

AISLACION ABSOLUTA: UN PROCEDIMIENTO LOGICO E INSUSTITUIBLE

Dres. Roberto EGOZCUE
y Rodolfo ELIAS HILU

Es motivo de alarma la frecuencia con que los endodoncistas comprueban la sorpresa que provoca en algunos pacientes la preparación y aplicación del dique de goma.

Evidentemente este insustituible elemento de protección, asepsia y bioseguridad les fue dejado de lado en anteriores tratamientos endodónticos.

Es preocupante la imprudencia por llevar adelante un procedimiento que tiene consigo un peligro latente: la ingesta o aspiración de un instrumento endodóntico. Esto sumado al riesgo de complicaciones adicionales, luego de procedimientos quirúrgicos para recuperarlos, aunque también puedan eliminarse por vías naturales en caso de ingesta. De lo contrario una laringoscopia o broncoscopia profunda puede ser requerida ante una aspiración, aunque su fracaso nos abre las puertas a una cirugía torácica mayor.⁽¹⁾

Es evidente la negligencia profesional por falta de precaución o indiferencia por el acto que realiza, incluida la asepsia y el debido control ante una posible contaminación viral en un paciente infectado asintomático que oculta o ignora su estado portador.

Otras ventajas del uso del dique de goma es que elimina las interferencias de los tejidos blandos, protege contra las injurias de quemaduras o irritaciones de los productos utilizados durante el tratamiento, mejora la visión, favorece la remoción de desechos por los aparatos de succión y favorece el acortamiento del tiempo de trabajo.

Excusas profesionales inexcusables.

Las supuestas razones para esta omisión confesadas por algunos odontólogos se refieren a:

- 1 *Carecer de los elementos necesarios.*
- 2 *No dominar la técnica de aplicación por falta de práctica.*
- 3 *Considerar su aplicación una pérdida de tiempo.*
- 4 *Tener excesiva confianza en el manejo del pequeño instrumental.*

5 *Argumentar resistencias del paciente por distintas razones.*

6 *Haber realizado tratamientos exitosos sin el dique de goma colocado.*

Las dos primeras excusas demuestran su poca disposición a corregir esa falencia adquisitiva y técnica, inconsistentes y perfectamente superables. El costo de los elementos será siempre inferior a la responsabilidad civil o penal de indemnizar al paciente mal tratado.

La supuesta pérdida de tiempo se recupera con la tranquilidad durante el tratamiento.

Al paciente con temor o ansiedad, que debe ser previamente informado antes de la intervención, debe dársele la seguridad de retirar de inmediato el dique de goma ante la menor dificultad respiratoria, náuseas o excesiva acumulación de saliva.

Conviene tener presente la elasticidad de las limas endodónticas, propensas a saltar cuando se liberan de su tensión, ya sea por falta de control del operador o a veces por un movimiento inesperado del paciente, lo que posiblemente negará en un interrogatorio posterior.

Si el práctico general es conciente del necesario y estricto control de la infección por vía salival o sanguínea, el uso de guantes de goma puede dificultar aun más el dominio del pequeño instrumental, dando un argumento más para el uso del dique de goma.

La ocasional oposición por parte del paciente, se supera cuando se le explican las razones de su aplicación, motivándolo para soportar las posibles molestias. Si insistiera en su rechazo, lo prudente es interrumpir el tratamiento, pues de practicarlo y ocurrir un posible accidente, el paciente puede asesorado por un profesional del derecho, iniciar reclamos legales por daños resultantes de una imprudencia y negligencia grosera inexcusable.⁽²⁾

Es incuestionable que quienes preconizan éxitos endodónticos sin el uso del dique de goma, no han captado la esencia misma del acto quirúrgico que realizan.

Dr. César Raúl PLOT
Especialista en Audiología
Otorrinolaringología

Conviene aclarar que su aplicación es un paso de la técnica operatoria en la terapéutica endodóntica que contribuye a mantener la asepsia necesaria en una intervención que será invasiva si no se cuidan las condiciones de un campo operatorio limpio, seco y libre de gérmenes contaminantes. Estos pueden hallarse en la saliva e incluso en la sangre segregada por hemorragia gingival o lesiones de la mucosa bucal.

Las recomendaciones actuales del estricto control de las infecciones virales en la práctica dental, exige entre otras medidas de protección la aislación absoluta del campo operatorio en todos los tratamientos endodónticos. El control de las infecciones cruzadas contribuye a tranquilizar a los pacientes en la confianza de saber que su odontólogo está protegiendo su salud.

Consideraciones clínicas

Con el advenimiento de una odontología cada vez más compleja en recursos conservadores de las estructuras dentales, sumado a un aumento del promedio de vida de la población en general, se ha producido un fuerte incremento en la demanda de tratamientos endodónticos.

