



ARTIGO DE REVISÃO

Revisão crítica das diretrizes de prática clínica para avaliação de massas cervicais em adultos[☆]

Kevin Chorath ^a, Aman Prasad ^a, Neil Luu ^a, Beatrice Go ^a, Alvaro Moreira ^b
e Karthik Rajasekaran ^{a,c,*}

^a University of Pennsylvania, Department of Otorhinolaryngology, Philadelphia, Estados Unidos

^b University of Texas Health-San Antonio, Department of Pediatrics, San Antonio, Estados Unidos

^c University of Pennsylvania, Leonard Davis Institute of Health Economics, Philadelphia, Estados Unidos

Recebido em 27 de dezembro de 2020; aceito em 15 de março de 2021

PALAVRAS-CHAVE

Massa cervical;
Linfadenopatia
cervical;
Diretriz;
Consenso;
AGREE II

Resumo

Introdução: Várias diretrizes de práticas clínicas foram produzidas e divulgadas para a avaliação de massa cervical. Porém, até o momento, a qualidade e o rigor metodológico dessas diretrizes de práticas clínicas não foram avaliados.

Objetivo: Identificar e avaliar a qualidade metodológica das diretrizes nacionais e internacionais para a avaliação e tratamento de massas cervicais em adultos.

Método: Fizemos uma pesquisa abrangente das fontes de dados Embase, Medline/PubMed, Scopus e literatura cinza até setembro de 2020.

A qualidade dessas diretrizes foi avaliada por quatro revisores com a 2ª edição do *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation* (AGREE II). Os escores dos domínios foram considerados de qualidade aceitável se pontuassem >60% e os coeficientes de correlação intraclasse (Intraclass correlation coefficient – ICC) foram calculados para avaliar a concordância entre os avaliadores.

Resultados: Sete diretrizes foram investigadas para avaliação. Entre elas, apenas a American Academy of Otolaryngology (AAO), o Cancer Care Manitoba (CCMB) e a American Society of Clinical Oncology (ASCO) obtiveram uma classificação geral “alta”. As quatro diretrizes restantes obtiveram classificações “média” ou “baixa”. O domínio “Escopo e objetivo” obteve o maior escore médio (94,4% ± 5,0%) e o domínio “Aplicabilidade” obteve o menor escore (51,5% ± 29,2%). A análise ICC mostrou concordância substancial a muito boa em todos os domínios (0,75–0,98).

<https://doi.org/10.1016/j.bjorlp.2022.04.015>

[☆] Como citar este artigo: Chorath K, Prasad A, Luu N, Go B, Moreira A, Rajasekaran K. Critical review of clinical practice guidelines for evaluation of neck mass in adults. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2022;88:625–32.

* Autor para correspondência.

E-mail: karthik.rajasekaran@pennteam.upenn.edu (K. Rajasekaran).

A revisão por pares é da responsabilidade da Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial.

Conclusão: Esses achados destacam a variabilidade na qualidade metodológica das diretrizes para avaliação e tratamento de massa cervical em adultos. Os resultados dessa análise destacam a necessidade de melhorar o processo de desenvolvimento de diretrizes para esse tópico e podem orientar a seleção e o uso dessas diretrizes na prática clínica.

© 2021 Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Introdução

Não é incomum que os pacientes se apresentem ao médico com uma massa cervical, mas a identificação de uma etiologia subjacente pode representar um desafio.¹ Geralmente, quando a lesão é acompanhada por sinais de inflamação, a observação de curto prazo com um curso de antibióticos é uma opção razoável.²⁻⁴ Contudo, se a massa persistir ou aumentar de tamanho, uma investigação mais aprofundada é necessária para descartar outras causas infecciosas, inflamatórias ou neoplásicas.⁵ Consequentemente, uma massa cervical pode ser a única manifestação de lesão maligna de cabeça e pescoço e a principal prioridade deve ser descartar essa causa insidiosa.^{2,6} Historicamente, muitos pacientes tiveram atrasos de 5 a 6 meses no diagnóstico após a apresentação inicial dos sintomas.⁷ Mesmo com os avanços na tecnologia de imagem e o aumento no acesso à saúde, os atrasos no diagnóstico ainda podem variar entre 3–6 meses.⁸⁻¹¹ Esse fato é particularmente preocupante, uma vez que esses atrasos, mesmo de dois meses, mostraram resultados piores e aumentaram a chance de recorrência.^{11,12}

