



ARTIGO ORIGINAL

Impact of delay in the diagnosis and treatment of head and neck cancer^{☆,☆☆}

André Wady Debes Felippu^a, Eduardo Cesar Freire^a, Ricardo de Arruda Silva^a,
André Vicente Guimarães^{b,c}, Rogério Aparecido Dedivitis^{d,*}

^a Departamento de Medicina, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES), Santos, SP, Brasil

^b Departamento de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

^c Departamento de Otorrinolaringologia, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES), Santos, SP, Brasil

^d Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Hospital das Clínicas, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

Recebido em 3 de agosto de 2014; aceito em 23 de fevereiro de 2015

KEYWORDS

Delayed diagnosis;
Head and neck
neoplasms;
Squamous cell
carcinoma;
Time factors;
Primary health care;
Prognosis

Abstract

Introduction: Head and neck tumors can be easily recognized through clinical evaluation. However, they are often diagnosed at advanced stages.

Objective: To evaluate the delay from the patient's initial symptoms to the definitive treatment.

Methods: Retrospective study of patients enrolled in 2011 and 2012. A questionnaire was filled in about socioeconomic aspects, patient history, tumor data, professionals who evaluated the patients, and the respective time delays.

Results: The following time delay medians were observed: ten months between symptom onset and the first consultation; four weeks between the latter and the first consultation with a specialist; four weeks between the specialist consultation and diagnosis attainment; and 12 weeks between diagnosis and the start of treatment.

Conclusions: Most head and neck tumors are diagnosed at advanced stages, due to patient and health care factors.

© 2015 Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial. Published by Elsevier Editora Ltda. This is an open access article under the CC BY- license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

DOI se refere ao artigo: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjorl.2015.10.009>

* Como citar este artigo: Felippu AWD, Freire EC, de Arruda Silva R, Guimarães AV, Dedivitis RA. Impact of delay in the diagnosis and treatment of head and neck cancer. Braz J Otorhinolaryngol. 2016;82:140-3.

** Instituição: Disciplina de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES), Santos, SP, Brasil.

* Autor para correspondência.

E-mail: dedivitis@usp.br (R.A. Dedivitis).

PALAVRAS-CHAVE

Diagnóstico tardio;
Neoplasias de cabeça
e pescoço;
Carcinoma de células
escamosas;
Fatores de tempo;
Atenção primária
à saúde;
Prognóstico

Impacto da demora no diagnóstico e tratamento no câncer de cabeça e pescoço**Resumo**

Introdução: Apesar de poderem ser facilmente reconhecidos ao exame clínico, os tumores de cabeça e pescoço são, muitas vezes, diagnosticados em estadiamento avançado.

Objetivo: Avaliar a demora entre o surgimento dos sintomas iniciais do paciente e seu encaminhamento para o tratamento definitivo.

Método: Trata-se de um estudo retrospectivo de pacientes arrolados em 2011 e 2012. Foi preenchido questionário sobre fatores sócio-econômicos, antecedentes, dados do tumor, profissionais que avaliaram os pacientes e respectivos períodos de demora.

Resultados: Foram observadas as seguintes medianas de tempo de demora: 10 meses entre o início dos sintomas e o primeiro atendimento; 4 semanas entre este e a primeira consulta com o especialista; 4 semanas entre esta e o estabelecimento do diagnóstico; e 12 semanas entre este e o início do tratamento.

Conclusões: A maior parte dos cânceres de cabeça e pescoço é diagnosticada em estádios avançados, por fatores relacionados aos pacientes e à atenção à saúde.

© 2015 Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial. Published by Elsevier Editora Ltda. This is an open access article under the CC BY- license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Introdução

Os tumores de cabeça e pescoço são relativamente fáceis de ser visualizados ou palpados ao exame clínico. Apesar disso, muitos pacientes são diagnosticados sob estadiamento avançado da doença, talvez pela falta de sintomas precoces alarmantes. Isso resulta na falta de ímpeto para procura médica.^{1,2}

O câncer de cabeça e pescoço frequentemente se apresenta em estádios já avançados. Quanto maior ademora para a confirmação diagnóstica e o estabelecimento do tratamento, mais avançado é o estágio, sendo a terapêutica necessária mais agressiva e o prognóstico pior. Isso torna o diagnóstico rápido e eficiente um grande desafio.² A compreensão das razões responsáveis pelo diagnóstico tardio do câncer de cabeça e pescoço poderia auxiliar no desenho de intervenções visando à redução na frequência de desfechos desfavoráveis.

