

Hospital de Clínicas de Porto Alegre  
Programa de Residência Médica – Especialidade em Otorrinolaringologia  
Trabalho de Conclusão de Curso de Residência Médica em Otorrinolaringologia

Jady Wroblewski Xavier

**Câncer de boca avançado:**

O que está acontecendo com os nossos pacientes?

Porto Alegre

2021

Hospital de Clínicas de Porto Alegre  
Programa de Residência Médica – Especialidade em Otorrinolaringologia  
Trabalho de Conclusão de Curso de Residência Médica em Otorrinolaringologia

Jady Wroblewski Xavier

**Câncer de boca avançado:**

O que está acontecendo com os nossos pacientes?

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado como requisito parcial à  
obtenção do título de especialista em  
Otorrinolaringologia do Hospital de Clínicas  
de Porto Alegre da Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul.

Orientador: Konrado Massing Deutsch e  
Gerson Schulz Maahs

Porto Alegre

2021

## FICHA CATALOGRÁFICA

### CIP - Catalogação na Publicação

Wroblewski Xavier, Jady  
Câncer de boca avançado: o que está acontecendo com os nossos pacientes? / Jady Wroblewski Xavier. -- 2021.  
21 f.  
Orientador: Konrado Massing Deutsch.  
  
Coorientador: Gerson Schulz Maahs.  
  
Trabalho de conclusão de curso (Especialização) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Otorrinolaringologia, Porto Alegre, BR-RS, 2021.  
  
1. Câncer de cavidade oral. I. Massing Deutsch, Konrado, orient. II. Schulz Maahs, Gerson, coorient. III. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Jady Wroblewski Xavier

**Câncer de boca avançado:**

O que está acontecendo com os nossos pacientes?

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial à obtenção do título de especialista em Otorrinolaringologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Konrado Massing Deustch e Gerson Schulz Maahs

**Aprovado em:**Porto Alegre, 07 de dezembro de 2021.

BANCA EXAMINADORA:

---

Konrado Massing Deustch – Contrado do Serviço de Otorrinolaringologia e Cabeça e Pescoço - HCPA

---

Maurício Noschang da Silva – Médico contratado e supervisor da residência médica em Serviço de Otorrinolaringologia e Cabeça e Pescoço - HCPA

---

Sady Selaimen da Costa – Professor de Otorrinolaringologia da Universidade  
Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

## RESUMO

Os tumores de cavidade oral estão cada vez mais prevalentes em nosso meio. Conforme o Instituto Nacional de Câncer (INCA) estima-se que no Brasil, a cada ano, surjam cerca de 15.190 novos casos de câncer de boca, sendo que 6.455 pacientes morrem devido a essa doença. A incidência, antigamente, era muito maior em homens, cerca de quatro vezes mais do que em mulheres. Essa diferença vem diminuindo à medida que a mulher começou a adquirir os hábitos de fumar e ingerir bebidas alcoólicas. Devido à dificuldade de detecção pelo próprio paciente, a falta de suspeição por muitos médicos e/ou a demora em chegar a um serviço especializado, a maioria dos casos de tumor de boca são detectados em estágios avançados. Nesse estudo então, temos o objetivo de identificar os pacientes que chegaram ao Serviço de Otorrinolaringologia e Cabeça e Pescoço do Hospital de Clínicas de Porto Alegre portando lesões malignas de boca em estágios avançados nos anos de 2011 a 2015 para assim, visualizar o cenário do nosso sistema público de saúde, avaliando a localização das lesões na cavidade oral, a idade e o sexo dos pacientes, os fatores de risco, o estágio clínico em que chegaram, tratamentos impostos e a sobrevida no decorrer do seguimento.

**Palavras-chave:** câncer de boca, câncer de cavidade oral, câncer de cabeça e pescoço, carcinoma epidermoide de cavidade oral.

## ABSTRACT

Oral cavity tumors are increasingly prevalent in our environment. According to the National Cancer Institute (INCA) it is estimated that in Brazil, every year, there are about 15,190 new cases of mouth cancer, and 6,455 patients die from this disease. The incidence, in the past, was much higher in men, about four times higher than in women. This difference has been decreasing as the woman started to acquire the habits of smoking and drinking alcoholic beverages. Due to the difficulty of detection by the patient, the lack of suspicion by many doctors and/or the delay in reaching a specialized service, most cases of oral tumors are detected in advanced stages. In this study, then, we aim to identify patients who arrived at the Otorhinolaryngology and Head and Neck Service of the Hospital de Clinicas de Porto Alegre, carrying malignant lesions of the mouth in advanced stages in the years 2011 to 2015 in order to visualize the scenario of our public health system, evaluating the location of lesions in the oral cavity, the age and gender of patients, risk factors, the clinical stage in which they arrived, imposed treatments and survival during follow-up.

