

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Odontologia



Trabalho de Conclusão de Curso

Infiltração de PRF (Fibrina Rica em Plaquetas) para tratamento de desarranjos internos nas articulações temporomandibulares: uma revisão de escopo

Bruna Dias Leite

Brasília, 07 de julho de 2023

Bruna Dias Leite

Infiltração de PRF (Fibrina Rica em Plaquetas) para tratamento de desarranjos internos nas articulações temporomandibulares: uma revisão de escopo

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a conclusão do curso de Graduação em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Antonio de Medeiros

Brasília, 2023

Bruna Dias Leite

Infiltração de PRF (Fibrina Rica em Plaquetas) para tratamento de desarranjos internos nas articulações temporomandibulares: uma revisão de escopo

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado, como requisito parcial para a conclusão do curso de Graduação em Odontologia, Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Data da defesa: 07 de julho de 2023

Banca examinadora:

Prof. Dr. Rodrigo Antonio de Medeiros (Orientador)

Prof^a. Dr^a. Evelyn Mikaela Kogawa (Membro Titular)

Dr^a. Juliana Oliveira de Medeiros Vilela (Membro Titular)

Dr^a. Bruna Castro Moreira (Suplente)

AGRADECIMENTOS

À Deus, que me guia e protege em todas as trajetórias da minha vida.

Aos meus pais, Laurides e Juarez, pelo apoio incondicional e incentivo a correr atrás dos meus objetivos, e por me proporcionarem a oportunidade de me dedicar integralmente aos estudos.

À minha irmã Brenda, por ser minha companheira em tudo, e minha inspiração profissional.

À minha família, pelo incentivo e por sempre estar na torcida pelo meu sucesso.

Aos meus colegas da Turma 76, pela união e companheirismo ao longo do curso. Em especial à minha dupla Ana Luiza, que sempre me apoiou e incentivou durante essa caminhada.

Aos meus professores da graduação, por todo o conhecimento repassado de forma atenciosa e paciente, sempre dedicados a nos tornarem excelentes profissionais.

Ao meu orientador, Rodrigo, pela oportunidade, pela paciência, pelo incentivo e por acreditar no meu potencial.

*“Nossa maior fraqueza está em desistir.
O caminho mais certo de vencer é tentar mais uma vez”*

Thomas Edison

RESUMO

Objetivos: Avaliar, por meio da realização de uma revisão de escopo, a eficácia da infiltração de PRF no tratamento de desarranjos internos nas articulações temporomandibulares.

Metodologia: Buscas foram realizadas em sete bases de dados eletrônicas (PubMed, Embase, Scopus, Web of Science, LILACS, Cochrane e Livivo) e na literatura cinzenta (Google Scholar e ProQuest), além de buscas manuais nas listas de referências dos artigos incluídos. Foram considerados elegíveis ensaios clínicos randomizados e não randomizados, e estudos de séries de casos. A seleção dos estudos foi realizada em duas fases, por dois revisores de forma independente, e discordâncias foram resolvidas por discussão e acordo mútuo entre os revisores.

Resultados: A busca resultou na inclusão de dezesseis estudos. Ao avaliar a dor dos pacientes, observou-se uma redução estatisticamente significativa dos valores finais dessa medida. Houve uma melhora significativa na abertura bucal dos pacientes na maior parte dos estudos em que esse parâmetro foi analisado. Observou-se uma melhora significativa na execução de movimentos mandibulares. No que tange à presença de estalido, demonstrou-se uma redução na presença desse sintoma na maior parte dos estudos. Os estudos que avaliaram o Índice de Helkimo demonstraram uma melhora desse parâmetro.

Conclusões: A infiltração de PRF é um método eficaz para o tratamento de desarranjos internos da articulação temporomandibular. Entretanto, mais estudos são necessários a fim de formular um protocolo padrão para a aplicação dessa técnica.

Palavras-chave: Articulação temporomandibular; Síndrome da Disfunção da Articulação Temporomandibular; Fibrina Rica em Plaquetas.

ABSTRACT

Objectives: To evaluate, through a scoping review, the effectiveness of PRF infiltration in the treatment of internal derangements in the temporomandibular joints. **Methodology:** Searches were carried out in seven electronic databases (PubMed, Embase, Scopus, Web of Science, LILACS, Cochrane and Livivo) and in the gray literature (Google Scholar and ProQuest), in addition to manual searches in the reference lists of the included articles. Randomized and non-randomized clinical trials and case series studies were considered eligible. The selection of studies was carried out in two phases, by two reviewers independently, and disagreements were resolved by discussion and mutual agreement between the reviewers. **Results:** The search resulted in the inclusion of sixteen studies. When evaluating the patients' pain, a statistically significant reduction in the final values of this measure was observed. There was a significant improvement in the mouth opening of patients in most of the studies in which this parameter was analyzed. There was a significant improvement in the execution of mandibular movements. With regard to the presence of clicking, a reduction in the presence of this symptom was demonstrated in most studies. Studies that evaluated the Helkimo Index showed an improvement in this parameter. **Conclusions:** PRF infiltration is an effective method for the treatment of internal derangements of the temporomandibular joint. However, further studies are needed in order to formulate a standard protocol for the application of this technique.

Keywords: Temporomandibular joint; Temporomandibular Joint Dysfunction Syndrome; Platelet-Rich Fibrin.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 METODOLOGIA	11
2.1 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	11
2.2 SELEÇÃO DE ESTUDOS E COLETA DE DADOS	12
3 RESULTADOS	13
3.1 SELEÇÃO DE ESTUDOS	13
3.2 CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS	14
3.3 SÍNTESE DOS RESULTADOS	18
4 DISCUSSÃO	19
5 CONCLUSÕES	25
REFERÊNCIAS	26
APÊNDICES	31
APÊNDICE 1 – BASES DE DADOS E ESTRATÉGIAS DE BUSCA	31
APÊNDICE 2 – ASPECTOS METODOLÓGICOS E PRINCIPAIS RESULTADOS	36
ANEXOS	46
NORMAS DA REVISTA	46

1 INTRODUÇÃO

A articulação temporomandibular (ATM) apresenta um elevado grau de complexidade, sendo um componente essencial para o funcionamento do sistema estomatognático [1,2]. Disfunções que afetam as ATMs, músculos mastigatórios e estruturas associadas são denominadas disfunções temporomandibulares (DTMs), que estão entre as desordens que mais causam perturbações aos pacientes [2]. Os sinais e sintomas mais comuns das DTMs incluem movimentos mandibulares limitados, dor ou tensão nos músculos mandibulares e masseter, presença de ruídos articulares (estalidos e/ou crepitações) e dor orofacial [2,3].

Desarranjo interno da ATM é um dos tipos mais prevalentes de DTMs, afetando cerca de 10% da população mundial, sendo mais predominante em mulheres jovens [1,4,5]. Essa disfunção temporomandibular consiste em uma doença degenerativa da ATM e/ou deslocamento de disco com e sem redução em que há uma relação anormal entre a eminência articular, o disco articular e o côndilo mandibular, podendo causar interferência no suprimento sanguíneo, na nutrição, lubrificação e estabilização articular [1,4].

Os sinais e sintomas mais frequentes do desarranjo interno da ATM incluem abertura bucal limitada, dor, ruídos articulares, função limitada da mandíbula, travamento e problemas de mastigação, afetando negativamente a qualidade de vida do paciente [5-7]. Entretanto, desarranjos internos também podem ser observados em indivíduos assintomáticos [8]. Entre os fatores de risco para essa condição, pode-se citar estresse, trauma, hábitos parafuncionais e patologias degenerativas, que podem causar um ciclo contínuo de reações responsáveis pela deterioração estrutural da articulação [1,5,7].

Atualmente, diversas formas de tratamento podem ser utilizadas para restabelecer o equilíbrio do sistema da ATM. O manejo do desarranjo interno pode ser realizado desde terapias mais conservadoras como regulação da dieta, controles de sobrecarga articular, abordagem fisioterapêutica, uso de anti-inflamatórios esteroidais (AIEs) e não esteroidais (AINEs), e uso de antidepressivos em casos crônicos, até intervenções cirúrgicas como artroscopia, artrocentese e cirurgias articulares abertas [4,5].

A artrocentese é considerada a técnica cirúrgica menos invasiva. Esse procedimento de lavagem da articulação visa remover mediadores inflamatórios, restaurar a viscosidade

do líquido sinovial, eliminar adesões e auxiliar na mobilidade articular, resultando na diminuição da dor e melhora da função mandibular [4-7,9]. A artrocentese pode ser realizada com ou sem a injeção intra-articular de várias drogas, como AINEs, corticosteroides, anestésicos locais e opióides [4-6]. Ademais, injeções intra-articulares podem ser administradas de forma independente da artrocentese, como ácido hialurônico (AH), esteroides, plasma rico em plaquetas (PRP) e ozônio [4,5].

A biossuplementação vem ganhando popularidade como forma de tratamento de distúrbios articulares [5]. Esse conceito é baseado na restauração da reologia articular, normalização da síntese endógena de AH, efeitos anti-inflamatórios e antinociceptivos, e regeneração do tecido cartilaginoso por meio da injeção intra-articular de um agente ortobiológico [1,5].

A fibrina rica em plaquetas (PRF) é a segunda geração de concentrado de plaquetas, consistindo em uma forte matriz tridimensional de fibrina e sendo obtido por meio de centrifugação de baixa velocidade, sem a necessidade da adição de anticoagulantes [1,4,5,7]. O PRF favorece o enriquecimento seletivo de leucócitos, plaquetas e fatores de crescimento dentro de suas matrizes líquidas e apresenta uma liberação significativamente prolongada de fatores de crescimento, induzindo migração fibroblástica e expressão de fator de crescimento derivado de plaquetas (PDGF), fator de crescimento transformador beta (TGF- β), colágeno tipo 1, entre outros, proporcionando um ambiente propício para a regeneração e reparo do tecido [4,5].

O PRF vem sendo utilizado no tratamento de desarranjos internos da ATM, pois os seus efeitos terapêuticos, baseados na lise de aderências por meio de uma distensão hidráulica, propiciam a eliminação da pressão negativa no espaço articular, restabelecendo a viscosidade do líquido sinovial e aumentando a circulação intracapsular através da liberação prolongada de fatores de crescimento [1,7,10]. Portanto, o objetivo deste trabalho é realizar uma revisão de escopo a fim de avaliar a eficácia da infiltração de PRF no tratamento de desarranjos internos nas articulações temporomandibulares.

2 METODOLOGIA

Esta revisão de escopo foi conduzida e relatada de acordo com os Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Meta-análises, extensão para Revisões de Escopo (PRISMA-ScR) Checklist. O protocolo do estudo foi registrado no Open Science Framework (DOI: 10.17605/OSF.IO/HU7XZ).

A pergunta de pesquisa foi “Qual a eficácia da infiltração de PRF no tratamento de desarranjos internos nas articulações temporomandibulares?”. A estratégia PIOS (População, Intervenção, Desfecho e Desenho dos estudos) foi utilizada para definir os critérios de elegibilidade dessa revisão, sendo pacientes com desarranjos internos nas articulações temporomandibulares (P); Infiltração de PRF (I); Intensidade da dor e movimentos mandibulares ao final do tratamento (O); Ensaios clínicos randomizados e não randomizados, estudos de séries de casos (S).

As buscas foram realizadas nas bases de dados: PubMed, Embase, Scopus, Web of Science, LILACS, Cochrane e Livivo, e na literatura cinzenta, através do Google Scholar e do ProQuest. No Google Scholar, foram selecionados os 100 primeiros resultados. Ademais, buscas adicionais foram realizadas nas listas de referências dos trabalhos selecionados. As buscas iniciais foram executadas no dia 19 de setembro de 2022. Novas buscas foram realizadas no dia 20 de junho de 2023.

A estratégia de busca foi elaborada e adaptada para cada base de dados (Apêndice 1). Não foram adotadas restrições de idioma ou data de publicação. Foi realizada remoção de referências duplicadas, inicialmente, com auxílio do gerenciador de referências EndNote Web®, de forma eletrônica e manual, e posteriormente, pelo aplicativo de leitura Rayyan QCRI.

2.1 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Os critérios de inclusão foram ensaios clínicos randomizados e não randomizados, e estudos de séries de casos que investigassem a eficácia da infiltração de PRF no tratamento de desarranjos internos nas articulações temporomandibulares. Os critérios de exclusão

foram: 1. Estudos em animais; 2. Estudos in vitro; 3. Estudos em cadáveres; 4. Resenhas, cartas, livros, resumos de congressos, artigo de opinião, artigos técnicos, pôsteres e guias; 5. Revisões de literatura ou revisões sistemáticas; 6. Estudos com dados insuficientes para coleta de resultados; 7. Estudos que não mencionaram/especificaram o critério/método diagnóstico utilizado para Disfunção Temporomandibular (DTM); 8. Estudos focados em qualquer outra síndrome associada à DTM; 9. Texto completo não disponível.

2.2 SELEÇÃO DE ESTUDOS E COLETA DE DADOS

A seleção de estudos foi realizada em duas fases. Após a busca nas bases de dados e na literatura cinzenta, dois revisores independentes (R1 e R2) excluíram as duplicatas e selecionaram os artigos incluídos. Na primeira fase, ambos os revisores leram os títulos e resumos de forma independente enquanto aplicavam os critérios de elegibilidade. Em seguida, na fase dois, os mesmos dois revisores (R1 e R2) fizeram a leitura do texto completo dos artigos selecionados, de forma independente, e excluíram aqueles que se encontravam nos critérios de exclusão. Discordâncias em qualquer uma das fases foram resolvidas por discussão e acordo mútuo entre os revisores.

