

87  
2ej<sup>o</sup>



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

**AISLAMIENTO DEL CAMPO  
OPERATORIO**

**T E S I N A**

QUE COMO REQUISITO PARA  
PRESENTAR EL EXAMEN  
PROFESIONAL DE:

**CIRUJANO DENTISTA**

**P R E S E N T A**

**OFELIA CAROLINA FLORES MEJIA**



MEXICO, D. F.

1992

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE

Introducción.	5
Capítulo I: Objetivos y pasos.	6
I.a) El porque del aislamiento.	6
I.b) Secreción salival.	8
I.c) Medicación preanestésica (analgesia).	15
I.d) Lavado y desinfección (antiseptia).	16
I.e) Iluminación del campo operatorio.	17
I.f) Evaluación.	17
I.g) Anestesia.	18
I.h) Definición de aislamiento.	18
I.i) Tipos de aislamiento.	19
Capítulo II: Aislamiento relativo.	20
II.a) Método relativo.	20

II.b) Instrumental.	21
II.c) Técnicas de aislamiento relativo.	29
II.d) Técnicas de aislamiento para el maxilar superior.	30
II.e) Técnicas de aislamiento para el maxilar inferior.	34
 Capítulo III: Aislamiento absoluto.	 41
III.a) Método absoluto.	41
III.b) Instrumental.	41
III.c) Pasos previos y posteriores al aislamiento.	57
III.d) Método para ubicar las perforaciones.	58
III.e) Técnicas para llevar el dique a la cavidad oral.	60
III.f) Técnica de Sommer.	61
III.g) Técnica de Ryan.	62
III.h) Técnica de Parula.	64
III.i) Técnica para el aislamiento de uniones soldadas, pónicos y órganos dentarios ferulizados.	65
III.j) Aislamiento en lesiones gingivales en relación al tercio cervical de los órganos dentarios.	67
III.k) Técnica para el aislamiento de un solo	

órgano dentario.	69
III.l) Técnica para el aislamiento de toda la arcada.	69
III.m) Técnica para el aislamiento de los órganos dentarios anteriores.	70
CONCLUSIONES.	71
PEQUEÑO LEXICO DE TERMINOS MEDICOS.	73
BIBLIOGRAFIA.	76

## INTRODUCCION

Este trabajo presenta diferentes técnicas para el aislamiento del campo operatorio, con el fin de obtener mejores resultados en el tratamiento restaurador, en Operatoria Dental.

Se describen procedimientos físicos y bioquímicos que hasta el momento podemos utilizar, en la práctica cotidiana, para prevenir trastornos provocados por técnicas de aislamiento mal utilizadas que provocan obturaciones y restauraciones contaminadas.

De tal manera que nuestros pacientes cuenten con una eficaz intervención en el tratamiento de su cavidad oral.

Mayo de 1992.

## **CAPITULO I**

### **OBJETIVOS Y PASOS**

#### **I. a) EL PORQUE DEL AISLAMIENTO.**

La exclusión de la humedad y el mantenimiento estricto de la asepsia, son factores fundamentales para asegurar la eficiencia de un tratamiento restaurador, en Operatoria Dental.

El aislamiento del campo operatorio proporcionará una mejor visibilidad y acceso a la instrumentación, controlará la humedad y protegerá al paciente de sustancias químicas nocivas o lesiones mecánicas.

El Cirujano Dentista desarrolla su actividad en un campo reducido e incómodo, razón por la cual debe valerse de

todos los recursos que faciliten la intervención a realizar y asegurar su eficacia.

Es deber del profesionalista preparar al paciente a quien se le va a practicar una intervención Odontológica acerca de los problemas que se presentan en toda cavidad oral como son:

- a) Dificultad de acceso.
- b) Acción muscular de labios, carrillos y lengua.
- c) Presencia constante de saliva.
- d) Flora microbiana como huésped habitual.
- e) Sensibilidad de órganos dentarios y periodoncio.
- f) Presencia de órganos dentarios vecinos y antagonistas.
- g) Reducida apertura bucal.
- h) Labilidad de mucosa bucal.



i) Encía que sangra ante el menor traumatismo.

Razones por las cuales se realizarán las maniobras de aislamiento, las cuales pueden proferir pequeñas molestias al paciente, ampliamente recompensables.

El área que va a ser aislada puede ser de solo un órgano dentario, como en los procedimientos endodónticos, o puede incluir un arco completo, como en un tratamiento restaurativo amplio, ya que la extensión del aislamiento depende de los requerimientos particulares. El tiempo en que una región deberá permanecer aislada ayudará a seleccionar el tipo de aislamiento que se deberá utilizar.

#### I.b) SECRECIÓN SALIVAL.

La mucosa bucal y los órganos dentarios están en contacto continuo con la saliva, la cual esta compuesta primordialmente por proteínas, electrólitos y agua. Baste decir que la saliva contiene del 0.3% al 0.7% de material sólido, que consiste en sales inorgánicas como bicarbonatos, cloruros, fosfatos de calcio, sodio y potasio.

Así como sustancias orgánicas como enzimas, proteínas, mucina, lípidos, vitaminas y aminoácidos.

Clasificación de las glándulas salivales:

- 1.- De acuerdo con su localización en glándulas del vestíbulo y de la cavidad bucal propia.
- 2.- De acuerdo con su tamaño, en glándulas mayores y menores.
- 3.- De acuerdo con la naturaleza de las sustancias que elaboran las células secretarias, mucosas y mixtas.

Para nuestro estudio utilizaremos la clasificación de acuerdo con su tamaño, las glándulas parótidas, submaxilares y sublinguales, se clasifican como glándulas salivales mayores.

#### GLANDULA PAROTIDA.

Es la más grande de las glándulas salivales y su porción superficial se localiza frente al oído externo, mientras que la parte profunda abarca la fosa retromaxilar.

La glándula se encuentra encerrada en cápsula bien definida. El conducto excretorio principal llamado de *Stenon*, se abre hacia la cavidad bucal, sobre la mucosa de la mejilla frente al segundo molar superior. En el adulto es de tipo seroso puro.

#### **GLANDULA SUBMAXILAR.**

Las mayor parte de la glándula submaxilar está localizada en el triángulo submaxilar, por detrás y debajo del borde libre del músculo milohioideo. Esta glándula también está envuelta por una cápsula bien definida.

El conducto excretor principal llamado de *Wharton*, se abre mediante un orificio estrecho sobre la punta de una papila pequeña, la carúncula sublingual, situada al lado del frenillo lingual del piso de la boca o cavidad oral.

Es una glándula de tipo mixto, con predominio de elementos serosos.

#### **GLANDULAS SUBLINGUALES.**

Están localizadas en el piso de la boca o cavidad oral, en el pliegue sublingual. Están compuestas por una glándula grande y varias pequeñas.

El conducto secretorio principal de la grande es llamado conducto de *Bartholin*, que se abre hacia la cavidad bucal, cerca del conducto de la glándula submaxilar (conducto de Wharton), pero independiente de él.

Los conductos de las glándulas sublinguales más pequeñas son ordinariamente de ocho a veinte y la mayor parte se abre independientemente hacia la cavidad oral, sobre el pliegue sublingual.

En una glándula de tipo mixto, con predominio de elementos mucosos.

La glándula sublingual está prácticamente desprovista de una cápsula envolvente a diferencia de las glándulas parótida y submaxilar. Las glándulas sublinguales más pequeñas son de carácter mucoso.

