



Intervalo de tempo entre diagnóstico e início do tratamento do carcinoma espinocelular de cabeça e pescoço associado ao estágio da doença

Time interval between diagnosis and start of treatment of head and neck squamous cell carcinoma associated with the stage of the disease

Intervalo de tiempo entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento del carcinoma escamocelular de cabeza y cuello asociado al estadio de la enfermedad

Maria Luíza Campos Galarza Kikugawa¹, Ana Emília Farias Pontes¹, Brenda Neves Barreto¹, Carlos Eduardo Pinto de Alcântara¹, Carolina Oliveira de Lima¹, Elaine Maria Sgavioli Massucato², Mariane Floriano Lopes Santos Lacerda¹, Patricia do Socorro Queiroz Feio³, Pedro Paulo Lopes de Oliveira Júnior¹, Rose Mara Ortega¹.

RESUMO

Objetivo: Analisar o intervalo de tempo existente entre o diagnóstico e o início do tratamento, relacionando com o estágio em que a doença foi diagnosticada e o falecimento. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional retrospectivo que analisou 134 prontuários de pacientes diagnosticados com câncer de cabeça e pescoço em um dos centros de referência para tratamento de câncer na cidade de Governador Valadares, Minas Gerais, nos anos de 2019 e 2020. **Resultados:** O Carcinoma Espinocelular foi diagnosticado em 92,5% dos casos. 8,4% dos casos foram diagnosticados no estágio I, 9% no estágio II, 15,9% no estágio III e 44,7% no estágio IV. O intervalo de tempo entre o diagnóstico e início do tratamento foi maior nos casos diagnosticados nos estágios I e II e menor nos casos diagnosticados nos estágios III e IV. O falecimento foi relacionado aos estágios III e IV da doença. **Conclusão:** Embora os resultados estejam de acordo com a literatura, o presente estudo reflete uma ocorrência local, entretanto, podemos sugerir que o maior intervalo de tempo entre o diagnóstico e início do tratamento deve-se ao tempo necessário para o planejamento e preparo cirúrgico.

Palavras-chave: Câncer de cabeça e pescoço, Diagnóstico tardio, Falecimento.

ABSTRACT

Objective: To analyze the time interval between diagnosis and the start of treatment, relating in to the stage at which the disease was diagnosed and death. **Methods:** This is a retrospective observational study that analyzed 134 medical records of patients diagnosed with head and neck cancer at the referral centers for cancer treatment in the city of Governador Valadares, Minas Gerais, in 2019 and 2020. **Results:** Squamous Cell Carcinoma was diagnosed in 92,5% of the cases. 8,4% of cases were diagnosed at stage I, 9% at stage II, 15,9% at stage III, and 44,7% at stage IV. The time interval between diagnosis and the initiation of treatment was longer for cases diagnosed at stages I and II and shorter for those diagnosed at stages III and IV. Death

¹ Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora - MG.

² Universidade Estadual Paulista – UNESP, São Paulo - SP.

³ Consultório Privado – Brasília, Distrito Federal – DF.

was related to stages III and IV. **Conclusion:** Although the results are in agreement with the literature, the present study reflects a local occurrence; however, we can suggest that the longer time interval between diagnosis and start of treatment is due to the time required for surgical planning and preparation.

Keywords: Head and neck cancer, Delayed diagnosis, Death.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el intervalo de tiempo entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento, relacionándolo con la etapa en la que se diagnosticó la enfermedad y el fallecimiento. **Métodos:** Se trata de un estudio observacional retrospectivo que analizó 134 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de cáncer de cabeza y cuello en uno de los centros de referencia para el tratamiento del cáncer de la ciudad de Governador Valadares, Minas Gerais, en 2019 y 2020. **Resultados:** Carcinoma de células escamosas se diagnosticó en el 92,5% de los casos. El 8,4% de los casos fueron diagnosticados en el estadio I, el 9% en el estadio II, el 15,9% en el estadio III y el 44,7% en el estadio IV. El intervalo de tiempo entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento fue mayor en los estadios I y II y menor en los estadios III y IV. La muerte estuvo relacionada con los estadios III y IV. **Conclusión:** Aunque los resultados concuerdan con la literatura, el presente estudio refleja una ocurrencia local; sin embargo, podemos sugerir que el mayor intervalo de tiempo entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento se debe al tiempo requerido para la planificación y preparación quirúrgica.

