

Câncer de boca: análise do tempo decorrido da detecção ao início do tratamento em centro de Oncologia de Maceió

Oral cancer: evaluation of the time from detection to treatment initiation at oncology center of Maceió

Vanessa de Carla Batista dos Santos

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Patologia da UFF

Alyne Maria Alves de Assis

Cirurgiã-Dentista

Licínio Esmeraldo da Silva

Mestre em Sistema de Gestão pela UFF

Professor Adjunto da UFF

Sonia Maria Soares Ferreira

Doutora em Ciências pela UFRJ

Professora do Centro Universitário CESMAC/Fundação Educacional Jayme de Altavila

Eliane Pedra Dias

Médica Anátomo-Patologista

Doutora em Patologia

Professora Titular do Departamento de Patologia e do Programa de Pós-Graduação em Patologia da UFF

RESUMO

O atraso no diagnóstico do câncer de boca é a principal causa de um prognóstico ruim. O objetivo deste estudo foi avaliar o tempo decorrido entre a detecção do câncer até o início do tratamento em Centro de Oncologia de Maceió. Foram avaliados 50 pacientes entre 2007 e 2008. A análise foi feita em quatro momentos. O perfil dos pacientes correspondeu a homens idosos, de baixa renda, analfabetos e residentes no interior. O maior tempo identificado foi entre a detecção da lesão e o atendimento especializado. Os resultados indicam a necessidade de ampliar o conhecimento dos pacientes quanto aos fatores de risco, de agilidade na busca de atendimento especializado e de maior envolvimento profissional no diagnóstico precoce.

Palavras-chave: câncer de boca; diagnóstico bucal; diagnóstico tardio.

ABSTRACT

The delay in the diagnosis of oral cancer is the leading cause of a poor prognosis. The aim of this study was to evaluate the time elapsed between the detection of cancer to the beginning of the treatment at an oncology center in Maceio. We evaluated 50 patients between 2007 and 2008. The analysis was conducted in four stages. The profile of patients corresponded to older men, low income, illiterate and living in the countryside. The longest delays were identified between the detection of the lesion and specialized care. The results indicate the need to expand the knowledge of patients on risk factors, a rapid search for specialized care, and greater professional involvement in early diagnosis.

Keywords: oral cancer; oral diagnosis; late diagnosis.

Introdução

O câncer de boca (CB) é um problema de saúde pública com estimativa de cerca de 14.170 novos casos no Brasil para 2012, segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA) (2). A incidência do CB no Brasil é considerada uma das mais altas do mundo, sendo a localização mais comum da região de cabeça e pescoço (2). O perfil da população com maior susceptibilidade ao carcinoma de células escamosas, o tipo mais frequente de câncer de boca, corresponde a indivíduos com idade superior a 50 anos, do sexo masculino, com baixa renda, analfabetos ou com baixa escolaridade e residentes em zonas rurais (7, 15). Como este tipo de tumor tem comportamento agressivo, com metástase cervical precoce, um dos fatores determinantes de um melhor prognóstico é a atuação rápida dos profissionais de saúde no diagnóstico, encaminhamento e início do tratamento.

COSTA & MIGLIORATI (7) realizaram um estudo na Universidade de São Paulo onde o objetivo era avaliar o tempo decorrente entre a detecção da lesão e o início do tratamento e observaram um tempo maior quando comparado com o relatado por WORRAL & CORRIGAN (20), realizado na Inglaterra. Estes últimos autores comentaram, ainda, a necessidade de integração entre os centros de diagnóstico e de tratamento, o que reduziria significativamente o tempo de início de tratamento em centro especializado (20). A observação da inexistência de um fluxo institucional eficiente com consequente interferência no sucesso do tratamento, associada à informação e iniciativa insuficientes do paciente, que por sua vez gera uma grande variedade de intercorrências, tem sido observadas por vários autores (4, 15). No Estado de Alagoas, observa-se um aumento no número de câncer de boca, com 80 novos casos em 2011, sendo preocupante o número de casos com diagnóstico tardio e a dificuldade de acesso ao tratamento (2, 15). A complexidade do problema, bem como a necessidade de ampliação do conhecimento a respeito das causas de retardo no diagnóstico e tratamento dos pacientes com câncer de boca justificam o objetivo do presente estudo: avaliar o tempo decorrido entre o momento em que o câncer de boca foi detectado até o início do tratamento em um centro especializado de Oncologia de Maceió, Alagoas/Brasil.