#### **GLANDULAS SALIVALES MENORES.**

### **1° Glándulas labiales.**

Localizadas cerca de la superficie interna de la cavidad oral, son de tipo mixto, tienen tamaño variable y están íntimamente dispuestas en la submucosa, donde se pueden palpar. No están encapsuladas.

### **2° Glándulas bucales menores.**

Son continuación de las labiales de la mejilla, y se parecen mucho a las de los labios, se encuentran sobre la superficie externa del músculo buccinador.

Las glándulas encontradas en la vecindad inmediata de la desembocadura del conducto parotídeo y que drenan hacia la región del tercer molar son designadas como glándulas molares.

### **3° Glándulas glosopalatinas.**

Son de tipo mucoso puro. Se encuentran localizadas en las región del istmo de las fauces y se continúan hacia atrás, con las glándulas sublinguales menores. Ascenden en la mucosa del pliege glosopalatino. Se pueden extender hasta el paladar blando para fusionarse con las glándulas

palatinas propias. También pueden verse en el lado lingual de la zona retromolar del maxilar inferior.

#### 4° Glándulas palatinas.

Ocupan el techo de la cavidad bucal y son de tipo mucoso, se dividen en:

Glándulas del paladar duro (250 Aprox.).

Glándulas del paladar blando (100 Aprox.).

Glándulas de la úvula (12 Aprox.).

#### 5° Glándulas de la lengua.

Se dividen en anteriores y posteriores.

La glándula lingual anterior (de *Blandin-Nuhn*) se encuentra en el espesor de la musculatura de la lengua, junto a la línea medial, cerca de la punta, donde aproximadamente cinco pequeños conductos se abren, cerca del frenillo lingual.

Las glándulas linguales posteriores están situadas en la base de la lengua, en la vecindad de las papilas circunvaladas (de *Von Edner*) y son de la variedad mucosa pura.

Las glándulas de las papilas circunvaladas son serosas  
pura.

Se dice que un 69 por ciento del volumen salival se  
deriva de las glándulas submaxilares, el 26 por ciento de  
las glándulas parótidas y el 5 por ciento de las glándulas  
sublinguales.

La cantidad de saliva secretada por un ser humano en 24  
horas es de aproximadamente 1,500 cc.

Esta cantidad está sujeta a grandes variaciones que  
dependen de la edad, dieta, estímulos físicos y psíquicos,  
lo cual varía ampliamente de un individuo a otro.

La saliva serosa le da sus características acuosas al  
fluido; la mucina le proporciona su aspecto ceroso y  
viscoso.

Debido a el hecho de que la saliva baña constantemente  
a los órganos dentarios es un obstáculo importante para la  
ejecución de las maniobras operatorias, por lo cual será  
necesario bloquear la saliva a nivel de los conductos  
excretorios.

A los pacientes que presenten sialorrea es aconsejable medicarlos previamente a la sesión operatoria.

#### **I.c) MEDICACION PREANESTESICA (ANALGESIA).**

La medicación preanestésica consiste en el empleo de medicamentos antes de administrarse el agente anestésico propiamente dicho.

Es deseable que los adultos con buen estado general lleguen al consultorio dental calmados y tranquilos, en tanto que los niños suelen responder a los cambios de ambiente que les rodea con aprensión, por lo tanto deben llegar con una buena medicación preoperatoria.

Se acepta que la medicación preanestésica tiene los siguientes objetivos:

- 1.- Disminuir ansiedad.
- 2.- Inducir cierto grado de amnesia.
- 3.- Disminuir las secreciones de las mucosas y los reflejos el sistema nervioso autónomo.



4.- Contrarrestar efectos indeseables de los agentes anestésicos.

5.- Elevar el umbral al dolor.

Esta medicación, se administra de 45 a 90 minutos antes de la intervención con el objetivo de que su efecto sea pleno en el momento de la iniciación de la anestesia. Los fármacos que se utilizan en la medicación preanestésica son: sedantes, narcóticos, tranquilizantes y anticolinérgicos.

Hay fármacos que producen disminución del flujo salival como la atropina, la quinina y los derivados de la belladona. Los antihistamínicos y antiinflamatorios no esteroideos también producen un efecto similar. Estos fármacos deben administrarse al paciente previa consulta con su médico para evitar efectos secundarios.

#### I.d) LAVADO Y DESINFECCION (ANTISEPSIA).

El lavado "enérgico" de los órganos dentarios por medio de soluciones antisépticas o simple agua, mediante la expulsión de spray de la jeringa triple, se realiza con el

objeto de que la cavidad oral se encuentre la más libre posible de microorganismos residentes y transitorios, de eliminar restos alimenticios (*detritus*) y saliva, es provechoso la utilización de líquidos con sustancias que reduzcan la tensión superficial y ayuden a eliminar la película de mucina que recubre a los órganos dentarios (*colutorios*).

#### I.e) ILUMINACION DEL CAMPO OPERATORIO.

Un buen sistema de iluminación en el área operatoria es indispensable y va dirigida directamente sobre el punto focal; en este caso la cavidad oral, lo ideal sería que se contara con una iluminación en la cual los ases de luz convergentes impidieran la proyección de sombras del operador y que se cuente con una fuente de iluminación fría.

#### I.f) EVALUACION.

Secado.- De la zona a intervenir con la utilización de la jeringa triple (*solo aire*).

**Evaluación.**- De las lesiones a restaurar en la sesión operatoria, comparando la observación clínica con los hallazgos radiográficos.

**Semiología.**- En este punto nos valemos de los métodos de exploración física como son:

Inspección, palpación, percusión, pulpoperiodontal determinando verticalmente lesiones apicales y horizontalmente lesiones periodontales y transluminación para determinar la extensión de las lesiones.

#### **I.g) ANESTESIA.**

Deberá elegirse el tipo de anestesia según el cuadrante elegido ya sea local o regional. Se puede aplicar anestesia tópica antes de la inserción de la aguja. En casos excepcionales se puede recurrir a la anestesia general, en pacientes con trastornos de la personalidad, espásticos y accidentados.

#### **I.h) DEFINICION DE AISLAMIENTO.**

Se le llama aislamiento al conjunto de procedimientos que tienen por finalidad eliminar la humedad, realizar los tratamientos en condiciones de asepsia y restaurar los órganos dentarios de acuerdo a las indicaciones de los materiales que se emplean.

#### **I.i) TIPOS DE AISLAMIENTO.**

Existen dos tipos de aislamiento del campo operatorio: El aislamiento RELATIVO y el aislamiento ABSOLUTO.

##### **AISLAMIENTO RELATIVO.**

Es el que se basa en la colocación de elementos absorbentes dentro de la cavidad oral, junto con una boquilla aspiradora para eliminar el exceso de saliva, son muy eficaces para proporcionar aislamiento a corto plazo.

##### **AISLAMIENTO ABSOLUTO.**

Es aquel que se realiza con el dique de hule, con los elementos para su fijación sobre el órgano dentario y su soporte sobre la facies del paciente.

## CAPITULO II

### AISLAMIENTO RELATIVO

#### II.a) METODO RELATIVO.

Si bien son muchos los elementos absorbentes que se han probado para el aislamiento relativo, en la actualidad este procedimiento se basa casi exclusivamente en la utilización de rollos de algodón.

Tiene la desventaja de no mejorar el acceso ni la visibilidad en grandes áreas, debido a su cercanía a los órganos dentarios.

