Procedimento Operacional Padrão

Assunto: TOXINA BOTULÍNICA TIPO A (TXB-A) PARA TRATAMENTO DA DOR MUSCULAR DA DISFUNÇÃO TEMPOROMANIBULAR	
Distribuição: Ambulatório Rosinha Viegas - Todos os envolvidos em avaliar a efetividade e a segurança da TXB-A para o tratamento da dor temporomandibular muscular.	
Elaborado por: **Daniel Machado, Giovanna Marcilio Santos, Renata Garcia de Siqueira Viegas**	**Data:** 27 /11 / 2020
Revisado por: **Profa. Dra. Ana Luiza Cabrera Martimbianco, Profa. Dra. Elaine Marcilio Santos, Prof. Dr. Gustavo Duarte Mendes, Profa. Dra. Marcela Letícia Leal Gonçalves**	**Data:** 01 /12 /2020
Aprovado por: **Profa. Dra. Elaine Marcilio Santos**	**Data:** 03 /12 /2020

1. Objetivo

Estabelecer critérios para realização do uso Toxina Botulínica Tipo A (TXB-A) para Tratamento da Dor Muscular da Disfunção Temporomandibular.

2. Abrangência

Todos os envolvidos no levantamento de dados e na elaboração do protocolo clínico, bem como na sua conferência: Responsável pela elaboração do Protocolo Clínico, responsável pela conferência do Protocolo Clínico e também os envolvidos na sua disponibilização aos colaboradores da equipe clínica: Coordenador de Estudo e Investigador Principal.

3. Temática: Disfunção Temporomandibular/ Dor /TXB-A

A dor oriunda da Disfunção Temporomandibular é uma condição crônica que afeta negativamente a qualidade de vida e o bem-estar do indivíduo. Estando frequentemente associada à hiperfunção dos músculos mastigatórios, a distúrbios específicos ou inespecíficos da Articulação Temporomandibular (ATM).

Procedimento Operacional Padrão

3.1 Disfunção Temporomandibular (DTM)

A Articulação Temporomandibular (ATM) é uma estrutura específica do complexo craniomandibular altamente especializada que pode estar relacionada a função neurológica, ortopédica e musculoesquelética, originando as disfunções temporomandibulares (DTM). A relação de interdependência que a ATM mantém com várias estruturas do crânio e da face pode ser comprometida e acometida por manifestações patológicas isoladas ou envolvendo estruturas vizinhas que em conjunto constituem as disfunções temporomandibulares (DTM). Dificilmente os sinais e sintomas relacionados à ATM ocorrem de forma isolada e podem incluir artromialgia facial, caracterizada por dor pré-auricular localizada na região da ATM, presença de ruídos articulares durante a execução das funções da mandíbula, distúrbios nos movimentos mandibulares, fraqueza ou hiperatividade dos músculos mastigatórios[1].

3.2 Dor

A dor orofacial é bem comum e representa um problema de saúde significativo. A DTM pode ocorrer em todas as faixas etárias, porém sua maior incidência está entre 20 e 45 anos. Entre 15 e 30 anos as causas mais frequentes são de origem muscular. As mulheres são mais acometidas que os homens em uma proporção de cinco para um respectivamente[2].

A causa mais comum de dor orofacial crônica é a dor musculoesquelética, referida, na maioria das vezes, como desordens temporomandibulares (DTM) e envolvem os músculos mastigatórios ou a articulação temporomandibular (ATM)[3].

Os sintomas comumente relacionados à DTM são a dor proveniente dos movimentos da mandíbula e o comprometimento da função mandibular. A DTM afeta cerca de 10% da população adulta em todo o mundo e afeta a qualidade de vida do indivíduo negativamente [4]. A etiologia da DTM é considerada de origem multifatorial [5,6]. Várias modalidades de tratamento inespecíficas,

incluindo a farmacológica, tem sido propostas para tratamento da dor relacionada à DTM e também a outras dores orofaciais crônicas [7].

A dor miofascial está relacionada a maioria dos casos das DTMs e pode se manifestar de forma única ou em associação com desarranjos articulares. São considerados fatores etiológicos secundários a espasticidade muscular, a má oclusão, o bruxismo, a hipermobilidade e comportamentos psicomotores individuais como, por exemplo, o excesso de goma de mascar [8,9].

3.3 Diagnóstico

O Critérios de Pesquisa e de Diagnóstico para Disfunção Temporomandibular (RDC/DTM)[6] (Anexo I e AnexoII) tem sido utilizado para classificar pacientes com DTM com base no diagnóstico físico (Eixo I), na dor e no estado psicológico (Eixo II):

- Este sistema permitiu a padronização dos critérios de diagnóstico para DTMs e foi validado para pesquisa e uso clínico;

-A dor miofascial é o primeiro grupo de distúrbios sob o eixo de diagnóstico físico do (RDC/DTM) e é definido por 3 critérios principais:

• Relatório de dor em repouso ou durante a função,

• Dor à palpação em 3 ou mais locais definidos,

• Pelo menos 1 local doloroso palpável do mesmo lado que a percepção de dor do paciente.

Os diagnósticos de distúrbios do sistema mastigatório baseiam-se no exame clínico do paciente e na ocorrência de características e valores assimétricos do ângulo de Bennett, que devem ser complementados com base em testes adicionais, como eletromiografia, cinetografia, ressonância magnética, axiografia, análise oclusal de T-scan e ultrassonografia [10-12].

3.4 Tratamentos

Diversas modalidades de tratamento foram relatadas na literatura com graus de sucesso e fracasso. Existem muitos relatos de opções de tratamento como o uso de ansiolíticos, relaxantes musculares e antidepressivos, restaurações dentárias e ajustes oclusais para corrigir contatos prematuros e maloclusões, remoção de hábitos parafuncionais com o uso de aparelhos ortopédicos, fisioterapia, laserterapia, acupuntura, injeções de toxina botulínica tipo A (TXB-A) no músculo masseter, redução volumétrica com o uso de radiofrequência, redução cirúrgica intraoral e extra-oral do tamanho do masseter, remoção do ângulo mandibular, neurectomia do músculo masseterico, do nervo e ressecção do coxim adiposo bucal. Considerando a relevância e complexidade de tratamento da DTM e da dor, é primordial que novas comparações de tratamento sejam abordadas e avaliadas de maneira ampla para que possamos adotar novas abordagens terapêuticas [13].

3.4.1 Toxina Botulínica

A toxina botulínica tipo A (TXB-A) é um forte agente biológico e uma potente neurotoxina sintetizada por uma bactéria gram positiva, a Clostridium botulinum, organismo anaeróbico que atua no bloqueio da liberação de acetilcolina na junção neuromuscular, levando a uma diminuição da ação de contração do músculo[14].

