

M. López¹
P. Bullón²
J.V. Ríos³
G. Machuca⁴
A. Martínez-Sahuquillo⁵
E. Velasco⁶

Coordinación en la clínica dental integrada: un reto docente

1 Catedrático de Prótesis Estomatológica.
Coordinador responsable de
Odontología Integrada de adultos.
Director de la Escuela de
Estomatología.

Correspondencia:
José Vicente Ríos Santos
Avda. Sanchez Arjona 1, 1ºB
41010 Sevilla

2 Catedrático de Medicina Bucal y
Periodoncia.

4 Decano de la Facultad de Odontología
Profesor asociado de Periodoncia.

5 Profesor Titular de Medicina Bucal.

6 Profesor Asociado de Medicina Bucal.
Facultad de Odontología
Universidad de Sevilla

RESUMEN

El presente trabajo pretende ejercer una reflexión sobre las pautas actuales en coordinación multidisciplinaria y la efectividad docente de la clínica integrada, acercando al lector al enfoque adoptado por la Universidad de Sevilla. Del mismo modo, se especifica la actividad realizada en dicha asignatura por la primera promoción de odontólogos formados en dicho centro, mostrando no sólo los aspectos numéricos o cuantitativos de sus acciones, sino también las demandas del alumnado en cuanto a formación, seminarios y coordinación.

PALABRAS CLAVE

Asistencia dental integrada; Tratamiento multidisciplinario.

ABSTRACT

The objective of the following work is to review the effectiveness of the new multidisciplinary teaching in the School of Dentistry of Seville University. In the same way we develop the student's clinical activity showing the asking for the students about their own learning and the coordination of the course.

KEY WORDS

Dental integrate assistance; Multidisciplinary treatment.

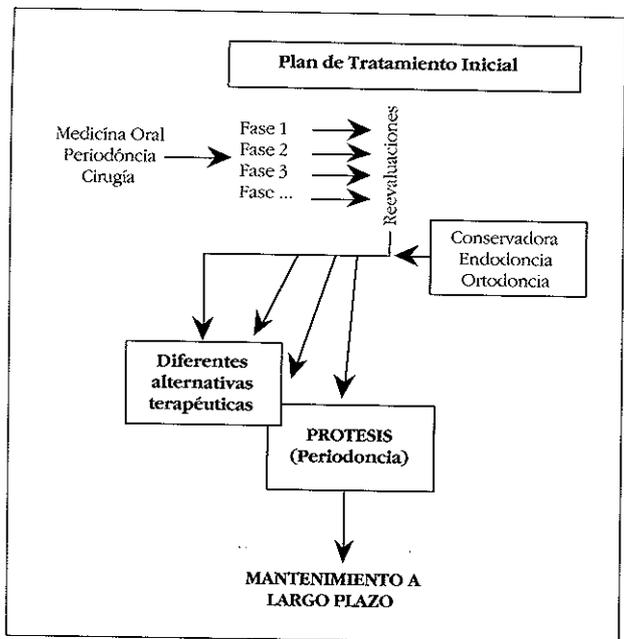


Figura 1.

INTRODUCCIÓN

En Octubre de 1993 surge en la Facultad de Odontología de Sevilla, la necesidad de proporcionar una formación curricular pregraduada en Odontología Integrada de Adultos a la primera promoción de dicho centro.

Desde la primera reunión de planificación se pudo constatar la dificultad de adaptarse a un desarrollo curricular sin modelo previo, dado que la asistencia dental integrada puede desarrollarse bajo numerosas filosofías⁽¹⁾.

En la mayoría de las facultades, la enseñanza clínica tradicional se ha basado en modelos «rígidos» excesivamente compartimentados, donde hasta una interconsulta podía sufrir vericuetos administrativos que dificultaban enormemente la comunicación interdepartamental. Dado el peligro que esto supone para la formación de odontólogos, al existir el riesgo de que éstos adquieran conocimientos de manera fragmentada e incoordinada, las autoridades académicas han establecido la Clínica Odontológica

Integrada de Adultos como materia troncal enfocada hacia la restauración anatomofuncional en el adulto de forma secuencial e integrada^(2, 3). En buena lógica, dicha formación debe situarse al final de la Licenciatura, con objeto de integrar y coordinar las enseñanzas previas, con especial predominio de las prácticas clínicas en los momentos previos a la terminación de los estudios⁽⁴⁾.

