



QUERUBISMO E QUALIDADE DE VIDA: IMPACTOS FÍSICOS E PSICOLÓGICOS

Bianca Miranda Riatto¹
Sabrina Gonçalves Riatto²
Lucas Pereira Andrade³

RESUMO

O querubismo é uma patologia rara, hereditária, relacionada a um gene autossômico dominante e caracterizada pelo aumento bilateral da mandíbula e/ou maxila, que confere ao portador a semelhança com o anjo querubim da arte renascentista. Os primeiros sintomas geralmente surgem entre os 2 e 7 anos de idade, perduram até a puberdade quando a doença paralisa o seu curso, regredindo na idade adulta. Apresenta maior prevalência em meninos e, embora tenha um difícil diagnóstico, seu reconhecimento pode ser dado mediante análise de dados clínicos, exames radiográficos, laboratoriais e histórico familiar. O diagnóstico e o tratamento tardio contribuem com o agravamento das alterações anatômicas, tais como má oclusão e deformações do palato, que prejudicam o funcionamento do organismo, a interação social e o bem-estar psicológico. Além dos cuidados clínicos, reforça-se a importância do acompanhamento do paciente por especialistas que deem amparo psicológico, visando a manutenção da autoestima. Este trabalho tem como principal objetivo analisar através de pesquisa bibliográfica como o querubismo afeta a qualidade de vida dos indivíduos portadores, além de apresentar a importância do tratamento precoce através do seguimento por uma equipe multidisciplinar, frente às inúmeras disfunções causadas por tal patologia.

Palavras-chave: Querubismo; doenças mandibulares; doenças maxilares; doenças maxilomandibulares; doenças ósseas.

ABSTRACT

Cherubism is a rare, hereditary pathology related to an autosomal dominant gene, and characterized by bilateral enlargement of the mandible and/or maxilla, which gives the carrier a facial appearance similar to the cherub angel of Renaissance art. The first symptoms usually appear between 2 and 7 years of age, lasting until puberty when the disease stops its course, regressing in adulthood. It has a higher prevalence in boys and, although difficult to diagnose, it can be detected through analysis of clinical data, radiographic, laboratory tests and family history. Late diagnosis and treatment contribute to the worsening of anatomical changes, such as malocclusion and deformities of the palate which impair the functioning of the organism, social interaction and psychological well-being. In addition to clinical care, the importance of monitoring the patient by specialists who provide psychological support is reinforced, with the aim of maintaining self-esteem. The main objective of this work is to analyse, through bibliographic research, how cherubism affects the quality of life of the individuals, as well as to present the importance of early treatment through the follow-up by a multidisciplinary team, in view of the numerous dysfunctions caused by such pathology.

Keywords: Cherubism; mandibular diseases; jaw diseases; maxillomandibular diseases; bone diseases.

¹ Graduanda de Odontologia do UNIESP. E-mail: biancariatto28@gmail.com

² Doutora, Docente do Curso de Odontologia UNIESP. E-mail: sabrina@iesp.edu.br

³ Graduando de Odontologia do UNIESP. E-mail: lucatorria@gmail.com



1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde - OMS, qualidade de vida reflete a percepção do indivíduo de que suas necessidades estão sendo satisfeitas ou que lhe estão sendo negadas oportunidades de alcançar a felicidade e a autorrealização, independentemente de seu estado físico ou das suas condições sociais ou econômicas (PEREIRA et al, 2012).

Inúmeras patologias afetam diretamente esses aspectos, dentre elas o querubismo, que interfere negativamente na estética e na imagem que se tem do indivíduo. O querubismo caracteriza-se por uma patologia hereditária rara dos maxilares com substituição excessiva de tecido fibroso no lugar de tecido ósseo normal, tornando a aparência dos maxilares afetada e semelhante à imagem de um anjo querubim (SOLÍS et al, 2021).

A aparência diferente ocasiona comprometimento da autoestima do indivíduo e, geralmente, acarreta problemas psicológicos, podendo afetar diretamente no desenvolvimento de fases importantes da vida e trazer graves consequências como, por exemplo, a depressão. Um indivíduo que se encontra em um episódio leve de depressão terá algumas dificuldades em continuar um trabalho simples e atividades sociais, todavia, sem grande prejuízo ao funcionamento global. Em contrapartida, durante um episódio depressivo grave, é improvável que a pessoa afetada possa continuar com atividades que exijam interações sociais, de trabalho ou domésticas (LIMA et al, 2009).

De todas as formas, entende-se que o querubismo pode trazer fortes impactos deletérios aos acometidos, comprometendo o modo de vida, indo além da alteração anatômica que caracteriza a doença para problemas secundários, caso haja complicações psicológicas (CARDOSO et al, 2012).

Diante do exposto, surge uma questão norteadora para este trabalho: Como o querubismo interfere na qualidade de vida do indivíduo e quais são as consequências físicas e psicossociais da doença?

Este estudo busca apresentar as implicações do querubismo no âmbito individual e coletivo, bem como expor as suas características, indicar seus impactos físicos e psicossociais e proporcionar maior visibilidade aos indivíduos acometidos por essa patologia.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 QUERUBISMO

Querubismo é uma doença óssea hereditária, com herança autossômica dominante, não neoplásica, caracterizada clinicamente por aumento indolor bilateral da mandíbula e maxila em crianças, produzindo uma aparência querubina, na qual pode ocorrer em casos isolados ou em membros de uma mesma família. (CARVALHO et al, 2004).