**Keywords:** mouth cancer, oral cavity cancer, head and neck cancer, oral cavity squamous cell carcinoma

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>11</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>12</b>
<b>4 MATERIAIS E MÉTODOS .....</b>	<b>13</b>
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>13</b>
<b>6 DISCUSSÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>7 CONCLUSÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>18</b>



## 1 INTRODUÇÃO

Nosso trabalho tem como objetivo avaliar os pacientes atendidos no Serviço de Otorrinolaringologia e Cabeça e Pescoço do Hospital de Clínicas de Porto Alegre nos períodos de 2011 a 2015 portadores de câncer de boca. Foram realizadas revisões em prontuário eletrônico, avaliando-se localização da lesão na cavidade oral, idade, sexo, presença de fatores de risco, tratamentos impostos, tempo para realização dos tratamentos complementares e sobrevida. A finalidade era avaliar nosso serviço frente aos dados nacionais de câncer de boca, instituindo-se mudanças, se necessárias, para melhorar os desfechos do nosso paciente frente a essa doença.

As neoplasias malignas da cavidade oral apresentam evolução clínica distinta de acordo com o tipo histológico, estadiamento e subsítio de origem. Na maioria das vezes, o tipo histológico é o carcinoma epidermoide, geralmente ligados ao uso de tabaco, álcool, deficiência alimentar ou infecção pelo papiloma vírus (HPV). Raramente, podem surgir outros tipos histológicos como o melanoma, carcinoma de glândulas salivares menores, sarcomas e linfomas. Dois terços dos tumores de cavidade oral ocorrem em áreas de fácil acesso, entretanto o diagnóstico é geralmente estabelecido em estágios mais avançados já apresentando, em sua maioria, metástases linfonodais. As lesões iniciais são pouco sintomáticas, já as lesões avançadas geralmente cursam com dor, disfagia, trismo, sangramentos, perda de peso, entre outros sintomas.

As taxas de incidência e mortalidade por esse tumor variam de acordo com sexo e status socioeconômico. As maiores taxas se encontram na Ásia e na América do Sul. Os principais fatores de risco são o uso de tabaco e álcool para o carcinoma de cavidade oral, sendo que o risco de câncer da cavidade oral aumenta exponencialmente se adicionarmos bebida alcoólica ao uso de cigarro. Já foi comprovado também o risco do fumo passivo no surgimento de tumores de cavidade oral.

O consumo de diferentes bebidas alcoólicas aumenta a permeabilidade da cavidade oral para a ação de carcinógenos. Alguns colutórios (para gargarejos) que contenham álcool em dose elevada também aumentam o risco de tumor de cavidade oral. A cessação do fumo já reduz significativamente a chance de tumores de cabeça e pescoço no geral; já para o álcool, um efeito benéfico só é observado após um período mais prolongado de abandono. A enzima CYPs (citocromo P450) está relacionada na conversão dos carcinógenos em metabólitos reativos ao DNA e, conseqüentemente, no surgimento da lesão. A história familiar de câncer em parentes de 1º grau aumenta o risco de câncer de cabeça e pescoço e é maior se um irmão teve câncer de cabeça e pescoço, aumentando ainda mais entre indivíduos que consomem tabaco e álcool. O câncer que tem relação com o histórico familiar geralmente tem a correlação com a perda do cromossomo 22 (principalmente o 22 q13).

A ingestão de frutas e vegetais tem um efeito protetor no risco de câncer oral e o risco aumenta com a ingestão de carnes vermelhas e carne processada. O trauma crônico e a má higiene bucal, próteses mal-ajustadas e úlceras crônicas provocadas por elas também aumentam o risco, entretanto o uso de próteses de maneira adequada, mesmo que prolongada, não está associada ao risco. Como já era de se esperar, doenças como o HIV e a imunossupressão aumentam o risco de câncer de cavidade oral. Nas últimas décadas, o

aumento de câncer de boca (principalmente língua) e de orofaringe em pacientes jovens não etilistas e não tabagistas está frequentemente associado à infecção pelos HPV 16 e 18.

