

Diagnóstico Tardío del Cáncer de Boca: ¿Dónde Estamos Fallando?

<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2026v72n3.5642ES>

Diagnóstico Tardío do Câncer de Boca: Onde Estamos Errando?
Late Diagnosis of Oral Cancer: Where Are We Going Wrong?

Renata Tucci¹; Hugo Wermelinger Zavoli²; Maria Carolina de Lima Jacy Monteiro Barki³; Rebeca de Souza Azevedo⁴

INTRODUCCIÓN

El cáncer de boca permanece, desde hace décadas, como una de las neoplasias más descuidadas en el Brasil, a pesar de presentar elevada incidencia y mortalidad potencialmente evitable. Para cada año del trienio 2026-2028, se estiman 17 190 casos nuevos de cáncer de la cavidad oral en el país, siendo 12 260 casos en hombres y 4930 en mujeres¹.

Incluso frente a estos números notorios, gran parte de los diagnósticos aún se da en estadios avanzados². Estudios indican que más de tres cuartos de los tumores de la cavidad oral son identificados tardíamente, generalmente en los estadios III o IV^{2,3}, circunstancia asociada a terapéuticas más agresivas, peor pronóstico y elevación substancial de los costos para el sistema de salud. Se estima que el costo del tratamiento en estadio IV (R\$ 25 600) sea hasta cinco veces superior al realizado en estadio I (R\$ 5100), mientras que la sobrevida en cinco años sufre una reducción drástica, cayendo del 80% a solo el 20%⁴.

Esta realidad persiste aun después de la ampliación de la Atención Primaria a la Salud (APS), la expansión de la Estrategia Salud de la Familia y el aumento del número de cirujanos dentistas introducidos en la red pública. Frente a esto, se impone una reflexión crítica: ¿por qué, a pesar de los avances estructurales, se continúa fallando en el diagnóstico temprano?

Se defiende aquí que el núcleo del diagnóstico tardío del cáncer de boca no reside solamente en la falta de conocimiento técnico de los profesionales, sino en la suma de fallas estructurales, educativas, políticas y culturales que modelan, limitan y, al final, fragilizan la capacidad del sistema de salud de prevenir, detectar y tratar tempranamente esta enfermedad. Es necesario enfrentar el asunto sin eufemismos: el retraso en el diagnóstico del cáncer de boca no es un accidente, sino un fenómeno producido, alimentado por prioridades

desalineadas, formación insuficiente, barreras de acceso y por el mantenimiento de desigualdades sociales históricas.

Si el objetivo es comprender dónde se está cometiendo la equivocación, es imprescindible analizar críticamente estos múltiples planos —clínico, institucional y social— que interactúan para producir uno de los problemas más persistentes y evitables de la salud pública brasileña.

DESARROLLO

SUBPRIORIZACIÓN ESTRUCTURAL DE LA BOCA EN LA APS

Estudios sobre intervalo diagnóstico en cáncer de boca demuestran que una parte importante del tiempo hasta la confirmación diagnóstica se concentra en la atención primaria, evidenciando la influencia de factores organizacionales, tales como la priorización asistencial, la duración de las consultas y la capacidad de reconocimiento clínico, sobre el llamado atraso profesional^{5,6}. Atribuir el diagnóstico tardío a la falta de tiempo de las consultas o a la alta demanda puede ocultar una cuestión más estructural: la persistente subpriorización de la salud bucal y de las lesiones de la cavidad oral, incluyendo los desórdenes orales potencialmente malignos y el cáncer de boca, en el interior del proceso de trabajo y de la organización de los servicios.

Los cirujanos dentistas normalmente afirman saber reconocer señales sospechosas, como úlceras, leucoplasias, queilitis actínicas, pero tales hallazgos no siempre son tratados como urgencia diagnóstica. Y se puede levantar otra pregunta: ¿será que saben realmente? No son raros los casos que llegan a los centros especializados en estomatología después de semanas o meses de evolución, como consecuencia de enfoques iniciales equivocados. En diferentes niveles de atención, lesiones malignas o potencialmente malignas pueden ser interpretadas como procesos inflamatorios o traumáticos, sin investigación diagnóstica adecuada⁷⁻⁹.

¹Universidade Federal Fluminense (UFF), Instituto de Saúde de Nova Friburgo (ISNF), Curso de Odontologia, Disciplinas de Estomatopatologia e Patologia Oral. Nova Friburgo (RJ), Brasil.

