

4577

T.O
1024
AC
930

MANEJO INTEGRAL DEL BRUXISMO. CASO CLINICO

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO 2002

Castellanos W., Fuquen E., Gerardino N., Gómez C., Lozano M., Luque A., Marin M., Marin O., Martinez A., Rivera N., Suarez L., Rodríguez C., Revelo I.

RESUMEN

El bruxismo es una de las patologías que se maneja con poca frecuencia en la consulta odontológica; suele afectar a las personas que experimentan tensión nerviosa, ira, dolor o frustraciones frecuentes y a aquellas que suelen ser demasiado competitivas, apresuradas o con tendencias agresivas. Se presenta por lo general en los estadios tempranos del sueño, usualmente tiende a desaparecer en el sueño profundo. Las personas pueden notarlo muchas veces al despertar con molestias en la boca, tales como dolores en los dientes, encía, músculos que intervienen en la masticación; en otros casos puede pasar desapercibido y ser diagnosticado al examen intraoral. Con la ilustración de este caso clínico de bruxismo se busca aportar información al odontólogo basada en la evidencia clínica describiendo el manejo clínico y farmacológico del dolor y rehabilitando el esquema oclusal del paciente. En el manejo de este caso clínico se destaca la importancia de un trabajo integral de especialistas los cuales tienen la función de desempeñarse eficazmente en su área logrando un tratamiento con un pronóstico favorable para el paciente.

El paciente manejado en este caso clínico asistió a la consulta por dolor muscular y dental severo. El dolor dental fue tratado por el endodoncista con tratamientos convencionales de conductos y el muscular por el prostodoncista con el uso de analgésicos y terapias de calor. Con una placa oclusal en céntrica se aumentó la dimensión vertical del paciente y se estabilizó oclusalmente. Se ordenó el uso de la placa veinticuatro horas al día y se controló a las veinticuatro, cuarenta y ocho horas y una semana encontrando ausencia total del dolor. Después de la primera semana se redujo el uso de la placa a las horas de la noche solamente y se controló a la segunda y a la cuarta semana, tiempo en el cual no presentó sintomatología. A partir de la octava semana la dimensión vertical y la estabilidad oclusal obtenida con la placa oclusal se trasladó al articulador donde se realizaron los encerados de diagnóstico y se tomó un índice o matriz en silicona de condensación para la elaboración de las provisionales de autopolimerización. Ya preparados los dientes; los que fueron tratados endodónticamente se restauraron con núcleos colados y los que conservaban gran parte de estructura dentaria se reconstruyeron con ionómero de vidrio tipo reconstructor de muñones. Se realizó alargamiento de corona generalizado en el maxilar superior para aumentar la distancia cervico oclusal perdida debido al desgaste severo. A nivel de 16 que estaba ausente se realizó una gingivoplastia para crear papilas y mejorar el perfil de emergencia del piónico. Se temporalizó al paciente con provisionales de termocurado conservando el esquema oclusal y la dimensión vertical manejada anteriormente.

Los resultados mantenidos en las temporales de termocurado fueron trasladados a las coronas definitivas elaboradas en metal porcelana con cuello vestibular cerámico. Se realizó una nueva placa oclusal para la protección de la rehabilitación. El paciente se maneja con interconsulta psicológica para hacerlo conciente de su problema y de su recuperación. Posteriormente, se realizó control a la primera, segunda, tercera y cuarta semana en donde el paciente manifestó conformidad total y ausencia de dolor.

PALABRAS CLAVES: Bruxismo, Placa oclusal, Rehabilitación Oral, Articulación Temporomandibular.

