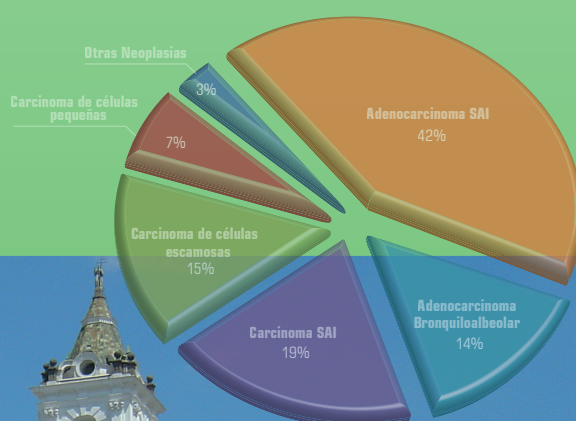




SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER SOLCA NÚCLEO DE QUITO

REGISTRO NACIONAL DE TUMORES / NATIONAL CANCER REGISTRY

EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER EN QUITO 2006-2010 CANCER EPIDEMIOLOGY IN QUITO



Patricia Cueva y José Yépez, editores

QUITO, ECUADOR
2014

SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. SOLCA NÚCLEO DE QUITO
REGISTRO NACIONAL DE TUMORES
NATIONAL CANCER REGISTRY



EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER EN QUITO
2006-2010
CANCER EPIDEMIOLOGY IN QUITO

Patricia Cueva y José Yépez, editores

OCTUBRE 2014
QUITO, ECUADOR

EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER EN QUITO 2006-2010

SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER - SOLCA QUITO
REGISTRO NACIONAL DE TUMORES

PRODUCCIÓN

Registro Nacional de Tumores, SOLCA, Quito

EDITORES

Dra. Patricia Cueva Ayala MSc., Dr. José Yépez Maldonado MSc.

DISEÑO DE TABLAS Y GRÁFICOS

María Belén Morejón, Mónica Galarza, Doris Chauca, Lic. Paulina Bedón, Lic. Silvia Jacho

DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA INFORMÁTICO

Ing. Sheila Noboa Cruz MSc. – Areasisistemas Cía Ltda.

ANÁLISIS DE LOCALIZACIONES PRINCIPALES

Drs: Fabián Corral C., Marco Romero P., Fernando Checa R., Francisco Cornejo, Amparo Basantes, Bernardo Sandoval, René Muñoz B., María Elena Buenaño, Alexandra Montalvo, Carlos Salvador, Ramiro Hidalgo R., José Gaibor, Carlos Torres F., Gissella Sánchez., José Eguiguren, Patricia Cueva A., José Yépez M.

COLABORADORES

Instituciones y personas descritas en Anexos.

TRADUCCIÓN

Nicolás Castillo

Diagramación e impresión:

aheditorial@andinanet.net

Edición: 15°

ISBN- 978-9942-9958-2-7

Derecho Autoral N° 044739

800 ejemplares

Quito, Ecuador

2014

SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. SOLCA QUITO
REGISTRO NACIONAL DE TUMORES

Av. Eloy Alfaro y Los Pinos. Quito, Ecuador

patycuev@hotmail.com

joseyepezmaldonado@gmail.com

rnt@solcaquito.org.ec

Teléfono (593 2) 2419763

Casilla 17114965 CCI

Forma de citar:

Sociedad de Lucha Contra el Cáncer / Registro Nacional de Tumores. Cueva, P; Yépez, J. editores. 2014.
Epidemiología del Cáncer en Quito 2006-2010. Quito. 15 ed.

SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER SOLCA QUITO
DIGNIDADES DEL CONSEJO DIRECTIVO
BOARD OF DIRECTORS SOLCA QUITO CHAPTER
2013-2015

Gral. A. Solón Espinosa Ayala
PRESIDENTE

Sr. Jorge Cevallos Jácome
VICEPRESIDENTE

Dr. Rómulo García Sosa
SÍNDICO

Sra. María Teresa de Gómez
SECRETARIA

Ing. Patricio Sáenz Sayago
SUBSECRETARIO

MIEMBROS

Sra. María Almeida de Espinosa
Dr. Miguel Almeida
Dr. Gil Bermeo Vallejo
Ing. Hugo Fernando Burgos Villamar
Ing. Ramiro Coronel Sánchez
Dr. Fabián Corral Cordero
Sra. María Augusta Espinosa Almeida
Dr. Edgardo Falconí Palacios
Ab. Pedro José Freile Vallejo
Ing. Marcelo López Arjona
Eco. Juan Abel Pachano Viteri
Dr. Milton Paz y Miño Salas
Dr. Marcelo Recalde Hidrobo
Dr. Carlos Salvador García

Crnel. Benjamín Núñez
DIRECTOR EJECUTIVO

Dr. Ramiro Hidalgo
DIRECTOR MÉDICO



CONSEJO DIRECTIVO SOLCA

DIGNIDADES CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL SOLCA GUAYAQUIL

BOARD OF DIRECTORS NATIONAL SOLCA

Dr. Juan Tanca Campozano
PRESIDENTE

Dr. Ángel Duarte Valverde
VICEPRESIDENTE

Ing. Juan González Portés
SECRETARIO

Dr. Oswaldo Molestina Zavala
SÍNDICO

Dr. Carlos Marengo Baquerizo
DIRECTOR MÉDICO EJECUTIVO

DIGNIDADES CONSEJO DIRECTIVO SOLCA PORTOVIEJO

BOARD OF DIRECTORS SOLCA PORTOVIEJO

Dr. Santiago Guevara Garcia
PRESIDENTE

Dra. Marcela Viteri de Delgado
PRIMER VICEPRESIDENTE

Dr. Tito Nilton Mendoza Guillem
SEGUNDO VICEPRESIDENTE

Dr. Ángel Ganchozo Villavicencio
DIRECTOR MÉDICO

Ing. Gisella Ordoñez Ulloa
JEFE DE DESARROLLO ADMINISTRATIVO

DIGNIDADES CONSEJO DIRECTIVO SOLCA MACHALA

BOARD OF DIRECTORS SOLCA MACHALA

Ing. Edmundo Vejar Beltrán
PRESIDENTE

Ing. Mirian Aguilar Pesantes
VICEPRESIDENTA

Sra. Soraya Maldonado Rodríguez
SECRETARIA

Dr. Lennin Gómez Cuello Navas
ASESOR JURIDICO

Dr. Carlos Arreaga Salazar
DIRECTOR MÉDICO

DIGNIDADES CONSEJO DIRECTIVO SOLCA CUENCA

BOARD OF DIRECTORS SOLCA CUENCA

Dr. Alejandro Serrano Aguilar
PRESIDENTE

Sr. Patricio Muñoz Monsalve
VICEPRESIDENTE

Sr. Gustavo Malo Jaramillo
PRIMER VOCAL PRINCIPAL

Dr. Xavier Muñoz Chávez
SEGUNDO VOCAL PRINCIPAL

Sra. Rosa Vintimilla Vinuesa
PRIMER VOCAL ALTERNO

Dr. Hernán Valdivieso M.
SECRETARIO

DIGNIDADES CONSEJO DIRECTIVO SOLCA LOJA

BOARD OF DIRECTORS SOLCA LOJA

Ing. Claudio Eguiguren Valdivieso
PRESIDENTE

Lcdo. Claudio Burneo
VICEPRESIDENTE

Ab. Mauricio Mora Castillo
SECRETARIO

Dra. Mercedes García Torres
SUBSECRETARIO

Dr. Daniel Cordero Espinosa
SÍNDICO

Dr. Lindón García Ontaneda
ASESOR JURÍDICO

Dr. José Molina Manzano
DIRECTOR MÉDICO

REGISTRO NACIONAL DE TUMORES. SOLCA QUITO
NATIONAL CANCER REGISTRY. SOLCA QUITO

DIRECTOR HONORÍFICO / HONORARY DIRECTOR

Dr. Fabián Corral Cordero

DIRECTORA / DIRECTOR

Dra. Patricia Cueva Ayala

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN

RESEARCH COORDINATOR

Dr. José Yépez Maldonado

REGISTRADORAS / REGISTRARS

Sra. María Belén Morejón Cruz

Sra. Mónica Galarza Carrera

Srta. Doris Chauca Viscarra

Lcda. Paulina Bedón Romero

Lcda. Silvia Jacho Sangoquiza



REGISTROS DE CÁNCER DEL ECUADOR

CUENCA



COORDINADOR / COORDINATOR
Dr. Fray Martínez

REGISTRADORAS / REGISTRARS
Sra. Lorena Abril
Srta. Lourdes Pérez

LOJA



COORDINADOR / COORDINATOR
Dra. Patricia Pogo

REGISTRADORAS / REGISTRARS
Sra. Anny Gómez

MACHALA



COORDINADOR/ COORDINATOR
Dr. Carlos Arreaga

REGISTRADORA / REGISTRAR
Ing. Mercedes Romero

GUAYAQUIL



DIRECTOR
Dr. Juan Tanca Campozano

JEFE
Msc. Leida Jaramillo

COORDINADOR / COORDINATOR
Dra. Rina Quinto Briones

REGISTRADORES / REGISTRARS
Ing. Carlos Campoverde
Ing. Carlos Castro
Ing. Ronald Bastidas
Sr. Neycer Loor
Sr. Jorge Villarroel
Sr. Jimmy Jaramillo

MANABÍ



COORDINADORA / COORDINATOR
Ing. Mariela Mendoza Alava

REGISTRADORAS / REGISTRARS
Ing. Juan Carlos González Macías
Lcda. Vanessa Zambrano Azua
Ing. Margarita Basurto Rezabala
Sr. Rubén Espinoza Guevara

CONTENIDO / CONTENTS

Presentación / Foreword	8
Reseña Histórica / Historical Outline	10
Sexagésimo aniversario de Solca Núcleo de Quito / Sixtieth anniversary of Solca Núcleo de Quito	17
Cáncer en Quito / Cancer in Quito	19
Metodología / Methodology	20
I. Residentes en Quito / Cancer in Quito residents	29
1.1 Población, casos, incidencia, mortalidad / Population, cases, incidence, mortality	30
1.2 Localizaciones principales / Principal sites	53
1.3 Indicadores de calidad / Indicators of data quality	163
2. Cáncer infantil / Childhood cancer	169
2.1 Casos, incidencia / Cases, incidence	170
2.2 Cáncer infantil en Quito, Cuenca, Loja y Manabí / Childhood cancer in Quito, Cuenca, Loja and Manabi	175
3. Todos los casos diagnosticados en Quito / All cases diagnosed in Quito	181
3.1 De interés clínico / Of clinical Interest	182
3.2 Análisis por hospitales / Analysis by hospitals	209
4. Anexos / Annexes	233
Bibliografía / Bibliography	234
Trabajos elaborados en el RNT / Papers made in RNT	235
Colaboradores / Contributors	236
Glosario / Glossary	239
Formulario / Form	241

PRESENTACIÓN

FOREWORD

Dr. David Forman PhD

*Director de la Sección de Información en Cáncer de la Agencia Internacional de la Investigación en Cáncer. IARC
Secretario Ejecutivo de la Asociación Internacional de Registros de Cáncer. IACR*

Felicitó calurosamente a la Dra. Cueva y su equipo del Registro Nacional de Tumores al presentar un nuevo volumen que proporciona una visión general de la carga de cáncer en la población residente en Quito, Ecuador y que abarca los años 2006-2010.

La presente publicación sigue la secuencia de los informes previos, con el importante aporte de que ahora se extiende a lo largo de varios lustros y permite comparaciones a través del tiempo, además de comparaciones nacionales e internacionales con otros registros de cáncer de alta calidad.

En América Latina y El Caribe, sólo el 8% de la población está cubierta por un proceso de registro de alta calidad que permite evaluar con precisión el cáncer en la comunidad. Sin embargo, los 1,6 millones de residentes de Quito son afortunados no sólo en tener un gran sistema de registro que les presta servicio, sino también de haber tenido un sistema de este tipo por más de 25 años.

La calidad en los registros de cáncer está asegurada por muchos medios, pero a nivel internacional, el estándar de oro es la evaluación que proporcionan aproximadamente cada 5 años los editores de la publicación IARC / IACR "Cancer Incidence in Five Continents (CI5)". Los datos del Registro de Quito han sido evaluados positivamente y publicados en CI5 desde el tomo VI, que abarcaba el período 1985-1987, y más recientemente, ha sido incluido en el Volumen X, que abarca el período 2003-2007. Para la mayor parte de este período (Volúmenes VI-IX), Quito ha sido el único registro ecuatoriano que publicó sus datos en CI5C, para el Volumen X, se ha sumado el registro de Cuenca.

Gran parte de los conocimientos sobre el cáncer en Ecuador, especialmente la utilizada para la investigación internacional, se ha basado en la información proporcionada por el Registro de Quito.

El Ministerio de Salud de Ecuador estableció acertadamente, el Registro Nacional en el año 1984 bajo la responsabilidad de SOLCA Núcleo de Quito y con el liderazgo ejercido por el Dr. Fabián Corral y sus colegas. El registro ha florecido bajo su dirección y ha hecho muchas contribuciones sobresalientes a la comprensión del cáncer dentro de Ecuador y la región latinoamericana. De hecho, en 1991, el registro fue capaz de acoger con éxito la 15ª reunión anual de IACR y la primera de esas reuniones en la región. Mientras que la población de Quito ha crecido y el patrón de cáncer ha cambiado, desde esa época, la alta calidad de la información acerca de la enfermedad se ha mantenido constante.

*Head, Section of Cancer Information
International Agency for Research on Cancer (IARC)
Executive Secretary,
International Association of Cancer Registries (IACR)*

Dr Cueva and her team within the National Cancer Registry are to be warmly congratulated in compiling a further summary and overview of the burden of cancer within the resident population of Quito, Ecuador. Covering the years 2006-2010,

The present volume continues the sequence of reports from the Quito registry that now extends over several decades and enables both comparisons over time and national and international comparisons with the results from other high quality cancer registries.

In Central and South America overall, only 8% of the population are monitored by a high quality registration process which allows the burden of cancer in the community to be accurately assessed. However, the 1.6 million residents of Quito are fortunate not only in having such a registration system serving them but also having had such a system in place for over 25 years.

Quality within cancer registries is assured by many means but internationally, the gold standard is the evaluation provided approximately every five years by the editors of the serial IARC/IACR publication "Cancer Incidence in Five Continents (CI5)". The data from the Quito registry have been positively evaluated and published in CI5 ever since Volume VI, which covered the period 1985-1987, and they have most recently been included in Volume X, covering 2003-2007. For most of this period (Volumes VI-IX), Quito has been the only Ecuadoran registry published in CI5 but for Volume X, they have been joined by the Cuenca registry.

So much of the knowledge about cancer in Ecuador especially that used for international research has been based on the information provided from Quito.

It was indeed, with great foresight that the Ministry of Health in Ecuador established the National Registry in 1984 under the responsibility of SOLCA Nucleo de Quito and with the leadership provided by Dr Fabian Corral and his colleagues. The registry has flourished under his direction and made many outstanding contributions to the understanding of cancer within Ecuador and the Latin American region. Indeed by 1991, the registry was able to host successfully the 15th annual meeting of IACR and the first such meeting in the region. While the population of Quito has grown since this time and the pattern of cancer has changed, the quality of the underlying information about the disease has remained constant.

The data in the current report clearly show how the pattern of cancer within Quito is dominated by the increasing incidence of breast cancer in women and prosta-

Los datos en el presente informe muestran claramente como el patrón de cáncer en Quito está dominado por la creciente incidencia de cáncer de mama en las mujeres y el cáncer de próstata en los hombres. Hay otros tipos de cáncer de creciente preocupación, incluyendo linfoma, en ambos sexos y el cáncer de tiroides en las mujeres, pero algunos tipos de cáncer "tradicionales", tales como los del estómago y cuello uterino siguen disminuyendo en incidencia.

En todos los tipos de cáncer, las tasas de incidencia son de alrededor de 180 por 100.000 (después de excluir el cáncer de piel no melanoma) están en el extremo inferior del rango para la región de América Latina. Datos que muestran áreas de interés para los involucrados en el control del cáncer en el Ecuador, también señalan aspectos de las buenas prácticas. Un ejemplo de esto último es el control del tabaco, las tasas de cáncer de pulmón son especialmente bajas para la región latinoamericana.

Son indicadores como estos, los que proporcionan el verdadero valor de un registro tanto para el control del cáncer como para las comunidades de investigación.

Las personas involucradas en la vigilancia mundial del cáncer pueden señalar al Registro de Quito como un ejemplo de buena práctica y esperamos que su experiencia histórica apoye a otros involucrados en el suministro de estos datos.

Lyon, junio 2014

te cancer in men. There are other cancers of growing concern including lymphoma in both sexes and thyroid cancer in women but some "traditional" cancers, such as those of the stomach and cervix continue to decline in incidence. Across all types of cancer, the incidence rates of around 180 per 100,000 (after excluding non-melanoma skin cancer) are at the lower end of the range for the Latin American region and, while they demonstrate areas of concern for those involved in cancer control in Ecuador, they also could signal aspects of good practice. An example of the latter is in tobacco control as the rates of lung cancer are especially low for the Latin American region.

It is pointers such as this that provide the true value of a cancer registry to both the cancer control and research communities. Those involved in global cancer surveillance can point to the Quito registry as an example of good practice and hope that its historical experience will support others involved in providing such data.

Lyon, June 2014

RESEÑA HISTÓRICA

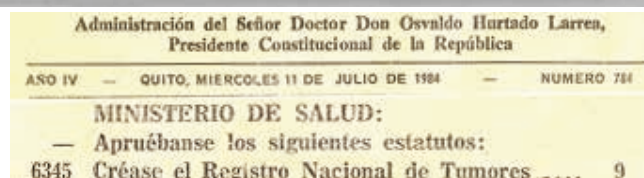
HISTORICAL OUTLINE

1984. El 20 de Junio de 1984, mediante acuerdo Ministerial del MSP-No. 6345, se crea oficialmente el Registro Nacional de Tumores, RNT, bajo la responsabilidad de Solca, Núcleo de Quito. Este logro estuvo antecedido por un largo período de planificación y de ejecución de una prueba piloto en el que participaron el Dr. Fabián Corral, Sofía Paredes y el Dr. Alfredo Dávila. Más tarde se sumó al equipo de trabajo el Dr. Hugo Noboa, en calidad de epidemiólogo.

1984. On June 20, 1984 by Ministry resolution MSP-No6345, it's created officially the Tumor National Registry (NTR), under the responsibility of Solca Núcleo de Quito. This achievement were preceded by a long planning and execution period of a pilot test in which they work Dr. Fabian Corral, Mrs . Sofia Paredes, Dr. Alfredo Davila. Later joint the group Dr. Hugo Noboa as epidemiologist..



Creación oficial del Registro Nacional de Tumores. De izquierda a derecha: Dr. Fabián Corral, Director RNT; Dr. V. H. Andrade, FCM-UCE; Sr. Vergara C., Presidente Solca Nacional; Dr. L. Sarracín, Ministro de Salud; Gral. S. Espinosa, Presidente Solca Quito.



1986, 87, 88 y 89, se continuó con el trabajo de Registrar los casos de cáncer y de publicar anualmente sus resultados, para ello contábamos con la participación de varios funcionarios que se incorporaron al RNT: Rosana Sabando, María Belén Morejón, Sandra Cedeño, Mónica Galarza, Galo Camacho y Diana Noboa.

1986, 87, 88 y 89, 1986, 1987, 1988 continued with the registry work en cáncer cases and to publish every year their results, for that time we already get the colaboration of some people who came to th e Registry: Rosana Sabando, Maria Belen Morejon, Sandra Cedeño, Monica Galarza, Galo Camacho and Diana Noboa.

1989. Comienza a trabajar la Dra. Patricia Cueva, como Coordinadora y Epidemióloga.

1989. Start to work Dr. Patricia Cueva as Epidemiologist and coordinator.

1991. En coordinación con la IARC se realizó en Quito la Reunión de la Asociación Internacional de Registros de Cáncer, IACR, que por primera vez tuvo su sede en Latinoamérica. Contó con la asistencia de más de 150 investigadores extranjeros y un similar grupo de ecuatorianos.

1991. In coordination with IARC and after a year of preparation, it was done in Quito City the Meeting from the IARC that for the first time has his meeting in Latin America. They came more than 150 foreign investigators and a similar number of Ecuadorians.

1992. Se publicaron los datos recopilados por el RNT, en el VI volumen de "Cancer Incidence in Five Continents".

1992. Was published registered data from de NTR, in the VI Volume of "Cancer Incidence in Five Continents".

El Dr. Fabián Corral es elegido representante de los Registros de Cáncer de América Latina y El Caribe ante la IACR para el período 1992-1996.

Dr. Fabián Corral was elected regional representative for Latin America and the Caribbean at the IACR for the period 1992-1996.

1993. Se trabajó en la creación del Registro de Portoviejo y se capacitó a su personal. En este año también, se incorporó El Dr. José Yépez como epidemiólogo.

1994. Recibimos la visita de evaluación del Dr. Max Parkin, Jefe del departamento de Investigaciones Epidemiológicas de IARC, cuyo informe fue muy positivo para nuestro trabajo.

Se integró Geoconda Costales como Registradora.

1997. Se incorporó al Registro Doris Chauca y poco tiempo después Paola Gómez.

Se desarrolló el programa de diagnóstico temprano de Carcinoma de Cuello Uterino entre Solca Quito y el Ministerio de Salud orientado a mujeres de la ciudad. La coordinación y responsabilidad de este programa correspondió a Solca. Las actividades estuvieron dirigidas hasta 2007 por la Dra. Elizabeth Montes, entonces Jefe del Servicio de Citología. Un elemento importante en el desarrollo del programa fue el aporte de datos del Registro para la línea de base y para el monitoreo y evaluación.

1999. Participamos, a solicitud de la IARC, en una prueba de campo, con otros registros del mundo, para evaluar la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología, CIE-O III.

2000. Ingresa Paulina Bedón como registradora.

Comienza a funcionar el Registro Hospitalario de Solca Quito bajo la coordinación de Diana Noboa.

2002. Se realiza el Primer Taller Latinoamericano de Capacitación para la implementación del CanReg IV y para la difusión y utilización de la Tercera Versión de CIE-O III, con la presencia de Sharon Wellan y de Andy Cooke, funcionarios de la IARC, y la presencia de más de treinta registradores de varios países de Latinoamérica y del Ecuador.

Se publica el libro de la OPS, titulado "El Cóndor, la Serpiente y el Colibrí", "La Salud Pública en el Ecuador en el Siglo XX", en el que aportamos con el tema Historia de Solca Quito.

Se publica el libro "Cáncer Gástrico" editado por el Dr. Carlos Robles Jara y en el que abordamos su epidemiología.

2004. Se presenta el Volumen 13 del RNT.

2005. El Dr. Jaume Galcerán Director del Registro de Cáncer de Tarragona, España realiza la "Evaluación del Registro Nacional de Tumores".

2006. Se envía y se difunde la información del registro a través de "Cancer Incidence in Five Continents", Vol IX.

2007. El Dr. Fabián Corral deja la Dirección del RNT. La Dra. Patricia Cueva es designada Directora.

2008. El Dr. Corral fue nombrado Director Honorífico de los Registros de Cáncer del Ecuador durante el IV Encuentro de Registros de Cáncer del Ecuador, Loja.

Participamos en las discusiones convocadas por el Ministerio de Salud para la elaboración de políticas y ma-

1993. We work in the formation of the Portoviejo City Registry and their personnel was capacitated. In this year also came to work Dr. José Yépez as epidemiologist.

1994. We get an evaluation of Dr. Max Parkin, chief of the Epidemiologist Department for the IARC, his conclusions were very positive for our work.

This year came Geoconda Costales.

1997. Came to Registry Doris Chauca and short time later Paola Gomez.

It was developed the early diagnostic program of Carcinoma of Uterine Neck between Solca-Quito and the Ministry of Health oriented to the women of the city. The coordination and responsibility of this program corresponded to Solca. The activities were directed until 2007 by Dr. Elizabeth Montes, then Chief of Citology Service. An important element in the development of the program was the data contribution of the Registry for the baseline and the monitoring and evaluation.

1999. We participated at the request of the IARC, at a field test, with other world Registries to assess ICD-O III.

2000. Come Paulina Bedon as registrar.

Begin to run the Hospital Registry at Solca-Quito under the coordination of Diana Noboa.

2002. First Latin American Workshop for implementation of the CanReg IV and the diffusion and use of the third version of the CIE-O III, with presence of Epidemiologist Sharon Wellan and Andy Cooke, IARC staff members, and the presence of more than 30 registrars of Latin American countries and Ecuador.

Is published the book by PAHO, "The Condor, Serpent and Hummingbird," "Public Health in Ecuador in the Twentieth Century," in which we contribute in the subject History Solca-Quito.

It also publishes another book entitlement as "Gastric Cancer" edited by Dr. Carlos Robles Jara.

2004. Volume 13 of the National Registry of Tumors is presented.

2005. Dr. Jaume Galcerán Director of Cancer Registry of Tarragona, Spain made the Evaluation of the National Registry of Tumors.

2006. It sent and diffuse the information of the Registry through Cancer Incidence in Five Continents. Vol IX.

2007. Dr. Fabián Corral leaves the direction of the National Tumor Registry. Dr. Patricia Cueva is appointed Director.

2008. Dr. Corral was chosen to be Honorary Director of Cancer Registries of Ecuador during the Fourth Meeting of Cancer Registries of Ecuador (Loja).

We participated in discussions summoned by the Ministry of Health for policy development and management of cancers of the cervix, breast and regulations for the use of asbestos.

nejo de los cánceres de cuello uterino, mama y para las regulaciones del uso del asbesto.

Se pone en funcionamiento la IV versión del programa informático del Registro y se ha logrado implementarlo, en 5 de los 6 registros del país.

Ingresamos oficialmente a la Red de Epidemiología del Cáncer, REDEPICAN.

2009. El Dr. Fabián Corral es designado Miembro Honorífico de IACR por su importante contribución al registro de información sobre cáncer. Esa mención es entregada en New Orleans, USA, durante el meeting anual de la organización.

Se publica el libro: "La equidad en la mira. La salud pública en Ecuador durante las últimas décadas", editado por OPS/OMS, en éste el Dr. José Yépez M. desarrolla el tema de Cáncer, con base en los datos del RNT y del INEC

La Dra. Patricia Cueva es elegida como Representante de los Registros de América Latina y El Caribe ante la IACR para el período 2010-2014.

Durante este período se debe destacar las diferentes acciones que la Iniciativa Global para el Desarrollo de los Registros del Cáncer, GICR, en acuerdo con IARC y la Red de Institutos de cáncer RINC de UNASUR han desarrollado para mejorar la capacidad de producir información de alta calidad que contribuya a la ejecución de políticas de control de cáncer en América latina. Con este fin se implementó el Centro Regional HUB cuya coordinación está en la ciudad de Buenos Aires. Sus actividades se iniciaron en enero del 2014. El plan de trabajo está orientado a la capacitación, evaluación externa de los registros de cáncer, difusión conjunta de la información y el desarrollo de proyectos de investigación.

Se realizó en Solca Quito el Curso "Bioestadística y Metodología de la Investigación" con la participación de Ileana Castañeda doctora en ciencias por la Universidad de La Habana.

Was put into the IV version of the software of the Registry and has been implemented in 5 of 6 registries in the country.

Officially joined the Network of Cancer Epidemiology REDEPICAN.

2009. Dr. Fabián Corral is chosen to be Honorary Member of the IACR for his important contribution to the recording of information about cancer. That mention is delivered in New Orleans USA during the annual meeting of the organization.

The book: "Equity in Focus: Public Health in Ecuador in recent decades", is published by PAHO / WHO in which Dr. José Yépez M. approaches the issue of cancer, based on data from the NRT.

Dr. Patricia Cueva is chosen as the regional representative of Latin America and the Caribbean at IACR for 2010-2014.

During this period it should be noted the different actions that took place by: Global Initiative for Cancer Registry Development (GICR)-convened by the IARC and Cancer Institutes Network RINC of UNASUR have been developed to improve the ability to produce high quality information that contributes to the implementation of cancer control policies in Latin America. To this end the HUB (regional network hub) was implemented, its headquarters are in Buenos Aires. Their activities began in January 2014. The work plan is aimed at training, external evaluation of cancer registration, joint dissemination of information and the development of research projects.

The course "Biostatistics and Research Methodology" was held in Solca Quito involving Ileana Castañeda doctor of science by the University of Havana.



2009. Asistentes al Curso "Metodología de la Investigación y Bioestadística" desarrollado por la doctora Ileana Castañeda en Quito



Portada del libro "La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas", publicado por OPS-MSP-CONASA. 2007



2011. Representantes de Bolivia y Ecuador que participaron en el proyecto binacional, en el que el Instituto de Física de la Atmósfera de la Universidad Mayor de San Andrés (La Paz) colaboró con Ecuador transmitiendo su experiencia en medición de radiación ultravioleta y en educación a la comunidad sobre los efectos nocivos de la misma. Ecuador apoyó a Bolivia para la conformación del Registro de Cáncer de La Paz

2010. El Registro Nacional de Tumores gana un concurso internacional de proyectos en cáncer infantil, convocado por la Unión Internacional contra el Cáncer. Este proyecto “Rediseño del Registro Poblacional de Cáncer de Quito, para el estudio de la situación del tratamiento y sobrevida de los niños de 0 a 19 años diagnosticados de cáncer” se inició en Quito y se amplió a Cuenca, Manabí y Loja, quienes comparten el programa informático del RNT.

Se realizó el Curso Internacional “Introducción a los Registros de cáncer de base poblacional y su aplicación a la Epidemiología del Cáncer”. Fue coordinado por la Representación de OPS/OMS en Ecuador, IARC y la Dirección Nacional de Solca Ecuador. Se desarrolló en la ciudad de Guayaquil.

2011. Participamos en un proyecto de colaboración recíproca entre Bolivia y Ecuador. Bolivia, a través del Instituto de Física de la Atmósfera de la Universidad Mayor de San Andrés, LFA-UMSA, asesoró a Ecuador en medición de Radiación Ultravioleta y compartió su experiencia educativa, desarrollada desde 1998 conjuntamente con el Ministerio de Salud y Deportes, MSD, sobre riesgos en salud y prevención de RUV.

2010. National Tumor Registry wins a international contest in childhood cancer, organized by the International Union Against Cancer. This project “Redesigning Cancer Registry of Quito, to study the situation of treatment and survival of children of 0-19 years diagnosed with cancer,” was started in Quito and expanded to Cuenca, Loja and Manabí, who share the software of the NTR.

The international course “Introduction to population-based cancer Registry and its application to the Cancer Epidemiology” was performed. It was coordinated by OPS / OMS in Ecuador, the IARC and the NTR Solca - Ecuador. It was developed in the city of Guayaquil.

2011. We participate in a project of mutual cooperation between Bolivia and Ecuador. Bolivia, through the Institute of Atmospheric Physics of the Universidad Mayor de San Andrés (LFA-UMSA), advised Ecuador in Ultraviolet Radiation Measurement and shared his educational experience, developed since 1998 with the MSD on health risks and prevention of RUV.



2012. Curso “Mejora de la Calidad y Análisis Básico de la Información en los Registros de Cáncer de Base Poblacional en América Latina y el Caribe” en Cali, Colombia



Portada del libro “Planificación y desarrollo de registro de cáncer de base poblacional en localidades de bajos y medianos ingresos”. 2014

El RNT de Solca Quito participó en el diseño, capacitación y puesta en marcha del Registro de Cáncer de La Paz y El Alto. El Dr. Francesco Zaratti, Director del LFA-UMSA, y su equipo, capacitaron al personal ecuatoriano en Bolivia y Ecuador. El RNT, con su personal y médicos de Solca, capacitó en Quito al personal que sería parte del Registro de La Paz y posteriormente realizó una evaluación en esa ciudad, de la calidad de la información recolectada en Bolivia. Participó el personal del Registro de Bolivia y en representación del RNT: Patricia Cueva, José Yépez y María Belén Morejón.

El Dr. Fabián Corral es designado miembro del Consejo directivo de Solca Quito

2012. Por los 50 años de funcionamiento continuo del Registro de cáncer de Cali, se desarrolló en esa ciudad el curso "Mejora de la calidad y análisis básico de la información de los Registros de Cáncer de base poblacional de América Latina y el Caribe". Quito participa enseñando sus resultados preliminares en cáncer infantil. Asisten delegados de los registros de Quito, Guayaquil, Cuenca, Loja y Manabí.

2013. Se realiza en Cuenca el VI Encuentro de Registros de Cáncer del Ecuador. Los docentes extranjeros invitados para este evento fueron Roberto Zanetti, Presidente de la IACR, la Dra. Carmen Martínez ex Directora del Registro de Cáncer de Granada y la Dra. Sdenka Maury Coordinadora del Registro de Cáncer de La Paz.

Se integra al RNT la Lcda. Silvia Jacho quien formaba parte del Registro Hospitalario.

Se realizó en Buenos Aires la 35 Conferencia de la IACR. Asistimos integrantes de los registros de Quito, Guayaquil, Cuenca, Loja, Machala y Manabí. El RNT Quito presentó el trabajo "Incidencia de Cáncer en Quito 1985-2008" y Diana Noboa expuso sobre "El Registro Hospitalario de cáncer, una herramienta para mejorar la calidad de atención al paciente".

Se aceptan y publican los datos de Quito y Cuenca en el Volumen X de "Cancer Incidence in five continents".

Quito, Cuenca, Loja y Manabí presentan información para ser analizada y publicada en "Childhood Cancer", Vol III.

Quito participa con su información en el Proyecto Concord, de Supervivencia en Cáncer dirigido por la London School of Hygiene & Tropical Medicine de Reino Unido.

Participa en la reunión de Registros de Cáncer del Brasil.

Reunión UNASUR/IACR para la conformación del Centro Regional para América Latina

2014. Se publica el libro "Planning and developing Population-based cancer registration in low-and middle-income settings".

The NTR of Solca Quito participated in the design, training and implementation of the Cancer Registry of La Paz and El Alto. Dr. Francesco Zaratti director of the LFA-UMSA and his team trained the Ecuadorian staff in Bolivia and in Ecuador. The NTR, with Solca's staff and physicians, trained personnel in Quito who would be part of the Registry of La Paz and later conducted an evaluation in that city, about the quality of the information collected in Bolivia. Participated Registry staff on behalf of Bolivia and NTR Drs Patricia Cueva, Jose Yopez and Maria Belen Morejon.

Dr. Fabián Corral is appointed member of the directing council of Solca Quito

2012. For the 50 years of continuous operation of the Cali cancer registry a course was developed in that city> "Improving quality and basic analysis of information from population based Cancer Registries in Latin America and the Caribbean". Quito was involved by teaching their preliminary results in childhood cancer. Delegates attending from Quito, Guayaquil, Cuenca, Loja and Manabí registries.

2013. Conducted in Cuenca the Sixth Meeting of Cancer Registries of Ecuador. The foreign guest teachers for this event were Roberto Zanetti, President of the IACR, Dr. Carmen Martínez former Director of the Granada Cancer Registry and Dr. Maury Sdenka Cancer Registry Coordinator of La Paz.

Integrates the RNT the licensed. Silvia Jacho who was part of the Hospital Register.

The 35th Conference of the International Association of Cancer Registries was held in Buenos Aires. Attended this conference, members of the Quito, Guayaquil, Cuenca, Loja, Machala and Manabí registries. RNT Quito presented the work "Quito Cancer Incidence in 1985-2008" and Diana Noboa spoke on "The Hospital Cancer Registry, a tool to improve the quality of patient care"

Data from Quito and Cuenca was accepted and published in Volume X of "Cancer Incidence in five continents"

Quito, Cuenca, Loja and Manabí present information to be analyzed and published in Childhood Cancer Vol III

Quito participates with its information in the Concord Project of Survival in Cancer. The CONCORD program is run by the "London School of Hygiene & Tropical Medicine" in the UK.

Participates in the meeting of Cancer Registries of Brazil.

UNASUR Meeting - IACR for the conformation of the the Regional Centre for Latin America.

2014. The book "Planning and Developing Population-based cancer registration in low-and middle-income settings" is published by IACR

ENCUENTROS NACIONALES DE REGISTROS DE CÁNCER NATIONAL MEETINGS OF CANCER REGISTRIES

I Encuentro. Quito 2001

Temas:

- Metodología de los Registros de Cáncer: Fuentes, procesamiento y estadiaje en las principales localizaciones.
- Usos de la información de los Registros de Cáncer: planificación, investigación, docencia.
- Participación de los Directivos de los Núcleos de Solca, investigadores destacados y docentes universitarios.

II Encuentro. Guayaquil 2005

Temas:

- Control de Calidad en los Registros de Cáncer.
- La revisión de la Historia Clínica como pilar de la calidad de la información del Registro.
- Indicadores epidemiológicos básicos.
- Participación del Dr. Jaume Galcerán, Epidemiólogo del Registro de Cáncer de Tarragona, España.

IV Encuentro. Loja 2008

Temas:

- CIEO 3.
- CIE 10.
- Nuevo Programa automatizado desarrollado por el RNT y Areasistemas, con el aval de los demás registros. Compromiso de su utilización para estandarización.
- Participación de oncólogos, epidemiólogos y registradores de cáncer. Integración clínico-epidemiológica.
- Homenaje al Dr. Corral y su designación como Director Honorario de los Registros de Cáncer del Ecuador.

V Encuentro. Portoviejo 2011

Temas:

- Cáncer en América Latina. Cáncer en el Ecuador.
- Cáncer infantil.
- Fuentes de información epidemiológica sobre cáncer mundial.
- Relación Registro Hospitalario-Registro Poblacional
- Docente extranjero invitado Dr. Luis Eduardo Bravo, Director del Registro de Cáncer de Cali.

Meeting. Quito 2001

Subjects:

- Methodology of Cancer Registries: Sources, processing and staging in principal locations.
- Uses of Information of Cancer Registries: planning, research, teaching.
- Involvement of Directors of Solcas leading researchers and academics.

II Meeting. Guayaquil 2005

Subjects:

- Quality Control in Cancer Registries.
- The review of the clinical history as a pillar of the quality of the registry information.
- Basic epidemiological indicators.
- Participation of Dr. Jaume Galceran, Epidemiologist from Cancer Registry of Tarragona, Spain.

IV Meeting. Loja 2008

Subjects:

- ICDO 3.
- ICD 10.
- New automated program developed by the RNT and Systems Area, with the backing up of the other registries. Commitment to use standardization.
- Participation of oncologists, epidemiologists and cancer recorders. Clinical and epidemiological Integration.
- Tribute to Dr. Corral and his appointment as Honorary Director of the Cancer Registry of Ecuador.

V Meeting. Portoviejo 2011

Subjects:

- Latin American Cancer. Cancer in Ecuador.
- Childhood Cancer.
- Sources of epidemiological information on global cancer.
- Hospital Cancer Registry versus Population Based Cancer Registry.
- Teaching foreign guest: Dr. Luis Eduardo Bravo, Director of the Cancer Registry of Cali.



2011. V Encuentro de Registros de Cáncer del Ecuador. Portoviejo

VI Encuentro. Cuenca 2013

Temas:

- Estrategia nacional contra el cáncer: prevención primaria, tamizaje, redes de atención.
- Papel de los registros de cáncer en planificación y evaluación.
- Resultados preliminares en cáncer infantil: Quito, Loja, Cuenca, Manabí.
- Evaluación externa de los registros de cáncer.
- Construcción de un registro de cáncer de base poblacional.
- Docentes extranjeros invitados: Dr. Roberto Zanetti, Presidente de la IACR, Dra. Carmen Martínez, ex Directora del Registro de Cáncer de Granada y Dra. Sdenka Mauri Directora del Registro de Cáncer de La Paz.

VI Meeting. Cuenca 2013

Subjects:

- National strategy against cancer: primary prevention, screening, care networks.
- The role of cancer registries in planning and evaluation.
- Preliminary results on childhood cancer: Quito, Loja, Cuenca, Manabi.
- External evaluation of cancer registries.
- Construction of a population-based cancer registry
- Invited foreign teachers: Dr. Roberto Zanetti, President of the IACR; Dr. Carmen Martinez, former Director of the Granada Cancer Registry and Dr. Mauri Sdenka Director of Cancer Registry La Paz.



2013. VI Encuentro de Registros de Cáncer del Ecuador. Cuenca

SEXAGÉSIMO ANIVERSARIO DE SOLCA NÚCLEO DE QUITO

SIXTIETH ANNIVERSARY OF SOLCA NÚCLEO DE QUITO

Gral. A. Solón Espinosa Ayala

*Presidente del Consejo Directivo de SOLCA
Núcleo de Quito*

*President of SOLCA's Directive Council
Núcleo de Quito*

Al iniciarse la década de los años 50, destacadas personalidades de la medicina y prestantes ciudadanos de la República mostraron honda preocupación por la presencia y avance en el Ecuador de uno de los más terribles males que azotaban a la humanidad, sin distinción de ninguna naturaleza: el cáncer.

Tal preocupación originada en espíritus sensibles y humanitarios se cristalizó con la fundación de Solca, en Guayaquil, el 7 de diciembre de 1951, bajo el liderazgo de Dr. Juan Tanca Marengo, sociedad a la cual el estado ecuatoriano, mediante decreto legislativo del 15 de octubre de 1953, encargó la lucha anticancerosa en el país.

Para cumplir la misión, se estableció el Núcleo de Quito el 23 de julio de 1954, con el liderazgo del Dr. Julio Enrique Paredes.

En 1958 el Instituto del Cáncer abrió sus puertas para la atención al público, con 18 empleados entre personal médico, paramédico, administrativo y de servicio en el local de la antigua morgue de la Facultad de Medicina.

En 1963 se puso en funcionamiento un quirófano y el servicio hospitalario con 22 camas, gracias a la cesión de un pabellón del hospital San Juan de Dios, el mismo que operó hasta mediados de 1973 en que dicha área se derrumbó. Desde entonces hasta 1982, se mantuvieron estos servicios en clínicas particulares, con costos que terminaron siendo prohibitivos. Disponíamos de cuatro camas y un cuarto adaptado para quirófano, la situación del núcleo era insostenible.

En 1979 asumí la presidencia de Solca Quito. Había que decidir: o la institución desaparecía o teníamos que extremar los esfuerzos para lograr un cambio.

La gran calidad humana de nuestro personal fue el principal puntal que dio la suficiente confianza a los directivos para redoblar esfuerzos y poner en marcha un plan de reestructuración para salvar el Núcleo de Quito.

En 1980 se sancionó por parte del ejecutivo el decreto que destinaba un cuarto del 1% sobre las operaciones de crédito interno para la lucha contra el cáncer a escala nacional. Lamentablemente, los recursos que éste generaba, beneficiaban fundamentalmente a la matriz, no era equitativo a la labor anticancerosa de los núcleos del país.

En 1981, con la ayuda del presidente Jaime Roldós se pudo adquirir un pequeño edificio que poco a poco fue transformándose en nuestro primer gran hospital. Pudimos dar una buena atención, renovar y adquirir equipos de diagnóstico y tratamiento, sin embargo era insuficiente, un solo quirófano y 12 camas de hospitalización no permitían cumplir nuestra Misión.

La penuria de los núcleos continuó hasta 1988 cuando por gestiones de los directivos de Quito, se estableció a favor de Solca del Ecuador, el impuesto del 0,25 del 1%

At the beginning of the 50s, important personalities in the medicine field and citizen representatives of the country showed deep concern about the presence and progress in Ecuador of one of the most terrible things that plagued mankind, without distinction of any kind: cancer.

This concern originated in sensitive and humanitarian spirit was crystallized with the founding of Solca in Guayaquil, on December 7, 1951, under the leadership of Dr. Juan Tanca Marengo, the society to which the Ecuadorian state, by legislative decree of 15 October 1953, commissioned the cancer control in the country.

To fulfill the mission, the Center in Quito was established on July 23, 1954, under the leadership of Dr. Julio Enrique Paredes.

In 1958 the Cancer Institute opened its doors to the public attention, with 18 employees including medical, paramedical, administrative and service in the former morgue of the old School of Medicine.

In 1963 was operational an surgery room and hospital service with 22 beds, thanks to the transfer of a pavilion of San Juan de Dios hospital, the same that operated until mid-1973 when that area collapsed.

From then until 1982, these services were held in private clinics, with costs which ended up being prohibitive. We had in our disposal four beds and a room adapted to practice surgeries, Solca situation was unsustainable.

In 1979 I assumed the presidency of Solca Quito. I had to decide: either the institution disappeared or we had to exert every effort to achieve any changes.

The great human quality of our staff was the main support that gave enough confidence to management to redouble efforts and implement a restructuring plan to save the center in Quito.

In 1980 was sanctioned by the executive a decree that allocated one quarter of 1% on domestic credit operations



Pabellón otorgado a Solca por el Hospital San Juan de Dios, 1963



Solca cuando funcionaba en la Av. de Los Shyris, 1981

anual a las operaciones de préstamos y descuentos, logrando que del rendimiento de este impuesto se distribuya 50% para Solca de Guayaquil, 33% para el Núcleo de Quito y 17% para el Núcleo de Cuenca. Los núcleos también obtienen sus propios recursos, y la independencia administrativa y financiera para manejarlos.

Por decreto ministerial, en 1984 se creó el Registro Nacional de Tumores. Han transcurrido 30 años de un trabajo continuo y de alta calidad que nos permite disponer de la descripción epidemiológica del cáncer en Quito, conocer las prioridades de atención oncológica, las localizaciones prioritarias, los grupos de riesgo y monitorear acciones de intervención. El RNT coordina y capacita a 5 registros poblacionales en el país. Sus datos se difunden con el aval de la OMS y por dos ocasiones ha representado a América Latina y El Caribe ante la Asociación Internacional de Registros de Cáncer.

En 1990, se promulgó la ley reformativa de la Ley de Control Tributario y Financiero, por la cual Solca participa-

for cancer control in a national level. Unfortunately, the resources it generated, mainly benefited the matrix, it was not fair to the work of anticancer centers of the country.

In 1981, with the help of President Jaime Roldós we were able to acquire a small building that slowly became our first big hospital. We were able to give good care, renovate and purchase equipment for diagnosis and treatment, however insufficient, one operating room and 12 inpatient beds were not enough to fulfill our mission.

The dearth of the society continued until 1988 when through the efforts of the directors of Quito was established in favor of Solca of Ecuador, the tax of 0.25 of 1% annual lending operations and discounts, making the performance of this tax distribute 50% to Solca of Guayaquil, 33% for the center in Quito, and 17% for the center in Cuenca. The centers also get their own resources, and administrative and financial independence to handle.

