MAYRA ELIZABETH PALTAS MIRANDA

Prevalência do câncer de cabeça e pescoço no Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo” período 2002 - 2015, Quito - Equador

São Paulo
2018

MAYRA ELIZABETH PALTAS MIRANDA

Prevalência do câncer de cabeça e pescoço no Hospital de Especialidades "Eugenio Espejo" período 2002 - 2015, Quito - Equador

Versão Corrigida

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas para obter o título de Doutor em Ciências.

Área de concentração: Patologia Oral e Maxilofacial e Pacientes Especiais

Orientador: Profa. Dra. Gabriela Haye Biazevic

São Paulo

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catalogação-na-Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Paltas Miranda, Mayra Elisabeth.
Prevalência do câncer de cabeça e pescoço no Hospital de Especialidades "Eugenio Espejo" período 2002 – 2015, Quito - Equador / Mayra Elisabeth Paltas Miranda ; orientador Gabriela Haye Biazevic. -- São Paulo, 2018.

111p. : fig., tab. ; 30 cm.

Tese (Doutorado) -- Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas. Área de Concentração: Patologia Oral e Maxilofacial e Pacientes Especiais. -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Versão Corrigida

1. Neoplasias de cabeça e pescoço - tratamento. 2. Epidemiologia. I. Biazevic, Gabriela Haye. II. Título.

Paltas MME. Prevalência do câncer de cabeça e pescoço no Hospital de Especialidades "Eugenio Espejo" período 2002 - 2015, Quito – Equador. Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências Odontológicas.

Aprovado em: 15/08/2018

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). Mary Carolyne Skelton Macedo

Instituição: FOUSP Julgamento: APROVADA

Prof(a). Dr(a). Simone Rennó Junqueira

Instituição: FOUSP Julgamento: APROVADA

Prof(a). Dr(a). Marcia Cristina Lopes

Instituição: UNINOVE Julgamento: APROVADA

A Doutoranda Mayra Elizabeth Paltas Miranda, especialista em Cirurgia Oral, professora da Facultade de Odontologia da Universidade Central do Equador, aluna de Doutorado Interinstitucional DINTER com a Universidade Central do Equador no Programa de Pós-Graduação em Ciencias Odontológicas – Área de Concentração em Patologia Oral e Maxilofacial e Pacientes Especiais.

Dedico este trabalho aos meus filhos Elizabeth e Gabriel, que sempre foram uma inspiração em todos os meus projetos da vida, transmitindo energia para nunca desistir, porque com a sua inocência, ternura e muitas brincadeiras são sempre a força motriz da minha vida.

A todos os meus colegas e amigos que de alguma forma me apoiaram, doando carinho ou simplesmente uma palavra de encorajamento na hora que eu mais precisava.

AGRADECIMENTOS

A Deus,

Por me dar a oportunidade de alcançar mais uma meta, por me abençoar com seu infinito amor e bondade, por me prover da saúde, sabedoria e inteligência necessárias para poder cumprir os objetivos propostos.

Aos meus pais por todos os seus ensinamentos, conselhos e por todos os valores que eles sempre inculcaram em mim com amor; que me ajudaram a ser melhor tanto no campo pessoal quanto no profissional.

Aos meus filhos e ao meu marido por todo o apoio que recebi deles, pela paciência e compreensão que me deram quando não puderam estar juntos em todos os momentos da suas vidas.

Quero expressar meu agradecimento à minha guia María Gabriela Haye Biazevic, por toda a paciência, seu tempo e principalmente por estar sempre disposta a compartilhar seus conhecimentos, o que contribuiu na realização deste projeto.

Agradeço a todas as pessoas que de uma forma ou de outra me ajudaram a concluir com sucesso este trabalho. Também agradeço às prestigiosas Universidades de São Paulo, por nos abrir suas portas e darem-nos a oportunidade de aumentar o conhecimento ético e investigativo, e à Universidade Central do Equador, que junto com a Faculdade de Odontologia e suas distintas autoridades sempre nos prestaram apoio e compreensão.

“Se quer saber onde está indo, encontre do que você está fugindo”

Alejandro Jodorowsky

RESUMO

Paltas MME. Prevalência do câncer de cabeça e pescoço no Hospital de Especialidades "Eugenio Espejo" período 2002 - 2015, Quito – Equador, [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2018. Versão Corrigida.

Introdução: O câncer é um processo de crescimento e disseminação celular descontrolado que pode acontecer em qualquer lugar do corpo, produzindo alterações fisiológicas e emocionais. Existem vários fatores de risco desta doença como o consumo de álcool, cigarro, alguns hábitos de alimentação, exposição crônica a fatores de risco devido a profissão e até alguns comportamentos sexuais. O tratamento depende do tipo e localização anatômica do câncer, podendo receber radioterapia, quimioterapia, extirpação cirúrgica, ou uma combinação das três terapias em fases avançadas da doença. **Objetivo**: Determinar a prevalência do câncer da cabeça e pescoço (CCP) dos pacientes atendidos no Serviço de Oncologia do Hospital de Especialidades "Eugenio Espejo", no período de 2002 a 2015. **Métodos**: O trabalho é um estudo descritivo, retrospectivo e transversal com a finalidade de determinar a prevalência do câncer da cabeça e pescoço nos pacientes atendidos no Serviço de Oncologia do Hospital de Especialidades "Eugenio Espejo" localizado em Quito - Equador, no período de 2002 a 2015. Os dados foram retirados das fichas clínicas hospitalares. O principal argumento apresentado que levou a está pesquisa é a ausência de dados deste porte no Equador. Foram estudadas variáveis relacionadas às condições demográficas, tipo e sítio anatômico, tipo de tratamento recebido e evolução. A informação foi coletada numa ficha de dados elaborada em Excel, com idade, sexo, ocupação, tipo, localização, diagnóstico e tipo de tratamento, tempo e evolução do tratamento. Os dados foram codificados e analisados no pacote estatístico STATA versão 14.0. Análise estatística descritiva foi realizada para as frequências absolutas e relativas. Os testes Qui-quadrado e de Poisson foram utilizados com nível significância de 95% e alfa de 0,05%. **Resultados**: Câncer de cabeça e pescoço ocorreu principalmente no sexo feminino com 50,7%, na faixa etária de 50-60 anos (20,3%), e com baixo nível de escolaridade (90,5%). O local de residência mais frequente foi

Serra, com 76,7%. O pacientes apresentaram ocupações domésticas em 38,4% dos casos, a região anatômica mais prevalente foi a cavidade bucal com 36,4%, sendo que a localização mais afetada foi a língua (C01-C02). O tratamento que prevaleceu foi o tratamento cirúrgico em 38,9% dos casos. O tempo de tratamento variou entre 1 e 180 dias em 44,5%, e 31,8% finalizaram o tratamento. Não foi observada associação entre o câncer de cabeça e pescoço (CCP) e variáveis sociodemográficas ou clínicas, salvo o local de residência, para o qual se encontrou relação significativa em relação aos tipos de câncer.

Palavras-chave: Câncer. Cabeça e pescoço. Tratamento. Epidemiologia.

ABSTRACT

Paltas MME. Prevalence of head and neck cancer at “Eugenio Espejo’ Hospital, 2001-2015, Quito-Ecuador, [tese]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências Odontológicas. 2018. Versão Corrigida.

Introduction: Cancer is a process of uncontrolled cell growth and dissemination that can occur anywhere in the body, producing physiological and emotional alterations. There are several etiological factors of this disease such as alcohol consumption, smoking, eating habits, chronic exposure to risk factors due to profession and even some sexual behaviors. Treatment depends on the type and anatomical location of the cancer, patients may receive radiation therapy, chemotherapy, surgical excision, or a combination of these therapies in advanced stages of the disease. **Objective**: To determine the prevalence of head and neck cancer (H&NC) among patients treated at the Oncology Service of “Eugenio Espejo” Hospital Quito-Equador, from 2002 to 2015. **Methods**: This is a descriptive, retrospective and cross-sectional study. Data were obtained from the medical records of patients treated with a diagnosis of CCP, at the Oncology Service of the Hospital "Eugenio Espejo". The variables to be considered were demographic data, etiological factors, type of cancer, anatomical location, treatment received and treatment evolution time. The information was collected in a datasheet elaborated in Excel, variables such as age, sex, occupation, etiological factors, stage, type, location, diagnosis and type of treatment, time and treatment evolution were retrieved. The data were coded and analyzed in the statistical package STATA version 14.0. An analysis of descriptive statistics was performed for absolute and relative frequencies. The Chi-square and Poisson tests were used with a confidence level of 95% and assumed alpha of 0.05%. **Results**: In those patients with H&NC, women predominated with 50.7%, the prevalent age group was 50-60 years with 20.3%, low level of education prevailed with 90.5%, the place of residence (Highlands) with 76.7%, domestic occupations were observed in 38.4% of the cases, the most prevalent anatomical region was the oral cavity with 36.4%, and the most affected location being the tongue (C01-C02), the treatment that prevailed was is the surgical treatment with 38.9% of the cases, treatment time

ranged from 1 to 180 days with 44.55% and 31.8% of patients concluded the treatment. There has been no association between H&NC and socio-demographic or clinical variables, except the place of residence, for which a significant relation was found in relation to the types of cancer.

Key words: Cancer. Head and neck. Treatment. Epidemiology.

LISTA DE FIGURAS

Figura 2.1 - Incidência mundial de câncer de laringe, lábio, cavidade bucal, nasofaringe, outras áreas da faringe: ambos sexos e todas as idades. Casos de câncer (x1000) GLOBOCAN 2012.....29

Figura 2.2 - Taxa de mortalidade mundial de câncer de laringe, lábio, cavidade bucal, nasofaringe, outras áreas da faringe: ambos sexos e todas as idades. Caso de câncer (x1000). GLOBOCAN 2012.....30

Figura 2.3 - Distribuição global da prevalência de câncer labial e cavidade bucal em um período de 5 anos para cada 100.000 habitantes, ambos sexos. GLOBOCAN 2012.....33

Figura 2.4 - Distribuição global da incidência de câncer labial e cavidade bucal em um período de 5 anos para cada 100.000 habitantes, ambos sexos. GLOBOCAN 2012.....34

Figura 2.5 - Distribuição global da mortalidade de câncer labial e cavidade bucal em um período de 5 anos para cada 100.000 habitantes, ambos sexos. GLOBOCAN 2012.....34

Figura 2.6 - Distribuição global da prevalência de câncer nasofaringe em um período de 5 anos para cada 100.000 habitantes, ambos sexos. GLOBOCAN 2012.....35

Figura 2.7 - Distribuição global da incidência de câncer nasofaringe em um período de 5 anos para cada 100.000 habitantes, ambos sexos. GLOBOCAN 2012.....36

Figura 2.8 - Distribuição global da mortalidade de câncer nasofaringe em um período de 5 anos para cada 100.000 habitantes, ambos sexos. GLOBOCAN 2012.....36

LISTA DE QUADROS

Quadro 2.1- Distribuição global da prevalência, incidência e mortalidade de câncer labial e cavidade bucal em um período de 5 anos para cada 100.000 habitantes, ambos sexos. GLOBOCAN 2012…….……..…....32

Quadro 2.2- Distribuição global da prevalência, incidência e mortalidade de câncer nasofaringe em um período de 5 anos para cada 100.000 habitantes, ambos sexos. GLOBOCAN 2012……..…….……....35

Quadro 2.3- Distribuição global da prevalência, incidência e mortalidade de câncer de laringe em um período de 5 anos para cada 100.000 habitantes, ambos sexos. GLOBOCAN 2012…….……..…….....37

Quadro 2.4- Distribuição em América Latina da prevalência, incidência e mortalidade de câncer labial e cavidade bucal em um período de 5 anos para cada 100.000 habitantes, ambos sexos GLOBOCAN 2012.....…39

Quadro 2.5- Estudos realizados em México e Cuba sobre câncer de cabeça e pescoço. Revisão de artigos.…….……..… 41

Quadro 2.6- Distribuição no Equador da prevalência, incidência e mortalidade de câncer de cabeça e pescoço em um período de 5 anos para cada 100.000 habitantes, ambos sexos. GLOBOCAN 2012……..……..… 44

Quadro 2.7- Incidência do câncer de cabeça e pescoço de acordo com sua localização anatômica, idade e sexo em moradores de Quito. CID-10. 2006 - 2010……...45

Quadro 2.8- Incidência do câncer de cabeça e pescoço de acordo com sua classificação (CID-10), localização anatômica, idade e sexo em moradores e não moradores de Quito. 2006 – 2010……..……...46

Quadro 2.9- Frequência de tumores malignos de acordo com sua localização topográfica diagnosticada em Quito 2006 – 2010……..……...47

Quadro 2.10- Classificação da American Joint Committee on Cancer (AJCC) para os pacientes com câncer de cabeça e pescoço ……..…...58

Quadro 2.11 - Estadiamento dos tumores malignos …….……..…… 58

Quadro 4.1- Operacionalização e dicotomização das variáveis dependentes e independentes de câncer de cabeça e pescoço ……...75

LISTA DE TABELAS

Tabela 5.1- Distribuição das frequências demográficas: sexo, idade, nível de instrução, local de residência e profissão. Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, 2002-2015 ……..…….……79

Tabela 5.2- Distribuição das frequências relacionadas ao tipo de câncer na região de cabeça e pescoço de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), localização anatômica, tratamento recebido, tempo de tratamento hospitalar e evolução do tratamento. Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, 2002-2015 ……..…….……80

Tabela 5.3- Tipos de câncer de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e Dicotomização da clínica do câncer na cabeça e pescoço. Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, 2002-2015.…..81

Tabela 5.4- Associação do câncer de cabeça e pescoço de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e faixas etárias. Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, 2002-2015.....……...83

Tabela 5.5- Associação do câncer de cabeça e pescoço entre a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e variáveis sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade). Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, 2002-2015……..…..……...85

Tabela 5.6- Descrição do câncer de cabeça e pescoço entre a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e as variáveis sociodemográficas (local de residência). Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, 2002-2015……...…...87

Tabela 5.7- Distribuição do câncer de cabeça e pescoço entre a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e variáveis clínicas. Hospital de Especialidades Eugenio Espejo 2002-2015…….……89

Tabela 5.8- Associação do câncer de cabeça e pescoço entre a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e a variável Evolução do tratamento. Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, 2002-2015.....91

Tabela 5.9- Associação do câncer de cabeça e pescoço entre a região anatômica, variáveis sociodemográficas e clínicas. Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, 2002-2015..... .....……...92

Tabela 5.10- Associação do câncer de cabeça e pescoço entre a evolução do tratamento, as variáveis sociodemográficas e clínicas. Hospital de Especialidades Eugenio Espejo ……..…...93

LISTA DE ABREVIATURAS E ACRÔNIMOS

AJCC	Comitê Conjunto Americano de Câncer
CCP	Câncer de cabeça e pescoço
CO	Câncer oral
CCO	Câncer da cavidade oral
CECyP	Carcinoma de células escamosas da cabeça e pescoço
CID	Classificação Internacional de Doenças
HEEE	Hospital de Especialidades ‘Eugenio Espejo’
IARC	Agência Internacional de Investigação em Câncer
INEC	Instituto Nacional de Estatística e Censo
ISO	Organização Internacional de Normalização
OMS	Organização Mundial da Saúde
PET	Tomografia por Emissão de Positrões
QMT	Quimioterapia
RT	Radioterapia
SOLCA	Sociedade de Combate ao Câncer
TC	Tomografia Computadorizada
TFD	Terapia Fotodinâmica
VEB	Vírus Epstein-Barr
VHS	Vírus Herpes Simples
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
VPH	Papilomavírus Humano

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 23
2 REVISÃO DE LITERATURA 27
2.1 Câncer de cabeça e pescoço 27
2.2 Epidemiologia 28
2.2.1 Mundial 28
2.2.2 América do Sul e Caribe 38
2.2.3 Equador 43
2.3 Fatores de risco 48
2.3.1 Tabaco 48
2.3.2 Álcool 49
2.3.3 Álcool e tabaco 50
2.3.4 Fatores dietéticos 51
2.3.5 Fatores ocupacionais 52
2.3.6 Infecções 53
2.3.7 Susceptibilidade genética 54
2.3.8 Outros fatores de risco 54
2.4 Manifestações clínicas 55
2.5 Diagnóstico 56
2.6 Estadiamento do câncer de cabeça e pescoço 57
2.7 Fatores prognósticos 59
2.7.1 Fatores prognósticos relacionados com o tumor 59
2.7.2 Fatores prognósticos relacionados com o paciente 59
2.8 Tipos de tratamento 60
2.8.1 Tratamento cirúrgico 61
2.8.2 Radioterapia 62
2.8.3 Braquiterapia 63
2.8.4 Quimioterapia 63
2.8.5 Outras terapias 64

3 PROPOSIÇÃO 67
3.1 Objetivo geral 67
3.2 Objetivos específicos 67
4 MATERIAIS E MÉTODOS 69
4.1 Desenho do estudo e aspectos éticos 69
4.2 Local do estudo, amostragem e participantes 69
4.3 Compilação de variáveis 70
4.3.1 Variáveis relacionadas com dados demográficos dos pacientes: sexo, idade, nível de instrução, lugar de moradia e ocupação 71
4.3.2 Variáveis relacionadas com o tipo de câncer de cabeça e pescoço 71
4.3.3 Variáveis relacionadas com a localização anatômica mais frequente do câncer de cabeça e pescoço 72
4.3.4 Variáveis relacionadas com o tipo de tratamento recebido por os pacientes com câncer de cabeça e pescoço 72
4.3.5 Variáveis relacionadas com o tempo de tratamento dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço 72
4.3.6 Variáveis relacionadas com a evolução de tratamento recebido por os pacientes com câncer de cabeça e pescoço 73
5 RESULTADOS 79
6 DISCUSSÃO 95
7 CONCLUSÕES 101
REFERÊNCIAS 103
ANEXOS 111

1 INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença caracterizada pela alteração do equilíbrio entre a proliferação celular e os mecanismos normais de morte celular. Este fenômeno conduz ao desenvolvimento de um clone com capacidade de invadir e destruir tecidos adjacentes assim como de se disseminar a localizações distantes em forma de metástase (1,2). É uma doença multifatorial causada por vários fatores extrínsecos e intrínsecos (3), são lesões com muitas diferenças em sua incidência, origem do tumor, forma clínica, evolução, abordagem terapêutica e prognóstico (4,5).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), os cânceres oral e orofaríngeo são as neoplasias mais frequentes na cabeça e no pescoço, com cerca de 390 mil novos casos cada ano (6,7,8). Este tipo de câncer tem se apresentado com uma incidência muito importante nas últimas duas décadas, ocupando o sexto lugar e representando 5% de todas as neoplasias, segundo os últimos relatos da mesma (OMS) (4,5,9). Tanto a prevalência, incidência e mortalidade variam consideravelmente nas diferentes partes do mundo (10,11).

O carcinoma espinocelular e suas variantes é o tipo histológico mais comum de câncer de cabeça e pescoço, responsável por 90% de todas as neoplasias de cabeça e pescoço, originadas do epitélio de revestimento mucoso do trato aerodigestivo superior (10,12,13).

Quando estas lesões ocorrem na cabeça e no pescoço, acometem diferentes regiões anatômicas, como: lábios, cavidade bucal, faringe, laringe, seios paranasais e glândulas salivares (8,13).

Existe uma confusão entre os termos “câncer oral”, “câncer da boca”, “câncer da cavidade oral”, “câncer da cavidade bucal”, “câncer oral e faríngeo” (14). Pelas características das lesões tumorais e tendo em conta a localização, número, diferenças biológicas e epidemiológicas, alguns autores sugerem a utilização do termo “cavidade bucal” para a identificação de todos os casos de câncer tais como os de língua, palato, gengiva, trígono retromolar, assoalho da boca, e mucosa das bochechas (14,15,16).

Guillison (17) menciona em seu estudo que a taxa de incidência de cânceres bucais é fortemente influenciada pela idade, sexo, localização primária, ano de nascimento e localização geográfica. O câncer é uma doença multifatorial, causada

por fatores endógenos e exógenos (3). Fatores endógenos podem ser citados como idade, sexo e fatores relacionados ao estilo de vida. Fatores de risco exógenos corresponderiam ao consumo de álcool e cigarro, especialmente quando seu uso é combinado, sendo que este fator é responsável por 75% dos cânceres orais e faríngeos (2,18,19).

No século 19, Virchow levantou a hipótese de que a inflamação crônica e a má higiene bucal estariam associadas à carcinogênese (20). Comportamentos sexuais e infecções pelos vírus do papiloma humano e Epstein-Barr são fatores etiológicos do câncer de orofaringe, língua e tonsilas palatinas (4,17). A deficiência nutricional crônica, a baixa ingestão de frutas e hortaliças e o consumo exagerado de dietas ricas em carne vermelha, laticínios e frituras podem contribuir para aumentar o risco de câncer de cavidade bucal e orofaringe (17,18).

Os riscos ocupacionais têm efeito cumulativo ao longo do tempo, dando solidez aos dados epidemiológicos de maior prevalência em idosos, permitindo que muitos autores afirmem que a idade é o principal fator de risco para o desenvolvimento do câncer, especificamente o câncer oral (CO) (21). A exposição prolongada à radiação ultravioleta, a alguns produtos químicos acompanhados da suscetibilidade genética individual, são fatores de alto risco para o desenvolvimento do câncer do trato aero-digestivo (4).

As manifestações clínicas do câncer de cabeça e pescoço (CCP) são muito variadas, dependendo principalmente da localização do tumor; e subsequente ao efeito da massa e/ou dor do tumor primário ou nódulo linfático e invasão das estruturas adjacentes, tais como danos do nervo; pode além disso, verificar-se dor, sangramento, úlceras, dores de garganta, disfagia, zumbido, perda de peso evidente e distúrbios emocionais, estes sinais e sintomas prejudica a qualidade de vida dessas pessoas (4,9).

O câncer é uma doença que provoca graves consequências na saúde dos pacientes e que pode produzir mutilações, deformidades físicas e funcionais que afetam gravemente o âmbito psicológico, econômico, social, familiar e a qualidade de vida dos pacientes que sofrem a doença (22). Altos níveis de depressão têm sido relatados, e também distúrbios de ansiedade no momento do diagnóstico, com diminuição da angústia mental de 1 a 3 anos após o tratamento.

O tratamento cirúrgico e radioterapia (RT) são os procedimentos convencionais utilizados no tratamento do cabeça e pescoço (CCP), este deve ser

multidisciplinar, incluindo pessoal médico, fisioterapeutas, psicólogos. O tipo de tratamento dependerá da fase e da localização anatômica do tumor, procurando sempre manter a funcionalidade dos órgãos para aumentar a sobrevida. Portanto, é necessário o uso de terapias coadjuvantes como RT e quimioterapia (QMT) (4,13,23).

Atualmente, existem dados estatísticos sobre câncer de cabeça e pescoço de 2006 a 2010, relatados pelo Registro Nacional de Tumores da SOLCA-Quito, e estatísticas sobre câncer em geral, relatados pelo INEC (Instituto Nacional de Estatísticas e Censos). Mas até o momento não há estudo de câncer de cabeça e pescoço realizado em hospitais estaduais do Equador. O Hospital de Especialidades Eugênio Espejo, sendo um hospital de referência nacional onde um grande número de pessoas com nível educacional e recursos econômicos baixos são atendidos, motiva para a realização deste estudo, cujo objetivo é determinar as prevalências dos CCP de acordo com as condições demográficas, tipo e sítio anatômico do câncer, o tipo de tratamento recebido e evolução.

