

Perfil Epidemiológico y Aspectos Clínico-patológicos de Pacientes con Cáncer de Cabeza y Cuello en un Centro de Radioterapia de la Región Agreste de Pernambuco

<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n4.4365>

Epidemiological Profile and Clinicopathological Aspects of Patients with Head and Neck Cancer Consulted at a Radiotherapy Center in Pernambuco Countryside

Perfil Epidemiológico e Aspectos Clinicopatológicos dos Pacientes com Câncer de Cabeça e Pescoço em um Centro de Radioterapia do Agreste Pernambucano

Lucas Renan Alves dos Santos¹; Marcia Janeide da Silva²; Sandy Sterfany Pereira da Silva³; José Victor Leal Alves⁴; Breno Washington Joaquim de Santana⁵; Amanda Caroline Oliveira Henriques Mendes⁶; Diego Chaves Rezende Moraes⁷; Danielle Lago Bruno de Faria⁸; Cláudia Cristina Brainer de Oliveira Mota⁹

RESUMEN

Introducción: El cáncer de cabeza y cuello es una neoplasia maligna de alta prevalencia en el Brasil, siendo el sexto tipo más común en el mundo. **Objetivo:** Resaltar la prevalencia, características sociodemográficas y clínico-patológicas de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello en un servicio de radioterapia. **Método:** Estudio transversal retrospectivo de las historias clínicas de pacientes con cáncer de cabeza y cuello tratados entre enero de 2010 y diciembre de 2020 en un centro de radioterapia ubicado en el interior de Pernambuco. Se recogieron datos clínicos, sociodemográficos y del estadio clínico. El análisis estadístico se realizó mediante ji-cuadrada de Pearson, razón de verosimilitud y pruebas exactas de Fisher, además de adoptar un nivel de significancia del 5%. **Resultados:** Se obtuvieron datos de 908 pacientes. Los hombres fueron los más prevalentes (71,5%), el 48,5% de los pacientes tenía entre 50 y 69 años, el 45,2% tenía educación primaria incompleta, el 29,3% era analfabeto y 91 fueron atendidos por el Sistema Único de Salud (SUS). El diagnóstico de cáncer bucal fue el más frecuente (36,5%), siendo la lengua el sitio más afectado (21,1%) y el tipo histológico más frecuente fue el carcinoma de células escamosas (82%). Hubo deterioro vocal en el 14% de los casos, una pequeña proporción tuvo traqueotomía (6,6%) y 158 pacientes (17,4%) tenían tratamiento odontológico previo. **Conclusión:** Resaltar el perfil de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello posibilita el conocimiento sobre grupos vulnerables para promover políticas públicas y acciones para mejorar las condiciones de vida de estos individuos.

Palabras clave: neoplasias de cabeza y cuello; epidemiología; oncología médica; prevalencia.

ABSTRACT

Introduction: Head and neck cancer is a highly prevalent malignancy in Brazil, being the sixth most common type in the world. **Objective:** To highlight the prevalence, sociodemographic and clinicopathological characteristics of patients with head and neck cancer in a radiotherapy service. **Method:** Retrospective cross-sectional study of the medical records of patients with head and neck cancer treated between January 2010 and December 2020 at a radiotherapy center located in the countryside of Pernambuco. Clinical and sociodemographic data and clinical outcomes were collected. The analysis was carried out using Pearson's Chi-square, likelihood ratio and Fisher's exact statistical tests, and significance level of 5%. **Results:** Data were obtained from 908 patients. Males were the most prevalent (71.5%), 48.5% of the patients were in the age range of 50-69 years, 45.2% failed to complete elementary school, 29.3% were illiterate and the majority (91%) were consulted by the National Health System (SUS). The diagnosis of oral cancer was the most frequent (36.5%), the most affected site (21.1%) was the tongue, and the most frequent histological type was squamous cell carcinoma (82%). There was vocal impairment in 14% of the cases, a small proportion was submitted to tracheostomy (6.6%) and 158 patients (17.4%) had previous dental treatment. **Conclusion:** Highlighting the profile of patients with head and neck cancer expands the knowledge about vulnerable groups to facilitate the elaboration of public policies and actions to improve the living conditions of these individuals. **Key words:** head and neck neoplasms; epidemiology; medical oncology; prevalence.

