

NovoMatrix™

Reconstructive Tissue Matrix

Dai pionieri delle matrici rigenerative,
NovoMatrix: il materiale di nuova
generazione per la gestione dei tessuti molli



tecnica chirurgica

Tecnica a Tunnel

come descritto da Edward P. Allen, DDS, PhD

La copertura radicolare di recessioni gengivali multiple solitamente richiede un prelievo importante di tessuto palatale per fornire in modo adeguato materiale donatore sufficiente a trattare con successo il difetto. Ciò spesso può portare a conseguenze chirurgiche e post-chirurgiche indesiderate, sia per il chirurgo che per il paziente. NovoMatrix può essere utilizzato come alternativa efficace al tessuto palatale in un'ampia varietà di applicazioni intraorali.¹² Di seguito riportiamo un esempio di tecnica chirurgica raccomandata per il trattamento dei difetti da recessione mucogengivale. Tale tecnica può essere modificata affinché venga applicata al proprio contesto specifico.

I presenti contenuti sono forniti a solo scopo di riferimento. Il professionista sarà l'unico responsabile dell'esecuzione di procedure e tecniche chirurgiche adeguate. Ciascun chirurgo dovrà valutare l'adeguatezza delle tecniche in base alla propria formazione e competenza in ambito odontoiatrico.

Per maggiori approfondimenti su questa tecnica, far riferimento a:
Subpapillary continuous sling suturing method for soft tissue grafting with the tunneling technique.
Allen EP. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2010 Oct;30(5):479-85.

Il Dr. Allen è un consulente di BioHorizons.

1) pre-intervento

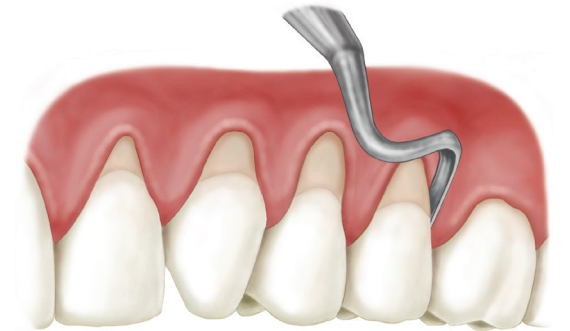
La procedura di seguito illustrata mostra la Tecnica a Tunnel per copertura radicolare con NovoMatrix

Recessione gengivale su 4 denti del mascellare superiore, dall'incisivo laterale al secondo premolare del secondo quadrante. Non si osserva perdita ossea interprossimale nè riduzione di papilla interdentale. Si nota un difetto di tipo I o II secondo la classificazione di Miller.



2) incisioni intrasulculari

Utilizzando un bisturi intrasulcolare o uno strumento microchirurgico analogo, realizzare delle incisioni sulculari intorno a ciascun dente interessato dal difetto, estendendosi al dente sano prossimale mesiale e distale.



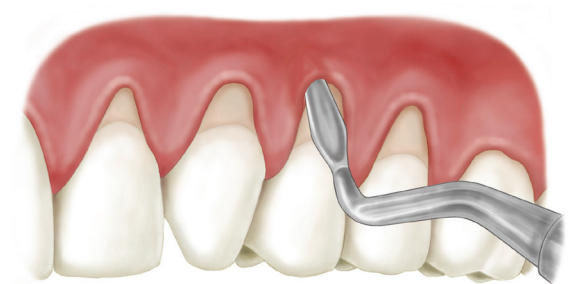
3) dissezione smussa

Utilizzare uno scollatore microchirurgico per sollevare la papilla interdentale e ricreare una tasca mucoperiosteale di 4-5 mm poco oltre la giunzione mucogengivale su ogni dente affetto che presenta una recessione e gli adiacenti in posizione distale e mesiale per facilitare la mobilità tissutale. Estendere la dissezione smussa in zona sotto papillare.



4) dissezione netta

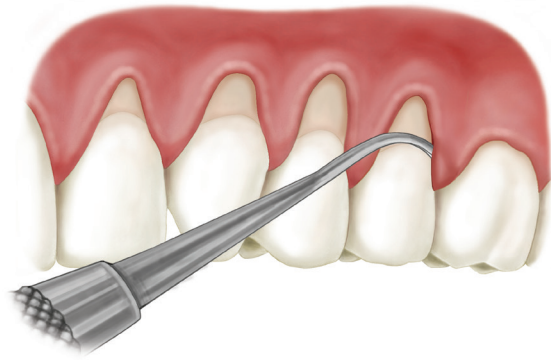
Utilizzando un bisturi Orban modificato, effettuare uno scollamento a spessore parziale in posizione immediatamente soprapariosteale per muovere ed estendere la tasca apicalmente di 12-15 mm rispetto al margine gengivale su ogni dente che presenta una recessione, e gli adiacenti in posizione mesiale e distale. **Per assicurare un tunnel ottimale, rimanere a contatto con l'osso.**