Este estudo epidemiológico foi descritivo, transversal, com informações obtidas dos prontuários clínicos de todos os pacientes que compareceram ao serviço de Oncologia do Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo” (HEEE) no período de 2002 a 2015, com o objetivo de conhecer a prevalência de câncer de cabeça e pescoço.

O câncer é um problema de saúde pública, afeta mais frequentemente pessoas com conhecimento e nível econômico baixos, fazendo que elas passem para hospitais públicos onde a atenção não é imediata e muitas vezes dificultando o acesso. Isso faz com que o paciente não chegue a tempo para avaliação e só receba tratamento quando o câncer está em estágios avançados.

A epidemiologia do câncer contribui, em grande medida, para o conhecimento sobre a origem das neoplasias malignas, relacionadas a influências específicas tanto ambientais, culturais e raciais.

Graças aos estudos epidemiológicos do câncer, foi possível determinar a prevalência, a incidência e a mortalidade, e sabe-se que a incidência pode variar de acordo com a idade, raça, fatores ambientais e até características genéticas; sabe-se também quais são os principais fatores de risco do câncer, a faixa etária mais vulnerável e qual é o sexo mais afetado. Com todas essas informações, permite-se em todos os hospitais e centros de saúde o planejamento de ações de saúde como

prevenção, tratamento e promoção da qualidade de vida dos pacientes que sofrem câncer de cabeça e pescoço.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Câncer de Cabeça e Pescoço

O câncer é uma anormalidade caracterizada pela alteração do equilíbrio entre a proliferação celular e os mecanismos normais de morte celular. Este fenômeno conduz ao desenvolvimento de um clone com capacidade de invadir e destruir tecidos adjacentes, assim como de se disseminar a localizações distantes em forma de metástase (1,2).

O câncer de cabeça e pescoço (CCP) é um grupo de doenças que compartilham certas características histológicas, pode surgir do epitélio escamoso da cavidade bucal, orofaringe, laringe e hipofaringe, podendo ocorrer em qualquer parte da mucosa do trato aero digestivo superior (5,24,25). Outros tumores que se desenvolvem nessa área são os das glândulas salivares, a cavidade nasal e os seios paranasais (27).

A maioria das neoplasias da cabeça e pescoço se origina biologicamente do epitélio escamoso (26). O tipo mais comum do câncer de cavidade oral (CCO) é o carcinoma de células escamosas, que pode ser agressivo devido à capacidade de se disseminar e invadir tecidos adjacentes e desenvolver metástases linfáticas em órgãos distantes (13).

Câncer oral é parte das doenças destrutivas da região da cabeça e pescoço, é capaz de se infiltrar e invadir tecidos importantes e até continuar em outros lugares através do sistema linfático e sanguíneo, provocando a metástase (2).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o câncer de boca e orofaringe é considerado a neoplasia mais frequente da cabeça e pescoço, sendo as causas mais significativas o consumo de tabaco e álcool e a exposição constante a esses carcinógenos, em todo o mundo, pode desenvolver aproximadamente 80% dos cânceres de cabeça e pescoço com diferentes variações nos subsítios (23,27).

De acordo com a Organização Panamericana da Saúde, a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (28), na sua décima revisão, os cânceres de cabeça e pescoço são aqueles desde o código C00 até o C14, e laringe o código C32 (Ver apêndice D).

Portanto, os cânceres que se desenvolvem na cabeça e no pescoço são dividido em vários subgrupos que levam em conta cinco áreas anatómicas básicas, tais como a cavidade bucal, faringe, laringe, fossas nasais, e as glândulas salivares maiores e menores (8,27).

A cavidade bucal (CID-10: C00 – C06): lábios, assoalho da boca, os dois terços anteriores da língua, trígono retromolar, gengiva, palato duro e mucosa oral. Faringe (CID-10: C09 – C13): divide-se em orofaringe (palato mole, região da tonsila, base da língua e parede posterior da faringe), hipofaringe (seio piriforme, paredes inferoposterior e inferolateral da faringe) e nasofaringe. Laringe (CID-10: C32): divide-se em três regiões anatômicas, sendo laringe supraglótica, glótica (cordas vocais) e laringe subglótica (que estende-se até a borda inferior da cartilagem cricóide). Cavidade nasal e seios paranasais (CID-10: C410 – C310): incluem os ossos maxilar, etmoide, esfenoide e frontal. Glândulas salivares (CID-10: C07 – C08): maiores (parótida, submaxilar e sublingual) e menores (4,16,29).

2.2 Epidemiología

2.2.1 Mundial

O câncer é um grande problema de saúde pública em todo o mundo. É a principal causa de morte nos países desenvolvidos e a segunda causa de morte nos países em desenvolvimento. Essa alta incidência deve-se, certamente, ao maior crescimento e envelhecimento da população e também às mudanças dos comportamentos e estilos de vida como hábitos de consumo de tabaco e álcool, má alimentação, inatividade física e certos comportamentos sexuais em idade precoce (30).

O câncer de cabeça e pescoço tem aumentado nas últimas duas décadas tornando-se a sexta causa de morte no mundo (5,31,32), 650000 novos casos diagnosticados cada ano e 300000 mortes por essa condição no mesmo período, representado 17,6% do total de neoplasias malignas; possui incidência duas vezes maior no gênero masculino que no feminino (8,16). Tabagismo sozinho ou em

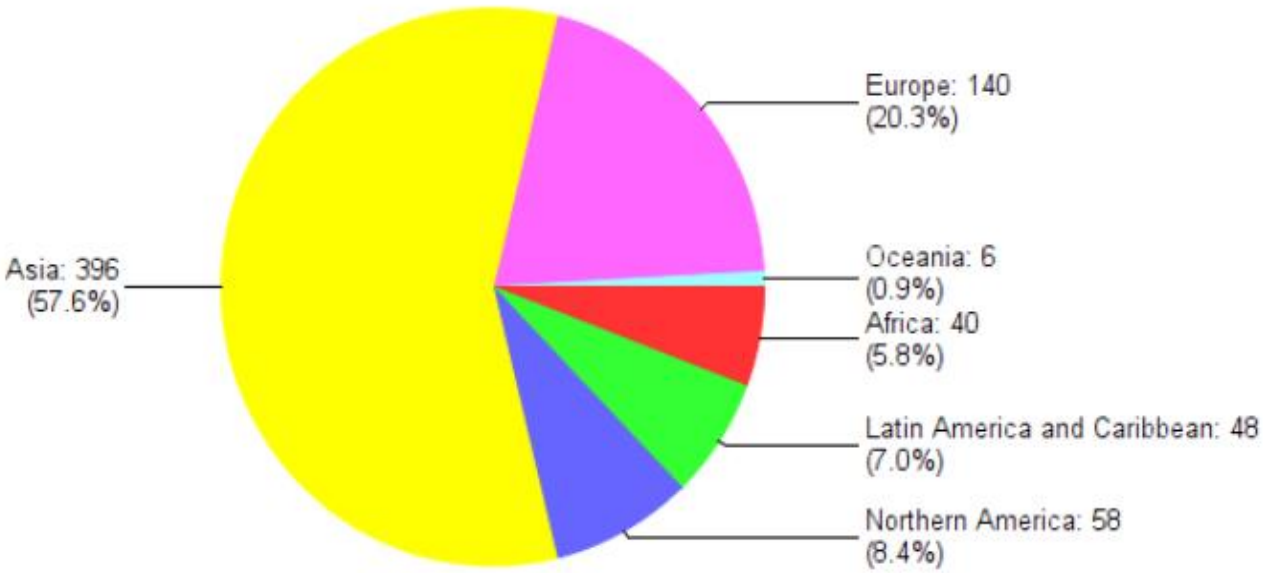
conjunto com o consumo de álcool é a causa mais importante de câncer de cabeça e pescoço. O câncer mais prevalente é o carcinoma de células escamosas e a idade mais afetada é entre 60 ± 5 anos (27).

A prevalência de câncer de cabeça e pescoço em um período de 5 anos, de acordo com dados estatísticos relatados pela GLOBOCAN (2012, nos países em desenvolvimento é de 62,2%, e nos países desenvolvidos é de 37,7% (6,33).

Mundialmente a incidência dos cânceres de cavidade bucal, faringe e laringe são estimados na Europa em 20,3%, na Oceania em 0,9%, na África em 5,8%, na América Latina em 7,0%, na América do Norte em 8,4% e Ásia em 57,6% (6,30). (Veja-se o gráfico 2.1).

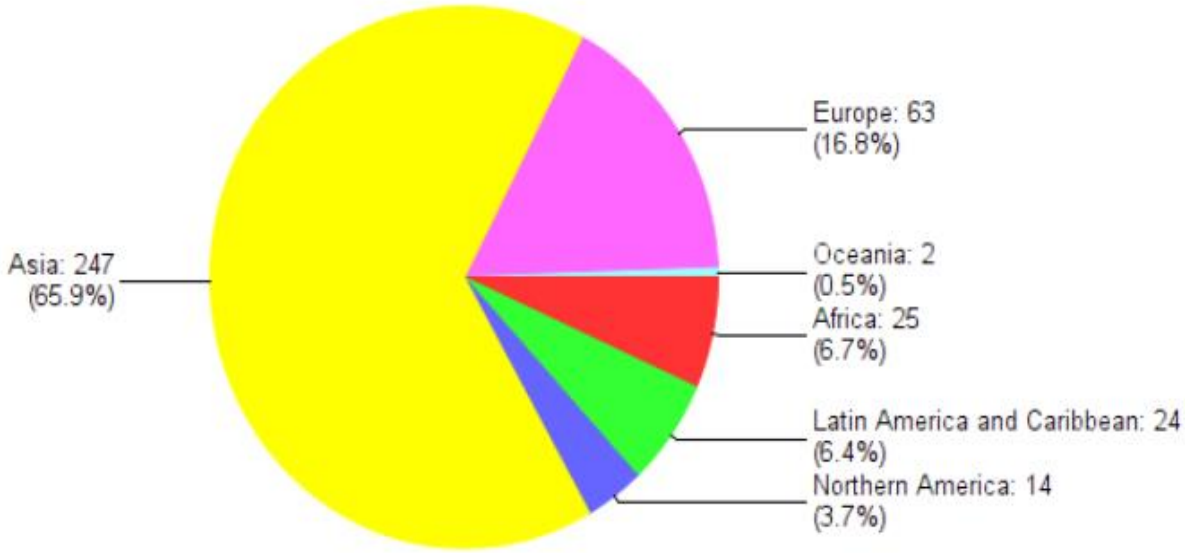
A taxa de mortalidade por câncer de cabeça e pescoço estimada para a Europa é de 16,8%, Oceania 0,5%, África 6,7%, América Latina e Caribe 6,4%, América do Norte 3,7% e Ásia 65,9% (6,30). (Veja-se o gráfico 2.2).

Figura 2.1 Incidência mundial de câncer de laringe, lábio, cavidade bucal, nasofaringeda faringe: ambos sexos e todas as idades. Casos de câncer (x1000). GLOBOCAN 2012



Fonte: GLOBOCAN 2012 (IARC) (6) – 24.7.2018

Figura 2.2 Taxa de mortalidade mundial de câncer de laringe, lábio, cavidade bucal, nasofaringe, outras áreas da faringe: ambos sexos e todas as idades. Casos de câncer (x1000). GLOBOCAN 2012



Fonte: GLOBOCAN 2012 (IARC) (6) – 24.7.2018

Bhawna Gupta et al. (34), em seu estudo Global Epidemiologia do câncer de cabeça e pescoço: um desafío contínuo, mundialmente, a população ponderada por 100.000 habitantes, para todas as idades e sexo, os cânceres de lábio e cavidade bucal são 4,0, laringe 2,1, faringe 1,9 e nasofaringe 1,2.

Cardemil (16), em seu estudo epidemiológico do carcinoma escamoso de cabeça e pescoço realizado em 2014, enfatiza que, em todo o mundo, há uma alta incidência de carcinoma de células escamosas de cabeça e pescoço, na Índia, Austrália, França, Brasil e África do Sul. Há um alto risco de câncer na cavidade bucal na região sul e central da Ásia, Melanésia, na parte sul e oeste da Europa e na parte sul da África. Observa-se ocorrência de câncer de nasofaringe no sul da China, câncer de laringe no sul assim como no leste da Europa, América do Sul e Ásia Ocidental, Itália, Espanha, sendo os carcinomas de células escamosas da cavidade bucal e faríngeo, afetando mais a língua com 13,5% e a mucosa bucal com 14,2%. Os fatores de risco mais frequentes são tabaco, má higiene bucal, álcool, mastigação de betel.

Em países desenvolvidos, como os Estados Unidos, o câncer é a segunda causa de morte (35). O câncer de cabeça e pescoço representa 3,2% da incidência de todos os cânceres e 2,2% da mortalidade.

Na Europa, estima-se 130000 novos casos por ano (16). Até 2012 na Europa estima-se que o câncer de cabeça e pescoço foi 28,8%, a incidência de 20,3% e mortalidade de 16.8% (6). Alam et al. (36). mencionam que na Europa os subgrupos afetados por câncer de cabeça e pescoço são a base da língua 15%, Tonsila 9%, região supra glótica 14%, glândulas salivares, tireoide e laringe 40%. Os fatores de risco mais frequentes são tabaco, álcool e infecções virais: Papilomavírus humano (VHP), vírus Epstein-Barr (VEB), vírus herpes simples (VHS), Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (16). Na Espanha, o câncer bucal representa 2,6% de todos os cânceres e sua mortalidade é de 1,5 por 100.000 habitantes (37).

Os países com maior prevalência, incidência e mortalidade de câncer em lábio e cavidade bucal de acordo a Organização Mundial da Saúde, Globocan (2012) e IARC (Agencia Internacional de Investigação en Cancer) - são: Papua Nova Guiné com uma prevalência de 53,87%, incidência de 24,95% e mortalidade de 15,97%, Austrália com prevalência de 40,08%, Alemanha 37,98%, Estados Unidos com 33,71%, França 31,0%, Finlândia 30,27% (6). (Veja-se o quadro 2.1).

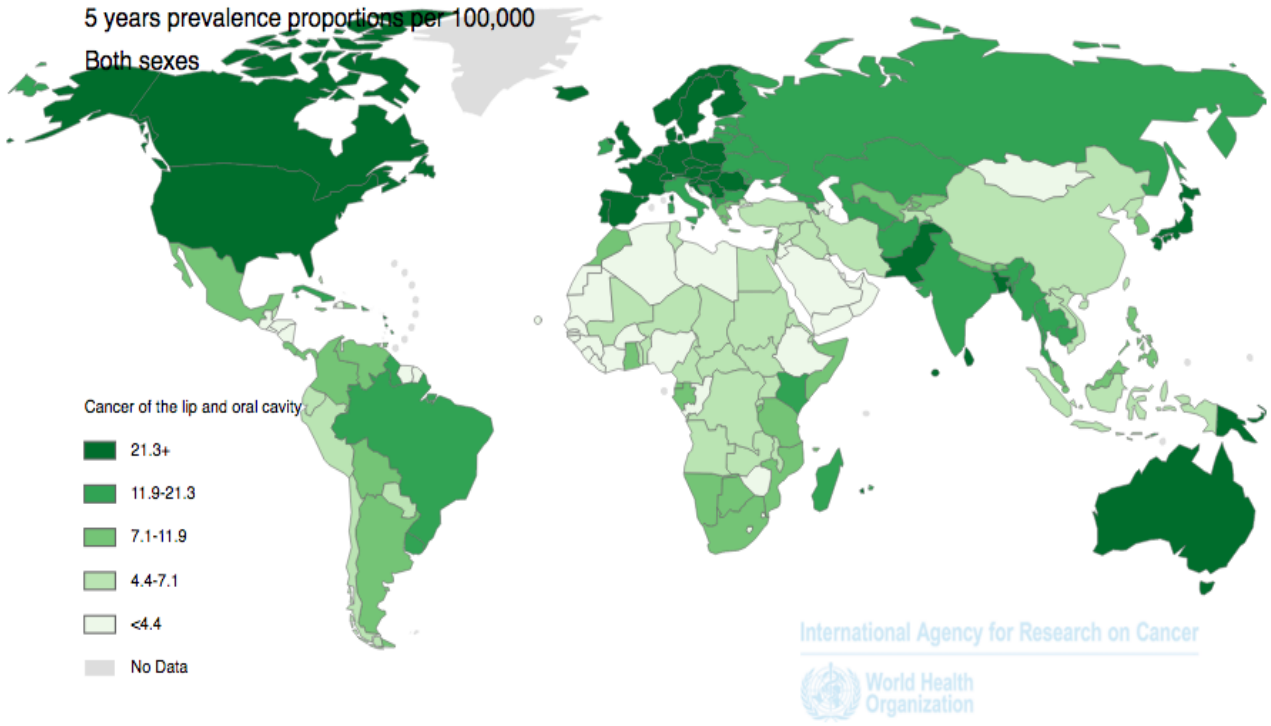
Quadro 2.1 Distribuição global da prevalência, Incidência e Mortalidade de câncer labial e cavidade bucal em um período de 5 anos para cada 100.000 habitantes, ambos sexos. Globocan 2012

Região	Prevalência %	Incidência %	Mortalidade %
Papua Nova Guiné	53,87	24,95	15,97
Austrália	40,08	6,3	0,96
Alemanha	37,98	5,71	1,32
Estados Unidos	33,71	5,21	0,82
França	31,00	5,5	1,31
Finlândia	30,27	4,12	0,99
Espanha	29,80	4,72	1,2
Canadá	28,11	4,17	0,81
Paquistão	25,98	9,83	5,86
Japão	24,46	2,89	1,07
Bangladesh	22,74	9,41	5,56
Itália	20,56	3,06	1,06
Cuba	20,11	4,35	2,14
Tailândia	19,07	3,99	2,07
Porto Rico	18,35	4,05	0,63
Rússia	17,64	4,52	2,44
Brasil	17,21	4,88	1,91
Uruguai	16,61	3,56	1,9
India	13,48	7,18	4,87
Quênia	11,90	5,49	3,12
Argentina	11,50	2,83	1,2
Tanzânia	11,18	5,46	3,6
Africa do Soul	10,95	4,07	1,74
Bolívia	10,59	4,05	1,51

Fonte: GLOBOCAN 2012 (IARC) (6)

Também pode-se observar a distribuição geográfica a nível mundial das regiões onde há maior e menor prevalência do câncer de lábio e cavidade bucal. (6,30).(Veja-se o gráfico 2.3).

Figura 2.3 Distribuição global da prevalência de câncer labial e cavidade bucal em um período de 5 anos para cada 100.000 habitantes, ambos sexos. GLOBOCAN 2012



Fonte: GLOBOCAN 2012 (IARC) (6)

De acordo com a Organização Mundial de Saúde e GLOBOCAN 2012, dados reportados até 2012 revelam alta incidência em Papua Nova Guiné, Paquistão e Bangladesh. Também pode-se observar a distribuição geográfica a nível mundial das regiões onde há maior e menor incidência e a mortalidade de câncer de lábio e cavidade bucal (6,35). (Veja-se os gráficos 2.4 e 2.5).

Figura 2.4 Distribuição global da incidência de câncer labial e cavidade bucal em um período de 5 anos para cada 100.000 habitantes, ambos sexos. GLOBOCAM 2012

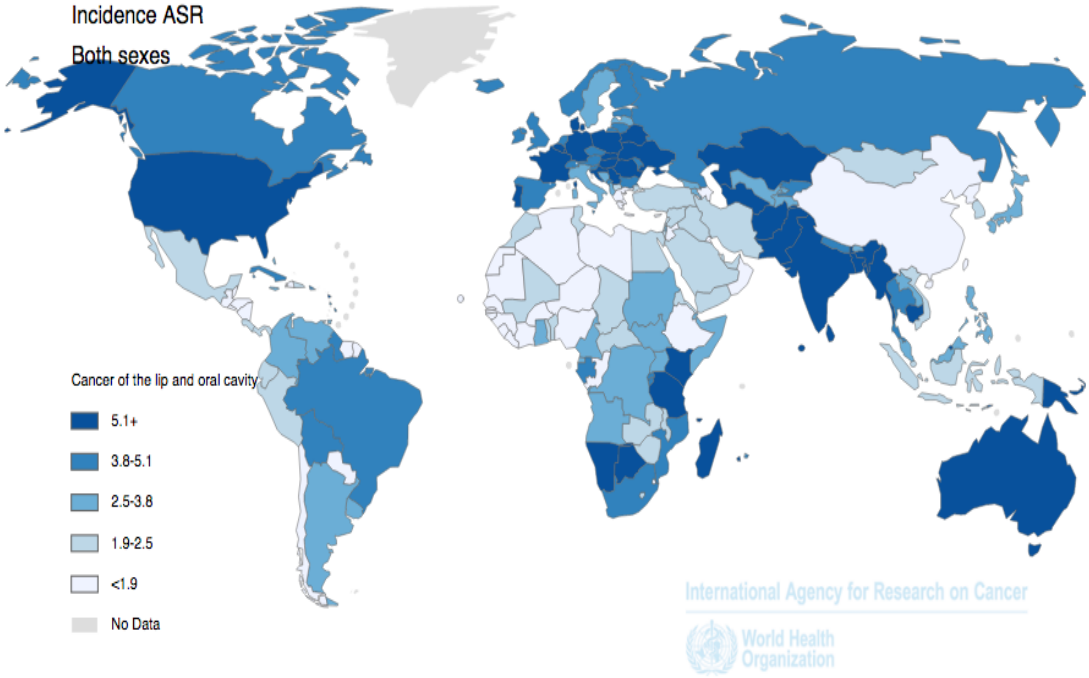
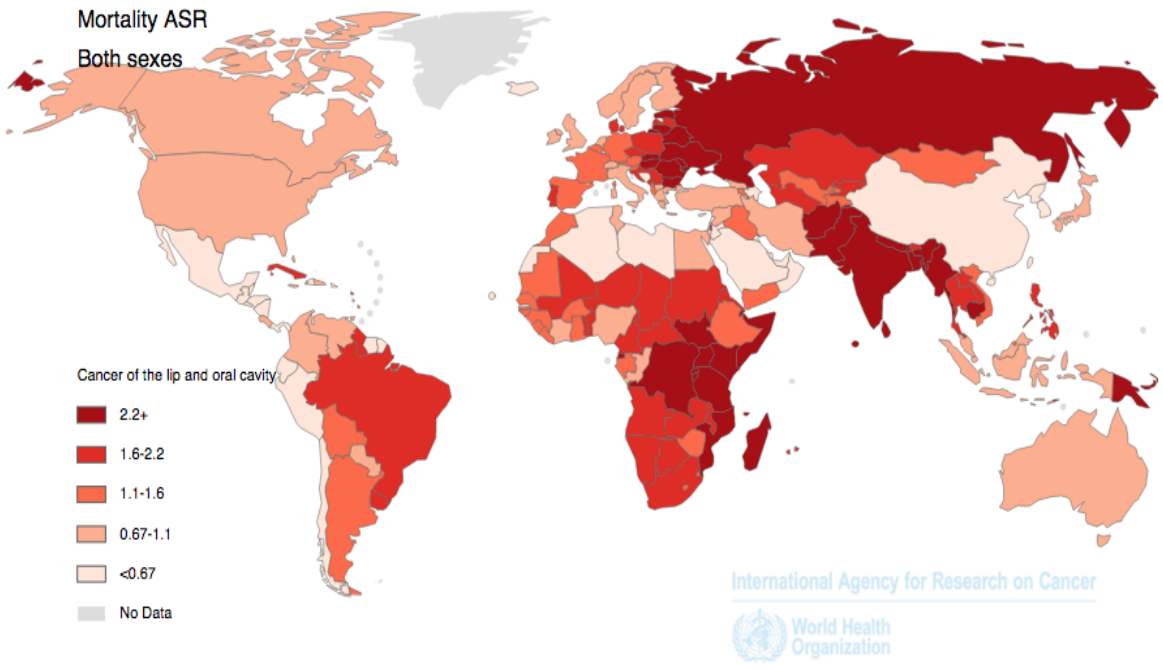


Figura 2.5 Distribuição global da mortalidade de câncer labial e cavidade buca em um período de 5 anos para cada 100.000 habitantes, ambos sexos. GLOBOCAN 2012



Fonte: GLOBOCAN 2012 (IARC) (6)

O câncer nasofaríngeo em 5 anos de prevalência por 100.000 habitantes, de acordo a Organização Mundial da Saúde, Globocan (2012) e IARC, , tem uma alta prevalência, incidência e mortalidade na Ásia.. A incidência na Asia foi de 81,45%, África 9,3%, Europa com 4,7%, América Latina e Caribe 2,3% e América do Norte 2,3%. A mortalidade na Asia foi de 80,4%, África 11,8%, Europa 3,9%, América Latina, Caribe e América do Norte 2,0%, (6). (Veja-se o quadro 2.2).

