



Aislamiento con dique de hule para clase V

Rogelio González Correa,*
Ana María Farías Mackey**

* Docente de la Facultad de Estomatología de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Alumno de la Maestría en Estomatología Integral.

** Maestría en Ciencias Dentales, Operadoría Dental. Docente de la Maestría en Estomatología Integral.

Facultad de Estomatología de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Resumen

El uso de dique de hule es necesario en toda restauración dental para evitar la contaminación del material restaurador con fluidos y saliva y que éste, se vea afectado en sus propiedades fisicoquímicas.

Las lesiones de clase V son difíciles de aislar debido a su localización y a su proximidad con el tejido gingival, por lo que, en el presente escrito se describirá paso a paso la técnica para el adecuado aislamiento de lesiones clase V con el fin de promover su aplicación en la práctica odontológica.

Palabras clave: Dique de hule, lesión cervical, grapa, clase V.

Abstract

Rubber dam isolation is a must in every dental restoration in order to avoid saliva and fluid contamination that could affect the physical properties of the dental materials. Class V lesions are difficult to isolate due to its location and its proximity to the gingival tissue. This article step by step the rubber dam application for cervical lesions in order to promote its use in dental practice.

Key words: Rubber dam, cervical lesions, clamp, class V.

Introducción

En marzo de 1864 SC Barnum inventa el dique de hule.⁺ El dique de hule es un medio auxiliar en los tratamientos odontológicos, destinado al aislamiento del campo operatorio, que facilita y hace más rápido el trabajo profesional, protege el órgano dentario y los tejidos circundantes. Ofrece algunas ventajas como:

- Protección al paciente contra aspiración y deglución de partículas extrañas.
- Campo de trabajo aséptico.
- Protección de infecciones del paciente y dentista.
- Secado absoluto.
- Retracción de tejidos blandos y protección de los mismos.
- Mejora la visibilidad del campo operatorio.
- Control de la hemorragia.
- Ahorro de tiempo.¹

El dique de hule es de fácil colocación y requiere material poco sofisticado como lo son: El dique de hule, perforadora de dique (Ainsworth, Ivory o Ash), portagrapas, grapas, arco para dique (Young), servilleta de papel, hilo retractor, lubricante e hilo dental (*Figura 1*).

En la colocación de resinas y el grabado ácido mantiene el secado absoluto que requieren estos materiales y evita la contaminación con humedad y bacterias que son de influencia negativa para la adherencia de los materiales restaurativos.

El aislamiento absoluto con dique de hule es requerimiento de rutina en los tratamientos endodónticos.

Existen procedimientos dentales en los cuales se hace imprescindible el aislamiento absoluto del área, como en el caso de las lesiones clase V, ya que la falta de visibilidad y control de la humedad llevan al fracaso de la restauración (*Figura 2*).

Las cavidades clase V son cavidades gingivales clasificadas como de superficie lisa y pueden ser de diversa etiología: caries, abrasión, erosión y fracturas. Este tipo de lesiones, según Black, son las que aparecen tanto en la superficie bucal como lingual, ocurren con mayor frecuencia en zonas adyacentes a los labios y carrillos y no en la zona cercana a la lengua, pueden dañar tanto el esmalte como el cemento.

El uso inapropiado del cepillo dental, el bruxismo y agentes químicos originan a menudo abrasión o erosión

⁺ Winkler R. *Teoría y práctica del dique de goma*. Editorial Mosby/Doyma, Barcelona. 1994.



Figura 1. Material utilizado para realizar un aislamiento: hilo dental, portagrapas, arco, lámpara de alcohol, grapa Ferrier 212, pinza perforadora de dique, tijeras, modelina, vaselina, servilleta, hilo retractor.



Figura 2. Lesión de clase V en un segundo premolar superior izquierdo, el cual además tiene un provisional para colocación de una incrustación Onlay, igual que el órgano dentario 16, además se observa una amalgama desajustada en el órgano dentario 14.

de la estructura dentaria a nivel cervical, estas lesiones suelen tener forma de V y con frecuencia terminan en el cemento radicular.