By ministerial decree, in 1984 the National Tumor Registry was created. It has been 30 years of continuous and high quality work that allow us to have an epidemiological description of cancer in Quito, to know the cancer care priorities, priority locations, and monitor intervention actions. The registry train and coordinates 5 population registries in the country. Their data are disseminated with the support of the World Health Organization and twice has represented Latin America and the Caribbean at the International Association of Cancer Registries.

In 1990, the reforming law of the tax and financial control law was promulgated, which Solca participated with 0.5% of 1% of the transaction tax on all loans and discounts was enacted.

This allowed us to have financial resources, at least timely, predictable and growing that financed current operating expenses and allowed to plan their growth with true bases.

On January 2, 2000, was inaugurated a modern Hospital, which is an example of what can be done in the area of health. This has been the culmination of a long dream, that has allowed us to perform extraordinary work recognized and applauded not only in the country but also by professionals and foreign scientists from outside agencies.

Now we have an infrastructure to provide health care to 11 provinces of the country with hospitals in Quito, Am-



Hospital Oncológico "Solón Espinosa Ayala" Solca Quito inaugurado el año 2000

ba con un 0.5% del 1% del impuesto sobre toda operación de préstamos y descuentos. Esto le permitió contar con recursos económicos, oportunos, previsibles y crecientes que financiaron los gastos corrientes y permitió planificar su crecimiento con bases ciertas.

El 2 de enero de 2000 se inauguró el Moderno Hospital de Solca, que constituye un ejemplo de lo que puede hacerse en el área de la salud. Este ha sido la culminación de un sueño largamente acariciado que le ha permitido realizar una extraordinaria obra reconocida y aplaudida no solamente en el país, sino también por organismos profesionales y científicos del exterior.

A la fecha contamos con una infraestructura de salud para dar atención a 11 provincias del país con hospitales en Quito, Ambato, Riobamba, centros de diagnóstico en Ibarra, Santo Domingo de los Tsáchilas y Lago Agrio.

El total de atenciones en el año 2013 fue 1'266.681, con un promedio diario de 5.067.

El impuesto a las operaciones de crédito fue sustituido en el 2009 por asignaciones anuales en el presupuesto del Estado, que si bien se han recibido de manera oportuna, no han crecido al ritmo de la demanda. Se han tenido que postergar proyectos importantes como la ampliación del área de hospitalización, la renovación de equipos, ampliación de emergencia, del laboratorio de genética, hospitalización para pacientes de medicina nuclear, construcción del centro de diagnóstico en Ibarra, contratación de personal altamente capacitado.

Es importante pensar que, el transcurso de 60 años en la existencia de una institución, constituye el reflejo de un trabajo tesonero, de una actividad fructífera, de una entrega de vida ejemplar y de un grupo de seres identificados con los ideales, propósitos y objetivos.

Cuando esa institución ha respondido al acto histórico de su conformación y de sus finalidades, creo entonces no equivocarme al proclamar que Solca, Núcleo de Quito, se encuentra entre aquellas organizaciones creadas para prevalecer en el tiempo y en el espacio; estructurada para cumplir el rol que le fue asignado y vigencia para continuar contribuyendo con el desarrollo y bienestar de ese Ecuador profundo que exige hoy, más que nunca, el concurso de todos los que constituimos parte de su estructura social.



Intervención del Dr. Ramiro Hidalgo, Director Médico en el Sexagésimo Aniversario de SOLCA Núcleo de Quito en 2014

bato, Riobamba, diagnostic centers in Ibarra, Santo Domingo de los Tsáchilas and Lago Agrio.

The total of consultations in 2013 was 1'266 .681, with a daily average of 5067

The tax credit transactions was replaced in 2009 by annual appropriations in the state budget, which although have been received in a timely manner; have not kept pace with the demand.

The lack of these resources has damaged the institution, which has had to postpone projects such as the expansion of the hospitalization area, equipment renewal, emergency expansion of the genetics laboratory, hospitalization for patients in nuclear medicine, construction of the diagnosis center in Ibarra, recruitment of highly trained staff.

It is important to think that, within 60 years of the existence of an institution are a reflection of a tenacious work of fruitful activity, delivery of exemplary life and a group of beings identified with the ideals, aims and objectives .

When the institution has responded to the historical act of its formation and its objectives, then I am not mistaken in claiming that Solca núcleo de Quito is among those organizations created to prevail in time and space; structured to fulfill the role that was assigned and force to continue contributing to the development and welfare of that deep Ecuador required today, more than ever, the contest of us all that constitute part of its social structure.



Intervención del Gral. Solón Espinosa en el Sexagésimo Aniversario de SOLCA Núcleo de Quito en 2014

METODOLOGÍA

BASES TEÓRICAS

Necesidad y derecho fundamental del hombre es la salud. Las instituciones destinadas a promoverla y mantenerla requieren de instrumentos idóneos que les permita planificar su acción.

La selección y procesamiento de la información, obtenida con rigurosidad científica, garantiza la base de una planificación adecuada.

La estadística descriptiva es un primer paso en el conocimiento de un fenómeno social y constituye la base para realizar estudios analíticos más complejos, que den cuenta, en última instancia, de las relaciones de causalidad.

El conocimiento de la medicina, partiendo de nuestra realidad, transforma la enseñanza en un proceso activo, renovador y comprometido.

OBJETIVOS DEL REGISTRO

- Conocer la incidencia y distribución de los tumores malignos que se presentan en la ciudad de Quito.
- Proporcionar una herramienta confiable que cuantifique las necesidades preventivas y asistenciales y que mida la eficiencia de las medidas de los programas de control.
- Promover la utilización de la información para la investigación y la docencia.
- Apoyar la consolidación e integración de registros poblacionales y hospitalarios de cáncer en el país.

POBLACIÓN

La población riesgo está constituida por todas las personas residentes en la ciudad de Quito. Para el año 2010 la población era de 1619.146 habitantes.¹

Los límites geográficos de la ciudad son los que establece el INEC (parroquias urbanas de Quito). Sin embargo, la realidad va más rápido que las definiciones y algunas parroquias consideradas rurales están en la práctica incorporadas a la ciudad. Correcciones que debemos hacerlas en acuerdo con los organismos oficiales.

Sobre la población residente en Quito se puede construir indicadores epidemiológicos como tasas de incidencia, mortalidad y otros.

También presentamos información de la totalidad de los casos de cáncer diagnosticados en la ciudad, independientemente de la residencia. El volumen de casos que viene de otras regiones constituye aproximadamente el 50% del total de registrados.

El grupo de pacientes diagnosticados fuera de Quito constituye también una fuente de casos para los otros registros del país.

METHODOLOGY

THEORETICAL BASES

Health is a fundamental need and a right for men, and institutions oriented to promoting and maintain it require useful instruments that allow organization for future action.

Selecting and processing information gathered with scientific strictness guaranteed the base of a right organization.

Descriptive Statistics is one of the first steps in knowledge of social phenomena, and is the base to do more complex analytical studies, that help in last instance for causal relations.

Knowledge of medicine departing from our reality change teaching to an active process, for renewal and compromised.

REGISTRY OBJECTIVES

- Know the incidence and distribution of malignant tumors as presented in Quito City.
- Give an trustful tool that can help to see the amount of preventive and work measures needed, and to measure efficiency of control programs.
- To promote use of information for investigation and teaching.
- To enhance consolidation and integration of general population and health registry.

POPULATION

Risk population are constituted by people resident in Quito City. For 2010 population was 1619.146.¹

Geographic limits for the city are the ones established by INEC. (Urban parishes of Quito) The reality goes faster than some definitions, and some rural counties are in practice in the city. Those are corrections we got to do in relation to official departments.

Related to resident population of Quito City we can build epidemiologic indicators as incidence rates, mortality, and others.

We also give information of the total cancer cases diagnosed in the city, independently from the real residency. The volume of cases who came from other regions constitute approximately 50% of the total registered cases.

Patients diagnosed outside of Quito City also constitutes a case source for other country registries.

CASE

Case is every malignant neoplasm invasive or in situ, presented in the year, with or without histological verification, diagnosed in Quito City. For determination of inci-

¹ INEC. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Censo Nacional 2010. <http://www.inec.gob.ec>

CASO

Caso es toda neoplasia maligna invasiva o *in situ*, incidente en el año, con o sin verificación histológica, diagnosticado en la ciudad de Quito. Para la determinación de tasas de incidencia y mortalidad separamos los casos ocurridos entre los residentes en Quito.

No se registran los tumores de naturaleza incierta. Desde 2005 se recauda y procesa con la Clasificación CIEO 3. Se incluyen neoplasia intraepitelial del cuello de útero y el síndrome mielodisplásico con código de comportamiento 2. Se eliminaron ciertos tipos de astrocitomas o tumores serosos de ovario que pasaron a código de comportamiento 1. Para la base de datos previa se aplicó el programa de conversión de IACR (iacrtools). Se registran tumores, no pacientes.

La presentación de los datos se hace exclusivamente de los cánceres invasores en la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10. Los casos *in situ* se abordan solo en análisis específicos, como en el cáncer de cuello uterino. Los casos de piel no melanoma se los diferencia para las tasas globales y se eliminan en la determinación de la ubicación del tumor con respecto a los demás.

Tumor múltiple

Utilizamos los mismos criterios establecidos por la IACR, su definición no depende del tiempo. Tumor múltiple es aquel que se origina en un tejido o localización primaria y no es una extensión, recidiva o una metástasis. Debe estar localizado en diferente sitio anatómico o, si está en la misma localización, su morfología debe pertenecer a una familia histopatológica distinta. Berg² organiza las familias de la siguiente manera: carcinomas epidermoides, carcinomas basocelulares, adenocarcinomas, otros carcinomas especificados, sarcomas, linfomas, leucemias, sarcoma de kaposi, mesotelioma y otros tipos especificados.

Los tumores multifocales, se cuentan como un solo tumor. Los tumores de piel, aunque se ubiquen en diferentes regiones del cuerpo, se cuentan como un solo tumor si tienen la misma morfología. Un melanoma, un basocelular o un escamo celular, de acuerdo a la CIEO 3 se consideran como tumores diferentes.

FUENTES DE INFORMACIÓN

La obtención de la información es un proceso activo en el que las registradoras acuden a los laboratorios de patología, hematología y citología de todos los establecimientos y consultas de salud pública y privada, revisan los archivos para detectar casos diagnosticados de cáncer y en un segundo momento leen la historia clínica o establecen contacto con el médico tratante para obtener mayor información acerca del paciente y de la extensión clínica del tumor.

Los casos en que nunca se realizaron examen microscópico se los capta del INEC a través de la revisión de egresos hospitalarios y/o en las defunciones por cáncer ocurridas en la ciudad de Quito.

dence and mortality rates we separate cases happened within Quito City residents.

We don't registered tumors of uncertain nature. Since 2005 we catch and process with the CIEO3 classification, We include uterine cervix intraepithelial neoplasm, and myelodysplastic syndrome with behavior code 2. We eliminate certain astrocytoma types and ovary serous tumors. We applied the IARC conversion program (iacrtools) to all data base. We register tumors, not patients

The data presentation is exclusively of invasive cancers, in the International Classification of Diseases ICD-10. *In situ* cases are dealt only in specific analyzes, as in cervical cancer.

Multiple tumor

We use the same criteria established by IARC, her definition do not depend over the time. Multiple tumor is the one whose originate in a primary tissue or location and is not an extension, relapse or metastasis. Must be located in a different anatomic place or if it's in the same location his pathology must be from another different pathology family. Berg² organize families in this way: epidermal carcinomas, basocelular, adenocarcinomas, other specified carcinomas, sarcomas, lymphomas, leukemia, Kaposi sarcoma, mesothelioma, and other specified types.

Multifocal tumors are counted as one tumor. Skin tumors, even located in different places are counted as only one if they have the same morphology. A melanoma, a basal cell carcinoma or a squamous cell carcinoma according to CIEO3, are considered as different tumors.

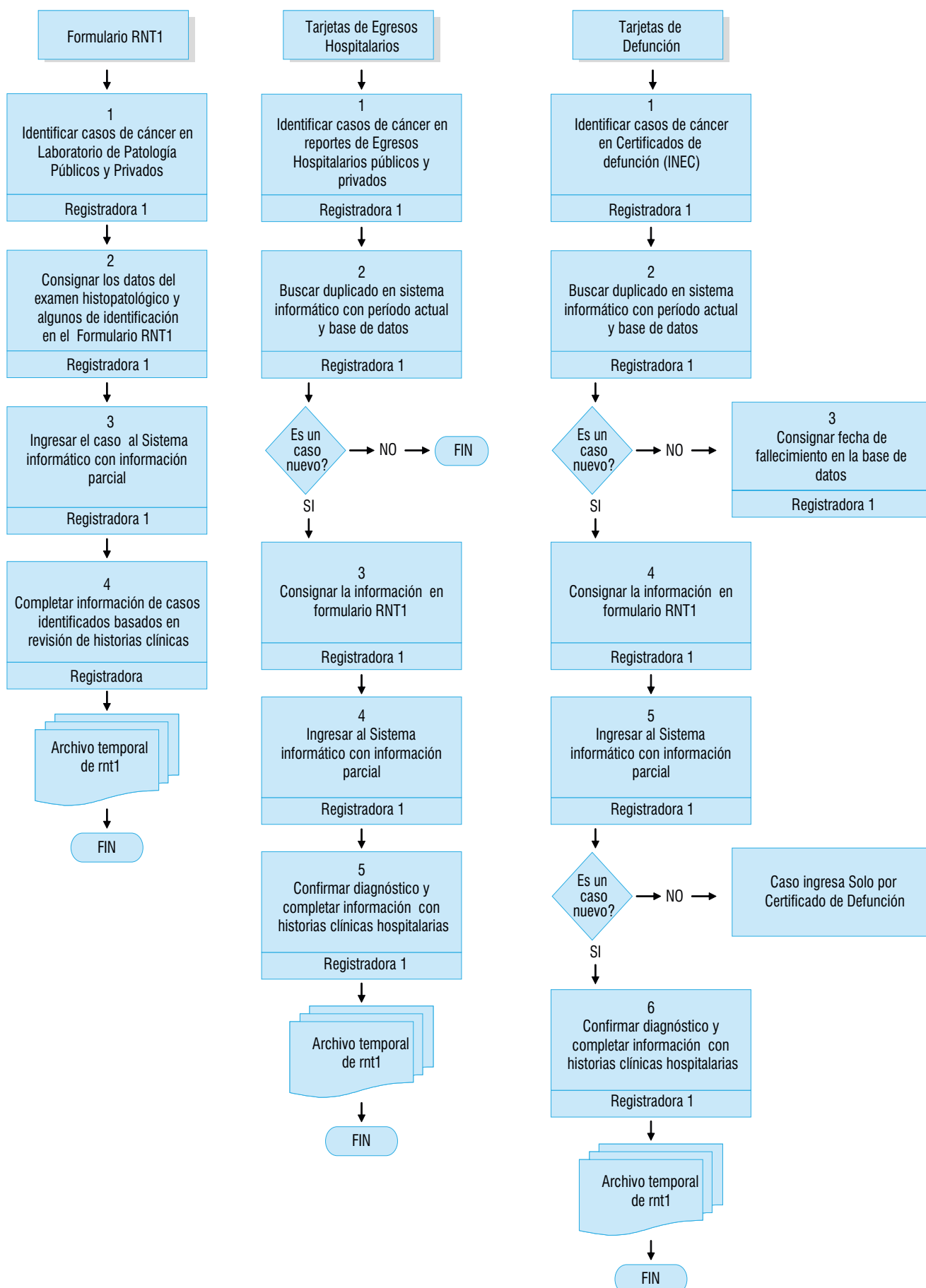
INFORMATION SOURCES

To get information is an active process, in which the registrars go to Pathology, hematology and cytology laboratories from all medical centers and private clinics. They check archives to detect cancer diagnosed cases and in a second phase read the clinical file or they establish a direct contact with the responsible physician to get more information of the patient and clinical extension of the tumor.

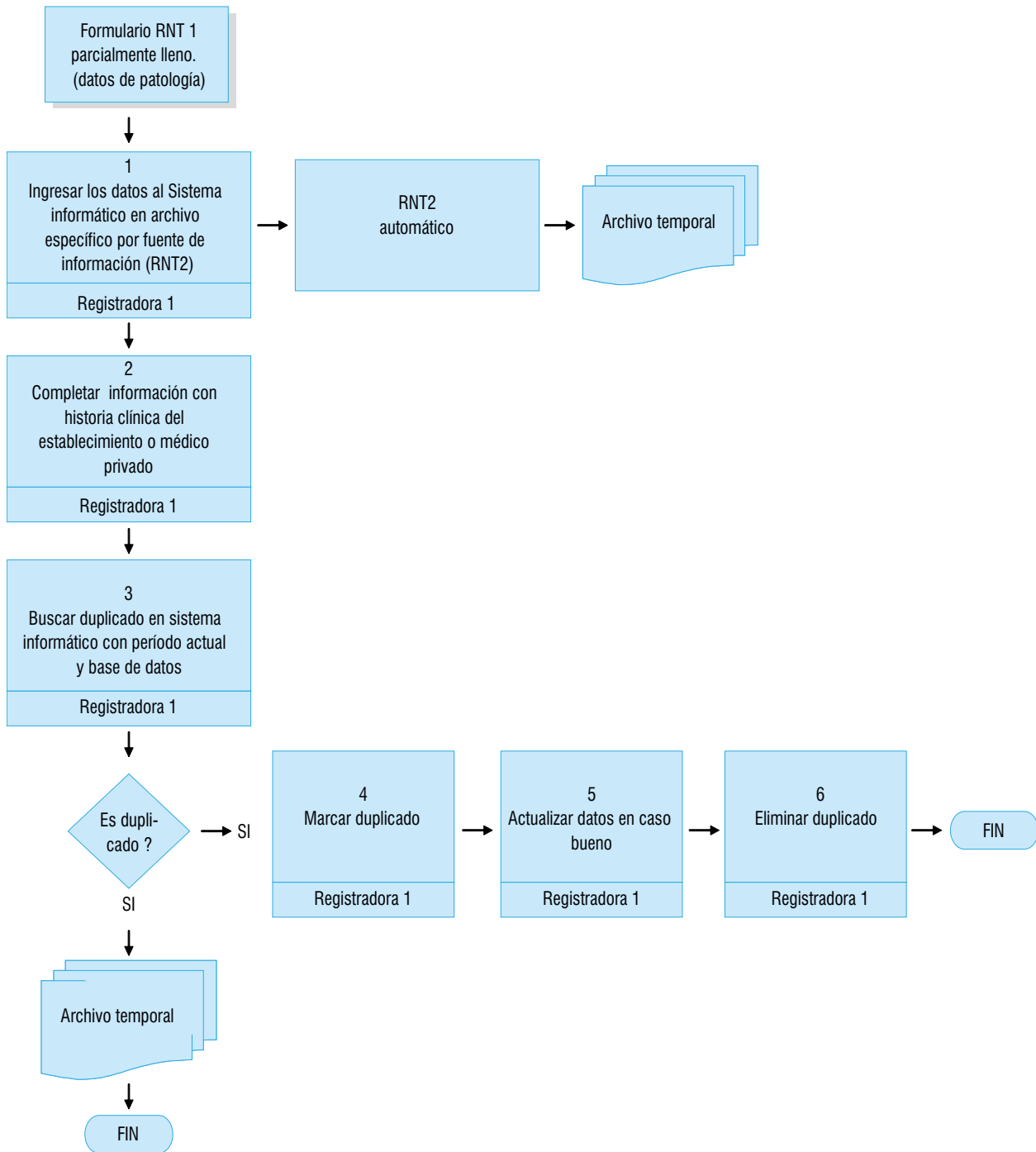
In the cases they never do microscopic examination, they search in the National Institute of Statistics and Census (INEC) by the screening of hospital discharges records and/or cancer deaths certificates that happened in Quito City.

² Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología. Tercera edición. OMS / OPS Washington D.C. Publicación Científica N° 586. 2003, 35-37 pp.

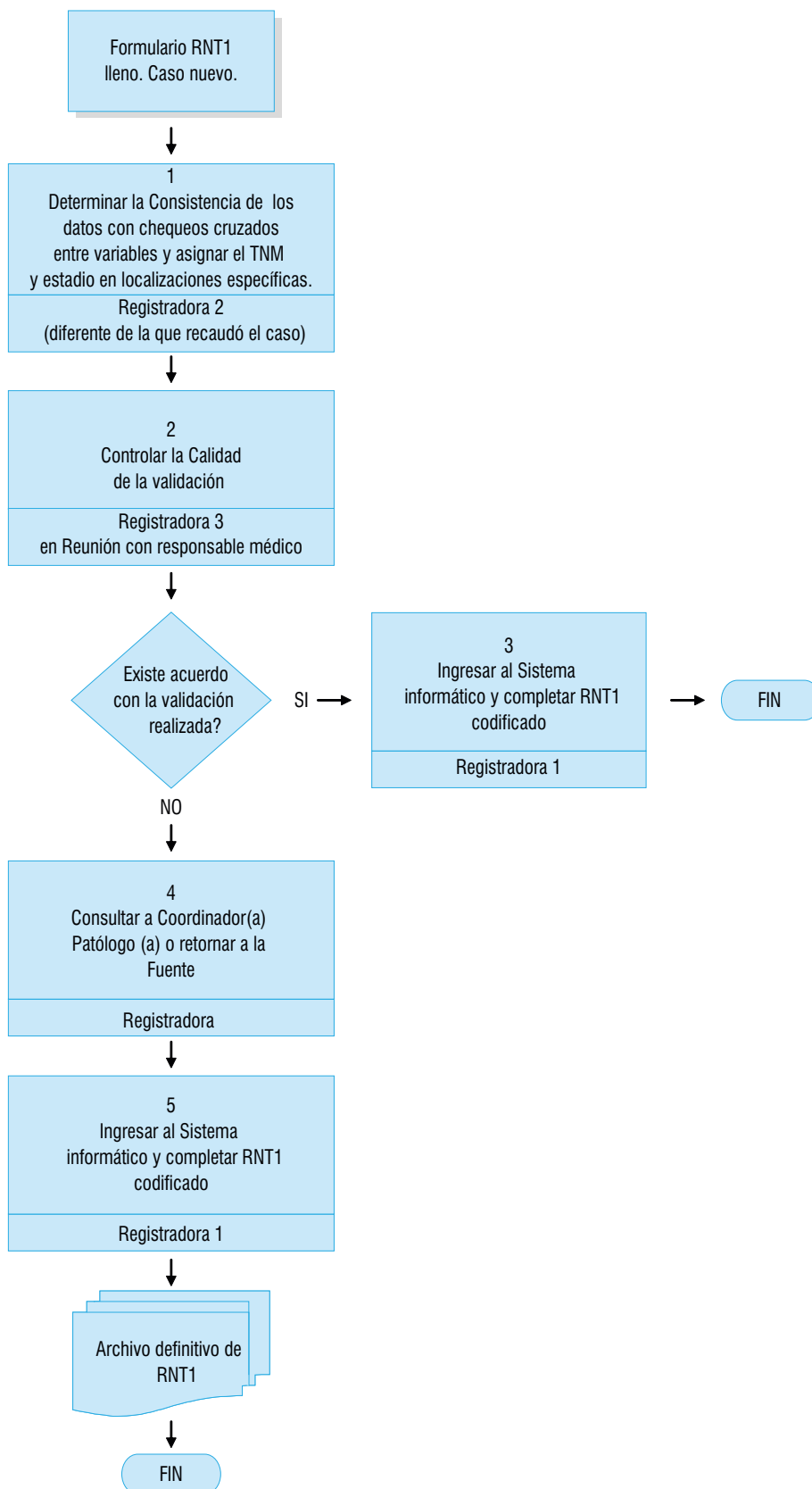
MAPA DE PROCESOS DEL REGISTRO NACIONAL DE TUMORES
PROCESO: IDENTIFICAR CASOS DE CÁNCER EN QUITO
SUBPROCESO: CAPTAR CASOS Y COMPLETAR INFORMACIÓN



MAPA DE PROCESOS DEL REGISTRO NACIONAL DE TUMORES
PROCESO: PROCESAMIENTO INTERNO DE LA INFORMACIÓN
SUBPROCESO: CONFRONTACIÓN Y ELIMINACIÓN DE DUPLICADOS



MAPA DE PROCESOS DEL REGISTRO NACIONAL DE TUMORES
PROCESO: PROCESAMIENTO INTERNO DE LA INFORMACIÓN
SUBPROCESO: VALIDACIÓN, CODIFICACIÓN E INGRESO A ARCHIVO INFORMÁTICO



CALIDAD DE LOS DATOS

El Registro debe garantizar que todos los casos de cáncer ocurridos en Quito estén incluidos y que la información recaudada corresponda a la realidad. La primera cualidad es la exhaustividad y la segunda es la validez.

Para medir estas características se usan los siguientes indicadores de calidad:

La razón mortalidad/incidencia se la obtiene dividiendo el número de muertes atribuidas a un cáncer específico para el número de casos incidentes (enfermos y muertos) en el mismo período. Los casos incidentes y de mortalidad no son necesariamente los mismos.

Ejemplo: en el cáncer de cuello uterino se presentaron 710 casos nuevos independientemente de su estado vital en el período 2006-2010. En el mismo período se registraron 354 defunciones, la razón sería:

$$MI = 354 / 710 \times 100 \quad MI = 49,9\%$$

Indirectamente hace referencia a la probabilidad de supervivencia.

$$\begin{aligned} 100 - M/I &= \text{probabilidad de supervivencia} \\ 100 - 49,9 &= 50,1\% \end{aligned}$$

Cocientes cercanos a 100 nos hablan de tumores de alta letalidad.

En promedio para todas las localizaciones en el período 2006-2010, excluyendo cáncer de piel no melanoma y los tumores *in situ*, tenemos índices de Mortalidad/Incidencia de 50% en hombres y 46% en mujeres.

Porcentaje de casos conocidos Solo por Certificados de Defunción (SCD)

Se refiere al número de casos nuevos que constan con diagnóstico de cáncer en los certificados de defunción y que no fueron captados previamente ni en los laboratorios de patología, ni en los egresos hospitalarios.

La metodología del Registro busca que el porcentaje de casos que ingresa por esta fuente sea mínima, ya que un certificado de defunción puede tener errores en el diagnóstico y año de incidencia.

Las defunciones nos permiten también, registrar la fecha de fallecimiento en pacientes diagnosticados previamente y desde el punto de vista de la exhaustividad garantiza que todos los casos de cáncer estén incluidos.

En el período 2006-2010 ingresaron por esta fuente 7,6% de los casos en hombres y 6,8% en mujeres.

Porcentaje de casos con Verificación Histológica (VH)

Este porcentaje está referido a los casos diagnosticados mediante examen microscópico, sea de tejidos, citológicos o hematológicos.

La verificación histológica, si bien garantiza la calidad de la información de un registro, varía considerablemente en función de la localización, edad de los pacientes y características de los servicios de salud.

DATA QUALITY

The registry must guarantee that all cancer cases that occur in Quito are included and that collected information is true. The first quality is completeness and the second is validity. To assess these features, we use the following quality indicators:

Mortality/Incidence ratio. It is obtained by dividing the number of cancer deaths by the number of incident cases (ill and dead) during the same period. Incident and mortality cases do not necessarily refer to the same cases.

Example: in invasive uterine cervix cancer, there were 710 new cases (independently from vital status) during the 2006-2010 time period. During the same period, 354 demises were reported.

$$\text{The ratio is: } MI = (354/710) \times 100 \quad MI = 49.9\%$$

It also refers to the survival probability. $100 - M/I = \text{survival probability}$ $100 - 49.9 = 50.1\%$

Quotients close to 100 suggest high mortality tumors.

In average, for all locations during the 2006-2010 time period, excluding skin cancer (not melanoma) and *In Situ* cancer, we have 50% mortality/incidence index for men and 46% for women.

Percentage of cases known Only by Death Certificate (ODC)

It is the number of new cases reported as cancer in death certificate, but not previously detected by pathology laboratories or hospital discharge records.

The registry's methodology expects to minimize the percentage of cases included by this route, since death certificates can have mistakes in diagnosis and in the year of incidence.

Death certificates can also report the date of death of patients already diagnosed and from the completeness standpoint can guarantee that all cancer cases are included.

During the 2006-2010 time period, (excluding *in situ* cancer) 7.6% of reported cases in men and 6.8 % in women were obtained by this source.

Percentage of cases with Histological Verification (HV)

This percentage describes microscopic exam diagnosed cases, all tissue, cytology and hematological tests.

Histological Verification guarantees the quality of the information in a registry, but varies considerably according to localization, patients' age and health facilities services.

For the 2006-2010 time period 87.3% of male cases and 87.7% of female cases were admitted by microscopic diagnosis. Compared to previous periods, there was an evident improvement in data quality for all ages and locations.

Para el período 2006-2010, 87,3% de los casos en hombres y 87,7% en mujeres ingresaron con diagnóstico microscópico, lo que comparado con períodos anteriores muestra un mejoramiento de la calidad de los datos en todas las edades y localizaciones.

Porcentaje de casos sin edad

Indica deficiencias en la recolección de datos y puede afectar el cálculo de las tasas específicas.

TÉRMINOS ESTADÍSTICOS UTILIZADOS

Tasa de Incidencia Cruda o Tasa de Incidencia Media Anual.- Relaciona el número de casos nuevos de cáncer ocurridos en un intervalo específico de tiempo, con una población a riesgo.

Se la obtiene dividiendo los casos nuevos de una localización específica diagnosticados entre los residentes en Quito durante un periodo, para la suma de la población en riesgo de este mismo periodo (personas - años a riesgo) multiplicado por un factor de amplificación 100.000.

El significado de la tasa de incidencia, por lo tanto, corresponde al comportamiento del tumor en un año. Se calculan separadamente para hombres y mujeres.

Tasa Específica por edad.- Nos permite evaluar las diferencias de incidencia en subgrupos poblacionales según edad. Se calcula sumando en el numerador todos los casos nuevos de cáncer ocurridos en un grupo de edad, en los residentes en Quito durante un período específico, dividido para la suma de la población del mismo grupo de edad y del mismo período. Se expresa en tasas por 100.000.

Tasa de Incidencia Estandarizada.- La comparación de tasas de incidencia crudas entre dos poblaciones puede inducirnos a errores por efecto de la estructura poblacional. Para eliminar esta distorsión se recurre a una población de referencia cuya distribución por grupos de edad es "estándar". La tasa estandarizada constituye la tasa de incidencia que teóricamente tendría una población si es que su estructura poblacional fuera como la estándar.

Se calcula aplicando la tasa específica por grupos de edad a la población estándar, obteniéndose los casos esperados en cada grupo. La sumatoria de estos casos constituye la tasa estandarizada.

Tasas Truncadas.- Son tasas estandarizadas que se aplican a los grupos de edad seleccionados. En nuestro caso 35-65 años de edad. Se expresan en tasas por 100.000 hbs.

Tasa de Mortalidad.- Es la relación entre número de muertes ocurridas por cáncer entre los residentes en Quito, durante el período especificado y la población de Quito del mismo período, multiplicado por el factor de amplificación 100.000.

El registro de las defunciones se basa en la revisión de los Certificados de Defunción reportados al INEC, en los

Percentage of unknown age cases

Shows deficiency in data collection and can affect specific rates estimates.

STATISTICAL TERMS USED

Crude Rate or The crude average annual incidence rate

It measures the number of new cancer cases occurring in a population of individuals at risk during a specific time period.

The numerator signifies all new cases occurring among Quito residents during a given period, divided by the sum of the population at risk during that same period (individuals – years at risk) multiplied by a 100,000 amplification factor. Therefore, the significance of the incidence rate corresponds to the cancer trends in a one year span. Calculations are separate for men and for women.

Age-specific rates.- It allows us to evaluate the differences in incidence among age groups. It is computed by adding to the numerator all new cancer cases occurring in an age group of Quito residents during a specific period, divided by the sum of the population in that same age group and in the same period. It is stated in rates per 100.000.

Standardized Incidence Rate.- The comparison between crude incidence rates in two populations can lead us to error due to the influence of the population structure. To cancel out this confusing effect, we used the direct standardization method by applying specific age-group rates to the distribution of an ideal world population as suggested in Cancer Incidence in Five Continents 1.

Truncated rates.- These are standardized rates applied to selected age groups. It is limited to the 35 - 64 years age interval.

Mortality Rates.- This is the ratio between the number of deaths due to cancer in Quito residents during a given period and the Quito population during the same period, multiplied by the 100,000 amplification factor.

The determination of deaths is based on a review of the Death Certificates reported to INEC specifying that diagnosed cancer was the underlying, immediate, or contributing cause. Mortality rates as well as incidence rates are presented as crude, standardized, and truncated rates.

Trends.- These represent the directionality of the rates during the years covered. Simple lineal regression was used to establish values and variance analysis was used to establish significance.

Cumulative rates.- These provide an estimate of cumulative risks, that is, the risk of an individual of developing a particular cancer between 0 and 74 years of age if no other causes of death ensue. It is computed by adding up the specific age rates, starting with the 0-4 age group up to the 70-74 age group, and multiplying the age range for each group by five 2.

cuales consta el diagnóstico de cáncer como causa básica, inmediata o contribuyente.

Las tasas de mortalidad se presentan al igual que las de incidencia como tasas crudas, estandarizadas y truncadas.

Tendencia.- Representa la direccionalidad de las tasas en los años considerados. Para su valoración se utilizó regresión lineal simple y la significación se realizó mediante análisis de varianza.

Tasas acumulativas.- Proporciona una estimación del riesgo acumulado, es decir, la posibilidad que tendría un individuo de desarrollar un cáncer en particular entre los 0 y 74 años si no actuaran otras causas de muerte.

Se calcula sumando las tasas específicas por edad desde el grupo de 0-4 años hasta el de 70-74 años y se multiplica por 5 correspondiente a la amplitud de cada grupo de edad.

Tasas de incidencia según escolaridad.- Nos permite evaluar las diferencias de la incidencia de cáncer entre individuos pertenecientes a diferentes niveles de escolaridad. La construcción de estas tasas se basa en la consideración de que la variable instrucción es un buen indicador de pertenencia a un determinado estrato socio-económico. Para calcular esta tasa dividimos el número de casos con determinada instrucción para la población de la ciudad de Quito que tiene el mismo nivel de instrucción, multiplicado por 100.000.

Rates by education level.- This allows us to evaluate the differences in cancer rates in individuals belonging to different educational levels. This rate, which is based on the educational variable, is a good indicator of a particular socioeconomic status, as shown by a number of research studies.

Therefore, the enrollment rate indirectly measures the risk of main-site cancer in each social group. To compute this rate we divided the number of cases with a specific educational level by the population of Quito with the same educational level multiplied by 100,000.

Bibliografía

Parkin et al eds. Cancer Incidence in Five Continents Vol VII IARC Scientific Publications No 143.1997. p66.

Dos Santos Isabel. Epidemiología del Cáncer: Principios y Métodos. Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer. Lyon, Francia.1999

NOVEDADES DE ESTA EDICIÓN

1. Presentamos datos de 25 años (1986-2010), en la que construimos indicadores que promedian el comportamiento quinquenal de las principales localizaciones.
2. Todas las tablas y gráficos han sido contruidos con base en la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10.
3. Se eliminan los cánceres *in situ* de las tablas generales, únicamente se los aborda cuando se analiza el cáncer de cuello uterino.
4. Los cánceres de piel no melanoma se los excluye de las tasas globales, pero se los analiza de manera específica.
5. Abordamos en sección especial el cáncer infantil, organizada según la Clasificación Internacional del Cáncer en Niños.
6. El análisis de las principales localizaciones fue realizado por especialistas oncólogos de la ciudad, en la que procuramos incluir las visiones clínica y epidemiológica del cáncer.
7. Las comparaciones de incidencia con otros Registros del mundo se hicieron con los datos del Vol. X de "Cancer Incidence in Five Continents" 2014 (versión electrónica).
8. Celebramos los 60 años de fundación de la Solca, Núcleo Quito.

NEW IN THIS EDITION

1. We present 25 years of data (from 1986 to 2010), in which we construct indicators that average the five year behavior of the main locations.
2. All tables and graphs have been constructed based on the International Classification of Diseases CIE-10.
3. In situ cancers of the general tables are deleted; they are only undertaken when cervical cancer is discussed.
4. The non-melanoma skin cancers are excluded from the overall rates, but were specifically analyzed.
5. We address special section on childhood cancer, organized according to the International Classification of cancer in children.
6. The analysis of the main locations was conducted by oncologists in the city, where we try to include clinical and epidemiological visions of cancer.
7. Comparisons of incidence with other world registries were made using data from the Vol X of "Incident Cancer in Five Continents" 2014 (electronic version)
8. Celebrating the 60th anniversary founding of the Society against Cancer. Solca, Núcleo Quito.

MAPA DE PROCESOS DEL REGISTRO DE CÁNCER DE QUITO

PROCESS MAP OF QUITO CANCER REGISTRY

Procesos	Subproceso
Identificación de casos de cáncer en la Ciudad de Quito	Captar casos
	Completar información de casos identificados basándose en la revisión de historias clínicas
Procesamiento interno de la información	Confrontación y eliminación de duplicados
	Validación de la información
	Codificación y Registro en archivo automático
Análisis	Construcción de indicadores epidemiológicos básicos
	Reflexión sobre los valores de los indicadores y sus variaciones témporo-espaciales
Difusión de la información	Elaboración y distribución de la publicación periódica del RNT
	Elaboración de charlas y conferencias para diferentes usuarios
	Procesamientos específicos para consultas requeridas
Investigación	Profundización del análisis de localizaciones prioritarias
	Asesoramiento en proyectos de investigación oncológica
Coordinación con otros Registros de Cáncer del país	Capacitación metodológica
	Evaluación de la calidad de los datos
	Sistematización de la información

CARACTERÍSTICAS DEL REGISTRO DE CÁNCER DE QUITO

CHARACTERISTICS OF QUITO CANCER REGISTRY

Cobertura (coverage)	Ciudad de Quito
Población al 2010 (population 2010)	1'619.146
Inicio de funcionamiento. (Date activity began)	1985
Información desde el año... (collected information since)	1985
Volúmenes publicados - incluido éste (Published volumes)	15
Períodos a los que corresponden las publicaciones (Publication period)	
Vol 1, 1985; Vol 2, 1986; Vol 3, 1987; Vol 4, 1988; Vol 5, 1989; Vol 6, 1990; Vol 7, 1991; Vol 8, 1992; Vol 9, 1993; Vol 10, 1994; Vol 11, 1995-1996; Vol 12, 1997-1999; Vol 13, 2000-2002; Vol 14, 2003-2005; Vol 15, 2006-2010	
Personal actual (actual personal)	Médicos (MD) 2 Registrador (registrar) 5
Casos en residentes 2010 (residents number cases)	3.792
Casos en residentes y no residentes 2010 (resident and no residents number cases)	7.465
Total casos almacenados 1985-2010. (Total stored cases 1985-2010)	117.414
Patólogos-hematólogos colaboradores (Colaborators Pathologist and hematologist)	118
Historias clínicas revisadas 2010 (Number of medical records reviewed)	9.156
Establecimientos públicos 2010 (Public hospitals)	28
Establecimientos privados 2010 (Private hospitals and clinics)	122
Egresos hospitalarios revisados en último año 2010 (hospital's discharges reviewed last year)	203.096
Certificados de defunción 2010 (Death certificates reviewed)	6.975
% Verificación histológica, todos los casos. 2006 - 2010 (percent histological verification , all cases)	88
% Casos ingresados sólo por certificados de defunción 2006-2010. (Cases only death certificates 2006-2010)	7

Residentes en Quito I. Quito residents

Residentes en Quito I. Quito residents

Población, casos, incidencia, mortalidad 1.1 **Population, cases, incidence, mortality**

Localizaciones principales 1.2 Principal sites

Indicadores de calidad 1.3 Indicators of data quality

PIRÁMIDES POBLACIONALES

POPULATION PYRAMIDS

Dr. Fabián Corral Cordero

*Médico Patólogo
Director Honorario del RNT*

*Medical pathologist
Honorary Director of NCR*

Las pirámides poblacionales son una poderosa herramienta demográfica que permite apreciar varios aspectos importantes de la estructura de una población, de una ciudad, de un país o de cualquier grupo humano.

Si comparamos las pirámides de una misma población en diferentes períodos logramos identificar variaciones con el paso de los años que informan de aspectos sobresalientes y que permiten explicar fenómenos sociales que tienen gran influencia en la vida de los pueblos.

Como una pequeña muestra del interés de estos instrumentos comparamos la pirámide de Quito del año 1985 con la de 2010, o sea 25 años después. Todos los pobladores de más de 65 años en 1985 constituían 3,6% de los habitantes de Quito; eran un poco más las mujeres que los hombres, 4,2% y 3,4% respectivamente, estos porcentajes correspondían a 38.241 habitantes.

En la pirámide de 2010, este número de personas de más de 65 años, creció a 104.240, o sea casi 3 veces más que en 1985.

No solamente creció 3 veces el número de personas, sino que además aumentó el porcentaje de hombres y mujeres que viven más de 65 años, a 5,8% entre los primeros y a 7% entre las últimas.

Este importante dato nos revela que los habitantes de la ciudad viven en promedio más años que en 1985, advirtiéndole que este grupo de personas tiene mayor riesgo de enfermar de cáncer.

Si se calcula estos datos desde los 60 años en hombres y mujeres, edad a la que las personas alcanzan la posibilidad de jubilarse en nuestro sistema de seguridad social, encontramos que en 1985 eran 57.276, que representaba 5,7% de la población, mientras que en 2010 llegaron a ser 151.517, que representa 9,3%, datos que nos permiten reflexionar no solamente en relación al cáncer, sino a la salud en general y a varios aspectos sobre la evolución de la sociedad.

Por otra parte si analizamos la base de la pirámide encontramos cambios muy interesantes entre 1985 y 2010.

En 1985 los menores de 15 años eran 34% de los habitantes, en 2010 fueron 26%. Hubo una disminución de 8 puntos porcentuales.

Las pirámides poblacionales son un valioso instrumento. Constatamos por ejemplo que la población vieja de la ciudad está creciendo mientras la población de niños está disminuyendo, las reflexiones que suscitan estos importantes hallazgos nos ponen en el camino de avizorar sus consecuencias en la atención oncológica.

The population pyramids are powerful demographic tools that allow us to see several important aspects of the structure of a population, a city, a country or any human group at once.

Comparing the pyramids of the same population in different periods we can identify changes over the years that inform us of the highlights that explain social phenomena that have great influence on the lives of the people.

As a small sample of the great interest of these instruments we compared pyramid Quito, built in 1985, with the one in 2010, so 25 years later. All people over 65 in 1985 constituted 3.6% of the inhabitants of Quito, were slightly more the number of women than men; 4.2% and 3.4% respectively, these percentages represented 38,241 inhabitants.

In the pyramid of 2010, the number of people over 65 years, grew to 104,240, that means nearly 3 times more than in 1985.

Not only the number of people increased 3 times, but increased the percentage of men and women who live more than 65 to 5.8% in the first ones and 7% in the last ones.

This important fact reveals that the inhabitants of the city live on average longer than in 1985, warning that this group of people are the once with the biggest risk of getting cancer.

If this data is calculated from age 60 in men and women: age at which people reach retirement possibility in our Social Security system, we find that in 1985 were 57,276, representing 5.7% of the population while 2010 became 151,517 representing 9.3%, data that allow us to reflect not only in relation to cancer, but health in general and various aspects of the evolution of society.

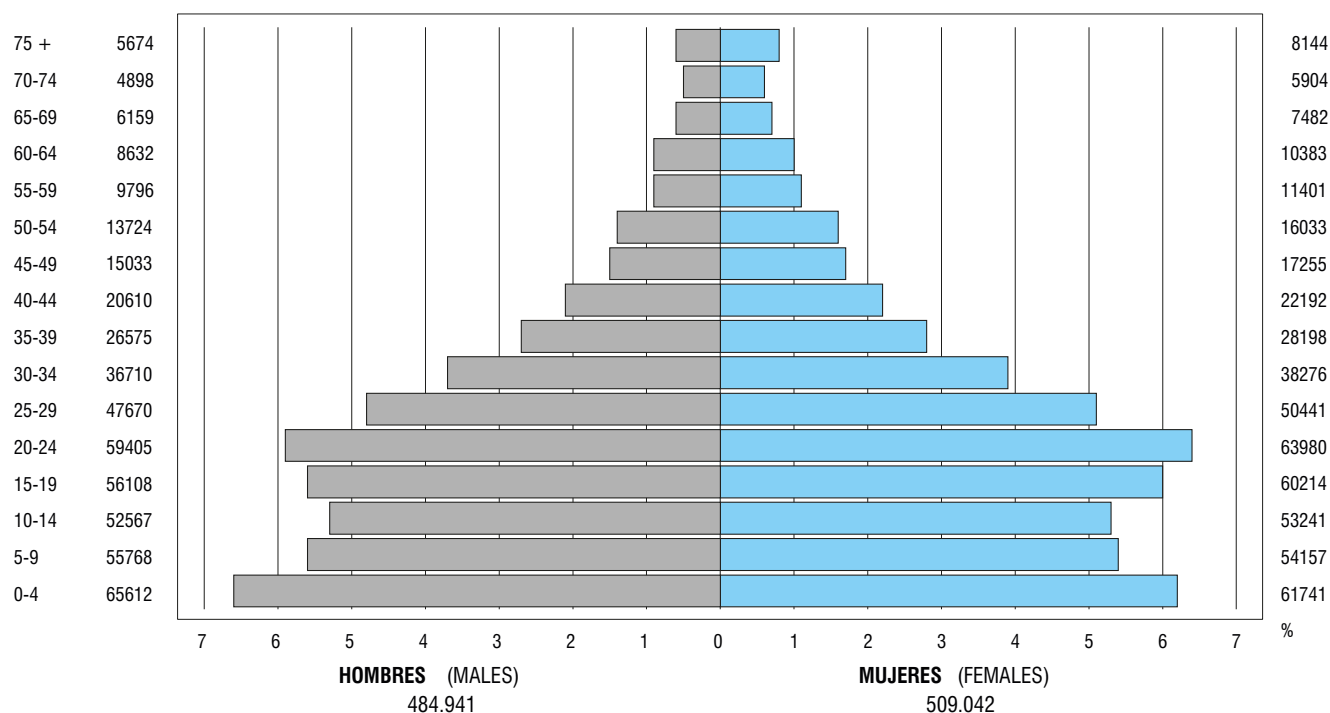
Although, if we analyze the base of the pyramid we find very interesting changes between 1985 and 2010.

In 1985 children under 15 years were 34% of the population, in 2010 are 26%. There was a decrease of 8 percentage points.