Há várias considerações importantes ao avaliar os pacientes com uma massa cervical. Perguntas como: “devo solicitar uma tomografia computadorizada?”; “esse paciente precisa de uma biópsia?” ou “quando devo encaminhar para um especialista?” são preocupações legítimas, especialmente para aqueles que se deparam com esses pacientes no ambiente de atenção primária. Nos últimos cinco anos, várias sociedades profissionais lançaram diretrizes de prática clínica (DPCs) para avaliação e tratamento da massa cervical, mas essas diretrizes variam em qualidade, rigor de desenvolvimento e/ou falham em fornecer um algoritmo facilmente compreensível que os provedores podem seguir. A heterogeneidade observada com DPCs pode levar a dificuldades de adaptação e implantação. A avaliação das diretrizes para pesquisa e avaliação (*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II* – AGREE II) é uma ferramenta validada usada para avaliar o processo de desenvolvimento e o rigor metodológico das orientações clínicas.¹³ Na verdade, essa ferramenta tem sido usada extensivamente para avaliar outros tópicos clínicos em otorrinolaringologia, inclusive, mas sem se limitar a imagens de cabeça e pescoço, perda auditiva pediátrica e sinusite crônica.¹⁴⁻¹⁶ Até a presente data, não há estudos que usem instrumentos de avaliação validados para avaliar o rigor metodológico das DPCs, relacionados à avaliação de massas cervicais. Portanto, o objetivo desta revisão sistemática é avaliar a qualidade metodológica das diretrizes nacionais e internacionais para avaliação e tratamento das massas cervicais em adultos.

Método

Identificação de diretrizes

Uma busca sistemática foi feita nas bases de dados Medline (via PubMed), Scopus, Embase e literatura cinza desde o projeto inicial do estudo até 1º de setembro de 2020. Além disso, fizemos uma busca manual no Google para identificar diretrizes não encontradas nessas bases de dados. Usamos os seguintes termos de pesquisa: (“neck mass” OR “neck masses” OR “neck lesion” OR “neck lump” OR “neck swelling” OR “cervical lymphadenopathy” OR “cervical adenopathy” OR “neck growth”) AND (“recommendation” OR “guideline” OR “consensus” OR “assessment”). Dois revisores avaliaram independentemente os resultados da pesquisa com base nos critérios de inclusão e exclusão detalhados abaixo. Os revisores também extraíram características gerais das diretrizes. Os desacordos foram resolvidos por consenso com os outros membros do grupo.

Seleção de diretriz

Cada diretriz clínica incluída neste estudo contém recomendações explícitas sobre o diagnóstico e a avaliação de pacientes adultos que apresentam uma massa cervical. Caso as sociedades tivessem publicado várias diretrizes, usamos a versão mais atualizada para análise com a ferramenta AGREE II. Os revisores avaliaram minuciosamente os apêndices e documentos de apoio de cada diretriz para informar melhor a inclusão na lista final de diretrizes. Foram excluídos estudos primários, revisões sistemáticas, capítulos de livros, editoriais e cartas, ensaios clínicos, diretrizes publicadas em um idioma diferente do inglês e documentos que não estavam disponíveis no formato de texto completo.

Avaliação de qualidade

Quatro autores avaliaram independentemente as diretrizes clínicas com a ferramenta AGREE II. Os autores foram treinados na metodologia e critérios de avaliação da ferramenta AGREE II por meio dos módulos de treinamento online gratuitos disponíveis no site AGREE (www.agreetrust.org). A ferramenta consiste em 23 itens que avaliam seis domínios: (1) Escopo e propósito, (2) Envolvimento das partes interessadas, (3) Rigor de desenvolvimento, (4) Clareza de apresentação, (5) Aplicabilidade e (6) Independência editorial. Cada domínio representa uma dimensão única da diretriz e é pontuado numericamente de 1 a 7. A pontuação 1 (discordo totalmente) foi atribuída quando a diretriz

