



ARTIGO ORIGINAL

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO EM UM HOSPITAL REFERÊNCIA DA REGIÃO SUL DE SANTA CATARINA**EPIDEMIOLOGICAL PERFIL OF PATIENTS WITH HEAD AND NECK CANCER IN A REFERENCE HOSPITAL IN THE SOUTHERN REGION OF SANTA CATARINA**

Gustavo Cardoso da Silva¹
Natália Cardoso da Silva²
Caroline Cardoso da Silva³
Juliana Lorenzoni Althoff⁴
Kleber Serafim Dal-Toé⁵

RESUMO

Realizou-se um estudo observacional, descritivo e retrospectivo através da coleta de dados de prontuários médicos com o propósito traçar um perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados com câncer de cabeça e pescoço em um hospital de referência no sul de Santa Catarina no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2017. Foram analisados 161 prontuários, porém 153 preencheram os critérios de inclusão e compuseram a amostra final. Esses foram classificados em 3 grupos: carcinoma escamoso de cabeça e pescoço, tumores de nasofaringe e tumores de glândulas salivares. No primeiro grupo, a média de idade encontrada foi de 58,82 anos. Houve predomínio de homens (90,4%), cor da pele branca (94,1%) e pacientes com ensino fundamental incompleto (79,4%). 57,4% eram tabagistas e 28,7% etilistas. Maior parte (68%) chegou ao serviço em estágios avançados da doença (estágio III e IV). Nos cânceres de nasofaringe, a idade média foi de 57,88 anos. Predominou o sexo masculino (87,5%) e apenas 12,5% tinha história de tabagismo. 50% era do tipo carcinoma escamoso e 50% indiferenciado. Destes, 87,5% foram diagnosticados já no estágio IV. Sobre os cânceres de glândulas salivares, 62,67 anos foi a idade média. Nenhum paciente tinha história de tabagismo. 62,5% dos pacientes foram diagnosticados em estágio IVa e o tipo histológico mais frequente foi o adenóide cístico. Os resultados encontrados estão de acordo com a literatura. Destaque para a quantidade de pacientes diagnosticados em estágios avançados, sugerindo a necessidade do desenvolvimento de ações capazes de combater os fatores de risco e estratégias que permitam a detecção precoce dos tumores de cabeça e pescoço.

Descritores: Câncer de Cabeça e Pescoço. Carcinoma Escamoso. Tabagismo.

¹Médico residente em neurologia no Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA; Ramiro Barcelos, 2350, Bairro Santa Cecília, CEP 90035-903 – Porto Alegre - RS, Brasil. Email: gustavocardoso_mf@yahoo.com.br.

²Graduanda em Medicina pela Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC; Avenida Universitária, 1105, Bairro Universitário, CEP: 88806-000 – Criciúma - SC, Brasil. Email: natiii_cardoso@hotmail.com.

³Graduanda em Medicina pela Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC; Avenida Universitária, 1105, Bairro Universitário, CEP: 88806-000 – Criciúma - SC, Brasil. Email: carolinecardosods@gmail.com.

⁴Oncologista. Professora de oncologia da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC; Avenida Universitária, 1105, Bairro Universitário, CEP: 88806-000 – Criciúma - SC, Brasil. Email: juli.a@terra.com.br.

⁵Oncologista. Professor de habilidades médicas da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC; Avenida Universitária, 1105, Bairro Universitário, CEP: 88806-000 – Criciúma - SC, Brasil. Email: kleberdaltoe@hotmail.com.