²E-mail: rtucci@id.uff.br. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0003-2295-6305>

³E-mail: hugowermelinger@id.uff.br. Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0009-6208-8080>

⁴E-mail: mariacljmb@id.uff.br. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0001-9499-0591>

⁵E-mail: rsazevedo@id.uff.br. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-3550-3914>

Dirección para correspondencia: Renata Tucci. UFF/ISNF. Nova Friburgo (RJ), Brasil. Rua Dr. Silvio Henrique Braune, 22 – Centro. Nova Friburgo (RJ), Brasil. CEP 28625-650. E-mail: rtucci@id.uff.br



Dentro de la APS, la boca sigue siendo vista como terreno exclusivo de la odontología, mientras que esta permanece restringida a acciones puntuales y poco integradas a los flujos de cuidado. Esta segregación es perjudicial: el cáncer de boca no es solo “del cirujano dentista”, sino un problema de salud pública que debería movilizar a cualquier profesional que examine al paciente. Además, la población suele asociar al cirujano dentista solo con problemas dentales, ignorando su actuación, por ejemplo, en mucosa oral, región cervical y glándulas salivales. De esta forma, muchos no buscan al cirujano dentista ante lesiones orales, lo que contribuye para el retraso en el diagnóstico⁵. La literatura indica, por ejemplo, que las acciones proactivas de búsqueda activa de lesiones en grupos de riesgo, como fumadores, usuarios crónicos de alcohol, personas mayores y trabajadores expuestos al sol, aún son poco investigadas, pero muy importantes¹⁰. En su trabajo, Andrade¹⁰ hizo una búsqueda activa de lesiones bucales en Unidades de Salud de la Familia y enfatiza que, cuando se dirige hacia grupos de riesgo (consumidores de tabaco y alcohol), se muestra como una estrategia eficiente y esencial para el diagnóstico temprano del carcinoma espinocelular, históricamente identificado en estadios clínicos avanzados.

La literatura internacional presenta evidencias consistentes sobre la superioridad de la detección dirigida a grupos de riesgo frente al modelo poblacional universal. Datos de ensayos comunitarios de largo plazo indican que el examen visual periódico de la cavidad oral es capaz de reducir la mortalidad específica por cáncer de boca apenas entre usuarios de tabaco y alcohol, sin impacto significativo en la población general¹¹. La estratificación basada en perfiles comportamentales aumenta substancialmente la eficiencia de las acciones, reduciendo el número de exámenes necesarios y potenciando el impacto real sobre la supervivencia¹². Tales hallazgos refuerzan el hecho de que las estrategias basadas en riesgo, cuando se integran a sistemas organizados de acompañamiento, presentan mayor racionalidad epidemiológica y relación costo efectividad que las campañas amplias y no dirigidas.

Recientemente se lanzó la “Directriz para la práctica clínica odontológica en la atención primaria a la salud: acciones para el diagnóstico de los desórdenes orales potencialmente malignos y del cáncer de boca”¹³. Esta directriz contiene la lista de documentos relacionados con la salud bucal del adulto y de la persona mayor y trae el enfoque sobre la detección de desórdenes orales potencialmente malignos que, descubiertos a tiempo, pueden tener desenlaces más favorables para los usuarios en términos de calidad de vida y supervivencia. No siempre la directriz se incorpora al trabajo cotidiano de los equipos, sea por falta de estímulo institucional, ausencia

de protocolos vinculantes o por poca integración entre profesionales. Este vacío entre la norma técnica y la práctica asistencial revela que la cuestión central no es la falta de instrumentos, sino la prioridad que se les da.

Así, cuando se dice que el diagnóstico se hace tardíamente porque “no hay tiempo”, en verdad se está admitiendo que el sistema no organiza el tiempo para esto, sugiriendo que el examen de boca es visto como algo secundario, opcional o dispensable. Y, mientras que tal percepción persista, el atraso diagnóstico será inevitable.

FORMACIÓN PROFESIONAL: EXCESO DE TECNICISMO Y AUSENCIA DE PERSPECTIVA CRÍTICA

La formación de profesionales de la salud constituye otro pilar importante de este problema. En muchos cursos de las carreras de odontología y medicina, el cáncer de boca se enseña de manera fragmentada, mayormente biomédica, centrada en la descripción morfológica de las lesiones y en el tratamiento quirúrgico. Lo que falta, de forma alarmante, es la formación que conecta conocimiento técnico a prácticas integradas de cuidado, considerando determinantes sociales, barreras de acceso y dimensiones subjetivas del padecimiento.

Los estudiantes frecuentemente no desarrollan la suficiente competencia clínica para identificar tempranamente señales evidentes de cáncer de boca a lo largo de sus estudios de graduación, así como son poco preparados para realizar diálogos sensibles con poblaciones vulnerables, enfrentar creencias equivocadas, mitos sobre el cáncer o resistencias al cuidado, elementos centrales en el acompañamiento de personas en situación de riesgo. La ausencia de esta formación crítica resulta en una clínica desconectada de la realidad, frecuentemente incapaz de intervenir de manera eficaz^{14,15}.