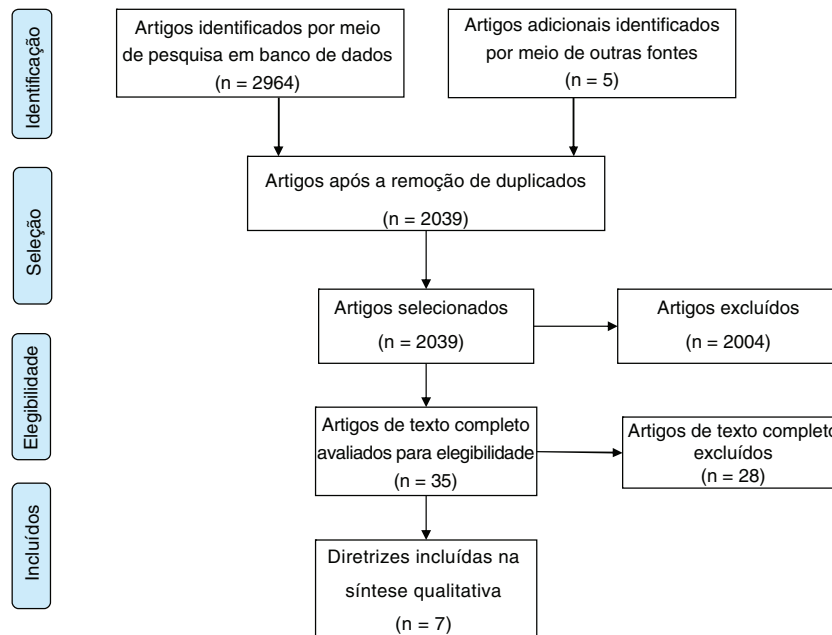


Figura 1 Diagrama de fluxo para identificar diretrizes de práticas clínicas e declarações de consenso.

não forneceu informações relevantes para o domínio e a pontuação 7 (concordo totalmente) foi atribuída quando a qualidade dos textos para esse domínio foi excepcional. As pontuações foram calculadas como porcentagens das pontuações máximas possíveis para cada domínio, de acordo com a seguinte fórmula: (pontuação obtida – pontuação mínima possível)/(pontuação máxima possível – pontuação mínima possível). Os escores padronizados variaram de 0% a 100%. Um limite de 60% foi considerado satisfatório para cada domínio da ferramenta AGREE II e o escore DPC foi classificado como “alto” com cinco ou mais domínios com escore > 60%, “médio” com três ou quatro domínios > 60% e “baixo” com ≤ 2 domínios com escore > 60%. Além disso, um escore geral foi calculado para cada DPC e relatado como escore médio.

Análise estatística

A concordância entre os quatro revisores foi calculada com a análise de coeficientes intraclass (Intraclass correlation coefficient – ICC) com intervalos de confiança de 95%. O grau de concordância entre os revisores foi avaliado da seguinte forma: fraco (0,01 a 0,20); razoável (0,21 a 0,40); moderado (0,41 a 0,60); substancial (0,61 a 0,80) e muito bom (0,81 a 1,00).¹⁷ Todas as análises estatísticas foram conduzidas com o RStudio (Boston, MA).

Resultados

A busca eletrônica rendeu 2.969 títulos e 2.039 artigos, removidas as duplicações. Após a triagem do título e do resumo, 35 documentos foram selecionados para a revisão final do texto completo. Por fim, sete DPCs estavam dentro dos critérios de elegibilidade (fig. 1).

Características das diretrizes

As DPCs foram publicadas entre 2015 e 2020. A [tabela 1](#) fornece detalhes específicos sobre as estratégias de desenvolvimento, usuários-alvo, número de referências e qualquer financiamento relevante relatado no artigo. Quatro DPCs eram dos Estados Unidos, enquanto as outras eram do Canadá, da França e Austrália. Os métodos de desenvolvimento consistiram em revisão da literatura, consenso do grupo e opinião de especialistas. Os comitês de desenvolvimento incluíram otorrinolaringologistas, médicos de família, médicos oncologistas, oncologistas radiológicos, patologistas, radiologistas, especialistas em defesa do consumidor e outros. O financiamento só foi relatado explicitamente em três diretrizes.

Avaliação da qualidade das DPCs

O ICC global obtido para cada domínio é apresentado na [tabela 2](#). O ICC calculado para a avaliação da DPC com a ferramenta AGREE II sugere uma concordância geral entre os avaliadores. Os escores médios de qualidade para cada domínio, bem como a qualidade global de cada diretriz, são apresentados na [tabela 3](#).

Escopo e propósito

Esse domínio avalia os objetivos do estudo e a população de pacientes à qual a diretriz é aplicada. O escore médio para esse domínio foi $94,4 \pm 5,0$ e todas as DPCs foram avaliadas acima de 60%.

Tabela 1 Detalhes específicos sobre as estratégias de desenvolvimento, usuários-alvo, número de referências e qualquer financiamento relevante relatado no artigo