A (TXB-A) tem sido utilizada de forma eficaz no tratamento da distonia cervical, para espasticidade e linhas faciais hipercinéticas, e está emergindo cada vez mais como potencial tratamento da dor, para dor regional complexa, para a síndrome da dor miofascial (SDM), para tratar bruxismo, para distúrbios associados ao deslocamento do disco articular da ATM e deslocamento habitual da mandíbula e para cefaleias [15].

A TXB-A reduz a tensão muscular sem enfraquecer o músculo, e cria uma boa situação para restaurar sua função. Não causa nenhum efeito permanente ao músculo como dor, necrose ou

inflamação do músculo após a injeção e o órgão neuromuscular retorna a sua condição normal [15-17].

O tratamento com toxina botulínica é contra-indicado durante a gravidez e lactação, em pacientes com hipersensibilidade conhecida a qualquer componente da droga (especialmente hipersensibilidade a albumina humana), durante uma infecção ou inflamação da área onde as injeções de TXB-A serão administradas, em pacientes com distúrbios de condução músculo-esqueléticas, em distúrbios musculares primários (distrofia muscular, neuromiopatia congênita, miopatias, distúrbios miotônicos, mitocondriais, miopatia e músculo primário não especificado ou outras desordens). Também é contraindicado em pacientes que estejam sendo tratados com antibióticos aminoglicosídeos, ciclosporina, D-penicilamina, tubocurarina, pancurônio, galamina, succinilcolina, cloroquina ou hidroxicloroquina [18]. Devido a hemaglutinina, o risco de transmissão de um vírus e infecção não pode ser completamente eliminado. Antes da aplicação do medicamento, a disponibilidade de medicamentos antialérgicos deve ser assegurada [19].

Embora existam evidências apoiando o uso da TXB-A, muitos ECR produziram resultados inconclusivos. Em resumo, o distúrbio da dor miofascial permanece relacionada a uma condição multifatorial complexa que provavelmente poderá se beneficiar de uma variedade de tratamentos se indicados para etiologias específicas. A TXB-A pode não ser a primeira linha de terapia para dor miofascial, mas é uma alternativa útil e pode ser um tratamento coadjuvante às medidas de tratamentos conservadores [20].

4. Procedimentos Metodológicos

O estudo segue as recomendações metodológicas do manual Cochrane para revisões sistemáticas de intervenção[21]e as diretrizes de relato do PRISMA[22]. O protocolo desta revisão foi registrado no PROSPERO (CRD42018094154). As recomendações da Colaboração Cochrane serão seguidas, utilizando-se a ferramenta denominada Tabela de Risco de Viés (Risk of Bias,

RoB tool) conforme descrito no capítulo 8.5 do Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions para avaliar a qualidade dos ECRs incluídos Higgins [23,24].

4.1 Critérios de elegibilidade

- Tipos de estudos

Serão incluídos ensaios clínicos randomizados (ECRs) do tipo paralelo. Os estudos do tipo crossover serão incluídos utilizando-se apenas a primeira fase.

- Tipos de participantes

Serão incluídos estudos que envolveram adultos (acima de 18 anos), de ambos os sexos, com diagnóstico clínico de disfunção temporomandibular (DTM) de origem muscular, de acordo com critérios como os Critérios de Diagnósticos em Pesquisa para Desordens Temporomandibulares (RDC/TMD - Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders) ou as recomendações da Associação Americana de Dor Orofacial (AAOP - American Association of Orofacial Pain) [6, 21,25].

Os estudos que incluíram pacientes com subluxação, distúrbio central ou neuropático que afeta os músculos mastigatórios, dor miofascial de cervical e/ou fibromialgia serão excluídos. Os estudos com população mista, ou seja, indivíduos maiores e menores de 18 anos serão excluídos a menos que os resultados fossem apresentados separadamente.

- Tipos de intervenções

Serão incluídos ECRs que compararam o uso da toxina botulínica tipo A (em qualquer dosagem e esquema de tratamento), com:

• Placebo (exemplo, injeção de solução salina)

• Nenhum tratamento

• Outros tipos de tratamento ativos (exemplo, medicamentoso, terapia física, entre outros).

Foram incluídos estudos que combinaram a TXB- A à outras intervenções, desde que ambos os grupos tenham recebido a mesma co-intervenção.

Serão excluídos os estudos que em os pacientes apresentavam desordens centrais ou neuropáticas que afetam músculos mastigatórios, dor miofascial da origem cervical, e/ou fibromialgia. Também serão excluídos estudos com população mista, com indivíduos < 18 anos de idade a menos que tenham apresentado resultados individuais para as diferentes faixas etárias.

4.2 Tipos de desfechos analisados

-Desfechos primários

• Intensidade da dor, avaliada por meio de escalas validadas como, por exemplo, a Escala Analógica Visual (EAV) entre outras [26];

• Qualidade de vida, avaliada por meio de questionários validados como o SF-36, entre outros[27];

• Eventos adversos graves, mensurados com a proporção de participantes que sofreram pelo menos um evento adverso (por exemplo, infecção, disfagia, entre outros);

• Qualquer evento adverso, mensurado com a proporção de participantes que sofreram pelo menos um evento adverso (por exemplo, fadiga ao mastigar, paralisia muscular, alteração estética, alergia, cefaleia, entre outros).

-Desfechos secundários

• Amplitude de movimento mandibular (abertura, fechamento e desvios laterais), avaliado em milímetros (mm);

• Função, avaliada por questionários validados como o Questionário e Índice de Limitação Funcional Mandibular (MFIQ)[28], o Índice de Disfunção Clínica Crânio-Mandibular (IDCCM ou Índice de Helkimo)[29] entre outros;

• Uso de medicação analgésica, mensurado pela quantidade (ou dosagem) de comprimidos consumidos ao dia.

Serão incluídos todos os espaços de tempo relatados pelos ECRs mas serão agrupados em metanálises apenas aqueles que forem semelhantes. Foi definido avaliação a curto prazo como

até 1 mês após o tratamento, prazo intermediário entre um e três meses, e a longo prazo como mais de três meses após o tratamento.

4.3 Pesquisa dos estudos

As buscas pelos estudos serão realizadas sem restrições de idioma, data ou publicação (Anexo III), nas seguintes bases de dados electrónicas:

• MEDLINE (via PubMed);

• EMBASE (via Elsevier);

• Cochrane central Register de ensaios controlados-CENTRAL (via Wiley);

• Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde e do Caribe - LILACS (via Biblioteca Virtual em Saúde - BVS);

• Web of Science (via Clarivate Analytics);

• BBO - Bibliografia Brasileira de Odontologia (via Bireme);

• Scopus (via Elsevier);

• ClinicalTrials.gov (www.clinicaltrials.gov);

• Plataforma internacional de registro de ensaios clínicos (apps. Who.int/trialsearch) da Organização Mundial da saúde (OMS);

• Open Grey (http://www.opengrey.eu/).

Serão selecionadas as listas de referência de todos os estudos incluídos. Serão contatados especialistas no campo da pesquisa para inquirir sobre possíveis ECRs em andamento ou não publicados.