Palabras clave: Cáncer de cabeza y cuello, Diagnóstico tardío, Muerte.

INTRODUÇÃO

A incidência e a mortalidade do câncer estão em rápida ascensão em todo o mundo, sendo, portanto, considerado um problema de saúde mundial. As razões são complexas e refletem o envelhecimento e o crescimento populacional, assim como, mudanças na prevalência e distribuição dos principais fatores de risco para o câncer, entre os quais estão associados ao desenvolvimento socioeconômico (HYUNA S, et al., 2021). Os cânceres de cabeça e pescoço (CCP) surgem da mucosa que reveste a cavidade oral, lábios, hipofaringe, nasofaringe, orofaringe, cavidade nasal, seios da face e glândulas salivares (BARSOUK A, et al., 2023), sendo o tipo histológico mais frequente o carcinoma espinocelular (CEC), que corresponde a mais de 90% de todas as malignidades que acometem a região (GÜNERI P e EPSTEIN JB, 2014).

O diagnóstico é realizado por biópsia incisional e análise histopatológica (WONG HM, 2018; MONTERO PH e PATEL SG, 2015). Na sequência, é realizado o estadiamento clínico dos tumores, conhecido como sistema Tumor, Nódulo, Metástase (TNM), que por sua vez compreende o tamanho do tumor primário (T), o estado dos linfonodos regionais (N) e de metástases à distância (M), possibilitando o planejamento para o tratamento adequado, além de determinar o prognóstico da doença (NEVILLE BW e TERRY AD, 2002).

Estas informações (TNM) em conjunto permitem a classificação da doença em estágios (MONTERO PH e PATEL SG, 2015). Adicionalmente, o estágio em que a doença é diagnosticada pode determinar a taxa de sobrevivência, sendo que, quanto maior o estágio em que a doença é diagnosticada, pior o prognóstico, e as chances de mortalidade são mais altas (FARQUHAR DR, et al., 2019). Existem quatro estágios em que a doença pode ser classificada, que são os estágios I, II, III e IV. Os estágios I e II estão associados a doença localizada, sem envolvimento de linfonodos locais, e os estágios III e IV estão associados a doença avançada, com possível envolvimento de linfonodos regionais e a presença de metástases (RIVERA C, 2015).

Quando a doença é diagnosticada em estágio precoce ou *in situ* o tratamento da doença, dependendo da localização, consiste na remoção cirúrgica. Por outro lado, quando a doença é diagnosticada em estágios avançados outras modalidades de tratamento são necessárias para o controle da doença, como a radioterapia e a quimioterapia. Sendo assim, o diagnóstico em estágio mais avançado da doença resulta em um tratamento mais extenso, envolvendo mais de uma terapia, fazendo com que ele seja mais caro e resultando em menor sobrevivência quando comparado aos casos diagnosticados em estágios mais precoces (T SINGH e M SCHENBERG, 2013).

Apesar da acessibilidade à cavidade bucal durante o exame físico, o câncer na região de cabeça e pescoço tem sido diagnosticado em estágios avançados da doença (RIVERA C, 2015). Em dois terços dos casos o diagnóstico é realizado em estágios III e IV, sendo acompanhado por metástase e recorrência do tumor, levando a um mau prognóstico e baixa qualidade de vida (KHAN KH, et al., 2013). O diagnóstico em estágio precoce e início rápido do tratamento da doença são essenciais para o índice de sobrevida do paciente, sendo que, quanto maior for o intervalo de tempo entre o diagnóstico e início do tratamento, maiores são as chances de a doença sofrer progressão, afetando o esquema terapêutico. (FELIPPU AW, et al., 2016).

