

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS para

T4B™ EL TRAINER PARA BRACKETS

creado por Dr. Chris Farrell (BDS Sydney University)

Elimina los malos hábitos miofuncionales

Reduce el trauma de tejidos blandos que pueden provocar los brackets

Mejora la efectividad de los aparatos fijos.

Trata los síntomas de la ATM sin tiempo de sillón

Comuníquese con nosotros para obtener un video sobre el Sistema TRAINER/el FARRELL BENT WIRE SYSTEM.

También para información acerca de los cursos sobre el tratamiento ortodóntico miofuncional.

Todas las preguntas o comentarios deben dirigirse en inglés a:

MYOFUNCTIONAL RESEARCH CO.
PO Box 14 Helensvale Qld 4212 AUSTRALIA

Tel: +61 7 55735 999 Fax: +61 7 55736 333

Email: info@myoresearch.com

Internet: www.myoresearch.com

CONTENIDO:

Investigación
2

Introducción
3 - 4

Indicaciones de
uso
5 - 7

Características
de diseño del
T4B™
8

Entrega del
T4B™
9



MYOFUNCTIONAL RESEARCH CO.

- diseñadores y fabricantes de aparatos dentales innovativos -

EUROPE • USA • AUSTRALIA

Extractos del “American Journal of Orthodontics - Dentofacial Orthopedics”, Vol. 113 No. 6 Junio 1998.

Referencia 1: “Readers Forum”: Página 14 A:

Se ha observado que con casos de este tipo, el tratamiento puede ser exitoso pero la retención muy dudosa. Los factores musculares, la posición lingual y la función juegan un papel muy importante, y pueden llevar a un cambio definitivo o recaída del problema original. Mi observación a lo largo de los años ha sido que los cambios son los únicos factores constantes, y que la adaptación al nuevo medio es satisfactorio”.

H. Brown Otopalik, DDS

Página 15 A

“Me gustaría agradecer al Dr. Otopalik sus generosos comentarios sobre el caso presentado en el número de diciembre de 1997 del American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics (1998; 113:589-95). Estoy de acuerdo con sus preocupaciones sobre los músculos, la posición lingual y la función. En cada caso de ortodoncia, la estabilidad a largo término es una preocupación importante para cualquier clínico.”

Joy D. English, DDS, MS

Readers Forum: Página 15 A, al Dr Graber

“Yo también tengo claro que aún estamos dando vueltas y más vueltas a la punta del iceberg. Se ha dado cuenta de que, incluso con la utilización de aparatos ortopédicos y funcionales, el objetivo principal es todavía el “enderezamiento de los dientes”?? El objetivo sigue siendo mover dientes, la punta del iceberg. Pero, ¿Qué me dice del hielo por debajo del nivel del oceano, que constituye más del 90 % de la masa del iceberg? ¿Qué hay de los músculos, tejido blando, nervios, tendones, huesos, etc... que están por debajo de los dientes?”

Marcos Nadler Gribel, DDS

Referencia 2: Página 603

Obstrucción nasal y crecimiento facial: La fuerza de la evidencia de las presunciones clínicas.

“La relación ortodóncica de la obstrucción naso-respiratoria y su efecto sobre el crecimiento facial continúa debatiéndose después de casi un siglo de controversia. Si tanto los datos como las creencias populares no comprobadas se someten a los mismos criterios rigurosos, las indicaciones del manejo ortodóncico de pacientes con obstrucción nasorespiratoria podrían ganar una aproximación más racional en las recomendaciones de tratamiento”. (Am. J Orthod Dentofacial Orthop 1998; 13:603-11).

Katherine W. L. Vig, BDS, MS, FDS, DOrth

Referencia 3: Página 625.

Hallazgos inesperados en la ATM durante la terapia con aparatología fija.

“Este pequeño estudio parece sugerir que los signos y síntomas de la articulación temporomandibular están cambiando, siendo inconsistentes y efímeros en muchos pacientes de ortodoncia al margen de la mecánica de tratamiento”. (Am. J Orthod Dentofacial Orthop 1998; 113:625-31).

Albert H. Owen III, DDS, MSD

Referencia 4: Página 687.

