

PROPUESTA PARA LA APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS EN PACIENTES CON DISFUNCIÓN TEMPOROMANDIBULAR

Propose to application of a program of alternative treatments in the Temporomandibular Disfuctions in patients

**María Fasanella: Profesor Agregado de la Asignatura Oclusión;
Graciela Carvallo: Profesor Agregado de la Asignatura Operatoria;
Sofía Caricote: Médico Osteópata**

Resumen

La presente investigación es un estudio de tipo técnico, modalidad propuesta referida a la aplicación de un programa de tratamientos alternativos en la Disfunción Temporomandibular en pacientes que acuden a la Unidad de Investigación de Trastornos Craneomandibulares (UNICRAM) de la Universidad de Carabobo. Esta investigación se realizó en tres fases: primero se efectuó un estudio diagnóstico analizando cuantitativamente los resultados a través de frecuencias absolutas y relativas para conocer los signos y síntomas más comunes que presentaban los pacientes, luego se aplicó un programa de tratamientos alternativos específicamente la Fisioterapia y la Osteopatía combinadas con el tratamiento Odontológico convencional y por último se recogieron los resultados acerca de la evolución de dichos pacientes, también presentado en frecuencias relativas y absolutas. La población estudiada correspondió a un total de (40) cuarenta pacientes que acudieron a la Unidad de Investigación durante el año 2004, una vez a la semana, todos fueron diagnosticados con Disfunción Temporomandibular. Al establecer los signos y síntomas más frecuentes que aquejaban a dichos pacientes se encontró que 96% presentaron dolor y de éste 64.1 % se presentó en etapa crónica (Escala de Melsak). Además se encontró que 64.5% de los pacientes presentaron limitación de apertura y con ruido articular 52.5%, siendo el ruido más común el clic simple en apertura con 76.1 %. El análisis de los resultados obtenidos después de la aplicación de los tratamientos es que, el dolor solo persistió en 25%, la limitación de apertura se modificó en 83.3% y el ruido articular se mantuvo en 28.5% de los pacientes tratados, lo cual significa que todos los síntomas y signos se redujeron en porcentajes significativos.

Palabras clave: Disfunción Temporomandibular, dolor, limitación de apertura, ruido articular y Fisioterapia Osteopática

Abstract

The present investigation is a study of Technical type referred Propose modality to the application of a program of alternative treatments for the Tempormandibular Disfuction in patients who assist to the Unit of Investigation with Mandíbular Skull Upheavals (UNICRAM). This investigation was made in three phases: first was presented a quantitative analysis in

relative frequencies took place and absolute of the results of a diagnosed study to know the signs and more common symptoms that patients presented, then, a program of alternative treatments was applied, specifically the Physiotherapy and the Osteopathy combined with the conventional dental treatment and at the end the results about the evolution of these patients were gathered, also displayed in relative and absolute frequencies. The studied population corresponded to 40 patients who assisted to the Unit of Investigation during year 2004, once a week, all diagnosed with Temporomandibular Disfuncion. However, when establishing the signs and symptoms more frequent that grieved these patients, it was that 96% of them presented pain and that 64.1 % of this pain appeared in chronic stage (Scale of Melsak), also there was a high percentage of patients with limitation of opening (61,5%) and with noise to articulate (52,5%), being the noise more commonest click simple in opening, with (76,1%). With respect to the results obtained after the application of the treatments before mentioned, it was the single pain that persisted in 25%, the limitation of opening modified in 83.3% and the noise to only articulate one stayed in 28.5% of the patients, which means that all the signs and symptoms were reduced in significant percentage, which indicates the success of the treatment.

Key words: Tempormandibular Disfuncion, pain, limitation of opening, noise to articulate, Osteopathy, Physiotherapy.