O objetivo do presente estudo foi realizar uma análise retrospectiva sobre o intervalo de tempo existente entre o diagnóstico e o início do tratamento, relacionando com o estágio em que a doença foi diagnosticada e o falecimento, em pacientes diagnosticados com câncer de cabeça e pescoço em um dos centros de referência para o tratamento de câncer na cidade de Governador Valadares, Minas Gerais, nos anos de 2019 e 2020.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional retrospectivo realizado em um dos centros de referência para o tratamento de câncer na cidade de Governador Valadares, Minas Gerais e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora (CAAE: 63586822.6.0000.5147; PARECER: 5.819.791).

A amostra foi constituída por conveniência e composta por 134 prontuários de pacientes diagnosticados com câncer de cabeça e pescoço e que passaram por tratamento no mesmo centro de referência. Foi considerado como critério de inclusão os prontuários dos pacientes diagnosticados com câncer de cabeça e pescoço e que passaram por tratamento em um dos centros de referência para o tratamento de câncer na cidade de Governador Valadares, Minas Gerais, nos anos de 2019 a 2020, e como critério de exclusão os prontuários com preenchimento incompleto em relação aos dados preestabelecidos para a coleta.

Todos os dados coletados foram inseridos em uma tabela, previamente estabelecida no Microsoft Excel 2010, sendo: idade, sexo, hábitos nocivos (uso de tabaco e álcool), data do diagnóstico, data do início do tratamento, tipo histológico do câncer, estadiamento, estágio do diagnóstico, modalidade de tratamento (cirurgia, radioterapia e quimioterapia) e falecimento. Após a coleta, os dados foram analisados e na sequência apresentados descritivamente na forma de tabelas e figuras. A análise dos dados foi realizada por meio de um programa específico (BioEstat 5.3, Instituto Mamirauá, Tefé, Brasil).

A hipótese nula baseou-se na ausência de diferença entre as medidas coletadas ($\alpha = 5\%$). Os dados foram apresentados como média e desvio-padrão. Na comparação entre os pacientes que faleceram versus que não-faleceram, com relação ao intervalo de tempo entre o diagnóstico e o início de tratamento, inicialmente, os dados foram submetidos ao teste de normalidade D'Agostino-Pearson, sendo identificada a distribuição não-normal. Em seguida, foi aplicado o teste de valores extremos (mediana), tendo sido identificados e excluídos da análise: sete pacientes que não faleceram (valores maiores que 264 dias), e quatro pacientes que faleceram (valores maiores que 144).

Por fim, foi aplicado o teste de hipótese Wilcoxon. Para avaliação da associação entre o estágio em que o paciente iniciou atendimento e o desfecho falecimento versus não falecimento, foi usado o teste G. Neste caso, 29 pacientes foram excluídos, por não constar a informação do estágio no prontuário.

RESULTADOS

Durante o período compreendido entre julho de 2019 a novembro de 2020, 134 pacientes foram diagnosticados com câncer na região de cabeça e pescoço e iniciaram o tratamento em um dos centros de referência para o tratamento de câncer na cidade de Governador Valadares, Minas Gerais.

Em relação ao diagnóstico histopatológico, 92,5% (124 casos) foram diagnosticados como CEC sem outra especificação (SOE) e 7,5% (10) foram diagnosticados com outros tipos de carcinomas, sendo 3% (4 casos)

Adenocarcinoma sem outra especificação (SOE), 0,75% (1 caso) Adenocarcinoma Folicular, 1,5% (2 casos) Carcinoma Adenóide Cístico, 1,5% (2 casos) Carcinoma Mucoepidermóide e 0,75% (1 caso) Carcinoma Adenoescamoso. A **Tabela 1** ilustra a relação da amostra com os diagnósticos histopatológicos.

Tabela 1 - Relação do diagnóstico histopatológico com do número de casos diagnosticados com câncer na região de cabeça e pescoço (n = 134).

Diagnóstico histopatológico	N	%
Carcinoma Espinocelular SOE	124	92,5%
Adenocarcinoma SOE	4	3%
Adenocarcinoma Folicular	1	0,75%
Carcinoma Adenóide Cístico	2	1,5%
Carcinoma Mucoepidermóide	2	1,5%
Carcinoma Adenoescamoso	1	0,75%

Fonte: Kikugawa MLCG, et al., 2025.