ABSTRACT

An observational, descriptive and retrospective study was conducted through the collection of data from medical records with the purpose of tracing an epidemiological profile of patients diagnosed with head and neck cancer at a referral hospital in southern Santa Catarina in the period of January 2015 to December 2017. 161 medical records were analyzed, but 153 met the inclusion criteria and made up the final sample. These were classified into 3 groups: squamous carcinoma of the head and neck, nasopharyngeal tumors and tumors of the salivary glands. In the first group, the average age found was 58.82 years. There was a predominance of men (90.4%), white skin color (94.1%) and patients with incomplete primary education (79.4%). 57.4% were smokers and 28.7% were alcoholics. Most (68%) arrived at the service in advanced stages of the disease (stages III and IV). In nasopharyngeal cancers, the mean age was 57.88 years. Male gender predominated (87.5%) and only 12.5% had a history of smoking. 50% were squamous carcinoma and 50% undifferentiated. Of these, 87.5% were diagnosed in stage IV. Regarding cancers of the salivary glands, 62.67 years was the average age. No patient had a history of smoking. 62.5% of patients were diagnosed with stage IVa and the most frequent histological type was cystic adenoid. The results found are in accordance with the literature. Highlight for the number of patients diagnosed in advanced stages, suggesting the need to develop actions capable of combating risk factors and strategies that allow the early detection of head and neck tumors.

Keywords: Head and Neck Neoplasms. Carcinoma, Squamous Cell. Tobacco Use Disorder.

INTRODUÇÃO

As estruturas descritas como cabeça e o pescoço são locais frequentes de desenvolvimento de tumores malignos. Estas neoplasias derivam da cavidade oral, faringe, laringe, cavidade nasal, seios paranasais e glândulas salivares⁽¹⁾. Devido à importância desses locais para funções como fala, deglutição, paladar e olfato, geralmente há um grande comprometimento da qualidade de vida dos pacientes acometidos⁽²⁾.

Estes tumores se situam no sexto lugar entre os tumores mais prevalentes no mundo. Há, anualmente, cerca de 500.000 novos casos e são responsáveis por aproximadamente 380.000 mortes. A prevalência deste câncer varia nas diferentes regiões do mundo causado pela variação na prevalência dos fatores de risco em diferentes populações estudadas⁽³⁾. No Brasil, o câncer de cavidade oral encontra-se em sexto lugar entre os mais frequentes da Região Sul do país (15,91/100 mil)⁽¹⁾.

Os principais fatores de risco incluem tabagismo e consumo de álcool. Além deles, baixa condição socioeconômica, menor escolaridade e infecções pelo papiloma vírus (HPV) e pelo vírus Epstein-Barr (EBV). Há evidências que afirmam que o uso concomitante de cigarro e álcool tem um efeito multiplicativo no risco. Em relação ao sexo, os homens são mais acometidos que as mulheres numa relação de até 4:1⁽⁴⁾.



A incidência aumenta com a idade, bem como 95% dos pacientes possuem mais que 40 anos. A idade média no diagnóstico gira em torno de 64 anos. Um aumento da incidência em jovens está sendo observado devido a associação da doença com infecção pelo vírus HPV^(2,8).

O tipo histológico mais comum é o carcinoma espinocelular, responsável por aproximadamente 90 a 95% dos casos. Outros tipos histológicos incluem carcinoma linfoepitelial e adenocarcinoma⁽⁴⁾.

Em relação as metástases, as neoplasias de cabeça e pescoço tendem a apresentar-se como doença locorregional, concentrando-se em seu local primário e em linfonodos regionais. A incidência de metástases a distância é relativamente pequena, com uma taxa de aproximadamente 9,2% no diagnóstico. Os locais mais comuns de ter acometimento metastático são os pulmões, seguido de fígado e ossos⁽⁵⁾.

O tratamento visa obter a curta ou controle locorregional e aumento da sobrevida com o mínimo de seqüela funcional. Para doença em estágio inicial ou localizada (estágios I e II), pode ser utilizado uma única modalidade de tratamento, como cirurgia ou radioterapia. Ambas têm similares taxas de controle local e sobrevida. Os estágios mais avançados da doença (estágios III e IV) têm altas taxas de recorrência e metástases a distância e, portanto, devem ser tratados com terapia combinada (cirurgia, radioterapia e/ou quimioterapia)⁽⁶⁾.

Este trabalho tem como objetivo descrever o perfil epidemiológico de pacientes com tumores de cabeça e pescoço na região sul de Santa Catarina.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo observacional, descritivo e retrospectivo de abordagem qualitativa e quantitativa com coleta de dados secundários.

O estudo foi dirigido após a aprovação do Comitê de Ética da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), sob o protocolo 068302/2017 e do Comitê de Ética do Hospital São José, sob o protocolo 105/2017.