INTRODUCCIÓN

La Disfunción Temporomandibular según Okeson (1999) y McNeill (2002), ha sido a lo largo del tiempo la patología más comúnmente presentada en los pacientes odontológicos a nivel mundial. De manera similar los pacientes que acuden a la Unidad de Investigación de Trastornos Craneomandibulares (UNICRAM) ubicada al área de Oclusión de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, también manifiestan signos y síntomas característicos de ésta patología, lo cual fue creando a través de los años la inquietud de estudiar en profundidad todo lo referente a esta enfermedad, para comprender e interpretar sus orígenes, significados, influencias y repercusiones en el resto del cuerpo humano.

Entendiendo que la Articulación Temporomandibular no es un ente aislado, se ha de considerar como parte influyente e influenciada del Sistema masticatorio quien a su vez, es uno de los más importantes componentes del cuerpo humano por ser el responsable de las funciones inherentes a la vida como son: la respiración, la fonación, la deglución y la masticación. (Alonso, Albertini y Becheli 2000).

Por lo tanto, es impensable que las articulaciones Temporomandibulares puedan ser vistas como elementos aislados del sistema locomotor y por ende que sean sólo afectadas por cambios a nivel de las caras oclusales de las estructuras dentarias, cuando es bien sabido que su estabilidad e inestabilidad dependen de factores muy diversos que muchas veces no tienen su origen en los dientes, y que además, su disfunción es capaz de producir signos y síntomas distantes dentro de este aparato locomotor y especialmente en áreas cercanas como es la columna cervical y cintura escapular. (Larena-Avellaneda, 2000).

Analizando los signos y síntomas tan variables encontrados en los pacientes, se ha cambiado la visión de la Disfunción Temporomandibular para considerarla como una patología, que si bien, no puede ser eliminada, como se elimina una caries dental, puede ser tratada como una enfermedad donde los signos y síntomas puedan ser aliviados para ofrecer una mejor calidad de vida a los pacientes que la padecen. (Shealy 2001).

Para realizar este cometido, es importante, que el tratamiento se lleve a cabo por un equipo multidisciplinario de especialistas que puedan ofrecer terapias que vayan desde las odontológicas hasta las traumatológicas, reumatológicas y fisioterapéuticas, en donde cada especialidad, pueda ofrecer diferentes vías que confluyan en una sola que conduzca al mejoramiento del paciente, logrando así que el individuo pueda volver a realizar sus actividades de una forma armónica y sin molestias.

De hecho, tanto en América Latina, como en Venezuela, se ha tratado de buscar alternativas de solución, ofreciendo tratamientos basados en experiencias como el bloqueo aleatorio de los nervios de la zona afectada, tal como lo refiere Domínguez (1996) Granadillo (2000), con el uso de la Kinesiología aplicada, y Martínez (2003), con otras técnicas fisioterapéuticas.

Así mismo, en La Habana, Cuba, Almagro Urrutia y colaboradores (1998), evaluaron la efectividad de las corrientes día dinámicas y galvánicas en el tratamiento del dolor articular y muscular de la disfunción temporomandibular obteniéndose en ambas terapias alivio del dolor, ya sea de manera total o parcial.

Partiendo del hecho de que el dolor, producto de trastornos neuromusculares que propician la tensión muscular, es lo que más frecuentemente aquea a los pacientes con disfunción temporomandibular, la intención de este trabajo de investigación, es ofrecer un tratamiento eficaz y con bases científicas que combinado con el tratamiento odontológico, pueda hacer posible el mejoramiento de la sintomatología y favorezca y facilite en muchas ocasiones el mismo.

Finalmente, se presenta un estudio actualizado y relevante sobre la Disfunción Temporomandibular en cuanto a signos y síntomas y a frecuencias estadísticas, aunado a los resultados de la aplicación de una propuesta de tratamiento que engloba, la Fisioterapia y la Osteopatía conjuntamente con el tratamiento Odontológico convencional, puesta en práctica en los pacientes que acudieron a la Unidad de Investigación de Trastornos Craneomandibulares (UNICRAM), adscrita al Departamento de Prostodoncia y Oclusión de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo.