Do total de casos (n=134), 77% dos pacientes eram do sexo masculino e 23% eram do sexo feminino. A média de idade no momento do diagnóstico foi de 60 anos, tendo como idade mínima 20 anos e idade máxima 91 anos. Durante o diagnóstico, 84% (113) dos pacientes relataram histórico de uso crônico de tabaco. Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, 70% (94) dos pacientes relataram histórico de álcool. Não foi possível obter a informação relacionada a interrupção ou continuidade do hábito de fumar após o diagnóstico da doença em 16 prontuários. Dos 97 pacientes que ainda eram tabagistas quando tiveram o diagnóstico, 33% (37) continuaram fumando durante o tratamento.

Em relação às modalidades de tratamento, 39% (53) dos pacientes passaram por cirurgia, 99% (133) por radioterapia, e 22% (30) por quimioterapia. A cirurgia associada a radioterapia e quimioterapia foi utilizada para o controle da doença em 28,3% (38) dos casos, 11,9% (16) dos pacientes passaram primeiro por cirurgia e posteriormente por radioterapia. A radioterapia associada à quimioterapia foi usada para o controle da doença em 49,3% (66) dos casos, e, por fim, 10,5% (14) pacientes fizeram apenas radioterapia para o controle da doença. A **Tabela 2** ilustra o perfil dos pacientes diagnosticados com câncer na região de cabeça e pescoço, em relação ao sexo e idade, assim como, as modalidades de tratamentos.

Tabela 2 - Perfil dos pacientes diagnosticados com câncer na região de cabeça e pescoço e modalidades de tratamento (n = 134).

Variáveis	N	%
Masculino	103	77%
Feminino	31	23%
Idade Média (anos)	60	
Fumo	113	84%
Álcool	94	70%
Cirurgia	53	39%
Radioterapia	133	99%
Quimioterapia	30	22%
Cirurgia, radioterapia e quimioterapia	38	28,3%
Cirurgia e Radioterapia	16	11,9%
Radioterapia e quimioterapia	66	49,3%
Radioterapia	14	10,5

Fonte: Kikugawa MLCG, et al., 2025.

Para a análise do estágio em que a doença foi diagnosticada, 132 prontuários foram elegíveis por apresentarem as respostas completas. Observamos que, onze casos foram diagnosticados no estágio I, correspondendo a 8,4% da amostra, doze casos foram diagnosticados no estágio II, correspondendo a 9% da amostra, 21 casos foram diagnosticados no estágio III, correspondendo a 15,9% da amostra, 59 casos foram diagnosticados no estágio IV, correspondendo a 44,7% da amostra, e em 29 casos não foi possível fazer o estadiamento, sendo identificados como X, correspondendo a 22% da amostra. Dentre os casos

diagnosticados no estágio IV da doença (n=59), 43 casos foram diagnosticados no estágio IV, treze casos foram diagnosticados no estágio IV- A e três casos foram diagnosticados no estágio IV – B. A **Tabela 3** ilustra a relação da amostra com os estágios de diagnóstico da doença.

Tabela 3 - Relação do número de casos diagnosticados com câncer na região de cabeça e pescoço (n = 132) com o estágio de diagnóstico da doença.

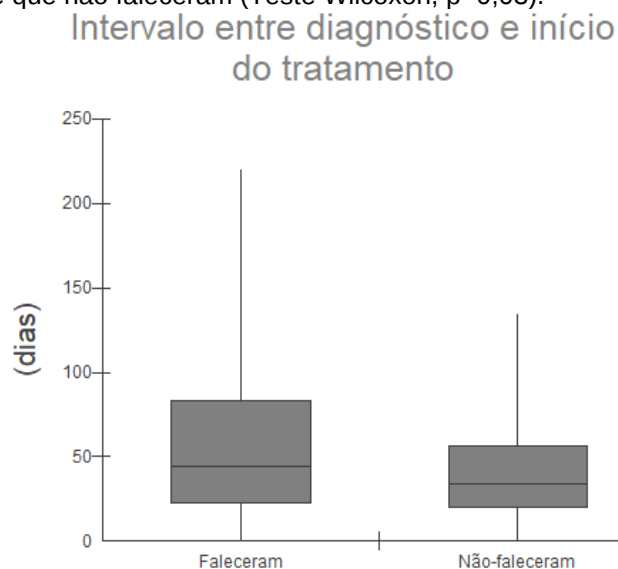
Estágio da doença	Número de casos	Porcentagem da amostra (%)
Estágio I	11	8,4
Estágio II	12	9
Estágio III	21	15,9
Estágio IV	59	44,7
X*	29	22
Total: 132		100