Desenvolvedor	Ano de publicação	País/ Região	Método de desenvolvimento	Desenvolvedores	Usuário alvo	Número de referências	Financiamento
American Academy of Family Physicians (AAFP)	2015	Estados Unidos	Revisão da literatura	Médicos de família	Médicos de família e clínicos gerais	21	-
American Academy of Otolaryngology (AAO)	2017	Estados Unidos	Revisão da literatura, opinião de especialistas, consenso	Otorrinolaringologista, enfermeiros, patologistas clínicos, medicina de emergência, clínicos gerais, especialistas em defesa do consumidor, cirurgiões gerais, cirurgiões de cabeça e pescoço, cirurgiões bucomaxilofaciais, assistentes médicos e radiologistas	Otorrinolaringologistas, médicos de família, dentistas, médicos de emergência, patologistas e radiologistas	117	AAO
American College of Radiology (ACR)	2019	Estados Unidos	Revisão da literatura, opinião de especialistas, consenso	Radiologistas, oncologistas radiológicos, otorrinolaringologistas	Radiologistas, oncologistas radiológicos, clínicos gerais, otorrinolaringologistas	106	-
American Society of Clinical Oncology (ASCO)	2020	Estados Unidos	Revisão da literatura, opinião de especialistas, consenso	Otorrinolaringologistas, oncologistas cirúrgicos, oncologistas radiológicos, patologistas, oncologistas médicos, radiologistas, especialistas em defesa do paciente	Oncologistas médicos, oncologistas radiológicos, cirurgiões, radiologistas, patologistas, enfermeiros, fonoaudiólogos, farmacêuticos oncológicos, pacientes	178	ASCO
Cancer Care Manitoba (CCMB)	2015	Estados Unidos	Revisão da literatura, opinião de especialistas, consenso	Otorrinolaringologistas, enfermeiros, epidemiologistas, patologistas, radiologistas, cirurgiões gerais e oncologistas médicos	Otorrinolaringologistas, radioterapeutas, médicos de família, enfermeiros, radioterapeutas, farmacêuticos	88	CCMB
French Society of Otorhinolaryngology-Head and Neck Surgery (SFORL)	2019	França	Revisão da literatura, opinião de especialistas,	Otorrinolaringologistas, radiologistas	Otorrinolaringologistas, radiologistas	60	-
Royal Australian College of General Practitioners (RACGP)	2020	Austrália	Revisão da literatura	Médicos de família	Médicos de família, clínicos gerais, otorrinolaringologistas	25	-

Tabela 2 ICC global obtido para cada domínio

Diretriz	Domínio 1 Escopo e propósito %	Domínio 2 Envolvimento das partes interessadas %	Domínio 3 Rigor de desenvolvimento %	Domínio 4 Clareza e apresentação (%)	Domínio 5 Aplicabilidade %	Domínio 6 Independência editorial %	Score global (média)	Qualidade global
AAFP	84,7	55,6	50,0	97,2	35,4	50,0	62,2	Baixa
AAO	98,6	70,8	90,6	97,2	85,4	54,2	82,8	Alta
ACR	94,4	55,6	84,9	95,8	47,9	100,0	79,8	Média
ASCO	100,0	97,2	94,3	100,0	90,6	95,8	96,3	Alta
França	90,3	36,1	44,3	97,2	22,9	50,0	56,8	Baixa
Austrália	94,4	22,2	19,3	72,2	8,3	100,0	52,7	Média
Manitoba	98,6	90,3	93,8	84,7	69,7	100,0	89,5	Alta
Média + DP	94,4 ± 5,0	61,1 ± 25,2	68,2 ± 27,8	92,0 ± 9,3	51,5 ± 29,2	78,6 ± 23,6	-	-

Tabela 3 Coeficientes intraclassa para os domínios da ferramenta AGREE II

Domínio AGREE II	Coeficiente de correlação intraclassa	Intervalo de confiança de 95%
Escopo e propósito	0,75	0,18 a 0,95
Envolvimento das partes interessadas	0,98	0,93 a 0,99
Rigor de desenvolvimento	0,98	0,96 a 1,00
Clareza de apresentação	0,93	0,76 a 0,99
Aplicabilidade	0,97	0,90 a 0,99
Independência editorial	0,98	0,95 a 1,00
Domínio AGREE II	Coeficiente de correlação intraclassa	Intervalo de confiança de 95%
Escopo e propósito	0,75	0,18 a 0,95
Envolvimento das partes interessadas	0,98	0,93 a 0,99
Rigor de desenvolvimento	0,98	0,96 a 1,00
Clareza de apresentação	0,93	0,76 a 0,99
Aplicabilidade	0,97	0,90 a 0,99
Independência editorial	0,98	0,95 a 1,00

Envolvimento das partes interessadas

Esse domínio aborda se o processo de desenvolvimento incluiu todas as partes interessadas relevantes e também expressa os pontos de vista e preferências da população-alvo. O escore médio para esse domínio foi $61,1 \pm 25,2$ e apenas três DPCs pontuaram acima de 60%.

Rigor do desenvolvimento

Esse domínio tem como foco os métodos usados para derivar as recomendações específicas nas DPCs e se os riscos e benefícios das intervenções foram considerados. Esse domínio atingiu escore médio de $68,2 \pm 27,8$, quatro diretrizes pontuaram acima de 60%.

