

DECLARAÇÃO OFICIAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE
DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E DOR OROFACIAL – SBDOF
SOBRE A UTILIZAÇÃO DA TOXINA BOTULÍNICA NA ESPECIALIDADE DE
DTM E DOR OROFACIAL

DIRETORIA DA SBDOF:

João Henrique Padula	Presidente
Paulo Cunali	Vice Presidente
Liete Zwir	Secretária
Rodrigo Estevão Teixeira	Tesoureiro

COMISSÃO RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO DA PROPOSTA
INICIAL DESTA DECLARAÇÃO:

Reynaldo Leite Martins Junior¹, Roberto Pedras², André Luís Porporatti³ Adriana Lira Ortega⁴

1) Especialista em DTM e Dor Orofacial, Ortodontia, Dentística Restauradora, e Mestre em Morfologia (Unifesp). Ex-Professor dos Cursos de Odontologia da UNIC-Cuiabá e Univag-Várzea Grande/MT. Membro Fundador da SBDOF.

2) Professor Adjunto do Curso de Odontologia do Centro Universitário Newton Paiva. Coordenador do Serviço de Dor Orofacial da Clínica da Dor do

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).
Mestre em Ciências da Saúde pela UFMG.

3) Professor Adjunto do Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Pesquisador do Centro Brasileiro de Pesquisas Baseadas em Evidências (COBE). Doutor em Ciências Odontológicas Aplicadas pela Universidade de São Paulo (USP).

4) Mestre em DTM e Dor Orofacial (Unifesp), Doutora em Ciências Odontológica (Fousp), Pós doutora em Patologia (Fousp). Professora do curso de Odontologia e do Programa de Pós Graduação *stricto sensu* da Universidade Cruzeiro do Sul (Unicsul). Professora do curso de Especialização em Odontopediatria da Fundação para o Desenvolvimento Tecnológico e Científico da Odontologia (Fundecto- Fousp).

A PROPOSTA INICIAL DESTA DECLARAÇÃO APRESENTADA EM ASSEMBLÉIA EXTRAORDINÁRIA DA SBDOF EM 27 DE OUTUBRO DE 2016. FOI DISCUTIDA, MODIFICADA, E O DOCUMENTO FINAL AQUI APRESENTADO FOI APROVADO POR UNANIMIDADE PELOS SÓCIOS PRESENTES.

BRASÍLIA, 27/10/2016

Uso da Toxina Botulínica no Controle das Disfunções Temporomandibulares.

O termo “*Disfunções Temporomandibulares*” (DTM) abrange uma série de condições que envolvem a articulação temporomandibular (ATM), os músculos da mastigação e estruturas associadas.¹ Os subtipos mais comuns estão descritos na classificação da Academia Americana de Dor Orofacial (*American Academy of Orofacial Pain – AAOP*)¹ e nos critérios diagnósticos para DTM (*Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders – DC/TMD*)² Além disso, existem propostas expandidas de taxonomia que abrangem várias outras condições afetando a ATM e outras estruturas orofaciais³.

Dentre seus subtipos, a DTM pode ser dividida principalmente, mas não somente, em desordens musculares, desordens do disco, e outras condições articulares, as quais abrangem doenças articulares degenerativas.

Os sinais e sintomas normalmente relatados são dor, limitação de abertura bucal, movimentos mandibulares assimétricos e sons articulares. De forma geral, dor em região orofacial pode ter origem muscular, neurológica, vascular, otorrinolaringológica, neoplásica, odontogênica, dentre outras.

As DTM, enquanto um grupo, podem se confundir ou coexistir com diversos tipos de cefaleias primárias e secundárias. Isto torna o diagnóstico adequado um desafio frequente, mesmo para profissionais preparados, com formação específica e experiência na área.