Nota: X*: Não foi possível realizar o estadiamento (TNM). **Fonte:** Kikugawa MLCG, et al., 2025.

Para calcular o intervalo de tempo entre o diagnóstico e início do tratamento, foram consideradas as datas de admissão do paciente no prontuário e a data de início de qualquer uma das modalidades de tratamento (cirurgia, radioterapia e quimioterapia) que primeiro estivessem registradas no prontuário, sendo possível coletar os dados em 120 prontuários.

Considerando o intervalo, em dias, entre o diagnóstico e o início do tratamento (n = 120), foram observados maiores valores entre os pacientes que não-faleceram (n = 73), sendo a mediana de 44 dias, em comparação com os pacientes que faleceram (n = 47), sendo a mediana de 34 dias. A **Figura 1** ilustra os intervalos de tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento (Teste Wilcoxon, p = 0,03).

Figura 1 - Gráfico box-plot (quartis) do intervalo entre diagnóstico e início do tratamento, em dias, dos pacientes que faleceram e que não faleceram (Teste Wilcoxon, p=0,03).

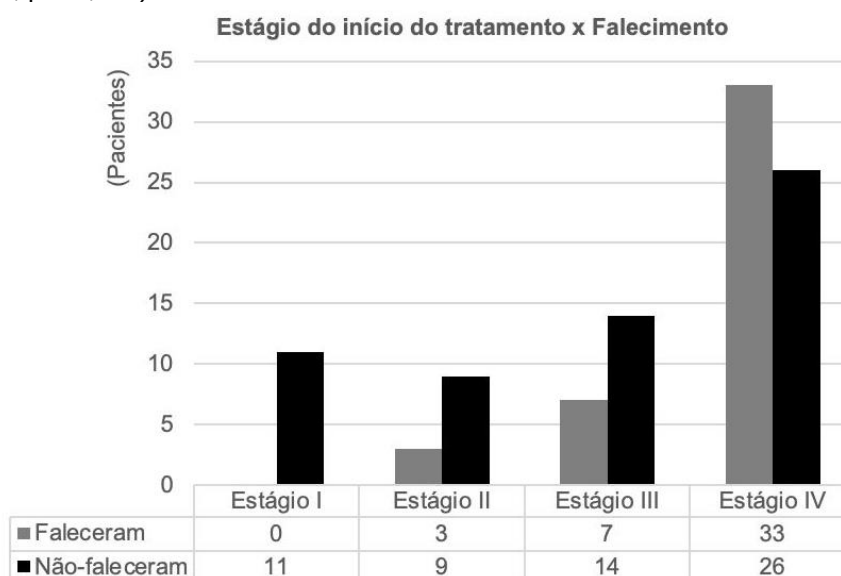


Fonte: Kikugawa MLCG, et al., 2025.

O falecimento durante o tratamento foi registrado em 39% (52) dos casos. Para a associação do estágio em que a doença foi diagnosticada com o falecimento, foram considerados somente os prontuários que registraram os estágios I, II, III e IV da doença no momento do diagnóstico (103 casos). Do total de 11 pacientes diagnosticados no estágio I, nenhum falecimento foi registrado, do total de 12 pacientes diagnosticados no estágio II, três pacientes faleceram, do total de 21 pacientes diagnosticados no estágio III, sete pacientes faleceram e do total de 59 pacientes diagnosticados no estágio IV, 33 pacientes faleceram.