A coleta de dados foi realizada pelos dois revisores, de forma independente, e os principais dados extraídos dos estudos foram: autor(es), ano de publicação, tipo de estudo, critério diagnóstico, procedimento realizado, período de acompanhamento, medidas de dor, abertura bucal, movimentos mandibulares, estalido e Índice de Helkimo.

3 RESULTADOS

3.1 SELEÇÃO DE ESTUDOS

A Figura 1 apresenta a estratégia de busca PRISMA realizada. No total, foram encontrados 208 artigos, sendo 65 da base de dados, 142 da literatura cinzenta e 1 da busca manual nas listas de referências dos estudos incluídos. Após a realização da remoção de duplicados, durante a fase 1, analisou-se o título e o resumo de 161 artigos. Na fase 2, foram analisados os textos completos de 19 artigos, resultando na inclusão de 16 artigos no estudo.

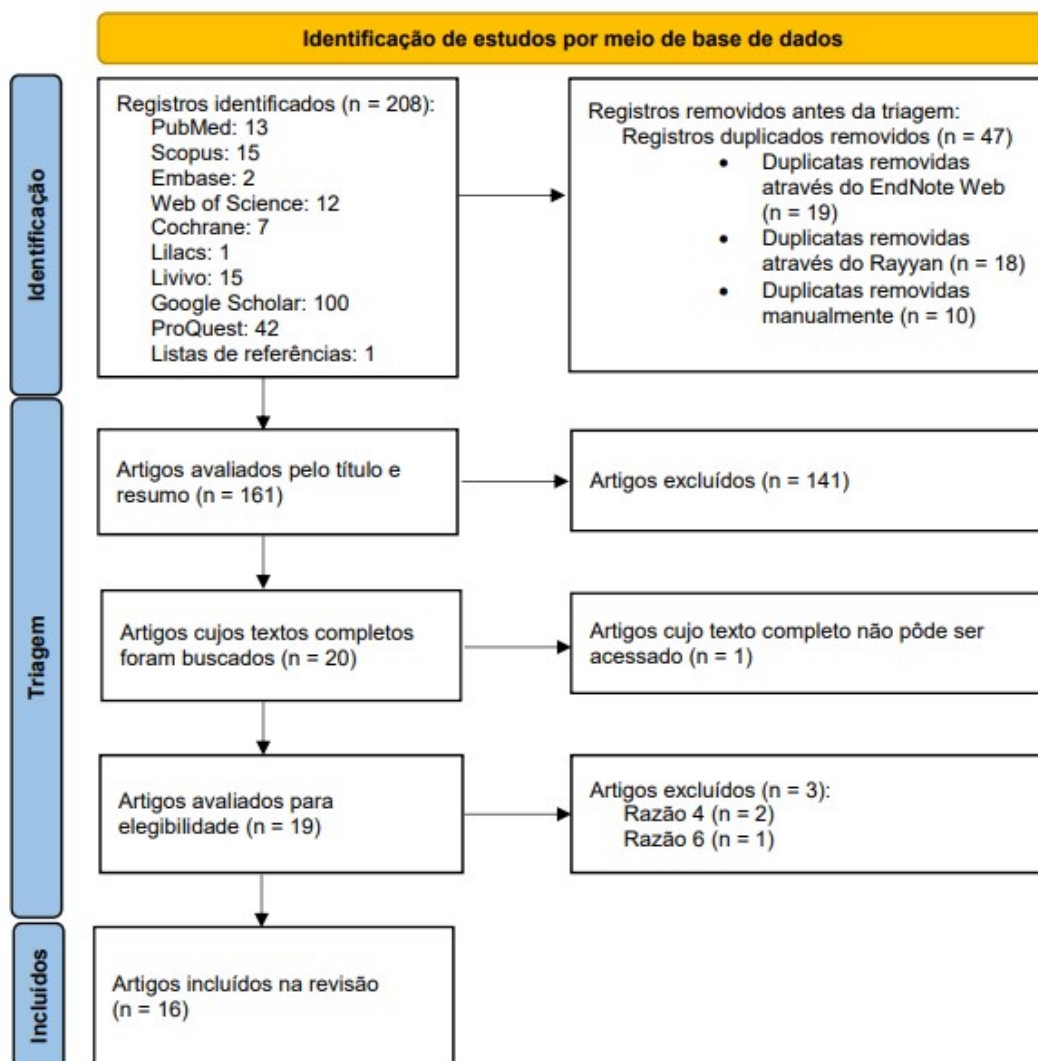


Figura 1 – Diagrama de fluxo de pesquisa e seleção dos estudos. Adaptado de PRISMA 2020

3.2 CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS

O sumário dos principais resultados está apresentado na Tabela 1. Os aspectos metodológicos e principais resultados encontram-se detalhados no Apêndice 2. Os estudos incluídos foram publicados entre os anos de 2018 e 2023. Desses, treze [1,2,4-6,9,11-13,14-17] se tratavam de estudos clínicos e três consistiam em relatos retrospectivos de série de casos [7,8,18]. Como critério diagnóstico, seis estudos utilizaram a Classificação de Wilkes [1,5,6,11,13,18], dois utilizaram critérios clínicos e radiográficos [4,12], um utilizou exame clínico e história médica [14], três utilizaram Critérios de Diagnóstico para Disfunção Temporomandibular (DC/TMD) [8,9,16], três utilizaram Critérios de Diagnóstico de Pesquisa para Disfunção Temporomandibular (RDC/TMD) [7,15,17], e um utilizou o Índice de Helkimo [2]. Os procedimentos executados nos pacientes foram heterogêneos, porém em todos foram realizadas injeções intra-articulares de PRF.

Tabela 1: Sumário dos principais resultados

Autor	Procedimento	Acompanhamento	Dor	Abertura Bucal	Movimentos mandibulares	Estalido	Índice de Helkimo
Abdelmo neim & Teama, 2020 [11]	ART + PRF SUP (1 injeção de 1,5 a 2 mL)	Antes da intervenção, pós-operatório imediato, 1, 2 e 8 semanas após a intervenção.	<	>	NA	<	NA
Albilal et al, 2018 [1]	PRF SUP (1 injeção de 1,5 mL) + PRF TR e PRF AP (1 injeção de 0,5 mL)	Antes da intervenção, 2, 4 e 8 semanas, e 3, 6, 9 e 12 meses após a intervenção.	<	>	NA	NA	NA
Bayomi et al, 2019 [12]	PRF CA (1 injeção de 4 mL) + PRF AP (1 injeção de 1 mL)	Antes da intervenção, 1 e 3 meses após a intervenção.	<	<	NA	NA	NA
Bera & Tiwari, 2021 [8]	ART + PRF SUP (1 injeção de 2 mL)	Antes da intervenção, 15 dias, 1, 3, 6 e 12 meses após a intervenção.	<	>	NA	NA	NA
Ghoneim et al, 2021 [4]	ART + PRF CA (1 injeção com dose máxima de 1,5 mL)	Antes da intervenção, 1 semana, 3 e 6 meses após a intervenção.	<	>	>	<	NA
González el al, 2021 [18]	ARTC + PRF SUP e PRF INF (1 injeção de 1,5 a 2 cc)	Antes da intervenção, 3, 6 e 8 meses após a intervenção.	<	>	NA	NA	NA
Işık, Gözde et al, 2022 [9]	ART + PRF SUP (4 injeções de 1 mL, com intervalo de 1 semana entre as doses)	Antes da intervenção, 1, 2, 3, 6 e 12 meses após a intervenção.	<	>	>	NA	NA

Continuação Tabela 1: Sumário dos principais resultados

Autor	Procedimento	Acompanhamento	Dor	Abertura Bucal	Movimentos mandibulares	Estalido	Índice de Helkimo
Işık, Gözde et al, 2023 [16]	ART + PRF SUP (4 injeções de 1 mL, com intervalo de 1 semana entre as doses)	Antes da intervenção, 1, 2, 3, 6 e 12 meses após a intervenção.	<	>	>	NA	NA
Karadayi & Gursoytrak, 2021 [6]	ART + PRF CA (1 injeção com dose máxima de 2 mL)	Antes da intervenção, 10 dias, 30 dias e 3 meses após a intervenção.	<	>	NA	NA	<
Khalifah, 2022 [13]	ART + PRF POST (1 injeção)	Antes da intervenção, 1 semana, 1 e 3 meses após a intervenção.	<	>	NA	<	NA
Manafikh i et al, 2022 [2]	PRF SUP (2 injeções de 1 mL, com intervalo de uma semana entre as doses)	Antes da intervenção, 1 semana após a 1ª injeção, 1 semana após a 2ª injeção, 6 meses após a 1ª injeção.	NA	NA	NA	NA	<
Saleem & Al-Kamali, 2022 [14]	ART + PRF SUP, PRF TR e PRF AP (1 injeção de 2 cc)	Antes da intervenção, 2 semanas, 3 e 6 meses após a intervenção.	<	>	NA	=	NA
Torul et al, 2021 [5]	ART + PRF CA (1 injeção de 1 mL)	Antes da intervenção, pós-operatório imediato, 1 semana, 1 e 3 meses após a intervenção.	<	>	NA	NA	NA

Conclusão Tabela 1: Sumário dos principais resultados

Autor	Procedimento	Acompanhamento	Dor	Abertura Bucal	Movimentos mandibulares	Estalido	Índice de Helkimo
Vingender et al, 2023 [17]	PRF SUP (1 injeção)	Antes da intervenção, 6 e 12 meses após a intervenção.	<	=	NA	NA	NA
Yuce & Komerik, 2020 [7]	ART + PRF SUP (4 injeções de 2 mL, com intervalo de 1 semana entre as doses)	Antes da intervenção, 2 semanas, 1, 2, 3, 6 e 9 meses após a intervenção.	<	>	NA	NA	NA
احمد الدالي – كلية طب – السنان جامعة تشرين, 2022 [15]	PRF SUP (injeção de 1,5 mL em cada sessão, sendo duas sessões)	Antes da intervenção, 2 semanas, 1, 3 e 6 meses após a intervenção.	<	NA	NA	<	NA

Abreviações, siglas e informações adicionais

ART – Artrocentese

ARTC – Artroscopia

PRF SUP – Infiltração de PRF no compartimento superior da ATM

PRF INF – Infiltração de PRF no compartimento inferior da ATM

PRF POST – Infiltração de PRF no compartimento posterior da ATM

PRF TR – Infiltração de PRF no tecido retrodiscal

PRF AP – Infiltração de PRF na área pericapsular

PRF CA – Infiltração de PRF na cavidade articular

NA – Não foi avaliado

Foi realizada uma comparação dos resultados intragrupos (sendo utilizados somente os dados dos grupos em que foi utilizado PRF na intervenção), em que “>” indica aumento estatisticamente significativo, “<” diminuição estatisticamente significativa e “=” indica que não houve diferença estatisticamente significativa.

3.3 SÍNTESE DOS RESULTADOS

A medida de dor utilizada pela maioria dos estudos [1,4-9,11-18] foi a Escala Visual Analógica (EVA). Em todos esses estudos, houve uma redução estatisticamente significativa nos valores finais da EVA em comparação aos valores obtidos antes da intervenção, demonstrando uma melhora nos sintomas da dor relatada pelos pacientes. Os resultados também mostram uma melhora na abertura bucal dos pacientes após o procedimento de injeção de PRF [1,4-9,11,13,14,16,18]. Em relação a esse parâmetro, em um estudo [17] os resultados não demonstraram diferença estatisticamente significativa e em outro estudo [12] houve uma redução inicial dos valores de abertura bucal, porém esses valores retornaram à normalidade no final do estudo.

As medidas dos movimentos mandibulares revelaram um aumento significativo entre os valores obtidos antes da intervenção e os obtidos após o uso do PRF, mostrando uma melhora na execução desses movimentos [4,9,16]. Em relação à presença de estalido, os resultados da maior parte dos estudos que avaliaram essa variável demonstraram uma redução na presença desse sintoma [4,11,13,15], enquanto que em um não houve melhora significativa [14].

Os valores encontrados no Índice de Helkimo [2,6] demonstraram um aumento na ausência de sons articulares ou desvio <2mm durante a abertura ou fechamento da boca, e uma diminuição na presença de ruídos articulares ou desvio >2mm durante a abertura ou fechamento da boca [2], e uma diminuição significativa na pontuação de disfunção clínica de Helkimo (HCDS) [6].

4 DISCUSSÃO

O manejo do desarranjo interno da ATM é considerado um desafio para os profissionais da odontologia, especialmente devido à complexidade anatômica e funcional dessa articulação [4,5,19,20]. As pesquisas estão evoluindo para o manejo desses pacientes, e abordagens de biossuplementação utilizando biomateriais ricos em plaquetas, como a fibrina rica em plaquetas (PRF), estão se tornando cada vez mais populares no tratamento do desarranjo interno, devido aos seus benefícios terapêuticos [2,4].