En dicha asignatura, y dada la próxima incorporación al trabajo de los recién titulados, debe acercarse al alumno al dominio terapéutico de la patología habitual en su medio, orientándolos en la toma de decisiones (tanto en los aspectos teóricos como prácticos). Tendremos que conseguir una aptitud diagnóstica que permita el desarrollo de actitudes prácticas correctas, estableciéndose la secuencia de tratamiento necesaria en función de las prioridades del paciente.

El alumno de 5º debe realizar planes de tratamiento adecuados que interrelacionen las diferentes especialidades de la odontología, y todo ello enmarcado en una actitud preventiva práctica*** que permita controlar incluso aquellas situaciones de emergencia médicas que exijan pautas de actuación enérgicas y correctas.

CONCEPTOS CONTEMPORÁNEOS DE ACTUACIÓN EN ODONTOLOGÍA INTEGRADA DE ADULTOS

Por el interés del paciente, la aproximación global y multidisciplinaria debe ser sistemática, con objeto de precisar las prioridades y establecer las alternativas terapéuticas racionales al tomar en cuenta el conjunto de problemas y las implicaciones que determinadas soluciones para algunos aspectos odontológicos tendrían sobre otras parcelas, ensombreciendo o mejorando su pronóstico.

La buena coordinación es tan o más importante que la calidad de los actos realizados, y la cronología de éstos debe manejarse tomando en cuenta las obligaciones de las otras disciplinas implicadas. Cada especialista debe tener en cuenta los requisitos de

cada uno de sus colegas, y ser extremadamente respetuoso con las actuaciones que puedan interrelacionar con aquellos, por lo que las decisiones comprometidas se tomarán en un entorno global y multidisciplinario. De hecho, la profesión tiende a organizarse en especialidades, devaluándose a menudo la práctica como generalista. Sin embargo, una buena formación global, o al menos la noción de un equipo homogéneo, se impone como la primera condición en la consecución de tratamientos complejos.

Es fundamental establecer una secuencia pormenorizada, coordinada, lógica y clara, determinando los objetivos en forma de metas predecibles, con un plan de trabajo individualizado que recoja la posibilidad de rectificaciones predefinidas. Se organizarán tratamientos alternativos ya que no podemos olvidar que sólo se considerarán éxitos terapéuticos a aquellos resultados clínicos que no presenten problemas con el transcurso del tiempo (Fig. 1).

Establecimiento de metas

Es importante establecer unos objetivos, incluso antes de iniciar las maniobras terapéuticas, debiendo evitar el comienzo del tratamiento hasta que obtenemos una «previsualización» del resultado final. Se determinarán las metas iniciales (eliminar caries, disminuir inflamación, detener la progresión del deterioro funcional, ...) y definitivas (objetivo final). Probablemente, todos los esfuerzos deben encaminarse a la consecución de salud, estética y función mediante la distribución fisiológica de fuerzas, estabilizando dientes y arcadas, y haciendo posible un mantenimiento adecuado sin olvidar los aspectos estéticos.

El componente estético es un factor de complejidad extremo⁽⁶⁾, pero no debe dejarse nunca a un lado pues es primordial para la toma en consideración de decisiones en la aproximación terapéutica del caso. A menudo es difícil conciliar los objetivos de salud y de función con los estéticos, y con frecuencia constataremos cierta incompatibilidad entre los tres, por lo que se buscarán continuamente soluciones adap-

tadas según las prioridades, comprometiendo alguna faceta del tratamiento para favorecer otros objetivos.

Pilares básicos en la actuación en odontología integrada

A menudo observamos tratamientos de conductos laboriosos y muy bien realizados, sobre dientes con pronóstico periodontal imposible, o cuya reconstrucción coronal no permitirá asegurar una función óptima durante mucho tiempo, de ahí que tengamos que respetar tres aspectos básicos en toda actuación compleja:

- *Metas definidas*, pues sin ellas difícilmente sabremos hacia dónde dirigir nuestros esfuerzos.
- *Resultados predecibles*, anticipando las posibilidades pronósticas, lo que constituye el fundamento científico del proceder en la actuación conjunta.
- *Visión coordinadora*, de todas las especialidades odontológicas, ya que por ejemplo, aunque tengamos predictibilidad en una terapia regenerativa periodontal, o en una cirugía de eliminación de bolsas, pudiera darse el caso de que el valor protésico de este diente fuera malo, e incluso condicione una estética o función no deseable.