Uma vez estabelecido o correto diagnóstico, a maior parte dos pacientes com DTM responde adequadamente a um tratamento conservador, reversível e de baixo custo⁴⁻³⁴. Entretanto, uma porcentagem menor destes indivíduos se mostra refratária às diversas formas de tratamento normalmente utilizadas pelos Cirurgiões Dentistas, necessitando de abordagem transdisciplinar, já que aparentemente tem maior participação dos fatores psicossociais no seu quadro patológico³⁵, o que pode incluir aspectos do eixo II do DC-TMD², mas não exclusivamente ali contidos, como por

exemplo ansiedade, depressão, distresse, catastrofização e qualidade do sono.

Recentemente tem sido proposta a inclusão da Toxina Botulínica (TB) tipo A como uma opção de tratamento das DTM. A popularização desta indicação estimulou a SBDOF a se pronunciar oficialmente sobre essa questão.

Em uma pesquisa na base de dados PubMed em Agosto de 2016, cruzando os termos “*Toxina Botulínica*” e assemelhados com “*Disfunção Temporomandibular*” e assemelhados retornou um total de 123 trabalhos sobre o tema, dos quais somente 4 eram revisões sistemáticas com resultados inconclusivos³⁶⁻³⁹ e 6 eram ensaios clínicos randomizados com resultados conflitantes⁴⁰⁻⁴⁵, sendo os demais distribuídos entre “não relacionados ao tema”, “cartas ao editor”, “estudos em animais”, revisões narrativas”, relatos de caso”, e séries de caso”.

Com base na análise destas publicações, foi possível concluir:

1) Em relação às desordens musculares os resultados dos ensaios clínicos randomizados publicados até a presente data se mostraram contraditórios. Alguns estudos evidenciaram resultados semelhantes entre TB e manipulação miofascial⁴⁰, laser⁴⁴ e solução salina^{41,42}. Alguns outros mostraram alguma superioridade sobre a solução salina^{43,45}.

2) Não existe evidência que a TB possa contribuir para o tratamento de DTM do subtipo “Desordens do Disco”, já que não houve até a presente data nenhuma tentativa de ser estudada essa hipótese adequadamente, por meio de ensaios clínicos randomizados e controlados.

3) Não existe evidência que a TB possa contribuir para o tratamento de outras condições articulares, tais como Artralgia ou Doenças Articulares Degenerativas, já que não houve até essa data qualquer tentativa

de ser testada essa hipótese adequadamente por meio de ensaios clínicos randomizados controlados.

Baseado no exposto, a SBDOF sugere as seguintes recomendações em relação a utilização de TB no tratamento das DTM:

1) A TB não deveria ser indicada, até essa data, como tratamento de primeira escolha para DTM do subtipo “Mialgia”, devido a existência de outras opções de tratamento seguras, efetivas, eficazes, conservadoras, reversíveis e de melhor custo benefício.

2) A TB não deveria ser recomendada até essa data como tratamento de DTM dos subtipos “Desordens do Disco” e “Doenças Articulares Degenerativas”, em função da ausência de estudos criteriosos avaliando sua efetividade, eficácia e segurança nesses casos específicos.

3) A TB não deveria ser indicada, até essa data, como opção para tratamento de casos refratários de DTM do subtipo Mialgia, antes que a refratariedade seja avaliada por Cirurgião Dentista capacitado para condução de casos de dor crônica, com abordagem transdisciplinar.

4) Estabelecida a refratariedade do caso específico, a decisão terapêutica deve ser tomada entre o profissional e o paciente, estando este ciente que será submetido a uma tentativa de controle do seu quadro doloroso de forma *off label* (prática clínica não validada).

A SBDOF, entidade com compromisso no avanço do conhecimento científico, reconhece a necessidade de serem realizados estudos com melhor qualidade metodológica a fim de dirimir as dúvidas apresentadas anteriormente (isto é, ensaios clínicos controlados duplo-cegos com amostra significativa) testando o uso da TB para o tratamento dos diversos subtipos de DTM, e por isso, estimula enfaticamente a sua realização.