O PRF foi implementado em 2001, representando o primeiro passo para a geração de matrizes derivadas do sangue que não possuem adição de anticoagulantes [21]. Ao diminuir a força relativa de centrifugação, uma matriz líquida de PRF é obtida, a qual apresenta níveis mais altos de células imunes, plaquetas e fatores de crescimento, e demonstra uma liberação significativamente prolongada de fatores de crescimento/citocinas, quando comparada às matrizes sólidas de PRF previamente descritas, proporcionando um ambiente favorável para a regeneração e reparo do tecido [5,9,10,21,22].

Os estudos incluídos nessa revisão avaliaram parâmetros como dor, abertura bucal, movimentos mandibulares, estalido e Índice de Helkimo, antes e após a injeção de PRF.

Em relação ao parâmetro de dor, os resultados dos estudos [1,4-9,11-18] apresentaram uma melhora gradual desse sintoma durante os períodos de acompanhamento realizados, demonstrando os efeitos analgésicos das injeções intra-articulares de PRF. O mesmo foi obtido pela maioria dos estudos [1,4-9,11-14,16,18] no que tange à melhora da abertura bucal dos pacientes. Em um estudo [11], foi observado um aumento na abertura bucal no pós-operatório imediato e após duas semanas de acompanhamento, denotando um rápido retorno à amplitude total de abertura da boca. Porém, houve um aumento insignificante ao longo dos intervalos de 4 e 8 semanas. Em outro estudo [12], as medições de abertura da boca foram reduzidas em um intervalo de um mês e depois elevadas gradualmente até atingir a abertura normal da boca em 3 meses. De acordo com os autores, isso pode estar relacionado à resposta inflamatória no local da injeção, levando à redução da abertura bucal. Ademais, um estudo [17] não obteve diferença estatisticamente significativa nos resultados da abertura bucal.

Em relação aos estudos [4,11,13,14,15] que avaliaram o estalido, somente os resultados de um estudo [14] não apresentaram diminuição significativa desse parâmetro. Observou-se melhora significativa nos resultados dos estudos [4,9,16] que analisaram os movimentos mandibulares. O mesmo ocorreu nos estudos que avaliaram o índice de Helkimo [2,6].

A melhora gradual desses parâmetros pode ser explicada pelo fato de que os efeitos biológicos do PRF requerem certo tempo para ocorrerem, apresentando, desse modo, melhor desempenho a longo prazo devido à liberação prolongada dos fatores de crescimento de suas matrizes [5]. Com isso, há um retorno progressivo da atividade funcional e diminuição da dor, devido à restauração das propriedades da ATM [1].

Manafikhi et al [2], ao realizar injeções de PRF no compartimento superior da ATM, demonstraram que esse procedimento leva à ausência do estalido articular durante um período de acompanhamento de 6 meses, indicando que o PRF tem eficácia clínica substancial no tratamento do estalido articular resultante de desarranjos internos da ATM. Entretanto, nesse estudo, o estalido reapareceu em dois pacientes após o período de acompanhamento de 6 meses. Os autores pressupõem que esse resultado seja devido ao protocolo de injeções utilizado, de modo que uma terceira injeção poderia afetar positivamente a ausência de estalidos durante um longo período de acompanhamento.

González et al [18] descreveram os resultados terapêuticos de pacientes tratados com artroscopia operatória e infiltração de PRF no espaço articular superior e inferior da ATM, durante um período de acompanhamento de 8 meses. A artroscopia pode ser utilizada com finalidade diagnóstica e/ou terapêutica no tratamento dos desarranjos internos da ATM [18,23]. Esse procedimento permite a visualização direta da anatomia intra-articular e a lise e lavagem articular [18,23,24], atuando especialmente na diminuição da dor relatada pelos pacientes e melhorando os movimentos mandibulares [25]. Os resultados desse estudo mostraram que o tratamento das DTMs utilizando a técnica de artroscopia com a infiltração de PRF representou uma melhora da dor e abertura bucal dos pacientes [18].

Na maior parte dos estudos incluídos nessa revisão, fez-se uma comparação entre os resultados obtidos pela realização somente da artrocentese e pela realização da artrocentese seguida de infiltração de PRF [4,6,8,9,11,16]. A artrocentese, como citado anteriormente, é um procedimento minimamente invasivo, que consiste na lavagem do

espaço articular superior da ATM, sem a possibilidade de visualização direta da mesma [24,26]. A artrocentese, assim como a artroscopia, promove a diminuição da dor e melhora da função mandibular [25]. Nesses estudos, observou-se que o método de injeção intra-articular de PRF após a artrocentese se mostrou mais eficaz do que a artrocentese isoladamente para o manejo do desarranjo interno da ATM, promovendo uma melhora mais significativa da abertura bucal, dor, movimentos mandibulares e estalido. Saleem & Al-Kamali [14] também realizaram artrocentese com posterior injeção de PRF no espaço articular superior, e seus resultados mostraram uma melhora da dor e abertura bucal, porém não houve melhora do ruído articular. Esses resultados podem ser atribuídos ao fato de que o objetivo da artrocentese é reduzir a pressão negativa no disco por meio da lavagem e eliminação de mediadores inflamatórios, enquanto que a infiltração de PRF possui foco na indução da recuperação funcional através da regeneração de tecidos enfraquecidos, e na restauração dos níveis de ácido hialurônico, devido seu efeito anabólico nos sinoviócitos, elevando, assim, a proteção da cartilagem e a lubrificação das articulações [14]. Desse modo, a adição da injeção de PRF complementa os efeitos terapêuticos obtidos pela realização da artrocentese.

Três estudos [5,7,13] compararam os resultados obtidos através da artrocentese seguida de infiltração de ácido hialurônico, com os resultados da artrocentese com posterior infiltração de PRF. O ácido hialurônico (AH) é um glicosaminoglicano, encontrado em diversos tecidos extracelulares, sendo o principal constituinte do líquido sinovial [5,13,27]. Ele é produzido pelos condrócitos e sinoviócitos das articulações [27]. A injeção intra-articular de AH atua na melhora da lubrificação, elasticidade, nutrição e estimulação da síntese endógena de AH, reduzindo o coeficiente de atrito articular e a inflamação [5,27,28]. Entretanto, as preparações de AH possuem meias-vidas curtas [5].

Khalifah [13], ao comparar os resultados da artrocentese seguida de injeção de AH e de PRF, encontrou melhores resultados após a injeção de PRF. O autor cita que esses resultados podem ser atribuídos à ação anti-inflamatória do PRF, auxiliado pela capacidade regenerativa dos tecidos rompidos e degenerados da articulação, incluindo o tecido sinovial. Essa regeneração induz uma melhora na função articular, permite movimentos mais suaves e redução da dor, além de fornecer uma fonte endógena sustentada de AH.

Torul et al [5] e Yuce & Komerik [7] compararam além da injeção de AH após a artrocentese, a artrocentese isoladamente com a artrocentese seguida de infiltração de PRF. Os resultados desses estudos demonstraram que a injeção intra-articular de PRF em combinação com a artrocentese pode resultar em melhoras na abertura bucal e nos níveis de dor por um período mais longo, quando comparadas à artrocentese isoladamente ou em conjunto com injeções de AH.

Bayomi et al [12] investigaram o efeito da injeção intra-articular de PRF em comparação com a injeção de sangue autólogo no tratamento da luxação recorrente crônica da ATM. A auto-hemoterapia (injeção de sangue autólogo – ABI) é um dos métodos conservadores para o tratamento da luxação recorrente crônica da ATM [29]. Como vantagens desse procedimento, pode-se citar a diminuição ou extinção de complicações pós-operatórias, como lesões do nervo facial, sensação alterada, inchaço, infecção e dor, devido ao fato de não ser realizada dissecação de tecido [12]. Os autores concluíram que ABI e injeção de PRF foram formas de tratamento seguras e simples para luxação recorrente da ATM, entretanto, injeção de PRF foi um tratamento potencialmente mais eficaz, resultando em uma redução da dor e melhora da função mais precoce em comparação à ABI [12].

Um estudo [15] avaliou os resultados clínicos (dor em repouso e sons articulares) do tratamento de desarranjo interno da ATM por meio de injeções intra-articulares de PRF e de plasma rico em plaquetas (PRP). O plasma rico em plaquetas é considerado a primeira geração de concentrado de plaquetas, obtido através da centrifugação do sangue [1,4,5]. O PRP apresenta propriedades anti-inflamatórias, analgésicas e antibacterianas, além de restaurar as propriedades endógenas do AH por meio da síntese de glicosaminoglicanos e estimular a angiogênese articular [1,2,4,7]. Entretanto, o PRP apresenta algumas desvantagens, como a adição de anticoagulantes, que podem causar coagulopatias, e a complexidade do seu preparo [1,4,5]. Os resultados do estudo mostraram uma notável melhora nos sintomas em ambos os grupos durante os períodos de acompanhamento (2 semanas e 1, 3 e 6 meses). No entanto, a injeção de PRF para tratar o desarranjo interno da ATM se mostrou mais eficaz do que a injeção de PRP e forneceu resultados clínicos mais estáveis nos diversos períodos de acompanhamento [15].

Vingender et al [17] realizaram uma comparação entre os efeitos da injeção intra-articular de AH (sendo utilizado AH de baixo peso molecular e de alto peso molecular), PRP e

PRF no tratamento de desarranjos internos da ATM. Em relação à abertura bucal, foi encontrada uma melhora estatisticamente significativa no grupo AH, enquanto que o PRP e o PRF causaram mudanças notáveis, porém não estatisticamente significativas. Em relação às medidas de dor, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos, porém todos os métodos diminuíram o nível de dor de forma estatisticamente significativa. Com isso, os autores concluíram que em razão dos efeitos semelhantes do AH e das substâncias autólogas do sangue, os concentrados de plaquetas devem ser preferidos no tratamento intra-articular, a fim de reduzir o risco de possíveis efeitos adversos [17].

Os resultados dos estudos dessa revisão de escopo demonstram a eficácia da infiltração de PRF no tratamento dos desarranjos internos das ATMs, diminuindo dor e presença de estalido, melhorando abertura bucal e movimentos mandibulares, devido à combinação de suas propriedades celulares, bioquímicas e angiogênicas.

A escolha do local no qual será realizada a infiltração de PRF é de suma importância. A maior parte dos estudos [1,2,7-9,11,14-17] realizaram infiltrações no compartimento superior da ATM, pois esta técnica apresenta maior facilidade de execução [30]. Enquanto que em apenas um estudo [18] foi realizada a técnica de infiltração no compartimento inferior, que apresenta maior complexidade devido à dificuldade de acesso a este local [30]. A ultrassonografia é uma técnica simples, a qual pode ser utilizada como uma ferramenta auxiliar em procedimentos minimamente invasivos da ATM, como a artrocentese e a infiltração medicamentosa na ATM [30]. Um estudo [30] observou que a ultrassonografia auxilia no posicionamento das agulhas durante a execução da artrocentese e em infiltrações na ATM, aumentando a precisão e a segurança destes procedimentos, em especial no compartimento inferior da ATM.

Como limitações do estudo, pode-se citar a existência de uma grande variação nas técnicas de injeção intra-articular de PRF, sendo utilizados diversos protocolos, com diferentes quantidades de PRF e aplicações realizadas. Essa variação dificulta a comparação entre os estudos, pois o ciclo de injeções do PRF interfere nos resultados obtidos. Em alguns estudos, os pacientes receberam orientações pós-tratamento como dieta leve [4,5,16], alimentação líquida/semilíquida [8,18], realização de exercícios mandibulares [4,5,8,9,16], fisioterapia [17,18], aplicação de calor úmido [4], uso de analgésicos [8,9,11,14,16], relaxantes musculares [18], AINES [7,18], antibióticos [4] e placas oclusais [17]. A utilização

desses tratamentos conservadores também podem interferir nos resultados obtidos. Ademais, não foi realizada análise criteriosa do risco de viés dos artigos incluídos, não sendo avaliado, desse modo, a qualidade da evidência.

5 CONCLUSÕES

A partir dessa revisão de escopo, pode-se concluir que a infiltração de fibrina rica em plaquetas (PRF) é um meio eficaz para o tratamento de desarranjos internos da ATM, apresentando bons resultados na diminuição de sintomas como dor, limitação da abertura bucal e de movimentos mandibulares, e estalido. Além disso, foram demonstrados melhores resultados desses parâmetros quando comparada a outras formas de tratamento, como a artroscopia, artrocentese, injeção intra-articular de ácido hialurônico, de sangue autógeno e de plasma rico em plaquetas. Entretanto, mais estudos são necessários com o objetivo de formular um protocolo padrão para a aplicação dessa técnica.