Como enfatiza Paulo Freire¹⁶: “no hay palabra verdadera que no sea praxis”: es necesario reflexionar para actuar y actuar para transformar. Sin embargo, la formación en salud, muchas veces, continúa apoyada en una lógica tecnicista, cuyo foco está más en la enfermedad que en el sujeto¹⁷. Sin esta dimensión humana y social, los profesionales recién graduados llegan a los servicios con una visión limitada, que no contempla la complejidad involucrada en la detección temprana del cáncer de boca.

Además, es raro que los currículos incluyan habilidades prácticas de oratoria clínica, enfoque preventivo ampliado, gestión de la línea de cuidado o comprensión de desigualdades raciales y territoriales, todas esenciales para que el profesional reconozca y enfrente los factores que conducen al atraso diagnóstico del cáncer de boca.

La formación insuficiente no es un detalle: estructura la manera cómo el futuro profesional percibirá o dejará de percibir la urgencia ante una lesión sospechosa.

DESIGUALDAD SOCIAL: EL PESO INVISIBLE QUE PADECE Y RETARDA EL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE BOCA

Ninguna discusión sobre cáncer de boca está completa sin considerar la desigualdad social. En el Brasil, esta enfermedad tiene cara, género, territorio y clase social: ataca principalmente a hombres, trabajadores informales, agricultores, personas con baja educación y comunidades periféricas expuestas a las vulnerabilidades acumuladas¹⁸⁻²¹.

Estas poblaciones, a su vez, son las que menos acceden a atenciones regulares, presentan menor compromiso con las consultas preventivas y enfrentan barreras estructurales de acceso^{22,23}, como distancia de los servicios, horarios incompatibles con jornadas de trabajo precarias, falta de transporte, rotación de profesionales y dificultad de navegación en el sistema. Así, cuando un síntoma surge —una herida que no cicatriza, un dolor persistente, una mancha anormal— el individuo demora para buscar atención y, cuando la busca, en general, lo hace a través de emergencias médicas, en donde los exámenes de boca raramente son prioridad.

Además, la red de referencia y contrarreferencia suele ser lenta y burocrática. Hay informes de pacientes aguardando meses para la realización de biopsias o consultas con especialistas. Para una enfermedad en que el tiempo es determinante, ese atraso es devastador: el sistema público, al fallar en ofrecer flujos resolutivos, produce la propia gravedad de la enfermedad que pretende combatir²⁴. A pesar de los informes de atraso, en el Brasil existe la Ley de los 60 días (Ley nº 12.732/2012)²⁵, que garantiza que cualquier persona con diagnóstico de cáncer deberá iniciar tratamiento oncológico en el Sistema Único de Salud (SUS) en hasta 60 días después de la confirmación del diagnóstico en informe anatomopatológico. La ley se aplica a todos los tipos de cáncer, a excepción del cáncer de tiroides y de piel no melanoma, y comienza a contar a partir del día del informe. El inicio del tratamiento es considerado la realización de la primera terapia.

Como señala Ayres²⁶, políticas de salud que ignoran la integralidad del sujeto corren el riesgo de “producir más exclusión que cuidado”. En el cáncer de boca, tal exclusión no es solo estadística: ella se traduce en caras, historias, pérdidas y mutilaciones evitables.

En este contexto de reflexión sobre el cáncer de boca en el Brasil, un artículo reciente de Martins et al.²⁷ ofrece aportes considerablemente relevantes. Los autores exploran las conexiones duraderas entre el período colonial brasileño y el actual panorama epidemiológico del cáncer de cabeza y cuello (incluyendo el cáncer de boca). El análisis detallado de la investigación señala cómo la producción y el consumo histórico de tabaco y alcohol, sumados al racismo estructural, contribuyen

significativamente para las disparidades en el acceso al diagnóstico del cáncer de boca, tratamiento y pronóstico de los pacientes. El estudio, así, presenta nuevas visiones y estrategias basadas en evidencias para romper el impacto adverso de ese legado colonial en la salud pública brasileña.