A apresentação habitual é de lesão mucosa ou submucosa única, indolor e com crescimento progressivo. A maioria aparece em áreas de mucosa normal. O carcinoma epidermoide associado ao consumo de tabaco e álcool geralmente é uma úlcera indolor, irregular e endurecida de bordos irregulares. As úlceras podem ser predominantemente exofíticas ou endofíticas. A dor torna-se frequente à medida que a lesão invade músculo e osso. A doença em estágio avançado geralmente gera sintomas como sialorreia, sangramento, trismo, amolecimento dentário, adenopatia cervical palpável e perda de peso. Em neoplasias orais, a adenopatia cervical antecedendo sintomas locais é infrequente.

Os tumores associados ao HPV frequentemente acometem pacientes jovens, não tabagistas e não etilistas; predominam na língua e geralmente são tumores de pequeno volume e exofíticos não associados a áreas de leucoplasia ou de eritroplasia prévias e frequentemente associados a metástases cervicais volumosas. Histologicamente, são neoplasias não queratinizadas. A maioria das lesões é isolada, apresentando-se somente em um local da cavidade oral, mas há alto risco de comprometimento múltiplo. As cadeias linfonodais mais frequentemente acometidas são linfonodos submandibulares (nível Ib) ou jugulares altos e médios (níveis II e III) e a maioria dos diagnósticos acontece em estágios avançados. Todos os pacientes com lesão ulcerada ou nodular inicialmente indolor tem o câncer como diagnóstico até que se prove o contrário e são candidatos à biópsia incisional. Deve ser realizada antes de iniciar o planejamento do tratamento oncológico a fim de se ter diagnóstico definitivo. A biópsia deve ser realizada em várias áreas do tecido especialmente nas bordas (um resultado negativo geralmente é por coleta inadequada e deve-se repetir a biópsia). O estadiamento desses tumores é feito pelo TNM e exames de imagens como tomografia e ressonância podem ser utilizados para avaliar extensão tumoral, planejar a cirurgia e avaliar metástases.

Estádios clínicos I e II requerem cirurgia ou radioterapia para tratamento. As taxas de sobrevida são semelhantes ao longo do tempo, entretanto a cirurgia geralmente é escolhida devido à morbidade da radioterapia (xerostomia, cáries, etc.) e o tempo de execução longo. Além disso, a cirurgia poupa a radioterapia em casos de recorrência ou segundo tumor primário. Nos estádios clínicos III e IV, geralmente se realiza a cirurgia e radioterapia associada ou não à quimioterapia. Cirurgias curativas estão contraindicadas em casos de metástases à distância ou com doença locorregional muito avançada com fixação à fáscia pré-vertebral, invasão da base do crânio ou comprometimento circular da carótida. O

carcinoma epidermoide de cavidade oral é resistente à radioterapia. A radioterapia isolada com ou sem quimioterapia está indicada apenas para os pacientes com tumores não ressecáveis, com risco cirúrgico muito elevado ou que recusam tratamento cirúrgico. A quimioterapia, terapias-alvo ou imunomoduladores não são curativos e podem ser indicados em modo neoadjuvante ou concomitante à radioterapia adjuvante.

## **2 JUSTIFICATIVA**

Os pacientes que chegam ao ambulatório de Cabeça e Pescoço do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre portando lesões de cavidade oral, na sua maioria, carcinoma epidermoide ligado ao consumo de álcool e tabaco ou ainda, ligados à infecção pelo HPV, geralmente chegam em estágios avançados de doença. Muitos já apresentam um comprometimento extenso de suas funções primordiais: respirar e se alimentar. Entretanto, não temos em números, a percentagem de pacientes que chegam em estágios mais avançados (III e IV) ou ainda as nossas taxas de sobrevida. É importante, assim, delinear esses números a fim de propor melhoras para o sistema de saúde.

### **3 OBJETIVOS**

Nesse estudo então, temos o objetivo de identificar os pacientes que chegaram ao Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre portando lesões malignas de boca estágios III e IV nos anos de 2011 a 2015. Além disso, como objetivos específicos, avaliar os desfechos de morte, sobrevida global e sobrevida livre de doença, surgimento de um novo tumor primário no mesmo local ou em outra região da cabeça e pescoço no seguimento e os tratamentos impostos.