RESUMO

Introdução: O câncer de cabeça e pescoço é uma neoplasia maligna com alta prevalência no Brasil e o sexto tipo mais comum no mundo. **Objetivo:** Evidenciar a prevalência, características sociodemográficas e clinicopatológicas de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em um serviço de radioterapia. **Método:** Estudo transversal retrospectivo dos prontuários de pacientes com câncer de cabeça e pescoço tratados entre janeiro de 2010 e dezembro de 2020 em um centro de radioterapia localizado no Agreste de Pernambuco. Foram coletados os dados clínicos, sociodemográficos e os desfechos clínicos. A análise estatística foi elaborada a partir dos testes qui-quadrado de Pearson, razão de verossimilhança e exato de Fisher, além de ser adotado o nível de significância de 5%. **Resultados:** Foram obtidos dados de 908 pacientes. O sexo masculino foi o mais prevalente (71,5%), 48,5% dos pacientes tinham entre 50 e 69 de idade, 45,2% não concluíram o 1º grau, 29,3% eram analfabetos e 91% foram atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O diagnóstico de câncer de boca foi o mais frequente (36,5%), sendo a língua o sítio mais acometido (21,1%), e o tipo histológico mais comum foi o carcinoma escamocelular (82%). Houve comprometimento vocal em 14% dos casos, uma pequena parcela realizou traqueostomia (6,6%) e 158 pacientes (17,4%) realizaram tratamento odontológico prévio. **Conclusão:** Evidenciar o perfil dos pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço possibilita o conhecimento dos grupos vulneráveis para promoção de políticas públicas e ações para melhorar a condição de vida desses indivíduos. **Palavras-chave:** neoplasias de cabeça e pescoço; epidemiologia; oncologia; prevalência.

^{1-46,89}Associação Caruaruense de Ensino Superior e Técnico. Centro Universitário Tabosa de Almeida (Asces-Unita). Caruaru (PE), Brasil. E-mails: lucasrenan0120@gmail.com; 2017102134@app.asces.edu.br; 2018202266@app.asces.edu.br; josevictorleala@gmail.com; amandacohm@gmail.com; danielnelago@asces.edu.br; claudiamota@asces.edu.br. Orcid id: <https://orcid.org/0000-0002-1300-8701>; Orcid id: <https://orcid.org/0000-0003-4087-563X>; Orcid id: <https://orcid.org/0000-0002-4804-3195>; Orcid id: <https://orcid.org/0000-0002-0213-290X>; Orcid id: <https://orcid.org/0000-0002-5766-4858>; Orcid id: <https://orcid.org/0000-0002-1928-1936>; Orcid id: <https://orcid.org/0000-0002-7909-5908>

⁵Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Recife (PE), Brasil. E-mail: brenowashington04@gmail.com. Orcid id: <https://orcid.org/0000-0002-7754-0270>

⁷Hospital Santa Águeda (HSA). Caruaru (PE), Brasil. E-mail: diego_rezende@hotmail.com. Orcid id: <https://orcid.org/0000-0002-0592-2114>

Dirección para correspondencia: Lucas Renan Alves dos Santos. Avenida Portugal, 584 – Universitário. Caruaru (PE), Brasil. CEP 55016-400. E-mail: lucasrenan0120@gmail.com



INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica como cáncer de cabeza y cuello a las neoplasias que se originan en los siguientes lugares: faringe, laringe, tráquea, cavidad oral, linfomas de cuello, glándulas salivares, oreja, senos paranasales, base del cráneo, además de los paragangliomas localizados en esa región, con excepción de la glándula tiroidea¹. En la cavidad oral, los lugares primarios más frecuentes corresponden a la lengua, paladar, encías, labio, piso bucal y base de la lengua².

Como consecuencia del aumento de la esperanza de vida de la población, las neoplasias se están volviendo uno de los principales problemas de salud pública del mundo³. La estimación del Instituto Nacional del Cáncer (INCA) para cada año del trienio 2023-2025 es que ocurran en el Brasil 704 000 casos nuevos de cáncer⁴.

Los cánceres de cabeza y cuello tienen fuerte ligación con el estilo de vida, consumo de alcohol y tabaco, factores de riesgo ambientales, infección por el virus del papiloma humano (VPH), antecedentes familiares, dieta desregulada y falta de actividad física. Los tratamientos más adoptados para el cáncer de cabeza y cuello son la radioterapia, la cirugía y la quimioterapia, que pueden combinarse, dependiendo del estadio de la enfermedad. Tumores más avanzados requieren habitualmente tratamientos multimodales y más agresivos^{5,6}.

El manejo de los pacientes diagnosticados con este tipo de cáncer requiere un enfoque multidisciplinario, con el involucramiento activo de especialistas de diversas áreas, para maximizar la supervivencia y la calidad de vida^{7,8}.

Los pacientes fueron, en su mayoría, diagnosticados en una etapa bastante avanzada, afectando el tratamiento de modo directo. Cuanto mayor es el atraso en el diagnóstico y, en consecuencia, en el inicio del tratamiento, más agresiva será la terapia, y peores serán el pronóstico y la supervivencia. El diagnóstico tardío puede llevar a un desenlace desfavorable, resultando en la progresión tumoral y en el aumento considerable de la mortalidad⁹.

