



**Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud
Carrera de Kinesiología y Fisiatría**

Año 2025

Trabajo Final de Carrera (Tesis)

**“Aplicación de la técnica inducción miofascial longitudinal
en pacientes bruxistas con dolor y su implicancia en la
apertura bucal. Estudio experimental”**

Alumna:

Melina Ailén Fernández

MelinaAilen.Fernandez@alumnos.uai.edu.ar

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Universidad Abierta Interamericana

Tutor:

Lic. Kinesióloga Fisiatra Marisa Catalano

Marisa.Catalano@uai.edu.ar

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Universidad Abierta Interamericana

“Aplicación de la técnica inducción miofascial longitudinal en pacientes bruxistas con dolor y su implicancia en la apertura bucal. Estudio experimental”

"Application of the longitudinal myofascial induction technique in bruxist patients with pain and its impact on mouth opening: An experimental study."

Autores: Fernández, Melina Ailén; Catalano, Marisa Haydee

RESUMEN

Introducción: El bruxismo es una parafunción oclusal compleja caracterizada por la compresión o rechinar dental desordenado de forma voluntaria o involuntaria. La articulación temporomandibular (ATM) es afectada mecánica y funcionalmente por el bruxismo, dando alteraciones en la masticación, la deglución, la fonación y la respiración. El objetivo de este estudio es evaluar los efectos de la inducción miofascial longitudinal en pacientes bruxistas con dolor y dificultad en la apertura bucal. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio experimental con evaluación pre y pos-intervención a 9 participantes (8 mujeres y 1 varón). **Resultados:** Respecto del dolor, se obtuvo una disminución porcentual del 62% en los participantes. Los valores de la apertura bucal vertical aumentaron un 11%, y el 44% de los participantes incrementaron 4 mm al finalizar el tratamiento. **Conclusión:** La terapia de inducción miofascial es por lo tanto una herramienta efectiva, ideal y económica para utilizarla en el abordaje de pacientes con diagnóstico de bruxismo.

Palabras clave: “Bruxism” [Mesh] and “Temporomandibular disorders” [Mesh] and “Myofascial Induction” [Mesh] and “Pain” [Mesh] and “Manual Therapy” [Mesh].

ABSTRACT

Introduction: Bruxism is a complex occlusal parafunction characterized by voluntary or involuntary clenching or grinding of teeth. The temporomandibular joint (TMJ) is mechanically and functionally affected by bruxism, leading to alterations in chewing, swallowing, phonation, and breathing. The objective of this study is to evaluate the effects of longitudinal myofascial induction in bruxism patients experiencing pain and difficulty in mouth opening. **Materials and methods:** An experimental study was conducted with pre- and post-intervention evaluation in 9 participants (8 women and 1 man). **Results:** Regarding pain, a percentage reduction of 62% was observed among participants. Vertical mouth opening values increased by 11%, and 44% of participants showed a 4 mm increase at the end of the treatment. **Conclusion:** Myofascial induction therapy is, therefore, an effective, ideal, and cost-efficient tool for managing patients diagnosed with bruxism.

Keywords: “Bruxism” [Mesh] and “Temporomandibular disorders” [Mesh] and “Myofascial Induction” [Mesh] and “Pain” [Mesh] and “Manual Therapy” [Mesh].

INTRODUCCIÓN

El bruxismo es una parafunción oclusal compleja caracterizada por la compresión o rechinar dental desordenado de forma voluntaria o involuntaria. La articulación temporomandibular (ATM) es afectada mecánica y funcionalmente por el bruxismo, dando alteraciones en la masticación, la deglución, la fonación y la respiración. (1,2)

El estrés, la falta de sueño, la alteración de la oclusión, el déficit nutricional del calcio y el magnesio, y la afectación del sistema dopaminérgico son factores predisponentes. (2)

El bruxismo es una alteración multifactorial asociada a síntomas como: dolor de cabeza, de oído, de cuello, mareos. Otros signos clínicos relacionados son el desgaste dentario, el crujir de los dientes y la disminución de apertura bucal. Este último es uno de los signos más frecuentes a la hora de su detección en la consulta médica. (1,2)

Se puede clasificar en bruxismo de vigilia (BV) y bruxismo de sueño (BS). El de vigilia, es un hábito oral rítmico inconsciente durante el día, mientras que el de sueño, es una conducta involuntaria nocturna. (3)

