



CENTRO
**COMPRESIVO
DE CÁNCER**
DE LA UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
GOBIERNO DE PUERTO RICO

REGISTRO
CENTRAL
DE **CÁNCER**
DE PUERTO RICO



• 2018-2022 •
**CÁNCER EN
PUERTO RICO**

Incidencia, Mortalidad y Sobrevida

Cáncer en Puerto Rico 2018-2022

Editores:

Carlos R. Torres Cintrón, MPH

Tonatiuh Suárez Ramos, MS

Yisel Pagán Santana, MS, DrPH

Yadira Román Ruiz, BS, ODS

Axel Gierbolini Bermúdez, MA, DrPH

Karen J. Ortiz Ortiz, MA, MPH, DrPH

Agradecimiento:

En memoria del Dr. Guillermo Tortolero-Luna, cuyo legado continúa inspirándonos. Extendemos nuestro sincero agradecimiento a todas las facilidades que reportan los datos de cáncer, sus administradores y los profesionales de la salud por su contribución a la recopilación, preparación y reporte de los datos de cáncer al Registro Central de Cáncer de Puerto Rico.

También reconocemos el apoyo del Departamento de Salud de Puerto Rico, el Registro Demográfico de Puerto Rico y el Instituto de Estadísticas de Puerto Rico. Sus esfuerzos contribuyen a garantizar la disponibilidad de estadísticas de cáncer oportunas y de alta calidad, esenciales para comprender la carga del cáncer en todo el archipiélago y para guiar la planificación y evaluación de las iniciativas para el control del cáncer.

Un agradecimiento especial al dedicado equipo de trabajo del Registro Central de Cáncer de Puerto Rico por su compromiso, pasión y arduo trabajo para garantizar la calidad de los datos.

Este trabajo fue apoyado parcialmente por el Programa Nacional de Registros de Cáncer (NPCR, por sus siglas en inglés) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés). Grant #NU58DP007164 y por el Centro Comprensivo de Cáncer de la Universidad de Puerto Rico. Su contenido es responsabilidad única de los autores y no necesariamente representa el punto de vista oficial del NPCR del CDC.

Referencia recomendada:

Torres-Cintrón CR, Suárez-Ramos T, Pagán-Santana Y, Román-Ruiz Y, Gierbolini-Bermúdez A, Ortiz-Ortiz KJ (2025). Cáncer en Puerto Rico, 2018-2022. Registro Central de Cáncer de Puerto Rico. San Juan, PR.

Personal del Registro Central de Cáncer de Puerto Rico

Directora

Karen J. Ortiz Ortiz, MA, MPH, DrPH

Director Asociado

Axel Gierbolini Bermúdez, MA, DrPH

Supervisora del Programa

Yadira Román Ruiz, BS, ODS

Coordinadora de Búsqueda de Casos

Gladelís Ortega Cumba, BSN, ODS

Coordinadora de Control de Calidad

Rubielis Serrano Cartagena, BS, ODS

Coordinadora de Educación

Karelis Pagán Rolón, BS, ODS

Coordinador de Análisis y Epidemiología

Carlos R. Torres Cintrón, MPH

Registradores de Tumores

Maribel Ramos Cordero, BS, MT

Manuel Maldonado Rodríguez, BS

Yanis Cardona Souffront, BS

Liz Rivera Vázquez, BSN

Greshia I. Cano Padilla, BS

Bioestadístico / Epidemiólogo

Tonatiuh Suárez Ramos, MS

Coordinador de Informática

Omar Centeno Rodríguez, LIC

Analista Programador

José M. Rivera Rosario, BS

Investigadores

Yisel Pagán Santana, MS, DrPH

Marjorie Vázquez Roldán, BTS, MSW, DrPH

REGISTRO CENTRAL DE CÁNCER DE PUERTO RICO

PMB #315 PO BOX 70344

SAN JUAN, PR 00936-8344

TEL: 787-772-8300, X. 1100

WEB: www.rcpr.org

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	2
Integridad de los datos	3
Mortalidad	3
Supervivencia relativa.....	3
Selección de los casos y archivo de población.....	4
Impacto del año 2017 y COVID-19.....	4
Población de Puerto Rico - 2022.....	5
CÁNCER EN PUERTO RICO 2022: RESUMEN	7
Incidencia de cáncer - 2022	7
Mortalidad por cáncer - 2022	7
RIESGO DE CÁNCER DE POR VIDA 2018-2022	7
PREVALENCIA A 25 AÑOS	8
INCIDENCIA Y MORTALIDAD POR CÁNCER 2018-2022	8
Datos 2018-2022	8
Tasas de incidencia y mortalidad específicas por edad y sexo 2018-2022.....	11
Tipos de cáncer más diagnosticados por edad y sexo, 2018-2022	12
TENDENCIA DE INCIDENCIA Y MORTALIDAD POR CÁNCER 2000-2022	16
DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA - 2018-2022	17
Cáncer infantil.....	19
Cáncer en adolescentes y jóvenes adultos	22
Cánceres asociados al vph	25
CÁNCER EN LA POBLACIÓN GENERAL.....	27
Cáncer de cavidad oral y faringe.....	28
Cáncer de estómago	31
Cáncer de colon y recto	34
Cáncer de hígado y ducto biliar	37
Cáncer de páncreas	40
Cáncer de pulmón y bronquios.....	43
Cáncer de mama en mujeres	46
Cáncer cervical.....	49
Cáncer uterino	52
Cáncer de ovario.....	55

Cáncer de próstata	58
Cáncer de vejiga urinaria	61
Cáncer de riñón y pelvis renal	64
Cáncer de tiroides.....	67
Linfoma no-Hodgkin	70
Leucemia.....	73
Anejos	76
Anejo I. Porcentaje de supervivencia relativa a 1, 3 y 5 años para sitios de cáncer específicos por etapa del tumor: Puerto Rico, 2013-2017 (seguimiento hasta 2022)	77
Anejo II. Incidencia para sitios específicos de cáncer por sexo: Puerto Rico, 2018-2022	81
Anejo III. Mortalidad para sitios específicos de cáncer por sexo: Puerto Rico, 2018-2022	82
Anejo IV. Incidencia de cáncer infantil por sexo: Puerto Rico, 2018-2022	83
Anejo V. Incidencia de cáncer en adolescentes y jóvenes adultos por sexo: Puerto Rico, 2018-2022	84
Publicaciones científicas	85
Referencias	93

INTRODUCCIÓN

El Registro Central de Cáncer de Puerto Rico (RCCPR) es una dependencia del Departamento de Salud establecida en marzo de 1950 y es responsable de recopilar, analizar y publicar información de todos los casos de cáncer diagnosticados y/o tratados en Puerto Rico. En julio de 2008, la administración del RCCPR se transfirió al Centro Comprensivo de Cáncer de la Universidad de Puerto Rico mediante un memorando de entendimiento. La notificación de casos de cáncer por instituciones médicas públicas y privadas es compulsoria de acuerdo con la Ley Núm. 113 del 30 de julio de 2010, la cual reemplazó a la Ley Núm. 28 aprobada el 20 de marzo de 1951. La nueva Ley fortalece la autoridad del RCCPR y formaliza el reporte electrónico de casos de cáncer en Puerto Rico (Vea <http://www.lexjuris.com/lexlex/Leyes2010/lexl2010113.htm>).

En octubre de 1997, el RCCPR inició su participación en el Programa Nacional de Registros de Cáncer (NPCR, por sus siglas en inglés), coordinado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de América. De esta forma, se inició un plan de actualización en la recopilación de datos del RCCPR en formato electrónico. A través de los años, el RCCPR ha mejorado la recopilación de datos sobre el cáncer, por medio de la notificación electrónica, logrando la captación de más de un 95% de la totalidad de los casos anualmente desde el 2010. Esto ha permitido que el RCCPR colabore y sirva de fuente de información en importantes [publicaciones científicas](#) locales e internacionales. En el 2014, el RCCPR inauguró su nueva página de Internet: www.rcpr.org. Los datos estadísticos agregados del RCCPR se consideran abiertos al público y están disponibles bajo petición y/o accediendo a <https://rcpr.org/Datos-de-Cáncer>.

Este informe incluye información relevante sobre la incidencia, la mortalidad, prevalencia y la supervivencia de cáncer en Puerto Rico. Para la mayoría de las descripciones, el periodo utilizado comprende los años 2018 al 2022. Los datos de tendencias cubren el periodo 2000-2022 tanto para la incidencia (excluyendo 2020) como para la mortalidad, mientras que los datos de supervivencia incluyen casos de 2013 a 2017 con periodo de seguimiento de cinco años (hasta 2022). El informe tiene una sección que describe el cáncer infantil, una sección que describe el

cáncer en adolescentes y jóvenes adultos (AJA), una sección que describe los cánceres asociados al VPH y, finalmente, una descripción de los tipos de cáncer más comunes en Puerto Rico.

INTEGRIDAD DE LOS DATOS

El Programa Nacional de Registros de Cáncer (NPCR) de los CDC evalúa periódicamente el estimado de la integridad de los casos, con el propósito de obtener un estimado más preciso de la incidencia de cáncer en la población de Puerto Rico. En la última evaluación, el RCCPR mantuvo la integridad de los casos obtenidos para el año 2022, alcanzando un estimado de recopilación de más del 95% de los casos de cáncer esperados en Puerto Rico. Este es un logro importante, ya que certifica la calidad de los datos del RCCPR y permite mantener los datos de cáncer de Puerto Rico en el informe de los CDC “Estadísticas de Cáncer de los Estados Unidos de América”.

MORTALIDAD

Los archivos digitales de mortalidad relacionados con cáncer se obtuvieron del Registro Demográfico de Puerto Rico del Departamento de Salud de Puerto Rico.¹ Para este informe, se utilizaron los archivos digitales de los certificados de defunción del 2000 al 2022. La causa de muerte fue codificada, utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10).² Este informe incluye las muertes de los residentes de Puerto Rico únicamente. Los casos con edad desconocida (<0.1%) fueron excluidos de los análisis ajustados por edad y específicos por edad. Las muertes con municipio desconocido (residencia del paciente en el momento de la muerte), para el periodo 2018-2022, fueron excluidas de los cálculos de las tasas específicas por municipio (<0.1%). La información sobre mortalidad por cáncer, en este informe, es responsabilidad de los autores y no fue revisada o aprobada por el Registro Demográfico de Puerto Rico antes de su publicación.

SUPERVIVENCIA RELATIVA

Además del monitoreo de la incidencia y la mortalidad, el análisis de supervivencia es otro componente para evaluar la vigilancia epidemiológica del cáncer. La supervivencia relativa de cáncer se define como la relación entre la supervivencia observada de todas las causas en un grupo de personas con cáncer y la supervivencia esperada de todas las causas de un grupo similar

de personas que no tiene cáncer. Para el cálculo de supervivencia relativa, se tomó en consideración solamente la supervivencia al primer tumor (en caso de que una persona tuviera más de uno) y se excluyeron los casos con método de confirmación de diagnóstico desconocido, con edad desconocida al momento del diagnóstico, identificados únicamente por certificados de defunción o autopsia y con edad mayor a 99 años. Se tomaron en consideración, para este análisis, los casos diagnosticados entre 2013 y 2017 y tuvieron un periodo de seguimiento de 5 años (hasta 2022) (véase [Anejo I](#)).

SELECCIÓN DE LOS CASOS Y ARCHIVO DE POBLACIÓN

Para este informe, se tomaron en consideración todos los casos de cáncer con edad conocida. Las estadísticas fueron generadas para cáncer maligno solamente, excepto los casos de cáncer de vejiga urinaria que incluyen los tumores malignos e *in-situ*. La población utilizada para el cálculo de las tasas de incidencia y mortalidad corresponde a la población *Vintage* del 2023 de la Oficina del Censo de los Estados Unidos de América.

IMPACTO DEL AÑO 2017 Y COVID-19

El severo impacto del huracán María en Puerto Rico, el 20 de septiembre de 2017, resultó en una disminución significativa del diagnóstico y tratamiento del cáncer en el archipiélago. Para el **2017**, el conteo de casos incidentes fue aproximadamente 1,800 menos que el año anterior. Luego de una evaluación exhaustiva, las cifras de casos y el conteo de población para estimar las tasas de **incidencia** se restringieron a los **primeros 6 meses del año** (enero a junio). Los datos de julio a diciembre de 2017 se excluyeron, debido a los retrasos en el diagnóstico del cáncer y el cambio de población que se produjo después del huracán María.

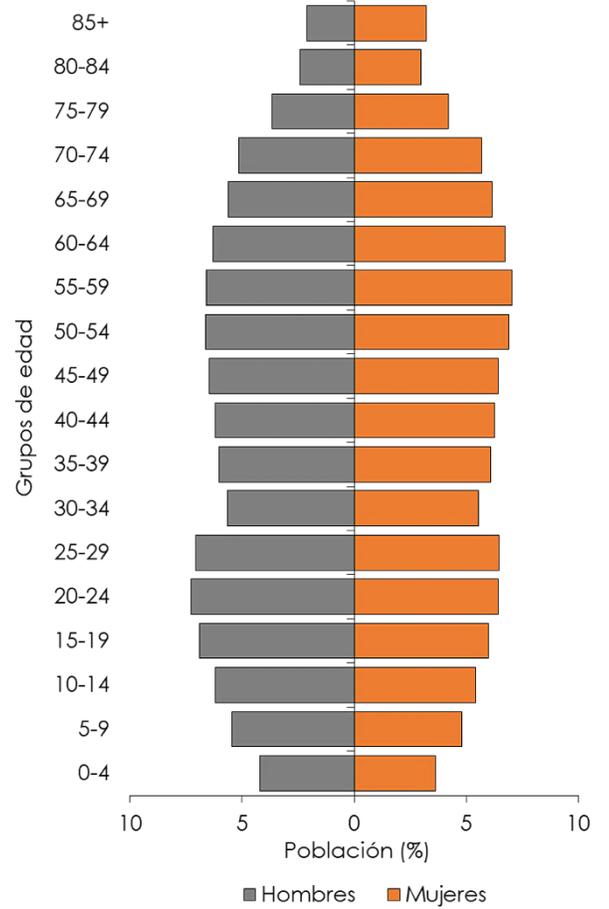
Por otro lado, este informe incluye los casos incidentes del 2020 (primer año del COVID-19) en la mayoría de las estadísticas. Debido al impacto del COVID-19 en los servicios de salud y los diagnósticos de cáncer, las tasas de incidencia del 2020 disminuyeron para la mayoría de los sitios de cáncer. Por esta razón, los datos de incidencia de 2020 se excluyeron de las estimaciones del cambio porcentual anual promedio (Average Annual Percent Change, en inglés [AAPC]) y del riesgo de desarrollar cáncer.

POBLACIÓN DE PUERTO RICO - 2022

Los estimados oficiales de la población fueron proporcionados por la Oficina del Censo de los Estados Unidos de América. Según el Censo de Población y Vivienda del 2020, la población total de Puerto Rico sumó 3,285,874 habitantes, comparado con los 3,725,789 habitantes en el 2010 (disminución de 11.8% del 2010 al 2020). La Figura 1 muestra los estimados de la población del 2022 por edad y sexo, así como la pirámide poblacional para el mismo año (utilizando los estimados de la población Vintage 2023). En el 2022, la razón hombre-mujer fue 89.6 hombres por 100 mujeres.³ El RCCPR obtiene datos raciales y étnicos consistentes con los datos de la población de Estados Unidos de América. Aunque el origen étnico está bien documentado por el RCCPR, se utiliza el Algoritmo de Identificación Hispana (NHIA) de la Asociación Norteamericana de Registros Centrales de Cáncer (NAACCR, por sus siglas en inglés), para mejorar la identificación de las personas hispanas/latinas con cáncer. En el 2020, el 98.9% de la población se identificó como hispana/latina. **Para más información, acceda a: [Puerto Rico 2020 Census State Profile](#).**

Figura 1. Población estimada por edad y sexo: Puerto Rico, 2022

Edad	Hombres	Mujeres	Total
0 - 4	51,135	48,424	99,559
5 - 9	69,088	66,609	135,697
10 -14	85,747	84,338	170,085
15 - 19	96,352	92,989	189,341
20 - 24	107,884	104,343	212,227
25 - 29	111,204	109,799	221,003
30 - 34	104,068	107,232	211,300
35 - 39	84,984	94,225	179,209
40 - 44	93,161	105,545	198,706
45 - 49	94,327	105,866	200,193
50 - 54	98,665	110,671	209,336
55 - 59	101,502	119,874	221,376
60 - 64	98,731	118,177	216,908
65 - 69	91,077	111,165	202,242
70 - 74	80,316	101,427	181,743
75 - 79	67,231	87,116	154,347
80 - 84	44,425	60,511	104,936
85+	42,667	70,914	113,581
Total	1,522,564	1,699,225	3,221,789



CÁNCER EN PUERTO RICO 2022: RESUMEN

INCIDENCIA DE CÁNCER - 2022

En Puerto Rico, se reportaron 16,512 casos nuevos (incidencia) de cáncer durante el año 2022. De estos, 8,627 (52.2%) correspondieron a hombres y 7,885 (47.8%) a mujeres. Relativamente, el cáncer de próstata fue el más diagnosticado en los hombres (40.4%), mientras el cáncer de mama fue el más diagnosticado en las mujeres (30.8%). El cáncer de colon y recto fue el segundo cáncer más diagnosticado en hombres y en mujeres, representando el 11.1% y 10.8%, respectivamente. También, el cáncer de útero fue el tercero más diagnosticado en las mujeres (10.7%). Además, el cáncer de pulmón y bronquios fue uno de los más comunes en hombres (4.8%) y en mujeres (4.2%). El cáncer de tiroides ha tenido un incremento importante en Puerto Rico, especialmente en mujeres a partir de los primeros años de la década del 2000 y se ha visto una disminución a partir del 2015. El cáncer de tiroides es actualmente el cuarto tumor maligno más diagnosticado en las mujeres y el duodécimo tumor maligno más diagnosticado en los hombres.

MORTALIDAD POR CÁNCER - 2022

En el año 2022, 5,392 personas murieron por algún tipo de cáncer en Puerto Rico. De estas, 2,928 (54.3%) fueron hombres y 2,464 (45.7%) fueron mujeres. El cáncer de próstata fue la primera causa de muerte por cáncer entre los hombres (16.7%), mientras que el cáncer de mama fue la primera entre las mujeres (16.2%). El cáncer de colon y recto fue la segunda causa de muerte por cáncer en los hombres (12.4%) y en las mujeres (12.5%). El cáncer de pulmón y bronquios fue la tercera causa de muerte por cáncer en los hombres (12.1%) y en las mujeres (9.5%).

RIESGO DE CÁNCER DE POR VIDA 2018-2022

Basado en los datos del periodo 2018-2022, excluyendo el año 2020 debido al COVID, aproximadamente el 39.7% de las personas serán diagnosticadas con algún tipo de cáncer durante su vida.

PREVALENCIA A 25 AÑOS

La prevalencia de duración limitada fue calculada usando el programa SEER*Stat, el cual estima la proporción de individuos diagnosticados con cáncer en los últimos X años (ej., X = 5, 10, o 20 años) que están vivos en una fecha específica.

En Puerto Rico, aproximadamente **144,531** individuos que habían sido diagnosticados con cáncer en los últimos 25 años estaban vivos al 1 de enero de 2022. Esto significa que el **4.46%** de la población puertorriqueña tenía algún tipo de cáncer al 1 de enero de 2022.

INCIDENCIA Y MORTALIDAD POR CÁNCER 2018-2022

DATOS 2018-2022

Durante el periodo 2018-2022, 80,473 personas fueron diagnosticadas con cáncer invasivo en Puerto Rico: 42,143 (52.4%) hombres y 38,330 (47.6%) mujeres. En promedio, 8,429 hombres y 7,666 mujeres fueron diagnosticados con cáncer anualmente en Puerto Rico. El [Anejo II](#) muestra el número de casos para los sitios primarios de cáncer más diagnosticados por sexo y la tasa ajustada por edad, utilizando tres poblaciones estándar: Puerto Rico 2000, Estados Unidos de América 2000 (Censo P25-1130) y la Mundial (Segi 1960). La mediana de edad al momento del diagnóstico de cáncer en general durante este periodo fue 67 años. Aproximadamente, 0.7% de los casos de cáncer fueron diagnosticados en personas menores de 20 años de edad, 2.4% entre 20 y 34 años, 9.0% entre 35 y 49, 28.6% entre 50 y 64 años, 43.6% entre 65 y 79 años y 15.7%, en el grupo de 80 años o más.

Los diez tipos de cáncer más diagnosticados por sexo durante este periodo se presentan en la Figura 2. En los hombres, el cáncer más diagnosticado fue el de próstata (38.9%), teniendo un aumento promedio de 0.9% ($p < 0.05$) por año durante el periodo 2000-2022. El segundo cáncer más diagnosticado fue el de colon y recto (11.1%), el cual mantuvo una tendencia estable durante el periodo 2000-2022 (AAPC = -0.3%, $p > 0.05$), seguido por cáncer de pulmón y bronquios (5.2%), que tuvo una disminución promedio de 1.7% ($p < 0.05$) por año durante el mismo periodo. En las mujeres, el cáncer de mama fue el más diagnosticado (31.4%), teniendo un aumento promedio de 1.5% ($p < 0.05$) por año durante el periodo 2000-2022. El segundo cáncer más diagnosticado

fue el de colon y recto (10.4%), el cual tuvo una disminución anual promedio de 0.5% ($p<0.05$) y cáncer de útero (10.0%), que tuvo un aumento promedio de 4.0% ($p<0.05$) por año durante el mismo periodo.

En cuanto a la mortalidad, durante el periodo 2018-2022, se registró un total de 26,105 muertes por cáncer en Puerto Rico: 14,300 (54.8%) fueron hombres y 11,805 (45.2%) fueron mujeres. El [Anejo III](#) presenta el número de muertes por cáncer para los sitios primarios de cáncer más frecuentes por sexo para el periodo 2018-2022 y la tasa ajustada por edad, utilizando tres poblaciones estándar: Puerto Rico 2000, Estados Unidos de América 2000 (Censo P25-1130) y la Mundial (Segi 1960). El número anual promedio de muertes por cáncer para este periodo fue 2,860 en hombres y 2,361 en mujeres. La mediana de edad de muerte fue 74 años. Aproximadamente, 0.2% de las muertes por cáncer ocurrieron en personas menores de 20 años, 0.7% entre 20 y 34 años, 4.5% entre 35 y 49, 19.1% entre 50 y 64, 42.3% entre 65 y 79 y 33.2%, en el grupo de 80 años o más.

Las diez principales causas de muerte por cáncer para cada sexo se presentan en la Figura 3. En los hombres, el cáncer de próstata fue la causa más común de muerte por cáncer con 16.2% y esta tuvo una disminución promedio de 3.4% ($p<0.05$) por año durante el periodo 2000-2022. Le siguieron el cáncer de colon y recto (12.7%) y el cáncer de pulmón y bronquios (11.5%), los cuales tuvieron una disminución promedio anual de 1.4% ($p<0.05$) y 2.2% ($p<0.05$), respectivamente, durante el mismo periodo. En las mujeres, el cáncer de mama fue la causa más común de muerte por cáncer con 17.7% y esta tuvo una disminución promedio de 1.3% ($p<0.05$) por año durante el periodo 2000-2022. Le siguieron el cáncer de colon y recto (13.3%) y cáncer de pulmón y bronquios (9.3%), ambos con una disminución anual promedio de 1.6% ($p<0.05$) durante el mismo periodo.

Figura 2. Primeros 10 sitios de cáncer (incidencia) por sexo: Puerto Rico, 2018-2022

♂ Hombres (N = 42,143)	%	AAPC ²⁰⁰⁰⁻²⁰²² [^]	♀ Mujeres (N = 38,330)	%	AAPC ²⁰⁰⁰⁻²⁰²² [^]
Próstata	38.9	↑0.9*	Mama	31.4	↑1.5*
Colon y recto	11.1	-0.3	Colon y recto	10.4	↓-0.5*
Pulmón y bronquios	5.2	↓-1.7*	Útero	10.0	↑4.0*
Vejiga urinaria	4.5	-0.1	Tiroides	8.1	↑6.5*
Linfoma no-Hodgkin	3.9	↑1.1*	Pulmón y bronquios	4.1	0.1
Hígado y ducto biliar	3.4	0.8	Linfoma no-Hodgkin	3.8	↑1.5*
Cavidad oral y faringe	3.4	↓-1.9*	Cuello uterino	2.8	0.1
Riñón y pelvis renal	3.1	↑3.6*	Páncreas	2.6	↑2.6*
Leucemia	2.8	↑1.4*	Leucemia	2.4	↑1.7*
Páncreas	2.6	↑1.7*	Ovario	2.3	↑0.8*
Otros sitios	21.1		Otros sitios	22.1	

Nota: Estadísticas fueron generadas para cáncer maligno solamente; incluyen cáncer de la vejiga urinaria *in-situ*.

Fuente de datos: Archivo de Incidencia del Registro Central de Cáncer de Puerto Rico (6 de diciembre de 2024).

Incidencia de casos de población de 2017 están restringidos a los 6 primeros meses del año (enero a junio).

Los casos de julio a diciembre fueron excluidos debido al cambio poblacional después de los huracanes Irma y María.

[^]Debido al impacto de COVID-19, los datos de incidencia de 2020 se excluyen de los cambios porcentuales anuales promedio (AAPC).

*AAPC es estadísticamente diferente de cero ($p < 0.05$).

Figura 3. Primeros 10 sitios de cáncer (mortalidad) por sexo: Puerto Rico, 2018-2022

♂ Hombres (N = 14,300)	%	AAPC ²⁰⁰⁰⁻²⁰²²	♀ Mujeres (N = 11,805)	%	AAPC ²⁰⁰⁰⁻²⁰²²
Próstata	16.2	↓-3.4*	Mama	17.7	↓-1.3*
Colon y recto	12.7	↓-1.4*	Colon y recto	12.2	↓-1.6*
Pulmón y bronquios	11.6	↓-2.2*	Pulmón y bronquios	9.3	↓-1.6*
Hígado y ducto biliar	8.2	0.0	Páncreas	6.9	0.7
Páncreas	6.4	0.6	Útero	5.9	0.7
Leucemia	3.8	↓-1.2*	Hígado y ducto biliar	5.0	-1.3*
Estómago	3.4	↓-5.0*	Ovario	4.3	-0.4
Linfoma no-Hodgkin	3.3	↓-1.3*	Leucemia	3.8	↓-1.2*
Cavidad oral y faringe	3.1	↓-2.9*	Estómago	3.1	↓-4.2*
Vejiga urinaria	2.8	0.1	Linfoma no-Hodgkin	3.0	↓-2.2*
Otros sitios	28.5		Otros sitios	28.8	

Fuente de datos: Archivo de mortalidad provisto por el Registro Demográfico de Puerto Rico (6 de diciembre de 2024).

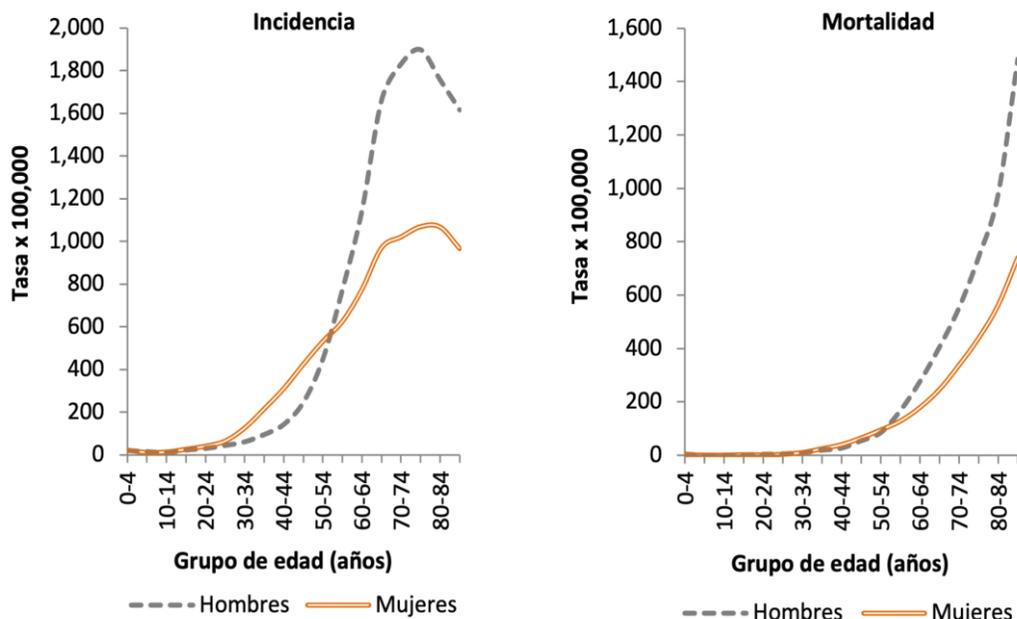
*AAPC es estadísticamente diferente de cero ($p < 0.05$).

TASAS DE INCIDENCIA Y MORTALIDAD ESPECÍFICAS POR EDAD Y SEXO 2018-2022

Durante el periodo 2018-2022, la mediana de edad al momento del diagnóstico para todos los tipos de cáncer en hombres y mujeres fue 69 años y de 66 años, respectivamente. El riesgo de desarrollar cáncer en hombres comienza a aumentar considerablemente al final de la cuarta década de vida, mientras que en las mujeres se observa un incremento lento y constante a partir de los 25 años. En el grupo de 70 a 74 años, el riesgo de desarrollar algún tipo de cáncer es casi el doble en hombres que en mujeres (RR=1.8, $p<0.05$).

En cuanto a la mortalidad, durante el periodo 2018-2022, la mediana de edad al momento de defunción para todos los tipos de cáncer fue 74 años tanto en hombres como en mujeres. El riesgo de morir por cáncer es similar para ambos sexos hasta los 50-54 años de edad (menos de 100 por 100,000 habitantes). A partir del grupo de edad de 55-59 años, la tasa de mortalidad en hombres aumenta considerablemente en relación con la tasa en mujeres. Los hombres de 85 años o más tienen el doble del riesgo de morir por cáncer que las mujeres del mismo grupo de edad (RR=2.0, $p<0.05$). La Figura 4 muestra las tasas de incidencia y de mortalidad específicas por edad y sexo para este periodo.

Figura 4. Tasas de incidencia y mortalidad específicas por edad de todos los sitios de cáncer, por sexo: Puerto Rico, 2018-2022



TIPOS DE CÁNCER MÁS DIAGNOSTICADOS POR EDAD Y SEXO, 2018-2022

La incidencia del cáncer invasivo varía con la edad, el sexo y el tipo de tumor. Las Figuras 5 y 6 muestran la distribución porcentual de los tipos de cáncer más frecuentes (diagnosticados en hombres y en mujeres, respectivamente) durante el periodo 2018-2022 por grupos de edad en adultos (>19 años).

Figura 5. Tipos de cáncer más frecuentemente diagnosticados por edad en hombres: Puerto Rico, 2018-2022

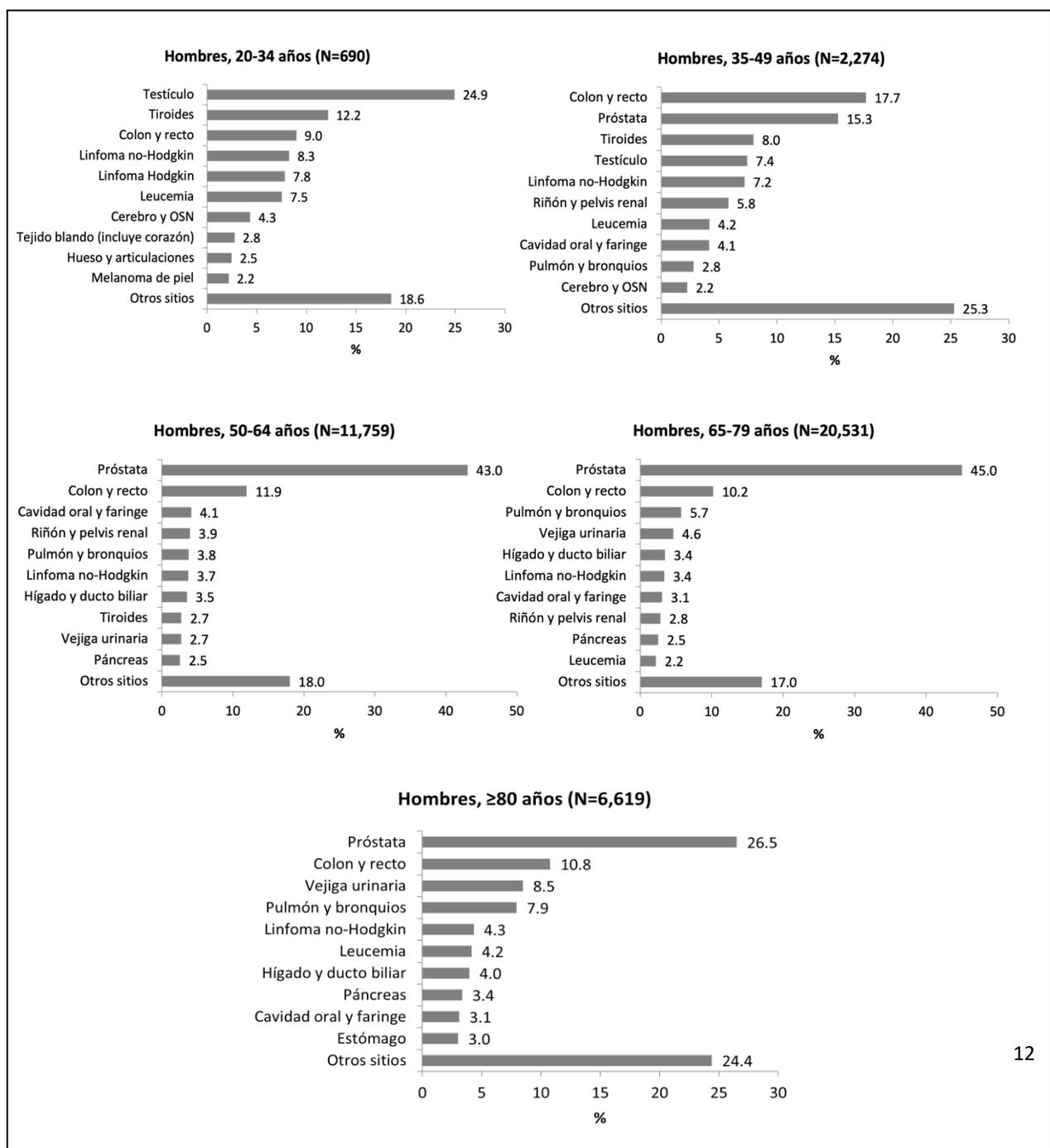
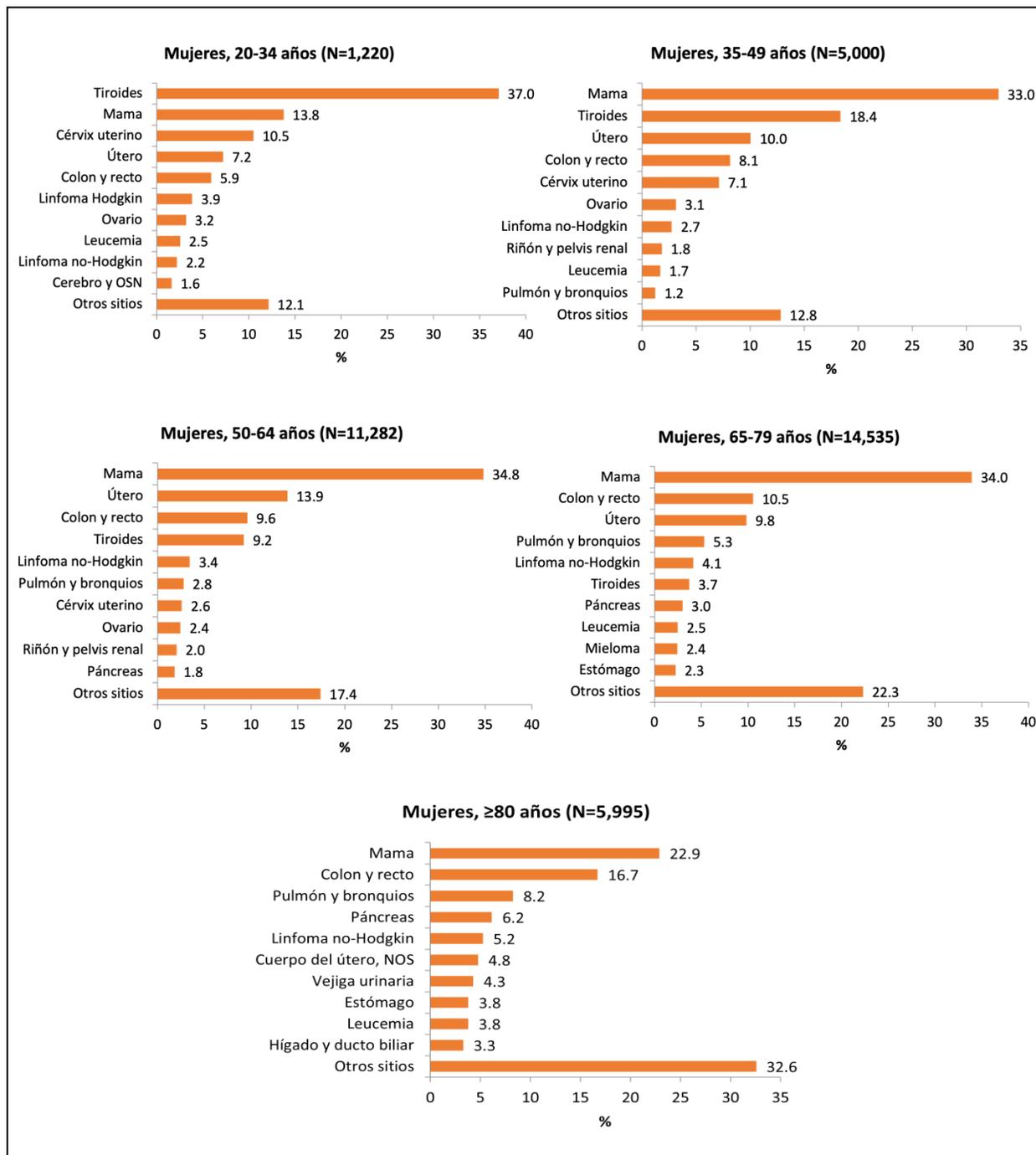


Figura 6. Tipos de cáncer más frecuentemente diagnosticados por edad en mujeres: Puerto Rico, 2018-2022



Las Figuras 7 y 8 muestran la distribución porcentual de las causas de muerte por cáncer más frecuentes (mortalidad) por grupos de edad durante el periodo 2018-2022 para hombres y mujeres, respectivamente.