Conocer el perfil de los pacientes acometidos por el cáncer de cabeza y cuello es un factor crucial para un planeamiento más asertivo del seguimiento de estos pacientes, favoreciendo la elaboración de estrategias de prevención y promoción de salud. De esta forma, el objetivo del presente estudio es evaluar el perfil epidemiológico y clínico-patológico de pacientes con cáncer de cabeza y cuello atendidos en un centro de radioterapia que es referencia en el Agreste Pernambucano.

MÉTODO

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Pesquisa (CEP) de la Asociación Caruaruense de Educación Superior y Técnica (Asces) bajo el número

de parecer 5402346 (CAAE: 58321222.0.0000.5203) y cumplió con todos los requisitos éticos relacionados con estudios que involucran a seres humanos, de conformidad con la Resolución n.º 466/12¹⁰ del Consejo Nacional de Salud.

Se realizó un estudio transversal retrospectivo de enfoque cuantitativo en un centro de radioterapia localizado en el Agreste Pernambucano, el Hospital Santa Águeda, que presta asistencia a la red privada y al Sistema Único de Salud (SUS), siguiendo el principio de la complementariedad del sector privado, siendo la mayoría de los pacientes procedente de ese sistema. El referido hospital integra la Red de Atención al Cáncer en el estado, y atiende a una macrorregión con una población adscrita de 1 922 110 personas del Agreste de Pernambuco¹¹.

Se obtuvo una muestra por conveniencia, compuesta por las historias clínicas de pacientes atendidos entre el 1 de enero de 2010 y el 31 de diciembre de 2020 que tenían informe histopatológico comprobando el diagnóstico de cáncer de cabeza y cuello o tumores de metástasis secundaria en esa área. Fueron excluidas las historias que presentaron informaciones insuficientes con relación a las variables analizadas, así como historias cuyo año de diagnóstico estaba fuera de la muestra temporal definida.

Los datos clínicos, sociodemográficos y desenlaces clínicos fueron recolectados de las historias clínicas físicas a partir de su diagnóstico hasta el último registro en la evolución o pérdida de seguimiento. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, raza, escolaridad, estado civil, ocupación, diagnóstico, tipo histológico, localización del tumor, tratamiento abordado, tratamiento odontológico previo, origen de la referencia, además de la obtención de informaciones con relación a los casos sin evidencia de enfermedad, remisión, recidiva, metástasis ganglionar, metástasis a distancia, óbito, compromiso vocal y traqueostomía.

Para el análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y características de los tumores, los resultados fueron organizados en tablas, presentando frecuencias absolutas y relativas. Estas variables fueron correlacionadas mediante las pruebas ji al cuadrado de Pearson, razón de verosimilitud y exacta de Fisher, adoptando un nivel de significancia del 5%.

RESULTADOS

El estudio abarcó 908 historias clínicas de pacientes atacados por cáncer de cabeza y cuello. El promedio de edad al momento del diagnóstico fue de 60,6 años. Entre los casos registrados, se destaca 649 de sexo masculino (71,5%) contra 259 (28,5%) de sexo femenino. Los datos sociodemográficos de los pacientes están descritos en la Tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico de cáncer de cabeza y cuello (n=908)

| Variable | n (%) |
|---------------------|--------------------|
| Total | 908 (100,0) |
| Grupo etario | |
| Hasta 17 | 12 (1,3) |
| 18 a 29 | 29 (3,2) |
| 30 a 49 | 158 (17,4) |
| 50 a 69 | 440 (48,5) |
| 70 o más | 269 (29,6) |
| Color | |
| Blanco | 434 (47,8) |
| Pardo | 439 (48,3) |
| Negro | 23 (2,5) |
| Amarillo | 12 (1,3) |
| Estado civil | |
| Casado | 472 (52,0) |
| Soltero | 248 (27,3) |
| Viudo | 131 (14,4) |
| Separado | 53 (5,8) |
| No informado | 4 (0,4) |
| Escolaridad | |
| Analfabeto | 266 (29,3) |
| Primaria incompleta | 410 (45,2) |
| Primaria completa | 89 (9,8) |
| Secundaria completa | 76 (8,4) |
| Superior | 49 (5,4) |
| No informado | 18 (2,0) |

Entre los diagnósticos más prevalentes, el cáncer de cavidad oral representa el 38,4% de los casos, mientras que el tipo histológico predominante es el carcinoma escamocelular, que atacó a 745 pacientes (82,0%) (Tabla 2). Los enfoques terapéuticos más frecuentes fueron la radioterapia aislada (41,1%) o asociada a la quimioterapia (33,7%). También fueron recolectados datos sobre tratamiento odontológico previo, realización de traqueostomía y ocurrencia de compromiso vocal.