METODOLOGÍA

De acuerdo a los objetivos perseguidos por la investigación se hizo necesario su abordaje a través de un estudio Tecnista en la modalidad de Propuesta. Este tipo de investigación se caracteriza por la aplicación de la experiencia técnica del investigador en la resolución de una situación problemática de orden práctico. (Orozco, Labrador y Palencia, 2002). Específicamente consistió en el diseño de una propuesta de solución ante el problema planteado, para satisfacer las necesidades de orden de salud e institucional. En tal sentido, se propuso un programa de tratamiento basado, tanto en el tratamiento odontológico tradicional en combinación con la fisioterapia y la terapia osteopática.

TRATAMIENTO PROPUESTO

El tratamiento aplicado dependió del estado en que se encontraba la disfunción del paciente, es decir, si era aguda o crónica, tratándose básicamente primero el dolor, después la alteración del aparato músculo esquelético y por último el problema disfuncional en sí, combinándose a su vez con el tratamiento farmacológico, el tratamiento odontológico oclusal, que consistió en la aplicación del desprogramador, placas de relajación y férulas estabilizadoras, según el caso y las

terapias de rehabilitación física, como son: fisioterapia, osteopatía y técnicas miofasciales y de inducción craneosacra.

Con respecto a la osteopatía, se usaron dos grupos de técnicas:

Estructurales:

Son técnicas que van en sentido de la barrera, contra la restricción de la movilidad. Estas, obedecen a la regla del no dolor y sus principios generales consisten en ir en el sentido de la restricción de la movilidad para librar las adherencias y regular el tono muscular imprimiendo una fuerza suplementaria por parte del terapeuta o del paciente (contracción isométrica), con el fin de restaurar la función y la movilidad articular fisiológica. (Pilát 1999)

De éstas se aplicaron ciertas técnicas denominadas rítmicas, como la Técnica de Stretching dirigidas a tratar los músculos, las aponeurosis y los ligamentos, permitiendo la relajación de los músculos superficiales y las fascias. Consiste en aplicar una fuerza de estiramiento, suave pero firme, en ángulo recto a las fibras musculares. También, las técnicas de Músculo-Energía que emplea contracciones musculares isométricas en los tres planos del espacio. El paciente empuja en la dirección opuesta mientras que el terapeuta resiste el movimiento para posteriormente ganar en movilidad.

Funcionales:

Su principio consiste en ir en el sentido de la disfunción, opuesto a la "barrera" (limitación), que es el rumbo de la facilidad hasta el punto neutro de movimiento; y en mantener esta posición de equilibrio tridimensional hasta obtener la liberación total de los elementos periarticulares. (Pilát 2000)

Estas técnicas van en el sentido de la reducción del espasmo muscular. Permite que se produzca en el nivel medular un silencio neurológico sensorial y de este modo, el S.N.C reduce la actividad gamma, lo que permite al músculo relajarse para dar lugar a la normalización del tono muscular, porque el acercamiento de las inserciones del músculo en espasmo reduce su tensión y la disparidad entre fibras intra y extrafusales. La que se utilizará para fines de tratamiento es la Técnica de Jones. (Jones 1984)

Ahora bien, en relación a las Técnicas Miofasciales y de Inducción Craneosacra el tratamiento en sí, consiste en tirar y distender varios tejidos blandos del cuerpo y desencadenar reflejos locales y distales, eliminando el exceso de tono, hipertonia muscular y reducir la viscosidad de los tejidos miofasciales así como restituir el ritmo cráneo sacro, lo cual condiciona a una llamada liberación somato emocional. Los tejidos blandos, reaccionan a la energía que se impulsan con las manos y se hacen más sueltos, menos viscosos y sin adherencias; los movimientos de la persona mejoran porque hay mucha mayor armonía y fluidez en los tejidos que participan. (Ricard 2002)

Durante los ajustes se trabaja a la inversa de la dirección de las fuerzas que provocaron la lesión. Sintiendo entonces un cambio, un liviano relajamiento que da el momento y la dirección para realizar la normalización. Es decir, que va en el sentido opuesto a la "barrera" (limitación), que es el sentido de la facilidad hasta el punto neutro de movimiento; y en mantener esta posición de equilibrio tridimensional hasta obtener la liberación total de los elementos periarticulares, al igual que las técnicas Osteopáticas funcionales, teniendo como principio básico la de restaurar la longitud normal del músculo que presenta una banda palpable de espasmo.