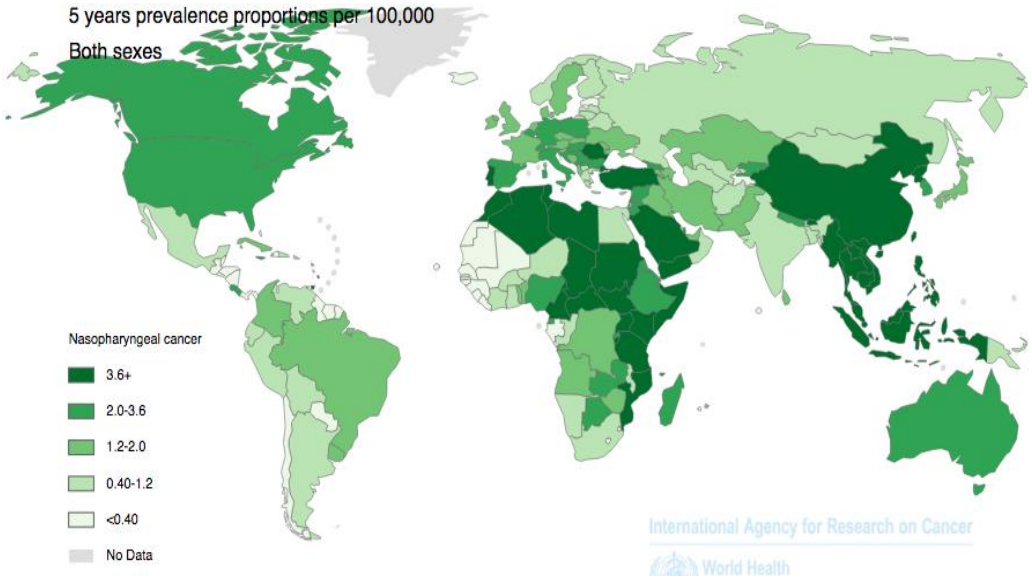
Quadro 2.2 Distribuição global da prevalência, Incidência e Mortalidade de câncer nasofaringe em um período de 5 anos para cada 100.000 habitantes, ambos sexos. Globocan 2012

Continente	Prevalência %	Incidência %	Mortalidade %
Ásia	80,4	81,4	80,4
África	11,8	9,3	11,8
Europa	3,9	4,7	3,9
América do Norte	2,0	2,3	2,0
Latino America e Caribe	2,0	2,3	2,0
Oceania	0,0	0,0	0,0

Fonte: GLOBOCAN 2012 (IARC) (6)

Pode-se observar a distribuição geográfica a nível mundial das regiões onde há maior e menor prevalência de câncer em nasofaringe. (Veja-se o gráfico 2.6).

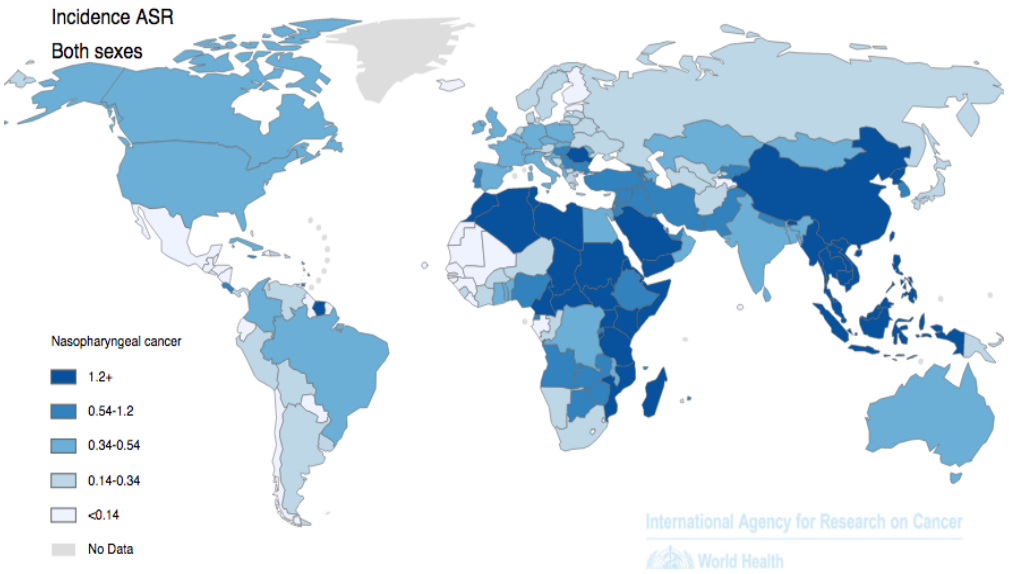
Figura 2.6 Distribuição global da prevalência de câncer nasofaringe em um período de 5 anos para cada 100.000 habitantes, ambos sexos. GLOBOCAN 2012



Fonte: GLOBOCAN 2012 (IARC) (6)

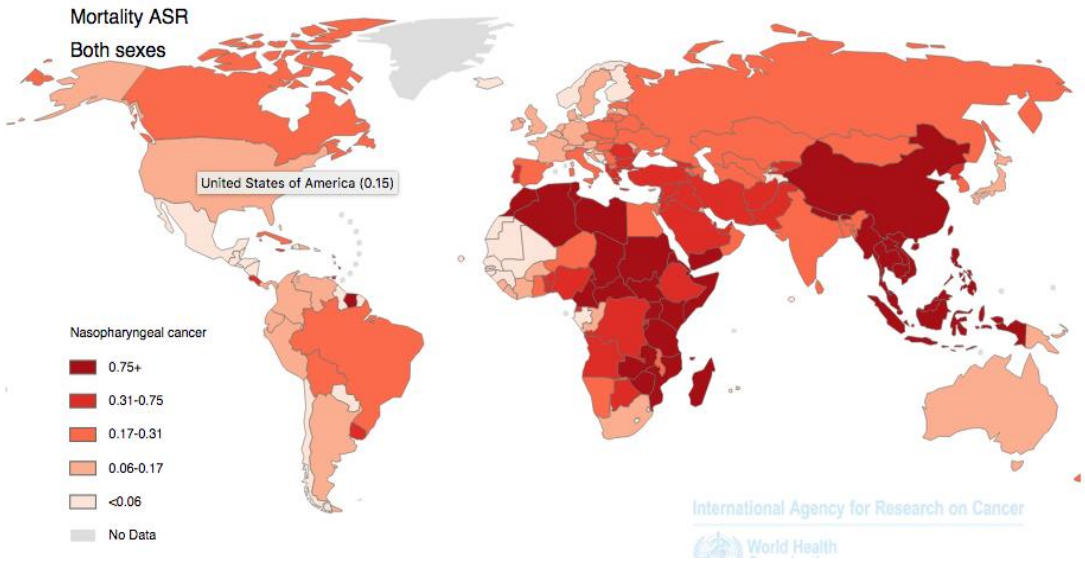
Pode-se observar a distribuição geográfica a nível mundial das regiões onde há maior e menor incidência e mortalidade de câncer em nasofaringe (6). (Veja-se o gráfico 2.7 e 2.8).

Figura 2.7 Distribuição global da incidência de câncer nasofaringe em um período de 5 anos para cada 100.000 habitantes, ambos sexos. GLOBOCAN 2012



Fonte: GLOBOCAN 2012 (IARC) (6)

Figura 2.8 Distribuição global da mortalidade de câncer nasofaringe em um período de 5 anos para cada 100.000 habitantes, ambos sexos. GLOBOCAN 2012



Fonte: GLOBOCAN 2012 (IARC) (6)

A prevalência de câncer da laringe estimado em 5 anos até 2012 é de 44,5% naÁsia, 29,1% na Europa, 10,6% na América Latina e Caribe, 10.4% na América do Norte, 4,7% na África, e 0,7% na Oceânia. A incidência estimada na Ásia é de 49,7%, na Europa de 25,5%, na América Latina e Caribe de 10,2%, América do Norte 8,3%, África 5,7%, e Oceania 0,6%. A mortalidade por câncer de laringe é de 54,2% na Ásia, na Europa de 24,1%, na América Latina e Caribe de 10,8%, na América do Norte de 4,8%, e na África 6,0% (6,35). (Veja-se o quadro 2.3).

Quadro 2.3 Distribuição global da prevalência, incidência e mortalidade de câncer de laringe em um período de 5 anos para cada 100.000 habitantes, ambos sexos. Globocan 2012

Continente	Prevalência %	Incidência %	Mortalidade %
Asia	44,5	49,7	54,2
Europa	29,1	25,5	24,1
Latino America e Caribe	10,6	10,2	10,8
America do Norte	10,4	8,3	4,8
África	4,7	5,7	6,0
Oceania	0,7	0,6	0,0

Fonte: GLOBOCAN 2012 (IARC) (6)

Os fatores etiológicos mais importantes de todos os canceres de cabeça e pescoço são o consumo de álcool e cigarro, que aumenta para 75% o risco quando seu uso é combinado (16,38). Granel et al. (38), em estudos realizados nos Estados Unidos, mencionam como fatores de risco do câncer de cabeça e pescoço o tabaco e o vírus HPV. Para Gillison et al. (17), os fatores de risco são o tabaco, higiene deficiente, álcool, má nutrição e comportamentos sexuais precoces. Gallegos et al. (29) mencionam que, para as regiões da Índia, França, Brasil, Espanha, Itália, Calvados e Eslováquia, os fatores de risco que desenvolvem câncer da cavidade bucal, laringe, hipofaringe são tabaco, álcool, risco ocupacional, má nutrição e vírus de HPV, VEB, HIV, VHS.

A neoplasia maligna que ocorre com mais frequência na cavidade bucal, laringe e hipofaringe é o carcinoma de células escamosas que representa 10% de todas as neoplasias malignas em todo o mundo e 75% dos carcinomas da cavidade bucal e laringe (16,27,39).

De La Torre et al. (39), em seu estudo que analisou o HPV como fator prognóstico do CCP mencionam que nesses cânceres em estágios iniciais (I e II) a sobrevida até cinco anos é maior que 80%, enquanto nos estágios tardios (III e IV) é inferior a 40%, independentemente da associação dos tratamentos recebidos.

2.2.2 América do Sul e Caribe

A América Latina é caracterizada por uma alta prevalência e incidência de câncer de cabeça e pescoço, com uma grande variação entre os diferentes países; de todos os novos casos de câncer de cabeça e pescoço (CCP) em todo o mundo, 6,5% ocorrem na América do Sul e América Central (40). As áreas com maior incidência de câncer na cavidade bucal são Cuba, Brasil, Uruguai e Porto Rico (6,16).

A incidencia do câncer de cabeça e pescoço ns países da América Latina é 14,9% em Cuba, 11,3% no Brasil, 9,4% nas Bahamas, 9,3% no Uruguai, 8,5% na Venezuela, 8,1% em Puerto Rico, 6,5% no Paraguai, 6,3% na Argentina, 6,2% no Panama, 5,8% na Colombia , 5,5% na Bolivia, 5,3 na Costa Rica e México, 3,9% em El Salvador, 3,8% na Nicaragua e Peru, 3,7% na Guatemala e Honduras, 3,6% no Equador, 2,7% no Chile Chile, e 2,01% Haití (6,30).

Em Cuba, o câncer é a primeira causa de morte, sendo o sexo masculino o mais acometido. De acordo com a região anatômica, há predomínio no pescoço e cabeça (8). No Brasil, a incidência é de 10,9 casos por 100.000 habitantes; no Chile, a incidência de câncer de laringe é de 1,2 casos, de câncer labial e cavidade bucal é de 1,3 casos, e o câncer de orofaringe e hipofaringe é de 0,5 casos por 100.000 habitantes (16,30).

No Uruguai, o câncer de cabeça e pescoço (CCP) está em quinto lugar, o sexto na mortalidade, a maior incidência em homens com idade média de 62 anos, sendo o câncer de laringe o mais prevalente, ligado ao alto consumo de cigarro (41).

No México, o câncer de cabeça e pescoço representa 5% de todas as neoplasias, e a cavidade bucal é a zona mais afetada com uma prevalência de 8,28%, uma incidência de 2,45% e mortalidade 0,67% (6,16).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde e Globocan 2012, a mortalidade da cabeça e pescoço na América Latina para Cuba é de 8,2%, Uruguai 6,4%, Brasil 6,3%, Republica Dominicana 4,9%, Argentina 3,6%, Venezuela 3,3%, Paraguai 3,2%, Costa Rica 2,8%, Panamá e Colômbia 2,4%, Bolívia e Guatemala 2,3%, Nicarágua e Puerto Rico 2,0%, Salvador 1,9%, México 1,8%, Chile 1,7%, Equador 1,6%, Haiti 1,5%, e Peru 1,4% (6,30,34).

De todos os cânceres de cabeça e pescoço, os que mais ocorrem são os do lábio e da cavidade bucal, cuja prevalência em Cuba é de 20,11%, no Brasil de 17,21%, Porto Rico 18,35%, no Uruguai 16,61%, Argentina 11,5%, Bolívia 10,59% (6). (Veja-se o quadro 2.4).

Quadro 2.4 Distribuição em América Latina da prevalência, incidência e mortalidade de câncer labial e cavidade bucal em um período de 5 anos para cada 100.000 habitantes, ambos sexos. GLOBOCAN 2012

Região	Prevalência %	Incidência %	Mortalidade %
Cuba	20,11	4,35	2,14
Porto Rico	18,35	4,05	0,63
Brasil	17,21	4,88	1,91
Uruguai	16,61	3,56	1,9
Argentina	11,5	2,83	1,2
Bolívia	10,59	4,05	1,51
Jamaica	10,15	2,76	0,82
Colômbia	9,3	3,12	0,88
Venezuela	9,18	2,96	0,89
México	8,28	2,45	0,67
Panamá	8,23	2,17	0,6
Costa Rica	7,62	2,29	0,68
República Dominicana	7,39	2,16	0,68
Perú	6,65	2,13	0,65
Equador	6,58	2,16	0,67
Bahamas	5,46	3,58	0,97
Paraguai	5,43	1,87	0,73
Chile	4,62	1,18	0,53
Haití	2,91	0,98	0,62
Guatemala	1,81	0,68	0,31
Honduras	1,73	0,72	0,3
Nicarágua	1,59	0,55	0,26

Fonte: GLOBOCAN 2012 (IARC) (6)

Os países com maior prevalência de câncer de nasofaringe são Jamaica com 2,26%, Costa Rica com 2,11%, Uruguai com 1,78%, Cuba com 1.64%, Brasil e Colômbia com 1,34% (6).

O câncer de laringe é mais prevalente em Cuba com 40,90%, Uruguai 19,25%, Venezuela 16,07%, Guiana Francesa 15,25%, Brasil 13,79%, República Dominicana 11,75%, Jamaica 12,42%, Argentina 12,11%, Porto Rico 11,36%. Atas taxas de incidência de câncer de laringe são observadas em Cuba 7,58%, Venezuela 4,4%, Brasil 3,42%, Uruguai 3,48%, e Argentina 2,51%. A mortalidade por câncer de laringe em Cuba é de 4,29%, Uruguai 2,83%, Brasil 2,26%, Venezuela 1,69%, e Argentina 1,75% (6,34).

Arias et al. (41), em seu estudo realizado no Uruguai, mencionam como resultados laringe 38,7%, orofaringe 20,2%, cavidade bucal 8%, parótida 2,3%, tendo como fatores de risco o consumo de tabaco e álcool. Oreggioni et al. (11), em Paraguai obteve resultados em a cabeça 58%, pescoço 42%, faringe 17%, cavidade bucal 17,32%, glândulas salivares 12,3%, laringe 9%, seios paranasais 5%.

Park et al. (42), em estudo realizado no Brasil, concluiu que o tabaco, álcool e vírus HPV são determinados como fatores de risco para o desenvolvimento de câncer de cabeça e pescoço. Costa de Moraes et al. (20), no Brasil, mencionam como fatores de risco a presença de vírus VPH, VEB, infecções, tabaco eálcool. Em seu estudo realizado obtiveram os seguintes resultados, assoalho da boca 12%, base da língua 15%, tonsila 3%, borda gengival 3%, palato 3%, borda da língua 21%.

Em estudos realizados na Colômbia, alguns autores mencionam como fatores de risco o tabaco (22,43).

Ordoñez et al. (43), em seu estudo realizado na Colômbia, determinam em 51,1% câncer na cavidade bucal e 25,5% na orofaringe. Na cavidade bucal, a língua 21%, palato 13,4%, boca 7,9%, gengivas 7,5%, lábios 1,5%, glândulas salivares 23,71%, amígdala 15,8%, e base da língua 6,7% foram afetados.

Existem vários estudos realizados no México e em Cuba, os quais determinam os possíveis fatores de risco que desencadeiam o câncer de cabeça e pescoço e os locais anatômicos mais frequentemente afetados. (Veja-se o quadro 2.5).

Quadro 2.5 Estudos realizados em México e Cuba sobre câncer de cabeça e pescoço. Revisão de artigos

Câncer de Cabeça e Pescoço				
Autor	**Pais**	**Região Anatómica**	**Localização**	**Etiologia**
Navarro et al. (4)	México	Vias aéreas superiores	Laringe 25%, Língua 28%, Nariz 21%	Álcool, tabaco
Figueiredo et al. (44)	México	Orofaringe	Tonsila	VPH, Alterações genéticas, Tabaco e Álcool
Vargas et al. (13)	México	Glândulas salivares Cavidade bucal	Parótida 3%, Submaxilar 3% Assoalho da boca 9,4%, Bochecha 3%	 Álcool Tabaco
Moctezuma et al. (3)	México	Boca Faringe	Lábios	HPV Tabaco
Vinizky et al. (45)	México	Glândulas salivares Cavidade bucal	Língua 29,7% Lábio inferior 14,8% Palato duro 11,1%	Radiação UV, VEB, HPV, dieta, higiene
Flores et al. (39)	México	Cavidade bucal Laringe 32,9% Orofaringe	Língua 22,9%, trígono retromolar 6,7%, assoalho da boca 11,2%, lábio 7,8%, Gengiva 10,1% Tonsila 8,4%	Alcoolismo (58,8% - 85,7%), tabagismo (56,1% - 83,3%) VPH
Gallegos et al. (10)	México	Cavidade bucal	Lábio, Língua, Assoalho da boca, gengivas, palato, mucosa	Álcool, tabaco, VPH
Gallegos et al. (5)	Cuba	Orofaringe	Faringe, Laringe, Fossas nasais, seios paranasais, glândulas salivares	Álcool, tabaco, VPH
Coca et al. (8)	Cuba	Cavidade bucal Faringe Laringe	Lábio	Tabagismo 42% Alcoolismo 16% HPV em jovens
Antunes et al. (46)	Cuba		Língua	Tabagismo 42% Alcoolismo 16% HPV em jovens
Ariosa et al. (2)	Cuba	Cavidade bucal	Lábio 65%, Língua 21,7%, Assoalho da boca 5%, gengivas 3,3%, palato 3,3%.	 Álcool Tabaco

2.2.3 Equador

O câncer em Quito é a segunda causa de morte após doenças cardiovasculares, e entre mulheres de 30 a 40 anos, o câncer é a principal causa de morte. Em 1980, o câncer respondia por 6% de todas as mortes; em 2016 aumentou para 16%. Segundo o INEC, a cada dia 29 pessoas morreram de câncer naquele ano. Até 2020, estima-se que mais 31.420 casos de câncer serão diagnosticados no país (47).

O Registro Nacional de tumores da SOLCA-Quito informa que os cânceres mais frequentes são: nos homens: próstata, pele, estômago, linfoma e cólon. Nas mulheres: mama, tireóide, pele não melanoma, estômago e colo do útero. Nos homens, o câncer de estômago ocupa o primeiro lugar de mortalidade, seguido pela próstata e depois pelo pulmão. Nas mulheres também em primeiro lugar de mortalidade é câncer de estômago, segundo colo do útero e depois da mama (47).

Em 2 de janeiro de 2000, foi inaugurado o moderno Hospital Oncológico SOLCA (Sociedade de Combate ao Câncer), com infraestrutura de saúde que permitiu atender a maioria das províncias do Equador. O principal objetivo da SOLCA é conhecer a incidência e distribuição dos tumores malignos que ocorrem na cidade de Quito. A apresentação dos dados é feita exclusivamente de cânceres invasivos de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (48).

Cardemil (16), em seu estudo epidemiológico do câncer espinocelular de cabeça e pescoço (CECyC), menciona que a incidência média de câncer de cabeça e pescoço em Quito-Equador é de 2,4 casos por 100.000 habitantes.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o GLOBOCAN (2012) e a IARC, a prevalência de câncer de cabeça e pescoço no Equador é de 11,49%, a incidência de 3,58% e a mortalidade de 1,63%. A prevalência de cânceres em lábio e cavidade bucal é de 6,58%, na nasofaringe de 0,46%, outros sítios da faringe de 1,34%, e na laringe de 3,11%. A incidência de cânceres em lábio e cavidade bucal é de 2,16%, a nasofaringe de 0,13%, outros sítios da faringe de 0,43%, e a laringe de 0,86%. A mortalidade por câncer de lábio e cavidade bucal 0,67%, nasofaringe 0,07, outros sítios da faringe 0,33% e laringe 1,63%. (6,27,30). (Veja-se o quadro 2.6).

Quadro 2.6 Distribuição no Equador da prevalência, incidência e mortalidade de câncer de cabeça e pescoço em um período de 5 anos para cada 100.000 habitantes, ambos sexos. GLOBOCAN 2012

Região Anatômica	**Prevalência %**	**Incidência %**	**Mortalidade %**
Lábio e cavidade oral	6,58	2,16	0,67
Nasofaringe	0,46	0,13	0,07
Outros sítios faringe	1,34	0,43	0,33
Laringe	3,11	0,86	0,56
Total	11,49	3,58	1,63

Fonte: GLOBOCAN 2012 (IARC) (6)

Segundo a SOLCA, no Cadastro Nacional de Tumores de Quito-Equador 2014, no período de 2006 - 2010 são apresentadas as taxas de incidência dos câncer de cabeça e pescoço, com média anual por 100.000 habitantes, segundo a Classificação Internacional de Doenças na sua décima revisão CID-10, de acordo com a localização, sexo e faixa etária (48).

Com os dados reportados pela SOLCA (Sociedade no Combate ao Câncer) entre 2006-2010 em moradores da cidade de Quito, pode-se observar que o gênero masculino prevalece com 57,2% e o câncer que mais afeta a cabeça e pescoço é o câncer ósseo (C40 - C41) com 28,53%, seguido de câncer de laringe (C32) com 16,9%, câncer de glândula salivar (C07 - C08) com 15,07%, e câncer de língua (C01 - C02) com 12,10 % (48). (Veja-se o quadro 2.7).