La articulación temporomandibular está compuesta de la unión entre el hueso temporal y el maxilar inferior, donde se inserta el músculo masetero. Este músculo consta de tres porciones: superficial, media y profunda; y se originan en el arco cigomático para insertarse distalmente en el maxilar inferior. Su función principal, junto con el músculo temporal y el músculo

ptergoideo interno, es el cierre de la boca, y produce la elevación del maxilar inferior. (4-7)

Es esencial comprender la relación que existe entre el tono muscular del masetero y las funciones de la ATM. Una actividad aumentada de los músculos que generan la oclusión bucal predispone, entre otros síntomas, a una disminución de la apertura bucal, dificultad al masticar, cambios en la apariencia facial, mialgia masticatoria y dolor en la ATM, asociado al Síndrome Miofascial. (5)

Este síndrome se caracteriza por dolor asociado a una disfunción muscular y fascial. Su causa más común es la hiperexcitación del sistema nervioso central (SNC) que genera una actividad muscular excesiva. (4)

En la actualidad existen diversos abordajes terapéuticos, como lo son la inyección de BTX-A, férulas oclusales de descanso o de día, farmacoterapia y masoterapia (8), que logran disminuir los signos y síntomas del bruxismo, así como sus consecuencias. En esta investigación, se propone utilizar la Terapia de inducción miofascial (MIT) como herramienta kinésica con el objetivo de disminuir el dolor localizado en la ATM y aumentar la apertura bucal.

La Terapia de inducción miofascial, según Pilat, es la corrección de la facilitación del movimiento fascial, en búsqueda del restablecimiento de los niveles homeostáticos óptimos, recuperando la amplitud de movimiento, la tensión adecuada, la fuerza y la coordinación. (9)

Para comprender cómo funciona la terapia de inducción miofascial, debemos entender qué sucede histofisiológicamente. El tejido fascial se compone de una capa superficial y una capa profunda, y esta última dispone de una tensión basal constante por su relación con el tejido músculo esquelético. La miofascia cumple la función primordial de regular la transmisión de fuerzas y cargas por medio del epimisio, perimisio y endomisio entre las distintas estructuras celulares y tisulares. (10)

Desde una mirada microcelular, la matriz extracelular es una red tridimensional que abarca los distintos órganos, tejidos y células. A su vez, cumple la función fisiológica de aportar oxígeno y nutrientes a las células y, desechar todas las toxinas y gases como el dióxido de carbono del espacio intersticial. Si el medio extracelular se encuentra afectado por un aumento de toxinas que no puedan ser drenadas hacia el sistema linfático, el mismo será más ácido, más rígido, tendrá una respuesta inflamatoria aumentada y comprimirá a las terminaciones nerviosas libres generando síntomas como dolor y malestar. La MEC está compuesta de proteínas como fibras colágenas, fibras reticulares, fibras elásticas; proteoglicanos como glucosaminoglucanos sulfatados; y moléculas de glucoproteínas fibrilares o estructurales que confieren la propiedad estructural de las células y los tejidos. También funciona como reservorio de citocinas y factores de crecimiento, esenciales en la actividad inflamatoria e inmunitaria. (11)

Las células de la MEC tienen la capacidad de convertir un estímulo mecánico, ya sea de compresión o tracción, en una señal química y su posterior

adaptación celular en relación con el microambiente, es decir, se produce la mecanotransducción. Es un proceso importante que puede afectar o favorecer a los tejidos y sus conexiones. La mecanotransducción es importante en el rol de las proteínas de la MEC y su relación ante un estado patológico. Un aumento de señales mecánicas sobre las células fibroblásticas, entre sus distintos fenotipos, pueden producir fibras colágenas como una respuesta fisiológica excesiva sobre el espacio extracelular. En consecuencia, afecta a la comunicación de los receptores, a la transmisión de fuerzas, a la nutrición celular y la desintoxicación de desechos hacia el sistema linfático. (11)

No menos importante, todas las células de nuestro organismo pueden mantener su morfología y función por medio de un complejo sistema de comunicación llamado tensegridad. Este sistema funciona desde una tensión mecánica generada por el movimiento musculoesquelético, que se transmite por presión a los órganos internos, captan ese estímulo en el espacio extracelular, distribuyen la fuerza tensional a través del citoesqueleto. Luego, se traduce en señales químicas y en estímulos mecánicos que son conducidos hacia el núcleo iniciando la respuesta al estímulo inicialmente descripto. Es así como una tensión aumentada sobre una zona fascial puede generar una respuesta en otra zona fascial a distancia por la íntima relación facial de todas las partes del cuerpo. (12)