REFERÊNCIAS

1. Albilal J DMD, MSc, Herrera-Vizcaíno C DDS, Weisleder H BSc, Choukroun J MD, Ghanaati S MD, DMD, PhD. Liquid platelet-rich fibrin injections as a treatment adjunct for painful temporomandibular joints: preliminary results. *Cranio*. 2020 Sep;38(5):292-304. doi: 10.1080/08869634.2018.1516183. Epub 2018 Sep 20. PMID: 30231809. (22) Manafikhi M, Ataya J, Heshmeh O. Evaluation of the efficacy of platelet rich fibrin (I-PRF) intra-articular injections in the management of internal derangements of temporomandibular joints - a controlled preliminary prospective clinical study. *BMC Musculoskelet Disord*. 2022 May 14;23(1):454. doi: 10.1186/s12891-022-05421-7. PMID: 35568935; PMCID: PMC9106792.
2. Manafikhi M, Ataya J, Heshmeh O. Evaluation of the efficacy of platelet rich fibrin (I-PRF) intra-articular injections in the management of internal derangements of temporomandibular joints - a controlled preliminary prospective clinical study. *BMC Musculoskelet Disord*. 2022 May 14;23(1):454. doi: 10.1186/s12891-022-05421-7. PMID: 35568935; PMCID: PMC9106792.
3. Viana M de O, Lima EICBMF, Menezes JNR de, Olegario NB da C. Avaliação de sinais e sintomas da disfunção temporomandibular e sua relação com a postura cervical. *Rev odontol UNESP [Internet]*. 2015May;44(3):125–30. Available from: <https://doi.org/10.1590/1807-2577.1071>
4. Ghoneim NI, Mansour NA, Elmaghraby SA, Abdelsameea SE. Treatment of temporomandibular joint disc displacement using arthrocentesis combined with injectable platelet rich fibrin versus arthrocentesis alone. *J Dent Sci*. 2022 Jan;17(1):468-475. doi: 10.1016/j.jds.2021.07.027. Epub 2021 Aug 21. PMID: 35028072; PMCID: PMC8739728.
5. Torul D, Cezairli B, Kahveci K. The efficacy of intra-articular injectable platelet-rich fibrin application in the management of Wilkes stage III temporomandibular joint internal derangement. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2021 Nov;50(11):1485-1490. doi: 10.1016/j.ijom.2021.03.004. Epub 2021 Mar 23. PMID: 33771436.
6. Karadayi U, Gursoytrak B. Randomised controlled trial of arthrocentesis with or without PRF for internal derangement of the TMJ. *J Craniomaxillofac Surg*. 2021 May;49(5):362-367. doi: 10.1016/j.jcms.2021.01.018. Epub 2021 Feb 5. PMID: 33581954.

7. Yuce E, Komerik N. Comparison of the Efficiency of Intra-Articular Injection of Liquid Platelet-Rich Fibrin and Hyaluronic Acid After in Conjunction With Arthrocentesis for the Treatment of Internal Temporomandibular Joint Derangements. *J Craniofac Surg*. 2020 Oct;31(7):1870-1874. doi: 10.1097/SCS.00000000000006545. PMID: 32433129.
8. Bera RN, Tiwari P. Evaluating the role of intra articular injection of platelet-rich fibrin in the management of temporomandibular joint osteoarthritis: A STROBE compliant retrospective study. *Oral Surg*. 2021;00:1–6. <https://doi.org/10.1111/ors.12665>
9. Işık G, Kenç S, Özveri Koyuncu B, Günbay S, Günbay T. Injectable platelet-rich fibrin as treatment for temporomandibular joint osteoarthritis: A randomized controlled clinical trial. *J Craniomaxillofac Surg*. 2022 Jul;50(7):576-582. doi: 10.1016/j.jcms.2022.06.006. Epub 2022 Jun 30. PMID: 35798596.
10. Abd El Raouf M, Wang X, Miusi S, Chai J, Mohamed AbdEl-Aal AB, Nefissa Helmy MM, Ghanaati S, Choukroun J, Choukroun E, Zhang Y, Miron RJ. Injectable-platelet rich fibrin using the low speed centrifugation concept improves cartilage regeneration when compared to platelet-rich plasma. *Platelets*. 2019;30(2):213-221. doi: 10.1080/09537104.2017.1401058. Epub 2017 Dec 14. PMID: 29240523.
11. Abdelmoneim, H., Teama, U. Evaluation of Injectable platelet rich fibrin for the management of Tempromandibular joint internal derangement. (clinical evaluation). *Egyptian Dental Journal*, 2020; 66(Issue 2 - April (Oral Surgery)): 883-891. doi: 10.21608/edj.2020.24129.1029
12. Baiomy, A. A., Edrees, M., Al-Ashmawy, M. Versatility of Injectable Platelet Rich Fibrin versus autologous blood injection in the Treatment of Chronic Recurrent Temporomandibular Joint Dislocation. *Egyptian Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 2019; 10(2): 64-69. doi: 10.21608/omx.2019.15575.1035
13. Khalifah, M. Evaluating the Effect of the Injectable PRF in comparison with the hyaluronic acid as an Intra-articular Medication Following Arthrocentesis in the Treatment of Internal Derangement. *Egyptian Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 2022; 13(2): 80-87. doi: 10.21608/OMX.2021.55953.1106
14. Saleem TH, Al-Kamali RK. Platelet Rich Fibrin Injection with Arthrocentesis for treatment Tempromandibular Joint Internal Derangement of. *Adv.med.j*. [Internet]. 2022Jul.26 [cited 2023Jun.25];7(1):17-23. Available from: <https://amj.khcms.edu.krd/index.php/main/article/view/42>

15. احمد الدالي, & أ. د حكمت يعقوب. (2022). دراسة سريرية مقارنة فعالية حقن الفبرين الغني بالصفائح بالصفائح في تدبير اضطرابات المفصل الفكي الصدغي (PRP) والبلازما الغنية بالصفائح (I-PRF) القابل للحقن الداخلية في مستشفى تشرين الجامعي باللاذقية. سلسلة العلوم الطبية, 44(4).
16. Işık G, Kenç S, Özveri Koyuncu B, Günbay S, Günbay T. Does the Use of Injectable Platelet-Rich Fibrin After Arthrocentesis for Disc Displacement Without Reduction Improve Clinical Outcomes? *J Oral Maxillofac Surg.* 2023 Jun;81(6):689-697. doi: 10.1016/j.joms.2023.02.014. Epub 2023 Mar 13. PMID: 36924792.
17. Vingender S, Dóri F, Schmidt P, Hermann P, Vaszilkó MT. Evaluation of the efficiency of hyaluronic acid, PRP and I-PRF intra-articular injections in the treatment of internal derangement of the temporomandibular joint: A prospective study. *J Craniomaxillofac Surg.* 2023 Jan;51(1):1-6. doi: 10.1016/j.jcms.2023.01.017. Epub 2023 Jan 28. PMID: 36740515.
18. González LV, López JP, Díaz-Báez D, Orjuela MP, Chavez M. Clinical outcomes of operative arthroscopy and temporomandibular medical infiltration with platelet-rich fibrin in upper and lower articular space. *J Craniomaxillofac Surg.* 2021 Dec;49(12):1162-1168. doi: 10.1016/j.jcms.2021.07.001. Epub 2021 Aug 3. PMID: 34384651.
19. Gupta S, Sharma AK, Purohit J, Goyal R, Malviya Y, Jain S. Comparison between intra-articular platelet-rich plasma injection versus hydrocortisone with local anesthetic injections in temporomandibular disorders: A double-blind study. *Natl J Maxillofac Surg.* 2018 Jul-Dec;9(2):205-208. doi: 10.4103/njms.NJMS_69_16. PMID: 30546236; PMCID: PMC6251294.
20. Hancı M, Karamese M, Tosun Z, Aktan TM, Duman S, Savacı N. Intra-articular platelet-rich plasma injection for the treatment of temporomandibular disorders and a comparison with arthrocentesis. *J Craniomaxillofac Surg.* 2015 Jan;43(1):162-6. doi: 10.1016/j.jcms.2014.11.002. Epub 2014 Nov 15. PMID: 25491276.
21. Choukroun J, Ghanaati S. Reduction of relative centrifugation force within injectable platelet-rich-fibrin (PRF) concentrates advances patients' own inflammatory cells, platelets and growth factors: the first introduction to the low speed centrifugation concept. *Eur J Trauma Emerg Surg.* 2018 Feb;44(1):87-95. doi: 10.1007/s00068-017-0767-9. Epub 2017 Mar 10. PMID: 28283682; PMCID: PMC5808086.

22. Ghanaati S, Booms P, Orlowska A, Kubesch A, Lorenz J, Rutkowski J, Landes C, Sader R, Kirkpatrick C, Choukroun J. Advanced platelet-rich fibrin: a new concept for cell-based tissue engineering by means of inflammatory cells. *J Oral Implantol*. 2014 Dec;40(6):679-89. doi: 10.1563/aaid-joi-D-14-00138. PMID: 24945603.
23. FERRAZ SR, CORREA CA, LOBO SA, OLIVEIRA DR, XAVIER FP. Artroscopia da articulação temporomandibular: revisão de literatura. *R.CROMG [Internet]*. 18º de setembro de 2018 [citado 26º de junho de 2023];17(2). Disponível em: <https://revista.cromg.org.br/index.php/rcromg/article/view/18>
24. Figueirêdo NFD de, Carvalho TRP de, Lima V da S, Romão TCM, Costa DFN, Paiva LC de A. Minimally invasive TMJ surgery: arthrocentesis x arthroscopy. *RSD [Internet]*. 2022Jan.10 [cited 2023Jun.25];11(1):e42111125098. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/25098>
25. Kelly de Medeiros J, Isllan dos Santos Gonçalves R, Fernandes Farias M, Jhenikártery Maia de Oliveira J, Christina de Queiroz Pinheiro R. EFETIVIDADE DA TERAPIA CIRÚRGICA NA CORREÇÃO DE DESORDENS INTRACAPSULARES NA ATM EFFECTIVENESS OF SURGERY THERAPY IN CORRECTION OF INTRACAPSULAR DISORDERS AT ATM. *RFO [Internet]*. 20º de maio de 2021 [citado 26º de junho de 2023];51(1). Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/revfo/article/view/44220>
26. Grossmann E, Poluha RL, Leite JPB. Temporomandibular joint arthrocentesis: a technique proposal. Case report. *BrJP [Internet]*. 2019Jul;2(BrJP, 2019 2(3)):293–5. Available from: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20190052>
27. Manfredini D, Bonnini S, Arboretti R, Guarda-Nardini L. Temporomandibular joint osteoarthritis: an open label trial of 76 patients treated with arthrocentesis plus hyaluronic acid injections. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2009 Aug;38(8):827-34. doi: 10.1016/j.ijom.2009.03.715. Epub 2009 Apr 29. PMID: 19406617.
28. Bouloux GF, Chou J, Krishnan D, Aghaloo T, Kahenasa N, Smith JA, Giannakopoulos H. Is Hyaluronic Acid or Corticosteroid Superior to Lactated Ringer Solution in the Short-Term Reduction of Temporomandibular Joint Pain After Arthrocentesis? Part 1. *J Oral Maxillofac Surg*. 2017 Jan;75(1):52-62. doi: 10.1016/j.joms.2016.08.006. Epub 2016 Aug 20. PMID: 27632069.

29. Machon V, Abramowicz S, Paska J, Dolwick MF. Autologous blood injection for the treatment of chronic recurrent temporomandibular joint dislocation. *J Oral Maxillofac Surg.* 2009 Jan;67(1):114-9. doi: 10.1016/j.joms.2008.08.044. PMID: 19070756.

30. Durval Carrer Filho Lucas Marques de Alencar Mona Lisa de Fátima Silva Diniz Nadir José da Silva Monteiro , “UTILIZAÇÃO DA ULTRASSONOGRAFIA COMO FERRAMENTA AUXILIAR ÀS TÉCNICAS MINIMAMENTE INVASIVAS NO TRATAMENTO DAS DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES,” facsete, acesso em 17 de junho de 2023, <https://faculdefacsete.edu.br/monografia/items/show/3390>.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – BASES DE DADOS E ESTRATÉGIAS DE BUSCA