El aislamiento con rollos de algodón puede hacerse durante los procedimientos de impresión para restauraciones de oro colado o en aplicaciones tópicas de fluoruro.

## II.b) INSTRUMENTAL.

El instrumental para el método de aislamiento relativo es el siguiente:

### a) Equipo 1x4.

Espejo bucal, pinzas de curación, explorador y excavadores (cucharilla).

### b) Boquillas o eyectores de saliva.

De plástico desechables, aunque también existen eyectores metálicos, de vidrio y hasta de papel, solo que en la actualidad no se utilizan mucho. Fig. 1.

### c) Rollos de algodón.

Ya sean comerciales o elaborados en el consultorio:  
*Comerciales.*

Estos se encuentran disponibles en una amplia variedad de longitudes y diámetros y pueden utilizarse junto con un eyector para absorber el exceso de humedad. Fig. 1.

*Elaborados en el consultorio.*

Estos son los preparados por el odontólogo en la extensión y diámetro deseados, enrollando algodón en las dos ramas de las pinzas de curación. También puede prepararse extendiendo algodón previamente cortado, sobre una superficie plana y limpia enrollandola en el mango de un instrumento liso. Estos rollos de algodón, pueden adquirirse en el mercado a través de envases seguros y esterilizados que facilitan su empleo, con la seguridad que significa una prolija preparación e higiene.

d) Sostenedores de Ivory.

Instrumento que consta de dos brazos metálicos unidos por una tuerca, uno se adapta a la parte inferior de mentón y el otro dividido en dos ramas, una lingual y otra vestibular, no presiona la lengua del paciente y permite el alojamiento del aspirador de saliva, sus ramas no intercambiables por lo que existe uno derecho y otro izquierdo, ambos exclusivamente para la zona posterior. Fig. 2.

e) Dispositivos de alambre.

Consta de una porción inferior terminada en dos puntas, donde se alojan los rollos de algodón, la parte superior, en

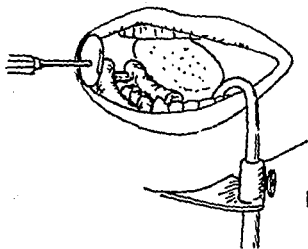


Fig 1: Rollos de Algodón  
eyector de Saliva  
(Cuadrante posterior-  
inferior)

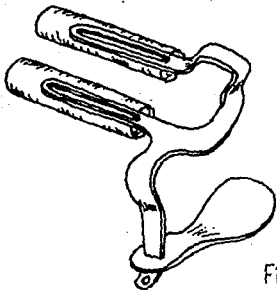


Fig 2: Sostenedor de IVORY



forma de marco posee la altura necesaria para que los órganos dentarios del maxilar puedan descansar sobre el alambre, de tal forma que obliga al paciente a mantener abierta la cavidad oral y permite el empleo del aspirador de saliva.

f) Espéculo bucal.

Dispositivo utilizado exclusivamente en órganos dentarios posteriores, se ubica dentro de la cavidad oral de modo que en el centro del espéculo se alojen los órganos dentarios que van a ser intervenidos, los rollos de algodón se colocan en ambos lados de la arcada, antes de ubicar el aparato, posteriormente se invita al paciente a que cierre la cavidad oral, así mismo la saliva acumulada es eliminada por medio del aspirador. la superficie pulida de las superficies laterales aumenta la iluminación del campo operatorio. El inconveniente suele ser que dada su altura el contrángulo y las fresas resulten demasiado grandes.

g) Automatón de Egler.

El aparato posee un vástago vertical con un resorte destinado a mantener fija la parte activa del instrumento, que sostiene los rollos, colocados uno por lingual y otro vestibular e inmoviliza la lengua. puede emplearse indistintamente para el aislamiento de los órganos dentarios

anteriores (siempre de la arcada inferior), como para premolares y molares derechos e izquierdos. Fig. 3.

h) Clamps o grapas.

1.- Clamp o grapa portarollos.

Poseen la forma de un grapa común con la variante que de su superficie horizontal, parten dos prolongaciones, la vestibular y la lingual, en forma de aletas curvas con una concavidad que mira hacia la mucosa y están destinadas a alojar los rollos de algodón, los cuales quedarán sujetos para evitar su desplazamiento. Fig. 4.

2.- Clamp de Duppen.

Con aletas laterales, lo que permite que los rollos se adapten contra la encía y separen ligeramente el carrillo. Fig. 5.

3.- Dispositivo de Stokes.

Una de sus ramas sostiene un espejo del tipo bucal que permite iluminar el campo operatorio y separar el carrillo o la lengua.

i) Cápsula de Denham.

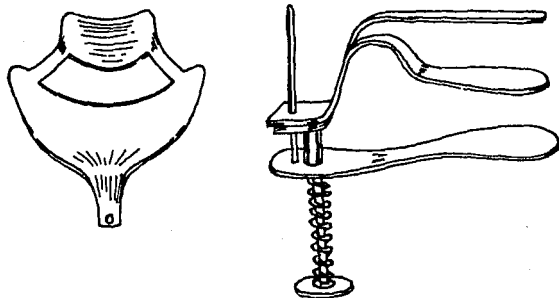


Fig 3:- Automaton de EGGLE

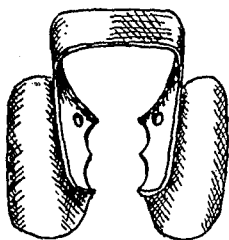


Fig 4- Clamp o grapa portarollos

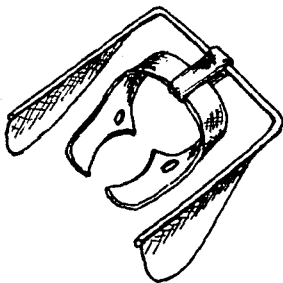


Fig 5- Clamp de Duppen

Podría considerarse como el elemento de enlace entre los dispositivos anteriores y el dique de goma por lo cual se le puede denominar "dique de goma individual". Consiste en una pequeña taza de goma, con bordes gruesos, su tamaño permite el aislamiento de hasta tres órganos dentarios anteriores y dos en la zona posterior como máximo. Al igual que para la colocación del dique de goma, se tiene que realizar una perforación para hacer pasar por ella así órgano dentario correspondiente es necesario utilizar la grapa correspondiente.

j) Aislador Craigo.

Dispositivo basado en la cápsula de Denham; solo que su forma es triangular, se expende en dos tamaños: 2 y 3, que van de acuerdo al número de órganos dentarios a aislar, se diferencia de la cápsula de Denham, porque el fondo del aislador se encuentra levantado.

k) Hilo retractor.

Existen los tratados con agentes químicos como:

Hemostáticos;

Aluminio,  
Sulfato de aluminio,  
Cloruro de aluminio,  
Cloruro de zinc,

Acido tánico.

Astringentes;

Pirofosfato de Hierro.

Vaso constrictores;

Epinefrina.

Y los no tratados con agentes químicos:

Como el algodón. Existen según su grosor: pequeños, medianos y grandes, Y según su forma: torcidos, trenzados y tejidos.

#### II.c TECNICAS DE AISLAMIENTO RELATIVO.

Para la realización de la técnica de aislamiento relativo, es recomendable utilizar la técnica a cuatro manos ya que el asistente dental con la ayuda de la jeringa de aire secará los órganos dentarios y mantendrá el espejo bucal libre de residuos, también se ocupará de tener disponibles rollos de algodón extras para que una vez saturados los rollos, puedan ser reemplazados con facilidad.