Material e Método

Foi realizado um estudo retrospectivo e observacional no período de agosto de 2007 a novembro de 2008, no Posto de Atendimento Médico (PAM) Salgadinho, onde funciona o Serviço de Diagnóstico Bucal do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) Prof. Luiz de França Canuto em Maceió/AL. A amostra foi constituída por 50 pacientes com diagnóstico de câncer de boca que foram encaminhados para tratamento, tendo idade igual ou superior a 18 anos. Foram excluídos do estudo os pacientes cujo estado físico ou a severidade da doença impossibilitaram o deslocamento até ao CEO e aqueles que foram a óbito ou que não foram localizados. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas Humanas do Centro de Estudos Superiores de Maceió (CESMAC), sob número de protocolo 293/07. Os pacientes foram convidados a participar da pesquisa após o estabelecimento do diagnóstico ou durante uma de suas visitas de retorno para acompanhamento. A abordagem foi reservada e garantiu a privacidade dos sujeitos da pesquisa. A metodologia utilizada correspondeu à revisão crítica dos dados contidos nos

prontuários médicos e odontológicos (anamnese, história da doença atual e histórias médica, dental e social). Para análise do tempo decorrido desde a suspeita de câncer de boca até o tratamento, segmentou-se a trajetória dos pacientes em quatro momentos, segundo proposta de COSTA & MIGLIORATI (7), modificada. O Tempo 1 (T1) correspondeu ao intervalo entre a detecção da lesão e o atendimento no CEO; o Tempo 2 (T2) ao intervalo entre a primeira consulta no CEO e a revelação do diagnóstico ao paciente; o Tempo 3 (T3) ao intervalo entre a revelação do diagnóstico e a primeira consulta no Centro Especializado de Oncologia da Santa Casa de Misericórdia de Maceió e o Tempo 4 (T4), ao intervalo desde a primeira consulta no centro especializado de Oncologia até o início do tratamento. Destacamos que fez parte da conduta de atendimento aos pacientes incluídos na amostra, a garantia de marcação da primeira consulta junto à equipe de Radioterapia do Centro Especializado de Oncologia da Santa Casa. A atuação dos profissionais foi planejada de modo a se restringir exclusivamente à observação e seguimento dos casos, evitando interferência na rotina normal de manejo dos pacientes. Foi elaborado e aplicado um questionário contendo perguntas abertas e fechadas. Os dados obtidos dos prontuários, dos questionários e do exame físico extra e intraoral dos participantes da pesquisa foram armazenados em um banco de dados (Excel Office 2007) e analisados através do software SPSS v.10. O nível de significância para todos os testes estatísticos foi de 0,05 (5%).

Resultados

A análise dos dados obtidos dos 50 pacientes revelou uma maior incidência do câncer de boca no sexo masculino (62%) e média de idade de 63 anos. A cor da pele predominante foi a parda (46%), a maioria foi constituída por inativos (62%), aposentados ou desempregados, residentes no interior do Estado de Alagoas (64%). Verificou-se um índice de 84% de analfabetos e/ou analfabetos funcionais e rendimento financeiro de até um salário mínimo em 86% dos pacientes. A maioria (90%) era fumante, sendo que 46% fumavam de 10 a 40 cigarros por dia e 54% fumaram durante 40 a 60 anos, em média. O tipo de fumo mais utilizado foi o cigarro de palha (42%). Embora com menor frequência, mas ainda em maioria, 58% eram etilistas, sendo que 52% ingeriam bebida alcoólica diariamente. O tipo de bebida mais consumida foi a cachaça (42%), seguida da combinação com cerveja (14%) e a cerveja isoladamente (6%). Dos somatórios de pacientes, 86% não usavam prótese (Tabela I).