Clareza e apresentação

Esse domínio determina se as recomendações são específicas e inequívocas, se são facilmente identificáveis e se diferentes opções são apresentadas para os profissionais considerarem. O escore médio para esse domínio foi $92,0 \pm 9,3$ e todas as DPCs pontuaram acima de 60%.

Aplicabilidade

Esse domínio está relacionado à implantação e execução da diretriz na prática clínica real e inclui componentes importantes, tais como facilitadores e barreiras à prática, implicações de recursos e estratégias de monitorização e auditoria. O escore médio desse domínio foi $51,5 \pm 29,2$ e apenas duas diretrizes obtiveram desempenho satisfatório.

Independência editorial

Esse domínio avalia as opiniões e os interesses conflitantes dos órgãos de financiamento/membros em desenvolvimento e se eles podem ter influenciado as recomendações finais relatadas nas diretrizes. O escore médio para esse domínio foi $78,6 \pm 23,6$ e quatro diretrizes pontuaram acima de 60%.

Avaliação global das DPCs

Entre as DPCs avaliadas, apenas a American Academy of Otolaryngology (AAO), o Cancer Care Manitoba (CCMB) e a American Society of Clinical Oncology (ASCO) obtiveram a classificação global considerada “alta”. As quatro diretrizes restantes alcançaram classificações de “média” ou “baixa”.

Discussão

A detecção precoce e a intervenção oportuna são especialmente importantes para o manejo dos cânceres de cabeça e pescoço e os profissionais de saúde devem usar uma combinação de julgamento clínico, fatores do paciente e evidências de alta qualidade para melhor direcionar o atendimento a esses pacientes. As diretrizes clínicas são ferramentas úteis projetadas para auxiliar os profissionais e ajudar a orientar os pacientes na tomada de decisões importantes e na melhoria dos resultados clínicos.¹⁸⁻²⁰ As vantagens incluem a redução da variabilidade na prática clínica, incorporam recomendações baseadas em discussão multidisciplinar e evidências de alta qualidade e apoiam a abordagem mais econômica.^{21,22} Na verdade, um estudo anterior mostrou que o uso de diretrizes para o manejo do câncer de cavidade oral resultou em melhores resultados para esses pacientes.²³ Por outro lado, as diretrizes mal desenvolvidas podem não ser facilmente aplicáveis no ambiente clínico ou podem ser fortemente tendenciosas com poucas evidências de apoio. O presente estudo é o primeiro a avaliar a qualidade e o rigor metodológico das DPCs para a avaliação de uma massa cervical em um adulto. Identificamos sete diretrizes em todo o mundo e determinamos que apenas três DPCs eram de alta qualidade e as outras se beneficiariam com mais aprimoramento e transparência nos relatórios.

Essa análise demonstrou que os domínios “escopo e finalidade” e “clareza de apresentação” obtiveram a classificação geral mais alta. Todas as diretrizes obtiveram desempenho satisfatório para esses domínios e abordaram adequadamente os objetivos das diretrizes, populações-alvo e recomendações claras. É importante ressaltar que várias diretrizes também descreveram diferentes opções de exames de imagem disponíveis para os médicos, inclusive tomografia computadorizada (TC) e ultrassonografia, que podem fornecer detalhes sobre tamanho, localização, consistência e extensão da massa.

Por outro lado, apenas três diretrizes obtiveram desempenho satisfatório para o domínio “Envolvimento das partes interessadas”. O diagnóstico e o tratamento de uma massa cervical em adultos requerem uma equipe multidisciplinar, pois a etiologia de uma massa cervical pode ser amplamente

variada. Ter uma equipe que inclui otorrinolaringologistas, médicos de família, radiologistas, patologistas e outros profissionais é útil, pois cada pessoa na equipe fornece um ponto de vista e um conjunto de habilidades diferentes em relação à apresentação, ao diagnóstico e tratamento do paciente. Por exemplo, os radiologistas podem ajudar a delinear as aparências radiológicas de tumores benignos e malignos.²⁴⁻²⁶ De forma semelhante, os patologistas são aqueles que fornecem o diagnóstico e, portanto, podem descrever os méritos de uma punção aspirativa por agulha fina *versus* biópsias excisionais no diagnóstico de vários processos patológicos.^{27,28} Infelizmente, observamos que várias diretrizes deixaram de incorporar esses profissionais importantes nos grupos de comitês para essas DPCs.