Os dados foram coletados pelo pesquisador a partir de prontuários médicos de pacientes atendidos na unidade de oncologia, radioterapia e cirurgia de cabeça e pescoço de um hospital referência da região sul de Santa Catarina no período de 1 de janeiro de 2015 à 31 de dezembro de 2017. Os dados de cada paciente estão sob total sigilo e a utilização destes dados será somente para pesquisa científica.

Foram incluídos no estudo todos os pacientes com tumores malignos com localização primária em cabeça e pescoço com idade igual ou maior a 18 anos. Foram excluídos pacientes com prontuários



incompletos.

As variáveis analisadas incluíram idade no diagnóstico, sexo, cor da pele, escolaridade, profissão, hábitos tabagismo e etilismo, sítio primário do tumor, tipo histológico, grau de diferenciação histológica, estadiamento clínico, local de metástase e tratamento escolhido para o paciente. As variáveis profissão, carga tabágica em maços/ano e carga etílica foram excluídas do trabalho devido à ausência de informações suficientes nos prontuários. As informações colhidas foram armazenadas em tabelas do software Microsoft Excel versão 2013 para posterior análise descritiva.

Devido seus comportamentos biológicos distintos, os tumores foram classificados em 3 grupos: carcinoma escamoso de cabeça e pescoço, tumores de nasofaringe e tumores de glândulas salivares. No grupo carcinoma escamoso de cabeça e pescoço, estão incluídos os tumores de boca, orofaringe, hipofaringe, seios da face e laringe. O estadiamento dos tumores foi feito a partir da classificação da *American Joint Committee on Cancer (AJCC)* do ano de 2017⁽⁷⁾.

Os dados coletados foram analisados com auxílio do software IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0. Os testes estatísticos foram realizados com um nível de significância $\alpha = 0,05$ e, portanto, confiança de 95%. As variáveis qualitativas foram expressas por meio de frequência e porcentagem, e a investigação da existência de associação entre elas foi realizada por meio da aplicação do teste de exato de Fisher, razão de verossimilhança, seguidos da análise de resíduo quando observada significância estatística. Já as variáveis quantitativas foram expressas por meio de média e desvio padrão, a normalidade foi verificada por meio dos testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk e sua comparação com o teste t de Student.

RESULTADOS

Foram analisados 161 prontuários no período de 1 de janeiro de 2015 à 31 de dezembro de 2017 baseados nos CIDs de Câncer de Cabeça e Pescoço. Destes, foram excluídos 8 pacientes, 7 devido a insuficiência de dados e 1 paciente com diagnóstico de sarcoma pleomórfico, resultando em uma amostra final de 153 pacientes.

Em relação ao grupo dos pacientes com carcinoma escamoso de cabeça e pescoço, foram analisados 136 pacientes, 88,8% da amostra total. A idade dos indivíduos no momento do diagnóstico variou entre 28 e 91 anos, com média de 58,82 anos e desvio padrão de 10,21. Destes, 132 (97%) pacientes tinham idade maior ou igual a 40 anos e 59 (43,4%) tinham idade maior ou igual a 60 anos (tabela 1).

Em relação ao gênero, o sexo masculino foi o mais frequente. Não houve diferença entre a idade no diagnóstico e o sexo do paciente ($p = 0,369$). Quanto a cor de pele, houve um predomínio da



cor branca. A maioria dos pacientes apresentou o ensino fundamental incompleto como grau de escolaridade.

Quanto aos hábitos tabagismo e etilismo, 57,4% dos pacientes tinham histórico de tabagismo, 28,7% tinham histórico de etilismo e 27,9% possuíam ambos os hábitos. Dos pacientes analisados, 32,4% não fumavam e não bebiam e 9,6% da amostra não havia registro no prontuário destes hábitos. Não houve diferença significativa na idade do diagnóstico entre pacientes tabagistas e pacientes não-tabagistas ($p = 0,543$). Observou-se uma maior frequência de indivíduos do sexo masculino com hábito tabagista ($p = 0,018$) (tabela 3).