Se o período de tempo entre a consulta inicial e o tratamento é prolongado, os pacientes podem apresentar progressão tumoral e do estadiamento clínico, o que afeta a programação terapêutica, com possível influência negativa no prognóstico. Trata-se de um problema clínico relevante, já que o controle de algumas comorbidades antes do tratamento cirúrgico de grande porte pode requerer um tempo longo.³

A localização da lesão e as diferentes formas de apresentação e de sintomas podem contribuir para o retardo. Tumores silenciosos, de difícil acesso, que demoram mais para apresentar sintomas evidentes dificultam a percepção do paciente, atrasando o processo diagnóstico.^{4,5} Assim, muitas vezes, dependendo dos sintomas, o próprio paciente demora em procurar ajuda médica.⁶ Alguns estudos sugerem a conscientização de indivíduos considerados de risco, como fumantes e etilistas, para intensificar a procura médica logo após os sintomas iniciais, favorecendo o prognóstico.⁷ Entretanto, tal demora pode também se dever a fatores relacionados ao atendimento profissional e de cuidado à saúde, com um tempo que varia, na literatura, de quatro dias a 3,5 meses.⁵

O objetivo deste estudo foi verificar a demora do paciente, desde a apresentação dos primeiros sintomas até o início do

tratamento definitivo, e estabelecer relação entre essa demora e a condição socioeconômica e o estadiamento.

Método

O presente trabalho foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da instituição onde foi realizado, sob o número 730.552. Este é um estudo retrospectivo de novos casos de carcinoma epidermoide das vias aerodigestivas superiores, diagnosticados no ambulatório de cirurgia de cabeça e pescoço da instituição, no período de janeiro de 2011 a agosto de 2012. Tumores das glândulas salivares e da tireoide foram excluídos do presente estudo, por terem apresentação clínica e comportamento biológico diferentes do carcinoma de vias aerodigestivas superiores.

Os pacientes preencheram um questionário com foco em fatores epidemiológicos, da doença e do atendimento. Pacientes iletrados tiveram o auxílio de um familiar acompanhante, e sempre algum dos autores esteve à disposição para sanar eventuais dúvidas. Os seguintes dados foram colhidos: identificação (nome e registro na instituição), idade (em anos), gênero, raça, escolaridade (desde nenhuma até superior completo), tabagismo e etilismo (ambos mensurados de forma semiquantitativa) e sítio do tumor primário. Os tumores foram estadiados de acordo com a sexta edição da classificação TNM, do *American Joint Committee on Cancer* (AJCC). Foram ainda pesquisados os profissionais que atenderam o paciente anteriormente, bem como a modalidade principal de tratamento oncológico a que foi encaminhado (cirurgia, radioterapia ou quimioterapia paliativa).

As seguintes durações foram auferidas:

1. Intervalo entre o início referido dos presentes sintomas e a procura do atendimento médico (em meses);
2. Intervalo entre a primeira consulta médica ou odontológica e a primeira consulta com o especialista (em semanas);

3. Intervalo entre a primeira consulta com o especialista e o estabelecimento final do diagnóstico - resultado anatomo-patológico (em semanas);
4. Intervalo entre o estabelecimento do diagnóstico e o início do tratamento (em semanas).

Resultados

Dos 80 pacientes identificados, 75 eram do gênero masculino (93,75%), sendo 63 caucasianos (78,75%). As idades variaram de 45 a 73 anos, com mediana de 63 anos. A maioria era consumidora regular de tabaco (98,75%) e de bebidas alcoólicas (52,5%). Quanto à escolaridade, 42 (52,5%) deles tinham primeiro grau incompleto. Dentre os sítios tumorais, os mais frequentes foram cavidade oral, 33 (41,84%); e laringe, 25 (31,25%). A distribuição dos estádios clínicos iniciais mostrou predomínio de ECIII, 23 (28,75%); e ECIV, 44 (55%) (tabela 1).

Todos os 80 pacientes passaram em consulta com um não especialista em cirurgia de cabeça e pescoço, sendo 45 por otorrinolaringologista, 38 por clínico geral, 12 por dentista e oito por outras especialidades, ou seja, três pacientes passaram em três profissionais antes de chegar ao especialista, e 14 passaram em dois profissionais previamente.

A mediana do tempo entre o início dos sintomas e a procura do atendimento foi de dez meses; entre a primeira consulta geral motivada pelo tumor e a primeira consulta com o especialista esse período foi de quatro meses; entre esta consulta e o estabelecimento do diagnóstico, quatro meses; e entre o diagnóstico e o início do tratamento, 12 meses (sem diferença entre as modalidades principais de tratamento às quais os pacientes foram referidos) (tabela 2).