“Después de sacar los brackets, ¿Debemos retener el caso toda la vida o arriesgarnos a ser parte del 90 % de casos con recaída?. Para crear una diferencia, debemos tener la audacia de retrasar nuestros pasos, juntar a todas las personas interesadas, y tener el coraje de construir y confrontar las diferencias. La verdad no es una verdad de preferencias, sino una verdad que pondrá en marcha la rueda para negociar una aproximación más realista para contra atacar el fenómeno de la recaída.”

Prof. Marc Saadia, DDS, MS, and Roberto Valencia, DDS

Un número al azar del “American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics” ilustra EL PROBLEMA:

“Los factores musculares, la posición de la lengua y la función juegan un papel muy importante y pueden llevar a un cambio definitivo o reaparición de los problemas originales.”

“Estoy de acuerdo con sus preocupaciones sobre la posición lingual, los musculos y la función”.

“Está claro para mí que todavía damos demasiada importancia a la punta del iceberg”

“La relación ortodóncica de la obstrucción nasorespiratoria y su efecto sobre el crecimiento facial continúan debatiéndose”.

“Los signos y síntomas de la ATM están cambiando, haciendose inconsistentes y efímeros en muchos pacientes ortodonticos”.

“Después de sacar los brackets, ¿Debemos retener toda la vida o arriesgarnos a que el caso pase a formar parte del 90% de casos con recaída?”

En Europa, el concepto de la utilización de aparatos funcionales para redirigir el crecimiento en combinación con la expansión de las arcadas ha sido una elección popular para el tratamiento de muchas maloclusiones frecuentes durante buena parte del siglo XX. La corrección de las maloclusiones de clase II sería difícil sin la utilización de estos aparatos. Una mayor aceptación de estas técnicas, más amplia, particularmente en Norteamérica, se ha visto limitada por las desventajas inherentes y las críticas de los denominados aparatos funcionales. También ha habido una tendencia en Europa a adoptar un sistema de sólo aparatología fija.

Las ventajas de los aparatos funcionales con el tratamiento temprano de la maloclusión, los efectos ortopédicos sobre el hueso, permitiendo la corrección de las maloclusiones esqueléticas, que con sólo aparatos fijos no se arreglan.

Las desventajas son en general, la falta de capacidad de alinear los dientes más una construcción compleja y cara. Cuanto más se desarrollan los aparatos para cumplir sus objetivos, más fácil es que se rompan y más difícil es la cooperación por parte del paciente. Además, a pesar de su nombre, pocos aparatos funcionales tienen efectos significativos sobre los tejidos blandos: corrección de la interposición lingual; deglución invertida; hábitos orales y respiración oral. Todos estos factores parecen influir ampliamente sobre el crecimiento y la alineación dental (1,5,6,7,8).

Tiempo de tratamiento prolongado.

Más recientemente ha habido una tendencia a combinar un sistema en 2 fases para obtener los mejores resultados de las aproximaciones funcional y fija, reconociendo las limitaciones de ambos sistemas si se usan de forma exclusiva. Esto significa de 1 a 2 años de tratamiento funcional, y entonces (ya que son limitados para alinear dientes), uno o dos años más de tratamientos fijos, más la retención. El tratamiento de Ortodoncia, en consecuencia, puede prolongarse 4 o más años. Los niños, padres y ortodontistas prefieren una duración de tratamiento más corta, y tienden a querer saltarse la fase funcional y sólo enfocarse en la alineación dentaria efectiva, por motivos prácticos. Estas desventajas han llevado a la tendencia muy extendida, particularmente en Norteamérica, de utilizar sólo aparatología fija en la dentición definitiva, e ignorar las ventajas de los procedimientos de tratamiento fijo y funcional en dos fases. Esta tendencia también se ha hecho la norma en mucha parte de Europa del Oeste.

Tratamiento de más que la alineación dental.

En el número de Junio del American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopaedics (Vol 113, num 6) se pueden leer artículos sobre los efectos de los tejidos blandos que puede tener la Ortodoncia; el impacto de la restricción de las vías aéreas sobre el crecimiento; la ATM en casos ortodónticos tratados y la recaída, más una revisión de los efectos de los aparatos funcionales. Parece haber un debate interesante entre Ortodontistas, sobre si este tratamiento fijo – solo está dando el resultado adecuado a largo término.