## 4 MATERIAIS E MÉTODOS

Realizada coleta de dados através de prontuário eletrônico de pacientes que consultaram entre 2011 e 2015 no ambulatório de Cabeça e Pescoço do Serviço de Otorrinolaringologia do HCPA. Os critérios de inclusão foram: lesão de boca primária diagnosticada entre 2011 e 2015, lesão diagnosticada no HCPA, lesão diagnosticada externamente, mas com as devidas comprovações, lesões virgens de tratamento. Os critérios de exclusão foram: lesões recidivadas em que a primeira foi antes de 2011, lesões diagnosticadas e tratadas em outro hospital, impossibilidade de estadiamento.

## 5 RESULTADOS

Foram avaliados 105 pacientes. A maioria das lesões se localizou na língua (34%), seguidos por assoalho da boca (28%) e trígono retromolar (23%). Gengiva (6%) e mucosa jugal (6%) obtiveram igual incidência e palato duro com o menor número (3%). A maior parte dos pacientes era do sexo masculino (86%), tabagistas (95%) e etilistas (77%), com idade média de 59,9 anos. Entre as mulheres, a idade média foi de 63,1 anos, ao passo que os homens eram mais jovens (59,3 anos).

Dos 17 pacientes considerados em estágio clínico III, 15 deles receberam tratamento e 2 perderam seguimento antes mesmo de iniciar qualquer intervenção. Três deles tiveram apenas tratamento cirúrgico, oito tiveram radioterapia como tratamento complementar adicionado à cirurgia e apenas 1 paciente teve como tratamento cirurgia com complementação de radioquimioterapia. Apenas 3 pacientes tiveram indicação de tratamento clínico isolado, fazendo uso de quimiorradioterapia. Dos pacientes tratados, todos retornaram a consulta pós-tratamento com resposta completa, ou seja, sem sinais de doença residual.

Dos 88 pacientes em estágio clínico IV, 66 pacientes foram tratados e 22 não tiveram nenhum tratamento realizado. Dos tratados, 8 receberam apenas cirurgia, 17 receberam cirurgia com complementação de radioterapia e 8 receberam cirurgia associada à quimiorradioterapia. Dos tratados apenas clinicamente, 16 receberam

somente radioterapia e 17 receberam radioterapia com complementação de quimioterapia. Dos 22 pacientes não tratados, 11 receberam contra-indicação formal ao tratamento. Dos 11 restantes, 9 receberam indicação de radioterapia, sendo que 4 morreram antes de começar a realizar as sessões e 5 não retornaram para iniciar o tratamento. Um paciente recebeu a indicação de quimioterapia associada à radioterapia, mas não quis realizar. O último paciente não tratado recebeu a indicação de cirurgia e também não quis realizá-la. Dos 66 pacientes tratados, 33 responderam ao tratamento, 24 voltaram na primeira consulta após o tratamento com persistência de doença e 9 simplesmente não retornaram ao serviço de saúde. Dos 33 que responderam ao tratamento, 24 tinha tido a cirurgia como uma das terapias ao passo que dos 24 pacientes que não responderam, 19 tinha o tratamento clínico como terapia principal.

Em relação ao desfecho geral, dos 81 pacientes com estágios clínicos avançados de câncer de boca que foram tratados, 12% foram declarados curados ao final de 5 anos de seguimento conforme preconizado na literatura. Quarenta e oito por cento dos pacientes morreu e 40% dos pacientes perderam seguimento no decorrer dos 5 anos de acompanhamento. Se excluídos a perda de seguimento, temos 49 pacientes analisados, com uma taxa de cura de 20,4% e taxa de morte de 79,6%.

## **7 DISCUSSÃO**

Os nossos dados em relação à localização da lesão na cavidade oral, sexo, idade e fatores de risco estão em conformidade com a literatura. Em sua maioria, as lesões se localizaram na língua e, em 2º lugar, no assoalho da boca; dos artigos brasileiros mostrando os dados dos hospitais Brasil afora, a maioria mostrou que o sítio língua era o mais acometido e a esmagadora maioria eram de homens tabagistas e etilistas entre 50 e 59 anos.

