ortodóncico, blanqueamiento y tratamiento protésico mediante carilla cerámica en un incisivo central endodonciado y con tinción intrínseca.

PALABRAS CLAVE

Trabajo; Equipo; Odontología; Ortodoncia; Carilla; Porcelana; Blanqueamiento; Dental.

Team work at odontology: the communication with the dental laboratory as key of clinical success.

ABSTRACT

The present article it proclaimed the necessity of wear team work as a way to obtain quality odontologie, especially in those cases in which they are "deserves" of diagnosis and complex treatments, furthermore, it encompasses a good communication between the different components of the team that is working based in the advantage of digital and modern technologies, especially what is referred to as the audiovisual items within the dental laboratory. A clinical multidisciplinary case has been presented as an example of communication between professionals, this case deserves an "orthodontic" treatment, bleaching and prosthetic treatment using and ceramic laminated face in an endodontic central incisor whit intrinsic "color".

KEY WORDS

Work; Team; Odontology; Orthodontic; Laminated; Face; Whitening; Dental.

Fecha de recepción: 27 de abril de 2006.
Fecha de aceptación para su publicación: 18 de mayo de 2006.

INTRODUCCIÓN

La vertiginosa carrera que la odontología ha tomado hacia la especialización ha hecho que una buena parte de sus actuaciones no puedan ser realizadas por una misma per-

sona si se quiere alcanzar un adecuado grado de calidad en nuestros diagnósticos y tratamientos. La aparatología necesaria para el abordaje de las diferentes etapas de nuestras actuaciones es cada vez más costosa y compleja,



su adquisición requiere un volumen suficiente de pacientes y un adecuado nivel de preparación para su correcto manejo. El dentista no puede actuar solo ante una parte importante de nuestros pacientes, se impone por tanto el trabajo en equipo como respuesta y, sin embargo, la forma de actuar en equipo no es única. Cada vez aparecen más clínicas en las que, de una u otra forma, se asocian diversos profesionales con especialidades complementarias consiguiendo, de este modo, desplazamientos innecesarios para los pacientes. Sin embargo, una parte de la odontología, tanto a nivel de diagnóstico como de tratamiento, continua realizándose a partir de procedimientos indirectos (radiografías, fotografías, modelos de escayola, etc.). Son justo estas actuaciones indirectas las principales responsables de una apropiada comunicación entre los diversos profesionales que colaboran en el tratamiento de aquellos casos que, por su mayor complejidad, requieren, como apuntábamos en párrafos anteriores, el trabajo en equipo de diferentes especialistas, independientemente de que tal colaboración se realice en una misma clínica o en varias.

Así, los modelos diagnósticos, fotografías, trazados cefalométricos, radiografías... pueden favorecer el intercambio de ideas incluso sin la presencia física de los dentistas participantes, permitiendo un posterior almacenamiento de los datos e incluso su duplicación de forma sencilla, en aquellos casos en los que la historia clínica del paciente no se encuentre centralizada. En este sentido, parece una buena práctica en los tratamientos ortodóncicos realizados de forma externa aquellos compañeros que mandan un completo resumen del diagnóstico, así como el plan de tratamiento previsto. De este modo, el odontólogo generalista tiene toda la información en su poder de un modo gráfico y fácilmente consultable. Además, de cara al paciente, la impresión de una buena coordinación entre profesionales está absolutamente garantizada (Fig. 1).

El trabajo en equipo no depende solo de la buena coordinación con otros dentistas, sino que, en gran parte, el éxito de los tratamientos indirectos dependerá en gran medida de una adecuada comunicación con los técnicos de laboratorio. La necesidad de conseguir una adecuada comunicación con el laboratorio de prótesis es algo que los dentistas y los protésicos dentales han tenido como meta desde los tiempos más pretéritos. Uno de los propósitos de este artículo es el de revisar y actualizar los principales procedimientos de los que se dispone para conseguir una comunicación clínica-laboratorio fluida, precisa y con suficientes datos para evitar errores y malas interpretaciones.