4.4 Processo de seleção de estudos e extração de dados

Todos os títulos e resumos obtidos pelas estratégias de busca serão incluídos em um programa de gerenciamento de referências (Endnote web) onde serão removidas as duplicações. Dois revisores (DM e ALCM) irão selecionar de forma independente os estudos para inclusão,

examinando os títulos e resumos dos estudos por meio da Plataforma Rayyan(65) (https://Rayyan.qcri.org/). Serão obtidos e analisados os textos completos dos estudos que se apresentem pouco claros em relação ao título ou ao resumo. Nos casos de discordância entre os revisores, um terceiro revisor (EMS) será consultado. Todos os estudos classificados como relevantes serão recuperados na íntegra. A extração de dados também será realizada por dois investigadores de forma independente (ALCM e SKB) usando um formulário de extração de dados especialmente criado para esta revisão. Um terceiro investigador (EMS) resolverá a discrepâncias na extração.

4.5 Avaliação do risco de viés de estudos incluídos

Para as recomendações da Colaboração Cochrane, será utilizada a ferramenta denominada Tabela de Risco de Viés (Risk of Bias, RoB tool) [23,24]. Esta ferramenta avalia os seguintes domínios em cada um dos ensaios: (1) geração de sequências alocação, (2) sigilo de alocação, (3) Mascaramento dos participantes e profissionais, (4) Mascaramento dos avaliadores dos desfechos, (5) Dados incompletos de desfechos , (6) relato seletivo dos desfechos e (7) Outras fontes de viés (por exemplo, nas características basais). Será realizada a avaliação em nível de cada estudo para os domínios 1, 2, 6, 7. Planejaremos realizar a avaliação de nível de resultado para os domínios 3, 4, 5, 6, se necessário (por exemplo, em caso de diferentes taxas de perdas entre os resultados, avaliamos o item 5 no nível de desfecho). Dois investigadores independentes (RLP e ALCM) avaliarão o risco de viés de cada ensaio; um terceiro investigador (RR) será consultado em caso de discordâncias. Apresentaremos as razões para cada julgamento.

4.6 Unidade de questões de análise, medidas de efeito de tratamento, análises e avaliação da heterogeneidade

O paciente será considerado como a principal unidade de análise. Para a avaliação dos efeitos do tratamento, serão calculadas as diferenças das médias (DM) para os desfechos contínuos e

risco relativo (RR) para desfechos dicotômicos, com seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC). Quando possível (dependendo da disponibilidade e homogeneidade dos dados), os dados serão agrupados em metanálises usando o modelo de efeito randômico. Será utilizado o software Review Manager 5,3 para todas as metanálises [30]. A presença de heterogeneidade estatística entre os estudos será verificada por meio do teste do teste qui-quadrado (Chi2). A extensão da heterogeneidade será avaliada pela estatística I2, e, conforme recomendado por Higgins e Green (2011)[23], valores de I^2 superiores a 50% foram considerados como existência de heterogeneidade significativa entre os estudos dentro de uma mesma metanálise[21]. Será planejado explorar as razões da heterogeneidade realizando análises de sensibilidade e subgrupo. Quando necessário, os autores de avaliação serão contatados para obtenção de dados ausentes e mais detalhes para avaliação do risco de viés.

4.7 Análises de Subgrupos

Foram planejadas as seguintes análises de subgrupos para todos os desfechos primários: (a) diferentes doses de toxina botulínica (até 200 unidades (U) por lado versus mais de 200 U por lado) e (b) diferentes durações de sintomas (sintomas agudos versus crônicos, definidos como duração maior que três meses). As seguintes análises de sensibilidade pré-especificadas foram planejadas para todos os desfechos primários: (a) risco de viés (seleção, detecção e viés de atrito) de ensaios incluídos e (b) metanálise do modelo de efeito fixo. A análise do viés de publicação foi planejada para ser realizada se mais de 10 estudos forem incluídos em uma metanálise.

4.8 Avaliação da certeza da evidência

Será utilizada a abordagem do GRADE (classificação das recomendações, avaliação, desenvolvimento e avaliações) para avaliar a qualidade (certeza) do corpo da evidência [31]. A abordagem do GRADE avalia cinco domínios para rebaixar a certeza da evidência (risco de viés,

inconsistência, imprecisão, evidencias indiretas e viés de publicação). Será apresentado um resumo da tabela de achados usando o GRADE pro GDT software [31], para todos os desfechos primários da comparação principal (TXB-A versus placebo). As razões para o rebaixamento da certeza da evidência foram justificadas.

-Classificação da certeza da evidência

A certeza do corpo da evidência será analisada segundo o Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation Working Group (GRADE)[31] que classifica as evidências de acordo com cinco domínios:

- Limitações metodológicas (risco de viés) – implica limitação metodológica e presença de viés como ausência de sigilo de alocação, ausência ou perda do mascaramento, grande perda de acompanhamento e estudos interrompidos precocemente em decorrência de resultados positivos ou negativos.
- Inconsistência – expressa heterogeneidade ou variabilidade inexplicada entre os estudos. Ensaios clínicos, com o objetivo de responder a uma mesma questão de pesquisa, podem apresentar diferenças clínicas e metodológicas em sua execução.
- Evidências indiretas (indirectness) – situações em que participantes, intervenções ou desfechos avaliados nos estudos são diferentes daqueles considerados na questão de pesquisa da revisão sistemática ou situações em que não há comparações diretas entre as intervenções.
- Imprecisão – o critério para julgar a precisão das estimativas é o tamanho do IC 95%. A presença de pequeno número de pacientes ou eventos nos estudos incluídos gera grandes intervalos de confiança ao redor da estimativa de efeito e, consequentemente, incerteza nos resultados.
- Viés de publicação – é a seleção de estudos a serem publicados, isto é, escolher publicar ou não um estudo dependendo de seus resultados. Em geral, estudos que apresentam diferenças significativas em suas análises têm maior probabilidade de ser publicados que estudos que não demonstram diferenças significativas.

A análise dos cinco critérios acima será feita para cada desfecho e as razões para rebaixamento da certeza da evidência serão apresentadas em detalhes. Evidências baseadas em ensaios clínicos randomizados são classificadas inicialmente como sendo de alta certeza, mas podem ser reduzidas em um, dois e até três níveis de acordo com a avaliação do domínio de cada domínio, assim, ao final, a certeza do corpo da evidência para cada desfecho pode ser classificada como alta, moderada, baixa ou muito baixa:

- Evidência de alta certeza: significa que o verdadeiro efeito se encontra próximo à estimativa do efeito da intervenção. É muito improvável que pesquisas adicionais não modifiquem a confiança no efeito.
- Evidência de moderada certeza: significa que o verdadeiro efeito está provavelmente próximo à estimativa do efeito da intervenção, podendo, entretanto, haver alterações substanciais. Pesquisas adicionais são susceptíveis de ter um impacto importante sobre a confiança no efeito.
- Evidência de baixa certeza: a confiança no efeito do tratamento é limitada, podendo haver alterações substanciais nos resultados entre o verdadeiro efeito da intervenção e a estimativa do efeito. Pesquisas adicionais podem alterar a estimativa do efeito.
- Evidência de muito baixa certeza: significa que há incerteza sobre a estimativa do efeito.

