

Factores Asociados a la Realización de Cirugía como Tratamiento Inicial en Cánceres de Cabeza y Cuello en un Hospital de Referencia de la Ciudad de Río de Janeiro

<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2026v72n3.5711ES>

Fatores Associados à Realização de Cirurgia como Tratamento Inicial em Cânceres de Cabeça e Pescoço em Hospital de Referência na Cidade do Rio de Janeiro

Factors Associated with Surgery as Initial Treatment for Head and Neck Cancers at a Referral Hospital in the City of Rio de Janeiro

Adriana Tavares de Moraes Atty¹; Andréia Dumas²; Anna Carolina de Almeida Portugal³; Antonio Tadeu Cheriff dos Santos⁴; Cristina de Fátima Vieira Campos⁵; Fernando Lopes Tavares de Lima⁶; Jaine Martins-Ferreira⁷; Nina Calvente Hanewald⁸; Pedro Henrique Mandetta⁹; Michelle Azevedo Gomes¹⁰; Fernando Luiz Dias¹¹; Jeane Tomazelli¹²

RESUMEN

Introducción: La cirugía ocupa un lugar central en el tratamiento de los cánceres de cabeza y cuello (CCC). Las desigualdades en el acceso a la atención oncológica pueden repercutir en el plan terapéutico. **Objetivo:** Identificar factores asociados a la realización de cirugía como primer tratamiento oncológico en pacientes con CCC atendidos en un hospital de referencia del municipio de Río de Janeiro. **Método:** Estudio de cohorte retrospectivo de pacientes diagnosticados con CCC en 2024. El criterio de valoración fue haber sido sometido a cirugía como primer tratamiento. Se analizaron variables sociodemográficas, clínicas y de contexto asistencial. Se utilizó la prueba de ji al cuadrado o de Fisher para comparación de los grupos del resultado, pruebas de asociación y regresiones logísticas univariadas y multivariadas, con razón de probabilidades ajustada (ORa) e intervalos de confianza del 95%. **Resultados:** De los 399 pacientes, el 67,9% se sometió a cirugía como tratamiento inicial. Presentaron menor probabilidad de someterse a cirugía los hombres (ORa=0,31; IC 95% 0,17–0,54) y los casos de tumores de nasofaringe e hipofaringe (ORa=0,11; IC 95% 0,00–0,67). La mayor probabilidad de tratamiento quirúrgico inicial se observó en pacientes con cáncer de tiroides (ORa = 13,22; IC 95%: 4,95–42,49), de ojos y anexos (ORa = 31,04; IC 95%: 5,78–580,79), laringe (ORa= 4,02; IC 95%: 1,67–10,28) y de piel (ORa = 5,77; IC 95%: 2,71–13,07). No hubo una asociación significativa con la distancia entre domicilio y hospital. **Conclusión:** La definición del tratamiento inicial en CCC está influenciada por factores clínicos y sociodemográficos. La menor probabilidad de cirugía entre hombres y pacientes con cáncer bucal y orofaringe refuerza la necesidad de estrategias con miras al diagnóstico temprano y a la reducción de inequidades en el cuidado oncológico en el Sistema Único de Salud.

Palabras clave: Neoplasias de Cabeza y Cuello/diagnóstico; Neoplasias de Cabeza y Cuello/cirugía; Inequidades en Salud; Factores Socioeconómicos.

RESUMO

Introdução: A cirurgia ocupa papel central no tratamento dos cânceres de cabeça e pescoço (CCP). Desigualdades no acesso ao cuidado oncológico podem impactar no plano terapêutico. **Objetivo:** Identificar fatores associados à realização da cirurgia como primeiro tratamento oncológico em pacientes com CCP atendidos em hospital de referência do município do Rio de Janeiro. **Método:** Estudo de coorte retrospectiva de pacientes com CCP em 2024. O desfecho foi ter realizado cirurgia como primeiro tratamento. Foram analisadas variáveis sociodemográficas, clínicas e de contexto assistencial. Utilizaram-se teste qui-quadrado ou Fisher na comparação dos grupos do desfecho, testes de associação e regressões logísticas univariadas e multivariadas, com *odds ratio* ajustada (ORa) e intervalos de confiança de 95%. **Resultados:** Dos 399 pacientes, 67,9% realizaram cirurgia como tratamento inicial. Apresentaram menor chance de serem submetidos à cirurgia: homens (ORa=0,31; IC 95%: 0,17–0,54), casos de tumores de nasofaringe e hipofaringe (ORa=0,11; IC 95%: 0,00–0,67). Maior chance de tratamento cirúrgico inicial ocorreu em pacientes com câncer de tireoide (ORa=13,22; IC 95%: 4,95–42,49), olhos e anexos (ORa=31,04; IC 95%: 5,78–580,79), laringe (ORa=4,02; IC 95%: 1,67–10,28) e de pele (ORa=5,77; IC 95%: 2,71–13,07). Não houve associação significativa com distância entre residência e hospital. **Conclusão:** A definição do tratamento inicial em CCP é influenciada por fatores clínicos e sociodemográficos. A menor chance de cirurgia entre homens e pacientes com câncer de boca e orofaringe reforça a necessidade de estratégias voltadas ao diagnóstico precoce e à redução de iniquidades no cuidado oncológico no Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Neoplasias de Cabeça e Pescoço/diagnóstico; Neoplasias de Cabeça e Pescoço/cirurgia; Desigualdades de Saúde; Fatores Socioeconômicos.