tecnica chirurgica

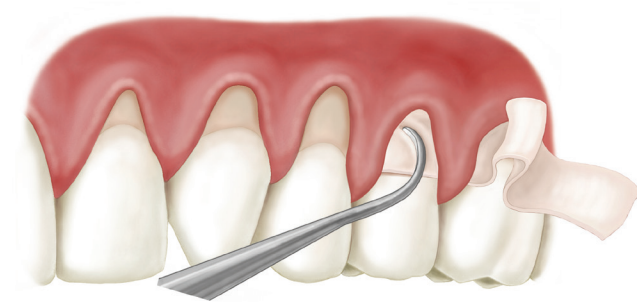
5) sollevare la papilla interdentale

Separare il tessuto papillare dalla cresta ossea interdentale utilizzando una curette Younger-Good o uno strumento analogo. Estendere il sollevamento smusso (sopraperiosteale) agli angoli della linea linguale/palatale.



6) inserimento di NovoMatrix

Adattare l'innesto in modo che si estenda dal punto distale dell'incisivo centrale fino all'area mesiale del molare con una dimensione verticale di 8 mm. L'innesto viene inserito nella tasca parodontale dall'elemento più distale lungo il tunnel preparato, utilizzando una curette Younger-Good o uno strumento analogo.



7) posizionamento di NovoMatrix

L'innesto deve essere posizionato in modo da estendersi dal punto distale dell'incisivo centrale all'area mesiale del molare per inserirsi completamente sotto la papilla mesialmente e distalmente rispetto ai denti che presentano una recessione.



8) preparazione alla sutura

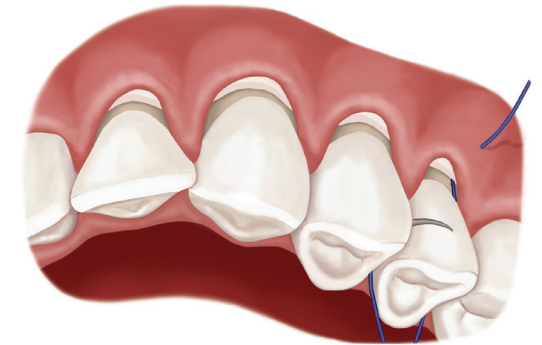
Posizionare l'innesto sotto il tunnel di modo che la porzione coronale dell'innesto sia livellata al margine tissutale.

NOTA: E' possibile utilizzare una tecnica a sutura continua o a punti staccati.



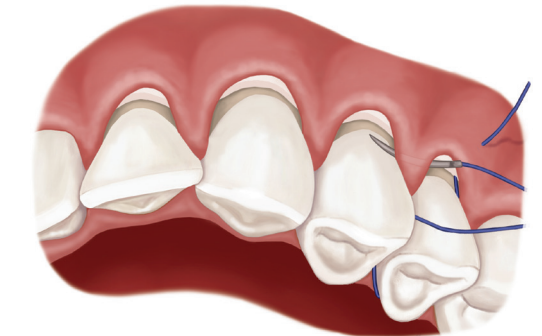
9a) tecnica a sutura continua

Penetrare il tessuto sovrastante e l'innesto all'angolo della radice distale del secondo premolare a 4 mm apicalmente dal margine tissutale. Uscire lungo il solco e passare l'ago lungo lo spazio interdentale distale attorno alla zona palatale e nuovamente dietro in posizione mesiale.



9b) tecnica a sutura continua

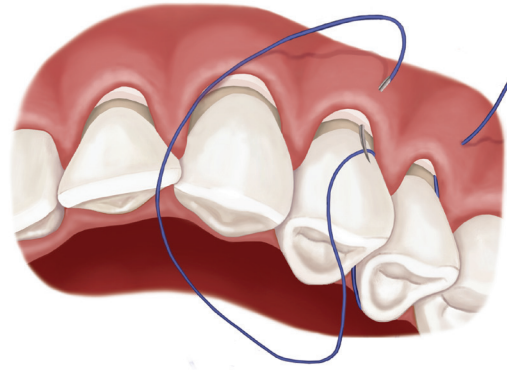
Passare sotto la papilla dal secondo premolare verso il primo premolare



tecnica chirurgica

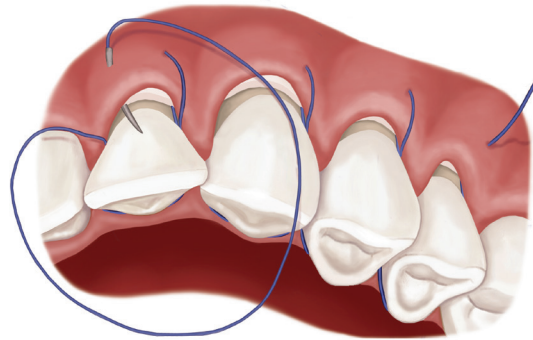
9c) tecnica a sutura continua

Pentrare il tessuto sovrastante e l'innesto all'angolo della linea distale della radice del primo premolare e ripetere gli step precedenti fino a raggiungere l'incisivo laterale.