Em uma pesquisa online de avaliadores de diretrizes com a ferramenta AGREE II, os domínios “Rigor de desenvolvimento” e “Independência editorial” foram considerados os que mais influenciam a qualidade global da DPC.²⁹ Para este estudo, apenas 43% e 57% das DPCs obtiveram desempenho satisfatório para os domínios “Rigor de desenvolvimento” e “Independência editorial”, respectivamente. Essas descobertas provavelmente explicam a escassez de diretrizes de “alta” qualidade para esse tópico. Várias diretrizes não relataram um critério para selecionar evidências, nem forneceram uma ligação explícita entre as recomendações e as evidências de apoio. Da mesma forma, uma declaração sobre o papel do órgão de financiamento ou interesses conflitantes por membros do grupo de desenvolvimento não foi relatada por várias diretrizes. A omissão desses componentes importantes gera preocupação sobre a validade das recomendações e se quaisquer fatores externos poderiam direta ou indiretamente prejudicar a objetividade das recomendações. Diretrizes futuras podem considerar a inclusão de detalhes sobre a revisão sistemática usada para reunir evidências, benefícios/efeitos colaterais de estratégias diagnósticas específicas, procedimentos para atualizar as diretrizes e quaisquer relações monetárias relevantes.

Talvez o aspecto mais importante sobre uma massa cervical em adulto seja determinar se ela representa malignidade. Como afirmado anteriormente, a sobrevivência e a qualidade de vida no câncer de cabeça e pescoço estão diretamente relacionadas ao tamanho na primeira detecção.³⁰ Um dos desafios no diagnóstico desses cânceres é que muitos dos sintomas também estão associados a outras condições benignas comuns.¹¹ Como resultado, o domínio “Aplicabilidade” é indiscutivelmente o mais importante para a implantação de diretrizes para garantir que os indivíduos em risco recebam tanto a avaliação quanto a consideração adequadas para essa doença potencialmente mortal. Lamentavelmente, esse domínio obteve tanto o escore médio mais baixo quanto a maior variabilidade nos escores. É bem conhecido que a etnia e os fatores socioeconômicos afetam significativamente os resultados do câncer de cabeça e pescoço.³¹ Por exemplo, em comparação com os brancos, os pacientes negros americanos têm maior probabilidade de ser diagnosticados em um estágio posterior e apresentam piores taxas globais e de sobrevida livre da doença.³² Uma vez que esse domínio envolve facilitadores e barreiras à aplicação, gostaríamos de ver maior ênfase nas barreiras raciais, socioeconômicas e educacionais

na compreensão e navegação de um diagnóstico potencial de câncer. Da mesma forma, existem outras informações importantes que podem ser extraídas da história do paciente que podem aumentar a suspeita de malignidade. Essas informações incluem a avaliação da presença de alterações na voz, assimetria tonsilar ou otalgia ipsilateral. Nas diretrizes da AAO, um guia de referência rápida e um panfleto do paciente foram fornecidos para que os médicos pudessem consultar ao trabalhar com pacientes com essa condição. Infelizmente, muito poucas DPCs forneceram ferramentas ou materiais de acompanhamento que os indivíduos pudessem usar para aprimorar sua prática.

Os resultados desta avaliação crítica são consistentes com a análise AGREE II para várias outras doenças. Em uma análise de dez diretrizes internacionais para o diagnóstico e tratamento da rinossinusite crônica, apenas metade foi relatada como de qualidade boa ou suficiente.¹⁶ Da mesma forma, as diretrizes existentes para o tratamento do câncer de cavidade oral demonstraram ser subótimas, com apenas três das 12 diretrizes classificadas como recomendadas e um escore global de 32,2% para o domínio "Aplicabilidade".³³ Nosso estudo determinou que as diretrizes da AAO e da ASCO estavam entre as de qualidade mais alta e abordavam adequadamente cada componente da ferramenta AGREE II. A explicação mais provável para o porquê de as DPCs AAO e ASCO terem obtido mais alta qualidade é que elas foram baseadas em manuais passo a passo sobre metodologia e componentes de diretrizes transparentes.^{34,35} Esses manuais cobrem tópicos importantes, tais como processo de desenvolvimento, revisão sistemática, organização de um painel de especialistas e recomendações derivadas – todos aspectos essenciais abordados na lista de verificação da ferramenta AGREE II. Diretrizes futuras podem considerar a referência a manuais como esse para direcionar o desenvolvimento e a organização de suas recomendações.