A maior parte destes indivíduos apresentou tumores moderadamente diferenciados. Houve uma maior frequência de estadiamento IVa, com 39% dos pacientes. Apenas 3,7% dos pacientes apresentaram metástases ao diagnóstico, sendo o pulmão o local acometido em todos eles e um paciente apresentando metástase óssea (tabela 2).

No que se refere ao tratamento deste grupo, no hospital analisado realiza-se cirurgia, radioterapia e quimioterapia. De todos os pacientes com carcinoma escamoso de cabeça e pescoço, em 2 deles foi decidido tratamento apenas suportivo. Nos pacientes no estágio I, a modalidade de tratamento mais utilizada foi a radioterapia isolada. Já para os estágios II, III e IV, o tratamento mais prevalente foi radioterapia concomitante a quimioterapia (tabela 4).

No grupo dos pacientes com tumor primário de nasofaringe, foram analisados 8 pacientes, 5,4% da amostra total. A idade média no momento do diagnóstico foi de 57,88 ($\pm 8,17$) anos, com idade mínima de 49 anos e máxima de 69 anos. Houve um predomínio em homens. No que se refere aos hábitos tabagismo e etilismo, apenas 1 (12,5%) paciente possuía história de tabagismo, nenhum de etilismo (tabela 1). Em relação aos tipos histológicos, observou-se uma frequência de 50% com carcinoma escamoso diferenciado e 50% com carcinoma indiferenciado. A maioria dos pacientes foram diagnosticados no estágio IVa (75%) e nenhum paciente apresentou metástase ao diagnóstico. Todos estes pacientes receberam tratamento com radioterapia concomitante a quimioterapia (tabela 2).

Na categoria dos tumores de glândula salivar, foram avaliados 9 pacientes, 5,8% da amostra total. A glândula afetada mais comum foi a parótida, com 6 (66,6%) dos pacientes. A idade média no momento do diagnóstico foi de 62,67 ($\pm 15,61$) anos, com idade mínima de 39 e máxima de 85 anos. Ao contrário dos outros tumores analisados, houve uma predominância do sexo feminino. Não houve pacientes tabagistas nem etilistas nesse grupo (tabela 1). O tipo histológico mais comum dos tumores de glândula salivar foi o adenoide cístico com 4 (44,4%) dos pacientes, seguido de 3 (33,3%) com adenocarcinoma. 1 (11,1%) paciente possuía carcinoma escamoso de glândula salivar e 1 (11,1%) paciente apresentou o tipo indiferenciado. A maioria foi diagnosticada já no estágio IVa (62,5%) e um



(11,1%) paciente apresentou metástases pulmonares. O tratamento mais utilizado para estes pacientes foi cirurgia seguida de radioterapia adjuvante (tabela 2).

DISCUSSÃO

A incidência dos pacientes com carcinoma escamoso de cabeça e pescoço aumenta com a idade, sendo raro em jovens⁽²⁾. Os dados da literatura mostram uma média de idade ao diagnóstico de 64 anos⁽⁸⁾. A média observada em nosso estudo foi de 58,82 anos, predominando a faixa etária de 50 a 69 anos. Apenas 3% dos pacientes apresentaram o câncer com menos de 40 anos. Dados da Europa mostram que 95% dos pacientes são diagnosticados após os 40 anos e 50% após os 60 anos, concordando com a idade dos pacientes deste estudo, onde 97% dos pacientes tinham 40 anos ou mais e 43,4% tinham 60 anos ou mais⁽²⁾.

Os homens são mais afetados que mulheres numa relação de 2:1 a 4:1, semelhante aos dados encontrados, onde onde 90,4% dos pacientes eram do sexo masculino⁽⁴⁾. Em relação a cor da pele, nosso estudo mostrou uma predominância da cor branca em 94,1% dos pacientes. Um perfil epidemiológico de São Paulo mostrou predominância semelhante, com 85% dos pacientes brancos⁽⁹⁾. No que se refere ao nível de escolaridade, nossos dados coincidem com os já existentes na literatura, onde observou-se que a maioria dos pacientes apresenta o ensino fundamental⁽⁴⁾.