Diseño de un plan de tratamiento

La elaboración de un plan de tratamiento que busque el respeto a los principios estratégicos aunándolos en los principios biológicos representa el aspecto más delicado (si no el más complejo) de una práctica integrada⁽⁷⁾. Por interés del paciente, todo acto terapéutico debe inscribirse en el marco de un tratamiento global, haciéndolo objeto de una análisis que tome en cuenta la integración de problemas.

El plan de tratamiento debe ser individualizado y no pueden tomarse los criterios científico - técnicos como pilares estrictos de nuestras decisiones terapéuticas, sino que debemos ser flexibles y proporcionar el mejor servicio posible, ofreciendo a cada uno de los pacientes soluciones materialmente aceptables por ellos. Se valorará por tanto, no sólo el

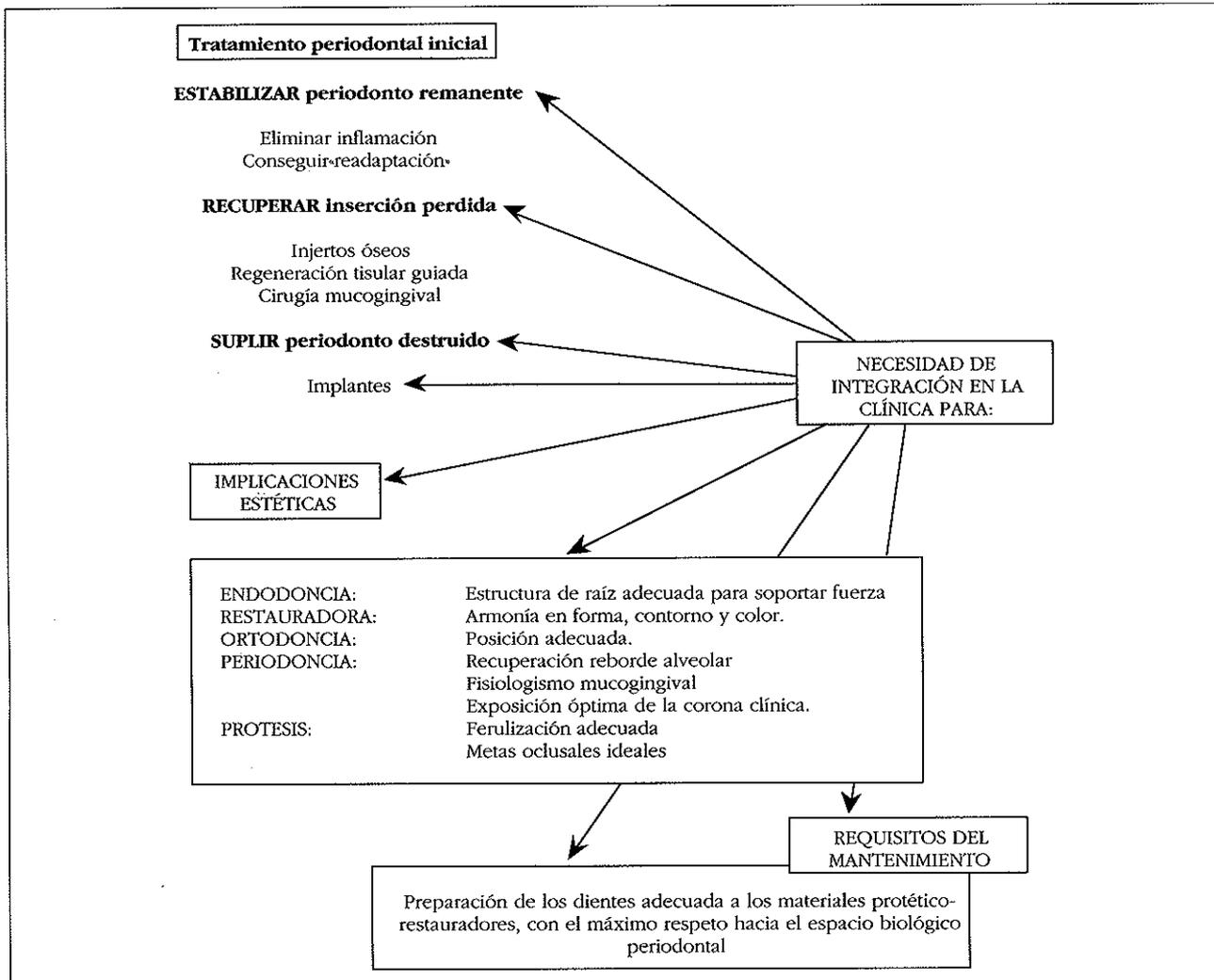


Figura 2. Necesidad de integración clínica.