Aparte de las terapias manuales al paciente se le incluye un programa Educativo, que consiste en enseñar al paciente una respiración nasal -diafragmática, o ejercicios auto asistidos; una higiene global postural tanto en sedestación como durante el sueño, adecuada postura de la lengua-mandíbula para la obtención y mantenimiento de una posición postural, o lo que es lo mismo, una reeducación postural y una educación sanitaria que beneficie a todos los músculos asociados a la A.T.M.

En los pacientes que llegaron en fase aguda se les aplicó también agentes físicos propios de la fisioterapia los que permiten la relajación muscular y el alivio del dolor como fueron: compresas frías o crioterapia, rayos infrarrojos, t.e.n.s., o estimulación eléctrica nerviosa transcutánea y ultrasonido. Y en algunos casos fue necesario el uso de la farmacoterapia que incluyó: aines, relajantes musculares y ansiolíticos.

POBLACIÓN Y MUESTRA

Previo consentimiento informado se realizó esta investigación para la determinación fehaciente de que la sintomatología dolorosa de cabeza y cuello, así como de los signos característicos de la disfunción Temporomandibular, es lo que mayormente aqueja a los pacientes que llegaron a la Unidad de Investigación de Trastornos Cráneo mandibulares (UNICRAM), ubicada en el área de Oclusión de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, durante el período lectivo 2004, se utilizó la población completa, correspondiente a 40 pacientes.

INSTRUMENTOS

Para la recolección de la información se emplearon como instrumentos, las Historias Clínicas de los pacientes que acudieron a la Unidad de Investigación de Trastornos Craneo mandibulares (UNICRAM) ubicado en el área de Oclusión, en el período lectivo 2004, con el fin de obtener datos referentes a los signos y síntomas, de cada uno de los casos. (Archivo de la Facultad de Odontología de la U.C 2003). Además, se utilizó una Hoja de Recolección de Información, mediante la cual se organizaron dichos datos, con el propósito de calcular las frecuencias en cuanto a signos, síntomas y tipos de diagnóstico.

Tanto la historia clínica como la hoja de recolección de información no requieren de validez ni de confiabilidad, ya que la primera es un instrumento estandarizado y aplicado por la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, y el segundo instrumento sirvió para vaciar los datos obtenidos a través de las historias clínicas.

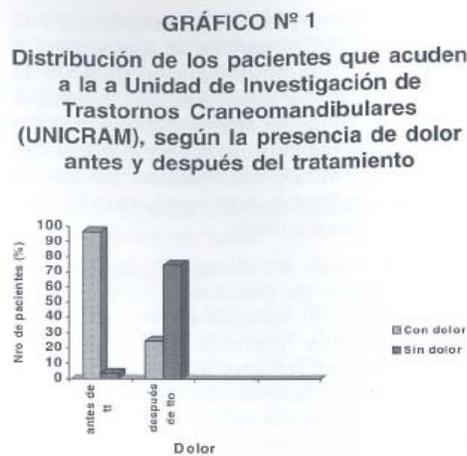
RESULTADOS

A través de la estadística descriptiva, se diagnosticó los signos y síntomas más comunes, así como la frecuencia de la Disfunción Temporomandibular en pacientes que acudieron a la Unidad de Investigación de Trastornos Craneomandibulares (UNICRAM), ubicada en el área de Oclusión, de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo.