El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define COMUNICACIÓN, entre otras, como:

- 1.- Acción o efecto de comunicarse.
- 2.- Trato o correspondencia entre dos o más personas.
- 3.- Transmisión de señales mediante un código emisor al receptor en un medio adecuado.
- 7.- Escrito sobre un tema determinado que el autor presenta a un congreso o reunión de especialistas para su conocimiento y discusión.¹

La comunicación se puede cementar sobre una serie de principios básicos entre los cuales destaca: el deseo de alcanzar el objetivo de comunicarse, propósito de transmitir un mensaje y buscar la forma más adecuada de comunicación en cada caso. La comunicación es un proceso en el que siempre interviene un elemento emisor del mensaje, un medio a través del que se trasmite la información y un receptor, que a su vez puede contestar el mensaje actuando en este caso como elemento modulador e, incluso, retroalimentador de la información recibida.²

Existen una serie de barreras descritas como obstáculos para una correcta comunicación. Entre éstas cabe citar la distorsión del mensaje por diversas causas (tono de voz, letra ilegible, ideas poco claras, etc.); falta de precisión del mensaje, empleo de mensajes fragmentados (que no pueden mandar la totalidad de la información); tampoco favorece el empleo de abreviaturas incomprensibles (no suficientemente conocidas por los receptores a los que va destinado el mensaje); también influyen como barrera, especialmente cuando la comunicación es directa –bis a bis–, un mal aspecto personal, entorno adverso, momento inapropiado (por ejemplo, disgusto familiar, profesional, etc.). Tampoco favorecen la comunicación las ideas preconcebidas sobre el emisor o sobre la posible información recibida. La aptitud del receptor de la comunicación debe ser adecuada y positiva.

El enorme avance tecnológico de los últimos tiempos también se ha visto reflejado en las formas de comunicación. Así, frente a las ya clásicas orales (interpersonales directas, interpersonales telefónicas) o a las escritas tradicionales (cartas, recetas por correo tradicional o fax), han surgido el correo electrónico, la videoconferencia y los mensajes telefónicos, entre otras. Como fruto en la llamada era de la información, las consultas dentales modernas deben utilizar los medios digitales más adecuados para cada caso.³

Los odontólogos pueden aplicar algunas de estas nuevas tecnologías en su comunicación con el laboratorio dental. Sin embargo, no sólo la aplicación de sistemas de comunicación avanzados por sí solos parece ser el mejor método de entendimiento con los laboratorios dentales. El presente



trabajo trata de exponer opiniones procedentes tanto de odontólogos como de protésicos dentales con el fin de establecer algunos principios favorecedores de una comunicación entre la clínica y el laboratorio.

La primera duda surge sobre cuál es la metodología que puede emplearse con el fin de establecer parámetros de mejora en la comunicación clínica-laboratorio de un modo fehaciente y eficaz. Para ello, llevamos a cabo una "tormenta de ideas" con algunos notables protésicos con reconocida experiencia y personalidad en ambas profesiones. De este intercambio de ideas surgieron frases reveladoras de las informaciones que podrían mejorar el intercambio de información entre la clínica y el laboratorio dental. Entre ellas nos gustaría resaltar las siguientes:

"Sería deseable realizar mesas redondas mixtas entre odontólogos y protésicos, capaces de facilitar el entendimiento y mutua comprensión".

"Podrían realizarse tablas de calibración terminológica entre ambas partes, capaces de lograr un léxico fácilmente entendible por ambas partes".

"Puede ser muy interesante que el odontólogo visite el la-



boratorio con el que trabaja alguna vez, incluso para comentar algunos casos directamente con los protésicos, transmitiéndoles directamente y sin ningún tipo de barreras los comentarios clínicos referentes a casos con un grado especial de dificultad".

"Las llamadas telefónicas son capaces de aclarar situaciones que pueden quedar poco claras solo con la receta".