Assim, foi possível observar que o falecimento esteve associado aos estágios III e IV da doença. Além disso, os pacientes que faleceram diagnosticados nos estágios III e IV da doença corresponderam a 60% dos falecimentos. Cabe ressaltar que dos 29 casos em que não foi possível fazer o estadiamento, nove pacientes faleceram durante o tratamento. A **Figura 2** ilustra a associação do estágio do diagnóstico com o falecimento (Teste G, $p = 0,0004$).

Figura 2 - Frequência dos pacientes nos diferentes estágios de início de atendimento, e seus desfechos de falecimento (Teste G, $p = 0,004$).



Fonte: Kikugawa MLCG, et al., 2025.

DISCUSSÃO

O carcinoma espinocelular da região de cabeça e pescoço pertence a um grupo de neoplasias malignas que podem envolver a cavidade oral, lábios, hipofaringe, nasofaringe, orofaringe, cavidade nasal, seios da face e glândulas salivares (BARSOUK A, et al., 2023). Corresponde ao tipo histológico mais comum, representando mais de 90% das neoplasias malignas na região e a sétima neoplasia maligna mais comum no mundo (BARSOUK A, et al., 2023; WONG TSC e WIESENFELD D, 2018; GÜNERI P e EPSTEIN JB, 2014; MONTERO PH e PATEL SG, 2015).

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA) o número estimado de câncer na cavidade oral no Brasil para o triênio de 2023 a 2025 foi de 15.100 novos casos (PORTAL-INCA, 2023). Comumente é diagnosticado em pacientes do sexo masculino e de meia idade, no entanto, nos últimos vinte anos tem se observado um aumento do número de carcinomas espinocelulares na região de cabeça e pescoço em mulheres. Esse aumento provavelmente está associado ao aumento do número de mulheres usando produtos do tabaco (GORMLEY M, et al., 2022; WONG TSC e WIESENFELD D, 2018).

De acordo com os dados coletados no presente estudo, foi possível observar o mesmo perfil de diagnóstico apresentado pela literatura, já que em 92,5% dos 134 prontuários analisados, o diagnóstico histopatológico foi de CEC sem outra especificação (SOE), 77% dos pacientes eram do sexo masculino e a média de idade no momento do diagnóstico foi de 60 anos. Liao e colaboradores (2019) avaliaram em um estudo retrospectivo 956 casos de carcinoma espinocelular de cabeça e pescoço e identificaram que mais de 70% dos pacientes eram do sexo masculino e a média de idade observada no estudo foi de 60,8 anos (LIAO DZ, et al., 2019).

O consumo de tabaco e álcool são considerados como os principais fatores de risco associados ao desenvolvimento do CEC. (DHANUITHAI K, et al., 2018). O tabaco e álcool quando usados em conjunto apresentam um efeito sinérgico no desenvolvimento do carcinoma espinocelular e podem aumentar em até 40 vezes o risco de desenvolvimento da doença (BARSOUK A, et al., 2023). No presente estudo, do total de

134 prontuários analisados, 84% (113) dos pacientes relataram histórico crônico de fumo, e 70% (94) dos pacientes relataram histórico de álcool.

O estudo do tipo caso-controle apresentado por Andrade e colaboradores avaliaram 127 pessoas diagnosticadas com carcinoma espinocelular na cavidade oral em um centro de referência no Nordeste do Brasil entre os anos de 2002 e 2012 e concluiu que o tabagismo e o etilismo são os fatores mais importantes para o desenvolvimento do carcinoma espinocelular. Os autores ainda apresentaram que os fatores sociodemográficos não foram significativos no desenvolvimento da doença (ANDRADE JOM, et al., 2015).

A ressecção cirúrgica é a principal abordagem de tratamento para o câncer de cabeça e pescoço, incluindo os casos de recorrência (WANG F, et al., 2021). No entanto, de acordo com os dados coletados, 39% (53) dos pacientes passaram por cirurgia. Esse dado reflete o estágio em que a doença foi diagnosticada no presente estudo, sendo que 60% dos casos foram diagnosticados nos estágios III e IV da doença, o que demanda outras terapias associadas, como a radioterapia e quimioterapia, para o controle da doença.