Os fatores de risco mais associados ao carcinoma escamoso de cabeça e pescoço são o tabagismo e etilismo⁽⁴⁾. A literatura mostra que aproximadamente 75% dos pacientes possuem estes hábitos, aumentando o risco quando associados⁽²⁾. Em nosso estudo, observou-se um número relativamente baixo de pacientes com histórico de tabagismo e etilismo quando comparado com estudos anteriores, consistindo 57,4% de pacientes tabagistas e 28,7% de etilistas. 27,9% possuíam ambos os hábitos. Deve ser levado em consideração o viés de informação destes dados devido à falta de padronização nos prontuários médicos onde o estudo foi executado. Houve um predomínio do sexo masculino nos pacientes tabagistas ($p = 0,018$), sendo um dos motivos que justifica o grande número de pacientes homens diagnosticados com este tipo de tumor^(2,10). Estudos recentes mostram um aumento da incidência em pacientes jovens não tabagistas por conta da infecção pelo vírus HPV, porém, em nosso estudo, não houve diferença significativa entre a idade dos pacientes que fumavam e dos que não fumavam ($p = 0,543$)^(8,10). No serviço analisado, não foi investigado a variável infecção pelo vírus HPV por falta de rotina na pesquisa. Sugerimos que possa ser incorporado a rotina pelo motivo epidemiológico e por possibilidades na diferença de tratamento⁽¹¹⁾.

Infelizmente, a literatura mostra que a maioria dos casos são diagnosticados em estágios avançados da doença, sendo 60% dos pacientes em estágio clínico III ou IV⁽¹²⁾. Um estudo brasileiro



revelou que até 73% dos casos são diagnosticados em estágio avançado⁽¹³⁾. Em nosso estudo, 68% dos pacientes com carcinoma escamoso de cabeça e pescoço foram diagnosticados já nos estágios clínicos III e IV, o que condiz com os dados presentes em outros estudos. O estágio IV a obteve maior frequência, com 39% dos pacientes. Estudos mostram que há diferença significativa destes dados entre os diversos países, sendo piores em países em desenvolvimento, como o Brasil, e melhores em países desenvolvidos. Num estudo semelhante feito nos Estados Unidos, apenas 37,4% dos pacientes tiveram diagnóstico em estágios avançados⁽¹³⁾.

Sabe-se que o diagnóstico em estágios avançados da doença está associado a um pior prognóstico e redução da qualidade de vida⁶. Portanto, detecção precoce é o melhor meio racional de reduzir a morbimortalidade. Diversas causas podem ser apontadas para este problema na população estudada, como fatores culturais e educacionais dos indivíduos. Algumas particularidades dos pacientes podem ser citadas, como, por exemplo, baixos níveis de escolaridade e idade avançada ao diagnóstico. Tem-se comprovado que muitas das estratégias de conscientização para detecção precoce de doenças acabam afetando apenas pessoas com nível educacional mais elevado e jovens⁽¹⁴⁾. Além do mais, a limitação ao acesso ao sistema de saúde e a dificuldade de manejar o paciente dentro do próprio sistema também podem ter sido fatores que contribuíram para estes resultados.

No que se refere a metástases no momento do diagnóstico, são relativamente raras, com uma taxa aproximada de 9,2%⁽⁵⁾. Apenas 3,7% dos nossos pacientes apresentaram metástases ao diagnóstico.

Em relação ao tratamento, sabe-se que o principal determinante para a modalidade terapêutica escolhida é o estadiamento do paciente. Para doença em estágio inicial ou localizada (estágios I e II), pode ser utilizado uma única modalidade de tratamento, como cirurgia ou radioterapia⁽¹⁵⁾. Nos pacientes do estudo, aqueles do estágio clínico I e II tiveram a radioterapia isolada como a terapia mais utilizada (32,5%). Porém, houve um grande número de pacientes sendo tratados com duas abordagens terapêuticas, sendo 25,5% com radioterapia concomitante a quimioterapia e 20,9% com cirurgia e radioterapia adjuvante. Para os pacientes no estágio III e IV, utiliza-se terapia combinada associando quimioterapia⁽⁶⁾. Estudos randomizados mostram grande benefício da radioterapia concomitante a quimioterapia para estes indivíduos⁽¹⁶⁾. Em nosso serviço, estes pacientes tiveram a radioterapia concomitante a quimioterapia como abordagem mais utilizada (45,2%), seguida de cirurgia e radioterapia adjuvante (21,5%).