INTRODUCCION

El problema surge ante la necesidad de dar un manejo odontológico integral adecuado a un paciente que presenta trastorno psicossomático multifactorial asociado a factores locales oclusales, psicológicos, tensionales, neurológicos y alteraciones del sueño, desencadenantes de una patología consistente en el apretamiento

involuntario de los dientes, lo que consecuentemente lleva a la alteración de funciones fisiológicas y a desarrollar sintomatología como pérdida de la dimensión vertical, dolor facial, sensibilidad dentaria, hipertonicidad de los músculos de la cara, cefalea, abrasión y desórdenes temporomandibulares entre otros. Para que el tratamiento tenga el éxito

* Investigadores, Estudiantes X semestre

** Asesor Científico, Odontólogo, Especialista en Prostodoncia, Oclusión y ATM.

*** Asesor Metodológico, Odontóloga, Magister en Administración de Salud

esperado es importante trabajar con un equipo especializado en las diferentes áreas de la odontología, de acuerdo, a las necesidades del paciente, teniendo en cuenta la etiología del problema con el fin de devolver la dimensión vertical mediante restauraciones protésicas definitivas y eliminación de la sintomatología a través de la utilización de las placas oclusales en céntrica y terapia farmacológica. La investigación pretende aportar información científica a los odontólogos tanto generales como especialistas sobre el manejo del bruxismo basados en la evidencia clínica.

El bruxismo es una patología de acción central con manifestaciones periféricas a nivel del sistema masticatorio que consiste en apretar los dientes, lo cual es producido por la contracción rítmica, repetitiva y violenta de los músculos de la masticación. El bruxismo obedece a causas psíquicas y emocionales que deben ser manejadas multidisciplinariamente, que por ser una alteración neuromuscular se deben utilizar analgésicos y miorelajantes, para que el paciente encuentre alivio inmediato. (Vallejo y cols, 1985). La etiología del bruxismo se ha catalogado como un trastorno psicosomático multifactorial. Frecuentemente se relaciona con maloclusiones clase II. La causa del bruxismo no está enteramente clara; se ha sugerido, diversas anomalías neurológicas y ciertos factores orgánicos sobre todo la interferencia o la dificultad para la oclusión, lo cual se relaciona con factores locales tales como los **oclusales**. La oclusión parece ser uno entre los diversos

factores etiológicos y el grado de importancia de los diferentes factores varía con el tiempo y de un individuo a otro. El bruxismo sin desarmonía oclusal puede provocar una reacción de dolor muscular y es quizás un factor causal dominante en muchos trastornos del sistema masticatorio. (Rugh y cols, 1984).

Otros factores íntimamente relacionados con el bruxismo son los **psicológicos**. Se entiende "el factor" como el acontecimiento desencadenante de un proceso que implica cambios de comportamiento además se habla de factores constitucionales que tienen relación con elementos biológicos y genéticos que influyen en la forma de ser de la persona; por ejemplo predisposición a determinados tipos de personalidad ya que el bruxismo puede ser secundario a un trastorno psicológico como la depresión y la ansiedad. (Vallejo y cols, 1985). Los síntomas pueden incluir dolor atípico de la cara y dolor de cabeza; la intensidad y duración pueden ser muy variables, en relación a la frecuencia; se cree que pueden ocurrir eventos durante la noche. (Gómez y cols, 1996).

El tratamiento específico del bruxismo lo determina el odontólogo basándose en la edad, el estado general de salud e historia médica; evolución de la enfermedad; tolerancia a determinados medicamentos, procedimientos o terapias y expectativas para la trayectoria de la enfermedad. Básicamente en este tratamiento se debe tener una consideración importante como terapia oclusal de trastornos oclusales: la identificación de interferencias oclusales. Se ha

propuesto gran variedad de tratamientos, pero no existe evidencia de que alguno de ellos sea efectivo frente al bruxismo. La mayoría de ellos solo logra una reducción de la sintomatología, pero una vez terminado el tratamiento se vuelve a los niveles iniciales. (Pavone, 1985). Por lo tanto, a través de un manejo multidisciplinario se pueden establecer objetivos generales dirigidos a: disminuir el dolor, reducir la tensión psíquica, tratar los signos y síntomas, minimizar los irritantes oclusales, romper el patrón neuromuscular habitual y objetivos dentales tales como: reducir o eliminar desgaste, recuperar estructura dentaria perdida, proveer oclusión estable y armónica. (Pavone, 1985).