Entre los lugares más acometidos están la lengua (21,1%), seguida por la región de la glotis (9,8%) y la orofaringe (7,6%) (Tabla 3).

Con relación al desenlace clínico, se observó que 125 pacientes (13,8%) estaban sin evidencia de enfermedad, y otros 324 (35,7%) fueron clasificados en remisión. Hubo recidiva en 15 (1,7%) pacientes, mientras 162 (17,8%) desarrollaron metástasis ganglionar, 30 (3,3%) evolucionaron con metástasis a distancia, y 245 (27%) fallecieron.

Tabla 2. Características clínicas de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello

| Variable | n (%) |
|--|--------------------|
| Total | 908 (100,0) |
| Diagnóstico | |
| CA de boca | 350 (38,5) |
| CA de faringe | 195 (21,5) |
| CA de laringe | 194 (21,4) |
| Linfoma | 71 (7,8) |
| CA de glándula | 64 (7,0) |
| CA de seno maxilar | 15 (1,7) |
| CA de cuello | 9 (1,0) |
| CA de fosa nasal | 5 (0,5) |
| CA de mandíbula | 2 (0,2) |
| CA de tráquea | 2 (0,2) |
| CA de oído | 1 (0,1) |
| Tipo histológico | |
| Carcinoma células escamosas | 745 (82,0%) |
| Otros carcinomas | 62 (6,8%) |
| Linfoma de Hodgkin | 47 (5,2%) |
| Otros tipos histológicos | 26 (2,9%) |
| Linfoma no Hodgkin | 21 (2,3%) |
| Adenocarcinomas | 5 (0,5%) |
| No informado | 2 (0,2%) |
| Técnica de tratamiento | |
| RT exclusiva | 373 (41,1) |
| RT + QT | 306 (33,7) |
| Cirugía + RT | 162 (17,8) |
| Cirugía + RT + QT | 38 (4,2) |
| No dio continuidad al tratamiento | 14 (1,5) |
| Cirugía exclusiva | 11 (1,2) |
| QT exclusiva | 3 (0,3) |
| Cirugía + QT | 1 (0,1) |
| Tratamiento odontológico previo | |
| No | 750 (82,6) |
| Sí | 158 (17,4) |
| Origen de la referencia | |
| SUS | 826 (91,0) |
| Particular | 82 (9,0) |
| Compromiso vocal | |
| No | 767 (84,5) |
| Sí | 134 (14,8) |
| No informado | 7 (0,8) |
| Traqueostomía | |
| No | 841 (92,6) |
| Sí | 60 (6,6) |
| No informado | 7 (0,8) |

Leyenda: CA= cáncer; RT= radioterapia; QT= quimioterapia; SUS= Sistema Único de Salud.

Tabla 3. Frecuencias de la localización del tumor

| Localización del tumor | n (%) |
|--------------------------|--------------------|
| Total | 908 (100,0) |
| Lengua | 192 (21,1) |
| Glottis | 98 (10,8) |
| Región cervical | 74 (8,1) |
| Orofaringe | 69 (7,6) |
| Piso bucal | 53 (5,8) |
| Glándula parótida | 52 (5,7) |
| Supraglotis | 46 (5,1) |
| Labio | 44 (4,8) |
| Laringe | 40 (4,4) |
| Hipofaringe | 35 (3,9) |
| Paladar blando | 32 (3,5) |
| Nasofaringe | 26 (2,9) |
| Reborde alveolar | 23 (2,5) |
| Mucosa yugal | 22 (2,4) |
| Paladar no especificado | 18 (2,0) |
| Seno maxilar | 15 (1,6) |
| Trígono retromolar | 14 (1,5) |
| Glándula submandibular | 13 (1,4) |
| Epiglotis | 6 (0,7) |
| Fosa nasal | 6 (0,7) |
| Infraglotis | 5 (0,5) |
| Amígdala | 5 (0,5) |
| Celda amigdalina | 3 (0,3) |
| Rinofaringe | 3 (0,3) |
| Faringe | 2 (0,2) |
| Mandíbula | 2 (0,2) |
| Paladar duro | 2 (0,2) |
| Tráquea | 2 (0,2) |
| Úvula | 2 (0,2) |
| Cara | 1 (0,1) |
| Glándula sublingual | 1 (0,1) |
| Nasofaringe y orofaringe | 1 (0,1) |
| Oído medio | 1 (0,1) |

Al evaluar el desenlace clínico, se verificó que el grupo más vulnerable, con peor evolución clínica y que más falleció fue el de los hombres (28,2%), siendo el grupo etario más atacado compuesto por personas con 70 años o más (37%) (Tabla 4).