Tabela I. Distribuição dos pacientes segundo dados demográficos e fatores de risco

VARIÁVEL	CATEGORIA	n (%)
SEXO	Masculino	31(62%)
	Feminino	19 (38%)
IDADE	< 60 anos	19 (38%)
	> 60 anos	31 (62%)
COR DA PELE	Branca	23 (46%)
	Negra	14 (28%)
	Parda	13 (26%)
ORIGEM	Maceió	18 (36%)
	Interior	32 (64%)
RENDA	até 1 salário	43 (86%)
	acima de 1 salário	7 (14%)
INSTRUÇÃO	Analfabeto	42 (84%)
	1º grau incompleto	8 (16%)
OCUPAÇÃO	em atividade financeira	19 (38%)
	sem atividade financeira	31 (62%)
ETILISMO	Sim	29 (58%)
	Não	21 (42%)
TABAGISMO	Total	45 (90%)
	cigarro de palha	21 (42%)
	Cigarro	10 (20%)
	Cachimbo	7 (14%)
	cigarro e cachimbo	7 (14%)
	Sim	7 (14%)
	Não	43 (86%)

Gráfico 1. Distribuição dos 50 pacientes participantes do estudo diagnosticados com câncer de boca segundo estadiamento (TMN)

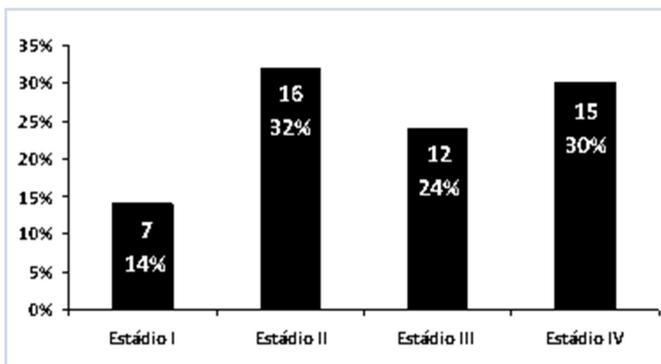
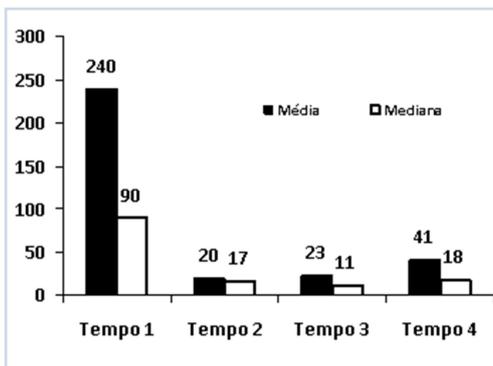


Gráfico 2. Distribuição dos 50 pacientes de acordo com os tempos de atendimento avaliados



Em relação ao estágio da lesão (54%) procuraram o serviço nos estágios III ou IV (gráfico 1). A detecção da lesão foi principalmente realizada pelo paciente (62%), seguido pelo cirurgião-dentista (28%) e médico (10%). Após a detecção da lesão pelo paciente, o dentista foi o profissional mais procurado (74%). O resultado da investigação relacionada ao tratamento inicial revelou a radioterapia como primeira opção (34%), seguido da cirurgia ou radioterapia/quimioterapia (20%). As formas mais frequentes de apresentação clínica foram: úlcera (42%), massa vegetante (26%), nódulo (16%) e outras (16%).

Quanto à localização anatômica, a distribuição de frequência foi: língua (26%), regiões combinadas (16%), retromolar e assoalho bucal (8% cada) e palato, lábio inferior, orofaringe (6% cada). O carcinoma de células escamosas (CCE) representou 92% dos diagnósticos histopatológicos, dos quais 46% tinham linfonodos palpáveis. A análise das trajetórias temporais evidenciou maior média (240 dias) e mediana (90 dias) para o Tempo 1 (gráfico 2).

Quando testamos as variáveis de indicadores sociais e os tempos envolvidos na dinâmica da história da lesão não foram encontradas associações significativas, exceto o tempo 1 e a variável quem detectou a lesão. Como o paciente, foi na maioria das vezes, quem primeiro detectou a lesão, este pode ter influenciado de forma importante a dinâmica da história da doença.