Discussão

Existe um consenso de que o prognóstico do câncer de cabeça e pescoço em estádios avançados (EC III e IV) é pior do que aquele observado em tumores diagnosticados em estádios iniciais. Qualquer demora no diagnóstico e tratamento pode conduzir à evolução para estádios mais avançados, diminuição nos índices de cura e efetividade do tratamento.³ Se a doença avançada for o resultado da demora na apresentação ou condução do caso, conclui-se que a diminuição de tal intervalo levaria ao tratamento em fase mais precoce, aumentando os índices de sobrevida e diminuindo a morbidade.⁴

A demora no diagnóstico refere-se ao período total de tempo entre o início dos sintomas e o estabelecimento do diagnóstico. A partir daí, até o início da terapia, a demora ocorre na programação e realização do tratamento. Pode-se ainda dividir a demora em duas fases: o período desde o início dos sintomas até a procura pelo cuidado médico (demora do paciente), e o período excessivo entre o primeiro contato com um profissional da saúde e a primeira consulta com um especialista (demora do sistema de saúde).⁸ Essa demora por parte do profissional poderia também ser definida como o tempo entre a primeira consulta médica (normalmente com o não especialista) e a data do diagnóstico histopatológico. Enquanto a demora profissional pode ser medida de uma forma relativamente precisa, a do paciente tende ao erro de avaliação, pois depende do grau e percepção do mesmo.⁹

Tabela 1 Dados epidemiológicos dos pacientes estudados (n = 80)

	n	%
<i>Gênero</i>		
Masculino	75	93,75%
Feminino	5	6,25%
<i>Raça</i>		
Caucasianos	63	78,75%
Não caucasianos	17	21,50%
<i>Tabagismo</i>		
Uso regular	79	98,75%
Não usuário	1	1,25%
<i>Etilismo</i>		
Uso regular	42	52,50%
Não usuário	38	47,50%
<i>Escolaridade</i>		
1º grau incompleto	42	52,50%
1º grau completo	32	40%
2º grau incompleto	3	3,75%
2º grau completo	3	3,75%
<i>Sítios primários</i>		
Lábios	2	2,50%
Cavidade oral	33	41,25%
Orofaringe	8	10%
Hipofaringe	5	6,25%
Laringe	25	31,25%
Seios paranasais	3	3,75%
Primário oculto	4	5%
<i>Estádio clínico</i>		
EC I	5	6,25%
EC II	8	10%
EC III	23	28,75%
EC IV	44	55%
<i>Modalidade principal de encaminhamento</i>		
Cirurgia	23	28,75%
Radioterapia	52	65%
Quimioterapia (palição)	5	6,25%

Acredita-se que um longo período para a confirmação do diagnóstico a partir do início dos sintomas explicaria o fato de se detectar a doença em estádios mais avançados.⁸ A demora para o paciente procurar atendimento pode ocorrer por fatores relacionados ao próprio tumor, como o sítio primário e sua natureza, por vezes, oligossintomática. Adicionalmente, variáveis sociodemográficas também podem influenciar. Fatores psicológicos devem ainda ser considerados.⁶

Em nossa casuística, proveniente de ambulatório público, o tempo médio de aparecimento dos sintomas iniciais até a procura ao médico foi de dez meses. A demora, em parte, pode ser atribuída a fatores próprios dos pacientes.^{1,2} A dificuldade de acesso da população ao especialista parece ocorrer

Tabela 2 Mediana e variação dos intervalos estudados (n = 80)

Intervalo	Mediana	Varição
Início dos sintomas - procura pelo atendimento (meses)	10	8-48
Primeira consulta em geral - primeira consulta com especialista (semanas)	4	2-180
Primeira consulta com especialista - estabelecimento do diagnóstico (semanas)	4	2-8
Diagnóstico - início do tratamento (semanas)	12	2-16

rer, em parte, devido às baixas condições socioeconômicas. Às vezes, faltam recursos financeiros até para a utilização do transporte público. A demora por parte do paciente, conforme mencionado, é difícil de ser aferida com exatidão, pois é baseada na percepção, que é altamente subjetiva e pode ser influenciada por vários fatores sociais e culturais.⁹ Adicionalmente, quando se considera toda a condução do caso, os pacientes devem ainda ser cuidadosamente instruídos quanto às consultas de retorno e seguimento.¹

Em nosso estudo, a mediana de tempo para um paciente ser encaminhado do primeiro atendimento para um especialista (cirurgião de cabeça e pescoço) foi de quatro semanas. Um dos fatores de relativa agilidade foi a avaliação inicial ter sido feita por um otorrinolaringologista, que reconheceu a situação e encaminhou o paciente para o especialista oncológico.