We can see in these limited data we have analyzed that the population pyramids are a valuable tool and we verify for example that the old city's population is growing as the population of children is diminishing, the reflections that these important findings bring forward put us on the road to anticipate the consequences of this demographic changes.

GRÁFICO / FIGURE 1

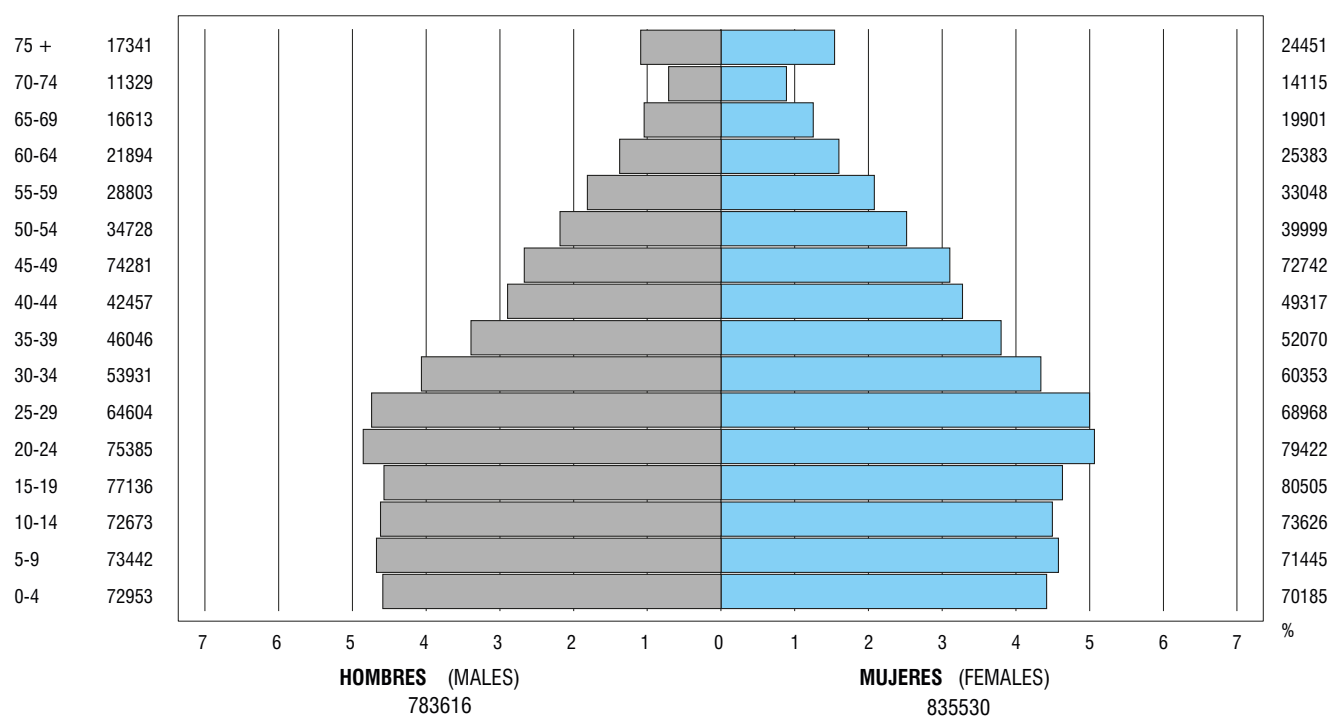
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD. 1985
DISTRIBUTION OF QUITO POPULATION BY SEX AND AGE GROUPS. 1985



FUENTE: INEC. PROYECCIÓN CENSOS NACIONALES 1985
 SOURCE: NICE. NATIONAL CENSUS PROJECTION 1985

GRÁFICO / FIGURE 2

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE QUITO POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD. 2010
DISTRIBUTION OF QUITO POPULATION BY SEX AND AGE GROUPS. 2010



FUENTE: INEC. CENSO NACIONAL 2010
 SOURCE: NICE. NATIONAL CENSUS 2010

GRÁFICO / FIGURE 3

LOCALIZACIONES MÁS FRECUENTES (TASAS ESTANDARIZADAS POR 100.000). RESIDENTES EN QUITO. 2006-2010
MORE FREQUENT SITES ASRW BY 100.000. QUITO RESIDENTS. 2006-2010

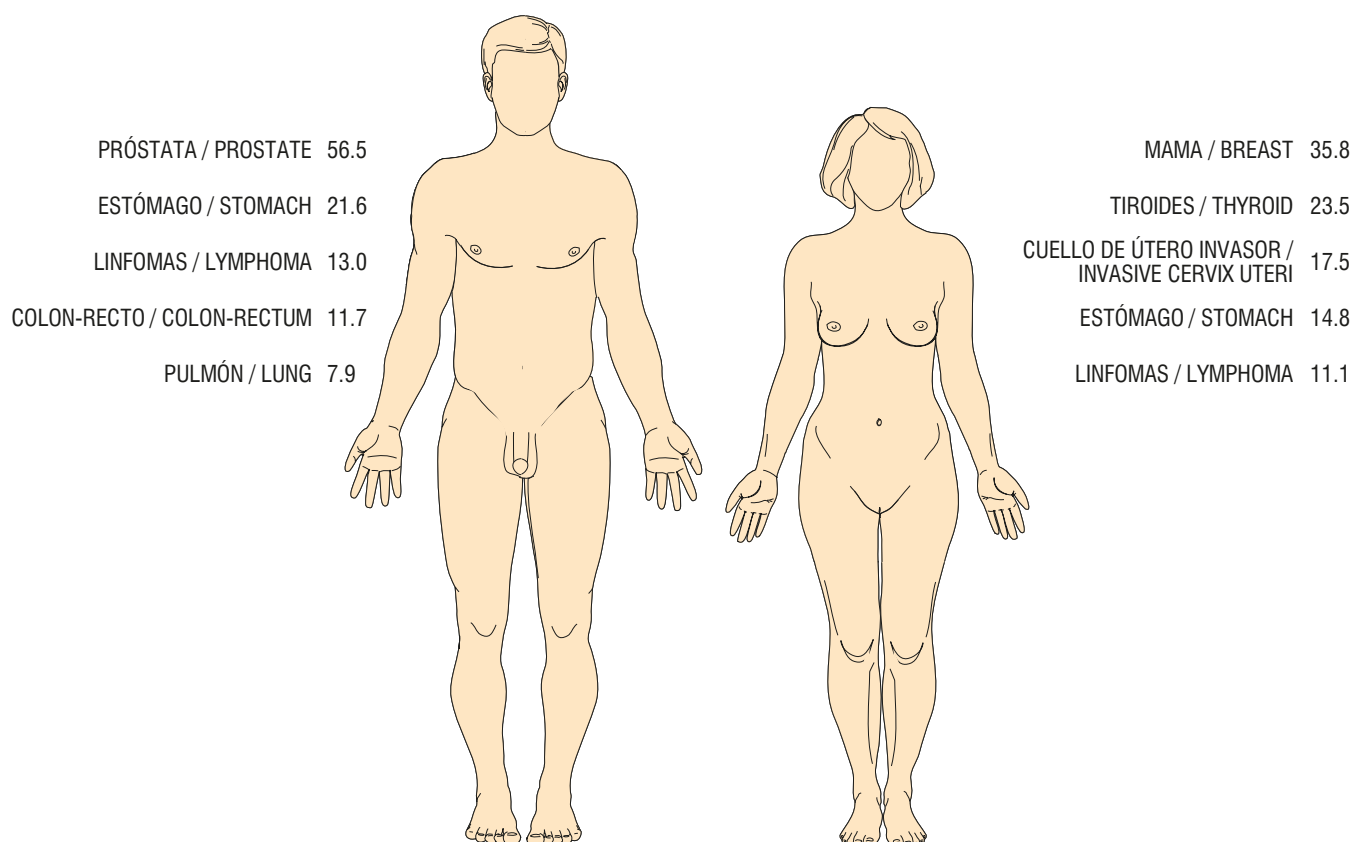


TABLA / TABLE 1

PRIMERAS LOCALIZACIONES EN CANCER. RESIDENTES EN QUITO. 2006-2010
MAIN SITES OF CANCER. QUITO RESIDENTS. 2006-2010

♂ HOMBRES / MALES					♀ MUJERES / FEMALES				
Localización Site	Casos Cases	Tasa C. Crude R.	Tasa E. ASRW	%	Localización Site	Casos Cases	Tasa C. Crude R.	Tasa E. ASRW	%
Próstata Prostate	1807	47,5	56,5	29,8	Mama Breast	1398	34,4	35,8	18,9
Estómago Stomach	718	18,9	21,6	11,9	Tiroides Thyroid	968	23,8	23,5	13,1
Linfoma Lymphoma	434	11,4	13	7,2	Cuello del útero Cervix uteri	710	17,5	17,5	9,6
Colon Recto Colon Rectus	386	10,2	11,7	6,4	Estómago Stomach	620	15,3	14,8	8,4
Tráquea, bronquios, pulmón Trachea, bronchus and lung	261	6,9	7,9	4,3	Linfomas Lymphoma	446	11,1	11,1	6,0
Leucemia Leukemia	264	6,9	7,2	4,4	Colon Recto Colon Rectus	442	10,9	10,6	6,0
Testículo Testis	221	5,8	5,2	3,6	Ovario Ovary	271	6,7	6,8	3,7
Vejiga Bladder	172	4,5	5,2	2,8	Leucemias Laekemias	248	6,1	6,1	3,4
Hígado Liver	163	4,3	5	2,7	Tráquea, bronquios, pulmón Trachea, bronchus and lung	244	5,8	6	3,3
Encéfalo y SNC Brain, CNS	170	4,5	4,7	2,8	Vesícula biliar y vías Gallbladder etc.	236	6	5,8	3,2
Todas All sites	7261	190,8	216,8		Todas All sites	8677	213,6	212,6	
Todas menos piel All sites but C44	6055	159,1	181,2	100,0	Todas menos piel All sites but C44	7386	181,8	182,6	100,0

TABLA / TABLE 2

TASAS DE INCIDENCIA PROMEDIO ANUAL POR 100.000 HABITANTES SEGÚN LOCALIZACIÓN Y GRUPOS DE EDAD. RESIDENTES EN QUITO. 2006-2010. HOMBRES. CIE- 10
AVERAGE ANNUAL INCIDENCE PER 100.000. BY SITE AND AGE GROUP. QUITO RESIDENTS. 2006-2010. MALES. ICD-10

CIE-10 ICD-10	LOCALIZACIÓN SITE	N. CASOS N. CASES	EDAD DES. AGE UNK.	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75 +	I. CRUDA CRUDER.	TEE A.S.R.W	I. TR. 35-64 TR.35-64	TAC 0-74 ACR 0-74
C01-C02	LENGUA tongue	19	-	-	-	-	-	-	-	0.3	0.4	-	1.0	1.2	0.8	2.0	3.9	1.8	7.0	0.5	0.6	0.8	0.1
C03-C06	BOCA mouth	9	-	-	-	-	-	-	-	-	0.4	-	1.0	0.6	0.8	1.0	-	3.6	1.2	0.2	0.3	0.6	-
C07-C08	GLANDULAS SALIVALES salivary glands	22	1	-	-	-	-	-	-	-	1.5	-	1.5	0.6	1.5	3.0	1.3	5.5	4.7	0.6	0.6	1.3	0.1
C09	AMIGDALA tonsil	8	-	-	-	-	-	-	-	-	0.4	0.9	0.5	0.6	1.5	-	-	1.8	0.0	0.2	0.2	0.6	0.0
C10	OROFARINGE oropharynx	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.2	-	-	-	-
C11	NASOFARINGE nasopharynx	4	-	-	0.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.8	2.3	0.1	0.1	-	-
C14	OTR. Y MAL DEF LABIO, BOCA, FARINGE other. ill def. in lip,mouth,pharynx	6	-	-	-	-	0.3	-	-	-	-	-	-	1.2	-	-	1.3	-	2.3	0.2	0.2	0.2	-
C15	ESOFAGO oesophagus	72	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2.0	1.8	5.3	5.9	5.2	20.0	43.5	1.9	2.1	2.1	0.2
C16	ESTOMAGO stomach	718	4	-	-	-	-	1.0	0.8	3.2	5.7	11.1	25.9	27.3	52.0	62.2	115.2	187.2	277.3	18.9	21.6	27.4	2.5
C17	INTESTINO DELGADO small intestine	35	-	-	-	-	-	0.3	0.3	-	0.4	0.9	2.0	3.6	-	5.9	2.6	5.5	10.6	0.9	1.1	2.0	0.1
C18	COLON	239	1	-	-	-	0.6	0.8	0.3	1.6	1.5	6.2	5.5	10.3	24.1	26.6	33.6	67.3	69.3	6.3	7.3	10.8	0.9
C19-C20	RECTO rectum	147	0	-	-	-	0.3	0.3	1.1	1.0	1.5	3.1	3.5	4.9	12.8	17.8	23.3	34.5	47.0	3.9	4.5	6.3	0.5
C21	ANO Y CONDUCTO ANAL anus and anal canal	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.8	4.7	0.1	0.1	-	-
C22	HIGADO Y COND.BILIARES INTRAHEP. liver & intrahepatic bile ducts	163	-	1.4	1.4	-	0.3	-	-	0.3	0.4	2.2	3.5	3.6	6.0	18.8	28.8	45.4	67.0	4.3	5.0	5.0	0.6
C23-C24	VESICULA BILIAR ETC. gallbladder etc.	143	1	-	-	-	-	0.3	0.6	-	-	0.4	4.0	10.3	8.3	15.8	25.9	20.0	64.6	3.8	4.3	5.6	0.4
C25	PANCREAS pancreas	94	-	-	-	-	-	0.3	0.3	0.3	0.4	-	1.5	4.2	6.8	7.9	18.8	25.4	43.5	2.5	2.8	2.9	0.3
C30-C31	MARIZ Y SENOS PARANASALES nose, sinuses etc.	17	-	-	-	-	-	-	-	0.3	-	-	2.5	-	0.8	2.0	1.3	1.8	7.0	0.4	0.5	0.8	-
C32	LARINGE larynx	45	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.4	1.0	1.8	2.3	7.9	5.2	14.5	18.8	1.2	1.4	1.9	0.2
C33-C34	TRAQUEA, BRONQUIOS, PULMON trachea, bronchus and lung	261	1	-	-	-	0.3	0.3	0.8	0.6	1.5	1.3	2.0	9.1	19.6	21.7	55.6	67.3	116.3	6.9	7.9	7.7	0.9
C37-C38	OTROS ORGANOS TORACICOS other thoracic organs	15	-	-	0.3	-	-	1.0	0.6	0.6	-	0.4	-	-	0.8	1.0	-	-	3.5	0.4	0.4	0.3	-
C40-C41	HUESO bone	51	-	-	1.4	2.5	3.3	1.6	0.6	1.0	0.4	-	1.0	2.4	-	1.0	2.6	3.6	2.3	1.3	1.3	0.8	0.1
C43	MELANOMAS PIEL melanoma of skin	122	1	-	-	-	0.3	-	0.8	-	0.4	1.8	4.5	6.1	9.8	11.8	16.8	36.4	41.1	3.2	3.7	5.1	0.4
C44	OTROS DE PIEL other skin	1206	27	0.3	0.3	1.1	0.8	1.3	2.8	4.2	8.4	15.1	26.9	40.6	92.7	129.3	169.5	299.9	487.6	31.7	35.6	44.9	4.0
C45	MESOTELIOMA mesothelioma	5	-	-	-	-	-	-	0.3	-	-	-	-	0.6	0.8	-	1.3	1.8	-	0.1	0.2	0.2	-
C46	SARCOMA DE KAPOSI kaposi sarcoma	33	-	-	-	-	-	0.5	0.8	1.6	1.5	0.4	1.5	-	0.8	4.9	1.3	3.6	7.0	0.9	0.9	1.4	0.1
C47 y C49	TEJIDO CONECTIVO Y TEJIDO BLANDO connective and soft tissue	99	1	0.6	0.5	0.8	1.4	1.6	2.2	2.3	1.5	4.0	5.0	6.1	5.3	2.0	10.4	20.0	4.7	2.6	2.8	3.9	0.3
C50	MAMA breast	20	1	-	-	-	-	0.5	-	0.3	0.8	0.4	1.0	0.6	2.3	2.0	2.6	-	3.5	0.5	0.5	1.1	0.1
C60	PENE penis	28	1	-	-	-	-	-	-	-	0.4	0.9	1.0	2.4	0.8	2.0	6.5	5.5	8.2	0.7	0.8	1.2	0.1
C61	GLANDULA PROSTATICA prostate gland	1807	13	-	-	-	-	-	-	0.3	0.0	3.1	9.5	34.0	105.5	239.8	414.1	579.9	809.5	47.5	56.5	52.5	6.9

C62	TESTICULO testis	221	1	1,9	-	-	6,1	9,4	13,1	13,5	8,0	8,4	6,0	1,8	1,5	2,0	5,2	1,8	2,3	5,8	5,2	5,1	0,4
C63	OTROS ORG. GENIT. MASC. Y NO ESPECIF other & unspecif. male genital organ	1	-	-	-	-	-	0,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
C64	RINON kidney	142	1	2,5	0,8	-	0,3	-	-	0,3	1,1	0,9	2,0	11,5	18,1	13,8	29,8	23,6	29,4	3,7	4,5	6,8	0,5
C65	PELVIS RENAL renal pelvis	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,0	-	1,8	2,3	0,1	0,1	-	
C66	URETER ureter	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,8	-	-	-	-	-	0,1	-	
C67	VEJIGA bladder	172	-	-	-	-	-	0,3	0,3	-	1,5	0,4	1,5	4,9	8,3	21,7	33,6	38,2	86,9	4,5	5,2	0,6	
C69	OJO Y ANEXOS eye & anexa	32	-	3,1	-	0,3	-	-	0,8	0,3	-	1,3	0,5	0,6	-	2,0	1,3	5,5	5,9	0,8	1,0	0,1	
C70-C72	CEREBRO, SISTEMA NERVIOSO brain, nervous system	175	1	2,5	2,7	1,4	2,5	3,4	4,4	2,6	3,8	8,9	6,5	4,9	6,8	13,8	7,8	18,2	16,4	4,6	4,8	7,1	
C73	GLANDULA TIROIDES thyroid gland	147	2	-	-	-	1,1	1,3	3,3	3,2	3,8	4,9	11,0	12,7	12,1	12,8	6,5	7,3	14,1	3,9	4,1	9,1	
C74	GLANDULA SUPRARRENAL adrenal gland	4	1	0,3	-	-	-	-	-	-	-	-	0,5	-	-	-	-	1,8	-	0,1	0,1	-	
C75	OTROS ENDOCRINOS other endocrine	2	-	-	-	0,3	0,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	-	-	
C81	LINFOMA HODGKIN hodgkin lymphoma	34	-	0,6	0,8	0,3	0,3	0,8	1,1	1,0	0,4	0,4	-	1,2	2,3	3,0	3,9	1,8	3,5	0,9	1,0	0,1	
C82-C85, C96	LINFOMA NO HODGKIN non-Hodgkin lymphoma	404	1	1,9	1,9	2,5	2,8	2,1	2,2	6,8	6,9	7,5	9,0	26,1	30,1	49,4	42,7	90,9	75,2	10,6	12,1	19,0	
C90	MIELOMA MULTIPLE multiple myeloma	91	-	-	-	-	-	-	-	0,3	-	1,8	3,0	7,9	10,5	12,8	18,1	9,1	24,7	2,4	2,9	5,2	
C91	LEUCEMIA LINFOIDE lymphoid leukaemia	141	1	4,4	5,5	4,7	4,4	2,4	1,9	0,3	2,7	0,9	1,5	3,0	3,8	4,9	5,2	10,9	20,0	3,7	3,8	2,6	
C92-C94	LEUCEMIA MIELOIDE myeloid leukaemia	100	1	1,4	0,3	0,8	2,8	0,8	1,4	1,0	1,9	3,5	3,0	7,3	7,5	5,9	7,8	5,5	15,3	2,6	2,8	4,5	
C95	LEUCEMIA INESPECIFICADA leukaemia unspecified	23	-	0,6	0,3	-	-	0,8	1,4	0,3	-	0,4	-	-	0,8	3,0	1,3	-	5,9	0,6	0,6	-	
MPD	DESORDENES MIELOPROLIFERATIVOS myeloproliferative disorders	8	1	-	-	-	-	-	-	-	0,4	-	0,5	-	1,5	2,0	0,0	1,8	-	0,2	0,1	0,6	
MDS	SINDROMES MIELODISPLASICOS myelodysplastic syndromes	12	-	-	-	-	-	-	0,3	-	0,4	1,3	-	-	0,8	-	-	1,8	5,9	0,3	0,3	0,4	
	OTROS E INESPECIFICADOS other and unspecified	154	-	0,6	-	-	0,6	0,3	0,6	0,9	0,4	0,8	5,5	6,7	11,3	19,7	18,2	45,5	52,9	4,0	4,7	6,4	
	TODOS LOS SITIOS: all sites	7262	62	21,9	16,4	14,7	28,6	31,1	43,1	48,6	58,7	94,5	157,9	262,6	476,8	759,0	1127,0	1721,4	2516,7	190,8	216,8	262,0	24,3
	TODOS - EXCEPTO PIEL C44 all sites but c44	6056	34	21,7	16,1	13,6	27,8	29,8	40,0	44,4	49,6	78,1	130,5	222,0	381,9	628,7	957,5	1417,9	2023,2	158,6	180,7	216,2	20,3

* NO INCLUYE IN SITU (NOT INCLUID IN SITU)

T.E.E= TASA ESTANDARIZADA POR EDAD X 100.000 / ASRW AGE STANDARDIZED RATE WORLD X 100.000

T.TR= TASA TRUNCADA / TR.R. TRUNCATED RATE X 100.000

T.AC= TASA ACUMULATIVA / CR CUMULATIVE RATE X 100.000

TABLA / TABLE 3

TASAS DE INCIDENCIA PROMEDIO ANUAL POR 100.000 HABITANTES SEGÚN LOCALIZACIÓN Y GRUPOS DE EDAD. RESIDENTES EN QUITO, 2006-2010. MUJERES. CIE-10
AVERAGE ANNUAL INCIDENCE PER 100.000. BY SITE AND AGE GROUP. QUITO RESIDENTS, 2006-2010. FEMALES. ICD-10

CIE-10 ICD-10	LOCALIZACIÓN SITE	N. CASOS N. CASES	EDAD DES. AGE UNIC.	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75 +	I. CRUDA CRUDER.	TEE A.S.R.W	I. TR. 35-64 TR.R.35-64	TAC 0-74 ACR 0-74
C00	LABIO lip	1	-	-	-	-	-	-	-	-	0,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	-
C01-C02	LENGUA tongue	20	-	-	-	-	-	0,2	-	0,3	-	0,4	0,9	1,6	2,6	-	2,1	-	5	0,5	0,5	0,8	-
C03-C06	BOCA mouth	19	-	-	-	0,3	-	-	-	-	0,3	-	0,4	-	2,6	0,8	-	4,4	6,7	0,5	0,4	0,6	-
C07-C08	GLANDULAS SALIVALES salivary glands	26	-	-	-	-	-	0,5	0,8	-	1	1,2	0,4	2,1	1,3	-	-	7,4	2,5	0,6	0,6	1	0,1
C09	AMIGDALA tonsil	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,4	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	-
C11	NASOFARINGE nasopharynx	2	-	-	-	-	-	0,2	-	-	-	-	-	0,5	-	-	-	-	-	-	-	0,1	-
C12-C13	HIPOFARINGE hypopharynx	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,8	-	-	-	-
C14	OTR. Y MAL DEF. LABIO, BOCA, FARINGE other, ill def. in lip, mouth, pharynx	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,4	-	0,7	-	1,1	-	-	0,1	0,1	0,2	-
C15	ESOFAGO Oesophagus	27	-	-	-	-	-	-	-	-	0,3	-	0,4	0,5	1,3	0,8	3,2	5,9	11,7	0,7	0,6	0,5	0,1
C16	ESTOMAGO stomach	620	3	-	-	-	0,8	0,2	1,6	6	9,5	12,6	15,1	21,7	30,3	45	74,9	104,7	176,2	15,3	14,8	20,4	1,6
C17	INTESTINO DELGADO small intestine	44	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,7	3,2	5,3	5,9	2,1	8,8	9,2	1,1	1,1	2,3	0,1
C18	COLON colon	305	2	-	-	-	0,3	0,5	1,6	1,8	4,1	3,1	6,9	18,6	16,5	22,9	37,5	39,8	86	7,5	7,3	10,8	0,8
C19-C20	RECTO rectum	137	2	-	-	-	0,3	-	0,8	1,2	3,4	4,3	4,3	5,8	5,9	11,9	10,7	22,1	30,9	3,4	3,3	5,6	0,4
C21	ANO Y CONDUCTO ANAL anus and anal canal	24	-	-	-	-	-	0,2	0,3	-	-	-	0,4	1,1	1,3	0,8	6,4	7,4	4,2	0,6	0,6	0,5	0,1
C22	HIGADO Y COND.BILIARES INTRAHEP. liver & intrahepatic bile ducts	187	-	0,9	-	-	-	-	0,8	-	0,3	2,4	6,9	4,8	12,5	17,8	23,6	36,9	64,3	4,6	4,5	5,3	0,5
C23-C24	VESICULA BILIAR ETC. gallbladder etc.	236	2	-	-	-	-	-	-	-	0,7	0,8	0,9	5,3	6,6	11	22,5	26,5	50,9	3,5	3,4	3,6	0,4
C25	PANCREAS pancreas	141	-	-	-	-	-	-	0,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
C30-C31	NARIZ Y SENOS PARANASALES nose, sinuses etc.	14	-	-	-	-	-	-	-	0,6	0,3	-	0,9	-	0,7	0,8	1,1	1,5	4,2	0,3	0,3	0,4	-
C32	LARINGE larynx	9	-	-	-	-	-	-	0,5	-	0,3	0,4	0,4	-	0,7	0,8	-	1,5	0,8	0,2	0,2	0,4	-
C33-C34	TRAQUEA, BRONQUIOS, PULMON trachea, bronchus and lung	244	-	-	-	-	-	0,2	1,6	0,6	1,7	3,1	5,2	7,4	16,5	28	25,7	39,8	72,6	6,0	6,0	8,9	0,6
C37-C38	OTROS ORGANOS TORACICOS other thoracic organs	9	-	-	-	-	-	-	-	0,3	0,7	-	-	0,5	0,7	0,8	-	-	2,5	0,2	0,2	0,4	-
C40-C41	HUESO bone	40	2	0,3	0,6	1,7	0,5	-	-	0,9	0,7	-	1,3	1,6	4	-	3,2	4,4	3,3	1	1	1,1	0,1
C43	MELANOMAS PIEL melanoma of skin	145	3	-	0,3	-	0,3	-	0,3	2,1	1	2	4,7	9	11,9	9,3	12,8	25,1	31,7	3,6	3,5	5,7	0,4
C44	OTROS DE PIEL other skin	1291	26	0,3	0,3	-	0,3	1,2	4,4	7,5	9,2	20,9	33,2	42,4	61,3	97,6	142,4	219,6	407,5	31,8	30,1	39,6	3,2
C45	MESOTELIOMA mesothelioma	10	-	-	-	-	-	-	0,3	-	-	-	0,9	-	1,3	-	1,1	2,9	1,7	0,2	0,2	0,3	-
C46	SARCOMA DE KAPOSI Kaposi sarcoma	4	-	-	-	-	-	-	0,3	0,3	-	-	-	-	-	0,8	-	-	0,8	0,1	0,1	0,1	-
C47 y C49	TEJIDO CONECTIVO Y TEJIDO BLANDO connective and soft tissue	96	1	-	-	0,9	1,1	1	2,4	2,7	1,4	3,5	1,7	6,9	5,3	4,2	9,6	4,4	9,2	2,4	2,3	3,6	0,2
C50	MAMA breast	1398	3	-	-	-	0,5	1,2	2,9	11,7	27,5	53,1	76,8	108,1	133	116,2	127,4	154,8	147,8	34,4	35,8	80,1	4,1
C51	VULVA vulva	27	-	-	-	-	-	0,2	-	-	-	0,4	0,4	1,1	2,6	2,5	2,1	7,4	6,7	0,7	0,7	1	0,1

C52	VAGINA vagina	12	-	-	-	-	-	0.2	-	-	0.3	0.4	-	1.6	0.7	1.7	2.1	-	-	0.8	0.3	0.3	0.7	-
C53	CUELLO DE UTERO cervix uteri	710	4	-	-	-	-	1.2	7.9	16.2	22.1	34.2	29.8	38.2	40.8	50.1	66.4	81.1	71.8	17.5	17.5	34.5	1.9	
C54	CUERPO DEL UTERO corpus uteri	169	2	-	-	-	-	-	0.5	0.9	2	3.9	6.5	10.1	11.9	22.9	31	25.1	17.5	4.2	4.5	8.5	0.6	
C55	UTERO. SAI uterus nos	48	-	-	-	-	-	-	-	0.3	0.3	1.2	1.7	2.7	3.3	2.5	4.3	4.4	15.9	1.2	1.1	1.8	0.1	
C56	OVARIO ovary	271	1	-	1.1	0.3	1.1	1.7	2.4	1.5	2.4	7.5	15.5	19.6	26.3	17	16.1	38.3	33.4	6.7	6.8	13.7	0.8	
C57	O.ORG.GENITALES FEM.Y NO ESPEC. other & unspecif. fem. genital organ	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.8	-	1.5	-	-	0.1	0.1	-	
C58	PLACENTA placenta	16	-	-	-	-	-	1	0.3	0.9	1.7	-	0.9	-	0.7	-	-	-	-	0.4	0.3	0.6	-	
C64	RIÑON kidney	107	-	0.6	0.3	-	-	-	-	0.9	0.3	2.4	2.6	10.1	6.6	13.6	12.8	20.6	14.2	2.6	2.9	5.2	0.4	
C65	PELVIS RENAL renal pelvis	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.1	-	-	-	-	-	-	
C67	VEJIGA bladder	85	1	-	-	-	-	-	-	0.9	1	0.4	1.3	2.7	10.5	7.6	7.5	23.6	17.5	2.1	2.1	3.3	0.3	
C68	OTROS ORG. URINARIOS Y NO ESPECIFIC. other & unspecified urinary organs	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.4	-	-	-	-	-	-	0.8	-	-	0.1	-	
C69	OJO Y ANEXOS eye & adnexa	36	-	4	-	-	-	-	-	-	1	0.4	0.4	0.5	1.3	0.8	2.1	4.4	6.7	0.9	1	0.7	0.1	
C70	MENINGES meninges	8	-	-	-	-	-	-	0.3	0.3	-	0.4	0.9	-	0.7	0.8	-	-	0.8	0.2	0.2	0.4	-	
C71	ENCEFALO brain	146	3	2.6	3.6	2	1.4	1.2	1.8	3.3	3.4	4.7	3.9	4.8	5.3	14.4	5.4	8.8	8.3	3.6	3.7	5.6	0.3	
C73	GLANDULA TIROIDES thyroid gland	968	8	-	-	1.1	1.1	9.2	14.9	24	31.9	46.4	67.3	58.3	68.5	60.2	43.9	41.3	46.8	23.8	23.5	54.2	2.3	
C74	GLANDULA SUPRARRENAL adrenal gland	7	-	0.3	0.6	0.3	-	-	-	-	0.7	-	-	-	-	-	-	1.5	-	0.2	0.2	0.1	-	
C75	OTROS ENDOCRINOS other endocrine	2	-	-	-	-	-	-	-	-	0.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.2	-	
C81	LINFOMA HODGKIN hodgkin lymphoma	35	1	0.9	0.6	0.6	1.1	0.2	0.8	0.9	1.7	0.4	-	-	0.7	0.8	2.1	2.9	3.3	0.9	0.8	0.6	0.1	
C82-C85, C96	LINFOMA NO HODGKIN non-Hodgkin lymphoma	413	1	1.4	0.6	0.3	2.2	1.7	2.9	3.6	5.4	9.4	15.5	20.7	21.7	34.8	40.7	66.3	78.5	10.2	10.3	16.5	1.1	
C90	MIELOMA MULTIPLE multiple myeloma	64	-	-	-	-	0.3	-	-	-	0.3	-	2.2	4.2	4.6	9.3	16.1	8.8	8.3	1.6	1.8	3	0.2	
C91	LEUCEMIA LINFOIDE lymphoid leukaemia	124	2	6.9	3.4	0.9	1.6	1.2	1	0.6	2	2.4	3.5	2.7	4	3.4	9.6	8.8	13.4	3.1	3.2	2.9	0.3	
C92-C94	LEUCEMIA MIELOIDE myeloid leukaemia	107	-	1.2	-	1.1	1.6	1.7	0.8	0.6	2.7	2	1.3	3.2	5.3	7.6	8.6	5.9	25	2.6	2.5	3.3	0.2	
C95	LEUCEMIA INESPECIFICADA leukaemia unspecified	17	-	0.6	-	-	-	0.5	0.3	0.3	1.2	-	-	-	1.3	-	3.2	-	1.7	0.4	0.4	0.5	-	
MPD	DESORDENES MIELOPROLIFERATIVOS myeloproliferative disorders	11	-	-	-	-	-	0.7	-	-	0.3	0.4	0.9	-	0.7	0.8	-	-	1.7	0.2	0.2	0.5	-	
MDS	SINDROMES MIELODISPLASICOS myelodysplastic syndromes	10	-	0.3	0.3	-	-	-	-	-	-	-	0.4	-	-	0.8	-	4.4	2.5	0.2	0.3	0.2	-	
	OTROS E INESPECIFICADOS other and unspecified	225	2	-	-	0.3	0.3	0.5	-	1.2	0.7	3.2	7.3	13.3	8	16.9	32.1	39.8	61.7	5.4	5.4	7.6	0.6	
	TODOS LOS SITIOS all sites	8677	69	20.2	11.5	9.6	14.7	27.7	52.6	93.1	144.7	230.9	330.8	437.3	557.8	663.5	854.2	1167.4	1639	213.6	212.6	364.9	23.1	
	TODOS - EXCEPTO PIEL C44 all sites but c44	7386	43	19.9	11.2	9.6	14.4	26.4	48.2	85.6	135.5	210.1	297.6	394.9	496.6	565.9	711.9	947.8	1231.6	181.8	182.6	325.3	19.9	

* NO INCLUDE IN SITU (NOT INCLUDE IN SITU)

T.T.R.= TASA TRUNCADA / T.R.: TRUNCATED RATE X 100.000
T.E.E.= TASA ESTANDARIZADA POR EDAD X 100.000 / ASRW AGE STANDARDIZED RATE WORLD X 100.000

NÚMERO DE TUMORES MALIGNOS SEGÚN LOCALIZACIÓN TOPOGRÁFICA POR GRUPOS DE EDAD. RESIDENTES EN QUITO. 2006-2010. HOMBRES
NUMBER MALIGNANT TUMOURS BY SITE AND AGE GROUPS. QUITO RESIDENTS. 2006-2010. MALES

TABLA / TABLE 4

CIE-10 ICD-10	LOCALIZACIÓN SITE	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	Desc Unk	Total
C01-C02	LENGUA tongue	-	-	-	-	-	-	1	1	-	2	2	1	2	3	1	1	2	3	-	19
C03-C06	BOCA mouth	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2	1	1	1	-	2	1	-	-	-	9
C07-C08	GLANDULAS SALIVALES salivary glands	-	-	-	-	-	-	-	4	-	3	1	2	3	1	3	0	3	1	1	22
C09	AMIGDALA tonsil	-	-	-	-	-	-	-	1	2	1	1	2	-	-	1	-	-	-	-	8
C10	OROFARINGE oropharynx	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
C11	NASOFARINGE nasopharynx	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	-	-	4
C14	OTR. Y MAL DEF. LABIO, BOCA, FARINGE other. ill def. in lip, mouth, pharynx	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	2	-	-	1	-	-	-	2	-	6
C15	ESOFAGO oesophagus	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	3	7	6	4	11	12	11	14	-	72
C16	ESTOMAGO stomach	-	-	-	-	4	3	10	15	25	52	45	69	63	89	103	108	66	62	4	718
C17	INTESTINO DELGADO small intestine	-	-	-	-	1	1	-	1	2	4	6	-	6	2	3	6	3	-	-	35
C18	COLON colon	-	-	-	2	3	1	5	4	14	11	17	32	27	26	37	21	20	18	1	239
C19-C20	RECTO rectum	-	-	-	1	1	4	3	4	7	7	8	17	18	18	19	15	15	10	-	147
C21	ANO Y CONDUCTO ANAL anus and anal canal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2	2	-	5
C22	HIGADO Y COND. BILIARES INTRAHEP. liver & intrahepatic bile ducts	5	5	-	1	-	-	1	1	5	7	6	8	19	23	25	19	19	19	-	163
C23-C24	VESICULA BILIAR ETC. gallbladder etc.	-	-	-	-	1	2	-	-	1	8	17	11	16	20	11	29	11	15	1	143
C25	PANCREAS pancreas	-	-	-	-	-	1	1	1	-	3	7	9	8	13	14	16	11	10	-	94
C30-C31	NARIZ Y SENOS PARANASALES nose, sinuses etc.	-	-	-	-	-	-	1	-	-	5	-	1	2	1	1	4	2	-	-	17
C32	LARINGE larynx	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	3	3	8	4	8	7	6	3	-	45
C33-C34	TRAQUEA, BRONQUIOS, PULMON trachea, bronchus and lung	-	-	-	1	1	3	2	4	3	4	15	26	22	43	37	34	37	28	1	261
C37-C38	OTROS ORGANOS TORACICOS other thoracic organs	-	1	-	-	4	2	2	-	1	-	-	1	1	-	-	2	1	-	-	15
C40-C41	HUESO bone	-	5	9	12	6	2	3	1	-	2	4	-	1	2	2	1	-	1	-	51
C43	MELANOMAS PIEL melanoma of skin	-	-	-	1	-	3	-	1	4	9	10	13	12	13	20	12	13	10	1	122
C44	OTROS DE PIEL other skin	1	1	4	3	5	10	13	22	34	54	67	123	131	131	165	144	136	135	27	1206
C45	MESOTELIOMA mesothelioma	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	1	-	1	1	-	-	-	-	5
C46	SARCOMA DE KAPOSI kaposi sarcoma	-	-	-	-	2	3	5	4	1	3	0	1	5	1	2	3	1	2	-	33
C47 y C49	TEJIDO CONECTIVO Y TEJIDO BLANDO connective and soft tissue	2	2	3	5	6	8	7	4	9	10	10	7	2	8	11	1	1	2	1	99
C50	MANA breast	-	-	-	-	2	-	1	2	1	2	1	3	2	2	-	3	-	-	1	20
C60	PENE penis	-	-	-	-	-	-	-	1	2	2	4	1	2	5	3	4	3	-	1	28
C61	GLANDULA PROSTATICA prostate gland	-	-	-	-	-	-	1	-	7	19	56	140	243	320	319	324	213	152	13	1807

C62	TESTICULO testis	7	-	-	-	22	36	47	42	21	19	12	3	2	2	4	1	1	1	-	1	221																			
C63	OTROS ORG. GENIT. MASC. Y NO ESPECIF other & unspecif. male genital organ	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1																				
C64	RINON kidney	9	3	-	1	-	-	1	3	2	4	19	24	14	23	13	12	5	8	1	142																				
C65	PELVIS RENAL renal pelvis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	2	-	-	4																				
C66	URETER ureter	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1																				
C67	VEJIGA bladder	-	-	-	-	1	1	1	-	4	1	3	8	11	22	26	21	21	25	28	172																				
C69	OJO Y ANEXOS eye & adnexa	11	-	1	-	-	3	1	-	3	1	1	-	2	1	3	4	1	-	-	32																				
C70-C72	CEREBRO, SISTEMA NERVIOSO brain, nervous system	9	10	5	9	13	16	8	10	20	13	8	9	14	6	10	7	4	3	1	175																				
C73	GLANDULA TIROIDES thyroid gland	-	-	-	4	5	12	10	10	11	22	21	16	13	5	4	4	5	3	2	147																				
C74	GLANDULA SUPRARRENAL adrenal gland	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	1	4																				
C75	OTROS ENDOCRINOS other endocrine	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2																				
C81	LINFOMA HODGKIN hodgkin lymphoma	2	3	1	1	3	4	3	1	1	1	-	2	3	3	3	1	-	2	1	34																				
C82-C85, C96	LINFOMA NO HODGKIN non-Hodgkin lymphoma	7	7	9	10	8	8	21	18	17	18	43	40	50	33	50	27	20	17	1	404																				
C90	MIELOMA MULTIPLE multiple myeloma	-	-	-	-	-	-	1	-	4	6	13	14	13	14	5	8	4	9	-	91																				
C91	LEUCEMIA LINFOIDE lymphoid leukaemia	16	20	17	16	9	7	1	7	2	3	5	5	5	4	6	11	4	2	1	141																				
C92-C94	LEUCEMIA MIELOIDE myeloid leukaemia	5	1	3	10	3	5	3	5	8	6	12	10	6	6	3	3	4	6	1	100																				
C95	LEUCEMIA INESPECIFICADA leukaemia unspecified	2	1	-	-	3	5	1	-	1	-	-	1	3	1	-	1	3	1	-	23																				
MPD	DESORDENES MIELOPROLIFERATIVOS myeloproliferative disorders	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	2	1	-	1	-	-	-	1	7																				
MDS	SINDROMES MIELODISPLASICOS myelodysplastic syndromes	-	-	-	-	-	1	-	1	3	-	-	1	-	-	1	1	1	3	-	12																				
	OTROS E INESPECIFICADOS other and unspecified	2	-	-	2	1	2	3	1	2	11	11	15	20	14	25	18	18	9	-	154																				
TODOS LOS SITIOS ALL SITES																						79	60	53	103	119	155	151	154	213	317	433	633	769	871	947	889	674	579	62	7261
TODOS EXCEPTO PIEL C44 ALL SITES BUT C44																						78	59	49	100	114	145	138	132	179	263	366	510	638	740	782	745	538	444	35	6055

*NO INCLUYE IN SITU / NOT INCLUD IN SITU

TABLA / TABLE 5

NÚMERO DE TUMORES MALIGNOS SEGÚN LOCALIZACIÓN TOPOGRÁFICA POR GRUPOS DE EDAD. RESIDENTES EN QUITO. 2006-2010. MUJERES
MALIGNANT TUMOURS BY SITE AND AGE GROUPS. QUITO RESIDENTS. 2006-2010. MUJERES

CIE-10 ICD-10	LOCALIZACIÓN SITE	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	Desc Unk	Total	
C00	LABIO lip	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	
C01-C02	LENGUA tongue	-	-	-	-	1	-	1	-	1	2	3	4	-	2	-	1	2	3	-	20	
C03-C06	BOCA mouth	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	4	1	-	1	1	1	2	-	12	
C07-C08	GLANDULAS SALIVALES salivary glands	-	-	-	-	2	3	-	3	3	1	4	2	-	-	5	2	-	1	-	26	
C09	AMIGDALA tonsil	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	
C11	NASOFARINGE nasopharynx	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2	
C12-C13	HIPOFARINGE hypopharynx	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	
C14	OTR. Y MAL. DEF. LABIO, BOCA, FARINGE other, ill def. in lip,mouth,pharynx	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	1	-	-	-	-	-	3	
C15	ESOFAGO Oesophagus	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	2	1	3	4	4	3	7	-	27	
C16	ESTOMAGO stomach	-	-	-	3	1	6	20	28	32	35	41	46	53	70	71	68	64	79	3	620	
C17	INTESTINO DELGADO small intestine	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	6	8	7	2	6	5	4	2	-	44	
C18	COLON colon	-	-	-	1	2	6	6	12	8	16	35	25	27	35	27	36	33	34	2	305	
C19-C20	RECTO rectum	-	-	-	1	-	3	4	10	11	10	11	9	14	10	15	16	13	8	2	137	
C21	ANO Y CONDUCTO ANAL anus and anal canal	-	-	-	-	1	1	-	-	-	1	2	2	1	6	5	4	-	1	-	24	
C22	HIGADO Y COND.BILIARES INTRAHEP. liver & intrahepatic bile ducts	3	-	-	-	1	-	2	2	4	10	5	15	21	22	25	23	21	33	-	187	
C23-C24	VESICULA BILIAR ETC. gallbladder etc.	-	-	-	-	-	3	-	1	6	16	9	19	21	37	37	33	20	32	2	236	
C25	PANCREAS pancreas	-	-	-	-	-	2	-	2	2	2	10	10	13	21	18	20	25	16	-	141	
C30-C31	NARIZ Y SENOS PARANASALES nose, sinuses etc.	-	-	-	-	-	-	2	1	-	2	-	1	1	1	1	2	1	2	-	14	
C32	LARINGE larynx	-	-	-	-	-	2	-	1	1	1	-	1	1	-	1	1	-	-	-	9	
C33-C34	TRAQUEA, BRONQUIOS, PULMON trachea, bronchus and lung	-	-	-	-	1	6	2	5	8	12	14	25	33	24	27	34	24	29	-	244	
C37-C38	OTROS ORGANOS TORACICOS other thoracic organs	-	-	-	-	-	-	1	2	-	-	1	1	1	-	-	-	3	-	-	9	
C40-C41	HUESO bone	1	2	6	2	-	-	3	2	-	3	3	6	0	3	3	2	1	1	1	2	40
C43	MELANOMAS PIEL melanoma of skin	-	1	-	1	-	1	7	3	5	11	17	18	11	12	17	12	17	9	3	145	
C44	OTROS DE PIEL other skin	1	1	-	1	5	17	25	27	53	77	80	93	115	133	149	155	162	171	26	1291	
C45	MESOTELIOMA mesothelioma	-	-	-	-	-	1	-	-	-	2	-	2	-	1	2	-	2	-	-	10	
C46	SARCOMA DE KAPOSI Kaposi sarcoma	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	4	
C47 y C49	TEJIDO CONECTIVO Y TEJIDO BLANDO connective and soft tissue	-	-	3	4	4	9	9	4	9	4	13	8	5	9	3	3	2	6	1	96	
C50	MAMA breast	-	-	-	2	5	11	39	81	135	178	204	202	137	119	105	69	49	59	3	1398	
C51	VULVA vulva	-	-	-	-	1	-	-	-	1	1	2	4	3	2	5	4	3	1	-	27	