Bases de dados	Estratégias de busca	Resultados
PubMed	("platelet rich fibrin"[MeSH Terms] OR ("platelet rich"[All Fields] AND "fibrin"[All Fields]) OR "platelet rich fibrin"[All Fields] OR ("platelet"[All Fields] AND "rich"[All Fields] AND "fibrin"[All Fields]) OR "platelet rich fibrin"[All Fields] OR ("platelet rich fibrin"[MeSH Terms] OR ("platelet rich"[All Fields] AND "fibrin"[All Fields]) OR "platelet rich fibrin"[All Fields] OR ("platelet"[All Fields] AND "rich"[All Fields] AND "fibrin"[All Fields]) OR "platelet rich fibrin"[All Fields]) OR ("platelet rich fibrin"[MeSH Terms] OR ("platelet rich"[All Fields] AND "fibrin"[All Fields]) OR "platelet rich fibrin"[All Fields] OR "l prf"[All Fields]) OR ("platelet rich fibrin"[MeSH Terms] OR ("platelet rich"[All Fields] AND "fibrin"[All Fields]) OR "platelet rich fibrin"[All Fields] OR ("leukocyte"[All Fields] AND "platelet"[All Fields] AND "rich"[All Fields] AND "fibrin"[All Fields]) OR "leukocyte and platelet rich fibrin"[All Fields]) OR ("platelet rich fibrin"[MeSH Terms] OR ("platelet rich"[All Fields] AND "fibrin"[All Fields]) OR "platelet rich fibrin"[All Fields] OR ("leukocyte"[All Fields] AND "platelet"[All Fields] AND "rich"[All Fields] AND "fibrin"[All Fields]) OR "leukocyte and platelet rich fibrin"[All Fields])) AND ("temporomandibular joint disorders"[MeSH Terms] OR ("temporomandibular"[All Fields] AND "joint"[All Fields] AND "disorders"[All Fields]) OR "temporomandibular joint disorders"[All Fields] OR ("temporomandibular joint disorders"[MeSH Terms] OR ("temporomandibular"[All Fields] AND "joint"[All Fields] AND "disorders"[All Fields]) OR "temporomandibular joint disorders"[All Fields] OR ("temporomandibular"[All Fields] AND "joint"[All Fields] AND "disorders"[All Fields]) OR "temporomandibular joint disorders"[All Fields] OR ("tmj"[All Fields] AND "disorders"[All Fields]) OR "tmj disorders"[All Fields]) OR ("temporomandibular joint disorders"[MeSH Terms] OR ("temporomandibular"[All Fields] AND "joint"[All Fields] AND "disorders"[All Fields]) OR "temporomandibular joint disorders"[All Fields] OR ("tmj"[All Fields] AND "disorder"[All Fields]) OR "tmj disorder"[All Fields]) OR ("temporomandibular joint disorders"[MeSH Terms] OR	13

	syndrome"[All Fields]))	
Scopus	((TITLE-ABS-KEY ("platelet-rich fibrin") OR TITLE-ABS-KEY ("platelet rich fibrin") OR TITLE-ABS-KEY ("l-prf") OR TITLE-ABS-KEY ("leukocyte- and platelet-rich fibrin") OR TITLE-ABS-KEY ("leukocyte and platelet rich fibrin"))) AND ((TITLE-ABS-KEY ("temporomandibular joint disorders") OR TITLE-ABS-KEY ("temporomandibular joint disorder") OR TITLE-ABS-KEY ("tmj disorders") OR TITLE-ABS-KEY ("tmj disorder") OR TITLE-ABS-KEY ("temporomandibular disorders") OR TITLE-ABS-KEY ("temporomandibular disorder") OR TITLE-ABS-KEY ("temporomandibular joint diseases") OR TITLE-ABS-KEY ("temporomandibular joint disease") OR TITLE-ABS-KEY ("tmj diseases") OR TITLE-ABS-KEY ("tmj disease") OR TITLE-ABS-KEY ("temporomandibular joint dysfunction syndrome") OR TITLE-ABS-KEY ("tmj syndrome") OR TITLE-ABS-KEY ("temporomandibular joint syndrome"))))	15
Embase	((('platelet rich' AND ('fibrin'/exp OR fibrin) OR 'platelet'/exp OR platelet) AND rich AND ('fibrin'/exp OR fibrin) OR 'l prf'/exp OR 'l prf' OR 'leukocyte-'/exp OR leukocyte-) AND 'platelet rich' AND ('fibrin'/exp OR fibrin) OR 'leukocyte'/exp OR leukocyte) AND ('platelet'/exp OR platelet) AND rich AND ('fibrin'/exp OR fibrin) AND (((((((((((temporomandibular AND ('joint'/exp OR joint) AND ('disorders'/exp OR disorders) OR temporomandibular) AND ('joint'/exp OR joint) AND ('disorder'/exp OR disorder) OR tmj) AND ('disorders'/exp OR disorders) OR tmj) AND ('disorder'/exp OR disorder) OR temporomandibular) AND ('disorders'/exp OR disorders) OR temporomandibular) AND ('disorder'/exp OR disorder) OR temporomandibular) AND ('joint'/exp OR joint) AND ('diseases'/exp OR diseases) OR temporomandibular) AND ('joint'/exp OR joint) AND ('disease'/exp OR disease) OR tmj) AND ('diseases'/exp OR diseases) OR tmj) AND ('disease'/exp OR disease) OR temporomandibular) AND ('joint'/exp OR joint) AND dysfunction AND ('syndrome'/exp OR syndrome) OR tmj) AND ('syndrome'/exp OR syndrome) OR temporomandibular) AND ('joint'/exp OR joint) AND ('syndrome'/exp OR syndrome)	2
Web of Science	(TS=(Platelet-Rich Fibrin OR Platelet Rich Fibrin OR L-PRF OR Leukocyte- and Platelet-Rich Fibrin OR Leukocyte and Platelet Rich Fibrin)) AND TS=(Temporomandibular Joint Disorders OR Temporomandibular Joint Disorder OR TMJ Disorders OR TMJ Disorder OR Temporomandibular Disorders OR Temporomandibular Disorder OR Temporomandibular Joint Diseases OR Temporomandibular Joint Disease OR TMJ Diseases OR TMJ Disease OR Temporomandibular Joint	12

	Dysfunction Syndrome OR TMJ Syndrome OR Temporomandibular Joint Syndrome)	
Cochrane Library	("Platelet-Rich Fibrin" OR "Platelet Rich Fibrin" OR "L-PRF" OR "Leukocyte-and Platelet-Rich Fibrin" OR "Leukocyte and Platelet Rich Fibrin"):ti,ab,kw AND ("Temporomandibular Joint Disorders" OR "Temporomandibular Joint Disorder" OR "TMJ Disorders" OR "TMJ Disorder" OR "Temporomandibular Disorders" OR "Temporomandibular Disorder" OR "Temporomandibular Joint Diseases" OR "Temporomandibular Joint Disease" OR "TMJ Diseases" OR "TMJ Disease" OR "Temporomandibular Joint Dysfunction Syndrome" OR "TMJ Syndrome" OR "Temporomandibular Joint Syndrome"):ti,ab,kw	7
Lilacs	(Platelet-Rich Fibrin OR Platelet Rich Fibrin OR L-PRF OR Leukocyte- and Platelet-Rich Fibrin OR Leukocyte and Platelet Rich Fibrin OR Fibrina Rica em Plaquetas OR Fibrina Rica en Plaquetas) AND (Temporomandibular Joint Disorders OR Temporomandibular Joint Disorder OR TMJ Disorders OR TMJ Disorder OR Temporomandibular Disorders OR Temporomandibular Disorder OR Temporomandibular Joint Diseases OR Temporomandibular Joint Disease OR TMJ Diseases OR TMJ Disease OR Temporomandibular Joint Dysfunction Syndrome OR TMJ Syndrome OR Temporomandibular Joint Syndrome OR Transtornos da Articulação Temporomandibular OR Transtornos de la Articulación Temporomandibular)	1
Livivo	("Platelet-Rich Fibrin" OR "Platelet Rich Fibrin" OR "L-PRF" OR "Leukocyte- and Platelet-Rich Fibrin" OR "Leukocyte and Platelet Rich Fibrin") AND ("Temporomandibular Joint Disorders" OR "Temporomandibular Joint Disorder" OR "TMJ Disorders" OR "TMJ Disorder" OR "Temporomandibular Disorders" OR "Temporomandibular Disorder" OR "Temporomandibular Joint Diseases" OR "Temporomandibular Joint Disease" OR "TMJ Diseases" OR "TMJ Disease" OR "Temporomandibular Joint Dysfunction Syndrome" OR "TMJ Syndrome" OR "Temporomandibular Joint Syndrome")	15
Google Scholar	("Platelet Rich Fibrin" OR "L-PRF" OR "Leukocyte and Platelet Rich Fibrin") AND ("Temporomandibular Joint Disorders" OR "TMJ Disorder" OR "Temporomandibular Joint Disease" OR "Temporomandibular Joint Dysfunction Syndrome")	100
Proquest	("Platelet-Rich Fibrin" OR "Platelet Rich Fibrin" OR "L-PRF" OR "Leukocyte- and Platelet-Rich Fibrin" OR "Leukocyte and Platelet Rich Fibrin") AND ("Temporomandibular Joint Disorders" OR "Temporomandibular Joint Disorder" OR "TMJ Disorders" OR "TMJ Disorder" OR "Temporomandibular Disorders" OR "Temporomandibular Disorder" OR "Temporomandibular Joint Diseases" OR "Temporomandibular	42

Joint Disease” OR “TMJ Diseases” OR “TMJ Disease” OR
“Temporomandibular Joint Dysfunction Syndrome” OR “TMJ
Syndrome” OR “Temporomandibular Joint Syndrome”)

As estratégias de busca foram realizadas para cada banco de dados usando combinações de palavras específicas e truncamentos com o apoio de um bibliotecário.

APÊNDICE 2 – ASPECTOS METODOLÓGICOS E PRINCIPAIS RESULTADOS

Aspectos metodológicos e principais resultados									
Autor, ano	Tipo de estudo	Critério diagnóstico	Procedimento	Medidas de dor	Abertura bucal	Movimentos mandibulares	Estalido	Índice de Helkimo	
Abdelmo neim & Teama, 2020 [11]	Clínico controlado randomizado	Classificação de Wilkes	G1: Artrocentese; G2: Artrocentese + injeção de 1,5 a 2 mL de PRF no compartimento superior da ATM	G1: Pré-intervenção: 8±1.5; 2 semanas: 5±1.5; 4 semanas: 1.5±1.5; 8 semanas: 0.5±0.5 G2: Pré-intervenção: 8±1.5; 2 semanas: 3±2; 4 semanas: 0.5±0.5; 8 semanas: 0±0	G1: Pré-intervenção: 25.7±2.7; pós-operatório imediato: 36.7±1.9; 2 semanas: 39.2±2; 4 semanas: 39.5±2.3; 8 semanas: 39.8±2.1 G2: Pré-intervenção: 25.5±3.1; pós-operatório imediato: 37.5±6.4; 2 semanas: 44±4.1; 4 semanas: 45±3.5; 8 semanas: 45.5±3.9	Não foi avaliado	G1: Pré-intervenção: 18; pós-operatório imediato: 9; 2 semanas: 9; 4 semanas: 8; 8 semanas: 2 G2: Pré-intervenção: 18; pós-operatório imediato: 4; 2 semanas: 3; 4 semanas: 2; 8 semanas: 1	Não foi avaliado	
Albilial, 2018 [1]	Estudo de caso prospectivo	Classificação de Wilkes	Injeção de 1,5 mL de PRF no compartimento superior da ATM e 0,5 mL distribuído no tecido retrodiscal e área pericapsular.	EVA – Dor: Pré intervenção: 5.67 ± 2.47; 2 semanas: 3.62 ± 2.41; 4 semanas: 3.2 ± 2.57; 8 semanas: 2.90 ± 2.99; 3 meses: 3.28 ± 3.17; 6 meses: 2.40 ± 2.99; 9 meses: 2.98 ± 3.13; 12 meses: 1.73 ± 3.13	Pré-intervenção: 32.11 ± 7.47; 2 semanas: 33.68 ± 7.74; 4 semanas: 33.86 ± 7.76; 8 semanas: 33.5 ± 7.81; 3 meses: 33.07 ± 7.10; 6 meses: 33.37 ± 6.80; 9 meses: 35.2 ± 4.32; 12 meses: 39.4 ± 6.35	Não foi avaliado	Não foi avaliado	Não foi avaliado	

Aspectos metodológicos e principais resultados									
Autor, ano	Tipo de estudo	Critério diagnóstico	Procedimento	Medidas de dor	Abertura bucal	Movimentos mandibulares	Estalido	Índice de Helkimo	
Bayomi et al, 2019 [12]	Clínico randomizado	Critérios clínicos e radiográficos de luxações da ATM	G1: Injeção de 4 mL de sangue autólogo na cavidade articular e 1 mL no terço pericapsular; G2: Injeção de 4 mL de PRF na cavidade articular e 1 mL na área pericapsular	G1: Pré-intervenção: 8.8 ± 0.91; 1 mês: 6.5 ± 1.67; 3 meses: 2.7 ± 1.33 G2: Pré-intervenção: 8.9 ± 1.11; 1 mês: 4.63 ± 0.55; 3 meses: 1.1 ± 0.95	G1: Pré-intervenção: 55.38 ± 1.59; 1 mês: 39.4 ± 1.98; 3 meses: 49.4 ± 1.82 G2: Pré-intervenção: 56.03 ± 0.72; 1 mês: 40.6 ± 1.53; 3 meses: 45.2 ± 1.07	Não foi avaliado	Não foi avaliado	Não foi avaliado	
Bera & Tiwari, 2021 [8]	Retrospectivo	DC/TMD de Schiffman	G1: Artrocentese + injeção de 2 mL de PRF no compartimento superior da ATM	G1: Pré-intervenção: 8.31 ± 0.94; 15 dias: 7.69 ± 1.32; 1 mês: 5.4 ± 0.63; 3 meses: 3.54 ± 0.89; 6 meses: 0.27 ± 0.45 G2: Pré-intervenção: 8.37 ± 0.94; 15 dias: 7.37 ± 0.94; 1 mês: 6.37 ± 0.94; 3 meses: 3.27 ± 0.45; 6 meses: 0.27 ± 0.45	G1: Pré-intervenção: 27.54 ± 3.44; 1 mês: 30.58 ± 2.87; 3 meses: 33.73 ± 2.19; 6 meses: 35.93 ± 1.79; 1 ano: 32.13 ± 1.46 G2: Pré-intervenção: 27.45 ± 3.42; 1 mês: 31.38 ± 1.77; 3 meses: 34.48 ± 0.89; 6 meses: 36.48 ± 0.89	Não foi avaliado	Não foi avaliado	Não foi avaliado	