Podemos decir, que el aumento de la rigidez fascial localizada se correlaciona con un tejido conectivo denso y rico en miofibroblastos, a menudo asociado con procesos inflamatorios pasados o presentes. (10)

Artículos científicos confirman la evidencia sobre la utilización de terapia manual en trastornos temporomandibulares a corto plazo para disminuir el dolor en la ATM y aumentar el ROM bucal. (7)

La terapia manual es un término que integra una gran variedad de intervenciones prácticas que utilizan varios profesionales de la salud. El contacto manual es la característica principal de estas intervenciones, pudiendo ser más efectiva respecto de otros métodos como las placas de descanso, los ejercicios terapéuticos y los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos sobre el bruxismo. (13)

La técnica de inducción miofascial tiene el objetivo de eliminar posibles restricciones fasciales o miofasciales. La inducción puede ayudar sobre las limitaciones funcionales, favorecer en la salud general y reducir el dolor, teniendo en cuenta sus diferentes ubicaciones. (14,15)

La técnica de inducción miofascial longitudinal consiste en el uso de ambas manos sobre la zona a tratar, en este caso, a lo largo del músculo masetero. El terapeuta se coloca sentado a la cabecera de la camilla, mientras que el paciente se acuesta en posición supina sobre la misma, sin la almohada. El profesional debe colocar los dedos de la mano craneal sobre el arco cigomático, en la inserción del masetero mientras, que el pulgar o la eminencia tenar de la mano caudal se sitúa sobre la masa del músculo, por debajo del contacto con los dedos de la mano craneal. (16)

Esta maniobra busca producir la liberación miofascial por medio de una suave tracción con la mano craneal hacia arriba, y con la mano caudal, hacia el ángulo maxilar. (Imagen 1)



Imagen 1. Inducción longitudinal de la fascia del masetero. (16)

La aplicación de esta técnica manual se realiza a modo de “Manos Opuestas”, esto quiere decir, que la dirección de fuerza de ambas manos va en sentidos contrarios, pero, las falanges distales de cada mano no dejan de divisarse entre sí.

El objetivo de esta investigación es evaluar la efectividad de la aplicación de la inducción miofascial longitudinal en pacientes bruxistas con dolor y su impacto en la apertura bucal. Se distinguen otros dos objetivos más específicos: cuantificar la intensidad del dolor antes de la primera aplicación y al finalizar todas las sesiones; cuantificar la apertura bucal máxima antes de la primera aplicación y al finalizar todas las sesiones.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio: Para este estudio experimental con evaluación pre y post intervención, se han seleccionado personas con determinadas características en base a los criterios de inclusión y exclusión desarrollados a continuación.

Criterios de inclusión:

- rango de edad entre 19 y 40 años
- de ambos géneros
- tener dolor en la ATM

- haber sido diagnosticado con el trastorno de bruxismo
- tener dificultad y/o tensión en la apertura bucal
- rechinar de dientes nocturno y/o diurno.

Criterios de exclusión:

- personas con enfermedades neuropsiquiátricas agudas
- personas con fobia o trauma a aplicación de terapia manual
- lesiones cutáneas facial o período de hemorragia aguda
- presencia de prótesis dentales
- consumo de medicación analgésica el día anterior a la sesión

Selección y tamaño de la muestra:

Fueron seleccionados 9 participantes (8 mujeres y 1 varón) que cumplían con todos los criterios de inclusión. Ninguna de las personas tuvo que dejar el estudio y completaron las sesiones.

Ámbito de estudio: Este estudio experimental se desarrolló en el Centro de Kinesiología Especializada ubicado en Avenida Corrientes 1762 2° “C”, CABA.

Intervención propuesta e instrumentos para recolección de datos: El protocolo de aplicación de la técnica duró 3 semanas, con 2 sesiones por semana. El tiempo de aplicación de esta, duró 30 minutos aproximadamente por sesión. Antes de ser aplicada, cada persona fue sometida a una evaluación kinésica que constó de un cuestionario del bruxismo y el consentimiento informado. (Anexo 1) (17)

Las herramientas terapéuticas utilizadas en cada sesión fueron la escala visual analógica (EVA) que se representa en una

línea de 10 cm donde 0 significa “nada de dolor” y el 10 refiere al “peor dolor imaginable”, y la medición analítica de los rangos de movimientos en la apertura bucal por medio de una regla. (18)



Imagen 2. La Escala Visual analógica utilizada por cada paciente.