Este tema, por sí mismo, indicaría estar pendiente de que es necesario mirar a los planes de tratamiento de forma más comprensiva. Tratar los músculos orales, la malposición y disfunción de la lengua (1). Corregir la forma de respirar (2). Sacar algo del potencial de recaída, en forma de factores a controlar, más que utilizar retención permanente (1,4). Tratar los problemas de la ATM según se vayan desarrollando durante el tratamiento ortodóntico (3).

COMBINACION DE APARATOLOGIA FUNCIONAL Y FIJA:

Tratamiento de más que la alineación dental.

Tratamiento de los músculos orales, malposición lingual y disfunción¹

Corrección del modo de respirar²

Contenido de referencias:

⁵Angle "The Treatment of Malocclusion of the Teeth" Edition 7. Chapter 2. Philadelphia: 1907.

⁶Graber. "The Three M's. Muscle, Malformation and Malocclusion". AJO-DO 1963 Jun (418-450).

⁷Bresolin, Shapiro, et al. "Mouth Breathing in Allergic Children: Its relationship to Dentofacial Development". AM J ORTHOD DENTOFAC ORTHOP 1983.

⁸Nevant, Buschang, Alexander, Steffen. "Lip Bumper Therapy for Gaining Arch Length". AM J ORTHOD DENTOFAC ORTHOP 1991;100:330-6

⁹Woodside, Linder-Aronson, Londstrom and McWilliam. "Mandibular and Maxillary Growth After Changed Mode of Breathing". AM J ORTHOD DENTOFAC ORTHOP 1991;100:1-18.

¹⁰Weinstein S. - AJO 1967;53:881-903

¹¹Profit W.R. - Arch Oral Biol 1972;17:555-63.

La necesidad de un tratamiento combinado fijo-funcional.

El **TRAINER PARA BRACKETS** (Trainer for Braces™) fue desarrollado por la necesidad de asistir el tratamiento de los tejidos blandos, posición lingual y problemas potenciales de la ATM. Como algo añadido, cubre los brackets y bandas, proporcionando prevención de gran parte de las irritaciones que pueden producir sobre los tejidos blandos adyacentes. No tiene como objetivo reemplazar la fase de aparatología funcional, pero permite un tratamiento de “tipo funcional” en combinación con aparatos fijos. El **T4B™** también tiene características de diseño específicas para el entrenamiento miofuncional.

El **TRAINER FOR BRACES™ (T4B™)** es un aparato funcional prefabricado que tiene canales que encajan sobre los brackets ortodónticos, proporcionando protección de los tejidos blandos y determinadas características miofuncionales específicas. También actúa como un aparato funcional en la corrección de maloclusiones de clase II y como una férula de ATM.

Tratamiento de los factores musculares, posición lingual y función: (1,5,6)

El **T4B™** tiene una pestaña para el reentrenamiento activo de la posición lingual. La punta de la lengua es “entrenada” a la posición correcta. La guarda lingual detiene la interposición lingual mientras está colocado el aparato. Esto elimina las fuerzas negativas sobre la dentición, que pueden retardar el progreso del tratamiento. Los paralabios o lip bumpers están presentes para activar el músculo mentales, para romper el hábito de deglución inversa que es responsable del apiñamiento anterior y la falta de desarrollo mandibular (8).

Un aparato funcional.

El **T4B™** está fabricado en una posición de clase I eje a eje, haciendo que sea efectivo para la corrección de las clases II. Además, el efecto de doble férula previene la respiración oral, similar en función a una pantalla oral. La corrección de la respiración oral (2,9) es uno de los factores más importantes en el mantenimiento de la expansión de la arcada maxilar, que puede perderse en las etapas de aparatología fija. La expansión maxilar ha sido a menudo criticada por su falta de estabilidad. Algunos ortodoncistas nunca consideran la expansión como un arma terapéutica, por su posible factor de recaída. La lengua es capaz de ejercer fuerzas de 300 a 500 gramos (11) contra el paladar. En la posición correcta esto es capaz de mantener la anchura maxilar mientras acontece el alineamiento dental. Después de la expansión maxilar, la corrección en la forma de respirar y la posición de reposo de la lengua es el objetivo del **T4B™**, por esta razón.

La importancia de corregir los hábitos miofuncionales en conjunción con la alineación dental.