Es importante que la selección de los dispositivos a utilizar llamense grapas, automatón, cápsulas, etc... sea la adecuada para cada caso clínico.

Con la ayuda del asistente dental el operador podrá prestar toda su atención sobre el o los órganos dentarios a los cuales esté realizando el tratamiento de operatoria dental con lo cual aumentará notablemente el porcentaje de éxito.

El eyector de saliva es indispensable en todos los casos, los rollos se colocan en el vestíbulo de donde se desea controlar la humedad, y una vez saturados, deben sustituirse según sea necesario. Puede obtenerse mejor visibilidad y acceso en el arco inferior y si se utiliza un porta rollos de algodón. este aparato obliga a los rollos a entrar más profundamente en el vestíbulo bucal y lingual, y sostiene y el carrillo un poco más separados de los órganos dentarios.

#### II.d) TECNICAS DE AISLAMIENTO PARA EL MAXILAR SUPERIOR.

##### i.- Instrumentación para el cuadrante anterior.

a) Se realiza con un rollo de algodón cortado en diagonal, con la parte más delgada dirigida hacia el frenillo. Fig. 6.

b) Se realiza con dos rollos de algodón uno a cada lado del frenillo, liberándolo. Fig. 7.

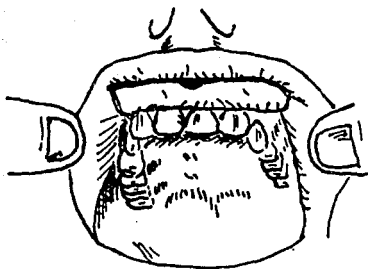


Fig 6- Rollo de algodón con escotadura para liberar el frenillo



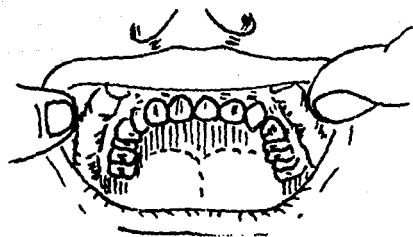


Fig 7- Utilización de dos rollos de algodón

Los rollos de algodón suelen mantenerse en su sitio, sin embargo en pacientes cuyo vestíbulo bucal es muy corto los rollos tienden a desalojarse; en este caso pueden emplearse varios recursos tales como:

1.- Espolvorear los rollos con polvo adhesivo para prostodoncias totales, con el fin de que se adhieran a la mucosa oral.

2.- Colocación de una grapa con aletas.

3.- Utilizar sostenedores comerciales

*ii.- Instrumentación para el cuadrante posterior.*

Es necesario bloquear el conducto excretor de Stenon para lo cual se pueden utilizar:

a.- Láminas de celulosa, directamente sobre la superficie interna del carrillo.

b) Rollos de algodón que se colocan desde la tuberosidad hasta la zona del canino, para facilitar esta maniobra se puede pedir al paciente que cierre un poco, con el objeto de

que los tejidos se distiendan y permitan la colocación de los rollos. Fig. 8.

## II.e) TECNICAS DE AISLAMIENTO PARA EL MAXILAR INFERIOR.

Las exigencias del aislamiento en el maxilar inferior, son mayores debido a que en esta zona se acumula la saliva de toda la cavidad oral; esto es por su misma anatomía, y que se encuentran los conductos excretores de las glándulas submaxilar (de Wharton) y de la glándula sublingual (de Bartholín).

### i.- Instrumentación para el aislamiento del cuadrante Anterior.

a) Se coloca un rollo de algodón en la zona lingual para una escotadura para el frenillo, Fig. 9, debajo de la lengua, para lo cual se le hace girar de manera tal que la lengua se ubique por encima del rollo. Esto es difícil de conseguir en algunos pacientes y se logra separando la lengua con un espejo, mientras se coloca el rollo haciéndolo girar de forma que quede firmemente ubicado. También se puede colocar un rollo a cada lado del frenillo.

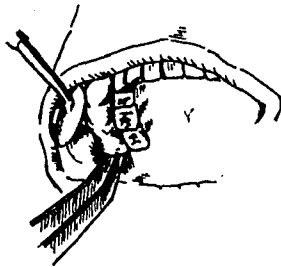


Fig 8- Colocación de rollos de algodón en el vestibulo

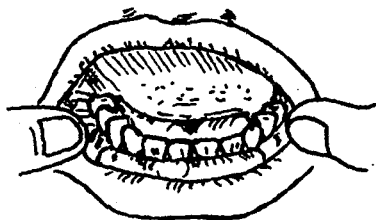


Fig 9- Rollo de algodón con escotadura lingual

b) Se puede utilizar la capsula de Denham o el aislador Craigo, a los cuales se les hará las perforaciones necesarias sosteniéndose con o sin grapa, con la ayuda del eyector salival.

ii.- *Instrumentación para el aislamiento del cuadrante Posterior.*

a) Colocación de rollos de algodón por vestibular Fig. 10. y otro por lingual Fig. 11.

b) Como en este cuadrante la acumulación de saliva suele ser mayor utilizaremos tres rollos; Uno por bucal, otro por lingual y un tercer rollo a nivel de los molares superiores para bloquear la salida del conducto de Stenon.

c) Los rollos pueden ser sostenidos por grapas con aleta, Clamps de Duppen o dispositivos de Strokes.

d) Con la cápsula De Denham o el aislador Craigo y su fijación con una grapa convencional sobre el órgano dentario

e) Aislamiento relativo de la arcada inferior con rollos de algodón tanto en vestibulo como por lingual. Fig. 12.

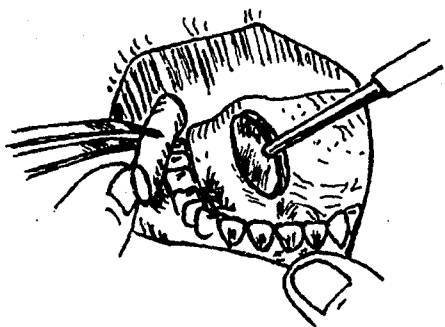


Fig.10 - Colocación del rollo de algodón por vestibular

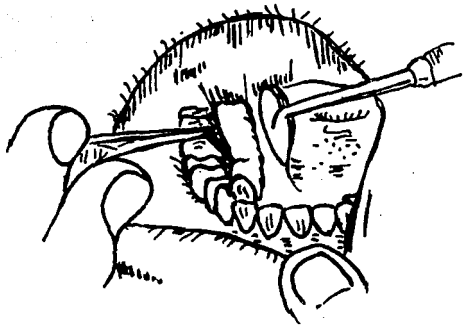


Fig 11 :- Colocación del rollo de algodón por lingual



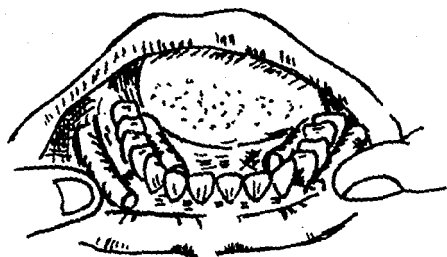


Fig12.- Aislamiento relativo arcada inferior

CAPITULO III  
AISLAMIENTO ABSOLUTO

**III.a) METODO ABSOLUTO.**

El aislamiento absoluto del campo operatorio se obtiene mediante el uso del dique de goma con los elementos necesarios para su fijación sobre el órgano dentario y su soporte sobre la facies del paciente.