5. Referências Bibliográficas

1. Okeson JP. The classification of orofacial pains. Oral Maxillofac Surg Clin North Am. 2008;20(2):133-44, v.

2. Tosato Jde P, Biasotto-Gonzalez DA, Gonzalez Tde O. [Presence of temporomandibular joint discomfort related to pacifier use]. Braz J Otorhinolaryngol. 2005;71(3):365-8.

3. Haggman-Henrikson B, Alstergren P, Davidson T, Hogestatt ED, Ostlund P, Tranaeus S, et al. Pharmacological treatment of oro-facial pain - health technology assessment including a systematic review with network meta-analysis. J Oral Rehabil. 2017;44(10):800-26.

4. Dahlstrom L, Carlsson GE. Temporomandibular disorders and oral health-related quality of life. A systematic review. Acta Odontol Scand. 2010;68(2):80-5.

5. Slade GD, Ohrbach R, Greenspan JD, Fillingim RB, Bair E, Sanders AE, et al. Painful Temporomandibular Disorder: Decade of Discovery from OPPERA Studies. J Dent Res. 2016;95(10):1084-92.

6. Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, Look J, Anderson G, Goulet JP, et al. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network* and Orofacial Pain Special Interest Groupdagger. J Oral Facial Pain Headache. 2014;28(1):6-27.

7. List T, Axelsson S, Leijon G. Pharmacologic interventions in the treatment of temporomandibular disorders, atypical facial pain, and burning mouth syndrome. A qualitative systematic review. J Orofac Pain. 2003;17(4):301-10.

8. Emara AS, Faramawey MI, Hassaan MA, Hakam MM. Botulinum toxin injection for management of temporomandibular joint clicking. Int J Oral Maxillofac Surg. 2013;42(6):759-64.

9. Bennett RM, Goldenberg DL. Fibromyalgia, myofascial pain, tender points and trigger points: splitting or lumping? Arthritis Res Ther. 13. England2011. p. 117.

10. Bennett RM, Goldenberg DL. Fibromyalgia, myofascial pain, tender points and trigger points: splitting or lumping? Arthritis Res Ther. 13. England2011. p. 117.

11. Manfredini D, Guarda-Nardini L, Winocur E, Piccotti F, Ahlberg J, Lobbezoo F. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: a systematic review of
Yi Xue. 2016;25(6):758-61.

12. Fallah HM, Currimbhoy S. Use of botulinum toxin A for treatment of myofascial pain and dysfunction. J Oral Maxillofac Surg. 2012;70(5):1243-5.

13. Fedorowicz Z, van Zuuren EJ, Schoones J. Botulinum toxin for masseter hypertrophy. Cochrane Database Syst Rev. 2013(9):Cd007510.

14. Pihut M, Wisniewska G, Majewski P, Gronkiewicz K, Majewski S. Measurement of occlusal forces in the therapy of functional disorders with the use of botulinum toxin type A. J Physiol Pharmacol. 2009;60 Suppl 8:113-6.

15. Bogucki ZA, Kownacka M. Clinical Aspects of the Use of Botulinum Toxin Type A in the Treatment of Dysfunction of the Masticatory System. Adv Clin Exp Med. 2016;25(3):569-73.

16. Fu KY, Chen HM, Sun ZP, Zhang ZK, Ma XC. Long-term efficacy of botulinum toxin type A for the treatment of habitual dislocation of the temporomandibular joint. Br J Oral Maxillofac Surg. 2010;48(4):281-4.

17. Connelly ST, Myung J, Gupta R, Tartaglia GM, Gizdulich A, Yang J, et al. Clinical outcomes of Botox injections for chronic temporomandibular disorders: do we understand how Botox works on muscle, pain, and the brain? Int J Oral Maxillofac Surg. 2017;46(3):322-7.

18. Slade GD, Ohrbach R, Greenspan JD, Fillingim RB, Bair E, Sanders AE, et al. Painful Temporomandibular Disorder: Decade of Discovery from OPPERA Studies. J Dent Res. 2016;95(10):1084-92.

19. Bogucki ZA, Kownacka M. Clinical Aspects of the Use of Botulinum Toxin Type A in the Treatment of Dysfunction of the Masticatory System. Adv Clin Exp Med. 2016;25(3):569-73.

20. Fallah HM, Currimbhoy S. Use of botulinum toxin A for treatment of myofascial pain and dysfunction. J Oral Maxillofac Surg. 2012;70(5):1243-5.

21. Salanti G, Del Giovane C, Chaimani A, Caldwell DM, Higgins JP. Evaluating the quality of evidence from a network meta-analysis. PLoS One. 2014;9(7):e99682.

22. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gotzsche PC, Ioannidis JP, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. J Clin Epidemiol. 2009;62(10):e1-34.

23. Higgins J, Altman D, Sterne J. Chapter 8: Assessing the risk of bias in included studies. In: Higgins J, Green S, editors. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version

510 [updated March 2011]: The Cochrane Collaboration; 2011. Available from www.cochrane-handbook.org.

24. Higgins JPT, Green S (editors). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 [updated March 2011]. The Cochrane Collaboration 2011; Available from www.cochrane-handbook.org.

25. Dworkin SF, LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. J Craniomandib Disord. 1992;6(4):301-55.

26. Revill SI, Robinson JO, Rosen M, Hogg MI. The reliability of a linear analogue for evaluating pain. Anaesthesia. 1976;31(9):1191-8.

27. Ware JE, Jr., Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care. 1992;30(6):473-83.

28. Stegenga B, de Bont LG, de Leeuw R, Boering G. Assessment of mandibular function impairment associated with temporomandibular joint osteoarthrosis and internal derangement. J Orofac Pain. 1993;7(2):183-95.

29. Helkimo M. Studies on function and dysfunction of the masticatory system. II. Index for anamnestic and clinical dysfunction and occlusal state. Sven Tandlak Tidskr. 1974;67(2):101-21.

30. Review Manager (RevMan) [Computer program]. Version 5.3. Copenhagen: The Nordic Cochrane Centre: The Cochrane Collaboration; 2014

31.Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. Bmj. 2008;336(7650):924-6.

ANEXO I – Questionário RDC-TMD

RDC - TMD

Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders

Português – BRASIL

Nome	Prontuário / Matrícula n°	RDC n°
Examinador	Data _____/_____/_____	

HISTÓRIA - QUESTIONÁRIO

Por favor, leia cada pergunta e marque somente a resposta que achar mais correta.