"Desde las primeras experiencias con cámaras digitales en odontología, la disponibilidad y el intercambio de datos son cada vez más importantes.⁴ Las fotografías transmitidas por correo electrónico, si bien no permiten datos fidedignos sobre el color que debe emplearse, sí parecen tener bastante interés a la hora de transmitir información sobre la distribución del color de acuerdo al mapa de colores realizado por el odontólogo en su clínica".

Es muy recomendable mandar conjuntamente con la foto el diente de la guía de colores que más se aproxime al color buscado para que, de este modo, los cambios de color debidos a la iluminación ambiental o al propio flash de la cámara afecten por igual al color de los dientes naturales y al diente de muestrario.



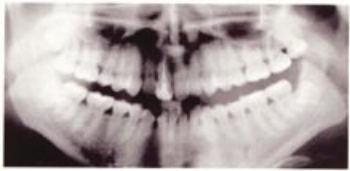
Dr. Jesús Fernández Sánchez
Ortodoncia Exclusiva
Paseo de las Delicias, 80
28045 Madrid
Tel: 939 36 10 - Fax: 939 13 99

A. RESUMEN DEL DIAGNÓSTICO


El paciente Ángeles Bernardo Pinto de 28 años y 7 meses presenta los siguientes datos clínicos en la exploración clínico-ortodóncica:




- Maloclusión con relación molar de clase II, división 1ª de Angle.
- Giroversiones acentuadas en el sector anterosuperior.
- Resalte de 2,5 mm y traspase de 2,5 mm.
- Falta de espacio en arcada superior de 7,5mm.
- Falta de espacio en arcada inferior de 4,5mm.
- Estado de evolución dentaria: dentadura permanente.

B. OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

- Nivelamiento y alineamiento con moderada pérdida de anclaje en ambas arcadas.
- Desoclusión posterior de grupo y guía canina bilateral mejorando la higiene oral y la salud periodontal.



C. EXPLORACIÓN FACIAL Y CEFALOMETRICA.

A - Relación de las bases óseas apicales.

Perfil óseo convexo. El maxilar se presenta bien posicionado mientras que la mandíbula se encuentra retruida en relación a la base del cráneo.

B - Patrón del esqueleto cefálico.

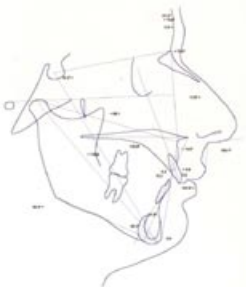
Convergencia entre los planos de evaluación del patrón facial. Predominancia del vector de crecimiento en sentido horizontal.

C - Incisivos y bases esqueléticas.

Los incisivos superiores se encuentran suavemente inclinados hacia lingual mientras que los incisivos inferiores se presentan verticalizados en relación a las bases apicales.

D - Patrón facial.

Dolicocefalo. Clase II.



E. MECANICA DEL TRATAMIENTO.

- Extracción de primeros premolares permanentes en ambas arcadas 14-24-34-44.
- Aparatología fija técnica con «Arco de Cantos» en ambas arcadas. Nivelamiento y alineamiento con tracción cervical (AEB) nocturna. Elásticos cortos de intersuspensión finalizarán esta mecánica.
- Retenedor de Hawley superior y 3x3 en inferior, serán utilizados al final del tratamiento activo.

F. DURACION APROXIMADA.

- Se prevee una duración aproximada del tratamiento ortodóncico de 30 meses.

Fig. 1. Resumen de diagnóstico y plan de tratamiento ortodóncico del caso clínico que ilustra el artículo. Un resumen como este o similar es el recomendado para que pueda ser enviado al odontólogo remitir del caso.



“Las fotografías transmitidas por correo electrónico permiten relacionar al protésico sus restauraciones con la forma de los labios del paciente, la línea de la sonrisa y, en general, todo tipo de datos sobre las partes blandas y tejidos anexos capaces de complementar la información de los modelos enviados en el articulador”.