Figura 7. Principales causas de muerte por cáncer en hombres por grupos de edad: Puerto Rico, 2018-2022

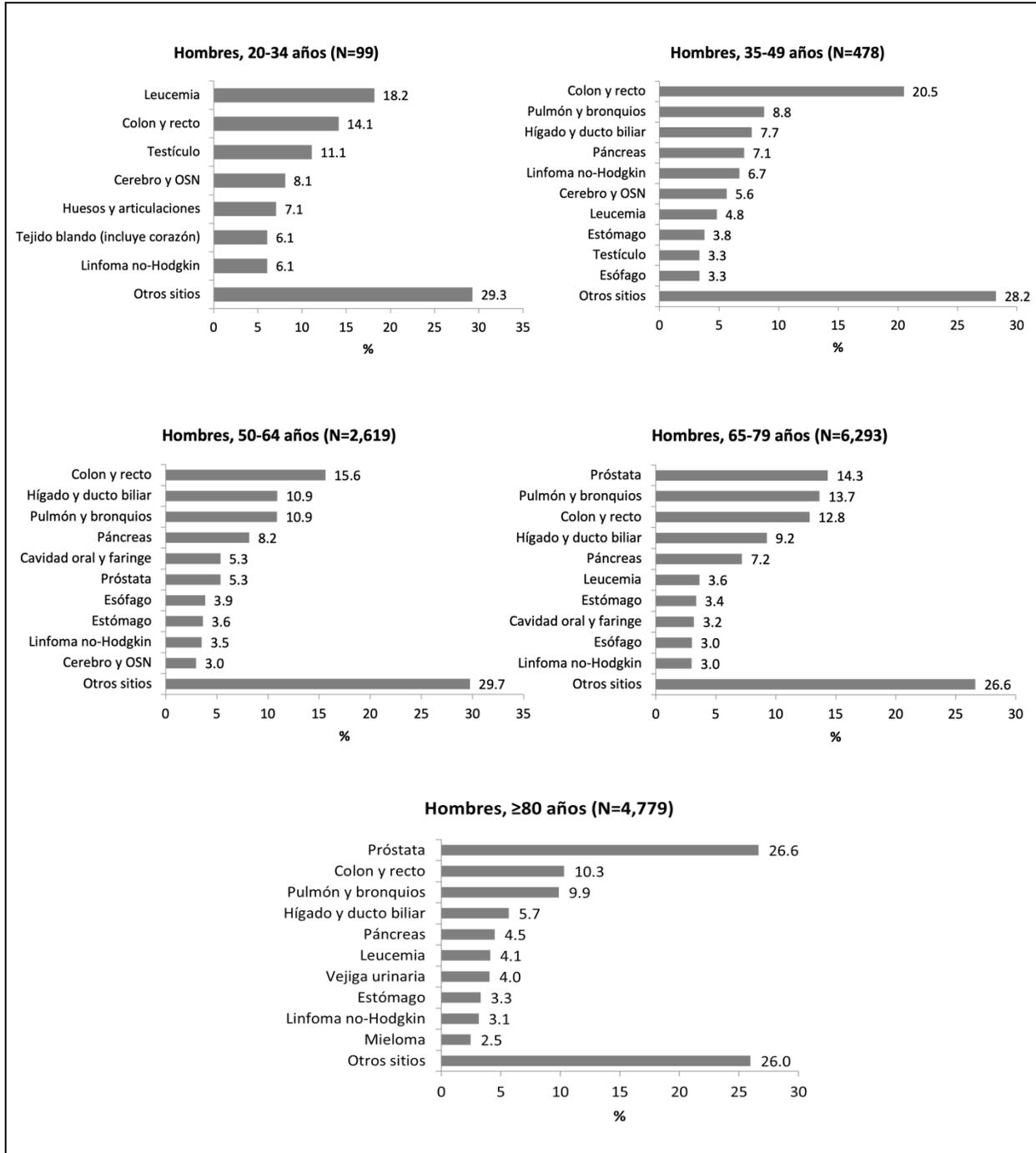
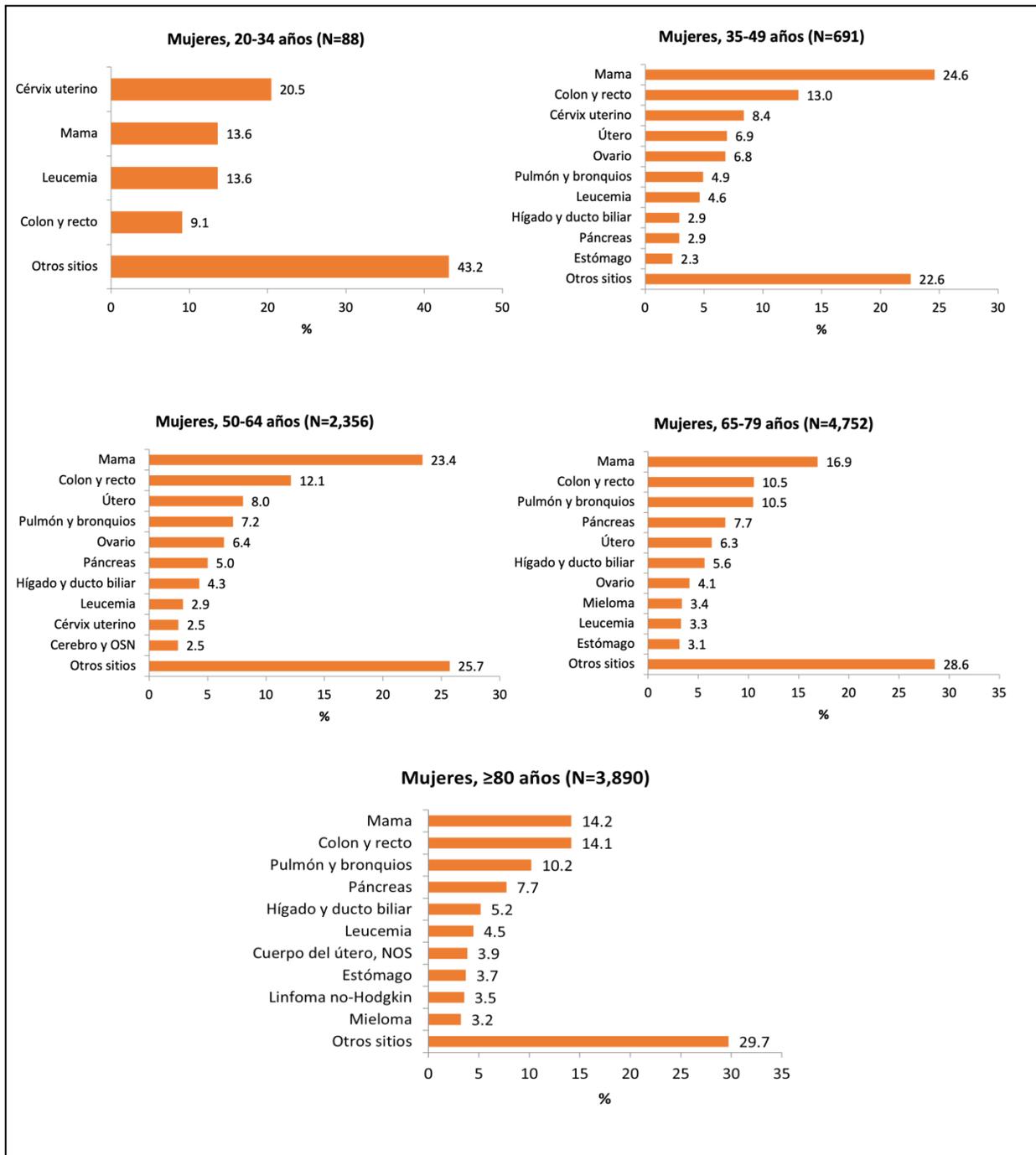


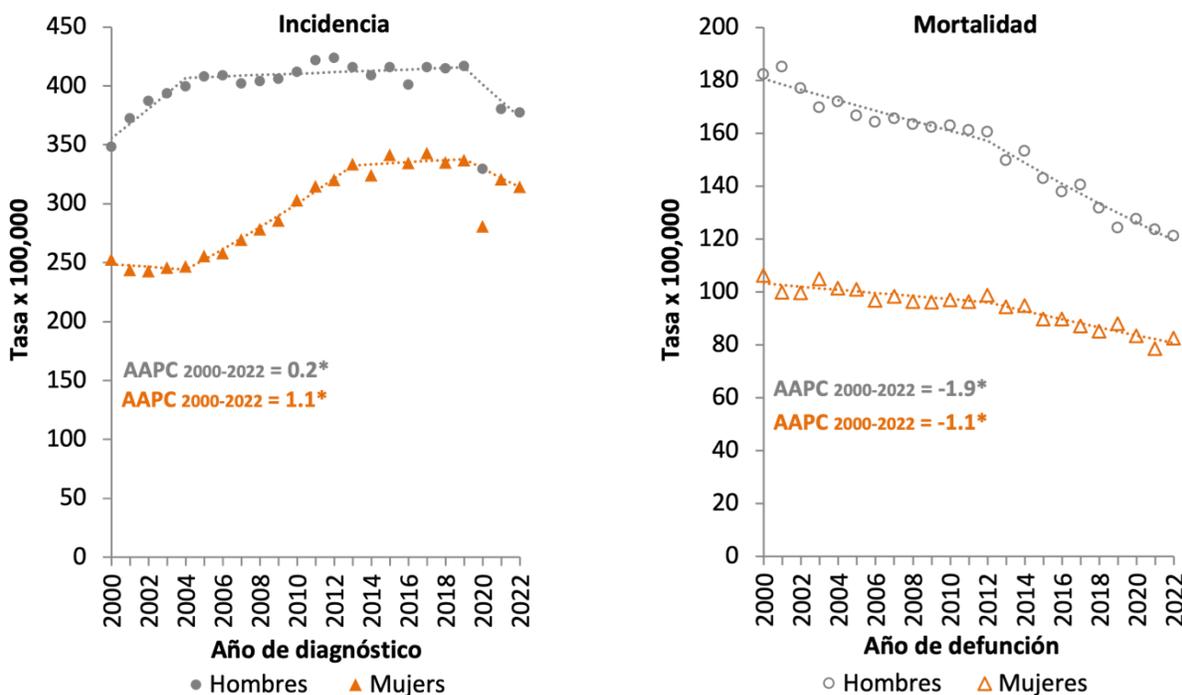
Figura 8. Principales causas de muerte por cáncer en mujeres por grupos de edad: Puerto Rico, 2018-2022



TENDENCIA DE INCIDENCIA Y MORTALIDAD POR CÁNCER 2000-2022

En la Figura 9 se presentan las tendencias de las tasas de incidencia y de mortalidad por sexo en Puerto Rico, excluyendo el año 2020 de los cálculos del AAPC para la incidencia. Se ajustaron las tasas por edad a la población estándar de Estados Unidos de América del año 2000. En los hombres, entre los años 2000 y 2022, la incidencia aumentó de 348.3 a 377.6 por 100,000. En las mujeres para el mismo periodo, la incidencia aumentó de 252.9 a 314.5 por 100,000. Entre el 2000 y el 2022, la tasa de incidencia de cáncer en hombres tuvo un incremento promedio anual de 0.2%, mientras que en las mujeres el aumento fue 1.1% por año. Para ambos sexos, el aumento a través del tiempo fue estadísticamente significativo ($p < 0.05$). En cuanto a la mortalidad por cáncer durante el periodo 2000-2022, se redujo de 182.4 a 121.4 por 100,000 en hombres y de 106.4 a 82.7 por 100,000 en las mujeres. Entre el 2000 y el 2022, la tasa de mortalidad de cáncer tuvo una reducción de 1.9% por año en hombres y 1.1% por año en mujeres. Estas tendencias decrecientes fueron estadísticamente significativas ($p < 0.05$).

Figura 9. Tasas de incidencia y mortalidad ajustadas por edad (población estándar de Estados Unidos de América del 2000) – todos los tipos de cáncer por sexo: Puerto Rico, 2000-2022



DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA - 2018-2022

La Figura 10 muestra la distribución de las tasas anuales promedio de incidencia de cáncer de todo tipo por municipio. La clasificación de las tasas de incidencia y mortalidad de los municipios es en cuartiles (cuatro grupos proporcionalmente iguales). En el periodo 2018-2022, principalmente, los municipios en la región del sur y central de Puerto Rico muestran las tasas más altas de incidencia por cáncer.

La Figura 11 muestra la distribución de las tasas anuales promedio de mortalidad por cáncer de todo tipo por municipio. En el periodo 2018-2022, se observa un mayor número de municipios en el área sureste de la Isla con las tasas más bajas de mortalidad por cáncer.

Figura 10. Tasas de incidencia ajustadas por edad (población estándar de Puerto Rico del 2000) – todos los tipos de cáncer por municipio: Puerto Rico, 2018-2022

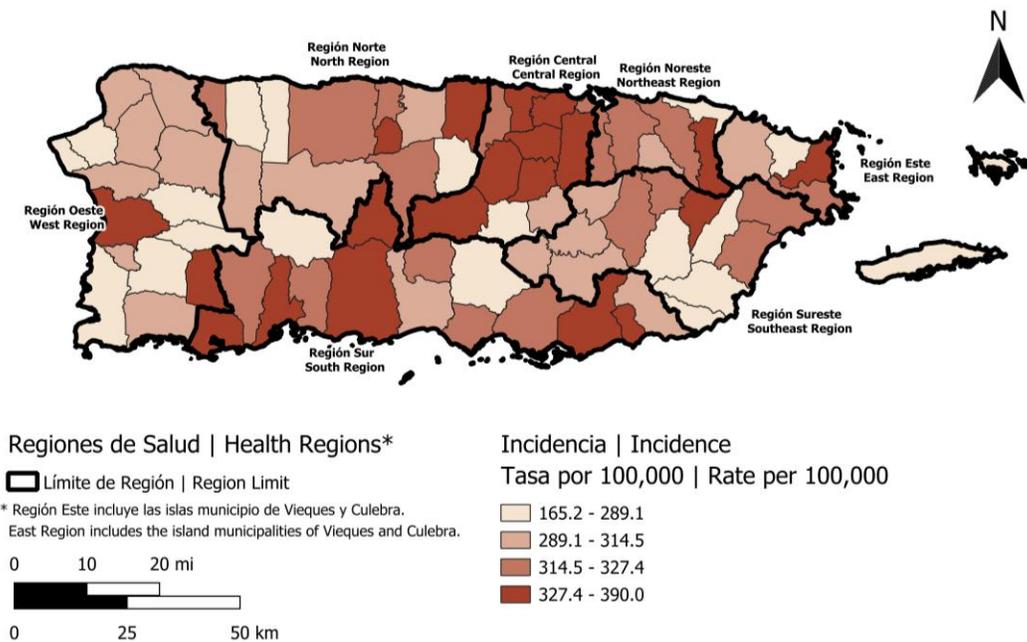
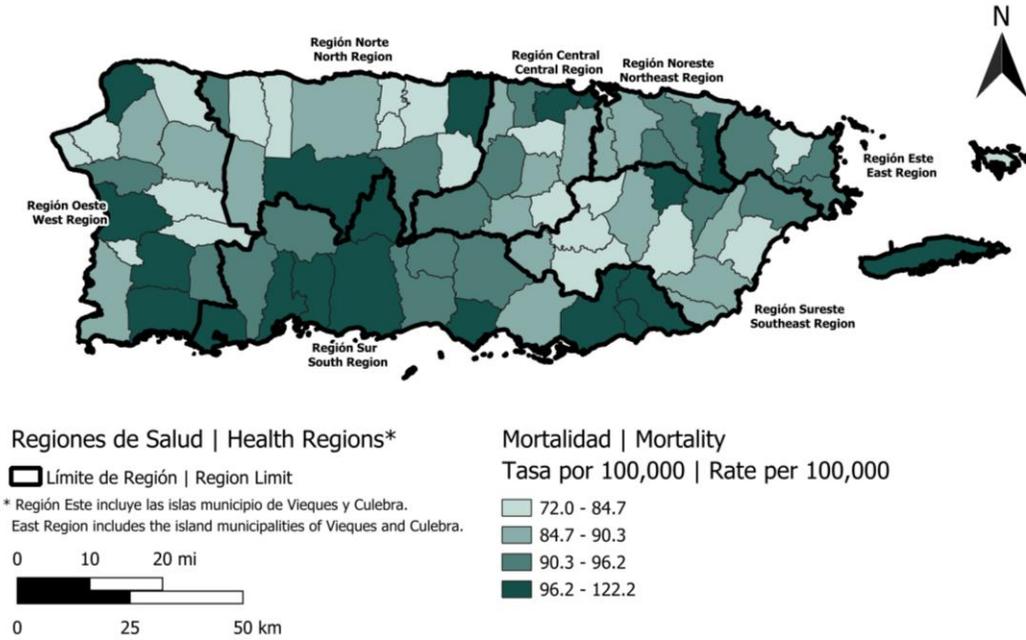


Figura 11. Tasas de mortalidad ajustadas por edad (población estándar de Puerto Rico del 2000)
 – todos los tipos de cáncer por municipio: Puerto Rico, 2018-2022





PUNTOS CLAVES

Durante el periodo **2018-2022** en Puerto Rico, el cáncer **infantil (0 a 14 años)**:

- Fue menos común que el cáncer en AJA y adultos (15 años o más), representando **0.4%** de todos los cánceres reportados en Puerto Rico.
- Un total de **325** niños y niñas menores de 15 años de edad fueron diagnosticados con cáncer y se reportaron **35** muertes por esta enfermedad.
- Las **leucemias** (31.4%), los **linfomas** (15.7%), y los **neoplasmas del sistema nervioso central** (13.2%) fueron los tres tipos de cáncer más diagnosticados en niños y niñas.

Detección del cáncer infantil

El cáncer infantil (0-14 años de edad) no es muy frecuente y no hay pruebas de detección temprana recomendadas para identificar cáncer en los niños, a no ser que tengan una predisposición genética. Estudios recientes sugieren que al menos el 10% de los pacientes pediátricos con cáncer presentan mutaciones en genes conocidos de predisposición al cáncer.⁴ Para detectar si un niño o niña tiene algún tipo de cáncer, el médico le hará un examen físico y le realizará preguntas sobre posibles signos y síntomas. Si estos indican que puede ser cáncer, el médico le indicará otras pruebas que deben realizarse. Estas pruebas pueden incluir: pruebas de sangre y orina, radiografías, CT, MRI, endoscopias y biopsias, entre otras pruebas.⁵

Factores de riesgo

El cáncer infantil es diferente al cáncer en los adultos, en relación con el diagnóstico, factores de riesgo, sitio anatómico, tratamiento y pronóstico. Las causas del cáncer infantil son, en gran parte, desconocidas. Sólo un porcentaje pequeño de los casos se puede explicar por algunas condiciones, como anomalías específicas cromosómicas/genéticas (e.j., Síndrome Down) y la exposición a la radiación ionizante. La exposición ambiental durante mucho tiempo ha sido sospechosa de aumentar el riesgo de desarrollar ciertos tipos de cáncer infantil. **Para más información sobre cáncer infantil, acceda [AQUÍ](#).**

Figura 12. Primeros 5 tipos de cáncer infantil más diagnosticados por sexo: Puerto Rico, 2018-2022

♂ Niños (N = 158)	%	♀ Niñas (N = 167)	%
Leucemias	29.1	Leucemias	33.5
Linfomas	19.0	Neoplasmas del SNC	13.8
Neoplasmas del SNC	17.7	Carcinomas	12.6
Neuroblastoma	5.7	Linfomas	7.8
Carcinomas	5.7	Sarcoma de tejido blando	5.4
Otros sitios	22.8	Otros sitios	26.2

Nota: SNC = Sistema nervioso central.

Figura 13. Tasas de incidencia y mortalidad ajustadas por edad (población estándar de Estados Unidos de América del 2000) – Cáncer infantil por sexo: Puerto Rico, 2000-2022

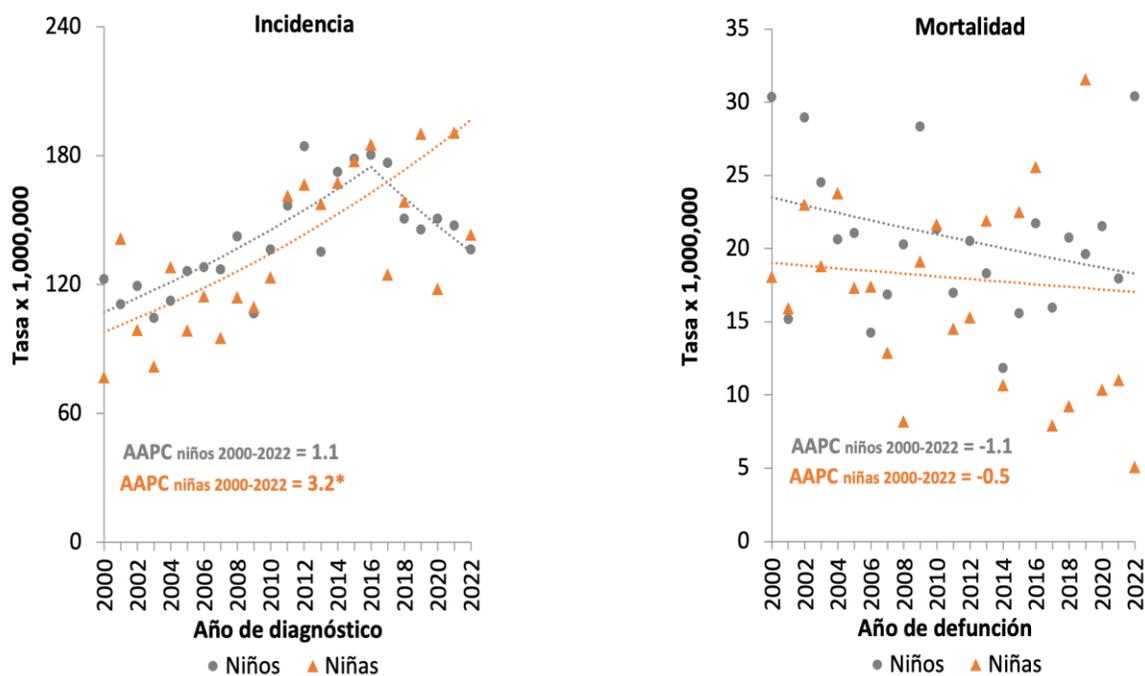
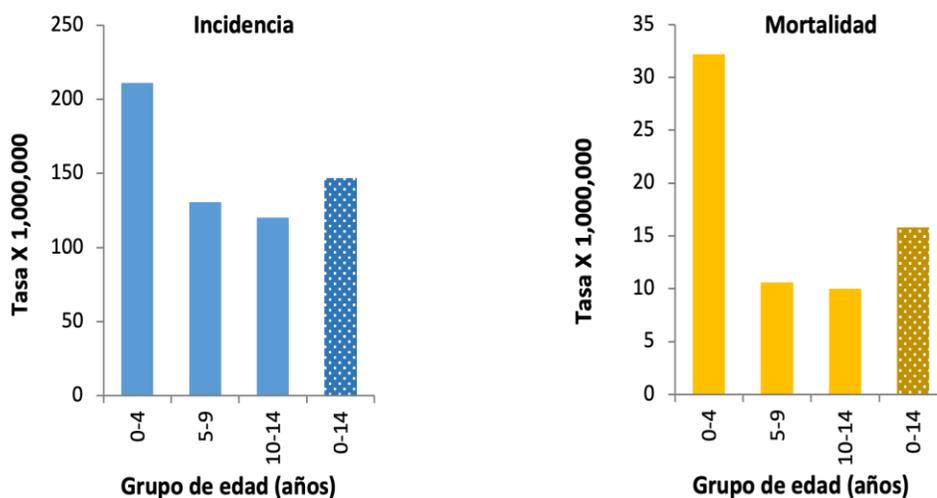


Figura 14. Tasas de incidencia y mortalidad específicas por edad – Cáncer infantil: Puerto Rico, 2018-2022



Resumen de las figuras. Durante el periodo 2018-2022, las leucemias fueron los cánceres más comunes diagnosticados tanto en niños (sexo masculino) como en las niñas (sexo femenino) (Figura 12). Entre el 2000 y el 2022, las tasas de incidencia de cáncer infantil aumentaron **1.1%** por año en los niños ($p>0.05$) y **3.2%** por año en las niñas.

Sin embargo, durante el periodo 2000-2022, las tasas de mortalidad en niños y niñas disminuyeron un promedio anual de **1.1%** ($p>0.05$) y **0.5%** ($p>0.05$), respectivamente (Figura 13). Las tasas de incidencia y mortalidad más altas se registraron en los niños y las niñas de 0 a 4 años (Figura 14). El [Anejo IV](#) presenta el número de casos para una selección de sitios primarios de cáncer infantil por sexo para el periodo 2018-2022 y la tasa ajustada por edad, utilizando tres poblaciones estándar: Puerto Rico 2000, Estados Unidos de América 2000 (Censo P25-1130) y la Mundial (Segi 1960). **Para información sobre las estadísticas de cáncer infantil en los Estados Unidos de América, acceda [AQUÍ](#).**

CÁNCER EN ADOLESCENTES Y JÓVENES ADULTOS

PUNTOS CLAVES

Durante el periodo 2018-2022 en Puerto Rico, el cáncer en adolescentes y jóvenes adultos (AJA) (15-39 años):

- Representó un 4.5% de todos los cánceres reportados y un 1.6% de todas las muertes.
- El cáncer más comúnmente **diagnosticado** entre AJA fue el de **tiroides**, con una tasa de incidencia ajustada de **18.8** por 100,000 AJA.
- El cáncer que causó más **muer**tes entre los AJA fue el de **mama en mujeres**, con una tasa de mortalidad ajustada de **1.5** por cada 100,000 mujeres AJA.

Según el Instituto Nacional del Cáncer, la población de adolescentes y jóvenes adultos (AJA) con cáncer se compone de personas entre las edades de 15 a 39 años, al momento del diagnóstico de cáncer. Estudios científicos han documentado que algunos cánceres en los AJA pueden ser únicos en su biología y genética (6).

Factores de riesgo

Los factores de riesgo dependen del tipo de cáncer. Algunos síndromes genéticos se asocian con el riesgo de desarrollar ciertos tipos de cáncer. Por ejemplo, el síndrome de Lynch está asociado al cáncer colorrectal, de endometrio y de ovario. Otros factores para desarrollar cáncer colorrectal son la obesidad y la dieta (alto consumo de grasas y carnes procesadas) y la falta de actividad física.⁷ La exposición a estrógeno y progesterona puede aumentar el riesgo de desarrollar cáncer testicular en hombres AJA.⁸ Además, la exposición a agentes infecciosos, como el virus del papiloma humano, el virus Epstein-Barr, el VIH y el virus del herpes humano tipo 8 (VHH-8), es un factor de riesgo para el desarrollo de cáncer en esta población.⁹ **Para más información sobre el cáncer en adolescentes y jóvenes adultos, acceda [AQUÍ](#).**

Figura 15. Tipos de cáncer más diagnosticados en adolescentes y jóvenes adultos por sexo: Puerto Rico, 2018-2022

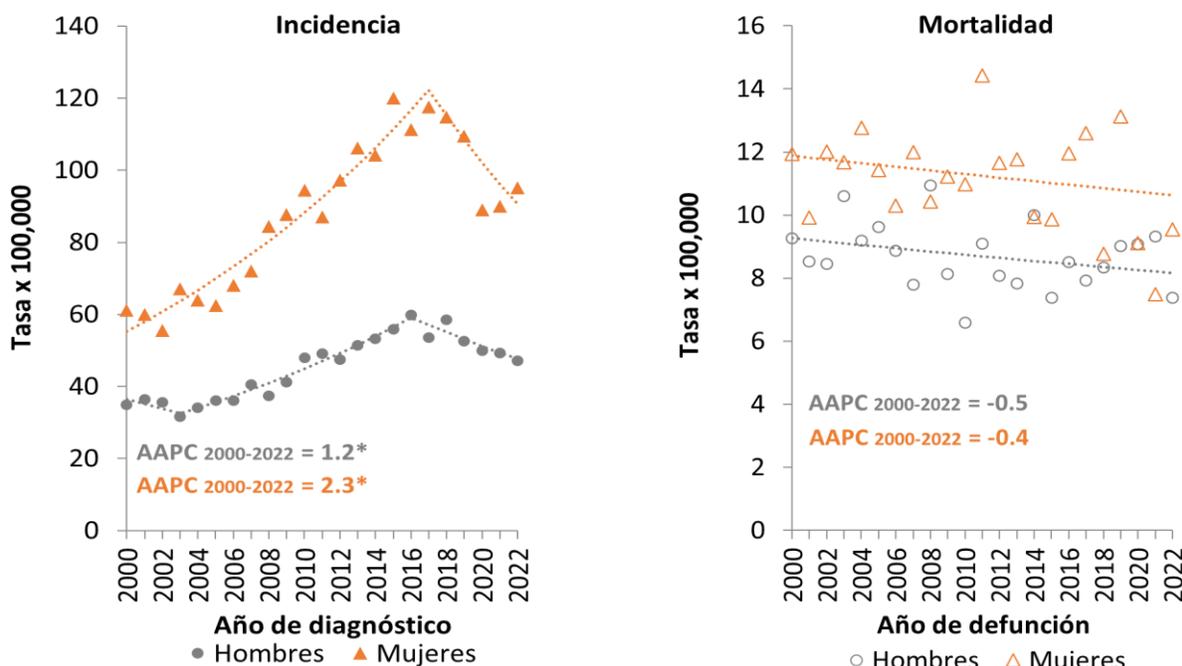
♂ Hombres (N = 1,218)	%	♀ Mujeres (N = 2,416)	%
Testículos	22.2	Tiroides	32.0
Tiroides	11.5	Mama	17.4
Colon y recto	9.7	Cuello uterino	10.1
Linfoma no-Hodgkin	8.1	Útero	8.3
Leucemias	7.6	Colon y recto	6.2
Otros sitios	40.9	Otros sitios	26.0

Figura 16. Principales tipos de cáncer más mortales en adolescentes y jóvenes adultos por sexo: Puerto Rico, 2018-2022

♂ Hombres (N = 196)	%	♀ Mujeres (N = 272)	%
Leucemias	16.3	Mama	15.5
Colon y recto	15.3	Cuello uterino	13.3
Testículos	8.7	Leucemias	11.9
Cerebro y OSN	6.6	Colon y recto	11.9
Linfoma no-Hodgkin	6.1	Ovario	6.6
Otros sitios	47.0	Otros sitios	40.8

OSN = Otros del Sistema Nervioso.

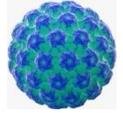
Figura 17. Tasas de incidencia y mortalidad ajustadas por edad (población estándar de Estados Unidos de América del 2000) – Cáncer en adolescentes y jóvenes adultos por sexo: Puerto Rico, 2000-2022



Resumen de las figuras. Durante el periodo 2018 al 2022, el cáncer testicular y el cáncer de tiroides fueron los más diagnosticados en hombres y mujeres AJA, respectivamente (Figura 15). Por otro lado, las leucemias y el cáncer de mama fueron las principales causas de muerte entre los hombres y mujeres AJA, respectivamente (Figura 16). Entre el 2000 y el 2022, las tasas de incidencia de cáncer en hombres y mujeres AJA aumentaron a razón de **1.2%** ($p < 0.05$) y **2.3%** ($p < 0.05$) cada año, respectivamente. Tanto para hombres como para mujeres se observa un cambio en la dirección de las tendencias durante los últimos 5 años.

Sin embargo, durante el periodo 2000 al 2022, las tasas de mortalidad se mantuvieron estables, tanto para hombres como para mujeres AJA (Figura 17). El [Anejo V](#) presenta el número de casos para una selección de sitios primarios de cáncer en adolescentes y jóvenes adultos por sexo para el periodo 2018-2022 y la tasa ajustada por edad, utilizando tres poblaciones estándar: Puerto Rico 2000, Estados Unidos de América 2000 (Censo P25-1130) y la Mundial (Segi 1960). **Para información sobre las estadísticas de este cáncer en los Estados Unidos de América, acceda [AQUÍ](#).**

CÁNCERES ASOCIADOS AL VPH



PUNTOS CLAVES

Durante el periodo **2018-2022** en Puerto Rico, los **cánceres asociados al VPH** representaron:

- **2.2%** y **4.0%** de todos los casos de cáncer en hombres y mujeres, respectivamente.

En promedio,

- **183** hombres y **310** mujeres fueron diagnosticados anualmente con algún cáncer asociado al VPH.

El riesgo de desarrollar **cánceres asociados al VPH** fue **0.55** veces menor en hombres que en mujeres (95% IC: 0.50, 0.60).

Infección por Virus del Papiloma Humano

El Virus de Papiloma Humano (VPH) es un grupo de virus que se transmiten por contacto sexual. Existen más de 40 tipos que pueden infectar los genitales, la boca y la garganta. Algunos tipos de VPH, también conocidos como VPH de alto riesgo, pueden causar cáncer tanto en hombres como en mujeres.

Factores de riesgo

No es posible predecir quién desarrollará cáncer a causa de una infección por VPH. Sin embargo, algunos factores pueden aumentar el riesgo. En personas con sistemas inmunitarios debilitados, como las que viven con VIH/SIDA, puede ser más difícil eliminar la infección por VPH. Otros factores de riesgo incluyen las relaciones sexuales sin protección, tener múltiples parejas sexuales, fumar y el uso prolongado de anticonceptivos orales. Por esta razón, se recomienda la vacuna contra el VPH para niños de 11 a 12 años, antes de la exposición, para brindar la mejor protección.¹⁰

Cánceres asociados al VPH

Las investigaciones sugieren que al menos el 4.5% de todos los cánceres están asociados al VPH.¹¹ Las infecciones persistentes por VPH pueden provocar cáncer de cuello uterino, ano, vulva, vagina, pene y orofaringe. La vacunación, las pruebas de detección temprana y las prácticas sexuales seguras pueden prevenir los cánceres asociados al VPH.¹⁰

Para obtener más información sobre el VPH, haga clic [AQUÍ](#).

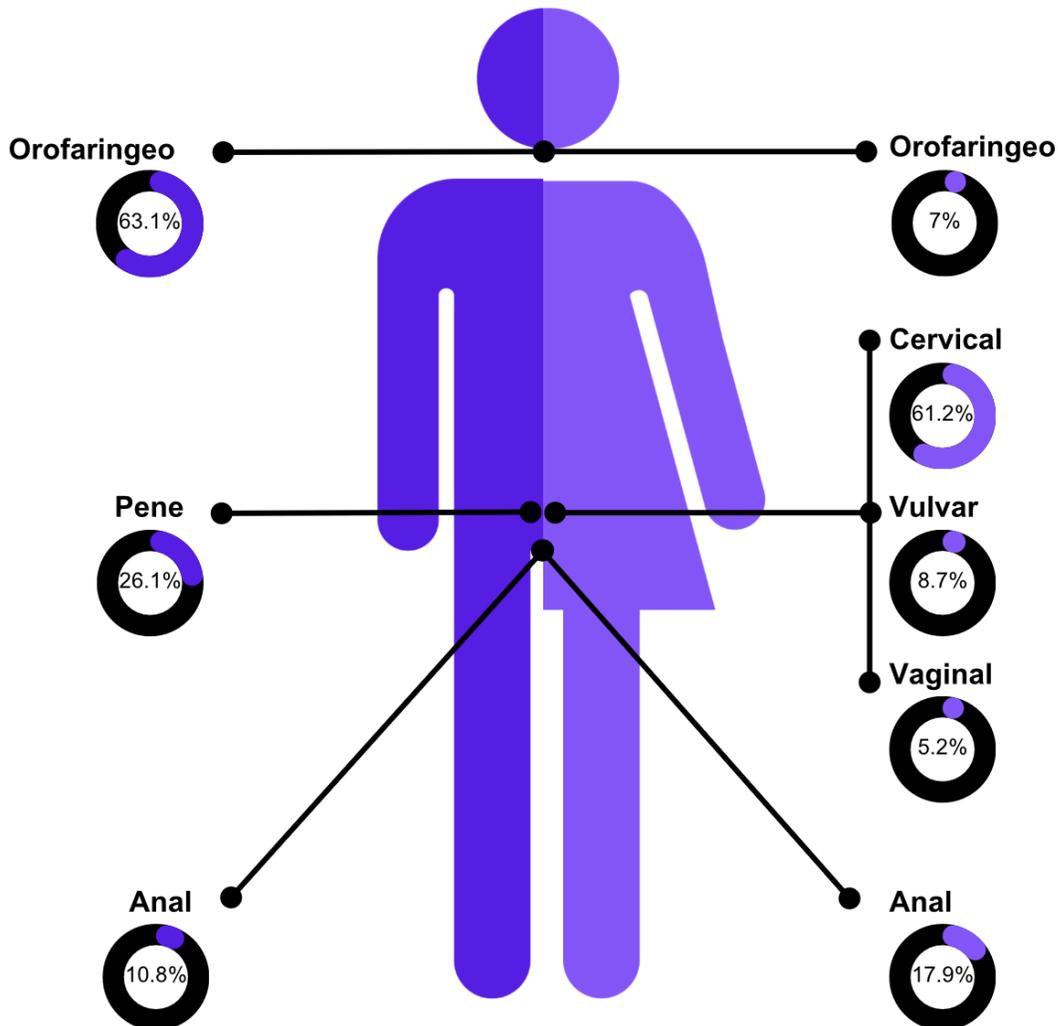
Figura 18. Incidencia de cánceres asociados al VPH por sexo: Puerto Rico, 2018-2022

Cáncer asociado al VPH [^] ↓	♂ Hombres		♀ Mujeres	
	Tasa	Casos	Tasa	Casos
Carcinoma orofaríngeo de células escamosas	5.3	578	0.9	109
Carcinoma anal y rectal de células escamosas	0.9	99	2.1	278
Carcinoma vulvar de células escamosas	~	~	0.9	135
Carcinoma vaginal de células escamosas	~	~	0.7	80
Carcinoma cervical	~	~	10.6	948
Carcinoma de pene de células escamosas	2.2	239	~	~
Total	8.4	916	15.2	1,550

[^] Se utilizó la definición de los [CDC para los cánceres asociados al VPH](#).

~ No aplica (específicos por sexo)

Figura 19. Distribución de cánceres asociados al VPH por sexo: Puerto Rico, 2018-2022



CÁNCER EN LA POBLACIÓN GENERAL



PUNTOS CLAVES

Durante el período **2018-2022** en Puerto Rico, el cáncer de la **cavidad oral y faringe** representó:

- **3.4%** y el **1.6%** de todos los casos de cáncer en hombres y mujeres, respectivamente.
- **3.1%** de todas las muertes por cáncer en hombres y el **1.3%** de todas las muertes por cáncer en mujeres.

En promedio,

- **285** hombres y **121** mujeres fueron diagnosticados anualmente.
- **89** hombres y **30** mujeres murieron cada año.

El riesgo de desarrollar cáncer de cavidad oral y faringe fue **2.8** veces más alto en hombres que en mujeres (95% IC: 2.5, 3.1).

El riesgo de morir por cáncer de cavidad oral y faringe fue **3.8** veces mayor en hombres que en mujeres (95% IC: 3.1, 4.6).

Basado en los datos del período 2018-2022, excluyendo 2020 debido al COVID, aproximadamente el **1.0%** de hombres y mujeres serán diagnosticados con cáncer de cavidad oral y faringe durante su vida.

La supervivencia relativa a 5 años para los casos diagnosticados con cáncer de cavidad oral y faringe entre 2013 y 2017 fue **52.9%**, lo que significa que el **52.9%** de las personas diagnosticadas con este cáncer estarán vivas 5 años después del diagnóstico.