El tratamiento farmacológico esta orientado a la reducción de signos y síntomas. La literatura reporta tratamiento para el bruxismo con base en diferentes tipos de fármacos como: antidepresivos, bromocriptina, analgésicos no opiáceos, diclofenac sódico (Voltaren). El tratamiento de elección para el bruxismo no es el ajuste oclusal por tallado selectivo porque en casos de enfermedad oclusal moderada, avanzada, o en destrucción oclusal total se producirá mas desgaste que el existente. Es tratamiento que debe ser realizado por el especialista y luego de considerar cada caso en particular. (Vallon y col, 1995).

En algunos casos los pacientes bruxistas presentan inflamación de la encía alterando su contorno por lo cual esta indicado realizar el alargamiento coronal. Dentro del alargamiento coronal es importante

tener en cuenta las dimensiones fisiológicas de la unión dentogingival. El margen debe estar sobre tejido dental sano y sin invadir el espesor biológico para lograr así las garantías necesarias de integridad y estabilidad a través del tiempo. (García y col, 1994). Antes de un alargamiento coronal se debe tener en cuenta los siguientes factores: proporción raíz-corona, localización de las furcaciones, soporte periodontal que perderían los dientes adyacentes, valor estratégico y posición en la arcada, requerimientos restauradores posteriores, consideraciones estéticas y fonéticas, oclusión, posibilidad de higiene correcta tras la restauración, presencia de encía queratinizada insertada y bolsas periodontales y consideraciones endodónticas. A nivel estético se debe tener presente la sonrisa gingival y asimetría gingival. (Herrero F y cols, 1995).

En algunos casos los pacientes bruxistas requieren del uso de placas oclusales de céntrica para relajar los músculos que han sido atrofiados por esta patología estas placas oclusales son dispositivos intraorales utilizadas comúnmente durante los periodos de inactividad de la mandíbula, la mayoría de veces son adaptadas a la arcada superior proporcionando un contacto céntrico para los dientes mandibulares. La principal razón para su uso, independientemente del diseño, es el mantener los dientes antagonicos de cada arco, separados. Por medio de las placas se logra la supresión de uno de los integrantes del círculo vicioso de la disfunción de la ATM y músculos. (Schiemann, 1997). Están indicadas en casos de: bruxismo, disfunciones

de la ATM y músculos masticatorios, subluxaciones mandibulares, chasquidos y crepitaciones de ATM, en artritis crónicas y agudas de la articulación temporomandibular, limitaciones de movimientos mandibulares. (Clark y col 1979). Las placas oclusales o neuromiorelajantes que se emplean para el manejo del bruxismo no tienen efectos sobre el número de episodios sino sobre el tiempo de duración del apretamiento nocturno. Estabilizan la musculatura, la oclusión y la articulación temporomandibular con contactos estables en céntrica y guías de desoclusión en fases excursivas (Schiemann, 1997).

Es por lo anterior que el objetivo general planteado fue establecer el manejo integral del bruxismo por medio de una casuística.

METODO

El tipo de estudio fue un caso clínico cuyo sujeto de estudio fue un paciente de género masculino con 35 años de edad, procedente de Bogotá D.C., con diagnóstico de bruxismo severo. Como instrumento para la recolección de datos se tomó el formato de Historia Clínica utilizado por el Colegio Odontológico Colombiano.

El procedimiento se realizó en las siguientes fases: **Valoración del paciente**, en donde se diligenció la historia clínica y se tomó impresiones preliminares. **Fase Higiénica**, cuyo objetivo fue la eliminación de focos infecciosos, factores retentivos de placa bacteriana y motivación al paciente para mantener una correcta higiene oral. **Fase Quirúrgica**, en

donde se realizó alargamientos coronales superiores vestibulares y palatinos del 15 al 25, como también limpieza para pónico oval a nivel del diente 16. **Fase Endodóntica**, en la cual se llevó a cabo los tratamientos de conductos de los dientes 25-14-43-44 diagnosticados con pulpitis irreversible; retratamiento de conductos a nivel del diente 36 debido a que presentó periodontitis apical crónica no supurativa.