Un problema típico de las relaciones entre la clínica y el laboratorio deriva, en muchas ocasiones, de esos pequeños desajustes de las prótesis capaces de desatar conflictos entre el dentista y el protésico, pues cada uno tiende a culpabilizar al otro del problema surgido. ¿De quién es la culpa? Nunca se debe culpar al otro, todo tiene que girar alrededor de la búsqueda conjunta de los errores cometidos y de las posibilidades de mejora.⁵ Se pretende dilucidar qué se ha hecho mal en la secuencia de trabajo, y para ello debe considerarse si el fallo se encuentra en alguno de los pasos, previamente establecidos en niveles. Así, deben ser considerados:

La preparación dentaria (dentista).

La toma de impresiones (dentista).

Obtención del modelo (dentista/protésico).

El colado (protésico).

La adaptación del modelo (protésico).

La técnica de laboratorio (protésico).

El cementado (dentista).

El ajuste clínico (dentista).

A este respecto, Büking propone el empleo de un estereo-microscopio de entre 10-30 aumentos en cada una de las fases, tanto clínicas como de laboratorio, para, de este modo, evitar sistemáticamente la acumulación de errores y, por tanto, de conflictos.

Presentamos a continuación, y como ilustración del tema que nos ocupa, un caso clínico que, por su dificultad, era tributario de un trabajo multidisciplinario, en el cual una adecuada comunicación y coordinación entre todos los participantes y, especialmente, en la última parte con el laboratorio dental, permitió la realización de un tratamiento acorde con nuestras expectativas y las de la paciente.

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de 28 años que presentaba maloclusión con relación molar clase II, división 1.^a de Angle, giro-versiones acentuadas en el sector antero-superior, un resalte de 2,5 mm y un traspase de 2,5 mm. La falta de espacio de la arcada superior se cifraba en 7,5 mm y la falta de espacio en la arcada inferior era de 4,5 mm. En la exploración facial y cefalométrica se apreciaron los siguientes datos: Perfil óseo convexo; el maxilar se presenta bien posicionado mientras que la mandíbula se encuentra retraída en relación con la base del cráneo: también se aprecia convergencia entre los planos de evaluación del