DISCUSIÓN

El cáncer de cabeza y cuello constituye un grupo amplio, teniendo como tipo histológico más común el carcinoma

de células escamosas, que ataca predominantemente (90%) a la laringe, faringe, glándulas salivares, cavidad nasal, cavidad oral y senos faciales. La literatura reporta que la incidencia del cáncer de cabeza y cuello continúa aumentando, siendo el sexto grupo principal de cáncer en el mundo¹². Estos datos se aproximan a los resultados encontrados en la presente investigación, estando presentes en los lugares citados anteriormente el 91,52% de los casos. De acuerdo con Dantas *et al.*¹³, la localización primaria del tumor es la lengua, que también se evidenció en 192 (21,1%) pacientes de esta investigación.

El presente estudio identificó que el 71,5% de los pacientes acometidos son de sexo masculino, y que el grupo etario predominante está comprendido entre los 50 y 69 años (48,5%). El mayor acometimiento del sexo masculino en los tumores de cabeza y cuello está relacionado a su estilo de vida, puesto que algunos hábitos los exponen a diversos factores de riesgo¹⁴.

Los principales hábitos perjudiciales que predisponen y son causas determinantes para el surgimiento y aumento de la incidencia del cáncer de cabeza y cuello son el consumo de bebidas alcohólicas y de tabaco¹⁵. El consumo frecuente y excesivo de dichos productos, la falta de una alimentación adecuada y la presencia de factores ocupacionales, como la exposición solar de forma prolongada, exposición a sustancias químicas y al asbesto son factores de riesgo claramente descritos en la literatura¹⁶.

En el presente estudio, se comprobó que individuos pardos (48,3%) y de piel blanca (47,8%) fueron los más atacados, puesto que estos tienen mayor propensión a sufrir los efectos de la radiación de la exposición solar con los rayos ultravioleta, aumentando el riesgo de desarrollo de cáncer¹⁷.

El bajo nivel de escolaridad tiene un efecto directamente relacionado con los comportamientos de riesgo y elecciones de estilo de vida, interfiriendo en el autocuidado y en el conocimiento respecto de sus repercusiones a largo plazo¹⁸. En la presente investigación, los resultados corroboran los hallazgos similares en la literatura, en donde los pacientes analfabetos (29,3%) y con primaria incompleta (45,2%) fueron los más afectados por el cáncer de cabeza y cuello.

El estudio desarrollado por Dantas *et al.*¹³ evidenció que la baja escolaridad influyó significativamente en la sobrevida, concluyendo que esta estaba inversamente relacionada a su nivel de escolaridad que, en la mayoría de casos, es responsable por el diagnóstico tardío, la abstención o abandono del tratamiento resultando en el peor pronóstico, lo que se asemeja al presente estudio, dado que la concentración mayoritaria de óbitos está respectivamente en analfabetos y en el grupo de los que no concluyeron la primaria.

Tabla 4. Evaluación del desenlace según los datos sociodemográficos y el origen del tratamiento

| Variable | Desenlace | | | | | | p |
|---------------------|-----------------------------|-------------------|-----------------|-----------------------|------------------------|-------------------|---------------------------|
| | Sin evidencia de enfermedad | Remisión | Recidiva | Metástasis ganglionar | Metástasis a distancia | Óbito | |
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | |
| Sexo | | | | | | | |
| Masculino | 83 (12,8) | 231 (35,8) | 6 (0,9) | 124 (19,2) | 20 (3,1) | 182 (28,2) | p ⁽¹⁾ = 0,03* |
| Femenino | 42 (16,5) | 93 (36,5) | 9 (3,5) | 38 (14,9) | 10 (3,9) | 63 (24,7) | |
| Grupo etario | | | | | | | |
| Hasta 17 | 4 (33,3) | 5 (41,7) | 0 (0,0) | 2 (16,7) | 1 (8,3) | 0 (0,0) | p ⁽²⁾ = 0,002* |
| 18 a 20 | 5 (17,9) | 12 (42,9) | 1 (3,6) | 2 (7,1) | 2 (7,1) | 6 (21,4) | |
| 30 a 49 | 31 (19,6) | 55 (34,8) | 3 (1,9) | 33 (20,9) | 4 (2,5) | 32 (20,3) | |
| 50 a 69 | 62 (14,2) | 156 (35,6) | 6 (1,4) | 87 (19,9) | 18 (4,1) | 109 (24,9) | |
| 70 o más | 23 (8,7) | 96 (36,2) | 5 (1,9) | 38 (14,3) | 5 (1,9) | 98 (37,0) | |
| Total | 125 (13,9) | 324 (36,0) | 15 (1,7) | 162 (18,0) | 30 (3,3) | 245 (27,2) | |
| Escolaridad | | | | | | | |
| Analfabeto | 29 (11,0) | 91 (34,5) | 3 (1,1) | 43 (16,3) | 10 (3,8) | 88 (33,3) | p ⁽³⁾ < 0,001* |
| Primaria incompleta | 52 (12,7) | 150 (36,8) | 5 (1,2) | 85 (20,8) | 10 (2,5) | 106 (26,0) | |
| Primaria completa | 17 (19,3) | 33 (37,5) | 3 (3,4) | 12 (13,6) | 3 (3,4) | 20 (22,7) | |
| Secundaria completa | 13 (17,3) | 30 (40,0) | 3 (4,0) | 13 (17,3) | 1 (1,3) | 15 (20,0) | |
| Superior | 11 (22,9) | 15 (31,3) | 1 (2,1) | 8 (16,7) | 5 (10,4) | 8 (16,7) | |
| Total | 122 (13,8) | 319 (36,1) | 15 (1,7) | 161 (18,2) | 29 (3,3) | 237 (26,8) | |
| Origen | | | | | | | |
| SUS | 108 (13,2) | 294 (35,8) | 14 (1,7) | 151 (18,4) | 26 (3,2) | 228 (27,8) | p ⁽¹⁾ = 0,274 |
| Particular | 17 (21,3) | 30 (37,5) | 1 (1,3) | 11 (13,8) | 4 (5,0) | 17 (21,3) | |
| Total | 125 (13,9) | 324 (36,0) | 15 (1,7) | 162 (18,0) | 30 (3,3) | 245 (27,2) | |