CAMPAÑAS DE PREVENCIÓN INSUFICIENTES Y COMUNICACIÓN PÚBLICA DESCONECTADA DE LOS TERRITORIOS

Las campañas de prevención del cáncer de boca, aunque bien intencionadas, han presentado baja efectividad por no dialogar con las realidades locales y por no hacer un trabajo constante⁸. La mayoría de ellas se concentra en informaciones generales sobre tabaquismo, consumo de alcohol y exposición solar, pero no aborda las dinámicas socioculturales que modelan hábitos y percepciones de riesgo. Para que la prevención y el diagnóstico temprano del cáncer de boca sean efectivos, es necesario diálogo entre saberes, escucha calificada, actuación comunitaria y articulación intersectorial. Sin esto, las campañas se vuelven solo material informativo que circula sin generar impacto real.

Además de estas limitaciones comunicacionales y socioculturales, la literatura evidencia fragilidades relacionadas con la capacidad resolutiva de las acciones de rastreo y detección temprana. La capacidad resolutiva, comprendida como la capacidad del sistema de salud de responder adecuadamente a las necesidades identificadas, asegurando confirmación diagnóstica, tratamiento oportuno y acompañamiento, es un elemento central para que las campañas no se restrinjan a la identificación puntual de lesiones sospechosas.

Revisiones sistemáticas internacionales refuerzan esta comprensión. Kujan et al.²⁸, en revisión sobre estrategias de detección para el cáncer de boca, concluyeron que no hay evidencia robusta de que la detección poblacional reduzca la mortalidad, destacando limitaciones metodológicas de los estudios disponibles. De modo semejante, Downer et al.^{29,30} señalaron heterogeneidad significativa en el desempeño de las pruebas e insuficiencia de evidencias para sustentar la efectividad de la detección clínica aislada. Más recientemente, Parak et al.³¹ observaron que posibles beneficios de la detección se concentran en poblaciones de alto riesgo, no habiendo impacto consistente en la población general. En el mismo sentido, Ribeiro et al.³² destacaron la gran variabilidad metodológica de los programas evaluados y la necesidad de organización y continuidad de las acciones para que se traduzcan en resultados clínicos relevantes. En el contexto latinoamericano, Pedrosa et al.³³ evidenciaron limitaciones en la sistematización, monitoreo y evaluación de los programas de detección, con datos fragmentados sobre seguimiento y resultados.



Por otro lado, cuando el foco recae sobre poblaciones de mayor riesgo, especialmente fumadores y alcohólicos crónicos, los resultados tienden a ser más consistentes. El ensayo comunitario aleatorizado realizado en Kerala, India, por Sankaranarayanan et al.¹¹, demostró reducción estadísticamente significativa de la mortalidad por cáncer de boca entre individuos usuarios de tabaco y/o alcohol sometidos a la detección visual periódica, aunque no haya habido impacto en la población general. Ya Cheung et al.¹² indicaron que la estratificación basada en perfiles comportamentales aumenta substancialmente la eficiencia de la detección, reduce el número necesario para rastrear y potencia el impacto en la mortalidad específica. Estos hallazgos refuerzan que la efectividad no reside en la ampliación indiscriminada de la cobertura, sino en la focalización estratégica y en la integración de la detección a sistemas organizados de acompañamiento diagnóstico y terapéutico.

También en ese sentido, Oswal et al.³⁴ mostraron que, incluso en contextos donde hay política nacional instituida, la efectividad depende de la capacidad operativa de identificar grupos prioritarios, garantizar capacitación de los equipos y asegurar continuidad del cuidado. Así, las campañas dirigidas a poblaciones de alto riesgo, cuando se articulan a redes asistenciales organizadas, presentan mayor racionalidad epidemiológica, mejor relación costo efectividad y mayor potencial de impacto sobre la mortalidad que las iniciativas universales y episódicas.

Este debate se comunica con hallazgos nacionales. El estudio de Antunes, Toporcov y Wünsch-Filho³⁵, que evaluó la campaña de prevención y diagnóstico temprano del cáncer de boca realizada simultáneamente con la vacunación contra influenza en personas mayores en el estado de São Paulo en 2004, evidenció importantes fragilidades en la dimensión de la capacidad resolutoria. Aunque 238 087 personas con 60 años o más hayan sido examinadas (6,8% de la población estatal en este grupo etario), solo ocho de las 23 direcciones regionales participantes registraron informaciones sobre el seguimiento. Entre las 5280 personas derivadas para esclarecimiento diagnóstico en esas regiones, el 60,5% tuvo el problema resuelto y el 0,5% (26 casos) recibió diagnóstico confirmado de cáncer de boca; sin embargo, el 22,5% no completó el diagnóstico y el 16,5% no tuvo informaciones registradas respecto al resultado. La ausencia de monitoreo sistemático y la elevada proporción de casos sin resolución evidencian la fragilidad en la articulación entre detección y cuidado continuado, comprometiendo la efectividad de la iniciativa.