Esto ha llevado a afrontar condiciones más dificultosas de los dientes a tratar, con un aumento paralelo de complicaciones para poder aislar el campo operatorio. La aislación absoluta en un diente donde su estructura no presenta gran destrucción es una tarea relativamente sencilla, que no requiere demasiados recaudos para poder realizarla, pero estas condiciones pueden variar.⁽³⁾

Como paso previo a la colocación del dique de goma, es necesario llevar adelante todos aquellos procedimientos restauradores o periodontales que simplifiquen la colocación del clamp.⁽⁴⁾ Esto incluye desde la eliminación y/o limpieza de una cavidad de caries hasta la realización de una gingivectomía profunda, que permita llegar a tejido dental sano y con soporte.

Preferentemente se debe optar por la colocación de un clamp que tenga cuatro puntos de apoyo para asegurar su estabilidad.⁽⁵⁾

De todos modos ante las dificultades no siempre se pueden lograr condiciones ideales para aislar el campo operatorio, pudiendo resultar de utilidad algunos procedimientos que ofre-

cen variaciones a las técnicas tradicionales de aislación o simplemente la complemente. Son de aplicación en casos de dientes radiculares, piezas dentarias muy debilitadas, estructuras protéticas, mal posiciones dentarias, dientes tallados, presencia de enfermedad periodontal, etc.

1 - Hilo o cordón de goma. (Wed Jet - Higienic)

Se puede usar como ligaduras alrededor del diente o como cuña en el espacio interdental en reemplazo de un clamp o como refuerzo adicional en la retención de la goma dique.⁽³⁾ Ver figura N° 1 A y B.

2 - Retenedor de goma.

Confeccionado a partir de un tubo de goma látex, que se corta en forma redondeada con un diámetro de 1 ó 2 cm.. Luego se hacen perforaciones de acuerdo a los dientes a aislar. Una vez colocada la goma dique en posición, alojamos el retenedor de goma confeccionado superponiendo las perforaciones.⁽³⁾ Ver figura N° 2 A y B.

3 - Procedimiento de la goma estirada.

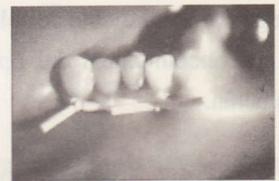
Se realizan perforaciones sucesivas en la goma dique (2 ó 3) en la zona a tratar, luego se unen con tijera.

La goma se desliza por el punto de contacto distal de los dientes adyacentes al a tratar. La tensión de la goma estirada en

Figura 1



A



B

Figura 2



A



B

el arco aseguran la posición. ⁽⁶⁾ Ver figura N° 3 A y B.

Es recomendable utilizar una goma de espesor mediano, siendo a veces necesario reforzar la retención con una cuña de goma en el espacio interdental. ⁽³⁾

4 - Empleo de cianocrilatos como material adhesivo.

Se usa para pegar la goma en reemplazo de un clamp, como refuerzo adicional para retenerla o para evitar el escurrimiento de saliva a través de ella.

Siempre es conveniente que se pegue más al diente que a la encía y debemos ser prudentes en su manejo. Ver figura N° 4 A, B, C y D.

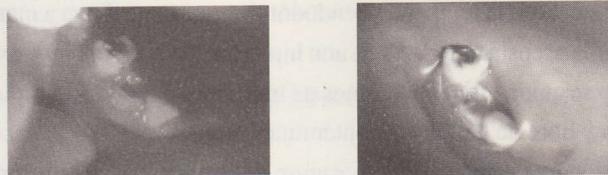
5 - Empleo de cremas adhesivas (Tenoxan plus - Lab. Stafford Miller).

Fundamentalmente para tratar raíces. Se coloca un clamp en un diente adyacente y se adapta la goma dique al remanente dentario del diente a tratar, manteniéndose en posición por la acción del adhesivo previamente colocado alrededor del diente. Ver figura N° 5 A y B.

Se usa también para evitar el escurrimiento de saliva a través de la goma dique colocándola alrededor del cuello dentario de las piezas aisladas. ⁽⁷⁾

Por último recordemos que cada caso requiere un análisis particular, pero por sobre todo una solución personal. No hay ningún procedimiento de aplicación general. La pericia, destreza y conocimientos del operador será lo que determine la solución.

Figura 3



A

B

Figura 4



A

B



C

D

Figura 5



A

B

BIBLIOGRAFIA

1 - Huggins Donna (1986) The rubber dam-An insurance policy against litigation. Journal Indiana Dent. Ass..65 (3):23-24.
 2 - García Jorge Martín (1992) RAOA 80 (3):200-201.
 3 - Hilú Rodolfo Elías (1992) Monografía (en prensa) a presentar en Biblioteca AOA.

4 - Ingle-Taintor (1987) Endodoncia. México. Interamericana: 94.
 5 - Janus Ch. (1984) The rubber dam reviewd. The compedium of continuing educatin. V (2):155-162.
 6 - Antrim Donald (1983) Endodontics and the rubber dam: A review of techniques. General Dentistry. Jul/Ag. :294-299.
 7 - Weisman N. (1991) Journal of Endodontics. 17 (2):88-89.

Dirección de los Autores: Santa Fe 1277 - 6º. - Frente - Cap. Federal.