1. Como você classifica sua saúde em geral?

[1] Excelente
[2] Muito boa
[3] Boa
[4] Razoável
[5] Ruim

2. Como você classifica a saúde da sua boca?

[1] Excelente
[2] Muito boa
[3] Boa
[4] Razoável
[5] Ruim

3. Você sentiu dor na face, em locais como na região das bochechas (maxilares), nos lados da cabeça, na frente do ouvido ou no ouvido, nas últimas 4 semanas?

[0] Não
[1] Sim

[Se sua resposta foi **não**, PULE para a **pergunta 14.a**]
[Se a sua resposta foi **sim**, PASSE para a **próxima pergunta**]

4. Há quanto tempo a sua dor na face começou pela primeira vez?

[Se começou **há um ano ou mais**, responda a **pergunta 4.a**]
[Se começou **há menos de um ano**, responda a **pergunta 4.b**]

4.a. Há quantos anos a sua dor na face começou pela primeira vez?

[ ][ ] Ano(s)

4.b. Há quantos meses a sua dor na face começou pela primeira vez?

[ ][ ] Mês(es)

5. A dor na face ocorre?

[1] O tempo todo
[2] Aparece e desaparece
[3] Ocorreu somente uma vez

6. Você já procurou algum profissional de saúde (médico, cirurgião-dentista, fisioterapeuta, etc.) para tratar a sua dor na face?

[1] Não
[2] Sim, nos últimos seis meses.
[3] Sim, há mais de seis meses.

7. Em uma escala de 0 a 10, se você tivesse que dar uma nota para sua dor na face agora, NESTE EXATO MOMENTO, que nota você daria, onde 0 é "nenhuma dor" e 10 é "a pior dor possível"?

NENHUMA DOR	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	A PIOR DOR POSSÍVEL

8. Pense na pior dor na face que você já sentiu nos últimos seis meses, dê uma nota pra ela de 0 a 10, onde 0 é "nenhuma dor" e 10 é "a pior dor possível"?

NENHUMA DOR	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	A PIOR DOR POSSÍVEL

9. Pense em todas as dores na face que você já sentiu nos últimos seis meses, qual o valor médio você daria para essas dores, utilizando uma escala de 0 a 10, onde 0 é "nenhuma dor" e 10 é "a pior dor possível"?

NENHUMA DOR	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	A PIOR DOR POSSÍVEL

10. Aproximadamente quantos dias nos últimos seis meses você esteve afastado de suas atividades diárias como: trabalho, escola e serviço doméstico, devido a sua dor na face?

☐☐ Dias

11. Nos últimos seis meses, o quanto esta dor na face interferiu nas suas atividades diárias utilizando uma escala de 0 a 10, onde 0 é "nenhuma interferência" e 10 é "incapaz de realizar qualquer atividade"?

NENHUMA INTERFERÊNCIA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	INCAPAZ DE REALIZAR QUALQUER ATIVIDADE

12. Nos últimos seis meses, o quanto esta dor na face mudou a sua disposição de participar de atividades de lazer, sociais e familiares, onde 0 é "nenhuma mudança" e 10 é "mudança extrema"?

NENHUMA MUDANÇA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	MUDANÇA EXTREMA

13. Nos últimos seis meses, o quanto esta dor na face mudou a sua capacidade de trabalhar (incluindo serviços domésticos) onde 0 é "nenhuma mudança" e 10 é "mudança extrema"?

NENHUMA MUDANÇA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	MUDANÇA EXTREMA

14.a. Alguma vez sua mandíbula (boca) já ficou travada de forma que você não conseguiu abrir totalmente a boca?

☐ 0 Não

☐ 1 Sim

[Se você **nunca** teve travamento da mandíbula, PULE para a **pergunta 15.a**]
[Se **já teve** travamento da mandíbula, PASSE para a **próxima pergunta**]

14.b. Este travamento da mandíbula (boca) foi grave a ponto de interferir com a sua capacidade de mastigar?

☐ 0 Não

☐ 1 Sim

15.a. Você ouve estalos quando mastiga, abre ou fecha a boca?

☐ 0 Não

☐ 1 Sim

15.b. Quando você mastiga, abre ou fecha a boca, você ouve um barulho (rangido) na frente do ouvido como se fosse osso contra osso?

☐ 0 Não

☐ 1 Sim

15.c. Você já percebeu ou alguém falou que você range (ringi) ou aperta os seus dentes quando está dormindo?

0 Não

1 Sim

15.d. Durante o dia, você range (ringi) ou aperta os seus dentes?

0 Não

1 Sim

15.e. Você sente a sua mandíbula (boca) "cansada" ou dolorida quando você acorda pela manhã?

0 Não

1 Sim

15.f. Você ouve apitos ou zumbidos nos seus ouvidos?

0 Não

1 Sim

15.g. Você sente que a forma como os seus dentes se encostam é desconfortável ou diferente/ estranha?

0 Não

1 Sim

16.a. Você tem artrite reumatóide, lúpus, ou qualquer outra doença que afeta muitas articulações (juntas) do seu corpo?

0 Não

1 Sim

16.b. Você sabe se alguém na sua família, isto é seus avós, pais, irmãos, etc. já teve artrite reumatóide, lúpus, ou qualquer outra doença que afeta várias articulações (juntas) do corpo?

0 Não

1 Sim

16.c. Você já teve ou tem alguma articulação (junta) que fica dolorida ou incha sem ser a articulação (junta) perto do ouvido (ATM)?

0 Não

1 Sim

[Se você **não** teve dor ou inchaço, PULE para **a pergunta 17.a**.]
[Se você **já teve**, dor ou inchaço, PASSE para a **próxima pergunta**]

16.d. A dor ou inchaço que você sente nessa articulação (junta) apareceu várias vezes nos últimos 12 meses (1 ano)?

0 Não

1 Sim

17.a. Você teve recentemente alguma pancada ou trauma na face ou na mandíbula (queixo)?

0 Não

1 Sim

[Se sua resposta foi **não**, PULE para a **pergunta 18**]
[Se sua resposta foi **sim**, PASSE para a **próxima pergunta**]

17.b. A sua dor na face (em locais como a região das bochechas (maxilares), nos lados da cabeça, na frente do ouvido ou no ouvido) já existia antes da pancada ou trauma?