2.1.1 Aspectos históricos

A primeira descrição da doença foi feita por Jones em 1933, inicialmente denominando-a de “doença cística multiloculada” (JONES, 1933). Com o avanço das pesquisas, comprovou-se a ausência de natureza cística da enfermidade que passou a ser chamada de querubismo pela similaridade das características faciais dos acometidos ao anjo querubim clássico. Curiosamente, esta denominação é considerada equivocada devido ao fato de apresentar características mais semelhantes ao anjo querubim barroco (CARVALHO et al, 2004).

(Figura 1).

Figura 1. Anjo querubim barroco com faces infantis.



Fonte: ONGOLE et al, 2003.

Segundo a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens: um manual de classificação das consequências das doenças (CIDID), deficiência é a perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, temporária ou permanente. Desta maneira, o querubismo pode ser considerado uma deficiência (WHO, 1993).

Os aspectos culturais de cada época sempre determinaram o futuro das pessoas que portavam algum tipo de deficiência ou anormalidade física e em alguns períodos esses cidadãos eram penalizados com tortura, esterilização e até mesmo pagavam com a própria vida. De acordo com SILVA (1986), o povo Chiricoa, indígenas que habitavam a mata colombiana, era submetido às exigências de sobrevivência do grupo e os portadores de alguma deficiência eram habitualmente abandonados. Em Esparta, ficou evidente o comportamento de exclusão de pessoas com algum tipo de malformação, pois, em meados de 480 a.C., crianças com alguma deficiência eram jogadas do alto do monte Taigeto, logo após seu nascimento, por não estarem dentro do padrão físico estipulado pela sociedade (SULLIVAN, 2001). Durante a Idade Média, os diferentes sempre foram vistos como uma atividade de maus espíritos, o que resultaria na raiva e castigo de Deus, sendo eles designados a morte (SCHEWINSKY, 2004).

Nos dias de hoje, os portadores do querubismo, assim como os portadores de outros tipos de doenças que trazem alterações anatômicas, comumente sofrem segregação na sociedade e ainda são vistos com receio e repúdio por muitos que insistem em viver com uma visão retrógrada ao que aparenta ser "diferente". Sendo assim, vale salientar que, nos dias de hoje ainda ocorre a falta de inclusão social de pessoas com algum tipo de deficiência (ADAMS, 2007).

Considera-se uma enfermidade rara, pois, desde a primeira descrição do querubismo em 1933 até o ano de 2003, foram relatados na literatura apenas cerca de 200 casos de

querubismo (ONGOLE et al, 2003) e atualmente, segue sendo relatada baixa prevalência da doença.

2.1.2 Características

O querubismo é uma patologia benigna, não neoplásica, classificada como doença pseudotumoral da infância. Apresenta baixa prevalência e, devido a fatores genéticos, acomete principalmente crianças do sexo masculino. Ademais, tal patologia apresenta desenvolvimento lento que se inicia a partir do segundo ano de vida e se desenvolve até a puberdade, geralmente cessando de forma espontânea na juventude. Segundo a OMS, o querubismo tem a característica de afetar exclusivamente os ossos maxilares (superiores e inferiores) e raramente acomete o osso temporal, costelas e/ou o fêmur (FONSECA et al, 2004. NEVILLE et al, 2009).

A expansão da maxila e da mandíbula provoca deformidade facial no paciente e desenvolvimento ósseo irregular, resultando no aumento da face (Figura 2) e na distensão da pele abaixo dos olhos, provocando a depressão das pálpebras inferiores. Além disso, observa-se a presença de uma pequena faixa de esclera abaixo da íris, o que confere um aspecto de olhar ascendente, dando a impressão de que os olhos estão voltados para cima, podendo apresentar achados retiniais anormais (HARO et al, 2016. MELLO et al, 2020. PENA et al, 2004).

A aparência clínica clássica do rosto de querubim inclui a expansão óssea bilateral com ampliação do ramo ascendente, região retromolar e posterior da maxila, bochechas e mandíbula. No entanto, há casos em que a patologia acomete somente um lado do plano facial do indivíduo, necessitando-se de uma maior investigação para que haja resoluções científicas mais fundamentadas acerca do diagnóstico da doença (SEWARD et al, 1957).

Figura 2. Deformidade facial maxilar e mandibular de um paciente com querubismo.



Fonte: PIVA et al, 2006.



As lesões da patologia são firmes, rígidas, infreqüentemente acompanhadas de dor e muitas vezes acompanhadas de linfadenopatia (aumento dos gânglios linfáticos). Geralmente, iniciam-se na mandíbula com desenvolvimento secundário na maxila. Na mandíbula, as lesões estão localizadas no ângulo e no corpo da mandíbula e, na maxila, eventualmente encontram-se nos seios maxilares e nas órbitas (OLIVEIRA et al, 2008. REGEZI et al, 2002). São classificadas em diferentes graus de acordo com o envolvimento ósseo da lesão do querubismo (Tabela 1).

Tabela 1. Graus de envolvimento da lesão do querubismo nos ossos maxilares correlacionando com características e localização anatômica.

ENVOLVIMENTO ÓSSEO	CARACTERÍSTICAS E LOCALIZAÇÃO ANATÔMICA
GRAU 1	Lesões geralmente simétricas e raramente unilaterais, localizadas na região dos molares inferiores orientando-se para trás em direção ao processo coronóide.
GRAU 2	Lesões geralmente simétricas e raramente unilaterais, localizadas mais anteriormente na mandíbula e com envolvimento de ambas as tuberosidades da maxila.
GRAU 3	Lesões geralmente simétricas e raramente unilaterais, com envolvimento acentuado em toda a maxila e mandíbula, exceto dos processos condilares.
GRAU 4	Lesões geralmente simétricas e raramente unilaterais, com envolvimento acentuado em toda a maxila e mandíbula, exceto dos processos condilares, além disso, com envolvimento do assoalho da órbita, levando à compressão orbital.