Aspectos metodológicos e principais resultados									
Autor, ano	Tipo de estudo	Critério diagnóstico	Procedimento	Medidas de dor	Abertura bucal	Movimentos mandibulares	Estalido	Índice de Helkimo	
Ghoneim et al, 2021 [4]	Clinico randomizado	Diagnóstico clínico e radiográfico	G1: Artrocentese + injeção com dose máxima de 1,5 mL de PRF na cavidade articular G2: Artrocentese + injeção com dose máxima de 1,5 mL de PRF na cavidade articular	G1: Pré-intervenção: 8.0 (3.0-9.0); 1 semana: 5.0 (1.0-8.0); 3 meses: 3.0 (1.0-6.0); 6 meses: 3.0 (1.0-5.0) G2: Pré-intervenção: 6.0 (4.0-10.0); 1 semana: 0.0 (0.0-2.0); 3 meses: 0.0 (0.0-0.0); 6 meses: 0.0 (0.0-2.0)	G1: Pré-intervenção: 36.15 ± 7.26; 1 semana: 40.40 ± 5.2; 3 meses: 42.40 ± 5.21; 6 meses: 43.75 ± 5.35 G2: Pré-intervenção: 31.48 ± 8.52; 1 semana: 44.70 ± 6.48; 3 meses: 48.25 ± 4.85; 6 meses: 50.20 ± 4.63	G1: Direita: Pré intervenção: 6.53 ± 1.94; 1 semana: 8.30 ± 1.38; 3 meses: 8.53 ± 1.73; 6 meses: 8.68 ± 2.0. Esquerda: Pré intervenção: 7.13 ± 2.25; 1 semana: 8.55 ± 1.98; 3 meses: 9.22 ± 1.65; 6 meses: 9.5 ± 1.47. G2: Direita: Pré intervenção: 6.15 ± 2.78; 1 semana: 9.75 ± 8.30; 3 meses: 11.15 ± 1.31; 6 meses: 11.85 ± 1.84. Esquerda: Pré intervenção: 7.15 ± 3.15; 1 semana: 10.0 ± 2.49; 3 meses: 10.65 ± 2.49; 6 meses: 11.55 ± 2.43.	G1: Pré-intervenção: 2: 20 (100%); 1 semana: 0: 7 (35.0%), 1: 1 (5.0%), 2: 12 (60.0%); 3 meses: 0: 10 (50.0%), 1: 4 (20.0%), 2: 6 (30.0%); 6 meses: 0: 10 (50%), 1: 1 (5.0%), 2: 9 (45.0%) G2: Pré-intervenção: 2: 20 (100%); 1 semana: 0: 15 (75.0%), 1: 5 (25.0%), 2: 2: 0; 3 meses: 0: 15 (75.0%), 1: 5 (25.0%), 2: 0; 6 meses: 0: 12 (60%), 1: 8 (40.0%), 2: 0	Não foi avaliado	
González et al, 2021 [18]	Série de casos retrospectivos	Classificação de Wilkes	Artroscopia seguida de injeção de 1,5 a 2 cc de PRF no compartimento superior e inferior da ATM	Pré-intervenção: 7.1 ± 1.5; 3 meses: 2.4 ± 1.1; 6 meses: 1.4 ± 0.8; 8 meses: 1.1 ± 0.2	Pré-intervenção: 22.2 ± 8.5; 3 meses: 34.9 ± 4.5; 6 meses: 36.0 ± 4.3; 8 meses: 38.2 ± 4.1	Não foi avaliado	Não foi avaliado	Não foi avaliado	

Aspectos metodológicos e principais resultados								
Autor, ano	Tipo de estudo	Critério diagnóstico	Procedimento	Medidas de dor	Abertura bucal	Movimentos mandibulares	Estalido	Índice de Helkimo
Işık, Gözde et al, 2022 [9]	Clínico randomizado controlado	DC/TMD	G1; Artrocentese G2: Artrocentese + 4 injeções de 1 mL de PRF no compartimento superior da ATM	Palpação: Pré-intervenção: 8.06 ± 1.16; 1 mês: 4.00 ± 0.76; 2 meses: 3.39 ± 1.83; 3 meses: 3.28 ± 0.75; 6 meses: 2.78 ± 0.64; 12 meses: 3.39 ± 0.69. G2: Pré-intervenção: 7.83 ± 1.20; 1 mês: 3.22 ± 0.80; 2 meses: 2.11 ± 0.83; 3 meses: 1.67 ± 0.76; 6 meses: 1.67 ± 0.68; 12 meses: 1.72 ± 0.75. Mastigação: G1: Pré-intervenção: 8.33 ± 1.23; 1 mês: 4.28 ± 0.75; 2 meses: 3.56 ± 1.14; 3 meses: 3.39 ± 0.69; 6 meses: 2.89 ± 0.67; 12 meses: 3.50 ± 0.61. G2: Pré-intervenção: 8.00 ± 1.41; 1 mês: 3.28 ± 0.82; 2 meses: 2.28 ± 0.82; 3 meses: 2.00 ± 0.68; 6 meses: 1.89 ± 0.75; 12 meses: 1.94 ± 0.80. Movimentos mandibulares: G1: Pré-intervenção: 7.83 ± 1.15; 1 mês: 3.94 ± 0.80; 2 meses: 3.17 ± 1.15; 3 meses: 3.06 ± 0.80; 6 meses: 2.61 ± 0.69; 12 meses: 3.22 ± 0.64. G2: Pré-intervenção: 7.61 ± 1.09; 1 mês: 3.06 ± 0.80; 2 meses: 1.94 ± 0.80; 3 meses: 1.72 ± 0.75; 6 meses: 1.67 ± 0.76; 12 meses: 1.78 ± 0.80.	G1: Pré-intervenção: 33.89 ± 0.96; 1 mês: 37.67 ± 1.13; 2 meses: 38.83 ± 0.98; 3 meses: 39.11 ± 0.75; 6 meses: 39.33 ± 0.90; 12 meses: 37.83 ± 0.07; G2: Pré-intervenção: 33.28 ± 1.52; 1 mês: 39.06 ± 1.16; 2 meses: 40.17 ± 1.04; 3 meses: 40.39 ± 1.09; 6 meses: 40.78 ± 0.80; 12 meses: 40.61 ± 0.69.	Protrusivo: G1: Pré-intervenção: 6.16 ± 0.38; 1 mês: 6.72 ± 0.46; 2 meses: 7.38 ± 0.62; 3 meses: 7.72 ± 0.62; 6 meses: 7.83 ± 0.50; 12 meses: 7.35 ± 0.66; G2: Pré-intervenção: 6.44 ± 0.51; 1 mês: 7.50 ± 0.51; 2 meses: 8.27 ± 0.52; 3 meses: 8.44 ± 0.48; 6 meses: 8.61 ± 0.43; 12 meses: 8.47 ± 0.40. Contralateral: G1: Pré-intervenção: 7.58 ± 0.47; 1 mês: 8.00 ± 0.48; 2 meses: 8.72 ± 0.73; 3 meses: 8.91 ± 0.46; 6 meses: 9.00 ± 0.49; 12 meses: 8.73 ± 0.42. G2: Pré-intervenção: 7.72 ± 0.42; 1 mês: 8.61 ± 0.40; 2 meses: 9.25 ± 0.62; 3 meses: 9.47 ± 0.69; 6 meses: 9.63 ± 0.47; 12 meses: 9.52 ± 0.49; Ipsilateral: G1: Pré-intervenção: 6.50 ± 0.51; 1 mês: 7.06 ± 0.41; 2 meses: 7.59 ± 0.52; 3 meses: 7.64 ± 0.56; 6 meses: 7.89 ± 0.34; 12 meses: 7.48 ± 0.57; G2: Pré-intervenção: 6.80 ± 0.42; 1 mês: 7.61 ± 0.43; 2 meses: 8.22 ± 0.46; 3 meses: 8.33 ± 0.51; 6 meses: 8.50 ± 0.48; 12 meses: 8.38 ± 0.47	Não foi avaliado	Não foi avaliado

Aspectos metodológicos e principais resultados									
Autor, ano	Tipo de estudo	Critério diagnóstico	Procedimento	Medidas de dor	Abertura bucal	Movimentos mandibulares	Estalido	Índice de Helkimo	
Işık, Gözde et al, 2023 [16]	Clínico randomizado controlado, duplo cego	DC/TMD	G1; Artrocentese G2: Artrocentese + 4 injeções de 1 mL de PRF no compartimento superior da ATM	Palpação: G1: Pré-intervenção: 7.9±1.4; 1 mês: 2.9±0.7; 2 meses: 2.5±0.7; 3 meses: 2.3±0.7; 6 meses: 2.0±0.7; 12 meses: 2.8±0.7; G2: Pré-intervenção: 7.8±1.5; 1 mês: 1.7±0.8; 2 meses: 1.4±0.7; 3 meses: 1.2±0.7; 6 meses: 1.0±0.6; 12 meses: 0.9±0.6. Mastigação: G1: Pré-intervenção: 8.2±1.2; 1 mês: 2.9±1.0; 2 meses: 2.8±0.9; 3 meses: 2.5±0.9; 6 meses: 2.3±0.7; 12 meses: 2.9±0.7; G2: Pré-intervenção: 8.0±1.3; 1 mês: 1.9±1.1; 2 meses: 1.6±0.9; 3 meses: 1.4±0.9; 6 meses: 1.2±0.8; 12 meses: 1.1±0.8. Movimentos mandibulares: G1: Pré-intervenção: 7.7±1.3; 1 mês: 2.7±1.2; 2 meses: 2.5±1.0; 3 meses: 2.2±0.9; 6 meses: 2.0±0.8; 12 meses: 2.7±0.9; G2: Pré-intervenção: 7.7±1.4; 1 mês: 1.6±1.1; 2 meses: 1.4±1.1; 3 meses: 1.1±0.8; 6 meses: 0.9±0.8; 12 meses: 0.8±0.7	G1: Pré-intervenção: 30.9±1.8; 1 mês: 36.9±1.3; 2 meses: 37.1±1.4; 3 meses: 37.3±1.5; 6 meses: 37.4±1.5; 12 meses: 35.8±1.0; G2: Pré-intervenção: 31±1.6; 1 mês: 38.4±1.6; 2 meses: 38.7±1.4; 3 meses: 38.9±1.5; 6 meses: 39±1.2; 12 meses: 40±1.3.	Protrusivo: G1: Pré-intervenção: 5.2±1.2; 1 mês: 6.7±0.8; 2 meses: 7.0±0.7; 3 meses: 7.1±0.8; 6 meses: 7.2±0.8; 12 meses: 6.1±0.7; G2: Pré-intervenção: 5.4±1.3; 1 mês: 7.4±1.1; 2 meses: 7.6±1.0; 3 meses: 7.7±1.0; 6 meses: 7.9±0.9; 12 meses: 8.0±0.7 Contralateral: G1: Pré-intervenção: 6.0±0.7; 1 mês: 6.6±0.6; 2 meses: 6.8±0.6; 3 meses: 7.0±0.7; 6 meses: 7.1±0.7; 12 meses: 6.3±0.9. G2: Pré-intervenção: 6.2±0.7; 1 mês: 7.1±0.70; 2 meses: 7.5±1.0; 3 meses: 7.6±1.0; 6 meses: 7.8±0.9; 12 meses: 7.9±0.9; Ipsilateral: G1: Pré-intervenção: 4.8±1.1; 1 mês: 6.5±0.6; 2 meses: 6.7±0.7; 3 meses: 6.9±0.8; 6 meses: 7.1±0.7; 12 meses: 5.6±0.8; G2: Pré-intervenção: 4.9±0.9; 1 mês: 7.1±1.0; 2 meses: 7.3±1.0; 3 meses: 7.5±1.0; 6 meses: 7.7±0.9; 12 meses: 7.8±0.9	Não foi avaliado	Não foi avaliado	Não foi avaliado

Aspectos metodológicos e principais resultados									
Autor, ano	Tipo de estudo	Critério diagnóstico	Procedimento	Medidas de dor	Abertura bucal	Movimentos mandibulares	Estalido	Índice de Helkimo	
Karadayi & Gursoytrak, 2021 [6]	Clínico prospectivo randomizado	Classificação de Wilkes	G1: Artrocentese; G2: Artrocentese + Injeção com dose máxima de 2 mL de PRF por ATM	G1: Pré-intervenção: 5,94 ± 1,67; 10 dias: 4,61 ± 2,46; 30 dias: 3,61 ± 2,38; 3 meses: 3,00 ± 2,01; G2: Pré-intervenção: 6,22 ± 2,63; 10 dias: 2,78 ± 2,42; 30 dias: 1,00 ± 1,75; 3 meses: 0,39 ± 0,92	G1: Pré-intervenção: 31,67 ± 9,89; 10 dias: 33,89 ± 9,11; 30 dias: 36,00 ± 7,72; 3 meses: 38,06 ± 6,44; G2: Pré-intervenção: 33,39 ± 11,22; 10 dias: 38,33 ± 10,07; 30 dias: 42,22 ± 7,24; 3 meses: 43,78 ± 5,52	Não foi avaliado	Não foi avaliado	G1: Pré-intervenção: 15,67 ± 8,44; 10 dias: 11,83 ± 9,22; 30 dias: 8,39 ± 8,02; 3 meses: 6,44 ± 6,77; G2: Pré-intervenção: 15,67 ± 6,06; 10 dias: 7,72 ± 6,49; 30 dias: 3,44 ± 5,98; 3 meses: 2,06 ± 4,14	
Khalifah, 2022 [13]	Clínico randomizado	Classificação de Wilkes	G1: Artrocentese + injeção de 0,4 mL de AH 2% na parte posterior da ATM; G2: Artrocentese + injeção de PRF na parte posterior da ATM	G1: Pré-intervenção: 5,9±0.5; 1 semana: 2.8±1.2; 1 mês: 0.2±0.1; 3 meses: 1±0.5; G2: Pré-intervenção: 6.1±0.1; 1 semana: 1.8±0.7; 1 mês: 0.15±0.1; 3 meses: 0.8±0.3	G1: Pré-intervenção: 27±1.5; 1 semana: 35±1.1; 1 mês: 39±1.5; 3 meses: 39,2±1.4; G2: Pré-intervenção: 26±2.6; 1 semana: 37±0.8; 1 mês: 43.5±2.1; 3 meses: 44±0.5	Não foi avaliado	G1: Pré-intervenção: 19/20; 1 semana: 17/20; 1 mês: 15/20; 3 meses: 15/20; G2: Pré-intervenção: 18/20; 1 semana: 17/20; 1 mês: 12/20; 3 meses: 11/20	Não foi avaliado	