0 Não

1 Sim

18. Durante os últimos seis meses você tem tido problemas de dor de cabeça ou enxaquecas?

0 Não

1 Sim

19. Quais atividades a sua dor na face ou problema na mandíbula (queixo), impedem, limitam ou prejudicam?

	NÃO	SIM
a. Mastigar	0	1
b. Beber (tomar líquidos)	0	1
c. Fazer exercícios físicos ou ginástica	0	1
d. Comer alimentos duros	0	1
e. Comer alimentos moles	0	1
f. Sorrir/gargalhar	0	1
g. Atividade sexual	0	1
h. Limpar os dentes ou a face	0	1
i. Bocejar	0	1
j. Engolir	0	1
k. Conversar	0	1
l. Ficar com o rosto normal: sem a aparência de dor ou triste	0	1

20. Nas últimas quatro semanas, o quanto você tem estado angustiado ou preocupado:

	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
a. Por sentir dores de cabeça	0	1	2	3	4
b. Pela perda de interesse ou prazer sexual	0	1	2	3	4
c. Por ter fraqueza ou tontura	0	1	2	3	4
d. Por sentir dor ou "aperto" no peito ou coração	0	1	2	3	4
e. Pela sensação de falta de energia ou lentidão	0	1	2	3	4
f. Por ter pensamentos sobre morte ou relacionados ao ato de morrer	0	1	2	3	4
g. Por ter falta de apetite	0	1	2	3	4
h. Por chorar facilmente	0	1	2	3	4
i. Por se culpar pelas coisas que acontecem ao seu redor	0	1	2	3	4
j. Por sentir dores na parte inferior das costas	0	1	2	3	4
k. Por se sentir só	0	1	2	3	4
l. Por se sentir triste	0	1	2	3	4
m. Por se preocupar muito com as coisas	0	1	2	3	4
n. Por não sentir interesse pelas coisas	0	1	2	3	4
o. Por ter enjôo ou problemas no estômago	0	1	2	3	4
p. Por ter músculos doloridos	0	1	2	3	4
q. Por ter dificuldade em adormecer	0	1	2	3	4
r. Por ter dificuldade em respirar	0	1	2	3	4
s. Por sentir de vez em quando calor ou frio	0	1	2	3	4
t. Por sentir dormência ou formigamento em partes do corpo	0	1	2	3	4
u. Por sentir um "nó na garganta"	0	1	2	3	4
v. Por se sentir desanimado sobre o futuro	0	1	2	3	4
w. Por se sentir fraco em partes do corpo	0	1	2	3	4
x. Pela sensação de peso nos braços ou pernas	0	1	2	3	4
y. Por ter pensamentos sobre acabar com a sua vida	0	1	2	3	4
z. Por comer demais	0	1	2	3	4
aa. Por acordar de madrugada	0	1	2	3	4
bb. Por ter sono agitado ou perturbado	0	1	2	3	4
cc. Pela sensação de que tudo é um esforço/sacrifício	0	1	2	3	4
dd. Por se sentir inútil	0	1	2	3	4
ee. Pela sensação de ser enganado ou iludido	0	1	2	3	4
ff. Por ter sentimentos de culpa	0	1	2	3	4

21. Como você classificaria os cuidados que tem tomado com a sua saúde de uma forma geral?

1 Excelente
2 Muito bom
3 Bom
4 Razoável
5 Ruim

22. Como você classificaria os cuidados que tem tomado com a saúde da sua boca?

1 Excelente
2 Muito bom
3 Bom
4 Razoável
5 Ruim

23. Qual a data do seu nascimento?

Dia ☐☐ Mês ☐☐ Ano ☐☐☐☐

24. Qual seu sexo?

1 Masculino
2 Feminino

25. Qual a sua cor ou raça?

1 Aleútas, Esquimó ou Índio Americano
2 Asiático ou Insulano Pacífico
3 Preta
4 Branca
5 Outra [Se sua resposta foi **outra**, PASSE para as **próximas alternativas** sobre sua cor ou raça]
6 Parda
7 Amarela
8 Indígena

26. Qual a sua origem ou de seus familiares?

1 Porto Riquenho
2 Cubano
3 Mexicano
4 Mexicano Americano
5 Chicano
6 Outro Latino Americano
7 Outro Espanhol
8 Nenhuma acima [Se sua resposta foi **nenhuma acima**, PASSE para as **próximas alternativas** sobre sua origem ou de seus familiares]

9 Índio
10 Português
11 Francês
12 Holandês
13 Espanhol
14 Africano
15 Italiano
16 Japonês
17 Alemão
18 Árabe
19 Outra, favor especificar
_____
20 Não sabe especificar

27. Até que ano da escola / faculdade você freqüentou?

Nunca freqüentei a escola		0
Ensino fundamental (primário)	1ªSérie	1
	2ª Série	2
	3ª Série	3
	4ª Série	4
Ensino fundamental (ginásio)	5ª Série	5
	6ª Série	6
	7ª Série	7
	8ª Série	8
Ensino médio (científico)	1°ano	9
	2°ano	10
	3°ano	11
Ensino superior (faculdade ou pós-graduação)	1°ano	12
	2°ano	13
	3°ano	14
	4°ano	15
	5°ano	16
	6°ano	17

28a. Durante as 2 últimas semanas, você trabalhou no emprego ou em negócio pago ou não (não incluindo trabalho em casa)?

0 Não

1 Sim

[Se a sua resposta foi **sim**, PULE para a **pergunta 29**]
[Se a sua resposta foi **não**, PASSE para a **próxima pergunta**]

28b. Embora você não tenha trabalhado nas duas últimas semanas, você tinha um emprego ou negócio?

0 Não

1 Sim

[Se a sua resposta foi **sim**, PULE para a **pergunta 29**]
[Se a sua resposta foi **não**, PASSE para a **próxima pergunta**]

28c. Você estava procurando emprego ou afastado temporariamente do trabalho, durante as 2 últimas semanas?

1 Sim, procurando emprego

2 Sim, afastado temporariamente do trabalho

3 Sim, os dois, procurando emprego e afastado temporariamente do trabalho

4 Não

29. Qual o seu estado civil?

1 Casado (a) esposa (o) morando na mesma casa

2 Casado (a) esposa (o) não morando na mesma casa

3 Viúvo (a)

4 Divorciado (a)

30. Quanto você e sua família ganharam por mês durante os últimos 12 meses?

R$ ☐☐☐☐☐,☐☐

Não preencher. Deverá ser preenchido pelo profissional

☐ Até ¼ do salário mínimo
☐ De ¼ a ½ salário mínimo
☐ De ½ a 1 salário mínimo
☐ De 1 a 2 salários mínimos
☐ De 2 a 3 salários mínimos
☐ De 3 a 5 salários mínimos
☐ De 5 a 10 salários mínimos
☐ De 10 a 15 salários mínimos
☐ De 15 a 20 salários mínimos
☐ De 20 a 30 salários mínimos
☐ Mais de 30 salários mínimos
☐ Sem rendimento

31. Qual o seu CEP?

☐☐☐☐☐-☐☐☐

ANEXO II – Exame Clínico RDC-TMD

EXAME CLÍNICO

1. Você tem dor no lado direito da sua face, lado esquerdo ou ambos os lados?

0 Nenhum
1 Direito
2 Esquerdo
3 Ambos

2.Você poderia apontar as áreas aonde você sente dor ?