Afirma ainda que qualquer proposta de tratamento para qualquer condição dolorosa, incluindo Disfunções Temporomandibulares, passa necessariamente por um correto diagnóstico, o que exige conhecimento profundo sobre sistemas de classificação e fisiopatologia das diversas condições que se apresentem clinicamente como dor na região orofacial

Uso da Toxina Botulínica no controle do Bruxismo

Bruxismo é uma atividade da musculatura mastigatória caracterizada por apertamento e ranger de dentes e/ou segurar ou empurrar a mandíbula. De acordo com o período circadiano em que ocorre, o bruxismo é classificado como “do sono” ou “da vigília”⁴⁶.

O entendimento atual aponta que o bruxismo do sono é de origem central e mediado por neurotransmissores, principalmente a dopamina^{47,48}. A sequência de eventos fisiológicos descrita tem início com o aumento da atividade do sistema nervoso simpático, seguido do aumento de atividade cortical, aumento da frequência cardíaca, aumento do tônus muscular e, finalmente, o início do episódio de bruxismo⁴⁹.

Do ponto de vista clínico, as consequências dessa condição são representadas por desgastes e fraturas de elementos dentários, insucesso de trabalhos reabilitadores e quadros de DTM/DOF, dependendo do padrão de bruxismo apresentado pelo indivíduo^{50, 51}.

A ação da TB no bruxismo é periférica e não age nos seus parâmetros fisiológicos, sendo percebida apenas pela diminuição da força muscular. Portanto, os indivíduos com bruxismo do sono que foram submetidos à injeções de TB mantiveram a mesma frequência, duração e número de eventos eletromiográficos⁵². Além disso, apesar da redução da força do músculo, os contatos dentários permanecem relativamente eficientes e pode-se inferir que o desgaste dentário continue a ocorrer, o que faz com que o uso da TB não dispense o uso de dispositivo interoclusal para proteção de

estruturas dentárias, tecidos de suporte ou trabalhos restauradores e protéticos.⁵³ Nos casos do bruxismo da vigília, igualmente não foram encontradas pesquisas que respaldem o emprego da TB nesses quadros, visto que é um padrão comportamental, cujo controle efetivo deve ser feito mediante técnicas cognitivas comportamentais⁵⁴.

Além disso, pelo fato de não ser possível estabelecer prognóstico em relação ao tempo que o paciente apresentará o bruxismo torna-se sem respaldo o uso indefinido da TB, uma vez que seus efeitos subsequentes se mostraram dose-dependentes⁵⁵.

Segundo a literatura, a TB poderia provocar atrofia muscular neurogênica como consequência do desuso das fibras⁵⁶ e, estudos em animais e humanos demonstraram a possibilidade de quadros de osteopenia da cabeça da mandíbula pelo desequilíbrio na homeostase do metabolismo ósseo^{57,58}. Ressalte-se que o impacto clínico destes efeitos não está estabelecido.

A literatura atual demonstra, portanto, que o uso da TB para controle de bruxismo do sono não dispensa o uso dos dispositivos interoclusais nem da terapia cognitivo comportamental para o bruxismo em vigília, e ainda tem a possibilidade de trazer desdobramentos biológicos indesejáveis.

Assim, até essa data TB não deveria ser recomendada para o controle do Bruxismo, e não há evidência ainda de que substitua os dispositivos interoclusais na proteção dos tecidos dentários ou trabalhos reabilitadores.

Uso da TB no controle de outras condições de Dor Orofacial

Uma vez que a TB tem apresentado resultados significantes em dores de origem Neuropática, como por exemplo, Neuralgia do Trigêmeo, e considerando a ausência de estudos específicos em Dores Neuropáticas Orofaciais, a SBDOF chama a atenção para a necessidade de estudos

adequados nessa área, especialmente em relação a chamada “Odontalgia Atípica”, recentemente chamada de “Dor dentoalveolar persistente”⁵⁹ e prevista na classificação da Sociedade Internacional de Cefaleia (IHS)⁶⁰ na categoria chamada de “Dor facial idiopática persistente”.

Esta utilização terapêutica parece ser promissora, mas ainda não foi devidamente investigada.