Aspectos metodológicos e principais resultados									
Autor, ano	Tipo de estudo	Critério diagnóstico	Procedimento	Medidas de dor	Abertura bucal	Movimentos mandibulares	Estalido	Índice de Helkimo	
Manafikhi et al, 2022 [2]	Clínico prospectivo	Índice de Helkimo	2 injeções de 1 mL de PRF no compartimento superior da ATM, com uma semana de intervalo entre as doses	Não foi avaliado	Não foi avaliado	Não foi avaliado	Não foi avaliado	Ausência de sons articulares ou desvio <2mm durante a abertura ou fechamento da boca: Pré-intervenção: 0 (0%); após 1ª injeção: 14 (70%); após 2ª injeção: 20 (100%); após 6 meses: 18 (90%); Ruídos articulares ou desvio >2mm durante a abertura ou fechamento da boca: Pré-intervenção: 20 (100%); após 1ª injeção: 6 (30%); após 2ª injeção: 0 (0%); após 6 meses: 2 (10%); Obstrução ou luxação da articulação: Pré-intervenção: 0 (0%); após 1ª injeção: 0 (0%); após 2ª injeção: 0 (0%); após 6 meses: 0 (0%).	
Saleem & Al-Kamali, 2022 [14]	Clínico prospectivo randomizado	Exame clínico histórico médico	Artrocentese + injeção de 2 cc de PRF no compartimento superior da ATM, tecido retrodisal e área pericapsular	Presença de dor: Pré-intervenção: 1±0; 2 semanas: 0.88±0.335; 3 meses: 0.45±0.5; 6 meses: 0.25±0.43	Abertura maior que 35 mm: Pré-intervenção: 0±0; 2 semanas: 0.67±0.47; 3 meses: 0.9±0.3; 6 meses: 0.95±0.22	Não foi avaliado	Pré-intervenção: 1±0; 2 semanas: 1±0; 3 meses: 1±0; 6 meses: 1±0	Não foi avaliado	

Aspectos metodológicos e principais resultados								
Autor, ano	Tipo de estudo	Critério diagnóstico	Procedimento	Medidas de dor	Abertura bucal	Movimentos mandibulares	Estalido	Índice de Helkimo
Torul et al, 2021 [5]	Clínico retrospectivo	Classificação de Wilkes	G1: Artrocentese; G2: Artrocentese + injeção de 1 mL de AH na ATM; G3: Artrocentese + injeção de 1 mL de PRF na ATM	Repouso: G1: Pré-intervenção: 6.50 ± 2.43; 1 semana: 4.56 ± 2.44; 1 mês: 4.50 ± 1.97; 3 meses: 4.50 ± 2.0; G2: Pré-intervenção: 6.06 ± 2.58; 1 semana: 3.72 ± 1.87; 1 mês: 3.61 ± 1.78; 3 meses: 3.44 ± 1.91; G3: Pré-intervenção: 5.94 ± 2.10; 1 semana: 2.89 ± 1.64; 1 mês: 1.83 ± 0.78; 3 meses: 1.44 ± 0.92. Função: G1: Pré-intervenção: 6.22 ± 2.60; 1 semana: 4.39 ± 2.38; 1 mês: 4.78 ± 1.89; 3 meses: 4.89 ± 1.87; G2: Pré-intervenção: 7.06 ± 2.50; 1 semana: 4.11 ± 1.96; 1 mês: 4.17 ± 1.88; 3 meses: 4.22 ± 1.80; G3: Pré-intervenção: 5.89 ± 2.11; 1 semana: 2.67 ± 1.74; 1 mês: 1.78 ± 0.87; 3 meses: 1.56 ± 0.92	G1: Pré-intervenção: 29.22 ± 9.71; pós-operatório imediato: 38.56 ± 7.40; 1 semana: 34.22 ± 8.18; 1 mês: 34.56 ± 7.31; 3 meses: 35.28 ± 6.72; G2: Pré-intervenção: 30.56 ± 6.01; pós-operatório imediato: 38.33 ± 4.55; 1 semana: 35.67 ± 6.49; 1 mês: 35.17 ± 5.65; 3 meses: 35.61 ± 5.37; G3: Pré-intervenção: 31.11 ± 5.95; pós-operatório imediato: 39.89 ± 3.49; 1 semana: 37.94 ± 6.74; 1 mês: 39.50 ± 3.46; 3 meses: 40.06 ± 2.18.	Não foi avaliado	Não foi avaliado	Não foi avaliado

Aspectos metodológicos e principais resultados									
Autor, ano	Tipo de estudo	Critério diagnóstico	Procedimento	Medidas de dor	Abertura bucal	Movimentos mandibulares	Estalido	Índice de Helkimo	
Vingender et al, 2023 [17]	Clínico randomizado	RDC/TMD	G1: 3 injeções de AH no compartimento superior da ATM, sendo injeções de AH de baixo peso molecular (AHL) ou de AH de alto peso molecular (AHH); G2: injeção de PRP no compartimento superior da ATM; G3: injeção de PRF no compartimento superior da ATM.	G1: Pré-intervenção: 6.6; 6 meses: 1.8; 12 meses: 1; G1 Ahl: Pré-intervenção: 7.8; 6 meses: 2.7; 12 meses: 0.9. G1 Ahh: Pré-intervenção: 5.4; 6 meses: 0.8; 12 meses: 1.1; G2: Pré-intervenção: 5; 6 meses: 1.2; 12 meses: 0.7. G3: Pré-intervenção: 5; 6 meses: 2.3; 12 meses: 1.1.	G1: Pré-intervenção: 25.8; 6 meses: 35, 12 meses: 36.5; G1 Ahl: Pré-intervenção: 26.6; 6 meses: 36.4; 12 meses: 37.4; G1 Ahh: Pré-intervenção: 23.8; 6 meses: 31.6; 12 meses: 34.2; G2: Pré-intervenção: 29.4; 6 meses: 35.8; 12 meses: 37; G3: Pré-intervenção: 29.7; 6 meses: 40.8; 12 meses: 41.	Não foi avaliado	Não foi avaliado	Não foi avaliado	
احمد الدالي – كلية طب السنن – جامعة تشرين, 2022 [15]	Clínico	RDC/TMD	Injeção de 1,5 mL de PRF no compartimento superior da ATM em cada sessão (duas sessões).	G1: Pré-intervenção: 4.73±2.284; 2 semanas: 2.00±1.414; 1 mês: 0.82±0.751; 3 meses: 0.45±0.688; 6 meses: 0.64±1.027	Não foi avaliado	Não foi avaliado	Pré-intervenção: 4.91±2.023; 2 semanas: 2.27±1.104; 1 mês: 1.64±1.206; 3 meses: 1.09±1.044; 6 meses: 1.27±1.272	Não foi avaliado	

Aspectos metodológicos e principais resultados								
Autor, ano	Tipo de estudo	Critério diagnóstico	Procedimento	Medidas de dor	Abertura bucal	Movimentos mandibulares	Estalido	Índice de Helkimo
Yuce & Komerik, 2020 [7]	Retrospectivo	RDC/TMD	G1: Artrocentese; G2: Artrocentese + injeção de 1 mL de AH no compartimento superior da ATM; G3: Artrocentese + 2 mL PRF no compartimento superior da ATM. As injeções foram realizadas mais 3 vezes a cada semana, após a artrocentese.	G1: Pré-intervenção: 66.69±8.75; 2 semanas: 36.25±8.06; 1 mês: 31.88±6.29; 2 meses: 26.88±5.12; 3 meses: 24.06±6.38; 6 meses: 23.44±9.44; 9 meses: 26.56±9.26; 12 meses: 29.69±11.9 G2: Pré-intervenção: 64.64±11.17; 2 semanas: 24.64±4.99; 1 mês: 21.07±5.25; 2 meses: 18.93±3.50; 3 meses: 17.86±4.26; 6 meses: 17.5±4.70; 9 meses: 20.36±4.58; 12 meses: 23.21±6.39 G3: Pré-intervenção: 65±12.75; 2 semanas: 26.47±7.24; 1 mês: 22.35±7.52; 2 meses: 19.41±5.56; 3 meses: 17.65±4.72; 6 meses: 15.59±4.96; 9 meses: 16.18±4.16; 12 meses: 14.71±4.13	G1: Pré-intervenção: 32.38±2.63; 2 semanas: 34.44±2.28; 1 mês: 35.44±2.22; 2 meses: 35.75±2.24; 3 meses: 35.75±2.08; 6 meses: 35.75±2.21; 9 meses: 35.69±2.21; 12 meses: 36.31±2.02 G2: Pré-intervenção: 33.57±2.68; 2 semanas: 36±2.35; 1 mês: 37.93±2.4; 2 meses: 39.57±1.7; 3 meses: 40.21±1.19; 6 meses: 41.14±1.41; 9 meses: 40±1.24; 12 meses: 39.5±1.02 G3: Pré-intervenção: 33.41±2.62; 2 semanas: 36.18±2.35; 1 mês: 37.76±1.79; 2 meses: 38.76±1.3; 3 meses: 39.82±1.24; 6 meses: 41.41±1; 9 meses: 42.18±1.01; 12 meses: 42.29±0.77	Não foi avaliado	Não foi avaliado	Não foi avaliado

Abreviações e siglas:

DC/TMD – Critério de Diagnóstico para Disfunção Temporomandibular

RDC/TMD – Critérios de Diagnóstico de Pesquisa para Disfunção Temporomandibular

PRF – Fibrina Rica em Plaquetas

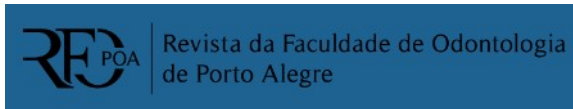
AH – Ácido Hialurônico

PRP – Plasma Rico em Plaquetas

ATM – Articulação Temporomandibular

ANEXOS

NORMAS DA REVISTA



Diretrizes para Autores

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre (RFO-POA) destina-se à publicação de comunicações breves, trabalhos de pesquisa (básica e aplicada), relatos de casos clínicos e revisões de literatura (simples, integrativas ou sistemáticas) com ou sem meta-análises. Os artigos devem ser inéditos, redigidos em português ou inglês e destinar-se exclusivamente à RFO-POA, não devendo ser apresentados, simultaneamente, a outro periódico. Para submissão, pelo menos 1 dos autores deve possuir título de mestrado. Não serão aceitos manuscritos que tenham sido previamente depositados em um servidor de preprint. A revista não requer taxas de assinatura, submissão, avaliação, edição ou publicação.

ASPECTOS ÉTICOS

Autoria

A Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre adota às recomendações do International Committee of Medical Journal Editor (ICMJE) em relação à definição de autoria. Adota também a identificação de responsabilidade do autor pelo conteúdo e integridade da pesquisa, conforme Declaração de Singapura.

Conflito de interesses

Os autores devem declarar a inexistência de conflitos de interesse na submissão do trabalho. Os revisores devem mencionar a existência de tais conflitos ao receber a solicitação de revisão, declinando de realizá-la.

Aprovação por comitê de ética

Estudos que envolvam seres humanos deverão estar de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e/ou com a Declaração de Helsinki, devendo constar no texto a aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisa com respectivo número de aprovação (número do parecer ou CAAE). Estudos que envolvam experimentos com animais devem mencionar no texto a aprovação (número do parecer ou CAAE) pelo Comitê de Ética da instituição do autor ou Comitê de Ética da instituição onde os animais foram obtidos e os experimentos realizados. Além disso, no site da Revista, na submissão de relatos de caso ou de artigos originais que envolvam seres humanos ou animais é OBRIGATÓRIO o envio como documento suplementar do parecer de aprovação do Comitê de Ética. Submissões que não apresentarem a documentação descrita serão imediatamente rejeitadas antes da revisão por pares.

Política antiplágio

Os manuscritos passarão por procedimentos de investigação de possíveis plágios, anteriormente ao envio para a avaliação às cegas. A Revista repudia qualquer forma de plágio, sendo responsabilidade do autor garantir a originalidade de seu trabalho, realizando as citações conforme as Diretrizes para Autores. Na hipótese de verificação de plágio, o trabalho científico será imediatamente rejeitado.