estado de la cavidad oral, sino también su edad, el estado de salud general, y la disponibilidad financiera (a veces soluciones de compromiso representan la mejor alternativa).

Es totalmente utópico pretender dominar totalmente la evolución de un tratamiento, por lo que se tendrán en cuenta todas las modalidades terapéuticas que permitan lograr los objetivos fijados, intercalando fases de reevaluación donde podamos adaptar los diferentes caminos terapéuticos a las particularidades

evolutivas de cada caso (Fig. 1). Nuestro objetivo final debe ser garantizar un resultado a largo plazo evitando tanto los sobretamientos como aquellos actos cuyo beneficio pueda ser muy aleatorio.

En un tratamiento integral, el resultado debe evaluarse a largo plazo, y en esta perspectiva, la fase de mantenimiento periodontal es con toda probabilidad la más importante, puesto que nos asegura el equilibrio en el tiempo. Sin embargo, a menudo esta imprescindible fase de la terapéutica queda relegada

por problemas económico-asistenciales, por lo que en la elaboración de cualquier plan de tratamiento, deben tenerse en cuenta las posibilidades de una pauta de mantenimiento adecuado.

En el desarrollo de un plan de actuación integrado podemos comprobar que, a menudo, es inútil pretender alcanzar ciertos objetivos en un paciente que no ha demostrado aptitud (o lo que es peor, actitud) para mantener un nivel de higiene bucodental aceptable, y cada vez más, los factores económicos o personales del individuo (alcoholismo, tabaquismo, stress, ...) obligan a considerar la implicación del paciente en la elaboración de su tratamiento, pues con frecuencia su compromiso resulta esencial en la consecución de los objetivos específicos.

Cuando nos enfrentamos a un caso complejo, los planes de tratamiento habituales pueden hacerse pesados e interminables, estableciéndose problemas en la coordinación que hacen difícil asegurar un resultado exitoso en el transcurso del tiempo. En definitiva, el verdadero objetivo debe ser convertir un caso complejo en un caso simple, eliminando sucesivamente los diferentes factores que complican el pronóstico⁽⁸⁾.

Organización secuencial

El paciente puede ser recepcionado bajo un enfoque inicial de Medicina Oral, donde a través de la historia clínica se detecte el paciente de riesgo médico y se valoren los efectos sobre la calidad oral de los diferentes fármacos que el paciente consume. A continuación resulta imprescindible la valoración de las alteraciones en la mucosa oral, así como detección, diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicológicos asociados a padecimientos orales (síndrome de ardor bucal, etc ...).

Una actuación periodontal inmediata (Fig. 2) suele ser imprescindible, dado que la inserción periodontal remanente debe considerarse «sagrada» (pérdidas adicionales conducirían al paciente a un deterioro en la mayoría de los casos irreversible). El primer paso para estabilizar el paciente es reducir la inflamación,

y es fundamental para ello motivarlo con técnicas de enseñanza de higiene y control de placa, haciéndole ver que nosotros somos los responsables de limpiar lo acumulado y de crear condiciones óptimas que faciliten la limpieza, pero que es su responsabilidad evitar que se acumule de nuevo.

Junto con la eliminación de tártaro supra y subgingival, destinada a conseguir una superficie biológicamente aceptable, debe reevaluarse constantemente el paciente por si esta terapia inicial fuera insuficiente y necesitáramos eliminar bolsa mediante la cirugía, asegurándonos la negatividad del sangrado al sondaje. Es imprescindible también constatar y lograr una situación de encía adherida óptima, dada su importancia en el futuro periodontal, las implicaciones pronósticas protésicas, y su importancia ortodóncica.