ESSA DECLARAÇÃO PODERÁ SER ATUALIZADA/MODIFICADA SEMPRE QUE HOVER A PUBLICAÇÃO DE NOVAS EVIDÊNCIAS SOBRE OS ASSUNTOS AQUI DISCUTIDOS.

1. de Leeuw R. Orofacial pain: guidelines for assessment, diagnosis and management, 4th ed. The American Academy of Orofacial Pain. Chicago: Quintessence; 2008.
2. Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, 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 Group. Journal of oral & facial pain and headache. 2014;28(1):6-27.
3. Peck, Christopher C. et al. “Expanding the Taxonomy of the Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD).” Journal of oral rehabilitation 41.1 (2014): 2–23. PMC. Web. 28 Sept. 2016.
4. Kurita Varoli F, Sucena Pita M, Sato S, Issa JP, do Nascimento C, Pedrazzi V Analgesia evaluation of 2 NSAID drugs as adjuvant in management of chronic temporomandibular disorders. ScientificWorldJournal. 2015; 2015:359152.

5. Conti PC, Corrêa AS, Lauris JR, Stuginski-Barbosa J. Management of painful temporomandibular joint clicking with different intraoral devices and counseling: a controlled study. *J Appl Oral Sci.* 2015 Oct;23(5):529-35.
6. Wahlund K, Nilsson IM, Larsson B. Treating temporomandibular disorders in adolescents: a randomized, controlled, sequential comparison training and occlusal appliance therapy. *J Oral Facial Pain Headache.* 2015 Winter;29(1):41-50.
7. Schiffman EL, Velly AM, Look JO, Hodges JS, Swift JQ, Decker KL, Anderson QN, Templeton RB, Lenton PA, Kang W, Fricton JR. Effects of four treatment strategies for temporomandibular joint closed lock. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2014 Feb;43(2):217-26
8. Uemoto L, Garcia MA, Gouvêa CV, Vilella OV, Alfaya TA. Laser therapy and needling in myofascial trigger point deactivation. *J Oral Sci.* 2013;55(2):175-81.
9. Shedden Mora MC, Weber D, Neff A, Rief W. Biofeedback-based cognitive-behavioral treatment compared with occlusal splint for temporomandibular disorder: a randomized controlled trial. *Clin J Pain.* 2013 Dec;29(12):1057-65.
10. Conti PC, de Alencar EN, da Mota Corrêa AS, Lauris JR, Porporatti AL, Costa YM. Behavioural changes and occlusal splints are effective in the management of masticatory myofascial pain: a short-term evaluation. *J Oral Rehabil.* 2012 Oct;39(10):754-60.
11. Michelotti A, Iodice G, Vollaro S, Steenks MH, Farella M. Evaluation of the short-term effectiveness of education versus an occlusal splint for the treatment of myofascial pain of the jaw muscles. *J Am Dent Assoc.* 2012 Jan;143(1):47-53.

12. Pramod GV, Shambulingappa P, Shashikanth MC, Lele S. Analgesic efficacy of diazepam and placebo in patients with temporomandibular disorders: a double blind randomized clinical trial. *Indian J Dent Res.* 2011 May-Jun;22(3):404-9
13. Litt MD, Shafer DM, Kreutzer DL. Brief cognitive-behavioral treatment for TMD pain: long-term outcomes and moderators of treatment. *Pain.* 2010 Oct;151(1):110-6.
14. Fernández-Carnero J, La Touche R, Ortega-Santiago R, Galandel-Rio F, Pesquera J, Ge HY, Fernández-de-Las-Peñas C. Short-term effects of dry needling of active myofascial trigger points in the masseter muscle in patients with temporomandibular disorders. *J Orofac Pain.* 2010 Winter;24(1):106-12.
15. Alencar F Jr, Becker A. Evaluation of different occlusal splints and counselling in the management of myofascial pain dysfunction. *J Oral Rehabil.* 2009 Feb;36(2):79-85.
16. Martins-Júnior RL, Palma AJ, Marquardt EJ, Gondin TM, Kerber Fde C. Temporomandibular disorders: a report of 124 patients. *J Contemp Dent Pract.* 2010 Oct 14;11(5):071-8.
17. Venâncio Rde A, Alencar FG, Zamperini C. Different substances and dry-needling injections in patients with myofascial pain and headaches. *Cranio.* 2008 Apr;26(2):96-103.
18. Ismail F, Demling A, Hessling K, Fink M, Stiesch-Scholz M. Short-term efficacy of physical therapy compared to splint therapy in treatment of arthrogenous TMD. *J Oral Rehabil.* 2007 Nov;34(11):807-13.
19. Glaros AG, Kim-Weroha N, Lausten L, Franklin KL. Comparison of habit reversal and a behaviorally-modified dental treatment for