C52	VAGINA vagina	-	-	-	-	1	-	-	1	1	1	3	1	2	2	-	-	1	-	-	12
C53	CUELLO DE UTERO cervix uteri	-	-	-	-	5	30	54	65	87	69	72	62	59	62	55	34	23	29	4	710
C54	CUERPO DEL UTERO corpus uteri	-	-	-	-	-	2	3	6	10	15	19	18	27	29	17	11	6	4	2	169
C55	UTERO, SAI uterus nos	-	-	-	-	-	-	1	1	3	4	5	5	3	4	3	8	8	3	-	48
C56	OVARIO ovary	-	4	1	4	7	9	5	7	19	36	37	40	20	15	26	19	10	11	1	271
C57	O.ORG. GENITALES FEM.Y NO ESPEC. other & unspecif. fem. genital organ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	2
C58	PLACENTA placenta	-	-	-	-	4	1	3	5	-	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	16
C64	RINON kidney	2	1	-	-	-	-	3	1	6	6	19	10	16	12	14	6	6	5	-	107
C65	PELVIS RENAL renal pelvis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
C67	VEJIGA bladder	-	-	-	-	-	-	3	3	1	3	5	16	9	7	16	7	9	5	1	85
C68	OTROS ORG. URINARIOS Y NO ESPECIFIC. other & unspecified urinary organs	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	2
C69	OJO Y ANEXOS eye & adnexa	14	-	-	-	-	-	-	3	1	1	1	2	1	2	3	3	1	4	-	36
C70	MENINGES meninges	-	-	-	-	-	1	1	-	1	2	-	1	1	-	-	-	1	-	-	8
C71	ENCEFALO brain	9	13	7	5	5	7	11	10	12	9	9	8	17	5	6	5	3	2	3	146
C73	GLANDULA TIROIDES thyroid gland	-	-	4	4	37	57	80	94	118	156	110	104	71	41	28	23	15	18	8	968
C74	GLANDULA SUPRARRENAL adrenal gland	1	2	1	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	7
C75	OTROS ENDOCRINOS other endocrine	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	2
C81	LINFOMA HODGKIN hodgkin lymphoma	3	2	2	4	1	3	3	5	1	-	-	1	1	2	2	1	2	1	1	35
C82-C85, C96	LINFOMA NO HODGKIN non-Hodgkin lymphoma	5	2	1	8	7	11	12	16	24	36	39	33	41	38	45	31	28	35	1	413
C90	MELOMA MULTIPLE multiple myeloma	-	-	-	1	-	-	-	1	-	5	8	7	11	15	6	3	5	2	-	64
C91	LEUCEMIA LINFOIDE lymphoid leukaemia	24	12	3	6	5	4	2	6	6	8	5	6	4	9	6	8	7	1	2	124
C92-C94	LEUCEMIA MIELOIDE myeloid leukaemia	4	-	4	6	7	3	2	8	5	3	6	8	9	8	4	16	10	4	-	107
C95	LEUCEMIA INESPECIFICADA leukaemia unspecified	2	-	-	-	2	1	1	1	3	-	-	2	-	3	-	1	-	1	-	17
MPD	DESORDENES MIELOPROLIFERATIVOS myeloproliferative disorders	-	-	-	-	3	-	-	1	1	2	-	1	1	-	-	-	2	-	-	11
MDS	SINDROMES MIELODISPLASICOS myelodysplastic syndromes	1	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	3	-	2	1	-	10
	OTROS E INESPECIFICADOS other and unspecified	-	-	1	1	2	-	4	2	8	17	25	12	20	30	27	29	27	18	2	225
TODOS LOS SITIOS ALL SITES		70	41	34	54	111	201	310	426	587	767	825	847	782	798	792	703	618	642	69	8677
TODOS EXCEPTO PIEL C44 /ALL SITES BUT C44		69	40	34	53	106	184	285	399	534	690	745	754	667	665	643	548	456	471	43	7386

*NO INCLUDE IN SITU / NOT INCLUID IN SITU

TABLA / TABLE 6

TASAS DE INCIDENCIA POR 100.000 SEGÚN LOCALIZACIÓN POR PERÍODOS Y SEXO. RESIDENTES EN QUITO. 1986-2010
INCIDENCE RATES PER 100.000 BY SITE. PERIOD AND SEX. QUITO RESIDENTS. 1986 - 2010

LOCALIZACIÓN SITE	TASAS DE INCIDENCIA / INCIDENCE RATES											
	1986-1990				1991-1995				1996-2000			
	HOMBRES MALES	MUJERES FEMALES	T.C.R.	T.E.E	HOMBRES MALES	MUJERES FEMALES	T.C.R.	T.E.E	HOMBRES MALES	MUJERES FEMALES	T.C.R.	T.E.E
C00	0,2	0,2	-	-	0,1	0,1	-	-	-	-	0,1	0,1
C01-C02	0,3	0,5	0,2	0,4	0,2	0,4	0,4	0,5	0,4	0,5	0,3	0,7
C03-C06	0,3	0,6	0,3	0,4	0,2	0,4	0,2	0,3	0,2	0,4	0,4	0,4
C07-C08	0,3	0,5	0,3	0,3	0,6	0,8	0,4	0,5	0,3	0,4	0,2	0,3
C09	0,1	0,1	-	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3	-	-
C10	-	0,1	-	-	0,1	0,1	-	-	0,1	0,1	-	-
C11	0,1	0,1	-	0,1	0,1	0,1	-	0,1	0,1	0,1	-	-
C12-C13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
C14	0,2	0,3	0,1	0,1	0,1	0,2	-	-	0,1	0,1	0,1	0,2
C15	1,9	3,2	0,6	0,7	1,6	2,4	0,8	0,9	1,8	2,4	0,7	0,8
C16	18,4	30,4	14,4	20,1	19,6	29,5	14,8	19,1	16	21,8	13,5	15
C17	0,4	0,7	0,6	0,8	0,5	0,8	0,5	0,6	0,6	0,7	0,6	0,8
C18	2,6	4,4	3,6	5,1	3	4,7	4,9	6,2	4,1	5,4	4,6	5
C19-C20	1,9	2,9	2,6	3,5	2	3,1	2,5	3,2	2,3	3,1	2,3	2,8
C21	-	0,1	0,3	0,5	0,1	0,1	0,7	0,9	0,3	0,4	0,5	0,6
C22	1,6	2,5	2,1	2,9	2,1	3,3	2,6	3,1	3	3,7	3,3	3,9
C23-C24	2,9	4,9	5,7	8,5	3	4,3	6,3	8,7	3,2	4,3	6,6	7,7
C25	2,4	4,1	2,4	3,4	2,6	4	3	4	2,3	3,2	3	3,4
C30-C31	0,3	0,4	0,3	0,5	0,3	0,5	0,4	0,4	0,3	0,4	0,8	0,9
C32	1,1	1,8	0,2	0,2	0,9	1,4	0,1	0,1	1,1	1,6	0,2	0,2
C33-C34	5,4	9	2,9	4	5,9	8,9	2,9	3,8	6	8,4	4,1	4,8
C37-C38	-	-	-	-	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,3	-	-
C40-C41	1,2	1,4	0,8	0,8	1	1	1	1	1,2	1,1	1,2	1,2
C43	1,7	2,7	2,1	2,9	1,9	2,7	2,7	3,8	2,2	2,7	2,8	3,2
C44	12,9	21,4	15,3	21,7	15,8	23,7	16,7	21,4	21,6	28,5	21,9	25,2
C45	0,1	0,2	-	-	-	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
C46	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	-	-	0,2	0,3	0,1	0,1
C47 y C49	2,3	2,9	1,3	1,6	1,7	2,2	2,1	2,6	2,4	2,7	2,1	2,2
C50	0,2	0,2	19,2	27,3	0,2	0,3	20,2	27,1	0,1	0,2	23,9	28,8

C51	VULVA vulva	-	-	0.3	0.4	-	-	0.5	0.7	-	-	0.3	0.4	-	-	0.6	0.6	-	-	0.7	0.7
C52	VAGINA vagina	-	-	0.3	0.5	-	-	0.3	0.4	-	-	0.4	0.5	-	-	0.3	0.3	-	-	0.3	0.3
C53	CUELLO DE UTERO cervix uteri	-	-	22	30.5	-	-	23.3	30.5	-	-	17.8	21.3	-	-	19.3	20.7	-	-	17.5	17.5
C54	CUERPO DEL UTERO corpus uteri	-	-	3.1	4.8	-	-	3.6	5.1	-	-	3.5	4.5	-	-	4	4.6	-	-	4.2	4.5
C55	UTERO, SAI uterus nos	-	-	2.3	3.1	-	-	1.6	2.1	-	-	1.2	1.2	-	-	1.2	1	-	-	1.2	1.1
C56	OVARIO ovary	-	-	4	5.4	-	-	5.2	6.8	-	-	6.4	7.4	-	-	6.8	7.4	-	-	6.7	6.8
C57	O.ORG.GENITALES FEM Y NO ESPEC. other & unspecif. fem. genital organ	-	-	0.2	0.3	-	-	0.1	0.1	-	-	0.1	0.1	-	-	0.1	0.1	-	-	-	0.1
C58	PLACENTA placenta	-	-	0.3	0.3	-	-	0.4	0.4	-	-	0.5	0.4	-	-	0.3	0.2	-	-	0.4	0.3
C60	PENE penis	0.5	0.8	-	-	0.6	0.8	-	-	0.6	0.9	-	-	0.5	0.5	-	-	0.7	0.8	-	-
C61	GLANDULA PROSTATICA prostate gland	14.2	23.3	-	-	16	24	-	-	26.3	35.4	-	-	38.8	47.9	-	-	47.5	56.5	-	-
C62	TESTICULO testis	3.2	3	-	-	3.9	3.6	-	-	4	3.5	-	-	5.3	4.9	-	-	5.8	5.2	-	-
C63	OTROS ORG. GENIT. MASC. Y NO ESPECIF other & unspecif. male genital organ	0.1	0.2	-	-	0.1	0.1	-	-	-	-	-	-	0.2	0.3	-	-	-	-	-	-
C64	RINON kidney	1.3	2.2	1.1	1.5	1.3	1.9	0.9	1.2	2.2	2.9	1.4	1.7	2.8	3.5	2.1	2.5	3.7	4.5	2.6	2.9
C65	PELVIS RENAL renal pelvis	0.1	0.2	-	-	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	-	-	0.1	0.1	-	-
C66	URETER ureter	0.1	0.1	-	0.1	-	-	-	-	-	0.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
C67	VEJIGA bladder	2.6	4.2	1.2	1.8	4	6.1	1.2	1.5	3.6	4.9	1.2	1.4	4.9	5.8	1.7	1.8	4.5	5.2	2.1	2.1
C68	OTROS ORG. URINARIOS Y NO ESPECIF. other & unspecified urinary organs	-	-	-	0.1	0.1	0.1	-	-	-	-	-	-	-	-	0.1	0.1	-	-	-	-
C69	OJO Y ANEXOS eye & anexa	0.8	1.1	0.8	1.1	0.7	0.8	0.5	0.6	0.8	0.9	0.6	0.7	0.9	1.1	0.7	0.8	0.8	1	0.9	1
C70 - 72	CEREBRO brain	1.7	2	2	2.3	2.9	3.4	2.3	2.7	3.5	4.1	3.1	3.4	4	4.6	3.4	3.5	4.6	4.8	3.8	3.9
C73	GLANDULA TIROIDES thyroid gland	1.8	2.5	5.7	6.9	1.8	2.6	7.8	8.5	1.5	1.7	8.3	8.9	2.8	3.2	13.2	13.4	3.9	4.1	23.8	23.5
C74	GLANDULA SUPRARRENAL adrenal gland	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0.3	0.1	0.1	0.2	0.2
C75	OTROS ENDOCRINOS other endocrine	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.1	-	0.1	-	-	-
C81	LINFOMA HODGKIN hodgkin lymphoma	1.5	1.7	0.9	1	1.2	1.3	1.2	1.3	1.6	1.8	0.9	0.9	1.1	1.2	0.5	0.5	0.9	1	0.9	0.8
C82-C85, C96	LINFOMA NO HODGKIN non-Hodgkin lymphoma	5.8	7.7	4.4	5.6	5.8	8	5.4	6.8	8.1	9.6	6.8	7.9	9.1	10.4	8.3	9	10.6	12.1	10.2	10.3
C88	ENFERMEDAD INMUNOPROLIFERATIVA immunoproliferative diseases	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
C90	MELOMA MULTIPLE multiple myeloma	0.8	1.5	0.5	0.7	0.9	1.4	1	1.5	1.3	1.9	1.1	1.4	1.9	2.5	1.2	1.5	2.4	2.9	1.6	1.8
C91	LEUCEMIA LINFOIDE lymphoid leukaemia	2.5	2.7	2	2.4	2.7	2.8	3.1	3.3	3.3	3.4	3.7	3.9	3.8	4.3	3.7	3.8	3.1	3.2	-	-
C92-C94	LEUCEMIA MIELOIDE myeloid leukaemia	2.4	3	1.9	2	3.2	4.1	2.2	2.5	3.8	4.3	2.8	3	3.1	3.3	2.5	2.6	2.6	2.8	2.6	2.5
C95	LEUCEMIA INESPECIFICADA leukaemia unspecified	0.7	0.9	0.5	0.5	0.5	0.7	0.6	0.7	0.2	0.2	0.3	0.3	0.5	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.4	0.4
MPD: D45, D47	DESORDENES MIELOPROLIFERATIVOS myeloproliferative disorders	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.2	0.1	0.2	0.2
MDS	SINDROMES MIELODISPLASICOS myelodysplastic syndromes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.3	0.3	0.2	0.3
C26 C39 C48, C76 C80 C77	OTROS E INESPECIFICADOS other and unspecified all sites	7.8	11.5	7.6	10.3	5.3	7.7	7.8	9.9	4.9	6.2	6.1	7	4.7	5.6	6	6.3	4	4.7	5.4	5.4
	TODOS LOS SITIOS	106.6	164.3	136.9	187.3	114.9	164.9	152.4	195.3	136.3	175.5	159.7	183.6	172.2	203.4	192.2	202.1	190.8	216.8	213.6	212.6
	TODOS - PIEL NO MELANOMA all - skin not melanoma	93.7	143	121.6	165.5	99.1	141.2	135.7	173.9	114.7	147	137.8	158.4	143.4	169	161.6	171.4	159.1	181.2	181.8	182.6

TABLA / TABLE 7

UBICACIÓN RELATIVA DE TUMORES MALIGNOS MÁS FRECUENTES SEGÚN LOCALIZACIÓN Y PERÍODOS. RESIDENTES EN QUITO. 1986-2010. HOMBRES
RELATIVE POSITION OF MORE FREQUENT MALIGNANT TUMOURS BY SITE AND PERIODS. QUITO RESIDENTS. 1986-2010. MALES

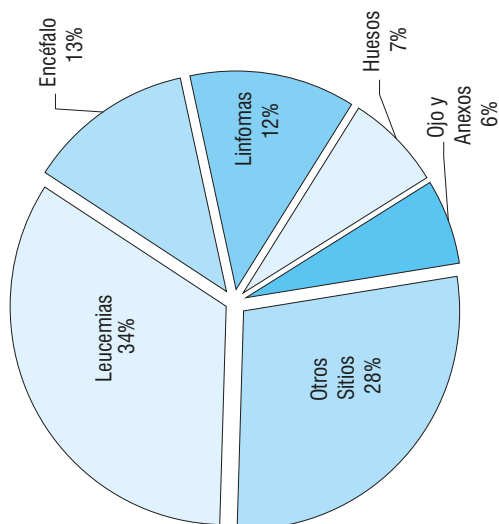
CÓDIGOS CIE 10	LOCALIZACIÓN SITE	1986-1990			1991-1995			1996-2000			2001-2005			2006-2010		
		CASOS	%	UBIC / RANK	CASOS	%	UBIC / RANK	CASOS	%	UBIC / RANK	CASOS	%	UBIC / RANK	CASOS	%	UBIC / RANK
C61	GLÁNDULA PROSTÁTICA/prostate gland	371	15,1	2	458	16,1	2	842	22,9	1	1365	27,0	1	1807	29,8	1
C16	ESTÓMAGO / stomach	483	19,7	1	561	19,7	1	513	13,9	2	693	13,7	2	718	11,9	2
C81, C82-C85, C96	LINFOMA / lymphoma	190	7,7	4	199	7,0	3	310	8,4	3	359	7,1	3	438	7,2	3
C18, C19, C20	COLON - RECTO / colon - rectum	119	4,8	7	145	5,1	7	207	5,6	5	300	5,9	4	386	6,4	4
C33-C34	TRÁQUEA, BRONQUIOS, PULMÓN / trachea, bronchus and lung	141	5,7	5	169	5,9	4	193	5,2	6	250	4,9	5	261	4,3	5
C91, C92-C94	LEUCEMIA / leukemia	128	5,2	6	162	5,7	5	228	6,2	4	239	4,7	6	241	4,0	6
C62	TESTÍCULO / testis	84	3,4	8	112	3,9	9	127	3,5	8	188	3,7	7	221	3,6	7
C67	VEJIGA / bladder	67	2,7	10	114	4,0	8	114	3,1	9	173	3,4	8	172	2,8	8
C22	HÍGADO Y COND. BILIARES INTRAHEP. / liver & intrahepatic bile ducts	41	1,7	17	61	2,1	13	95	2,6	12	123	2,4	11	163	2,7	9
C26, 39, 48, / 76, 77, 80	OTROS E INESPECIFICADOS / other and unspecified	203	8,3	3	152	5,3	6	157	4,3	7	165	3,3	9	154	2,5	10
C71	ENCEFALO / brain	43	1,8	16	80	2,8	11	108	2,9	10	138	2,7	10	170	2,8	11
C23-C24	VESÍCULA BILIAR ETC. / gallbladder etc.	76	3,1	9	86	3,0	10	103	2,8	11	122	2,4	12	143	2,4	12
C73	GLÁNDULA TIROIDES / thyroid gland	48	2,0	14	53	1,9	15	47	1,3	18	100	2,0	14	147	2,4	13
C64	RIÑÓN / kidney	34	1,4	18	38	1,3	18	70	1,9	16	98	1,9	15	142	2,3	14
C43	MELANOMAS PIEL / melanoma of skin	44	1,8	15	54	1,9	14	71	1,9	15	85	1,7	17	122	2,0	15
C90	MELOMA MÚLTIPLE / multiple myeloma	22	0,9	21	27	1,0	20	42	1,1	19	67	1,3	19	91	1,5	16
C47 y C49	TEJIDO CONECTIVO Y TEJIDO BLANDO / connective and soft tissue	59	2,4	12	50	1,8	16	78	2,1	13	112	2,2	13	99	1,6	17
C25	PÁNCREAS / pancreas	62	2,5	11	75	2,6	12	74	2,0	14	91	1,8	16	94	1,6	18
C15	ESÓFAGO / oesophagus	51	2,1	13	45	1,6	17	58	1,6	17	71	1,4	18	72	1,2	19
C40-C41	HUESO / bone	32	1,3	19	29	1,0	19	37	1,0	20	48	1,0	20	51	0,8	20
C32	LARINGE / larynx	28	1,1	20	26	0,9	21	36	1,0	21	33	0,7	21	45	0,7	21
C17	INTESTINO DELGADO / small intestine	11	0,4	22	14	0,5	22	18	0,5	22	15	0,3	22	35	0,6	22
	OTROS / Others	117	4,8		132	4,6		150	4,1		216	4,3		283	4,7	
	TODOS SIN PIEL / all - skin	2454	100,0		2842	100,0		3678	100,0		5051	100,0		6055	100,0	
C44	OTROS DE PIEL / other skin	338			454			691			1015			1206		
	TODOS LOS SITIOS / all sites	2792			3296			4369			6066			7261		

UBICACIÓN RELATIVA DE TUMORES MALIGNOS MÁS FRECUENTES SEGÚN LOCALIZACIÓN Y PERÍODOS. RESIDENTES EN QUITO. 1986-2010. MUJERES
RELATIVE POSITION OF MORE FREQUENT MALIGNANT TUMOURS BY SITE AND PERIODS. QUITO RESIDENTS. 1986-2010. FEMALES

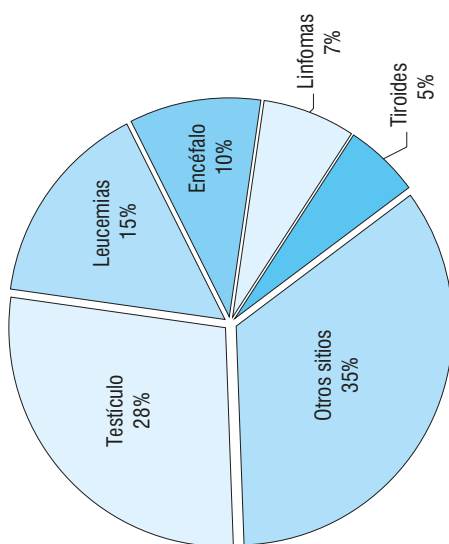
CÓDIGOS CIE 10	LOCALIZACIÓN SITE	1986-1990			1991-1995			1996-2000			2001-2005			2006-2010		
		CASOS	%	UBIC / RANK	CASOS	%	UBIC / RANK	CASOS	%	UBIC / RANK	CASOS	%	UBIC / RANK	CASOS	%	UBIC / RANK
C50	MAMA / breast	548	15,8	2	627	14,9	2	825	17,4	1	1156	19,0	1	1398	18,9	1
C73	GLÁNDULA TIROIDES / thyroid gland	163	4,7	6	241	5,7	4	286	6,0	4	499	8,2	4	968	13,1	2
C53	CUELLO DE ÚTERO / cervix uteri	630	18,1	1	725	17,2	1	614	12,9	2	728	11,9	2	710	9,6	3
C16	ESTÓMAGO / stomach	413	11,9	3	461	10,9	3	465	9,8	3	539	8,8	3	620	8,4	4
C81, C82-C85, C96	LINFOMA / lymphoma	152	4,4	8	205	4,9	7	264	5,6	5	335	5,5	6	448	6,1	5
C18, C19, C20	COLON - RECTO / colon - rectum	177	5,1	5	230	5,5	6	236	5,0	6	339	5,6	5	442	6,0	6
C56	OVARIO / ovary	114	3,3	9	163	3,9	9	222	4,7	8	257	4,2	8	271	3,7	7
C33-C34	TRÁQUEA, BRONQUIOS, PULMÓN / trachea, bronchus and lung	84	2,4	12	91	2,2	13	141	3,0	11	170	2,8	11	244	3,3	8
C23-C24	VESÍCULA BILIAR ETC. / gallbladder etc.	163	4,7	7	196	4,7	8	227	4,8	7	270	4,4	7	236	3,2	9
C91, C92, C94	LEUCEMIA	110	3,2	10	157	3,7	10	210	4,4	10	240	3,9	9	231	3,1	10
C26, C38, C48, C76, C77, C80	OTROS E INESPECIFICADOS / other and unspecified	219	6,3	4	241	5,7	5	212	4,5	9	223	3,7	10	225	3,0	11
C22	HÍGADO Y COND.BILIARES INTRAHEP. / liver & intrahepatic bile ducts	60	1,7	15	80	1,9	15	115	2,4	13	133	2,2	13	187	2,5	12
C54	CUERPO DEL ÚTERO / corpus uteri	88	2,5	11	112	2,7	11	121	2,5	12	152	2,5	12	169	2,3	13
C71	ENCEFALO / brain	52	1,5	17	70	1,7	16	102	2,1	14	122	2,0	15	146	2,0	14
C43	MELANOMAS PIEL / melanoma of skin	59	1,7	16	83	2,0	14	95	2,0	16	125	2,1	14	145	2,0	15
C25	PÁNCREAS / pancreas	68	2,0	13	92	2,2	12	102	2,1	15	120	2,0	16	141	1,9	16
C64	RIÑÓN / kidney	31	0,9	20	28	0,7	21	48	1,0	18	80	1,3	18	107	1,4	17
C47 y C49	TEJIDO CONECTIVO Y TEJIDO BLANDO / connective and soft tissue	38	1,1	18	65	1,5	17	71	1,5	17	109	1,8	17	96	1,3	18
C67	VEJIGA / bladder	34	1,0	19	36	0,9	19	43	0,9	19	63	1,0	19	85	1,2	19
C90	MIELOMA MÚLTIPLE / multiple myeloma	13	0,4	29	23	0,8	20	38	0,8	21	47	0,8	20	64	0,9	20
C55	ÚTERO. SAI / uterus nos	65	1,9	14	50	1,2	18	42	0,9	20	44	0,7	21	48	0,6	21
C17	INTESTINO DELGADO / small intestine	16	0,5	22	14	0,3	23	19	0,4	23	38	0,6	22	44	0,6	22
C69	OJO Y ANEXOS / eye & adnexa	24	0,7	21	16	0,4	22	22	0,5	22	26	0,4	23	36	0,5	23
	OTROS / others	155	4,5	0	198	4,7	0	235	4,9	0	281	4,6	0	325	4,4	
	TODOS SIN PIEL / all - skin	3476	100,0		4213	100,0		4755	100,0		6096	100,0		7386	100,0	
C44	OTROS DE PIEL / other skin	438			518			756			1154			1291		
	TODOS LOS SITIOS / all sites	3914			4731			5511			7250			8677		

GRAFICO / FIGURE 4
LOCALIZACIONES MÁS FRECUENTES POR GRUPOS DE EDAD. RESIDENTES EN QUITO. 2006-2010. HOMBRES
MORE FREQUENT SITES BY AGE GROUPS. QUITO RESIDENTS. 2006-2010. MALES

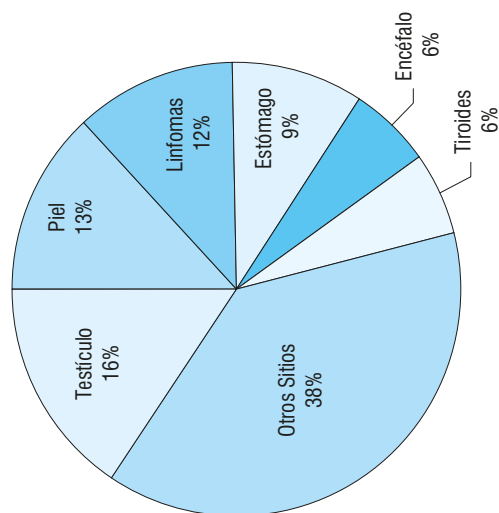
0-14 AÑOS



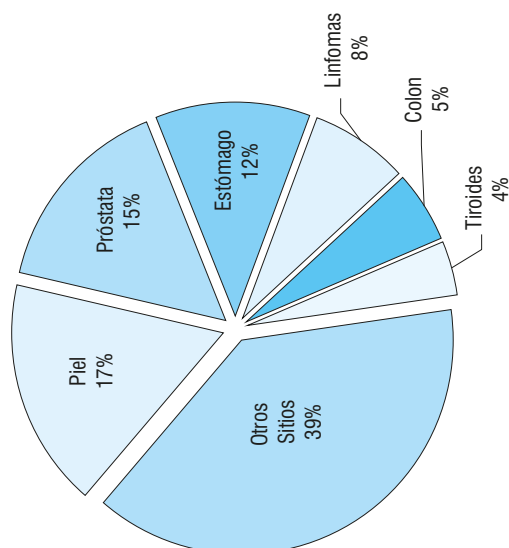
15-29 AÑOS



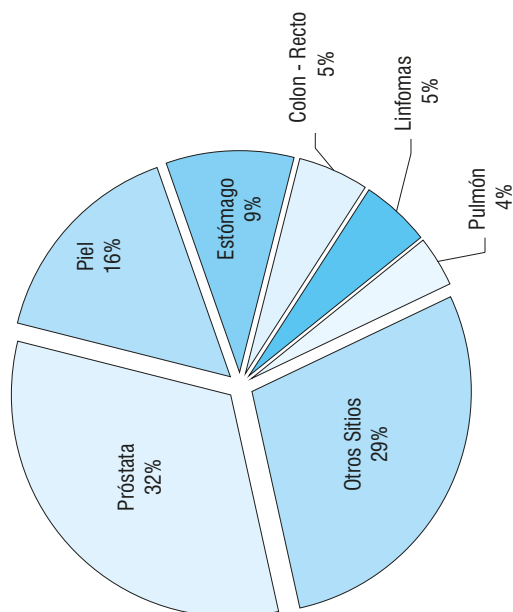
30-44 AÑOS



45-59 AÑOS



60-74 AÑOS



75 y + AÑOS

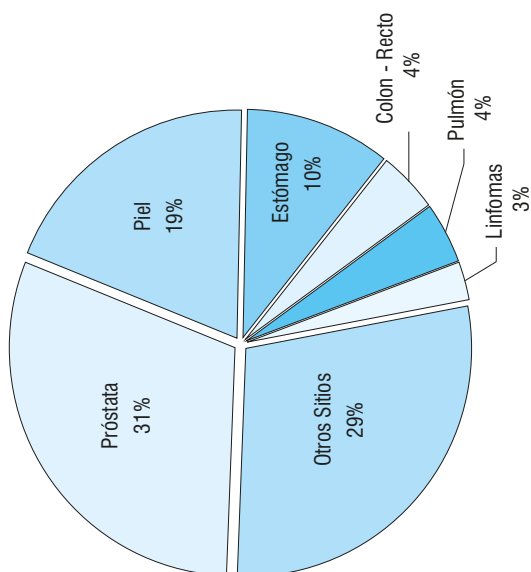
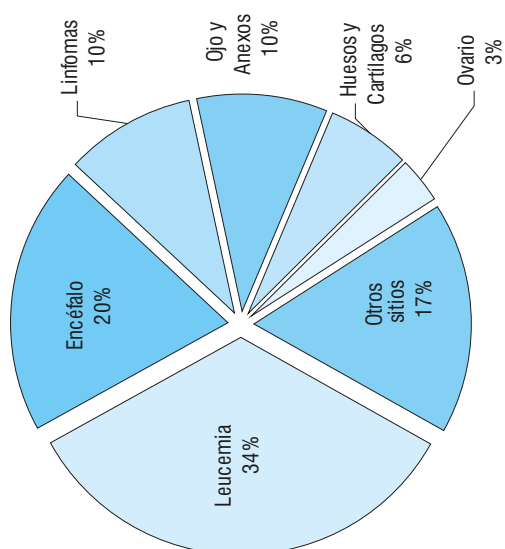
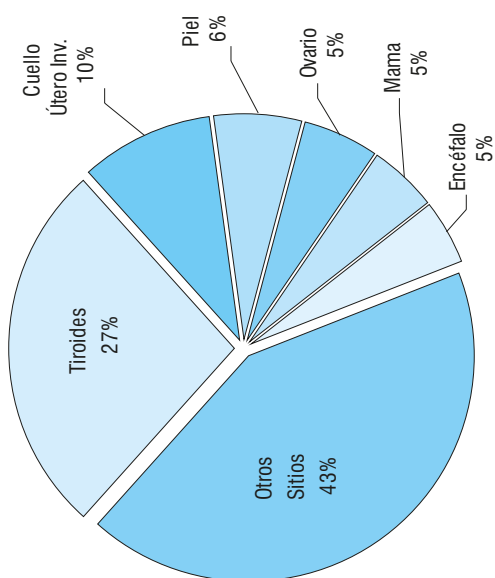


GRAFICO / FIGURE 5
LOCALIZACIONES MÁS FRECUENTES POR GRUPOS DE EDAD. RESIDENTES EN QUITO, 2006-2010. MUJERES
MORE FREQUENT SITES BY AGE GROUPS. QUITO RESIDENTS, 2006-2010. FEMALES

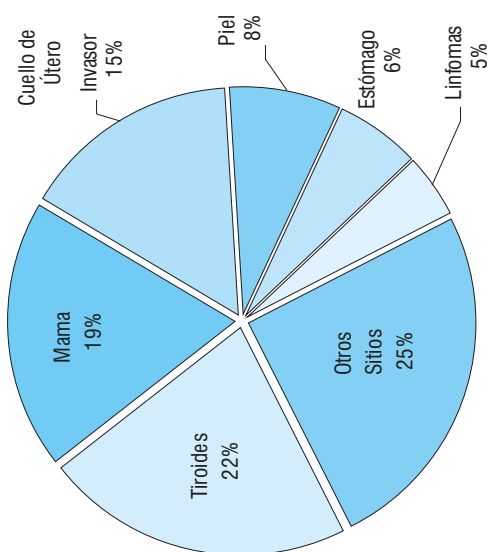
0-14 AÑOS



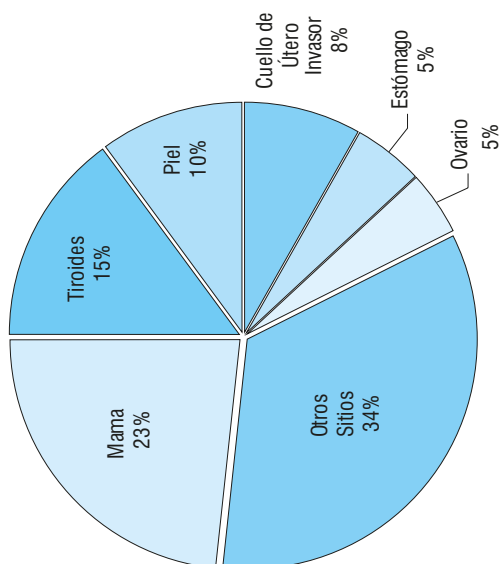
15-29 AÑOS



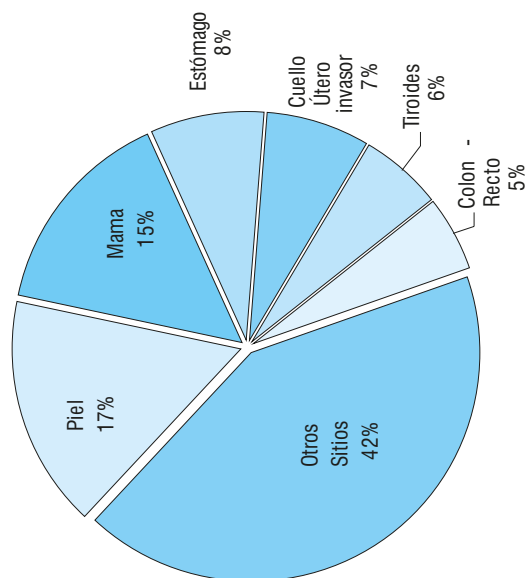
30-44 AÑOS



45-59 AÑOS



60-74 AÑOS



75 y + AÑOS

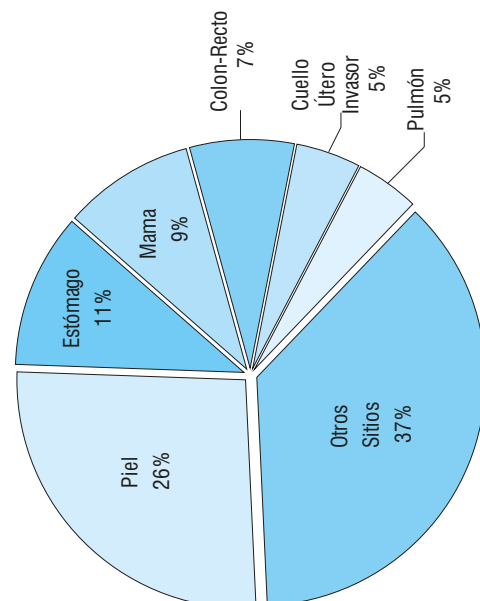


TABLA / TABLE 9

TASAS DE MORTALIDAD PROMEDIAL ANUAL POR 100.000 HABITANTES SEGÚN LOCALIZACIÓN Y GRUPOS DE EDAD. RESIDENTES EN QUITO. 2006-2010. HOMBRES. CIE-10
AVERAGE ANNUAL MORTALITY RATES PER 100.000. BY SITE AND AGE GROUP. QUITO RESIDENTS. 2006-2010. MALES. ICD-10

CIE-10 ICD-10	LOCALIZACIÓN SITE	CASOS N. CASES	EDAD DES. AGE UNK.	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75 +	I. CRUDA CRUDER.	TEE A.S.R.W	I. TR. 35-64 TR.R 35-64	IAC 0-74 ACR 0-74
C01-C02	LENGUA tongue	9	-	-	-	-	-	-	-	-	0.4	-	0.5	-	-	1.0	2.6	0.0	4.7	0.2	0.3	0.3	-
C03-C06	BOCA mouth	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.2	-	1.0	0.0	1.8	2.3	0.2	0.2	0.3	-
C07-C08	GLANDULAS SALIVALES salivary glands	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.8	2.0	1.3	3.6	7.0	0.3	0.4	0.4	-
C09	AMIGDALA tonsil	4	-	-	-	-	-	-	-	-	0.4	0.4	0.5	-	-	-	-	1.8	0.0	0.1	0.1	0.3	-
C10	OROFARINGE oropharynx	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.2	-	-	-	-
C11	NASOFARINGE nasopharynx	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.6	-	-	-	1.8	1.2	0.1	0.1	0.1	-
C14	OTR. Y MAL DEF. LABIO, BOCA, FARINGE other. ill def. in lip, mouth, pharynx	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.6	0.8	-	-	-	2.3	0.1	0.1	0.2	-
C15	ESOFAGO oesophagus	52	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.0	1.8	3.8	3.0	1.3	14.5	34.1	1.4	1.4	1.4	0.1
C16	ESTOMAGO stomach	496	-	-	-	-	-	0.5	0.3	1.9	3.4	6.7	14.4	20.6	36.9	39.5	71.2	123.6	220.9	13.0	14.8	17.9	1.6
C17	INTESTINO DELGADO small intestine	13	-	-	-	-	-	-	0.3	-	0.4	-	0.5	1.2	-	2.0	1.3	1.8	4.7	0.3	0.4	0.6	-
C18	COLON colon	129	-	-	-	-	0.6	0.3	0.6	-	1.5	3.5	2.5	5.5	12.8	13.8	14.2	32.7	44.6	3.4	3.9	5.8	0.4
C19-C20	RECTO rectum	72	-	-	-	-	-	-	0.8	0.6	1.1	0.9	3.0	1.8	7.5	4.9	5.2	5.5	36.4	1.9	2.0	2.9	0.2
C22	HIGADO Y COND.BILIARES INTRAHEP. liver & intrahepatic bile ducts	128	-	0.6	0.8	0.3	0.3	-	-	0.3	0.4	1.8	3.0	2.4	6.0	13.8	20.7	36.4	55.2	3.4	3.9	3.9	0.4
C23-C24	VESICULA BILIAR ETC. gallbladder etc.	105	-	-	-	-	-	-	0.3	-	-	0.4	2.0	6.1	8.3	16.8	19.4	16.4	43.5	2.8	3.3	4.7	0.3
C25	PANCREAS pancreas	80	-	-	-	-	-	-	0.3	-	0.4	0.0	1.5	3.0	6.0	6.9	14.2	27.3	34.1	2.1	2.5	2.5	0.3
C30-C31	NARIZ Y SENOS PARANASALES nose, sinuses etc.	9	-	-	-	0.3	-	-	-	-	-	0.4	1.5	-	-	1.0	-	-	3.5	0.2	0.3	0.5	-
C32	LARINGE larynx	34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.5	1.2	0.0	3.9	6.5	14.5	16.4	0.9	1.1	0.8	0.1
C33-C34	TRAQUEA, BRONQUIOS, PULMON trachea, bronchus and lung	200	1	-	-	-	-	0.3	0.3	-	1.9	0.4	1.0	7.9	18.1	17.8	40.1	52.7	86.9	5.3	6.1	6.5	0.7
C37-C38	OTROS ORGANOS TORACICOS other thoracic organs	10	-	-	-	-	-	0.3	-	0.6	-	0.4	-	-	0.8	-	-	3.6	3.5	0.3	0.3	0.2	-
C40-C41	HUESO bone	32	-	-	0.8	1.7	1.9	1.3	0.6	0.3	-	-	-	1.2	0.8	2.0	1.3	3.6	-	0.8	0.9	0.5	0.1
C43	MELANOMAS PIEL melanoma of skin	54	-	-	-	-	0.3	-	-	-	0.4	0.9	2.0	2.4	2.3	3.0	10.4	18.2	21.1	1.4	1.6	1.7	0.2
C44	OTROS DE PIEL other skin	228	3	-	-	0.6	-	-	-	1.0	1.1	0.9	2.5	6.1	4.5	15.8	28.5	63.6	142.2	6.0	6.5	4.5	0.6
C45	MESOTELIOMA mesothelioma	4	-	-	-	-	-	-	0.3	-	-	-	-	0.6	0.8	-	-	1.8	-	0.1	0.1	0.2	-
C46	SARCOMA DE KAPOSI kaposi sarcoma	11	-	-	-	-	-	0.3	0.3	0.6	0.4	0.0	0.5	0.6	-	2.0	-	-	2.3	0.3	0.3	0.5	-
C47 y C49	TEJIDO CONECTIVO Y TEJIDO BLANDO connective and soft tissue	48	-	1.1	-	-	1.1	0.5	0.3	1.3	1.1	0.4	1.5	2.4	1.5	1.0	11.6	12.7	3.5	1.3	1.5	1.3	0.2
C50	MAMA breast	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.5	-	0.8	-	1.3	-	1.2	0.1	0.1	0.2	-
C60	PENE penis	17	-	-	-	-	-	-	-	-	0.4	-	0.5	0.6	0.8	1.0	3.9	3.6	8.2	0.4	0.5	0.5	0.1
C61	GLANDULA PROSTATICA prostate gland	643	1	-	-	-	-	-	-	0.3	0.4	1.3	2.5	6.7	15.1	42.4	102.2	194.5	437.1	16.9	18.6	9.3	1.8
C62	TESTICULO testis	37	-	-	-	-	1.1	2.1	2.8	0.3	0.8	2.2	0.5	0.6	1.5	1.0	1.3	1.8	-	1.0	0.9	1.1	0.1

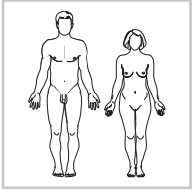
C63		OTROS ORG.	GENIT. MASC.	Y NO ESPECIF other & unspecif. male genital organ	1	-	-	-	-	0,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
C64	RIMON	kidney			73	-	-	-	-	-	-	0,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
C65	PELVIS RENAL	renal pelvis			1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
C66	URETER	ureter			1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
C67	Vejiga	bladder			80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
C69	OJO Y ANEXOS	eye & anexa			5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
C70	MENINGES	meninges			5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
C71	ENCEFALO	brain			94	-	0,8	0,8	0,6	2,8	1,8	0,3	2,3	1,1	2,7	4,0	3,6	6,0	9,9	3,9	10,9	12,9	2,5	2,7	4,1
C73	GLANDULA TIROIDES	thyroid gland			28	-	-	-	-	-	-	0,3	-	0,4	0,4	1,5	2,4	2,3	3,0	2,6	1,8	10,6	0,7	0,8	1,5
C74	GLANDULA SUPRARRENAL	adrenal gland			1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1
C75	OTROS ENDOCRINOS	other endocrine			1	-	-	-	0,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
C81	LINFOMA HODGKIN	hodgkin lymphoma			18	-	0,3	-	0,3	-	0,3	0,3	0,6	0,4	1,3	-	0,6	2,3	1,0	2,6	0,0	1,2	0,5	0,5	0,8
C82-C85, C96	LINFOMA NO HODGKIN	non-Hodgkin lymphoma			197	-	0,6	0,5	0,8	1,1	0,5	0,6	1,3	4,2	3,1	5,0	13,3	15,8	22,7	15,5	47,3	54,0	5,2	5,9	9,5
C90	MIELOMA MULTIPLE	multiple myeloma			52	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,9	2,5	3,0	9,0	3,0	12,9	5,5	14,1	1,4	1,6	2,7
C91	LEUCEMIA LINFOIDE	lymphoid leukaemia			79	-	0,8	1,9	3,0	4,7	1,3	1,7	-	1,9	0,4	0,5	1,2	-	3,0	1,3	3,6	17,6	2,1	2,0	1,1
C92-C94	LEUCEMIA MIELOIDE	myeloid leukaemia			63	-	0,6	0,3	0,3	1,4	0,3	0,8	1,0	0,4	2,7	4,0	4,9	3,0	2,0	7,8	1,8	12,9	1,7	1,8	2,8
C95	LEUCEMIA INESPECIFICADA	leukæmia unspecified			23	-	0,8	0,3	-	-	1,0	1,4	0,3	-	0,4	-	-	0,8	2,0	-	-	5,9	0,6	0,6	0,4
MDS	SINDROMES MELODISPLASICOS	myelodyplastic syndromes			6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,3	-	-	0,8	-	-	-	2,3	0,2	0,2	0,4
	OTROS E INESPECIFICADOS	other and unspecified			97	-	-	-	-	-	-	0,3	0,9	0,4	0,4	1,5	3,6	6,0	9,9	10,4	41,8	38,8	2,6	3,0	3,1
	Todos los sitios				3270	6	5,6	5,5	8,0	15,3	11,3	12,8	14,2	23,6	36,8	63,3	117,1	187,6	264,5	443,8	783,5	1469,8	85,9	95,8	101,2
	Todos - Excepto piel c44				3042	3	5,6	5,5	7,5	15,3	11,3	12,8	13,2	22,5	35,9	60,8	111,0	183,0	248,7	415,3	719,8	1327,7	80,0	89,4	96,7

TASAS DE MORTALIDAD PROMEDIAL ANUAL POR 100.000 HABITANTES SEGÚN LOCALIZACIÓN Y GRUPOS DE EDAD. RESIDENTES EN QUITO. 2006-2010. MUJERES. CIE-10
AVERAGE ANNUAL MORTALITY RATES PER 100.000. BY SITE AND AGE GROUP. QUITO RESIDENTS. 2006-2010. FEMALES. ICD-10