ABSTRACT

Introduction: Surgery has a central role in the treatment of head and neck cancers (HNC). Inequalities in access to cancer care can impact the therapeutic plan. **Objective:** To identify factors associated with surgery as the first cancer treatment in patients with HNC treated at a referral hospital in the city of Rio de Janeiro. **Method:** Retrospective cohort study with data from patients diagnosed with HNC in 2024. The outcome was surgery as the first treatment. Sociodemographic, clinical, and healthcare context variables were analyzed. Chi-square or Fisher's exact tests were used to compare outcome groups, alongside association tests and univariate and multivariate logistic regressions, with adjusted odds ratio (aOR) and 95% confidence intervals. **Results:** Of the 399 patients, 67.9% underwent surgery as initial treatment. The following groups had a lower likelihood of undergoing surgery: men (aOR=0.31; 95% CI: 0.17–0.54), and cases of nasopharyngeal and hypopharyngeal tumors (aOR=0.11; 95% CI: 0.00–0.67). A higher likelihood of initial surgical treatment was observed in patients with thyroid cancer (aOR=13.22; 95% CI: 4.95–42.49), eye and adnexal cancers (aOR=31.04; 95% CI: 5.78–580.79), larynx (aOR=4.02; 95% CI: 1.67–10.28) and malignant skin neoplasms (aOR=5.77; 95% CI: 2.71–13.07). There was no significant association with distance between residence and hospital. **Conclusion:** The definition of initial treatment in HNC is influenced by clinical and sociodemographic factors. Low likelihood of surgery in men and patients with oral and oropharynx cancer reinforces the necessity of strategies aimed at early diagnosis and reduction of inequalities of oncologic care in the National Health System. **Key words:** Head and Neck Neoplasms/diagnosis; Head and Neck Neoplasms/surgery; Health Inequities; Socioeconomic Factors.

^{1,2,4,6,8-12}Instituto Nacional de Câncer (INCA). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mails: aatty@inca.gov.br; andreia.dumas@inca.gov.br; cheriff@inca.gov.br; cristina.campos@inca.gov.br; flima@inca.gov.br; nina.hanewald@inca.gov.br; pedro.mandetta@hotmail.com; michelle.gomes@inca.gov.br; fdias@inca.gov.br; jtomazelli@inca.gov.br. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0003-3577-0772>; Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0007-6727-0469>; Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0009-9435-4080>; Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-8618-7608>; Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0006-8074-6858>; Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0006-8668-5742>; Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-3140-1988>; Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0003-1000-7436>; Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-2472-3444>

^{3,7}Pontifícia Universidade Católica (PUC) do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mails: portugal.aca@gmail.com; jainne@gmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0003-3693-9979>; Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-5318-5294>

Dirección para correspondencia: Adriana Tavares de Moraes Atty, Rua Marquês de Pombal 125, 7º andar – Centro. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. CEP 20230-240. E-mail: aatty@inca.gov.br



Este es un artículo publicado en acceso abierto (*Open Access*) bajo la licencia *Creative Commons Attribution*, que permite su uso, distribución y reproducción en cualquier medio, sin restricciones, siempre y cuando el trabajo original se cite correctamente.

INTRODUCCIÓN

Los cánceres de cabeza y cuello (CCC) conforman un grupo heterogéneo de tumores malignos. Entre los sitios anatómicos que conforman los CCC, el cáncer de cavidad oral y el de laringe son los más incidentes entre los hombres, y el de tiroides entre las mujeres. Respecto a la mortalidad, los cánceres de cavidad oral representan un 48% entre los óbitos por CCC, mientras que el de tiroides, un 6,7%¹.

En cada año del trienio 2026-2028, el Instituto Nacional del Cáncer (INCA) estima en el Brasil alrededor de 42 150 nuevos casos de los cánceres de cavidad oral, laringe y tiroides. La región sudeste lidera la estimación anual con relación a las otras regiones del Brasil, con 20 810 casos nuevos de CCC².

El tratamiento del CCC es complejo y multidisciplinario, con cirugía, radioterapia y quimioterapia, aisladas o combinadas, según el sitio primario, la estadificación clínica y las condiciones generales del paciente. Entre las modalidades terapéuticas, la cirugía ocupa un rol central en el manejo de la mayoría de los tumores resecables, siendo considerada el tratamiento elegido en casos localizados y potencialmente curables³. La resección completa del tumor con márgenes libres está directamente asociada con el aumento de la sobrevida global y la reducción de las tasas de recidiva local y regional⁴.

La cirugía, combinada con terapias adyuvantes, puede contribuir significativamente para el control de la enfermedad y para la mejora de la calidad de vida, incluso en tumores avanzados^{5,6}.

Identificar los factores asociados a la realización de la cirugía como primera opción terapéutica es esencial para evidenciar desigualdades en el acceso y direccionar estrategias de cuidado integral a los pacientes con CCC, principalmente a aquellos con cáncer de boca y orofaringe. Cirugías son, en general, opciones de tratamiento para cánceres detectados más tempranamente. De este modo, el presente estudio tiene como objetivo identificar cuáles factores tienen relación con la realización de la cirugía como primer tratamiento oncológico en pacientes diagnosticados con CCC en un hospital de referencia de Río de Janeiro.