(*) Asociación significativa del 5%.

(1) Prueba ji al cuadrado de Pearson.

(2) Prueba razón de verosimilitud.

(3) Prueba exacta de Fisher.

Legenda: SUS = Sistema Único de Salud.

El cáncer de cabeza y cuello presenta una alta prevalencia en el Brasil, con tasas de incidencia y mortalidad significativas, y como consecuencia un impacto en la calidad de vida del paciente afectado. El tratamiento es, a veces, mutilador, pudiendo causar disfagia, disfonía, pérdida funcional, desfiguración facial relevante e interfiere en la relación social del paciente¹⁴. A pesar de los avances médicos, el cáncer de cabeza y cuello posee un mal pronóstico y una tasa de supervivencia de cinco años entre el 28% y el 67%. El diagnóstico temprano puede ofrecer un mejor pronóstico en el 88% de los casos de cáncer, además de favorecer el éxito en el tratamiento¹².

El tratamiento de elección dependerá entre otras cosas de las características clínico-patológicas de la neoplasia, pudiendo hacerse con cirugía, radioterapia

y quimioterapia. La cirugía es la más indicada para lesiones iniciales. La radioterapia y la quimioterapia son las estrategias terapéuticas que proporcionan mayor supervivencia a los pacientes, sin embargo, las altas dosis en la radioterapia pueden acarrear consecuencias que afectan directamente la calidad de vida e interfieren en la funcionalidad de la masticación, en la deglución y hasta en la fonación^{19,20}. Tal como quedó evidenciado en este estudio en el que los tratamientos más abordados fueron radioterapia exclusiva (41,1%), seguido de radioterapia asociada a la quimioterapia (33,7%) y cirugía previa asociada a la radioterapia (17,8%).

La quimiorradioterapia concomitante es considerada la terapéutica estándar para el carcinoma escamocelular de cabeza y cuello localmente avanzado, sea como

tratamiento aislado o posterior al tratamiento quirúrgico, con evidencias reunidas en dos metaanálisis de datos de casos individuales^{21,22}. Alvarenga *et al*²³. corroboran este estudio en cuanto al tratamiento multimodal, pues la mayoría de los casos presentó este enfoque en virtud de la estadificación de T3 y T4²³.

Las complicaciones orales de la radioterapia pueden ocurrir durante o después del tratamiento, siendo las más frecuentes mucositis, xerostomía, caries de radiación, disgeusia, infecciones secundarias, trismo y osteorradionecrosis^{24,25}. Entre las complicaciones citadas, la mucositis oral es uno de los principales motivos de abandono de la radioterapia, junto con otros agravamientos como disfagia, dermatitis y odinofagia²⁶. Ante las evidencias citadas anteriormente, el seguimiento odontológico de estos pacientes es de gran relevancia para una mejor calidad de vida, mientras este estudio constató una pequeña cantidad de pacientes, 17,4%, que fue enviada al cirujano dentista.

Las intervenciones en salud bucal pueden reducir significativamente las complicaciones ocasionadas por el tratamiento del cáncer; de esta forma, el tratamiento de los agravamientos como caries, gingivitis, periodontitis, entre otros, proporciona a los individuos una mejor calidad de vida²⁶. Además, las directrices del *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE)²⁷ recomiendan el uso de la terapia con láser de baja intensidad para el tratamiento de la mucositis oral. Morais *et al*.²⁸ comprobaron que protocolos preventivos de higiene bucal y la terapia de fotobiomodulación tuvieron como resultado un mejor control de complicaciones orales y en la disminución de las interrupciones de la radioterapia por causa de la mucositis.