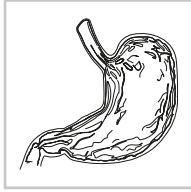
TABLA / TABLE 10

CIE-10 ICD-10	LOCALIZACIÓN SITE	CASOS N. CASES	EDAD DES. AGE UNK.	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75 +	I. CRUDA CRUDE R.	TEE A.S.R.W	I. TR. 35-64 T.R.R 35-64	IAC 0-74 ACR 0-74
C00	LABIO lip	1	-	-	-	-	-	-	-	-	0,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1
C01-C02	LENGUA tongue	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,1	0,7	0,8	2,1	5,9	5,8	0,4	0,4	0,4	0,1
C03-C06	BOCA mouth	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,4	-	-	-	0,8	-	5,9	3,3	0,2	0,2	0,2	-
C07-C08	GLANDULAS SALIVALES salivary glands	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,4	-	1,1	0,7	-	-	5,9	2,5	0,3	0,3	0,3	-
C09	AMIGDALA tonsil	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,4	-	0,7	-	-	-	-	-	0,1	0,2	-
C12-C13	HIPOFARINGE hypopharynx	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	0,0	-	-	-	0,8	-	-	-	-
C14	OTR. Y MAL DEF. LABIO, BOCA, FARINGE other, ill def. in lip, mouth, pharynx	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,4	-	0,7	-	-	-	-	-	0,1	0,2	-
C15	ESOFAGO Oesophagus	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,4	0,4	-	0,7	0,8	3,2	5,9	11,7	0,6	0,6	0,4	0,1
C16	ESTOMAGO stomach	412	-	-	-	-	0,3	-	0,8	4,2	7,1	5,5	7,8	12,2	14,5	21,2	49,2	78,1	143,6	10,1	9,5	10,5	1,0
C17	INTESTINO DELGADO small intestine	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,9	1,6	2,6	2,5	3,2	4,4	5,8	0,6	0,6	1,1	0,1
C18	COLON colon	159	-	-	-	-	-	0,5	0,3	0,6	2,4	1,6	1,7	6,4	5,3	13,6	22,5	19,2	57,6	3,9	3,7	4,6	0,4
C19-C20	RECTO rectum	66	1	-	-	-	-	-	0,3	0,3	1,7	0,8	1,3	1,6	3,3	5,1	7,5	10,3	20,9	1,6	1,5	2,1	0,2
C21	ANO Y CONDUCTO ANAL anus and anal canal	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,4	0,4	0,5	-	-	1,1	2,9	2,5	0,2	0,2	0,2	-
C22	HIGADO Y COND.BILIARES INTRAHEP. liver & intrahepatic bile ducts	157	-	-	-	-	-	0,2	0,3	-	0,3	1,2	3,5	2,7	8,6	12,7	20,3	32,4	57,6	3,9	3,7	4,1	0,4
C23-C24	VESICULA BILIAR ETC. gallbladder etc.	181	-	-	-	-	-	-	-	-	0,3	2,0	4,7	2,7	7,2	17,0	24,6	44,2	62,6	4,5	4,4	4,9	0,5
C25	PANCREAS pancreas	121	-	-	-	-	-	-	-	-	0,3	0,8	0,4	4,8	4,6	7,6	21,4	23,6	46,8	3	2,9	2,7	0,3
C30-C31	NARIZ Y SENOS PARANASALES nose, sinuses etc.	7	-	-	-	-	-	-	-	0,3	0,3	-	-	0,5	-	-	-	-	3,3	0,2	0,1	0,2	-
C32	LARINGE larynx	4	-	-	-	-	-	-	0,5	-	-	-	-	-	0,7	-	-	-	0,8	0,1	0,1	0,1	-
C33-C34	TRAQUEA, BRONQUIOS, PULMON trachea, bronchus and lung	183	-	-	-	-	-	-	1,0	-	0,7	2,0	2,6	4,8	7,9	20,4	23,6	33,9	63,5	4,5	4,4	5,4	0,5
C37-C38	OTROS ORGANOS TORACICOS other thoracic organs	5	-	-	-	-	-	-	-	0,3	-	-	-	0,5	-	-	-	-	2,5	0,1	0,1	0,1	-
C40-C41	HUESO bone	29	2	0,3	0,8	0,9	0,3	0,2	0,3	0,3	0,7	0,4	0,9	-	4	-	2,1	1,5	1,7	0,7	0,7	0,9	0,1
C43	MELANOMAS PIEL melanoma of skin	56	-	-	-	-	-	0,2	0,3	1,2	-	0,4	1,7	2,7	4	2,5	2,1	10,3	18,4	1,4	1,3	1,7	0,1
C44	OTROS DE PIEL other skin	228	2	-	-	-	-	-	-	0,6	0,7	-	2,2	4,2	3,3	7,6	23,6	36,9	123,6	5,6	4,8	2,6	0,4
C45	MESOTELIOMA mesothelioma	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,9	-	0,7	-	1,1	2,9	0,8	0,2	0,2	0,3	-
C46	SARCOMA DE KAPOSI kaposi sarcoma	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,8	-	-	-	-
C47 y C49	TEJIDO CONECTIVO Y TEJIDO BLANDO connective and soft tissue	43	-	-	-	0,3	0,8	1,0	0,5	0,3	1,0	0,4	1,3	3,2	2,6	2,5	4,3	1,5	5,8	1,1	1,0	1,7	0,1
C50	MAMA breast	495	-	-	-	-	0,3	0,2	0,5	4,5	7,5	19,7	27,6	31,3	34,9	33,9	50,3	67,8	79,3	12,2	12,4	24,5	1,4
C51	VULVA vulva	18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,4	1,1	2,0	0,8	-	5,9	5,8	0,4	0,4	0,6	0,1
C52	VAGINA vagina	6	-	-	-	-	-	-	-	-	0,3	-	-	0,5	-	0,8	-	1,5	1,7	0,1	0,1	0,3	-

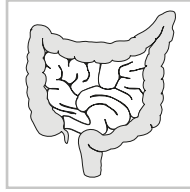
C53	CUELLO DE UTERO cervix uteri	354	1	-	-	-	-	0,5	2,9	3,3	6,1	11,8	18,1	16,4	23,7	35,6	25,7	60,4	54,3	8,7	8,9	17,3	1
C54	CUERPO DEL UTERO corpus uteri	42	-	-	-	-	-	-	-	0,3	0,3	-	0,4	2,1	2	8,5	5,4	7,4	10,0	1,0	1,1	1,8	0,1
C55	UTERO - SAI uterus nos	29	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,3	1,6	2,6	0,8	1,1	1,5	13,4	0,7	0,6	1	-
C56	OVARIO ovary	142	-	-	-	-	-	0,5	1,0	0,6	1	3,5	8,2	9,0	16,5	11	5,4	25,1	21,7	3,5	3,6	7,5	0,4
C57	O.ORG.GENITALES FEM.Y NO ESPEC. other & unspecif. fem. genital organ	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,8	0,0	1,5	-	-	0,1	0,1	-
C58	PLACENTA placenta	2	-	-	-	-	-	0,2	-	-	0,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	-
C64	RIÑON kidney	35	-	0,6	-	-	-	-	-	-	-	-	0,4	3,2	0,7	4,2	5,4	4,4	10	0,9	0,9	1,2	0,1
C67	VEJIGA bladder	39	-	-	-	-	-	-	-	0,3	0	0,8	-	0,5	4,6	5,1	4,3	10,3	9,2	1	1	1,5	0,1
C69	OJO Y ANEXOS eye & anexa	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,4	-	-	0,7	-	1,1	4,4	4,2	0,3	0,3	0,2	-
C70	MENINGES meninges	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,8	1,1	-	0,8	0,1	0,1	0,1	-
C71	ENCEFALO brain	77	1	1,2	1,7	0,6	0,5	0,2	0,5	1,5	1,0	2,8	3,5	2,1	2,6	10,2	2,1	7,4	7,5	1,9	2	3,4	0,2
C73	GLANDULA TIROIDES thyroid gland	72	-	-	-	-	-	0,2	0,3	-	0,7	1,2	2,6	1,6	2	9,3	10,7	11,8	20	1,8	1,8	2,6	0,2
C75	OTROS ENDOCRINOS other endocrine	1	-	-	-	0,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
C81	LINFOMA HODGKIN hodgkin lymphoma	8	-	-	-	-	-	-	0,3	-	0,3	-	0,4	-	-	-	1,1	-	3,3	0,2	0,2	0,1	-
C82-C85, C96	LINFOMA NO HODGKIN non-Hodgkin lymphoma	193	-	0,6	0,3	0,0	0,5	0,7	2,1	1,5	1,7	2,8	5,6	9,5	11,2	14,4	16,1	32,4	48,4	4,8	4,7	6,8	0,5
C90	MIELOMA MULTIPLE multiple myeloma	41	-	-	-	-	-	-	-	0,3	0,3	0,4	0,9	1,6	2,6	5,9	5,4	8,8	9,2	1	1,1	1,7	0,1
C91	LEUCEMIA LINFOIDE lymphoid leukaemia	66	-	1,7	1,7	0,9	0,8	0,7	0,3	0,6	0,7	2,4	2,2	1,6	2	2,5	7,5	2,9	9,2	1,6	1,7	1,8	0,1
C92-C94	LEUCEMIA MIELOIDE myeloid leukaemia	67	-	0,9	-	0,9	0,5	1	0,5	0,3	2,0	-	0,4	2,1	2,6	4,2	9,6	4,4	16,7	1,6	1,6	1,7	0,1
C95	LEUCEMIA INESPECIFICADA leukaemia unspecified	13	-	-	-	-	-	0,2	0,3	-	0,3	1,2	-	-	2,0	-	2,1	-	1,7	0,3	0,3	0,5	-
MPD	DESORDENES MIELOPROLIFERATIVOS myeloproliferative disorders	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,7	-	-	-	-	-	-	0,1	-
MDS	SINDROMES MIELODISPLASICOS myelodysplastic syndromes	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,8	-	2,9	0,8	0,1	0,1	0,1	-
	OTROS E INESPECIFICADOS other and unspecified	155	-	-	-	-	-	0,6	0,3	0	0,3	0,8	5,1	7,4	8,6	12,7	21,4	26,5	46,7	3,8	3,8	5,2	0,4
	TODOS LOS SITIOS all sites	3638	7	5,2	4,5	3,7	4,1	7,7	13,1	21,3	39,1	64,1	108,7	142,1	194,3	278,3	387,5	613,2	1017	89,6	87,7	124,9	9,4
	TODOS - EXCEPTO PIEL C44 all sites but C44	3410	5	5,2	4,5	3,7	4,1	7,7	13,1	20,7	38,4	64,1	106,5	137,8	191	270,7	364	576,3	893,4	83,9	82,9	122,3	9



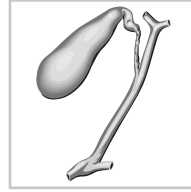
TODOS C00-C80



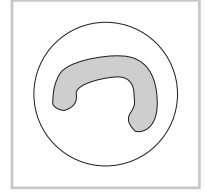
ESTÓMAGO C16



COLON - RECTO
C18 - 20



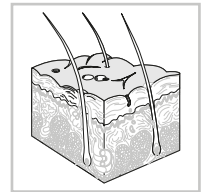
VESÍCULA C23



SISTEMA
HEMATOPOYÉTICO C42



PULMÓN C34



PIEL C44

Residentes en Quito I. Quito residents

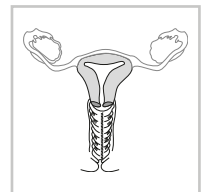
Población, casos, incidencia, mortalidad 1.1 Population, cases, incidence, mortality

Localizaciones principales 1.2 Principal sites

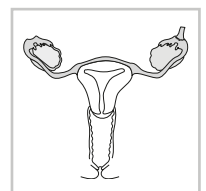
Indicadores de calidad 1.3 Indicators of data quality



MAMA C50



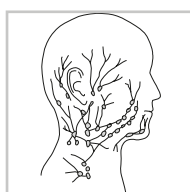
CÉRVIX C53



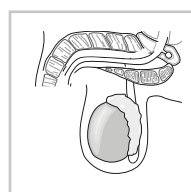
OVARIO C56



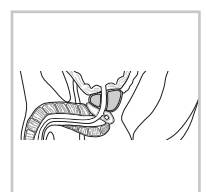
TIROIDES C73



LINFÁTICOS C77



TESTÍCULO C62



PRÓSTATA C61

INTRODUCCIÓN INTRODUCTION

Desde el volumen 10 de nuestra publicación regular (información de cáncer en Quito 1994), realizada en 1996, incluimos como un segmento importante, información condensada de las principales localizaciones. Esta es una de las secciones más consultadas por investigadores, médicos, enfermeras, estudiantes, periodistas porque presenta información relevante sobre una localización concreta.

Las localizaciones seleccionadas representan el 80% de toda la casuística registrada (1986-2010). Las localizaciones abordadas son: estómago, colon-recto, vesícula y tracto biliar, pulmón, tiroides, cuello de útero, leucemias, linfomas, piel, mama, próstata, ovario y también se realiza un análisis de todas las localizaciones en conjunto.

Los datos que generalmente se comentan son el número de casos por año de diagnóstico, por grupos de edad, tendencia de la incidencia, tasas por nivel de instrucción, morfología y los valores en diferentes regiones geográficas del país, así como la ubicación comparativa en la que nos encontramos según los datos del "Cancer Incidence in Five Continents", Vol X.

De manera similar al volumen anterior y, como un acercamiento entre la clínica y la epidemiología, hemos solicitado a destacados médicos de la ciudad, de diferentes instituciones, su participación para comentar los datos.

Agradecemos a quienes colaboraron en este segmento por su aporte y dejamos abierta la puerta a nuevas colaboraciones en próximas publicaciones.

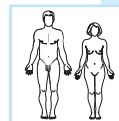
Since volume 10 of our regular publication (information of cancer in Quito 1994), made in 1996, included as, an important segment, the information of the main locations. This has been one of the most consulted by researchers, doctors, nurses, students, journalists, because it condenses excellent information on a concrete location.

The selected locations represent 80% of all the registered casuistry (1986-2010). The locations boarded are: stomach, colon-rectum, gallbladder and biliary tract, lung, thyroid, cervix, leukaemia, lymphoma, skin, breast, prostate, ovary and also an analysis of all the locations together.

Data usually discussed are the number of cases by year of diagnosis, age group, the incidence trend, rates by education level, morphology and incidence in different geographical regions in the country, and international comparison according to data from Cancer Incidence in Five Continents Vol X

Similar to the previous volume, like an approach between the clinic and epidemiology, and in order to have the view from another angle, that complements the analysis, we have asked prominent doctors of the city, from different institutions, their participation to comments the data.

We thank all those who collaborated in this segment for their contributions and left the door open to further collaboration in future publications.



TODAS LAS LOCALIZACIONES ALL SITES

Dr. Fabián Corral Cordero

*Médico Patólogo
Director Honorario del RNT*

*Medical pathologist
Honorary Director of NCR*

Este análisis se basa en la casuística de pacientes con cáncer residentes en la ciudad de Quito: 25.351 mujeres y 19.610 hombres que da un total de 44.961 personas en 25 años, desde 1986 hasta 2010.

Además de este voluminoso grupo se han registrado también todos los pacientes que se atendieron en la ciudad y que vienen de otras regiones del Ecuador en búsqueda de atención en Quito, constituyen 69.359 personas, de tal manera que en los archivos del Registro Nacional de Tumores de Quito, hasta el año 2010, constan 114.490 tumores malignos.

El análisis epidemiológico para obtener principalmente tasas de incidencia en cada localización y por grupos de edad, se basa en el primer grupo. Los indicadores reflejan la realidad de lo que sucede con las neoplasias malignas en esta ciudad. Creemos necesario advertir que estos datos no se pueden extrapolar a todo el Ecuador, porque el cáncer como otras enfermedades se comporta en diferentes poblaciones de manera variable.

Como todos sabemos, hay grandes diferencias entre las neoplasias malignas que afectan a los seres humanos según el órgano afectado, el tipo y la naturaleza del tumor, la idiosincrasia del individuo y la respuesta de su organismo, el comportamiento de la neoplasia a los tratamientos, etc., de tal manera que podemos decir que cada tipo de cáncer es una enfermedad diferente.

Cuando analizamos esta enfermedad en las poblaciones vemos que las circunstancias ambientales y sociales que rodean a los grupos humanos tienen una influencia marcada en las variaciones de la enfermedad. El Ecuador a pesar de ser un país pequeño tiene grandes diferencias entre las regiones, especialmente cuando investigamos un tumor maligno específico.

Por algunas razones, principalmente administrativas y de construcción de políticas de lucha contra el cáncer, es interesante analizar los tumores en conjunto.

El primer dato que llama la atención es el aumento de más de dos veces del número de casos: entre hombres, 2.406 casos en el quinquenio 1986-1990 y 5.882 en el último periodo 2006-2010 y de 3.411 casos en mujeres en el primer quinquenio a 7.205 en el último.

Este gran aumento de casos se debe en primer lugar al crecimiento de la población de Quito, de 993.983 habitantes según el censo de 1982 a 1'619.146 en el censo 2010.

Pero no es solo el número de pacientes, sino también la tasa de incidencia que nos informa que hay un aumento real en el riesgo, en la vulnerabilidad de la población, en

This analysis is based on the information of patients with cancer inhabitants of the city of Quito: 25351 women and 19610 men a total of 44961 people during 25 years, from 1986 to 2010.

In addition to this large group we have also registered all patients seen in the city that came from other regions of Ecuador searching for medical attention in Quito constituting 69359 people, so that in the archives of the National Tumor Registry Quito, until 2010 comprised 114,490 malignant tumors.

Epidemiological analysis to obtain mainly incidence rates in each location and by age group is based on the first group. The indicators that have been identified reflect the reality of what happens with malignant neoplasms in this city and we need to warn that these data cannot be extrapolated to the entire Ecuador, because cancer behavior as other diseases in different populations is variable.

As we all know there are big differences between malignant neoplasms affecting humans, according to the affected organ, the type and nature of the tumor, the idiosyncrasies of the individual and the response of the body, the behavior of the tumor to treatments, etc. so that we can say that each type of cancer is a different disease.

When analyzing this disease in populations, we see that the environmental and social circumstances surrounding human groups have a marked influence on the variations of the disease. Ecuador despite being a small country has large differences between regions. especially when investigating a specific malignant tumor.

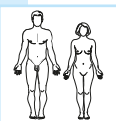
For reasons, mainly administrative and for develop policies to fight cancer is interesting to analyze the tumors together

The first fact that draws our attention is the increase of more than twice of the number of cases: 2406 cases among men in (1986-1990), to 5882 in the last period (2006-2010) and from 3411 cases in women to 7205 in the last period.

This large increase in cases is due, first because of the increase in population of inhabitants of Quito from 993 983 according to the 1982 census to 1'619 .146 according to the 2010 census.

But it is not only the number of patients, but the incidence rate which informs us that there is a real increase in risk,

But it is not only increased the number of patients but also the incidence rate that reflects that there is a real in-



buena parte relacionada con el incremento de la esperanza de vida.

La Tasa de Incidencia Estandarizada, que sirve para comparar nuestros datos con los de otras regiones del mundo y a través del tiempo, ha crecido de manera importante, especialmente entre los hombres, de 143 a 181,2 x 100.000, y en mujeres, de 165,5 a 182,6 x 100.000. Esta tasa es todavía relativamente baja comparada con la de otros países, pues estamos en el puesto No. 55 en hombres y en 48 en mujeres entre 70 países que publican sus datos en "Cancer Incidence in Five Continents", Vol 10.

Es interesante conocer que en los países industrializados la incidencia de cáncer es mayor en los hombres, principalmente por la gran frecuencia del cáncer de pulmón y de próstata. Mientras que en los países pobres es más frecuente el cáncer en las mujeres, por la alta incidencia de algunos cánceres ginecológicos, como el de cuello uterino. Este dato tiene mucho interés porque la tendencia de la incidencia por sexo revela que las curvas de hombres y mujeres en nuestra ciudad van acercándose, debido principalmente a la disminución del cáncer de cuello uterino y al aumento notable de cáncer de próstata.

La calidad de los datos de este informe y los anteriores ha sido reconocida por la Agencia Internacional de Investigación sobre Cáncer, IARC, y por la Asociación Internacional de Registros de Cáncer, IACR, que los ha publicado en 5 volúmenes seguidos que se imprime cada 5 años. Uno de los parámetros más importantes que se evalúan para aceptar su publicación es el porcentaje de verificación histológica de cada tumor y de todas las neoplasias en conjunto. En nuestro caso ha mejorado de 71,1% en el período 86-90 a 87,3% en el 2006-2010 en hombres, y de 72,5% a 87,7% en mujeres. Este dato refleja evidentemente el desarrollo de los sistemas de salud en nuestra ciudad y un avance continuo en la calidad de los estándares de atención.

Otro parámetro que se considera de gran importancia en la evaluación de la calidad de los datos de un registro es el porcentaje de casos captados solamente por certificados de defunción, que ha bajado de 17,4% en el primer quinquenio a 7,6% en el último, en hombres, y de 17,4% a 6,8% en mujeres; rangos que se consideran de buena calidad internacionalmente.

Otro detalle importante que destacamos es que los datos del Registro de Tumores del cantón de Cuenca han sido analizados y aceptados por la IACR, publicados en el último volumen de "Cancer Incidence in Five Continents".

crease in risk, the vulnerability of the population, in large part related to the increase in life expectancy.

The standardized incidence rate used to compare our data with those of other regions of the world and through time, has also grown significantly, especially among men, from 143 to 181.2 x 100,000 and from 165.5 to 182.6 x 100,000 in women. This rate is still relatively low compared to other countries, because we are at No. 55 in men and 48 in women in the 70 countries that publish their data in "Cancer Incidence in Five Continents", Vol X.

It is interesting to know that in industrialized countries the incidence of cancer is higher in men, mainly by the high incidence of lung and prostate cancer, while in poor countries cancer has been most common in women, by the high incidence of certain gynecological cancers including cervical. The incidence trend by sex (Figure No. 16) shows that the curves of men and women in our city are approaching, we believe is mainly due to the decrease in cervical cancer and the significant increase in prostate cancer.

The quality of the data from this and previous reports has been recognized by the International Agency for Research on Cancer (IARC) and the International Association of Cancer Registries (IACR) that was published in 5 volumes in a row that is published every 5 years and one of the most important parameters that are evaluated to accept its publication is the percentage of histological verification of each malignant tumors and all neoplasms in our case it has improved from 71.1% in the period 86-90 to 87.3% in the 2006-2010 period in men and 72.5% to 87.7% in women.

This fact clearly reflects the development of health systems in our city and continued progress in the quality of care standards.

Another parameter that is considered of great importance in evaluation of the quality of data in a registry is the percentage of cases captured by death certificates only, which has fallen from 17.4% in the first 5 years to 7.6% in the last 5 years in men, and from 17.4% to 6.8% in women; ranges that are considered good quality internationally.

Another important detail that we highlight is that the data of the Tumor Registry of the Cuenca County have been tested, accepted and published in the latest volume of "Cancer Incidence in Five Continents".

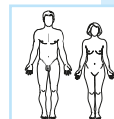


TABLA / TABLE 11

**TODOS LOS SITIOS MENOS PIEL. NÚMERO DE CASOS POR EDAD Y AÑO DE DIAGNÓSTICO
TASAS CRUDAS Y ESTANDARIZADAS. RESIDENTES EN QUITO. 1986-2010. HOMBRES**
**ALL SITES BUT SKIN. NUMBER OF CASES BY AGE AND DIAGNOSTIC YEAR
CRUDE AND STANDARDIZED RATES. QUITO RESIDENTS. 1986-2010. MALES**


Edad	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL
0-4	14	7	9	10	11	7	12	14	17	7	17	8	13	12	16	10	27	13	12	16	16	14	16	12	19	329
5-9	12	5	8	14	12	7	10	5	6	7	11	12	11	6	7	14	8	8	9	7	15	7	11	9	17	238
10-14	7	6	6	8	7	6	6	4	2	10	8	8	8	6	10	3	13	11	11	10	10	11	10	9	8	198
15-19	7	6	10	10	13	1	13	6	7	8	6	13	16	12	16	7	12	13	16	22	24	12	21	24	17	312
20-24	6	9	11	7	14	13	13	12	11	16	13	22	19	11	10	22	15	26	18	19	25	20	24	21	19	396
25-29	13	10	17	7	14	17	12	20	12	12	18	21	9	18	22	20	18	19	20	32	32	27	26	30	24	470
30-34	23	17	19	17	15	14	19	22	23	19	25	33	27	19	28	22	23	24	11	39	20	24	29	31	30	573
35-39	19	16	17	19	16	23	25	21	23	18	22	16	20	25	14	27	33	30	28	33	21	22	28	28	28	572
40-44	15	21	23	13	28	24	21	25	15	20	29	25	23	31	20	38	36	36	27	36	34	35	37	39	28	679
45-49	7	17	22	29	23	11	23	21	24	28	33	32	25	27	44	34	36	37	46	43	42	51	47	48	64	814
50-54	41	34	26	30	24	21	27	30	33	37	35	41	44	43	41	61	54	58	47	68	54	75	83	70	72	1149
55-59	32	32	45	41	26	26	49	36	46	35	43	51	44	44	60	72	51	76	75	82	89	98	108	90	110	1461
60-64	40	29	35	63	46	53	58	61	46	61	47	82	81	65	75	79	88	91	94	104	107	120	121	139	134	1919
65-69	42	60	39	59	62	59	61	52	71	77	69	80	88	90	92	93	112	109	119	132	131	123	149	138	182	2289
70-74	54	51	41	55	59	56	70	63	86	62	90	83	107	88	105	126	134	135	139	156	136	149	162	148	161	2516
75+	128	110	146	136	115	138	149	151	167	161	160	199	224	179	234	268	302	284	280	323	325	381	348	287	343	5538
Desc. / Unk	5	12	6	9	7	3	18	4	5	4	1	4	4	5	4	6	3	4	4	16	11	2	8	3	9	157
Total / All	465	442	480	527	492	479	586	547	594	582	627	730	763	681	798	902	965	974	956	1138	1092	1171	1228	1126	1265	19610
TCr / CrR	94,9	87,4	91,8	98,6	95,7	89,8	107,3	97,3	102,4	98,4	104,6	118,4	121,2	107,2	121,8	135,2	141,1	140,5	137,5	161,9	153,5	160,3	165,3	150,1	166,3	
T.TEE / ASRW	142,8	133,8	135,4	154,4	147,8	135,8	154	137,8	143,7	135,5	138,8	154,5	155,6	135,5	150,5	161,9	167,7	166	163,3	185,2	175,2	182,8	188	171,3	188,1	

TABLA / TABLE 12

**TODOS LOS SITIOS MENOS PIEL. NÚMERO DE CASOS POR EDAD Y AÑO DE DIAGNÓSTICO
TASAS CRUDAS Y ESTANDARIZADAS. RESIDENTES EN QUITO. 1986-2010. MUJERES**
**ALL SITES BUT SKIN. NUMBER OF CASES BY AGE AND DIAGNOSTIC YEAR
CRUDE AND STANDARDIZED RATES. QUITO RESIDENTS. 1986-2010. FEMALES**


Edad	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL
0-4	14	11	5	6	9	5	6	13	10	8	9	7	13	7	9	13	16	14	16	11	16	7	13	16	17	271
5-9	8	10	3	6	1	8	6	8	7	9	15	9	7	4	7	8	14	8	11	13	6	10	10	8	4	200
10-14	5	7	2	4	9	6	8	6	12	8	11	9	6	5	7	7	15	12	9	6	4	12	5	7	5	187
15-19	9	6	10	10	13	8	11	4	7	11	17	8	14	10	18	10	14	14	11	14	8	13	6	13	10	269
20-24	8	10	10	13	12	12	18	13	13	17	10	18	17	12	14	21	19	18	26	24	19	17	27	18	25	411
25-29	28	18	17	19	19	25	20	22	15	27	18	37	26	20	16	24	17	28	28	34	30	35	38	38	41	640
30-34	28	17	27	35	43	37	30	37	37	34	29	42	38	34	44	37	33	54	41	56	54	48	49	55	70	1009
35-39	43	43	44	60	46	44	55	41	61	57	49	62	58	69	64	56	53	43	63	102	67	86	73	84	83	1506
40-44	44	40	51	45	39	56	66	67	71	68	74	77	79	84	75	88	88	100	103	100	102	114	95	98	118	1942
45-49	53	52	59	55	61	53	51	73	75	87	75	77	98	70	75	76	99	112	102	140	109	141	136	134	155	2218
50-54	66	55	59	72	49	79	72	77	80	66	61	77	71	70	87	98	99	106	110	136	154	135	147	146	144	2316
55-59	67	64	66	64	63	59	87	82	78	73	67	82	91	66	90	88	100	93	118	127	144	136	122	154	176	2357
60-64	56	46	66	69	50	63	94	98	80	75	77	95	94	83	89	81	114	99	129	121	111	139	126	139	134	2328
65-69	64	76	72	72	67	74	63	65	83	74	72	80	93	97	92	98	105	96	101	131	117	138	109	134	151	2324
70-74	57	58	52	62	62	70	72	68	74	74	69	70	85	82	98	100	92	98	112	126	112	135	120	119	140	2207
75+	107	129	126	135	121	150	167	157	158	149	168	186	207	164	221	215	224	231	249	299	274	285	299	269	307	4997
Desc. / Unk	16	13	10	7	6	7	7	5	7	0	5	2	2	2	4	6	2	6	4	18	15	7	2	5	11	169
Total/All	673	655	679	734	670	756	833	836	868	837	826	938	999	879	1010	1026	1104	1132	1233	1458	1342	1458	1377	1437	1591	25351
TCr / CrR	125,3	119,9	120,9	124,1	117,7	130,3	140,2	137,2	139,6	131,2	127,5	141,8	146,9	128	144,4	143,3	152	153,7	164,5	192,7	173,8	186,1	174,7	178,8	195,3	
TEE / ASRW	169,6	163,7	166,5	168,9	159	173,9	183,2	178,4	175,1	161,1	151,5	165,9	169,7	145,8	159,1	155,1	165,8	162,6	174	197	177,2	189,8	174,3	179,3	191,8	

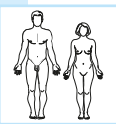


TABLA / TABLE 13

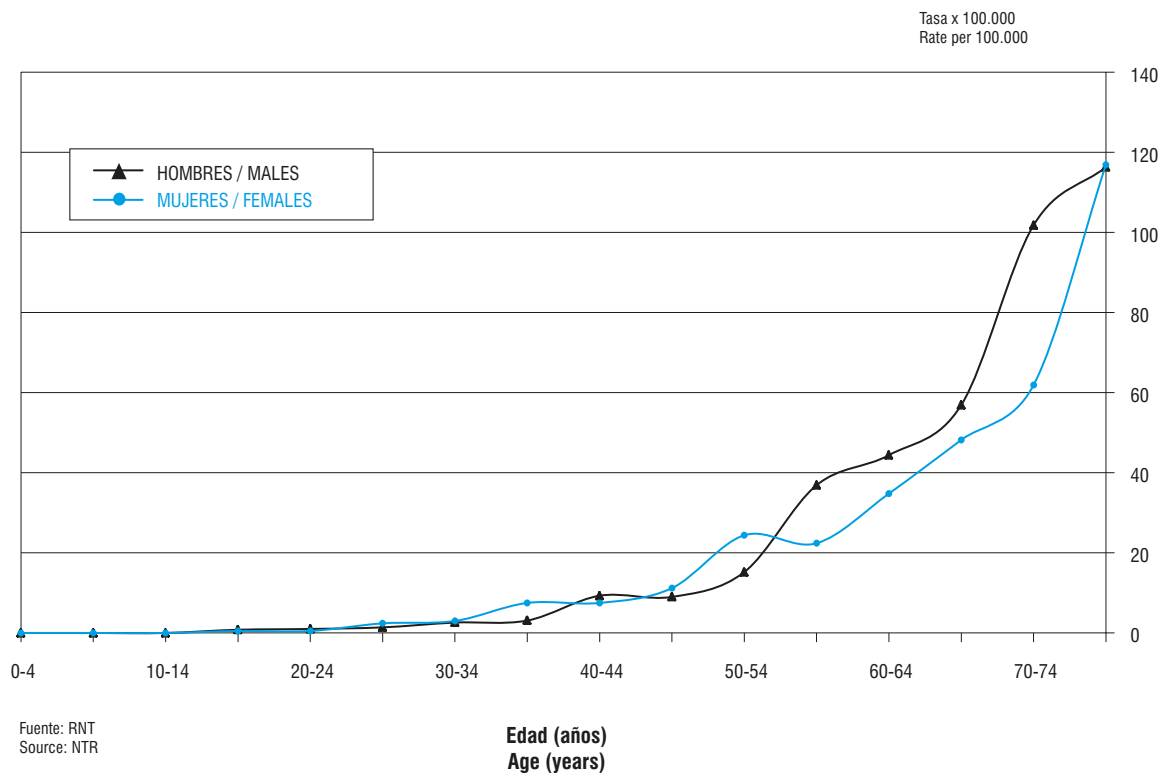
**TODOS LOS SITIOS MENOS PIEL. INDICADORES PRINCIPALES SEGÚN SEXO Y PERÍODOS
RESIDENTES EN QUITO. 1986-2010**

ALL SITES BUT SKIN. MAIN INDICATORS BY SEX AND PERIODS. QUITO RESIDENTS. 1986-2010

INDICADORES / INDICATORS	HOMBRES / MALES					MUJERES / FEMALES				
	1986-1990	1991-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2010	1986-1990	1991-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2010
PROMEDIO DE CASOS POR AÑO AVERAGE CASES PER YEAR	491	568	736	1010	1211	695	843	951	1219	1477
PROMEDIO DE MUERTES POR AÑO AVERAGE DEATHS PER YEAR	229	286	395	533	608	287	362	502	596	682
TASA DE INCIDENCIA CRUDA RATE INCIDENCE CRUDE	93,7	99,1	114,7	143,4	159,1	121,6	135,7	137,8	161,6	181,8
TASA DE INCIDENCIA ESTANDARIZADA A.S.R.W. INCIDENCE	143,0	141,2	147,0	169,0	181,2	165,5	173,9	158,4	171,4	182,6
TASA DE MORTALIDAD CRUDA RATE MORTALITY CRUDE	43,8	49,8	61,6	75,7	80,0	50,3	58,3	72,8	79,0	83,9
TASA DE MORTALIDAD ESTANDARIZADA A.S.R.W. MORTALITY	69,0	72,4	79,0	88,4	89,4	68,6	75,8	83,9	82,5	82,9
TASA ACUMULADA 0-74 (%) CUMULATIVE RATE 0-74	15,5	15,8	16,7	19,2	20,3	18,5	19,3	17,4	18,8	19,9
RAZÓN HOMBRE/ MUJER MALE / FEMALE RATIO	0,7/1	0,7/1	0,8/1	0,8/1	0,8/1					
RAZÓN MORTALIDAD / INCIDENCIA (%) MORTALITY / INCIDENCE RATIO	46,7	50,3	53,7	52,8	50,2	41,3	43,0	52,8	48,9	46,2
% DE VERIFICACIÓN HISTOLÓGICA % OF HISTOLOGICAL VERIFICATION	71,1	72,0	79,8	83,8	87,3	72,5	74,3	79,9	84,9	87,7
% SOLO CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN % DEATH CERTIFICATE ONLY	17,4	16,7	10,8	9,6	7,6	17,4	16,6	11,8	8,7	6,8

GRÁFICO / FIGURE 6

TODOS LOS SITIOS MENOS PIEL. TASAS DE INCIDENCIA POR EDAD Y SEXO. RESIDENTES EN QUITO. 2006-2010
ALL SITES BUT SKIN. INCIDENCE RATES BY AGE AND SEX. QUITO RESIDENTS. 2006-2010



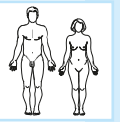
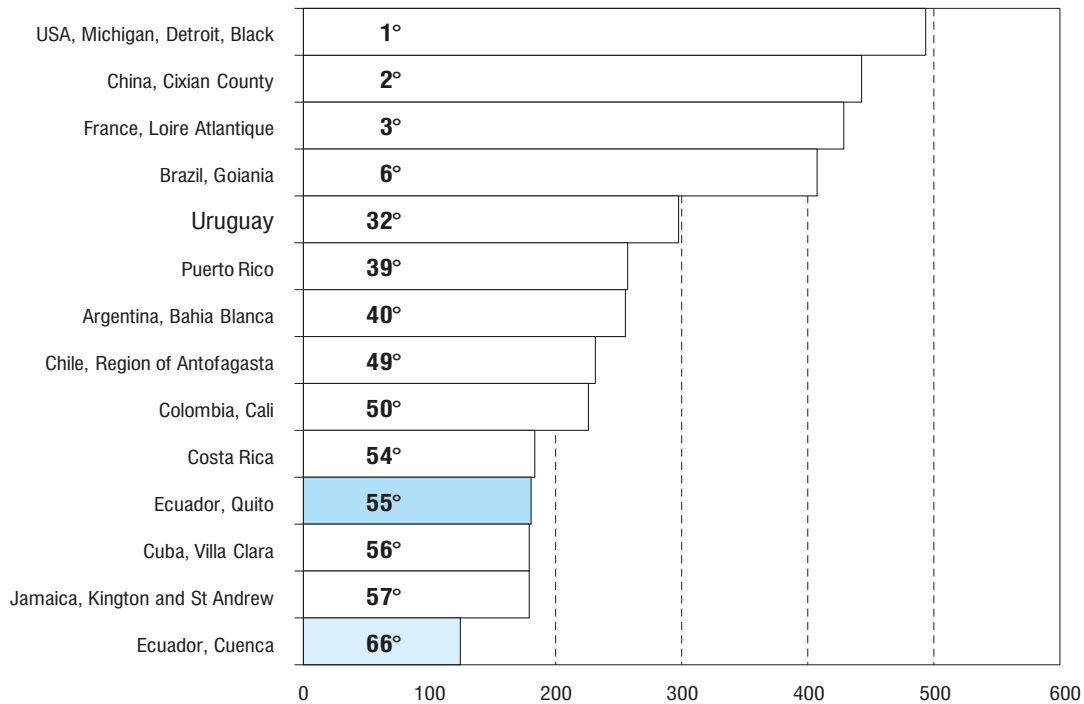


GRÁFICO / FIGURE 7

TODOS LOS SITIOS MENOS PIEL. INCIDENCIAS MÁS ALTAS EN EL MUNDO Y LATINOAMÉRICA. HOMBRES
ALL SITES BUT SKIN. HIGHEST INCIDENCE RATES IN THE WORLD AND LATINAMERICA. MALES



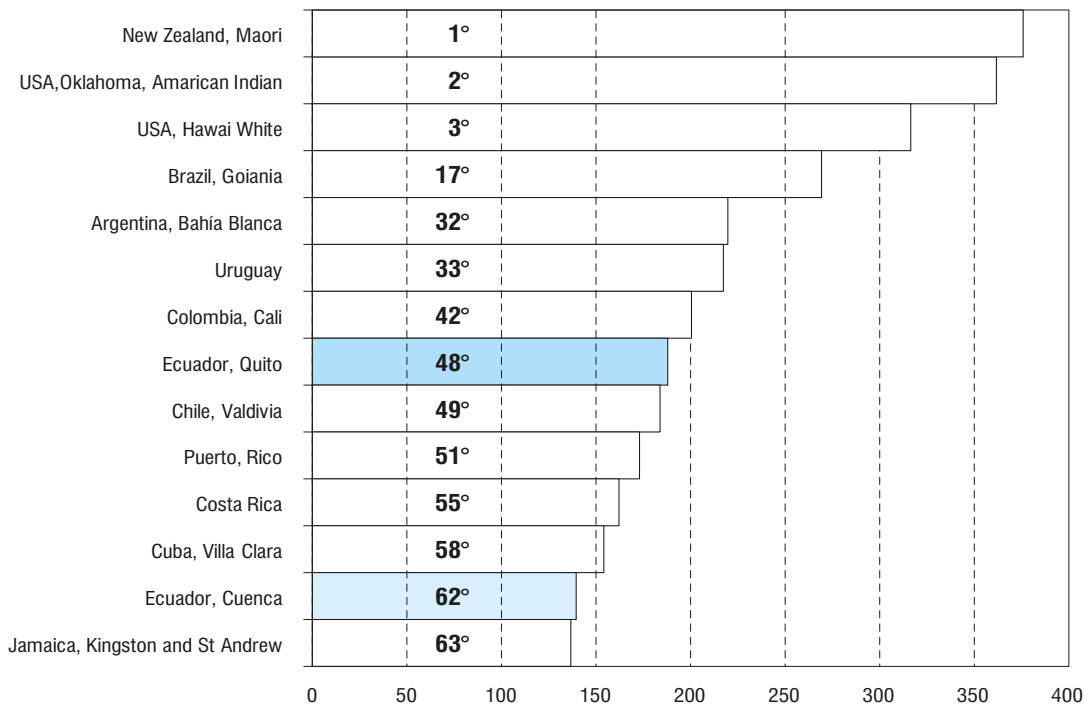
FUENTE/SOURCE: IARC/IACR CI5C. Vol. X (2013)

NOTA: Si un país tiene varios registros, sólo se toma en cuenta la incidencia más alta. (70 países)

NOTE: If a country has many cancer registries we select only highest incidence

GRÁFICO / FIGURE 8

TODOS LOS SITIOS MENOS PIEL. INCIDENCIAS MÁS ALTAS EN EL MUNDO Y LATINOAMÉRICA. MUJERES
ALL SITES BUT SKIN. HIGHEST INCIDENCE RATES IN THE WORLD AND LATINAMERICA. FEMALE



FUENTE/SOURCE: IARC/IACR CI5C. Vol. X (2013)

NOTA: Si un país tiene varios registros, sólo se toma en cuenta la incidencia más alta. (70 países)

NOTE: If a country has many cancer registries we select only highest incidence

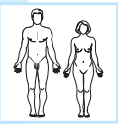
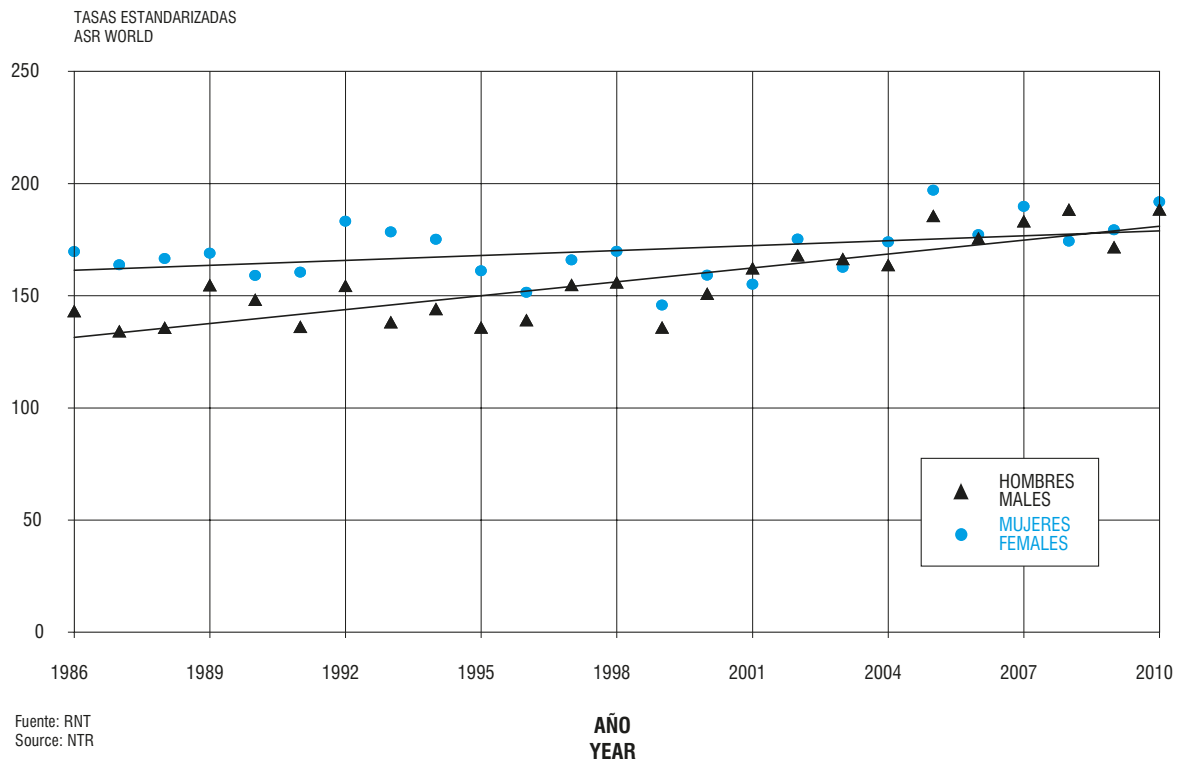


GRÁFICO / FIGURE 9

**TODOS LOS SITIOS MENOS PIEL. TENDENCIA DE LA INCIDENCIA POR SEXO
RESIDENTES EN QUITO. 1986-2010**
ALL SITES BUT SKIN. INCIDENCE TREND BY SEX. QUITO RESIDENTS. 1986-2010



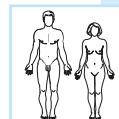
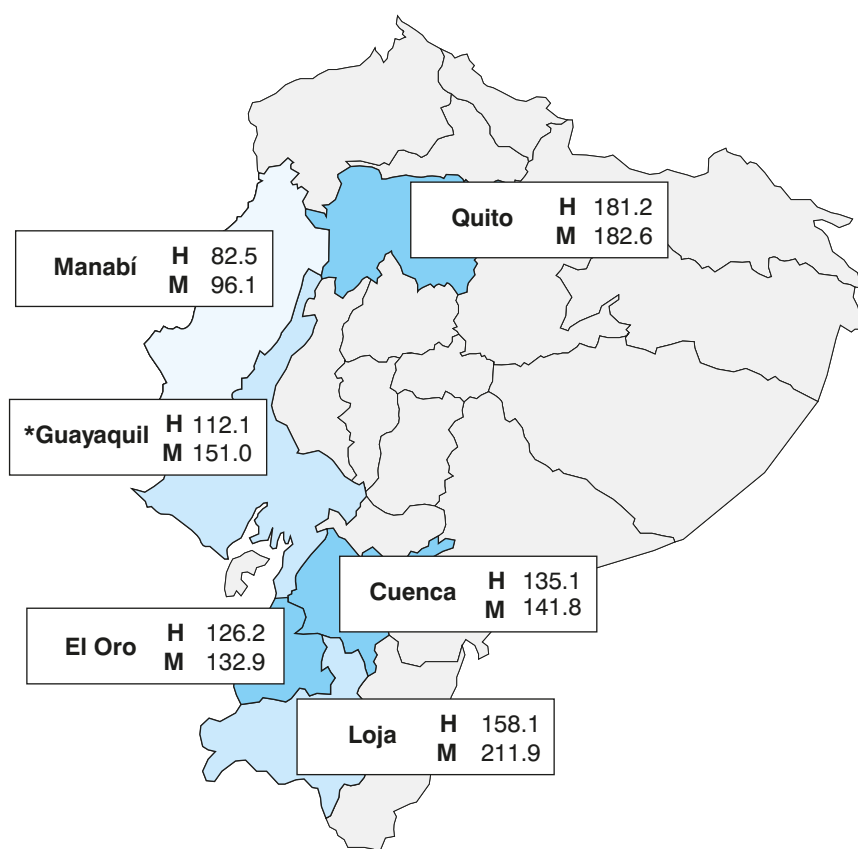
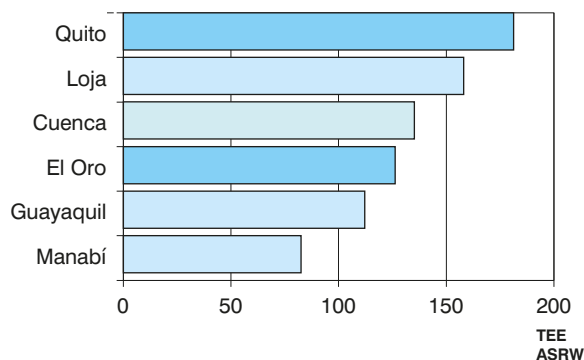


GRÁFICO / FIGURE 10

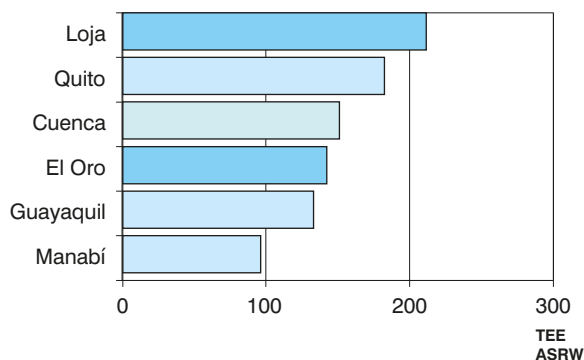
TODOS LOS SITIOS MENOS PIEL
TASAS DE INCIDENCIA ESTANDARIZADA EN REGISTROS DE CÁNCER DEL ECUADOR
ALL SITES BUT SKIN. STANDARDIZED INCIDENCE RATE IN ECUADOR CANCER REGISTRIES



HOMBRES/MALES



MUJERES/FEMALES



REGISTRO REGISTRY	HOMBRES / MALES			MUJERES / FEMALES		
	No de casos Cases	Tasa cruda Crude Rate	Tasa Estandarizada A.S.R. World	No de casos Cases	Tasa cruda Crude Rate	Tasa Estandarizada A.S.R. World
Ciudad de Quito (2006-2010)	6055	159,1	181,2	7386	181,8	182,6
Cantón Cuenca (2006-2009)	1057	118,3	135,1	1411	139,9	141,8
Ciudad de Guayaquil (2007-2008)	2459	112,1		3400	151	
Ciudad de Loja (2006-2008)	411	152,3	158,1	584	199,7	211,9
Provincia del El Oro (2006-2009)	1199	95,5	110	1379	116,1	132,9
Provincia de Manabí (2006-2009)	1988	73,8	82,5	2212	85,1	96,1

* En Guayaquil solo se dispone de la tasa cruda



ESTÓMAGO STOMACH

Dr. Fabián Corral Cordero

*Médico Patólogo
Director Honorario del RNT*

Medical pathologist

Honorary Director of NCR

El cáncer del estómago es la segunda causa de muerte en el mundo después de pulmón, sin embargo, es la cuarta localización en incidencia después del cáncer de pulmón, de mama y de colon-recto. Es por lo tanto una neoplasia de alta letalidad. En nuestro país, con ligeras variaciones en el puesto, ha permanecido durante tres décadas entre las 10 primeras causas de muerte.