MÉTODO

Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo con datos de pacientes diagnosticados con CCC atendidos en el INCA en el municipio de Río de Janeiro, en el período del 1° de enero hasta el 31 de diciembre de 2024.

La población de estudio estuvo compuesta por todos los usuarios del período considerado con diagnóstico

confirmado de CCC, según la 10^a revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10)⁷, inscritos en la División Cabeza y Cuello de la institución y con información de tratamiento.

El desenlace de interés fue la realización de tratamiento oncológico quirúrgico como primer tratamiento.

Se estudiaron las variables sexo (masculino, femenino), grupos de edad (menor de 40 años, 40 a 59, 60 a 79, 80 o más), raza/color (blanco, negro, amarillo, sin información), residente en el municipio de Río de Janeiro (RJ), del mismo establecimiento (RJ, fuera de RJ), diagnóstico (boca y orofaringe, cavidad nasal y senos paranasales, laringe, nasofaringe e hipofaringe, ojos y anexos, otras neoplasias malignas piel, tiroides, otros diagnósticos de CCC), educación (analfabeto, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, superior incompleta, superior completa, sin información), distancia entre residencia y el establecimiento de salud categorizada en cuartiles (Q1 ≤ 17,39 Km; 17,39 Km < Q2 ≤ 27,41 Km; 27,41 Km < Q3 ≤ 45,85 Km; 45,85 Km < Q4 ≤ 1711,92 Km), tipo de tratamiento (quirúrgico, no quirúrgico). Diagnósticos de CCC poco frecuentes fueron agrupados en la categoría otros diagnósticos de CCC.

Los datos fueron recolectados del registro de atenciones diarias realizadas por la División Cabeza y Cuello del establecimiento y la información de tratamiento fue recuperada mediante consulta a dos herramientas electrónicas de registro y seguimiento de los pacientes inscritos en la institución.

Con el fin de disminuir potenciales sesgos de información, típicos de estudios retrospectivos, se adoptó la triangulación de datos por medio de la consulta a dos herramientas electrónicas de registro distintas, asegurando la consistencia de la variable 'tratamiento'. El sesgo de selección fue mitigado mediante la utilización de criterios de inclusión objetivos basados en la CIE-10 y en el registro de atención diaria de la División. Asimismo, la extracción de los datos fue realizada de forma estandarizada para garantizar la fidelidad en la transposición de las informaciones de las historias clínicas hacia la base de datos del estudio.

Fueron presentadas las distribuciones de frecuencias absolutas y relativas de las variables, estratificadas por la realización de tratamiento quirúrgico. Las comparaciones entre tratamiento quirúrgico y no quirúrgico fueron realizadas utilizando la prueba de ji al cuadrado de Pearson o la prueba exacta de Fisher, cuando fue necesario. Los valores de *p* fueron reportados para evaluar la significación estadística.

Al principio, regresiones logísticas univariadas fueron realizadas para cada variable predictora y el desenlace.

Como criterio de selección de las variables para el modelo multivariado, fueron incluidas las variables con $p \leq 0,20$, garantizando que variables con potencial relevancia no fuesen excluidas⁸. La variable edad fue mantenida en el modelo, independientemente de presentar o no asociación con significación estadística en el análisis univariado, para controlar posible confusión residual. Los resultados de las regresiones fueron presentados en términos de *odds ratio* (OR) para modelo univariado y *odds ratio* ajustado (ORa) en el modelo ajustado, con intervalos de confianza del 95%.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Pesquisa del INCA, bajo el número de parecer 6.273.841 (CAAE: 71500523.7.0000.5274), según la Resolución 466/12⁹ del Consejo Nacional de Salud.

RESULTADOS

Fueron recuperadas informaciones de 399 pacientes inscritos en la clínica de cabeza y cuello de un hospital de referencia del municipio de Río de Janeiro, entre enero y diciembre de 2024. De estos, 271 (67,9%) recibieron cirugía como primer tratamiento, mientras que 128 (32,1%) fueron sometidos a otras modalidades terapéuticas. Se observó diferencia con significación estadística entre los sexos ($p < 0,001$), con mayor proporción de tratamiento quirúrgico entre mujeres (55,4%) y de tratamiento no quirúrgico entre hombres (75,8%). Los grupos de edad no presentaron diferencia significativa con el tipo de tratamiento ($p = 0,312$), la mayoría de los pacientes se concentraba entre 60 y 79 años (48,4%). Respecto a la raza/color, no se verificó diferencia estadística ($p = 0,289$), predominando individuos de color blanco (50,9%) entre los tratados quirúrgicamente, y negro (54,7%) entre los tratados con otras modalidades (Tabla 1).

La variable educación presentó diferencia significativa con el tipo de tratamiento ($p = 0,047$). Pacientes con secundaria completa (31,0%) fueron sometidos a cirugía con más frecuencia, mientras que aquellos con primaria incompleta (30,5%) predominaron entre los que recibieron tratamientos no quirúrgicos. No se observó diferencias significativas según el local de residencia ($p = 0,413$) o la distancia hasta el hospital ($p = 0,208$) (Tabla 1).