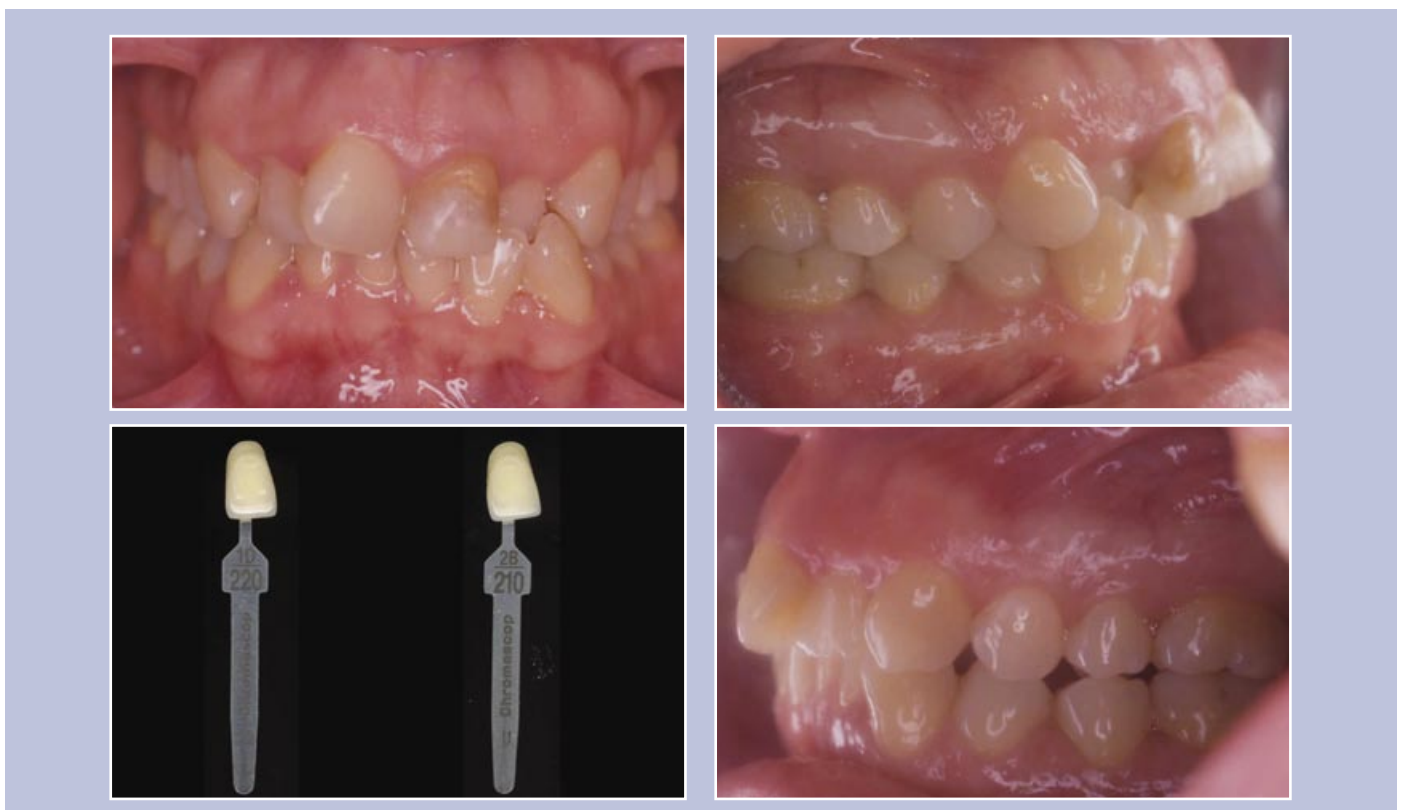


Fig. 2. Fotografías previas al tratamiento. Clínicamente la coloración dentaria del sector anterior podía asimilarse a los colores 1D y 2B de la guía chromascop®.



patrón facial; predominancia del vector de crecimiento en sentido horizontal. En cuanto a incisivos y bases esqueléticas: los incisivos superiores se encontraban suavemente inclinados hacia lingual, mientras que los incisivos inferiores se presentan verticalizados en relación con las bases apicales. El patrón facial de la paciente era dolicocefalo. Clase II (Fig. 1).

Junto a la exploración facial y cefalométrica ya descrita, la paciente presentaba dientes anteriores con colores acordes con B2, D1 (Guía chromascop®) y el mayor problema derivaba de la presencia de un incisivo central izquierdo superior con una tinción intrínseca de color marrón. La exploración radiológica mostró una endodoncia antigua algo sobre-obturada apicalmente, sin imagen radio-lúcida apical y sin ningún tipo de sintomatología clínica (Fig. 2).

La paciente revelaba un deseo de mejora estética, pero claramente nos indicó que no quería realizarse ningún tratamiento que implicara cirugía maxilofacial. Desde un principio se hizo comprender a la paciente que, si deseaba resultados derivados de tratamientos poco agresivos siguiendo los principios de la odontología de baja agresividad (OBA),⁶ debía tener paciencia en cuanto al tiempo previsto. La paciente mostró su conformidad al respecto, por lo que se propuso el siguiente plan de tratamiento: En primer lugar, realización de un tratamiento dirigido por el especialista en ortodoncia y consistente en la extracción de primeros molares permanentes en ambas arcadas; aparatología fija con "arco de canto" en ambas arcadas; nivelamiento y alineamiento con tracción cervical (AEB) nocturna y aplicación de elásticos cortos de intercuspidadación; y, por último, retenedores de Hawley superior y 3x3 inferior. La duración del tratamiento ortodóncico fue de 26 meses.