temporomandibular disorders: a pilot investigation. *Appl Psychophysiol Biofeedback*. 2007 Dec;32(3-4):149-54.

20. Stowell AW, Gatchel RJ, Wildenstein L. Cost-effectiveness of treatments for temporomandibular disorders: biopsychosocial intervention versus treatment as usual. *J Am Dent Assoc*. 2007 Feb;138(2):202-8.

21. Schiffman EL, Look JO, Hodges JS, Swift JQ, Decker KL, Hathaway KM, Templeton RB, Friction JR. Randomized effectiveness study of four therapeutic strategies for TMJ closed lock. *J Dent Res*. 2007 Jan;86(1):58-63. Erratum in: *J Dent Res*. 2013 Jan;92(1):98;

22. Truelove E, Huggins KH, Mancl L, Dworkin SF. The efficacy of traditional, low-cost and nonsplint therapies for temporomandibular disorder: a randomized controlled trial. *J Am Dent Assoc*. 2006 Aug;137(8):1099-107; quiz 1169.

23. Turner JA, Mancl L, Aaron LA. Short- and long-term efficacy of brief cognitive-behavioral therapy for patients with chronic temporomandibular disorder pain: a randomized, controlled trial. *Pain*. 2006 Apr;121(3):181-94. Epub 2006 Feb

24. Turner JA, Mancl L, Aaron LA. Brief cognitive-behavioral therapy for temporomandibular disorder pain: effects on daily electronic outcome and process measures. *Pain*. 2005 Oct;117(3):377-87.

25. Michelotti A, Steenks MH, Farella M, Parisini F, Cimino R, Martina R. The additional value of a home physical therapy regimen versus patient education only for the treatment of myofascial pain of the jaw muscles: short-term results of a randomized clinical trial. *J Orofac Pain*. 2004 Spring;18(2):114-25. Erratum in: *J Orofac Pain*. 2006 Spring;20(2):106.

26. De Laat A, Stappaerts K, Papy S. Counseling and physical therapy as treatment for myofascial pain of the masticatory system. *J Orofac Pain*. 2003 Winter;17(1):42-9.
27. Dworkin SF, Turner JA, Mancl L, Wilson L, Massoth D, Huggins KH, LeResche L, Truelove E. A randomized clinical trial of a tailored comprehensive care treatment program for temporomandibular disorders. *J Orofac Pain*. 2002 Fall;16(4):259-76..
28. Townsend D, Nicholson RA, Buenaver L, Bush F, Gramling S. Use of a habit reversal treatment for temporomandibular pain in a minimal therapist contact format. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2001 Dec;32(4):221-39.
29. Dworkin SF, Huggins KH, Wilson L, Mancl L, Turner J, Massoth D, LeResche L, Truelove E. A randomized clinical trial using research diagnostic criteria for temporomandibular disorders-axis II to target clinic cases for a tailored self-care TMD treatment program. *J Orofac Pain*. 2002 Winter;16(1):48-63.
30. Carlson CR, Bertrand PM, Ehrlich AD, Maxwell AW, Burton RG. Physical self-regulation training for the management of temporomandibular disorders. *J Orofac Pain*. 2001 Winter;15(1):47-55.
31. Yuasa H, Kurita K; Treatment Group on Temporomandibular Disorders. Randomized clinical trial of primary treatment for temporomandibular joint disk displacement without reduction and without osseous changes: a combination of NSAIDs and mouth-opening exercise versus no treatment. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2001 Jun;91(6):671-5.
32. Turner JA, Dworkin SF, Mancl L, Huggins KH, Truelove EL. The roles of beliefs, catastrophizing, and coping in the functioning of

patients with temporomandibular disorders. *Pain*. 2001 May;92(1-2):41-51.