El dique de goma fue presentado por vez primera en el año de 1864, en New York por el Doctor Sanford Barnum.

**III.b) INSTRUMENTAL.**

a) Equipo 1x4.

Espejo bucal, pinzas de curación, explorador y excavadores (cucharilla).

b) Boquillas o eyectores de saliva.

De plástico desechables, aunque también existen eyectores metálicos, de vidrio y hasta de papel, solo que en la actualidad no se utilizan mucho. Fig. 1.

c) Dique de hule.

Es una hoja de látex o hule que se presenta en una gran variedad de grosores (delgado 0.015 mm, medio 0.020 mm, pesado 0.025 mm, extrapesado 0.030 mm, y especial extrapesado 0.035 mm). Este material se ofrece en rollos o previamente cortados en una gran variedad de tamaños (15.24 cm x 15.24 cm, 12.7 cm x 15.24 cm, 12.7 cm x 12.7 cm, son los más comunes). y también existen distintos colores; el color de la goma es muy importante, ya que está relacionado con la luz que puede reflejar sobre el campo operatorio, que es reducido y falta de iluminación, se presenta en los siguientes tonos; verde, azul, marrón, amarillo claro y naranja. Los colores claros permiten aumentar la visibilidad del campo operatorio; porque reflejan la luz. Los colores oscuros son más aptos para trabajar cuando se requiere un buen contraste entre el órgano dentario y el campo operatorio.

Es aconsejable la goma mediana, ya que la delgada se desgarrar con facilidad, y la gruesa presenta dificultad cuando pasa entre las superficies proximales de los órganos dentarios.

Funciones del dique de goma.

Aislamiento absoluto de los órganos dentarios.

Separación de labios y carrillos.

Protección de lengua y mucosas.

Evita la deglución accidental de instrumentos pequeños.

Reduce la contaminación ambiental.

Reduce el peligro de infección al operador y al paciente.

Facilita las maniobras operatorias.

d) Pinzas perforadoras.

Es una especie de sacabocados o alicates que lleva en una de sus partes activas un pequeño disco giratorio con una serie de perforaciones (5 cinco), de distinto diámetro de acuerdo al órgano dentario que se vaya a aislar y cada movimiento del disco hace coincidir una perforación con el punzón que se encuentra en el otro bocado de la pinza, manteniendo ambos separados por una presión de un resorte de acero. Colocada la goma entre las ramas, de la perforadora, se ubica sobre el orificio de diámetro adecuado para el órgano dentario a aislar. Ejemplo: perforador de Ainswort.

#### Reglas básicas para perforar el dique de hule.

El dique de hule se perfora de diferente manera para cada operación en particular.

Seleccionar el dique de tamaño adecuado, generalmente 15.24 cm x 15.24 cm, para órganos dentarios posteriores y 12.7 cm x 15.24 cm, para órganos dentarios anteriores.

Se debe considerar el tamaño correcto del orificio para cada órgano dentario. Fig. 13.:

Orificio más pequeño: Incisivo lateral superior e incisivos inferiores.

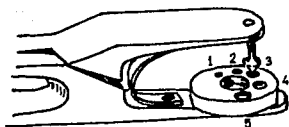


Fig.13 Tamaños recomendables para las perforaciones  
(Perforador de Ainsworth).

- 1 Incisivos pequeños
- 2 Incisivos centrales superiores  
caninos y premolares
- 3 y 4 Premolares grandes y molares
- 5 Molares grandes

Segundo orificio: Incisivo central superior, caninos superiores e inferiores y premolares.

Tercero y cuarto orificios: Premolares grandes y molares.

Orificio más grande: Molares excepcionalmente grandes.

Se deben considerar espacios y posición de los órganos dentarios.

Se puede realizar la perforación en posición correcta, utilizando una plantilla como guía. Fig. 14.

e) Portadique o sostenedores.

Para sostener el dique de goma sobre la facies del paciente se utilizan varios tipos de portadiques:

El portadique tipo Young.- Consta de una "U" de metal o plástico con retenedores para sostener la goma. Tiene la ventaja de permitir que el borde superior del dique se extienda por encima de la nariz del paciente, protegiéndolo así de aspirar partículas de deshecho. Fig. 15.

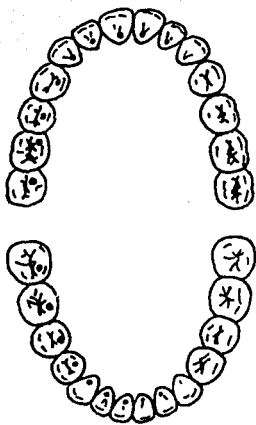


Fig 14 Posiciones comunes de los orificios en relación a los organos dentarios



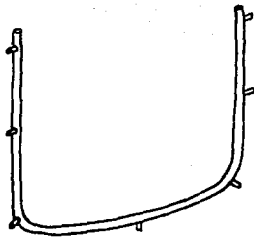


Fig 15 Arco de Young para dique de hule

Sujetador de Woodbury.- Posee tres pinzas a cada lado y dos correas que van al rededor de la cabeza del paciente lo que proporciona una excelente retracción de carrillos; un largo periodo de trabajo puede provocar fatiga excesiva del paciente.

Sujetador de Wizard o portadique No. 8 de S.S. White.- Este sujetador tiene dos pinzas a cada lado, se le adapta una correa elástica.

Arco de Ostby.- Sostiene la goma en tensión por delante de la cavidad oral su forma es oval.

f) Clamps o grapas.

Son pequeños arcos de acero que terminan en dos aletas o abrazaderas horizontales que se ajustan al cuello de los órganos dentarios y sirven para mantener el dique de hule en posición. La parte interna de la abrazadera varía en las grapas como en la forma anatómica de los cuellos de los órganos dentarios. Cada aleta o abrazadera horizontal tiene un pequeño orificio circular, destinado a recibir los mordientes de las pinzas portagrapas. Fig. 16 y 17.

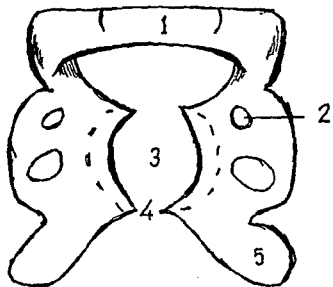


Fig 16 1\_ Arco  
2\_ agujero  
3\_ bocado  
4\_ pico  
5\_ Aleta

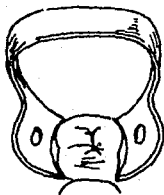


Fig 17 La grapa debe ajustarse con firmeza al organo dentario en cuatro puntos para evitar balanceo.

**Grapas cervicales.**

210 S.S.WHITE.- Se emplea de preferencia en incisivos centrales superiores y caninos, el mordiente mas pequeño corresponde a palatino o lingual.

211.S.S.WHITE.- Util para incisivos laterales superiores y para los cuatro incisivos inferiores.

212.S.S.WHITE. o grapa cervical de Ferrier.- No posee perforaciones por lo que la toma con el portagrapas se hace ubicando sus mordientes en las pequeñas escotaduras, donde éstas se unen a los arcos. Se emplean en los mismos órganos dentarios que la grapa 211 S.S.WHITE.