Discussão

O perfil demoepidemiológico dos 50 participantes deste estudo revelou que a grande maioria dos pacientes é do sexo masculino. Entretanto, as incidências de casos entre homens e mulheres estão se aproximando, provavelmente devido ao aumento da exposição a agentes carcinogênicos, em particular o álcool e o fumo (11, 13, 18). Embora o CCE em pacientes jovens esteja sendo progressivamente mais relatado (6, 18) e, possivelmente, seja uma doença distinta daquela que ocorre em pacientes mais idosos, no presente estudo não foi identificado nenhum paciente com menos de 40 anos, resultado semelhante aos relatados em outros estudos (6, 11, 15, 17). Quanto a cor da pele, observou-se discordância entre autores, possivelmente decorrentes das interpretações na coleta dos dados (5, 15).

O percentual de pacientes provenientes do interior do estado de Alagoas chamou atenção, em particular pela significativa associação do estágio da doença. Este aspecto, já relatado por outros estudos brasileiros, parece ser a expressão circunstancial da atenção à saúde no interior dos estados brasileiros (15, 18). No Brasil, a população é atendida no Sistema Único de Saúde, sistema ímpar no mundo, que tem o objetivo de garantir acesso integral, universal e igualitário, do simples atendimento ambulatorial aos transplantes de órgãos. O SUS e os serviços credenciados têm um papel importante no diagnóstico e tratamento do câncer de boca e deveriam atuar em sintonia no objetivo maior: o direito universal, integral e igualitário a saúde ao cidadão. No entanto, por diversas vezes, estes direitos são violados e o paciente ou o profissional que está na ponta deste atendimento sofrem as dificuldades e as consequências desta falta de sintonia. A proposta do SUS é promover a saúde, priorizando as ações preventivas, democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde (17). O estado de Alagoas tem sua atenção à saúde centrada principalmente no SUS, associada à dificuldade de acesso dos pacientes aos serviços de saúde e as enormes filas, frequentemente notificadas na imprensa leiga, falada e escrita.

Nossos resultados indicam que parece haver uma relação entre a origem do paciente e o estágio do tumor, sendo possível que o fato da maioria dos pacientes ter baixa renda, ser idoso e residir no interior dificulte o acesso ao Centro de Especialidades Odontológicas, só existente na capital e esta dificuldade tenha interferido no prognóstico. Em 2009, o IBGE indicou uma redução de analfabetos no Brasil, de 11,5% para 9,7%, sendo a maior concentração nos idosos e no nordeste, com 23,8% de analfabetos. Deste modo, destacamos a identificação de 84% de analfabetos entre os pacientes estudados. Em um estudo realizado na Nigéria, por OJI (12), com casuística de 128 pacientes, foi observado que a ignorância e a pobreza foram os principais motivos para a apresentação tardia de 120 pacientes que pertenciam à classe social mais baixa. Os autores concluíram que não basta enfatizar a necessidade de diagnóstico precoce, mas também garantir adequado acesso ao tratamento (12). Pode-se especular, portanto, que o perfil de pacientes pode interferir no acesso ao diagnóstico e tratamento, especialmente no que diz respeito ao nível socioeconômico e educacional. Na população estudada, a maioria (62%) não revelou existência de participação em atividade financeira produtiva, possivelmente associada à maior média de idade (63 anos) quando comparado ao estudo de CAMPOS, CHAGAS, MAGNA (4), onde apenas 32,8% dos pacientes não tinham atividade financeira produtiva e relacionaram este achado à característica etária da amostra (média de idade de 56 anos) e enfatizam a necessidade do diagnóstico precoce para a reintegração às atividades sociais e laborais (4).

A investigação de localização tumoral confirmou a língua como local preferencial (1, 14, 15, 17, 19). No entanto, dois estudos chamam atenção para a localização tumoral em rebordo alveolar (8, 9). Embora multifatorial, o carcinoma de células escamosas (CCE) está principalmente associado ao tabagismo, alcoolismo e exposição solar, sendo consensual a necessidade de mais de um fator para induzir um comportamento biológico de malignidade. O grande número de tabagistas (90%) observado na amostra é semelhante aquele relatado por outros autores que, analisando as tendências da incidência do câncer de boca e da taxa de mortalidade dos pacientes ao longo de séries temporais em diversos países, relacionaram o aumento do