La segunda parte del tratamiento consistió en una propuesta de blanqueamiento general de las arcadas dentarias y en un blanqueamiento específico del incisivo 21, para lo que se optó por utilizar peróxido de carbamida al 30% pincelado en las sesiones de control, una cada quince días, combinado con tratamiento ambulatorio utilizando peróxido de carbamida al 16% mediante férulas (vivastyle® ivoclar vivadent). El resultado obtenido fue bastante aceptable al cabo de dos meses de tratamiento en todos los dientes, alcanzando tonalidades acordes con la 1.ª de la guía chromascop®, con excepción del diente 21, que permanecía con su coloración marrón (Fig. 3). Este hecho nos hizo decidirnos por realizar una carilla de cerámica en el mencionado diente. La dificultad de igualar un incisivo central con el resto de los dientes anterior-



Fig. 3. Imagen previa al tallado una vez finalizado el tratamiento ortodóncico y el blanqueamiento ambulatorio. Esta imagen fue remitida por correo electrónico al laboratorio dental.

res es un problema estético que puede considerarse como 'clásico' y, aunque existen alternativas como la realización de carillas directas con composite, el hecho de su menor permanencia en el tiempo y la dificultad técnica para enmascarar una tinción tan importante nos hizo decidirnos por realizar una carilla de porcelana, cuya mayor dificultad seguía siendo cómo conseguir igualar de modo apropiado el color y la forma en relación con el resto de los dientes anteriores. Optamos por realizar un tallado vestibular e incisal-palatino que produjo un incremento del aspecto "marrónáceo" del incisivo (Fig. 4). Esta imagen y la que se muestra en la figura 3 fueron remitidas por correo electrónico al laboratorio dental conjuntamente con un mapa de colores.

Una vez cementada con un cemento autograbante (maxcem®), el resultado obtenido puede observarse en las figuras (Fig. 5, 6 y 7).



Fig. 4. Tallado del incisivo central que incluye el tallado del borde incisal. Esta imagen también fue remitida al laboratorio dental. Obsérvese el aumento del color de la tinción del 21 tras el tallado.



Fig. 5. Caso finalizado.



Fig. 6. Caso finalizado. Obsérvese la igualdad cromática y morfológica conseguida entre los dos incisivos.

DISCUSIÓN

En el caso clínico descrito se ha optado por realizar un tratamiento ortodóncico con extracciones, dada la edad y la falta de espacio que muestra la paciente.

En cuanto a la estética del sector anterior, el principal problema venía derivado de la restauración del diente 21, puesto que restaurar un diente anterior decolorado único para conseguir armonía estética con el resto de dentición representa a menudo un reto importante para el dentista. Cuando un paciente presenta un diente aislado decolorado, es importante que el dentista determine la causa de la decoloración. Un diente oscuro puede resultar de una variedad de condiciones, incluyendo la tinción, restauraciones con corrosión o que tienen microfiltraciones, traumatismos (vitales o no vitales), eliminación incompleta de tejido pulpar cuando se realiza un tratamiento de conductos o reabsorción interna. Cuando la exploración clínica haya descartado una condición activa como causa de la

decoloración, se puede abordar la preocupación estética del paciente. Los procedimientos restauradores tradicionales para enmascarar un diente oscuro comprenden desde carillas de composite o porcelana hasta el recubrimiento total con corona de metal-cerámica o porcelana. A menudo, el mejor resultado que se puede conseguir con estos procedimientos irreversibles es un compromiso estético, debido a la dificultad de mimetizar el aspecto del diente natural. Teñir o blanquear un diente oscuro es una alternativa conservadora a los tratamientos de restauración convencionales. Además, el blanqueamiento no compromete ni elimina otras futuras opciones. El blanqueamiento en la consulta de dientes aislados utiliza una solución de peróxido de hidrógeno al 35% que se aplica a la superficie del diente durante períodos variables de tiempo.⁷ Estas aplicaciones pueden requerir varias citas.⁸ La solución de peróxido de hidrógeno al 35% es muy cáustica y se deben tomar grandes precauciones para proteger los tejidos orales del paciente cuando se utiliza. Cuando el diente ha sido endodonciado, el agente blanqueador se coloca a menudo en la cámara pulpar y se cataliza con calor o luz para acelerar la desintegración del peróxido de hidrógeno y, de este modo, acelerar el proceso de blanqueamiento.⁹ El proceso se puede repetir tantas veces como sea necesario hasta que se consiga un resultado aceptable. Una alternativa a este procedimiento es la técnica de blanqueamiento "ambulatorio",¹⁰ en el cual una mezcla de peróxido de hidrógeno y cristales de perborato sódico se sellan en la cámara pulpar. La ventaja de esta técnica es que requiere menos tiempo en el sillón dental, debido a que el blanqueamiento dental ocurre fuera de la consulta durante un período de días o semanas.