Grapa cervical de Hatch.- Posee dos arcos vestibulares, situados en un mismo plano, cuyos extremos rechaza la encía, y un arco lingual o palatino que termina en círculo achatado y por su base están articulados al arco palatino. El tornillo inferior permite el ajuste y rechazo de la encía.

Grapa cervical de Ivory.- Este autor diseñó dos grapas:

1.- Uno con un tornillo con el que se logra el ajuste de la grapa y rechazo de la encía.

2.- Otro provisto de dos tornillos, uno ajusta la grapa y el otro rechaza la encía a voluntad.

Grapas para premolares:

IVORY: 0, 00, 1 y 2.

S.S.WHITE: 22, 26, 27, 29, 206, 207, 208 y 209.

Grapas para molares:

IVORY: 5, 6, 7, 7B, 8, 8A, 10A, 11, 11A, 14 y 14A.

S.S.WHITE: 15, 18, 24, 25, (26), 28, (31), 151, 138,  
201, 202, 203 y 205.

( ) Universal.

g) Portagrapas.

Es la pinza destinada al transporte de las grapas para su ubicación o retiro del cuello de los órganos dentarios.

Tienen sus extremos en bayoneta o ligeramente curvados, los que permiten llegar cómodamente al cuello de los órganos dentarios sin restar visibilidad.

Terminan en dos pequeñas prolongaciones orientadas casi perpendicularmente al eje del instrumento estos mordientes penetran en los orificios de la grapa. La pinza se cierra mediante un resorte y los mordientes se separan permitiendo la apertura de la grapa para su ubicación. La pinza portagrapas sirve también para tomar la grapa por el arco. Las más utilizadas son las de Ivory Fig. 18 y Brewer.

#### h) Hilo de Seda Dental.

Muy utilizado durante el aislamiento sus funciones son:

- 1) Constatar la existencia de mayor o menor espacio, interproximal entre los órganos dentarios antes de colocar el dique de hule.
- 2) Eliminar restos alimenticios de los espacios interproximales.
- 3) Delata bordes cortantes en las diferentes superficies del órgano dentario.

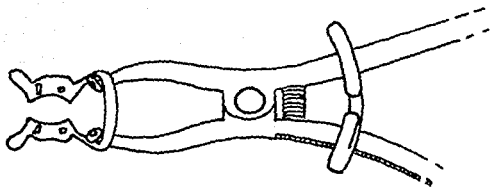


Fig.18 Pinzas portarretenedores.  
Forma de llevar la grapa desde el arco  
que une sus bocados



~~Se utiliza una tira de diapasón de acero y que se introduce  
en la cavidad superior del diente en el lado interno de la  
cavidad preparada, en que el diapasón puede servir  
la materia al preparar la corona en forma de corona al  
diente o también la corona.~~

~~Se utiliza una tira de diapasón de acero y que se introduce  
en la cavidad superior del diente en el lado interno de la  
cavidad preparada, en que el diapasón puede servir  
la materia al preparar la corona en forma de corona al  
diente o también la corona.~~

~~Se utiliza una tira de diapasón de acero y que se introduce  
en la cavidad superior del diente en el lado interno de la  
cavidad preparada, en que el diapasón puede servir  
la materia al preparar la corona en forma de corona al  
diente o también la corona.~~

Se utiliza una tira de diapasón de acero y que se introduce  
en la cavidad superior del diente en el lado interno de la  
cavidad preparada, en que el diapasón puede servir  
la materia al preparar la corona en forma de corona al  
diente o también la corona.

Se utiliza una tira de diapasón de acero y que se introduce  
en la cavidad superior del diente en el lado interno de la  
cavidad preparada, en que el diapasón puede servir  
la materia al preparar la corona en forma de corona al  
diente o también la corona.

j) Lubricante para dique de hule.

Sirve para aplicar al dique de hule, tanto a las  
perforaciones para que se dentine más fácilmente sobre la  
corona anatómica, se pueda utilizar también para lubricar,

4) Ayuda a pasar la goma entre las relaciones de contacto estrechas.

5) Se emplea para ligaduras sobre los órganos dentarios que tienen por objeto mantener en posición el dique de hule.

i) Cuñas.

Se utilizan como retenedores de dique y que se ajustan a las troneras también pueden ser útiles cuando se talla la superficie interproximal ya que el odontólogo puede cortar la madera al preparar la cavidad sin temor de atrapar el dique o lastimar la encía.

Se utiliza una tira de dique de hule de aproximadamente 2.5 cm de longitud por 4 o 5 mm de ancho estirado e insertado entre los espacios interproximales de los órganos dentarios.

j) Lubricante para dique de hule.

Sirve para aplicar al dique de hule, junto a las perforaciones para que se deslice más fácilmente sobre la corona anatómica, se puede utilizar también: agua jabonosa,

talco o vaselina sólida. Otro de los usos de la vaselina es la de lubricar las comisuras labiales, evitando así lesionar los tejidos. En algunas ocasiones el paciente puede ser alérgico al dique de hule, en estos casos después de la lubricación con vaselina se coloca una toalla de papel desechable en la facies del paciente y el dique.

k) Modelina.

Se puede emplear para retener la superficie distal del dique en el último órgano dentario del arco; tanto en superior e inferior.

**III.c) PASOS PREVIOS Y POSTERIORES AL AISLAMIENTO.**

Existen una serie de pasos previos y posteriores comunes a los distintos casos de aislamiento absoluto. Se enumeran para evitar la repetición en cada una de las técnicas.

1) Profilaxis.- Extirpar todo el tártaro dentario depositado en el cuello de los órganos dentarios a aislar.

2) Introducir un hilo de seda dental (con o sin cera) entre los espacios interproximales.

3) En pacientes muy sensibles emplear pasta o "spray" anestésico (tópico).

4) Lavar y atomizar las encías (antiséptico).

5) Probar en el órgano dentario por aislar la grapa que a nuestro criterio pueda ser la adecuada.

6) Realizar las perforaciones con la nomenclatura indicada sobre el dique de hule.

Observaciones posteriores al aislamiento.

1) Observar los tejidos gingivales.

2) Lavar y atomizar perfectamente y si la encía hubiera sido traumatizada pincelar una solución antiséptica.

**III.d) METODO PARA UBICAR LAS PERFORACIONES.**

#### Método directo.

Se trata de enfrentar la goma a la zona de la arcada dentaria que se quiere aislar, para que los órganos dentarios húmedos queden marcados, se perfora al centro de las marcas respectivas.

#### Método indirecto.

Es un método sencillo y práctico para trasladar los puntos oclusales de los órganos dentarios al dique de hule, consiste en imprimir una mordida con una lámina de cera. Luego la mordida se coloca sobre el trozo de goma, centrándola para que las perforaciones estén a prudente distancia de los bordes de la goma.

Una vez centrada la mordida sobre la goma, se coloca el perforador y se realizan las distintas perforaciones.

También puede marcarse la goma con dos líneas perpendiculares entre sí que la dividan en cuatro partes iguales. Cuando un órgano dentario se encuentre fuera de la arcada la perforación también se realiza fuera de la línea curva.

Si faltan órganos dentarios, al realizar las perforaciones hay que dejar el espacio que ocuparían los órganos dentarios ausentes entre una y otra perforación.

Si el paciente es portador de prótesis fija se deja la goma sin perforar en una distancia que cubra a la prótesis sin estirarse.