Quadro 2.7 Incidência do câncer de cabeça e pescoço de acordo com sua localização anatômica, idade e sexo em moradores de Quito. CID-10. 2006 - 2010

CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO						
CID-10	LOCALIZAÇÃO ANATÓMICA	GÊNERO CASOS		GRUPOS DE IDADE DOIS SEXOS		
		H	M	4-49	50-69	+70
C00	Lábio	0	1	1	0	0
C01-C02	Língua	19 (5,9)	20 (6,2)	9	17	13
C03-C06	Boca	9 (2,8)	19 (5,9)	5	8	8
C07-C08	Glândulas salivares	22 (6,9)	26 (8,17)	19	13	16
C09	Amígdala	8 (2,5)	1(0,31)	5	3	1
C10	Orofaringe	1 (0,31)	0 (0,0)	0	0	1
C11	Nasofaringe	4 (1,2)	2 (0,62)	2	1	3
C12-C13	Hipofaringe	0 (0,0)	1 (0,31)	0	0	1
C14	Outros e Mal Def. lábio, labio, faringe	6 (1,8)	3 (0,94)	2	5	2
C30-C31	Nariz e seios paranasais	17 (5,3)	14 (4,4)	11	7	13
C32	Laringe	45 (14,1)	9 (2,8)	8	20	26
C40-C41	Osso	51 (16,03)	40 (12,5)	59	19	11
Total		182 (57,2)	136 (42,7)	121	93	95

Fonte: Epidemiologia do Câncer em Quito 2006-2010 - SOLCA Quito
Elaborado pelo autor

Com os dados reportados pela SOLCA (Sociedade no Combate ao Câncer) entre 2006-2010 em moradores e não moradores da cidade de Quito, pode-se observar que o sexo masculino predomina com 57,4%, a faixa etária mais acometida é a faixa etária de 4 a 49 anos com 40,2%, seguida pelo grupo entre 50 a 59 anos com 31,3%. De todos os cânceres de cabeça e pescoço, o mais prevalente é o câncer nos ossos (C40 - C41) com 29,6%, seguido pelo câncer na laringe (C32) com 15,76%, câncer de glândulas salivares (C07 - C08) com 13,4%, câncer de nariz e seios paranasais (C30 - C31) com 12,2%, câncer de boca (C03 - C06) com 10,6% e câncer de língua (C01 - C02) com 10,3% (48). (Veja-se o quadro 2.8).

Quadro 2.8 Incidência do câncer de cabeça e pescoço de acordo com sua classificação (CID-10), localização anatômica, idade e sexo em moradores e não moradores de Quito. 2006 – 2010

Câncer de Cabeça e Pescoço						
CID-10	Localização Anatômica	Gênero casos		Grupos de idade dois sexos		
		H	M	4-49	50 -69	+70
C00	Lábio	1 (0,1)	1 (0,1)	1	1	0
C01-C02	Língua	37(4,7)	44(5,6)	22	32	27
C03-C06	Boca	37(4,7)	46(5,9)	24	32	27
C07-C08	Glândulas salivares	54(6,9)	51(6,5)	36	35	34
C09	Amígdala	18(2,3)	8 (1,03)	8	14	4
C10	Orofaringe	2 (0,2)	0 (0,0)	0	0	2
C11	Nasofaringe	7(0,9)	6 (0,7)	5	4	4
C12-C13	Hipofaringe	1 (0,1)	1 (0,1)	0	1	1
C14	Outros e Mal Def. lábio, boca, faringe	6 (0,7)	6 (0,7)	2	6	4
C30-C31	Nariz e seios paranasais	45(5,7)	51(6,5)	30	32	34
C32	Laringe	107(13,7)	16(2,06)	17	50	56
C40-C41	Osso	131(16,8)	100(12,8)	167	36	28
Total		446 (57,4)	330 (42,5)	312 (40,2)	243 (31,3)	221 (28,4)

Fonte: Epidemiologia do Câncer em Quito 2006-2010 - SOLCA Quito
Elaborado pelo autor

De acordo com relatos SOLCA (Sociedade de Combate ao Câncer), os tumores malignos mais comuns por região anatômica, diagnosticados em Quito no período entre 2006-2010 são neoplasias de células escamosas, neoplasias mucoepidermóides, adenomas e adenocarcinomas. A laringe é a região mais acometida, seguida da língua, lábios e orofaringe (48). (Veja-se o quadro 2.9).

Quadro 2.9 Frequência de tumores malignos de acordo com sua localização topográfica diagnosticada em Quito 2006 – 2010

TUMORES MALIGNOS MAIS FREQUENTES DE ACORDO COM SUA LOCALIZAÇÃO TOPOGRÁFICA						
CID-10	**LOCALIZAÇÃO TOPOGRÁFICA**	**Diagnóstico Histológico**		**M %**	**H %**	**TOTAL %**
C00	Lábio	805-808	Neoplasia de células escamosas	1(0,0)	1(0,0)	2(66,7)
		973	Tumores de células plasmáticas	1(0,0)	0(0,0)	1(33,3)
C01	Base da língua	805-808	Neoplasia de células escamosas	3(0,0)	4(0,0)	7(63,6)
		814-838	Adenomas e adenocarsinomas	1(0,0)	1(0,0)	2(18,2)
C02	Outras partes da língua não especificadas.	805-808	Neoplasia de células escamosas	34(0,2)	25(0,2)	59(77,6)
		814-838	Adenomas e adenocarsinomas	2(0,0)	2(0,0)	4(5,3)
C03	Gengiva	805-808	Neoplasia de células escamosas	13(0,1)	13(0,1)	26(68,4)
		872-879	Nevos e Melanomas	2(0,0)	2(0,0)	4(10,5)
		843	Neoplasias Mucoepidermoides	1(0,0)	1(0,0)	2(5,3)
C04	Assoalho da boca	805-808	Neoplasia de células escamosas	0(0,0)	2(0,0)	2(50,0)
		843	Neoplasias Mucoepidermoides	1(0,0)	0(0,0)	1(25,0)
		967-969	Linfoma de células B maduras	0(0,0)	1(0,0)	1(25,0)
C05	Palato	805-808	Neoplasia de células escamosas	4(0,0)	7(0,1)	11(36,7)
		843	Neoplasias Mucoepidermoides	5(0,0)	1(0,0)	6(20,0)
		814-838	Adenomas e adenocarsinomas	3(0,0)	1(0,0)	4(13,3)
C06	Outras partes da boca no especificadas	805-808	Neoplasia de células escamosas	6(0,0)	1(0,0)	7(35,0)
		801-804	Neoplasias Epiteliais	3(0,0)	1(0,0)	4(20,0)
		814-838	Adenomas e adenocarsinomas	1(0,0)	1(0,0)	2(10,0)
		843	Neoplasias Mucoepidermoides	1(0,0)	1(0,0)	2(10,0)
C07	Glândula parótida	814-838	Adenomas e adenocarsinomas	9(0,1)	11(0,1)	20(27,8)
		805-808	Neoplasia de células escamosas	5(0,0)	9(0,1)	14(19,4)
		801-804	Neoplasias Epiteliais	4(0,0)	7(0,1)	11(15,3)
C08	Outras glândulas salivares maiores	814-838	Adenomas e adenocarsinomas	9(0,1)	10(0,1)	19(45,2)
		843	Neoplasias Mucoepidermoides	4(0,0)	3(0,1)	7(16,7)
		805-808	Neoplasia de células escamosas	2(0,0)	4(0,0)	6(14,3)
C09	Amígdala	967-969	Linfoma de células B maduras	28(0,2)	16(0,1)	44(52,4)
		805-808	Neoplasia de células escamosas	8(0,0)	15(0,1)	23(27,4)
		959	Linfoma maligno SAI ou difusos	6(0,0)	6(0,0)	12(14,3)
C10	Orofaringe	805-808	Neoplasia de células escamosas	0(0,0)	2(0,0)	2(66,7)
		959	Linfoma maligno SAI ou difusos	0(0,0)	1(0,0)	1(33,3)
C11	Nasofaringe	801-804	Neoplasias Epiteliais	1(0,0)	5(0,0)	6(33,3)
		805-808	Neoplasia de células escamosas	4(0,0)	0(0,0)	4(22,2)
		967-969	Linfoma de células B maduras	1(0,0)	2(0,0)	3(16,7)
C13	Hipofaringe	800	Neoplasias SAI	1(0,0)	0(0,0)	1(50,0)
		805-808	Neoplasia de células escamosas	0(0,0)	1(0,0)	1(50,0)
C14	Outros mal definidos lábio Boca e faringe	800	Neoplasias SAI	1(0,0)	2(0,0)	3(20,0)
		805-808	Neoplasia de células escamosas	3(0,0)	3(0,0)	6(40,0)
		967-969	Linfoma de células B maduras	1(0,0)	2(0,0)	3(20,0)
C32	Laringe	805-808	Neoplasia de células escamosas	13(0,1)	93(0,7)	106(84,8)
		800	Neoplasias SAI	3(0,0)	9(0,1)	12(9,6)

Fonte: Epidemiologia do Câncer em Quito 2006-2010 - SOLCA Quito
Elaborado pelo autor

2.3 Fatores de risco

O câncer de cabeça e pescoço pode variar de um lugar para outro, inclusive dentro de um mesmo país, devido a variações significativas dos fatores de risco de cada região (49). É necessário considerar a variabilidade do clima, ambientes físicos, hábitos alimentares, costumes sociais. Alam et al. (36), mencionam que as variações geográficas na incidência de câncer de cabeça e pescoço (CCP) em diferentes partes do mundo, e dentro de um país, são indicativas das diferenças na prevalência de fatores de risco regionais.

De acordo com vários estudos realizados, sabe-se que o câncer da cabeça e pescoço é multifatorial, causado tanto por fatores intrínsecos e extrínsecos (3); fatores intrínsecos ou endógenos como idade, sexo, suscetibilidade genética (4), e fatores relacionados com o estilo de vida (20). Como principais fatores extrínsecos estão o consumo excessivo de tabaco, em várias formas, com ou sem álcool. Estes hábitos são responsáveis por 80% do câncer de boca e da faringe. Outros fatores são baixo nível socioeconômico, má higiene bucal, má alimentação, infecções de origem viral crônica e exposição a agentes químicos e físicos (1,17,49,50).

2.3.1 Tabaco

Em vários estudos epidemiológicos observa-se que existe uma relação, entre o tabaco em todas as formas de uso e o câncer da cabeça e pescoço, sendo que em fumantes é 5 a 25 vezes maior em relação aos não fumantes, havendo uma relação direta com a idade, início do hábito, duração e dose diária de consumo (4).

Em um estudo sobre câncer de cabeça e pescoço como um problema social (8), foi mencionado que, devido às características anatômicas e funcionais, os cânceres desta localização compartilham exposições semelhantes aos carcinógenos, principalmente álcool, tabaco e outras substâncias químicas.

Também tem sido indicado que o tempo prolongado de exposição à fumaça do cigarro, especialmente em mulheres, é um fator de alto risco para a origem dessas neoplasias, já que nela existem mais de 30 carcinógenos; entre os mais

importantes estão os hidrocarbonetos aromáticos policíclicos e nitrosaminas, que são convertidos em metabólitos ativos capazes de interagir com o DNA através da ação de enzimas oxidativas (29,51).

O tabaco mascado e o tabaco sem fumaça também estão associados à formação de lesões pré-malignas. O consumo de charutos e cachimbos está mais relacionado ao câncer de lábio e língua, porém quando combinados ao cigarro pode aumentar o risco e desencadear o câncer da laringe. Assim, o maior ou menor risco de câncer na cabeça e pescoço também depende do tipo de cigarro; em vários estudos, foi determinado que o tabaco escuro tem 59 vezes mais risco do que o tabaco claro, que tem um risco 25 vezes maior. Os cigarros *light* aumentam a frequência de consumo, aumentando o risco de desenvolver câncer devido à exposição do fumante a uma dose maior (29).

A prática da mastigação de betel ou noz-moscada é usual em certas partes da Ásia. A mesma é associada à formação de leucoplasia, fibrose e câncer na cavidade bucal, principalmente o risco de aumento do câncer de gengiva e do assoalho da boca (5,16). O tabaco está mais associado ao câncer de laringe, enquanto o câncer de cavidade bucal e faringe está mais relacionado ao álcool (16).

2.3.2 Álcool

O consumo excessivo de álcool está associado a um risco aumentado de desenvolver câncer de cabeça e pescoço, sendo o segundo agente causal mais importante após do consumo de tabaco, e 6 vezes maior do que em não-bebedores (5). Para um maior consumo de álcool, o risco relativo é maior para o carcinoma supraglótico e hipofaríngeo que para o carcinoma glótico e subglótico. Existe um maior risco de câncer faríngeo e oral em relação com a quantidade de anos de consumo excessivo de álcool e não a quantidade de bebidas por dia (27).

O etanol puro, por si só, não atua como substância cancerígeno, mas está associado a outras substâncias cancerígenas gerando a ação tóxica do álcool. O etanol tem um efeito cáustico e aumenta a permeabilidade da mucosa bucal, facilitando a ação de outros carcinógenos (52).

De acordo com Maier et al. (53), têm sido observados durante décadas em numerosos estudos epidemiológicos em que se observa que existe uma relação entre o consumo crônico de álcool e câncer de cabeça e pescoço; além disso, o consumo de álcool aumenta o risco para os fumantes.

Para Exposito et al. (4), pode existir uma correlação entre o consumo de álcool e a susceptibilidade genética para o risco de câncer de cabeça e pescoço pela presença de polimorfismo genético dos álcoois desidrogenasse e aldeído desidrogenasse. Possivelmente, o efeito mais importante é a irritação local nas zonas onde há contato durante a ingestão e deglutição, como assoalho da boca, língua, bochechas, laringe, e esôfago. Os danos celulares serão abservados de acordo com a dosagem, a frequência e o tipo de bebida, pela presença de diferentes agentes cancerígenos e as concentrações que variam de acordo com o tipo de álcool (29).

O tipo de álcool pode estar relacionado com a quantidade de substâncias cancerígenas. Tem sido observado que os licores escuros como uísque, rum envelhecido e conhaque contêm mais éster carcinogênico e acetaldeído do que licores claros, como vodca e rum claro. O câncer de orofaringe e laringe supraglótica é maior em consumidores de álcoois escuros; e o câncer bucal se manifesta mais em consumidores de vinho e cerveja e que esses licores têm mais nitrosaminas (52).

2.3.3 Álcool e Tabaco

O consumo de álcool e o consumo de tabaco juntos têm um efeito multiplicador e representa um alto risco de desenvolver câncer de cabeça e pescoço (4). Tabagismo e o consumo excessivo de álcool são fatores bem conhecidos de risco para o desenvolvimento de câncer oral e da faringe. Atualmente, o volume e tempo de consumo de álcool são considerados mais importantes do que o tipo de bebida alcoólica ingerida (42,44).

De acordo com Gallegos e Hernández (29), os efeitos conhecidos da carcinogênese alcoólica podem ser apresentados como deficiências nutricionais e metabólicas, células T anormais com alterações na sua atividade mitótica, lesão

local, diminuição da secreção de saliva protetora, bem como a potenciação de carcinógenos do tabaco, o que facilita sua impregnação na mucosa bucal.

Kocaelli et al. (40), mencionam que o consumo excessivo do cigarro, álcool e saúde bucal deficiente, são fatores de alto risco para a formação de câncer de cabeça e pescoço (CCP), e também para aumentar o cancerígeno acetaldeído, metabólito do etanol. As células epiteliais produzem acetaldeído a partir do etanol por ação do álcool desidrogenasse. A maioria deriva da oxidação do etanol pela microflora oral, tendo maior concentração do cancerígeno se existe má higiene bucal, produzindo aumento de etanol na secreção de saliva e aumentando o risco de câncer bucal em pessoas que consomem álcool cronicamente.

2.3.4 Fatores dietéticos

Estima-se que a incidência mundial de câncer até o ano de 2030 atinja a cifra de 13,1 milhões de habitantes, aumentando em 75%, por isso é importante mudar hábitos como tabagismo e álcool, além estilos de vida poucos saudáveis entre elos adquirem bons hábitos alimentares. A dieta que adotamos influencia não apenas a prevenção do câncer, mas também a evolução e progressão do mesmo (54).

Os cânceres bucal e de faringe também estão diretamente relacionados aos hábitos alimentares. Certas deficiências nutricionais de minerais e vitaminas, principalmente vitamina A, fazem que sejam considerados de alto risco e podem contribuir com a evolução maligna da mucosa da cavidade bucal (16,51).

A dieta e certos alimentos têm sido relacionados ao desenvolvimento do câncer de cabeça e pescoço (CCP), sendo considerado como fator de alto risco o consumo excessivo de dietas ricas em carne vermelha, ovos, bacon, laticínios, gordura animal, frituras e peixe defumado, devido aos altos níveis de nitrosaminas com potencial carcinogênico (18,20,50). A deficiência nutricional crônica e a baixa ingestão de frutas e hortaliças também podem ser considerados como fatores de alto risco para o surgimento de câncer da cavidade bucal e orofaringe (20,23).

Os hidrocarbonetos aromáticos policíclicos estão relacionados com o método de cozedura, cozinhar alimentos a temperaturas elevadas, especialmente carne ou

peixe, mas também cereais, vegetais, legumes, queijo (por exemplo, pizzas em forno de lenha), podem causar a formação de certas substâncias indutoras de câncer (54).

Os estados de imunossupressão relacionados ou não a distúrbios nutricionais como a desnutrição são um fator de risco conhecido que predispõe à carcinogênese e também favorecem o desenvolvimento do câncer, devido às dificultades do sistema imunológico em eliminar as células cancerígenas (51).

Considera-se que os fatores de proteção são todos os meios usados para reduzir a probabilidade de ocorrer um evento indesejado. No estudo de coorte prospectivo conduzido por Steinmetz et al. (55), em que eles concluíram com a evidência científica sobre o papel do consumo de legumes e frutas na prevenção do câncer é geralmente consistente e suporta a recomendação alimentar atual. É importante ter em mente a ingestão abundante de frutas e legumes.

Considera-se que o consumo em quantidades abundantes de legumes e frutas está relacionado a uma menor incidência de diferentes tipos de câncer, incluindo os da cavidade bucal e faringe. Os vegetais e plantas com maior efeito protetor seriam aqueles consumidos crus como alho, cebola, cenoura, vegetais verdes, brócolis, tomates e frutas em geral (56).

Também como um fator de proteção está a vitamina A e seus análogos, como os retinóides, elementos amplamente utilizados na quimio-prevenção queregulam e modulam o crescimento celular, a diferenciação celular e a apoptose das células normais, displásicas e neoplásicas (29).

2.3.5 Fatores ocupacionais

Há um pequeno grupo de lesões tumorais na região da cabeça e pescoço que estão relacionadas a fatores de risco ocupacionais. Alguns estudos mencionam que existe um alto risco de desenvolvimento de câncer na cavidade nasal entre os profissionais que trabalham na indústria têxtil e refinarias, expostos a determinadas substâncias, como pó da madeira, cimento, tinta, verniz, amianto, níquel, cromo, rádio, ácidos, tais como ácido sulfúrico e clorídrico, que estão presentes nas baterias, e o formaldeído usado como desinfetante e na fabricação de plásticos está diretamente associado ao câncer na nasofaringe e cavidade nasal (4,29).

As atividades ocupacionais nas quais as pessoas são expostas ao ar livre com longos períodos de exposição, especialmente à radiação ultravioleta, costumam ser propensas ao desenvolvimento de câncer de lábio (4).

2.3.6 Infecções

Infecções causadas por bactérias, fungos e vírus estão associadas à origem de certas neoplasias na cabeça e no pescoço.

Segundo Pereira et al. (44), de acordo com alguns estudos em animais, as bactérias participam na carcinogênese oral através da indução de inflamação crônica, por direta ou indireta interferência com o ciclo celular eucariótica ou pelo metabolismo das sustâncias cancerígenas, tais como as mutações de acetaldeído, causando danos no DNA e proliferação secundária do epitélio. *Cândida albicans* é a mais comum na cavidade bucal, estas leveduras podem penetrar epitélio bucal e causar displasias.

A infecção por vírus pode levar à formação de carcinomas no tecido epitelial da cabeça e pescoço, e dois tipos de estes vírus estão intimamente relacionados com a formação de neoplasias: são HPV e EBV. Os vírus de câncer da cabeça e pescoço relacionados são 16, 18 e 31, responsáveis por 10 a 15% dos câncer humanos, e o seu efeito principal se relaciona com a instabilidade genética que incluem mutações, alterações e danos no DNA (29,39,44).

Cardemil (16), em seu estudo epidemiológico de câncer da cabeça e pescoço, diz que na América do Norte a prevalência de HPV aumentou de 16,3% para 71,7% durante um período de 5 anos e que o EBV está associado ao câncer da nasofaringe, principalmente o tipo II e III.

A região anatômica que mais frequentemente apresenta infecção por cândida é a orofaringe, seguida pela cavidade bucal e laringe; o vírus Epstein-Barr está mais relacionado ao câncer de nasofaringe. Atualmente relaciona-se ao HPV como a principal causa de carcinoma em jovens que não são fumantes ou bebedores e em mulheres com menos de 40 anos de idade (27,29,39).

2.3.7 Susceptibilidade genética

O fator genético parece ter um papel importante na formação dos tumores, uma vez que eles podem interagir com outros fatores já mencionados.

Gallegos e Hernández (5) mencionam que há evidências epidemiológicas moleculares que mantêm a hipótese de maior suscetibilidade genética. As alterações na capacidade de metabolizar carcinógenos no sistema de reparo de DNA e no sistema de apoptose implica que certos indivíduos necessitam de menos carcinogênicos do que outros para causar a formação de uma neoplasia.

2.3.8 Outros fatores de risco

A radiação ionizante proveniente de fontes naturais e os acidentes terapêuticos ou nucleares apresentam alto risco de desencadear câncer (36). Pessoas que recebem tratamentos com radioterapia prévia podem estar associadas a alto risco de desenvolvimento de lesões neoplásicas nas glândulas salivares e sarcomas na cabeça e no pescoço (4).

A origem das neoplasias também tem sido associada à inflamação crônica desde o século XIX, quando Virchow formulou a hipótese de que a origem do câncer era a inflamação crônica. Moraes et al. (20), em seu estudo caso-controle, afirmou que a periodontite crônica era frequente em pacientes que apresentavam câncer de boca ou orofaringe.

Outros fatores, como a má higiene bucal e uso excessivo de enxaguatórios bucais, têm sido associados ao risco de desenvolver câncer na cavidade bucal. O risco é maior de acordo com a idade, sexo, se há patologias associadas, como irritação da mucosa, dieta inadequada, e têm-se hábitos como o consumo de álcool e tabaco (16,17,57).

2.4 Manifestações clínicas

Os estágios primários podem ser assintomáticos ou causar pequenas manifestações clínicas, por isso recomenda-se que os profissionais de saúde estomatologistas tenham conhecimento sobre câncer bucal, tenham a suspeita e saibam identificar lesões orais pré-cancerosas (37).

O câncer que se desenvolve na região da cabeça e pescoço tem múltiplas manifestações clínicas e estes irão depender da localização anatômica do tumor primário, o grau de envolvimento ganglionar, e a invasão e danos nas estruturas adjacentes por ação de substâncias liberadas pela massa tumoral que altera a função de órgãos distantes. Os tumores localizados são frequentemente assintomáticos e, quando ocorrem, suas consequências podem ser graves, o que limita a possibilidade de tratamento (1,4).