A respeito dos pacientes com tumor primário de nasofaringe, apesar de serem, na sua maioria, tumores epiteliais, há diferenças epidemiológicas em relação a outros tumores epiteliais de cabeça e pescoço^(16,17). É um tumor raro no Brasil, sendo mais comum na Ásia. É até três vezes mais comum em homens e é diagnosticado geralmente entre 50 e 59 anos^(11,17). Um estudo nos Estados Unidos



observou uma média de idade de 52,7 anos⁽¹⁸⁾. Em nosso serviço, no período analisado, 87,5% dos pacientes eram homens e a média de idade foi de 57,88 (\pm 8,17), o que condiz com a literatura. Porém, evidenciou-se mais pacientes no grupo de idade dos 60 a 69 anos (50%). O pequeno número de pacientes analisados neste grupo foi um fator limitante para uma melhor análise.

Em estudos de caso-controle, não há consenso em relação ao tabagismo e alcoolismo como fatores de risco estimados para esta neoplasia, sendo que vários dados publicados na literatura confirmam que não há associação ou há uma associação fraca^(14,16). Em nossa análise, apenas 12,5% dos pacientes eram tabagistas e nenhum paciente era etilista, reforçando os dados sugeridos pela literatura de que esses fatores de risco não possuem relação com esse tipo de câncer.

No tratamento, a radioterapia concomitante a quimioterapia se mostra superior a outros tipos de abordagem terapêutica, inclusive para aqueles em estágios menos avançados⁽¹⁶⁾. Em nossa pesquisa, todos os pacientes receberam este tratamento.

No grupo dos tumores malignos de glândula salivar, sabe-se que a principal glândula acometida é a glândula parótida⁽¹⁹⁻²²⁾. Em nossa pesquisa, os tumores de parótida também representaram a maioria deste grupo, com 66,6% da amostra. Em relação a idade, é um tipo de câncer raro em pessoas com menos de 40 anos, com pico de incidência na sexta e sétima década de vida^(19,22). No estudo exposto, constatou-se o mesmo da literatura, onde 89,1% dos pacientes tinham mais que 40 anos, com uma média de idade de 62,6 anos. 44,4% tinham mais que 70 anos. Também se observou um leve predomínio do sexo feminino neste grupo (55,6%), achado semelhante de outro estudo brasileiro⁽²²⁾. Destes pacientes, não houve nenhum com história de tabagismo. A literatura evidencia que tabagismo não está associado com câncer de glândula salivar⁽²⁰⁾.

Histologicamente, o tipo mais prevalente é o carcinoma mucoepidermoide seguido de adenoide cístico. Outros tipos, como os adenocarcinomas, são raros⁽²⁰⁾. No presente estudo houve uma diferença do padrão, não havendo nenhum paciente com carcinoma mucoepidermoide. Foi encontrado o tipo adenoide cístico em 44,4% dos pacientes, seguido de adenocarcinoma em 33,3% dos pacientes. A pequena amostra do estudo foi um fator limitante para uma melhor análise do perfil epidemiológico local.

Em relação ao tratamento, cirurgia é a primeira modalidade de tratamento para o manejo destes pacientes, sendo geralmente acompanhado de radioterapia⁽²¹⁾. Em nossa pesquisa, condizendo com a literatura, evidenciou-se uma maior frequência da cirurgia e radioterapia adjuvante como modalidade de tratamento, com 55,6% dos casos.