En los 25 años de registro, que se publican en este volumen, hay una sostenida tendencia a bajar la tasa de incidencia desde 30,4 x 100.000 en hombres y 20,1 en mujeres en 1985, hasta 21,6 en los primeros y a 14,8 en las segundas en 2010, esta tendencia es constante en la mayor parte de países del mundo.

Contradictoriamente, el número de casos por año ha subido sostenidamente, desde 487 registrados entre 1986-1990, hasta 718 del período 2006-2010 en hombres y en mujeres de 415 casos en el primero quinquenio a 620 en el último período, que se explica por el incremento de la población de la ciudad.

Estamos publicando dos tablas, contienen el número de casos distribuidos por edad en cada uno de los 25 años de registro y el número total de casos, 3.094 en hombres y 2.645 en mujeres. En los hombres 68% de casos se han diagnosticado en personas de más de 60 años y en las mujeres el 69%.

Es interesante anotar también que la tasa de mortalidad ha bajado de 17,1 x 100.000 habitantes en el primer período (1986-1990) a 14,8 x 100.000 hombres y de 12,0 a 9,5 x 100.000 mujeres en el último período (2006-2010).

Cuando hablamos del número de casos que se han registrado en estos 25 años es necesario aclarar que los datos se refieren solamente a los que se presentan entre los habitantes de Quito, pero a esta ciudad llegan en búsqueda de atención de varias provincias del Ecuador, de tal manera que los pacientes de cáncer gástrico, así como de todas las localizaciones, alcanzan más del doble de personas atendidas en Quito, dato que tiene gran relevancia para los servicios de salud.

La gran letalidad de este tumor maligno se explica en parte por su leve sintomatología en etapas iniciales, razón por lo que un gran volumen de pacientes se atienden en estadios clínicos tardíos. El 58% de los tumores estadificados en hombres y mujeres corresponden al estadio IV, mientras que en estadios tempranos I y II, según el sistema TNM, potencialmente curables, llegan apenas al 26%. Sin embargo, en el quinquenio 86-90 este grupo constituía el 8%.

Por último, un interesante fenómeno que se está produciendo en muchos lugares del mundo, también en

The Gastric cancer is the second leading cause of death worldwide after lung cancer, however it is located fourth in incidence, after lung, breast, colon and rectal cancer, is therefore a highly lethal neoplasm. In our country it has remain for three decades as one of the top 10 causes of death, with slight variations in the position.

In the 25 years of registry published in this volume, there is a sustained tendency to lower incidence rate (figure 18), from 30.4 per 100,000 in men and 20.1 for women in 1985 to 21.6 in the firsts and 14.8 in the seconds, in 2010, this tendency is constant in most of the countries worldwide.

The number of cases per year has risen steadily from 487 cases in the 1986-1990 period, to 718 cases in the period 2006-2010 in men and women from 415 cases in the first five years to 620 in the last, which is explained by the increase in the population of the city.

We are also publishing two charts containing the number of cases distributed by age in each of the 25 years of registry and the total number of cases 3,094 in men and 2645 in women. In men 68% of cases are diagnosed in people over age 60 and women at 69%.

It is also interesting to note that the mortality rate has dropped from 17.1 per 100,000 inhabitants in the first period (1986-1990), to 14.8 per 100,000 men and from 12.0 to 9.5 per 100,000 women in the last period (2006-2010).

When we talk about the number of cases that have been registered in these 25 years, it is necessary to clarify that the data refers only to those occurring among the inhabitants of Quito, but people from many provinces of Ecuador come to this city in search of attention, so that patients with gastric cancer, as well as all locations by year, reaching more than twice the number of people attended in Quito, data that have great relevance to health services.

The high lethality of this malignant tumor is partly because it does not cause but mild symptoms in its early stages so that a large volume of patients get aware of the illness in late clinical stages, so that 58% of tumors in men and women correspond stage IV while in early stages I and II, according to the TNM system, potentially curable, reaching the 26% in the last 5 year period, although it was 8% in the first 5 years.

Finally an interesting phenomenon that is occurring in many parts of the world and also in Quito is that epithelial neoplasms, called well differentiated or intestinal adenocarcinoma, that is related to environmental factors is decreasing from 80% in the first period to 60% in the



Quito, es que las neoplasias epiteliales, llamadas bien diferenciadas o adenocarcinoma intestinal, que se las relaciona a factores ambientales, está bajando de 80% en el primer período a 60% en el último y el llamado carcinoma mal diferenciado o difuso (de células en anillo de sello), ha alcanzado 27%, mientras que en el primer período fue de 8%.

El lugar que ocupamos, en comparación a los datos de otros registros del mundo y a pesar de que nuestra incidencia va disminuyendo en relación a años anteriores, se mantiene en los mismos puestos, que se explica porque el cáncer gástrico está disminuyendo también en otras partes del mundo. Ocupamos el puesto 16 en los hombres y el puesto 9 en las mujeres.

Es interesante la diferencia tan marcada en la incidencia por nivel de instrucción, siendo mucho más alta en las personas sin instrucción que en los otros grupos poblacionales con mejores niveles educativos. Es evidente que en las personas sin instrucción, aquellas que no tienen recursos, ni propios ni proporcionados por la sociedad, haya mayor incidencia del cáncer del estómago, uno de los considerados como "cáncer de la pobreza".

Hay diferencias de incidencia de este tumor en la ciudad de Quito, comparada con otras zonas del Ecuador. En Loja la tasa es el doble, en Cuenca, cuyos datos se publican también en "Cancer Incidence in Five Continents", Vol. X, en los hombres está en el puesto 24 y en las mujeres en el 10.

last and the one called diffuse or poorly differentiated carcinoma (of the signet ring cells), has reached 27%, the latest period, while it was only 8% in the first period.

Our place in relation to data from other registries in the world, although our incidence is decreasing, it remain in the same positions, as in previous years, which is explained by the fact that gastric cancer is also declining in other parts of world, we occupied the positions 16 in men and 9 in women.

It is interesting that there is such a marked difference in the incidence if calculated by the level of instruction, being much higher in people with no education than in other population groups with high levels of education, it is clear that the uneducated are those who have no resources, nor own or provided by society, stomach cancer is one of the illnesses that have been considered as a "cancer of poverty."

There are differences in the incidence of this tumor in the city of Quito, compared with other parts of Ecuador, Loja is twice the rate, in Cuenca, whose data are also published in "Cancer Incidence in Five Continents", vol. X, in men is ranked 24 and women is rank 10.



TABLA / TABLE 14

ESTÓMAGO NÚMERO DE CASOS POR EDAD Y AÑO DE DIAGNÓSTICO
TASAS CRUDAS Y ESTANDARIZADAS. RESIDENTES EN QUITO. 1986-2010. HOMBRES
STOMACH NUMBER OF CASES BY AGE AND DIAGNOSTIC YEAR
CRUDE AND STANDARDIZED RATES. QUITO RESIDENTS. 1986-2010. MALES



Edad	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL
0-4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5-9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10-14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
15-19	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
20-24	1	1	-	-	-	1	2	-	1	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	1	1	-	2	1	2	15
25-29	2	-	1	-	-	2	1	-	2	-	1	2	1	-	1	5	3	2	2	-	-	1	1	1	1	29
30-34	6	4	2	3	3	3	4	1	5	3	1	3	2	1	3	2	1	4	-	5	1	2	4	2	1	68
35-39	-	2	2	6	3	5	5	3	5	-	4	2	2	5	1	1	6	6	2	1	4	2	4	4	1	76
40-44	3	2	5	3	7	5	2	6	3	3	3	1	9	8	6	9	9	8	7	6	4	9	4	7	3	135
45-49	2	3	5	6	9	3	6	5	3	5	6	9	5	6	9	9	2	3	6	7	10	11	15	8	10	170
50-54	10	10	9	10	13	7	5	5	6	5	9	4	13	13	7	13	8	8	10	14	11	12	11	8	5	230
55-59	5	7	6	14	5	8	12	14	14	10	10	8	11	6	14	17	10	15	8	12	12	13	21	16	13	296
60-64	11	5	9	18	10	22	17	17	12	11	9	18	18	14	10	10	10	11	13	17	12	19	13	15	7	340
65-69	6	14	10	20	24	12	12	13	17	16	13	11	11	14	11	15	13	13	9	19	23	15	22	11	21	375
70-74	16	6	12	12	9	17	14	18	20	11	19	15	20	10	15	18	26	17	15	24	19	17	21	27	28	438
75+	28	28	29	19	30	30	29	32	33	35	30	31	28	26	33	43	57	45	58	53	46	71	43	36	48	968
Desc. / Unk	3	1	3	2	2	1	12	1	-	-	1	1	1	1	1	1	-	2	-	4	2	-	-	1	1	41
Total / All	94	83	93	113	115	116	121	115	122	99	107	107	121	104	111	144	145	134	130	163	145	173	161	137	141	3094
TCr / CrR	18,3	15,8	16,5	19,9	21,6	20,9	21,2	19	20,6	16,3	16	15,9	17	15	16,2	20,5	20,8	18,5	16,8	21,9	18,8	21,7	20,5	16,7	16,7	
TEE / ASRW	29,1	25,5	26,7	34,3	36,3	34	30	29,8	30,6	23,9	22,5	22,4	23,9	20,1	20,4	24,8	24,2	21,4	18,9	25,4	22,1	24,6	23,6	19,1	18,8	

TABLA / TABLE 15

ESTÓMAGO NÚMERO DE CASOS POR EDAD Y AÑO DE DIAGNÓSTICO
TASAS CRUDAS Y ESTANDARIZADAS. RESIDENTES EN QUITO. 1986-2010. MUJERES
STOMACH NUMBER OF CASES BY AGE AND DIAGNOSTIC YEAR
CRUDE AND STANDARDIZED RATES. QUITO RESIDENTS. 1986-2010. FEMALES



Edad	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL
0-4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5-9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10-14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15-19	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	1	4
20-24	-	1	-	-	-	2	-	1	-	-	1	1	1	1	-	-	1	-	2	-	-	-	-	1	1	13
25-29	2	2	-	1	1	2	-	3	2	-	-	2	1	1	-	2	-	2	2	-	2	1	1	1	2	35
30-34	-	1	2	1	3	6	1	1	4	3	3	5	2	4	1	1	3	3	6	6	2	4	4	4	5	75
35-39	3	4	4	5	3	2	4	-	3	4	6	5	6	7	5	5	5	3	4	5	5	4	10	8	3	117
40-44	3	3	7	3	3	2	3	7	9	5	5	6	6	1	8	9	2	8	6	4	7	7	6	6	10	137
45-49	1	9	8	3	4	3	3	9	2	6	5	8	4	5	1	5	10	4	1	11	5	8	6	9	13	143
50-54	7	4	7	9	5	10	4	8	5	3	2	5	9	7	6	4	13	5	4	8	8	10	7	6	12	175
55-59	5	6	2	3	1	6	10	9	12	8	8	13	11	8	2	3	8	7	9	7	9	8	9	12	10	190
60-64	11	6	7	10	4	10	6	16	14	10	7	17	10	8	6	7	14	7	9	10	6	10	18	12	11	251
65-69	10	11	10	11	11	16	10	10	9	7	9	9	15	15	8	7	11	5	9	22	11	23	11	17	12	301
70-74	11	12	12	11	13	10	10	11	10	10	12	9	12	8	15	13	11	15	9	23	23	14	9	15	14	325
75+	28	26	31	29	23	30	38	35	28	31	38	31	41	33	28	42	42	45	47	48	46	45	44	48	37	955
Desc. / Age Unk	1	2	4	1	1	-	-	1	-	-	1	1	-	-	1	-	-	1	-	1	1	2	-	-	-	19
Total / All	82	87	94	87	72	97	91	111	99	87	96	110	121	96	84	98	118	105	105	145	130	135	125	139	131	2645
TCr / CrR	14,6	15	16	14,3	12,3	15,7	14,7	16,7	14,5	12,8	13,9	14	16,4	12,1	11,1	12,9	15,3	13,1	12,4	17,6	15,6	15,9	14,6	15,4	14,8	
TEE / ASRW	20,8	21	21,3	20,3	17	21,5	18,8	21,9	18,3	15,4	15,6	16,8	18,2	13,5	11,5	12,5	16,2	12,2	11,5	17,8	14,9	15,7	14,1	14,8	14,3	



TABLA / TABLE 16

ESTÓMAGO. INDICADORES PRINCIPALES SEGÚN SEXO Y PERÍODOS
RESIDENTES EN QUITO. 1986-2010
STOMACH. MAIN INDICATORS BY SEX AND PERIODS. QUITO RESIDENTS. 1986-2010

INDICADORES / INDICATORS	HOMBRES / MALES					MUJERES / FEMALES				
	1986-1990	1991-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2010	1986-1990	1991-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2010
UBICACIÓN* RANK	1	1	2	2	2	3	3	3	3	4
FRECUENCIA RELATIVA (%)* RELATIVE FREQUENCY	19	19,7	13,9	13,7	11,9	11,9	10,9	9,8	8,8	8,4
PROMEDIO DE CASOS POR AÑO AVERAGE CASES PER YEAR	97	112	102	139	144	82	92	93	107	124
PROMEDIO DE MUERTES POR AÑO AVERAGE DEATHS PER YEAR	54	65	70	93	99	51	57	70	73	82
TASA DE INCIDENCIA CRUDA RATE INCIDENCE CRUDE	18,4	19,6	16,0	19,7	18,9	14,4	14,8	13,5	14,3	15,3
TASA DE INCIDENCIA ESTANDARIZADA A.S.R.W. INCIDENCE	30,4	29,5	21,8	22,9	21,6	20,1	19,1	15,0	14,0	14,8
TASA DE MORTALIDAD CRUDA RATE MORTALITY CRUDE	10,3	11,3	10,9	13,2	13,0	8,8	9,1	10,1	9,6	10,1
TASA DE MORTALIDAD ESTANDARIZADA A.S.R.W. MORTALITY	17,1	17,1	14,5	15,1	14,8	12,0	11,4	11,3	9,2	9,5
TASA ACUMULADA 0-74 (%) CUMULATIVE RATE 0-74	3,5	3,5	2,6	2,5	2,5	2,3	2,0	1,7	1,5	1,6
RAZÓN HOMBRE/ MUJER MALE / FEMALE RATIO	1, 2/1	1,2/1	1,1/1	1,3/1	1,2/1					
RAZÓN MORTALIDAD / INCIDENCIA (%) MORTALITY / INCIDENCE RATIO	55,9	57,8	68,2	67,2	68,1	61,3	61,4	75,1	67,3	66,5
% DE VERIFICACIÓN HISTOLÓGICA % OF HISTOLOGICAL VERIFICATION	70,0	69,3	75,8	78,4	81,5	56,4	60,7	66,7	72,5	78,5
% SOLO CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN % DEATH CERTIFICATE ONLY	19,9	20,9	16,4	17,0	13,4	31,5	31,2	24,7	21,5	15,8

*SIN PIEL / BUT SKIN

GRÁFICO / FIGURE 11

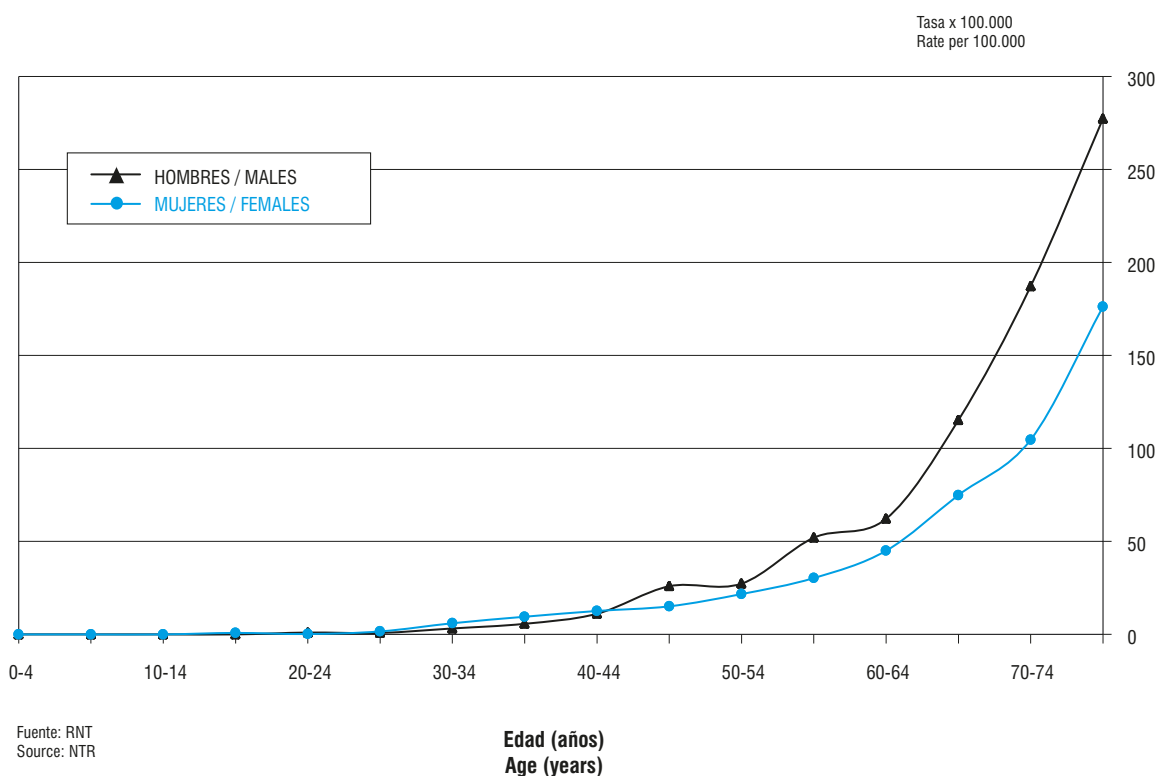
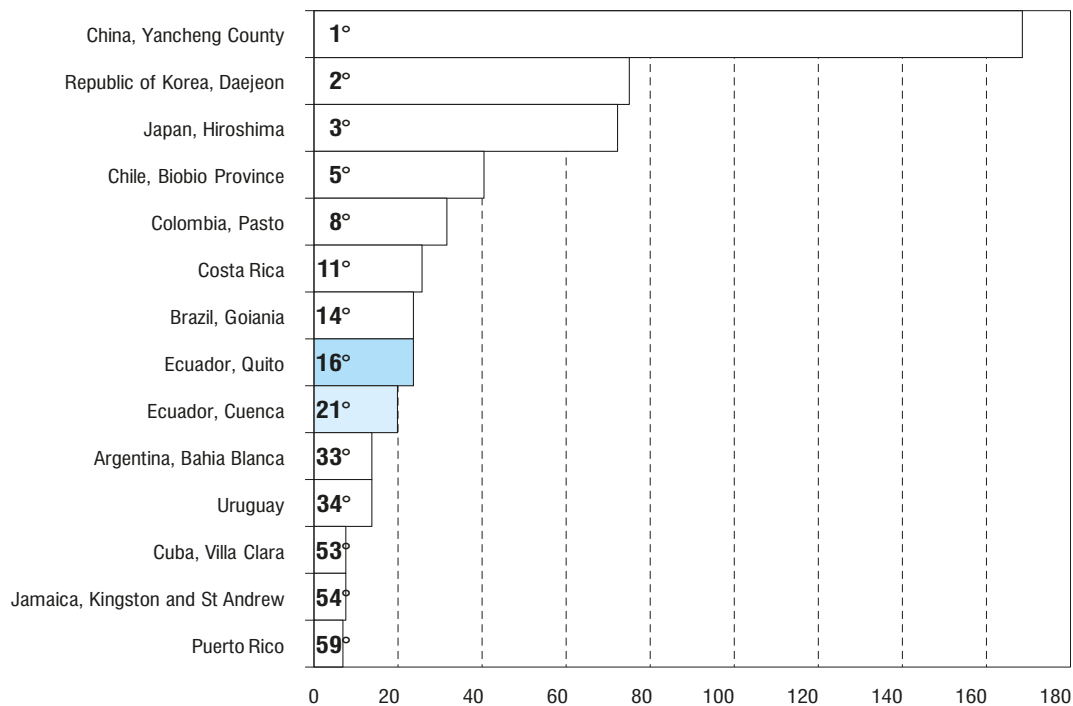
ESTÓMAGO. TASAS DE INCIDENCIA POR EDAD Y SEXO. RESIDENTES EN QUITO. 2006-2010
STOMACH. INCIDENCE RATES BY AGE AND SEX. QUITO RESIDENTS. 2006-2010




GRÁFICO / FIGURE 12

ESTÓMAGO. INCIDENCIAS MÁS ALTAS EN EL MUNDO Y LATINOAMÉRICA. HOMBRES
STOMACH. HIGHEST INCIDENCE RATES IN THE WORLD AND LATINAMERICA. MALES

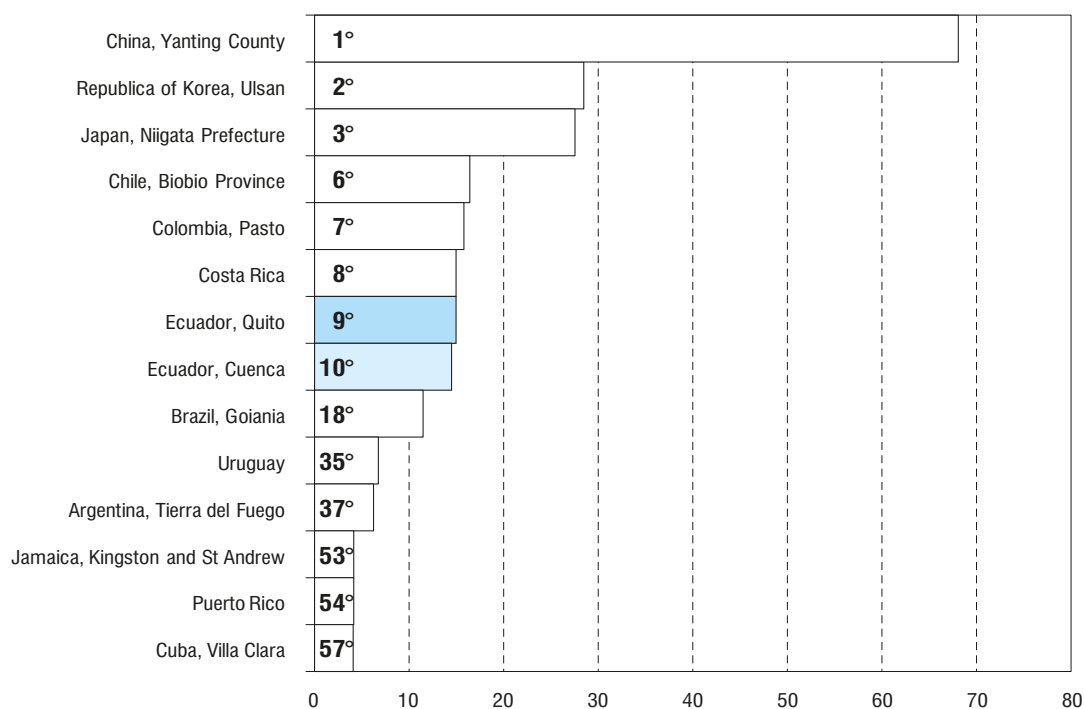


FUENTE/SOURCE: IARC/IACR CI5C. Vol. X (2013)

NOTA: Si un país tiene varios registros, sólo se toma en cuenta la incidencia más alta. (70 países)
 NOTE: If a country has many cancer registries we select only highest incidence

GRÁFICO / FIGURE 13

ESTÓMAGO. INCIDENCIAS MÁS ALTAS EN EL MUNDO Y LATINOAMÉRICA. MUJERES
STOMACH. HIGHEST INCIDENCE RATES IN THE WORLD AND LATINAMERICA. FEMALES



FUENTE/SOURCE: IARC/IACR CI5C. Vol. X (2013)

NOTA: Si un país tiene varios registros, sólo se toma en cuenta la incidencia más alta. (70 países)
 NOTE: If a country has many cancer registries we select only highest incidence



GRÁFICO / FIGURE 14

**ESTÓMAGO. TASAS DE INCIDENCIA POR INSTRUCCIÓN Y SEXO.
RESIDENTES EN QUITO. 2010**

STOMACH. INCIDENCE RATES BY EDUCATION LEVEL AND SEX. QUITO RESIDENTS. 2010

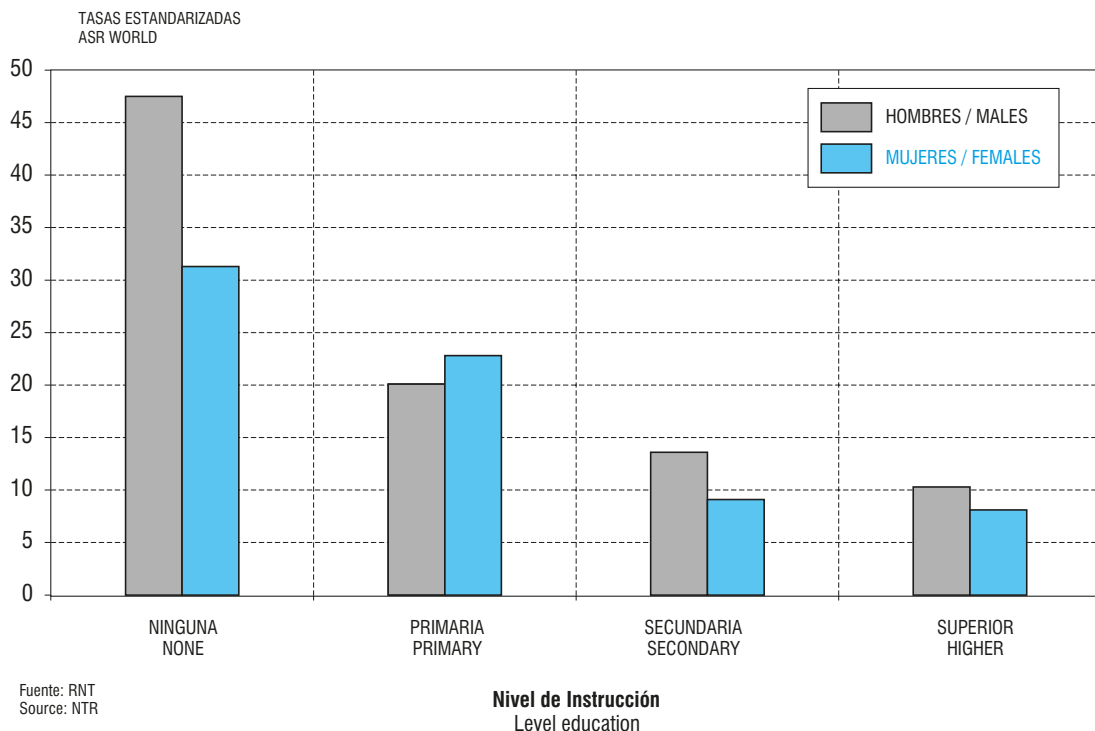


GRÁFICO / FIGURE 15

**ESTÓMAGO. TENDENCIA DE LA INCIDENCIA POR SEXO
RESIDENTES EN QUITO. 1986-2010**

STOMACH. INCIDENCE TREND BY SEX. QUITO RESIDENTS. 1986-2010

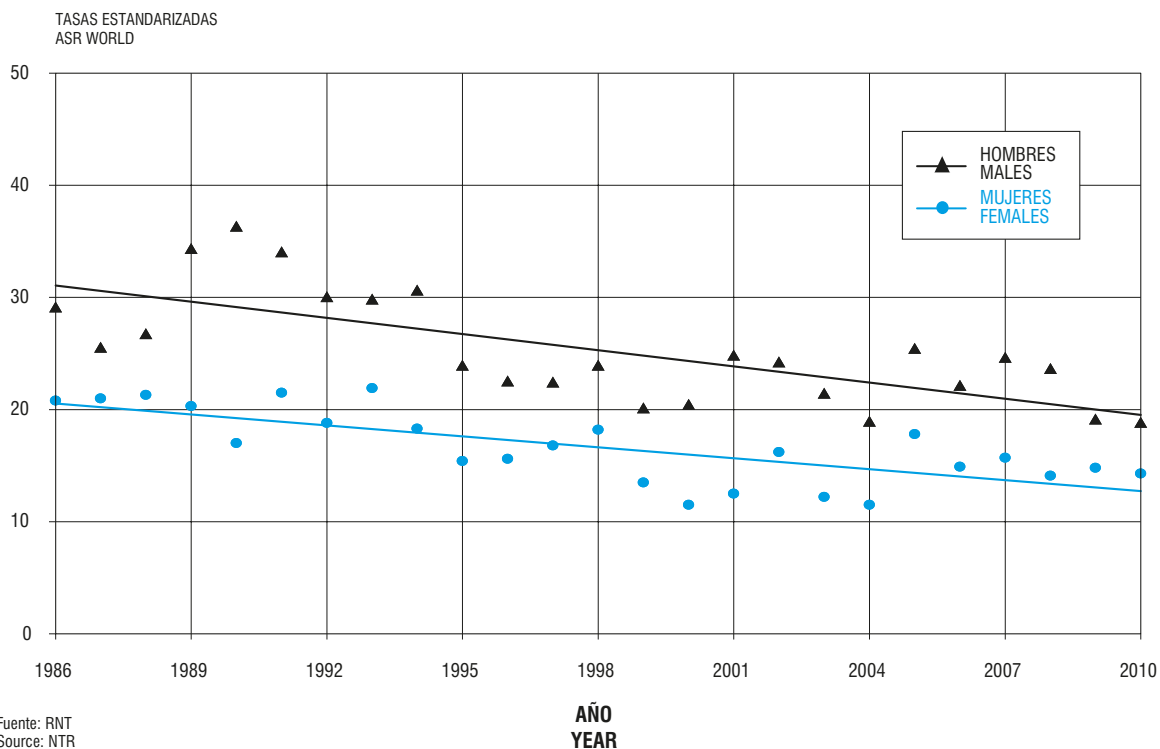
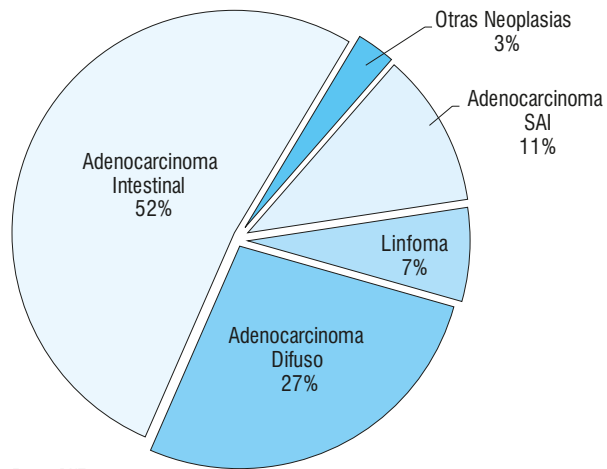




GRÁFICO / FIGURE 16

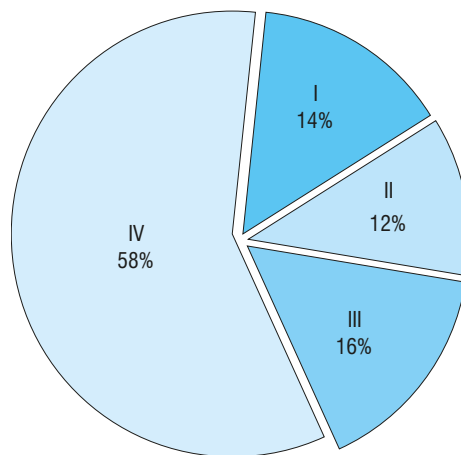
ESTÓMAGO. MORFOLOGÍA. RESIDENTES EN QUITO. 2006-2010
STOMACH. MORPHOLOGY. QUITO RESIDENTS. 2006-2010



Fuente: RNT
Source: NTR

GRÁFICO / FIGURE 17

ESTÓMAGO. ESTADIAJE TNM. RESIDENTES EN QUITO. 2006-2010. HOMBRES
STOMACH. STAGE TNM. QUITO RESIDENTS. 2006-2010. MALES

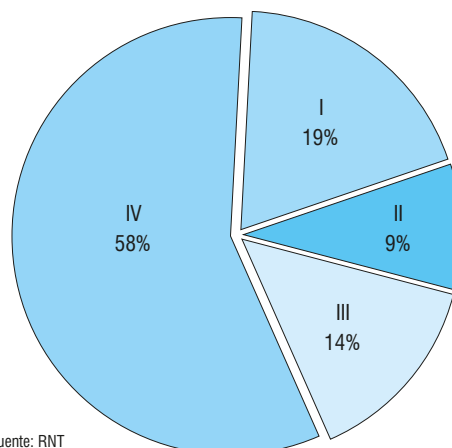


Fuente: RNT
Source: NTR

N: 347

GRÁFICO / FIGURE 18

ESTÓMAGO. ESTADIAJE TNM. RESIDENTES EN QUITO. 2006-2010. MUJERES
STOMACH. STAGE TNM. QUITO RESIDENTS. 2006-2010. FEMALES



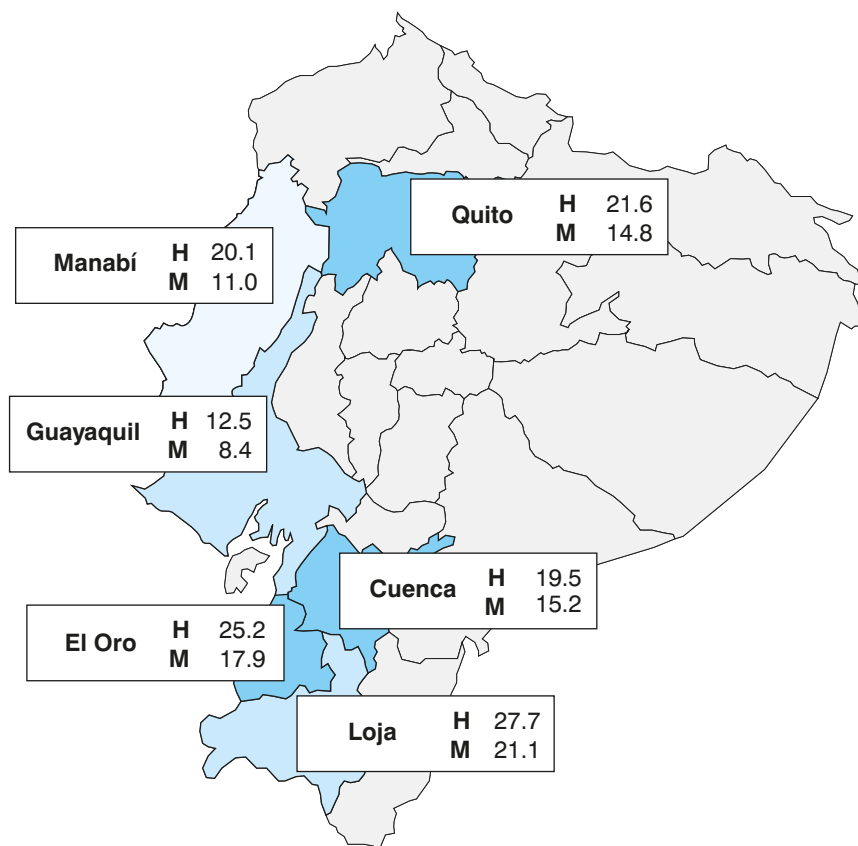
Fuente: RNT
Source: NTR

N: 301

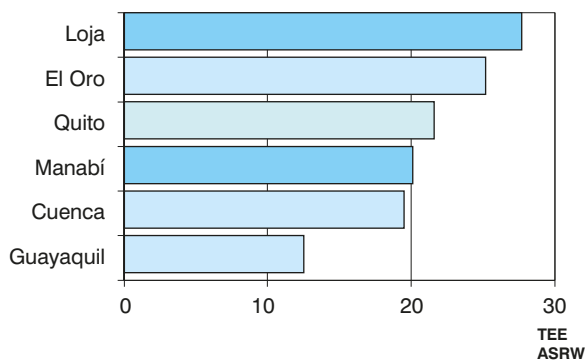


GRÁFICO / FIGURE 19

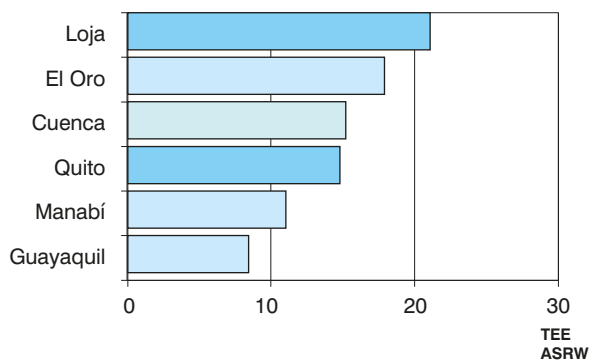
ESTÓMAGO

TASAS DE INCIDENCIA ESTANDARIZADA EN REGISTROS DE CÁNCER DEL ECUADOR
STOMACH. STANDARDIZED INCIDENCE RATE IN ECUADOR CANCER REGISTRIES


HOMBRES/MALES



MUJERES/FEMALES



HOMBRES / MALES

MUJERES / FEMALES

REGISTRO REGISTRY	No de casos Cases	Tasa cruda Crude Rate	Tasa Estandarizada A.S.R. World	No de casos Cases	Tasa cruda Crude Rate	Tasa Estandarizada A.S.R. World
Ciudad de Quito (2006-2010)	718	18,9	21,6	620	15,3	14,8
Cantón Cuenca (2006-2009)	155	17,4	19,5	169	16,8	15,2
Ciudad de Guayaquil (2007-2008)	273	12,5	12,5	192	8,4	8,4
Ciudad de Loja (2006-2008)	75	27,8	27,7	64	21,9	21,1
Provincia del El Oro (2006-2009)	276	22,0	25,2	185	15,6	17,9
Provincia de Manabí (2006-2009)	465	17,3	20,1	258	9,9	11,0



COLON-RECTO

COLON-RECTUM

Dra. Alexandra Montalvo

*Médica Patóloga
Hospital Pablo Arturo Suárez
Dirección Nacional de Prevención y Control, MSP*

Drs. Patricia Cueva y José Yépez

Médicos Epidemiólogos RNT

Medical pathologist

*Pablo Arturo Suarez Hospital
National Office for Prevention and Control. MPH*

Medical Epidemiologists NCR

En el año 2012 murieron 603 personas en el Ecuador por cáncer colorrectal.

La incidencia es creciente en hombres y en mujeres. Podemos observar su comportamiento en 25 años en la ciudad de Quito, desde 1986 al 2010 durante los cuales la tasa estandarizada en hombres se incrementó de 7,4 por 100.000 habitantes, en el quinquenio 1986-1990, hasta 11,8 en 2006-2010. En las mujeres este incremento fue desde 8,6 hasta 10,6. La pendiente de crecimiento, tal como muestra el gráfico de tendencia es superior en hombres. El comportamiento de la mortalidad a través del tiempo también se incrementó en los dos sexos, prácticamente duplicando su valor de 3,2 a 5,9

El cáncer colorrectal pasó a ocupar el cuarto lugar en hombres y el sexto entre las mujeres.

Comparativamente con otras regiones del país la tasa de Quito y la de Loja son las más altas, pero si contrastamos con los 70 países que publican sus datos en Cancer incidence in Five Continents, nuestros valores son bajos. Países como Canadá, Estados Unidos o Japón que tienen en común un alto índice de desarrollo económico, presentan tasas superiores a 60 por 100.000¹.

Es un tumor maligno que se ha convertido en un problema grave de salud pública con un alto costo social y económico para el país.

El estadio del cáncer al momento del diagnóstico determina las opciones del tratamiento. Aproximadamente el 39% de los cánceres de colon y recto son diagnosticados cuando todavía está localizado (estadio I/IIa), 26% después de que se ha diseminado a los ganglios linfáticos regionales (estadio III) o directamente más allá del sitio primario (estadio IIb), 35% son diagnosticados después de que el cáncer ha hecho metástasis (estadio IV). La supervivencia a 5 años para el CCR localizado es del 89.8% y para el que presenta metástasis a distancia del 12.9%². Cuando se evalúa la razón mortalidad/incidencia promedio para hombres y mujeres, es de 58%, es decir por cada 100 casos diagnosticados tenemos 58 fallecimientos.

Los síntomas del cáncer colorrectal (CCR) son inespecíficos y son comunes en estadios avanzados cuando el pronóstico es pobre, pero son menos frecuentes en el CCR temprano. Los pacientes pueden presentar: cambio en los hábitos de evacuación como diarrea, estreñimiento o reducción del diámetro de las heces fecales, tenesmo, sangre roja rutilante por el recto, dolor abdominal, debilidad, cansancio y pérdida inexplicable de peso³. La presentación sintomática permanece siendo la razón más común para efectuar el diagnóstico⁴.

In the year of 2012, 603 people were killed in Ecuador by colorectal cancer.

The incidence is increasing in men and women. We can see what happens in the city of Quito in 25 years, from 1986 to 2010 during which the standardized rate in men increased from 7.4 per 100,000 in the period 1986-1990 to 11.8 in 2006-2010. For females, this increase is from 8.6 to 10.6. The slope of growth, as shown by the trend graph is higher in men. The behavior of mortality over time is also increased in both sexes, virtually doubling its value from 3.2 to 5.9

Colorectal cancer has moved into fourth place in men and sixth among women.

Compared to other regions of the country the rate of Quito and Loja are the highest, but contrasted with the 70 countries that publish their data in Cancer incidence in Five Continents, our values are low. Countries like Canada, United States and Japan that have in common a high rate of economic development, and have rates above 60 per 100,000¹.

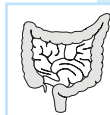
It is a malignant tumor that has become a serious public health problem with a high social and economic cost to the country.

Cancer stage at diagnosis determines treatment options. Approximately 39% of colorectal cancers are diagnosed when they are localized at (stage I / IIa), 26% after it has spread to regional lymph nodes (stage III) or directly beyond the primary site (stage IIb), 35% are diagnosed after the cancer has metastasized (distant stage or stage IV). The 5-year survival for CRC located is 89.8% and for having distant metastases 12.9%². When mortality is incidence ratio. is evaluated, we can look that for every 100 cases diagnosed there are 58 deaths.

Symptoms of colorectal cancer (CRC) are nonspecific and are common in advanced stages when the prognosis is poor, but are less common in the early CRC. Patients may present: change in bowel habits such as diarrhea, constipation, or narrowing of the stool, tenesmus, blood red sparkling on the rectum, abdominal pain, weakness, fatigue and unexplained weight loss³. Symptomatic presentation remains, it is the most common reason for making the diagnosis⁴.

Most CRCs are sporadic (73%) with no known personal or family history. The familial colorectal cancer is 20%. Hereditary CRC syndromes include hereditary nonpolyposis CRC and familial adenomatous polyposis. The first occurs in 5-8% and the second in less than 1%⁵.

The etiology of cancer is multifactorial. In addition to genetic predisposition, there are a number of factors that



La mayoría de los CCR son esporádicos (73%), sin antecedentes familiares o personales conocidos. El cáncer colorrectal familiar constituye el 20%. Los síndromes de CCR hereditario incluyen el CCR no poliposo hereditario y la poliposis adenomatosa familiar. El primero se presenta en un 5-8% y el segundo en menos del 1%⁵.

La etiología del cáncer es multifactorial. Además de su predisposición genética, existen una serie de factores que aumentan la posibilidad de que se presente esta enfermedad. Entre ellos están: más de 50 años de edad, el sexo masculino y la raza negra. Entre los factores ambientales están: una dieta rica en grasa animal y pobre en frutas, vegetales y fibra, el sedentarismo, el tabaco, el alcohol, la obesidad y la diabetes^{6,7}.