Em relação à aderência ao tratamento, os nossos pacientes se diferenciaram da literatura, pois nos países mais desenvolvidos, possivelmente pela maior instrução dos pacientes, a negativa em aderir ao tratamento vinha justamente do fato de ele ser, muitas vezes, mutilador e gerar efeitos adversos inaceitáveis para o paciente; já no nosso estudo, metade dos pacientes não tratados teve seu tratamento contra-indicado por não apresentar condições de saúde para suportá-lo, sendo que 4



dos pacientes que tiveram indicação de tratamento não conseguiram sobreviver para iniciá-lo. Nossos pacientes claramente são aderentes ao tratamento, mas chegam já em más condições basais para conseguir suportar o tratamento proposto.

Os pacientes em estágio III tiveram uma resposta completa ao tratamento – ou seja, vieram à primeira consulta pós-tratamento sem nenhuma evidência de doença – muito maior dos que os pacientes em estágio IV. Obviamente, o grau de invasão sendo menor possibilita que os pacientes sejam tratados cirurgicamente (tratamento considerado padrão para o câncer de cavidade oral), gerando assim, melhores desfechos. Em relação à somente os pacientes em estágio IV, a maioria esmagadora que respondeu completamente ao tratamento teve cirurgia como tratamento principal associada ou não à quimiorradioterapia; já os pacientes tratados apenas clinicamente, em sua maioria, não obtiveram resposta completa ao tratamento, mantendo doença residual.

Conforme o artigo “Prognostic factors associated with overall survival in patients with oral cavity squamous cell carcinoma” publicado pelo INCA (Instituto Nacional de Câncer) em 2020, onde foi traçado um panorama do câncer de cavidade oral no Brasil, dos 703 pacientes analisados: a maioria tinha língua como principal sítio, 77,4% eram homens, com idade média de 59 anos, 79,7% eram tabagistas e 73,4% eram etilistas, 74,1% estavam em estágios III e IV, 43,7% foram submetidos a tratamento cirúrgico, 74,1% dos pacientes morreu no curso de 5 anos com uma sobrevida de 27,9%. Se analisarmos nossa casuística e compararmos com esse grande trabalho brasileiro, nós obtivemos 49 pacientes (excluídos a perda de seguimento durante os 5 anos assim como o INCA excluiu), em que a maioria teve lesão de língua, 86% eram homens, idade média geral de 59,9 anos, 95% tabagistas e 77% etilistas, 82% dos pacientes em estágios avançados, 42,8% submetidos à tratamento cirúrgico, 79,6% dos pacientes morreram com índice de sobrevida de 20,4%. Avaliando os dados, temos em nossa casuística um pouco mais de homens, com maior percentagem de fatores de risco associados e um número ligeiramente maior de pacientes chegando em estágios avançados ao nosso serviço. Nós indicamos a mesma percentagem de cirurgias em comparação com o estudo do INCA, mas ainda assim temos uma sobrevida menor. Diante dessa informação, procuramos observar os tratamentos impostos e percebemos que dos pacientes

tratados com cirurgia associada à radioterapia, a média de dias entre a cirurgia e o início da radioterapia dentro do HCPA foi de 68,7 dias. Ao passo que, se o paciente foi realizar seu tratamento radioterápico externamente, essa média subiu para 84 dias; ainda, se o paciente realizou apenas tratamento clínico, dentro do HCPA, a média de dias que o paciente levou do diagnóstico até a primeira sessão de radioterapia foi de 61,6 dias e se realizado o tratamento externamente foi de 99,4 dias. É sabido na literatura que idealmente, o tratamento complementar após a cirurgia deve ser iniciado em 6 semanas, ou seja, 42 dias; se indicado apenas tratamento clínico, o início deve ser imediato após o diagnóstico. Incrivelmente, mesmo dentro do HCPA, nossa média de início de tratamento complementar foi muito maior do que o preconizado na literatura, o que pode estar prejudicando o nosso desfecho de sobrevida em 5 anos. Antes de 2017, não tínhamos uma reunião multidisciplinar oficial para discussão de casos, o que gerava atrasos nos tratamentos, já que os oncologistas e radioterapeutas conheciam os casos apenas através dos pedidos de interconsultas sem discutir o processo terapêutico antes do ato cirúrgico; atualmente, temos semanalmente uma reunião multidisciplinar para abordar os casos e acelerar os tratamentos complementares após a cirurgia ou após o diagnóstico. Ainda em relação aos tratamentos complementares, os CACONs (Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia) são centros de referência que usam a cidade de origem do paciente para direcionar ao tratamento complementar ou clínico; a questão é que um tratamento descentralizado pode gerar um aumento na perda de seguimento, já que os pacientes encerram seu tratamento e não retornam ao serviço para avaliar sua resposta, muito deles mesmo operados no HCPA. A perda de seguimento foi um dos problemas do nosso trabalho e atribuímos, em parte, aos CACONs. Também, durante a coleta de dados, percebemos vários dados incompletos e a impossibilidade de incluir pacientes justamente pela dificuldade de estadiamento da lesão, o que gerou poucos pacientes para análise se comparados aos dados do INCA. Enfim, nossa discussão se encerra em torno daquilo que é o mais importante: nosso paciente. Será que devido à possibilidade de perda de seguimento, não deveríamos individualizar os tratamentos, talvez indicando mais o tratamento cirúrgico devido à sabida demora do sistema em encaminhar para tratamento clínico? Nossa resposta é sim! Iremos, a cada reunião multidisciplinar, pesar esses dados para assim pensar em uma melhor forma de ajudar nosso paciente.

