

ISOLAMENTO DO CAMPO OPERATÓRIO

Em dentística restauradora o isolamento é fundamental, pois todos os materiais restauradores necessitam de campo isolado para serem inseridos.

O isolamento pode ser absoluto ou relativo. O absoluto é a única forma de se obter um campo totalmente livre de umidade, contribuindo com a mais alta qualidade da restauração.

Isolamento absoluto:

Lençol de borracha (0,15 a 0,35mm): a borracha mais espessa confere melhor resistência ao rompimento e promove o máximo de vedamento, afastamento e proteção dos tecidos moles subjacentes.

Perfurador do lençol de borracha: dica: para manter as bordas dos furos cortantes e afiadas e, desta forma, evitar o rasgamento do lençol no momento da perfuração, basta afiar a base dos orifícios com lixa ou borracha abrasiva.

Porta-dique de borracha: no mercado existem vários modelos, de aço e plástico. Para endodontia ou outro procedimento que for necessário rx no trans operatório, deve ser utilizado o arco de plástico. Além disso, há também o arco de plástico dobrável, muito utilizado para endodontia.

Grampos: (adaptações podem ser feitas). 26 sem asa-

200 a 205, W8A, 14A, 26 sem asa (para técnica que adapta primeiro o grampo para depois passar a borracha) – molares

206 a 209 – pré-molares

210 a 211 anteriores

212 – em casos de retração gengival

Pinça porta grampo: algumas possuem a parte intermediária longa e curva próximo às garras e dificultam a retirada do grampo, especialmente em dentes posteriores mesializados. Quando for adquirir este material, é recomendado fazer o teste para evitar dificuldade no momento do uso.

Para sucesso do isolamento absoluto:

Preparo do lençol de borracha: as perfurações devem ser feitas de acordo com o diâmetro dos dentes que serão incluídos no isolamento. Alguns profissionais têm o hábito de esticar a borracha antes de adaptá-la no arco do isolamento.

Esta prática não é recomendada, pois, pode gerar pontos de laceração no lençol.

Para dentística restauradora, o dique deve incluir pelo menos dois dentes a distal daquele que será restaurado (caso possível) e o restante mesial até o canino contralateral. No caso de intervenções em dentes anteriores, deve-se isolar até os pré-molares de ambos os lados. Um número menor de dentes pode ser envolvido, desde que não interfira no acesso para a instrumentação, inserção do material restaurador e contorno da restauração. Em casos de restauração CI I, somente um dente pode ser envolvido.

Quanto maior o tamanho dos dentes, maior espaço interdental, mais alta a papila interdental, espaço entre os dentes (ou na ausência de dentes), maior é espaço que deve ser deixado entre um furo e outro no lençol.

Testar as áreas de ponto de contato com fio dental previamente à inserção da borracha, para evitar seu rasgamento. Caso o fio dental desfie, o ponto de contato pode ser regularizado com tira de lixa para polimento de granulação fina ou com tiras de aço.

Tipos especiais de isolamento:

Grandes aberturas do lençol de borracha e associação com cianoacrilato e rolo de algodão (para restaurações múltiplas, pontes, aparelhos ortodônticos fixos e/ou contenções), dentes mal posicionados. Restrição a essa técnica: possibilita apenas o controle do fluxo salivar, e não da umidade.

Resinas bloqueadoras fotopolimerizáveis conferem controle da saliva e proteção do tecido gengival, principalmente quando da realização do clareamento dentário e condicionamento ácido.

Isolamento relativo

Indicado para confecção de restaurações provisórias ou em condições de impossibilidade de isolamento absoluto. No arco superior, a própria pressão da musculatura consegue prender o rolo de algodão ou gaze em posição. Para o arco inferior, podem-se utilizar dispositivos auxiliares como rolo-plast.

A ponta de aspiração deve ser mantida continuamente.

Para pacientes com intensa atividade de secreção salivar, tanto o isolamento absoluto quanto o relativo podem ser complementados com o uso de drogas sialopressoras (Atroveran, Dramamine, dentre outros), que atuam sobre o sistema parassimpático, diminuindo o fluxo salivar temporariamente. Para os

pacientes que apresentam fluxo salivar intenso, recomenda-se administrar a droga 30 minutos antes do atendimento. Contraindicação: portadores de glaucoma. Atenção aos efeitos colaterais: taquicardia, inibição da secreção gástrica, retenção urinária, dilatação e dificuldade de acomodação da pupila, diminuição da secreção sudorípara a aumento da pressão intraocular. Aos sinais clínicos dos efeitos colaterais, suspender a administração.

Referência:

Mondelli J. Fundamentos de dentística operatória. 1. Ed. São Paulo: Livraria Editora Santos Ltda; 2006. 343p.