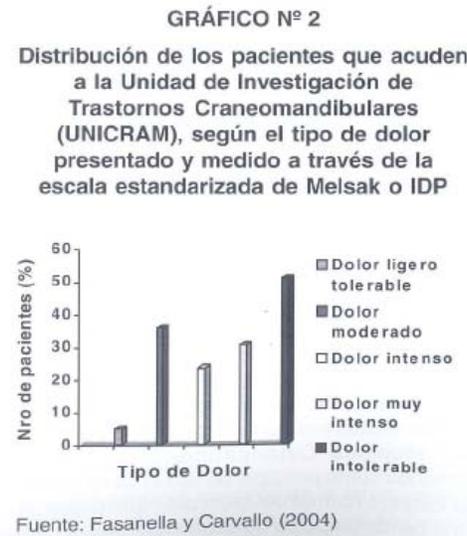
Los datos fueron analizados en función de las frecuencias absolutas y relativas reportadas a través de los instrumentos. Así mismo, éstos se registraron en tablas y gráficos con el objeto de visualizar claramente los resultados obtenidos. Cada uno de los ítems se agrupó en relación a los objetivos y sus dimensiones señaladas en la definición operacional de las variables a investigar, para posteriormente representarlas gráficamente, con el propósito de realizar un análisis preciso.

El diagnóstico preliminar fundamentó las bases para posteriormente aplicar un programa de tratamiento alternativo para los casos con Disfunción Temporomandibular en los pacientes que acuden a la a Unidad de Investigación de Trastornos Craneomandibulares (UNICRAM), de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo.

A continuación se presentan los gráficos estadísticos que sustentan los resultados obtenidos y la discusión de cada uno de éstos, así como la conclusión de los resultados finales.



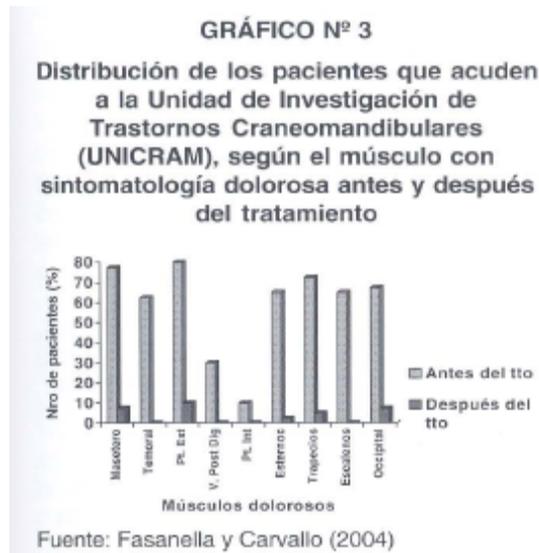
Fuente: Fasanella y Carvallo (2004)



Fuente: Fasanella y Carvallo (2004)

Para establecer los signos y síntomas se analizaron los siguientes resultados: según el gráfico N9 1, correspondiente a la frecuencia del dolor, 96,6% de los pacientes que acudieron a la UNICRAM presentaban esta sintomatología. El tipo de dolor más frecuente según la escala de MELSAK (gráfico N2 2), fue el dolor moderado (2), con 35,8%, que aunado al dolor ligero tolerable (1) que correspondió a 5,1 % y al dolor intenso pero que puede continuar sus actividades (3) que resulto en 23,07% expresan que el dolor que mayormente presenta la población se ubica en la fase de dolor crónico, como aparece reflejado en el gráfico N° 3 con un valor de 64,1%.

Una vez aplicado el tratamiento propuesto para los casos de disfunción Temporomandibular, los datos arrojaron los siguientes resultados, de aquellos pacientes que presentaron dolor, éste persistió en 25%, esto indica una disminución significativa de la sintomatología dolorosa.