CONCLUSÃO



Em suma, os dados encontrados na pesquisa, no geral, estão de acordo com os resultados da literatura. Conclui-se que o perfil epidemiológico do paciente com câncer de cabeça e pescoço no hospital analisado é um homem, idoso, de cor da pele branca, tabagista, com nível de escolaridade baixo e que se apresenta ao diagnóstico em estágio avançado da doença. O tratamento mais utilizado para estes pacientes é a radioterapia concomitante a quimioterapia.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2016 - Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015.
2. Mehanna H, Paleri V, West CML, Nutting C. Head and neck cancer—Part 1: Epidemiology, presentation, and preservation. *Clinical Otolaryngology*. 2011;36(1):65–8.
3. Nekhlyudov L, Lacchetti C, Davis NB, et al. Head and Neck Cancer Survivorship Care Guideline: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline. *JCO*. 2017;35(14):1606–21.
4. Lambert R, Sauvaget C, Cancela MC, Sankaranarayanan R. Epidemiology of cancer from the oral cavity and oropharynx. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2011;23(8):633–41.
5. Garavello W, Ciardo A, Spreafico R, Gaini RM. Risk factors for distant metastases in head and neck squamous cell carcinoma. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2006;132(7):762–6.
6. Pazdur R, Wagman LD, Camphausen KA, Hoskins WJ. *Cancer Management: A Multidisciplinary Approach, Medical, Surgical, and Radiation Oncology*. 13 edition. Norwalk: UBM Medica; 2011. 1084 p.
7. Lydiatt WM, Patel SG, O'Sullivan B, et al. Head and Neck cancers-major changes in the American Joint Committee on cancer eighth edition cancer staging manual. *CA Cancer J Clin*. 2017;67(2):122-137.
8. Colombo J, Rahal P. Alterações Genéticas em Câncer de Cabeça e Pescoço. *Rev Bras de Cancerologia*. 2009;55(2):165-174.
9. Carvalho MBD, Lenzi J, Lehn CN, et al. Clinical and epidemiological characteristics of oral squamous cell carcinoma in women. *Rev Assoc Med Bras*. 2001;47(3):208–14.
10. Curado MP, Hashibe M. Recent changes in the epidemiology of head and neck cancer. *Curr Opin Oncol*. 2009;21(3):194–200.
11. Chang ET, Adami HO. The Enigmatic Epidemiology of Nasopharyngeal Carcinoma. *Cancer Epidem Biomark & Prev*. 2006;15(10):1765–77.
12. Sher DJ, Adelstein DJ, Bajaj GK, et al. Radiation therapy for oropharyngeal squamous cell carcinoma: Executive summary of an ASTRO Evidence-Based Clinical Practice Guideline. *PRO*. 2017;7(4):246-253.



13. Carvalho AL, Singh B, Spiro RH, Kowalski LP, Shah JP. Cancer of the oral cavity: a comparison between institutions in a developing and a developed nation. *Head Neck*. 2004;26(1):31–8.
14. Loehrer PJ, Greger HA, Weinberger M, et al. Knowledge and beliefs about cancer in a socioeconomically disadvantaged population. *Cancer*. 1991;68(7):1665–71.
15. Nigro CL, Denaro N, Merlotti A, Merlano M. Head and neck cancer: improving outcomes with a multidisciplinary approach. *Cancer Manag Res*. 2017; 9: 363–371.
16. Chua MLK, Wee JTS, Hui EP, Chan ATC. Nasopharyngeal carcinoma. *Lancet*. 2016;387(10022):1012–24.
17. Salehiniya H, Mohammadian M, Mohammadian-Hafshejani A, Mahdavifar N. Nasopharyngeal cancer in the world - epidemiology, incidence, mortality and risk factors. *WCRJ*. 2018;5(1):1046-1055.
18. Ou S-H, Zell J, Ziogas A, Anton-Culver H. Epidemiology of nasopharyngeal carcinoma in the United States: improved survival of Chinese patients within the keratinizing squamous cell carcinoma histology. *Ann Oncology*. 2006;18(1):29–35.
19. Guzzo M, Locati LD, Prott FJ, Gatta G, McGurk M, Licitra L. Major and minor salivary gland tumors. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2010;74(2):134–48.
20. Ogawa AI, Takemoto LE, Navarro PL, Heshiki RE. Neoplasias de Glândulas Salivares. *Arq Int Otorrinolaringol*. 2008, 12(3):409-18.
21. Arrangoiz R. Current Thinking on Malignant Salivary Gland Neoplasms. *J Cancer Treat Research*. 2013;1(1):8-24.
22. Lima SS, Soares AF, Amorim RF, Freitas RA. Perfil epidemiológico das neoplasias de glândulas salivares: análise de 245 casos. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2005;71(3):335–40.