En Puerto Rico, aproximadamente **2,652** individuos que fueron diagnosticados con cáncer de cavidad oral y faringe en los últimos 25 años estaban vivos al 1 de enero de 2022.

Detección del cáncer de cavidad oral y faringe

No existe una prueba rutinaria de detección temprana para el cáncer de cavidad oral y faringe. Sin embargo, algunas lesiones precancerosas se pueden detectar durante el examen de rutina que realizan los dentistas. Se recomienda que todos los meses las personas examinen su boca con un espejo para identificar posibles cambios (manchas blancas, protuberancias o úlceras).¹² **Para más información sobre las pruebas para detectar este cáncer, acceda [AQUÍ](#).**

Factores de riesgo

Los factores de riesgo para este cáncer incluyen el consumo de tabaco y bebidas alcohólicas, infección persistente con el virus del papiloma humano (VPH), ser hombre, la edad (>55 años), el exceso de peso corporal, exposición a la luz solar, las mutaciones en ciertos genes e historial familiar de cáncer de cabeza y cuello.¹² **Para más información sobre este cáncer, acceda [AQUÍ](#).**

Figura 20. Tasas de incidencia y mortalidad ajustadas por edad (población estándar de Estados Unidos de América del 2000) – Cáncer de la cavidad oral y faringe por sexo: Puerto Rico, 2000-2022

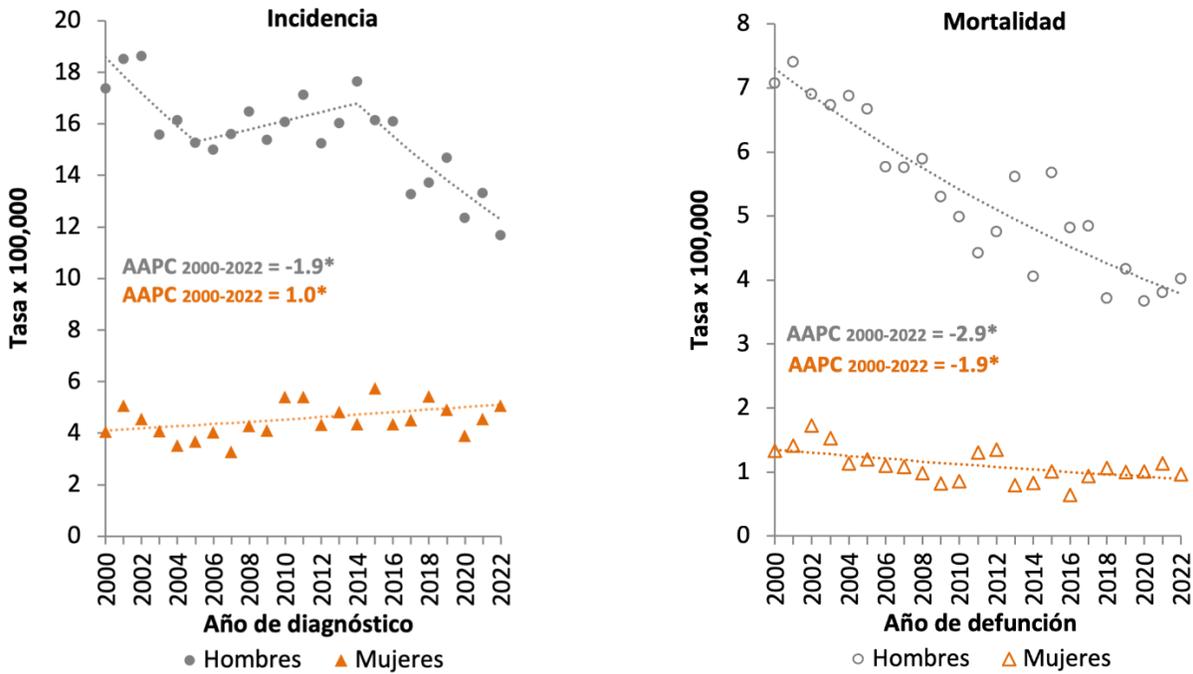


Figura 21. Tasas de incidencia y mortalidad específicas por edad – Cáncer de la cavidad oral y faringe por sexo: Puerto Rico, 2018-2022

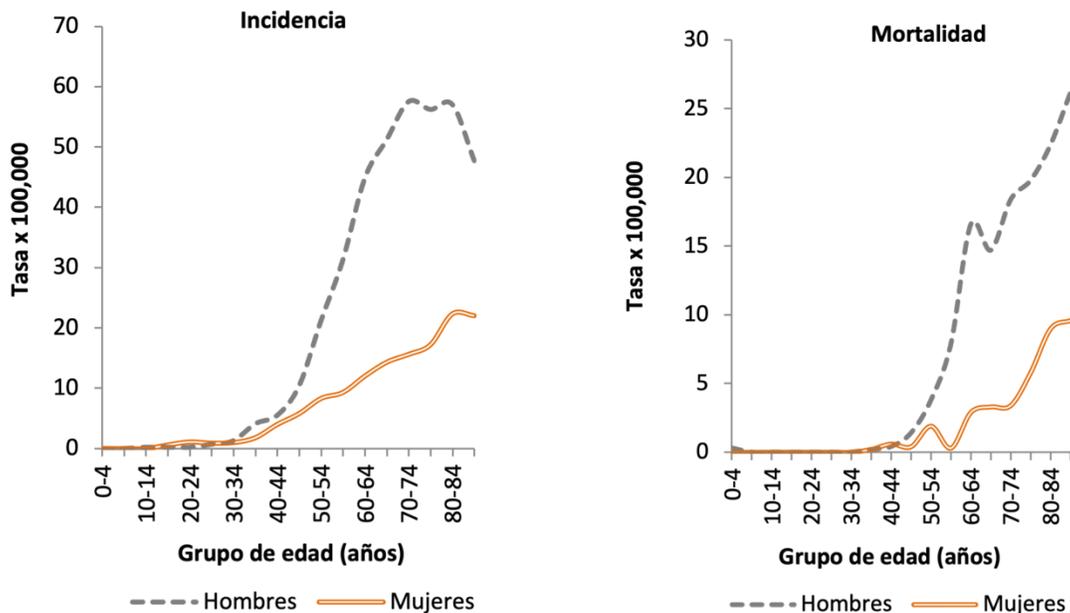


Figura 22. Tasas de incidencia ajustadas por edad (población estándar de Puerto Rico del 2000) – Cáncer de la cavidad oral y faringe por municipio: Puerto Rico, 2018-2022

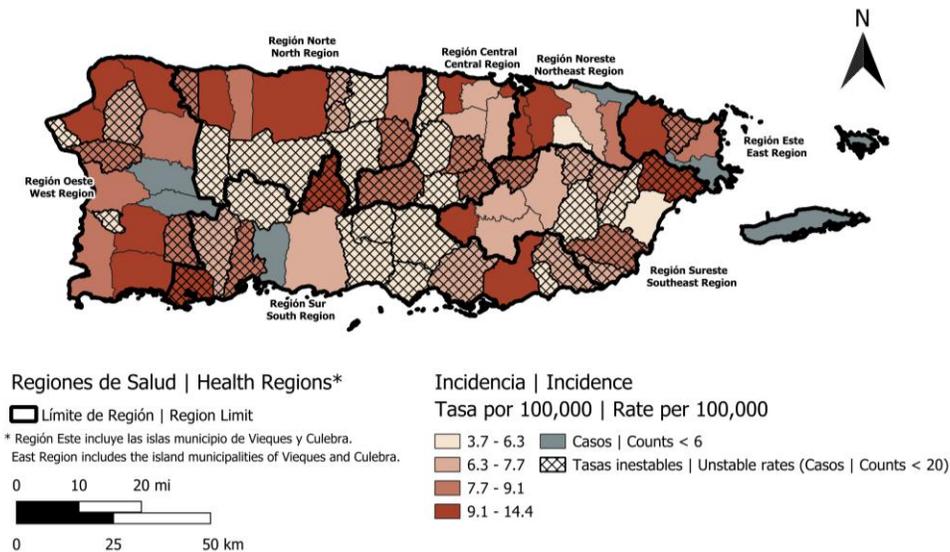
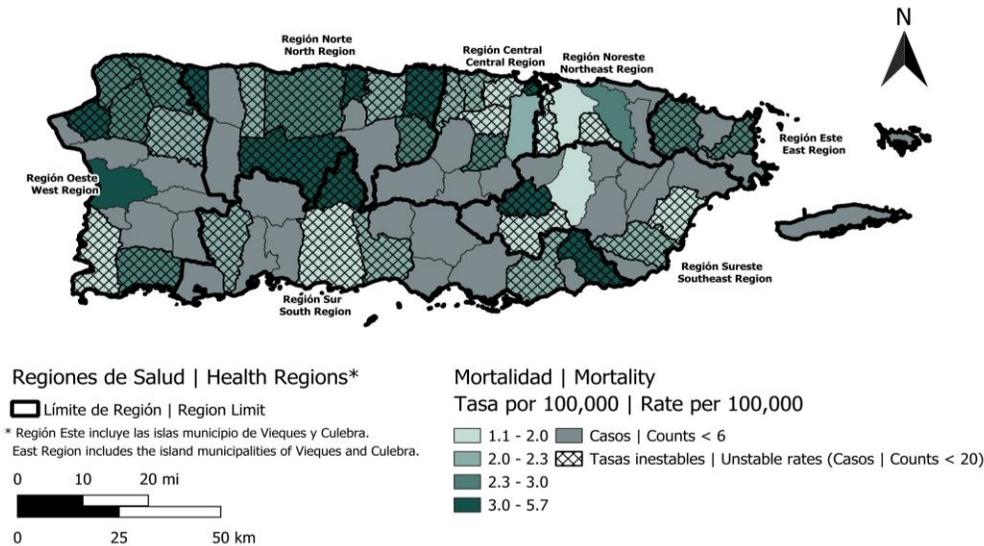


Figura 23. Tasas de mortalidad ajustadas por edad (población estándar de Puerto Rico del 2000) – Cáncer de la cavidad oral y faringe por municipio: Puerto Rico, 2018-2022



Resumen de las figuras. Entre el 2000 y el 2022, las tasas de incidencia para el cáncer de cavidad oral y faringe disminuyeron un promedio anual de **1.9%** ($p < 0.05$) en hombres, mientras que en las mujeres aumentaron un promedio de **1.0%** ($p < 0.05$) por año. Sin embargo, para el periodo 2000-2022, las tasas de mortalidad disminuyeron en un promedio anual de **2.9%** ($p < 0.05$) en hombres y **1.9%** ($p < 0.05$) en mujeres (Figura 20). La mediana de edad al momento del diagnóstico fue **67** años en hombres y en mujeres. La mediana de edad al momento de la muerte fue **70** años en hombres y **74** años en mujeres (Figura 21). **Para información sobre las estadísticas de este cáncer en los Estados Unidos de América, acceda [AQUÍ](#).**

CÁNCER DE ESTÓMAGO



PUNTOS CLAVES

Durante el periodo **2018-2022** en Puerto Rico, el cáncer de **estómago** representó:

- **2.0%** de todos los casos de cáncer en hombres y en mujeres.
- **3.4%** de todas las muertes por cáncer en hombres y **3.1%** de las muertes por cáncer en mujeres.

En promedio,

- **168** hombres y **150** mujeres fueron diagnosticados anualmente.
- **97** hombres y **73** mujeres murieron cada año.

El riesgo de desarrollar cáncer de estómago fue **1.4** veces mayor en hombres que en mujeres (95% IC: 1.3, 1.6).

El riesgo de morir por cáncer de estómago fue **1.7** veces mayor en hombres que en mujeres (95% IC: 1.5, 2.0).

Basado en datos del periodo 2018-2022, excluyendo 2020 debido al COVID, aproximadamente el **0.9%** de hombres y mujeres serán diagnosticados con cáncer de estómago durante su vida.

La supervivencia relativa a 5 años para los casos diagnosticados con cáncer de estómago entre 2013 y 2017 fue **32.4%**, lo que significa que el **32.4%** de las personas diagnosticadas con este cáncer estarán vivas 5 años después del diagnóstico.

En Puerto Rico, aproximadamente **1,445** individuos que fueron diagnosticados con cáncer de estómago durante los últimos 25 años estaban vivos al 1 de enero de 2022.

Detección del cáncer de estómago

No hay pruebas rutinarias de detección temprana para el cáncer de estómago. Los signos y síntomas del cáncer de estómago pueden incluir poco apetito, pérdida de peso, dolor abdominal, acidez o indigestión, hinchazón o acumulación de líquido en el abdomen y sensación de llenura después de comer solo una pequeña comida. Es importante identificar estos signos y síntomas y buscar atención médica.¹³ **Para más información sobre las pruebas para detectar este cáncer, acceda [AQUÍ](#).**

Factores de riesgo

El principal factor asociado con un mayor riesgo de desarrollar cáncer de estómago es la infección por la bacteria *Helicobacter pylori*. Otros factores incluyen ser hombre, edad (>60 años), dieta que incluye grandes cantidades de alimentos preservados con sal o falta de frutas y verduras, fumar, anemia perniciosa, poliposis adenomatosa familiar y tener historial familiar de cáncer de estómago.¹³ **Para más información sobre este cáncer, acceda [AQUÍ](#)**

Figura 24. Tasas de incidencia y mortalidad ajustadas por edad (población estándar de Estados Unidos de América del 2000) – Cáncer de estómago por sexo: Puerto Rico, 2000-2022

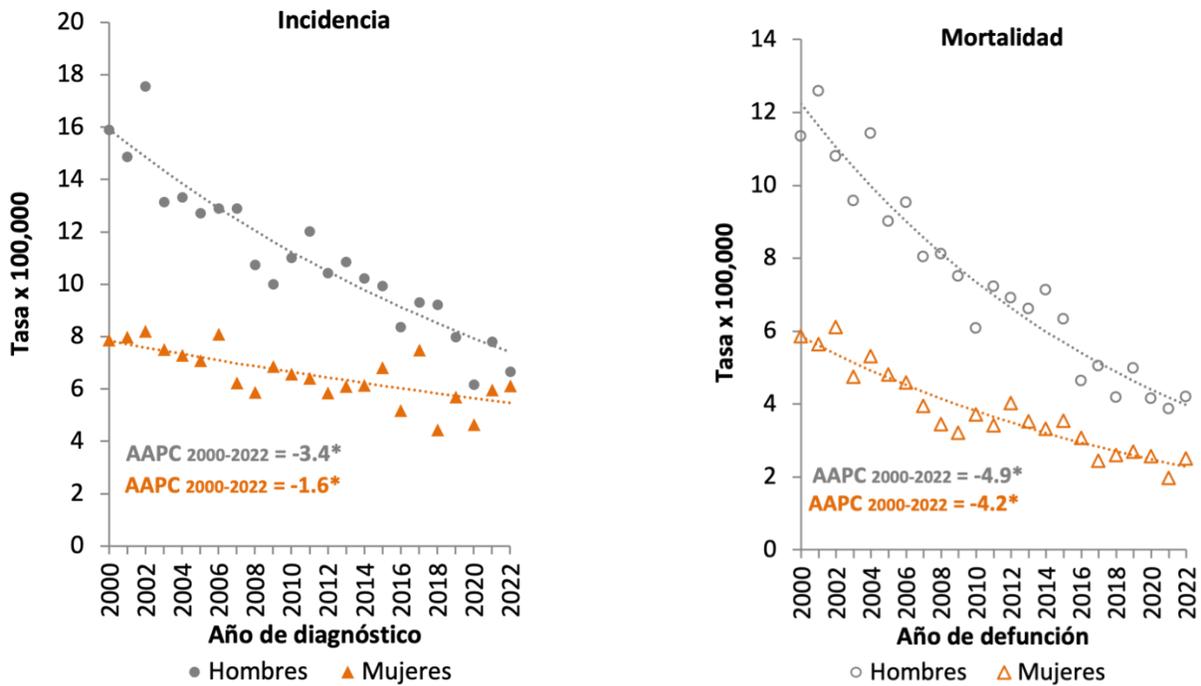


Figura 25. Tasas de incidencia y mortalidad específicas por edad – Cáncer de estómago por sexo: Puerto Rico, 2018-2022

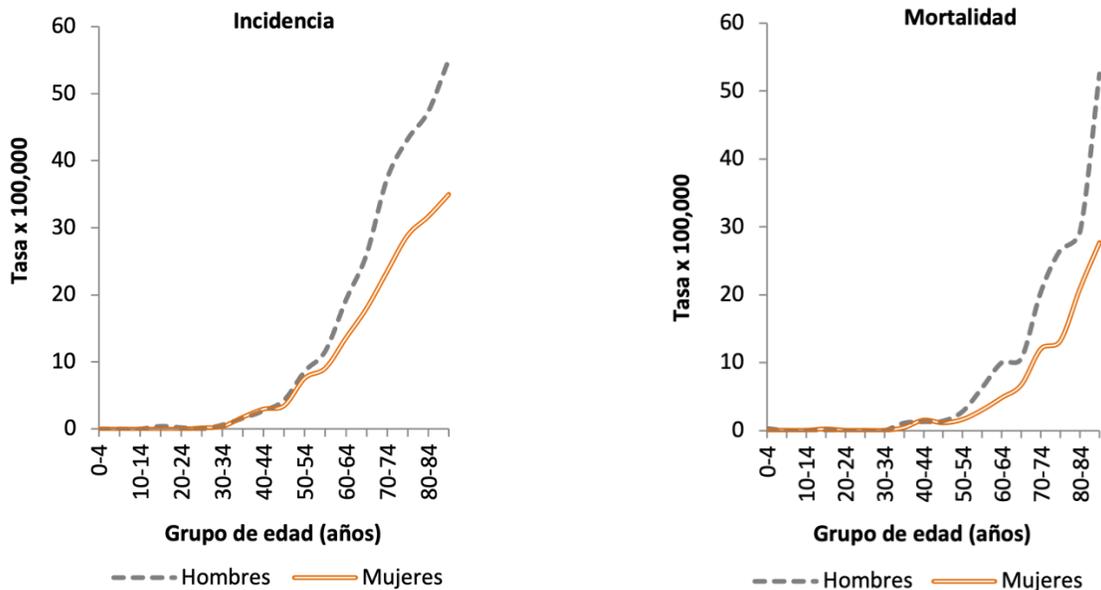


Figura 26. Tasas de incidencia ajustadas por edad (población estándar de Puerto Rico del 2000) – Cáncer de estómago por municipio: Puerto Rico, 2018-2022

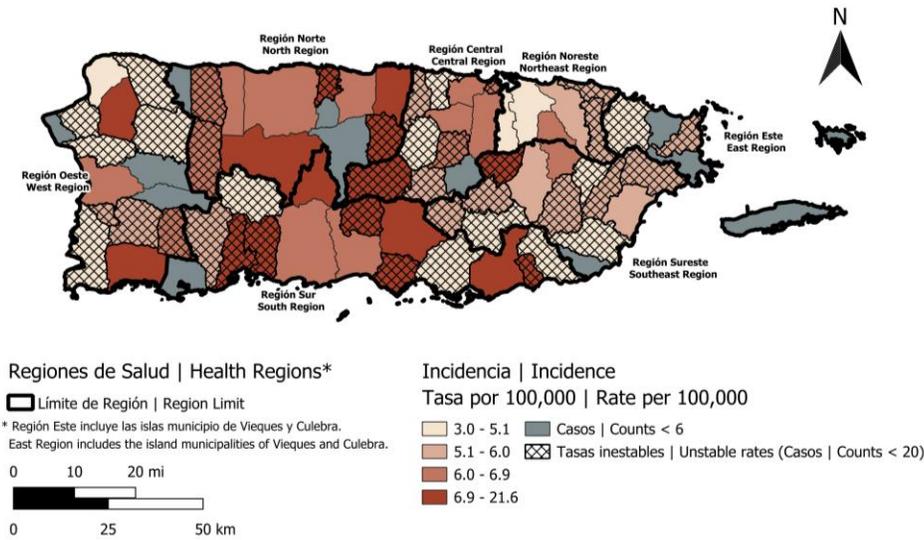
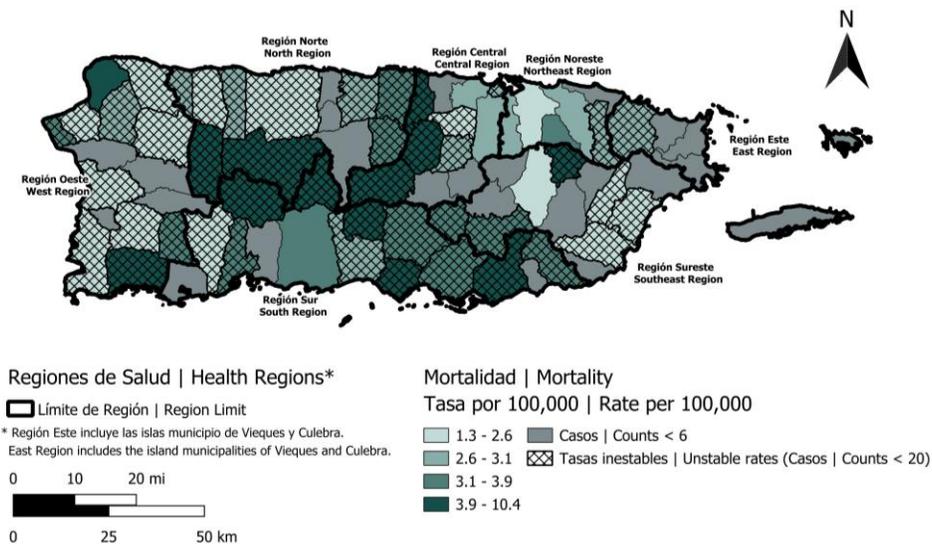


Figura 27. Tasas de mortalidad ajustadas por edad (población estándar de Puerto Rico del 2000) – Cáncer de estómago por municipio: Puerto Rico, 2018-2022



Resumen de las figuras. Entre el 2000 y el 2022, las tasas de incidencia de cáncer de estómago disminuyeron en promedio de **3.4%** ($p < 0.05$) por año en hombres y **1.6%** ($p < 0.05$) por año en mujeres. De igual forma, para el periodo 2000-2022, las tasas de mortalidad disminuyeron en un promedio anual de **5.0%** ($p < 0.05$) en hombres y **4.2%** ($p < 0.05$) en mujeres (Figura 24). La mediana de edad al momento del diagnóstico fue **72** años, tanto en hombres como en mujeres. La mediana de edad al momento de la muerte fue **74** años en hombres y **76** años en mujeres (Figura 25). Para información sobre las estadísticas de este cáncer en los Estados Unidos de América, acceda [AQUÍ](#).



PUNTOS CLAVES

Durante el periodo **2018-2022** en Puerto Rico, el cáncer de **colon y recto** representó:

- **11.1%** y **10.4%** de todos los casos de cáncer en hombres y en mujeres, respectivamente.
- **12.7%** de todas las muertes por cáncer en hombres y **12.2%** de las muertes por cáncer en mujeres.

En promedio,

- **936** hombres y **794** mujeres fueron diagnosticados anualmente.
- **364** hombres y **287** mujeres murieron cada año.

El riesgo de desarrollar cáncer colorrectal fue **1.4** veces más alto en hombres que en mujeres (95% IC: 1.36, 1.49).

El riesgo de morir por cáncer colorrectal fue **1.6** veces mayor en hombres que en mujeres (95% IC: 1.5, 1.7).

Basado en datos del periodo 2018-2022, excluyendo 2020 debido al COVID, aproximadamente el **4.4%** de hombres y mujeres serán diagnosticados con cáncer colorrectal durante su vida.

La supervivencia relativa a 5 años para los casos diagnosticados con cáncer colorrectal entre 2013 y 2017 fue **63.5%**, lo que significa que el **63.5%** de las personas diagnosticadas con este cáncer estarán vivas 5 años después del diagnóstico.

En Puerto Rico, aproximadamente **14,502** individuos que fueron diagnosticados con cáncer colorrectal en los últimos 25 años estaban vivos al 1 de enero de 2022.

Detección temprana del cáncer de colon y recto

Entre las pruebas para la detección temprana del cáncer de colon y recto, se encuentran las pruebas de heces fecales, las cuales incluyen la prueba inmunoquímica fecal (FIT), prueba de sangre oculta en heces basada en guayacol (gFOBT) y la prueba de ADN en las heces fecales. También se utiliza la colonoscopia o la colonografía por CT (examen que utiliza la tomografía computarizada) que permite observar la estructura del colon y el recto y detectar anomalías.¹⁴ **Para más información sobre las pruebas para detectar este cáncer, acceda [AQUÍ](#).**

Factores de riesgo

Los factores asociados al incremento en el riesgo de desarrollar cáncer colorrectal son historial personal o familiar de pólipos, colitis ulcerativa (también conocida como colitis ulcerosa o enfermedad intestinal inflamatoria), enfermedad de Crohn, dieta alta en grasas y calorías pero baja en frutas y vegetales, fumar cigarrillos e inactividad física.¹⁴ **Para más información sobre este cáncer, acceda [AQUÍ](#).**

Figura 28. Tasas de incidencia y mortalidad ajustadas por edad (población estándar de Estados Unidos de América del 2000) – Cáncer de colon y recto: Puerto Rico, 2000-2022

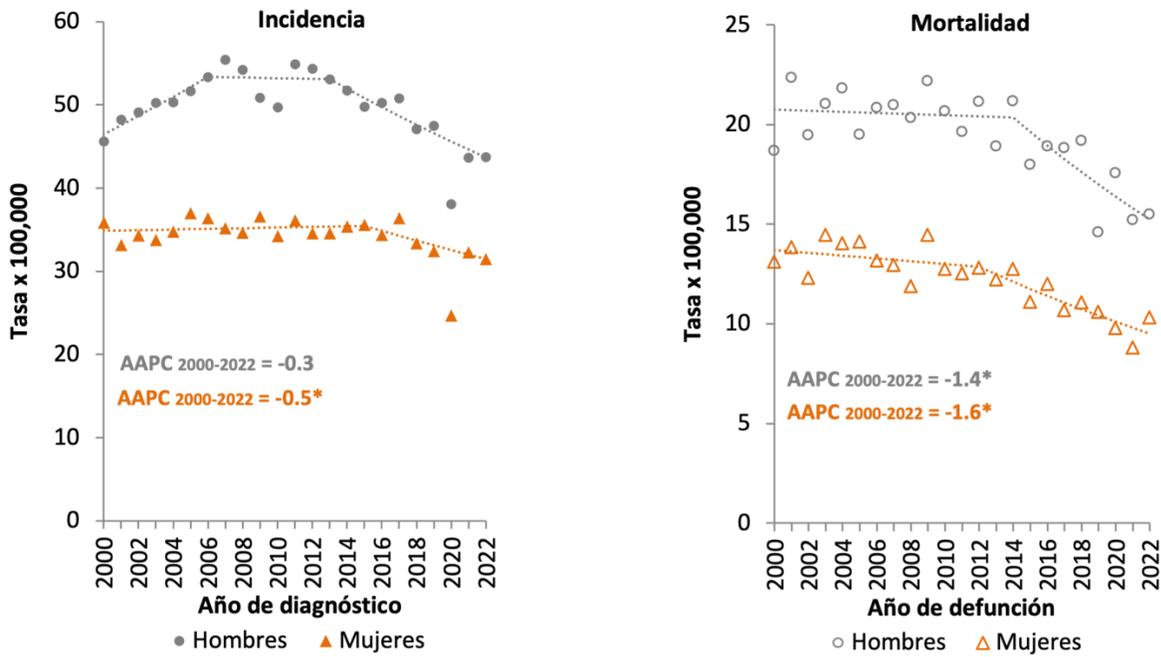


Figura 29. Tasas de incidencia y mortalidad específicas por edad – Cáncer de colon y recto por sexo: Puerto Rico, 2018-2022

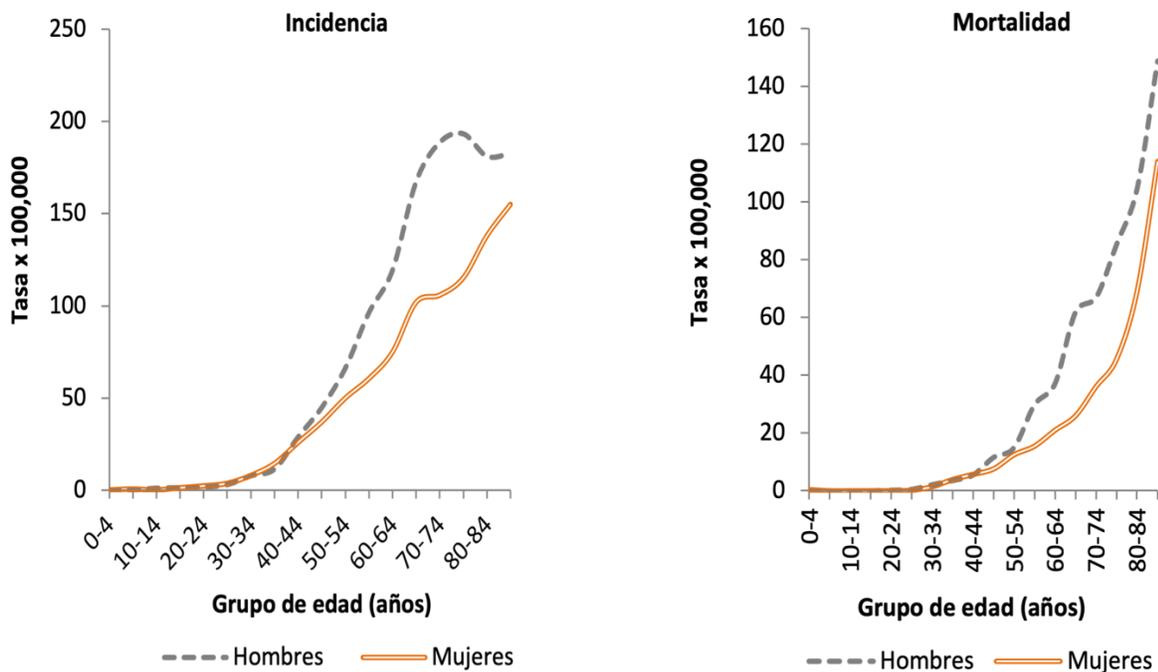


Figura 30. Tasas de incidencia ajustadas por edad (población estándar de Puerto Rico del 2000) – Cáncer de colon y recto por municipio: Puerto Rico, 2018-2022

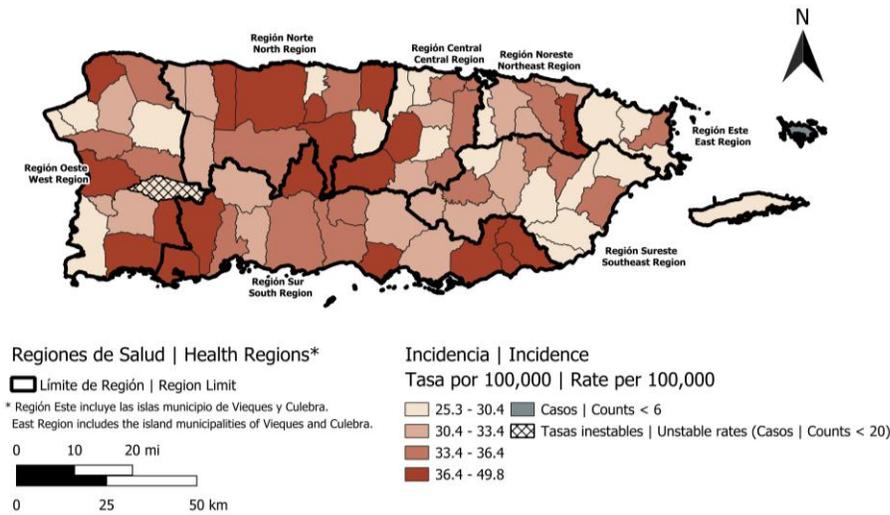
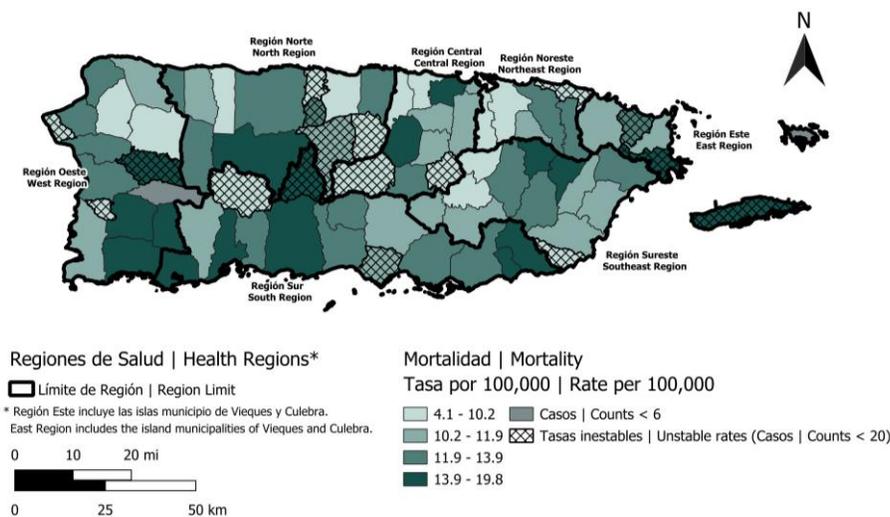


Figura 31. Tasas de mortalidad ajustadas por edad (población estándar de Puerto Rico del 2000) – Cáncer de colon y recto por municipio: Puerto Rico, 2018-2022



Resumen de las figuras. Entre el 2000 y el 2022, las tasas de incidencia de cáncer de colon y recto disminuyeron en promedio 0.3% por año en hombres ($p > 0.05$) y un 0.5% en ($p < 0.05$) por año en mujeres. Para el periodo 2000-2022, las tasas de mortalidad disminuyeron, tanto en hombres como en mujeres en un promedio anual de **1.4%** y **1.6%** ($p < 0.05$), respectivamente (Figura 28). La mediana de edad al momento del diagnóstico fue **68** años, tanto en hombres como en mujeres. La mediana de edad al momento de la muerte fue **72** años en hombres y **75** años en mujeres (Figura 29). **Para información sobre las estadísticas de este cáncer en los Estados Unidos de América, acceda [AQUÍ](#).**



PUNTOS CLAVES

Durante el periodo **2018-2022** en Puerto Rico, el cáncer de **hígado y ducto biliar intrahepático** representó:

- **3.4%** y **1.5%** de todos los casos de cáncer en hombres y en mujeres, respectivamente.
- **8.2%** de todas las muertes por cáncer en hombres y el **5.0%** de todas las muertes por cáncer en mujeres.

En promedio,

- **287** hombres y **118** mujeres fueron diagnosticados anualmente.
- **236** hombres y **118** mujeres murieron cada año.

El riesgo de desarrollar cáncer de hígado y ducto biliar intrahepático fue **3.1** veces mayor en hombres que en mujeres (95% IC: 2.8, 3.4).

El riesgo de morir por cáncer de hígado y ducto biliar intrahepático fue **2.6** veces mayor en hombres que en mujeres (95% IC: 2.3, 2.9).

Basado en datos del periodo 2018-2022, excluyendo 2020 debido al COVID, aproximadamente el **1.0%** de hombres y mujeres serán diagnosticados con cáncer de hígado y ducto biliar intrahepático durante su vida.

La supervivencia relativa a 5 años para los casos diagnosticados con cáncer de hígado y ducto biliar intrahepático entre 2013 y 2017 fue **16.5%**, lo que significa que el **16.5%** de las personas diagnosticadas con este cáncer estarán vivas 5 años después del diagnóstico.

En Puerto Rico, aproximadamente **719** individuos que fueron diagnosticados con cáncer de hígado y ducto biliar intrahepático en los últimos 25 años estaban vivos al 1 de enero de 2022.