Con respecto a la ubicación del dolor, según los músculos afectados (gráfico N2 3), se determinó que el pterigoideo externo presentaba dolor en 80% de los casos, seguido muy de cerca del masetero con 77,5% y del trapecio superior con 72,5%, esto demuestra que tal como lo expresa la teoría, los pacientes con Disfunción Temporomandibular manifiestan dolor principalmente a nivel de estos músculos, es decir, que se involucran músculos netamente masticadores con músculos del cuello.

Una vez aplicado el tratamiento se evidenció una reducción de la sintomatología dolorosa, como aparece a continuación: sólo en 10% de los pacientes persistió el dolor del músculo pterigoideo externo, seguido con 7,5% para cada uno de los músculos masetero y occipital, así mismo continuó el dolor en 5% de los pacientes en lo que se refiere al músculo trapecio superior y 2,5% en lo referente al esternocleidomastoideo. Esto evidencia que la terapia aplicada fue altamente efectiva en estos casos.



En cuanto al grado de apertura bucal (gráfico N° 4), la mayor tendencia se orientó hacia valores menores al grado de apertura bucal normal 45 mm o más) ya que al sumar los pacientes de los intervalos por debajo del valor normal se obtiene, que 61,5 de ellos presentaba limitación de apertura bucal. Modificándose este en 83,3% de los casos luego de aplicado el tratamiento, es decir, 32,5% de los pacientes lograron una apertura normal (45 ó más mm), y 45% se acercó a estos valores aun y cuando no se consideran normales, además se observó una disminución porcentual considerable en dicho signo ya que tan sólo 22.5 % de la población manifestaron limitación en la apertura en intervalos menores de 40mm.

GRÁFICO N° 5

Distribución de los pacientes que acudieron a la Unidad de Investigación de Trastornos Craneomandibulares (UNICRAM), según la presencia de la desviación mandibular antes y después del tratamiento



Fuente: Fasanella y Carvallo (2004)

Ahora bien, en relación a la presencia o no de desviación mandibular que corresponde a otro de los signos de la disfunción, esta se distribuyó como lo muestra el gráfico N° 5 de manera equitativa, con 50% de ausencia o presencia de la misma. Y una vez aplicado el tratamiento, la balanza se inclinó con 93% hacia la ausencia del mismo, ya que tan sólo 6.6% de la población tuvo persistencia en dicho signo.

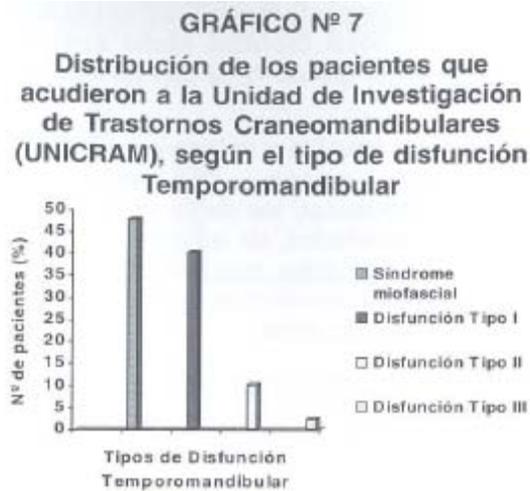
GRÁFICO N° 6

Distribución de los Pacientes que acudieron a la Unidad de Investigación de Trastornos Craneomandibulares UNICRAM, según la presencia y tipo de ruido articular antes y después del tratamiento



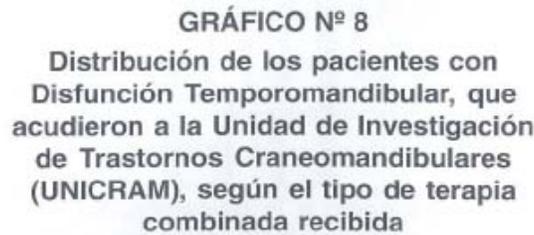
Fuente: Fasanella y Carvallo (2004)

Así mismo, al analizar el gráfico N2 6, en cuanto a si hubo o no persistencia del Ruido Articular, 71.4% de los casos fue negativo, mientras que 28.5% aún persistía, pero solo del tipo del click simple.