Desde el tiempo de Edward Angle en 1907, muchas publicaciones en la literatura Ortodóntica han indicado el importante efecto del tejido blando como influencia sobre la posición dental y el desarrollo craneofacial.

“Más a menudo de lo que se reconoce, las peculiaridades de la función labial pueden haber sido la causa de forzar los dientes en las malposiciones que ocupan”. Dr. E. H. Angle – The Treatment of Malocclusion of the Teeth. Edition 7. Chapter 2. Philadelphia: 1907.

Corrección de los hábitos miofuncionales

El objetivo del **T4B™** es ayudar a la corrección de los hábitos miofuncionales que provocan que los dientes y los maxilares se desarrollen incorrectamente. Esto es: interposición lingual, deglución incorrecta y respiración oral. Además, los tejidos blandos (labios y mejillas) se protegen de la irritación de los brackets y alambres, que provocan malestar en las etapas iniciales de la ortodoncia.

“El efecto de las fuerzas musculares es tridimensional, aunque muchos ortodontistas sólo han considerado un vector – el de la expansión. Cuando hay una “batalla” entre el hueso y el músculo, el hueso pierde. Es imperativa que el ortodontista valore la actividad muscular y que dirija su terapia ortodóntica de tal manera que el resultado acabado refleje un equilibrio entre los cambios estructurales obtenidos y las fuerzas funcionales que actúan sobre los dientes y los tejidos relacionados en ese momento”. Del número de Junio de 1963 del AJO-DO (418-450): “The Three M’s: muscle, malformation and malocclusion” – Graber.

Parece haber tres aspectos importantes a valorar en cualquier maloclusión: La posición dentaria, los hábitos miofuncionales incorrectos, y la posición mandibular.

Los aparatos modernos de Ortodoncia mueven dientes de forma muy eficiente, pero muchas veces no se tratan los hábitos miofuncionales, retardando el tratamiento y comprometiendo la estabilidad. La corrección de clase II también es impredecible incluso con las mejores técnicas. Las causas miofuncionales pueden también ser un factor primordial en ellas.

Las investigaciones han probado repetidamente que “los músculos tienen más poder que los tejidos duros (dientes y hueso alveolar).” Ahora es posible tratar los 3 aspectos de la maloclusión miofuncional además de las estructuras dentales y esqueléticas, con el **TRAINER FOR BRACES™ (TRAINER PARA BRACKETS)**.

La utilización del TRAINER FOR BRACES tiene 4 categorías principales:

La protección de tejidos blandos, la corrección miofuncional, acelerar la acción de los aparatos fijos y el tratamiento de las ATM.

Protección inmediata de tejidos blandos en casos recientemente embandados. Los pacientes a menudo se quejan de irritación en los tejidos blandos durante la primera semana o dos después de la colocación de los aparatos fijos. El **T4B™** constituye una buena prevención para esta incomodidad, particularmente durante la noche, al dormir. Esta es una buena practica.

Corrección de la Clase II. Después de un tratamiento de fase I con aparatos funcionales, la corrección puede perderse debido a la reaparición de los hábitos miofuncionales. El **T4B™** está construido en una posición de clase I para reforzar la corrección de la clase II durante la etapa de aparatología fija. También pueden combinarse fases funcionales y fijas con el **T4B™**.

Hábitos miofuncionales, tales como la interposición lingual, deglución invertida y respiración oral pueden ser factores importantísimos en algunas maloclusiones, haciendo que el tiempo de tratamiento se prolongue y comprometiendo la estabilidad. Las características miofuncionales del **T4B™** pueden detener la interposición lingual cuando está colocado, y también la pestaña lingual asiste en el reentrenamiento de la lengua hacia la posición correcta, y el parabolios entrena el mentalis hiperactivo, preveniendo los casos de deglución atípica.

Eliminación de los síntomas de ATM que se desarrollan a veces durante la utilización de aparatos fijos. Los pacientes que desarrollan síntomas de ATM al principio del tratamiento pueden tratarse de forma simultánea a la ortodoncia

Parece haber tres aspectos importantes a valorar en cualquier maloclusión: La posición dentaria, los hábitos miofuncionales incorrectos, y la posición mandibular.

La protección de tejidos blandos, la corrección miofuncional, acelerar la acción de los aparatos fijos y el tratamiento de las ATM.