Há várias limitações a este estudo. Embora tenhamos feito uma busca exaustiva, é possível que tenhamos perdido algumas diretrizes não indexadas nessas bases de dados, principalmente naquelas que não estão no idioma inglês. O objetivo da ferramenta AGREE II é avaliar a qualidade e o rigor metodológico dessas DPCs; entretanto, essa ferramenta não pode avaliar a validade ou veracidade das recomendações individuais, o que foge ao escopo deste estudo. Há um grau de subjetividade e variabilidade ao usar a ferramenta AGREE II, mas algumas preocupações com o viés do avaliador podem ser amenizadas pela boa confiabilidade intraclassa entre todos os revisores. Por fim, todas as diretrizes incluídas nesta análise eram de países desenvolvidos. A carga e a incidência de câncer de cabeça e pescoço em países desenvolvidos podem ser diferentes daquelas de países em desenvolvimento, particularmente no que diz respeito às diferenças regionais no consumo de tabaco/álcool, mastigação de betel e exposição ao HPV/EBV.^{36–38} Além disso, os pacientes em países com poucos recursos podem não ter acesso aos mesmos estudos e intervenções que os países desenvolvidos.^{39,40} A adesão e o acompanhamento do paciente também podem ser menos confiáveis e mais variáveis.⁴¹ Os esforços futuros devem ser direcionados para o desenvolvimento de diretrizes que possam ser aplicadas em locais com poucos recursos e levar em consideração esses fatores importantes.

Conclusão

A qualidade global das diretrizes de práticas clínicas para a avaliação de massas cervicais em adultos é subótima, com apenas três diretrizes altamente classificadas e recomendadas para uso clínico. Os resultados desta análise evidenciam a necessidade de aprimorar o processo de desenvolvimento de diretrizes para esse tema. Consequentemente, essas diretrizes se beneficiariam da inclusão de importantes provedores de saúde, maior rigor de desenvolvimento e consideração adicional para a implementação no ambiente clínico.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

1. Differential diagnosis of a neck mass – UpToDate. Accessed October 3, 2020. <https://www.uptodate.com/contents/differential-diagnosis-of-a-neck-mass>.
2. McGuirt WF. The neck mass. *Med Clin North Am*. 1999;83:219–34.
3. Sigal A, Mahendru N. Young woman with a sore throat and neck mass. *Ann Emerg Med*. 2018;71:793–801.
4. Clinical Practice Guideline Manual. Accessed September 17, 2020. <https://www.aafp.org/family-physician/patient-care/clinical-recommendations/cpg-manual.html>.
5. Fried M. Neck Mass - Ear, Nose, and Throat Disorders - Merck Manuals Professional Edition. Accessed October, 2020;3, <https://www.merckmanuals.com/professional/ear,-nose,-and-throat-disorders/approach-to-the-patient-with-nasal-and-pharyngeal-symptoms/neck-mass>.
6. Bhattacharyya N. Predictive factors for neoplasia and malignancy in a neck mass. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 1999;125:303–7.
7. Bruun JP. Time lapse by diagnosis of oral cancer. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1976;42:139–49.
8. 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.
9. Brouha XR, Tromp DM, Koole R, Hordijk GJ, Winnubst JM, de Leeuw JJ. Professional delay in head and neck cancer patients: Analysis of the diagnostic pathway. *Oral Oncol*. 2007;43:551–6.
10. Smith MM, Abrol A, Gardner GM. Assessing delays in laryngeal cancer treatment. *Laryngoscope*. 2016;126:1612–5.
11. Pynnonen MA, Gillespie MB, Roman B, Rosenfeld R, Tunkel D, Bontempo L, et al. Clinical Practice Guideline: Evaluation of the Neck Mass in Adults. *Otolaryngol - Head Neck Surg (United States)*. 2017;157 2_suppl:S1–30.
12. Gallagher KK, Sacco AG, Lee JJ, Taylor R, Chanowski E, Bradford C, et al. Association between multimodality neck treatment and work and leisure impairment: A disease-specific measure to assess both impairment and rehabilitation after neck dissection. *JAMA Otolaryngol - Head Neck Surg*. 2015;141:888–93.
13. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers J, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ*. 2010;182(18).
14. Romeo V, Stanzione A, Coccozza S, Ugga L, Cuocolo R, Brunetti A, et al. A critical appraisal of the quality of head and neck cancer imaging guidelines using the AGREE II tool: A EuroAIM initiative. *Cancer Med*. 2019;8:209–15.
15. Kanabur P, Hubbard C, Jeyakumar A. Clinical Guidelines in Pediatric Hearing Loss: Systemic review using the appraisal of