Fuente: Fasanella y Carvallo (2004)

En relación a lo anterior y al analizar el tipo de disfunción Temporomandibular (gráfico N2 7), diagnosticado en la población, la tendencia mayoritaria con 52,5%, se inclinó hacia la Disfunción Intracapsular (Tipo I, II y III), seguido de 47,5 % con Síndrome Miofasial, es decir, que el 100% de la población presentó algún tipo de Disfunción Temporomandibular.



Fuente: Fasanella y Carvallo (2004)

Una vez recabados los signos y síntomas más frecuentes se procedió a realizar un análisis de las frecuencias absolutas y relativas en cuanto al tipo de terapias combinadas aplicadas en la población, como aparece reflejado en el gráfico N2 8, observándose que el uso de férulas ocupó el 45% y del desprogramador 35%. Algunos de los pacientes estudiados, específicamente, 32,5%

requirieron ser tratados con farmacoterapia, lo que brindó una ayuda en la resolución de los signos y síntomas a corto plazo, principalmente en la fase aguda.

A la vez, a dicha población se le aplicó una serie de terapias fisio-osteopáticas según las necesidades de cada caso, donde la técnica de tejidos blandos y educación sanitaria abarcó el 100% de la población, mientras que la reeducación postural; fue necesaria para 72,5% de la misma, a diferencia que la radiación infrarroja solo se aplicó en 37,5% seguido del ultrasonido con 35%. El TENS (Estimulador eléctrico nervioso transcutáneo) y los ejercicios auto-asistidos se usaron en 25% de la población. Sólo 3,3% recibió compresas frías.

DISCUSIÓN

Se han estudiado 40 pacientes de los cuales 100% presentó algún tipo de Disfunción Temporomandibular. En este sentido, los signos y síntomas de la Disfunción Temporomandibular han sido estudiados y analizados por diferentes autores en la búsqueda de tratamientos que los alivien parcial o totalmente.

Al revisar dichos estudios, se encontró toda una gama de investigaciones, entre las cuales está, la presentada en América Latina por Domínguez, Gallardo, Franco y Díaz (1996), que refiere el bloqueo del nervio auriculotemporal como auxiliar diagnóstico en el síndrome miofascial doloroso de cabeza y cuello con origen en la disfunción temporomandibular, se evaluaron 100 pacientes con dolor, manifestándose la desaparición del mismo en 88% de los casos así como incremento de la apertura bucal en 90% de los mismos, concluyendo que el bloqueo de nervio auriculotemporal sirve como método diagnóstico auxiliar para detectar dicho síndrome miofascial doloroso.

Así mismo, en La Habana Cuba, Almagro Urrutia y colaboradores (1998), evaluaron la efectividad de las corrientes diadinámicas y galvánicas en el tratamiento del dolor articular y muscular de la disfunción temporomandibular, para ello utilizaron una muestra de 30 pacientes con dolor muscular, articular o ambos, lográndose el siguiente resultado: en ambas terapias se obtuvo alivio del dolor, ya sea de manera total o parcial.

En la Universidad de Viena, para el año 2000, Nicolakis y colaboradores, en un estudio para evaluar el uso de la terapia de ejercicios en pacientes con desórdenes cráneo mandibulares, analizaron 30 pacientes con desplazamiento anterior del disco con reducción, los mismos presentaban síntomas desde hace tres meses: dolor en la región temporomandibular, axiografía positiva y evidencias de disfunción postural. Solo 26 pacientes completaron el estudio no evidenciándose efectos recurrentes.

Comparativamente, una vez aplicado el tratamiento propuesto en esta investigación, los datos arrojaron los siguientes resultados, de aquellos pacientes que presentaron dolor, este persistió en 25%, esto indica una disminución significativa de la sintomatología dolorosa, en 75 % de los casos. Así mismo, en 83,3% de los pacientes se logró una apertura normal (45 mm o más).