En la **Fase de Operatoria**, se reconstruyó con Ionómero de vidrio multipropósitos tipo Vitremer® de la casa 3M los muñones de los dientes 11-12-13-15-17-21-22-23-24-26-27-34-36-37-43-44-45-46 ya que el diámetro cervico incisal se encontraba disminuido; **Fase Prostodóntica**, en la cual se elaboró núcleos de los dientes 36 y 25; prótesis parcial fija del 15 al 17 y coronas individuales en los dientes 11-12-13-21-22-23-25-26-27-31-32-33-34-36-37-41-42-43-44-45-46; con un esquema oclusal consistente en desoclusión canina en todos los movimientos excursivos; **Fase de Laboratorio**, en donde se realizó encerados de diagnóstico, temporales de auto y termocurado, núcleos y coronas indicadas; **Fase de Mantenimiento Protésico**, cuyo objetivo fue evaluar oclusión, adaptabilidad, comodidad y posición de los dientes rehabilitados con prostodoncia fija. En la **fase de elaboración de la placa oclusal** se utilizó acetatos cuyas dimensiones fueron de 12cm X 12cm y un grosor de 0.6mm, se realizó sobre los modelos al vacío (stavack) con método indirecto, se le añadió una banda de acrílico en la parte posterior para producir desoclusión.

Finalmente en el **control de la placa oclusal** se evaluó el comportamiento de la placa, teniendo en cuenta que los contactos se encontraron estables en céntrica y guías de desoclusión.

RESULTADOS

• EXAMEN FISICO

Aspecto General: El paciente se encontró en buen estado de salud.

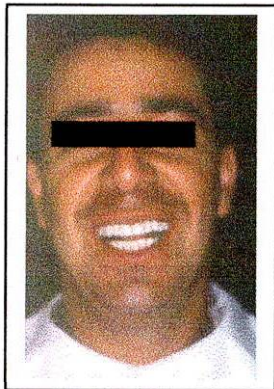


FOTO DE FRENTE

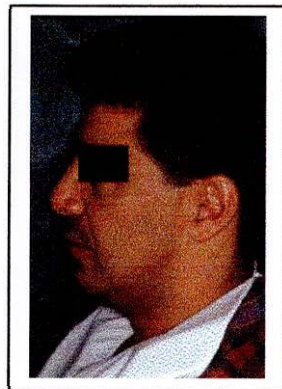


FOTO DE PERFIL

• ANAMNESIS

Historia Médica Familiar: Abuelos paternos y maternos diabéticos controlados.

Historia Médica Personal: Padeció de hepatitis A a los 30 años, tratado y controlado.

• HISTORIA ODONTOLÓGICA PREVA

Antecedentes Odontológicos: La reacción a la anestesia es buena, el paciente tiene una higiene oral regular y presenta restauraciones protésicas desadaptadas.

Antecedentes Psicológicos: No refiere.

• HISTORIA ESTOMATOLÓGICA:

El paciente presentaba dolor en los

músculos masticadores y desarmonías oclusales.

Examen Físico Oral: La encía del paciente presentaba una leve inflamación y alteración del contorno, el paladar duro es profundo, los demás tejidos se observan en aparente normalidad.



ARCADA SUPERIOR



ARCADA INFERIOR

Examen Físico

Craneomandibular:

▪ Examen De Músculos Masticadores:

Presentaba dolor a la palpación a nivel del músculo masetero, a la contracción, al estiramiento y al reposo.

▪ Examen de Articulación Temporomandibular:

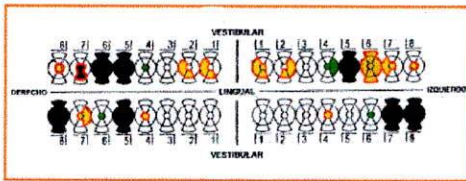
No presentó ruidos articulares, la ATM derecha e izquierda son normales.

▪ Examen Movimientos Mandibulares:

La apertura fue de 52mm, la protrusión de 5mm, lateralidad izquierda de 5mm y la derecha de 5mm, no presentaba ningún tipo de desviación mandibular en apertura y cierre.

▪ **Examen Dentario / Armonia-Desarmonia Oclusal**

ODONTOGRAMA INICIAL



Paciente con clasificación de Angle I derecha e izquierda, la sobremordida vertical de 1mm y la horizontal de 5mm, la línea media dentaria es normal, no presentaba apiñamientos ni diastemas. Presenta facetas de desgaste generalizadas, dientes perdidos 14, 24, 34, 48, el primer contacto dentario estaba a cargo de los dientes 15 - 44, la dimensión vertical postural del paciente de 56mm y la oclusal de 53mm quedando con un espacio libre de 3mm.