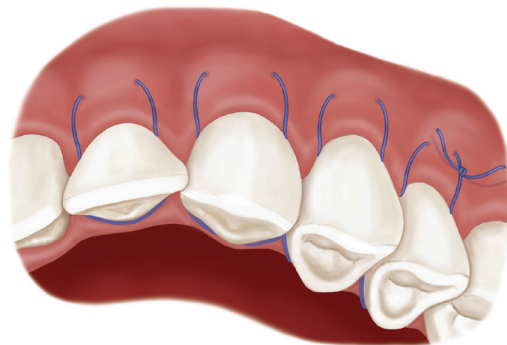
9d) tecnica a sutura continua

Dopo essere passato per la porzione palatale dell'incisivo laterale ed essere ritornati lungo lo spazio interdentale mesiale, penetrare il tessuto sovrastante e l'innesto all'angolo della linea mesiale della radice.



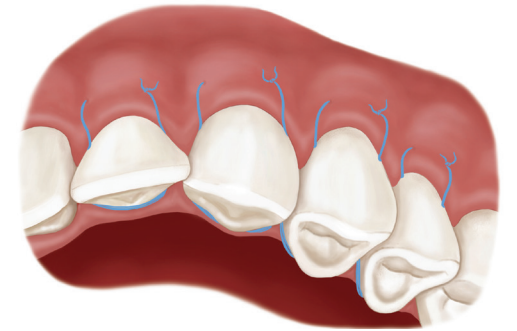
9e) tecnica a sutura continua

Andare a ritroso al punto di partenza passando sempre sotto la papilla. La sutura dovrà essere chiusa solo in posizione distale del secondo premolare.



10) tecnica sutura a punti staccati

Pentrare il tessuto sovrastante e l'innesto all'angolo della linea distale della radice del secondo premolare, 4 mm apicalmente dal margine tissutale. Uscire lungo il solco e passare l'ago lungo lo spazio interdentale distale, attorno alla porzione palatale e dietro lo spazio mesiale. Pentrare il tessuto sovrastante e l'innesto all'angolo mesiale della linea della radice del secondo premolare, 4 mm apicalmente dal margine tissutale, passare lungo lo spazio interdentale mesiale attorno alla porzione palatale del secondo premolare e ritornare sulla porzione distale dello spazio interdentale. Terminare la sutura e ripetere il processo su ciascun dente.



11) post-intervento - rimozione delle suture

Le suture devono essere rimosse a due mesi. Completare la copertura radicolare per i difetti di Miller di classe I e II con un incremento di spessore di tessuto marginale per raggiungere la stabilità necessaria.



Suture Hu-Friedy®

- La Serie 300 in acciaio inossidabile, la lega ideale per aghi da sutura dentale, garantisce un ago affilato e resistente passaggio dopo passaggio
- Realizzato in una lega più forte, aumenta la resistenza alla duttilità (se l'ago si piega, è meno probabile che si spezzi quando lo si raddrizza)
- Geometria a punta più sottile per una penetrazione agevolata del tessuto, che richiede il 20% in meno di forza¹¹ rispetto agli altri aghi da sutura
- Aghi realizzati al laser per una lacerazione ridotta del tessuto

Suture raccomandate dal Dr. Edward P. Allen



12mm
3/8 Circle Reverse Cut

HF-PSN8384P

Per l'uso nelle procedure di chirurgia plastica orale

Sutura Perma Sharp®

6-0 Polypropylene 18", C-17.

Geometria a punta più sottile per una penetrazione agevolata

Direct Offices

BioHorizons USA
888-246-8338 or
205-967-7880

BioHorizons Canada
866-468-8338

BioHorizons Spain
+34 91 713 10 84

BioHorizons UK
+44 (0)1344 752560

BioHorizons Chile
+56 (2) 23619519

BioHorizons Italy
800-063-040

BioHorizons Mexico
800-953-0498

Distributors

Visita biohorizons.com per le informazioni di contatto in oltre 90 paesi



acquista online su
store.biohorizons.com