número de casos com o crescimento do consumo de tabaco (8, 15, 16). Não há relatos discordantes a respeito do CCE como o tumor maligno que mais acomete a boca e a orofaringe, sendo variável a frequência de 90% à 97% (13, 17). A associação entre presença de linfonodos palpáveis e estádios avançados é reconhecida de longa data (17) e a identificação de linfonodos palpáveis em somente 46% dos pacientes pode ser explicada pela distribuição de 46% dos pacientes nos estádios I e II, semelhante a estudos mais recentes, onde pacientes em estágios I e II foram identificados em 75% a 45%, respectivamente (10, 14). Ressaltamos a importância destes relatos, que expressam uma progressiva melhora na detecção do câncer de boca em estádios precoces, já que uma possível cura depende exclusivamente do diagnóstico precoce e de uma maior ênfase na conscientização do profissional cirurgião-dentista e do próprio paciente, a respeito da importância da prevenção e diagnóstico precoce (14).

O tratamento do câncer de boca e orofaringe pode ser cirúrgico, radioterápico ou quimioterápico ou combinações entre estes métodos. Quando uma lesão maligna é diagnosticada em sua fase inicial, ou seja, menor que 2 cm de extensão e sem comprometimento linfonodal (T1, N0, M0), o tratamento cirúrgico local será provavelmente suficiente para curar o paciente (3, 5). Entretanto, se o diagnóstico não é feito no início, a extensão local certamente ocorrerá, podendo então haver invasão dos linfonodos regionais. Isto altera o estadiamento do câncer (T2, T3, T4) e o tratamento deverá incluir radioterapia e em alguns casos, quimioterapia (5). No presente estudo, a radioterapia foi a primeira opção de tratamento com 32,5%, seguido da cirurgia com 30%. Este resultado poderia refletir um quadro onde encontramos uma demanda alta e a maior facilidade de se realizar radioterapia, além da falta de cirurgiões oncológicos na cidade e de horários cirúrgicos para atender a toda demanda do hospital, explicitando as dificuldades encontradas na atualidade no sistema de saúde do país, tanto em relação ao diagnóstico como no tratamento hospitalar de alta complexidade (15, 19).

Na tentativa de identificar fatos e explicações para esta realidade, quatro momentos foram avaliados. Tempo 1 é um tempo definido como de atraso do paciente, porque a partir do momento que a lesão é detectada depende muito do paciente buscar atendimento. Houve uma variação de 1 a 3.131 dias com (média = 287 e mediana = 90 ± 575). De acordo com o estudo realizado em Campinas-SP, com o objetivo de estabelecer fatores de retardo no diagnóstico o tempo contado desde a percepção do primeiro sinal ou sintoma, até a primeira consulta em um centro de referência, apresentou média de 273,19 dias e mediana de 180 dias (4). Devemos atentar para a grande variação encontrada neste tempo, apesar de sabermos que não é comum uma evolução tão longa de neoplasias de cabeça e pescoço, foi respeitado como verdade a informação fornecida pelo paciente.

Tempo 2 teve como objetivo avaliar o período que o profissional de Odontologia especializado demorava em estabelecer o diagnóstico definitivo. Este tempo variou de 3 a 99 dias, uma (média = 20, mediana = 17 ± 18). Este tempo é fundamental para a definição do diagnóstico. Neste estudo encontramos um tempo diferente ao descrito por COSTA & MIGLIORATI (7), de 19,3 dias, pois o presente estudo sofreu influência dos pesquisadores facilitando, portanto, o acesso destes pacientes a diagnósticos especializados sem custos, garantindo procedimentos especializados de estomatologia, radiologia e patologia.

No Tempo 3 (intervalo entre a revelação do diagnóstico e a primeira consulta no Centro Especializado de Oncologia) observou-se uma variação de 1 a 116 (média = 23, mediana = $11 \pm 28,24$). Este é também um tempo de responsabilidade do paciente/responsável e pode sofrer várias influências, especialmente a dificuldade em agendar consultas nos centros especializados. Isto pode ser agravado pelo perfil dos pacientes (idosos, residir em outras cidades, analfabetos e baixa renda) (19) e pode ter sofrido a influência dos pesquisadores, na tentativa de agilizar e implantar um fluxo direto de atendimento.