• **EXAMENES COMPLEMENTARIOS**

Exámenes De Laboratorio Clínico: No requiere

Exámenes Radiográficos: Juego periapical completo.

• **DIAGNOSTICOS**

Generales: Paciente sano

Craneomandibulares: Desorden de crecimiento y desarrollo. Hiperactividad muscular tipo bruxismo severo.

Periodontales: Gingivitis leve asociada a placa bacteriana.

Dentales: Facetas de desgaste generalizadas y restauraciones desadaptadas del 14 al 17.



FACETAS DE DESGASTE GENERALIZADAS



FACETAS DE DESGASTE GENERALIZADAS



FACETAS DE DESGASTE GENERALIZADAS

Endodónticos: Pulpitis Irreversible de los dientes 25-14-43-44-46. Periodontitis Apical Crónica no supurativa del diente 36.



PULPITIS IRREVERSIBLE DIENTE 25

- **PRONOSTICO ORAL:** Bueno

- **TRATAMIENTO**

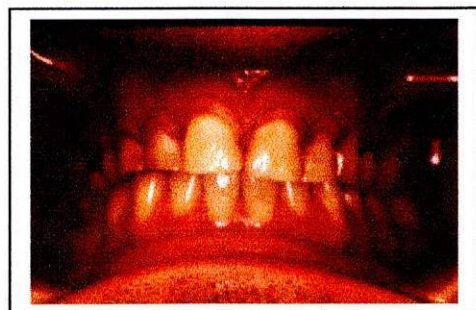
Periodontal: Terapia básica periodontal, control de placa bacteriana, motivación del paciente, enseñanza de higiene oral, eliminación de los factores retentivos de placa bacteriana, raspaje y alisado radicular, profilaxis.

Quirúrgico: Cirugía periodontal consistente en alargamientos coronales para exponer la cantidad suficiente de tejido sano, logrando una buena retención de la futura restauración y posición adecuada de los márgenes; además se realizó una gingivoplastia para pónico oval a nivel del diente 16, el cual es un remodelado gingival a nivel del pónico, con el fin de mejorar la estética y dar un excelente perfil de emergencia con la apariencia de una corona

individual, esta es una solución para tratar problemas periodontales, restauradores y estéticos, teniendo en cuenta que al realizar dicho procedimiento hay que mantener la dimensión adecuada de encía queratinizada alrededor del diente, idealmente se debe conservar 5 mm de encía (3 mm de encía insertada y 2 mm de encía libre), lo cual se cumplió en esta fase, si no se respetan estos parámetros se puede presentar recesión gingival y exposición del margen en el futuro, afectando el propósito estético.



DISEÑO DE LA INCISION



INCISION



ALARGAMIENTO CORONAL VESTIBULAR SUPERIOR REALIZADO



GINGIVOPLASTIA PARA PONTICO OVAL



TRATAMINETO CONVENCIONAL DE CONDUCTOS
DIENTE 36

Endodóntico: Tratamientos convencionales de conductos de los dientes 36-25-14-43-44-46, se utilizó la técnica crown down para la instrumentación, obturación con conos de gutapercha, se realizó condensación vertical y lateral y cemento obturador marca Sealapex.



TRATAMINETO CONVENCIONAL DE CONDUCTOS
DIENTE 43, 44, 46



TRATAMINETO CONVENCIONAL DE CONDUCTOS
DIENTE 15

Operatoria: Reconstrucción con ionómero de vidrio multipropósitos tipo Vitremer® de la casa 3M los muñones de los dientes 11-12-13-21-22-23-25-31-32-33-34-35-41-42-43-44-46-47.