El especialista en prótesis se incorpora desde un comienzo, ya que a menudo es necesario fijar dientes inestables cuando se empieza a controlar la enfermedad periodontal. Vemos ya que es imprescindible la coordinación, dado que la mayoría de los actos importantes de las diferentes disciplinas odontológicas podrían ser abordados en la fase inicial de modo simple, aunque a veces nos vemos obligados a diferirlos hasta la finalización del tratamiento periodontal, sobre todo cuando no puede establecerse de entrada un pronóstico muy exacto.

La ferulización provisional no sólo se indica como un paso inicial para proteger a los dientes móviles de trauma oclusal adicional, sino que también nos puede ayudar a dilatar en el tiempo determinados procesos terapéuticos, comprobando si dientes con un pronóstico comprometido responden al tratamiento. Resulta evidente que desde el punto de vista de una actuación integrada, los provisionales, además de prevenir la migración patológica y efectuar una contención de dientes tratados ortodóncicamente, nos pueden ayudar en el acceso a tratamientos quirúrgicos periodontales o a terapias complejas combinadas.

La ferulización provisional es de una ayuda inestimable en el diseño y planificación del caso desde el punto de vista protético, ya que permite valorar la retención, estética y funcionalidad oclusal, posibili-

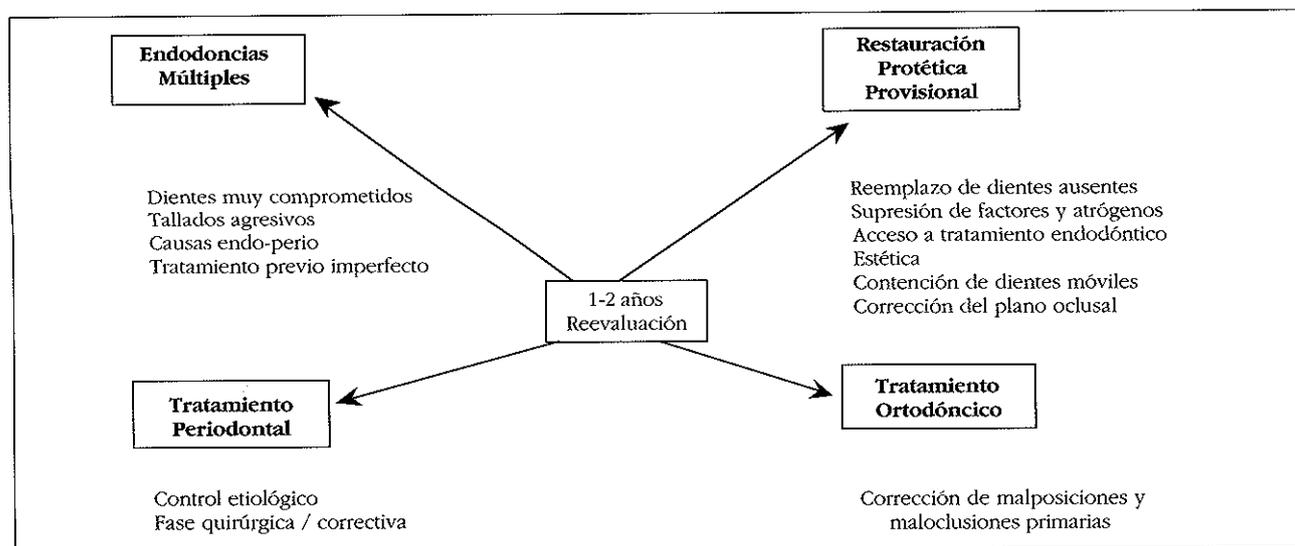


Figura 3. Coordinación en asistencia dental integrada.

tando el comprobar si el contorno se adecúa a las necesidades higiénicas del paciente y facilita un mantenimiento adecuado. Es evidente que la estabilización provisional nos ayuda en el control práctico del manejo integrado del paciente, proporcionando resultados inmediatos en cuanto a la función, confort y confianza, con el beneficio adicional de informarnos de la necesidad de posibles extensiones de la rehabilitación protética prevista. La temporización es ya en sí una acto terapéutico esencial que debe asegurar la comodidad del paciente durante todo el tratamiento, y a menudo, representa un factor de elección terapéutica, complicando enormemente la planificación multidisciplinaria.