33. Dworkin SF, Turner JA, Wilson L, Massoth D, Whitney C, Huggins KH, Burgess J, Sommers E, Truelove E. Brief group cognitive-behavioral intervention for temporomandibular disorders. *Pain*. 1994 Nov;59(2):175-87.

34. Costa YM, Porporatti AL, Stuginski-Barbosa J, Bonjardim LR, Conti PC. Additional effect of occlusal splints on the improvement of psychological aspects in temporomandibular disorder subjects: A randomized controlled trial. *Arch Oral Biol*. 2015 May;60(5):738-44

35. Litt MD, Porto FB. Determinants of pain treatment response and nonresponse: identification of TMD patient subgroups. *J Pain*. 2013 Nov;14(11):1502-13

36. Keenan JR. Unclear results for the use of botulinum toxin therapy for TMD pain. *Evid Based Dent*. 2015 Dec;16(4):122. doi: 10.1038/sj.ebd.6401139.

37. Chen YW, Chiu YW, Chen CY, Chuang SK. Botulinum toxin therapy for temporomandibular joint disorders: a systematic review of randomized controlled trials. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2015 Aug;44(8):1018-26.

38. Linde M, Hagen K, Stovner LJ. Botulinum toxin treatment of secondary headaches and cranial neuralgias: a review of evidence. *Acta Neurol Scand Suppl*. 2011;(191):50-5.

39. Sycha T, Kranz G, Auff E, Schnider P. Botulinum toxin in the treatment of rare head and neck pain syndromes: a systematic review of the literature. *J Neurol*. 2004 Feb;251 Suppl 1:119-30. Review.

40. Guarda-Nardini L, Stecco A, Stecco C, Masiero S, Manfredini D. Myofascial pain of the jaw muscles: comparison of short-term effectiveness of botulinum toxin injections and fascial manipulation technique. *Cranio*. 2012 Apr;30(2):95-102.
41. Ernberg M, Hedenberg-Magnusson B, List T, Svensson P. Efficacy of botulinum toxin type A for treatment of persistent myofascial TMD pain: a randomized, controlled, double-blind multicenter study. *Pain*. 2011 Sep;152(9):1988-96.
42. Kurtoglu C, Gur OH, Kurkcu M, Sertdemir Y, Guler-Uysal F, Uysal H. Effect of botulinum toxin-A in myofascial pain patients with or without functional disc displacement. *J Oral Maxillofac Surg*. 2008 Aug;66(8):1644-51
43. Guarda-Nardini L, Manfredini D, Salamone M, Salmaso L, Tonello S, Ferronato G. Efficacy of botulinum toxin in treating myofascial pain in bruxers: a controlled placebo pilot study. *Cranio*. 2008 Apr;26(2):126-35.
44. De Carli BM, Magro AK, Souza-Silva BN, Matos Fde S, De Carli JP, Paranhos LR, Magro ED. The effect of laser and botulinum toxin in the treatment of myofascial pain and mouth opening: A randomized clinical trial. *J Photochem Photobiol B*. 2016 Jun;159:120-3
45. von Lindern JJ, Niederhagen B, Bergé S, Appel T. Type A botulinum toxin in the treatment of chronic facial pain associated with masticatory hyperactivity. *J Oral Maxillofac Surg*. 2003 Jul;61(7):774-8.
46. Lobbezoo F, Ahlberg J, Glaros AG, Kato T, Koyano K, Lavigne GJ, de Leeuw R, Manfredini D, Svensson P, Winocur E. Bruxism defined and graded: an international consensus. *J Oral Rehabil*. 2013 Jan;40(1):2-4.