La forma de la cavidad de una clase V no es uniforme, varía según la caries y el grado de descalcificación.

Para lograr este aislamiento, es necesario obtener una retracción del tejido gingival, en las lesiones del tercio cervical la retracción del tejido se puede realizar con la ayuda de retenedores o grapas del tipo Ferrier 212 (*Figura 3*).

Gracias a su versatilidad, adaptabilidad y capacidad de pliegue, se denomina grapa cervical o labial y posee dos mordazas estrechas. Debido a su alto contenido de carbono se puede moldear con calor.

Hay reportes de la modificación de ciertas grapas para tratamientos endodónticos, tal es el caso de la grapa número 3, cuya modificación consiste en darle una forma más rectangular, lo que evita el roce contra el tejido blando o que interfiera con la toma de radiografías.

La función principal de la grapa Ferrier 212, es la retracción gingival en cavidades del cuello dentario clase V.

Las mordazas de la grapa 212 se adaptan a la altura y

anchura de las formas bucal y lingual del cuello del diente, la medida de retracción se determina comprimiendo la grapa hacia cervical, con ello la tensión del dique y la presión de la grapa retraen la encía y exponen el margen de las cavidades.

Es factible realizar algunas modificaciones a la grapa 212 para su empleo en raíces mal formadas, o donde se requiere usar sólo la mitad de la grapa por la falta de espacio para colocarla completa (*Figura 4*).

Los bocados pueden adelgazarse y profundizarse para su utilización en casos de dientes anteriores apiñados. Las modificaciones se logran quitando el temple, calentando el bocado lingual al rojo vivo y doblándolo hacia arriba, el bocado vestibular no se debe manipular a menos que sea indispensable, porque reduce seriamente el área operatoria (*Figura 5*).

En algunas ocasiones, el acceso es alcanzado por la retracción gingival con una grapa, después de una incisión gingival para retraer la encía. Levantando un pequeño colgajo siguiendo el contorno de la encía. La incisión será de



Figura 3. Grapas Ferrier 212 y 211, (retenedores).



Figura 4. Grapa Ferrier 212 seccionada a la mitad.



Figura 5. Calentamiento de la grapa al rojo vivo.

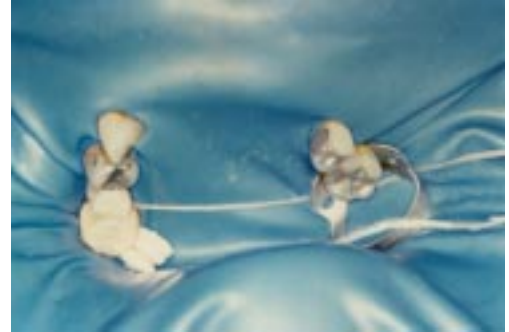


Figura 7. Cuadrante aislado bilateralmente, nótese como el hilo dental se pasa en distal de la lesión.



Figura 6. Dique de hule marcado para perforar teniendo vestibularizada la marca del diente con la lesión a tratar.



Figura 8. Grapa colocada apicalmente a la lesión.

tipo sulcular y se efectuará con una hoja de bisturí del número 15. Se levanta un pequeño colgajo sin liberatriz, únicamente para reflejarlo y exponer totalmente la lesión, para de esta manera facilitar la colocación del dique de hule y de la grapa por debajo de la lesión. Es de especial utilidad en molares de difícil acceso por la cara vestibular cuando la lesión cariosa se halla en la zona subgingival. Después de terminado el procedimiento, se coloca el pequeño colgajo en su posición y raras veces necesita ser suturado.

Para aislar una clase V hay que considerar los siguientes aspectos:

- 1º. Preparar al paciente, que incluye una explicación al paciente del procedimiento a realizar.
- 2º. Preparar el campo operatorio, que incluye: la eliminación del sarro, placa dentobacteriana, bordes agudos y cortantes de las restauraciones y el pulido de los dientes con pasta profiláctica.
- 3º. Comprobar el paso por los espacios interdentales con

hilo dental, si no es posible, se pueden abrir los espacios con un instrumento o con cuñas de madera forzando los dientes ligeramente, sólo para permitir el paso del hilo y en su caso, del dique de hule.