Mientras que, al analizar la persistencia o no del Ruido Articular después del tratamiento propuesto, 71.4% de los casos fue negativo, mientras que 28.5% aún persistía, pero solo del tipo del click simple.

CONCLUSIONES

La población analizada manifestó dolor en áreas cercanas de la ATM y cuello, específicamente en los músculos pterigoideo externo, masetero y trapecio superior. Basados en el análisis de la escala de Melsak, dicha sintomatología dolorosa se presentó en fase crónica, dada la tendencia mayoritaria hacia las tres primeras alternativas de dicha escala (dolor ligero, moderado y dolor intenso que puede continuar las actividades).

Referente a los signos analizados, el grupo muestra; evidenció mayoritariamente, limitación en la apertura bucal, mientras que la ausencia o presencia de desviación mandibular se distribuyó equitativamente. Así mismo, el ruido más frecuentemente manifestado es de tipo "click simple", seguido del "click recíproco" y ruido tipo "crepitación".

Con base en lo anteriormente expuesto, se diagnosticó en la totalidad de la población algún tipo de Disfunción Temporomandibular.

Una vez aplicadas las terapias necesarias para cada caso, se concluyó que tanto los signos como los síntomas se redujeron en porcentajes significativos.

BIBLIOGRAFÍA

Almagro, Z; De Los Santos, L; Lorán, L (1998). Corrientes Diadinámicas y Galvánicas en el Tratamiento de la Disfunción Temporomandibular. Revista Cubana Estomatológica. 35 (3);73-9
Archivo de la Facultad de Odontología (2003). Universidad de Carabobo. Venezuela.

Alonso, A; Albertini, J; Becheli, A (2000). Disfunción Mandibular. Editorial Médica Panamericana, S.A. Argentina.

Domínguez, L; Gallardo, L; Franco, R; Díaz, J (1996). Bloqueo del Nervio Aurículo Temporal como auxiliar diagnóstico en el Síndrome Miofascial doloroso, Disfuncional de Cabeza y Cuello con origen en la A.T.M. América Latina.

Granadillo, O (2000). Diagnóstico del Diente Neurológico mediante Kinesiología Aplicada. Revista Terapia Manual Venezolana. Nro. 4. Venezuela.

Jones, T (1984). Cours de Strain- CoutreStrain. Congreso Mundial de Osteopatía de Bruselas. Revista Terapia Manual y Osteopatía. Edición en español. España.

Larena- Avellanada, J (2000). Disfunción Cráneo Mandibular. España.

Martínez, G (1990). Generalidades Concernientes a la Osteopatía Funcional y Craneal. Revista Terapia Manual y Osteopatía. España.

McNeill; C (2002). Temporomandibular Disorders. Quintessence Books. Vol. 1. Tarvell and Simon. USA.

Nikolakis, R; Erdagmus; B; Kapf; A (2000). Terapia de Ejercicios para Desórdenes Cráneo Mandibulares. Austria.

Okeson, J (1999). Oclusión y Afecciones Temporomandibulares. Editorial Mosby/ Doymas. España.

Orozco, C; Labrador, M; Palencia; A (2002). Metodología. Manual Teórico- Práctico. Editorial Otomax de Venezuela, C.A., Venezuela.

Pilat, A (1999). Clase Magistral acerca de las Terapias Miofasciales. Revista Terapia Manual Venezolana Nro. 4. Págs.: 18-20. Venezuela.

Pilat,A (2000). Terapias Miofasciales. Inducción Cráneo- Sacra. Editado por: Escuela de Terapias Miofasciales Ira. Edición Tomo I y II. España.

Ricard, F (2002). Tratado de Osteopatía Craneal. Análisis Ortodóntico. Diagnóstico y Tratamiento. Manual de los Síntomas Cráneomandibulares. Editorial Médica Panamericana. España.

Shealy, N (2001). Enciclopedia Completa Ilustrada de terapias Alternativas. Editorial Konemann. Edición en Español. España.