Alguns carcinomas clinicamente podem se apresentar como lesões maculares brancas (leucoplasia) ou vermelhas (eritroplasias) ou uma mistura das duas, que podem, subsequentemente, causar lesões ulcerativas na superfície da mucosa para posteriormente evoluir com um crescimento endofítico ou exofítico caracterizado por uma superfície ulcerada (37).

Nos carcinomas da nasofaringe geralmente ocorre, em quase 90% das vezes, a aparição de uma massa de tumor no pescoço, com a perda da audição, zumbido, obstrução e dor nasal; nos tumores nasais e seios paranasais, rinorreia, epistaxe e obstrução nasal unilateral estão frequentemente presentes; nos carcinomas de lábio e cavidade bucal podem ocorrer lesões ulcerosas dolorosas que não cicatrizam facilmente, descoloração das membranas mucosas, odinofagia, hemorragia, dor de ouvido, perda de peso e dos gânglios linfáticos palpáveis (4)

Ao nível da língua, manifesta-se como lesões ulcerativas persistentes com endurecimento e infiltração periférica, podendo ou não estar associadas a vegetações e lesões maculares vermelhas ou brancas. Em lesões muito grandes, áreas de necrose tecidual podem ser observadas (46).

No câncer da orofaringe, há manifestações clínicas de dor, disfagia, hemorragias e massas palpáveis ao nível do pescoço; na hipofaringe, o mais frequente que pode ocorrer é a mudança da voz; no nível da laringe, os sintomas

dependerão do sítio acometido, em geral persistem disfonia, disfagia, otalgia, tosse crônica, obstrução das vias aéreas e adenopatias palpáveis (4).

Oreggioni et al. (11), em seu estudo desnutrição a partir da avaliação subjetiva global gerada pelo paciente (VGS-GP) em pacientes com CCP, determinaram que 98% dos pacientes apresentavam algum tipo de sintoma, entre os quais se constaram disfagia e náusea, e outros menos frequentes como vômitos, constipação, xerostomia, saciedade precoce e alteração do paladar. Também observaram que nos estágios iniciais do câncer o estado nutricional é adequado, enquanto em estágios avançados há um risco de desnutrição de moderada a grave.

2.5 Diagnóstico

A condição mais importante para diagnosticar o câncer de cabeça e pescoço é ter a suspeita, ou seja, ter algum sintoma ou sinal que determine que pode ser câncer (1). Para determinar se há ou não câncer de cabeça e pescoço, é necessário o uso de métodos diagnósticos diretos e indiretos.

A história clínica (prontuário do paciente) é um método direto no qual o motivo da consulta será levado em consideração, onde o paciente refere todos os seus sintomas, possíveis comorbidades, fatores ambientais, fatores de risco, história de câncer no paciente e seus familiares. Um exame físico geral, exame regional e extra oral e oral será realizado, sendo o diagnóstico clínico a ferramenta mais importante para a detecção de lesões benignas e malignas, apoiada no conhecimento da anatomia normal (4,58).

O profissional solicitará exames complementares, como exames laboratoriais: hemograma completo, bioquímica sérica completa e estudos de coagulação. Testes de imagem, como radiografias da boca, face, tórax e ocasionalmente do abdome; tomografia computadorizada (TC), tomografia por emissão de positrões (PET) e ressonância magnética (MRI). Outros estudos, como ultrassonografias, xilografias e confirmação histológica da biópsia, são um método muito eficaz e preciso, indispensável para iniciar qualquer terapia (1,4,58).

Quando o diagnóstico histopatológico não ajuda a determinar o tipo de lesão tumoral, é necessário realizar outros exames complementares mais avançados,

como microscopia eletrônica, técnicas imunohistoquímicas, hibridização *in situ* e biologia molecular (1).

Todos os métodos complementares têm indicações específicas e quando esses estudos são bem feitos, seus resultados devem terminar em tratamentos e informações prognósticas precisas. Estudos inadequados levam a decisões erradas, atraso no diagnóstico, morbidade e tratamentos inadequados (1).

2.6 Estadiamento do câncer de cabeça e pescoço

O estadiamento do câncer na cabeça e pescoço baseia-se no exame físico e de imagem (4), permite melhor comunicação entre os médicos, admite a comparação dos resultados, serve de guia para o tratamento e permite expressar um prognóstico. É um sistema anatômico através do qual é descrita a extensão, o nível anatômico do tumor primário, assim como também se ele afetou os gânglios linfáticos e sim metastatizou está a distância (37).

As características mais importantes são o tamanho do tumor primário, que varia de acordo com a localização anatômica, o estado dos linfonodos e a presença ou ausência de metástases. Estes fatores suportam o sistema de estadiamento TNM (do inglês tumor, linfonodo, metástase) (4). T mede o tamanho do tumor, N descreve a propagação do câncer para os gânglios linfáticos próximos, M se houver metástase, ou seja, a propagação do tumor para outros órgãos (37). (Ver o quadro 2.10, 2.11).

Quadro 2.10 – Classificação da *American Joint Committee on Cancer* (AJCC) para os pacientes com câncer de cabeça e pescoço

CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO	
T	**TUMOR PRIMÁRIO**
TX	Dados insuficientes para avaliar o tumor primário
TiS	Carcinoma *in Situ*
T1	Tumor de 2 cm ou menos em seu maior diâmetro
T2	Tumor de 2 a 4 cm de maior diâmetro
T3	Tumor maior que 4cm de diâmetro, maior extensão para estruturas adjacentes
T4a	Doença local moderadamente avançada
T4b	Doença local muito avançada
N	GANGLIOS LINFÁTICOS REGIONAIS
NX	Linfonodos regionais não podem ser avaliados
NO	Não há metástase nos linfonodos regionais
N1	Metástase em um único linfonodo ipsilateral, ≤ 3 cm em dimensão maior
N2	Metástase em um único linfonodo ipsilateral,> 3 cm
	N2a: metástase em um único gânglio ipsilateral com tamanho entre 3 e 6 cm
	N2b: metástase ipsilateral em mais de um gânglio com tamanho ≤ 6cm
	N2c: metástase bilateral ou contralateral em um ou mais linfonodos ≤ 6cm
N3	Metástase em linfonodos> 6 cm
M	METÁSTASE DE DISTÂNCIA
MX	Metástase à distância não pode ser avaliada
M0	Não há metástase à distância
M1	Presença de metástase à distância

Fonte: AJCC CANCER STAGING MANUAL (59)

Quadro 2.11 - Estadiamento dos tumores malignos

CLASSIFICAÇÃO POR ESTADIAMENTO			
Estágio 0	T1s	N0	M0
Estágio I	T1	N0	M0
Estágio II	T2	N0	M0
Estágio III	T3	N0	M0
	T1	N1	M0
	T2	N1	M0
	T3	N1	M0
Estágio IV			
IVA	T4a	N0	M0
	T4a	N1	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N2	M0
	T4a	N2	M0
IVB	Qualquer T	N3	M0
	T4b	Qualquer N	M0
IVC	Qualquer T	Qualquer N	M1

Fonte: AJCC CANCER STAGING MANUAL (59)

2.7 Fatores prognósticos

Os fatores prognósticos podem ser:

a) Inerentes ao tumor: tamanho, diferenciação, localização ou aparência macroscópica
b) Relacionado ao paciente: idade, sexo, condição geral.
c) Próprios do tratamento: tipo, dose ou relação temporal entre os componentes da terapia (1).

2.7.1 Fatores prognósticos relacionados ao tumor

É um fator prognóstico muito importante que impacta a sobrevivência e é diretamente proporcional à sua capacidade de enviar metástases ganglionares; os tumores localizados na hipofaringe, especialmente aqueles da nasofaringe e do seio piriforme têm um mau prognóstico, enquanto que os tumores da cavidade bucal tem um prognóstico favorável. O prognóstico de pessoas com câncer da língua é pior do que dos pacientes com carcinomas da mucosa oral, enquanto os tumores que se originam na mucosa do palato têm a menor taxa de metástases nodais e melhor prognóstico (4,5).

O estado ganglionar (N), envolvimento ganglionar e tamanho do tumor são preditores importantes da resposta ao tratamento. O envolvimento ganglionar é decisivo porque a sobrevivência está relacionada com a área cervical em que se localizam, a ruptura capsular e o número de gânglios linfáticos afetados (4,5). A existência de nódulos metastáticos depende da localização anatómico de origem do tumor, o tamanho e as fases iniciais da profundidade invasão (37).

O tamanho do tumor primário e a extensão do tumor são diretamente proporcionais à presença de gânglios cervicais metastáticos, e a probabilidade de ter metástase ganglionar em tumores T3-T4 é de 70% (5).

2.7.2 Fatores prognósticos relacionados ao paciente

A idade avançada é um fator prognóstico desfavorável na evolução da doença, já que frequentemente apresenta comorbidades, o que compromete ainda mais a vida do paciente devido às complicações decorrentes dos diferentes tipos de tratamentos (4). Em diferentes estudos, tem sido mencionado que a sobrevida é maior em pacientes com menos de 40 anos de idade (10).

O sexo é um importante fator prognóstico, a prevalência tem aumentado no gênero feminino, especialmente naquelas pessoas que não têm hábitos de consumo de cigarro e álcool, mas é possível que esteja mais relacionado à presença do HPV (10).

De acordo com o estado geral e os hábitos, os pacientes em melhores condições sistêmicas têm melhor prognóstico em termos de resposta, porém este não é o caso dos pacientes que apresentam comorbidades, ou que têm uma deficiência nutricional superior a 40%, o que implica em uma baixa sobrevida. O consumo de tabaco e álcool antes e durante o tratamento reduz a sobrevida, pois está relacionado ao aumento da toxicidade ao tratamento e à formação de neoplasias secundárias (4,10,29).

Nos países com baixo nível socioeconômico, a frequência do câncer na cavidade bucal é alta, os casos são identificados em fases tardias, há pouco conhecimento da doença tanto dos pacientes quanto dos profissionais da saúde, assim como uma menor possibilidade de acesso a qualquer sistema de saúde para receber um tratamento precoce e adequado, o que resulta em menor sobrevida. O baixo nível socioeconômico está relacionado a certos hábitos como tabagismo, alcoolismo e falta de higiene (10,60).

2.8 Tipos de tratamento

O tratamento do câncer de cabeça e pescoço envolve uma equipe multidisciplinar que trabalha de forma integrada, proporcionando ao paciente segurança e confiança, com o objetivo de acabar com a doença através do uso de diversos métodos terapêuticos como cirurgia, radioterapia, quimioterapia ou a combinação de diferentes técnicas de tratamento, para garantir o controle da

doença, proporcionar intervalos livres dos mesmos e promover uma melhor qualidade de vida das pessoas que sofrem de CCP (8,13,44).

O principal objetivo do tratamento do câncer de cabeça e pescoço (CCP) é a cura ou eliminação da doença, preservando a estética e funcionalidade dos órgãos, mantendo a habilidade de deglutir e ventilar normalmente (1,5). A cura só poderia ser demonstrada ao longo do tempo em um grupo de pacientes, já que predizer que o tratamento em um paciente é bem-sucedido não é tão fácil, mas pode ser feito a partir do conhecimento da evolução natural da doença, os fatores prognósticos e de um tratamento adequado (1).

Estas neoplasias são de prognóstico e terapêutica variáveis, dependendo do sítio anatômico do tumor primário, condição sistêmica do paciente, importância de manter a função de um órgão, mesmo com o consentimento do paciente, e a capacidade de tolerar e receber tratamento (4,5,37).

Apesar dos avanços tecnológicos que ocorreram nos últimos anos, a sobrevida global do CCP não tem sido bem sucedida, pois a maioria dos pacientes são diagnosticados em estágios avançados, possivelmente devido às dificuldades enfrentadas pelos pacientes para o acesso rápido aos sistemas de saúde pública e centros de especialidade (5).

O tratamento cirúrgico e a radioterapia continuam sendo o padrão-ouro para o tratamento das lesões tumorais do lábio e da cavidade bucal, tanto isoladamente ou em combinação com outros tratamentos no caso de neoplasias avançadas (1,37).

2.8.1 Tratamento cirúrgico

O tratamento cirúrgico desempenha um papel importante na terapia do câncer, incluindo a profilaxia, o diagnóstico, a avaliação da extensão da doença, o controle do tumor primário, a reconstrução, e o tratamento das possíveis complicações. A cirurgia controla o volume do tumor e pode prolongar a sobrevida das pessoas que sofrem dessa doença (1).

O tipo de cirurgia dependerá se os nódulos são afetados ou não. A remoção dos linfonodos pode ser funcional ou radical. É funcional se não estiverem afetados de forma completa; nesses casos se remove o tumor com margens de segurança

além da lesão, assim como os nódulos linfáticos cervicais. Se estiverem afetados, a cirurgia radical remove os músculos esternocleidomastoideo, milohioideo, nervo glossofaríngeo, glândula submandibular, veias jugulares, sistema linfático cervical, polo inferior das glândulas parótidas e até o osso (4,37).

A cirugia de muitos tipos de câncer de cabeça e pescoço produzirá defeitos após a exérese com margem de segurança dos tecidos afetados, dentre estes defeitos encontram-se cicatrizes, fibrose, deformidades que afetam a função e estética facial, após cirurgias extensas como maxilectomia ou mandibulectomia e que comprometem importantes tecidos causando comunicação entre cavidades especialmente oronasal e orosinusal. As cirurgias mais extensas geralmente exigem a colocação de enxertos para permitir uma reconstrução mais funcional (61).

A Histopatologia é o método auxiliar padrão para o diagnóstico das lesões neoplásicas, por conseguinte, é importante a obtenção desta amostra através de um procedimento de cirurgia aberta ou minimamente invasiva, tornando-se uma base para diagnóstico. Da mesma forma, a biópsia de linfonodo sentinela fornece informações valiosas para tratamento adicional (1).

2.8.2 Radioterapia

A radiação é o fluxo de partículas em movimento rápido, de natureza e energia cinética. Tem incontáveis aplicações na medicina, biologia, medicina nuclear, radioterapia, bioquímica, fisiologia e pesquisa em várias áreas (1).

A radioterapia (RT) é muito importante no tratamento do CCP e, dependendo da fase da neoplasia, pode ser eficaz como o único tratamento nos estágios I e II, ou pode ser combinada com cirurgia ou quimioterapia nas fases III e IV. A radioterapia pós-operatória é indicada em pacientes com alto risco de recorrência (4,37).

A dose dependerá da localização anatômica, do tipo de tumor e será usado como único tratamento ou em combinação com outras modalidades terapêuticas. Normalmente a dose para o CCP pode atingir de 50-70 Gray (Gy) uma vez por dia, 5 dias por semana, num período de 5 a 7 semanas (37), 50 Gray (Gy) para pequenas lesões tumorais, enquanto que 70 Gray (Gy) para tumores maiores (T3 e T4) (4).

Os efeitos da radiação podem ser graves, afetando as estruturas bucais, glândulas salivares, ossos, dentes e mucosa oral; o que leva a alguns sintomas clínicos como epidermite, mucosite, perda do gosto, xerostomia, disfagia, alopecia, ósteoradionecrose e cárie por irradiação, apresentando impacto na qualidade de vida do paciente (4,37,62).

2.8.3 Braquiterapia

A braquiterapia é um tipo de radiação interna local que está em contato direto com a massa tumoral através de alguns adaptadores, como tubos ou agulhas que dão algum conforto ao paciente e não causam danos; é levemente prejudicial e oferece menos radiação do que a radioterapia externa, oferece vantagens dosimétricas, segurança radiológica, já que a radiação não atinge tecidos vizinhos saudáveis graças a um protetor de acrílico e chumbo de 2mm (37,63).

Esta terapia não deve ser usada quando se encontra qualquer tipo de alteração no osso, perda significativa de tecido ou quando uma grande incisão cirúrgica é necessária (37). Pode ser usado em combinação com radioterapia convencional, para lesões com grandes extensões localizadas na língua, assoalho da boca, amígdalas e nasofaringe, pode ser usado também no tratamento de lesões tumorais recorrentes, especialmente em pacientes que já receberam radiação (4).

2.8.4 Quimioterapia

A quimioterapia (QMT) desempenha um papel muito importante no tratamento do CCP, em seus diferentes estágios. Em pacientes com doença metastática ou localização regional, em quem o tratamento não é possível, a quimioterapia é paliativa; em outros casos, a QMT é usada em combinação com radioterapia (RT) e intervenção cirúrgica (4). Tem sido usado como tratamento para o câncer metastático, especialmente quando as outras modalidades de tratamento falharam. Atualmente, a quimioterapia pode ser utilizada como tratamento de indução,

tratamento adjuvante, tratamento concomitante em pacientes com doença localizada, assim também como tratamento paliativo (1).

A quimioterapia (QMT) de indução ou neoadjuvante consiste em um tratamento primário precoce em pacientes com neoplasia avançada. A QMT adjuvante é a administração de QMT após a cirurgia com o objetivo de eliminar uma possível microscopia residual e lesões metastáticas. O tratamento concomitante é a combinação do QMT mais radioterapia. A QMT paliativa é o tratamento de escolha no câncer com recidiva ou doença metastática em que o tratamento local regional não pode ser realizado (1,4).

Em tumores da nasofaringe, pela relação com as estruturas anatômicas importantes e a capacidade de infiltração difusa de estruturas adjacentes, o acesso cirúrgico torna-se muito difícil; mas, graças à sua radiossensibilidade, o tratamento adequado é a combinação de quimioterapia e radioterapia, mesmo nos casos muito avançados (1).

Cardemil (16), num estudo epidemiológico de câncer de cabeça e pescoço, menciona que há uma pior sobrevida para o câncer de laringe, nos Estados Unidos, o que poderia se dever aos protocolos usados para os tratamentos, como radioterapia e quimioterapia.

2.8.5 Outras Terapias

A imunoterapia é uma possibilidade de tratamento em pessoas que sofrem de câncer que pode ser usada para complementar alguns dos tratamentos convencionais. É baseada no direcionamento da resposta imune contra células tumorais para alcançar reparo, estimulação ou amplificação de mecanismos imunológicos envolvidos em parar o crescimento e disseminação do tumor (64).

A vitamina A e seus análogos são fármacos atualmente em estudo na quimio-prevenção que modulam e regulam o desenvolvimento celular, a diferenciação celular e a apoptose das células normais, displásicas e neoplásicas (29).

A terapia paliativa se concentra na eliminação de doenças locais ou regionais para o alívio das manifestações clínicas, como dor, hemorragia e infecções (1).

A terapia fotodinâmica (PDT) é uma terapia não invasiva, segura porque as substâncias utilizadas são, de preferência na acumulação de células de tumor enquanto preserva o tecido saudável, e de baixo custo. Este tipo de terapia está em estudo, mas, no entanto, está sendo usada em países desenvolvidos como os Estados Unidos, Canadá, Europa (37).

3 PROPOSIÇÃO

3.1 Objetivo Geral

- Conhecer a prevalência de câncer na região da cabeça e pescoço dos pacientes atendidos no Serviço de Oncologia do Hospital de Especialidades Eugênio Espejo, Quito-Equador, no período de 2002 a 2015.

3.2 Objetivos específicos

- Determinar a prevalência do câncer na região da cabeça e pescoço de acordo com os dados demográficos: sexo, idade, nível de instrução, local de residência e profissão dos pacientes atendidos no Serviço de Oncologia do Hospital de Especialidades Eugênio Espejo.

- Identificar os tipos de câncer de acordo na Classificação Internacional de doenças CID-10, a região anatômica, o tratamento que os pacientes receberam, de acordo com o tipo, tempo e evolução dos que foram tratados com câncer da cabeça e pescoço, no Hospital Especializado Eugenio Espejo.

- Verificar a possível associação entre o câncer da cabeça e pescoço e variáveis sociodemográficas e clínicas.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Desenho do estudo e aspectos éticos

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo e transversal, todos os dados foram obtidos dos prontuários dos pacientes atendidos no período de janeiro de 2002 a dezembro de 2015, no Departamento de Oncologia do Hospital de Especialidades Eugenio Espejo (HEEE), localizado no município de Quito-Equador.

O projeto foi submetido ao Comitê de Bioética em Pesquisa e Ensino do Hospital de Especialidades Eugênio Espejo (Anexo B) e ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da FOUSP (Anexo A). Tendo sido aprovado o mesmo pelos respectivos Comitês de Bioética, obteve-se autorização para acessar as informações dos prontuários dos pacientes que foram tratados por câncer de cabeça e pescoço, prontuários que estão arquivados na Unidade de Gestão Estatística do HEEE.

4.2 Local do estudo, amostragem e participantes

Esta pesquisa foi realizada no Departamento de Oncologia do Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, localizado na cidade de Quito-Equador, onde foram solicitados todos os prontuários clínicos dos pacientes atendidos com diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço em um período de treze anos, janeiro de 2002 a dezembro de 2015, os mesmos que foram 371 prontuários clínicos. Uma amostragem de 211 histórias clínicas foi considerada, que correspondeu a todas as histórias clínicas de pacientes com câncer da cabeça e pescoço diagnosticadas por exame histológico, sendo portanto incluídas neste estudo. Excluíram-se as histórias que não continham todos os dados necessários para a investigação e os registros médicos que não se encontraram no arquivo central do Hospital.

Em 24 de maio de 1933, o Conselho Central de Assistência Pública de Quito inaugurou a Casa da Saúde com o nome de Hospital Eugenio Espejo, em

homenagem ao proeminente médico e herói da Independência. Trabalho que foi idealizado pelo General Eloy Alfaro Delgado em 1901. Atualmente é o Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, o mais complexo do país, tem mais de 32 especialidades e 5 subespecialidades médicas. (Anexo E)

Os dados foram coletados durante os meses de setembro, outubro e novembro do ano de 2017.

4.3 Compilação de variáveis

O principal resultado foi determinar a prevalência de câncer na cabeça e no pescoço de acordo com dados demográficos, tipo de câncer de acordo com a Classificação Internacional de doenças CID-10, localização do câncer na cabeça e pescoço, tipo de tratamento recebido, tempo de tratamento e evolução do mesmo.

As variáveis foram as seguintes:

- Dados demográficos dos pacientes (variável de exposição)
- Os dados relativos ao tipo de câncer de cabeça e no pescoço de acordo com a Classificação Internacional de doenças, 10ª revisão (CID-10) (variável de resultado)
- Dados relacionados à localização anatômica do tumor (variável de exposição)
- Dados relacionados ao tipo de tratamento recebido pelos pacientes (variável de exposição)
- Dados relacionados ao tempo e à evolução do tratamento dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço (variável de exposição).

Como variável de resultado, considerou-se o tipo de câncer que se desenvolveu nos diferentes sítios anatômicos da cabeça e pescoço. Esses dados foram considerados em algumas análises e serviram para relacionar com as variáveis de exposição e fazer uma análise posterior.

Os dados obtidos a partir dos prontuários clínicos dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço tratados no HEEE foram coletados em uma planilha de Excel,

o que nos permitiu preparar um banco de dados para o programa STATA versão 14.0. Utilizou-se estatística descritiva de frequência e porcentagens para as variáveis categóricas. Os testes qui-quadrado e de Poisson foram utilizados com um nível de confiança de 95% e alfa de 0,05%.

4.3.1 Variáveis relacionadas com dados demográficos dos pacientes: sexo, idade, nível de escolaridade, lugar de moradia e ocupação

As variáveis demográficas, como idade, sexo, nível de escolaridade e ocupação, são variáveis de exposição. Esses dados foram obtidos dos prontuários de todos os pacientes com diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço, atendidos no Serviço de Oncologia do Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, num período de treze anos, de janeiro de 2002 a dezembro de 2015. De acordo com a idade dos dados cadastrais dos prontuários, a idade foi categorizada em 10 grupos; para o nível de instrução, foram classificados em: nenhum, nível primário, secundário e superior; para que os dados de ocupação fossem agrupados, as ocupações mais frequentes, ocupações de acordo com a área profissional e comércios foram consideradas. Para o local de moradia, foram agrupados em Serra (que incluiu Quito, a capital), Litoral e Amazônia.