En términos normativos, el Ministerio de Salud emitió las Directrices de Salud Bucal³⁶ en 2004, estableciendo como prioridades el diagnóstico temprano, el tratamiento

inmediato y el uso de métodos como biopsias para la dilucidación de lesiones orales, además de reforzar el papel estratégico de la atención básica en la coordinación del cuidado. Aunque las Directrices de 2004 ya previesen el papel estratégico de la APS, la persistencia de diagnósticos tardíos demuestra que la norma no alteró la práctica. En este sentido, la actual estructuración de la Línea de Cuidado del Cáncer de Boca por el Ministerio de Salud³⁷ surge como un intento para superar estos cuellos de botella históricos, con potencial para calificar la organización de la atención al estructurar itinerarios asistenciales, definir responsabilidades entre niveles de atención y establecer indicadores de monitoreo. Sin embargo, la consolidación de esta propuesta depende de la articulación intersectorial, del financiamiento adecuado, de la formación permanente de los profesionales y de la implementación de sistemas de información que permitan evaluar resultados clínicos y no solo volumen de atenciones.

Frente a las dificultades de articulación entre los niveles de atención y a la escasez de especialistas en determinadas regiones, tecnologías innovadoras como la teleestomatología y el uso de inteligencia artificial surgen como dispositivos capaces de acortar la distancia entre la APS y el centro especializado^{38,39}. Ellas permiten que profesionales de la atención básica identifiquen y compartan lesiones sospechosas con especialistas a distancia, ampliando el tamizaje en regiones con pocos especialistas. A pesar de los desafíos como la integración a los flujos clínicos y la necesidad de bases de datos robustas, autores como Tobias et al.⁴⁰ destacaron que este enfoque podría reducir retrasos diagnósticos, fortalecer la APS y mejorar pronóstico y sobrevida. Lo que en 2022 era señalado por Tobias et al.⁴⁰ como posibilidad, hoy se presenta como necesidad imperativa para reducir el aislamiento técnico del cirujano dentista en la APS.

LA FRAGMENTACIÓN INSTITUCIONAL Y LA AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD COMPARTIDA

Otro problema central es la ausencia de responsabilización clara dentro de la red de salud. Cuando aparece una lesión sospechosa, ¿de quién es, al final, la responsabilidad por el encaminamiento rápido? ¿Quién acompaña al paciente mientras aguarda la biopsia? ¿Quién garantiza que no se perderá en el flujo?

Lo que se observa en la práctica es una fragmentación profunda: los profesionales creen que la responsabilidad es siempre de otro sector —del especialista, del médico, del cirujano dentista de la atención secundaria, de la regulación. Esta ausencia de coordinación y corresponsabilidad transforma al paciente en un cuerpo que circula, desorientado, por los corredores del sistema, sin continuidad, sin acogida y, muchas veces, sin respuestas.

Mientras que persista esta lógica, el atraso diagnóstico será inevitable. Sistemas de salud eficaces se caracterizan por líneas de cuidado bien estructuradas, fuerte coordinación de la APS y flujo claro de responsabilidades. No es el caso, desgraciadamente, de la mayoría de los escenarios relacionados con el cáncer de boca en el Brasil.

SUBVALORIZACIÓN DE LA ESTOMATOLOGÍA Y DE LA PATOLOGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

Un aspecto estructural poco problematizado en el debate sobre el diagnóstico tardío del cáncer de boca es el referido a la distribución y valorización de las especialidades odontológicas estratégicas para el sistema de salud. Áreas como la estomatología y la patología oral y maxilofacial ejercen un papel central en la calificación del diagnóstico del cáncer de boca y en la articulación para referenciar entre la atención básica y los servicios de mayor complejidad. Sin embargo, se observa escasez relativa de estos especialistas en el país, tanto en términos absolutos como en su inserción en las redes públicas de atención. De acuerdo con el Consejo Federal de Odontología⁴¹, de los 157 110 cirujanos dentistas especialistas registrados en el consejo, solo 460 son patólogos orales y maxilofaciales y 1181 son estomatólogos. La baja presencia de estos profesionales fragiliza el apoyo matricial a la atención primaria, prolonga el tiempo hasta la confirmación diagnóstica y contribuye para flujos asistenciales fragmentados.

Esta fragilidad repercute directamente en las trayectorias asistenciales. Casotti, Almeida y Silva²⁴, al analizar los recorridos de usuarios con cáncer de boca en la Red de Atención a la Salud, evidenciaron itinerarios marcados por múltiples derivaciones, repetición de consultas y dificultades en la coordinación del cuidado, revelando obstáculos estructurales en el sistema de referencia y contrarreferencia. La ausencia o insuficiencia de especialistas capacitados para evaluación estomatológica e interpretación anatomopatológica en tiempo oportuno tiende a ampliar estos trayectos, aumentando el intervalo entre la sospecha clínica y el inicio del tratamiento.