Fonte: ARNOTT, 1978. RAMON et al, 1986. SEWARD et al, 1957.

O tamanho das lesões varia de forma individual, de modo que pode ser desde clinicamente inaparente até apresentar grandes danos e deformidades faciais, resultando em graves problemas odontológicos, funcionais e estéticos. Aproximadamente aos nove anos de idade, ocorre o pico máximo da doença e após a puberdade tende a cessar o desenvolvimento e, futuramente, regressar ao normal, com constatação rara de resíduos das lesões maxilares (BATTAGLIA et al, 2000. SUÁREZ-OBANDO et al, 2008).

As lesões decorrentes do querubismo não possuem correlação com o desenvolvimento mental da criança. Porém, no âmbito odontológico, tanto a dentição decídua quanto a permanente sofrem alterações anatômicas, podendo apresentar problemas reparáveis ou não. Em casos mais severos da patologia, há graves comprometimentos bucais no paciente (Figura 3) como, por exemplo, ausência de germes dentários permanentes (anadontia), esfoliação precoce dos decíduos, deformações no palato, irrupção anormal dos permanentes, impacção dentária, má oclusão, reabsorção radicular, deslocamento da língua, além de diversos dentes inclusos próximos às áreas lesionadas. Por consequência oriunda das lesões ósseas, podem ser observadas alterações do posicionamento dos dentes, dificuldade de fonação e deglutição,

além da possível presença de linfadenopatia cervical devido à hiperplasia reativa e fibrose. Podem também apresentar um comprometimento sistêmico, tais como distúrbios oculares e do sono, dificuldade na audição e até obstrução aérea, sendo necessário, nesse caso, intervenção cirúrgica de uma equipe especializada (PIVA et al, 2006).

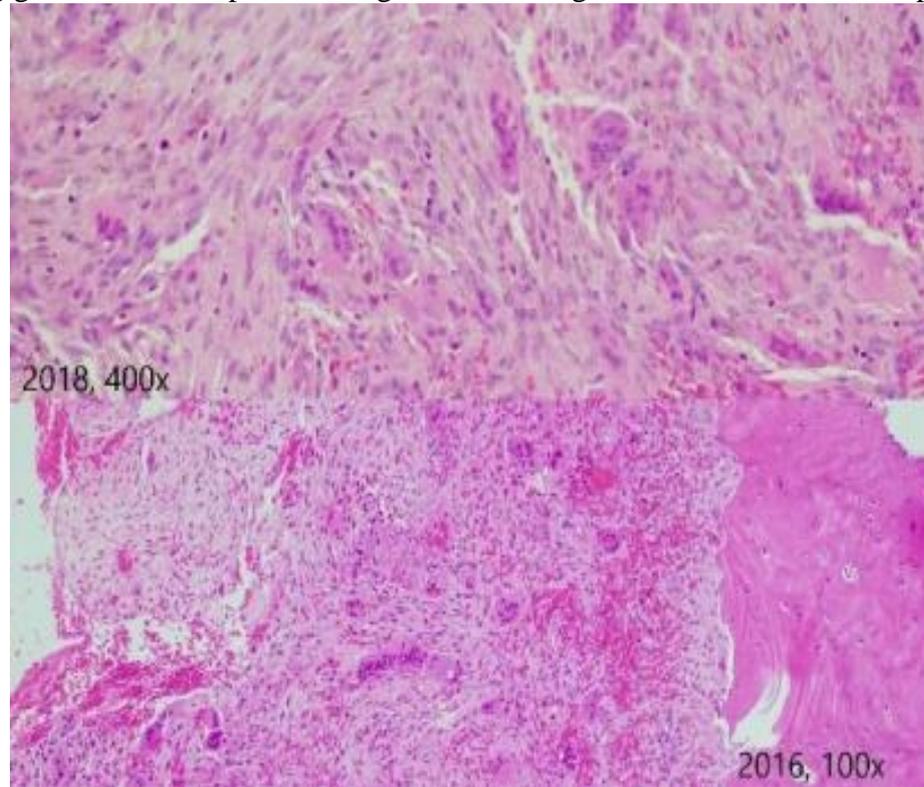
Figura 3. Aspectos clínicos do posicionamento dentário e oclusão



Fonte: PIVA et al, 2006.

Parece ser pouco provável determinar o diagnóstico do querubismo histologicamente (Figura 4), uma vez que basear-se apenas em achados histológicos confundir-se-ia facilmente com outras patologias celulares gigantes de mandíbula. Por exemplo, histologicamente o querubismo assemelha-se ao granuloma de células gigantes da mandíbula, que também compromete a mandíbula e/ou a maxila de crianças, simetricamente dos dois lados ou de forma unilateral, havendo necessidade de buscar diferenciação no momento do diagnóstico (TIMOSCA et al, 2000).

Figura 4. Achados de biópsias das áreas anteriores e posteriores da mandíbula de paciente diagnosticado com querubismo, nas quais se observam, em ambas as áreas, grupos de células gigantes rodeados por bandas grossas de colágeno e fibroblastos sem atipia



Fonte: SOLÍS et al, 2021.