SANTOS, BATISTA, CANGUSSU (15) avaliaram o tempo que o paciente leva do centro de saúde do seu local de origem até a primeira consulta no Serviço de cabeça e pescoço do Hospital de referência em Alagoas e encontraram que 55,4% dos pacientes levam de 2 a 6 meses. Este elevado intervalo de tempo é justificado, segundo os autores, pela dificuldade de acesso ao serviço, o sistema de marcação de consultas, o sistema de transporte e a questão cultural e financeira dos pacientes.

O Tempo 4 está relacionado ao tratamento e ao profissional, podendo sofrer a influência da disponibilidade do Sistema Único de Saúde (SUS), como, por exemplo, a realização de exames laboratoriais. Este tempo variou de 3 a 341 dias (média = 40,39, mediana = $18 \pm 65,74$). Diferentes estudos demonstraram que o atraso no diagnóstico de câncer bucal tem sido ligado a pacientes, profissionais ou a ambos e tem sido atribuído a diversos fatores (19). Diversos autores afirmam que o tempo decorrido entre a percepção dos sintomas e o diagnóstico e tratamento corretos interferem no prognóstico e na qualidade de sobrevivência dos pacientes (15). Os resultados do presente estudo demonstram que, em relação aos trabalhos de CAMPOS, CHAGAS, MAGNA (4) e COSTA & MIGLIORATI (7), os tempos observados foram menores.

Quando as variáveis do estudo foram relacionadas com os tempos, foi encontrada associação significativa entre o tempo 1 e a variável quem detectou a lesão. Como o paciente foi, na maioria das vezes, quem primeiro detectou a lesão, este pode ter influenciado de forma importante a dinâmica da história da doença e pode contribuir para a piora do

prognóstico. A ampliação do conhecimento do paciente sobre fatores de risco e adequadas avaliações da boca por cirurgiões-dentistas e médicos são necessárias para redução do diagnóstico tardio, sendo o autoexame periódico um importante aliado. São indicadores da necessidade de políticas de saúde visando o esclarecimento da população acerca dos fatores de risco, sinais e sintomas comuns da doença, além de um maior comprometimento profissional.

Conclusão

O perfil dos pacientes com câncer de boca do estado de Alagoas é correspondente, em sua maioria, a homens pertencentes à sexta década de vida, residentes no interior do estado, analfabetos e com baixa renda, aspectos que possivelmente influenciam no atraso do diagnóstico. A preferência pelo cigarro de palha pela maioria dos fumantes pode ser importante ao planejar estratégias de prevenção ou detecção precoce do câncer de boca. No estado de Alagoas, o principal determinante de retardo de diagnóstico do câncer de boca é dependente do paciente (demora em buscar atendimento), fator que influencia diretamente na progressão da lesão, na morbidade e mortalidade. Os resultados deste estudo indicam a necessidade de mecanismos para ampliar o conhecimento da população, principalmente sobre a possibilidade de cura quando o diagnóstico do câncer de boca é feito precocemente; estimular o autoexame, respeitando fatores regionais que podem influenciar na busca de tratamento e aumentar o envolvimento dos profissionais da área da saúde com a prevenção e o diagnóstico precoce de câncer. 