TABELAS

Tabela 1 – Caracterização da amostra pesquisada.

| Variáveis | Média ± desvio padrão ou n (%) | | |
|---------------------------------|--------------------------------|----------------------|---------------------------|
| | Local do Tumor Primário | | |
| | CEC n = 136 | Nasofaringe n = 8 | Glândula Salivar n = 9 |
| Idade (anos)[†] | 58,82 ± 10,21 | 57,88 ± 8,17 | 62,67 ± 15,61 |
| < 40 | 4 (3,0) | - | 1 (11,1) |
| 40 - 49 | 15 (11,0) | 1 (12,5) | - |
| 50 - 59 | 58 (42,6) | 3 (37,5) | 3 (33,3) |
| 60 - 69 | 39 (28,7) | 4 (50,0) | 1 (11,1) |
| ≥ 70 | 20 (14,7) | - | 4 (44,4) |
| Sexo | | | |
| Masculino | 123 (90,4) | 7 (87,5) | 4 (44,4) |
| Feminino | 13 (9,6) | 1 (12,5) | 5 (55,6) |
| Cor da Pele | | | |
| Branca | 128 (94,1) | 8 (100,0) | 9 (100,0) |
| Negra | 8 (5,9) | - | - |
| Escolaridade | | | |
| Analfabeto | 5 (3,7) | - | - |
| Fundamental Incompleto | 89 (65,4) | 4 (50,0) | 6 (66,7) |
| Fundamental Completo | 19 (14,0) | 2 (25,0) | - |
| Médio Incompleto | 4 (2,9) | - | - |
| Médio Completo | 11 (8,1) | 2 (25,0) | 3 (33,3) |
| Superior | 8 (5,9) | - | - |
| Tabagismo | | | |
| Sim | 78 (57,4) | 1 (12,5) | 0 (0,0) |
| Não | 45 (33,1) | 4 (50,0) | 9 (100,0) |
| Não Informado | 13 (9,6) | 3 (37,5) | 0 (0,0) |
| Etilismo | | | |
| Não | 84 (61,8) | 5 (62,5) | 9 (100,0) |
| Sim | 39 (28,7) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| Não Informado | 13 (9,6) | 3 (37,5) | 0 (0,0) |

CEC – carcinoma espinocelular.

[†]Idade ao diagnóstico expressa em média ± desvio padrão.

Fonte: dados da pesquisa (2018).



Tabela 2 – Caracterização da amostra pesquisada.

| Variáveis | Local do Tumor Primário, n (%) | | |
|----------------------------------|--------------------------------|----------------------|---------------------------|
| | CEC n = 136 | Nasofaringe n = 8 | Glândula Salivar n = 9 |
| Grau Histológico | | | |
| G1 | 25 (18,4) | - | 5 (55,6) |
| G2 | 89 (65,4) | - | 1 (11,1) |
| G3 | 22 (16,2) | 5 (62,5) | 2 (22,2) |
| G4 | - | 3 (37,5) | 1 (11,1) |
| Estágio | | | |
| I | 17 (12,5) | - | 1 (12,5) |
| II | 26 (19,1) | 1 (12,5) | 1 (12,5) |
| III | 25 (18,4) | - | - |
| IV a | 53 (39,0) | 6 (75,0) | 5 (62,5) |
| IV b | 10 (7,4) | 1 (12,5) | - |
| IV c | 5 (3,7) | - | 1 (12,5) |
| Tratamento | | | |
| Cirurgia | 12 (8,8) | - | - |
| Radioterapia | 22 (16,2) | - | 2 (22,2) |
| Quimioterapia | 1 (0,7) | - | - |
| QT e RDT concomitante | 53 (39,0) | 8 (100,0) | 2 (22,2) |
| Cirurgia + RDT adjuvante | 29 (21,3) | - | 5 (55,6) |
| Cirurgia + RDT e QT adjuvante | 15 (11,0) | - | - |
| QT e RDT neoadjuvante + Cirurgia | 2 (1,5) | - | - |
| Nenhum | 2 (1,5) | - | - |

CEC – carcinoma espinocelular; QT - quimioterapia; RDT – radioterapia.

Fonte: dados da pesquisa (2018).