2.1.3 Etiologia

A etiologia do querubismo ainda não foi determinada com precisão até o momento, mas algumas hipóteses bastante embasadas foram levantadas pela ciência nos últimos tempos. Uma das teorias é que o desenvolvimento do querubismo tem relação com a herança autossômica dominante, ou seja, a doença é repassada para filhos através da herança genética. Outra hipótese relevante é que ocorra mutações pontuais no gene SH3BP2, o qual é responsável por codificar proteínas que aumentam a atividade dos osteoblastos e dos osteoclastos durante o processo de erupção normal dos dentes. Por conta de tais mutações, a atividade dos osteoclastos se torna patogênica, interferindo diretamente na morfogênese da mandíbula e maxila, o que leva à substituição de tecido ósseo por matriz fibrosa e osso imaturo, originando um crescimento progressivo do osso (MARÇOLLA et al, 2014. SUÁREZ-OBANDO et al, 2008).

Portanto, embasados nas duas teorias mais relevantes existentes na literatura, acredita-se que a origem do querubismo pode ser decorrente tanto de mutações no gene SH3BP2, como também pode acontecer por influência genética dominante em relação aos demais genes, visto que é comum existir um familiar possuindo o fenótipo, na maioria dos casos (BEAMAN et al, 2004. HATANI, 2008).

2.1.4 Diagnóstico

Por ser uma doença rara, o querubismo apresenta sintomas iniciais semelhantes a diversas outras patologias que envolvem o crescimento da mandíbula e maxila, esse fator torna o seu diagnóstico mais complexo e exige que seja feito em um espectro mais amplo. O

reconhecimento da doença é feito levando em conta o histórico familiar, exames histopatológicos, evolução clínica, achados radiológicos e análises bioquímicas. Geralmente, o diagnóstico é realizado entre 2-7 anos de vida da criança, época em que a doença está iniciando. Os principais diagnósticos diferenciais do querubismo devem levar em conta o tumor marrom do hiperparatireoidismo que é indistinguível histologicamente da LCCG (Lesão Central em Células Gigantes) e da displasia fibrosa. Assim, são relevantes e pertinentes os achados radiológicos e exames bioquímicos para a conclusão do parecer da doença. Vale salientar que nos exames laboratoriais bioquímicos do paciente com querubismo observa-se valores dentro dos limites normais, podendo a fosfatase alcalina estar elevada e as funções intelectuais do paciente normais (ALMEIDA, 2016. WOO, 2013).

Radiograficamente, o querubismo apresenta expansão radiolúcida de aspecto multilocular simétrico bilateralmente com corticais finas e expandidas, que são claramente demarcadas (KÖMERIK et al, 2014) (Figura 5).

Entretanto, recomenda-se o uso da tomografia computadorizada devido a maior clareza e possibilidade de adquirir mais informações para o diagnóstico correto, considerando a extensão e envolvimento das lesões nos ossos (FONSECA et al, 2004).

Tais lesões podem se iniciar na mandíbula e evoluir para a maxila, contudo, raramente as deformações acometem o côndilo (CARVALHO et al, 2004. JONES, 1965. LANNON et al, 2001).

Figura 5. Radiografia panorâmica mostrando lesões radiolúcidas difusas de aspecto multilocular.



Fonte: KÖMERIK et al, 2014.

Histologicamente, o querubismo se apresenta através de uma clássica lâmina histológica de tecido conjuntivo fibroso hiperplásico, células benignas espinhosas, fibroblastos, proliferação de células multinucleadas aumentadas e hemossiderina aglomerada. Também se observa a presença de pericapilares acumulados aleatoriamente, que normalmente é a característica mais utilizada para diferenciar o querubismo de outras doenças, sendo essa característica histológica indispensável para o diagnóstico da patologia. Contudo, alguns cortes histológicos da doença podem não apresentar pericapilares agrupados. Os cortes histológicos do querubismo podem ser muito similares aos de outras doenças, entre elas o



Tumor Marrom do Hiperparatireoidismo, mas, com o diferencial de que no querubismo o tecido conjuntivo vascularizado aparenta ser menos denso (COMMAR et al, 2014. NEVILLE et al, 2016).

Outras entidades patológicas também podem se assemelhar ao querubismo, dificultando o processo de diagnóstico, são elas: granuloma central de células gigantes, osteomielite de Garré, histiocitose X, ameloblastoma, mixoma e cistos mandibulares, além disso, a presença de lesões de células gigantes. Ademais, o querubismo pode ser também componente de síndromes, como a Síndrome de Ramon, uma vez que a principal característica clínica é a tumefação na face, a qual é frequentemente diagnosticada pelo cirurgião-dentista. Assim, enfatiza-se a necessidade do conhecimento das características clínicas e radiográficas do querubismo e demais doenças ósseas faciais por parte desses profissionais (QUEIROZ et al, 2005).

2.1.4 Tratamento

A conduta do profissional no tratamento do querubismo deve ser baseada no conhecimento da evolução natural da doença e no comportamento clínico de cada caso individualmente. Deve ser motivado pelo histórico da doença, pela forma como ela progrediu ou não e de acordo com os diferentes graus de envolvimento ósseo. Geralmente, não é indicado nenhum tratamento, haja vista que a tendência da doença é regredir, porém, cirurgia e/ou tratamentos ortodônticos para reabilitações oclusais e correções estéticas podem ser indicadas em alguns casos (FEREGRINO et al, 2019).

Dessa forma, se necessária, a cirurgia é realizada após a puberdade, quando as lesões são autolimitadas. Contudo, deformidades anatômicas severas e/ou problemas funcionais graves que podem levar a uma obstrução nasal justificam uma intervenção precoce (CARVALHO et al., 2004. KÖMERIK et al, 2014).

Além da opção cirúrgica e da espera de estabilização e remissão espontânea da doença, as opções de tratamento incluem a extração dentária em áreas de alteração fibrosa e osteoplastia estética dos maxilares afetados após a regressão da atividade da doença ou, no caso de comprometimento funcional, curetagem das lesões e tratamento com calcitonina com o objetivo de tentar paralisar o processo de reabsorção óssea (OLIVEIRA et al, 2008).