Para evaluar la apertura máxima bucal se toma como referencia el borde incisal de incisivos centrales maxilares, hacia el borde incisal de incisivos centrales mandibulares en la línea media cuando la boca está lo más abierta posible. (Imagen 3 y 4) Esta medición se efectuó con una regla graduada en centímetros como milímetros, tomando las medidas específicamente en milímetros para mayor especificidad. (19)



Imagen 3. Medición de una participante de la apertura bucal vertical con regla antes de las sesiones.



Imagen 4. Medición de una participante de la apertura bucal vertical con regla al finalizarlas sesiones.

Para el inicio de la primera sesión (imagen 3) y el final de la última sesión (imagen 4) se ha medido la apertura bucal con una regla graduada y se le ha preguntado la intensidad del dolor con la escala visual analógica.

Recursos necesarios: Para poder realizar este estudio, se ha utilizado el programa de Excel para ingresar todos los valores obtenidos en cada sesión y realizar gráficos que permitan su análisis. Además, a cada paciente se le ha entregado una hoja con el consentimiento informado impreso.

RESULTADOS

En cuanto al dolor se obtuvo un valor promedio en la primera sesión de $6,8 \pm 1,3$. Se registró un valor promedio al finalizar el tratamiento de $2,6 \pm 1,1$ (Tabla 1)

Todos los participantes tuvieron una mejoría de la intensidad del dolor del 62% en comparación con la primer y última sesión. El 55% de los participantes reflejó una disminución del dolor de 5 puntos en comparación con el dolor inicial.

Respecto de la apertura bucal se registró un valor promedio de la primera sesión de $42 \text{ mm} \pm 5 \text{ mm}$. Se obtuvo un valor promedio del dolor al finalizar el tratamiento de $47 \text{ mm} \pm 5 \text{ mm}$. (Tabla 2)

En promedio, los participantes experimentaron una mejoría en la apertura bucal del 11%, respecto de los valores de la primera medición. El 44% de los participantes reflejó un incremento de 4 mm respecto de la medición inicial.

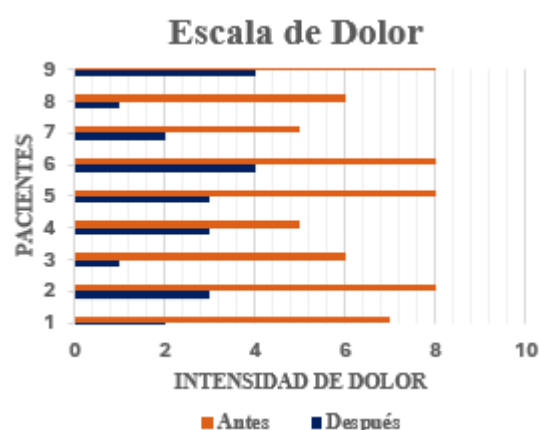


Gráfico 1. Valores del dolor antes y después del tratamiento.

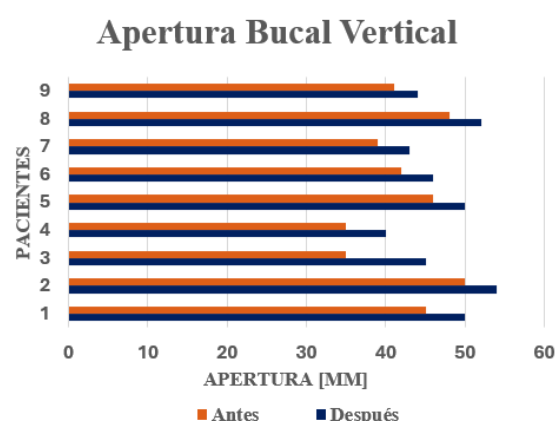


Gráfico 2. Valores de la apertura bucal vertical antes y después de las sesiones.

Dolor								
Valor inicial de la primera sesión				Valor final de la última sesión				Disminución porcentual
Promedio	Desvío	Mínimo	Máximo	Promedio	Desvío	Mínimo	Máximo	
6,8	1,3	5	8	2,6	1,1	1	4	62%

Tabla 1. Promedios iniciales y finales del dolor y su disminución porcentual.

Apertura Bucal Vertical								
Valor inicial de la primera sesión				Valor final de la última sesión				Incremento porcentual
Promedio	Desvío	Mínimo	Máximo	Promedio	Desvío	Mínimo	Máximo	
42 mm	5 mm	35 mm	50 mm	47 mm	5 mm	40 mm	54 mm	11%

Tabla 2. Promedios iniciales y finales de la apertura bucal y su incremento porcentual.