En cuanto al diagnóstico, se verificó diferencia ($p < 0,001$) por el tipo de tratamiento. Las neoplasias de tiroides (26,6%) y piel (21,0%) concentraron una mayor proporción de tratamientos quirúrgicos, mientras que los casos de boca y orofaringe (48,4%) fueron más frecuentes entre los tratamientos no quirúrgicos (Tabla 1).

Las distribuciones proporcionales de los diagnósticos por sexo y educación son presentadas en las Figuras 1 y

2. Se observó mayor proporción de casos de cáncer de boca y orofaringe (72,0%) y de laringe (84,4%) en el sexo masculino, y de tiroides (24,7%) y ojos y anexos (40,0%), en el femenino. Y con relación a la educación, más del 60% de los usuarios con cáncer de tiroides y de cavidad nasal y senos paranasales había completado la primaria o más, de forma diferente de los demás casos.

En el análisis logístico bivariado, fueron significativas ($p \leq 0,05$) las variables sexo, educación y diagnóstico. La variable distancia entre residencia y el hospital presentó valor de p mayor que 0,05, pero $\leq 0,20$, siendo considerada en la regresión logística multivariada con las demás.

En el análisis de regresión logística multivariada, los hombres presentaron una probabilidad de un 68% menor de recibir cirugía como tratamiento inicial comparado a las mujeres (ORa=0,32 IC95% 0,17–0,56 $p < 0,001$). Pacientes con cáncer de tiroides presentaron probabilidad 12,45 veces mayor de ser sometidos al tratamiento quirúrgico que los casos de boca y orofaringe (ORa=12,45 IC95% 4,66–39,98 $p < 0,001$). Pacientes con diagnóstico de cáncer de ojos y anexos presentaron probabilidad 32,97 veces mayor (ORa=32,97 IC95% 6,07–620,29 $p < 0,001$); para otras neoplasias malignas de piel, la probabilidad fue 6,08 veces mayor (ORa=6,08 IC95% 2,81–14,02 $p < 0,001$); y con cáncer de laringe la probabilidad fue 4,34 veces mayor (ORa=4,34 IC95% 1,79–11,18 $p < 0,01$). Por otro lado, pacientes con tumores de nasofaringe e hipofaringe presentaron probabilidad un 89% menor de ser tratados quirúrgicamente (ORa=0,11 IC95% 0,01–0,65 $p < 0,05$). Pacientes con otros diagnósticos de CCC también presentaron mayor probabilidad de recibir tratamiento quirúrgico (Tabla 2).

DISCUSIÓN

Entre las modalidades terapéuticas en el tratamiento de los CCC, la cirugía ocupa un rol fundamental, principalmente en el caso de tumores resecables¹⁰. Sin embargo, el presente estudio verificó desigualdades importantes en la probabilidad de realizar tratamiento quirúrgico entre los pacientes con CCC, en especial, según el sexo y el tipo.

La gran proporción de pacientes sometidos a cirugía en el hospital de referencia en el cual el estudio se realizó está en consonancia con directrices nacionales e internacionales, que indican la resección quirúrgica como tratamiento de elección, siempre que sea posible, de la cavidad oral y de otros sitios^{4,5}.

El predominio significativo de pacientes de sexo masculino en la incidencia por CCC, excepto tiroides, es atribuido a la mayor exposición histórica de los hombres a los factores de riesgo clásicos, como tabaquismo y



Tabla 1. Distribución de las características de los pacientes registrados en la División de Cabeza y Cuello según la realización de tratamiento. Institución Especializada, Río

Características	Tipo de tratamiento		p ¹	
	Quirúrgico	No quirúrgico		
Sexo	Femenino	150 (55,4)	31 (24,2)	<0,001
	Masculino	121 (44,6)	97 (75,8)	
Grupo de edad	Menor 40 años	29 (10,7)	10 (7,8)	0,312
	40 a 59 años	102 (37,6)	43 (33,6)	
	60 a 79 años	123 (45,4)	70 (54,7)	
	80 años o +	17 (6,3)	5 (3,9)	
Raza/Color	Amarillo	4 (1,5)	3 (2,3)	0,289
	Blanco	138 (50,9)	53 (41,4)	
	Negro	123 (45,4)	70 (54,7)	
	Sin información	6 (2,2)	2 (1,6)	
Educación	Analfabeto	15 (5,5)	9 (7,0)	0,047
	Primaria incompleta	61 (22,5)	39 (30,5)	
	Primaria completa	39 (14,4)	27 (21,1)	
	Secundaria incompleta	10 (3,7)	9 (7,0)	
	Secundaria completa	84 (31,0)	26 (20,3)	
	Superior incompleta	15 (5,5)	3 (2,3)	
	Superior completa	34 (12,5)	11 (8,6)	
Residencia	Sin información	13 (4,8)	4 (3,1)	0,413
	Fuera de RJ	139 (51,3)	72 (56,2)	
	RJ	132 (48,7)	56 (43,8)	
Distancia hasta el hospital	Q1 ≤ 17,39 Km	64 (23,6)	36 (28,1)	0,208
	17,39 Km < Q2 ≤ 27,41	62 (22,9)	38 (29,7)	
	27,41 Km < Q3 ≤ 45,85 Km	72 (26,6)	27 (21,1)	
	45,85 Km < Q4 ≤ 1711,92 Km	73 (26,9)	27 (21,1)	
	Boca y orofaringe	45 (16,6)	62 (48,4)	
Cavidad nasal y senos paranasales	10 (3,7)	11 (8,6)		
Laringe	22 (8,1)	10 (7,8)		
Tiroides	72 (26,6)	5 (3,9)		
Nasofaringe e hipofaringe	1 (0,4)	11 (8,6)		
Diagnóstico	Ojos y anexos	29 (10,7)	1 (0,8)	0,047
	Otras neoplasias malignas piel	57 (21,0)	12 (9,4)	
	Otros	35 (12,9)	16 (12,5)	