Entretanto, quando necessária a extração dentária, o cirurgião-dentista deve fazer movimentos de mínima abrangência, pois as lesões maxilares e mandibulares ocasionadas pelo querubismo acarretam fragilidade óssea, sendo suscetível a fraturas (QUEIROZ et al, 2005).

Outra opção de tratamento é a radioterapia, mas é pouco indicada devido ao risco de desenvolvimento de osteorradionecrose e osteossarcoma, além do potencial de retardação do desenvolvimento ósseo facial (AHMADI et al, 2003. SCHULTZE-MOSGAU et al, 2003). Ademais, existem pesquisas realizadas em camundongos que indicam que a inibição do gene 3BP2 pode ter potencial terapêutico na doença, contudo, a hipótese ainda vem sendo estudada e analisada no meio científico (HATANI et al, 2008).

2.2 IMPACTOS PSICOSSOCIAIS DO QUERUBISMO

O Querubismo é uma patologia que se origina ainda na primeira infância, alterando atividades consideradas naturais e rotineiras por outras crianças, tais como o desenvolvimento da fala, mastigação e respiração. Entretanto, apesar da deformidade facial apresentada, não há alterações no desenvolvimento mental da criança (OZKAN et al, 2003).

Os primeiros contatos sociais da vida de um indivíduo iniciam-se durante a primeira infância, através, por exemplo, da inserção da criança na escola, onde ocorre o convívio direto



com outras crianças, podendo ser desafiador para indivíduos que, por algum motivo, tenham divergências da normalidade dos padrões físicos e/ou sociais, sendo propensos a sofrerem exclusão. Com isso, crianças acometidas pelo querubismo apresentam maior predisposição a sentirem-se fora do grupo social em questão, por conta da deformação facial apresentada e devido aos problemas na fonação, o que, muitas vezes, desmotiva a criança a interagir com os outros indivíduos. Ademais, a formação de relações negativas com as outras crianças podem originar consequências no desenvolvimento social do indivíduo, que, futuramente, pode apresentar dificuldades de socialização. Diante de tal fato, torna-se necessário, além do acompanhamento médico e odontológico, o auxílio psicológico para prevenir futuras sequelas (COSTABILE et al, 2005).

A adolescência é o período em que se inicia a mudança entre a infância e a vida adulta, representada pelo desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social, como também pelos esforços do cidadão para alcançar os objetivos e metas de vida definidas pela sociedade (BEE, 1997. KAPLAN et al, 1997).

Na adolescência o corpo torna-se um instrumento de poder nas relações com os outros e é nesse período da vida que surgem as grandes questões prioritárias e determinantes para o desenvolvimento psicossocial. Inclusive, observa-se que um dos comportamentos marcantes na adolescência é a insatisfação com o próprio corpo, que gera diversos pensamentos cruéis sobre a aparência, impactando negativamente o bem-estar emocional e a qualidade de vida (CIAMPO et al, 2010. CORDEIRO, 2006).

Dessa forma, o querubismo pode apresentar distúrbios mais preocupantes nesse período da vida, pois existe a cobrança da imagem perfeita estipulada pela sociedade, podendo o indivíduo desenvolver problemas psicológicos, como a depressão. Segundo TENG et al. (2005, p.149-159), "a síndrome depressiva é companheira frequente de quase todas as patologias clínicas crônicas, e quando está presente acaba levando a piores evoluções, pior aderência aos tratamentos propostos, pior qualidade de vida, e maior morbimortalidade como um todo". Entende-se o risco do desenvolvimento de uma depressão nesses pacientes, sendo necessário a devida atenção. Por outro lado, a puberdade é o momento em que a doença começa a regredir, para posteriormente desaparecer, deste modo, a adolescência é o momento de grande relevância para a doença, sendo um período muito esperado por esses indivíduos, pois finalmente a doença começará a retroceder (CARVALHO et al, 2004).

Contudo, em alguns casos, a doença pode não regredir integralmente durante a adolescência, sendo necessária a realização de procedimentos cirúrgicos para devolver estética e função ao paciente na vida adulta (OLIVEIRA et al, 2008).

A submissão desse paciente ao processo cirúrgico se torna em sua maioria, uma espécie de mudança de vida, visto que os impasses e as barreiras no mercado de trabalho se tornam maiores e mais difíceis e o indivíduo que se sentia fragilizado e sem enquadramento nos estereótipos atingirá a sensação de equilíbrio pessoal (MEDEIROS, 2004).

3 METODOLOGIA

O presente trabalho constitui-se de pesquisa bibliográfica, pois abrange bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo, apresentando, tanto na composição quanto na estruturação, um caráter qualitativo.

Os dados para a sua realização foram obtidos através de busca na literatura eletrônica nas seguintes bases de dados: Portal Periódicos Capes, Scielo e Google Acadêmico. Utilizaram-se as seguintes palavras-chave em idioma Português: Querubismo, Qualidade de vida, Doenças ósseas, Doenças maxilomandibulares, Deficiência, Impactos psicossociais e em idioma Inglês: Cherubism, Quality of life, Bone diseases, Jaw diseases, Disability,



Psychosocial impacts. Nestas buscas foram obtidos também artigos publicados no idioma espanhol e que apareceram devido a tradução dos seus resumos para o inglês ou português.