Desde un primer momento, el especialista en prótesis debe tener como meta la obtención de una oclusión armónica que no ocasione manifestaciones patológicas en las estructuras de soporte de los dientes; probablemente se podría resumir en los siguientes parámetros:

- Armonía horizontal y vertical.
- Articulación temporo-mandibular asintomática.
- Potenciación del patrón funcional que presenta el paciente, y si hace falta cambiarlo, se tendería al

patrón que se correspondería con una oclusión mutuamente protegida: guía anterior adecuada con inexistencia de interferencias en dientes posteriores (disoclusión posterior fuera de relación céntrica (RC) + contactos en RC de intensidad similar)

En definitiva, como meta protésico - periodontal, sería preferible que todo paciente periodontal, tratado y mantenido libre de inflamación por el periodoncista, fuera llevado de la mano del protesista hacia una oclusión céntrica, considerando como tal la coincidencia de la máxima intercuspidadación con la relación céntrica condilar.

Desde un punto de vista oclusal, los traumatismos que pueden ser puestos en evidencia son de tipo funcional o parafuncional, y se tratan a menudo de fuerzas oclusales excesivas, bajo un amplio abanico de posibilidades: interferencias, supraoclusión, relaciones invertidas, edentulismo parcial, bruxismo y parafunciones oclusales (sin olvidar la fuerza impulsora de la potente musculatura lingual). Por tanto, durante la ejecución de un tratamiento multidisciplinario, podríamos minimizar el trauma oclusal con la ayuda de placas de descarga protectoras, e incluso mediante una-ajuste oclusal inicial. Aquí podríamos incluir a

diferentes especialistas, ya que el protesista realizaría el tallado selectivo, el especialista en terapéutica dental llevaría a cabo unas restauraciones armónicas oclusalmente, y el ortodoncista realizaría movimientos dentarios que colocaran a los dientes en la posición adecuada con una inclinación óptima, todo ello vigilando en todo momento el comportamiento del paciente e intentando predecir y valorar la capacidad de adaptación de éste a los cambios oclusales.

Vemos ya que la interrelación de los diferentes especialistas es un hecho en la coordinación de la resolución de casos complejos (Fig. 3) y que los protesistas y encargados de la terapéutica dental deben conseguir restauraciones fáciles de limpiar (con márgenes supragingivales) y coronas con contorno y perfil de emergencia adecuado. Las troneras serán anatómicas y amplias con un diseño protésico adecuado, y todo ello sin olvidar nunca el funcionalismo oclusal.

Por otra parte, el ortodoncista valorará el apiñamiento dentario, controlando las inclinaciones, rotaciones o versiones que demanden soluciones tanto estéticas como funcionales. El ortodoncista se constituye como un colaborador imprescindible en la clínica dental integrada, ya que sin su concurrencia muchos dientes comprometidos terminarían perdiéndose por progresión de la patología, o sacrificándose inaceptablemente por motivos puramente físicos o estéticos. Muchas veces, cuando una periodontitis avanzada se complica con una maloclusión, debe recurrirse a la ortodoncia que, aunque se constituye como indispensable, complica considerablemente el tratamiento, al dificultar el mantenimiento periodontal y retrasar la solución del caso más de lo que el paciente pensaba en un comienzo.

En un tratamiento combinado, la odontología restauradora nos puede ayudar a cerrar diastemas con la utilización de composite cuando los dientes son estables periodontalmente, y sin necesidad de recurrir a la ortodoncia en un paciente con soporte periodontal reducido. Por el contrario, la ortodoncia puede simplificar la odontología restauradora y protética, mejorando el pronóstico de dientes pilares.

Con una concepción biológica de la ortodoncia,

podemos interrelacionar diferentes especialidades odontológicas en función de los objetivos propuestos: así, si pretendemos obtener corona clínica nos interesará mover sólo el diente, dejando el hueso y la encía atrás con una extrusión rápida (y posterior fibrectomía vertical para prevenir movimiento del tejido). Por el contrario, si lo que pretendemos es que la inserción periodontal sana siga a la raíz -(cuando las fibras periodontales se alargan existe depósito de nuevo hueso en el margen alveolar) permitiendo la aposición ósea, utilizaremos una extrusión lenta. Por tanto, en ocasiones puede incluso indicarse la extrusión ortodóncica con el objetivo no sólo de resolver la lesión ósea periodontal (cuando es el único defecto en un cuadrante), sino también para mejorar la proporción corono-radicular (aunque muy a menudo debe recurrirse a la colaboración entre protesista y periodoncista para mejorar la corona clínica).