¹Prueba ji al cuadrado de Pearson o exacto de Fisher.

consumo de alcohol¹¹⁻¹³. En el presente estudio, los hombres presentaron menor probabilidad de realizar la cirugía como primer tratamiento oncológico. Este hallazgo es relevante y está de acuerdo con lo que la literatura ya corroboró, o sea, estos tumores son frecuentemente diagnosticados en etapas más avanzadas, lo que reduce la elegibilidad para enfoques quirúrgicos aislados e incrementa la indicación de tratamientos no quirúrgicos o multimodales. Estudios nacionales e internacionales

apuntan que los hombres tienden a presentar mayor retraso en el diagnóstico¹⁴⁻¹⁵.

Aunque la educación -usada en general como *proxy* del nivel socioeconómico- no haya permanecido asociada al desenlace en el modelo ajustado, la literatura indica que individuos con menor nivel educativo tienden a acceder más tardíamente a los servicios especializados. Dicho hecho puede ser atribuido a una mayor dificultad de navegación en el sistema de salud y al menor acceso a la información

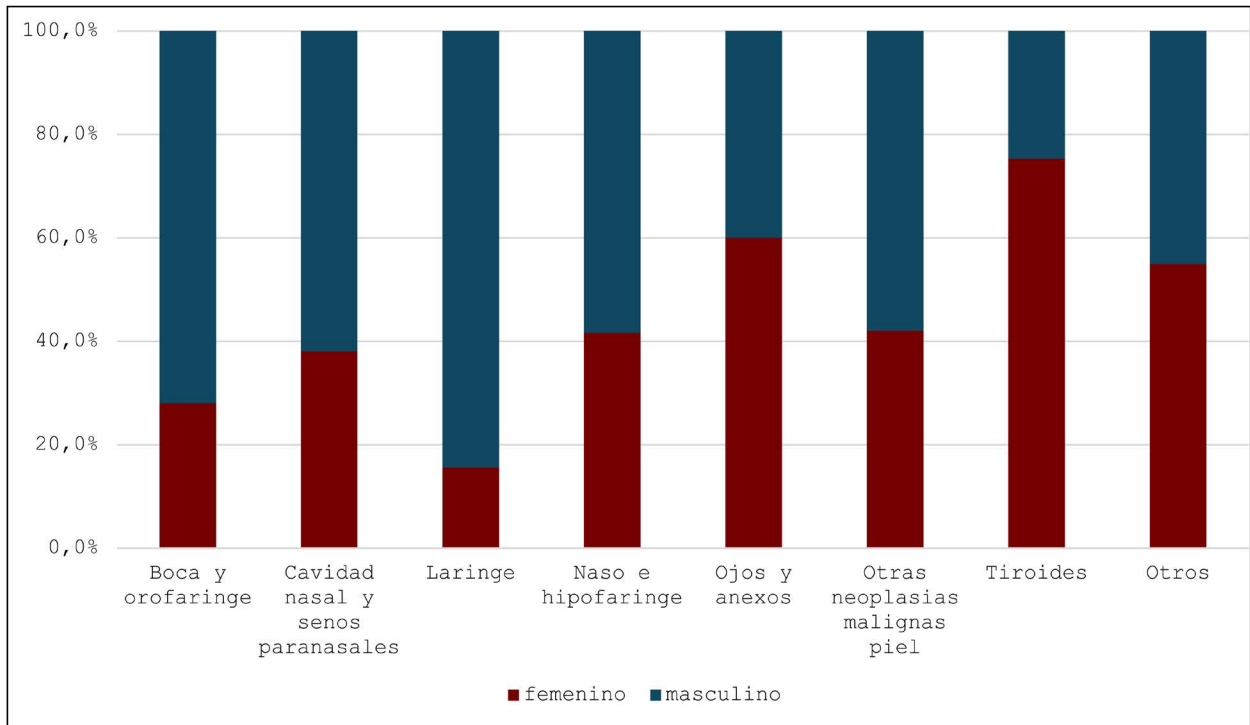


Figura 1. Distribución proporcional de los diagnósticos de cáncer de cabeza y cuello de los pacientes inscritos en la División de Cabeza y Cuello según sexo. Institución Especializada, Río de Janeiro, 2024