A seleção dos artigos ocorreu priorizando publicações recentes, mas também se valorizou relatos de casos mais antigos, uma vez que essa doença rara já é parte da história médica humana. E, por isso, utilizou-se toda bibliografia encontrada.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram organizados de acordo com as informações relatadas nos artigos científicos disponíveis sobre o querubismo e os impactos na qualidade de vida do indivíduo acometido. Desde a primeira descrição do querubismo em 1933 até o ano de 2003 foram relatados na literatura apenas cerca de 200 casos de querubismo, sendo, portanto, uma média de 2.85 casos publicados por ano (ONGOLE et al, 2003). No ano de 2020, até o dia 31 do mês de julho, foram encontrados apenas 6 artigos citando o querubismo na plataforma Scielo (Scientific Electronic Library Online), sendo calculada, até então, uma média de apenas 0.85 artigos por mês. A pequena abordagem do tema, neste momento de grande visibilidade nos veículos científicos, pode identificar o querubismo como uma doença rara, com pouca prevalência, o que vai de encontro aos dados coletados nos artigos.

A pesquisa e desenvolvimento do assunto possibilitou a constatação de que o querubismo acarreta grande impacto físico, por conta da deformidade buco facial que os portadores desta patologia apresentam. O querubismo, inicia-se na primeira infância, prejudicando a anatomia facial, fonação, deglutição, oclusão e, em casos mais graves, a respiração, fazendo-se necessário o acompanhamento rotineiro de uma equipe especializada, enquanto crianças sem a enfermidade enfrentam uma realidade muito mais leve (PIVA et al, 2006).

É notório o impacto direto na vida do paciente que, muitas vezes, se vê prejudicado socialmente por apresentar características físicas diferentes dos outros indivíduos da sociedade e, apesar de não apresentar nenhuma alteração ou sequela cognitiva, pode ter o seu psicológico afetado (ROCHA et al, 2020).

A inclusão social do indivíduo acometido pelo querubismo pode ser complicada, principalmente nos casos mais graves, devido à falta de informação da população sobre a doença, que gera preconceito e repúdio (CIAMPO et al, 2010).

O querubismo acomete não somente a saúde física do paciente, mas também a saúde psicológica. As implicações psicológicas estão ligadas a dificuldade de interação com outros indivíduos e a baixa autoestima, podendo levar a outras doenças e complicações secundárias. Segundo Souza et al. (2010) os fatores psicossociais começam a crescer e afetar também as ocupações profissionais a medida em que há uma maior falta de controle sobre o trabalho e as próprias decisões e um distanciamento dos grupos sociais, sendo em sua maioria, motivados por conflitos interpessoais. Tais dificuldades podem se tornar um empecilho para a ascensão profissional desses pacientes, gerando profissionais inseguros e ansiosos.

Porém, os traumas e alterações psicológicas podem ser amenizados e até mesmo evitados com o diagnóstico precoce da doença e o tratamento multiprofissional, fornecendo auxílio de forma inicial e alterando de forma positiva a dimensão pessoal do problema. O impacto pessoal gerado pela deficiência, decorrente de fatores sociais, pode ser controlado e amenizado através de informação e respeito às diferenças individuais (SANTOS et al, 2019).

Ademais, a semelhança clínica que o querubismo possui com outras doenças pode retardar o diagnóstico, sendo necessários inúmeros exames, os quais, muitas vezes, têm que ser refeitos e reavaliados, ocasionando preocupação e traumas para a família e para o paciente. Com isso, desde a obtenção do diagnóstico até a regressão da doença há diversos fatores a serem estudados individualmente, tais como, a gravidade dos sinais e sintomas



apresentados pela patologia, que irá orientar o profissional sobre a melhor conduta a ser abordada para o paciente (SOLÍS et al, 2021).

Sugere-se consultas periódicas com psicólogos, médicos e odontólogos para avaliação da saúde mental, sistêmica e bucal desses pacientes, tendo em vista também a prevenção de futuras sequelas decorrentes de tal patologia. Por conta da raridade da doença, a análise sobre o curso da patologia e de um possível tratamento totalmente eficaz se torna complexo, visto que não existe um protocolo definido e, muitas vezes, conta-se com a regressão da doença na puberdade para, na fase adulta, realizar correções cirúrgicas (DELANORA et al, 2021).

De acordo com Cardoso et al. (2012) e com o fato de que o querubismo causa vários impactos negativos na vida dos acometidos pela doença, compreende-se a necessidade, além de diagnóstico e tratamento, de estudar extensivamente o que já se tem de informação sobre o tema, ampliando o conhecimento acerca dos impactos deletérios. E, desta forma, buscar uma possível conscientização da sociedade sobre o que é o querubismo, principalmente, que não se trata de uma doença contagiosa, promovendo informações necessárias para que a inclusão social aconteça de maneira natural e que os acometidos pela enfermidade possam ter sua qualidade de vida preservada.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo demonstrou a correlação entre querubismo e impactos psicossociais importantes, de forma que, é possível afirmar que ao prejudicar a estética buco-facial e a funcionalidade oral, essa doença ocasiona uma repercussão negativa na vida estudantil, social e profissional do indivíduo, afetando diretamente a qualidade de vida. A necessidade do atendimento multidisciplinar desses pacientes, intensificando a atuação precoce de psicólogos e psicoterapeutas, busca recuperar e preservar uma melhor qualidade de vida para o acometido pelo querubismo.

REFERÊNCIAS

ADAMS, M.; BELL, L. A.; GRIFFIN, P. Teaching for diversity and social justice: A Sourcebook. **Routledge**, n. 2, New York, 2007.

AHMADI, A. J.; PIRINJIAN, G. E.; SIRES, B.S.; WASH, S. Optic neuropathy and macular chorioretinal folds caused by orbital cherubism. **Arch Ophthalmol**, Chicago, v. 121, n. 4, p. 570-573, 2003.