Muchas veces es complicado discernir si sería mejor utilizar la cirugía periodontal o la extrusión ortodóncica para obtener corona clínica, pero en la mayoría de los casos, cualquiera de las dos opciones es preferible a la extracción. El objetivo final de la mejora en la relación corono-radicular debe ser buscar una coordinación integrada que permita preservar el espacio biológico con salud periodontal, posibilitando la exposición de estructura dental suficiente y permitiendo acceso para la toma de impresiones.

La colaboración entre ortodoncia y prótesis permite no sólo restablecer la inclinación de molares mesializados, sino que posibilita la recuperación de espacios adecuados para la reposición mediante elementos pónicos. Del mismo modo nos ayuda a controlar oclusalmente el caso, ya que sitúa a los dientes en condiciones de soportar verticalmente las fuerzas masticatorias (minimizando la sobrecarga oclusal de los movimientos de balanceo).

ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA DENTAL INTEGRADA

Probablemente, la mayoría de los profesionales

76 estarían de acuerdo en que un modelo apropiado para la enseñanza de esta asignatura podría ser el establecimiento de centros asistenciales financiados por la administración donde existirían odontoestomatólogos prestigiados, con dedicación a tiempo completo, y con funcionamiento ininterrumpido (independientemente de los períodos lectivos académicos, necesidades docentes, ...), contando con la colaboración de personal auxiliar suficiente y estable, e incluso con laboratorio vinculado en el centro.

Los alumnos de la clínica integrada se incorporarían a dichos centros para realizar actuaciones supervisadas que fueran complicándose en función de la propia progresión de sus conocimientos y aptitudes.

Este planteamiento utópico choca con la realidad española, al ser evidente que la administración aún no se encuentra en condiciones económicas de subvenir a las demandas asistenciales de nuestra población. Sin embargo, podemos intentar acercarnos al modelo descrito, utilizando la infraestructura de la Universidad con una dirección colegiada, o quizás aún mejor, un coordinador departamental, que supervise la clínica integrada.

La estrategia docente empleada fue incorporar especialistas en Medicina Oral, Periodoncia, Cirugía Oral, Odontología conservadora, Endodoncia, y Prótesis dental. Lamentablemente -(y a pesar de que la creciente demanda de tratamiento ortodóncico por parte del adulto hace necesaria una coordinación y una actualización de los conceptos que deben aplicarse a dichos pacientes⁽⁹⁾)- no pudimos disponer de especialista en Ortodoncia, por problemas inherentes a la infraestructura y a las necesidades docentes en otras asignaturas.

Como parte de una actividad preventiva y de planificación inicial (tanto en el diagnóstico y despistaje del paciente de riesgo como en la detección y consideración de los problemas periodontales), los profesores de Medicina Oral y Periodoncia recibieron a todos los pacientes conjuntamente con los alumnos de cada gabinete. Una vez realizada la historia médica y odontológica se tomaron impresiones de ambas arcadas para modelos de estudio, y se efectuó una

serie periapical completa a los pacientes periodontales (los que no lo eran y necesitaban tratamiento complejo se estudiaron radiográficamente con dos placas de mordida y una ortopantomografía oral).

Se instauró durante todo el año académico una mañana de sesión clínica conjunta, donde todos los especialistas supervisaban la planificación de tratamiento propuesta por el alumno una vez recibido inicialmente el caso y realizadas las exploraciones complementarias. Fue gratificante comprobar cómo, a medida que avanzaba el curso, la propuesta del alumno coincidía cada vez más con la de los especialistas, y cuando no era así, aquel se encontraba con argumentos y bases sólidas como para plantear una discusión fructífera.

Paralelamente, y como complemento a la formación teórica recibida desde los diferentes departamentos en los años anteriores, se plantearon numerosos seminarios en función de las áreas preferentes del alumnado, que demandó información sobre la cirugía del tercer molar y del canino incluido, fundamentos de periodoncia y prótesis integrada, conocimientos y manejo de las urgencias médicas en el gabinete, y actualización en las pautas actuales en odontología estética.