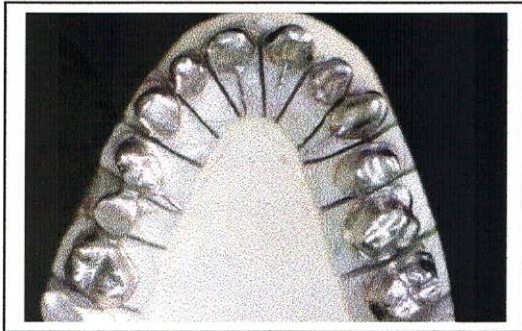


TRATAMINETO CONVENCIONAL DE CONDUCTOS
DIENTE 25



RECONSTRUCCION DE MUÑONES CON
IONOMERO DE VIDRIO MULTIPROPOSITO

Prostodóntico: Prostodoncia parcial fija del 14 al 17. Coronas completas combinadas metal cerámicas en los dientes 11-12-13-21-22-23-24-25-26-31-32-33-34-35-36-41-42-43-44-46-47. Núcleos en los dientes 36 y 24.

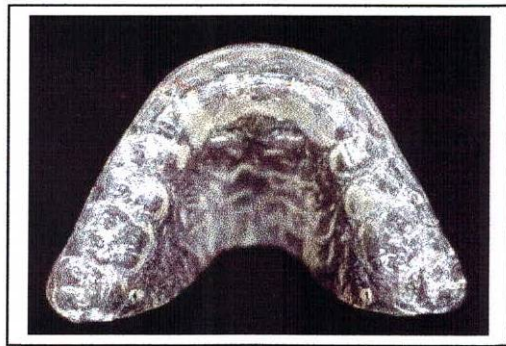


ESTRUCTURAS METALICAS



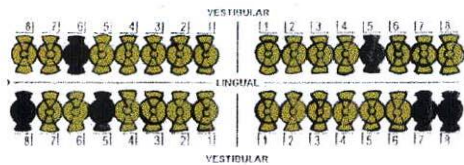
CORONAS COMPLETAS COMBINADAS

Se utilizó una terapia farmacológica con Motrin® de 600mgs como analgésico, una pastilla cada ocho horas durante tres días con el fin de aliviar el dolor y disminuir la inflamación. Se ordeno el uso de la placa veinticuatro horas al día y se controló a los ocho días encontrando ausencia del dolor. Luego de la primera semana se redujo el uso de la placa a las horas de la noche solamente y se controló a la segunda y a la cuarta semana, tiempo en el cual el paciente presentó ausencia total de la sintomatología.

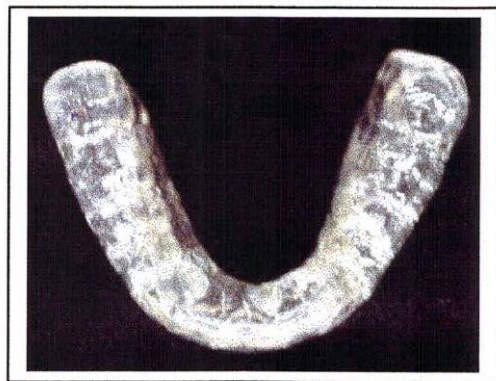


PLACA OCLUSAL SUPERIOR

ODONTOGRAMA FINAL

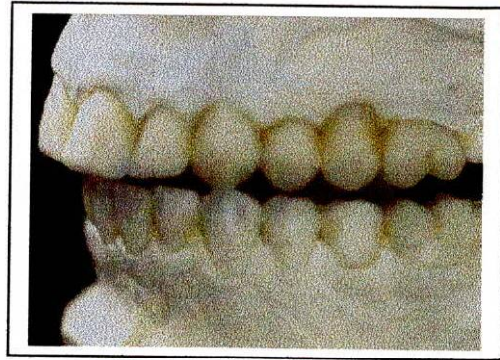


- **MANEJO NEUROMUSCULAR Y ARTICULAR.** Por medio de la placa oclusal en céntrica se aumentó la dimensión vertical y se estabilizó oclusalmente.