47. Lobbezoo F, Soucy JP, Montplaisir JY, Lavigne GJ. Striatal D2 receptor binding in sleep bruxism: a controlled study with iodine-123-iodobenzamide and single-photon-emission computed tomography. *J Dent Res.* 1996 ;75(10):1804-10.
48. Huang H et al. Excitability of the central masticatory pathways in patients with sleep bruxism *Neurosci Lett.* 2014 ;558:82-6.
49. Kato T, Rompré P, Montplaisir JY, Sessle BJ, Lavigne GJ. Sleep bruxism: an oromotor activity secondary to micro-arousal. *J Dent Res.* 2001;80(10):1940-4.
50. Cioffi I, Landino D, Donnarumma V, Castroflorio T, Lobbezoo F, Michelotti A. Frequency of daytime tooth clenching episodes in individuals affected by masticatory muscle pain and pain-free controls during standardized ability tasks. *Clin Oral Investig.* 2016 Jun 9.
51. Chrcanovic BR, Kisch J, Albrektsson T, Wennerberg A. Bruxism and dental implant failures: a multilevel mixed effects parametric survival analysis approach. *J Oral Rehabil.* 2016 Sep 9.
52. Shim YJ et al. Effects of botulinum toxin on jaw motor events during sleep in sleep bruxism patients: a polysomnographic evaluation. *J Clin Sleep Med.* 2014;15;10(3):291-8.
53. Hyung-Uk P, Kwon JS, Ahn H-J. The influence of Botulinum Toxin Type A on masticatory efficiency. *Journal of Oral Medicine and Pain* 2013; 38 (1): 53-66.
54. Turner JA, Mancl L, Aaron LA. Short- and long term efficacy of brief cognitive-behavioral therapy for patients with chronic

temporomandibular disorder pain: a randomized, controlled trial. *Pain*. 2006 ;121(3):181-94

55. Park YW, Kim SG, Jo YY. S100 and p65 expression are increased in the masseter muscle after botulinum toxin-A injection. *Maxillofac Plast Reconstr Surg*. 2016;38(1):33.

56. Mathevon L, Michel F, Decavel P, Fernandez B, Parratte B, Calmels P. Muscle structure and stiffness assessment after botulinum toxin type A injection. A systematic review. *Ann Phys Rehabil Med*. 2015;58(6):343-50.

57. Kün-Darbois JD, Libouban H, Chappard D. Botulinum toxin in masticatory muscles of the adult rat induces bone loss at the condyle and alveolar regions of the mandible associated with a bone proliferation at a muscle enthesis. *Bone*. 2015;77:75-82.

58. Raphael KG, Tadinada A, Bradshaw JM, Janal MN, Sirois DA, Chan KC, Lurie AG. Osteopenic consequences of botulinum toxin injections in the masticatory muscles: a pilot study. *J Oral Rehabil*. 2014;41(8):555-63.

59. Nixdorf DR, Drangsholt MT, Ettlin DA, Gaul C, De Leeuw R, Svensson P, Zakrzewska JM, De Laat A, Ceusters W; International RDC-TMD Consortium. Classifying orofacial pains: a new proposal of taxonomy based on ontology. *J Oral Rehabil*. 2012 Mar;39(3):161-9

60. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia*. 2013 Jul;33(9):629-808.