La secuencia adenoma-carcinoma en la que los adenomas se desarrollan a tumores malignos está bien establecida. Sin embargo, la mayor parte del carcinoma colorrectal se origina a partir de la mucosa, independiente del adenoma. (Carcinoma de novo: 70-80%, carcinoma con secuencia adenoma-carcinoma: 20-30%)⁸.

Al menos un tercio de todos los casos de cáncer pueden prevenirse. La prevención constituye la estrategia a largo plazo más costoeficaz para el control del cáncer⁹.

Las pruebas de cribado del CCR tradicionales incluyen la detección de sangre oculta en heces (SOH) con el método de guayaco y la colonoscopia. Las nuevas pruebas incluyen la detección inmunológica de SOH (SOHi), el análisis de ADN fecal y la colonoscopia virtual. Entre las ventajas del examen de SOHi están: la buena adherencia de los pacientes, fácil de realizar, no requiere restricciones dietéticas y no es invasivo. Además, la evidencia demuestra que hay una reducción de la tasa de mortalidad por CCR practicando anualmente el SOHi^{10,11}.

En el mes de agosto del año 2012, se firmó un Memorando de Entendimiento entre el Ministerio de Salud Pública (MSP) y la Universidad Médica y Dental de Tokio (TMDU), con el fin de implementar el tamizaje de CCR a nivel estatal. El proyecto piloto se llevó a cabo en el hospital "Pablo Arturo Suárez". Hasta el momento han participado 5.495 personas, de ellas, 322 presentaron resultados positivos para investigación inmunológica de sangre oculta en heces en equipo automatizado. Se realizaron 179 procedimientos colonoscópicos. Se encontraron 68 lesiones neoplásicas y dentro de ellas: 14 cánceres (11 tempranos y 3 avanzados) y 54 lesiones adenomatosas. La tasa de detección de cáncer entre los pacientes en los que se realizó colonoscopia fue de 7,8%. Lo importante es detectar las lesiones cuando aún son curables. El estado ecuatoriano ahorrará recursos, pues los costos de la implementación del tamizaje de CCR, como estrategia nacional serán inferiores, a los que se requieren para el tratamiento de los pacientes que presentan cáncer avanzado, y que no garantiza la sobrevivencia de ellos.

increase the possibility to present this disease. These include: more than 50 years of age, male sex, and black race. The environmental factors are: a diet high in animal fat and poor in fruits, vegetables and fiber, sedentary lifestyle, tobacco, alcohol, obesity and diabetes^{6,7}.

The adenoma-carcinoma sequence when adenomas develop malignancies is well established. However, the majority of colorectal carcinoma arises from the mucosa, independently of adenoma. (De novo carcinoma: 70-80%, carcinoma with adenoma-carcinoma sequence: 20-30%)⁸.

At least one third of all cancer cases are preventable. The prevention strategy is the most cost-effective long-term control of cancer⁹.

Screening tests include the traditional CRC detecting fecal occult blood (SOH) with guaiac method and colonoscopy. The new tests include immunological detection of SOH, the analysis of fecal DNA and virtual colonoscopy. Among the advantages of examining SOH are: Good adherence patient, easy to perform, does not require dietary restriction and is noninvasive. Furthermore, evidence shows that there is a reduction in CRC mortality rate annually practicing SOHi^{10,11}.

In August of 2012, a Memorandum of Understanding between the Ministry of Public Health (MSP) and the Medical and Dental University, Tokyo (TMDU), was signed in order to implement screening CRC statewide. The pilot project was carried out in the hospital "Pablo Arturo Suarez". So far 5,495 people have participated, of which 322 had positive results for research immunochemical fecal occult blood in automated equipment. 179 colonoscopic procedures were performed. 68 neoplastic lesions were found and within them, 14 cancers (11 early and 3 advanced) and 54 adenomatous lesions. The detection rate of cancer among patients in whom colonoscopy was performed was 7.8%. The important thing is to detect lesions when they are still curable. The Ecuadorian state will save resources, as the costs of implementing the CRC screening as a national strategy will be lower than the cost of those required for the treatment of patients with advanced cancer, and does not guarantee the survival of them.

1. International Agency for Research on Cancer. Globocan 2012: Estimated cancer incidence, mortality and prevalence world wide in 2012. Disponible en: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx.
2. Surveillance, epidemiology, and end results program fast stats: Colon and Rectum Cancer. Disponible en: <http://seer-cancer.gov/>. Acceso Junio 26, 2014.
3. Sociedad Americana del cáncer. Detección temprana del cáncer colorrectal. Disponible en: <http://www.cancer.org>. Acceso Junio 26, 2014.
4. Tsai S & Gearhart S. Presentación y evaluación inicial del cáncer colorrectal. En: Yang S. Cáncer colorrectal. New York: Ed. Elsevier; 2012. p. 18.
5. Contribución de las causas familiares y hereditarias con los casos de cáncer colorrectal. Disponible en: www1.genetic.solutions.com.
6. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Cáncer colorrectal en personas de 15 años y más. Santiago: Minsal; 2012.
7. Guía de Práctica Clínica. Prevención del cáncer colorrectal. Barcelona: Ed. Elsevier; 2009. p. 39-47.
8. Kyoichi Nakamura. Estructura del carcinoma rectocolónico; 2003. Hospital de la Cruz Roja Yokohama. p.65.
9. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/prevention/es/>. Acceso Junio 27, 2014.
10. Yoshinobu Eishi. Fecal occult blood tests and their pitfalls; 2003. Universidad Médica y Dental de Tokio. p. 22-39.
11. Kafrouni M & Kwon J. Examen de sangre oculta en heces. p.75-81. En: Yang S. Cáncer colorrectal. New York: Ed. Elsevier; 2012. p. 18.



TABLA / TABLE 17

**COLON-RECTO. NÚMERO DE CASOS POR EDAD Y AÑO DE DIAGNÓSTICO
TASAS CRUDAS Y ESTANDARIZADAS. RESIDENTES EN QUITO. 1986-2010. HOMBRES**
**COLON-RECTUM. NUMBER OF CASES BY AGE AND DIAGNOSTIC YEAR
CRUDE AND STANDARDIZED RATES. QUITO RESIDENTS. 1986-2010. MALES**



Edad	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL
0-4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5-9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10-14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15-19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	1	2	-	-	6
20-24	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	1	1	2	-	-	2	-	1	-	-	2	-	1	-	1	13
25-29	-	1	-	-	-	1	-	-	-	2	1	1	1	1	-	3	1	-	1	3	-	2	1	1	2	24
30-34	1	-	-	1	-	-	-	3	1	2	1	3	3	1	4	1	1	1	1	-	1	1	2	2	4	34
35-39	1	1	2	-	-	1	2	3	3	1	2	-	4	1	3	1	2	3	2	7	-	-	2	3	3	47
40-44	3	3	2	1	1	2	1	2	-	2	1	2	1	5	2	2	4	6	1	6	7	1	3	7	4	70
45-49	-	-	2	2	1	-	1	1	1	2	1	3	2	4	1	2	3	2	5	6	6	1	3	2	7	58
50-54	4	4	1	2	-	1	1	4	7	4	3	5	5	3	1	3	3	4	3	6	3	5	10	4	4	92
55-59	1	3	3	3	-	3	2	2	4	2	4	4	3	3	4	11	2	4	9	6	9	11	8	7	14	127
60-64	3	1	3	4	2	4	-	5	4	2	-	5	7	3	6	8	3	5	7	8	5	9	7	11	14	128
65-69	3	3	1	6	1	5	7	5	3	4	5	10	5	5	4	9	5	9	10	10	6	6	11	8	14	157
70-74	2	1	2	5	5	1	3	2	8	5	6	6	3	7	6	7	3	8	3	9	10	9	13	9	15	149
75+	3	7	8	7	7	8	5	4	7	7	8	11	9	7	11	13	14	16	21	23	19	26	18	17	20	306
Desc. / Unk	-	2	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	1	6
Total / All	21	26	25	31	18	27	22	31	38	33	33	51	45	41	42	62	41	60	63	85	69	72	81	71	103	1191
TCr / CrR	4,2	5,1	4,5	5,6	3,3	4,9	3,9	4,9	6,5	5	5,4	7,5	7	6,1	6,3	9,1	5,8	8,2	8,8	10,6	9,2	9,5	10,5	9,1	12,4	
TEE / ASRW	7	7,3	7	10	5,3	7,9	6,4	7,7	9,8	6,9	7,3	10,6	9,2	7,9	7,9	11,9	6,7	9,9	10,6	12,1	10,6	10,9	12,3	10,5	14,4	

TABLA / TABLE 18

**COLON-RECTO. NÚMERO DE CASOS POR EDAD Y AÑO DE DIAGNÓSTICO
TASAS CRUDAS Y ESTANDARIZADAS. RESIDENTES EN QUITO. 1986-2010. MUJERES**
**COLON-RECTUM. NUMBER OF CASES BY AGE AND DIAGNOSTIC YEAR
CRUDE AND STANDARDIZED RATES. QUITO RESIDENTS. 1986-2010. FEMALES**



Edad	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL
0-4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
05-09	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
10-14	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
15-19	-	-	-	1	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	-	-	1	1	-	-	10
20-24	-	-	1	2	-	2	-	2	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	1	-	1	-	-	1	12
25-29	-	2	-	1	2	-	1	-	3	-	-	2	2	3	-	-	1	2	1	2	1	1	2	3	2	31
30-34	-	1	2	1	1	2	-	1	-	1	1	3	4	2	1	1	2	2	4	1	2	2	2	4	-	41
35-39	1	1	2	1	1	2	3	1	5	3	3	3	2	3	1	2	4	2	2	3	6	6	2	6	2	67
40-44	5	5	2	-	-	3	4	2	3	5	3	4	2	1	1	-	1	3	1	4	4	5	4	3	3	68
45-49	-	1	-	3	1	1	2	3	3	2	3	1	2	1	6	2	7	3	5	4	3	3	4	8	8	77
50-54	5	-	3	5	3	4	5	1	7	1	-	4	4	5	3	6	4	3	6	8	11	8	8	13	6	124
55-59	6	1	-	1	1	2	5	3	4	3	1	4	4	2	5	8	3	4	3	9	9	7	6	3	9	107
60-64	1	3	3	3	2	5	9	2	2	2	8	5	4	5	7	5	4	8	4	8	5	10	12	8	6	135
65-69	7	7	7	8	2	4	5	3	10	7	4	4	3	7	7	10	10	7	9	9	8	11	5	10	11	178
70-74	3	1	5	3	8	3	6	7	6	2	5	2	4	3	6	12	5	11	9	6	6	9	8	8	12	153
75+	5	12	10	11	8	8	13	19	19	11	12	15	14	13	22	14	15	23	34	28	24	30	24	39	25	451
Desc. / Unk	1	-	-	1	1	-	1	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	2	10
Total / All	34	36	35	41	31	37	54	45	64	37	40	47	45	45	61	60	57	69	79	83	79	95	78	106	87	1445
TCr / CrR	6,3	6,4	6	6,8	5,4	6,2	8,1	7,1	9,9	5,7	6	6,9	6,4	6,4	8,4	8,2	7,4	9	9,9	10,3	10	11,9	9,5	12,6	10,4	
TEE / ASRW	9,3	8,6	8,5	9,4	7,2	8,4	11	8,5	12	6,9	7,4	7,7	7	7,2	9,2	9,6	8,1	9,4	9,6	10,5	9,9	11,7	9,4	11,7	10	

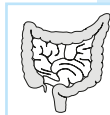


TABLA / TABLE 19

**COLON-RECTO. INDICADORES PRINCIPALES SEGÚN SEXO Y PERÍODOS
RESIDENTES EN QUITO. 1986-2010**
COLON-RECTUM. MAIN INDICATORS BY SEX AND PERIODS. QUITO RESIDENTS. 1986-2010

INDICADORES / INDICATORS	HOMBRES / MALES					MUJERES / FEMALES				
	1986-1990	1991-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2010	1986-1990	1991-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2010
UBICACIÓN* RANK	6	5	4	4	4	5	4	6	6	6
FRECUENCIA RELATIVA (%)* RELATIVE FREQUENCY	4,8	5,1	5,6	5,9	6,4	5,1	5,5	5,0	5,6	6,0
PROMEDIO DE CASOS POR AÑO AVERAGE CASES PER YEAR	24	29	41	60	77	35	46	47	67	88
PROMEDIO DE MUERTES POR AÑO AVERAGE DEATHS PER YEAR	10	13	22	35	40	14	22	29	38	45
TASA DE INCIDENCIA CRUDA RATE INCIDENCE CRUDE	4,5	5,1	6,5	8,5	10,1	6,2	7,4	6,8	9,0	10,9
TASA DE INCIDENCIA ESTANDARIZADA A.S.R.W. INCIDENCE	7,4	7,7	8,5	10,2	11,8	8,6	9,3	7,7	9,5	10,6
TASA DE MORTALIDAD CRUDA RATE MORTALITY CRUDE	1,9	2,3	3,5	4,9	5,3	2,5	3,6	4,3	5,0	5,5
TASA DE MORTALIDAD ESTANDARIZADA A.S.R.W. MORTALITY	3,2	3,5	4,6	5,9	5,9	3,3	4,7	4,7	4,8	5,2
TASA ACUMULADA 0-74 (%) CUMULATIVE RATE 0-74	0,8	1,0	1,0	1,2	1,4	1,0	1,0	0,8	1,1	1,1
RAZÓN HOMBRE/ MUJER MALE / FEMALE RATIO	0,7/1	0,6/1	0,9/1	0,9/1	0,9/1					
RAZÓN MORTALIDAD / INCIDENCIA (%) MORTALITY / INCIDENCE RATIO	24,6	44,8	53,6	57,7	52,5	40,7	48,7	62,3	56,0	52,3
% DE VERIFICACIÓN HISTOLÓGICA % OF HISTOLOGICAL VERIFICATION	73,9	82,7	80,2	86,3	92,7	80,8	66,1	78,1	82,6	87,8
% SOLO CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN % DEATH CERTIFICATE ONLY	12,2	9,2	6,3	8,1	4,9	22,0	17,8	17,0	10,5	6,6

*SIN PIEL / BUT SKIN

GRÁFICO / FIGURE 20

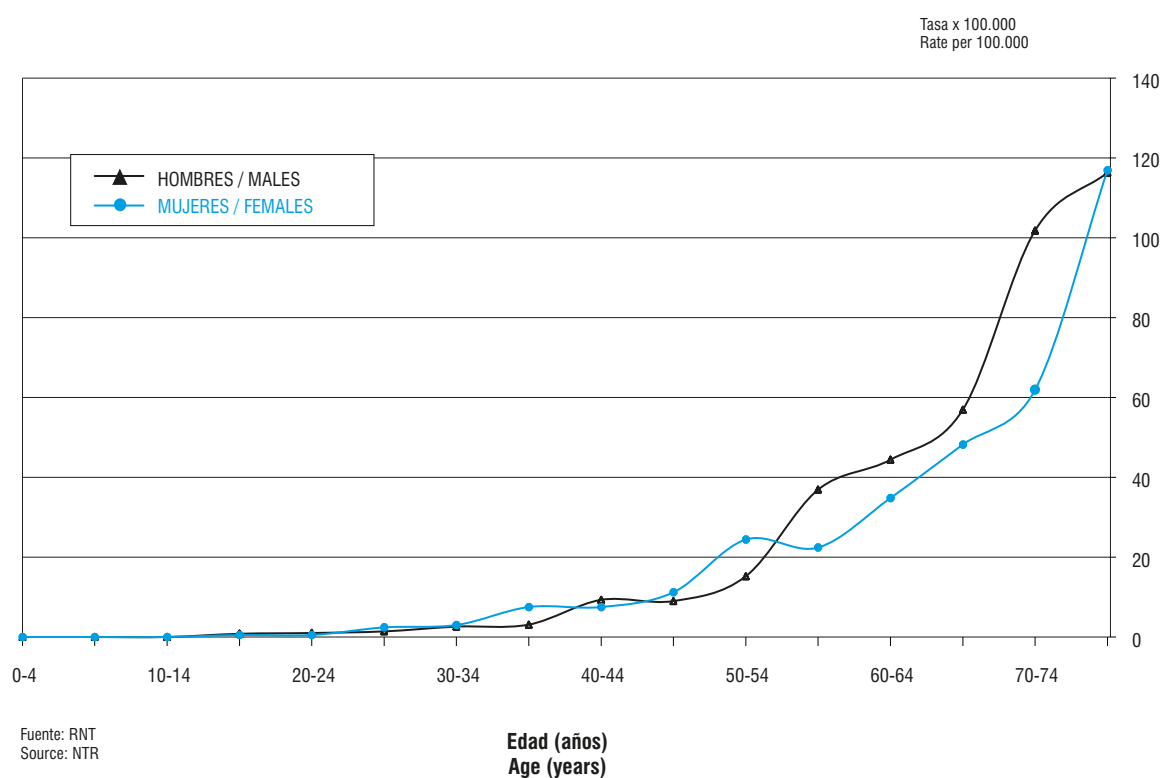
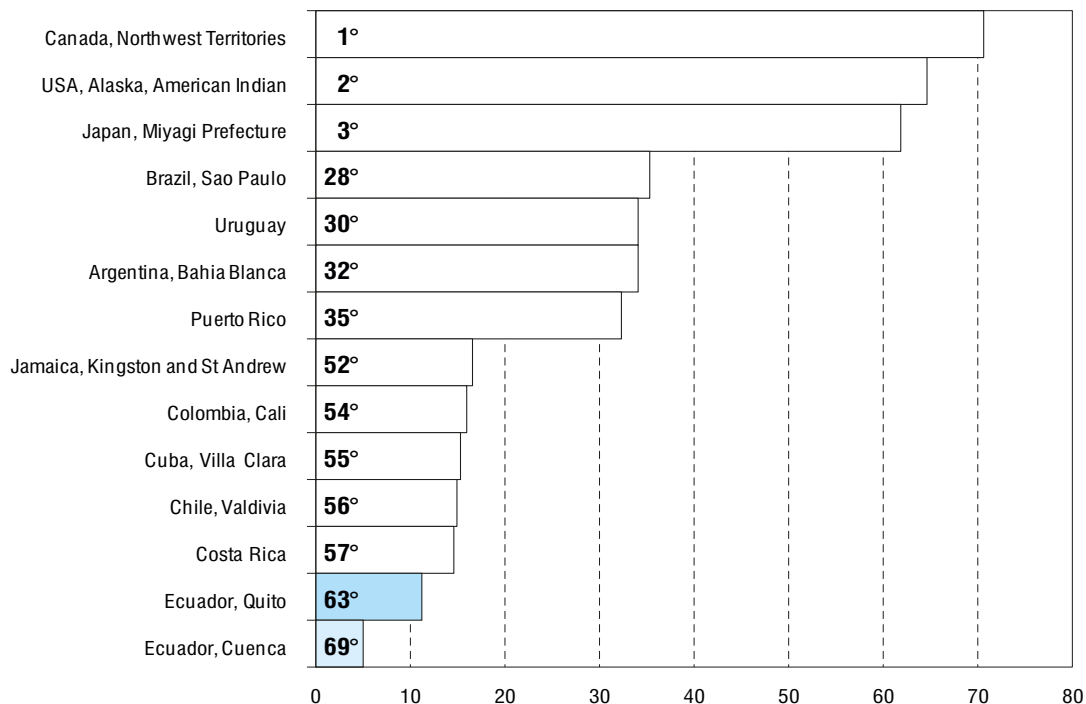
COLON-RECTO. TASAS DE INCIDENCIA POR EDAD Y SEXO. RESIDENTES EN QUITO. 2006-2010
COLON-RECTUM. INCIDENCE RATES BY AGE AND SEX. QUITO RESIDENTS. 2006-2010




GRÁFICO / FIGURE 21

COLON-RECTO. INCIDENCIAS MÁS ALTAS EN EL MUNDO Y LATINOAMÉRICA. HOMBRES
COLON-RECTUM. HIGHEST INCIDENCE RATES IN THE WORLD AND LATINAMERICA. MALES

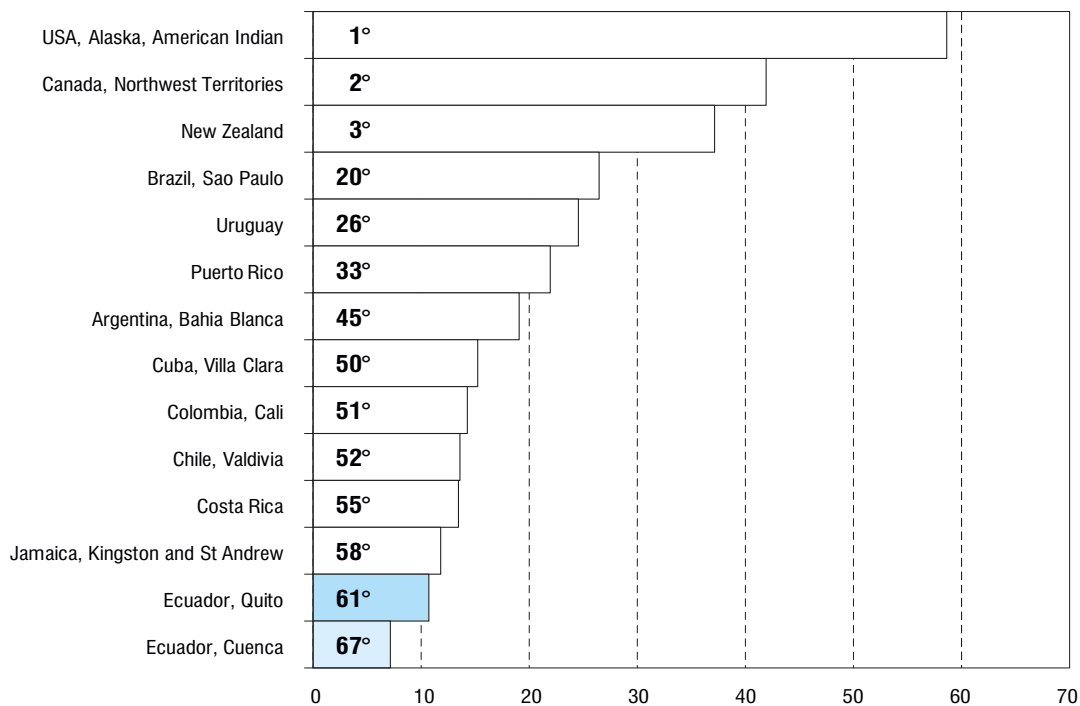


FUENTE/SOURCE: IARC/IACR C15C. Vol. X (2013)

NOTA: Si un país tiene varios registros, sólo se toma en cuenta la incidencia más alta. (70 países)
 NOTE: If a country has many cancer registries we select only highest incidence

GRÁFICO / FIGURE 22

COLON Y RECTO. INCIDENCIAS MÁS ALTAS EN EL MUNDO Y LATINOAMÉRICA. MUJERES
COLON RECTO. HIGHEST INCIDENCE RATES IN THE WORLD AND LATINAMERICA. FEMALES



FUENTE/SOURCE: IARC/IACR C15C. Vol. X (2013)

NOTA: Si un país tiene varios registros, sólo se toma en cuenta la incidencia más alta. (70 países)
 NOTE: If a country has many cancer registries we select only highest incidence



GRÁFICO / FIGURE 23

COLON-RECTO. TASAS DE INCIDENCIA POR INSTRUCCIÓN Y SEXO. RESIDENTES EN QUITO. 2010
COLON-RECTUM. INCIDENCE RATES BY EDUCATION LEVEL AND SEX. QUITO RESIDENTS. 2010

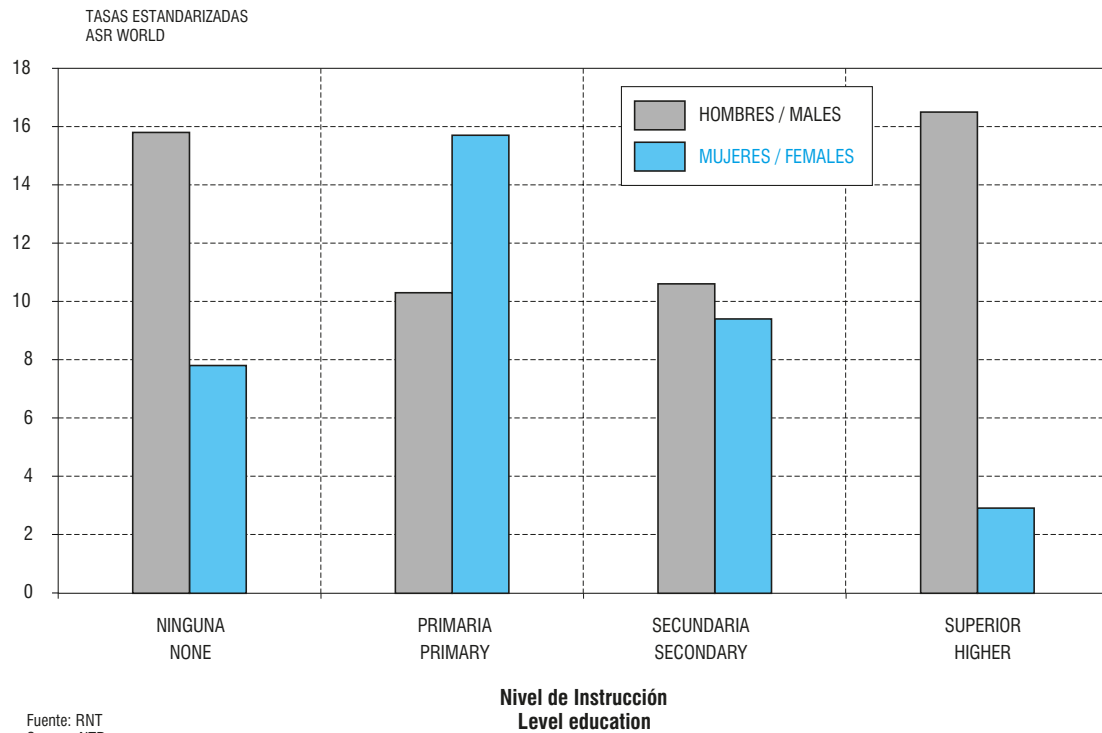


GRÁFICO / FIGURE 24

COLON-RECTO. TENDENCIA DE LA INCIDENCIA POR SEXO. RESIDENTES EN QUITO. 1986-2010
COLON-RECTUM. INCIDENCE TREND BY SEX. QUITO RESIDENTS. 1986-2010

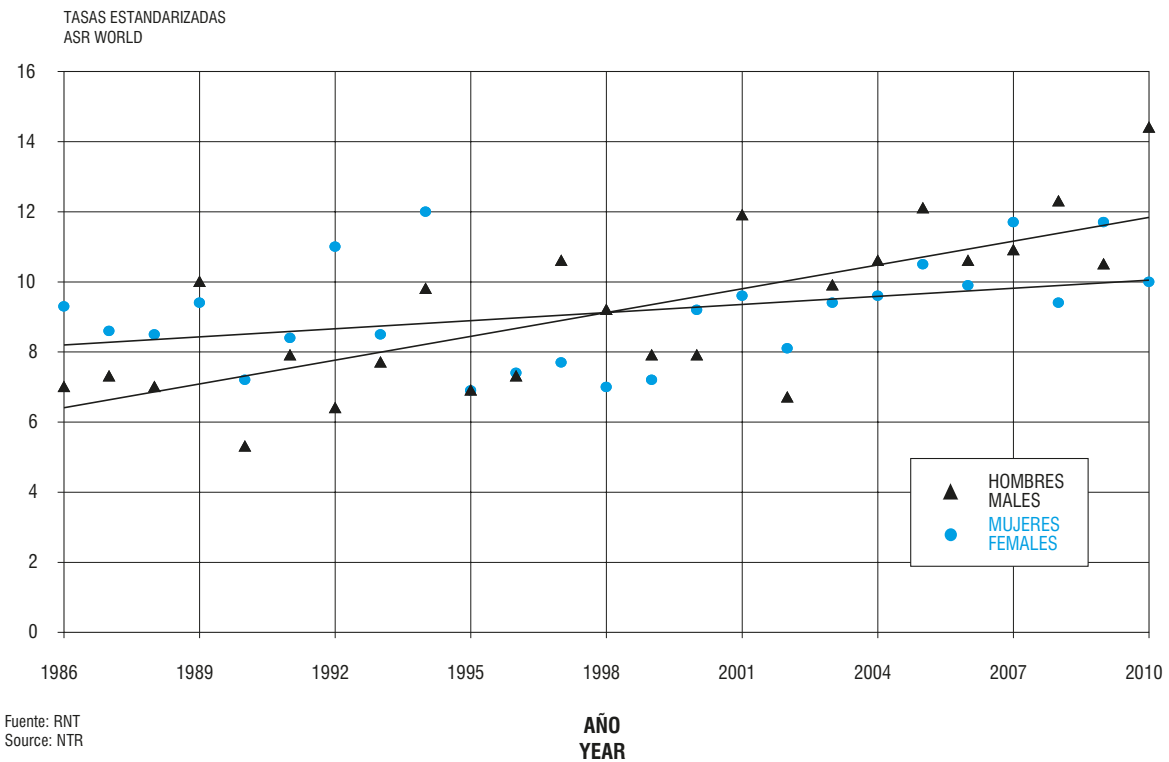




GRÁFICO / FIGURE 25

COLON-RECTO. MORFOLOGÍA. 2006-2010
COLON-RECTUM. MORPHOLOGY. 2006-2010

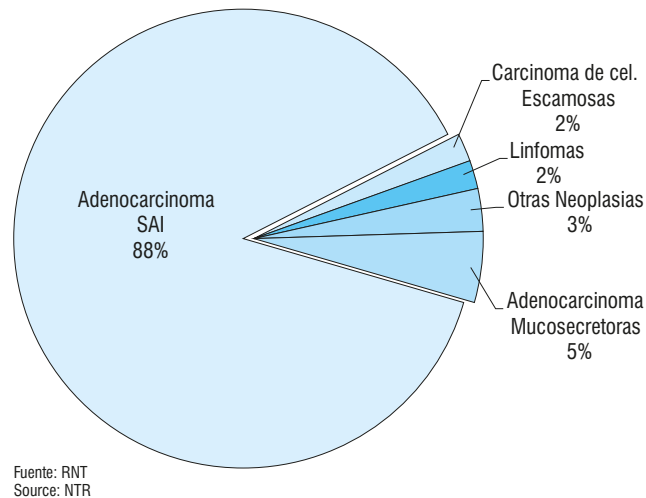


GRÁFICO / FIGURE 26

COLON-RECTO. ESTADIAJE TNM. RESIDENTES EN QUITO. 2006-2010. HOMBRES
COLON-RECTUM. STAGE TNM. QUITO RESIDENTS. 2006-2010. MALES

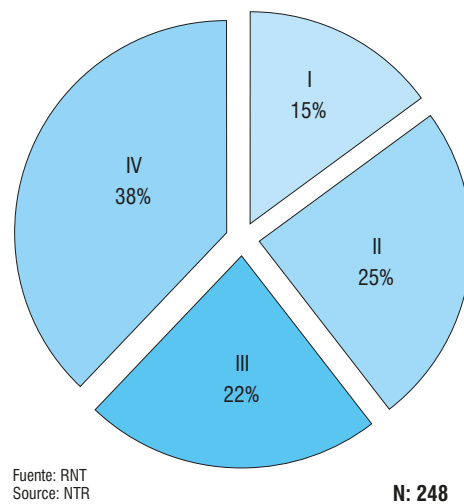


GRÁFICO / FIGURE 27

COLON-RECTO. ESTADIAJE TNM. RESIDENTES EN QUITO. 2006-2010. MUJERES
COLON-RECTUM. STAGE TNM. QUITO RESIDENTS. 2006-2010. FEMALES

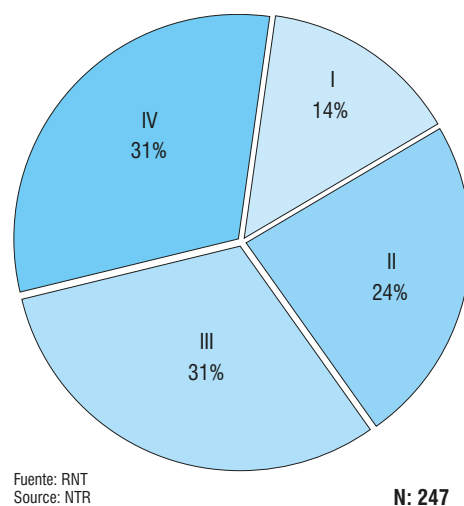
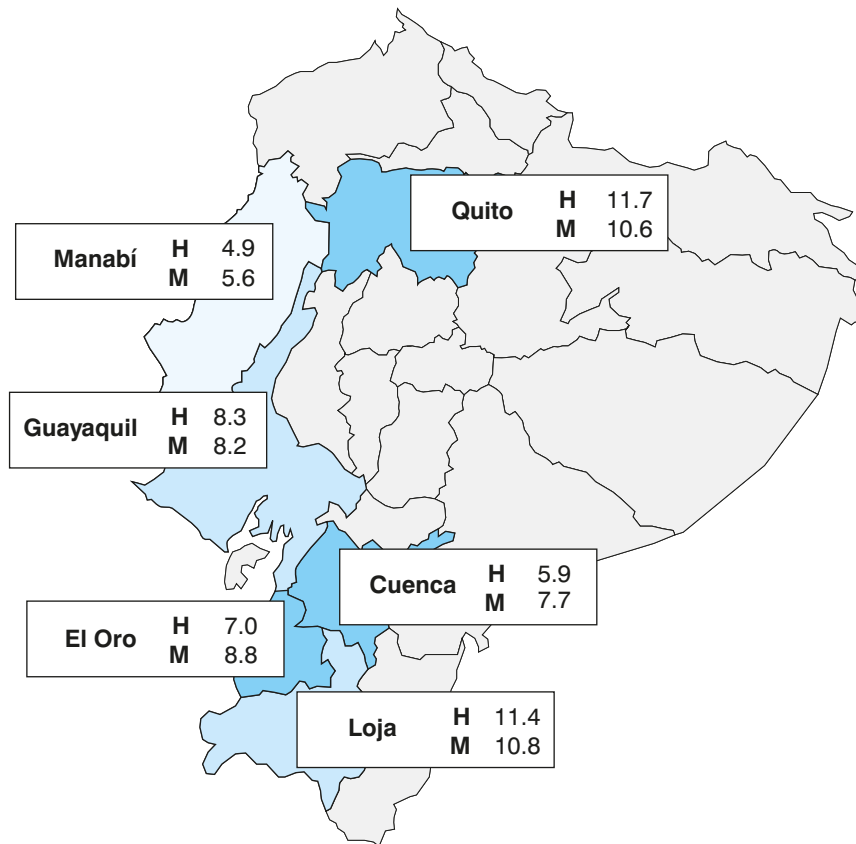
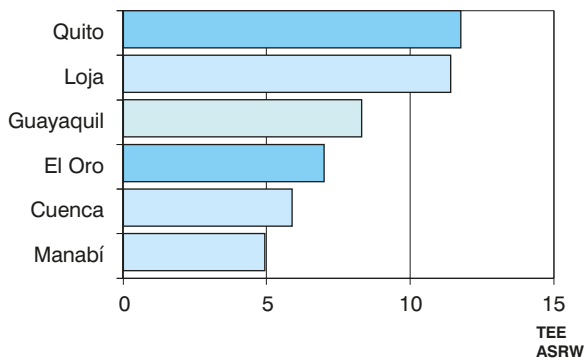
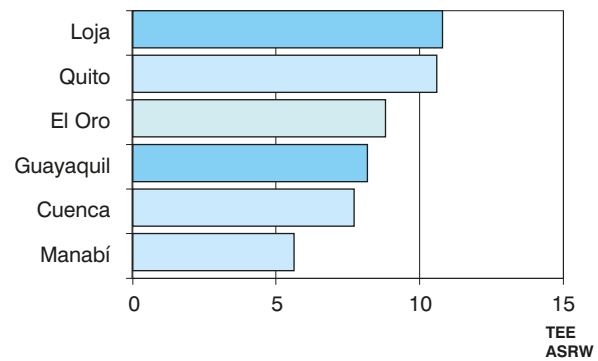




GRÁFICO / FIGURE 28

COLON-RECTO
TASAS DE INCIDENCIA ESTANDARIZADA EN REGISTROS DE CÁNCER DEL ECUADOR
COLON-RECTUM. STANDARDIZED INCIDENCE RATE IN ECUADOR CANCER REGISTRIES

HOMBRES/MALES

MUJERES/FEMALES


REGISTRO REGISTRY	HOMBRES / MALES			MUJERES / FEMALES		
	No de casos Cases	Tasa cruda Crude Rate	Tasa Estandarizada A.S.R. World	No de casos Cases	Tasa cruda Crude Rate	Tasa Estandarizada A.S.R. World
Ciudad de Quito (2006-2010)	386	10,1	11,8	442	10,9	10,6
Cantón Cuenca (2006-2009)	48	5,3	5,9	73	7,3	7,7
Ciudad de Guayaquil (2007-2008)	161	7,2	8,3	183	7,9	8,2
Ciudad de Loja (2006-2008)	26	9,6	11,4	31	10,6	10,8
Provincia del El Oro (2006-2009)	77	6,2	7,0	93	7,9	8,8
Provincia de Manabí (2006-2009)	109	4,0	4,9	132	5,0	5,6



CÁNCER DE VESÍCULA Y DE VÍAS BILIARES

GALL BLADDER AND BILE DUCT CANCER

Dr. Marco Romero Pinos

*Cirujano Oncólogo
Solca Quito*

*Surgeon-Oncologist
Solca Quito*

Los tumores del árbol biliar pueden originarse en la vesícula biliar (cáncer de vesícula biliar), o en los conductos biliares (colangiocarcinomas) y estos a su vez pueden ser intrahepáticos o extrahepáticos. La resección quirúrgica es la principal estrategia terapéutica para estas neoplasias, y debido a la variabilidad de las técnicas quirúrgicas utilizadas, conforme a la localización anatómica de los tumores, los colangiocarcinomas extrahepáticos se dividen en hiliares (tumores de klatskin) localizados en la confluencia de los conductos hepáticos derecho e izquierdo y distales ubicados en el conducto hepático común o en el colédoco.

La mayoría de escuelas oncológicas incluyen en este grupo de neoplasias a los tumores de ampulla de Vatter, aunque no correspondan exactamente a las vías biliares.

La etiología de estas neoplasias es desconocida, aunque se supone que la inflamación crónica de los conductos biliares juega un importante papel y en esta perspectiva se mencionan varias enfermedades como factores de riesgo: colangitis esclerosante, quistes de colédoco, enfermedad de Caroli, portadores crónicos de tifoidea, infecciones parasitarias (clonorchis sinensis, opisthorchis viverrini), cálculos biliares, exposición al torotrast.

Los síntomas y signos clínicos más relevantes son la ictericia obstructiva y prurito cutáneo, pérdida de peso, astenia, náusea, dolor sordo inespecífico localizado en hipocondrio derecho. Un buen número de cánceres de la vesícula biliar se diagnostican incidentalmente luego de colecistectomía o en estadios avanzados por presencia de masa abdominal, ictericia y enfermedad peritoneal.

Los estudios de imagen son fundamentales para el diagnóstico de las neoplasias de vesícula y vías biliares y deben utilizarse inteligentemente en concordancia con la clínica del paciente y la disponibilidad de los mismos: Ecsonograma Abdominal, TAC, Colangio-resonancia, CPRE, Colangiografía Percutánea.

El laboratorio puede demostrar alteración de las pruebas de función hepática y elevación del Ca 19-9.

El diagnóstico histopatológico preoperatorio de estas neoplasias es desafiante por su difícil acceso y porque generalmente son tumores hipocelulares con gran reacción fibrosa peritoneal. El método recomendado es la biopsia guiada por ecografía endoscópica (requiere de tecnología avanzada y médicos entrenados), en nuestro medio se utiliza esporádicamente. Las biopsias percu-

Biliary tree tumors may originate in the gallbladder (gallbladder cancer), or in the bile ducts (cholangiocarcinoma), and these can be either intrahepatic or extrahepatic. Surgical resection is the major therapeutic strategy for this neoplasm, and due to variability in surgical techniques used in accordance with the anatomical location of the tumor, extrahepatic cholangiocarcinomas are divided into hilar (Klatskin tumors) located at the junction of the right and left hepatic ducts and distal located in the common hepatic duct or common bile duct.

Most oncology schools include in this group of neoplasm tumors of ampulla of Vatter, although they don't correspond exactly to the bile ducts.

The etiology of these tumors is unknown, although it is assumed that chronic inflammation of the bile ducts play an important role and in this perspective several diseases are mentioned as risk factors: sclerosing cholangitis, choledochal cysts, Caroli disease, chronic carriers of typhoid, parasitic infections (Clonorchis sinensis, opisthorchis viverrini), gallstones, torotrast exposure.

The most relevant clinical symptoms and signs are obstructive jaundice and itchy skin, weight loss, fatigue, nausea, nonspecific dull pain located in the right hypochondrium. A good number of gallbladder cancers were incidentally diagnosed after a cholecystectomy or in advanced stages by the presence of abdominal mass, jaundice and peritoneal disease.

Imaging studies are essential for diagnosis of neoplasms of gallbladder and biliary duct and must be used intelligently in accordance with the patient's hospital and availability of them: Abdominal ultrasonography, TAC, cholangio-resonance, CPRE, percutaneous cholangiography.

The laboratory can demonstrate alterations of liver function tests and elevation of Ca 19-9.

The preoperative histopathological diagnosis of these tumors is challenging because of their inaccessibility and because they are generally hypocellular fibrous tumors with high peritoneal reaction. The recommended method is endoscopic ultrasound-guided biopsy (requires advanced technology and trained doctors), in our setting is rarely used. Percutaneous or laparoscopic biopsies should be avoided because they can seed tumor cells in its path.

We recommend using the TNM staging system, consider the general condition of the patients and the availa-



táneas o laparoscópicas deben evitarse porque pueden sembrar células tumorales en su trayecto.

Se recomienda utilizar el sistema de estadificación TNM, considerar el estado general de los pacientes y la disponibilidad de recursos tecnológicos y especialistas calificados para escoger la mejor modalidad terapéutica para cada caso.

Los datos recogidos por el RNT a lo largo de 25 años, muestran que la incidencia estandarizada en la ciudad de Quito, ha variado de 8,5 x 100.000 habitantes en 1986 a 5,8 en 2010 en mujeres y de 4,9 a 4,3 en hombres, es decir que hay una tendencia descendente para los dos sexos. A pesar de esto, la tasa de incidencia es una de las más altas del mundo, ubicándonos en 4to lugar en mujeres y 9no en hombres entre los 70 países que publican en CI5C

Comparando con los datos de otras regiones del país, llama la atención las incidencias muy bajas en las provincias costeras Guayas, Manabí, 1,8 y 1,7 por 100.000 habitantes, respectivamente.

El promedio de los casos por año ha sido de 21 en hombres y 44 en mujeres. La relación hombre-mujer es de 0,4 a 1 (Esto es particularmente evidente en el cáncer de la vesícula biliar).

En cuanto a la edad, el 75% de los casos tienen más de 60 años

Debido a las dificultades para obtener biopsias, anotadas anteriormente, el diagnóstico con verificación histológica se logra en alrededor del 50% de los casos.

El diagnóstico histopatológico corresponde preponderantemente a adenocarcinomas (87%), seguido de otras variedades de carcinoma (cáncer escamoso-adenoes-camoso) (12%) y otras neoplasias (tumores neuroendócrinos) (1%).

Otro dato que merece comentarse es el hecho de que los cánceres de vesícula y vías biliares son más frecuentes en los individuos, hombres y mujeres, analfabetos o sólo con instrucción primaria. Si consideramos a la instrucción como un reflejo del status socio-económico de las personas podemos ubicar a estas neoplasias en el grupo de los denominados cánceres de la pobreza.

En general los datos del RNT coinciden con lo que reporta la literatura médica mundial sobre este tema. Conociendo el pronóstico sombrío que acompaña a estas neoplasias, sería deseable estudiar la evolución que tuvieron nuestros casos.

bility of technological resources and qualified specialist to choose the best therapeutic modality for each case.

The analysis of the data collected by the RNT in 25 years shows that the standardized incidence in the city of Quito, has varied in women from 8.5 per 100,000 inhabitants in 1986 to 5.8 in 2010 and in men from 4.9 to 4.3. So there is a decreasing trend for both sexes.

Despite this, the incidence rate is among the highest in the world, placing in 4th place in women and 9th men from 70 countries published in CI5C

Compared with data from other regions of the country, draws attention the very low incidence in the coastal provinces Guayas, Manabí, 1.8 and 1.7 per 100,000, respectively.

The average number of cases per year was 21.3 in men and 43.84 in women. The male to female ratio is 0.4 to 1 (This is particularly evident in cancer of the gallbladder).

In terms of age, these neoplasms are progressively more frequent from the 4th decade of life, reaching its peak in the 8th decade.

Due to difficulties in obtaining biopsies, noted above, the diagnosis with histological verification is achieved in about 50% of cases.

Histopathological diagnosis corresponds preponderantly to adenocarcinomas (87%), followed by other varieties of carcinoma (squamous-adenosquamous cancer) (12%) and other neoplasms (neuroendocrine tumors) (1%).

Another point that deserves comment is the fact that cancers of the gallbladder and biliary tract are more frequent in individuals, men and women, illiterate or with only primary education. If we regard the statement as a reflection of the socio-economic status of the people we can locate these tumors in the group of cancers called poverty cancers.

Overall RNT data reports coincide with the world medical literature on this topic. Knowing the grim prognosis that accompanies these neoplasms, it would be desirable to study the evolution of our cases.