- guidelines for research and evaluation II instrument. *Laryngoscope*. 2020;130:212–6.
16. Kaper NM, van der Heijden GG, Cuijpers SH, Stokroos RJ, Aarts MJ. A comparison of international clinical practice guidelines on adult chronic rhinosinusitis shows considerable variability of recommendations for diagnosis and treatment. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2020;277:659–68.
 17. McHugh ML. Interrater reliability: The kappa statistic. *Biochem Medica*. 2012;22:276–82.
 18. Clinical Guidelines and Recommendations | Agency for Health Research and Quality. Accessed October 3, 2020. <https://www.ahrq.gov/prevention/guidelines/index.html>.
 19. Murad MH. Clinical Practice Guidelines: A Primer on Development and Dissemination. *Mayo Clin Proc*. 2017;92:423–33.
 20. Shekelle PG. Clinical practice guidelines what's next? *JAMA – J Am Med Assoc*. 2018;320:757–8.
 21. Graham B. Clinical practice guidelines: What are they and how should they be disseminated? *Hand Clin*. 2014;30:361–5.
 22. Grimshaw J, Freemantle N, Wallace S. Developing and implementing clinical practice guidelines. *Qual Saf Heal Care*. 1995;4:55–64.
 23. Wolff KD, Rau A, Ferencz J, Langer T, Kesting M, Nieberler M, et al. Effect of an evidence-based guideline on the treatment of maxillofacial cancer: A prospective analysis. *J Cranio-Maxillofacial Surg*. 2017;45:427–31.
 24. González Moreno IM, Torres del Río S, Vázquez Olmos C. Follow-up in head and neck cancer. What the radiologist must know. *Radiologia*. 2020;62:13–27.
 25. Seeburg DP, Baer AH, Aygun N. Imaging of patients with head and neck cancer: from staging to surveillance. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*. 2018;30:421–33.
 26. Abraham J. Imaging for head and neck cancer. *Surg Oncol Clin N Am*. 2015;24:455–71.
 27. Kocjan G, Ramsay A, Beale T, O'Flynn P. Head and neck cancer in the UK: What is expected of cytopathology? *Cytopathology*. 2009;20:69–77.
 28. Laury A. Challenges in Head and Neck Pathology In: *Cancer Treatment and Research*. Vol 174. Springer International Publishing; 2018. p. 87–101.
 29. Hoffmann-Eber W, Siering U, Neugebauer EAM, Brockhaus AC, McGauran N, Eikermann M. Guideline appraisal with AGREE II: Online survey of the potential influence of AGREE II items on overall assessment of guideline quality and recommendation for use. *BMC Health Serv Res*. 2018;18:143.
 30. Gerstner AH. Early detection in head and neck cancer - current state and future perspectives. *GMS Curr Top Otorhinolaryngol Head Neck Surg*. 2008;7:Doc06.
 31. Choi SH, Terrell JE, Fowler KE, McLean S, Ghanem T, Wolf G, et al. Socioeconomic and other demographic disparities predicting survival among head and neck cancer patients. *PLoS One*. 2016;11, e0149886.
 32. Molina MA, Cheung MC, Perez EA, Byrne M, Franceschi D, Moffat F, et al. African American and poor patients have a dramatically worse prognosis for head and neck cancer: An examination of 20,915 patients. *Cancer*. 2008;113:2797–806.
 33. Madera Anaya MV, Franco JV, Merchan-Galvis AM, Gallardo CR, Bonfill C. Quality assessment of clinical practice guidelines on treatments for oral cancer. *Cancer Treat Rev*. 2018;65: 47–53.
 34. Rosenfeld RM, Shiffman RN. Clinical practice guideline development manual: A quality-driven approach for translating evidence into action. *Otolaryngol - Head Neck Surg*. 2009;140Suppl. 6:1–43.
 35. Guideline Development Process. Accessed October 3, 2020. <https://www.surveymonkey.com/s/ascoguidelinesurvey>.
 36. Gupta B, Johnson NW, Kumar N. Global Epidemiology of head and neck cancers: a continuing challenge. *Oncology*. 2016;91:13–23.
 37. Rahman QB, Iocca O, Kufta K, Shanti RM. Global burden of head and neck cancer. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*. 2020;32:367–75.
 38. Mishra A, Meherotra R. Head and neck cancer: Global burden and regional trends in India. *Asian Pacific J Cancer Prev*. 2014;15:537–50.
 39. Zafereo M, Yu J, Onakoya PA, Aswani J, Baidoo K, Bogale M, et al. African Head and Neck Society Clinical Practice guidelines for thyroid nodules and cancer in developing countries and limited resource settings. *Head Neck*. 2020;42: 1746–56.
 40. Cervenka B, Pipkorn P, Fagan J, Zafereo M, Aswani J, Machiaria C, et al. Oral cavity cancer management guidelines for low-resource regions. *Head Neck*. 2019;41:799–812.
 41. Ramadas K, Arrossi S, Thara S, Thomas G, Jissa V, Fayette J, et al. Which socio-demographic factors are associated with participation in oral cancer screening in the developing world? Results from a population-based screening project in India. *Cancer Detect Prev*. 2008;32:109–15.