

ANWENDERBERICHT // Bei der klinischen Kontrolluntersuchung einer 47-jährigen Patientin war am Zahn 35 ein dezenter Randspalt der alten Goldgussversorgung auffällig (Abb. 1 und 2). Die Patientin wünschte den Austausch der Restauration, weil für sie aufgrund der dunklen Zahnverfärbung auf der Bukkalseite des Zahnes das Risiko einer unbemerkten Karies in der Tiefe bestand (Abb. 2).

AUSTAUSCH EINES GOLDINLAYS

Dr. Romy Kreplin / Jesteburg

Diagnostik

Der röntgenologische Befund zeigte keine Auffälligkeiten (Abb. 3). Der Zahn machte subjektiv keine Beschwerden und zeigte normale Reaktionen auf die Testungen von Vitalität und Perkussion. Aufgrund des sichtbaren Randdefektes am mesiobukkalen Inlayrand bestand die Indikation zur Restauration des Zahnes. Die Versorgungsalternativen wurden ausführlich mit der Patientin besprochen. Da die steigenden Goldpreise und der Wunsch nach ästhetischen Füllungsmaterialien im Gespräch thematisiert wurden, fiel die Entscheidung auf eine direkte Composite-Restauration. Ein ent-

scheidender Vorteil dieser Füllungstherapie ist die minimalinvasive Präparation der Kavität, die keinerlei Anforderungen an bestimmte Formen hat.

Klinisches Vorgehen

Nach Farbauswahl und Anästhesie wurde die linke Unterkieferzahnreihe mit Kofferdam isoliert. Im Anschluss erfolgte die Entfernung des Goldinlays sowie die substanzschonende Nachpräparation der Kavität. Die Sekundärkaries wurde dabei vollständig entfernt. Der ursprünglich spitz auslaufende Präparationsrand im approximalen Kasten konnte belassen werden, da

dieser Bereich mit fließfähigem Composite vollkommen ausgefüllt werden kann. Er wurde lediglich mittels Sonicflex von Verfärbungen befreit und angefrischt (Abb. 4 und 5). Es bestand keine Notwendigkeit zur Tieferlegung des Kavitätenrandes.

Im nächsten Arbeitsschritt wurde der Zahn optimal zur Aufnahme einer Composite-Füllung vorbereitet (Abb. 6). Dazu kam ein Teilmatrizensystem mit entsprechenden Keilchen und stabilem Spannring zum Einsatz. Zunächst wurden zwei passende Teilmatrizen ausgewählt und je mesial und distal mit den passenden Keilchen fixiert. Nach Anlegen des Spannringes wurde das darunterliegende Keilchen nachgeschoben und die Teilmatrize auf Höhe des

Abb. 1: Goldgussversorgung am Zahn 35, Okklusalan­sicht. **Abb. 2:** Randspalt okklusal an 35 in der Ansicht von bukkal. **Abb. 3:** Bissflügel linke Seite, 35 zeigt keine Auffälligkeiten.



Unsere Eigenmarke hat immer die besten Produkte

SCHEIN ON!

TOP
Qualität

Top
Preise
%

TOP
Auswahl




Ab in den Shop
henryschein-dental.de

Erfolg verbindet.



Abb. 4: Anfrischen der approximalen Kavitätenränder. **Abb. 5:** Vorbereitete Kavität. **Abb. 6:** Hilfsmittel zur Füllungsgestaltung in situ. **Abb. 7:** Schmelz-konditionierung mit Phosphorsäure. **Abb. 8:** Auftrag Bonding. **Abb. 9:** Polymerisation mit SDI radii-cal. **Abb. 10:** Aufbau des mesialen approximalen Kastens. **Abb. 11:** Beide approximale Kästen aufgebaut. **Abb. 12:** Schichtweiser Aufbau der Okklusalfäche. **Abb. 13:** Auftrag der finalen Deckschicht. **Abb. 14:** Charakterisierung mit Malfarben. **Abb. 15:** Ausarbeitung der Füllung.



Abb. 16: Fertiggestellte Füllung unmittelbar nach Ausarbeitung und Politur. **Abb. 17:** Ansicht von bukkal nach Kofferdam-Entfernung **Abb. 18:** Fertige Füllung, Ansicht von okklusal.

Approximalkontaktes mit einem Instrument bombiert.

Nach Konditionierung des Zahnschmelzes mit Phosphorsäure erfolgte die Applikation des Bondingsystems (Zipbond) mit einem Microbrush (Abb. 7 und 8). Zur sicheren Versiegelung des zervikalen Kavitätenrandes wurde unmittelbar nach dem Bonding eine dünne Schicht des fließfähigen SDI-Composites im mesialen und distalen Randbereich aufgetragen.

Nach der ersten Polymerisation (Abb. 9) begann der schichtweise Auftrag von Luna A3 zunächst in den approximalen Kästen (Abb. 10 und 11). Die Okklusalfäche wurde mit zwei diagonal verlaufenden Inkrementen modelliert (Abb. 12). Als Deckschicht kam Luna 2XB zum Einsatz (Abb. 13). Das Composite-Material über-

zeugte durch seine ausgezeichnete Stopfbarkeit und Modellierbarkeit, ohne an den Instrumenten zu kleben. Zur individuellen Charakteristik des Fissurenreliefs wurde abschließend mit dem eingefärbten Flowable „shade Modifikation“ weiß und braun gearbeitet (Abb. 14). Die Farben ließen sich hervorragend applizieren und mittels Sonde zielgenau verteilen. Nach Entfernung der Hilfsmittel erfolgte die Ausarbeitung der Composite-Restoration (Abb. 15).

Ergebnis

Die Patientin war begeistert von der naturgetreuen Optik ihrer neuen Füllung, die sich perfekt in das Bild der Zahnreihe

einfügt. Die klinische Kontrolle ergab eine randdichte Restauration ohne sondierbare Ränder, formstabile Approximalkontakte und eine hervorragende Ästhetik (Abb. 16–18).

DR. ROMY KREPLIN

Lüllauer Straße 1a
21266 Jesteburg
Tel.: +49 4183 972828
info@zahnaerztin-jesteburg.de

SDI GERMANY GMBH

Tel.: +49 2203 9255-0
www.sdi.com.au

ANZEIGE

**Dentale
Schreibtalente
gesucht!**

© svetsazi - stock.adobe.com

QR Code

Sie können schreiben?
Kontaktieren Sie uns.

dentalautoren.de

OEMUS MEDIA AG

Holbeinstraße 29 · 04229 Leipzig · Deutschland
Tel.: +49 341 48474-0 · info@oemus-media.de