Las desventajas de estas técnicas de blanqueamiento descritas son, en primer lugar, que utilizan materiales muy cáusticos y el resultado es difícil de predecir o controlar. Además, el uso de peróxido de hidrógeno al 35% con calor incrementa la posibilidad de reabsorción interna en pacientes con una historia de traumatismos.¹¹ Estas técnicas pueden requerir varias citas en el consultorio y no hay ninguna manera de predecir adecuadamente qué número de tratamientos serán requeridos antes de iniciar el tratamiento. Existen autores que incluso plantean desechar la utilización de peróxido de hidrógeno en concentraciones de 30-35%, basándose en estudios de afectación de la superficie dentinaria interna de la cámara pulpar.¹²

El blanqueamiento con férula nocturna con peróxido de carbamida fuera de la consulta dental es una alternativa a las técnicas de blanqueamiento en la consulta. Normal-



Fig. 7. A la izquierda aparecen las imágenes previas al tratamiento y a la derecha el caso finalizado.

mente, esta técnica se utiliza para aclarar toda la dentición, o por lo menos una arcada. Sin embargo, la técnica de blanqueamiento con férula nocturna puede ser modificada y utilizada con éxito en muchas situaciones para aclarar un solo diente decolorado.¹³

Comparado con el blanqueamiento con el peróxido de hidrógeno al 35%, el blanqueamiento con la férula nocturna requiere menos tiempo en la consulta y es menos caro; sin embargo, requiere un tiempo de tratamiento más prolongado. Algunos pacientes pueden considerar los resultados más lentos de este tratamiento como una desventaja, pero el blanqueamiento gradual probablemente puede incrementar las posibilidades de conseguir una buena mimetización del color. La aplicación en el hogar, por el paciente, permite tiempos de tratamientos largos sin necesidad de visitas dentales ni cobros adicionales. Los potenciales efectos secundarios del blanqueamiento con peróxido de carbamida son también menos severos que las complicaciones asociadas con el peróxido de hidrógeno al 35%.¹⁴

En este caso, el diente 21 mantuvo su color marrón posteriormente al blanqueamiento con peróxido de carbamida, a pesar de que en dientes endodonciados algunos autores recomiendan como primera elección intentar blanqueamientos internos por considerar que se consiguen

muy buenos resultados en un porcentaje elevado de los casos.¹⁵ Al tratarse de una tinción marrón muy antigua, probablemente como fruto de la degradación de la hemoglobina y, quizás, relacionada con algún traumatismo, optamos por la realización de una carilla de cerámica colada como se indica que puede realizarse en estos casos,¹⁶ ya que puede considerarse como una alternativa terapéutica restauradora de primer orden y porque, además, se trata de un tratamiento más conservador que las coronas de porcelana.¹⁷ Una vez tallado el diente, surge el problema de elegir el color y la forma. Tal reto en este momento fue pasado al protésico dental que, junto con los modelos convenientemente articulados, recibió por correo electrónico las fotografías previas y posteriores al tallado. El resultado final fue, a nuestro entender, muy bueno y la paciente vio cumplidas sobradamente las expectativas clínicas que le fueron propuestas.

CONCLUSIONES

En lo que respecta al caso clínico presentado, nos parece oportuno resaltar como un correcto diagnóstico y un plan de tratamiento con una jerarquización apropiada de las prioridades acorde con las necesidades del paciente (edad, sexo, expectativas estéticas, tiempo aceptado para el trata-



miento, etc.) puede ser un buen valuarte para conseguir el éxito, especialmente en casos que por su complejidad requieran el concurso de varios especialistas.