- 4º. Retirar las prótesis removibles que se puedan desalojar durante el tratamiento operatorio.
- 5º. Lubricar los labios del paciente.

Técnica para aislar las lesiones clase V

- 1º. Se explora el surco gingival en la cara vestibular con una sonda periodontal, para determinar el nivel de inserción gingival y la relación del área a restaurar.
- 2º. De ser posible, se coloca la grapa para probar su ajuste.
- 3º. Se perfora el dique en la forma habitual para aislar todo el cuadrante, asegurándose que la perforación que corresponde al órgano dentario con la lesión clase V, se realice hacia vestibular o lingual, dependiendo de la localización de la lesión, dejando 1 mm de espacio entre las perforaciones de los dientes adyacentes, si la lesión es grande, el orificio debe ser lo suficientemente amplio para que abarque la lesión



Figura 9. Colocación de modelina sobre el arco de la grapa, evitando bloquear la visión.



Figura 10. Nótese el hilo de retracción en la parte cervical del diente.

- en su totalidad (*Figura 6*).
- 4°. Se aísla el cuadrante en la forma habitual. (*Figura 7*).
 - 5°. Se coloca el arco.
 - 6°. Se coloca la grapa 212, y al colocarla en el órgano dentario con la lesión clase V, se suelta del portagrapas, colocando el dedo sobre el bocado vestibular para evitar que se corra mientras se estabiliza. El dique se retrae para evitar que la grapa se sitúe sobre él (*Figura 8*).
 - 7°. Se estabiliza la grapa colocando modelina de baja fusión sobre ella, esto debe hacerse sobre los dientes contiguos perfectamente secos y barnizados con barniz de Copal, para asegurar la adherencia de la modelina. Se sostiene la grapa por su lado vestibular con el pulgar o índice en tanto se calienta con lenti-

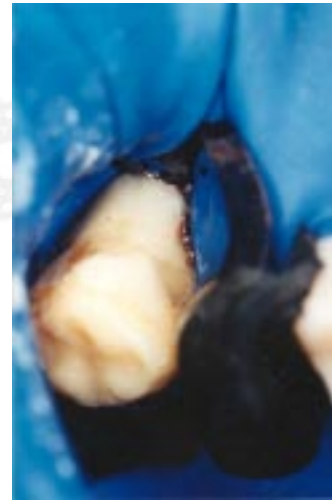


Figura 11. Restauración cervical de ionómero de vidrio terminada.

tud el extremo de una barra de modelina hasta que se derrita ligeramente y se coloca sobre los arcos de la grapa, con los dedos húmedos se moldea alrededor de los dientes, presionando sobre los espacios interproximales para insertarla (*Figura 9*).

- 8°. Se repite el mismo procedimiento sobre el otro arco de la grapa, y es permisible bloquear toda el área lingual con modelina para lograr mayor rigidez.
- 9°. Se puede usar hilo de retracción entre dique y encía, invaginar el dique y lograr un mejor acceso y visión de la lesión (*Figura 10*).
- 10°. Se secan los dientes para invaginar el dique por medio de aire.
- 11°. Una vez terminada la evolución del dique, se procede a la preparación y restauración del órgano dentario.

Mediante el seguimiento de esta técnica se logra un aislamiento y visibilidad adecuada que lleva el óptimo manejo de los materiales dentales, dando como resultado una buena restauración (*Figura 11*).

Bibliografía

1. Baum L. *Avances en Odontología Restauradora, Modernos Materiales y Técnicas*. Editorial WB. Saunders Company. 1973.
2. Howard W, Moller R. *Atlas de operatoria dental*. Editorial Manual Moderno. México, D.F. 1986.
3. Ritacco A. *Operatoria dental*. Editorial Mundi. S.A. y F. 6ª edición 1981.
4. Weisman M. "Una modificación de la grapa número 3 para dique de hule". *Journal of Endodontics* 1983; 9(1): 30-31.
5. Winkler R. *Teoría y práctica del dique de goma*. Editorial Mosby/Doyma, Barcelona. 1994.