ALMEIDA, O. P. **Patologia Oral**. Artes Médicas, São Paulo, ed. 4, 2016.

ARNOTT, D. G. Cherubism: an initial unilateral presentation. **British Journal of Oral Surgery**, Londres, ed. 16, p. 38–46, 1978.

BATTAGLIA, A.; MERARI, A. L.; MAGIT, A. Cherubism and upper airway obstruction. **Otolaryngology - Head Neck Surgery**, Alexandria, v. 122, n. 4, p. 573-574, 2000.

BEAMAN, F. D.; BANCROFT, L. W.; PETERSON, J. B.; PETERSON, J. J.; KRANSDORF, M. J.; MURPHEY, M. D.; MENKE, D. M. Imaging characteristics of cherubism. **American Journal Roentgenology**, Leesburg, v. 182, n. 4, p. 1051-1054, 2004.

BEE, H. **O ciclo vital**. Porto Alegre: Artes médicas, 1997.



CARDOSO, J. A.; NOGUEIRA NETO, J. N.; FERREIRA, C. M.; LEITE, E. A.; de FARIAS, J. G. Acometimento do querubismo em dois irmãos: relato de casos. **Revista Faculdade de Odontologia da UPF**, Passo Fundo, v. 17, n. 3, p. 342-346, 2012.

CARVALHO, T. N.; ARAÚJO JR. C. R.; COSTA, M. A. B.; BARCELOS, H. S. P.; CARVALHO, T. N.; XIMENES, C. A.; TEIXEIRA, K. S. Querubismo: relato de caso e revisão de literatura com aspectos imaginológicos. **Radiologia Brasileira**, São Paulo, vol. 37, n.3, 2004.

CIAMPO, L. A. D.; CIAMPO, I. R. L. D. Adolescência e imagem corporal. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 55-59, 2010.

COMMAR, B. C.; PAULON, S. S.; COCLETE, G. A.; COCLETE, G. E. G.; SALZEDAS, L. M. P. Diagnóstico do querubismo- relato de caso clínico. **Revista odontológica UNESP**, Araraquara, v. 43, n. especial, 2014.

CORDEIRO, R. A. Aparência física e amizade íntima na adolescência: Estudo em um contexto pré-universitário. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 4, p. 509-517, 2006.

COSTABILE, C.; BRUNELLO, M. I. B. Repercussões da inclusão escolar sobre o cotidiano de crianças com deficiência: um estudo a partir do relato das famílias. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 124-130, 2005.

DELANORA, L. A.; BAGGIO, A. M. P.; de ARAUJO, N. J.; GARCIA-JUNIOR, I. R.; FERREIRA, S. Cherubism - Clinical case report and narrative review. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 2, p. 1-9, 2021.

FEREGRINO, L. V.; CASTILLO, G. I. C.; ROJAS, R. A. G. Dientes supernumerarios asociados a síndromes. **Revista Tamé**, Tepic, v. 8, n. 22, p. 899- 903, 2019.

FONSECA, L. C.; FREITAS, J. B.; MACIEL, P. H.; CAVALCANTI, M. G. P. Temporal bone involvement in Cherubism: case report. **Brazilian Dental Journal**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 75-8, 2004.

HARO, M. L. L.; DÍAZ, M. I. P.; LÓPEZ, M. A. L. Querubismo, revisión de la literatura y reporte de un caso clínico. **Revista Mexicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial**, Ciudad de Mexico, v. 12, n. 3, p. 86-92, 2016.

HATANI, T.; SADA, K. Adaptor protein 3BP2 and cherubism. **Current medicinal chemistry**, Sharjah, v. 15, n. 6, p. 549-554, 2008.

HUANG, L.; TENG, X. Y.; CHENG, Y. Y.; LEE, K. M.; KUMTA, S. M. Expression of preosteoblast markers and Cbfa-1 and Osterix gene transcripts in stromal tumour cells of giant cell tumour of bone, **Bone**, v. 34, n. 3, p. 393-401, 2004. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S875632820300396X>. Acesso em: 2 mar. 2022.

JONES, W. A. Cherubism: a thumbnail sketch of its diagnosis and a conservative method of treatment. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology**, St. Louis, v. 20, n. 5, p. 648-653, 1965.



JONES, W. A. Familial multilocular cystic disease of the jaws. **The American Journal of Cancer**, Madison, v. 17, n. 4, p. 946-950, 1933.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. **Compêndio de Psiquiatria: Ciências Comportamentais e Psiquiatria Clínica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

KÖMERIK, N.; TAS, B.; ÖNAL, L. Cherubism. **Head Neck Pathol**, Totowa, v. 8, n. 2, p. 164–167, 2014.

LANNON, D. A.; EARLEY, M. J. Cherubism and its charlatans: Case reports. **British Journal of Plastic Surgery**, v. 54, n. 8, p. 708-731, 2001. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/journal/british-journal-of-plastic-surgery/vol/54/issue/8>. Acesso em: 1 mar. 2022.

LIMA, A. F. B. S.; FLECK, M. P. A. Qualidade de vida e depressão: uma revisão da literatura. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 1-12, 2009.

MARÇOLLA, A. S.; BARROSO, F. T.; SIMÕES, N. M.; VALÉRIO, C. S.; CARDOSO, C. A. A.; SILVA, A. I. V.; MANZIL, F. R. Diagnóstico tomográfico do querubismo: Relato de caso. **Arquivo Brasileiro de Odontologia**, Belo Horizonte, v. 10, n. 1, p. 40-45, 2014.