Detección del cáncer de hígado y ducto biliar intrahepático

No existen pruebas de detección temprana para el cáncer de hígado y ducto biliar. No obstante, la prueba de sangre para detectar alfafetoproteína y las ecografías son recomendadas para personas con alto riesgo de desarrollar cáncer de hígado. Estas deben realizarse cada seis meses.¹⁵ **Para más información sobre las pruebas para detectar este cáncer, acceda [AQUÍ](#).**

Factores de riesgo

Los factores de riesgo asociados al cáncer de hígado y de ducto biliar intrahepático son infección con el virus de hepatitis B (VHB) o el virus de hepatitis C (VHC), alto consumo de alcohol, aflatoxinas (sustancias dañinas producidas por ciertos tipos de moho), enfermedades de almacenaje de hierro, cirrosis, obesidad y diabetes.¹⁵ **Para más información sobre este cáncer, acceda [AQUÍ](#).**

Figura 32. Tasas de incidencia y mortalidad ajustadas por edad (población estándar de Estados Unidos de América del 2000) – Cáncer hígado y ducto biliar intrahepático: Puerto Rico, 2000-2022

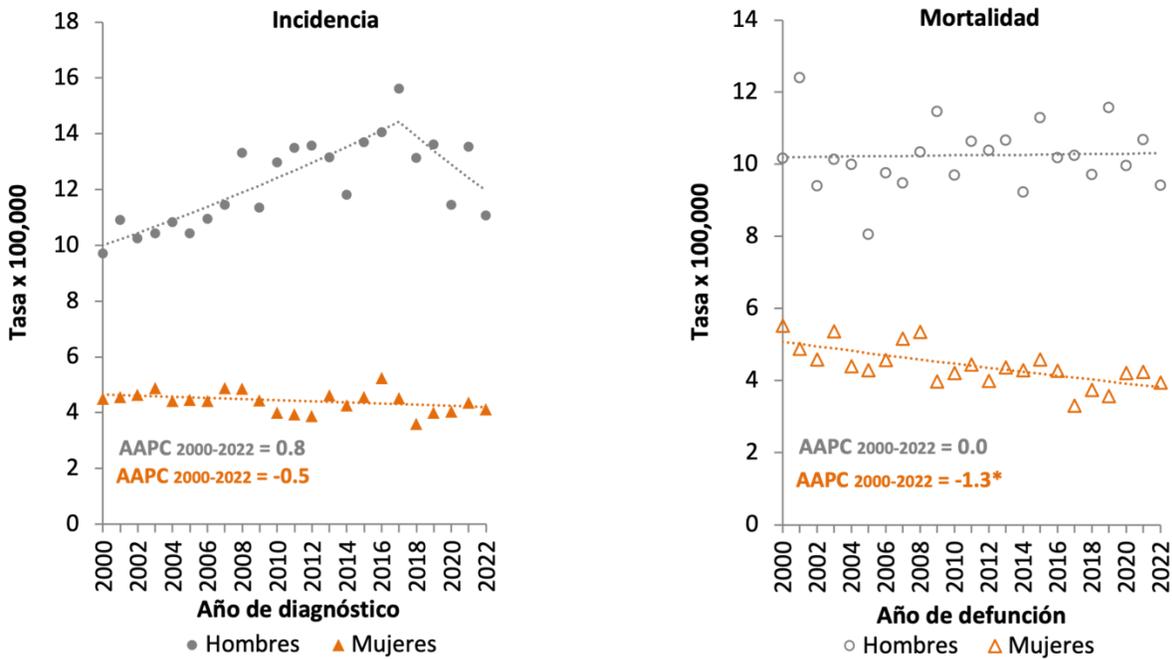


Figura 33. Tasas de incidencia y mortalidad específicas por edad – Cáncer de hígado y ducto biliar intrahepático por sexo: Puerto Rico, 2018-2022

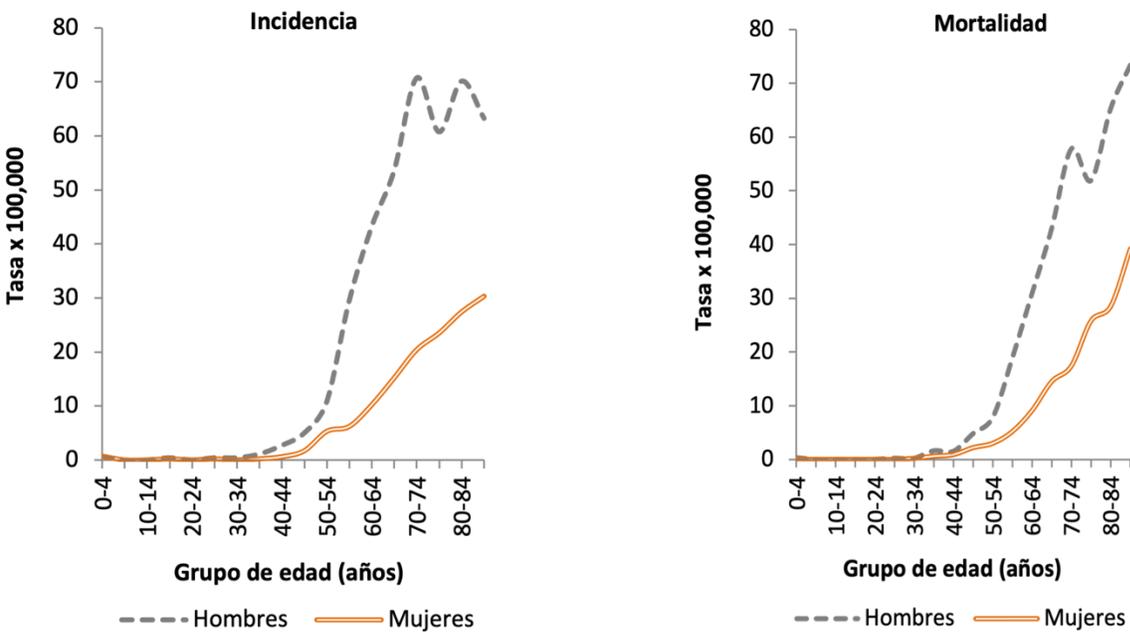


Figura 34. Tasas de incidencia ajustadas por edad (población estándar de Puerto Rico del 2000) – Cáncer de hígado y ducto biliar intrahepático por municipio: Puerto Rico, 2018-2022

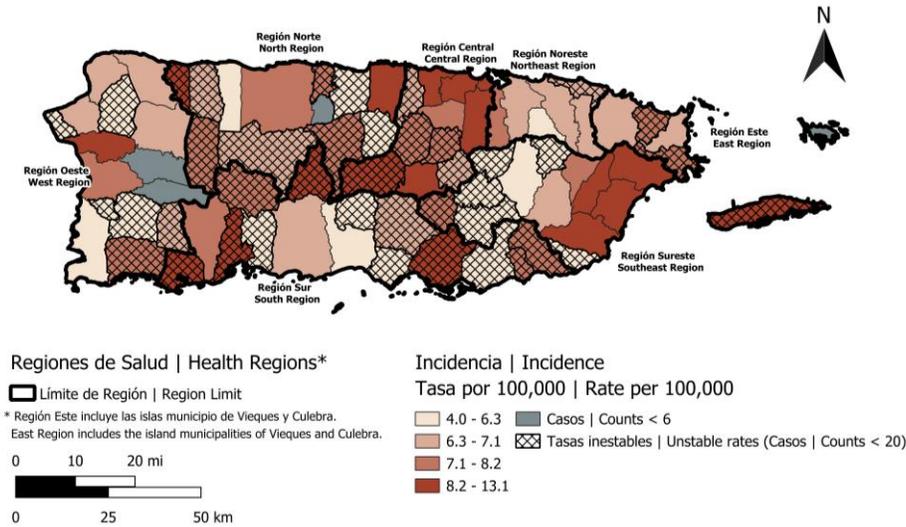
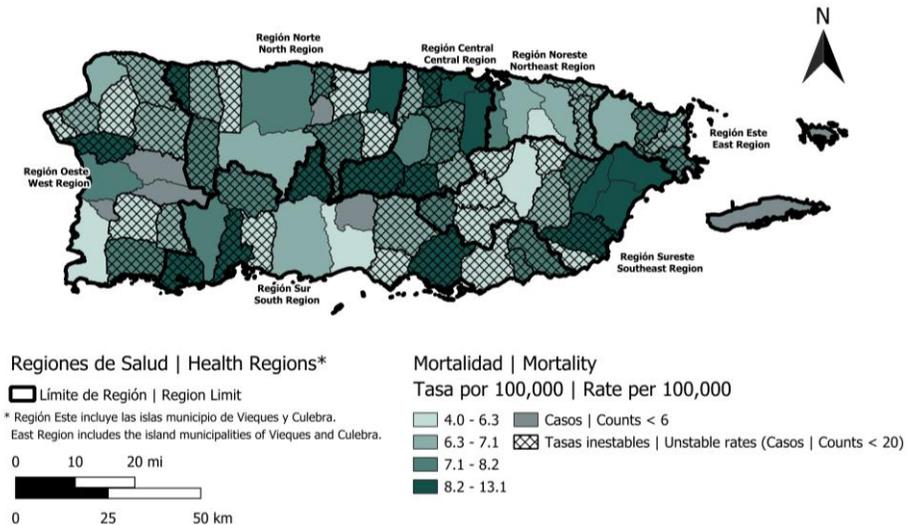


Figura 35. Tasas de mortalidad ajustadas por edad (población estándar de Puerto Rico del 2000) – Cáncer de hígado y ducto biliar intrahepático por municipio: Puerto Rico, 2018-2022



Resumen de las figuras. Entre el 2000 y el 2022, las tasas de incidencia para el cáncer de hígado y ducto biliar intrahepático se mantuvieron estables tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, durante el mismo período, las tasas de mortalidad se mantuvieron estables en hombres, pero disminuyeron en mujeres a un promedio anual de **1.3%** ($p < 0.05$) (Figura 32). La mediana de edad al momento del diagnóstico fue **70** años en hombres y **73** años en mujeres. La mediana de edad al momento de la muerte fue **71** años en hombres y **75** años en mujeres (Figura 33). Para información sobre las estadísticas de este cáncer en los Estados Unidos de América, acceda [AQUÍ](#).



PUNTOS CLAVES

Durante el periodo **2018-2022** en Puerto Rico, el cáncer de **páncreas** representó:

- **2.6%** de los cánceres en hombres y en mujeres.
- **6.4%** de las muertes por cáncer en hombres y el **6.9%** de las muertes por cáncer en mujeres.

En promedio,

- **215** hombres y **203** mujeres fueron diagnosticados anualmente.
- **184** hombres y **162** mujeres murieron cada año.

El riesgo de desarrollar cáncer de páncreas fue **1.3** veces mayor en hombres que en mujeres (IC 95%: 1.2, 1.5).

El riesgo de morir por cáncer de páncreas fue **1.5** veces mayor en hombres que en mujeres (IC 95%: 1.4, 1.7).

Basado en datos del periodo 2018-2022, excluyendo 2020 debido al COVID, aproximadamente el **1.1%** de hombres y mujeres serán diagnosticados con cáncer de páncreas durante su vida.

La supervivencia relativa a 5 años para los casos diagnosticados con cáncer de páncreas entre 2013 y 2017 fue **12.7%**, lo que significa que el **12.7%** de las personas diagnosticadas con este cáncer estarán vivas 5 años después del diagnóstico.

En Puerto Rico, aproximadamente **560** individuos que fueron diagnosticados con cáncer de páncreas en los últimos 25 años estaban vivos al 1 de enero de 2022.

Detección del cáncer de páncreas

La detección del cáncer de páncreas es difícil debido a que generalmente no presenta síntomas en etapa temprana. Usualmente, este cáncer se puede detectar cuando ya ha aumentado de tamaño o se ha extendido a otros órganos. Actualmente no se recomiendan pruebas de detección rutinarias para este cáncer en personas de riesgo promedio, ya que no se ha demostrado que estas pruebas reduzcan el riesgo de muerte.¹⁶ **Para más información sobre las pruebas para detectar este cáncer, acceda [AQUÍ](#).**

Factores de riesgo

Los factores de riesgo del cáncer de páncreas incluyen el uso de productos de tabaco, el sobrepeso, la diabetes y pancreatitis crónica. Además, factores como edad avanzada, ser hombre o tener síndromes genéticos hereditarios pueden aumentar el riesgo de desarrollar esta enfermedad.¹⁶ **Para más información sobre este cáncer, acceda [AQUÍ](#).**

Figura 36. Tasas de incidencia y mortalidad ajustadas por edad (población estándar de Estados Unidos de América del 2000) – Cáncer de páncreas: Puerto Rico, 2000-2022

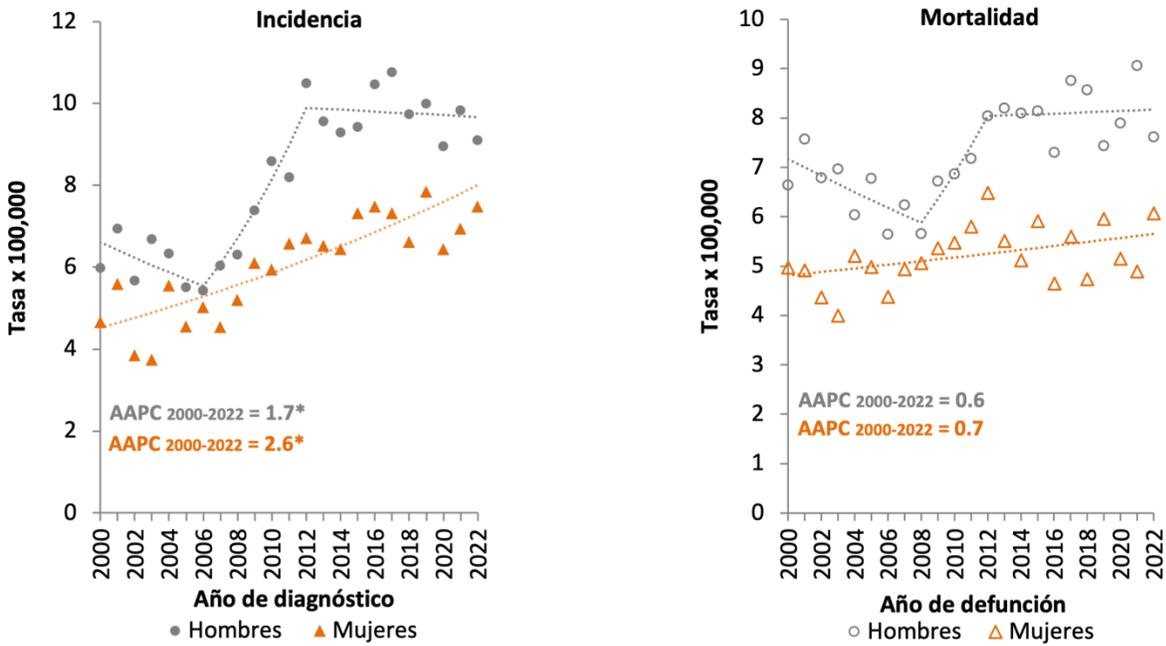


Figura 37. Tasas de incidencia y mortalidad específicas por edad –Cáncer de páncreas por sexo: Puerto Rico, 2018-2022

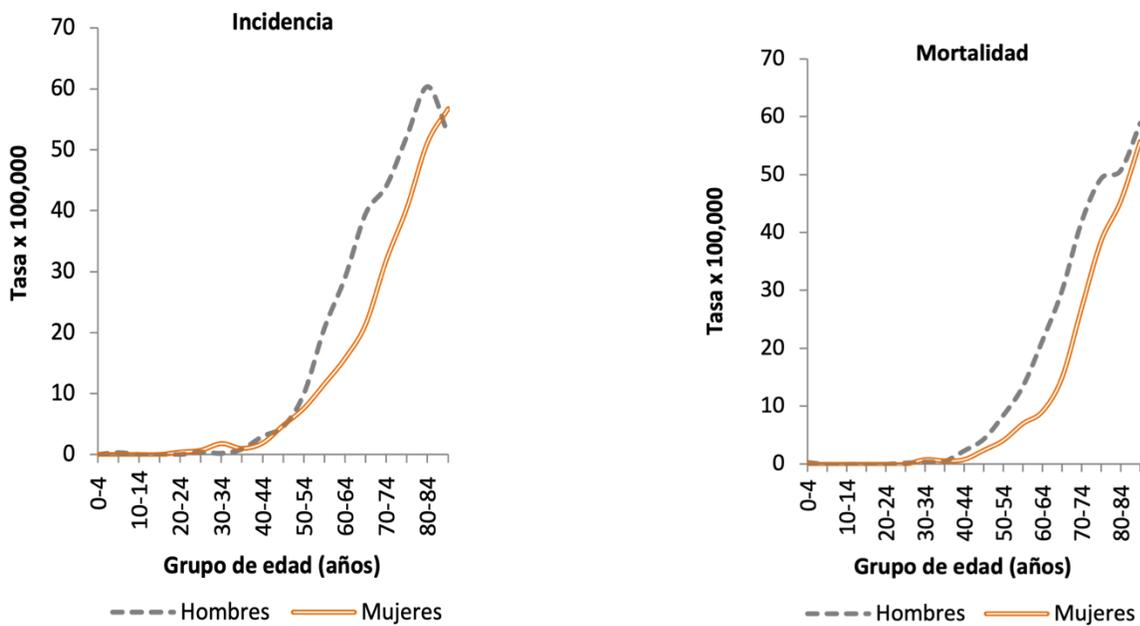


Figura 38. Tasas de incidencia ajustadas por edad (población estándar de Puerto Rico del 2000) – Cáncer de páncreas por municipio: Puerto Rico, 2018-2022

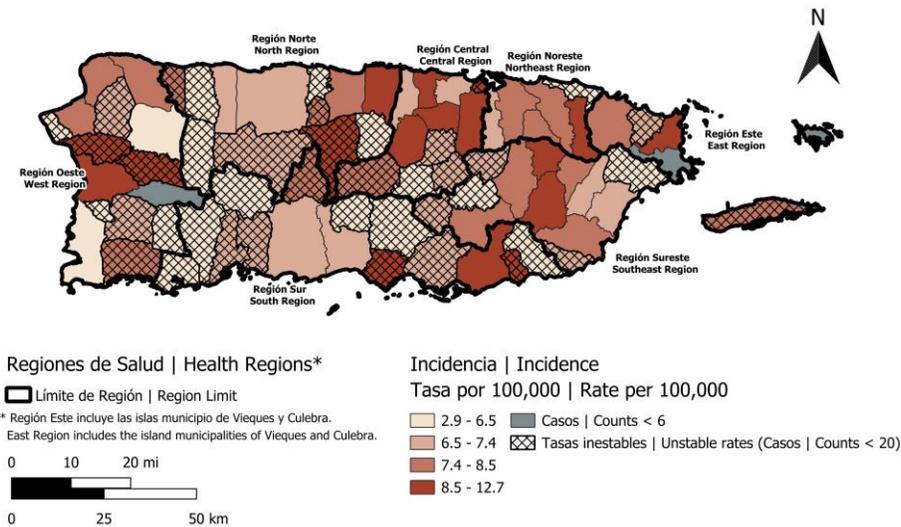
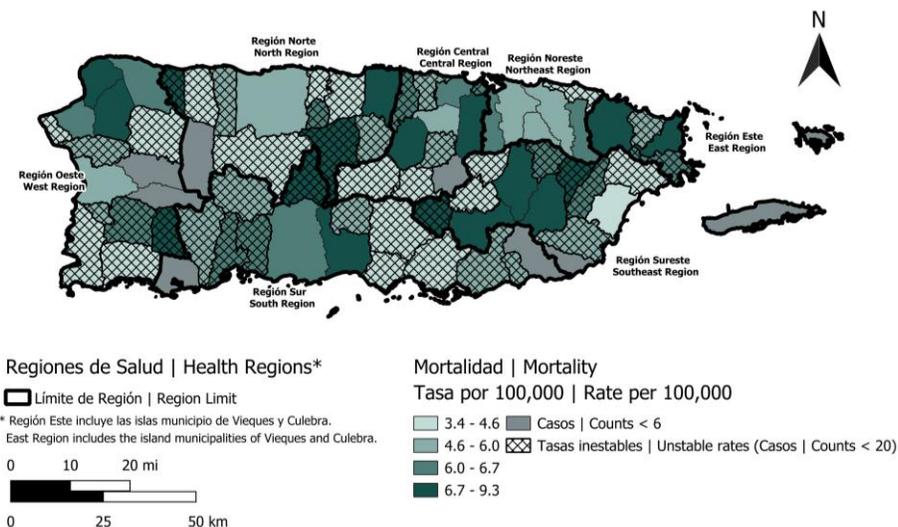


Figura 39. Tasas de mortalidad ajustadas por edad (población estándar de Puerto Rico del 2000) – Cáncer de páncreas por municipio: Puerto Rico, 2018-2022



Resumen de las figuras. Entre el 2000 y el 2022, las tasas de incidencia para el cáncer de páncreas aumentaron anualmente en un promedio de **1.7%** ($p < 0.05$) en hombres y **2.6%** ($p < 0.05$) en mujeres. Para el periodo 2000-2022, las tasas de mortalidad se mantuvieron estables tanto en hombres como en mujeres (Figura 36). La mediana de edad al momento del diagnóstico fue **70** años en hombres y **74** en mujeres. La mediana de edad al momento de la muerte fue **72** años en hombres y **76** años en mujeres (Figura 37). **Para información sobre las estadísticas de este cáncer en los Estados Unidos de América, acceda [AQUÍ](#).**



PUNTOS CLAVES

Durante el periodo **2018-2022** en Puerto Rico, el cáncer de **pulmón y bronquios** representó:

- **5.2%** y **4.1%** de los cánceres en hombres y en mujeres, respectivamente.
- **11.6%** de las muertes por cáncer en hombres y el **9.3%** de las muertes por cáncer en mujeres.

En promedio,

- **442** hombres y **317** mujeres fueron diagnosticados anualmente.
- **332** hombres y **220** mujeres murieron cada año.

El riesgo de desarrollar cáncer de pulmón y bronquios fue **1.8** veces mayor en hombres que en mujeres (IC 95%: 1.6, 1.9).

El riesgo de morir por cáncer de pulmón y bronquios fue **2.0** veces mayor en hombres que en mujeres (IC 95%: 1.8, 2.1).

Basado en datos del periodo 2018-2022, excluyendo 2020 debido al COVID, aproximadamente el **2.0%** de hombres y mujeres serán diagnosticados con cáncer de pulmón y bronquios durante su vida.

La supervivencia relativa a 5 años para los casos diagnosticados con cáncer de pulmón y bronquios entre 2013 y 2017 fue **21.3%**, lo que significa que el **21.3%** de las personas diagnosticadas con este cáncer estarán vivas 5 años después del diagnóstico.

En Puerto Rico, aproximadamente **1,850** individuos que fueron diagnosticados con cáncer de pulmón y bronquios en los últimos 25 años estaban vivos al 1 de enero de 2022.

Detección del cáncer de pulmón y bronquios (pulmonar)

Para detectar el cáncer de pulmón y bronquios, la Sociedad Americana Contra el Cáncer recomienda tomografías computarizadas de baja dosis (LDCT, por sus siglas en inglés). Esta prueba es recomendada para personas entre las edades de 50 y 80 años que fuman o tienen un historial de fumar, sin presentar síntomas.¹⁷ **Para más información sobre las pruebas para detectar este cáncer, acceda [AQUÍ](#).**

Factores de riesgo

El consumo de tabaco es la principal causa del cáncer de pulmón y bronquios. Otros factores de riesgo para desarrollar cáncer de pulmón y bronquios incluyen estar expuesto a humo de tabaco ambiental (fumador pasivo), exposición a gas radón, asbestos y a la contaminación del aire, otras enfermedades pulmonares, como tuberculosis y tener historial familiar de cáncer pulmonar.¹⁷ **Para más información sobre este cáncer, acceda [AQUÍ](#).**

Figura 40. Tasas de incidencia y mortalidad ajustadas por edad (población estándar de Estados Unidos de América del 2000) – Cáncer de pulmón y bronquios: Puerto Rico, 2000-2022

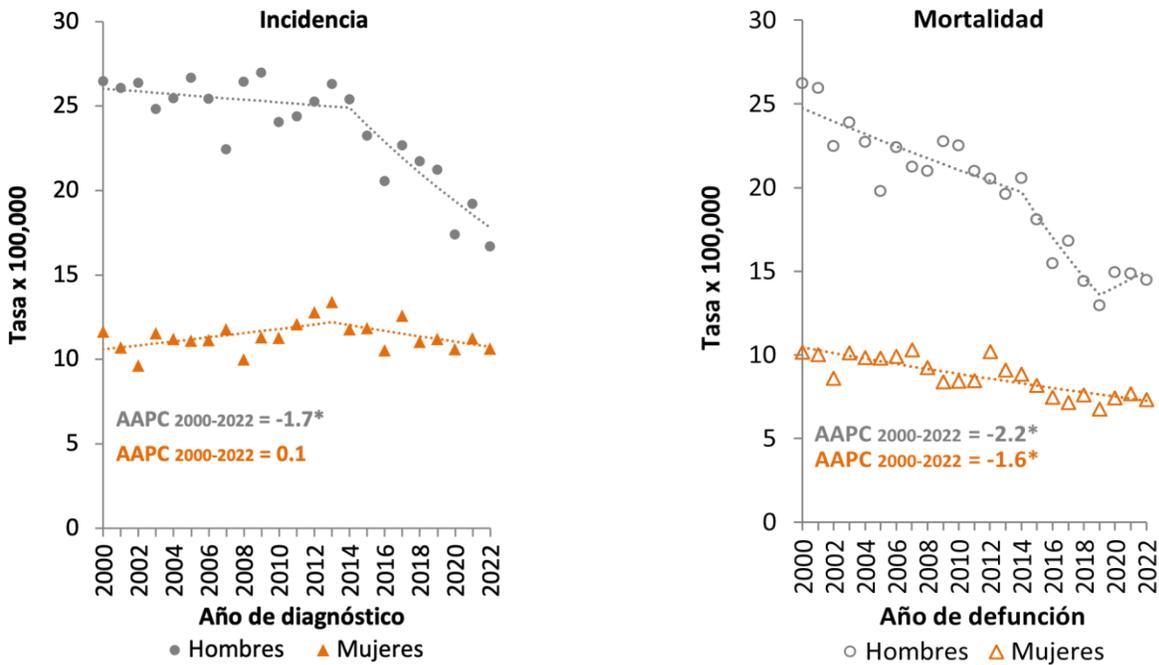


Figura 41. Tasas de incidencia y mortalidad específicas por edad – Cáncer de pulmón y bronquios por sexo: Puerto Rico, 2018-2022

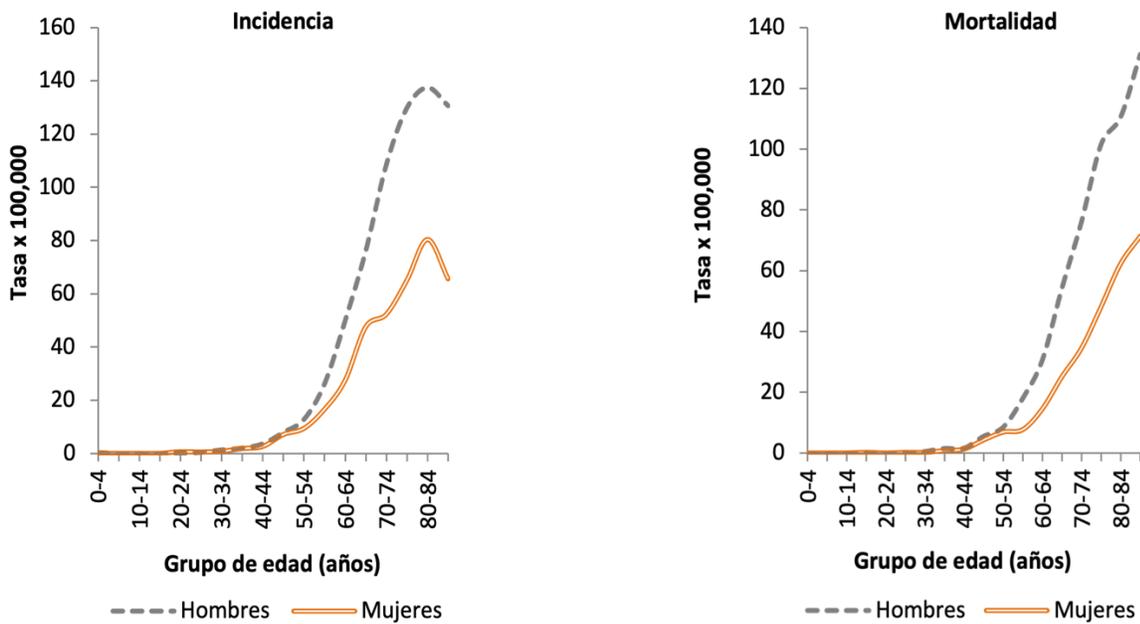


Figura 42. Tasas de incidencia ajustadas por edad (población estándar de Puerto Rico del 2000) – Cáncer de pulmón y bronquios por municipio: Puerto Rico, 2018-2022

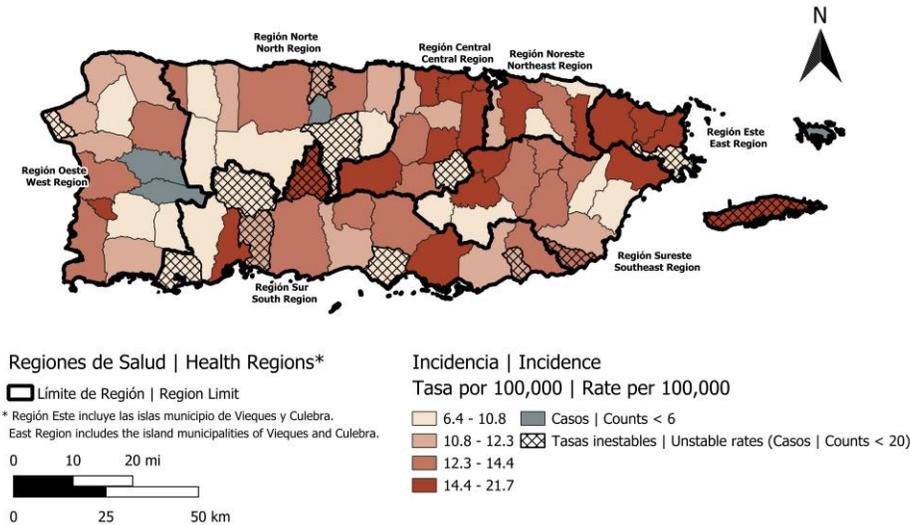
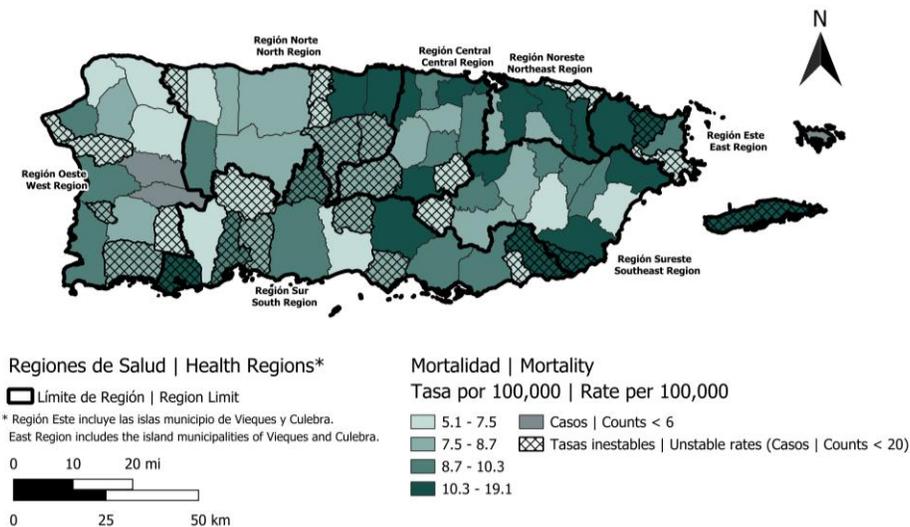


Figura 43. Tasas de mortalidad ajustadas por edad (población estándar de Puerto Rico del 2000) – Cáncer de pulmón y bronquios por municipio: Puerto Rico, 2018-2022



Resumen de las figuras. Entre el 2000 y el 2022, las tasas de incidencia para el cáncer de pulmón y bronquios disminuyeron un promedio anual de **1.7%** ($p < 0.05$) en hombres, mientras que en las mujeres se mantuvieron estables. Para el periodo 2000-2022, las tasas de mortalidad disminuyeron en un promedio anual de **2.2%** ($p < 0.05$) en hombres y **1.6%** ($p < 0.05$) en mujeres (Figura 40). La mediana de edad al momento del diagnóstico fue **73** años en hombres y **72** en mujeres. La mediana de edad al momento de la muerte fue **74** años en hombres y **76** años en mujeres (Figura 41). **Para información sobre las estadísticas de este cáncer en los Estados Unidos de América, acceda [AQUÍ](#).**



PUNTOS CLAVES

Durante el periodo **2018-2022** en Puerto Rico, el cáncer de **mama** representó:

- **31.4%** de todos los casos de cáncer diagnosticados en mujeres.
- **17.7%** de todas las muertes por cáncer en mujeres.

En promedio,

- **2,410** mujeres fueron diagnosticadas anualmente con cáncer de mama invasivo.
- **418** mujeres murieron cada año por cáncer de mama.

Basado en datos del periodo 2018-2022, excluyendo 2020 debido al COVID, aproximadamente el **11.4%** de mujeres serán diagnosticadas con cáncer de mama durante su vida.

La supervivencia relativa a 5 años para los casos diagnosticados con cáncer de mama entre 2013 y 2017 fue **86.1%**, lo que significa que el **86.1%** de las mujeres diagnosticadas con este cáncer estarán vivas 5 años después del diagnóstico.

En Puerto Rico, aproximadamente **26,810** mujeres que fueron diagnosticadas con cáncer de mama en los últimos 25 años estaban vivas al 1 de enero de 2022.

Detección temprana del cáncer de mama

La mamografía es el mejor método para la detección temprana del cáncer de mama. Las mujeres con riesgo promedio de 45 a 54 años deben realizarse una mamografía cada año, mientras que las mujeres de 55 años en adelante deben realizarse una cada dos años. En general, las mujeres de alto riesgo deben someterse a una imagen de resonancia magnética (MRI) y una mamografía cada año a partir de los 30 años.¹⁸ **Para más información sobre las pruebas para detectar este cáncer, acceda [AQUÍ](#).**

Factores de riesgo

El cáncer de mama es una enfermedad principalmente influida por factores de riesgo relacionados con estilos de vida. Cerca de, el 5%-10% de todos los casos de cáncer de mama se pueden atribuir al factor genético. Otros factores pueden estar relacionados a efectos dañinos por exposición a hormonas.¹⁸ **Para más información sobre este cáncer, acceda [AQUÍ](#).**

Figura 44. Tasas de incidencia y mortalidad ajustadas por edad (población estándar de Estados Unidos de América del 2000) – Cáncer de mama en mujeres: Puerto Rico, 2000-2022

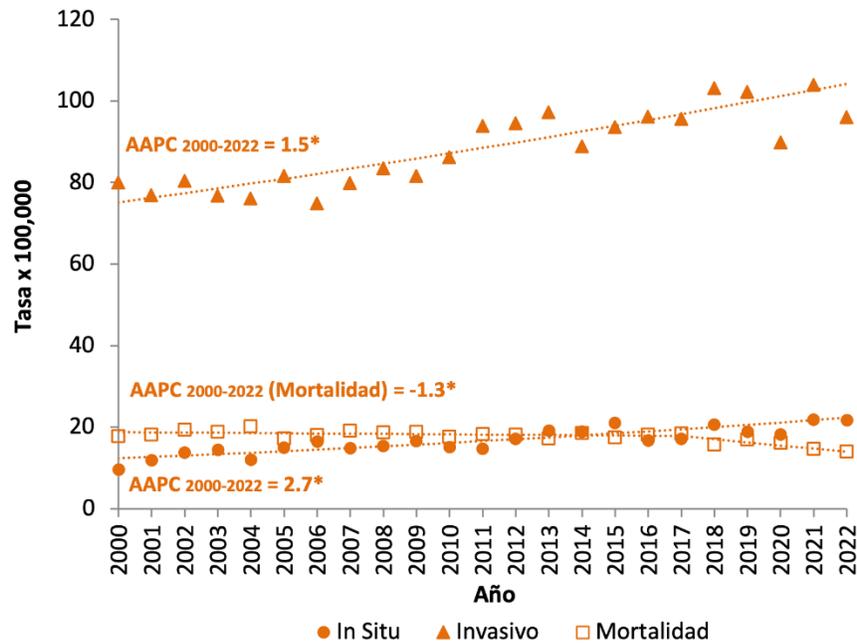


Figura 45. Tasas de incidencia y mortalidad específicas por edad – Cáncer de mama en mujeres: Puerto Rico, 2018-2022

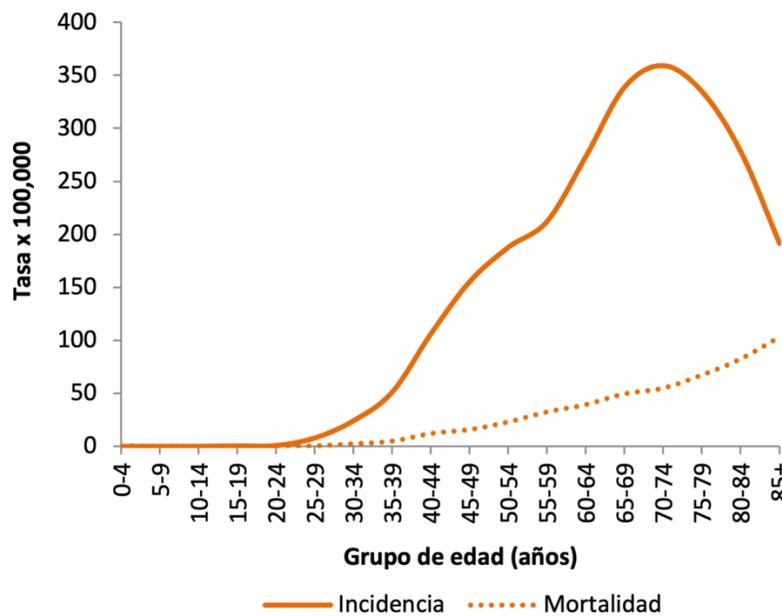


Figura 46. Tasas de incidencia ajustadas por edad (población estándar de Puerto Rico del 2000) – Cáncer de mama por municipio: Puerto Rico, 2018-2022

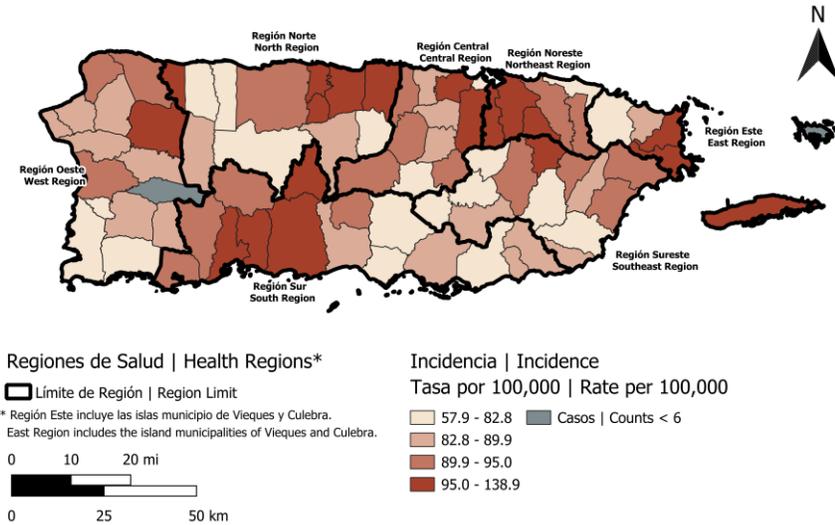
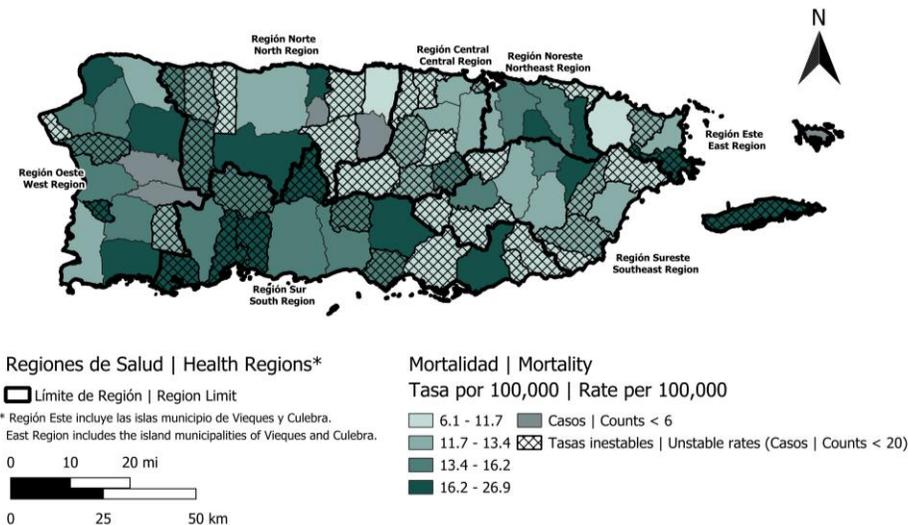


Figura 47. Tasas de mortalidad ajustadas por edad (población estándar de Puerto Rico del 2000) – Cáncer de mama por municipio: Puerto Rico, 2018-2022



Resumen de las figuras. Entre el 2000 y el 2022, las tasas de incidencia de cáncer de mama invasivo entre las mujeres aumentaron en promedio de **1.5%** ($p < 0.05$) por año, mientras que las de cáncer *in-situ* de mama aumentaron en promedio de **2.7%** ($p < 0.05$) por año. Sin embargo, para el periodo 2000-2022, las tasas de mortalidad por cáncer de mama disminuyeron en promedio de **1.3%** ($p < 0.05$) por año (Figura 44). La mediana de edad al momento del diagnóstico fue **65** años para el cáncer de mama invasivo y **64** años para el cáncer de mama *in-situ*. La mediana de edad al momento de la muerte fue **70** años (Figura 45). **Para información sobre las estadísticas de este cáncer en los Estados Unidos de América, acceda [AQUÍ](#).**



PUNTOS CLAVES

Durante el periodo **2018-2022** en Puerto Rico, el cáncer de **cuello uterino** representó:

- **2.6%** de todos los casos de cáncer diagnosticados en mujeres
- **2.0%** de todas las muertes por cáncer en mujeres.