DISCUSIÓN

La mayoría de los participantes reflejaron durante las sesiones haber tenido una mejoría en la sintomatología, redujeron la intensidad del dolor entre semana y durante el mismo día de la aplicación de la

terapia manual. Expresaron también, haber mejorado la mordida a la hora de alimentarse, durante el sueño o realizando actividades de la vida diaria, así como sus obligaciones. Esto quiere decir, que la aplicación de la inducción miofascial longitudinal es una herramienta efectiva para disminuir el dolor en personas bruxistas y mejorar el rango de apertura bucal.

También es importante reconocer el factor psicoemocional que afecta de manera directa al bruxismo. Cuando hay un aumento del tono de los músculos masticatorios, en especial el músculo masetero, se produce un trabajo prolongado de contracción muscular, por ende, no hay un descanso adecuado, se produce dolor y cambios neurofisiológicos desfavorables.

Actualmente, se plantea la idea de que el aumento de tensión muscular y la actividad de hábitos parafuncionales oclusales, tienen relación directa con una excitabilidad psicoemocional excesiva, susceptibilidad al estrés y dificultad para afrontarlo. (20)

Esta relación se explica por la conexión directa entre el sistema límbico y la vía reticuloespinal con los músculos masticatorios por medio del circuito gamma, responsable de generar tensión alarmante en la musculatura. Se debe a que el estrés afecta a la función muscular por las fibras eferentes gammas relacionadas con los husos musculares y por medio de fibras autónomas, dando por efecto un aumento de intensidad del potencial eléctrico de los músculos masticatorios aun cuando la mandíbula se encuentra en descanso.

Es por ello, la necesidad de que las personas con alguna alteración temporomandibular tomen conciencia de la conexión entre el factor psicoemocional y el sistema estomatognático. Lograr que la

persona comprenda la importancia del acompañamiento terapéutico interdisciplinario para abordar trastornos como el bruxismo, son la clave para disminuir el estrés en diversas áreas de su vida, ya que, la persona es un ser biopsicosocial.

CONFLICTO DE INTERESES

El autor declara no tener conflicto de intereses.

CONCLUSIONES

La terapia de inducción miofascial es por lo tanto una herramienta efectiva, ideal y económica para utilizarla en el abordaje de pacientes con diagnóstico de bruxismo. Esta técnica ha logrado durante esta investigación, relajar el sistema nervioso autónomo de los participantes, generando un efecto inmediato sobre el tono muscular y el dolor, logrando aumentar la apertura bucal vertical.

ANEXO

CUESTIONARIO BRUXISMO, PAESANI

1. Elemento de rechinar del sueño:
“¿Usted es consciente del hecho de que rechina sus dientes mientras duerme?”
2. Artículo de referencia de rechinar del sueño: “¿Alguien le dijo que rechina sus dientes mientras duerme?”
3. Elemento de apretar dientes durante el sueño: “Al despertar por la mañana o durante la noche, ¿tiene su mandíbula empujada o tensionada?”
4. Ítem de apretar en vigilia: “¿Aprieta sus dientes mientras se encuentra

despierto?”

5. Elemento de moler en vigilia:

“¿Rechina sus dientes mientras se encuentra despierto?”

Se responden de forma dicotómica por “SÍ” o “NO”. A su vez, los pacientes fueron instruidos para responder “SÍ” considerando una frecuencia de tres veces a la semana y/o varias horas al día.

Se corroborará presencia de al menos dos signos/síntomas:

1. Dolor en los músculos maseteros a la palpación, según lo diagnosticado por una palpación positiva de al menos una de las tres porciones del músculo por lado, descriptos anteriormente.
2. Hipertrofia del músculo masetero, diagnosticada clínicamente por inspección visual y palpación manual, impresión similar a un mordisco en el lado interno de la mucosa de la mejilla.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: ____/____/____

Nombre/s y Apellido:

Por la presente autorizo al Kinesiólogo..... o a los asociados o asistentes a su elección de este establecimiento.....a efectuar en mí o en la persona arriba

mencionada la evaluación y/o tratamiento que consiste en terapia manual para el abordaje de bruxismo.