A radioterapia foi utilizada para o controle da doença em 99% (133) dos casos e a quimioterapia foi utilizada em 22% (30) casos. O câncer na região de cabeça e pescoço tem sido diagnosticado em estágios avançados da doença (RIVERA C, 2015). Em dois terços dos casos o diagnóstico é realizado em estágios III e IV, o que resulta em baixos índices de sobrevida (FARQUHAR DR, et al., 2019; EUGENIE DU, et al., 2019; MUPPARAPU M e SHANTI RM, 2018).

Considerando a amostra composta por 132 casos, 15,9% e 44,7%, foram diagnosticados no estágio III e IV da doença, respectivamente. Os motivos que levam ao diagnóstico em estágios avançados da doença são muitos e estão associados a fatores pessoais dos pacientes, além de fatores locais e profissionais (QUILES SM, et al., 2022; LYDIATT W, et al., 2018; ROGERS SN, et al., 2011).

O prolongamento do tempo até o início do tratamento está associado com a progressão do tumor e diminuição da sobrevida, logo é essencial que o tratamento seja iniciado o quanto antes (SCHOONBEEK RC, et al., 2021). O estudo apresentado por Liao e colaboradores (2019) com 916 pacientes diagnosticados com carcinoma espinocelular de cabeça e pescoço demonstrou que um intervalo de tempo entre diagnóstico patológico e início de tratamento superior há 60 dias resulta em uma menor sobrevida. Além disso, os autores observaram que o maior intervalo está associado a um maior risco de recorrência (LIAO DZ, et al., 2019).

Entretanto, de acordo com os dados coletados foi possível observar que pacientes com um intervalo de tempo maior entre a data do diagnóstico e a data do início do tratamento tiveram um número menor de falecimentos quando comparados com aqueles que iniciaram o tratamento mais rápido. Esse fato pode ser explicado também pelo estágio em que a doença foi diagnosticada, sendo que os pacientes que iniciaram o tratamento mais rapidamente, foram aqueles diagnosticados nos estágios III e IV da doença. Assim, podemos sugerir que o início das terapias como a radioterapia e a quimioterapia, que são mais utilizadas para o controle da doença nos casos diagnosticados nos estágios III e IV, podem ser iniciadas mais rapidamente, quando comparados com o planejamento cirúrgico necessário para o tratamento da doença nos estágios I e II.

Justificando desta forma o maior intervalo de tempo entre o diagnóstico e início do tratamento para os pacientes diagnosticados nos estágios I e II e que apresentaram um menor número de falecimentos e um menor intervalo de tempo entre o diagnóstico e o início de tratamento para os pacientes diagnosticados nos estágios III e IV da doença e que apresentaram um maior número de falecimentos. Quanto maior o estágio em que a doença é diagnosticada, menor a sobrevida do paciente (KHAN et al., 2013). No presente estudo, os falecimentos foram registrados em 39% (52 casos). Considerando apenas os prontuários que registraram os estágios I, II, III e IV da doença, 33 casos de falecimentos foram registrados no estágio IV da doença, sete no estágio III e três no estágio II.

Realmente a literatura tem mostrado que pacientes diagnosticados nos estágios iniciais da doença, como I e II, apresentam 60% a 95% de chances de obter um tratamento bem-sucedido por excisão primária do tumor, resultando em um prognóstico melhor e maior índice de sobrevida (GEORGES et al., 2014). É preciso ressaltar que esse estudo analisou uma população específica em um período de tempo específico, sendo assim, embora os resultados estejam de acordo com a literatura, trata-se apenas de uma ocorrência local.

CONCLUSÃO

Os resultados apresentados refletem uma ocorrência local, em que, foi possível observar que o CEC foi o diagnóstico mais prevalente para o câncer de cabeça e pescoço em um dos centros de referência para o tratamento de câncer na cidade de Governador Valadares, Minas Gerais, nos anos de 2019 e 2020 acometendo mais homens de meia idade, tabagistas e etilistas. Em 60% dos casos a doença foi diagnosticada nos estágios III e IV da doença. O intervalo de tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento foi maior para os pacientes em nos estágios I e II da doença e menor para os pacientes em nos estágios III e IV da doença. O falecimento durante o tratamento foi diretamente associado aos estágios III e IV da doença.