### III.e) TÉCNICAS PARA LLEVAR EL DIQUE A LA CAVIDAD ORAL.

Las técnicas varían según la forma de llevar la grapa y la goma a la cavidad oral.

a) El dique de goma es llevado junto con la grapa.- Se realiza la perforación del dique de hule, se coloca la grapa sobre el dique y se lleva hacia el órgano dentario con la ayuda de las pinzas portagrapas. Una vez colocada la grapa junto con el dique en el órgano dentario se libera el dique de las aletas de la grapa y se realiza la colocación del arco de Young.

b) Primero se coloca la goma sobre el órgano dentario y después se lleva la grapa.- Se pasa la goma por los órganos dentarios y se mantiene sosteniéndola con los dedos, y

llevando la grapa hacia el órgano dentario. El arco de Young puede ser colocado después. Esta técnica es ampliamente utilizada en aislamientos anteriores superiores.

c) Primero se coloca la grapa sobre el órgano dentario y después se coloca el dique.- Técnica descrita por Stibbs puede lograrse el éxito si se posee una goma que permita extenderlo sin desgarrarse de preferencia se utilizan grapas sin aletas.

#### III.f) TECNICA DE SOMMER.

Esta técnica es aplicable tanto a órganos dentarios anteriores como posteriores; ha sido descrita para su uso en tratamiento de conductos radiculares y se refiere al aislamiento de un solo órgano dentario. En órganos dentarios anteriores se efectúa una sola perforación y se coloca el dique de goma y una grapa cervical tipo: SSW 212. Para ayudar a mantener el dique de goma en su sitio, se colocan grapas con aletas a la altura de los primeros o segundos premolares superiores derecho e izquierdo pero sin perforar, abrazando la goma por encima de cada premolar. Luego se ubica el portadique Young y el campo queda aislado.

En órganos dentarios posteriores se practica una perforación en el sitio que corresponde al órgano dentario a tratar y se coloca la goma para dique, siguiendo la técnica que más le acomode, o sea, situando primero la goma y luego la grapa o llevando la grapa juntamente con la goma; fijando el dique se coloca otra grapa en un molar o premolar del lado opuesto sin perforar, luego se coloca el porta dique Young y el campo queda aislado; si es necesario preparar cavidades compuestas se aislarán por lo menos tres órganos dentarios: donde se va a realizar la cavidad el anterior y el posterior.

### III.g) TECNICA DE RYAN.

Para el aislamiento de órganos dentarios anteriores (canino a canino) superiores, Fig. 19, se practican las perforaciones utilizando el diámetro más pequeño de la pinza perforadora y se pasa alrededor de ellas un poco de jabón común de tocador. Previa limpieza de los órganos dentarios, especialmente de los espacios interdentarios, se coloca la goma entre los seis órganos dentarios anteriores, y para que no se deslice el dique en distal del canino se colocan



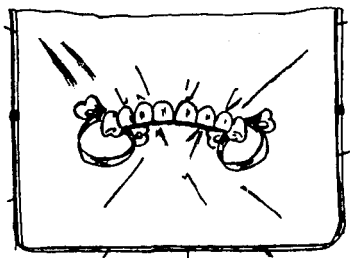


Fig 19 Aislamiento del sector anterior, incluyendo caninos y premolares, según Adamastor Correa.

trozos de dique de hule, se estira y se introduce en el espacio interdentario de cada canino aislado. Al volver esta goma a su estado normal mantiene por compresión el dique en su sitio.

Con hilo dental y presión de aire se empuja la goma por debajo del borde libre de la encía de los seis órganos dentarios anteriores; se coloca el portadique de Young y el campo queda aislado sin ligaduras y sin el uso de grapas. En algunos casos donde la goma se escapa del órgano dentario, se puede colocar en el cuello dentario algún barniz de copal que seque rápido y ofrezca una ligera resistencia al desalojo del dique de hule.

### III.h) TECNICA DE PARULA.

Parula aconseja la siguiente técnica en base a las experiencias de Sommer y Ryan: En cavidades simples se utiliza una sola perforación, coloca el dique de goma en el portadique de Young y lleva la goma sobre el órgano dentario, mientras la asistente sostiene la goma por un lado y el operador por el otro, éste, con su mano libre, ubica la grapa sobre el órgano dentario elegido.

Con esta técnica se puede aislar el campo para preparar y obturar cavidades cervicales, labiales, palatinas o linguales, en órganos dentarios anteriores y posteriores y cavidades oclusales de premolares y molares.

En cavidades compuestas se elige la goma y se efectúan en ella otras dos perforaciones, si se trata de cavidades que afecten más de dos superficies, se deben efectuar tres perforaciones. Una vez en el sitio elegido, se coloca el separador mecánico o la grapa que corresponda quedando el campo aislado. Fig. 20.

### III.i) TÉCNICA PARA EL AISLAMIENTO DE UNIONES SOLDADAS, PONTICOS Y ORGANOS DENTARIOS FERULIZADOS.

Se efectúan perforaciones para los órganos dentarios que estén más allá del puente fijo o sin ferulizar, de manera habitual. Para los órganos dentarios ferulizados o los pónicos se practican perforaciones un poco más grandes que las habituales, a continuación se estira el puente de goma por encima de la unión soldada, y por debajo de ésta se desliza una aguja quirúrgica curva, cuya punta ha sido cortada para no lesionar los tejidos; enhebrada con hilo dental, desde lingual hacia bucal. La aguja debe pasar por

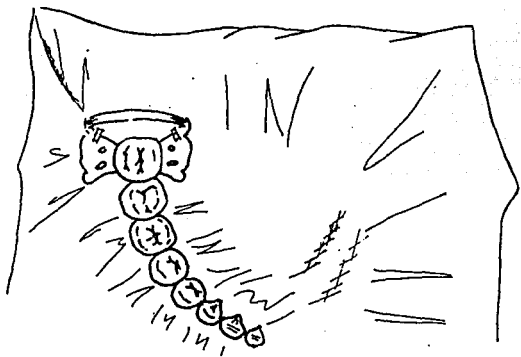


Fig 20 Aislamiento posterior

debajo de la unión soldada, utilizando la parte mesial de la perforación que se había efectuado. Una vez pasado el hilo dental, se vuelve a insertar la aguja de bucal a lingual pero esta vez por la parte distal de la perforación, queda una ansa de hilo que se anuda desde lingual para aprisionar firmemente la lengüeta estirada de dique de hule alrededor de la unión soldada.

### III.j) AISLAMIENTO EN LESIONES GINGIVALES EN RELACION AL TERCIO CERVICAL DE LOS ORGANOS DENTARIOS.

Cuando la lesión (caries, erosión, abrasión y fractura) ha avanzado en dirección apical mucho más allá del cuello anatómico del órgano dentario, resulta muy difícil practicar el aislamiento, si se realiza la restauración sin aislar el campo adecuadamente, puede resultar un fracaso. Se puede sostener el dique sin grapa con la simple presión del dedo, para restauraciones que requieran poco tiempo. En otros casos se selecciona una grapa con forma más adecuada posible como la grapa: 212 SSW. Esta grapa se debe modificar si la cavidad está ubicada en bucal, el mordiente que corresponde a esta superficie debe curvarse hacia abajo más de la curvatura normal que posee la grapa, el mordiente opuesto

que corresponde a la superficie lingual debe curvarse en dirección contraria, para que se ubique en una posición cercana al cuello anatómico del órgano dentario.