El Trainer for Braces fue diseñado para múltiples usos en la práctica ortodóntica, para resolver algunos de los problemas diarios que se presentan tanto al paciente como al clínico.

fija sin interrupción. Los pacientes de ATM que están atravesando la corrección de fase II pueden continuar la corrección con el T4B™ sin interrupción del movimiento dentario. La disclusión de la dentición por la noche puede acelerar también el movimiento dentario.

Las utilizaciones más frecuentes.

Protección de tejidos blandos para casos recientemente embandados:

El problema del trauma a los tejidos blandos es común cuando se colocan aparatos fijos por primera vez. Este tema a menudo no es contemplado con interés por los ortodontistas, pero puede ser una preocupación importante para el paciente y los padres. Este trauma se intensifica de noche, cuando el niño está dormido. Aunque se sugieren varios remedios para el paciente, un recubrimiento completo y progresivo de los aparatos fijos parece ser la mejor solución para las lesiones potenciales del trauma de tejidos blandos. El T4B™ cubre los brackets irritantes y elimina gran parte del trauma al niño en esas primeras semanas de tratamiento fijo.

Eliminación de los efectos negativos de los hábitos linguales.

Mordida abierta anterior

La interposición lingual en casos de mordida abierta anterior puede perpetuar la maloclusión debido al hecho de que la lengua puede “ganar” a las fuerzas generadas por el alambre. El T4B™ detiene obviamente el hecho de que la lengua se coloque entre los dientes, y también reentrena activamente la lengua hacia la posición de referencia, como en muchas terapias miofuncionales. Esto tanto acelera el tratamiento como mejora la estabilidad.

Corrección de la Clase II

El T4B™ se utiliza como un aparato funcional, tanto para avanzar la mandíbula y conseguir una clase I, como para detener la interposición lingual y los hábitos labiales asociados con esta maloclusión. La remoción de las fuerzas aberrantes permite que la mecánica de clase II sea más efectiva. **Nota: Los elásticos de clase II pueden utilizarse en conjunción con el T4B™ cortando una ranura para el gancho canino, permitiendo la colocación de elásticos entre las arcadas.**

Sobremordida

Se puede abrir una sobremordida llevando un T4B™ durante la noche, y acortando los extremos distales para permitir la sobre-erupción de los segundos molares.

Tratamiento del bruxismo / ATM

En los tratamientos de ortodoncia hay mucho movimiento dentario que puede crear prematuridades y subsiguientes síntomas de la ATM. Esto puede ser difícil de aguantar para el paciente, y el ortodontista, ya que muchas veces los síntomas no desaparecen sin tratamiento. El T4B™ es una férula nocturna ideal, con una sección más gruesa en la base para la compresión dentaria/articular, con el material de silicona blanda que permite compensar la disarmonía oclusal. Esto puede implementarse sin interrupción del tratamiento con aparatología fija.

Se entrega el T4B™ antes o durante la colocación de los brackets

Reduce el trauma de tejidos blandos que pueden provocar los brackets

Elimina los malos hábitos miofuncionales

Mordida abierta anterior

Corrección de la Clase II

Sobremordida

Tratamiento del bruxismo / ATM

Tratamiento de fase II después de la utilización de aparatos funcionales, como el Twin Block (Bloques gemelos), Bionator, Frankel, etc.

Hay un problema en la corrección de problemas II, sobre todo en edades más avanzadas, y es que la corrección puede perderse tras sacar los aparatos funcionales y se colocan los aparatos fijos. Aunque aparatos como el Twin Block de Clark pueden seguirse utilizando durante la fase fija, aún el paciente no se coloca en la mordida correcta, y también a menudo el movimiento dentario hace que el encaje de esos aparatos no sea satisfactorio. El **T4B™** es ideal para continuar la corrección de la dimensión vertical de la clase II, abierta, y el tratamiento miofuncional en combinación con la terapia fija de fase I.

Tiempo de tratamiento más corto.