## **8 CONCLUSÃO**

Enfim, o câncer de boca exige tratamento multidisciplinar com a coparticipação do cirurgião, oncologista, radioterapeuta, enfermagem, fisioterapia, para garantir o sucesso do paciente frente à doença. Nosso estudo fica em consonância com a literatura brasileira que mostra a marca preocupante de que a maioria dos pacientes que chegam ao serviço de saúde, já chega em estágios avançados da doença o que diminui em muito as suas chances de sobrevivência. Além disso, o tratamento descentralizado favorece os desfechos desfavoráveis como visto nos nossos resultados.

## REFERÊNCIAS

PROGNOSTIC factors associated with overall survival in patients with oral cavity squamous cell carcinoma. **Journal section: Oral Medicine and Pathology**, Rio de Janeiro, 2020. DOI 10.4317/medoral.23558. Disponível em: 26/05/2020. Acesso em: 22 nov. 2021.

MALIGNANT neoplasms of the oral cavity and oropharynx treated in Brazil: what do hospital cancer records reveal?. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, Rio de Janeiro, 2020. DOI doi.org/10.1016/j.bjorl.2020.05.019. Disponível em: 24/06/2020. Acesso em: 25 nov. 2021.

ADHERENCE of head and neck squamous cell carcinoma patients to tumor board recommendations. **Cancer Medicine**, Singapura, 2020. DOI 10.1002/cam4.3097. Disponível em: 15/04/2020. Acesso em: 25 nov. 2021.

RANDOMIZED Trial Comparing Surgery and Adjuvant Radiotherapy Versus Concurrent Chemoradiotherapy in Patients With Advanced, Nonmetastatic Squamous Cell Carcinoma of the Head and Neck: 10-Year Update and Subset Analysis. **Cancer**, [s. l.], 2015. DOI 10.1002/cncr.29251. Disponível em: 29/01/2015. Acesso em: 27 nov. 2021.

SOBREVIDA de cinco anos e fatores associados ao câncer de boca para pacientes em tratamento oncológico ambulatorial pelo Sistema Único de Saúde, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, [s. l.], 2014. DOI doi.org/10.1590/0102-311X00182712. Disponível em: 29/05/2014. Acesso em: 28 nov. 2021.

ADHERENCE to guideline-recommended process measures for squamous cell carcinoma of the head and neck in Ontario: Impact of surgeon and hospital volume. **Wiley Online Library**, Toronto, 2016. DOI DOI 10.1002/hed.24364. Disponível em: 01/02/2016. Acesso em: 29 nov. 2021.

TRENDS in oral cavity cancer incidence, mortality, survival and treatment in the Netherlands. **International Journal of Cancer**, Groningen, 2015. DOI 10.1002/ijc.30107. Disponível em: 01/10/2015. Acesso em: 29 nov. 2021.

IMPACT of the anatomical location, alcoholism and smoking on the prevalence of advanced oral cancer in Brazil. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, Rio de Janeiro, 2018. DOI doi:10.4317/medoral.22318. Disponível em: 01/05/2018. Acesso em: 29 nov. 2021.