En promedio,

- **202** mujeres fueron diagnosticadas anualmente.
- **47** mujeres murieron cada año.

Basado en datos del periodo 2018-2022, excluyendo 2020 debido al COVID, aproximadamente el **1.0%** de mujeres serán diagnosticadas con cáncer de cuello uterino durante su vida.

La supervivencia relativa a 5 años para los casos diagnosticados con cáncer de cuello uterino entre 2013 y 2017 fue **66.6%**, lo que significa que el **66.6%** de las mujeres diagnosticadas con este cáncer estarán vivas 5 años después del diagnóstico.

En Puerto Rico, aproximadamente **2,709** mujeres que fueron diagnosticadas con cáncer de cuello uterino en los últimos 25 años estaban vivas al 1 de enero de 2022.

Detección temprana del cáncer de cuello uterino

La prueba de Papanicolaou y la prueba del virus del papiloma humano (VPH) son las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino. Las mujeres con cuello uterino deben realizarse una de estas pruebas (por sí solas) o ambas (de manera conjunta). Es importante seguir las guías para realizarse estas pruebas de rutina.¹⁹ **Para más información sobre las pruebas para detectar este cáncer, acceda [AQUÍ](#).**

Factores de riesgo

La infección de cérvix con el VPH es el principal factor de riesgo para el cáncer de cuello uterino. Otros factores de riesgo para desarrollar cáncer cervical son antecedentes sexuales, como actividad sexual a una edad temprana, tener muchas parejas sexuales o tener una pareja de alto riesgo (ej. pareja con infección por VPH), el uso prolongado de contraceptivos orales, antecedente familiar de cáncer de cuello uterino, historial de fumar cigarrillos, bajo nivel socioeconómico y una dieta deficiente en frutas y vegetales.¹⁹ **Para más información sobre este cáncer, acceda [AQUÍ](#).**

Figura 48. Tasas de incidencia y mortalidad ajustadas por edad (población estándar de Estados Unidos de América del 2000) – Cáncer de cuello uterino: Puerto Rico, 2000-2022

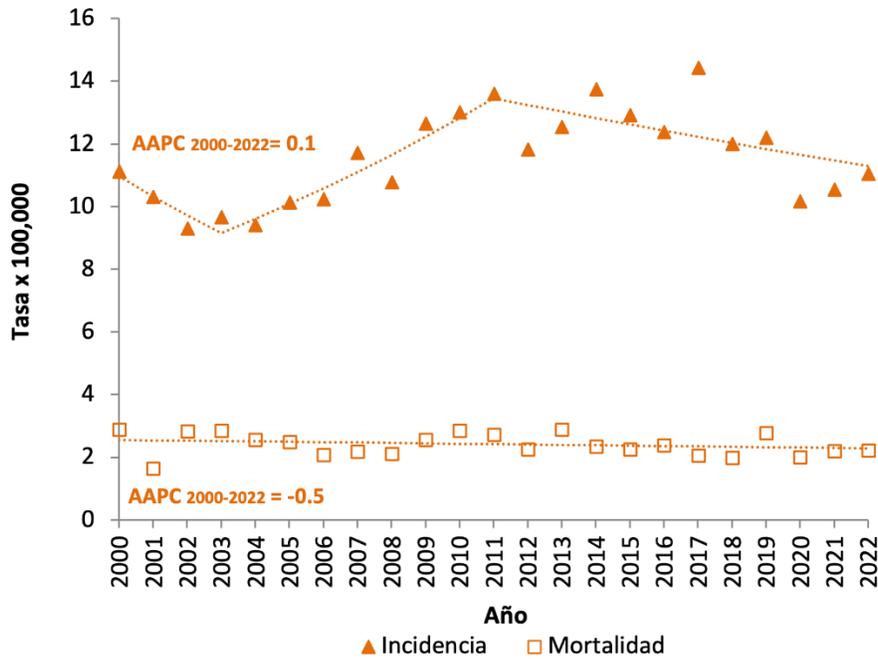


Figura 49. Tasas de incidencia y mortalidad específicas por edad – Cáncer de cuello uterino: Puerto Rico, 2018-2022

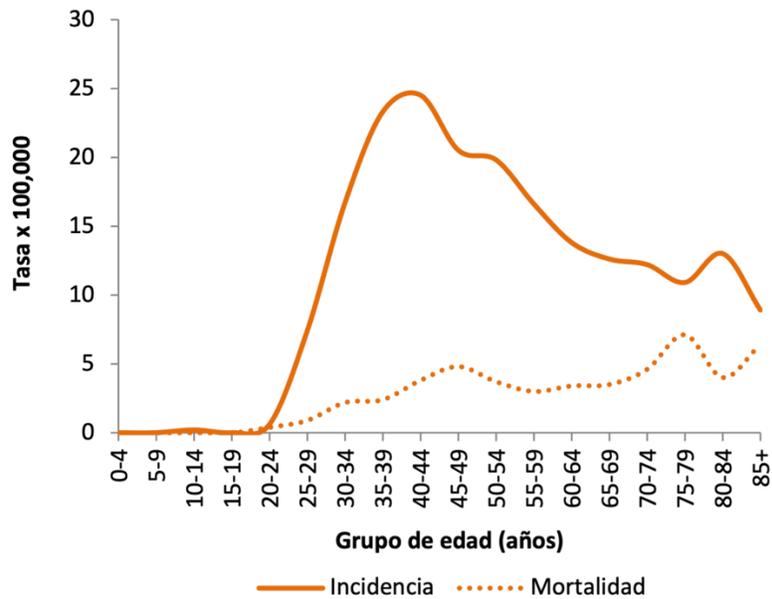
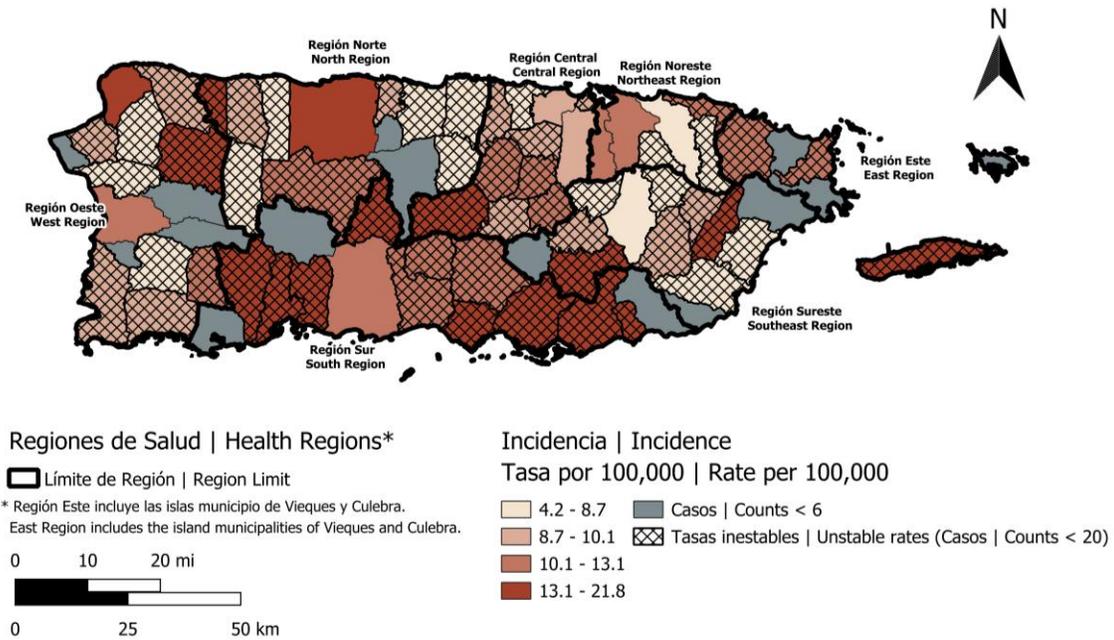


Figura 50. Tasas de incidencia ajustadas por edad (población estándar de Puerto Rico del 2000) – Cáncer de cuello uterino por municipio: Puerto Rico, 2018-2022



Nota: Las tasas de mortalidad por municipio no se pudieron calcular debido al escaso número de casos en la mayoría de los municipios.

Resumen de las figuras. Entre el 2000 y el 2022, las tasas de incidencia y mortalidad para el cáncer de cuello uterino se mantuvieron estables (Figura 48). La mediana de edad al momento del diagnóstico fue **51** años. La mediana de edad al momento de la muerte fue **60** años (Figura 49). **Para información sobre las estadísticas de este cáncer en los Estados Unidos de América, acceda [AQUÍ](#).**

CÁNCER DEL CUERPO DEL ÚTERO



PUNTOS CLAVES

Durante el periodo **2018-2022** en Puerto Rico, el cáncer del **cuerpo del útero** representó:

- **10.0%** de todos los casos de cáncer diagnosticados en mujeres
- **5.9%** de todas las muertes por cáncer en mujeres.

En promedio,

- **766** mujeres fueron diagnosticadas anualmente.
- **139** mujeres murieron cada año.

Basado en datos del periodo 2018-2022, excluyendo 2020 debido al COVID, aproximadamente el **3.5%** de mujeres serán diagnosticadas con cáncer uterino durante su vida.

La supervivencia relativa a 5 años para los casos diagnosticados con cáncer uterino entre 2013 y 2017 fue **81.3%**, lo que significa que el 81.3% de las mujeres diagnosticadas con este cáncer estarán vivas 5 años después del diagnóstico.

En Puerto Rico, aproximadamente **7,372** mujeres que fueron diagnosticadas con cáncer uterino en los últimos 25 años estaban vivas al 1 de enero de 2022.

Detección del cáncer del cuerpo del útero

Para detectar el cáncer del cuerpo del útero (endometrio) en una etapa temprana, la persona debe consultar con un médico si presenta algún signo o síntoma relacionado con este cáncer. Los síntomas incluyen sangrado o secreción vaginal anormal, que empeora, ocurre entre periodos menstruales o se presenta después de la menopausia.²⁰

Para más información sobre las pruebas para detectar este cáncer, acceda [AQUÍ](#).

Factores de riesgo

Los factores asociados con un aumento del riesgo de cáncer de cuerpo del útero incluyen edad, hiperplasia del endometrio, terapia de reemplazo hormonal, obesidad y condiciones relacionadas, uso de tamoxifeno y tener cáncer colorrectal. Otros factores están relacionados a la duración de la exposición a estrógeno y el número total de ciclos menstruales durante su vida.²⁰ **Para más información sobre este cáncer, acceda [AQUÍ](#).**

Figura 51. Tasas de incidencia y mortalidad ajustadas por edad (población estándar de Estados Unidos de América del 2000) – Cáncer del cuerpo del útero: Puerto Rico, 2000-2022

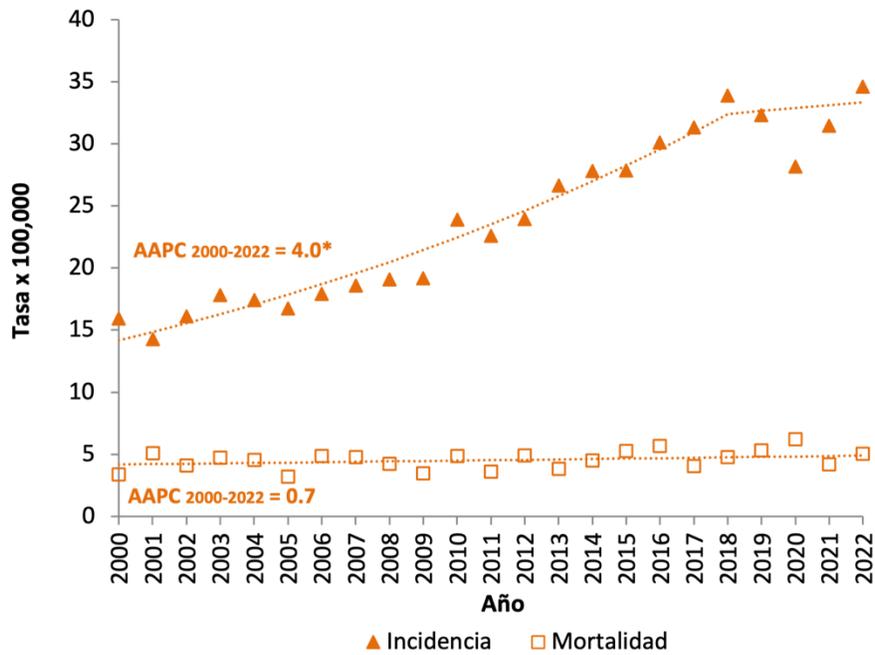


Figura 52. Tasas de incidencia y mortalidad específicas por edad – Cáncer del cuerpo del útero: Puerto Rico, 2018-2022

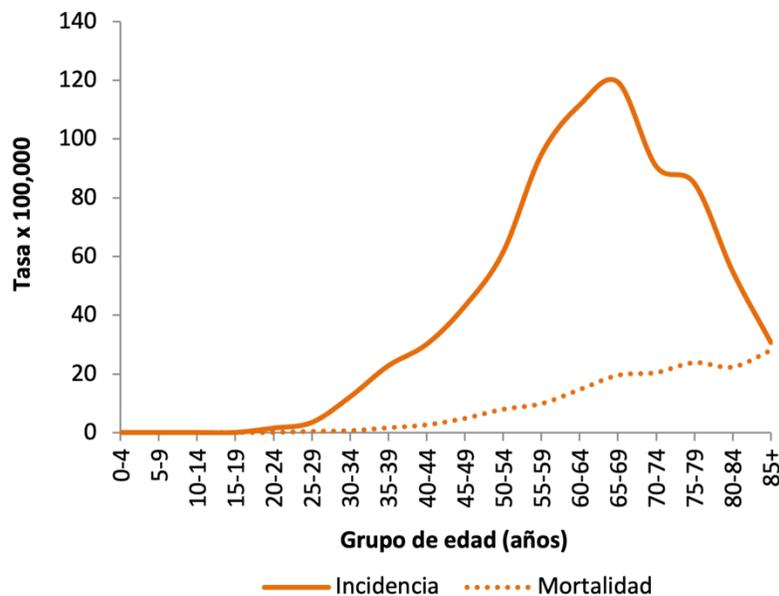


Figura 53. Tasas de incidencia ajustadas por edad (población estándar de Puerto Rico del 2000) – Cáncer del cuerpo del útero por municipio: Puerto Rico, 2018-2022

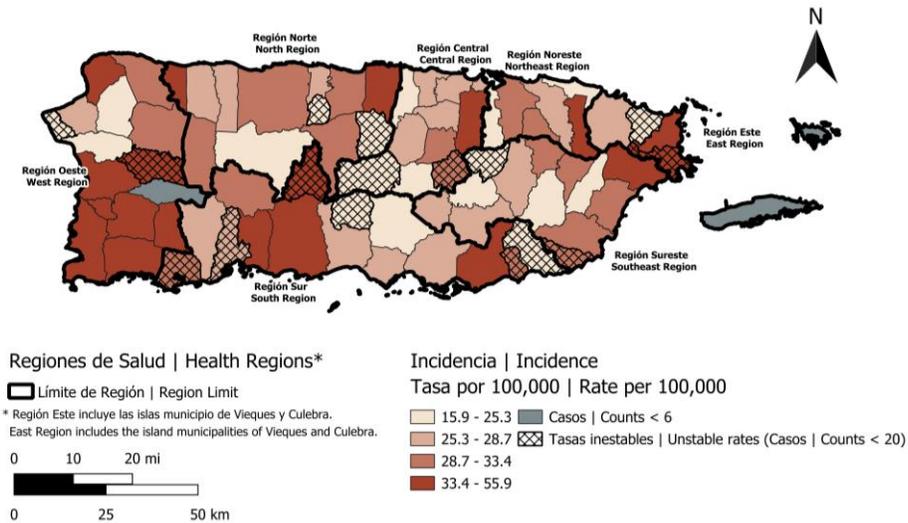
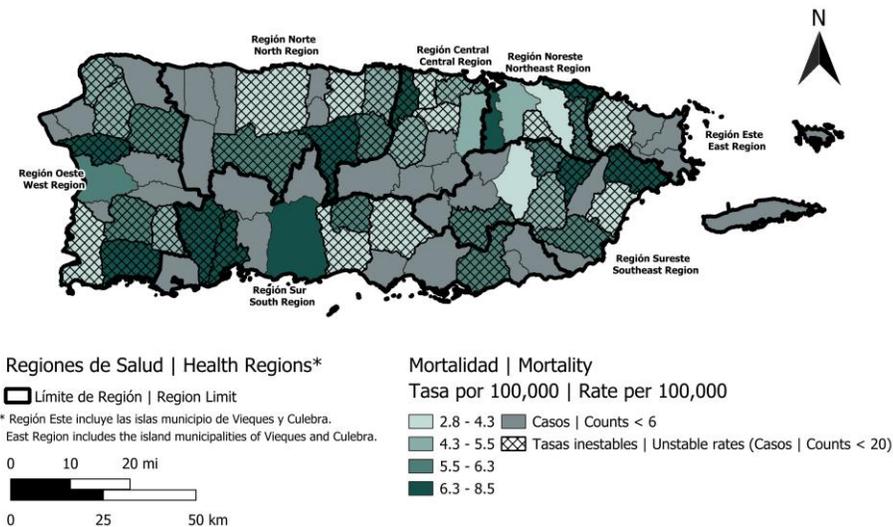


Figura 54. Tasas de mortalidad ajustadas por edad (población estándar de Puerto Rico del 2000) – Cáncer del cuerpo del útero por municipio: Puerto Rico, 2018-2022



Resumen de las figuras. Entre el 2000 y el 2022, las tasas de incidencia para el cáncer uterino aumentaron un promedio anual de **4.0%** ($p < 0.05$). Para el periodo 2000-2022, las tasas de mortalidad por cáncer uterino se mantuvieron estables (Figura 51). La mediana de edad al momento del diagnóstico fue **63** años, mientras que la mediana de edad al momento de la muerte fue **69** años (Figura 52). **Para información sobre las estadísticas de este cáncer en los Estados Unidos de América, acceda [AQUÍ](#).**



PUNTOS CLAVES

Durante el periodo **2018-2022** en Puerto Rico, el cáncer de **ovario** representó:

- **2.3%** de todos los casos de cáncer diagnosticados en mujeres
- **4.3%** de todas las muertes por cáncer en mujeres.

En promedio,

- **176** mujeres fueron diagnosticadas anualmente con cáncer de ovario
- **101** mujeres murieron cada año por cáncer de ovario.

Basado en datos del periodo 2018-2022, excluyendo 2020 debido al COVID, aproximadamente el **0.9%** de mujeres serán diagnosticadas con cáncer de ovario durante su vida.

La supervivencia relativa a 5 años para los casos diagnosticados con cáncer de ovario entre 2013 y 2017 fue **47.5%**, lo que significa que el **47.5%** de las mujeres diagnosticadas con este cáncer estarán vivas 5 años después del diagnóstico.

En Puerto Rico, aproximadamente **1,269** mujeres que fueron diagnosticadas con cáncer de ovario en los últimos 25 años estaban vivas al 1 de enero de 2022.

Detección del cáncer de ovario

Según la Sociedad Americana Contra el Cáncer, alrededor del 94% de las mujeres a quienes se les detecta cáncer de ovario en etapa temprana viven más de 5 años después del diagnóstico. Uno de los métodos utilizados para detectar el cáncer de ovario es el examen rutinario de salud. Además, la ecografía transvaginal (TVUS) y la prueba de sangre CA-125 son las pruebas más utilizadas para esta detección.²¹ **Para más información sobre las pruebas para detectar este cáncer, acceda [AQUÍ](#).**

Factores de riesgo

Entre los factores de riesgo importantes para cáncer de ovario se encuentran: hábito de fumar, envejecimiento, sobrepeso y antecedentes familiares de cáncer de ovario, de seno, o cáncer colorrectal. Además, las mujeres que nunca tuvieron un embarazo completo o que tuvieron su primer embarazo después de los 35 años presentan un mayor riesgo de desarrollar este cáncer.²¹ **Para más información sobre este cáncer acceda [AQUÍ](#).**

Figura 55. Tasas de incidencia y mortalidad ajustadas por edad (población estándar de Estados Unidos de América del 2000) – Cáncer de ovario: Puerto Rico, 2000-2022

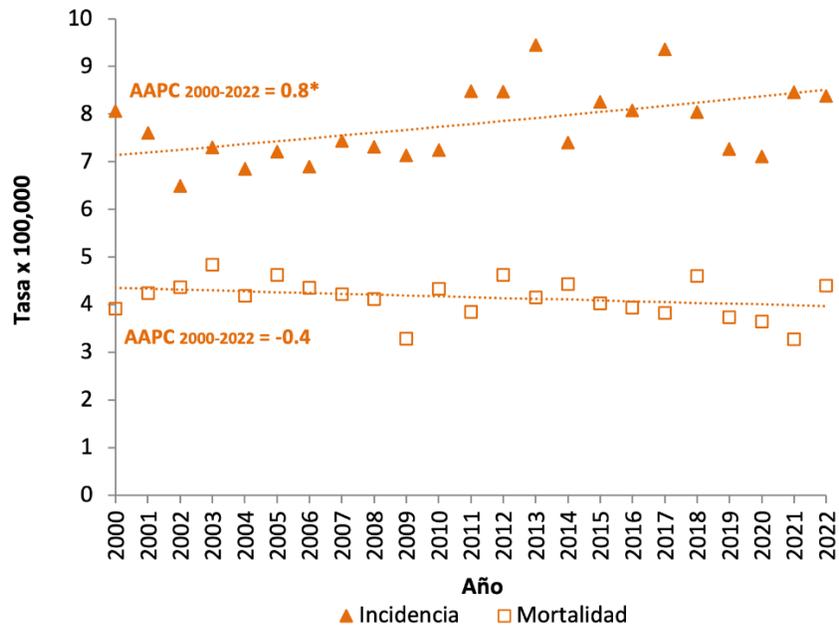


Figura 56. Tasas de incidencia y mortalidad específicas por edad – Cáncer de ovario: Puerto Rico, 2018-2022

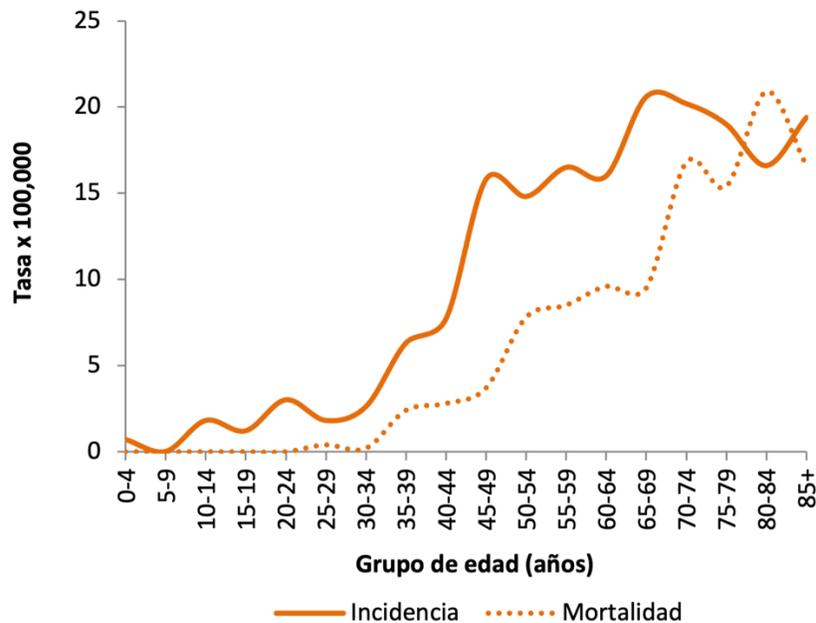


Figura 57. Tasas de incidencia ajustadas por edad (población estándar de Puerto Rico del 2000) – Cáncer de ovario por municipio: Puerto Rico, 2018-2022

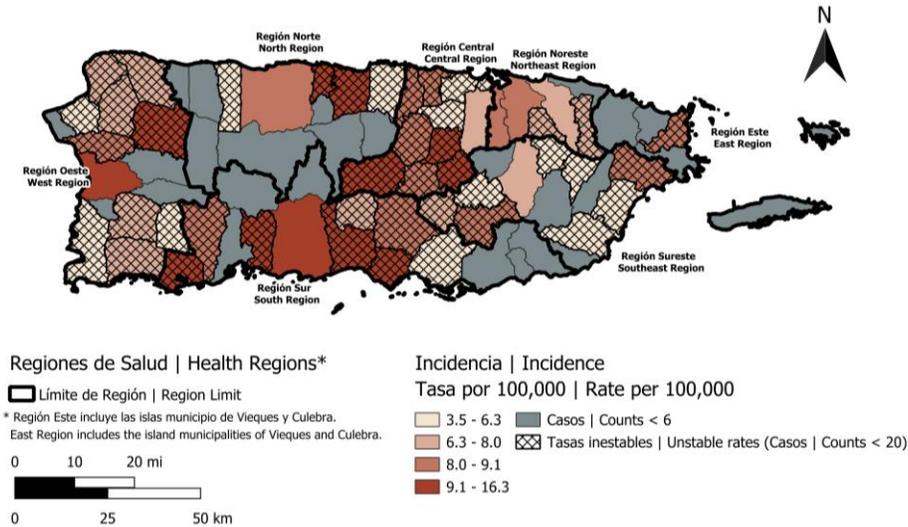
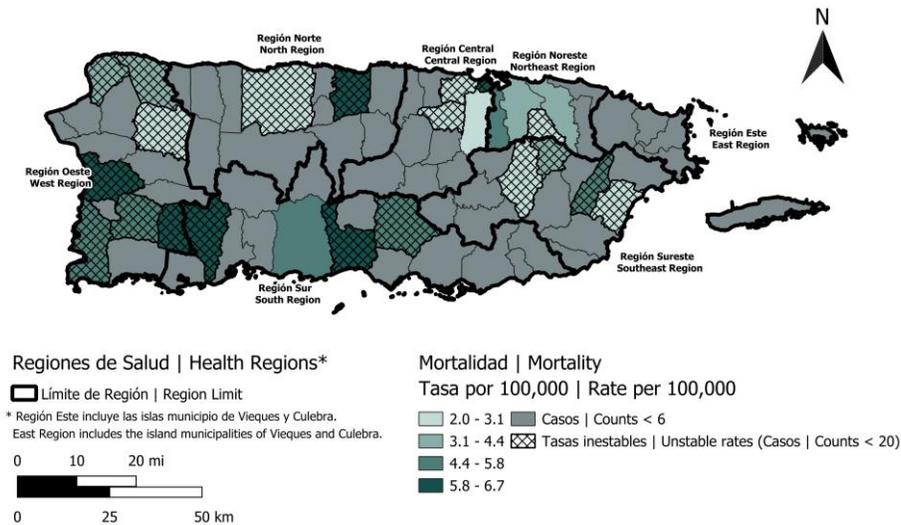


Figura 58. Tasas de mortalidad ajustadas por edad (población estándar de Puerto Rico del 2000) – Cáncer de ovario por municipio: Puerto Rico, 2018-2022



Resumen de las figuras. Entre 2000 y 2022, las tasas de incidencia de cáncer de ovario en mujeres aumentaron en promedio un **0.8%** por año ($p < 0.05$). Sin embargo, las tasas de mortalidad para el periodo 2000-2022 se mantuvieron estables (Figura 55). La mediana de edad al momento del diagnóstico fue de **62** años y la mediana de edad al momento de la muerte fue de **70** años (Figura 56). Para información sobre las estadísticas de este cáncer en los Estados Unidos de América, acceda [AQUÍ](#).



PUNTOS CLAVES

Durante el periodo **2018-2022** en Puerto Rico, el cáncer de **próstata** representó:

- **38.9%** de todos los casos de cáncer diagnosticados en hombres.
- **16.2%** de todas las muertes por cáncer en hombres.

En promedio,

- **3,282** hombres fueron diagnosticados anualmente.
- **464** hombres murieron cada año.

Basado en datos del periodo 2018-2022, excluyendo 2020 debido al COVID, aproximadamente el **15.4%** de hombres serán diagnosticados con cáncer de próstata durante su vida.

La supervivencia relativa a 5 años para los casos diagnosticados con cáncer de próstata entre 2013 y 2017 fue **99.1%**, lo que significa que el **99.1%** de los hombres diagnosticados con este cáncer estarán vivos 5 años después del diagnóstico.

En Puerto Rico, aproximadamente **40,314** hombres que fueron diagnosticados con cáncer de próstata en los últimos 25 años estaban vivos al 1 de enero de 2022.

Detección temprana del cáncer de próstata

El cáncer de próstata se puede detectar en sus etapas tempranas por medio de dos pruebas. Estas pruebas son el análisis del antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés) en la sangre y el examen mediante tacto rectal o examen digital del recto (DRE, por sus siglas en inglés).²² **Para más información sobre las pruebas para detectar este cáncer, acceda [AQUÍ](#).**

Factores de riesgo

Los factores asociados a aumentar el riesgo de desarrollar este cáncer incluyen la edad (mayores de 50 años), tener historial familiar de cáncer de próstata, raza/grupo étnico (hombres de raza negra y hombres del Caribe con ascendencia africana) y tener historial de neoplasia intraepitelial de alto grado (PIN).²² **Para más información sobre este cáncer, acceda [AQUÍ](#).**

Figura 59. Tasas de incidencia y mortalidad ajustadas por edad (población estándar de Estados Unidos de América del 2000) – Cáncer de próstata: Puerto Rico, 2000-2022

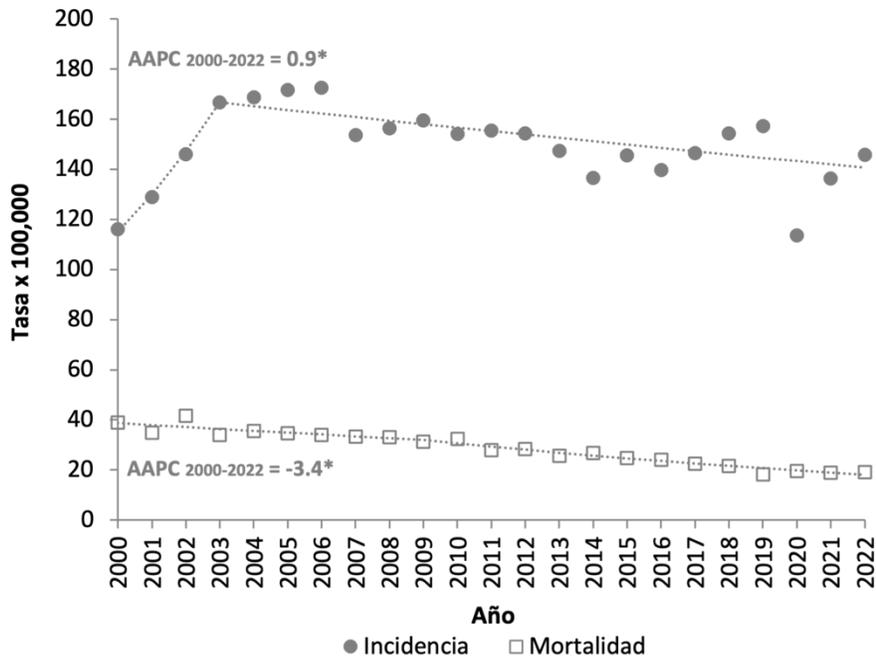


Figura 60. Tasas de incidencia y mortalidad específicas por edad – Cáncer de próstata: Puerto Rico, 2018-2022

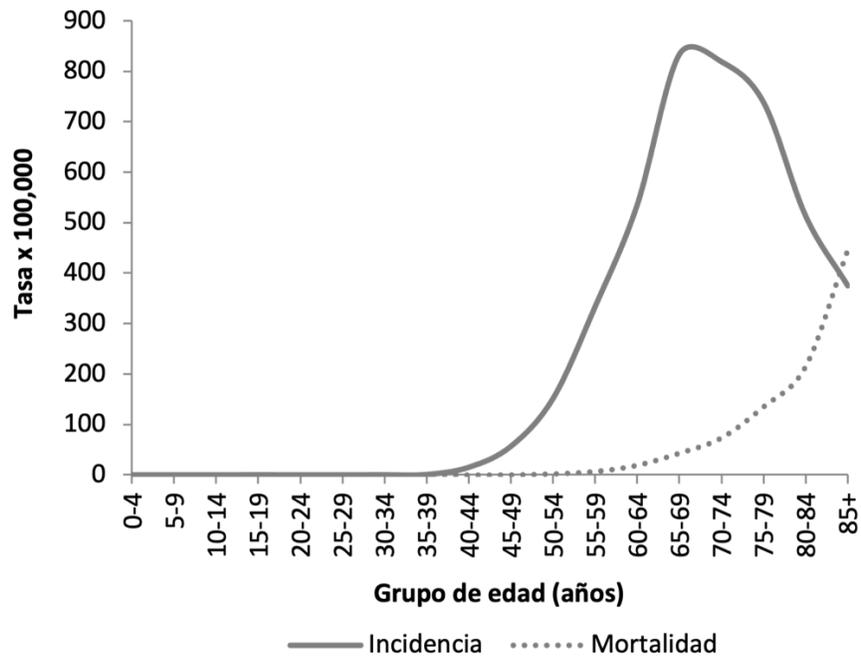


Figura 61. Tasas de incidencia ajustadas por edad (población estándar de Puerto Rico del 2000) – Cáncer de próstata por municipio: Puerto Rico, 2018-2022

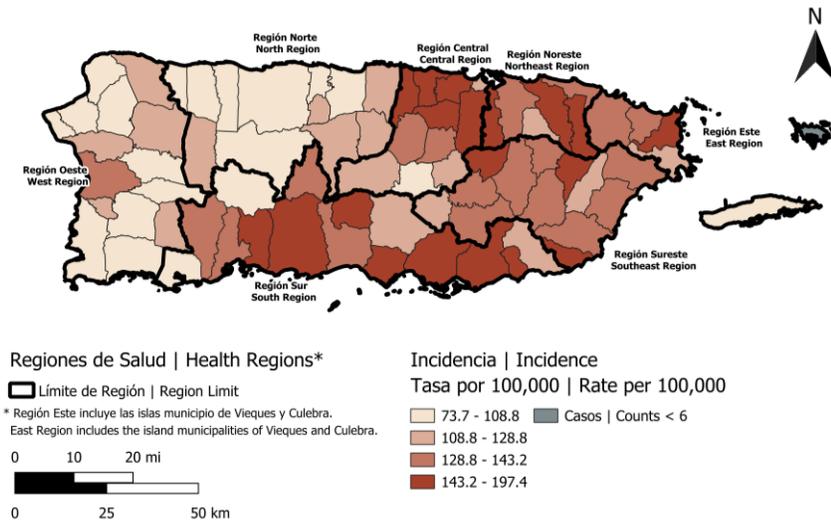
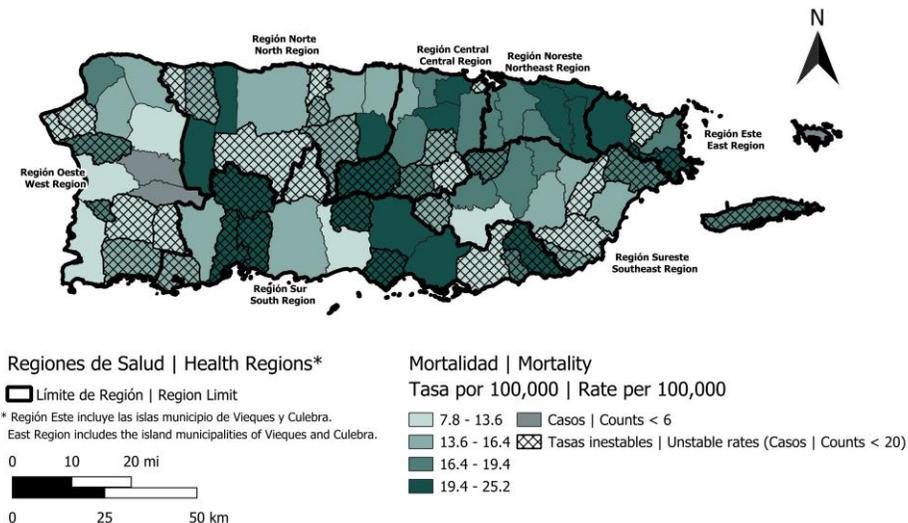


Figura 62. Tasas de mortalidad ajustadas por edad (población estándar de Puerto Rico del 2000) – Cáncer de próstata por municipio: Puerto Rico, 2018-2022



Resumen de las figuras. Entre el 2000 y el 2022, las tasas de incidencia para el cáncer de próstata aumentaron en promedio de **0.9%** ($p < 0.05$) por año. Sin embargo, para el periodo 2000-2022, las tasas de mortalidad disminuyeron en un promedio anual de **3.4%** ($p < 0.05$) (Figura 59). La mediana de edad al momento del diagnóstico fue **68** años. La mediana de edad al momento de la muerte fue **81** años (Figura 60). **Para información sobre las estadísticas de este cáncer en los Estados Unidos de América, acceda [AQUÍ](#).**

CÁNCER DE VEJIGA URINARIA



PUNTOS CLAVES

Durante el periodo **2018-2022** en Puerto Rico, el cáncer de **vejiga urinaria** representó:

- **4.5%** y **1.7%** de los cánceres en hombres y en mujeres, respectivamente.
- **2.8%** de las muertes por cáncer en hombres y el **1.7%** de las muertes por cáncer en mujeres.

En promedio,

- **377** hombres y **130** mujeres fueron diagnosticados anualmente con cáncer de vejiga urinaria.
- **80** hombres y **40** mujeres murieron cada año por cáncer de vejiga urinaria.

El riesgo de desarrollar cáncer de vejiga urinaria fue **3.8** veces mayor en hombres que en mujeres (IC 95%: 3.4, 4.2).

El riesgo de morir por cáncer de vejiga urinaria fue **2.8** veces mayor en hombres que en mujeres (IC 95%: 2.3, 3.3).

Basado en datos del periodo 2018-2022, excluyendo 2020 debido al COVID, aproximadamente el **1.4%** de hombres y mujeres serán diagnosticados con cáncer de vejiga urinaria durante su vida.

La supervivencia relativa a 5 años para los casos diagnosticados con cáncer de vejiga urinaria entre 2013 y 2017 fue **71.3%**, lo que significa que el **71.3%** de las personas diagnosticadas con este cáncer estarán vivas 5 años después del diagnóstico.

En Puerto Rico, aproximadamente **3,518** individuos que fueron diagnosticados con cáncer de vejiga urinaria en los últimos 25 años estaban vivos al 1 de enero de 2022.