Aún hay bastante controversia sobre el papel de los hábitos miofuncionales incorrectos, tales como la posición de la lengua y la función, la forma de respirar, etc., en la etiología de las maloclusiones (5, 6). Sin embargo, se considera que la remoción de las fuerzas inadecuadas en la dentición debería, por si sola, acelerar el tratamiento y prevenir parte de las recaídas. El **T4B™** no se considera un sustituto de los aparatos funcionales como el Andresen, Frankel, etc., o aparatos sencillos de tratamiento temprano como la pantalla oral y el Pre-Orthodontic Trainer T4K™. Es simplemente otro aparato útil que puede continuar la filosofía “funcional” en el tratamiento con aparatos fijos. Para esos ortodoncistas (la mayoría) que prefieren la utilización exclusiva de aparatos fijos, el **T4B™** se puede implementar como una estrategia de tratamiento para los tejidos blandos y la ATM de forma coordinada sin añadir tiempo de tratamiento y posiblemente disminuyéndolo. El impacto sobre la estabilidad del resultado corregido es un tema de debate. Sin embargo, con la existencia de las afirmaciones en la literatura científica en relación con la recaída, que dice que es inevitable en muchos casos (1,2,4), sin una retención a largo termino, cualquier ayuda en este sentido es bien positiva.

Se suele recomendar llevar este aparato una hora cada día más toda la noche. Esto puede variar dependiendo del caso y de la intención de utilización.

Los ortodoncistas le están encontrando otros usos, tales como:

- Post-corrección de mordidas cruzadas.
- Post-Expansión rápida, para re-entrenar la lengua y la forma de respirar.
- Utilización con elásticos de clase II o aparatología extraoral (la parte lateral puede ajustarse con tijeras para exponer brackets individuales).
- Cuando un niño no está preparado para aparatos fijos (dientes permanentes todavía no erupcionados del todo), el **T4B™** puede empezarse con la corrección de hábitos y la alineación dental básica, hasta 6 meses antes de empezar el tratamiento fijo.
- Herramienta de marketing. Coloque su nombre y dirección en la parte posterior de la tarjeta de instrucciones.

Tratamiento de fase II después de la utilización de aparatos funcionales

Mejora la efectividad de los aparatos fijos.

Que la remoción de las fuerzas inadecuadas en la dentición debería, por si sola, acelerar el tratamiento y prevenir parte de las recaídas.

Cuando un niño no está preparado para aparatos fijos (dientes permanentes todavía no erupcionados del todo), el **T4B™ puede empezarse con la corrección de hábitos y la alineación dental básica, hasta 6 meses antes de empezar el tratamiento fijo.**

Características de diseño del TRAINER PARA BRACKETS (TRAINER FOR BRACES, T4B™).

- **NO** se requieren impresiones ni ajustes.
- Un tamaño para todos los pacientes.
- Es posible el recorte distal si es necesario.
- Material elástico de silicona para la máxima flexibilidad y comodidad.
- Canales en el aparato para acomodarse a los dientes con aparatos fijos colocados.

Entrenamiento miofuncional:

- **Pestaña lingual** para el posicionamiento propioceptivo de la punta de la lengua como en terapias miofuncionales y del habla.
- **Guarda lingual** que detiene la interposición lingual cuando está el aparato colocado, y forza al niño a respirar a través de la nariz.
- **Paralabios**, que detienen la actividad de mentalis hiperactivos.

La investigación muestra que los paralabios son efectivos en la adquisición de longitud de arcada en casos con apiñamiento. (*)

(*)Lip bumper therapy for gaining arch length

C.T. Nevant, P.H. Buschang, R.G. Alexander and J.M. Steffen (AM J Orthod Dentofac Orthop 1991;100:330-6)

Posicionamiento mandibular:

- **El posicionamiento mandibular a clase I** se produce con el aparato en su sitio (igual que en la mayoría de aparatos funcionales) para asistir en la corrección a clase I.

La combinación de prevención de la interposición lingual y el cambio en la forma de respiración asiste a la corrección de la clase II. Además, los lados verticales pueden recortarse para permitir la utilización de clase II para mejorar la corrección de la clase II.

Consejos para los padres al utilizar el T4B™ en sus hijos:

La boca del niño debería estar cerrada la mayor parte del tiempo; esto se enfatiza, además de mantener los labios en contacto cuando el T4B™ está colocado. Cuando el T4B™ está fuera de la boca, los labios deberían todavía mantenerse ligeramente en contacto, y la respiración debería ser a través de la nariz, exclusivamente.