Direito	Esquerdo
0 Nenhuma	0 Nenhuma
1 Articulação	1 Articulação
2 Músculos	2 Músculos
3 Ambos	3 Ambos

3. Padrão de abertura:

0 Reto
1 Desvio lateral direito (não corrigido)
2 Desvio lateral direito corrigido ("S")
3 Desvio lateral esquerdo (não corrigido)
4 Desvio lateral esquerdo corrigido ("S")
5 Outro tipo _____
(Especifique)

4. Extensão de movimento vertical

Incisivo superior utilizado 11 21

a. Abertura sem auxílio sem dor ☐☐mm

b. Abertura máxima sem auxílio ☐☐mm

Dor Muscular	Dor Articular
0 Nenhuma	0 Nenhuma
1 Direito	1 Direito
2 Esquerdo	2 Esquerdo
3 Ambos	3 Ambos

c. Abertura máxima com auxílio ☐☐mm

Dor Muscular	Dor Articular
0 Nenhuma	0 Nenhuma
1 Direito	1 Direito
2 Esquerdo	2 Esquerdo
3 Ambos	3 Ambos

d. Trespasse incisal vertical ☐☐mm

5. Ruídos articulares (palpação)

a. abertura

Direito	Esquerdo
0 Nenhum	0 Nenhum
1 Estalido	1 Estalido
2 Crepitação grosseira	2 Crepitação grosseira
3 Crepitação fina	3 Crepitação fina
☐☐mm	☐☐mm
(Medida do estalido na abertura)	

b. Fechamento

Direito	Esquerdo
0 Nenhum	0 Nenhum
1 Estalido	1 Estalido
2 Crepitação grosseira	2 Crepitação grosseira
3 Crepitação fina	3 Crepitação fina
☐☐mm	☐☐mm
(Medida do estalido no fechamento)	

c. Estalido recíproco eliminado durante abertura protrusiva

Direito	Esquerdo
0 Não	0 Não
1 Sim	1 Sim

8 NA	8 NA
(NA: *Nenhuma das opções acima*)	

6. Excursões

a. Excursão lateral direita ☐☐mm

Dor Muscular	Dor Articular
0 Nenhuma	0 Nenhuma
1 Direito	1 Direito
2 Esquerdo	2 Esquerdo
3 Ambos	3 Ambos

b. Excursão lateral esquerda ☐☐mm

Dor Muscular	Dor Articular
0 Nenhuma	0 Nenhuma
1 Direito	1 Direito
2 Esquerdo	2 Esquerdo
3 Ambos	3 Ambos

c. Protrusão ☐☐mm

Dor Muscular	Dor Articular
0 Nenhuma	0 Nenhuma
1 Direito	1 Direito
2 Esquerdo	2 Esquerdo
3 Ambos	3 Ambos

d. Desvio de linha média ☐☐mm

1 Direito

2 Esquerdo

8 NA

(NA: *Nenhuma das opções acima*)

7. Ruídos articulares nas excursões

Ruídos direito

	Nenhum	Estalido	Crepitação grosseira	Crepitação fina
7.a Excursão Direita	0	1	2	3
7.b Excursão Esquerda	0	1	2	3
7.c Protrusão	0	1	2	3

Ruídos esquerdo

	Nenhum	Estalido	Crepitação grosseira	Crepitação fina
7.d Excursão Direita	0	1	2	3
7.e Excursão Esquerda	0	1	2	3
7.f Protrusão	0	1	2	3

INSTRUÇÕES, ÍTENS 8-10

O examinador irá palpar (tocando) diferentes áreas da sua face, cabeça e pescoço. Nós gostaríamos que você indicasse se você não sente dor ou apenas sente pressão (0), ou dor (1-3). Por favor, classifique o quanto de dor você sente para cada uma das palpações de acordo com a escala abaixo. Marque o número que corresponde a quantidade de dor que você sente. Nós gostaríamos que você fizesse uma classificação separada para as palpações direita e esquerda.

0 *= Somente pressão (sem dor)*
1 *= dor leve*
2 *= dor moderada*
3 *= dor severa*

8. Dor muscular extraoral com palpação	Direita				Esquerda			
a. Temporal posterior (1,0 Kg.) "Parte de trás da têmpora (atrás e imediatamente acima das orelhas)."	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Temporal médio (1,0 Kg.) "Meio da têmpora (4 a 5 cm lateral à margem lateral das sobrancelhas)."	0	1	2	3	0	1	2	3
c. Temporal anterior (1,0 Kg.) "Parte anterior da têmpora (superior a fossa infratemporal e imediatamente acima do processo zigomático)."	0	1	2	3	0	1	2	3
d. Masseter superior (1,0 Kg.) "Bochecha/ abaixo do zigoma (comece 1 cm a frente da ATM e imediatamente abaixo do arco zigomático, palpando o músculo anteriormente)."	0	1	2	3	0	1	2	3
e. Masseter médio (1,0 Kg.) "Bochecha/ lado da face (palpe da borda anterior descendo até o ângulo da mandíbula)."	0	1	2	3	0	1	2	3
f. Masseter inferior (1,0 Kg.) "Bochecha/ linha da mandíbula (1 cm superior e anterior ao ângulo da mandíbula)."	0	1	2	3	0	1	2	3
g. Região mandibular posterior (estilo-hióideo/ região posterior do digástrico) (0,5 Kg.) "Mandíbula/ região da garganta (área entre a inserção do esternocleidomastóideo e borda posterior da mandíbula. Palpe imediatamente medial e posterior ao ângulo da mandíbula)."	0	1	2	3	0	1	2	3
h. Região submandibular (pterigóideo medial/ supra-hióideo/ região anterior do digástrico) (0,5 Kg.)"abaixo da mandíbula (2 cm a frente do ângulo da mandíbula)."	0	1	2	3	0	1	2	3
9. Dor articular com palpação								
a. Polo lateral (0,5 Kg.) "Por fora (anterior ao trago e sobre a ATM)."	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Ligamento posterior (0,5 Kg.)"Dentro do ouvido (pressione o dedo na direção anterior e medial enquanto o paciente está com a boca fechada)."	0	1	2	3	0	1	2	3
10. Dor muscular intraoral com palpação								
a. Área do pterigóideo lateral (0,5 Kg.) "Atrás dos molares superiores (coloque o dedo mínimo na margem alveolar acima do último molar superior. Mova o dedo para distal, para cima e em seguida para medial para palpar)."	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Tendão do temporal (0,5 Kg.) "Tendão (com o dedo sobre a borda anterior do processo coronóide, mova-o para cima. Palpe a área mais superior do processo)."	0	1	2	3	0	1	2	3

Anexo III - Estratégias de busca em bases de dados eletrônicas.