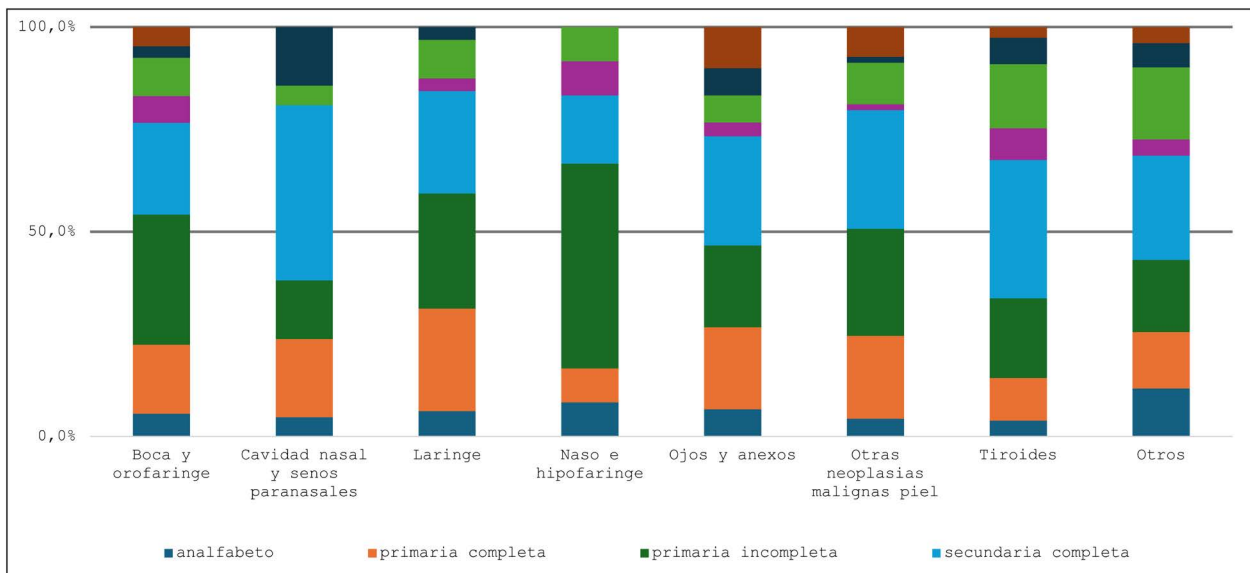


Figura 2. Distribución proporcional de los diagnósticos de cáncer de cabeza y cuello de los pacientes inscritos en la División de Cabeza y Cuello según educación. Institución Especializada, Río de Janeiro, 2024

calificada, indicando la presencia de inequidades sociales en el recorrido del cuidado¹⁶. Esta premisa es fuertemente sostenida por un estudio transversal, realizado con registros hospitalarios de cáncer con más de 145 000 casos en el Brasil, el cual evidenció que cerca del 80% de los pacientes con CCC se presentaba en estadificación clínica avanzada (III y IV). Sin embargo, se observó que la prevalencia de casos en estadificación avanzada disminuía a medida que la educación de los usuarios aumentaba¹⁵.

Conway et al.¹⁷ verificaron que individuos con bajo prestigio social ocupacional, medida que considera cuánto son valoradas y respetadas en la sociedad las profesiones, y con baja posición socioeconómica ocupacional, tenían mayor riesgo para CCC. Riesgo que está explicado, en parte, por el tabaquismo y el consumo de alcohol. La baja educación, en general relacionada con ocupaciones con bajo prestigio social, fue considerada significativa e inversamente asociada al riesgo de desarrollar cáncer

Tabla 2. Razones de Probabilidades (OR) de los modelos de regresión logística simple y multivariada, para el desenlace "cirugía como tratamiento inicial", según variables sociodemográficas y de contexto. Institución Especializada, Río de Janeiro, 2024

Variable	Categoría de referencia	Modelo univariado	p	Modelo multivariado (ajustado*)	p
		OR (IC 95%)		ORa (IC 95%)	
Sexo	[Referencia: Femenino]				
Masculino		0,26 (0,16–0,40)	<0,001	0,31 (0,17 - 0,54)	<0,001
Grupo de edad	[Referencia: 40-59 años]				
Menor 40 años		1,22 (0,56 - 2,84)	0,623		
60 a 79 años		0,74 (0,46 - 1,17)	0,203		
80 años o +		1,43 (0,53 - 4,58)	0,505		
Raza/Color	[Referencia: Blanco]				
Amarillo		0,51 (0,11 - 3,60)	0,391	0,43 (0,05 - 3,93)	0,445
Negro		0,67 (0,44 - 1,04)	0,074	0,67 (0,37 - 1,17)	0,163
Sin información		1,15 (0,26 - 8,03)	0,864	1,48 (0,25 - 13,64)	0,640
Educación	[Referencia: Analfabeto]				
Primaria incompleta		0,94 (0,36 - 2,32)	0,892	0,94 (0,32 - 2,98)	0,915
Primaria completa		0,87 (0,32 - 2,24)	0,770	0,61 (0,20 - 2,08)	0,421
Secundaria incompleta		0,67 (0,19 - 2,27)	0,516	0,41 (0,08 - 2,11)	0,280
Secundaria completa		1,94 (0,74 - 4,89)	0,166	1,44 (0,47 - 4,53)	0,530
Superior incompleta		3,00 (0,63 - 5,45)	0,148	2,33 (0,44 - 15,37)	0,337
Superior completa		1,85 (0,63 - 5,45)	0,258	1,55 (0,41 - 5,60)	0,509
Sin información		1,95 (0,50 - 8,60)	0,347	1,28 (0,25 - 7,55)	0,774
Residencia	[Referencia: Fuera de RJ]				
RJ		1,22 (0,80 - 1,87)	0,355		
Distancia hasta el hospital	[Referencia: Q1_ Distancia]				
Q2_Distancia		0,92 (0,52 - 1,63)	0,769	1,09 (0,52 - 2,31)	0,814
Q3_Distancia		1,5 (0,82 - 2,76)	0,186	1,46 (0,68 - 3)	0,335
Q4_Distancia		1,52 (0,84 - 2,79)	0,172	1,40 (0,65 - 3,02)	0,392
Diagnóstico	[Referencia: Boca y orofaringe]				
Cavidad nasal y senos paranasales		1,25 (0,48 - 3,22)	0,101	0,94 (0,32 - 2,67)	0,864
Laringe		3,03 (1,34 - 7,28)	0,638	4,02 (1,67 - 10,28)	0,002
Nasofaringe e hipofaringe		0,13 (0,01 - 0,68)	0,009	0,11 (0,00 - 0,67)	0,026
Ojos y anexos		39,96 (8,07 - 724,9)	0,050	31,04 (5,78 - 580,79)	0,000
Otras neoplasias malignas piel		6,54 (3,24 - 14,10)	0,000	5,77 (2,71 - 13,07)	<0,001
Otros		3,01 (1,51 - 6,22)	<0,001	2,07 (0,96 - 4,57)	0,023
Tiroides		19,84 (8,08 - 60,05)	0,002	13,22 (4,95 - 42,49)	<0,001