MEDEIROS, M. S. F. Imagens, percepções e significados do corpo nas classes populares. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 19, n. 2, p. 409-439, 2004.

MELLO, L. G. M.; SARAIVA, F. P.; MONTEIRO, M. L. R. Estrias angióides e drusas do disco óptico em querubismo: relato de caso. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, Belo Horizonte, v. 83, n. 6, p. 535-537, 2020.

NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. E. **Patologia oral e maxilofacial**. Rio de Janeiro: Elsevier; p. 615-78, 2009.

NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M.; CHI, A. C. **Patologia Oral Maxilofacial**. 4 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; p. 1195-1198, 2016.

OLIVEIRA, F. M. P.; CAVASIN FILHO, J. C.; COSTA, C.; DIB, L. L. Querubismo: aspectos clínicos, radiográficos e terapêuticos. **Revista do Instituto de Ciência da Saúde**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 254-257, 2008.

ONGOLE, R.; PILLAI, R. S.; PAI, K. M. Cherubism in siblings: a case report. **Journal Canadian Dental Association**, Ottawa, v. 69, n. 3, p. 150–4, 2003.

OZKAN, Y.; VAROL, A.; TURKER, N.; AKASAKALLI, N.; BASA, S. Clinical and radiological evaluation of cherubism: A sporadic case report and review of the literature. **Journal Pediatric Otorhinolaryngol**, Milwaukee, v. 67, n. 9, p. 1005-1012, 2003.

PENA, N.; CAMPOS, P. S. F.; ALMEIDA, S. M.; HAITER NETO, F.; BÓSCOLO, F. N. Querubismo: revisão de literatura. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, Salvador; v. 3, n. 2, p. 261-266, 2004.



PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, S. C.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliações. **Revista brasileira de educação física e esporte**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 241-250, 2012.

PIVA, F.; FONTANELLA, V. R. C.; FARACO, I. M.; GOMES, C. S. Querubismo: relato de caso. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 54, n. 2, p. 256-268, 2006.

QUEIROZ, A. M.; NELSON- FILHO, P.; FREITAS, A. C.; ASSED, S.; SOARES, U. M.; FARIAS, J. F. R. Querubismo: revisão de literatura, relato de caso e tratamento odontológico-cirúrgico em paciente portador da síndrome de Ramon. **Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo**, Passo fundo, v. 10, n. 1, p. 13-6, 2005.

RAMON, Y.; ENGELBERG, I. S. An unusually extensive case of cherubism. **Journal Oral Maxillofacial Surgery**, Seattle, v. 44, n. 4, p. 325-8, 1986.

REGEZI, J. A.; SCIUBBA, J. J.; POGREL, M. A. **Atlas de Patologia oral e Maxilofacial**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A., 2002.

ROCHA, C. R.; DIAS, K. S. P. A. Exostose Maxilar em Região Anterior: Relato de Caso. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, São Paulo, v. 52, n. 14, p. 123-130, 2020.

SANTOS, J. C.; CARVALHO-FREITAS, M. N. Processos Psicossociais da Aquisição de uma Deficiência. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 39, p. 1-16, 2019.

SCHEWINSKY, S. R. A barbárie do preconceito contra o deficiente - todos somos vítimas. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 7-11, 2004.

SCHULTZE-MOSGAU, S.; HOLBACH, L. M.; WILTFANG, J. Cherubism: clinical evidence and therapy. **Journal of Craniofacial Surgery**, v. 14, n. 2, p. 201-206, 2003.

Disponível em:

https://journals.lww.com/jcraniofacialsurgery/Abstract/2003/03000/Cherubism__Clinical_Evidence_and_Therapy.12.aspx. Acesso em: 1 mar. 2022.

SEWARD, G. R.; HANKEY, G. T. Cherubism. **Journal of Oral Surgery**, Chicago, v. 10, n. 9, p. 952-974, 1957.

SILVA, O. M. A. **Epopéia ignorada**: A pessoa deficiente na história do mundo de ontem e de hoje. São Paulo: CEDAS, 1986.

SOLÍS, L. N. M.; ASTORGA, G. J. B.; MORENO, A. C. V. Evolución clínica del querubismo en un paciente pediátrico: reporte de un caso. **Revista Médica Sinergia**, v. 6, n. 1, e. 636, 2021. Disponível em:

<https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/636>. Acesso em: 2 mar. 2022.

SOUZA, S. F.; CARVALHO, F. M.; ARAÚJO, T. M.; PORTO, L. A. Fatores psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns em eletricitários. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 710-7, 2010.

SUÁREZ-OBANDO, F.; VIASUS, M. L. Querubismo, un caso clínico. **Revista Chilena de Pediatría**, Santiago, v. 80, n. 1, p. 65-69, 2008.



SULLIVAN, R. Deformity: A modern Western with ancient origins. **Proceedings of the royal college of physicians of Edinburgh**, Edinburgh, v. 31, n. 3, p. 262-266, 2001.

TIMOSCA, G. C.; GALESANU, R. M.; COTUTIU, C.; GRIGORAS, M. **Aggressive form of cherubism**: report of a case. **Journal of Oral Maxillofacial Surgery**, v. 58, n. 3, p. 336–44, 2000. Disponível em: [https://www.joms.org/article/S0278-2391\(00\)90069-7/fulltext](https://www.joms.org/article/S0278-2391(00)90069-7/fulltext). Acesso em: 2 mar. 2022.

WHO, World Health Organization. **International classification of impairments, disabilities, handicaps**: a manual of classification relating to the consequences of disease. Geneva, 1993.

WOO, S. B. **Atlas de Patologia Oral**; Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2013.