En cuanto a los desenlaces clínicos, la mortalidad debida a las neoplasias viene aumentando en el escenario mundial²⁹. De acuerdo con la OMS³⁰, la proyección para el año 2030 es de aproximadamente 27 millones de nuevos casos de cáncer y 17 millones de muertes por año, y que dos tercios estarán concentrados en países en desarrollo, grupo que engloba al Brasil. Este aumento es el resultado de los constantes cambios demográficos y epidemiológicos, repercutiendo en el aumento de la población senil, y el subsecuente cambio del perfil de muertes por enfermedades infecciosas hacia muertes por enfermedades crónicas. De esa forma, el envejecimiento, hábitos perjudiciales y el cambio del ambiente repercuten directamente en la incidencia y mortalidad por cáncer. Estas evidencias corroboran los resultados del presente estudio, pues la mayoría de los decesos ocurrió en el grupo con edad igual o superior a 70 años.

Las enfermedades y agravamientos no transmisibles son los principales responsables por el padecimiento y óbito mundialmente³⁰, lo que también repercute en el estado

de Pernambuco¹¹, pues las neoplasias son la tercera causa de fallecimiento más frecuente y el cáncer de cavidad oral ocupa la quinta posición entre las muertes en el estado⁴.

Entre las limitaciones del estudio, se tiene que el local donde se realizó la investigación es un centro de radioterapia. Así, el diagnóstico tiene propensión a ser tardío y, en consecuencia, la mayoría de los casos referenciados se encontraba en una etapa más avanzada, haciendo uso de radioterapia y quimioterapia, lo que justifica también el número reducido de casos tratados solo con cirugía.

CONCLUSIÓN

El perfil clínico-patológico y los factores sociodemográficos influyen directamente en el desenlace clínico y el pronóstico de los pacientes acometidos por el cáncer de cabeza y cuello y están en consonancia con las evidencias presentes en la literatura. Se evidenció que el grupo más vulnerable y que tiene el peor pronóstico es el de sexo masculino, a partir de los 50 años, analfabetos y que no concluyeron la educación básica. Se destaca que, a pesar de ser esencial el tratamiento odontológico previo en los casos de cáncer de cabeza y cuello, debido al área de irradiación en la terapia antineoplásica, este enfoque fue raro. Se resalta que las estadísticas elevadas convierten a esta condición en una incesante preocupación de los gestores en salud. De esta forma, es necesaria la elaboración de políticas públicas orientadas hacia la reducción de las inequidades para los grupos más vulnerables, con acciones de prevención y promoción de salud, además de apoyar e incentivar investigaciones científicas.

APORTES

Todos los autores contribuyeron sustancialmente en la concepción y/o en el planeamiento del estudio; en la obtención, análisis y/o interpretación de los datos; en la redacción y/o revisión crítica; y aprobaron la versión final a publicarse.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Nada a declarar.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

No hay.