*Ajustado por edad. Se estimó el nivel de significación de los coeficientes mediante la prueba de Wald.

de cabeza y cuello, o sea, cuanto mayor es la educación, menor es el riesgo¹⁸.

La ausencia de asociación entre la distancia entre el servicio y el lugar de residencia y la realización de cirugía como primer tratamiento puede reflejar la función del hospital estudiado como centro de referencia, capaz de absorber pacientes de diferentes regiones geográficas y cambios de vivienda para viabilizar y/o facilitar el tratamiento. Sin embargo, no es posible excluir la existencia de barreras de acceso en etapas anteriores del cuidado, como el diagnóstico temprano y el encaminamiento oportuno, aspectos ampliamente discutidos en la literatura sobre regionalización de la atención oncológica en el Brasil. Vivir lejos de los grandes centros puede estar asociado a la etapa avanzada al momento del diagnóstico¹⁴. Sin embargo, una revisión sistemática que verificó los factores socioeconómicos que podrían influenciar retrasos en el tratamiento del carcinoma espinocelular de boca y orofaringe no encontró evidencias acerca de la relación entre vivir en regiones más distantes de las metropolitanas y el retraso en el inicio del tratamiento oncológico¹⁹.

Un estudio realizado en Boston, que analizó la trayectoria de individuos con CCC, resaltó la importancia de la atención primaria a la salud (APS) principalmente en la confirmación diagnóstica; de acuerdo con los autores, los profesionales de la APS son los primeros en tener la oportunidad de identificar señales de alerta y, por esto, es fundamental que estos profesionales sean capacitados para identificar cualquier señal o síntoma sospechoso que deba ser investigado²⁰. En el Brasil, la APS es el centro de comunicación de la Red de Atención a la Salud²¹, en ella, los equipos desempeñan una función estratégica: diseminan orientaciones sobre prevención, identifican casos sospechosos y encaminan los casos confirmados para tratamiento.

La imposibilidad de recuperar informaciones acerca de la estadificación en todos los casos analizados constituyó una limitación de este estudio, ya que impidió el ajuste por esta variable. Además, la ausencia de datos sobre el origen del encaminamiento y sobre el intervalo entre el inicio de los síntomas y el inicio del tratamiento restringió el análisis de la línea de cuidado. Asimismo, el potencial sesgo de selección resultante de la exclusión de pacientes con registros incompletos o sin confirmación de tratamiento en las herramientas electrónicas también representa una limitación. Esto puede imposibilitar la generalización de los hallazgos para poblaciones con menor adherencia al servicio.

CONCLUSIÓN

Los resultados apuntan que la definición del tratamiento inicial en CCC no depende solamente de

criterios clínicos, sino que está atravesada por cuestiones sociales y organizacionales que impactan la trayectoria del cuidado. La menor probabilidad de cirugía entre hombres y pacientes con cáncer de boca y orofaringe refuerza la necesidad de fortalecer acciones de diagnóstico temprano, vigilancia de los factores de riesgo e integración entre los niveles de atención.

Estos hallazgos, al evidenciar puntos críticos, pueden orientar políticas públicas que pauten la diseminación de los principales señales y síntomas, y que orienten la organización de los flujos en la red de atención en salud, colaborando para la reducción de inequidades y mejoría de los desenlaces oncológicos.

APORTES

Adriana Tavares de Moraes Atty, Andréia Dumas, Anna Carolina de Almeida Portugal, Cristina de Fátima Vieira Campos, Jaine Martins-Ferreira, Nina Calvente Hanewald y Jeane Tomazelli contribuyeron sustancialmente en la concepción y en la planificación del estudio; en la obtención, análisis e interpretación de los datos; en la redacción y revisión crítica. Antonio Tadeu Cheriff dos Santos, Fernando Lopes Tavares de Lima, Pedro Henrique Mandetta, Michelle Azevedo Gomes y Fernando Luiz Dias contribuyeron en la redacción y revisión crítica del manuscrito. Todos los autores aprobaron la versión final a ser publicada.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

Nada a declarar.