Pensamos que, como en el caso expuesto, cada vez más los diferentes profesionales que intervenimos de modo directo o indirecto en la salud bucodental de nuestros pacientes debemos actuar comunicados, coordinados y, en definitiva, manteniendo principios básicos de trabajo en equipo como garante de una mejor y más eficaz atención de los problemas complejos de nuestros pacientes. El hecho de no formar parte de una clínica multidisciplinaria no parece un impedimento para poder trabajar en equipo, especialmente si se hace un adecuado

aprovechamiento de los medios de comunicación digitales y se mantienen reuniones periódicas con los distintos especialistas. Tales reuniones no tienen por qué ser presenciales, se pueden hacer a través de videoconferencias, etc.

No querríamos terminar el presente artículo sin resaltar, como en todo momento, que la transmisión de datos de nuestros pacientes debe realizarse siempre bajo el cumplimiento estricto de la ley de protección de datos, especialmente si tenemos que transmitir fotos al laboratorio dental. Siempre serán de la boca y sin que conste en ninguna parte el nombre del paciente, puesto que al final los responsables directos del tratamiento de nuestros pacientes somos nosotros. ▶

BIBLIOGRAFÍA:

1. Real Academia Española. *Diccionario de la Lengua Española* ed. Espasa-Calpe S.A. Madrid 1984.
2. Kart-Prüfert ZA. *Medios modernos de comunicación y su aplicación de cara al asesoramiento al paciente*. Quintessence (ed. esp.) 2005(4);18:229-36.
3. Fath S. *La profilaxis se nutre de una buena comunicación*. Quintessence (ed. esp.) 2005 (4); 18:228.
4. Mall C, Krekeler G. *A la caza del pixel. Las primeras experiencias con una cámara digital en la consulta dental*. Quintessence (ed. esp.) 1997;10(10):666-671.
5. Bucking W. *La cadena de trabajo sistematizada en el laboratorio y la consulta (I)*. Quintessence (ed. esp.) 2003;16(9):595-601.
6. Carrillo JS, Álvarez C, García T, Pernía I. *Odon-tología de baja agresividad: esto ya es el presente*. Gaceta Dental 2005;162:106-126.
7. Caughman WF, Frazier KB, Haywood VB. *Blanqueamiento con peróxido de carbamida de dientes unitarios, sin vitalidad y decolorados: casos clínicos*. Quintessence (ed. esp.) 2000;13(4):217-224.
8. Barghi N, Berry TG, Ghorbanian A, Morgan J. *Clinical comparison of two in-office bleaching systems*. Contemp Esthet Rest Pract 1997;1(13):10-15.
9. Goldstein RE, Garber DA. *Complete dental bleaching*. Chicago: Quintessence 1995;113-118.
10. Nutting EB, Poe GS. *A new combination for bleaching teeth*. J South Calif Dent Assoc 1963;31:289.
11. Trope M. *Cervical root resorption*. J Am Dent Assoc 1997;128(sup1):56s-59s.
12. Pallarés A. *Estudio del comportamiento ex-pansivo de los Agentes de Blanqueamiento Interno en un modelo experimental y de su afectación de la superficie dentinaria*. ROE 1996;1(3):189-196.
13. Haywood VB. *Nighthguard vital bleaching: Current information and research*. Esthet Dent Update 1990; 1(2):7-12.
14. Harrington GW, Natkin E. *External resorption associated with bleaching of pulpless teeth*. J Endod 1979;5:344-348.
15. Attin T, Paque F, Ajam F, Lennon AM. *Review of the current status of tooth whitening with the walking bleach technique*. Int Endod J 2003;36(5):313-29.
16. NDe Rábago J, Tello A. *Carillas de porcelana como solución estética en dientes anteriores: informe de doce casos RCOE*. 2005;10(3):273-281.
17. Andrés A. *Frentes laminados de porcelana: una revisión de la literatura*. Prof Dent 2002;5(4):235-238.