Referências Bibliográficas

1. AKBULUT, N., OZTAS, B., KURSUN, S. *et al.* Delayed diagnosis of oral squamous cell carcinoma: a case series. *Journal of Medical Case Reports*. 2011; 5 (1): 291-4.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. INCA - Instituto Nacional do Câncer. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Incidência de Câncer no Brasil. 2012. Disponível em <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/boca/definicao>. Acesso em: 10/05/2012.
3. BRENER, S., JEUNON, F. A., BARBOSA, A. A. *et al.* Carcinoma de células escamosas bucal: uma revisão de literatura entre o perfil do paciente, estadiamento clínico e tratamento proposto. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2007; 53 (1): 63-9.
4. CAMPOS, J. L. G., CHAGAS, J. F. S., MAGNA, L. A. Fatores de atraso no diagnóstico do câncer de cabeça e pescoço e sua relação com sobrevida e qualidade de vida. *Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço*. 2007; 36 (2): 65-8.
5. CARVALHO, E. S. O., CEDRIM, M. J. P. A., FERREIRA, S. M. S. Necessidades odontológicas pré e pós-tratamento oncológico em pacientes com câncer de boca e orofaringe. Maceió: Centro de estudos Superiores de Maceió-AL; 2007. p. 47. Monografia apresentada para obtenção do grau de Bacharel em odontologia na Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde.
6. CHIU, C. F., TSAI, M. H., TSENG, H. C. *et al.* A novel single nucleotide polymorphism in ERCC6 gene is associated with oral cancer susceptibility in Taiwanese patients. *Oral Oncol*. 2008; 44 (6): 582-6.
7. COSTA, E. G., MIGLIORATI, C. A. Câncer bucal: Avaliação do tempo decorrente entre a detecção da lesão e o início do tratamento. *Rev. Bras. de Cancerologia*. 2001; 47 (3): 283-9.
8. FONTES, K. B. F. C., MILAGRES, A., PIRAGIBE, M. M. M. *et al.* Contribution of cytopathology to the diagnosis of oral squamous cells carcinoma. *J. Bras. Patol. Med. Lab*. 2008; 44 (1): 17-24.
9. MACHADO, A. C. P., TAVARES, P. G., ANBIENDER, A. L. *et al.* Perfil Epidemiológico, Tratamento e Sobrevida de Pacientes com Câncer Bucal em Taubaté e Região. Departamento de Odontologia da Universidade de Taubaté. *Revista Biociências*. 2009; 9 (4): 65-72.
10. MALLETT, Y., AVALOS, N., LE RIDIANTE, A. M. *et al.* Head and neck cancer in young people: a series of 52 SCCs of the oral tongue in patients aged 35 years or less. *Acta Otolaryngol*. 2009; 129 (12): 1503-8.
11. NEVILLE, B. *Patologia Oral & Maxilofacial*, 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2009. 423 p.
12. OJI, C. Late presentation of orofacial tumors. *Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surg*. 1999; 2: 4-9.
13. PEREZ, R. S., FREITAS, S. M., DEDIVITS, R. A. *et al.* Estudo epidemiológico do carcinoma espinocelular da boca e orofaringe. *Arq. Int. Otorrinolaringol*. 2007; 11 (3): 271-7.
14. ROMERO, J. M. S., MAHÍA, V. I., SEOANE, J. *et al.* Factors related to late stage diagnosis of oral squamous cell carcinoma. *Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal - AHEAD OF PRINT*. 2011; 5: 40-7.
15. SANTOS, L. C. O., BATISTA, O. M., CANGUSSU, M. C. T. Caracterização do diagnóstico tardio do câncer de boca no estado de Alagoas. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*. 2010; 76 (4): 416-22.
16. SCULLY, C. Oral cancer aetiopathogenesis; past, present and future aspects. *Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal*. 2011; 16 (3): 306-11.
17. SILVA, M. C., MARQUES, E. B., MELO, L. C. *et al.* Fatores Relacionados ao Atraso no Diagnóstico de Câncer de Boca e Orofaringe em Juiz de Fora/MG. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2009; 55 (4): 329-35.
18. VENTURI, B. R. M., PAMPLONA, A. C. F., CARDOSO, A. S. Carcinoma de células escamosas da cavidade oral em pacientes jovens e sua crescente incidência: revisão de literatura. *Rev. Bras. Otorrinolaringol*. 2004; 70 (5): 679-89.
19. VAN DER WAAL, I., BREE, R., BRAKENHOFF, R. *et al.* Early diagnosis in primary oral cancer: is it possible? *Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal*. 2011; 16 (3): 300-5.
20. WORRAL, S. F., CORRIGAN, M. An audit of one surgeon's experience of oral squamous cell carcinoma using computerised malignancy database. *Ann. R. Coll. Surg. Engl*. 1995; 77 (5): 332-6.

Recebido em: 30/07/2012 / Aprovado em: 26/08/2012

Vanessa de Carla Batista dos Santos

Rua Arco-Iris, 33 – Jacarepaguá

Rio de Janeiro/RJ, Brasil – CEP: 22750-110

E-mail: nessadecarla@yahoo.com.br