DECLARACIÓN DE DISPONIBILIDAD DE DATOS

Todos los contenidos subyacentes al texto del artículo están en el manuscrito.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Andréia Dumas, Cristina de Fátima Vieira Campos y Nina Calvente Hanewald recibieron beca de desarrollo institucional del INCA durante la elaboración de este artículo.

REFERENCIAS

1. Atlas On-line de Mortalidade [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer. c1996-2026 - [acesso 2025 jan 12]. Disponível em: <https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/pages/Modelo10/consultar.xhtml>



2. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2026: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2026. [acesso 2026 jan 9]. Disponível em: https://ninho.inca.gov.br/jspui/bitstream/123456789/17914/1/Estima2026_completo%20%281%29.pdf
3. Chow LQM. Head and Neck Cancer. *N Engl J Med*. 2020;382(1):60-72. doi: <https://doi.org/10.1056/nejmra1715715>
4. Góis Filho JF, Cicco R editors. Manual de condutas em cirurgia de cabeça e pescoço [Internet]. São Paulo: Uninove; 2022 [acesso 2025 jul 15]. 194 p. Disponível em: <https://sbccp.org.br/uploads/files/Manual%20de%20condutas%20em%20CCP%20-%20Livro%20de%20Dr.%20Rafael%20De%20Cicco.pdf>
5. Machiels JP, Leemans CR, Golusinski W, et al. Squamous cell carcinoma of the oral cavity, larynx, oropharynx and hypopharynx: EHNS–ESMO–ESTRO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*. 2020;31(11):1462-75. doi: <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.07.011>
6. Mesia R, Iglesias L, Lambea J, et al. SEOM clinical guidelines for the treatment of head and neck cancer (2020). *Clin Transl Oncol*. 2021;23(5):913-21. doi: <https://doi.org/10.1007/s12094-020-02533-1>
7. Organização Mundial da Saúde. CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. tradução Centro Colaborador da OMS. 8 ed. rev. e ampl. São Paulo. Editora da Universidade de São Paulo; 2012. Vol.1.
8. Mickey RM, Greenland S. The impact of confounder selection criteria on effect estimation. *American J Epidemiol*. 1989;129(1):125-37. doi: <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a115101>
9. 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 [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 jun 13. [acesso 2025 fev 14]; Seção 1:59. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
10. Chen Y, Zhong NN, Cao LM, et al. Surgical margins in head and neck squamous cell carcinoma: a narrative review. *Int J Surg*. 2024;110(6):3680-700. doi: <https://doi.org/10.1097/js9.0000000000001306>
11. Machado IE, Felisbino-Mendes MS, Malta DC, et al. Supervisão dos pais e o consumo de álcool por adolescentes brasileiros: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar de 2015. *Rev bras epidemiol*. 2018;21(suppl 1):E180005.supl.1. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180005.supl.1>
12. Kfour SA, Eluf Neto J, Koifman S, et al. Fração de câncer de cabeça e pescoço atribuível ao tabaco e ao álcool em cidades de três regiões brasileiras. *Rev bras epidemiol*. 2018;21:e180005. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180005>
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2006-2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal entre 2006 e 2023* [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2023 [acesso 2025 dez 15]. 70p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2006-2023-tabagismo-e-consumo-abusivo-de-alcool/view>
14. Ioerger P, Mills K, Wagoner SF, et al. Inequities associated with advanced stage at presentation of head and neck cancer: a systematic review. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2024;150(8):727. doi: <https://doi.org/10.1001/jamaoto.2024.1180>
15. 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>
16. Dantas MNP, Souza DLB, Souza AMG, et al. Fatores associados ao acesso precário aos serviços de saúde no Brasil. *Rev bras epidemiol*. 2021;24:e210004. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210004>
17. Conway DI, Hovanec J, Ahrens W, et al. Occupational socioeconomic risk associations for head and neck cancer in Europe and South America: individual participant data analysis of pooled case–control studies within the INHANCE Consortium. *J Epidemiol Community Health*. 2021;75(8):779-87. doi: <https://doi.org/10.1136/jech-2020-214913>
18. Chen G, Xie J, Liu D, et al. Causal effects of education attainment on oral and oropharyngeal cancer: new evidence from a meta-analysis and mendelian randomization study. *Front Public Health*. 2023;11:1132035. doi: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1132035>
19. Montagnoli DRABS, Leite VF, Godoy YS, et al. Socioeconomic factors impacting treatment delays in oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma: a systematic review. *Cad Saúde Pública*. 2025;41(3):e00121324. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311xen121324>
20. Batool S, Hansen EE, Sethi RKV, et al. Perspectives on referral pathways for timely head and neck cancer care.



JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2024;150(7):545-54. doi: <https://doi.org/10.1001/jamaoto.2024.0917>

21. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministério. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF. Brasil, 2017 out 3 [acesso 2025 nov 31]; Edição 190; Seção I(Sup):192. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017ARQUIVO.html

Recebido em 29/1/2026

Aprovado em 25/3/2026