4.3.2 Variáveis relacionadas ao tipo de câncer de cabeça e pescoço

As variáveis relacionadas ao tipo de CCP que tiveram os resultados histológicos foram retiradas dos prontuários clínicos, e anotadas em nossa ficha técnica de acordo com os códigos da Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão (CID-10), dos pacientes atendidos no Serviço de Oncologia do HEEE, no período de 2002 a 2015. (Ver anexo E).

4.3.3 Variáveis relacionadas com a localização anatômica mais frequente do câncer de cabeça e pescoço

Corresponderam às variáveis relacionadas à localização mais frequente do CCP, dados obtidos dos prontuários das histórias clínicas dos pacientes que foram atendidos no Serviço de Oncologia do HEEE. Determinou-se em qual região anatômica o câncer estava localizado, seja na cabeça, face, cavidade bucal, orofaringe, nasofaringe, glândulas salivares e pescoço.

4.3.4 Variáveis relacionadas com o tratamento recebido por os pacientes com câncer de cabeça e pescoço

Os dados foram retirados dos prontuários dos pacientes com diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço, de acordo com o câncer e o grau de envolvimento foi levado em consideração se houvesse apenas um tratamento ou vários tratamentos, recebidos no Serviço de Oncologia do HEEE.

4.3.5 Variáveis relacionadas com o tempo de tratamento recebido por os pacientes com câncer de cabeça e pescoço

As variáveis relacionadas ao tempo de tratamento dos pacientes que sofreram de CCP foram retiradas dos prontuários clínicos e foram consideradas desde o dia em que o paciente entrou no hospital até a alta hospitalar ou a última data de registro de assistência hospitalar.

4.3.6 Variáveis relacionadas com a evolução de tratamento recebido por os pacientes com câncer de cabeça e pescoço

As variáveis relacionadas à evolução do tratamento dos pacientes que sofreram de CCP foram retiradas dos prontuários clínicos e o seguinte foi levado em consideração: vivos que terminaram o tratamento, aqueles que morreram durante o tratamento, aqueles que abandonaram o tratamento ou os pacientes que ainda continuavam em tratamento ao fim desta pesquisa.

Quadro 4.1 - Operacionalização e Dicotomização das variáveis dependentes e independentes de câncer de cabeça e pescoço

VARIÁVEL	OPERACIONALIZAÇÃO	TIPO	CLASSIFICAÇÃO	INDICADOR	MEDIÇÃO	DICOTOMIZAÇÃO
Dados demográficos do paciente:	Dados coletados de histórias clínicas					
Sexo		Independente	Qualitativa nominal	Gênero	Qualitativa nominal	
				Feminino	F	1
				Masculino	M	2
Idade		Independente	Quantitativa discreta	Grupos etários de 10 en 10	Quantitativa discreta	
				11-20	1	1
				21-30	2	1
				31-40	3	1
				41-50	4	1
				51-60	5	2
				61-70	6	2
				71-80	7	2
				81-93	8	2
Instrução		Independente	Qualitativa ordinal	Nivel de Instrucãoi	Quantitativa discreta	
				Nenhum	0	1
				Primário	1	1
				Secundário	2	1
				Superior	3	2
Moradia		Independente	Qualitativa nominal	Regiões do Equador	Quantitativa	
				Serra	1	1
				Litoral	2	2
				Amazònia	3	2

Ocupação		Independente	Qualitativa nominal	Ocupação Agricultor,floricultor, orticultor Afazeres domésticos Estudante Comerciante Área Profissional: produtor musical, arquiteto, Aux. de Lab, Professor, Engenheiro Eletrônico, jornalista, secretaria. Oficios: motorista, costureira, pedreiro, controlador, pescador, artesão, mineiro, tapeceiro, padrão de altura, mecânico desempregado	Quantitativa discreta 1 2 3 4 5 6	
Variáveis relacionadas com o tipo de câncer na cabeça e pescoço	Dados obtidos das histórias clínicas, tipos de câncer que podem se apresentar na cabeça e pescoço.	Dependente	Qualitativa nominal	Códigos CID-10 C00 C01, C02 CO3 C04, C05, C06.0, CO6.2 C07, C08.0 C09, C10 C11, C310, C41.0 C14 C76.0	Quantitativa discreta 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
Variáveis relacionadas con la localização anatômica do CCP.	Dados coletados das histórias clínicas	Independente	Qualitativa nominal	Regiões anatômicas Cabeça Face Cavidade bucal Orofaringe Nasofaringe Glândulas salivales Pescoço	Quantitativa discreta 0 1 2 3 4 5 6	 2 2 1 2 2 2 2

VARIÁVEL	OPERACIONALIZAÇÃO	TIPO	CLASIFICAÇÃO	INDICADOR	MEDIÇÃO	DICOTOMIZAÇÃO
Variáveis relacionadas com o tipo de tratamento recebido Pacientes com CCP.	Tratamentos descritos nos registros médicos	Independente	Qualitativa nominal	Tratamentos Radioterapia Quimioterapia Cirúrgico Quimioterapia, radioterapia Cirúrgico RT e QX RT e QMT QMT e QX Paliativo	Quantitativa discreta 0 1 2 3 4 5 6 7	 1 1 1 2 2 2 2 2
Tempo de tratamento Hospitalar	Dados obtidos das histórias clínicas Tempo desde o ingresso dos pacientes até o dia De alta hospitalar.	Independente	Qualitativa ordinal	Tempo em dias De 1 a 180 dias De 181 a 365 dias De 366 a 730 dias De 731 a 4931 dias	Quantitativa discreta 1 2 3 4	 1 2 2 2
Evolução do tratamento	Dados provenientes da história clínica, evolução durante o tempo de tratamento.	Independente	Qualitativa nominal	Evolução Continua em tratamento Vivos concluem o tratamento Deixam o tratamento Falece durante o tratamento	Quantitativa discreta 1 2 3 4	 1 2 2 2

Elaborado pelo autor

5 RESULTADOS

5.1 Análise estatística e resultados

Um total de 211 prontuários foram analisados, e os resultados, apresentados a seguir.

Tabela 5.1- Distribuição das frequências demográficas: sexo, idade, nível de instrução, local de residência e profissão, Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, 2002-2015

	Frequência	Porcentagem	Cum.
Gênero			
Masculino	104	49,29	49,29
Feminino	107	50,71	100,00
Idade			
11-20 anos	12	5,69	5,69
21-30	16	12,32	18,01
31-40	25	11,85	29,86
41-50	26	12,32	42,18
51-60	43	20,38	62,56
61-70	30	14,22	76,78
71-80	31	14,69	91,47
81-93	18	8,53	100,00
Nível de instrução			
Nenhum / primário / secundário	191	90,52	90,52
Superior	20	9,48	100,00
Moradia			
Costa / Amazônia	49	23,22	23,22
Serra	162	76,78	100,00
Ocupação			
Fazendeiro/Horticultor/ Floricultor	48	22,7	22,7
Afazeres Domésticos	81	38,4	61,1
Estudante	25	11,8	73,0
Comerciante	25	11,8	84,8
Área Profissional	11	5,2	90,0
Artesanato	21	10,0	100,0
Total	211	100,0	

Na tabela 5.1 de distribuição das frequências demográficas, pode-se observar que as mulheres representaram 50,71%, enquanto que os homens são 49,29%; as faixas etárias mais prevalentes foram 51 a 60, 61 a 70 e 71 a 80 anos, com porcentagens de 20,38%, 14,22% e 14,69%, respectivamente; para o nível de instrução, pôde-se observar que nenhuma instrução, primária e secundária,

prevaleceram com 90,52%, enquanto no nível superior, 9,48%; para a moradia houve uma prevalência de casos na Serra com 76,78%, enquanto o Litoral e a Amazônia corresponderam a 23,22%. Com relação à ocupação, observou-se que 38,4% se dedicava a tarefas domésticas, seguido por 22,7%, correspondendo a agricultor, floricultor e horticultor.

Tabela 5.2 – Distribuição das frequências relacionadas ao tipo de câncer na região de cabeça e pescoço de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), localização anatômica, tratamento recebido, tempo de tratamento hospitalar e evolução do tratamento. Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, 2002-2015

Diagnóstico CID-10	**Frequência**	**Porcentagem**	**Cum.**
COO	5	2,4	2,4
CO1, C02	39	18,5	20,9
CO3	11	5,2	26,1
C04, C05, C06.0, C06.2	12	5,7	31,8
C07, C08.0	34	16,1	47,9
C09, C10	21	10,0	57,8
C11, C310, C41.0	34	16,1	73,9
C14	13	6,2	80,1
C76.0	42	19,9	100,0
Localização Anatômica			
Cabeça	6	2,8	2,8
Face	43	20,4	23,2
Cavidade bucal	77	36,5	59,7
Orofaringe	21	10,0	69,7
Nasofaringe	9	4,3	73,9
Glândulas salivares	34	16,1	90,O
Pescoço	21	10,0	100,0
Tratamento recebido			
Radioterapia	2	0,9	0,9
Quimioterapia	18	8,5	9,5
Cirúrgico	82	38,9	48,3
Quimioterapia, radioterapia cirúrgica	33	15,6	64,0
Radioterapia e cirurgia	21	10,0	73,9
Radioterapia e quimioterapia	21	10,0	83,9
Quimioterapia e cirurgia	33	15,6	99,5
Paliativo	1	0,5	100,0
Tempo do tratamento hospitalar			
De 1 a 180 dias	94	44,5	44,5
De 181 a 365 dias	39	18,5	63,0
De 366 a 730 dias	37	17,5	80,6
De 731 a 4931 dias	41	19,4	100,0
Evolução do tratamento			
Continua em tratamento	72	34,1	34,1
Vivo concluiu tratamento	67	31,8	65,9
Abandonou o tratamento	54	25,6	91,5
Morreram durante o tratamento	18	8,5	100,0
Total	211	100,0	

Na tabela 5.2, referente à distribuição de frequências relacionadas ao tipo de câncer na cabeça e pescoço, (de acordo com a Classificação Internacional de doenças, 10ª revisão CID-10), pode-se observar que a neoplasia maligna de CP (C76.0) predominou com 19,9%, seguido de câncer de língua (C01, C02) com 18,5%, e câncer de glândulas salivares (C07 e C08.0) com 16,1%. De acordo com a localização anatômica, uma alta frequência pôde ser observada na cavidade bucal, com 36,5% da ocorrência, seguida da face com 20,4%; para o tratamento recebido observou-se que o cirúrgico representou 38,9%, seguido pelo tratamento combinado RT, QMT e cirúrgico, com 15,6%. O período de dias de 1 a 180 do tratamento hospitalar correspondeu a 44,5%, seguido de 731 a 4931 dias, correspondendo a 19,4%; em relação à evolução do tratamento, a prevalência daqueles que continuaram em tratamento foi de 34,1%, seguido pelos vivos que concluíram o tratamento, com 31,8%.

Tabela 5.3- Tipos de câncer de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e Dicotomização da clínica do câncer na cabeça e pescoço, Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, 2002-2015

Diagnóstico CID-10	**Frequência**	**Porcentagem**	**Cum.**
COO	5	2,4	2,4
CO1, C02	39	18,5	20,9
CO3	11	5,2	26,1
C04, C05, C06.0, C06.2	12	5,7	31,8
C07, C08.0	34	16,1	47,9
C09, C10	21	10,0	57,8
C11, C310, C41.0	34	16,1	73,9
C14	13	6,2	80,1
C76.0	42	19,9	100,0
Região Anatômica			
Fora da cavidade bucal	134	63,51	63,51
Na cavidade bucal	77	36,49	100,00
Tratamento			
Vários tratamentos	108	51,18	51,18
Um tratamento	103	48,82	100,00
Tempo de tratamento hospitalar			
Mais de 180 dias	117	55,45	55,45
De 1 a 180 dias	94	44,55	100,00
Evolução do tratamento			
Não Continuou	139	65,88	65,88
Continuou	72	34,12	100,00
Total	211	100,00	

Na tabela 5.3, referente aos tipos de câncer de acordo com na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e dicotomização da clínica do câncer de cabeça e pescoço, pode-se observar que a neoplasia maligna de CP (C76.0) predominou com 19,9%, seguido de câncer de língua (C01, C02) com 18,5%. A dicotomização da região anatômica mostrou cânceres fora da cavidade bucal (63,51%) e na cavidade bucal (36,49%); no tratamento, vários tratamentos recebidos corresponderam a 51,18%, enquanto o único tratamento recebido correspondeu a 48,82%; o tempo de tratamento hospitalar superior a 180 dias ocorreu em 55,45% das situações analisadas, de 1 a 180 dias com percentual correspondeu a 44,55%; na evolução do tratamento observu-se 65,88% não continuou o tratamento, enquanto os que continuaram corresponderam a 34,12%.

Tabela 5.4– Associação do câncer de cabeça e pescoço de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e faixas etárias. Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, 2002-2015

DIAGNÓSTICO CID10	**IDADE**								Total	**Qui-quadrado**	**P**
	11 a 20	**21 a 30**	**31 a 40**	**41 a 50**	**51 a 60**	**61 a 70**	**71 a 80**	**81 a 93**			
C00	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,5)	0 (0,0)	2 (0,9)	2 (0,9)	5 (2,4)	717,55	0,076
C01, C02	1 (0,5)	6 (2,8)	5 (2,4)	2 (0,9)	10 (4,7)	5 (2,4)	6 (2,8)	4 (1,9)	39 (18,5)		
C03	0 (0,0)	1 (0,5)	2 (0,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,5)	5 (2,4)	2 (0,9)	11 (5,2)		
C04, C05, C06.0, C06.2	0 (0,0)	1 (0,5)	2 (0,9)	3 (1,4)	3 (1,4)	3 (1,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	12 (5,7)		
C07, C08.0	3 (1,4)	2 (0,9)	1 (0,5)	5 (2,4)	7 (3,3)	9 (4,3)	3 (1,4)	4 (1,9)	34 (16,1)		
C09, C10	1 (0,5)	2 (0,9)	2 (0,9)	7 (3,3)	4 (1,9)	4 (1,9)	1 (0,5)	0 (0,0)	21 (10,0)		
C11, C310, C41.0	3 (1,4)	6 (2,8)	3 (1,4)	2 (0,9)	10 (4,7)	5 (2,4)	4 (1,9)	1 (0,5)	34 (16,1)		
C14	1 (0,5)	3 (1,4)	1 (0,5)	1 (0,5)	1 (0,5)	1 (0,5)	4 (1,9)	1 (0,5)	13 (6,2)		
C76.0	3 (1,4)	5 (2,4)	9 (4,3)	6 (2,8)	7 (3,3)	2 (0,9)	6 (2,8)	4 (1,9)	42 (19,9)		
TOTAL	12 (5,7)	26 (12,3)	25 (11,8)	26 (12,3)	43 (20,4)	30 (14,2)	31 (14,7)	18 (8,5)	211 (100,0)		

No teste do qui-quadrado de Pearson, o valor do nível de significância de (p=0,076) foi superior a 0,05 (95% de confiabilidade), portanto os tipos de câncer de acordo com a Classificação Internacional de Doenças CID-10 neste estudo não estiveram relacionados com a idade.

Tabela 5.5 - Associação do câncer de cabeça e pescoço entre a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e variáveis sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade). Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, 2002-2015

Diagnóstico CIE 10	Gênero		Total	Idade		Total	Instrução		Total	Lugar de Moradia		Total
	F	M		11-50	51-93		Baixo	Alto		Serra	Litoral/ Amazônia	
COO	2 (1,9)	3 (2,9)	5 (2,4)	0 (0,00)	5 (4,09)	5 (2,40)	5 (2,61)	0 (0,0)	5 (2,4)	5 (3,1)	0 (0,0)	5 (2,4)
CO1, C02	21 (19,6)	18 (17,3)	39 (18,5)	14 (15,73)	25 (20,49)	39 (18,50)	35 (18,32)	4 (20,0)	39 (18,5)	25 (15,4)	14 (28,47)	39 (18,5)
CO3	6 (5,6)	5 (4,8)	11 (5,2)	3 (3,37)	8 (6,55)	11 (5,20)	10 (5,23)	1 (5,0)	11 (5,2)	6 (3,7)	5 (10,20)	11 (5,2)
C04, C05, C06.0, C06.2	8 (7,5)	4 (3,8)	12 (5,7)	6 (6,74)	6 (4,91)	12 (5,70)	11 (5,75)	1 (5,0)	12(5,7)	8 (4,9)	4 (8,16)	12 (5,7)
C07, C08.0	14 (13,1)	20 (19,2)	34 (16,1)	11 (12,35)	23 (18,85)	34 (16,10)	31 (16,23)	3 (15,0)	34 (16,1)	28 (17,3)	6 (12,24)	34 (16,1)
C09, C10	6 (5,6)	15 (14,4)	21 (10,0)	12 (13,48)	9 (7,37)	21 (10,00)	18 (9,42)	3 (15,0)	21 (10,0)	14 (8,6)	7 (14,28)	21 (10,0)
C11, C310, C41.0	18 (16,8)	16 (15,4)	34 (16,1)	14 (15,73)	20 (16,39)	34 (16,10)	31 (16,23)	3 (15,0)	34 (16,1)	28 (17,3)	6 (12,24)	34 (16,1)
C14	4 (3,7)	9 (8,7)	13 (6,2)	6 (6,74)	7 (5,73)	13 (6,20)	11 (5,75)	2 (10,0)	13 (6,2)	10 (6,2)	3 (6,12)	13 (6,20)
C76.0	28 (26,2)	14 (13,5)	42 (19,9)	23 (25,84)	19 (15,57)	42 (19,90)	39 (20,41)	3 (15,0)	42 (19,9)	38 (23,5)	4 (8,16)	42 (19,9)
Total	107 (100,0)	104 (100,0)	211 (100,0)	89 (100,0)	122 (100,0)	211 (100,0)	191 (100,0)	20 (100,0)	211 (100,0)	162 (100,0)	49 (100,0)	211 (100,0)
Qui-quadrado de Pearson			134,38			116,80			19,66			155,74
p			0,098			0,166			0,982			0,049*

No caso da tabela 5.5, é evidente que o valor do nível de significância do teste Qui-quadrado de Pearson dos tipos de câncer, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças CID-10 com o gênero, é de (p=0,098), que é maior que 0,05 por tanto as variáveis não são relacionadas umas às outras com 95% de confiabilidade. Com a idade, o valor do nível de significância foi (p=0,166), que é superior a 0,05, portanto as variáveis não foram relacionadas. Tampouco foi observada significância estatística entre o grau de escolaridade (p=0,982). O local de residência apresentou associação com o tipo de câncer (p=0,049)*.

Tabela 5.6 - Descrição do câncer de cabeça e pescoço entre a Classificação Internacional de Doenças (CID 10) e as variáveis sociodemográficas (local de residência). Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, 2002-2015

Diagnóstico CID-10	Local de Moradia			Total	Qui-quadrado de Pearson	p
	Serra	Litoral	Amazônia			
COO	5 (3,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (2,4)		
CO1, C02	25 (15,4)	13 (33,3)	1 (10,0)	39 (18,5)		
CO3	6 (3,7)	5 (12,8)	0 (0,0)	11 (5,2)		
C04, C05, C06.0, C06.2	8 (4,9)	3 (7,7)	1 (10,0)	12 (5,7)		
C07, C08.0	28 (17,3)	4 (10,3)	2 (20,0)	34 (16,1)	221,80	0,049
C09, C10	14 (8,6)	5 (12,8)	2 (20,0)	21 (10,0)		
C11, C310, C41.0	28 (17,3)	4 (10,3)	2 (20,0)	34 (16,1)		
C14	10 (6,2)	2 (5,1)	1 (10,0)	13 (6,20)		
C76.0	38 (23,5)	3 (7,7)	1 (10,0)	42 (19,9)		
Total	162 (100,0)	39 (100,0)	10 (100,0)	211 (100,0)		

O valor do nível de significância do teste qui-quadrado dos tipos de câncer de acordo com o nível de diagnóstico CID-10 com o nível de escolaridade foi de (p=0,049), inferior a 0,05, de modo que os tipos de câncer e o nível de ensino foram relacionados a um nível de confiabilidade de 95%.

Tabela 5.7– Distribuição do câncer de cabeça e pescoço entre a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e variáveis clínicas. Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, 2002-2015

Diagnóstico CID-10	Tipo de tratamento			Tempo de tratamento Hosp.			Evolução do tratamento		
	Único	Vários	Total	1 - 180 dias	+ 180 dias	Total	Continuaram em tratamento	Nâo continuaram em tratamento	Total
COO	4 (3,88)	1 (0,92)	5 (2,40)	1 (1,1)	4 (3,4)	5 (2,4)	0 (0,00)	5 (3,59)	5 (2,40)
CO1, C02	14 (13,59)	25 (23,14)	39 (18,50)	19 (20,2)	20 (17,09)	39 (18,5)	17 (23,60)	22(15,82)	39 (18,50)
CO3	3 (2,91)	8 (7,40)	11 (5,20)	5 (5,3)	6 (5,12)	11 (5,2)	5 (6,90)	6 (4,31)	11 (5,20)
C04, C05, C06.0, C06.2	4 (3,88)	8 (7,40)	12 (5,70)	5 (5,3)	7 (5,98)	12 (5,7)	6 (8,30)	6 (4,31)	12 (5,70)
C07, C08.0	18 (17,47)	16 (14,81)	34(16,10)	13 (13,8)	21 (17,94)	34 (16,1)	11 (15,30)	23 (16,54)	34(16,10)
C09, C10	8 (7,76)	13 (12,03)	21 (10,00)	6 (6,4)	15 (12,82)	21 (10,0)	9 (12,50)	12 (8,63)	21 (10,00)
C11, C310, C41.0	17 (16,50)	17 (15,74)	34 (16,10)	20 (21,3)	14 (11,96)	34 (16,1)	9 (12,50)	25(17,98)	34 (16,10)
C14	8 (7,76)	5 (4,62)	13 (6,20)	8 (8,5)	5 (4,27)	13 (6,2)	2 (2,80)	11 (7,91)	13 (6,20)
C76.0	27 (26,21)	15 (13,88)	42 (19,90)	17 (18,1)	25 (21,36)	42 (19,9)	13 (18,10)	29 (20,86)	42 (19,90)
Total	103 (100)	108 (100)	211(100,0)	94 (100,0)	117 (100,0)	211 (100,0)	72 (100,0)	139 (100,0)	211 (100,0)
Qui-quadrado de Pearson			138,27			88,63			99,83
p			0,086			0,371			0,266

Na tabela 5.7. O valor de nível de significância do teste Qui-quadrado de Pearson dos tipos de câncer, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) com o tipo de tratamento foi de (p=0,086), com o tempo de tratamento hospitalar foi de (p=0,37), com a evolução do tratamento foi de (p=0,266), são valores maiores que 0,05, portanto as variáveis mencionadas acima não são relacionadas de acordo com o intervalo de confiança de 95%.