REFERENCIAS

1. El-Naggar AK, Chan JKC, Grandis JR, editores. WHO classification of head and neck tumours. 4 ed. Lyon: IARC; 2017.

2. Freire A, Freire D, Araújo E, et al. Influence of public oral health services and socioeconomic indicators on the frequency of hospitalization and deaths due to oral cancer in Brazil, between 2002–2017. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(1):238. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph18010238>
3. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2018;68(6):394-424. doi: <https://doi.org/10.3322/caac.21492>
4. Santos MO, Lima FCS, Martins LFL, et al. Estimativa de incidência de câncer no Brasil, 2023-2025. *Rev Bras Cancerol*. 2023;69(1):e-213700. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n1.3700>
5. Hoxhaj I, Hysaj O, Vukovic V, et al. Occurrence of metachronous second primary cancer in head and neck cancer survivors: a systematic review and meta-analysis of the literature. *Eur J Cancer Care*. 2020;29(5):1-17. doi: <https://doi.org/10.1111/ecc.13255>
6. Moore C, McIister C, Cardwell C, et al. Dental caries following radiotherapy for head and neck cancer: a systematic review. *Oral Oncol*. 2020;100:104484. doi: <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2019.104484>
7. Kim D, Li R. Contemporary treatment of locally advanced oral cancer. *Curr Treat Options Oncol*. 2019;20(4):1-9. doi: <https://doi.org/10.1007/s11864-019-0631-8>
8. Lau A, Yang W, Li K, et al. Systemic therapy in recurrent or metastatic head and neck squamous cell carcinoma- a systematic review and meta-analysis. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2020;153:02984. doi: <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2020.102984>
9. Felippu A, Freire E, Silva R, et al. Impact of delay in the diagnosis and treatment of head and neck cancer. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2016;82(2):140-3. doi: <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2015.10.009>
10. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2013 jun 13; Seção I:59.
11. Secretaria de Saúde (PE). Plano de atenção para diagnóstico e o tratamento do câncer no estado de Pernambuco. Recife: Secretaria Estadual de Saúde; 2020.
12. Mahmood H, Shaban M, Indave BI, et al. Use of artificial intelligence in diagnosis of head and neck precancerous and cancerous lesions: a systematic review. *Oral Oncol*. 2020;110:104885. doi: <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2020.104885>
13. Dantas T, Barros Silva P, Sousa E, et al. Influence of educational level, stage, and histological type on survival of oral cancer in a Brazilian population. *Medicine*. 2016;95(3):1-10. doi: <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000002314>
14. Andrade J, Santos C, Oliveira M. Fatores associados ao câncer de boca: um estudo de caso-controle em uma população do nordeste do Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18(4):894-905. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500040017>
15. Silva AF, Roussenq S, Tavares M. Perfil epidemiológico dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço em um centro oncológico no sul do Brasil. *Rev Bras Cancerol*. 2020;66(1):1-8. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n1.455>
16. Boing A, Antunes J. Condições socioeconômicas e câncer de cabeça e pescoço: uma revisão sistemática de literatura. *Ciênc saúde coletiva*. 2011;16(2):615-22. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000200025>
17. Schneier I, Flores M, Nickel D, et al. Survival rates of patients with cancer of the lip, mouth and pharynx: a cohort study of 10 years. *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17(3):680-91. doi: <https://doi.org/10.1590/1809-4503201400030009>
18. Conway DI, McMahon AD, Smith K, et al. Socioeconomic status and head and neck cancer. *Evid Based Dent*. 2010;11(2):57-8. doi: <https://doi.org/10.1038/sj.ebd.6400726>
19. Hunter K, Jolly S. Clinical review of physical activity and functional considerations in head and neck cancer patients. *Support Care Cancer*. 2013;21:1475-9. doi: <https://doi.org/10.1007/s00520-013-1736-4>
20. Conceição T, Sanches A, Freire T, et al. Acute oral manifestations in patients submitted to radiotherapy in the head and neck region: literature narrative review. *J Health Sci*. 2021;23(1):92-8. doi: <https://doi.org/10.5935/1808-8694.20130041>
21. Pignon DR, Bourhis J, Domenge C, et al. Chemotherapy added to locoregional treatment for head and neck squamous-cell carcinoma: three meta-analyses of updated individual data. *Lancet*. 2000;355(9208):949-55. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)90011-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)90011-4)
22. Pignon J, Maître A, Maillard E, et al. Meta-análise de quimioterapia em câncer de cabeça e pescoço (MACH-NC): uma atualização de 93 estudos randomizados e 17.346 pacientes. *Radiother Oncol*. 2009;92(1):4-14. doi: <https://doi.org/10.1016/j.radonc.2009.04.014>
23. Alvarenga L, Ruiz M, Pavarino-Bertelli E, et al. Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em um hospital universitário do noroeste do estado de São Paulo. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2008;74(1):68-73. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-72992008000100011>
24. Davy C, Heathcote S. A systematic review of interventions to mitigate radiotherapy-induced oral mucositis in head and neck cancer patients. *Support Care Cancer*. 2020;29:2187-2202. doi: <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05548-0>

25. Morais M, Elias M, Leles C, et al. The effect of preventive oral care on treatment outcomes of a cohort of oral cancer patients. *Support Care Cancer*. 2015;24:1663-70. doi: <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2956-6>
26. Lee H, Han D, Kim J. et al. The effect of comprehensive oral care program on oral health and quality of life in patients undergoing radiotherapy for head and neck cancer. *Medicine*. 2021;100(16):1-7. doi: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000025540>
27. National Institute for Health and Care Excellence. Low-level laser therapy for preventing or treating oral mucositis caused by radiotherapy or chemotherapy. United Kingdom: Interventional procedures guidance; 2022.
28. Morais M, Martins A, Jesus A, et al. A prospective study on oral adverse effects in head and neck cancer patients submitted to a preventive oral care protocol. *Support Care Cancer*. 2020;28:4263-73. doi: <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05283-1>
29. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA A Cancer J Clin*. 2021;71(3):209-49. doi: <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
30. Wild CP, Weiderpass E, Stewart BW. World cancer report cancer research for cancer prevention. Lyon: IARC; 2020.

Recebido em 24/8/2023
Aprovado em 17/10/2023