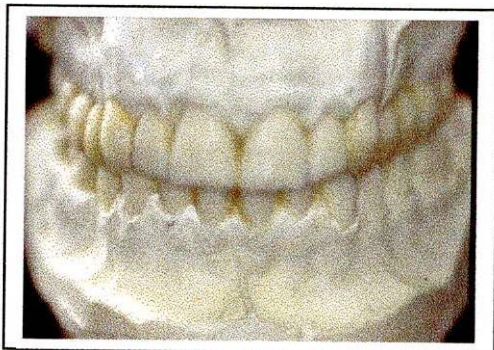
PLACA OCLUSAL INFERIOR

La dimensión vertical y la estabilidad oclusal obtenida con la placa oclusal fue transportada al articulador donde se realizó los encerados de diagnóstico y se tomó un índice o matriz en silicona de condensación para la elaboración de las temporales de autopolimerización. Ya preparados los dientes se tomó una impresión preliminar en silicona de adición para elaborar las temporales de termocurado en donde se tuvo en cuenta la dimensión vertical establecida y se dio en el encerado un esquema de oclusión ideal de desoclusión canina.



DESOCCLUSION CANINA IZQUIERDA

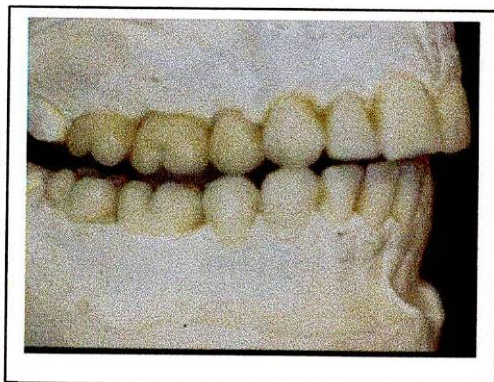
Se cementó las temporales de termocurado y se continuo con la evolución del tratamiento protodóntico, endodóntico y periodontal y el paciente con su nuevo esquema oclusal de desoclusión canina no presento ninguna sintomatología durante un periodo de tres meses que permitió una evaluación constante de la ausencia del dolor y el periodo necesario para la cicatrización del procedimiento quirúrgico periodontal.



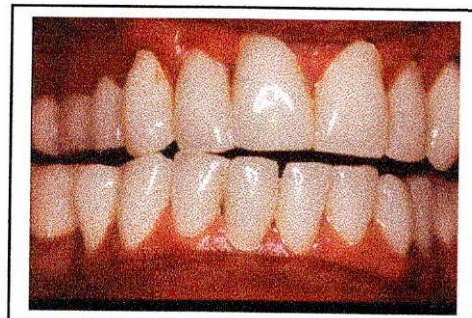
ENCERADOS DE DIAGNOSTICO



TEMPORALES DE TERMOCURADO



DESOCCLUSION CANINA DERECHA

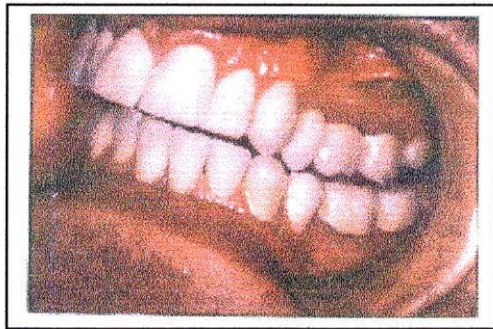


DESOCCLUSION CANINA

Los resultados obtenidos en las temporales de termocurado fueron trasladados a las coronas definitivas elaboradas en metal porcelana y se realizó una nueva placa oclusal para la protección de la rehabilitación.



CORONAS METAL CERAMICAS



PRUEBA DE PORCELANA EN DESOCCLUSION CANINA

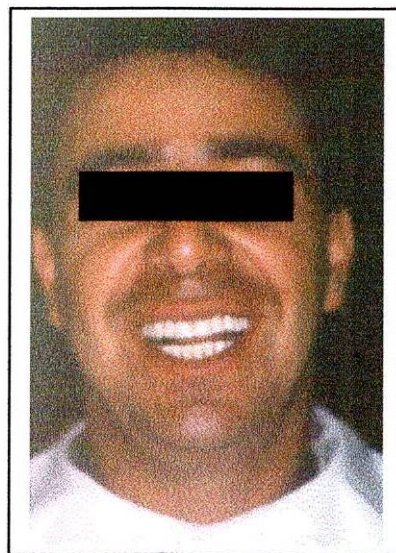
El paciente se maneja con interconsulta psicológica para hacerlo conciente de su recuperación y de esta manera tratara de evitar el contacto brusco de sus arcadas dentarias. Se realizó una evaluación a la primera, segunda, tercera y cuarta semana donde el paciente manifestó conformidad total y ausencia de dolor; finalmente se programó los controles a largo plazo.