Detección del cáncer de vejiga urinaria

Según la Sociedad Americana Contra el Cáncer, algunos médicos recomiendan pruebas para detectar el cáncer de vejiga urinaria, pero solo en personas con un riesgo muy alto de desarrollar este cáncer. Las pruebas que se utilizan para detectar el cáncer de vejiga incluyen análisis de orina para detectar sangre, así como pruebas que detectan marcadores tumorales que pueden ser indicativos de este cáncer.²³ **Para más información sobre las pruebas para detectar este cáncer, acceda [AQUÍ](#).**

Factores de riesgo

El factor de riesgo más importante para el cáncer de vejiga urinaria es fumar cigarrillos. Estudios han encontrado que algunos químicos, ciertos tratamientos de cáncer e historial personal o familiar pueden aumentar la probabilidad de desarrollar cáncer de vejiga urinaria.²³ **Para más información sobre este cáncer acceda [AQUÍ](#).**

Figura 63. Tasas de incidencia y mortalidad ajustadas por edad (población estándar de Estados Unidos de América del 2000) – Cáncer de vejiga urinaria por sexo: Puerto Rico, 2000-2022

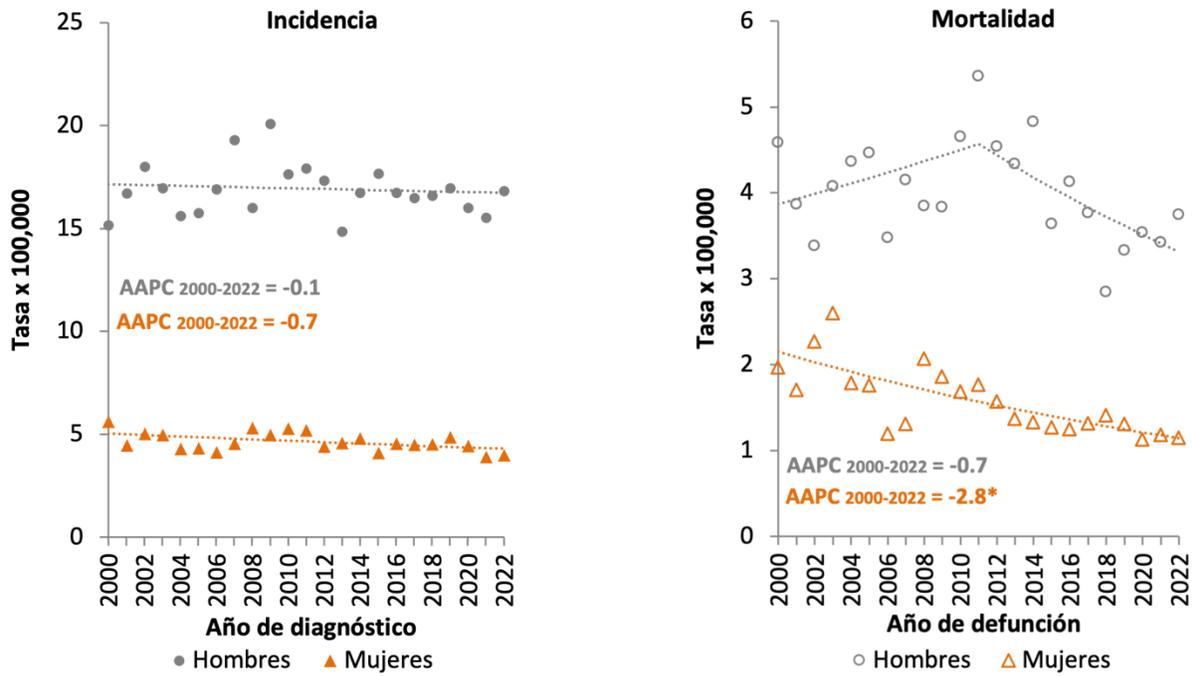


Figura 64. Tasas de incidencia y mortalidad específicas por edad – Cáncer de vejiga urinaria por sexo: Puerto Rico, 2018-2022

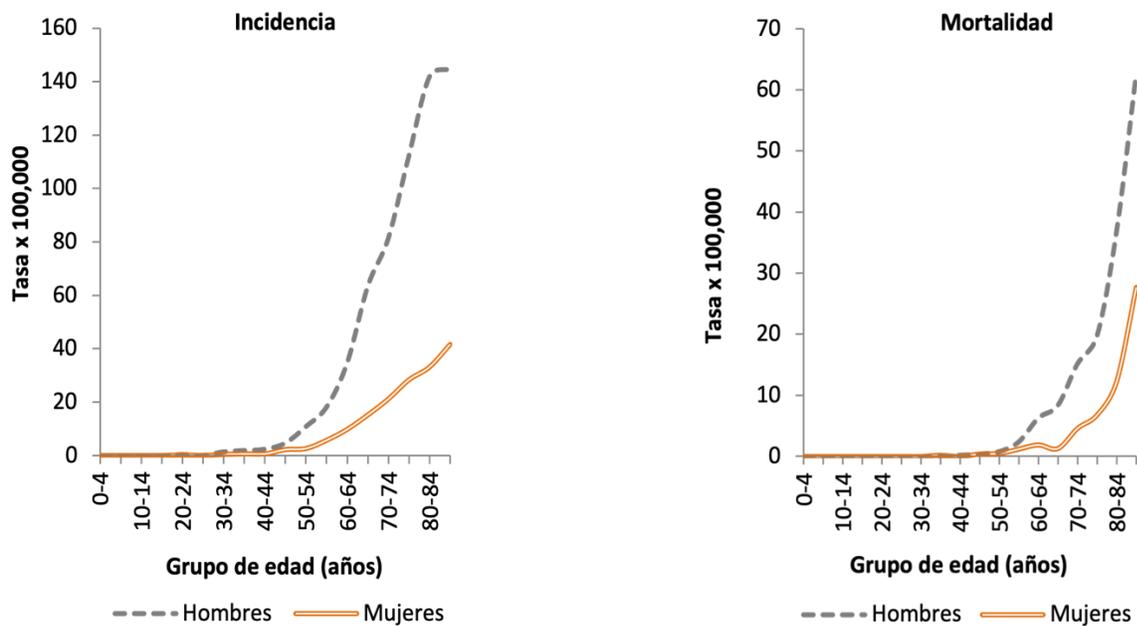


Figura 65. Tasas de incidencia ajustadas por edad (población estándar de Puerto Rico del 2000) – Cáncer de vejiga urinaria por municipio: Puerto Rico, 2018-2022

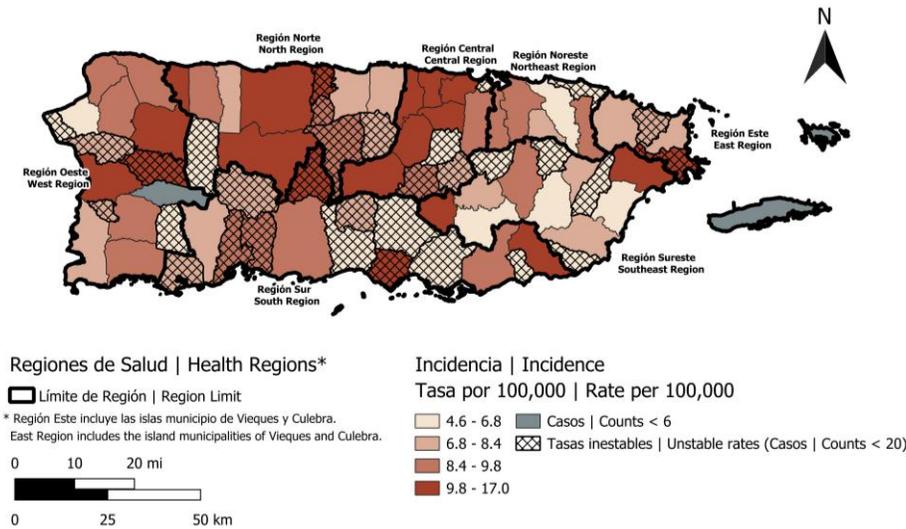
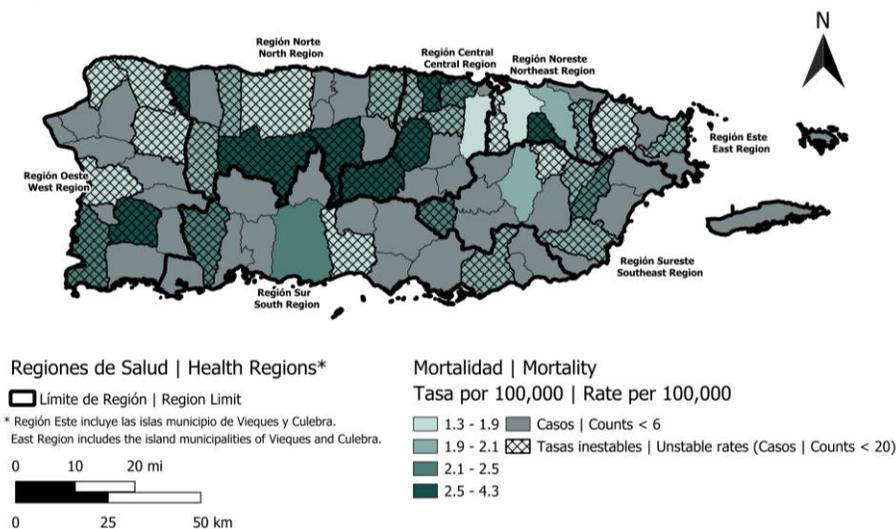


Figura 66. Tasas de mortalidad ajustadas por edad (población estándar de Puerto Rico del 2000) – Cáncer de vejiga urinaria por municipio: Puerto Rico, 2018-2022



Resumen de las figuras. Entre el 2000 y el 2022, las tasas de incidencia de cáncer de vejiga urinaria se mantuvieron estables tanto en hombres como en mujeres. De igual forma, las tasas de mortalidad, para el periodo 2000-2022, se mantuvieron estables en hombres, pero disminuyeron un promedio anual de **2.8%** ($p < 0.05$) en mujeres (Figura 63). La mediana de edad al momento del diagnóstico fue **74** años en hombres y **75** años en mujeres. La mediana de edad al momento de la muerte fue **79** años en hombres y **82** años en mujeres (Figura 64). **Para información sobre las estadísticas de este cáncer en los Estados Unidos de América, acceda [AQUÍ](#).**



PUNTOS CLAVES

Durante el periodo **2018-2022** en Puerto Rico, el **cáncer de riñón y pelvis renal** representó:

- **3.2%** y **1.8%** de todos los casos de cáncer en hombres y en mujeres, respectivamente.
- **2.1%** de todas las muertes por cáncer en hombres y el **1.3%** de las muertes por cáncer en mujeres.

En promedio,

- **273** hombres y **141** mujeres fueron diagnosticados anualmente con cáncer de riñón y pelvis renal.
- **59** hombres y **32** mujeres murieron cada año por cáncer de riñón y pelvis renal.

El riesgo de desarrollar cáncer de riñón y pelvis renal fue **2.3** veces mayor en hombres que en mujeres (95% IC: 2.1, 2.5).

El riesgo de morir por cáncer de riñón y pelvis renal fue **2.4** veces mayor en hombres que en mujeres (95% IC: 2.0, 3.0).

Basado en datos del periodo 2018-2022, excluyendo 2020 debido al COVID, aproximadamente el **1.0%** de hombres y mujeres serán diagnosticados con cáncer de riñón y pelvis renal durante su vida.

La supervivencia relativa a 5 años para los casos diagnosticados con cáncer de riñón y pelvis renal entre 2013 y 2017 fue **80.7%**, lo que significa que el **80.7%** de las personas diagnosticadas con este cáncer estarán vivas 5 años después del diagnóstico.

En Puerto Rico, aproximadamente **3,385** individuos que fueron diagnosticados con cáncer de riñón y pelvis renal en los últimos 25 años estaban vivos al 1 de enero de 2022.

Detección del cáncer de riñón

Por lo regular, el cáncer de riñón se detecta de forma incidental por estudios de imagen (MRI o CT), realizados por otras enfermedades. Este cáncer no suele presentar síntomas al momento de detectarlo. Una prueba rutinaria de orina puede encontrar pequeñas cantidades de sangre en la orina (hematuria) de personas con cáncer de riñón en etapa inicial. Sin embargo, el sangrado puede ser por otras razones, como una infección de la vejiga o del tracto urinario.²⁴ **Para más información sobre las pruebas para detectar este cáncer, acceda [AQUÍ](#).**

Factores de riesgo

Los factores de riesgo que hacen más propensa a una persona a desarrollar cáncer de riñón son fumar tabaco, obesidad, tener presión arterial alta, tener familiares con antecedentes de cáncer de riñón, exposición a ciertas sustancias en el lugar del trabajo (como tricloroetileno), ser hombre, padecer de enfermedad renal avanzada y ciertos factores hereditarios.²⁴ **Para más información sobre este cáncer, acceda [AQUÍ](#).**

Figura 67. Tasas de incidencia y mortalidad ajustadas por edad (población estándar de Estados Unidos de América del 2000) – Cáncer de riñón y pelvis renal por sexo: Puerto Rico, 2000-2022

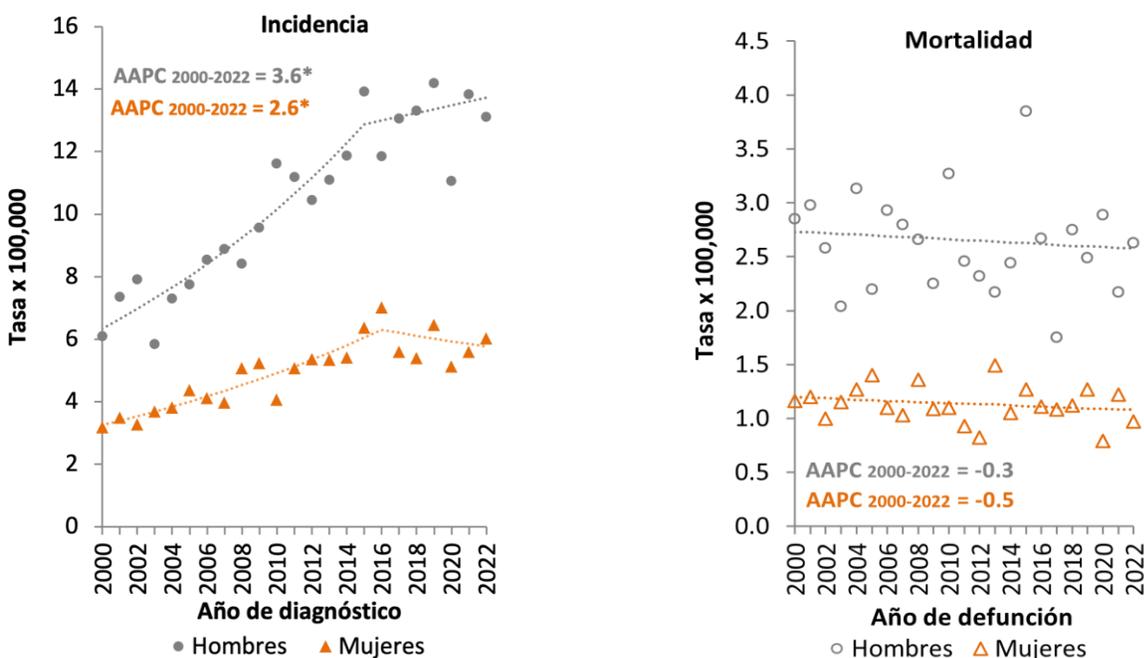


Figura 68. Tasas de incidencia y mortalidad específicas por edad – Cáncer de riñón y pelvis renal por sexo: Puerto Rico, 2018-2022

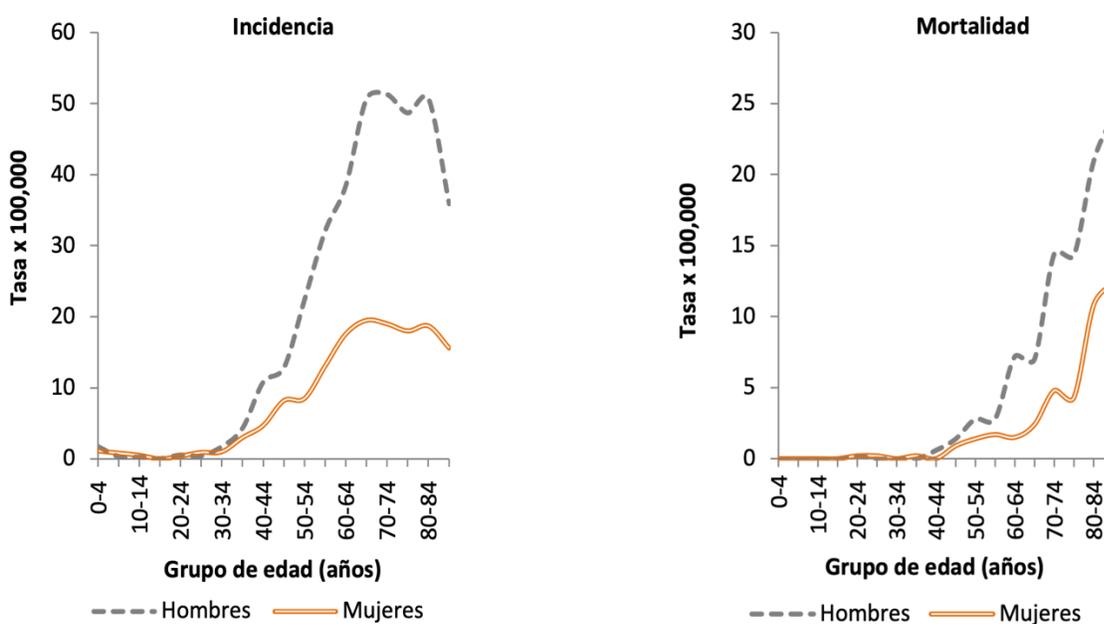


Figura 69. Tasas de incidencia ajustadas por edad (población estándar de Puerto Rico del 2000) –

Cáncer de riñón y pelvis renal por municipio: Puerto Rico, 2018-2022

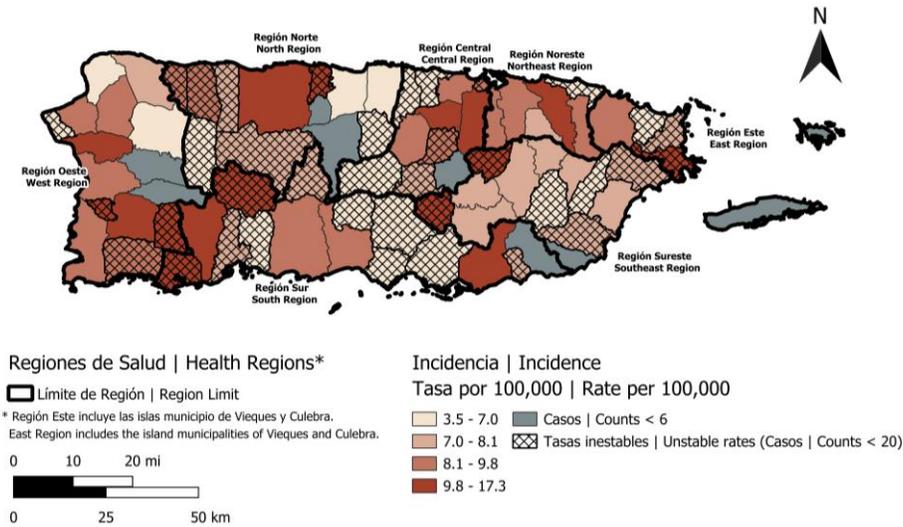
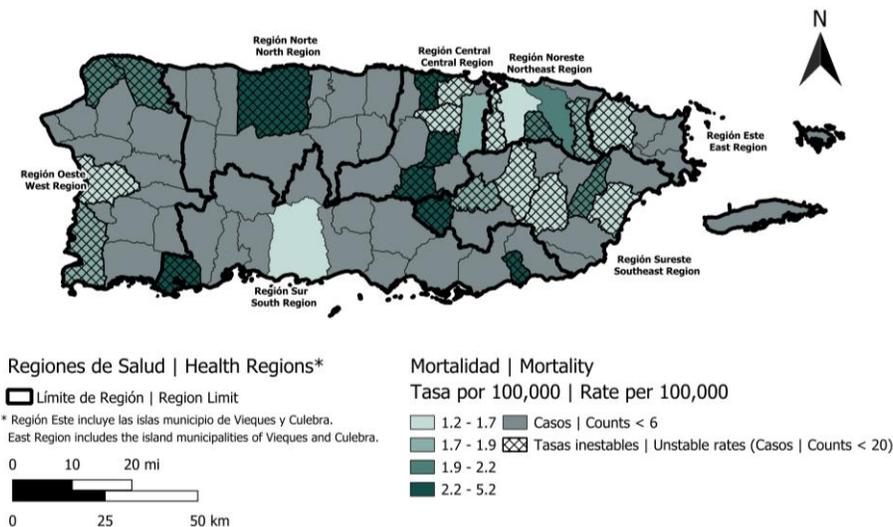


Figura 70. Tasas de mortalidad ajustadas por edad (población estándar de Puerto Rico del 2000) – Cáncer de riñón y pelvis renal por municipio: Puerto Rico, 2018-2022



Resumen de las figuras. Entre el 2000 y el 2022, las tasas de incidencia entre hombres y mujeres para cáncer de riñón y pelvis renal aumentaron un promedio anual de **3.6%** ($p < 0.05$) y **2.6%** ($p < 0.05$), respectivamente. Sin embargo, para el periodo 2000 al 2022, las tasas de mortalidad se mantuvieron estables (Figura 67). La mediana de edad al momento del diagnóstico fue **66** años en hombres y **65** años en mujeres. La mediana de edad al momento de la muerte fue **74** años en hombres y **78** años en mujeres (Figura 68). **Para información sobre las estadísticas de este cáncer en los Estados Unidos de América, acceda [AQUÍ](#).**



PUNTOS CLAVES

Durante el periodo **2018-2022** en Puerto Rico, el cáncer de **tiroides** representó:

- **2.0%** y el **8.1%** de todos los casos de cáncer en hombres y en mujeres, respectivamente.
- **0.3%** de todas las muertes por cáncer en hombres y el **0.5%** de todas las muertes por cáncer en mujeres.

En promedio,

- **167** hombres y **619** mujeres fueron diagnosticados anualmente.
- **8** hombres y **12** mujeres murieron cada año.

El riesgo de desarrollar cáncer de tiroides fue **0.28** veces menor en hombres que en mujeres (95% IC: 0.26, 0.30).

El riesgo de morir por cáncer de tiroides fue el **mismo** en hombres y mujeres.

Basado en datos del periodo 2018-2022, excluyendo 2020 debido al COVID, aproximadamente el **1.8%** de hombres y mujeres serán diagnosticados con cáncer de tiroides durante su vida.

La estimación de supervivencia relativa a 5 años para los casos diagnosticados con cáncer de tiroides entre 2013 y 2017 fue **100%**, lo que significa que todas las personas diagnosticadas con este cáncer estarán vivas 5 años después del diagnóstico.

En Puerto Rico, aproximadamente **13,181** individuos que fueron diagnosticados con cáncer de tiroides en los últimos 25 años, estaban vivos al 1 de enero de 2022.

Detección del cáncer de tiroides

Se recomienda que las personas visiten a su médico si nota una masa o hinchazón en el cuello. La mayoría de los cánceres de tiroides se detectan en etapas tempranas cuando los pacientes acuden a su médico luego de sentir los síntomas antes mencionados.²⁵ **Para más información sobre las pruebas para detectar este cáncer, acceda [AQUÍ](#).**

Factores de riesgo

Los factores asociados con un mayor riesgo de cáncer de tiroides incluyen la exposición a radiación, sobrepeso, antecedentes familiares de cáncer de tiroides, ciertas condiciones hereditarias (como la neoplasia endocrina múltiple tipo 2 [MEN2]), antecedentes de poliposis adenomatosa familiar e historial de poliposis adenomatosa hereditaria. También, es más común en mujeres y en personas entre los 30 y 60 años o más. Además, se está investigando la exposición al yodo en la dieta como un posible factor de riesgo para el cáncer de tiroides.²⁵ **Para más información sobre este cáncer, acceda [AQUÍ](#).**

Figura 71. Tasas de incidencia y mortalidad ajustadas por edad (población estándar de Estados Unidos de América del 2000) – Cáncer de tiroides por sexo: Puerto Rico, 2000-2020

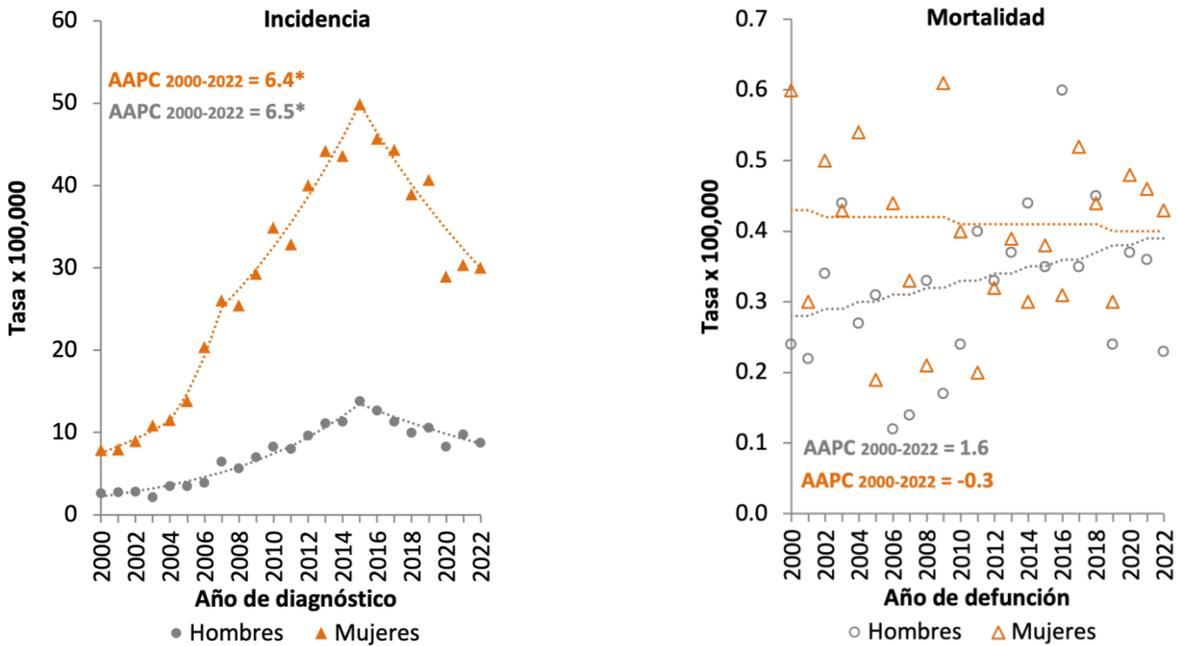


Figura 72. Tasas de incidencia y mortalidad específicas por edad – Cáncer de tiroides por sexo: Puerto Rico, 2018-2022

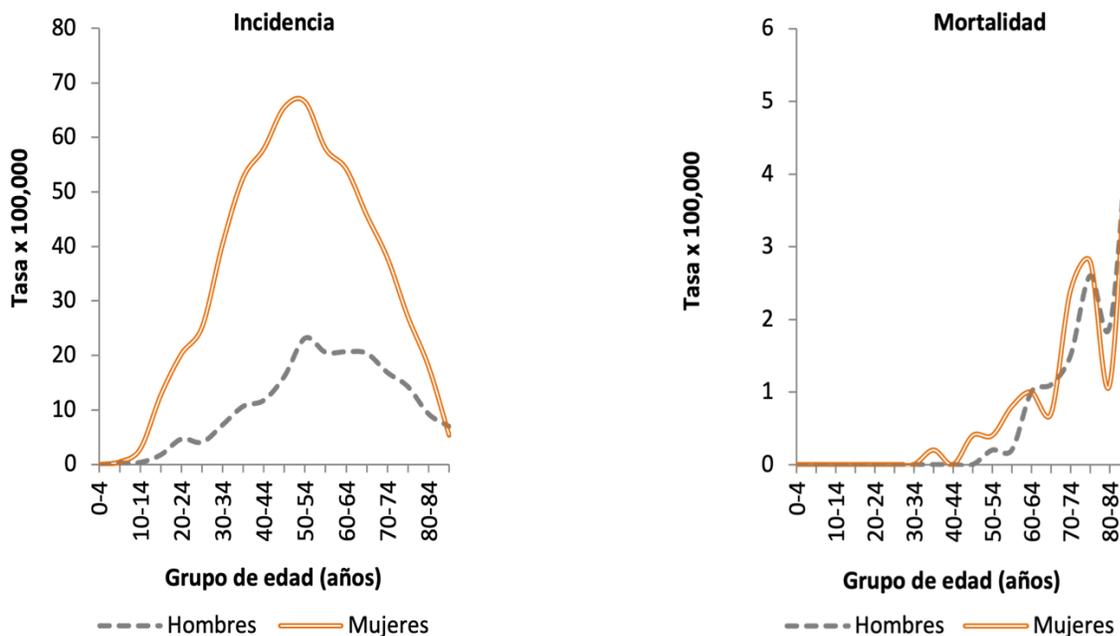
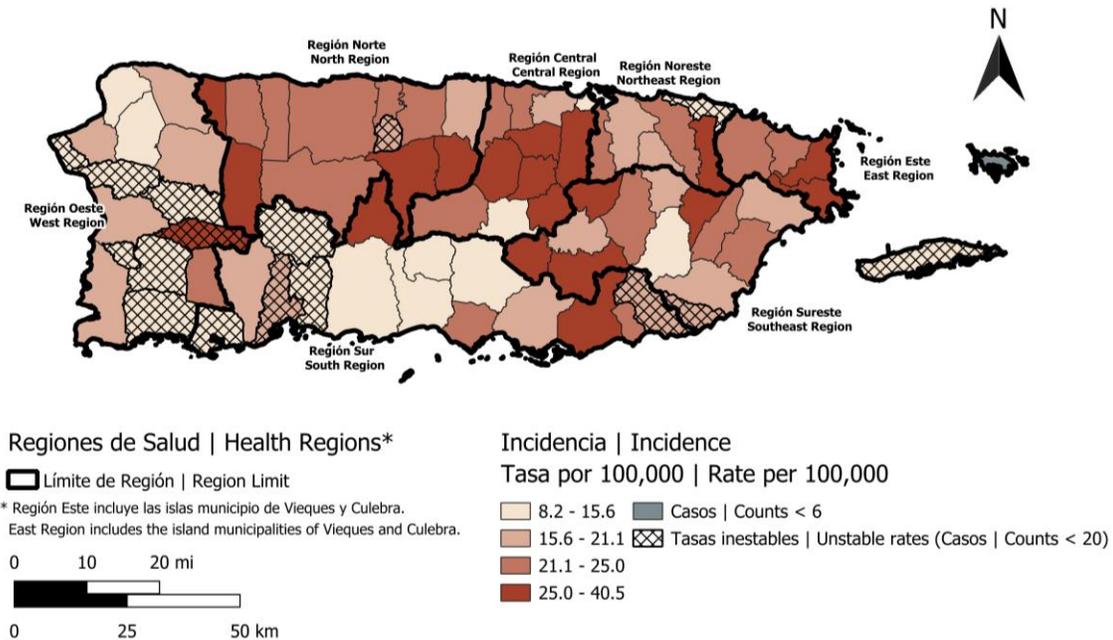


Figura 73. Tasas de incidencia ajustadas por edad (población estándar de Puerto Rico del 2000) – Cáncer de tiroides por municipio: Puerto Rico, 2018-2022



Nota: Las tasas de mortalidad por municipio no se pudieron calcular debido al escaso número de casos en la mayoría de los municipios.

Resumen de las figuras. Entre el 2000 y el 2022, las tasas de incidencia de cáncer de tiroides aumentaron en promedio un **8.2%** ($p < 0.05$) por año en hombres y un **9.0%** ($p < 0.05$) por año en mujeres. Para el periodo 2000-2022, las tasas de mortalidad se mantuvieron estables, tanto en hombres como en mujeres (Figura 71). La mediana de edad al momento del diagnóstico fue **56** años en hombres y **51** años en mujeres. La mediana de edad al momento de la muerte fue **75** años en hombres y **74** años en mujeres (Figura 72). **Para información sobre las estadísticas de este cáncer en los Estados Unidos de América, acceda [AQUÍ](#).**



PUNTOS CLAVES

Durante el periodo **2018-2022** en Puerto Rico, el **linfoma no-Hodgkin** representó:

- **3.9%** y **3.8%** de todos los casos de cáncer en hombres y en mujeres, respectivamente.
- **3.3%** de todas las muertes por cáncer en hombres y el **3.0%** de las muertes por cáncer en mujeres.

En promedio,

- **330** hombres y **288** mujeres fueron diagnosticados anualmente.
- **94** hombres y **71** mujeres murieron cada año.

El riesgo de desarrollar linfoma no-Hodgkin fue **1.4** veces mayor en hombres que en mujeres (95% IC: 1.3, 1.5).

El riesgo de morir por linfoma no-Hodgkin fue **1.8** veces mayor en hombres que en mujeres (95% IC: 1.5, 2.0).

Basado en datos del periodo 2018-2022, excluyendo 2020 debido al COVID, aproximadamente el **1.5%** de hombres y mujeres serán diagnosticados con linfoma no-Hodgkin durante su vida.

La supervivencia relativa a 5 años para los casos diagnosticados con linfoma no-Hodgkin entre 2013 y 2017 fue **67.0%**, lo que significa que el **67.0%** de las personas diagnosticadas con este cáncer estarán vivas 5 años después del diagnóstico.

En Puerto Rico, aproximadamente **5,116** individuos que fueron diagnosticados con linfoma no-Hodgkin en los últimos 25 años estaban vivos al 1 de enero de 2022.

Detección del linfoma no-Hodgkin

Para poder detectar el linfoma no-Hodgkin en sus etapas iniciales, se recomienda prestar atención a sus signos y síntomas. Entre los síntomas más comunes se encuentra un agrandamiento de uno o más ganglios linfáticos, lo que provoca una protuberancia en el cuello, las axilas o la ingle. Usualmente, esta protuberancia se encuentra debajo de la piel y no es dolorosa.²⁶ **Para más información sobre las pruebas para detectar este cáncer, acceda [AQUÍ](#).**

Factores de riesgo

Hay varios factores que afectan las probabilidades de desarrollar linfoma no-Hodgkin, entre ellos, la edad (más común en personas de 60 años o más), ser hombre, la geografía (más común en países desarrollados), la exposición a ciertos químicos industriales y agrícolas, antecedentes familiares de linfoma no-Hodgkin y tener un sistema inmunológico debilitado.²⁶ **Para más información sobre este cáncer, acceda [AQUÍ](#).**

Figura 74. Tasas de incidencia y mortalidad ajustadas por edad (población estándar de Estados Unidos de América del 2000) – Linfoma no-Hodgkin por sexo: Puerto Rico, 2000-2022

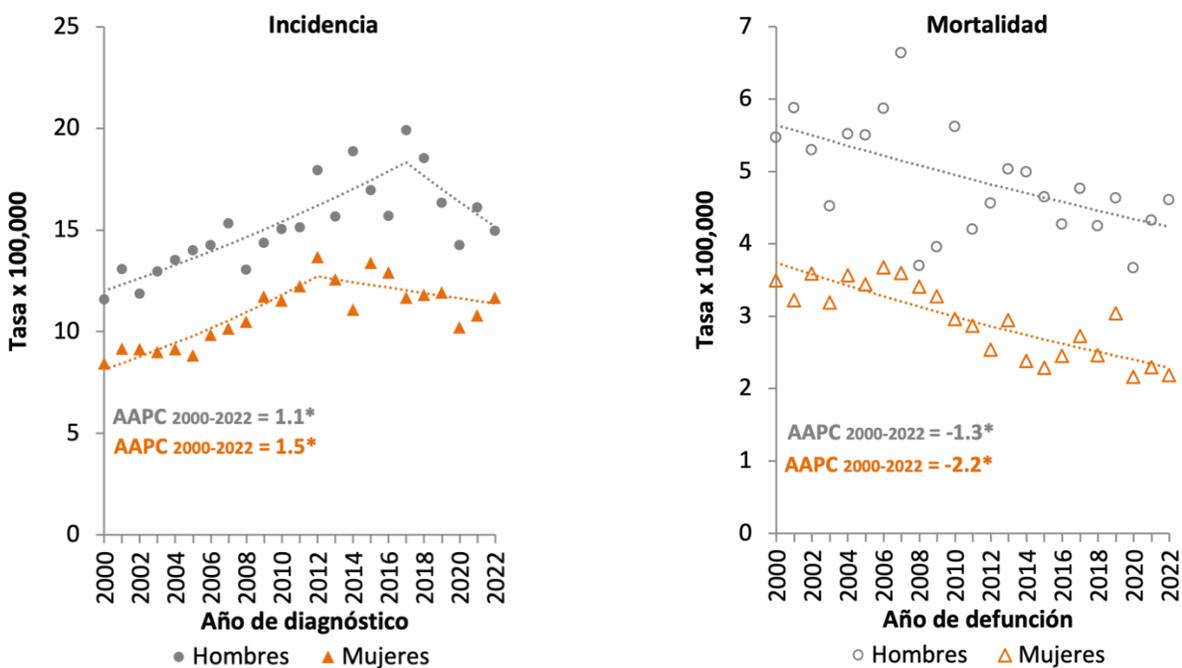


Figura 75. Tasas de incidencia y mortalidad específicas por edad – Linfoma no-Hodgkin por sexo: Puerto Rico, 2018-2022

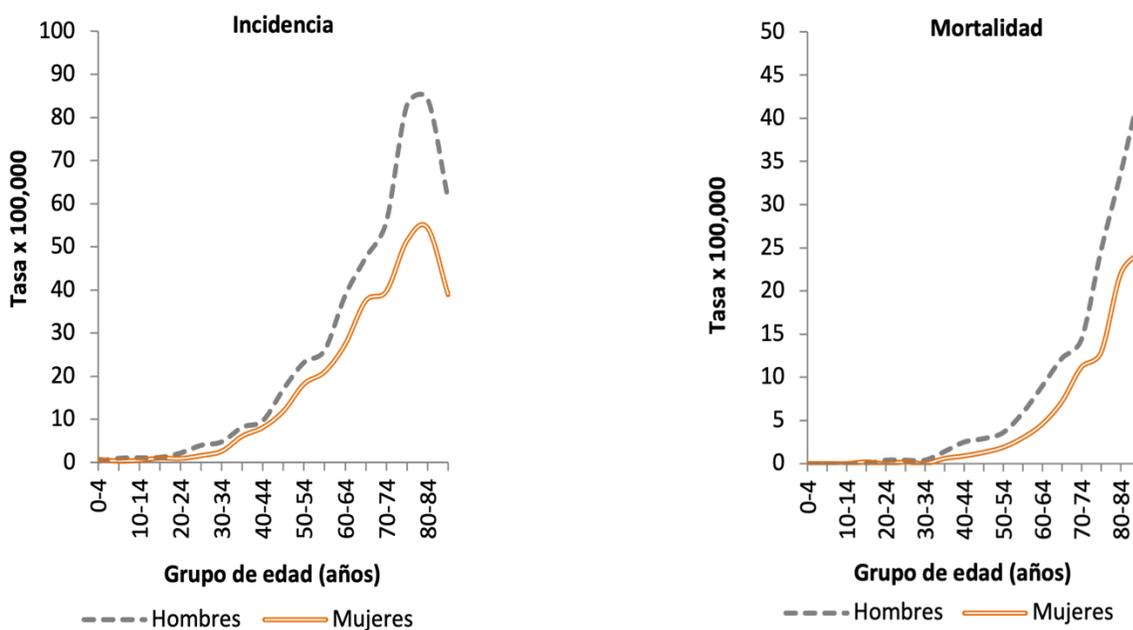


Figura 76. Tasas de incidencia ajustadas por edad (población estándar de Puerto Rico del 2000) – Linfoma no-Hodgkin por municipio: Puerto Rico, 2018-2022

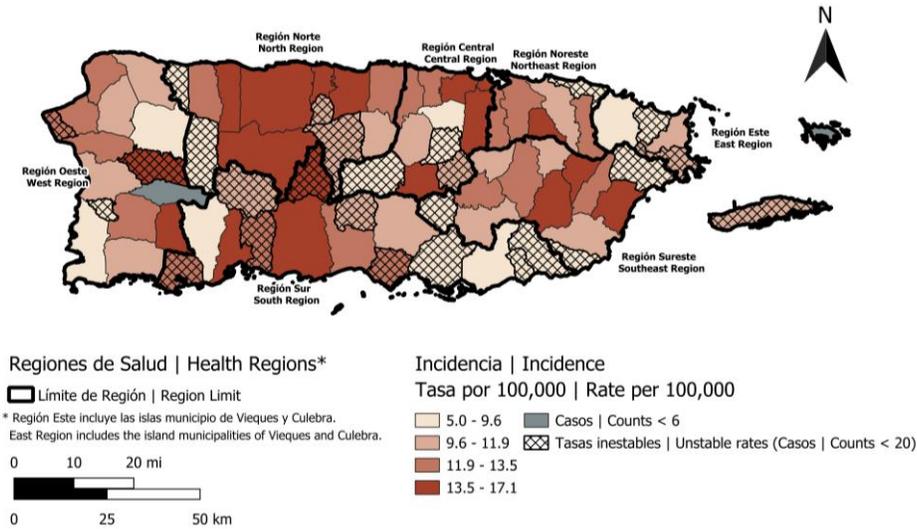
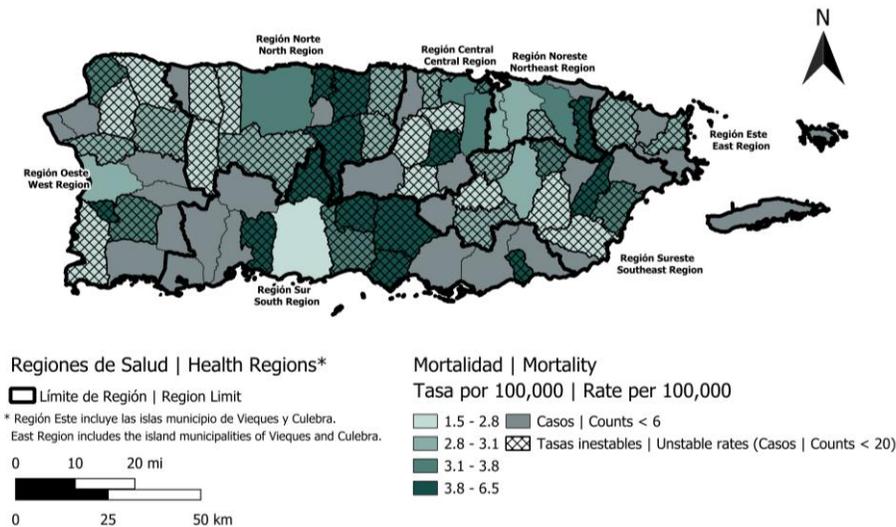


Figura 77. Tasas de mortalidad ajustadas por edad (población estándar de Puerto Rico del 2000) – Linfoma no-Hodgkin por municipio: Puerto Rico, 2018-2022



Resumen de las figuras. Entre el 2000 y el 2022, las tasas de incidencia de linfoma no-Hodgkin aumentaron en promedio un **1.1%** ($p < 0.05$) por año en hombres y **1.5%** ($p < 0.05$) por año en mujeres. Sin embargo, durante el periodo 2000-2022, las tasas de mortalidad disminuyeron en un promedio anual de **1.3%** ($p < 0.05$) en hombres y **2.2%** ($p < 0.05$) en mujeres (Figura 74). La mediana de edad al momento del diagnóstico fue **68** años en hombres y mujeres. La mediana de edad al momento de la muerte fue **74** años en hombres y **75** años en mujeres (Figura 75). **Para información sobre las estadísticas de este cáncer en los Estados Unidos de América, acceda [AQUÍ](#).**



PUNTOS CLAVES

Durante el periodo **2018-2022** en Puerto Rico, la **leucemia** representó:

- **2.8%** y **2.4%** de todos los casos de cáncer en hombres y en mujeres, respectivamente.
- **3.8%** de todas las muertes por cáncer, tanto en hombres como en mujeres.