En el último trimestre, y dada la inminente incorporación a la práctica profesional, surgieron numerosos interrogantes sobre la normativa legal para establecerse de forma autónoma, las técnicas de gestión de consultorio, y las ventajas e inconvenientes de asociarse o trabajar en solitario⁽¹⁰⁾.

CONCLUSIONES

Durante esta primera experiencia hemos intentado incorporar al alumno a la realidad de su próxima actuación profesional como Licenciado en Odontología, coordinando la formación que había recibido por separado desde las diferentes asignaturas de su curriculum.

La actividad generada ha sido intensa, y buena prueba de ello podrían ser los casi ocho millones de

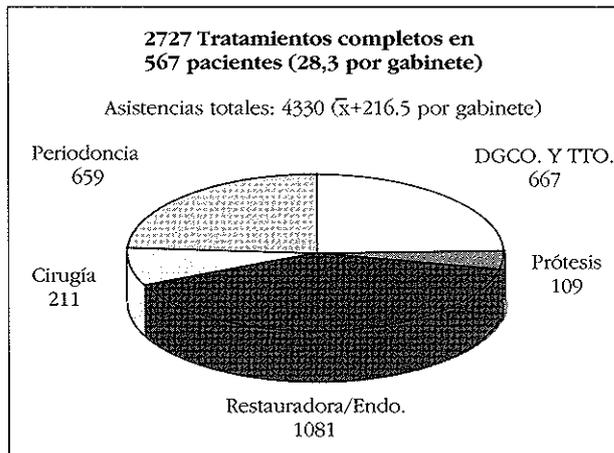


Figura 4.

pesetas producidos como ingreso contable (7.966.820 ptas): aproximadamente unas 400.000 pesetas por gabinete, lo que puede ser un argumento para la potenciación futura de clínicas integradas que incluso aspiren a contratar profesionales de calidad como tutores asistenciales.

El volumen de tratamientos efectuados (Fig. 4), y la

actividad desarrollada (Anexo) por esta primera promoción de odontólogos de la Universidad de Sevilla es meritoria dado el proceso de cambios en infraestructura en una facultad de reciente creación. El alumnado, con su esfuerzo e ilusión ha empujado al profesorado a superarse día a día, combinando el trabajo en grupo con los destellos propios de cada individuo en su especialidad. con el objetivo final de mostrar al futuro licenciado el amplio abanico de posibilidades terapéuticas que podrán ofrecer al paciente

AGRADECIMIENTOS

Esta experiencia ha sido posible gracias al esfuerzo continuado y a la ilusión de la primera promoción de la Facultad de Odontología de Sevilla (89-94), y al apoyo y dirección conjunta de numerosos compañeros que día a día robaron horas a sus consultas y a su familia para comunicar su experiencia a los alumnos. Constituyeron un pilar fundamental el Prof. Llamas y colaboradores, el Dr. J.L. Gutiérrez y su equipo, y los Dres. A. Domínguez y M.J. García.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Slabbert JCG, Lownie JF, Preston CB. La provisión de Asistencia dental integrada en varias escuelas odontológicas. *J Esthetic Dent (Esp)* 1991;1:24-27.
- 2 Real Decreto 970/1986 por el que se establece el Título de Licenciado en Odontología.
- 3 Real Decreto 1418/1990 por el que se modifican las directrices generales conducentes a la obtención del título de Licenciado en Odontología.
- 4 Recomendaciones de la Conferencia de Decanos de las Facultades de Odontología de España. Reunión de 31 de Enero de 1991.
- 5 Rios JV, Bullón P. Señora ... siéntese: su marido ha fallecido. *Arch Odontoest (Esp)* 1991;7:469-472.
- 6 Detienville R, Mirot F. L'aspect esthetique dans le traitement parodontale des cas complexes. *Journal de Parodontologie* 1992;11:147-155.
- 7 Giovannoli JL, Samama Y. La complexité en parodontologie. *Journal de Parodontologie (Speciel cas complexes)* 1992;11:113-116.
- 8 Genon P. Approche globale et resultats a long terme des cas complexes. *Journal de Parodontologie* 1992;11:231-241.
- 9 Ustrell JM. Experiencia personal de un tratamiento de ortodoncia a los 29 años. *Arch Odontoest (Esp)* 1990;6:551-557.
- 10 Farran H. Asociaciones de profesionales: un matrimonio de conveniencia. *Arch Odontoest (Esp)* 1994;10:429-433.