Infrações éticas

Em caso de infrações éticas - publicação duplicada, plágio, fabricação de dados, questões relacionadas à autoria, conflitos de interesse não mencionados, apropriação indevida de ideias ou dados por parecerista, entre outras - quaisquer membros da comunidade acadêmica ou público em geral podem realizar denúncia através do e-mail: revistaodonto@ufrgs.br. A revista segue os diagramas de fluxo do COPE para identificação e orientação sobre más condutas. Eventualmente se houver contestação da decisão adotada, constitui-se um comitê de membros do corpo editorial e externos ao periódico para análise.

Correções e retratação

Em caso de correções e retratação são adotadas as recomendações do ICMJE.

DIRETRIZES E GUIAS INTERNACIONAIS

Consultar diretrizes e guias de acordo com o tipo de estudo realizado:

Ensaio clínico: Os manuscritos que relatam ensaios clínicos devem ser registrados em uma das plataformas de registro listadas pela Organização Mundial da Saúde (REBEC, ClinicalTrials.gov). O número da inscrição deve ser apresentado no próprio trabalho. Deve ser informado, também, ao final do resumo do artigo, onde o estudo foi registrado, as iniciais e / ou o número do ensaio clínico. A submissão de ensaios clínicos deve estar de acordo com a declaração CONSORT.

Estudos observacionais: Em casos de submissão de estudos observacionais, solicita-se adesão aos guias do STROBE para a preparação do manuscrito.

Estudos de acurácia diagnóstica: Observar orientações do STARD ou TRIPOD.

Estudos de melhoria da qualidade: Observar orientações do SQUIRE.

Estudos pré-clínicos em animais: Observar orientações do ARRIVE.

Estudos qualitativos: Observar orientações do COREQ (checklist) ou SRQR.

Protocolos de estudos: Observar orientações do SPIRIT.

Relatos de casos: Observar orientações do CARE.

Revisões sistemáticas e meta-análises: Observar orientações do PRISMA ou MOOSE.

PREPARAÇÃO DO MANUSCRITO

Os trabalhos encaminhados (sem limites de páginas) deverão ser redigidos em fonte Arial tamanho 12, com espaçamento 1.5, página tamanho A4 e margens de 3 cm. Devem ser encaminhados no formato Microsoft Word (não ultrapassando 2MB) e observar as instruções abaixo:

Título

Conciso e indicativo dos objetivos e métodos do estudo (máximo 25 palavras).

Resumo e Abstract

Deverão ser redigidos resumos em português e inglês (abstract). O Resumo deve ser acompanhado das palavras-chave retiradas dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) ou Medical Subject Headings (MeSH). O Resumo não deve exceder 250 (duzentas e cinquenta) palavras e deve conter, conforme o tipo de estudo, os tópicos descritos abaixo, destacados em negrito, seguidos de dois pontos:

- Casos clínicos: objetivo, relato do caso, discussão e conclusão.
- Revisão de literatura: objetivo, revisão da literatura, resultados (em caso de revisão sistemática), discussão e conclusão.
- Trabalhos de pesquisa: objetivo, materiais e métodos, resultados, discussão e conclusão. Nos ensaios clínicos deve-se informar, no final do resumo e abstract, o nome da base de dados onde ocorreu o registro, sigla e/ou número do Ensaio Clínico, conforme orientações do item Diretrizes e Guias Internacionais.
- Comunicação breve: os tópicos abstratos variam de acordo com o tipo de estudo (caso clínico, revisão de literatura ou artigo de pesquisa).

Corpo do trabalho

De acordo com o tipo de estudo, são tópicos obrigatórios no arquivo do manuscrito:

- Casos clínicos: título, resumo, abstract, introdução, relato do caso, discussão, conclusão e referências.
- Revisão de literatura: título, resumo, abstract, introdução, revisão da literatura, resultados em caso de revisão sistemática, discussão, conclusão e referências.
- Trabalhos de pesquisa: título, resumo, abstract, introdução, materiais e métodos, resultados, discussão, conclusão e referências.
- Comunicação breve: deve conter as mesmas seções de acordo com o tipo de estudo (casos clínicos, revisão de literatura ou artigos de pesquisa).

Observações adicionais:

- Estudos envolvendo seres humanos e/ou animais: deve constar, no texto, a aprovação por Comitê de Ética com respectivo número de aprovação, conforme instruções na seção Diretrizes Éticas.
- Ensaios clínicos: deve constar, no texto, o número de identificação (registro) em um dos Registros de Ensaios Clínicos listados pela Organização Mundial da Saúde, conforme instruções na seção Diretrizes e guias internacionais. Deve-se observar as orientações quanto a diretrizes e guias internacionais de acordo com o tipo de estudo. A identificação de autoria NÃO pode constar no corpo do trabalho, devendo ser removida também da opção Propriedades no Word.

Folha de rosto

Para garantir o cegamento da avaliação por pares, a folha de rosto deve ser anexada como documento suplementar, SEPARADAMENTE do arquivo que contém o corpo do trabalho. A apresentação dos dados deve seguir o RFO-POA's title page template modelo de folha de rosto da RFO-POA, onde deve constar:

- título em português e inglês;
- nome(s) completo(s) do(s) autor(es) seguido(s) pela indicação de letras sobrescritas, aos quais, ao fim da página, se referirão ao vínculo institucional, cidade, estado e país da instituição de cada autor;
- Orcid de todos os autores;
- autor de correspondência e endereço eletrônico (e-mail);
- declaração de inexistência de conflito de interesses;
- dados de financiamento: patrocinador e número do processo;
- agradecimentos;
- qualquer outra informação que possa ser declarada na folha de rosto. **IMPORTANTE:** O nome de todos os autores, juntamente com seus dados, deverá ser incluído no sistema durante a submissão online, no passo 2 (preenchimento dos metadados,

botão "Incluir Autor"). A inclusão dos nomes dos autores deve seguir a ordem de citação da folha de rosto. Qualquer inconsistência entre os dados da Folha de Rosto e os metadados incorrerá em devolução do artigo antes da revisão por pares. A RFO-POA não se responsabiliza por possíveis inconsistências nos nomes dos autores.

Abreviaturas

As abreviaturas devem ser definidas ao serem mencionadas pela primeira vez. Deve-se evitar o uso de abreviatura no título, exceto em casos, em que esta seja a forma mais conhecida do termo. Ao utilizar abreviaturas no título, deve-se fazê-lo sem a expressão corresponde por extenso, a qual deverá constar no corpo do texto quando mencionada pela primeira vez, seguida da abreviatura entre parênteses.

Figuras (fotografias, desenhos, gráficos, etc.)

Todas as figuras devem ser numeradas com algarismos arábicos (1, 2, 3, etc.) na ordem de aparecimento no texto. A legenda deve ser clara e objetiva, aparecendo na base da Figura. Todas as explicações devem ser apresentadas nas legendas, inclusive acerca das abreviaturas utilizadas. Fotos não devem permitir a identificação do paciente. Microfotografias devem apresentar escalas internas e setas que contrastem com o fundo. Imagens geradas em computador, como gráficos, devem ser anexadas sob a forma de arquivos nos formatos .JPG, com resolução mínima de 150 dpi. Gráficos devem ser apresentados, preferencialmente, em duas dimensões. Todas as figuras, devidamente identificadas, devem estar inseridas no corpo do texto no arquivo word, exatamente localizadas onde devem aparecer na edição final. Além disso, as figuras em formato .JPG também devem ser submetidas separadamente como "documento suplementar".

Tabelas

As tabelas deverão estar inseridas no corpo do texto, formatadas em editor de texto e não em formato de figura, contendo respectivas legendas e notas de rodapé quando for necessário. As tabelas NÃO devem ser enviadas separadamente.

Citações

As citações devem ser indicadas no texto através do sistema numérico sobrescrito obedecendo ao estilo Vancouver. Ao citar usando os sobrenomes dos autores, adotar a seguinte padronização:

- artigos com até dois autores: mencionar todos, seguido do número da referência. Ex.: Henz e Nied¹
- artigos com três ou mais autores: mencionar apenas o primeiro autor, seguido de et al. e do número da referência. Ex.: Toniolli et al.¹

REFERÊNCIAS

As referências devem ser apresentadas seguindo estilo Vancouver, também conhecido como Uniform Requirements, ordenadas e numeradas conforme a ordem de aparecimento no texto, e alinhadas a margem esquerda da página. A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores. Observar as seguintes orientações:

- Os títulos dos periódicos devem ser abreviados conforme recomenda o Index Medicus; as abreviaturas podem ser obtidas através da publicação da NLM: List of Serials Indexed for Online Users.
- Comunicações pessoais, trabalhos em andamentos e inéditos não devem ser incluídos na lista de referências, mas citados em notas de rodapé.
- O uso do et al. nas referências deve considerar o número de autores:
 - Publicações com até seis autores: listar todos;
 - Publicações com mais de seis autores: listar os seis primeiros e acrescentar et al.
- Quando a autoria for uma organização, instituição etc. deve-se iniciar a referência pelo nome completo.
- Quando não existir um autor pessoal ou entidade, deve-se iniciar a referência pelo título.
- Este material não dispensa a consulta ao Uniform Requirements.

Modelos de referências

Livros

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Serviços odontológicos: prevenção e controle de riscos. Brasília; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília; 2010.

Ferreira FV. Ortodontia: diagnóstico e planejamento clínico. 7. ed. São Paulo: Artes Médicas; 2008.

Mccabe IF. Applied dental materials. 9th ed. Oxford: Blackwell; 2008.

Contribuições em livros (autor do capítulo não é autor do livro)

Kinane DF, Lindhe J. Periodontite crônica. In: Lindhe J, Karring T, Lang N, editores. Tratado de periodontia clínica e implantologia oral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 205-11.

Parte de livros (autor do capítulo é autor do livro)

Barrett KE, Barman SM, Boitano S, Brooks HL. Fisiologia médica de Ganong. 24. ed. Porto Alegre: AMGH Editora; 2014. Capítulo 1, Princípios gerais e produção de energia na fisiologia médica; p. 3-33.

Artigos de periódicos

Baraldi CEE, Pretto SM, Puricelli E. Evaluation of surgically assisted maxillary expansion using acoustic rhinometry and postero-anterior cephalometry. Int J Oral Maxillofac Surg [Internet]. 2007 Apr [acesso 2017 mar 8];36(4):305-9. Disponível em: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6WGW-4MWPV7R-1-1&_cdi=6833&_user=687304&_orig=browse&_coverDate=04%2F30%2F2007&_sk=999639995&view=c&wchp=dGLbVtz-zSkzk&md5=246923bfc9f2b97cef7e56aecb175c7d&ie=/sdarticle.pdf.

Bernhardt JM, Felter EM. Online pediatric information seeking among mothers of young children: results from a qualitative study using focus groups. J Med Internet Res. 2004 Mar;6(1):e7.

Lazos JP. Lesiones estomatológicas asociadas a terapia oncológica. Rev Asoc Odontol Argent. 2003 abr-mayo;91(2):100-3.

Oliveira MG, Chaves ACM, Visioli F, Rojas EU, Moure SP, Romanini J, et al. Peripheral clear cell variant of calcifying epithelial odontogenic tumor affecting 2 sites: report of a case. Oral Surg Oral Med Oral Patol Oral Radiol Endod. 2009 Mar;107(3):407-11.

Pyysalo S, Salakoski T, Aubin S, Nazarenko A. Lexical adaptation of link grammar to the biomedical sublanguage: a comparative evaluation of three approaches. BMC Bioinformatics [Internet]. 2006 [cited 2007 Jan 9];7 Suppl 3:Article S2. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1764446&blobtype=pdf>.

Prates N, Bacchi E. Tratamento ortodôntico da classe III. R Gaúcha Odontol.1989 set-out;37(5):331-4.

Dissertações e Teses

Garcia R. Densidade óssea: estudo in vivo na área entre incisivos laterais e caninos na maxila [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia; 1995.

Basso CL. Imagens fantasmas nas radiografias [monografia]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 1999.

Legislação

Brasil. Lei nº 9434, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Diário Oficial [da] república Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 fev. 1997. Seção 1, p. 2191.

Brasil. Lei nº 6050, de 24 de maio de 1974. Dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas de abastecimento quando existir estação de tratamento. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 maio 1974. Seção 1, p. 6021.

Trabalhos apresentados em eventos

Valauri AJ. Reconstrução mandibular. In: Anais do 1º Simpósio Latino-Americano de Reabilitação da Face e de Prótese Buco-Maxilo-Facial; 1977; São Paulo. São Paulo: Fundação Centro de Pesquisa em Oncologia; 1977. p. 197-198.

Comunicação Breve

Relato de resultados preliminares de pesquisas originais, textos de reflexão ou resenhas críticas sobre temas de interesse para os leitores da revista apresentados de forma sucinta (máximo de 2000 palavras e 3 figuras).

Artigos originais

São aceitos artigos de pesquisas originais.

Revisão de literatura

São aceitas revisões integrativas, sistemáticas de literatura, com ou sem meta-análise.

Relato de caso

São aceitos artigos de relatos de caso clínico quando os mesmos apresentarem condições raras e adicionarem conhecimento inédito.

Declaração de Direito Autoral

Todos os trabalhos publicados nesta revista adotam uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 (CC BY 4.0), e seu uso deve ser feito sob essas condições de licenciamento. Os autores concedem à revista o direito de primeira publicação e têm autorização para assumir contratos adicionais separadamente, para distribuição não exclusiva da versão do trabalho publicado nesta revista, como publicar em repositório institucional, com reconhecimento de autoria e publicação inicial.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.