En promedio,

- **237** hombres y **187** mujeres fueron diagnosticados anualmente.
- **110** hombres y **89** mujeres murieron cada año.

El riesgo de desarrollar leucemia fue **1.5** veces mayor en hombres que en mujeres (95% IC: 1.3, 1.6).

El riesgo de morir por leucemia fue **1.5** veces mayor en hombres que en mujeres (95% IC: 1.3, 1.8).

Basado en datos del periodo 2018-2022, excluyendo 2020 debido al COVID, aproximadamente el **1.1%** de hombres y mujeres serán diagnosticados con algún tipo de leucemia durante su vida.

La supervivencia relativa a 5 años para los casos diagnosticados con leucemia entre 2013 y 2017 fue **62.0%**, lo que significa que el **62.0%** de las personas diagnosticadas con este cáncer estarán vivas 5 años después del diagnóstico.

En Puerto Rico, aproximadamente **2,990** individuos que fueron diagnosticados con leucemia en los últimos 25 años estaban vivos al 1 de enero de 2022.

Tipos de leucemia y su detección

La leucemia es un tipo de cáncer que empieza en los tejidos responsables de la formación de la sangre, como la médula ósea, y provoca que un gran número de células sanguíneas anormales entren en el torrente sanguíneo.²⁷ Los cuatro tipos principales de leucemia son la leucemia linfocítica aguda (LLA), leucemia linfocítica crónica (LLC), leucemia mielógena aguda (LMA) y leucemia mielógena crónica (LMC).

La mejor manera de detectar la leucemia en etapas tempranas es hablando con su médico sobre cualquier signo o síntoma posible de la leucemia. Los síntomas dependerán del tipo de leucemia.²⁸ **Para más información sobre los signos y síntomas de los diferentes tipos de leucemias y sus factores de riesgo, acceda [AQUÍ](#).**

Figura 78. Tasas de incidencia y mortalidad ajustadas por edad (población estándar de Estados Unidos de América del 2000) – Leucemia por sexo: Puerto Rico, 2000-2022

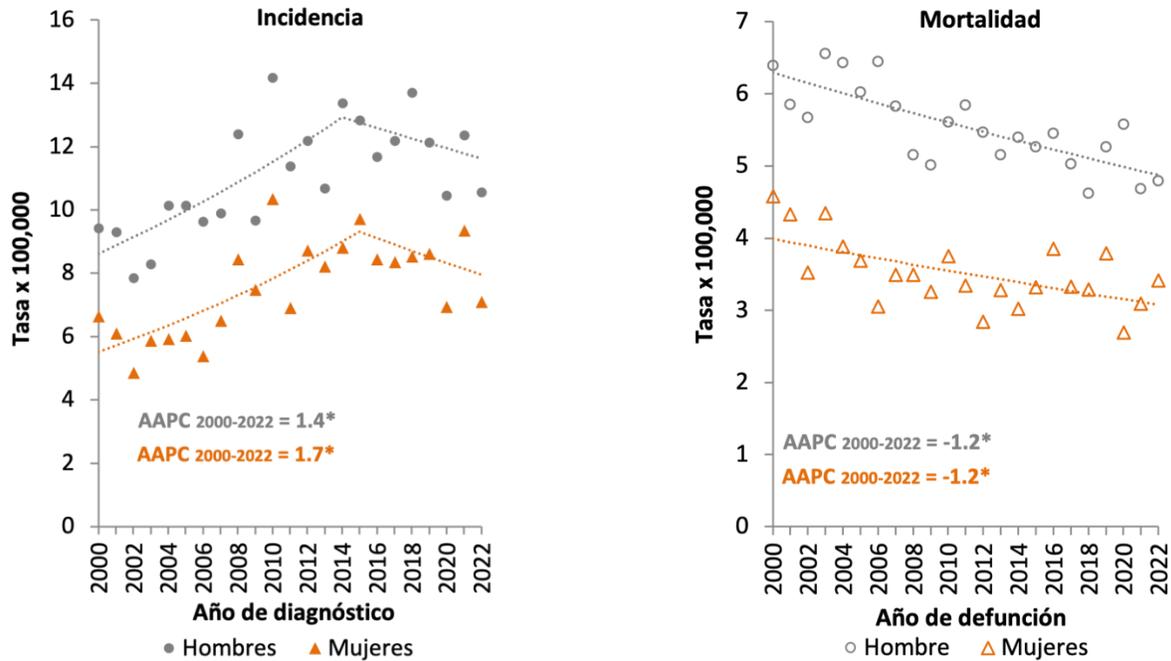


Figura 79. Tasas de incidencia y mortalidad específicas por edad – Leucemia por sexo: Puerto Rico, 2018-2022

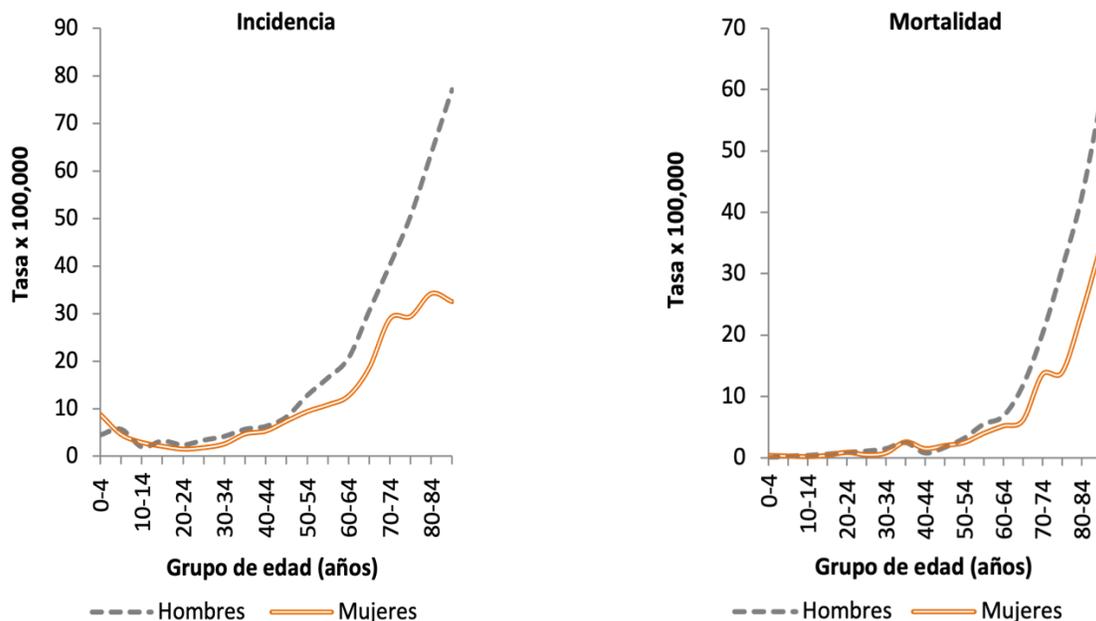


Figura 80. Tasas de incidencia ajustadas por edad (población estándar de Puerto Rico del 2000) – Leucemia por municipio: Puerto Rico, 2018-2022

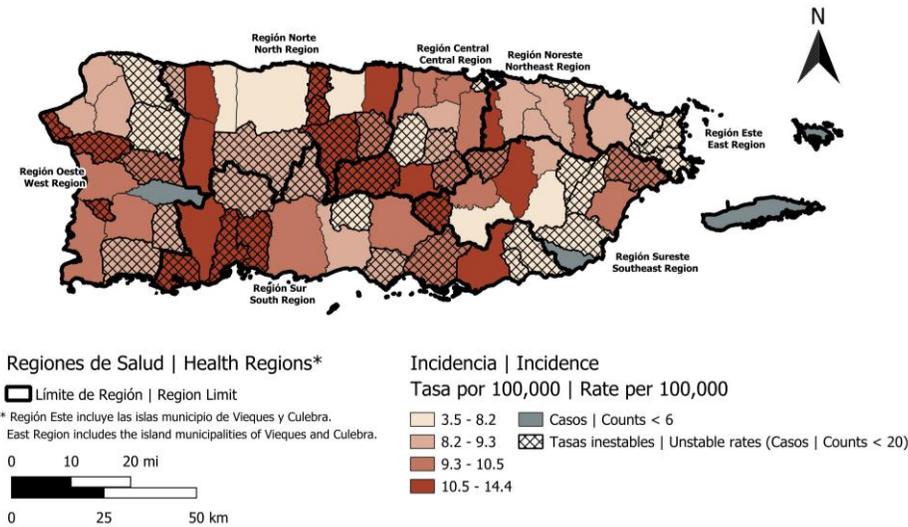
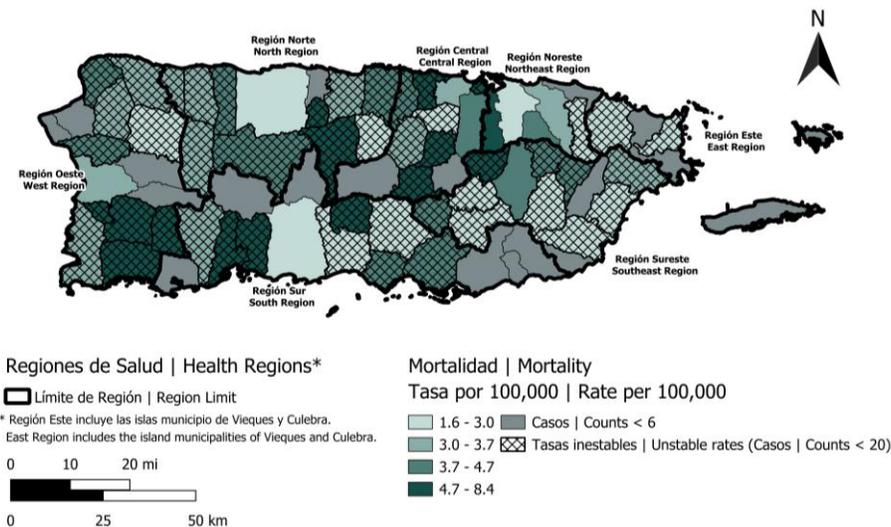


Figura 81. Tasas de mortalidad ajustadas por edad (población estándar de Puerto Rico del 2000) – Leucemia por municipio: Puerto Rico, 2018-2022



Resumen de las figuras. Entre el 2000 y el 2022, las tasas de incidencia de leucemia aumentaron en promedio un **1.4%** ($p < 0.05$) y un **2.7%** ($p < 0.05$) por año en hombres y mujeres, respectivamente. Sin embargo, para el periodo 2000-2022, las tasas de mortalidad disminuyeron en un promedio anual de **1.2%** ($p < 0.05$) tanto en hombres como en mujeres (Figura 78). La mediana de edad al momento del diagnóstico fue **70** años en hombres y **69** años en mujeres. La mediana de edad al momento de la muerte en hombres y mujeres fue **76** años y **75** años, respectivamente (Figura 79). **Para información sobre las estadísticas de este cáncer en los Estados Unidos de América, acceda [AQUÍ](#).**

ANEJOS

Anejo I. Porcentaje de supervivencia relativa a 1, 3 y 5 años para sitios de cáncer específicos por etapa del tumor: Puerto Rico, 2013-2017 (seguimiento hasta 2022)

Sitio del Cáncer	Total de Casos	Supervivencia a 1 Año (IC 95%)	Supervivencia a 3 Años (IC 95%)	Supervivencia a 5 Años (IC 95%)
Cavidad Oral y Faringe	1,694	76.2 (74.1-78.3)	57.0 (54.5-59.5)	52.9 (50.2-55.6)
Localizado	436	90.4 (87-93.1)	79.1 (74.4-83.2)	74.9 (69.8-79.6)
Regional	683	76.1 (72.6-79.3)	53.7 (49.7-57.7)	48.3 (44.1-52.4)
Distante	248	58.9 (52.4-64.9)	28.2 (22.6-34.2)	22.8 (17.5-28.6)
Desconocido	327	70.7 (65.2-75.5)	56.3 (50.3-62)	56.4 (50-62.5)
Esófago	539	43.7 (39.4-47.9)	19.9 (16.5-23.6)	15.8 (12.6-19.3)
Localizado	141	52.7 (43.9-60.8)	30.3 (22.5-38.6)	26.3 (18.7-34.6)
Regional	114	56.6 (46.8-65.4)	25.4 (17.6-34.2)	17.9 (11.1-26.1)
Distante	133	29.2 (21.7-37.2)	6.4 (3.0-11.7)	4.1 (1.6-8.8)
Desconocido	151	38.3 (30.4-46.2)	18.1 (12.2-25.1)	14.8 (9.3-21.6)
Estómago	1,280	52.1 (49.2-54.9)	36.5 (33.7-39.3)	32.4 (29.7-35.3)
Localizado	388	70.8 (65.8-75.2)	61.5 (56-66.6)	57.2 (51.4-62.7)
Regional	352	57.1 (51.6-62.2)	26.3 (21.6-31.2)	18.7 (14.6-23.3)
Distante	305	20.5 (16.1-25.3)	7.7 (5.0-11.2)	5.1 (2.9-8.2)
Desconocido	235	54.8 (48.1-61.2)	48 (41.1-54.7)	47.8 (40.7-54.8)
Colon y Recto	7,398	83.5 (82.5-84.4)	70.3 (69.1-71.4)	63.5 (62.2-64.8)
Localizado	3,040	94.9 (93.9-95.8)	90.3 (88.9-91.6)	87.1 (85.4-88.7)
Regional	2,606	86.2 (84.8-87.6)	70.7 (68.7-72.6)	60.7 (58.5-62.8)
Distante	1,179	50.4 (47.5-53.3)	21.1 (18.7-23.6)	11.5 (9.7-13.6)
Desconocido	572	78.3 (74.5-81.6)	63.9 (59.5-68.1)	58.0 (53.3-62.5)
Hígado y Ducto Biliar Intrahepático	935	41.9 (38.6-45.1)	23.1 (20.3-26)	16.5 (14.1-19.2)
Localizado	330	55.9 (50.2-61.2)	38.7 (33.2-44.3)	27.4 (22.3-32.7)
Regional	136	39.1 (30.8-47.4)	18.1 (11.9-25.3)	14.1 (8.6-21)
Distante	150	21.8 (15.5-28.9)	7.1 (3.6-12.2)	4.5 (1.9-9.0)
Desconocido	319	38 (32.5-43.4)	16.6 (12.6-21.1)	12.1 (8.6-16.2)

Sitio del Cáncer	Total de Casos	Supervivencia a 1 Año (IC 95%)	Supervivencia a 3 Años (IC 95%)	Supervivencia a 5 Años (IC 95%)
Páncreas	1,168	33.1 (30.4-35.9)	16.8 (14.6-19.1)	12.7 (10.8-14.8)
Localizado	157	52.9 (44.6-60.5)	40.7 (32.6-48.7)	35.8 (27.9-43.9)
Regional	350	49.0 (43.6-54.3)	22.6 (18.3-27.3)	15.9 (12.1-20.2)
Distante	577	17.6 (14.5-20.8)	6.1 (4.3-8.3)	3.8 (2.4-5.7)
Desconocido	84	36.6 (26.3-47)	21.4 (13.1-31)	18.1 (10.5-27.5)
Pulmón y Bronquios	2,577	44.7 (42.7-46.6)	27.4 (25.6-29.2)	21.3 (19.6-23)
Localizado	540	73.5 (69.4-77.2)	60.4 (55.8-64.8)	50.2 (45.4-54.9)
Regional	486	54.3 (49.6-58.7)	30.2 (26-34.6)	22.7 (18.8-26.9)
Distante	1164	27.7 (25.1-30.4)	11.4 (9.6-13.3)	7.8 (6.3-9.5)
Desconocido	387	43.4 (38.3-48.4)	26.3 (21.8-31)	19.7 (15.7-24.2)
Mama en Mujeres	8,926	96.6 (96.2-97.1)	90.4 (89.7-91.1)	86.1 (85.2-87)
Localizado	5147	99.8 (99.4-100.1)	98.0 (97.3-98.6)	96.2 (95.3-97.1)
Regional	2705	96.7 (95.9-97.4)	86.7 (85.1-88.1)	79.0 (77.2-80.7)
Distante	465	70.1 (65.7-74.2)	42.4 (37.8-47.0)	31.6 (27.2-36.0)
Desconocido	608	89.6 (86.7-92)	79.8 (76.0-83.2)	74.1 (69.8-77.9)
Cuello uterino	1,082	88 (85.8-89.8)	72.4 (69.5-75.1)	66.6 (63.6-69.5)
Localizado	448	96.1 (93.7-97.7)	87.5 (83.9-90.5)	82.7 (78.6-86.2)
Regional	320	88.1 (84.0-91.3)	63.5 (57.8-68.7)	55.8 (49.9-61.3)
Distante	89	50.9 (40.0-60.8)	21.7 (13.8-30.9)	18.5 (11.1-27.3)
Desconocido	225	86.2 (80.8-90.2)	74.9 (68.4-80.4)	69.1 (62.2-75.1)
Útero	2,903	93.1 (92.1-94.0)	84.8 (83.3-86.2)	81.3 (79.6-82.9)
Localizado	1921	97.8 (96.9-98.5)	94.1 (92.7-95.3)	91.6 (89.9-93.1)
Regional	531	89.0 (85.9-91.6)	72.7 (68.4-76.5)	67.2 (62.7-71.4)
Distante	160	62.0 (53.9-69.2)	31.0 (23.9-38.4)	23.7 (17.3-30.8)
Desconocido	291	86.4 (81.7-90.1)	75.0 (69.2-79.9)	70.7 (64.6-76.1)

Sitio del Cáncer	Total de Casos	Supervivencia a 1 Año (IC 95%)	Supervivencia a 3 Años (IC 95%)	Supervivencia a 5 Años (IC 95%)
Ovario	749	74.2 (70.9-77.3)	55.9 (52.1-59.5)	47.5 (43.7-51.2)
Localizado	170	96.0 (91.5-98.4)	90.3 (84.3-94.4)	83.2 (76.1-88.6)
Regional	170	81.6 (74.7-86.8)	68.2 (60.2-75.0)	60.5 (52.3-68.0)
Distante	367	63.1 (57.8-67.9)	35.5 (30.5-40.5)	25.0 (20.5-29.7)
Desconocido	42	53.3 (37.1-67.3)	42.8 (27.3-57.9)	44.6 (28.4-60.3)
Próstata	13,609	99.7 (99.4-99.9)	99.4 (98.9-99.9)	99.1 (98.5-99.8)
Localizado	9417	100	100	100
Regional	691	99.8 (98.4-100.0)	100	100
Distante	408	75.0 (70.3-79.2)	51.9 (46.5-57.2)	35.0 (29.8-40.3)
Desconocido	3091	98.8 (98.9-99.5)	97.0 (95.7-98.1)	95.9 (94.3-97.5)
Vejiga Urinaria	1,630	86.1 (84.2-87.9)	76.6 (74.1-79)	71.3 (68.5-74)
In-situ	758	98.4 (96.7-99.7)	96.8 (94.1-99.1)	92.1 (88.5-95.3)
Localizado	672	80.6 (77.1-83.6)	64.1 (59.9-68.1)	58.7 (54.2-63.1)
Regional	79	72.2 (60.3-81.4)	51.2 (38.6-63.0)	35.9 (24.2-48.5)
Distante	58	28.5 (17.4-40.7)	9.5 (3.5-19.3)	6.2 (1.6-15.5)
Desconocido	63	66.9 (53.4-77.6)	58.9 (44.7-71.3)	57.7 (42.7-71.2)
Riñón y Pelvis Renal	1,460	88.8 (86.9-90.4)	83.4 (81.1-85.5)	80.7 (78.1-83)
Localizado	1016	97.8 (96.4-98.8)	95.9 (93.9-97.6)	94.3 (91.9-96.4)
Regional	206	83.1 (77-87.9)	73.9 (66.7-80)	69.7 (62.1-76.5)
Distante	153	45.9 (37.8-53.7)	24.0 (17.4-31.2)	16.3 (10.7-22.9)
Desconocido	85	71.2 (59.9-80)	63.1 (51.1-73.4)	59.9 (47.3-71.1)
Tiroides	4,878	99.8 (99.5-100.0)	100	100
Localizado	3772	100	100	100
Regional	897	99.6 (98.7-100.0)	99.6 (98.2-100.0)	99.3 (97.7-100.0)
Distante	80	83.7 (73.3-90.6)	72.6 (60.9-81.7)	67.6 (55.3-77.6)
Desconocido	128	98.6 (93.8-100.2)	97.3 (91.5-100.0)	97.6 (91.2-100.0)

Sitio del Cáncer	Total de Casos	Supervivencia a 1 Año (IC 95%)	Supervivencia a 3 Años (IC 95%)	Supervivencia a 5 Años (IC 95%)
Linfoma Hodgkin	415	88.2 (84.6-91.1)	83.5 (79.3-87)	81.1 (76.7-84.9)
Localizado	154	89.7 (83.6-93.8)	87.1 (80.3-92.0)	85.3 (78.0-90.8)
Regional	88	88.1 (79.1-93.5)	85.5 (75.9-91.8)	85.0 (75.2-91.6)
Distante	93	86.7 (77.8-92.3)	80.2 (70.1-87.4)	75.7 (65.1-83.8)
Desconocido	80	87.2 (77.4-93.1)	78.1 (66.9-86.2)	75.1 (63.5-83.8)
Linfoma no-Hodgkin	2,540	77.4 (75.7-79.1)	70.5 (68.5-72.4)	67.0 (64.9-69.1)
Localizado	822	81.1 (78.1-83.7)	74.1 (70.7-77.3)	72 (68.3-75.4)
Regional	315	73.8 (68.4-78.5)	68.2 (62.3-73.5)	62.7 (56.4-68.5)
Distante	747	72.4 (68.9-75.5)	63.4 (59.6-67.1)	58.6 (54.5-62.5)
Desconocido	656	80.4 (77.0-83.4)	75.1 (71.3-78.7)	72.4 (68.1-76.3)
Mieloma	1,086	76.9 (74.1-79.4)	62.0 (58.8-65.0)	51.6 (48.3-54.9)
Leucemia	1,556	75.6 (73.3-77.8)	65.7 (63.1-68.2)	62.0 (59.2-64.7)

Anejo II. Incidencia para sitios específicos de cáncer por sexo: Puerto Rico, 2018-2022

Sexo → Sitio del Cáncer† ↓	General					Masculino					Femenino				
	Casos	Tasa Cruda*	Tasas Ajustadas por Edad. Población Estándar:			Casos	Tasa Cruda*	Tasas Ajustadas por Edad. Población Estándar:			Casos	Tasa Cruda*	Tasas Ajustadas por Edad. Población Estándar:		
			PR	EUA	Mundo			PR	EUA	Mundo			PR	EUA	Mundo
Todos los sitios	80,473	498.2	319.1	344.4	247.1	42,143	550.6	355.5	383.3	266.4	38,330	451	293.3	317.3	233.9
Cavidad Oral y Faringe	2,034	12.6	7.9	8.5	6.0	1,427	18.6	12.2	13.1	9.3	607	7.1	4.4	4.8	3.4
Esófago	711	4.4	2.5	2.8	1.8	572	7.5	4.6	5.0	3.4	139	1.6	0.8	1.0	0.6
Estómago	1,591	9.8	5.7	6.3	4.0	841	11.0	6.8	7.5	4.7	750	8.8	4.9	5.4	3.5
Colon y Recto	8,651	53.6	33.7	36.7	25.6	4,682	61.2	40.5	43.9	30.6	3,969	46.7	28.2	30.8	21.4
Hígado y Ducto Biliar	2,026	12.5	7.2	7.8	5.2	1,435	18.7	11.6	12.5	8.5	591	7.0	3.7	4.0	2.6
Páncreas	2,092	13.0	7.4	8.2	5.2	1,077	14.1	8.7	9.5	6.2	1,015	11.9	6.4	7.1	4.4
Laringe	652	4.0	2.4	2.5	1.7	586	7.7	4.8	5.1	3.5	66	0.8	0.4	0.4	0.3
Pulmón y Bronquios	3,799	23.5	13.2	14.6	9.1	2,212	28.9	17.3	19.2	11.7	1,587	18.7	9.9	11.0	6.9
Melanoma de Piel	747	4.6	3.1	3.3	2.4	441	5.8	3.9	4.3	2.8	306	3.6	2.4	2.6	2
Próstata	~	~	~	~	~	16,409	214.4	133.0	141.2	99.8	~	~	~	~	~
Testículo	~	~	~	~	~	407	5.3	5.6	5.9	5.3	~	~	~	~	~
Mama	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~	12,052	141.8	91.3	98.9	72.7
Cuello uterino	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~	1,012	11.9	10.2	11.2	8.8
Útero	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~	3,832	45.1	30.2	32.0	24.8
Ovario	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~	882	10.4	7.3	7.9	6.1
Vejiga Urinaria	2,537	15.7	8.5	9.6	5.6	1,887	24.7	14.6	16.4	9.5	650	7.6	3.9	4.3	2.5
Riñón y Pelvis Renal	2,071	12.8	8.4	9.0	6.7	1,366	17.8	12.2	13.1	9.5	705	8.3	5.3	5.7	4.3
Cerebro y OSN	814	5.0	3.9	4.1	3.6	425	5.6	4.5	4.7	4.0	389	4.6	3.5	3.6	3.2
Tiroides	3,929	24.3	20.9	22.2	18.5	833	10.9	8.9	9.4	7.7	3,096	36.4	31.8	33.7	28.4
Linfoma Hodgkin	405	2.5	2.3	2.4	2.2	232	3.0	2.8	2.9	2.6	173	2.0	1.9	1.9	1.7
Linfoma no-Hodgkin	3,088	19.1	12.3	13.4	9.4	1,650	21.6	14.6	16.0	11.1	1,438	16.9	10.4	11.3	7.9
Mieloma	1,534	9.5	5.6	6.2	4.0	796	10.4	6.5	7.2	4.6	738	8.7	4.9	5.4	3.5
Leucemia	2,119	13.1	9.1	9.7	7.5	1,184	15.5	10.9	11.8	8.6	935	11	7.6	8.1	6.6

* Tasas por 100,000 personas.

† Excluye carcinomas basales y escamosos de piel excepto cuando ocurren en órganos genitales. Excluye los cánceres *in-situ*, excepto los de vejiga urinaria.

~ No aplica.

PR = Puerto Rico; EUA = Estados Unidos de América; OSN = Otros del sistema nervioso

Anejo III. Mortalidad para sitios específicos de cáncer por sexo: Puerto Rico, 2018-2022

Sexo →	General					Masculino					Femenino					
	Sitio del Cáncer ↓	Casos	Tasa Cruda*	Tasas Ajustadas por Edad. Población Estándar:			Casos	Tasa Cruda*	Tasas Ajustadas por Edad. Población Estándar:			Casos	Tasa Cruda*	Tasas Ajustadas por Edad. Población Estándar:		
				PR	EUA	Mundo			PR	EUA	Mundo			PR	EUA	Mundo
	Todos los sitios	26,105	161.6	90.5	101.3	61.1	14,300	186.8	111.8	125.7	73.2	11,805	138.9	74.8	83.5	51.9
	Cavidad Oral y Faringe	595	3.7	2.1	2.3	1.5	446	5.8	3.6	3.9	2.6	149	1.8	0.9	1.0	0.6
	Esófago	479	3.0	1.7	1.8	1.2	399	5.2	3.2	3.5	2.2	80	0.9	0.5	0.5	0.3
	Estómago	848	5.3	2.9	3.2	1.9	483	6.3	3.8	4.3	2.5	365	4.3	2.2	2.5	1.4
	Colon y Recto	3,256	20.2	11.5	12.9	8.0	1,821	23.8	14.8	16.4	10.2	1,435	16.9	9.0	10.1	6.1
	Hígado y Ducto Biliar	1,770	11.0	6.1	6.8	4.3	1,179	15.4	9.4	10.3	6.6	591	7.0	3.5	4.0	2.3
	Páncreas	1,727	10.7	5.9	6.6	4.0	918	12.0	7.3	8.1	5.1	809	9.5	4.7	5.4	3.0
	Laringe	185	1.1	0.6	0.7	0.4	169	2.2	1.3	1.5	0.9	16	0.2	0.1	0.1	0.1
	Pulmón y Bronquios	2,761	17.1	9.3	10.4	6.1	1,661	21.7	12.8	14.4	8.3	1,100	12.9	6.5	7.4	4.3
	Melanoma de Piel	126	0.8	0.4	0.5	0.3	82	1.1	0.7	0.8	0.4	44	0.5	0.3	0.3	0.2
	Próstata	~	~	~	~	~	2,320	30.3	16.5	19.5	8.7	~	~	~	~	~
	Testículo	~	~	~	~	~	38	0.5	0.5	0.5	0.4	~	~	~	~	~
	Mama	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~	2,088	24.6	14.1	15.5	10.3
	Cuello uterino	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~	236	2.8	2	2.2	1.7
	Útero	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~	693	8.2	4.7	5.1	3.5
	Ovario	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~	507	6.0	3.6	3.9	2.7
	Vejiga Urinaria	604	3.7	1.9	2.1	1.1	402	5.3	2.9	3.4	1.7	202	2.4	1.0	1.2	0.6
	Riñón y Pelvis Renal	453	2.8	1.6	1.7	1.0	295	3.9	2.3	2.6	1.5	158	1.9	1.0	1.1	0.6
	Cerebro y OSN	591	3.7	2.3	2.5	1.7	303	4.0	2.7	2.9	2.1	288	3.4	1.9	2.1	1.4
	Tiroides	101	0.6	0.3	0.4	0.2	39	0.5	0.3	0.3	0.2	62	0.7	0.4	0.4	0.3
	Linfoma Hodgkin	71	0.4	0.3	0.3	0.2	48	0.6	0.4	0.5	0.3	23	0.3	0.1	0.2	0.1
	Linfoma no-Hodgkin	825	5.1	2.9	3.2	1.9	468	6.1	3.8	4.3	2.6	357	4.2	2.1	2.4	1.4
	Mieloma	666	4.1	2.2	2.5	1.4	334	4.4	2.6	2.9	1.6	332	3.9	1.9	2.2	1.2
	Leucemia	995	6.2	3.6	4.0	2.4	548	7.2	4.4	5.0	2.9	447	5.3	2.9	3.3	2.0

* Tasas por 100,000 personas.

~ No aplica.

PR = Puerto Rico; EUA = Estados Unidos de América; OSN = Otros del sistema nervioso

Anejo IV. Incidencia de cáncer infantil por sexo: Puerto Rico, 2018-2022

Sexo →	General					Masculino					Femenino				
Sitio del Cáncer ↓	Casos	Tasa Cruda*	Tasas Ajustadas por Edad. Población Estándar:			Casos	Tasa Cruda*	Tasas Ajustadas por Edad. Población Estándar:			Casos	Tasa Cruda*	Tasas Ajustadas por Edad. Población Estándar:		
			PR	EUA	Mundo			PR	EUA	Mundo			PR	EUA	Mundo
Todos los sitios	325	146.8	153.5	153.2	159.0	158	140.4	146.8	146.5	151.8	167	153.4	160.6	160.3	166.5
Leucemias	102	46.1	49.0	48.8	51.2	46	40.9	42.5	42.3	43.5	56	51.4	55.8	55.6	59.2
Linfomas	43	19.4	19.1	19.1	19.0	30	26.7	25.7	25.7	25	13	11.9	12.3	12.4	12.8
Neoplasmas del SNC	51	23	24.8	24.7	26.1	28	24.9	26.7	26.6	28.2	23	21.1	22.7	22.6	24
Neuroblastoma	16	7.2	8.9	8.9	10.3	9	8	9.7	9.6	11.1	7	6.4	8.2	8.1	9.6
Retinoblastoma	9	4.1	5.4	5.5	6.6	^	^	^	^	^	^	^	^	^	^
Tumores renales	14	6.3	7.1	7	7.7	6	5.3	6.5	6.4	7.4	8	7.3	7.7	7.7	8.0
Tumores hepáticos	^	^	^	^	^	^	^	^	^	^	^	^	^	^	^
Tumores óseos	10	4.5	4.1	4.1	3.7	^	^	^	^	^	^	^	^	^	^
Sarcomas de tejidos blandos	16	7.2	7.3	7.3	7.3	7	6.2	6.3	6.3	6.4	9	8.3	8.2	8.3	8.2
Neoplasia de células germinales	17	7.7	7.6	7.6	7.6	8	7.1	7.5	7.4	7.7	9	8.3	7.7	7.7	7.4
Carcinomas	30	13.5	12.0	12	10.7	9	8	6.9	7	6.1	21	19.3	17.1	17.2	15.4
Otro	13	5.9	5.9	6.0	6.0	^	^	^	^	^	^	^	^	^	^

*Tasas son por 1,000,000 personas.

^ Casos y tasas no son presentados cuando son menos de seis casos reportados para proteger la confidencialidad de la información. Estadísticas fueron generadas utilizando la Clasificación Internacional para Cáncer de la Niñez (CICN).