Tabela 5.8– Associação do câncer de cabeça e pescoço entre a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e a variável Evolução do tratamento. Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, 2002-2015

	Evolução do tratamento						
Diagnóstico CID-10	**Continuaram em tratamento**	**Vivos concluiram tratamento**	**Abandonaram o tratamento**	**Morreram durante o tratamento**	**Total**	**Qui-Quadrado de Pearson**	**P**
COO	0 (0,00)	4 (6,00)	1 (1,90)	0 (0,00)	5 (2,40)		
CO1, C02	17 (23,60)	8 (11,90)	11 (20,40)	3 (16,70)	39 (18,50)		
CO3	5 (6,90)	1 (1,50)	2 (3,70)	3 (16,70)	11 (5,20)		
C04, C05, C06.0, C06.2	6 (8,30)	3 (4,50)	3 (5,60)	0 (0,00)	12 (5,70)		
C07, C08.0	11 (15,30)	12 (17,90)	8 (14,80)	3 (16,70)	34(16,10)		
C09, C10	9 (2,50)	3 (4,50)	6 (11,10)	3 (16,70)	21 (10,00)	273,74	0,287
C11, C310, C41.0	9 (12,50)	13 (19,40)	9 (16,70)	3 (16,70)	34 (16,10)		
C14	2 (2,80)	5 (7,50)	5 (9,30)	1 (5,60)	13 (6,20)		
C76.0	13 (18,10)	18 (26,90)	9 (16,70)	2 (11,10)	42 (19,90)		
Total	72 (100,0)	67 (100,0)	54 (100,0)	18 (100,0)	211 (100,0)		

A tabela 5.8 observa-se que o valor de nível de significância do teste Qui-quadrado de Pearson dos tipos de câncer, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e a evolução do tratamento é (p=0,287), maior que 0,05, portanto não são relacionadas de acordo com intervalo de confiança de 95%.

Tabela 5.9 – Associação do câncer de cabeça e pescoço entre a região anatômica, variáveis sociodemográficas e clínicas. Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, 2002-2015

	Câncer da cabeça e pescoço		Total	P
	Fora da cavidade bucal	Na cavidade bucal		
Idade				
11-20	10 (4,7)	2 (0,9)	12 (5,7)	
21-30	14 (6,6)	12(5,6)	26 (12,3)	
31-40	14 (6,6)	11 (5,2)	25 (11,8)	0,356
41-50	20 (9,4)	6 (2,8)	26 (12,3)	
51-60	28 (13,2)	15 (7,1)	43 (20,4)	
61-70	21 (9,9)	9 (4,2)	30 (14,2)	
71-80	17 (8,0)	14 (6,6)	31(14,7)	
81-93	10 (4,7)	8 (3,7)	18 (8,5)	
Gênero				
Masculino	69 (32,7)	35 (16,5)	104 (49,2)	
Feminino	65 (30,8)	42 (19,9)	107 (50,7)	0,242
Nível de Educação				
Baixo	123 (58,2)	68 (32,2)	191 (90,5)	
Alto	11 (5,21)	9 (4,2)	20 (9,4)	0,275
Lugar de Moradia				
Litoral/Amazônia	26 (12,3)	23 (10,9)	49 (23,2)	
Serra	108 (51,1)	54 (25,59)	162 (76,7)	0,06
Tratamento Recebido				
Vários tratamentos	63 (29,8)	45 (21,3)	108 (51,1)	
Um tratamento	71 (33,6)	32 (15,1)	103 (48,8)	0,073
Tempo de tratamento hospitalar				
Mais de 180 dias	75 (35,5)	42 (19,9)	117 (55,4)	
De 1 a 180 dias	59 (27,9)	35 (16,5)	94 (44,5)	0,477
Evolução do tratamento				
Não continuou	91 (43,1)	48 (22,7)	139 (65,8)	
Continuou	43 (20,3)	29 (13,7)	72 (34,12)	0,25
Total	134 (63,5)	77 (36,4)	211 (100,0)	

A tabela 5.9 mostra a associação do câncer na cabeça e pescoço entre a região anatômica afetada e as variáveis sociodemográficas e clínicas, observando-se que idade, sexo, escolaridade, tempo de internação e evolução do tratamento não apresentaram relação com a região anatômica do câncer de cabeça e pescoço a 95% de confiabilidade, já que os valores do nível de significância, respectivamente, foram superiores a 0,05.

Tabela 5.10– Associação do câncer de cabeça e pescoço entre a evolução do tratamento, as variáveis sociodemográficas e clínicas, Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, 2002-2015

	Câncer da cabeça e pescoço		Total	P
	Não continuou tratamento	Continuou tratamento	(%)	
Idade				
11-20	10 (4,7)	2 (0,9)	12 (5,7)	
21-30	15 (7,1)	11 (5,2)	26 (12,3)	
31-40	15 (7,1)	10 (4,7)	25 (11,8)	0,823
41-50	16 (7,5)	10 (4,7)	26 (12,3)	
51-60	30 (14,2)	13 (6,1)	43 (20,4)	
61-70	19 (9,0	11 (5,2)	30 (14,2)	
71-80	21 (9,9)	10 (4,7)	31 (14,7)	
81-93	13 (6,1)	5 (2,3)	18 (8,5)	
Gênero				
Masculino	71 (33,6)	33 (15,6)	104 (49,2)	
Feminino	68 (32,2)	39 (18,4)	107 (50,7)	0,282
Instrução				
Baixo	124 (58,7)	67 (31,7)	191 (90,5)	
Alto	15 (7,1)	5 (2,3)	20 (9,4)	0,26
Lugar de Moradia				
Litoral/Amazônia	31 (14,6)	18 (8,5)	49 (23,22)	
Serra	108 (51,1)	54 (25,5)	162 (76,7)	0,391
Região Anatómica				
Outras regiões	91 (43,1)	43 (20,3)	134 (63,5)	
Cavidade Bucal	48 (22,7)	29 (13,7)	77 (36,4)	0,25
Tratamento recebido				
Vários tratamentos	62 (29,3)	46 (21,8)	108 (51,1)	
Um tratamento	77 (36,4)	26 (12,3)	103 (48,8)	0,006
Tempo de Tratamento hospitalar				
Mais de 180 dias	73 (34,5)	44 (20,8)	117 (55,4)	
De 1 a 180 dias	66 (31,2)	28 (13,2)	94 (44,5)	0,148
Total	**139 (65,8)**	**72 (34,1)**	**211 (100,0)**	

A tabela 5.10 mostra a associação do câncer de cabeça e pescoço entre a evolução do tratamento e as variáveis sociodemográficas e clínicas, o que mostrou que as variáveis idade, sexo, escolaridade, local de moradia, região anatômica e tempo do tratamento não estiveram relacionadas à evolução do tratamento do câncer de cabeça e pescoço com 95% de confiabilidade, pois os valores do nível de significância foram superiores a 0,05.

Entretanto, o tratamento recebido esteve relacionado à evolução do tratamento do câncer de cabeça e pescoço com 95% de confiabilidade, uma vez que o valor do nível de significância foi de 0,006.

6 DISCUSSÃO

O câncer é o maior problema de saúde pública em países desenvolvidos e em desenvolvimento, sendo os indivíduos com baixos níveis socioeconômicos os mais vulneráveis. Existem certas áreas geográficas onde as taxas de incidência e mortalidade são altas. Segundo Arias et al. (41), o câncer de cabeça e pescoço mundialmente está no sétimo lugar na mortalidade, representando aproximadamente 375.000 mortes anuais, das quais 5.8% ocorreram na América Latina.

Este é o primeiro estudo de prevalência do câncer de cabeça e pescoço que é feito em um hospital estadual (HEEE) do Equador. Existe evidência epidemiológica do câncer em Quito 2006-2010 no Registro Nacional de Tumores SOLCA e no Instituto Nacional de Estatística e Censo (INEC) (47,48).

Neste estudo houve discreto predomínio do sexo feminino entre os casos atendidos, com 50,71%. Essa maior incidência, talvez ocorra devido a mudanças de comportamento e qualidade de vida das mulheres, como má alimentação ou aumento do consumo de álcool e tabaco nesse grupo, que tem surgido nos últimos anos. Devido à falta de informações em registros médicos, não puderam ser determinados fatores de risco específicos do câncer de cabeça e pescoço neste estudo. Em outros estudos realizados vários autores mencionam que existe predominância em gênero masculino. Pereira et al. (44), em um estudo no Brasil com 351 pacientes, observaram que foi predominante o grupo masculino com 76,6%. Oreggioni et al. (11), em 81 pacientes do Paraguai, acharam predominância masculina com 80,2%; para Posada et al. (22), em estudo realizado na Colômbia, 52,2% dos casos foram homens. Vinitzky et al. (45) mencionam que, no México, de 27 pacientes, 56% eram homens.

Vários estudos têm determinado que a idade média dos pacientes afetados com câncer de cabeça e pescoço é de 60 ± 5 anos, e que a incidência aumenta com uma idade próxima aos 40 anos. Para Vinitzky et al. (45), a faixa etária foi de 18 a 85 anos, com média de 60,5 anos e moda de 73 anos; Oreggioni et al. (11), observaram que a amplitude etária foi de 22 a 79 anos com uma média de 55 ± 12, e Posada et al. (22), observaram que a média de idade no diagnóstico foi de 63,5 anos.

Alam et al. (36), em seu estudo realizado na Índia, sete grupos etários foram tomados como referência, dos quais três grupos tiveram um percentual maior: de 31 a 40 anos com 15,6%, de 41 a 50 anos com 28,3%, e 51 a 60 anos de idade com 28,9%. Neste estudo, a faixa etária foi de 11 a 93 anos, com os grupos com maior incidência de 51-60, 61-70, 71-80 anos, com 20,38%, 14,22%, e 14,69% respectivamente. Assim, pode-se observar que a faixa etária mais afetada é entre 50 a 80 anos, com média de 60 anos, dados que concordam com os diferentes estudos realizados.

Nos estudos de câncer de cabeça e pescoço feitos, tem sido demostrado que os pacientes com baixos níveis educacionais e socioeconômicos são mais vulneráveis ao desencadeamento do câncer. Moraes et al. (20), em seu estudo realizado no Brasil em 75 pacientes de acordo com a escolaridade (nenhuma, primária e secundária) encontrou 97,1% enquanto o maior nível de estudos foi observado 2,9% da amostra. Posada et al. (22) mencionam que 52,4% dos pacientes vieram de um baixo nível socioeconômico. Em nosso estudo, esta variável foi categorizada em 4 níveis de escolaridade: nenhuma, primária, secundária e superior, as quais foram dicotomizadas em dois grupos, um de nível baixo de educação (nenhuma, primária e secundária), que apresentou 90,52%, e outro de alto nível de educação (superior), que obteve 9,8%. Estes dados são consistentes com Posada et al. (22), que demostraram que o baixo nível de escolaridade está relacionado com conhecimento deficiente sobre os fatores de risco do câncer e os cuidados que se devem ter para prevenir esta doença, tornando este grupo mais vulnerável e com acesso limitado a um diagnóstico precoce.

É importante recordar que o câncer de cabeça e pescoço manifesta-se em diferentes áreas anatômicas e pode estar relacionado com diferentes estilos de vida, raça, sexo, genética, e também ser influenciado pelas condições geográficas e ambientais. Navarro Expósito et al. (4), nos EUA, encontraram que a incidência e mortalidade foi maior em homens afro-americanos.

Equador é um país com grande diversidade geográfica, social, cultural, e ambiental. Pela sua localização, seu território fica em ambos hemisférios, o clima é variado, há acesso ao Oceano Pacífico, à Amazônia, às Ilhas Galápagos e à Cordilheira dos Andes, dando origem à formação de 4 regiões que são Litoral, Serra, Amazônia, e Região Insular. Para o nosso estudo, consideramos o Litoral, Serra e Amazônia, de acordo com as características das regiões; a Serra tem montanhas

frias e altas em relação ao litoral, enquanto a Amazônia se caracteriza por áreas de clima tropical e quente. Do total de pacientes, 76,78% eram provenientes da Serra, e 23,22% do Litoral e Amazônia. Pode-se observar que há uma maior prevalência na Serra, muito possível porque o Hospital de Especialidades Eugenio Espejo é um hospital estadual que fica nesta região, localizado em Quito-Equador, sendo mais próximo e acessível para as pessoas que vivem perto do lugar, sem deixar de ser um centro de referencia nacional.

Diferentes estudos relataram que alguns tipos de ocupação, ofícios ou atividades podem desencadear certos tipos de câncer. Em nosso estudo, apresentamos pacientes que trabalham em relação à terra, expostos ao sol e mudanças ambientais, basicamente agricultores que representaram 22,7% da amostra. Pode-se observar que 38,4% fazem tarefas domésticas principalmente dentro do próprio lar; 11,8% são comerciantes, trabalhadores que trabalham muito tempo longe da suas casas e estão expostos a mudanças no ambiente. Esses grupos populacionais podem ser mais afetados, muito possivelmente, pela falta de conhecimento da doença. O câncer em seus estágios iniciais é assintomático, razão pela qual muitas pessoas recebem o diagnóstico e o tratamento apenas em estágios avançados da doença. Há uma alta frequência de câncer de cabeça e pescoço em indivíduos que fazem trabalho doméstico, provavelmente porque são pessoas que estão em expostos de forma constante c a produtos químicos e desinfetantes, como cloro, para limpeza e desinfecção de suas casas.

Em nosso estudo, a fim de identificar o tipo de câncer, utilizamos a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (28), códigos também empregados no HEEE. A neoplasia maligna de CP com o código (C76.0) foi observada em 19,9% dos pacientes. Certamente no hospital este código é utilizado para as neoplasias que não possuíam uma localização específica ou por serem cânceres que abrangem grandes extensões anatômicas. Os tumores da língua (C01-C02) ocorreram em 18,5% dos casos. Os canceres das glândulas salivares (C07-C08.0) apresentaram-se com 16,1% dos casos. Os tumores malignos da nasofaringe (C11), de seio maxilar (C310), dos ossos do crânio e a face (C41.0) foi apresentada com 16,1%. Os tumores malignos da amígdala e orofaringe (C09-C10) foram encontrados em 10% dos casos. O tumor maligno da gengiva (C03) representou 5,2% dos casos. Existe alguma semelhança com o estudo proposto por Ordoñez et al. (43), onde o câncer

de língua (C01-C02) foi observado em 41,0%, enquanto o tumor maligno da gengiva (C03) atingiu 14,6% dos casos.

Neste estudo, as localizações anatômicas mas afetadas pelo câncer foram: cavidade bucal (36,5%), glândulas salivares (16,1%), e orofaringe (10%). De acordo com Ordoñez et al. (43), no seu estudo, observa-se incidência na cavidade bucal de 42,1%, glândulas salivares de 38,4%, e orofaringe de 19,5%. De acordo com Alvarez Arias et al. (41), em 436 pacientes do Uruguai, a cavidade bucal foi afetada em 16,7%, orofaringe em 20,2%, faringe em 8%, glândulas salivares em 2,3%, e face em 0,2%. Oreggioni et al. (11), em 81 pacientes de Paraguai, encontraram 17,3% dos casos na cavidade bucal, 12,3% nas glândulas salivares, e 21% na faringe. Nos estudos mencionados, incluindo o nosso, houve alta prevalência e incidência na cavidade bucal.

Dependendo do tipo e estágio do câncer, os tratamentos poderiam ser únicos ou combinados. Em nosso estudo, os tratamentos combinados foram observados em 51,18% dos pacientes, e o tratamento único em 48,82%, enquanto no estudo de Posada et al. (22) realizado na Colômbia o tratamento combinado foi 53,3%, e o tratamento único foi 46,7%. Há certa semelhança com nosso estudo, pois o único tratamento mais frequente em nosso estudo foi o cirúrgico com 38,9%, enquanto no estudo realizados por Posada et al. (22),o tratamento cirúrgico correspondeu a 31,7%. Vargas et al. (13), no México, relatou que o tratamento cirúrgico foi apresentado como terapia para 33,3% dos casos. Segundo Oreggioni et al. (11), no Paraguai, o tratamento cirúrgico foi de 49,4%. O tratamento combinado mais frequente em nosso estudo foi cirúrgico mais radioterapia mais quimioterapia (Q+RT+QMT) com 15,6%, enquanto para Vargas et al. (13) foi radioterapia mais quimioterapia (RT+QMT) com 42,8%. No estudo de Oreggioni et al. (11), o tratamento combinado mais frequente foi radioterapia mais quimioterapia (RT+QMT) com 8,6%.

Para o tempo de tratamento hospitalar, os dados registrados nos prontuários médicos foram considerados desde a data em que o paciente ingressou para o diagnóstico e tratamento até a última data registrada. Esta variável foi categorizada em amplitudes de dias: de 1 a 180 dias, com 44,5% dos pacientes, e de 366 a 730 dias, 19,4%. No presente estudo, os dados analisados foram de um período de 13 anos, de 2002 a 2015, tendo sido considerado importante saber o que aconteceu com o paciente enquanto a doença foi apresentada e categorizada. Observamos

que 34,1% dos pacientes continuam em tratamento, 31,8% correspondem a vivos que concluíram o tratamento, pacientes que abandonaram o tratamento são 25,6%, e pacientes que morreram durante o tratamento foram 8,5%. É importante ressaltar que, para o presente estudo, os dados foram coletados até o dia 31 de dezembro de 2015, portanto, houve pacientes que entraram entre 2013 e 2014 e durante o ano de 2015 e que continuaram com o tratamento.

A associação entre a classificação do câncer de cabeça e pescoço com as variáveis demográficas e clinicas apresentou níveis de significância maiores que 0,05, e, portanto, não é estatisticamente significantiva. No entanto, para os tipos de câncer e o local de moradia, observou-se associação significativa (p=0,04)*.

Acredito que este estudo tenha sido e seja muito importante para mim, pois permitiu que eu tivesse mais conhecimento sobre o câncer, principalmente câncer de cabeça e pescoço. Trata-se de uma área que exige do profissional cirurgião-dentista um comprometimento constante de avaliação e cuidado para com nossos pacientes. É necessário conhecer quais são os fatores de risco e agentes carcinogênicos aos quais estamos constantemente expostos, e ainda com mais nossos pacientes, para que seja possível a adoção de medidas de prevenção e educação para os grupos mais expostos.

Há pacientes que, ao saberem que têm câncer na cabeça e no pescoço, vão ao hospital para atendimento imediato e não conseguem acessá-lo, e quando o fazem é tarde demais, ou ainda, por problemas econômicos não fazem tratamentos preventivos, que geralmente são muito caros.

Por isso, é necessário realizar este tipo de estudo epidemiológico a fim de construir dados que identifiquem os grupos mais vulneráveis e possibilitem implementar ações de educação e cuidado antes da ocorrência da doença. Sendo também um problema de saúde pública, é necessário trabalhar em conjunto com instituições privadas a fim de adotar as medidas necessárias para prevenir, educar e direcionar as pessoas para onde devem ir para seus respectivos tratamentos e cuidados.

7 CONCLUSÕES

- Entre os pacientes atendidos no Hospital de Especialidades Eugenio Espejo de 2002 a 2015, o câncer de cabeça e pescoço foi mais prevalente entre as mulheres e indivíduos na faixa etária dos 51 a 60 anos. A maioria erammoradores da região da Serra, com baixo nível de instrução e que realizavam tarefas domésticas.

- De todos os pacientes com câncer de cabeça e pescoço, atendidos no hospital de especialidades de Eugenio Espejo no período de 2002 a 2015, a região anatômica mais acometida foi a cavidade bucal e segundo a Classificação Internacional de Doenças CID-10, o câncer que prevaleceu foi o câncer na língua (C01-C02).

- De todos os pacientes com câncer de cabeça e pescoço atendidos no Hospital Especialidades Eugenio Espejo entre 2002 e 2015, os tratamentos recebidos foram terapias combinadas, e os mais utilizados foram o cirúrgico mais radioterapia mais quimioterapia (Q+RT+QMT) e quimioterapia mais cirúrgica (QMT+Q). Dentro dos tratamentos únicos prevaleceu o cirúrgico. O período mais frequente em que os pacientes permaneceram no hospital para tratamento foi de 1 a 180 dias. Muitos pacientes continuaram em tratamento e uma alta porcentagem finalizou o tratamento.

- Os tipos de cânceres, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças CID-10, em relação com as variáveis demográficas e clínicas, os níveis de significância foram maiores a 0,05 portanto não estiveram relacionados entre si. Com relação a local de moradia, observou-se associação.

REFERÊNCIAS[1]

1. Herrera Gómez A. Granados García M. MANUAL DE ONCOLOGIA Procedimientos Médicos Quirúrgicos. Cuarta Edición. McGraw-Hill, editor. Mexico; 2010. 1-9 p.

2. Ariosa Argüelles C, González F, Rodríguez G, Rodríguez J. Cáncer bucal. Estudio de cinco años. Revista Médica Electrónica 2006;28 (6). Disponível em: http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202006/vol6%202006/tema11.htm

3. Moctezuma-Bravo GS, Díaz de León-Medina R, Rodríguez-Quilantan FJ, Moctezuma-Dávila M. Cáncer oral en un hospital general de zona del Instituto Mexicano del Seguro Social en México, (1988-2005). Gaceta Mexicana de Oncología.2015;14(6):323-328. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1016/j.gamo.2015.11.011

4. Navarro Expósito F, López González J, Álvarez-Mon Soto M. Cáncer de cabeza y cuello. Med - Programa Form Médica Contin Acreditado [Internet]. Medicine, Madrid 2017;12(31):1833-48. Disponível em: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0304541217300872

5. Gallegos-Hernández JF. Cáncer de cabeza y cuello. Gaceta Mexicana Oncología [Internet]. 2015 Jan [cited 2017 Nov 5];14(1):1–2. Disponível em: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1665920115000024

6. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray, F. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013 Disponível em: http://globocan.iarc.fr, accessed on day/month/year.

7. Biazevic MGH, Castellanos RA, Antunes JLF, Michel-Crosato E, Crosato EM. Tendências de mortalidade por câncer de boca e orofaringe no Município de São Paulo, Brasil, 1980/2002. Cad saúde pública Rio Janeiro [Internet]. 2006;22(10):2105–14. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001000016&nrm=iso

8. Michel Coca Granado R, Jiménez Rodríguez Y. El cáncer de cabeza y cuello: un problema social. Acta Médica del Centro [Internet]. 2015;9(4). Disponível em: http://www.revactamedicacentro.sld.cu

9. Abreu de Aquino R, Lopes M, Ximenes de Menezes C, Rodrígues M. Alterações fonoaudiológicas e acesso ao fonoaudiólogo nos casos de óbito por câncer de lábio, cavidade oral e orofaringe: um estudo retrospectivo. Rev CEFAC 2016;18(3):737–45. Disponível em:

[1] De acordo com Estilo Vancouver.

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462016000300737&lng=pt&tlng=pt

10. Gallegos-Hernández JF, Ortiz A, Rojas S, Flores R, Espinoza A, Minauro G. Factores pronóstico en cáncer de boca. Artículo de Revisión. Acta Médica Grupo Ángeles. Volumen 8 No. 2, Abril-junio 2010. Dispinível em: www.medigraphic.org.mx

11. Oreggioni Aldama L, Ortíz L, Joy L, Moringo M. Desnutrición a partir de la valoración global subjetiva generada por el paciente (VGS-GP) en pacientes con cáncer de cabeza y cuello. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. 2016;14(1):86-93. Disponível em: http://dx.doi.org/10.18004/Mem.iics/1812-9528/2016.014(01)86-093

12. Bose Pinaki, Nigel Brockton T, Dort JC. Head and neck cancer: From anatomy to biology. International Journal of Cancer. Cancer:133, 2013–2023 (2013). Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/ijc.28112

13. Vargas-Soto Omar, Molina-Fechero M, Castañeda-Castaneira E, Bolonga-Molina, Carreón-Burciaga R, González-González R. Carcinomas de cabeza y cuello, experiencia de un Centro Oncológico del Estado de Durango, México. Revista ADM. 2016;73(4):190–196. Disponível em: www.medigraphic.com/adm

14. Moore S, Pierce A, Wilson D. 'Oral cancer'-The terminology dilemma. Oral Dis [Internet]. 2008;6(3):191–3. Disponível em: http://doi.wiley.com/10.1111/j.1601-0825.2000.tb00332.x

15. McCartan Bernard, 'Oral cancer'— The terminology dilemma. Oral Surgery, Oral Medicine and Oral Pathology. Oral Diseases, Volume 7, 66, Issue 1, 2001;8303.