- **CONTROL PERIODONTAL.** El paciente se controló periodontalmente durante cada cita, no presentó alteraciones post-quirúrgicas debido a su buena higiene oral y correcta adaptación de temporales el cual a medida del proceso de cicatrización conservó un margen gingival ideal.



CONTROL PERIODONTAL

- **CONTROL DE TRATAMIENTO PROSTODONTICO.** Se realizó controles clínicos, radiográficos a los 8 días, 2 semanas, 1 mes, 3 meses, 6 meses, 1 año.



PACIENTE CON TRATAMIENTO TERMINADO

RECOMENDACIONES

Realizar un estudio descriptivo de seguimiento a pacientes para valorar el manejo del bruxismo.

Realizar una investigación a largo plazo de seguimiento a los pacientes manejados con placa oclusal.

BIBLIOGRAFIA

- CATESBY, W., RUGH, J., Destructive bruxism: sleep stage relationship. *Sleep* 1988; 11(2): p:172-181.
- CLARK, G., BEEMSTERBOER, P., SOLBERG, W., RUGH, J., Nocturnal electromiographic evaluation of myofascial pain dysfunction in patients undergoing occlusal splint therapy, *JADA* 1979; 99: p:608-611.
- FAULKNER, K., Bruxism: A review of the literature. Part I. *Aust. Dental J.* 1990; 35(3) p: 266-276
- GARCÍA – CALDERÓN M y Compagni R. Cirugía periodontal estética y preprotésica: alargamiento coronal en el sector anterior. *Periodoncia* 1994; 4:3, p:156 – 164.
- GOMEZ, C., HERNANDEZ, G., ALZATE, M., El Bruxismo Confluencia de la psiquiatría y de la odontología. *Universitas Médica* 1996; 37 (I): 45 – 53.
- GRIPPO, J., Role of biodental engineering factor (BEF) in the etiology of root caries. *J. Of esthetic dent.* 1991; 3: p: 71-76
- HERRERO F , SCOTT JB, MAROPIS PS AD YUKNA RA. Clinical comparison of desired versus actual amount of surgical crown lengthening. *J Periodontol* 1995; 66 : 568 – 571.
- OKESON, J., Orofacial Pain . *Guidelines for Assessment, Diagnosis ad Managemen.* Quintessence Books. 1996: 161.
- PAVONE, B., Bruxism and its effects on the natural teetch. *JPD* 1985; 53:692-696.
- RUGH, J., BARGHI, N., DRAGO, C. J., Experimental Occlusal Discrepancies ad Nocturnal Bruxism. *JPD* 1984; 51: 548-553
- SCHIEMANN, P., Evaluación electromiográfica del tratamiento con placa miorelajante en pacientes bruxómanos. *Revista científica. Universidad el Bosque. Facultad de Odontología.* 1997; 3(1): 34-42.
- TACHIBANNA, N; YAMANAKA, K; KAJI, R; NAGAMINE, T; WATATANY, K; KIMURA, J; SHIBASAKI, H; Sleep bruxism as a manifestation of subclinical rapid eye movement sleep behavior disorder. *Sleep* 1994; 17: 555-558.
- TRAVELL, J., SIMONS, D., Myofascial Pain ad Dysfunction. *The Trigger Poin Manual* . Ed Williams & Wilkins Baltimore, London 1983: 1 – 4, 219 – 281.
- VALLEJO, J.,BULBENA, A; GONZALEZ, A., GRAU, A., POCH, J., SERRALONGA, J., *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría*, 2ª Ed., Barcelona. 1985: 276,638.
- VALLON, D., EKBERG, E. C., NILNER, M., KOOP, S., Occlusal adjustment in patients with craneomandibular disorders including headaches. *Acta odontol. Scan.* 1995; 53:55-59.

DIRECCION ELECTRONICA DE LOS
INVESTIGADORES

ninijohanna@msn.com