Además, incluso después de la realización de la biopsia inicial, persisten barreras relacionadas con el soporte diagnóstico y la estadificación. La disponibilidad desigual de exámenes de imagen, servicios de patología con informes en tiempo oportuno y centros habilitados para definición terapéutica constituye un problema nacional que impacta el tiempo hasta el inicio del tratamiento. Montagnoli et al.⁴², al investigar factores predictivos asociados al tiempo para inicio del tratamiento del cáncer de boca y orofaríngeo, demostraron que las variables relacionadas con el acceso al sistema y con la organización del cuidado influyen significativamente en los intervalos

terapéuticos. Estos hallazgos indican que el atraso no se restringe al momento de la detección clínica, sino que se extiende al trayecto entre confirmación histopatológica, estadificación y definición terapéutica.

Por lo tanto, discutir el diagnóstico tardío del cáncer de boca exige ampliar el foco más allá de la capacitación individual del profesional de la atención básica o de la realización de campañas. Es necesario problematizar la política de formación y distribución de especialistas estratégicos, fortalecer la inserción de la estomatología y de la patología oral y maxilofacial en las redes públicas y enfrentar las limitaciones tecnológicas y organizacionales que comprometen el trayecto diagnóstico-terapéutico. Sin este enfoque sistémico, la grieta entre sospecha clínica e inicio del tratamiento tiende a persistir, incluso ante los avances normativos y la ampliación del acceso al examen clínico.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico tardío del cáncer de boca no es un fenómeno aislado ni el fruto de desconocimiento individual. Es un problema sistémico, multifactorial, que expresa fallas profundas en la forma en que la salud pública brasileña se organiza, forma a sus profesionales, comunica sus riesgos y cuida de las poblaciones más vulnerables.

Para enfrentar este escenario, no basta reforzar conocimientos clínicos o producir nuevas campañas; es necesario promover cambios estructurales: consolidar capacitaciones continuadas; integrar equipos multiprofesionales; organizar protocolos de detección temprana; articular redes de referencia rápidas; y, sobre todo, incorporar la dimensión social y humana del padecimiento al cuidado clínico.

Es necesario también recuperar la centralidad de la APS como coordinadora de la línea de cuidado y promover condiciones de trabajo que permitan que el examen de boca sea una práctica cotidiana, no una excepción eventual.

El cáncer de boca no se instala de forma súbita. Da señales, avisa, alerta. Cuando el diagnóstico llega tarde, no es la enfermedad la que falla: es el sistema. Transformar esta realidad es posible. Pero exige compromiso político, coraje institucional y un enfoque que encare al cáncer de boca como aquello que realmente es: un marcador brutal de desigualdad y una prueba moral para nuestro sistema de salud.

APORTES

Todos los autores contribuyeron substancialmente en la concepción y en la planificación del estudio; en la obtención, análisis e interpretación de los datos; en la redacción y revisión crítica; y aprobaron la versión final a publicarse.



DECLARACIÓN DE USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Los autores utilizaron la inteligencia artificial (IA) en este artículo solo como apoyo en la redacción. El análisis, interpretación o síntesis de los resultados son de total responsabilidad de los autores, sin intervención de la IA.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

Nada a declarar.

DECLARACIÓN DE DISPONIBILIDAD DE DATOS

Todos los contenidos subyacentes al texto del artículo están dentro del manuscrito.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Este trabajo contó con apoyo financiero mediante beca de extensión concedida por el Prorectorado de Extensión (Proex) de la Universidad Federal Fluminense (UFF) al alumno Hugo Wermelinger Zavoli, en los años 2023 y 2025.