Entretanto, vemos que alguns pacientes demoraram muito a chegar ao cirurgião de cabeça e pescoço, e reconhecemos aí, principalmente, a falta de autoatenção por parte da maior parte desses doentes, que negligenciaram sua condição. Por outro lado, houve pacientes que tiveram uma relativa demora por conta dos profissionais envolvidos, pois passaram em mais de uma consulta antes do agendamento com o especialista. De fato, há uma falha entre profissionais de saúde generalistas em reconhecer certos sinais e sintomas como sugestivos de malignidade.

Muitos são os problemas que envolvem a demora no diagnóstico, principalmente na rede pública, onde nem sempre é possível o início rápido do tratamento, inclusive da própria cirurgia, quando indicada. Não é só a situação intelectual e social do paciente, mas também as diversas deficiências no atendimento, encaminhamento e agendamento de exames e tratamento no sistema público que envolvem a dificuldade na abordagem do câncer de cabeça e pescoço.

Nesse sentido, estudos mostram menores taxas de sobrevida em populações sob piores condições socioeconômicas.¹⁰ Isso reflete a ocorrência de tumores mais avançados nesse grupo, devido, em parte, à falta de instrução (com baixa adoção de comportamento preventivo para a saúde), demora em procurar o cuidado e a realidade do cuidado médico insuficiente.⁹ Mesmo em tumores cuja localização deveria facilitar o diagnóstico - como câncer de boca -, existe uma tendência à demora, sendo esta atribuída a fatores do paciente e do profissional da saúde - médicos e dentistas.¹¹ Muito tempo ainda é perdido na espera do agendamento de métodos de imagem mais sofisticados, muitas vezes importantes para o

estabelecimento do estadiamento do tumor, etapa crucial para definição da estratégia terapêutica a ser adotada.

Feito o diagnóstico anatomopatológico, a mediana de tempo para o início do tratamento foi de 12 semanas. Tal demora independeu da modalidade terapêutica principal para a qual o paciente foi encaminhado (cirurgia, radioterapia ou quimioterapia paliativa), pois trata-se da realidade global atual do paciente do sistema público em nosso meio. Esse tempo inclui o agendamento da primeira consulta e o planejamento terapêutico.

Conclusão

A maior parte dos tumores malignos de cabeça e pescoço é diagnosticada em estádios avançados. Ocorreu demora em todos os períodos avaliados, tanto para diagnóstico como para tratamento, e tanto por fatores do paciente como do atendimento à saúde.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

1. Tromp DM, Brouha XD, Hordijk GJ, Winnubst JA, de Leeuw JR. Patient factors associated with delay in primary care among patients with head and neck carcinoma: a case-series analysis. *Fam Pract.* 2005;22:554-9.
2. Lee SC, Tang IP, Avatar SP, Ahmad N, Selva KS, Tay KK, et al. Head and neck cancer: possible causes for delay in diagnosis and treatment. *Med J Malaysia.* 2011;66:101-4.
3. Kowalski LP, Carvalho AL. Influence of time delay and clinical upstaging in the prognosis of head and neck cancer. *Oral Oncol.* 2001;37:94-8.
4. McGurk M, Chan C, Jones J, O'regan E, Sherriff M. Delay in diagnosis and its effect on outcome in head and neck cancer. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2005;43:281-4.
5. Brouha XD, Tromp DM, Koole R, Hordijk GJ, Winnubst JA, de Leeuw JR. Professional delay in head and neck cancer patients: analysis of the diagnostic pathway. *Oral Oncol.* 2007;43:551-6.
6. Tromp DM, Brouha XD, De Leeuw JR, Hordijk GJ, Winnubst JA. Psychological factors and patient delay in patients with head and neck cancer. *Eur J Cancer.* 2004;40:1509-16.
7. Goy J, Hall SF, Feldman-Stewart D, Groome PA. Diagnostic delay and disease stage in head and neck cancer: a systematic review. *Laryngoscope.* 2009;119:889-98.
8. Mackillop WJ, Bates JH, O'Sullivan B, Withers HR. The effect of delay in treatment on local control by radiotherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 1996;34:243-50.
9. Carvalho AL, Pintos J, Schlecht NF, Oliveira BV, Fava AS, Curado MP, et al. Predictive factors for diagnosis of advanced-stage squamous cell carcinoma of the head and neck. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2002;128:313-8.
10. Loehrer PJ, Greger HA, Weinberger M, Musick B, Miller M, Nichols C, et al. Knowledge and beliefs about cancer in a socioeconomically disadvantaged population. *Cancer.* 1991;68:1665-71.
11. Friedrich RE. Delay in diagnosis and referral patterns of 646 patients with oral and maxillofacial cancer: a report from a single institution in Hamburg, Germany. *Anticancer Res.* 2010;30:1833-6.