PR = Puerto Rico; EUA = Estados Unidos de América

SNC = Sistema Nervioso Central

Anejo V. Incidencia de cáncer en adolescentes y jóvenes adultos por sexo: Puerto Rico, 2018-2022

Sexo →	General					Masculino					Femenino				
	Casos	Tasa Cruda*	Tasas Ajustadas por Edad Población Estándar:			Casos	Tasa Cruda*	Tasas Ajustadas por Edad Población Estándar:			Casos	Tasa Cruda*	Tasas Ajustadas por Edad Población Estándar:		
			PR	EUA	Mundo			PR	EUA	Mundo			PR	EUA	Mundo
Todos los sitios de cáncer	3,634	71.2	70.6	76.4	66.3	1,218	48.1	48.3	51.4	46.2	2,416	94.0	91.4	99.7	85.2
Leucemias	157	3.1	3.1	3.2	3.0	93	3.7	3.7	3.8	3.6	64	2.5	2.5	2.6	2.4
Linfoma no-Hodgkin	161	3.2	3.1	3.4	3.0	99	3.9	3.9	4.2	3.7	62	2.4	2.4	2.6	2.2
Linfoma Hodgkin	162	3.2	3.2	3.2	3.2	92	3.6	3.7	3.7	3.6	70	2.7	2.7	2.7	2.7
SNC y otras neoplasias intracraneales e intraespinales	84	1.6	1.6	1.7	1.6	48	1.9	1.9	2.0	1.9	36	1.4	1.4	1.4	1.4
Neoplasias óseas y condromatosas	37	0.7	0.7	0.7	0.8	25	1.0	1.0	1.0	1.0	12	0.5	0.5	0.5	0.5
Sarcomas de tejidos blandos	117	2.3	2.3	2.4	2.2	66	2.6	2.6	2.7	2.5	51	2.0	2.0	2.1	1.9
Células germinales y neoplasias trofoblásticas	306	6.0	5.9	6.1	5.8	279	11.0	10.9	11.4	10.6	27	1.1	1.1	1.0	1.1
Melanoma y carcinomas de piel	62	1.2	1.2	1.3	1.1	28	1.1	1.1	1.2	1.0	34	1.3	1.3	1.4	1.2
Carcinoma de tiroides	911	17.9	17.7	18.7	16.8	140	5.5	5.6	5.9	5.3	771	30.0	29.3	31.0	28.0
Otros carcinomas de cabeza y cuello	65	1.3	1.3	1.4	1.2	37	1.5	1.5	1.7	1.4	28	1.1	1.1	1.1	1.1
Carcinoma de tráquea, bronquios y pulmón	33	0.6	0.6	0.7	0.6	14	0.6	0.6	0.6	0.5	19	0.7	0.7	0.8	0.7
Carcinoma de mama	~	~	~	~	~	^	^	^	^	^	403	15.7	15.1	17.3	13.5
Carcinoma del riñón	58	1.1	1.1	1.3	1.0	31	1.2	1.3	1.4	1.1	27	1.1	1.0	1.1	0.9
Carcinoma del cérvix y del útero	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~	426	16.6	15.9	17.9	14.4
Carcinoma de colon y recto	271	5.3	5.3	5.8	4.9	116	4.6	4.6	5.1	4.3	155	6.0	5.8	6.5	5.4
Carcinoma de estómago	21	0.4	0.4	0.5	0.4	9	0.4	0.4	0.4	0.3	12	0.5	0.5	0.5	0.4
Carcinoma de hígado y ducto biliar intrahepático	11	0.2	0.2	0.2	0.2	^	^	^	^	^	^	^	^	^	^
Carcinoma de páncreas	27	0.5	0.5	0.6	0.5	7	0.3	0.3	0.3	0.3	20	0.8	0.7	0.8	0.7

*Tasas son por 1,000,000 personas.

^ Casos y tasas no son presentados cuando son menos de seis casos reportados para proteger la confidencialidad de la información

PR = Puerto Rico; EUA = Estados Unidos de América

SNC = Sistema Nervioso Central

~ No aplica

PUBLICACIONES CIENTÍFICAS

Desde el 2007 hasta el presente, el Registro Central de Cáncer de Puerto Rico ha participado o suministrado datos en las siguientes publicaciones y artículos científicos:

Chavez MN, Ortiz-Ortiz K, Trejos R, Sanabria G, Quast T, Tyson DM. **Opioid prescription and usage disparities among Puerto Rican breast cancer survivors: findings from the Puerto Rico Central Cancer Registry-Health Insurance Linkage Database (PRCCR-HILD)**. *Cancer Causes Control*. 2025 Jul 4. [[PubMed](#)]

Castañeda-Avila MA, Latoni-Guillermety D, Sabatino M, Ortiz-Ortiz KJ, Lapane KL. **Challenges oncologists face when caring for Hispanics living in Puerto Rico with colorectal cancer and multiple chronic conditions**. *BMC Cancer*. 2025 May 20;25(1):898. [[PubMed](#)]

Colón-López V, Sanchez-Cabrera Y, Soto-Salgado M, Ortiz-Ortiz KJ, Quast T, Fernandez ME. **'More stressful than cancer': treatment experiences lived during Hurricane Maria among breast and colorectal cancer patients in Puerto Rico**. *BMC Public Health*. 2025 May 8;25(1):1703. [[PubMed](#)]

Borrero-Garcia LD, Moró-Carrión M, Torres-Cintrón CR, Centeno-Girona H, Perez V, Santos-Colón T, González-Pons M. **Disparities in Colorectal Cancer Incidence Trends Among Hispanics Living in Puerto Rico (2000-2021): A Comparison With Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) Database**. *Cancer Med*. 2025 Apr;14(8):e70851. doi: 10.1002/cam4.70851. [[PubMed](#)]

Suárez-Ramos T, Verganza S, Pagán-Santana Y, Castañeda-Avila MA, Torres-Cintrón CR, Santiago-Rodríguez EJ, Ortiz-Ortiz KJ. **Evaluating the impact of hurricanes and the COVID-19 pandemic on colorectal cancer incidence in Puerto Rico: An interrupted time-series analysis**. *Cancer*. 2025 Apr 15;131(8):e35793. [[PubMed](#)]

Velazquez J, Castañeda-Avila MA, Gierbolini-Bermúdez A, Ramos-Fernández MR, Ortiz-Ortiz KJ. **High-Intensity End-of-Life Care Among Young and Middle-Aged Hispanic Adults With Cancer in Puerto Rico**. *Med Care*. 2025 Mar 1;63(3):193-201. doi: 10.1097/MLR.0000000000002115. Epub 2025 Jan 17. [[PubMed](#)]

Muñoz-Torres F, Soto-Salgado M, Ortiz-Ortiz KJ, López-León XS, Sánchez-Cabrera Y, Colón-López V. **Cancer Treatment Disruption by Residence Region in the Aftermath of Hurricanes Irma and María in Puerto Rico**. *Int J Environ Res Public Health*. 2024 Oct 8;21(10):1334. doi: 10.3390/ijerph21101334. [[PubMed](#)]

Miranda EI, Gierbolini-Bermúdez A, Quintana R, Torres-Cintrón CR, Ortiz-Ortiz KJ. **Treatment Patterns and Health Care Resource Utilization of Patients With Non-Small Cell Lung Cancer in Puerto Rico: The TREATLINES-ONCOLUNG Study**. *JCO Glob Oncol*. 2024 Sep;10:e2400089. [[PubMed](#)]

Pagán-Santana Y, Castañeda-Avila M, Ríos-Motta R, Santos-Reyes L, Ortiz-Ortiz KJ. **Examining concordance with the guidelines of the national comprehensive cancer network for the treatment of endometrial cancer in Puerto Rico**. *Cancer Epidemiol*. 2024 Sep 19;93:102664. [[PubMed](#)]

Ortiz AP, Torres-Cintrón CR, Santiago-Rodríguez EJ, Ramos-Cartagena JM, Suárez-Ramos T, Damgacioglu H, Colón-López V, Ortiz-Ortiz KJ, Deshmukh AA. **Recent cervical cancer incidence, stage at diagnosis, and mortality trends in Puerto Rico, 2001-2019**. *BMC Med*. 2024 Aug 13;22(1):327. [[PubMed](#)]

Hernández-Marrero J, Ramos-Cartagena JM, Soto-Salgado M, Rivera-Santiago T, Ortiz-Ortiz KJ, Colón-López V, Deshmukh AA, Ortiz AP. **Anal cancer risk and HPV infection knowledge and awareness among Hispanic persons living with HIV in Puerto Rico.** Res Sq. 2024 Jun 28;rs.3.rs-4565682. [[PubMed](#)]

Rivera-Gastón FA, Umpierre-Catinchi S, Ramos-Cartagena JM, Ortiz-Ortiz KJ, Torres-Cintrón CR, García-Camacho SI, Calo WA, Tortolero-Luna G, Martínez-Ocasio LM, Ortiz AP. **Treatment Interruptions and Mortality Among Puerto Rican Women With Gynecologic Cancers in Puerto Rico After Hurricanes Irma and María: A Retrospective Cohort Study.** Disaster Med Public Health Prep. 2024 May 21;18:e105. [[PubMed](#)]

Pagán Santana Y, Castañeda Avila M, Ríos Motta R, Ortiz Ortiz KJ. **Sociodemographic, clinical characteristics, and treatment patterns of endometrial cancer cases in Puerto Rico during the period 2009 to 2015: A retrospective study.** PLoS One. 2024 May 2;19(5):e0302253. [[PubMed](#)]

Castañeda-Avila MA, Suárez-Ramos T, Torres-Cintrón CR, Epstein MM, Gierbolini-Bermúdez A, Tortolero-Luna G, Ortiz-Ortiz KJ. **Multiple myeloma incidence, mortality, and survival differences at the intersection of sex, age, and race/ethnicity: A comparison between Puerto Rico and the United States SEER population.** Cancer Epidemiol. 2024 Jan 30;89:102537. [[PubMed](#)]

Castañeda-Avila MA, Suárez Ramos T, Torres-Cintrón CR, Gierbolini-Bermúdez A, Tortolero-Luna G, Ortiz-Ortiz KJ. **Monoclonal Gammopathy of Undetermined Significance and Multiple Myeloma Survival Among Hispanics Living in Puerto Rico.** J Registry Manag. 2023 Winter;50(4):167-169. [[PubMed](#)]

Cruz G, Ramos-Cartagena JM, Torres-Russe JL, Colón-López V, Ortiz-Ortiz KJ, Pericchi L, Deshmukh AA, Ortiz AP. **Barriers and facilitators to anal cancer screening among people living with HIV in Puerto Rico.** BMC Public Health. 2023 Oct 6;23(1):1940. [[PubMed](#)]

Rosario-Santos A, Torres-Cintrón CR, López-Rexach AG, González-Carcache P, Tortolero-Luna G, Umpierre S. **A comparative analysis of endometrial cancer disparities in incidence, mortality, and survival between women living in Puerto Rico, Non-Hispanic Blacks, Non-Hispanic Whites, and US Hispanics between 2000-2018.** Cancer Gynecol Oncol Rep. 2023 Sep 14;49:101275. [[PubMed](#)]

Fuentes Payán W, González Lorenzo K, Gelabert Martínez F, Conte Schmidt N, Tortolero-Luna G, Ramos-Fernández MR, Gierbolini-Bermúdez A, Melin K, Ortiz-Ortiz KJ. **Association Between Concurrent Use of Benzodiazepines and Opioids and Health Care Utilization Among Patients With Cancer in Puerto Rico.** JCO Glob Oncol. 2023 Sep;9:e2300008. [[PubMed](#)]

Montes-Rodríguez IM, Soto-Salgado M, Torres-Cintrón CR, Tomassini-Fernandini JC, Suárez E, Clavell LA, Cadilla CL. **Incidence and Mortality Rates for Childhood Acute Lymphoblastic Leukemia in Puerto Rican Hispanics, 2012-2016.** Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2023 Aug 1;32(8):1030-1037. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-22-1227. PMID: 37222662. [[PubMed](#)]

Gopalani SV, Soman A, Shapiro JA, Miller JW, Ortiz-Ortiz KJ, Castañeda-Avila MA, Buenconsejo-Lum LE, Fredericks LE, Tortolero-Luna G, Saraiya M. **Breast, cervical, and colorectal cancer screening test use in the US territories of Guam, Puerto Rico, and the US Virgin Islands.** Cancer Epidemiol. 2023 Jun;84:102371. doi: 10.1016/j.canep.2023.102371. Epub 2023 Apr 25. PMID: 37105018. [[PubMed](#)]

Alvarado Ortiz M, Suárez Ramos T, Torres Cintrón CR, Zavala Zegarra D, Tortolero Luna G, Ortiz-Ortiz KJ, Castaneda-Avila MA. **Racial/ethnic disparities for leukemias in Puerto Rico and the United States of America, 2015-2019.** PLoS

One. 2023 May 17;18(5):e0285547. doi: 10.1371/journal.pone.0285547. PMID: 37196029; PMCID: PMC10191266. [\[PubMed\]](#)

Colón-López V, Sánchez-Cabrera Y, Soto-Salgado M, Ortiz-Ortiz KJ, Quast T, Fernández ME. **'More stressful than cancer': Treatment Experiences Lived During Hurricane Maria among Breast and Colorectal Cancer Patients in Puerto Rico.** *Res Sq [Preprint]*. 2023 Apr 3;rs.3.rs-2689228. doi: 10.21203/rs.3.rs-2689228/v1. PMID: 37066399; PMCID: PMC10104257. [\[PubMed\]](#)

Castañeda-Avila MA, Oyinbo AG, Epstein MM, Ortiz-Ortiz KJ, Tortolero-Luna G, Lapane KL. **Trends and factors associated with fecal occult blood test utilization among Hispanic adults in Puerto Rico and the United States: BRFS 2012-2020.** *Cancer Prev Res (PHILA)*. 2023 Jan 31;CAPR-22-0423. [\[PubMed\]](#)

Damgacioglu H, Lin YY, Ortiz AP, Wu CF, Shahmoradi Z, Shyu SS, Li R, Nyitray AG, Sigel K, Clifford GM, Jay N, Lopez VC, Barnell GM, Chiao EY, Stier EA, Ortiz-Ortiz KJ, Ramos-Cartagena JM, Sonawane K, Deshmukh AA. **State Variation in Squamous Cell Carcinoma of the Anus Incidence and Mortality, and Association with HIV/AIDS and Smoking in the United States.** *J Clin Oncol*. 2023 Feb 20;41(6):1228-1238. [\[PubMed\]](#)

González-Pons M, Torres-Cintrón CR, Soto-Salgado M, Vargas-Ramos Y, Pérez-Portocarrero L, Morgan DR, Cruz-Correa M. **Racial/ethnic disparities in gastric cancer: A 15-year population-based analysis.** *Cancer Med*. 2023 Jan;12(2):1860-1868. [\[PubMed\]](#)

Gómez-Vargas V, Ortiz-Ortiz KJ, Almodóvar-Rivera I, Torres-Cintrón CR, Deshmukh AA, Ortiz AP. **Screening History and Survival among Women with Cervical Cancer in Puerto Rico.** *J Low Genit Tract Dis*. 2023 Jan 1;27(1):19-23. [\[PubMed\]](#)

Ortiz-Ortiz KJ, Torres-Cintrón CR, Suárez Ramos T, Castañeda-Avila MA, Cotto Santana LA, Tortolero-Luna G. **Patterns of use of biological and genetic markers for chronic lymphocytic leukemia and acute myeloid leukemia in Puerto Rico.** *Cancer Med*. 2022 Nov 25. [\[PubMed\]](#)

Quirindongo-Rivera C, Rullán-Varela V, Underill Z, Rivera M, Ortiz-Ortiz KJ, Martínez-Montemayor MM. **Characterization of Inflammatory Breast Cancer in Hispanic Women from Puerto Rico.** *J Cancer*. 2022 Oct 24;13(14):3495-3502. [\[PubMed\]](#)

Castañeda-Avila MA, Suárez Ramos T, Torres-Cintrón CR, Cotto-Santana LA, Tortolero-Luna G, Ortiz-Ortiz KJ. **Induction Therapy and Survival for Acute Myeloid Leukemia in Hispanic Adults from Puerto Rico.** *Clin Lymphoma Myeloma Leuk*. 2022 Oct;22(10):e922-e930. [\[PubMed\]](#)

Jiménez Nieves Y, Ortiz-Ortiz KJ, Ríos Motta RE, Castañeda-Avila MA, Tortolero-Luna G. **Granulocyte colony stimulating factor use and adherence to clinical practice guidelines among women with breast cancer living in Puerto Rico: a population-based study.** *BMC Health Serv Res*. 2022 Jul 20;22(1):935. [\[PubMed\]](#)

Ramos-Fernández MR, Ortiz-Ortiz KJ, Torres-Cintrón CR, Tortolero-Luna G. **Patterns of End-of-Life Care as Measured by Emergency Room Visits Among Cancer Patients in Puerto Rico.** *Am J Hosp Palliat Care*. 2021 Jul 7;10499091211025743. [\[PubMed\]](#)

Miller KD, Ortiz AP, Pinheiro PS, Bandi P, Minihan A, Fuchs HE, Martinez Tyson D, Tortolero-Luna G, Fedewa SA, Jemal AM, Siegel RL. **Cancer statistics for the US Hispanic/Latino population, 2021.** *CA Cancer J Clin*. 2021 Nov;71(6):466-487. [\[PubMed\]](#)

Ortiz AP, Gierbolini-Bermúdez A, Ramos-Cartagena JM, Colón-López V, Sonawane K, Deshmukh AA, Ortiz-Ortiz KJ. **Cervical Cancer Screening Among Medicaid Patients During Natural Disasters and the COVID-19 Pandemic in Puerto Rico, 2016 to 2020.** *JAMA Netw Open.* 2021 Oct 1;4(10):e2128806. [[PubMed](#)]

Ortiz AP, Soto-Salgado M, Calo WA, Hull P, Fernández ME, Colón-López V, Tortolero-Luna G. **Elimination of cervical cancer in U.S. Hispanic populations: Puerto Rico as a case study.** *Prev Med.* 2021 Mar;144:106336. [[PubMed](#)]

Ortiz-Ortiz KJ, Tortolero-Luna G, Torres-Cintrón CR, Zavala-Zegarra DE, Gierbolini-Bermúdez A, Ramos-Fernández MR. **High-Intensity End-of-Life Care among Patients with GI Cancer in Puerto Rico: A Population-Based Study.** *JCO Oncol Pract.* 2021 Feb;17(2):e168-e177. [[PubMed](#)]

Ortiz-Ortiz KJ, Ramos-Cartagena JM, Deshmukh A, Torres-Cintrón CR, Colón-López V, Ortiz AP. **Squamous Cell Carcinoma of the Anus Incidence, Mortality, and Survival among the General Population and Persons Living With HIV in Puerto Rico, 2000-2016.** *JCO Glob Oncol.* 2021 Jan;7:133-143. [[PubMed](#)]

Ortiz AP, Ortiz-Ortiz KJ, Colón-López V, Tortolero-Luna G, Torres-Cintrón CR, Wu CF, Deshmukh A. **Incidence of Cervical Cancer in Puerto Rico, 2001-2017.** *JAMA Oncol.* 2021 Jan 14;e207488. [[PubMed](#)]

Castañeda-Avila MA, Ortiz-Ortiz KJ, Torres-Cintrón CR, Birmann BM, Epstein MM. **Trends in cause of death among patients with multiple myeloma in Puerto Rico and the United States SEER population, 1987-2013.** *Int J Cancer.* 2020 Jan 1;146(1):35-43. [[PubMed](#)]

Ward EM, Sherman RL, Henley SJ, Jemal A, Siegel DA, Feuer EJ, Firth AU, Kohler BA, Scott S, Ma J, Anderson RN, Benard V, Cronin KA. **Annual Report to the Nation on the Status of Cancer, Featuring Cancer in Men and Women Age 20-49 Years.** *J Natl Cancer Inst.* 2019 Dec 1;111(12):1279-1297. [[PubMed](#)]

Joachim C, Veronique-Baudin J, Vinh-Hung V, Contaret C, Macni J, Godaert L, Escarmant P, Farid K, Novella JL, Drame M, Tortolero-Luna G, Babie PT, Zavala DE, Alvarez YG. **Building capacity for cancer surveillance and public health research: The Cancer Task Force Project for Cooperation in the Caribbean and Aging Research.** *J Glob Health.* 2019 Dec;9(2):020304. [[PubMed](#)]

Castañeda-Avila M, Torres-Cintrón CR, Cruz-Benítez A, Fuentes-Payán W, Maldonado-Albertorio A, Nieves-Ferrer L, Padró-Juarbe P, Soto-Abreu R, Perez-Ríos N, Ortiz-Ortiz KJ, Magno P, Ortiz AP. **Pancreatic Cancer Incidence, Mortality, and Survival in Puerto Rico, 2001-2015.** *P R Health Sci J.* 2019 Sep;38(3):148-155. [[PubMed](#)]

Tortolero-Luna G, Torres-Cintrón CR, Alvarado-Ortiz M, Ortiz-Ortiz KJ, Zavala-Zegarra DE, Mora-Piñero E. **Incidence of thyroid cancer in Puerto Rico and the US by racial/ethnic group, 2011-2015.** *BMC Cancer.* 2019 Jun 28;19(1):637. [[PubMed](#)]

Miller KD, Goding-Sauer A, Ortiz AP, Fedewa SA, Pinheiro PS, Tortolero-Luna G, Martinez-Tyson D, Jemal A, Siegel RL. **Cancer Statistics for Hispanics/Latinos, 2018.** *CA Cancer J Clin.* 2018 Oct 4. [[PubMed](#)]

Marqués-Lespier JM, Soto-Salgado M, González-Pons M, Méndez V, Freyre K, Beltrán C, Pericchi LR, Cruz-Correa M. **Prevalence of Synchronous Oligopolyposis in Incident Colorectal Cancer: A Population-Based Study.** *P R Health Sci J.* 2018 Mar;37(1):39-45. [[PubMed](#)]

Chance WW, Ortiz-Ortiz KJ, Liao KP, Zavala-Zegarra DE, Stauder MC, Giordano SH, Tortolero-Luna G, Guadagnolo BA. **Underuse of Radiation Therapy after Breast Conservation Surgery in Puerto Rico: A Puerto Rico Central Cancer Registry-Health Insurance Linkage Database Study.** *J Glob Oncol.* 2018 Sep;(4):1-9. [[PubMed](#)]

Acevedo-Fontáñez AI, Suárez E, Torres-Cintrón CR, Ortiz AP. **Risk of Anal Cancer in Women With a Human Papillomavirus-Related Gynecological Neoplasm: Puerto Rico 1987-2013.** *J Low Genit Tract Dis.* 2018 Jul;22(3):225-230. [[PubMed](#)]

Ortiz-Ortiz KJ, Tortolero-Luna G, Ríos-Motta R, Veintidós-Feliú A, Hunter-Mellado R, Torres-Cintrón CR, Suárez-Ramos T, Magno P. **Use of adjuvant chemotherapy in patients with stage III colon cancer in Puerto Rico: A population-based study.** *PLoS One.* 2018 Mar 27;13(3):e0194415. [[PubMed](#)]

Allemani C, Matsuda T, Di Carlo V, Harewood R, Matz M, Niksic M, Bonaventure A, Valkov M, Johnson CJ, Esteve J, Ogunbiyi OJ, Azevedo E Silva G, Chen WQ, Eser S, Engholm G, Stiller CA, Monnereau A, Woods RR, Visser O, Lim GH, Aitken J, Weir HK, Coleman MP; CONCORD Working Group. **Global surveillance of trends in cancer survival 2000-14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries.** *Lancet.* 2018 Mar 17;391(10125):1023-1075. Epub 2018 Jan 31. [[PubMed](#)]

Bonaventure A, Harewood R, Stiller CA, Gatta G, Clavel J, Stefan DC, Carreira H, Spika D, Marcos-Gragera R, Peris-Bonet R, Piñeros M, Sant M, Kuehni CE, Murphy MFG, Coleman MP, Allemani C; CONCORD Working Group. **Worldwide comparison of survival from childhood leukaemia for 1995-2009, by subtype, age, and sex (CONCORD-2): a population-based study of individual data for 89 828 children from 198 registries in 53 countries.** *Lancet Haematol.* 2017 May;4(5):e202-e217. Epub 2017 Apr 11. Erratum in: *Lancet Haematol.* 2017 May;4(5):e201. [[PubMed](#)]

Matz M, Coleman MP, Sant M, Chirlaque MD, Visser O, Gore M, Allemani C; & the CONCORD Working Group. **The histology of ovarian cancer: worldwide distribution and implications for international survival comparisons (CONCORD-2).** *Gynecol Oncol.* 2017 Feb;144(2):405-413. Epub 2016 Dec 6. Erratum in: *Gynecol Oncol.* 2017 Dec;147(3):726. [[PubMed](#)]

Matz M, Coleman MP, Carreira H, Salmerón D, Chirlaque MD, Allemani C; CONCORD Working Group. **Worldwide comparison of ovarian cancer survival: Histological group and stage at diagnosis (CONCORD-2).** *Gynecol Oncol.* 2017 Feb;144(2):396-404. Epub 2016 Dec 2. Erratum in: *Gynecol Oncol.* 2017 Dec;147(3):725. [[PubMed](#)]

Ortiz-Ortiz KJ, Ríos-Motta R, Marín-Centeno H, Cruz-Correa M, Ortiz AP. **Factors associated with late stage at diagnosis among Puerto Rico's government health plan colorectal cancer patients: a cross-sectional study.** *BMC Health Serv Res.* 2016 Aug 3;16(a):344. [[PubMed](#)]

Ortiz-Ortiz KJ, Ríos-Motta R, Marín-Centeno H, Cruz-Correa MR, Ortiz AP. **Emergency Presentation and Short-Term Survival Among Patients With Colorectal Cancer Enrolled in the Government Health Plan of Puerto Rico.** *Health Serv Res Manag Epidemiol.* 2016 May 9;3:2333392816646670. eCollection 2016 Jan-Dec. [[PubMed](#)]

Suárez E, González L, Pérez-Mitchell C, Ortiz AP, Ramírez-Sola M, Acosta J, Bernabe-Dones RD, González-Aquino C, Montes-Rodríguez I, Cadilla CL. **Pathway Analysis using Gene-expression Profiles of HPV-positive and HPV-negative Oropharyngeal Cancer Patients in a Hispanic Population: Methodological Procedures.** *PR Health Sci J.* 2016 Mar;35(1):3-8. [[PubMed](#)]

O'Neil ME, Henley SJ, Singh SD, Wilson RJ, Ortiz-Ortiz KJ, Ríos NP, Torres-Cintrón CR, Luna GT, Zavala-Zegarra DE, Ryerson AB; Centers for Disease Control and prevention (CDC). **Invasive cancer incidence - Puerto Rico, 2007-2011.** *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2015 Apr 17;64(14):389-93. [[PubMed](#)]

Ortiz-Ortiz KJ, Ortiz-Martínez de Andino JJ, Torres-Cintrón CR, Tirado-Gómez M, González-Falero A, Caballero-Varona D, Ortiz AP, Pérez-Ríos N. **Effect of type of health insurance coverage on leukemia survival in adults in Puerto Rico.** *PR Health Sci J.* 2014 Sep;33(3):132-5. [[PubMed](#)]

Ortiz AP, Pérez-Irizarry J, Soto-Salgado M, Suárez E, Pérez N, Cruz M, Palefsky J, Tortolero-Luna G, Miranda S, Colón-López V. **Human papillomavirus-related cancers among people living with AIDS in Puerto Rico.** *Prev Chronic Dis.* 2014 May 15;11: E80. [[PubMed](#)]

Ortiz-Ortiz KJ, Ramírez-García R, Cruz-Correa M, Ríos-González MY, Ortiz AP. **Effects of type of health insurance coverage on colorectal cancer survival in Puerto Rico: a population-based study.** *PLoS One.* 2014 May 5;9(5):e96746. eCollection 2014. [[PubMed](#)]

Ortiz AP, Ortiz-Ortiz KJ, Traverso-Ortiz M, Ríos MY, Colón-López V, Palefsky JM. **Anal cancer trends in Puerto Rico from 1985 to 2005: the potential impact of the AIDS epidemic.** *AIDS Patient Care STDS.* 2014 Apr;28(4):165-7. Epub 2014 Mar 24. No abstract available. [[PubMed](#)]

Colón-López V, Ortiz A, Soto-Salgado M, Torres-Cintrón M, Mercado-Acosta J, Suárez E. **Anal cancer incidence and mortality in Puerto Rico.** *PR Health Sci J.* 2013 Jun;32(2):76-81. [[PubMed](#)]

González L, Magno P, Ortiz AP, Ortiz-Ortiz K, Hess K, Nogueras-González GM, Suárez E. **Esophageal cancer incidence rates by histological type and overall: Puerto Rico versus the United States Surveillance, Epidemiology, and End Results population, 1992-2005.** *Cancer Epidemiol.* 2013 Feb;37(1):5-10. [[PubMed](#)]

Suárez E, González L, Díaz-Toro EC, Calo WA, Bermúdez F, Ortiz AP. **Incidence of oral cavity and pharyngeal cancers by anatomical sites in population-based registries in Puerto Rico and the United States of America.** *PR Health Sci J.* 2013 Dec;32(4):175-81. [[PubMed](#)]

Colón-López V, Ortiz AP, Soto-Salgado M, Torres-Cintrón M, Pettaway CA, Puras-Báez A, Martínez-Ferrer M, Suárez E. **Penile cancer disparities in Puerto Rican men as compared to the United States population.** *Int Braz J Urol.* 2012 Nov-Dec;38(6):728-38. [[PubMed](#)]

Torres-Cintrón M, Ortiz AP, Ortiz-Ortiz KJ, Figueroa-Vallés NR, Pérez-Irizarry J, Díaz-Medina G, De la Torre-Feliciano T, Suárez-Pérez E. **Using a socioeconomic position index to assess disparities in cancer incidence and mortality, Puerto Rico, 1995-2004.** *Prev Chronic Dis.* 2012;9:E15. [[PubMed](#)]

Soto-Salgado M, Suárez E, Torres-Cintrón M, Pettaway C, Colón V, Ortiz AP. **Prostate cancer incidence and mortality among Puerto Ricans: an updated analysis comparing men in Puerto Rico with US racial/ethnic groups.** *PR Health Sci J.* 2012 Sep;31(3):107-13. [[PubMed](#)]

Ortiz AP, Otero Y, Svensson K, García-Rodríguez O, Garced S, Santiago E, Umpierre S, Figueroa N, Ortiz-Ortiz KJ. **Racial and ethnic disparities in lifetime risk of corpus uterine cancer: a comparative study of Puerto Rico and the United States SEER population.** *Ethn Dis.* 2012 Winter;22(1):90-5. [[PubMed](#)]

Rivas H, Laureano AF, Serrano J, Nazario CM. **Lung and bronchus cancer in Puerto Rico: changes in incidence and mortality rates by histology and sex during 1987-2003.** *PR Health Sci J.* 2011 Dec;30(4):176-81. [[PubMed](#)]

Ramírez-Vick M, Nieves-Rodríguez M, Lúgaro-Gómez A, Pérez-Irizarry J. **Increasing incidence of thyroid cancer in Puerto Rico, 1985-2004.** *PR Health Sci J.* 2011 Sep;30(3):109-15. [[PubMed](#)]

Torres-Cintrón M, Ortiz AP, Pérez-Irizarry J, Soto-Salgado M, Figueroa-Vallés NR, Torre-Feliciano T, Ortiz-Ortiz KJ, Calo WA, Suárez E. **Incidence and mortality of the leading cancer types in Puerto Rico: 1987-2004.** *PR Health Sci J.* 2010 Sep;29(3):317-29. [[PubMed](#)]

Ortiz-Ortiz KJ, Pérez-Irizarry J, Marín-Centeno H, Ortiz AP, Torres-Berríos N, Torres-Cintrón M, De la Torre-Feliciano T, Laborde-Rivera J, Calo WA, Figueroa-Vallés, NR. **Productivity loss in Puerto Rico's labor market due to cancer mortality.** *PR Health Sci J.* 2010 Sep;29(3):241-9. [[PubMed](#)]

Ramírez-Marrero FA, Smith E, Torre-Feliciano T, Pérez-Irizarry J, Miranda S, Cruz M, Figueroa-Vallés NR, Crespo CJ, Nazario CM. **Risk of cancer among Hispanics with AIDS compared with the general population in Puerto Rico: 1987-2003.** *PR Health Sci J.* 2010 Sep;29(3):256-64. [[PubMed](#)]

Ortiz AP, Soto-Salgado M, Calo WA, Tortolero-Luna G, Pérez CM, Romero CJ, Pérez J, Figueroa-Vallés N, Suárez E. **Incidence and mortality rates of selected infection-related cancers in Puerto Rico and in the United States.** *Infect Agent Cancer.* 2010 May 14;5:10. [[PubMed](#)]

Ortiz AP, Pérez J, Escalera F, Garced S, García O, Gaud S, Otero Y, Santiago E, Ortiz K., Torres M, et al. **Endometrial cancer in Puerto Rico: incidence, mortality and survival (1992-2003).** *BMC Cancer.* 2010 Feb 3;10:31. [[PubMed](#)]

Pérez-Irizarry J, Nazario CM, Figueroa-Vallés NR, Torre-Feliciano T, Ortiz-Ortiz KJ, Torres-Cintrón M. **Incidence trends of cervical cancer in Puerto Rico, 1987-2004.** *PR Health Sci J.* 2010 Dec;29(4):364-71. [[PubMed](#)]

Ortiz AP, Soto-Salgado M, Calo W, Noguerras G, Tortolero-Luna G, Hebl S, Figueroa-Vallés N, Suárez E. **Disparities in breast cancer in Puerto Rico and among Hispanics, non-Hispanic whites and non-Hispanics blacks in the United States, 1992-2004.** *Breast J.* 2010 Nov-Dec;16(6):666-8. [[PubMed](#)]

Ortiz AP, Frías O, González-Keelan C, Suárez E, Capó D, Pérez J, Cabanillas F, Mora E. **Clinicopathological factors associated to HER-2 status in a hospital-based sample of breast cancer patients in Puerto Rico.** *PR Health Sci J.* 2010 Sep;29(3):265-71. [[PubMed](#)]

Murray G, Jiménez L, Báez F, Colón-Castillo LE, Brau RH. **Descriptive profile of surgically-confirmed adult central nervous system tumors in Puerto Rico.** *PR Health Sci. J* 2009 Dec;28(4):317-28. [[PubMed](#)]

Morse DE, Psoter WJ, Cuadrado L, Jean YA, Phelan J, Mittal K, Buxó CJ, Cruz GD, Elías A. **A deficit in biopsying potentially premalignant oral lesions in Puerto Rico.** *Cancer Detect Prev.* 2009;32(5-6):424-30. [[PubMed](#)]

Soto-Salgado M, Suárez E, Calo W, Cruz-Correa M, Figueroa-Vallés N, Ortiz AP. **Incidence and mortality rates for colorectal cancer in Puerto Rico and among Hispanics, non-Hispanic whites, and non-Hispanic blacks in the United States, 1998-2002.** *Cancer.* 2009 Jul 1;115:3016-23. [[PubMed](#)]

Romero-Marrero C, Ortiz AP, Pérez CM, Pérez J, Torres EA. **Survival of hepatocellular carcinoma in Puerto Rico.** *PR Health Sci J.* 2009 Jun;28(2):105-13. [[PubMed](#)]

Ho GY, Figueroa-Vallés NR, De La Torre-Feliciano T, Tucker KL, Tortolero-Luna G, Rivera WT, Jiménez-Velázquez IZ, Ortiz-Martínez AP, Rohan TE. **Cancer disparities between mainland and island Puerto Ricans.** *Rev Panam Salud Publica.* 2009 May;25(5):394-400. [[PubMed](#)]

Suárez E, Calo WA, Hernández EY, Díaz EC, Figueroa NR, Ortiz AP. **Age-standardized incidence and mortality rates of oral and pharyngeal cancer in Puerto Rico and among non-Hispanics whites, non-Hispanic blacks, and Hispanics in the USA.** *BMC Cancer.* 2009 Apr 28;9:129. [[PubMed](#)]

Villanueva-Reyes A, Strand E, Nazario CM, Irizarry-Ramírez M. **Cancer of the larynx in Puerto Rico.** *PR Health Sci J.* 2008 Sep;27(3):196-203. [[PubMed](#)]

Morse D, Psoter W, De la Torre-Feliciano T, Cruz G, Figueroa N. **Detection of very early oral cancers in Puerto Rico.** *Am J Public Health.* 2008 Jul;98(7):1200-2. [[PubMed](#)]

Smit E, García-Palmieri MR, Figueroa NR, McGee DL, Messina M, Freudenheim JL, Crespo CJ. **Protein and legume intake and prostate cancer mortality in Puerto Rican men.** *Nutr Cancer.* 2007;58(2):146-52. [[PubMed](#)]

Valentín SM, Sánchez JL, Figueroa LD, Nazario CM. **Epidemiology of melanoma in Puerto Rico, 1987-2002.** *PR Health Sci J.* 2007 Dec;26(4):343-8. [[PubMed](#)]

REFERENCIAS

1. Demographic Registry of Puerto Rico. Puerto Rico Department of Health. Puerto Rico Mortality File (May, 2023).
2. World Health Organization, International Classification of Diseases, Tenth Revision. *Geneva: World Health Organization, 1992.*
3. SEER*Stat software [computer program]. Version 8.4.2. Surveillance Research Program, National Cancer Institute; 2023.
4. Brodeur GM, Nichols KE, Plon SE, Schiffman JD, Malkin M. Pediatric Cancer Predisposition and Surveillance: An Overview, and a Tribute to Alfred G. Knudson Jr. *Clin Cancer Res.* 2017 Jun 1;23(11):e1-e5.
5. American Cancer Society. (2019). Cáncer en niños. Cáncer. <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-en-ninos/si-su-hijo-tiene-cancer.html>
6. Instituto Nacional del Cáncer. (2024). Adolescentes y adultos jóvenes con cáncer. <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/adolescentes-adultos-jovenes#1>
7. O'Connell JB, Maggard MA, Liu JH, Etzioni DA, Livingston EH, Ko CY. Rates of colon and rectal cancers are increasing in young adults. *Am Surg.* 2003; 69(10):866-872.
8. Huyghe E, Matsuda T, Thonneau P. Increasing incidence of testicular cancer worldwide: a review. *J Urol.* 2003; 170(1):5-11. doi:10.1097/01.ju.0000053866.68623.da
9. American Cancer Society. (2024). 2020 Special Section: Cancer in Adolescents and Young Adults. <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/cancer-facts-figures-2020.html>
10. Jensen JE, Becker GL, Jackson JB, Rysavy MB. Human Papillomavirus and Associated Cancers: A Review. *Viruses.* Apr 26 2024;16(5)doi:10.3390/v16050680
11. de Martel C, Plummer M, Vignat J, Franceschi S. Worldwide burden of cancer attributable to HPV by site, country and HPV type. *Int J Cancer.* Aug 15, 2017;141(4):664-670. doi:10.1002/ijc.30716
12. American Cancer Society. (2021). Cáncer de orofaringe y de cavidad oral. Cáncer. <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-orofaringe-y-de-cavidad-oral.html>

13. American Cancer Society. (2021). Cáncer de estómago. Cáncer.
<https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-estomago.html>
14. American Cancer Society. (2024). Cáncer de colon o de recto. Cáncer.
<https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto.html>
15. American Cancer Society. (2019). Cáncer de hígado. Cáncer.
<https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-higado.html>
16. American Cancer Society. (2024). Cáncer de páncreas. Cáncer.
<https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-higado.html>
17. American Cancer Society. (2024). Cáncer de pulmón. Cáncer.
<https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-pulmon.html>
18. American Cancer Society. (2024). Cáncer de seno. Cáncer.
<https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno.html>
19. American Cancer Society. (2023). Cáncer de cuello uterino. Cáncer.
<https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-cuello-uterino.html>
20. American Cancer Society. (2021). Cáncer de endometrio. Cáncer.
<https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-endometrio.html>
21. American Cancer Society. (2021). Cáncer de ovario. Cáncer.
<https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-ovario.html>
22. American Cancer Society. (2023). Cáncer de próstata. Cáncer.
<https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-prostata.html>
23. American Cancer Society. (2024). Cáncer de vejiga. Cáncer.
<https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-vejiga.html>
24. American Cancer Society. (2024). Cáncer de riñón. Cáncer.
<https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-rinon.html>
25. American Cancer Society. (2024). Cáncer de tiroides. Cáncer.
<https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-tiroides.html>
26. American Cancer Society. (2024). Linfoma no Hodgkin (Adultos). Cáncer.
<https://www.cancer.org/es/cancer/linfoma-no-hodgkin.html>
27. Schottenfeld D. (2017). *Cancer Epidemiology and Prevention*. New York, NY: Oxford

University Press.

28. American Cancer Society. (2024). Leucemia. Cáncer.

<https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/leucemia.html>