REFERENCIAS

- Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2026: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2026 [acceso 2026 fev 15]. Disponível em: https://ninho.inca.gov.br/jspui/bitstream/123456789/17914/1/Estima2026_completo%20%281%29.pdf
- Instituto Nacional de Câncer. Diagnóstico precoce do câncer de boca [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2022 [acceso 2026 fev 15]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/livro-diagnostico-precoce-cancer-boca-2022.pdf>
- Carvalho FN, Cancela MC, Costa LM, et al. Disparities in stage at diagnosis of head and neck tumours in Brazil: a comprehensive analysis of hospital-based cancer registries. *Lancet Reg Health Am.* 2025;42:100986. doi: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2024.100986>
- Bortoli GD. Impacto econômico e humano do diagnóstico tardio de câncer de boca no SUS. *Saúde Ética Justiça.* 2025;30(2):e238100. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2317-2770.v30i2e-238100>
- Silva MC, Marques EB, Melo LC, et al. Fatores relacionados ao atraso no diagnóstico de câncer de boca e orofaringe em Juiz de Fora/MG. *Rev Bras Cancerol.* 2009;55(4):329-35. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2009v55n4.1563>
- Seoane-Romero JM, Mallah N, Varela-Centelles PI, et al. Primary care referral delays in oral cancer diagnosis: a meta-analysis. *Oral Dis.* 2024;31(7):2148-59. doi: <https://doi.org/10.1111/odi.15218>
- Bueno MR, Carvalhosa AA, Souza Castro PH, et al. Mesenchymal chondrosarcoma mimicking apical periodontitis. *J Endod.* 2008;34(11):1415-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.joen.2008.08.016>
- Tucci R, Borges FT, Castro PHS, et al. Avaliação de 14 casos de carcinoma epidermoide de boca com diagnóstico tardio. *RSBO (Online).* 2010;7(2):231-8. doi: <https://doi.org/10.21726/rsbo.v7i2.1141>
- Zlotogorski Hurvitz A, Vered M, Dobriyan A, et al. From a nonspecific inflammatory-like gingival lesion to a rapidly progressing oral squamous cell carcinoma: a case of deceptive presentation of oral cancer. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2021;132(1):e54. doi: <https://doi.org/10.1016/j.oooo.2021.03.192>
- Andrade M. Busca ativa de lesões malignas e desordens potencialmente malignas da cavidade bucal em quatro Unidades de Saúde da Família (USF) na cidade de Piracicaba [dissertação]. Piracicaba: FOP-UNICAMP; 2010.
- Sankaranarayanan R, Ramadas K, Thara S, et al. Long term effect of visual screening on oral cancer incidence and mortality in a randomized trial in Kerala, India. *Oral Oncol.* 2013;49(4):314-21. doi: <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2012.11.004>
- Cheung LC, Ramadas K, Muwonge R, et al. Risk-based selection of individuals for oral cancer screening. *J Clin Oncol.* 2021;39(6):663-74. doi: <https://doi.org/10.1200/JCO.20.02855>
- Ministério da Saúde (BR). Diretriz para a prática clínica odontológica na atenção primária à saúde: condutas para diagnóstico das desordens orais potencialmente malignas e do câncer de boca [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2023 [acceso 2025 dez 20]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretriz_pratica_odontologica_aps_cancer.pdf
- Lima Medeiros Y, Matos Silveira G, Clemente VB, et al. Knowledge about oral cancer among dental students and Primary Health Care dentists: a brazilian study. *J Dent Educ.* 2022;86(11):1488-97. doi: <https://doi.org/10.1002/jdd.13021>
- Sangoi MGR, Dias YM, Katz N, et al. Knowledge, attitudes, practices, and perceptions of brazilian dentists about oral cancer. *J Cancer Educ.* 2025;40(2):228-33. doi: <https://doi.org/10.1007/s13187-024-02500-2>
- Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 68. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2019.
- Santos LRCS, Sampaio, RJ. Crise social das instituições de ensino superior e a formação em saúde para o Mercado. *Saúde debate.* 2017;41(esp 3):277-87. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S321>