Recordar al niño tener la punta de su lengua en el área de la pestaña lingual, siempre, incluso cuando no lleven el T4B™. Utilizarlo un mínimo de 6 a 12 meses, según indique el ortodoncista / dentista.

Insistir con la utilización del aparato al dormir, si el T4B™ se cae por la noche. Si no es posible llevar el aparato por la noche, aumentar el tiempo de llevarlo durante el día.

Observar los cambios faciales favorables a partir de la corrección de los malos hábitos miofuncionales y la posición mandibular.

Características de diseño del TRAINER PARA BRACKETS T4B™

Entrenamiento miofuncional

Posicionamiento mandibular

Digan al niño que los brackets se sacarán mucho antes si lleva el T4B™

Entrega del TRAINER PARA BRACKETS T4B™

- Muestra al paciente el T4B™ y señalarle la “pestaña lingual”.
- Decir al niño que se **“coloque el T4B™ en la boca con la pestaña lingual hacia arriba. Sentir esa pestaña con la punta de la lengua”**. Mostrar al niño la sección elevada de esta pestaña lingual, tocar la punta de la lengua con el mando de un espejito. “Esta es la posición donde la punta de la lengua debería estar todo el tiempo, tanto si el aparato está en la boca como si no”. El paciente entonces se lo vuelve a colocar el mismo.
- **Mantener los labios ligeramente en contacto y respirar a través de la nariz.**
- **No masticar sobre el T4B™**. Cerrar los dientes contra el T4B™ y mantener los labios en contacto.
- Cerrar contra el T4B™, **sin “masticar”** es todo lo necesario siempre que los labios se mantengan en contacto.
- **Utilizarlo diariamente** mientras descansa, lee, ve la televisión o juega. El tiempo mínimo de llevarlo por el día es una hora. Dos sesiones de 30 minutos son igual de efectivas. Una hora se considera el tiempo mínimo, y por supuesto si quieren utilizarlo más tiempo, eso aumentará la efectividad del aparato. La utilización durante el día es el entrenamiento consciente de la posición lingual.
- **La protección adecuada de los tejidos blandos requiere la utilización nocturna.** La utilización por la noche detendrá la irritación de los brackets sobre los tejidos blandos, y la causa del trauma cuando el niño está dormido y no nota la irritación. Si el aparato se cae (lo que probablemente haga en las primeras etapas del tratamiento), simplemente indicar al niño que insista en colocarlo los siguientes días, ya que esto es un programa de entrenamiento y una vez esté en la boca toda la noche, eso es nuestro mayor éxito. Los respiradores orales y deglutores atípicos en particular tienen este problema; sin embargo, deben darse cuenta de que cualquier tratamiento de ortodoncia fallará en su caso a no ser que esos hábitos se corrijan; deben seguir utilizando el aparato. La utilización nocturna es la fase pasiva, deteniendo en efecto detrimental de la interposición lingual y la respiración oral.

Colocación y Ajustes

El T4B™ no suele requerir ajustes. Pida al niño que se coloque el aparato él mismo. **El doctor no debe intentar colocarlo en la boca del paciente.** Pedir al paciente que compruebe que no hace daño en ningún sitio. Normalmente esto será así. Las arcadas estrechas pueden requerir que los extremos distales se recorten de 2 a 3 mm, si el paciente refiere que el aparato es demasiado largo o no pueden cerrar sus labios.

Recortado Cortar con tijeras en los extremos distales para acortar, o donde haya incomodidad.

Si hay demasiada mordida abierta, los dientes anteriores no entran en el sistema de guía de alineación dentaria. Recortar de 2 a 3 mm de los extremos distales para cerrar la mordida y corregir este problema. Recortar el arco labial superior si el niño tiene una clase II extrema o mordida abierta. Esto hará más fácil ajustar los dientes anteriores en el T4B™.

Los niños más pequeños de diez años de edad sin los segundos molares permanentes también pueden utilizar el T4B™. Simplemente hay que recortar de 4 a 6 mm del extremo distal para compensar la falta de molares permanentes.

Limpieza..... Enjuagarlo en agua templada – cepillar con un cepillo de dientes. El T4B™ puede hervirse para esterilizarse.

Que decirle al paciente

Colocación y Ajustes