REFERÊNCIAS

1. ANDRADE JOM, et al. Fatores associados ao câncer de boca: um estudo de caso-controle em uma população do Nordeste do Brasil. Ver. Bras. Epidemiol, 2015; 18(4): 894-905.
2. BARSOUK A, et al. Epidemiology, Risk Factors, and Prevention of Head and Neck Squamous Cell Carcinoma Med Sci (Basel). 2023; 11(2): 42.
3. DHANUTHAI K, et al. Oral cancer: A multicenter study. Med Oral Patol Oral Cir Bucal, 2018; 23(1): 23-29.
4. EUGENIE DU, et al., Long-term Survival in Head and Neck Cancer: Impact of Site, Stage, Smoking, and Human Papillomavirus Status. Laryngoscope, 2019; 129(11): 2506–2513.
5. FARQUHAR DR, et al. Travel time to provider is associated with advanced stage at diagnosis among low income head and neck squamous cell carcinoma patients in North Carolina. Oral Oncology, 2019; 89: 115–120.
6. FELIPPU AW, et al. Impact of delay in the diagnosis and treatment of head and neck cancer. Braz J Otorhinolaryngol, 2016; 82(2): 140-3.
7. GEORGES P, et al. Chemotherapy advances in locally advanced head and neck cancer. World J Clin Oncol 2014; 5(5): 966-972.
8. GORMLEY M, et al. Reviewing the epidemiology of head and neck cancer: definitions, trends and risk factors. British Dental Journal. 2022; 233(9): 780-786.
9. GÜNERI P e EPSTEIN JB. Late stage diagnosis of oral cancer: components and possible solutions. Oral Oncol, 2014; 50(12): 1131-6.
10. HYUNA SUNG, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin. 2021; 71(3): 209-249.
11. INCA. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Disponível em: Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil | INCA - Instituto Nacional de Câncer.
12. KHAN KH, et al. Targeting the PI3K-AKT-mTOR signaling network in cancer. Chin J Cancer, 2013; 32 (5): 253-265.
13. LIAO DZ, et al. Association of Delayed Time to Treatment Initiation With Overall Survival and Recurrence Among Patients With Head and Neck Squamous Cell Carcinoma in an Underserved Urban Population. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg, 2019; 145(11): 1001-1009.
14. LYDIATT W, et al. Major Changes in Head and Neck Staging for 2018. American Society of Clinical Oncology, 2018; 38.
15. MONTERO PH e PATEL SG. Cancer of the oral cavity. Surg Oncol Clin N Am, 2015; 24(3): 491-508.
16. MUPPARAPU M e SHANTI RM. Evaluation and Staging of Oral Cancer. Dent Clin North Am, 2018; 47-58.
17. NEVILLE BW e TERRY AD. Oral cancer and precancerous lesions. CA J Clin, 2002; 52(4): 195-215.
18. QUILES SM, et al. Factors associated with diagnosis delay in head and neck cancer. Acta Otorrinolaringologica, 2022; 73: 19-26.
19. RIVERA C. Essentials of oral cancer. Int J Clin Exp Pathol, 2015; 8(9): 11884-94.
20. ROGERS SN, et al. Reasons for delayed presentation in oral and oropharyngeal cancer: the patients perspective. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 2011; 59: 349-353.
21. SCHOONBEEK RC, et al. Determinants of delay and association with outcome in head and neck cancer: A systematic review. European Journal of Surgical Oncology, 2021; 47: 1816-1827.
22. T SINGH e SCHENBERG. Delayed diagnosis of oral squamous cell carcinoma following dental treatment. Ann R Coll Surg Engl, 2013; 95(5): 369–373.
23. WANG Y, et al. Perioperative mortality of head and neck cancers. BMC Cancer, 2021; 21: 9.
24. WONG HM. Oral complications and management strategies for patients undergoing cancer therapy. Scientific World Journal, 2018; 8: 581795.
25. WONG TSC e WIESENFELD D. Oral Cancer. Aust Dent J, 2018; 63(1): 91-99.