18. Antunes JL, Biazevic MG, Araujo ME, et al. Trends and spatial distribution of oral cancer mortality in São Paulo, Brazil, 1980-1998. *Oral Oncol.* 2001;37(4):345-50. doi: [https://doi.org/10.1016/s1368-8375\(00\)00113-5](https://doi.org/10.1016/s1368-8375(00)00113-5)
19. Santos VC, Assis AM, Silva LE, et al. Câncer de boca: análise do tempo decorrido da detecção ao início do tratamento em centro de oncologia de Maceió. *Rev Bras Odontol.* 2012;69(2):159-63. doi: <https://doi.org/10.18363/rbo.v69n2.p.159>
20. Ferreira MAF, Gomes MN, Michels FAS, et al. Desigualdade social no adoecimento e morte por câncer de boca e orofaríngeo no município de São Paulo, Brasil: 1997 a 2008. *Cad Saude Publica.* 2012;28(9):1663-73. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000900006>
21. Soares EC, Bastos Neto BC, Santos LPS. Estudo epidemiológico do câncer de boca no Brasil. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo.* 2019;64(1):1-7. doi: <https://doi.org/10.26432/1809-3019.2019.64.3.192>
22. Casotti E, Contarato PC, Fonseca ABM, et al. Atenção em saúde bucal no Brasil: uma análise histórica e contemporânea. *Rev Saude Publica.* 2014;48(5):830-9. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005166>
23. Pereira NEB, Oliveira DCRR, Santos MB, et al. Association of socioeconomic status and oral cancer mortality in Brazil: temporal trends and spatial distribution. *Med Princ Pract.* 2023;32(1):40-8. doi: <https://doi.org/10.1159/000529155>
24. Casotti E, Almeida PF, Silva AN. Trajetórias assistenciais de usuários com câncer de boca na busca por cuidados na rede de atenção à saúde. *Physis.* 2025;35(2):e350217. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312025350217pt>
25. Presidência da República (BR). Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início no SUS. *Diário Oficial da União, Brasília, DF.* 2012 nov 23; Edição 226; Seção 1:1.
26. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde Soc.* 2001;10(3). doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000300003>
27. Martins BNFL, Santos ES, Fonseca FP, et al. The impact of colonialism on head and neck cancer in Brazil: a historical essay focussing on tobacco, alcohol and slavery. *Lancet Reg Health Am.* 2024;31:100690. doi: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2024.100690>
28. Kujan O, Glennly AM, Duxbury J, et al. Evaluation of screening strategies for improving oral cancer mortality: a cochrane systematic review. *J Dent Educ.* 2005;69(2):255-65.
29. Downer MC, Moles DR, Palmer S, et al. A systematic review of test performance in screening for oral cancer and precancer. *Oral Oncol.* 2004;40(3):264-73. doi: <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2003.08.013>
30. Downer MC, Moles DR, Palmer S, et al. A systematic review of measures of effectiveness in screening for oral cancer and precancer. *Oral Oncol.* 2006;42(6):551-60. doi: <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2005.08.006>
31. Parak U, Lopes Carvalho A, Roitberg F, et al. Effectiveness of screening for oral cancer and oral potentially malignant disorders (OPMD): a systematic review. *Prev Med Rep.* 2022;30:101997. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2022.101987>
32. Ribeiro MFA, Oliveira MCM, Leite AC, et al. Assessment of screening programs as a strategy for early detection of oral cancer: a systematic review. *Oral Oncol.* 2022;130:105936. doi: <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2022.105936>
33. Pedrosa CM, Normando AG, Pérez-de-Oliveira ME, et al. Oral cancer screening outcomes in the Latin American region with special relevance to Brazil and Cuba: a systematic review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2023;28(3):e370-9. doi: <https://doi.org/10.4317/medoral.26361>
34. Oswal K, Gaurav K, Pradhan A, et al. Current status of implementation of cancer screening programme in India: a review of policies and practice. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2025;26(4):1117-28. doi: <https://doi.org/10.31557/APJCP.2025.26.4.1117>
35. Antunes JLF, Toporcov TN, Wünsch-Filho V. Resolutividade da campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer de boca em São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2007;21(1):30-6.
36. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004 [acesso 2025 dez 20]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvsm/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf
37. Instituto Nacional de Câncer. ABC do câncer. Abordagens básicas para o controle do câncer [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2019 [acesso 2026 abril 25]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/livro-abc-3-edicao.pdf>
38. Rokhshad R, Mohammad-Rahimi H, Price JB, et al. Artificial intelligence for classification and detection of oral mucosa lesions on photographs: a systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Investig.* 2024;28(1):88. doi: <https://doi.org/10.1007/s00784-023-05475-4>
39. Li J, Kot WY, McGrath CP, et al. Diagnostic accuracy of artificial intelligence assisted clinical imaging in the



detection of oral potentially malignant disorders and oral cancer: a systematic review and meta-analysis. *Int J Surg.* 2024;110(8):5034-46. doi: <https://doi.org/10.1097/JS9.0000000000001469>

40. Tobias MAS, Nogueira BP, Santana MCS, et al. Artificial intelligence for oral cancer diagnosis: What are the possibilities? *Oral Oncol.* 2022;134:106117. doi: <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2022.106117>
41. Conselho Federal de Odontologia (BR) [Internet]. Brasília, DF: CFO; [sem data]. Quantidade geral de cirurgiões-dentistas especialistas; [acesso 2026 fev 15 atualizado em 2026 abr 24]. Disponível em: <https://website.cfo.org.br/estatisticas/quantidade-geral-de-cirurgioes-dentistas-especialistas/>
42. Montagnoli DRABS, Leite VF, Godoy YS, et al. Can predictive factors determine the time to treatment initiation for oral and oropharyngeal câncer? A classification and regression tree analysis. *PLoS One.* 2024;19(4):e0302370. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0302370>

Recebido em 19/12/2025
Aprovado em 26/2/2026