SÓCIOS DA SBDOF SUBSCRITORES DESTA DECLARAÇÃO:

Adriana De Oliveira Lira Ortega	Leandro Teixeira De Souza
Aldanir Carmen Dalla Vecchia	Leticia Lopes Quirino Pantoja
Alexandre Fuzimoto	Lucas Cardinal da Silva
Ana Cristina Lotaif	Liete Figueiredo Zwir
Ana Paula Cunha Da Silva Costa	Lucas Cardinal Da Silva
Ana Virginia C. Pompeo De Campos	Luciana Cerqueira Feitosa
Annamaria Ferreira Sbaraini	Luciane Cruz Andrade
Anne Buss Becker	Luciano Ambrosio Ferreira
Ariane Rossetti Nagib	Luciano Ambrosio Ferreira
Augusto Eugenio Carvalho Mesquita	Madalena Caporali Pena Rabelo
Bruno D`Aurea Furquim	Magali Dall'antonia
Bruno Nifossi Prado	Marcelo Fonseca Celin
Carlos Eduardo Garrote	Marcelo Koishi Ugadin
Carmen Paz Santibañez Hoyuela	Marcelo Lucchesi Teixeira
Catiana Secundino Ralin De Araújo	Márcia Ferrari Biancardi
Christina Izabel Narcizo Cupertino Da Costa	Márcia Rosental Da Costa Carmo,
Cláudia Aparecida De Oliveira Machado	Márcio José Martins Rabelo,
Claudia Márcia Carvalho Bastos	Marco Aurelio Domingues Bruno
Daisilene Baena Castillo	Maria Cristina De Matos Castilho
Daniel Bonotto	Maria Jose Carvas Pedro
Daniela Disconzi Seitenfus Rehm	Maria Letícia De Barros Massahud
Dayse Fortuna Bernardes Real	Marília Cunha De Siqueira
Edna Pereira Vasconcelos	Marilia Da Cunha Feio Leal
Eduardo Januzzi	Marta Solange Rampani
Eujácio Vieira Prates Netto	Mauro Toma
Fabiane Bimbato Marques Rugai	Monique Lalue Sanches
Fabio Fialho Fernandes	Naila Aparecida De Godoi Machado
Fábio Renato Pereira Robles	Natalia Pinheiro Ribeiro
Francisco Fronza	Nívea Santos Miranda Marchi Da Cruz
Franklin Teixeira De Salles Neto	Osmar José Da Silva
Frederico Mota Gonçalves Leite	Patricia Lenora Dos Santos Braga
Graziene Maria F. Vasconcelos	Paula Cristina Machado Motter
Guilherme Machado Alvares De Lima	Paula De Maria Da Rocha Fonseca
Gustavo Augusto Seabra Barbosa	Paulo Affonso Pimentel Junior
João Evandro Da Silva Miranda	Paulo Afonso Cunali
João Henrique Krahenbuhl Padula	Pedro De Almeida Sampaio
Jorge Alberto Von Zuben,	Priscila Brenner Hilgenberg Sydney
José Eduardo Raso Eulálio	Rachel Christina De Queiroz Pinheiro
José Luiz Peixoto Filho	Rafael Dos Santos Silva
José Silvio Soares De Sá	Regina Martins De Oliveira Netto
José Stechman Neto	Renato Malheiro Stempniewski
Juliana Stuginski Barbosa	Reynaldo Leite Martins Junior
Katiane Smaniotto Tres	Ricardo Carvalho Lopes Silva
Laura Helena A. Aguirre D'ottaviano	

Ricardo Luiz De Barreto Aranha
Ricardo Pinto De Céspedes
Ricardo Tanus
Roberta Patricia Zacche
Roberto Brigido De Nayareth Pedras
Rodrigo Estevão Teixeira
Rodrigo Mendes Fernandes
Rodrigo Wendel Dos Santos
Roger Roberto Pereira Santos
Rosan Bemvindo De Souza Abrantes
Rosany N. De Azevedo
Sabrina De Souza Teixeira Lima
Sandra Regina De Mendonça Freire
Scheilla Vieira De Campos
Sérgio Márcio Mendonça
Sérgio Moura Guimarães
Simone Mendonça Vieira Carrara
Sormani Pimenta Sacchetto
Thatiana Bastos Guimarães
Vera Lúcia Mestre Rosa
Victor Ferzeli
Viviane Lopez Blanck
Wagner Hummig
Wagner Montemor Andrade
Wagner Simm
Walter Araújo Morais
Wladmir A. S. Dal Bó