MEDLINE (via Pubmed)
#1 (Temporomandibular Joint Disorders [Mesh]) OR (Disorder, Temporomandibular Joint) OR (Disorders, Temporomandibular Joint) OR (Joint Disorder, Temporomandibular) OR (Joint Disorders, Temporomandibular) OR (Temporomandibular Joint Disorder) OR (TMJ Disorders) OR (Disorder, TMJ) OR (Disorders, TMJ) OR (TMJ Disorder) OR (Temporomandibular Disorders) OR (Disorder, Temporomandibular) OR (Disorders, Temporomandibular) OR (Temporomandibular Disorder) OR (Temporomandibular Joint Diseases) OR (Disease, Temporomandibular Joint) OR (Diseases, Temporomandibular Joint) OR (Joint Disease, Temporomandibular) OR (Joint Diseases, Temporomandibular) OR (Temporomandibular Joint Disease) OR (TMJ Diseases) OR (Disease, TMJ) OR (Diseases, TMJ) OR (TMJ Disease) OR (Temporomandibular Joint [Mesh]) OR (Joint, Temporomandibular) OR (Joints, Temporomandibular) OR (Temporomandibular Joints) OR TMJ OR (Temporomandibular Joint Dysfunction Syndrome [Mesh]) OR (Myofascial Pain Dysfunction Syndrome, Temporomandibular Joint) OR (TMJ Syndrome) OR (Syndrome, TMJ) OR (Costen's Syndrome) OR (Costen Syndrome) OR (Costens Syndrome) OR (Syndrome, Costen's) OR (Temporomandibular Joint Syndrome) OR (Joint Syndrome, Temporomandibular) OR (Syndrome, Temporomandibular Joint) OR (Myofascial Pain Syndromes [Mesh]) OR (Myofascial Pain Syndrome) OR (Pain Syndrome, Myofascial) OR (Pain Syndromes, Myofascial) OR (Syndrome, Myofascial Pain) OR (Syndromes, Myofascial Pain) OR (Myofascial Trigger Point Pain) OR (Trigger Point Pain, Myofascial) OR (Bruxism [Mesh]) OR (Teeth Grinding Disorder) OR (Disorder, Teeth Grinding) OR (Disorders, Teeth Grinding) OR (Grinding Disorder, Teeth) OR (Grinding Disorders, Teeth) OR (Teeth Grinding Disorders) OR (Sleep Bruxism [Mesh]) OR (Bruxism, Sleep) OR (Bruxisms, Sleep) OR (Sleep Bruxisms) OR (Nocturnal Teeth Grinding Disorder) OR (Teeth Grinding Disorder, Nocturnal) OR (Bruxism, Nocturnal) OR (Bruxisms, Nocturnal) OR (Nocturnal Bruxism) OR (Nocturnal Bruxisms) OR (Sleep Bruxism, Childhood) OR (Childhood Sleep Bruxism) OR (Childhood Sleep Bruxisms) OR (Sleep Bruxisms, Childhood) OR (Sleep-Related Bruxism) OR (Bruxism, Sleep-Related) OR (Bruxisms, Sleep-Related) OR (Sleep Related Bruxism) OR (Sleep-Related Bruxisms) OR (Sleep Bruxism, Adult) OR (Adult Sleep Bruxism) OR (Adult Sleep Bruxisms) OR (Sleep Bruxisms, Adult) #2 (Botulinum Toxins, Type A) OR (Botulinum Neurotoxin A) OR (Neurotoxin A, Botulinum) OR (Clostridium botulinum A Toxin) OR (Clostridium Botulinum Toxin Type A) OR (Botulinum A Toxin) OR (Toxin, Botulinum A) OR (Botulinum Toxin Type A) OR Meditoxin OR Neuronox OR Oculinum OR (BTX- A) #3 #1 AND #2
CENTRAL

#1 MeSH descriptor: [Temporomandibular Joint Disorders] explode all trees #2 MeSH descriptor: [Temporomandibular Joint] explode all trees #3 MeSH descriptor: [Bruxism] explode all trees #4 #1 or #2 or #3 #5 MeSH descriptor: [Botulinum Toxins, Type A] explode all trees #6 MeSH descriptor: [Botulinum Toxins] explode all trees #7 #5 OR #6

#8 #4 AND 7
EMBASE
#1 'temporomandibular joint'/exp OR 'temporomandibular joint disorder'/exp OR 'bruxism'/exp #2 'botulinum toxin a'/exp #3 #1 AND #2
LILACS e BBO - Bibliografia Brasileira de Odontologia

#1 MH:"Transtornos da Articulação Temporomandibular" OR MH:"Temporomandibular Joint Disorders" OR MH:"Trastornos de la Articulación Temporomandibular" OR MH: Bruxismo OR MH:Bruxism OR MH:Bruxismo OR (Transtornos da Articulação Temporomandibular) OR (Temporomandibular Joint Disorders) OR (Trastornos de la Articulación Temporomandibular) OR (Transtornos da ATM) OR (TMJ Diseases) OR (Temporomandibular Disorders) OR (Temporomandibular Joint Diseases) OR (Disease, TMJ) OR (Disease, Temporomandibular Joint) OR (Diseases, TMJ) OR (Diseases, Temporomandibular Joint) OR (Disorder, TMJ) OR (Disorder, Temporomandibular) OR (Disorder, Temporomandibular Joint) OR (Disorders, TMJ) OR (Disorders, Temporomandibular) OR (Disorders, Temporomandibular Joint) OR (Joint Disease, Temporomandibular) OR (Joint Diseases, Temporomandibular) OR (Joint Disorder, Temporomandibular) OR (Joint Disorders, Temporomandibular) OR (TMJ Disease) OR (TMJ Disorder) OR (Temporomandibular Disorder) OR (Temporomandibular Joint Disease) OR (Temporomandibular Joint Disorder) OR (TMJ Disorders) OR (Trastorno ATM) OR MH:C05.500.607.221.897$ OR MH:C05.550.905$ OR MH:C05.651.243.897$ OR MH:C07.320.610.291.897$ OR MH:C07.678$ OR C07.793.099$ #2 MH:"Toxinas Botulínicas Tipo A" OR MH:"Botulinum Toxins, Type A" OR (Toxinas Botulínicas Tipo A) OR (Botulinum Toxins, Type A) OR (Toxinas Botulínicas Tipo A) OR (Toxina Botulínica Tipo A) OR (Toxina de Clostridium botulinum Tipo A) OR (Botulinum A Toxin) OR (Botulinum Neurotoxin A) OR (Clostridium Botulinum Toxin Type A) OR (Clostridium botulinum A Toxin) OR Meditoxin OR Neuronox OR Oculinum OR (Neurotoxin A, Botulinum) OR (Toxin, Botulinum A) OR (Botulinum Toxin Type A) OR MH:D08.811.277.656.300.480.153.100$ OR MH:D08.811.277.656.675.374.153.100$ OR MH:D12.776.097.156.100$ OR MH:D23.946.123.179.050$ #3 #1 AND #2
Scopus
"temporomandibular joint" AND "botulinum toxin a" (160)
Web of Science
"temporomandibular joint" AND "botulinum toxin a" (17)
Clinicaltrials.gov
"Temporomandibular Joint Disorders" AND "Botulinum Toxins" (1)
WHO (ICTPR)
"Temporomandibular Joint Disorders" AND "Botulinum Toxins" (5)

Controle de Revisão

Data	Versão	Revisor	Alteração