Si existiera tejido gingival que dificultara el acceso, se debe proceder a la preparación de un pequeño colgajo, utilizando un bisturí adecuado efectuando una incisión en el fondo del saco, ya sea Magnus, Parch, Newman y semi Newman, para despegar con una legra los tejidos del periodoncio. Una vez realizado el acto quirúrgico, se coloca la grapa y el dique de hule forzando los tejidos gingivales más allá de la lesión, se prepara la cavidad y se restaura con el material adecuado, luego se retira la grapa y se adosan los planos gingivales para readaptarlos sobre la restauración recién realizada.

Se consigue una cicatrización adecuada al cabo de una semana sin necesidad de colocar puntos de sutura. El cemento quirúrgico protege a los tejidos gingivales durante la etapa de cicatrización.

Si la incisión hubiese sido muy extensa podrá resultar necesaria la colocación de uno o dos puntos aislados de sutura.

Cuando existe caries distal en el último órgano dentario de la arcada, se pueden utilizar grapas Ivory No. 8 ó 14D, cuyo brazo se extiende más hacia distal que los comunes.

### III.k) TECNICA PARA EL AISLAMIENTO DE UN SOLO ORGANOS DENTARIO.

Se selecciona la grapa y se prueba sobre el órgano dentario a aislar, se realiza la perforación de acuerdo al método de perforación adecuado al caso, para evitar morder la encía con las abrazaderas de la grapa nos servimos del espejo bucal retrayendo el carrillo.

### III.l) TECNICA PARA EL AISLAMIENTO DE TODA LA ARCADA

Se seleccionan las grapas y se prueban, las cuales se ubicarán en el último órgano dentario derecho e izquierdo, con el arco de la grapa hacia distal se extiende la goma para comenzar el deslizamiento del dique por los demás órganos dentarios, posteriormente se realiza la colocación

del arco de Young. Si en la parte anterior del aislamiento el dique de hule no se mantiene en posición, se puede colocar una ligadura de hilo dental o un trozo el mismo dique de hule o recurrir a la colocación de otra grapa la cual no deberá de dificultar el acceso a las maniobras operatorias; se coloca el eyector de saliva y se realiza la desinfección.

### **III. M) TECNICA PARA EL AISLAMIENTO DE LOS ORGANOS DENTARIOS ANTERIORES.**

1.- Se perfora el dique de canino a canino y las grapas se van a colocar en los primeros premolares sin perforaciones.

2.- Se perfora el dique de hule de canino a canino y para sostener el dique se colocan trozos de dique en la superficie distal de los caninos, o en su defecto se puede utilizar seda dental.



## CONCLUSIONES

El aislamiento del campo operatorio es un extraordinario apoyo en operatoria dental; ya que permite al operador concentrarse en su trabajo específico que consiste en la preparación de la cavidad y su obturación, despreocupándose de aspectos secundarios como la separación de tejidos blandos, el difícil acceso y poca visibilidad al campo operatorio, e ingesta accidental de instrumental, medicamentos o partículas dentarias.

Aún en nuestros días vemos con tristeza que gran número de profesionistas se rehusan a utilizar este tipo de métodos e insisten en realizar una odontología empírica; ya sea por desconocimiento de las técnicas y las ventajas que ofrece tanto al operador como al paciente, o por temor a la "pérdida de tiempo" que significa el realizar el aislamiento del campo operatorio; por lo que este trabajo pretende

mostrar lo sencillo de realizar un aislamiento y con la práctica mejorará notablemente la habilidad de cada operador.

## PEQUEÑO LEXICO DE TERMINOS MEDICOS

**AISLAMIENTO:** En medicina es el tercer periodo de la profilaxis (prevención) de las enfermedades infectocontagiosas.

**ALBUMINA:** Sustancia de un alto peso molecular considerada como una proteína cuaternaria, compuesta por: Hidrógeno, Oxígeno, Carbono y Nitrógeno. Contiene gran cantidad de aminoácidos

**AMNESIA:** (Amnesis olvido, de a privación y mnema recuerdo). Pérdida total o parcial de la memoria.

**ANALGESIA:** (Del griego a privación, algesis dolor). Abolición de la sensibilidad dolorosa.

**ANALGESICO:** Se denomina así al fármaco o remedio que anula o atenúa un dolor de cualquier origen o naturaleza.

**ANESTESIA:** Significa literalmente sin sensibilidad, es decir, la abolición o pérdida de la sensibilidad.

**ANESTESICO:** Adjetivo. Es una sustancia medicamentosa empleada para obtener insensibilidad local o general.

**ANTISIALOGOGO:** Agente que impide o disminuye la secreción salival.

**ASEPSIA:** Significa ausencia de sepsis, es decir, de infección, por falta absoluta de micro organismos patógenos.

**CAPSULA:** Envoltura que rodea a algunos órganos y a ciertos microorganismos.

**ESTERILIDAD:** El término es sinónimo de asepsia.

**FACIES:** Distintos aspectos que adquiere la cara del paciente a consecuencia de alguna enfermedad.

**GLANDULA:** Cualquier órgano que secrete sustancias al exterior.

**INSTRUMENTACION:** Forma en que se emplean los instrumentos.

**LABILIDAD:** Frágil, caduco, débil.

**LAVADO:** Práctica terapéutica de irrigación de una cavidad interna mediante agua estéril o líquido medicamentoso.

**MEDICACION:** Administración de medicamentos para tratar una enfermedad.

**NARCOTICO:** Que produce sopor o entorpecimiento y sueño, como el opio y sus derivados.

**SEDANTE:** Agente medicamentoso que calma la excitación nerviosa o el dolor.

**TRANQUILIZANTE:** Sedante o calmante para disminuir una reacción dolorosa o de ansiedad.

**TRONERA:** Es el triángulo formado entre el espacio interproximal de los órganos dentarios y la papila interdientaria.

**UMBRAL:** En fisiología es un determinado valor límite mínimo por debajo del cual no se produce un cierto fenómeno.

## BIBLIOGRAFIA

GILMORE H. William, Lun R. Melvin.

Odontología operatoria

Editorial Interamericana

Segunda edición - 1976

México, D.F.

BAUM Lloyd, Phillips Ralph.

Tratado de operatoria dental.

Editorial Interamericana

Primera edición - 1984

México, D.F.

CHAR Beneau, Gerald T., Cartwright T., Charles B.

Operatoria dental principios y práctica.

Editorial Panamericana

Segunda edición - 1984

Buenos Aires, Argentina.

ARALDO Angel Ritacco.

Operatoria dental (modernas cavidades).

Editorial Mundi

Cuarta edición - 1975

Buenos Aires, Argentina.

BARRANCOS Mooney Julio.

Operatoria dental.

Editorial Médica Panamericana

Primera edición - 1981

Buenos Aires, Argentina.

WILLIAM W. Howard, Richard C. Holler.

Atlas de operatoria dental.

Editorial El Manual Moderno

Primera edición - 1989

México, D.F.

ARCHUNDIA García Abel.

Educación quirúrgica.

Editorial Francisco Méndez Cervantes

Primera edición - 1983

México, D.F.

QUIROZ Gutiérrez Fernando.

Anatomía humana.

Editorial Purrua S.A.

Vigésimo cuarta edición

México, D.F.

L. TESTUT.

Anatomía humana Tomo IV.

Editorial Salvat.

1982

España.

TEIDE.

Diccionario médico.

Editorial Teide.

1983

Barcelona, España.