El Kinesiólogo/a..... me ha explicado la naturaleza y propósito de los procedimientos y me ha informado también los beneficios esperados y las eventuales complicaciones, molestias concomitantes y riesgos que puede producirse, así como los procedimientos terapéuticos kinésicos alternativos.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas, y todas han sido contestadas completas y satisfactoriamente. Reconozco que no se ha dado garantías ni seguridades respecto a los resultados que se esperan del tratamiento a efectuar. Confirmando que, una vez informado de todos los detalles de las prácticas, y leído y comprendido lo anterior, todos los espacios en blanco han sido llenados antes de mi firma.

Nombre y Apellido del paciente:

Tipo y N° de DNI:

Firma:

Aclaración:

REFERENCIAS

1. Varela Orduz JF. Bruxismo una enfermedad de altura. Julio-Diciembre 2018. 13(2).
2. Demjaha G, Kapusevska B. Bruxismo: hábito bucal inconsciente en la vida cotidiana. 14 Marzo 2019. 15 de marzo de 2019;7(5):876-81.
3. Rey LIF, Conti MEC, Lemos MB, Costa LC, Kreiner M. Bruxismo de la vigilia Awake bruxism Bruxismo da vigilia.
4. Sarrazola-Moncada ÁM, Murillo-Moreno V, Carballo-Castaño MS, Córdoba-Muñoz V, Vargas DMG,

- Fernández DM. Calidad de vida relacionada con la salud bucal y factores asociados en pacientes con bruxismo. RGO - Rev Gaúcha Odontol. 2023;71:e20230044.
5. Golanska P. Síndrome de dolor miofascial temporomandibular: etiología y modulación biopsicosocial. Una revisión narrativa. 23 Julio 2021. agosto de 2021;18(15):7807.
 6. Ciamella F. Aplicación de técnica inducción miofascial en pacientes bruxistas con dolor y su implicancia en apertura bucal. Estudio retrospectivo. 2023;1-10.
 7. Rodrigues M. Eficacia del abordaje manual musculoesquelético en el tratamiento del trastorno de la articulación temporomandibular: una revisión sistemática con metanálisis. 2016. 21.^a ed. 25 de junio de 2015;7.
 8. Sandra Kalil Bussadori SK. La tendencia actual en el tratamiento del bruxismo y el dolor crónico: una visión general de las revisiones sistemáticas. 30 Septiembre 2020. 13:2413-21.
 9. Chaitow L. What's in a name: Myofascial Release or Myofascial Induction? J Bodyw Mov Ther. octubre de 2017;21(4):749-51.
 10. Saratti C. Functional assessment of the stomatognathic system. Part 1: The role of static elements of analysis. 2021. 52(10):920-32.
 11. Schleip R. Active contractile properties of fascia. 2019. 2019;32(7):891-5.
 12. Naranjo TÁ, Noguera-Salvá R, Guerrero FF. La matriz extracelular: morfología, función y biotensegridad (parte I). Rev Esp Patol. octubre de 2009;42(4):249-61.
 13. Draper-Rodi J, Newell D, Barbe MF, Bialosky J. Integrated manual therapies: IASP taskforce viewpoint. PAIN Rep. 2024;
 14. Klingler W. Clinical relevance of fascial tissue and dysfunctions. Curr Pain Headache Rep . 2014;18(8):439.
 15. Stecco A. Fascial components of the myofascial pain syndrome. Curr Pain Headache Rep. 2013;17(8):352.
 16. Pilat A. Terapias Miofasciales: Inducción Miofascial. España: Mc Graw Hill- Interamericana;
 17. Paesani DA, Lobbezoo F, Gelos C, Guarda-Nardini L, Ahlberg J, Manfredini D. Correlation between self-reported and clinically based diagnoses of bruxism in temporomandibular disorders patients. J Oral Rehabil. noviembre de 2013;40(11):803-9.
 18. Pardo C, Muñoz T, Chamorro C. Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC Monitoring pain. Recommendations of the Analgesia and Sedation Work Group of SEMICYUC. 2006. noviembre de 2006;30(8):379-85.
 19. Scolaro A, Khijmatgar S, Rai PM, Falsarone F, Alicchio F, Mosca A, et al. Efficacy of Kinematic Parameters for Assessment of Temporomandibular Joint Function and Dysfunction: A Systematic Review and Meta-Analysis. Bioengineering. 22 de junio de 2022;9(7):269.
 20. The significance of masticatory muscle's relaxation in the treatment of the temporomandibular disorders — Review article. Folia Med Cracov [Internet]. 23 de octubre de 2023 [citado 9 de enero de 2025]; Disponible en: <https://journals.pan.pl/dlibra/publication/145429/edition/127807/content>