16. Cardemil M F. Epidemiología Del Carcinoma Escamoso De Cabeza Y Cuello. Rev Chil cirugía [Internet]. 2014;66(6):614–20. Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262014000600017&lng=en&nrm=iso&tlng=en

17. Gillison ML. Current topics in the epidemiology of oral cavity and oropharyngeal cancers. Head and Neck. InterScience 2007. DOI: 10.1002/hed.20573

18. Toporcov TN, Biazevic MGH, Rotundo LDB, Andrade FP de, Carvalho MB de, Brasileiro RS, et al. Consumo de alimentos de origem animal e câncer de boca e orofaringe. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2012;32(3):185–91. Dispinível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892012000900003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

19. Graham S, Dayal H, Rohrer T, Swanson M, Sultz H, Shedd D, et al. Dentition, Diet, Tobacco, and Alcohol in the Epidemiology of Oral Cancer. J NATL CANCER INST. VOL. 59, No. 6, 1977

20. Costa de Moraes R, Dias F, Marcelo da Silva C, Guimäraes Fischer R. Association between Chronic Periodontitis and Oral / Oropharyngeal Cancer. Brazilian Dental Journal (2016) 27(3):261-266. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0103-6440201600754

21. Rocha Buelvas A. Cáncer Oral: El Papel del Odontólogo en la detección temprana y control. Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia. 2009;21(1):112-121.

22. Posada-López A, Palacio M, Salas C, Álvarez E, Grisales H. Survival rate of oral squamous cell carcinoma patients treated for the first time in cancer centers between 2000 and 2011, Medellín-Colombia. Revista Facultad de Odontología Universidad Antioquía 2016;27(2):245–261. Disponível em: http://dx.doi.org/10.17533/udea.rfo.v27n2a1

23. Biazevic MGH, Antunes JLF, Togni J, de Andrade FP, de Carvalho MB, Wünsch-Filho V. Immediate Impact of Primary Surgery on Health-Related Quality of Life of Hospitalized Patients With Oral and Oropharyngeal Cancer. J Oral Maxillofac Surg. 2008;66(7):1343–50.

24. Kadri S, Uddin S, Ahmed N, Mahmood T. Malignant head and neck tumours in radiology department JPMC karachi - A tertiary care experience. J Pak Med Assoc. 2015;65(8):862–864.

25. Pulte D, Brenner H. Changes in Survival in Head and Neck Cancers in the Late 20th and Early 21st Century: A Period Analysis. Oncologist [Internet]. 2010;15(9):994–1001. Disponível em: http://theoncologist.alphamedpress.org/cgi/doi/10.1634/theoncologist.2009-0289

26. Coca Granado RM, Vila Morales D. Metástasis a la glándula submandibular por carcinomas escamosos de cabeza y cuello: ¿mito o realidad? Rev Cubana Estomatol. 2015;52(3):4–18. Disponível em: http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/611 4

27. Stewart BW, Wild CP, (eds.), International Agency for Research on Cancer, WHO. 2014 World cancer report 2014. World Health Organization;2014

28. OPS. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (10ma revisión) CIE X. Int Stat Classif Dis Relat Heal Probl - ICD-10. 2015;(554):F00-F99.

29. Gallegos-Hernández JF. El cáncer de cabeza y cuello. Factores de riesgo y prevención Definición y epidemiología. Cirugía y Cirujanos. 2006;74:287–293. Disponível em: http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2006/cc064m.pdf

30. Torre Lindsey , Bray F, Siegel RL, Ferlay J, Lortet-tieulent J, Jemal A. Global Cancer Statistics, 2012. Global Cancer Incidence and Mortality Rates and Trends—An Update Lindsey CA a cancer J Clin [Internet]. 2015;65(2):87–108. Disponível em: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21262/abstract

31. Koontongkaew Sittichai. The tumor microenvironment contribution to development, growth, invasion and metastasis of head and neck squamous cell carcinomas. Journal of Cancer. 2013;4(1):66–83. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3564248/

32. Sepiashvili L, Hui A, Ignatchenko V, Shi W, Su S, Xu W, et al. Potentially Novel Candidate Biomarkers for Head and Neck Squamous Cell Carcinoma Identified Using an Integrated Cell Line-based Discovery Strategy. Mol Cell Proteomics [Internet]. 2012;11(11):1404–15. Disponível em: http://www.mcponline.org/lookup/doi/10.1074/mcp.M112.020933

33. Jemal Ahmedin, Bray Freddie, Ferlay J. Global Cancer Statistics: 2011. CA Cancer J Clin [Internet]. 1999;49(2):1,33-64. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=10200776

34. Bhawna Gupta , Newell Johnson, Narinder Kumar. Global Epidemiology of Head and Neck Cancers: A Continuing Challenge. Oncology [Internet]. 2016;91(1):13–23. Disponível em: http://www.karger.com/?doi=10.1159/000446117

35. Rebecca L. Siegel, Kimberly D. Miller, Ahmedin Jemal, DVM P. Cancer Statistics, 2017. Ca Cáncer J. 2017;67(1):7–30.

36. Alam M, Siddiqui S, Perween R. Epidemiological profile of head and neck cancer patients in Western Uttar Pradesh and analysis of distributions of risk factors in relation to site of tumor. J Cancer Res Ther [Internet]. 2016;0(0):0. Disponível em: http://www.cancerjournal.net/preprintarticle.asp?id=180687

37. Mateo-Sidrón Antón MC, Somacarrera Pérez ML. Cáncer oral : Genética , prevención , diagnóstico y tratamiento . Revisión de la literatura. Av Odontoestomatol [Internet]. 2015;31(4):247–59. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v31n4/original1.pdf

38. Granell Navarro J, Puig Rullán. Registro de cáncer de cabeza y cuello: estudio prospectivo de incidencia a dos años. Oncología 2004: 17(1):21-27. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/onco/v27n1/04.pdf

39. Flores-de la Torre C, Hernández-hernández DM, Gallegos-hernández JF. El virus del papiloma humano como factor pronóstico en pacientes con carcinoma epidermoide de cabeza y cuello. Revista Cirugía y Cirujanos. 2010;78(3):221–228. Disponível em: http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2010/cc103e.pdf

40. Kocaelli H, Apaydin A, Aydil B, Ayhan M, Karadeniz A, Ozel S, et al. Evaluation of potential salivary acetaldehyde production from ethanol in oral cancer patients and healthy subjects. Hippokratia. 2014;18:269–74.

41. Arias DÁ, Estefan AM, Borche G, Albora RD, Sande VR, Cuello M. Cáncer de

cabeza y cuello en Uruguay . Análisis de sobrevida en dos centros de referencia. Rev. Méd. Urug, 2018;34(1):21–28. Disponível em: http://dx.doi.org/10.29193/rmu.34.1.2

42. Park B, Kong SY, Kim J, Kim Y, Park IH, Jung SY, et al. Health behaviors of cancer survivors in nationwide cross-sectional survey in Korea: Higher alcohol drinking, lower smoking, and physical inactivity pattern in survivors with higher household income. Med (United States). 2015;94(31):1–8.

43. Ordóñez D, Aragón N, García LS, Collazos P, Bravo LE. Cáncer oral en Santiago de Cali, Colombia: análisis poblacional de la tendencia de incidencia y mortalidad. Salud Publica Mex [Internet]. 2014;56(5):465–72. Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000500014&lng=es&nrm=iso&tlng=es

44. Pereira IF, Reimar V, De Souza Noronha A, Drummond M, Mara T, Amaral P, et al. Neoplasias malignas em região de cabeça e pescoço: perfil dos pacientes atendidos na UFMG Neoplasias malignas en la cabeza y el cuello: perfil de pacientes atendidos en la UFMG Malignancies in the head and neck: profile of patients seen at UFMG. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2016;53(4). Disponível em: http://scielo.sld.cu

45. Vinitzky Brener I, Ibáñez Mancera NG, Eljure Eljure E, Bravo FA. Retraso en el diagnóstico de cáncer en cavidad bucal y anexos como factor clave para el pronóstico. Adm [Internet]. 2014;71(4):188–91. Disponível em: http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2014/od144g.pdf

46. Antunes Freitas D, Moura M, Moreira G, Fang Mercado L, Díaz A. Cáncer de lengua en un paciente con Alzheimer. Revista Cubana de Estomatología 2011;48(2):156-161. Disponível em: http://scielo.sld.cu/pdf/est/v48n2/est08211.pdf

47. Incidencia del cáncer en Quito. Periodo 2011-2013. El Registro Nacional de Tumores pone a su disposición información de los casos de cáncer ocurridos entre los residentes de Quito durante el período 2011 al 2013. Publicado el 2017. OLCA. Registro de Tumores Solca Matriz. Octubre. 2014. Disponível em: https://issuu.com/solcaquito/docs/rnt_2010_2013S

48. Sociedad de Lucha contra el Cáncer QE. Registro Nacional De Tumores / National Cancer Registry [Internet]. 2014. 1-245 p. Disponível em: http://www.estadisticas.med.ec/Publicaciones/PUBLICACION-QU-2006-2010.pdf

49. Elango JK, Gangadharan P, Sumithra S, Kuriakose M a. Trends of head and neck cancers in urban and rural India. Asian Pac J Cancer Prev [Internet]. 2006;7:108–12. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16629526

50. Martins AM, Silva Souza J, Haikal D, Batista de Paula A, Ferreira E e, Almeida

Pordeus I. Prevalence of oral cancer self-examination among elderly people treated under Brazil's Unified Health System: household health survey. Ciencia e Saude Coletiva. 2015; Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csc/2015.v20n4/1085-1098/en/

51. Miguel Cruz, I Aluett Niño Peña, II Kelia Batista Marrero IPEM-S. Factores de riesgo de cáncer bucal Risk factors for oral cancer. Rev Cuba Estomatol [Internet]. 2016;53(3):128–45. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072016000300006

52. García Kass AI, Domínguez Gordillo AA, García Núñez JA, Cancela Rivas G, Torres Salcines J, Esparza Gómez GC. Revisión y puesta al día en cáncer de lengua. Av Odontoestomatol [Internet]. 2013;29(5):255–69. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852013000500005&lng=en&nrm=iso&tlng=en

53. Maier H, Sennewald E, Heller G, Weidauer H. Chronic Alcohol-Consumption - the Key Risk Factor for Pharyngeal Cancer. 1994;

54. Martínez SS, Cano AR, Moreno CMF. Salud y cuidados en el envejecimiento Volumen III. Salud y cuidados en el envejecimiento. 2013. 105-110 p.

55. Steinmetz KA, Potter JD. Vegetables, fruit, and cancer prevention: A review. Journal of the American Dietetic Association. Volume 96 No. 10. 1996.

56. Tomás-Barberán. Los polifenoles de los alimentos y la salud. Aliment Nutr Y Salud [Internet]. 2003;10:41–53. Disponível em: http://digital.csic.es/bitstream/10261/18042/3/lecturaPDF.pdf

57. La Vecchia C. Tabani A, Franceschi S, Levi F, Corrao G. Epidemiology and Prevention of Oral Cancer. Oral Oncol. 1997; Volume 33, Issue 5, Pages 302-312

58. Omaña Cepeda C. Cáncer y Precancer. nuestro papel en su diagnóstico y prevenció Revista Venezolana de Investigación Odontológica de la IADR. 2017;6(1):1-3. Disponível em: http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/rvio/article/viewFile/9103/9064

59. Amin MB, Greene FL, Edge SB, Compton CC, Gershenwald JE, Brookland RK, et al. The Eighth Edition AJCC Cancer Staging Manual: Continuing to build a bridge from a population-based to a more "personalized" approach to cancer staging. CA Cancer J Clin. 2017;

60. González AP, López MA, Martínez LV. Comportamiento clínico y epidemiológico del cáncer de cavidad oral. Rev Cubana Estomatol. 2006;43(1).

61. Silvestre-Donat FJ, Puente Sandoval A. Efectos adversos del tratamiento del cáncer oral. Av Odontoestomatol [Internet]. 2008;24(1):111–21. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-

12852008000100012&lng=en&nrm=iso&tlng=en

62. Bueno AC. Associações entre Fatores de Risco e Complicações Bucais em Pacientes com Câncer de Cabeça e Pescoço Tratados com Radioterapia Associada ou Não à Quimioterapia. Pesquisa Brasileña Odontopediatria Clinica Integral [Internet]. 2012;12(2):187–93. Disponível em: http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/viewFile/1115/831

63. Gutiérrez-Bayard L, del Carmen Salas-Buzón M, Angulo-Pain E, González-Calvo E, Rendón I, Torres L. Braquiterapia intersticial de alta tasa de rescate en cáncer cabeza cuello previamente radiado. Rev Esp Cir Oral y Maxilofac. 2011;33(3):120–3.

64. Clapé Laffita, O, Landazuri Llago, S, Griñán Semaná, DY, Saumell Nápoles, Y, Marañón Cardonne, T, García Mora, N, Ricardo Cobas, MC. Aplicación de productos inmunoterapéuticos en ensayos clínicos oncológicos en Santiago de Cuba. MEDISAN [Internet]. 2017;21(3):330-336. Disponível em: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368450009010

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

FACULDADE DE ODONTOLOGIA USP - SÃO PAULO

Continuação do Parecer: 2.202.141

cabeça e pescoço.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Mínimos. Trata-se de pesquisa com prontuários e a confidencialidade das informações será garantida, já que teremos acesso ao número do paciente, e não ao seu nome completo.

Benefícios:

No Equador, não existem estudos que tenham analisado epidemiologicamente o perfil dos pacientes acometidos com câncer de boca e orofaringe. Portanto, a pesquisa terá benefício para os gestores de saúde pública realizarem planejamento adequado para sua prevenção.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é extremamente relevante e importante para o planejamento das condutas preventivas no país de origem dos pacientes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados:

- Projeto completo
- Folha de rosto
- Carta de autorização do Comitê de Bioética do Hospital Eugenio Espejo (Equador).

Recomendações:

Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP-FOUSP relatórios parciais anuais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final, utilizando-se da opção "Enviar Notificação" (descrita no Manual "Submeter Notificação", disponível na Central de Suporte - canto superior direito do site www.saude.gov.br/plataformabrasil).

Qualquer alteração no projeto original deve ser apresentada "emenda" a este CEP, de forma objetiva e com justificativas para nova apreciação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 05.508-900
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3091-7960 **Fax:** (11)3091-7814 **E-mail:** cepfo@usp.br

FACULDADE DE ODONTOLOGIA USP - SÃO PAULO

Continuação do Parecer: 2.202.141

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_954985.pdf	05/07/2017 14:17:06		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AceptacionBioetica.jpg	05/07/2017 14:15:44	Maria Gabriela Haye Biazevic	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCEP.docx	05/07/2017 14:14:23	Maria Gabriela Haye Biazevic	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRostoAssinadaMayraPaltas.pdf	05/07/2017 14:14:03	Maria Gabriela Haye Biazevic	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

SAO PAULO, 04 de Agosto de 2017

Assinado por:
Décio dos Santos Pinto Junior
(Coordenador)

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 05.508-900
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3091-7960 **Fax:** (11)3091-7814 **E-mail:** cepfo@usp.br

ANEXO B - Aprovação do Comité de Bioética em Pesquisa do Hospital de Especialidades Eugenio Espejo

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "EUGENIO ESPEJO"
COMITÉ DE BIOETICA EN INVESTIGACIÓN

Quito DM, 09 de Mayo de 2017

Doctora
Mayra Paltas

Presente

Reciba un cordial saludo de los miembros del Comité de Bioética en Investigación del Hospital Eugenio Espejo.

A través de la presente le informamos que, una vez analizado por parte de los miembros del Comité el Proyecto de Tesis: **PREVALENCIA, MORTALIDAD Y TIEMPO DE SUPERVIVENCIA DEL CANCER EN CABEZA Y CUELLO, EN EL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO PERIODO 2000 – 2015, QUITO - ECUADOR.** Se le comunica que al no encontrar ningún criterio que vaya en contra de las normas de la bioética en investigación, este Comité aprueba la realización de dicho proyecto.

El Comité de Bioética en Investigación se reserva el derecho de solicitar en cualquier momento, informe del avance de su investigación.

Nota: La aprobación de este trabajo se extiende de acuerdo al cronograma de actividades, dando por concluido este consenso el último día del mismo.

Atentamente,

Ministerio de Salud Pública
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
"EUGENIO ESPEJO"
COMITE DE
BIOETICA EN ENVESTIGACION

Dr. Carlos Rosero H.
PRESIDENTE

Dra. Maribel Cruz
SECRETARIA

MIEMBRO DEL COMITÉ

Nubia G.

Dirección Av. Gran Colombia s/n y Yaguachi PBX (593)2541-231
Sitio Web: www.hee.gob.ec
Quito - Ecuador

ANEXO C. Aprovação para realizar o estudo no Serviço de Oncologia

Ministerio de Salud Pública

Zona 9
Hospital de Especialidades Eugenio Espejo

Memorando Nro. MSP-CZ9-HEEE-DIASONCOL-2017-0177-M

Quito, D.M., 22 de marzo de 2017

PARA: Sr. Dr. Roberto Miguel Ramos Soto
Subdirector de Docencia e Investigación HEEE

ASUNTO: Autrorización

De mi consideración:

Por la presente informo a usted que el servicio de Oncología autorizó a la Doctora Mayra Elizabeth Paltas Miranda para que realice una tesis de doctorado con el tema: " PREVALENCIA, MORTALIDAD Y TIEMPO DE SUPERVIVENCIA EN CABEZA Y CUELLO. EN EL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO PERIODO 200-2015. QUITO-ECUADOR".

Particular que pongo en su conocimiento para los fines pertinentes.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Dr. Ahmad Wali Mushtaq
LÍDER DE ONCOLOGÍA HEEE

Anexos:
- scanned-image-3603172390014902108 31.pdf

lf

ANEXO D - CÓDIGOS DA CID-10 PARA CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO

C00-C14.- LÁBIO, CAVIDADE ORAL E FARINGE.	
CÓDIGO	**NOME DIAGNÓSTICO**
C00	Tumor maligno de lábio
COOO	Tumor maligno de lábio superior face externa
COO1	Tumor maligno de lábio inferior face externa
COO2	Tumor maligno de lábio face externa sem outra especificação
COO3	Tumor maligno de lábio superior face interna
COO4	Tumor maligno de lábio inferior face interna
COO5	Tumor maligno de lábio face interna sem outra especificação
COO6	Tumor maligno da comissura labial
COO8	Lesão de sítios adjacentes ao lábio
COO9	Tumor maligno de lábio zona não especificada
CO1	Tumor maligno da base da língua
C02	Tumor maligno de outras partes das não especificadas da língua
C020	Tumor maligno da face dorsal da língua
C021	Tumor maligno do borde da língua
C022	Tumor maligno da face ventral da língua
C023	Tumor maligno dos dois terços anteriores da língua zona não especificada
C024	Tumor maligno da amígdala lingual
C028	Lesão dos sítios adjuntos à língua
C029	Tumor maligno da língua parte não especificada
CO3	Tumor maligno da gengiva
C030	Tumor maligno da gengiva superior
CO31	Tumor maligno da gengiva inferior
CO39	Tumor maligno da gengiva parte não especificada
CO4	Tumor maligno do assoalho da boca
C040	Tumor maligno da parte anterior do assoalho da boca
C041	Tumor maligno do assoalho da boca, parte lateral
C048	Lesão dos sítios adjuntos ao assoalho da boca
CO49	Tumor maligno do assoalho da boca parte não especificada
C05	Tumor maligno do palato
CO50	Tumor maligno do palato duro
CO51	Tumor maligno do palato mole
CO52	Tumor maligno da úvula
CO58	Lesão dos sítios adjuntos ao palato
C059	Tumor maligno do palato parte não especificada
C06	Tumor maligno de outras partes não especificadas da boca
C060	Tumor maligno da mucosa da bochecha
C061	Tumor maligno do vestíbulo da boca
C062	Tumor maligno do trígono retromolar
C068	Lesão dos sítios adjuntos e de outras partes não especificadas da boca
C069	Tumor maligno da boca parte não especificada
C07	Tumor maligno da glândula parótida
C08	Tumor maligno de outras glândulas salivares maiores e das não

	especificadas
C080	Tumor maligno da glândula submaxilar
C081	Tumor maligno da glândula sublingual
C088	Lesão dos sítios adjuntos da glândulas salivares maiores
C089	Tumor maligno da glândula salivar maior não especificada
C09	Tumor maligno da amígdala
C090	Tumor maligno da fossa amigdalina
C091	Tumor maligno do pilar amigdalino (anterior) (posterior)
C098	Lesão dos sítios adjuntos à amígdala
C099	Tumor maligno da amígdala parte não especificada
C10	Tumor maligno da orofaringe
C100	Tumor maligno da valécula
C101	Tumor maligno da face anterior da epiglotes
C102	Tumor maligno da parede lateral da orofaringe
C103	Tumor maligno da parede posterior da orofaringe
C104	Tumor maligno da fenda branquial
C108	Lesão dos sítios adjuntos à orofaringe
C109	Tumor maligno da orofaringe parte não especificada
C11	Tumor maligno da nasofaringe
C110	Tumor maligno da parede superior da nasofaringe
C111	Tumor maligno da parede posterior da nasofaringe
C112	Tumor maligno da parede lateral da nasofaringe
C113	Tumor maligno da parede anterior da nasofaringe
C118	Lesão dos sítios adjuntos à nasofaringe
C119	Tumor maligno da nasofaringe parte não especificada
C12	Tumor maligno do seio piriforme
C13	Tumor maligno da hipofaringe
C130	Tumor maligno da região post cricoidea
C131	Tumor maligno da dobra aritenoepiglótica face hipofaríngea
C132	Tumor maligno da parede posterior da hipofaringe
C138	Lesão dos sítios adjuntos à hipofaringe
C139	Tumor maligno da hipofaringe parte não especificada
C14	Tumor maligno de outras localizações y as mal definidas no lábio, cavidade bucal, e faringe
C140	Tumor maligno da faringe parte não especificada
C142	Tumor maligno do anel de Waldeyer
C148	Lesão dos sítios adjuntos ao lábio, cavidade bucal e laringe
C462	Sarcoma de Kaposi do paladar
C470	Tumor maligno dos nervos periféricos da cabeça e pescoço
C411	Carcinoma maligno – ameloblástico
C410	Carcinoma maxilar superior (osso) tumor maligno dos ossos do crânio e da face
D000	Carcinoma in situ do lábio, cavidade bucal e faringe
D02	Carcinoma in situ do sistema respiratório e do ouvido meio
D040	Carcinoma in situ da pele do lábio
M8200/3	Carcinoma adenocístico
M8094/3	Carcinoma basais – escamosas, mistos
M8070/3	Carcinoma epidermoide
C310	Tumor maligno do seio maxilar

M8074/3	Carcinoma, escamoso células fusiformes
M8010/2	Carcinoma – in – situ
C76.0	Neoplasia maligna
D48.7	Neoplasia em estudo

ANEXO E - Hospital de Especialidades Eugenio Espejo

http://www.salud.gob.ec/hospital-eugenio-espejo-conmemora-79-anos-de-trabajo-y-compromiso-por-la-salud/