TABLA / TABLE 20

**VESÍCULA Y VÍAS BILIARES. NÚMERO DE CASOS POR EDAD Y AÑO DE DIAGNÓSTICO
TASAS CRUDAS Y ESTANDARIZADAS. RESIDENTES EN QUITO. 1986-2010. HOMBRES**
**GALLBLADDER AND BILIARY TRACT. NUMBER OF CASES BY AGE AND DIAGNOSTIC YEAR
CRUDE AND STANDARDIZED RATES. QUITO RESIDENTS. 1986-2010. MALES**



Edad	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL
0-4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5-9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10-14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15-19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20-24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
25-29	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	2
30-34	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	5
35-39	-	1	1	-	2	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9
40-44	-	-	-	-	3	-	1	1	1	1	1	2	-	-	-	1	-	1	1	1	-	1	-	-	-	15
45-49	-	-	1	1	-	-	1	1	-	1	3	-	3	2	3	1	1	3	1	-	3	1	1	1	2	31
50-54	4	1	-	1	1	-	-	1	1	1	1	-	4	-	3	2	2	3	-	1	3	6	5	-	3	44
55-59	-	3	1	1	1	-	2	-	-	3	1	1	-	2	-	3	1	1	3	1	3	2	3	1	2	35
60-64	-	-	1	3	1	1	1	-	1	3	1	1	3	2	7	1	3	2	2	9	5	3	3	3	2	62
65-69	2	3	1	3	3	4	4	1	3	1	3	1	2	-	4	2	2	1	7	2	4	5	2	5	5	72
70-74	1	2	4	3	3	4	3	1	3	-	4	2	4	3	4	4	5	3	2	4	2	2	4	3	2	76
75+	3	5	5	6	5	7	7	7	5	8	7	2	11	7	7	10	12	8	6	4	10	13	16	7	9	192
Desc. / Unk	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	5
Total / All	10	15	14	18	19	17	24	12	15	18	21	9	28	16	29	28	26	22	22	24	31	33	35	21	26	533
TCr / CrR	2	2,9	2,6	3,3	3,6	3,1	4,3	2,1	2,6	3	3,4	1,4	4,4	2,4	4,3	4,1	3,8	3,1	3,1	3,3	4,2	4,4	4,3	2,7	3,2	
TEE / ASRW	3,5	4,9	4,4	5,8	5,9	5,2	5,9	2,8	3,8	4,2	4,8	2	5,5	3,1	6,1	4,7	4,5	3,7	4	4,3	5	5,1	4,6	3,3	3,6	

TABLA / TABLE 21

**VESÍCULA Y VÍAS BILIARES. NÚMERO DE CASOS POR EDAD Y AÑO DE DIAGNÓSTICO
TASAS CRUDAS Y ESTANDARIZADAS. RESIDENTES EN QUITO. 1986-2010. MUJERES**
**GALLBLADDER AND BILIARY TRACT. NUMBER OF CASES BY AGE AND DIAGNOSTIC YEAR
CRUDE AND STANDARDIZED RATES. QUITO RESIDENTS. 1986-2010. FEMALES**



Edad	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL
0-4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5-9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10-14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15-19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20-24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25-29	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2	-	-	8
30-34	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
35-39	-	1	-	-	1	2	1	-	-	-	-	2	-	1	-	1	1	1	1	2	-	-	-	-	1	15
40-44	2	1	2	-	-	-	2	-	2	-	2	1	2	2	1	2	6	2	1	2	3	1	-	1	1	37
45-49	-	-	1	1	3	2	1	1	4	1	1	2	3	2	3	4	4	3	1	3	5	3	2	1	5	58
50-54	5	2	1	4	2	5	5	8	4	3	7	2	1	7	1	1	2	6	4	2	4	3	1	1	-	82
55-59	1	1	5	8	6	1	3	3	8	5	1	2	5	1	6	1	8	4	5	9	8	3	4	3	1	105
60-64	6	3	4	3	2	1	5	8	7	3	3	9	5	2	9	4	7	5	9	4	4	7	7	1	2	131
65-69	6	5	6	4	8	3	3	7	9	-	4	9	4	5	5	9	6	7	7	8	12	8	5	3	9	157
70-74	5	4	1	3	4	9	7	10	2	5	4	9	1	9	8	7	10	3	5	8	5	13	9	5	5	158
75+	6	10	9	12	12	10	12	7	11	12	19	20	13	10	22	23	20	12	20	17	20	13	25	13	16	370
Desc. / Unk	1	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	-	1	-	-	-	-	2	10
Total / All	32	27	29	36	39	33	41	46	47	29	41	58	35	39	55	53	65	44	53	56	62	51	55	28	42	1096
TCr / CrR	5,9	4,8	5	6	6,7	5,6	6,8	7,4	7,4	4,5	6,2	8,6	5,1	5,4	7,7	7,2	8,7	5,8	6,9	7,1	7,9	6,4	6,8	3,3	4,9	
TEE / ASRW	9,2	7	7,6	8,8	9,9	7,8	9,1	11	10,5	5,5	7,1	10,4	5,9	6,4	8,7	7,4	9,4	6,3	7,4	7,4	8,1	7	6,5	3,1	4,6	



TABLA / TABLE 22

**VESÍCULA Y VÍAS BILIARES. INDICADORES PRINCIPALES SEGÚN SEXO Y PERÍODOS
RESIDENTES EN QUITO. 1986-2010**
GALLBLADDER AND BILIARY TRACT. MAIN INDICATORS BY SEX AND PERIODS. QUITO RESIDENTS. 1986-2010

INDICADORES / INDICATORS	HOMBRES / MALES					MUJERES / FEMALES				
	1986-1990	1991-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2010	1986-1990	1991-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2010
UBICACIÓN* RANK	8	9	9	11	12	6	5	7	7	10
FRECUENCIA RELATIVA (%)* RELATIVE FREQUENCY	3,1	3,0	2,8	2,4	2,4	4,7	4,7	4,8	4,4	3,2
PROMEDIO DE CASOS POR AÑO AVERAGE CASES PER YEAR	15	17	20	24	29	32	39	45	54	47
PROMEDIO DE MUERTES POR AÑO AVERAGE DEATHS PER YEAR	8	12	14	20	21	20	29	32	37	36
TASA DE INCIDENCIA CRUDA RATE INCIDENCE CRUDE	2,9	3,0	3,2	3,5	3,8	5,7	6,3	6,6	7,2	5,8
TASA DE INCIDENCIA ESTANDARIZADA A.S.R.W. INCIDENCE	4,9	4,3	4,3	4,2	4,3	8,5	8,7	7,7	7,6	5,8
TASA DE MORTALIDAD CRUDA RATE MORTALITY CRUDE	1,6	2,1	2,2	2,8	2,8	3,5	4,7	4,7	4,9	4,5
TASA DE MORTALIDAD ESTANDARIZADA A.S.R.W. MORTALITY	2,7	3,0	2,8	3,5	3,3	5,1	6,5	5,5	5,1	4,4
TASA ACUMULADA 0-74 (%) CUMULATIVE RATE 0-74	0,6	0,5	0,5	0,5	0,4	1,0	1,1	0,9	0,9	0,7
RAZÓN HOMBRE/ MUJER MALE / FEMALE RATIO	0,4/1	0,3/1	0,3/1	0,3/1	0,4/1					
RAZÓN MORTALIDAD / INCIDENCIA (%) MORTALITY / INCIDENCE RATIO	55,2	69,8	67,1	80,3	73,4	61,3	74,5	71,3	68,1	76,6
% DE VERIFICACIÓN HISTOLÓGICA % OF HISTOLOGICAL VERIFICATION	52,6	46,5	61,2	51,6	53,1	54,6	49,5	55,9	56,3	62,3
% SOLO CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN % DEATH CERTIFICATE ONLY	21,4	28,3	13,0	18,4	21,9	26,0	36,3	21,6	17,9	15,4

*SIN PIEL / BUT SKIN

GRÁFICO / FIGURE 29

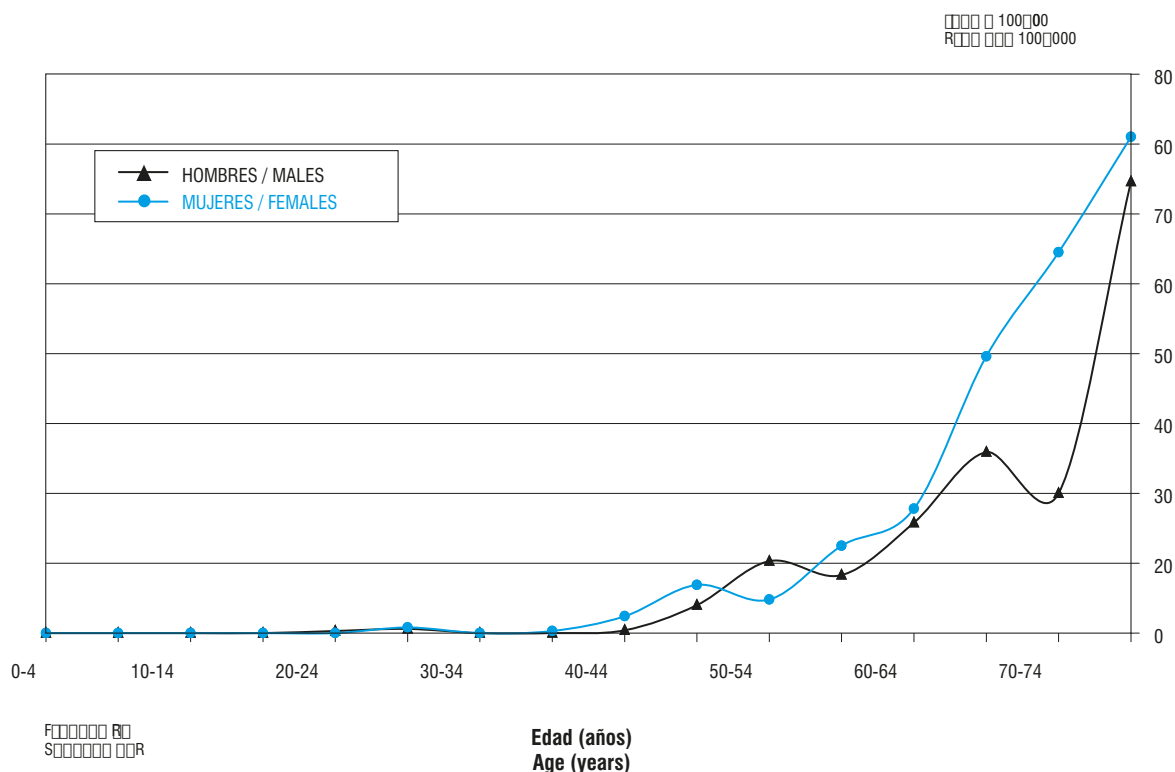
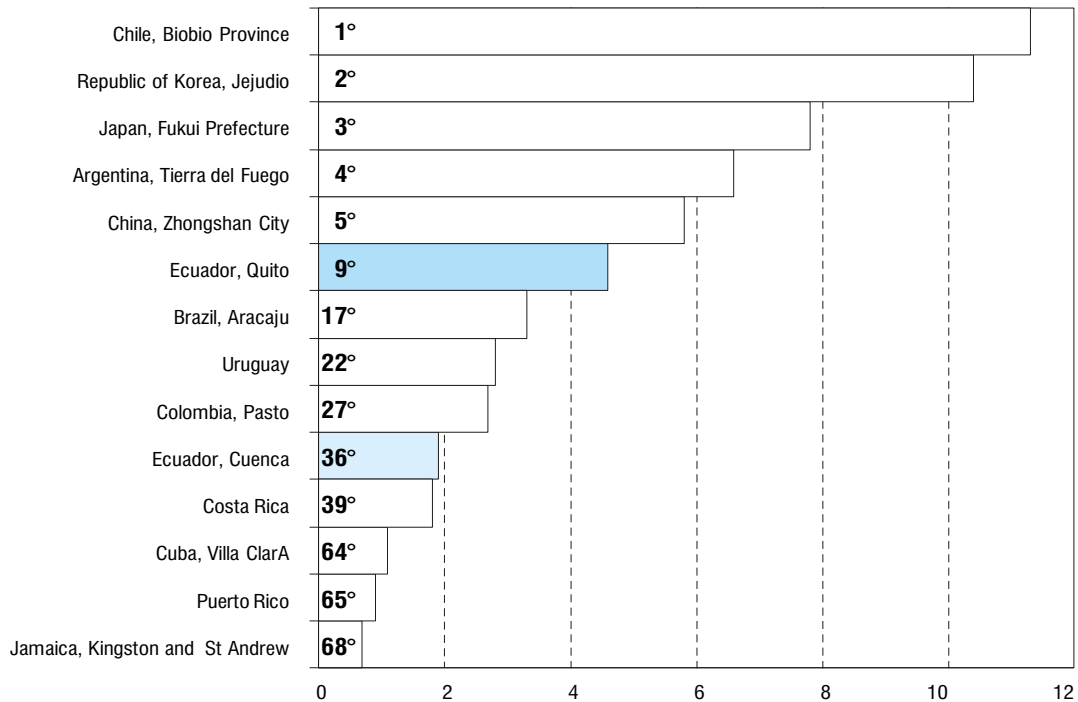
VESÍCULA Y VÍAS BILIARES. TASAS DE INCIDENCIA POR EDAD Y SEXO. RESIDENTES EN QUITO. 2006-2010
GALL BLADDER AND BILIARY TRACT INCIDENCE RATES BY AGE AND SEX. QUITO RESIDENTS. 2006-2010




GRÁFICO / FIGURE 30

VESÍCULA Y VÍAS BILIARES. INCIDENCIAS MÁS ALTAS EN EL MUNDO Y LATINOAMÉRICA. HOMBRES
GALLBLADDER AND BILIARY TRACT. HIGHEST INCIDENCE RATES IN THE WORLD AND LATINAMERICA. MALE



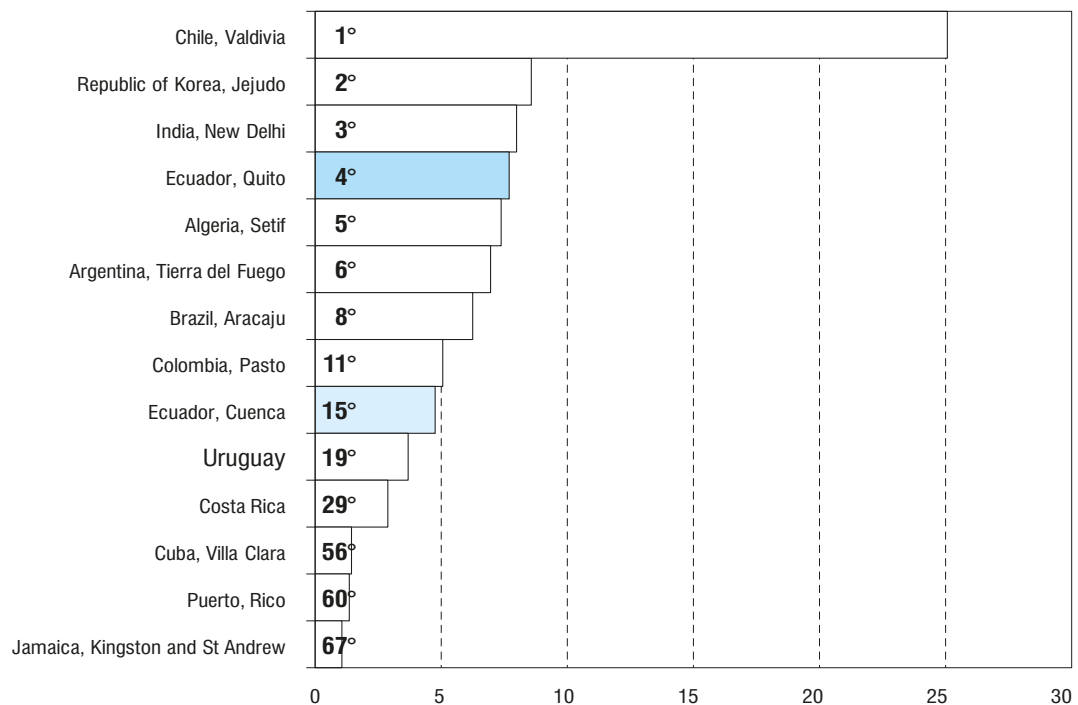
FUENTE/SOURCE: IARC/IACR CI5C. Vol. X (2013)

NOTA: Si un país tiene varios registros, sólo se toma en cuenta la incidencia más alta. (70 países)

NOTE: If a country has many cancer registries we select only highest incidence

GRÁFICO / FIGURE 31

VESÍCULA Y VÍAS BILIARES. INCIDENCIAS MÁS ALTAS EN EL MUNDO Y LATINOAMÉRICA. MUJERES
GALLBLADDER AND BILIARY TRACT. HIGHEST INCIDENCE RATES IN THE WORLD AND LATINAMERICA. FEMALES



FUENTE/SOURCE: IARC/IACR CI5C. Vol. X (2013)

NOTA: Si un país tiene varios registros, sólo se toma en cuenta la incidencia más alta. (70 países)

NOTE: If a country has many cancer registries we select only highest incidence



GRÁFICO / FIGURE 32

VESÍCULA Y VÍAS BILIARES. TASAS DE INCIDENCIA POR INSTRUCCIÓN Y SEXO. RESIDENTES EN QUITO. 2010
GALL BLADDER AND BILIARY TRACT. INCIDENCE RATES BY EDUCATION LEVEL AND SEX. QUITO RESIDENTS. 2010

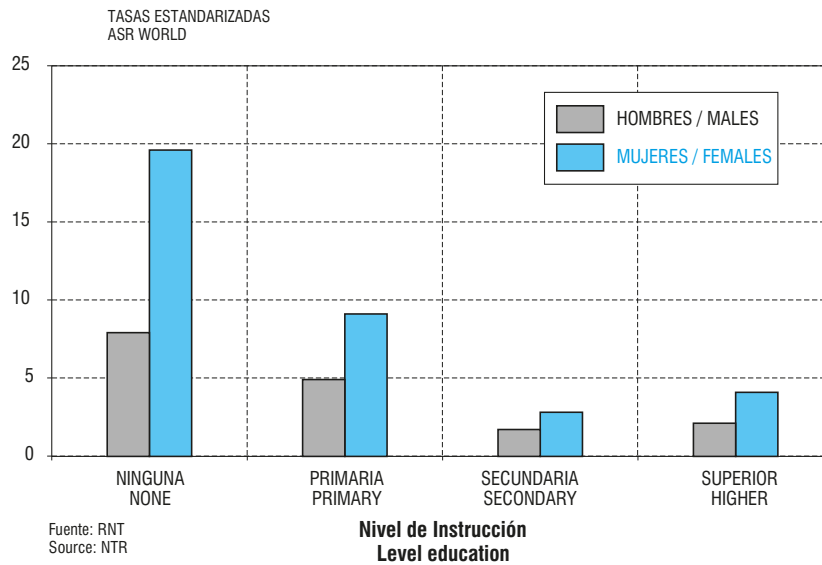


GRÁFICO / FIGURE 33

VESÍCULA Y VÍAS BILIARES. TENDENCIA DE LA INCIDENCIA POR SEXO. RESIDENTES EN QUITO. 1986-2010
GALLBLADDER AND BILIARY TRACT. INCIDENCE TREND BY SEX. QUITO RESIDENTS. 1986-2010

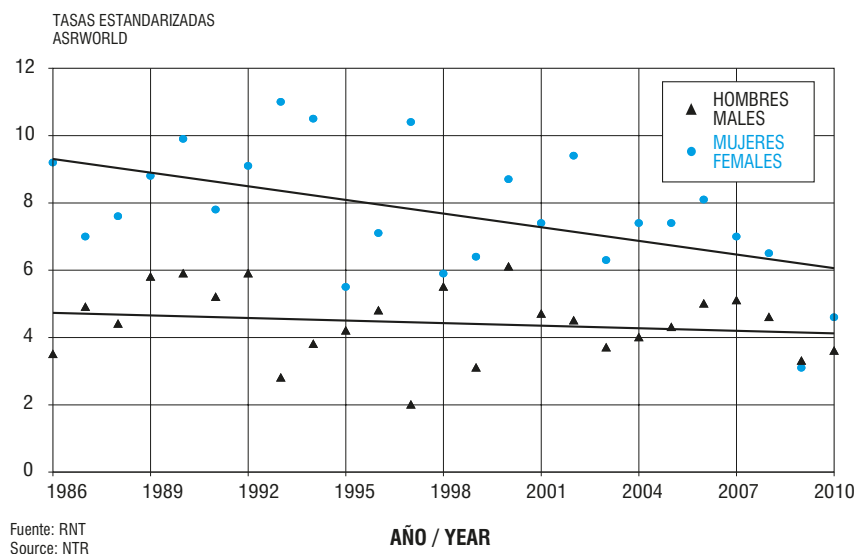


GRÁFICO / FIGURE 34

VESÍCULA Y VÍAS BILIARES. MORFOLOGÍA. 2006-2010
GALL BLADDER AND BILIARY TRACT. MORPHOLOGY. 2006-2010

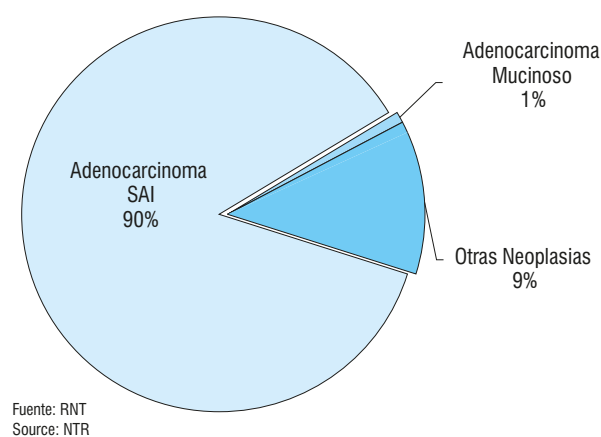
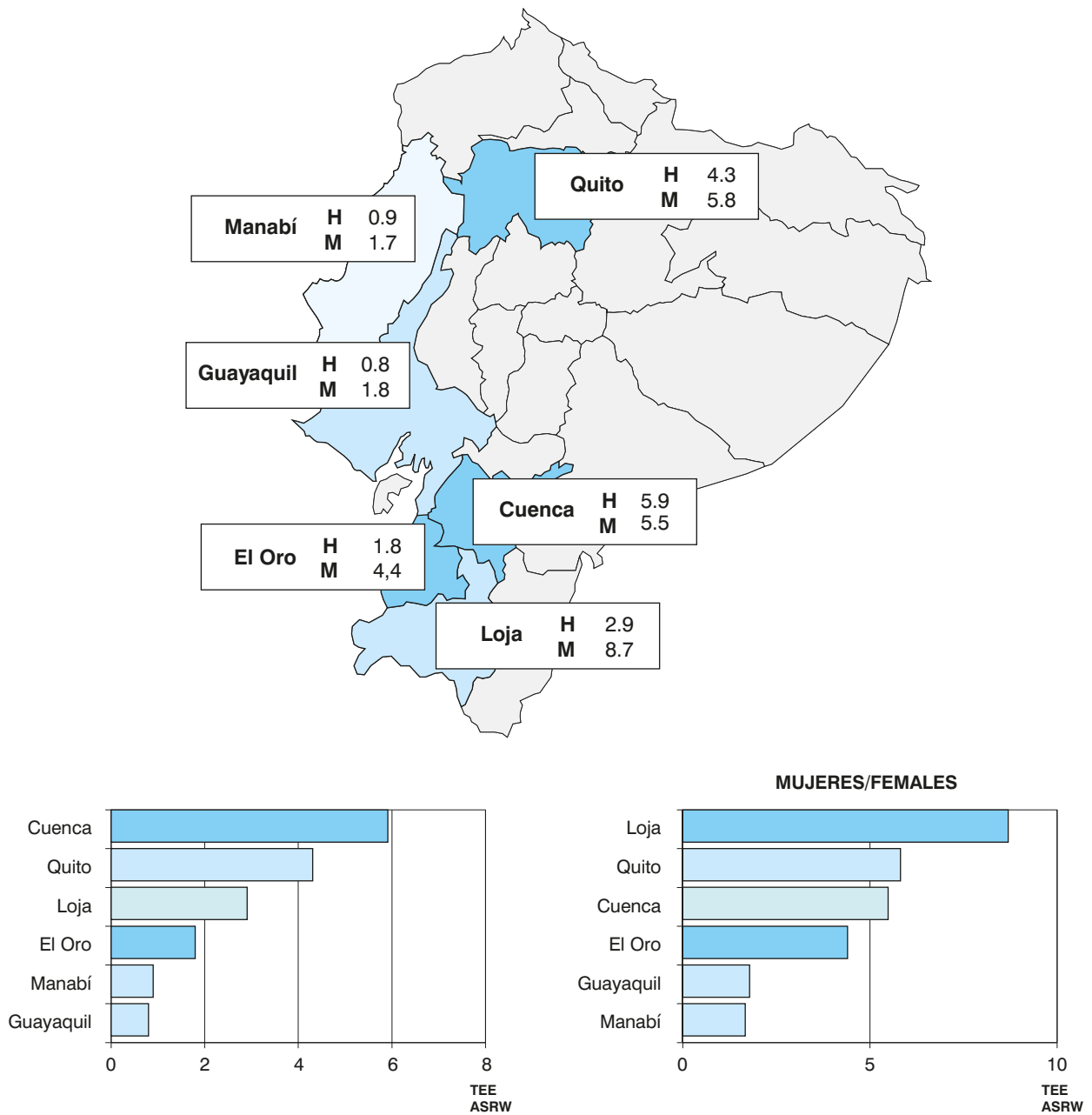




GRÁFICO / FIGURE 35

VESÍCULA Y VÍAS BILIARES

TASAS DE INCIDENCIA ESTANDARIZADA EN REGISTROS DE CÁNCER DEL ECUADOR
GALL BLADDER AND BILIARY TRACT. STANDARIZED INCIDENCE RATE IN ECUADOR CANCER REGISTRIES



REGISTRO REGISTRY	HOMBRES / MALES			MUJERES / FEMALES		
	No de casos Cases	Tasa cruda Crude Rate	Tasa Estandarizada A.S.R. World	No de casos Cases	Tasa cruda Crude Rate	Tasa Estandarizada A.S.R. World
Ciudad de Quito (2006-2010)	143	3,8	4,3	236	5,8	5,8
Cantón Cuenca (2006-2009)	15	1,7	5,9	55	5,5	5,5
Ciudad de Guayaquil (2007-2008)	26	1,1	0,8	46	2,0	1,8
Ciudad de Loja (2006-2008)	8	3,0	2,9	23	7,9	8,7
Provincia del El Oro (2006-2009)	19	1,5	1,8	43	3,6	4,4
Provincia de Manabí (2006-2009)	19	0,7	0,9	37	1,4	1,7



PULMÓN LUNG

Dr. Carlos Salvador G.

Médico neumólogo

Miembro del Consejo Directivo SOLCA

Núcleo de Quito

Medical pneumologist

Board member Solca Quito

A nivel mundial el cáncer del pulmón constituye la localización más frecuente y también es la más importante causa de mortalidad dentro de las neoplasias malignas; en nuestro país ocupa el cuarto lugar en hombres y el sexto en mujeres.

En el estudio epidemiológico realizado en la ciudad de Quito abarcando desde 1986 hasta el año 2010, se encuentra una serie de datos muy importantes que permiten una mejor valoración de este tipo de neoplasias en nuestro medio:

1. Disminución de la incidencia en varones
2. Incremento de la incidencia en mujeres
3. Relación inversa entre el nivel de instrucción y la incidencia de cáncer de pulmón
4. Mayor incidencia en mujeres en Quito y en el Oro en tanto que en Guayaquil la incidencia en mujeres es notoriamente menor
5. Adenocarcinoma como tipo histológico más frecuente
6. Bajísimo porcentaje de pacientes en etapas tempranas de estadiaje

Estos datos concuerdan absolutamente con lo que está sucediendo a nivel mundial, pues sabemos que el 90% de cánceres de pulmón están estrechamente relacionados con el consumo de tabaco (incluyendo humo ambiental); gracias a las campañas que se han realizado, especialmente en los países desarrollados, la incidencia ha disminuido notablemente entre los varones adultos,

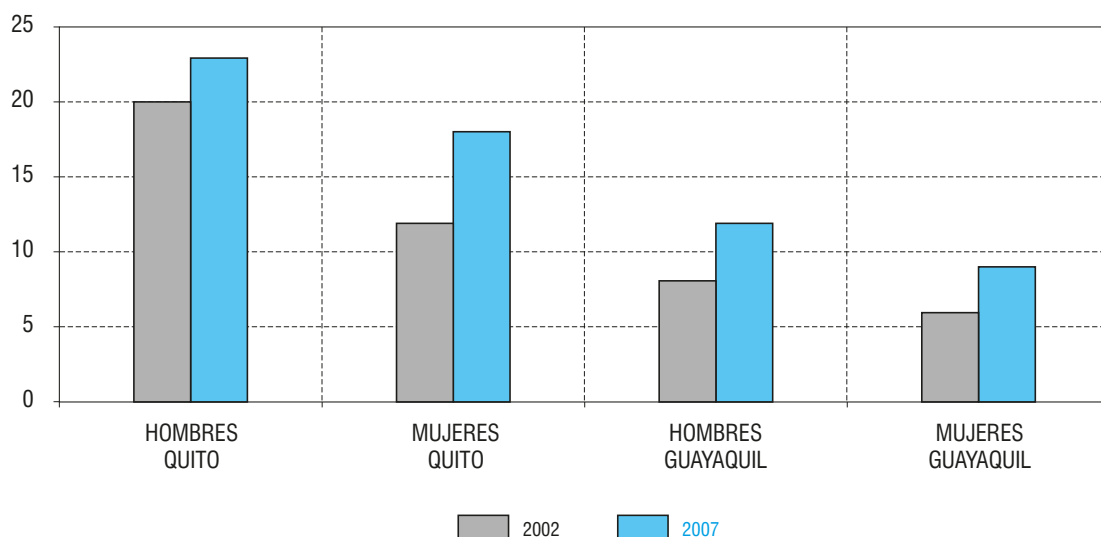
Worldwide, lung cancer is the most common location and is also the leading cause of mortality in malignant neoplasms; in our country ranks fourth in men and sixth in women.

In the epidemiological study conducted in the city of Quito from 1986 to 2010, is a series of very important data that allow a better evaluation of this type of cancers in our environment:

1. Decreased incidence in males
2. Increased incidence in women
3. Inverse relationship between level of instruction and the incidence of lung cancer
4. Higher incidence in women in Quito and El Oro while in Guayaquil incidence in women is significantly smaller
5. Adenocarcinoma is the most frequent histological type
6. Very low percentage of patients in early stages of staging

These data agree absolutely with what is happening globally, we know that 90% of lung cancers are closely related to the consumption of tobacco (including secondhand smoke); Thanks to campaigns that have been made, especially in developed countries, the incidence has decreased markedly among adult men, while in women has increased, situation better appreciated in developing countries, which, by religious or social factors women smoke at very low rates and are a fertile field for the purposes of the tobacco industry, so that the number

Consumo de cigarrillos entre 13 a 15 años. Consep





en tanto que ha aumentado en las mujeres, situación más evidente en los países en desarrollo, en los cuales, el número de mujeres fumadoras se incrementa sostenidamente.

El segmento etario donde ha sido más trascendente el incremento de consumo de cigarrillo, desgraciadamente, y también por la acción publicitaria, son los y las adolescentes, como en nuestro país lo demuestra el estudio del Consejo Nacional de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas, CONSEP.

Vale la pena consignar que el tipo histológico más frecuente encontrado es el adenocarcinoma, mientras que, el escamocelular era el predominante hasta la década de los setenta del siglo pasado, cambio que, aparentemente, se debe a los químicos en los filtros de los cigarrillos que se empezaron a usar en esa época, precisamente para hacerlos mas aceptables para las fumadoras.

La incidencia de fumadores tiene relación inversa con el nivel de instrucción (a mayor nivel educativo, menor es el porcentaje de fumadores y viceversa), lo cual se refleja en la presencia de cáncer pulmonar

El mínimo porcentaje de pacientes en fase 1 y 2 de estadaje, demuestra la imperiosa necesidad de obtener un diagnóstico temprano, lo cual, obviamente, permitiría un mejor pronóstico. Por ello es de suma trascendencia implementar un programa de diagnóstico temprano dirigido fundamentalmente a poblaciones susceptibles (desde el 2011 se está utilizando al respecto en Estados Unidos la tomografía simple de tórax en fumadores mayores de 40 años).

El cáncer de pulmón es una de las pocas neoplasias en las cuales está totalmente identificado el factor causal predominante, y dado que el mejor tratamiento para una enfermedad es evitar que se produzca, tienen las autoridades, los maestros, los padres, la obligación moral de contribuir para que este gravísimo problema, cuyos costos sociales y económicos son verdaderamente preocupantes, pueda llegar a ser superado.

of female smokers has increased, with the logical and fatal outcome in some countries were it occupies the first place in the locations exceeding the breast cancer.

The age segment where it has been most significant the increase in cigarette consumption, unfortunately, and also for the advertising campaign, are adolescents, in our country it is evidenced by the study of the CONSEP.

It is worthy to state that the most common histological type is adenocarcinoma, while the squamous cell carcinoma was the predominant until the seventies of the last century, a change that apparently is due to the chemicals in cigarette filters that they started using at the time, just to make them more acceptable to female smokers.

The incidence of smoking is inversely related to the level of education (the higher the educational level, the lower the percentage of smokers and vice versa), which is reflected in the presence of lung cancer.

The minimum percentage of patients in phase 1 and 2 of staging, demonstrates the urgent need for early diagnosis, which obviously would allow a better prognosis. It is therefore of utmost importance to implement a program aimed at early diagnosis mainly for susceptible population (since 2011 is being used in the United States the simple tomography scan of the thorax in smokers older than 40 years).

Lung cancer is one of the few neoplasms in which is totally identified the predominant causal factor, knowing that the best treatment for a disease is to prevent it from occurring, the authorities, teachers, parents, have the moral obligation to contribute to this serious problem, whose social and economic costs are truly disturbing, so we can overcome the illness.



TABLA / TABLE 23

PULMÓN. NÚMERO DE CASOS POR EDAD Y AÑO DE DIAGNÓSTICO
TASAS CRUDAS Y ESTANDARIZADAS. RESIDENTES EN QUITO. 1986-2010. HOMBRES
LUNG. NUMBER OF CASES BY AGE AND DIAGNOSTIC YEAR
CRUDE AND STANDARDIZED RATES. QUITO RESIDENTS. 1986-2010. MALES



Edad	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL
0-4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5-9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10-14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15-19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
20-24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
25-29	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	1	2	2	-	-	2	-	11
30-34	-	-	-	1	-	1	-	1	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	1	9
35-39	-	-	-	1	1	1	1	-	2	1	1	2	-	2	-	1	-	1	1	6	-	1	-	3	1	27
40-44	-	1	-	1	2	1	2	3	-	1	-	-	-	-	-	2	1	1	1	-	1	2	-	-	-	19
45-49	-	-	1	1	2	-	1	2	2	1	3	-	-	-	3	-	3	2	1	3	-	1	1	1	1	30
50-54	2	3	1	2	-	2	3	1	3	1	-	2	-	3	2	3	5	6	-	5	3	3	4	4	1	61
55-59	4	1	4	1	5	4	1	1	4	2	4	5	4	1	4	2	4	4	5	3	3	6	7	6	4	91
60-64	2	2	2	7	2	5	6	2	3	4	5	8	6	2	7	3	5	3	8	8	4	4	5	5	5	115
65-69	5	3	2	7	1	5	6	6	6	4	2	8	1	5	8	5	4	7	2	11	6	8	8	9	12	143
70-74	4	4	2	4	9	4	5	1	-	3	9	9	9	8	9	10	12	10	11	5	9	6	7	11	5	171
75+	9	7	11	12	6	9	21	12	12	10	9	13	15	8	17	16	24	11	14	18	15	21	21	13	31	364
Desc. / Unk	-	1	1	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	7
Total / All	27	22	24	40	28	33	46	29	33	28	34	47	35	30	50	43	58	45	44	63	43	54	54	55	61	1026
TCr / CrR	5,4	4,3	4,5	7,2	5,4	6	8,2	5,1	5,6	4,7	5,5	7,5	5,3	4,3	7,5	6,3	8,4	6,4	6	8,4	5,6	7,1	7	7	7,7	
TEE / ASRW	9,4	7,1	7,2	11,6	9,3	10	12,7	7,4	8,2	6,7	8,1	11,1	7,1	5,8	10,1	7,7	10	8,1	7,4	10,1	6,6	8,1	7,9	8,3	8,5	

TABLA / TABLE 24

PULMÓN. NÚMERO DE CASOS POR EDAD Y AÑO DE DIAGNÓSTICO
TASAS CRUDAS Y ESTANDARIZADAS. RESIDENTES EN QUITO. 1986-2010. MUJERES
LUNG. NUMBER OF CASES BY AGE AND DIAGNOSTIC YEAR
CRUDE AND STANDARDIZED RATES. QUITO RESIDENTS. 1986-2010. FEMALES



Edad	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL
0-4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
20-24	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	3
25-29	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	2	3	7
30-34	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	2	-	1	2	-	1	-	-	-	1	9
35-39	2	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	1	-	1	2	2	1	-	3	-	16
40-44	-	-	-	-	1	1	1	2	2	3	4	4	3	1	-	-	3	1	1	2	1	1	1	1	4	37
45-49	-	1	-	1	2	2	2	-	2	3	3	-	2	2	3	1	1	6	2	2	4	4	2	1	2	48
50-54	2	-	-	2	-	1	2	2	-	2	1	5	2	1	1	2	3	6	1	4	4	3	1	1	6	53
55-59	1	1	1	1	3	1	1	-	3	2	5	3	5	3	3	3	-	4	6	2	3	8	5	6	3	73
60-64	3	1	-	2	-	-	2	1	1	2	1	3	3	-	5	2	3	3	3	3	9	7	7	8	2	72
65-69	3	1	1	5	3	1	1	-	4	1	2	-	4	6	-	2	2	7	5	8	7	3	2	9	4	81
70-74	1	3	1	3	1	1	6	3	2	4	3	2	2	6	5	2	5	2	4	3	2	9	6	6	5	89
75+	6	10	8	7	3	3	5	7	9	5	6	11	10	6	13	8	8	10	14	13	16	13	22	14	22	253
Desc. / Unk	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	4
Total / All	21	17	11	22	14	11	20	15	23	23	25	28	33	25	30	22	26	41	41	41	49	49	47	51	53	738
TCr / CrR	3,9	2,9	1,9	3,7	2,4	1,9	3,3	2,3	3,6	3,5	3,8	4,1	4,8	3,6	4,2	3	3,5	5,4	5,4	5,1	6	6	5,8	6,2	6,1	
TEE / ASRW	4,9	3,8	2,3	5,5	3,6	2,5	4,7	2,6	4,6	4,5	4,7	4,7	5,6	4,3	4,6	3,2	3,7	5,9	5,4	5,3	6,3	6,3	5,5	6,4	5,4	



TABLA / TABLE 25

**PULMÓN. INDICADORES PRINCIPALES SEGÚN SEXO Y PERIODOS
RESIDENTES EN QUITO. 1986-2010**

LUNG. MAIN INDICATORS BY SEX AND PERIODS. QUITO RESIDENTS. 1986-2010

INDICADORES / INDICATORS	HOMBRES / MALES					MUJERES / FEMALES				
	1986-1990	1991-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2010	1986-1990	1991-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2010
UBICACIÓN* RANK	5	4	5	5	5	12	13	11	11	9
FRECUENCIA RELATIVA (%)* RELATIVE FREQUENCY	5,7	5,9	5,2	4,9	4,3	2,4	2,2	3,0	2,8	3,3
PROMEDIO DE CASOS POR AÑO AVERAGE CASES PER YEAR	28	33	38	50	52	16,8	18	28	34	49
PROMEDIO DE MUERTES POR AÑO AVERAGE DEATHS PER YEAR	19	24	29	44	40	13	13	23	26	37
TASA DE INCIDENCIA CRUDA RATE INCIDENCE CRUDE	5,4	5,9	6,0	7,1	6,9	2,9	2,9	4,1	4,5	6,0
TASA DE INCIDENCIA ESTANDARIZADA A.S.R.W. INCIDENCE	9,0	8,9	8,4	8,7	7,9	4,0	3,8	4,8	4,7	6,0
TASA DE MORTALIDAD CRUDA RATE MORTALITY CRUDE	3,6	4,2	4,6	6,2	5,3	2,3	2,1	3,3	3,4	4,5
TASA DE MORTALIDAD ESTANDARIZADA A.S.R.W. MORTALITY	6,2	6,3	6,3	7,6	6,1	3,3	2,7	3,8	3,6	4,4
TASA ACUMULADA 0-74 (%) CUMULATIVE RATE 0-74	1,1	0,9	1,1	1,1	0,9	0,4	0,4	0,5	0,5	0,6
RAZÓN HOMBRE/ MUJER MALE / FEMALE RATIO	1,6/1	1,9/1	1,4/1	1,5/1	1,1/1					
RAZÓN MORTALIDAD / INCIDENCIA (%) MORTALITY / INCIDENCE RATIO	67,6	71,0	75,6	87,6	77,8	79,8	71,9	80,9	76,5	75,0
% DE VERIFICACIÓN HISTOLÓGICA % OF HISTOLOGICAL VERIFICATION	49,6	45,6	73,6	68,4	71,6	36,9	45,1	70,2	73,5	71,3
% SOLO CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN % DEATH CERTIFICATE ONLY	30,2	34,3	17,6	20,8	20,0	45,2	38,2	20,6	17,6	20,1

*SIN PIEL / BUT SKIN

GRÁFICO / FIGURE 36

PULMÓN. TASAS DE INCIDENCIA POR EDAD Y SEXO. RESIDENTES EN QUITO. 2006-2010
LUNG. INCIDENCE RATES BY AGE AND SEX. QUITO RESIDENTS. 2006-2010

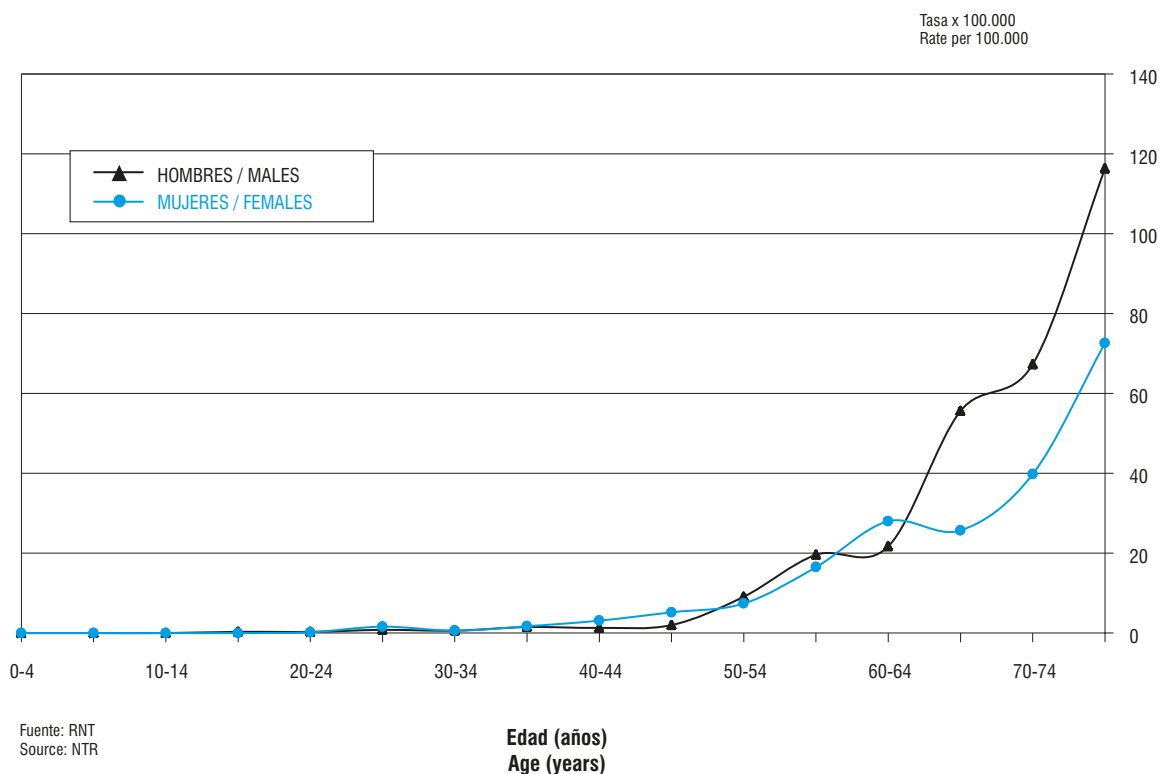
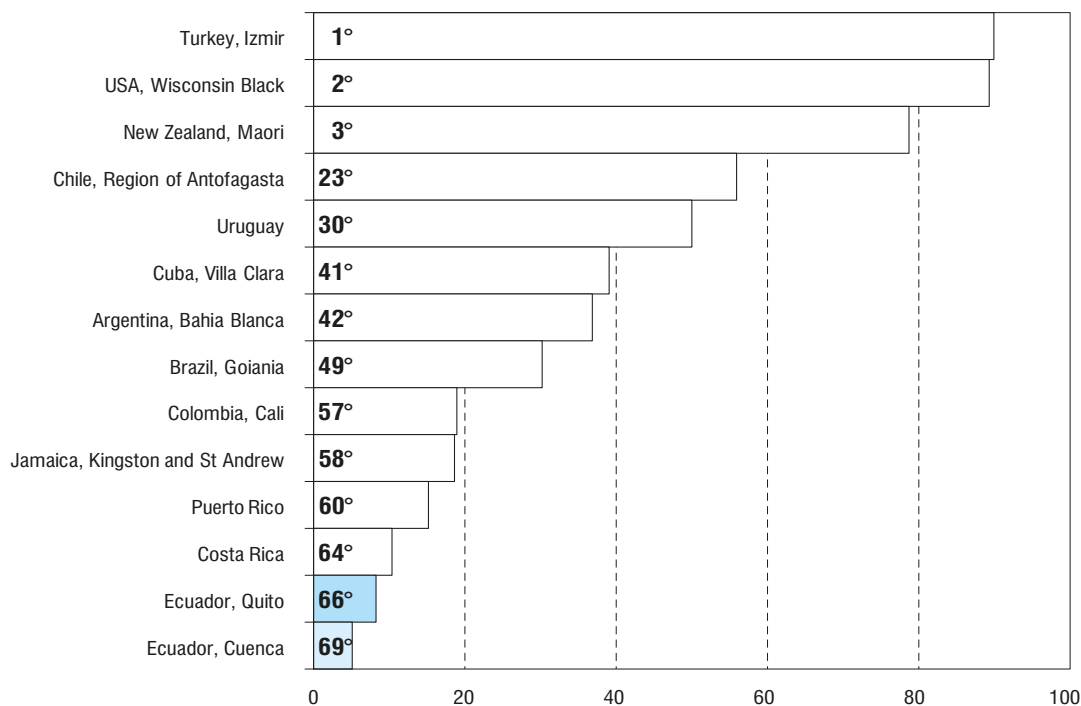




GRÁFICO / FIGURE 37

PULMÓN. INCIDENCIAS MÁS ALTAS EN EL MUNDO Y LATINOAMÉRICA. HOMBRES
LUNG. HIGHEST INCIDENCE RATES IN THE WORLD AND LATINAMERICA. MALES

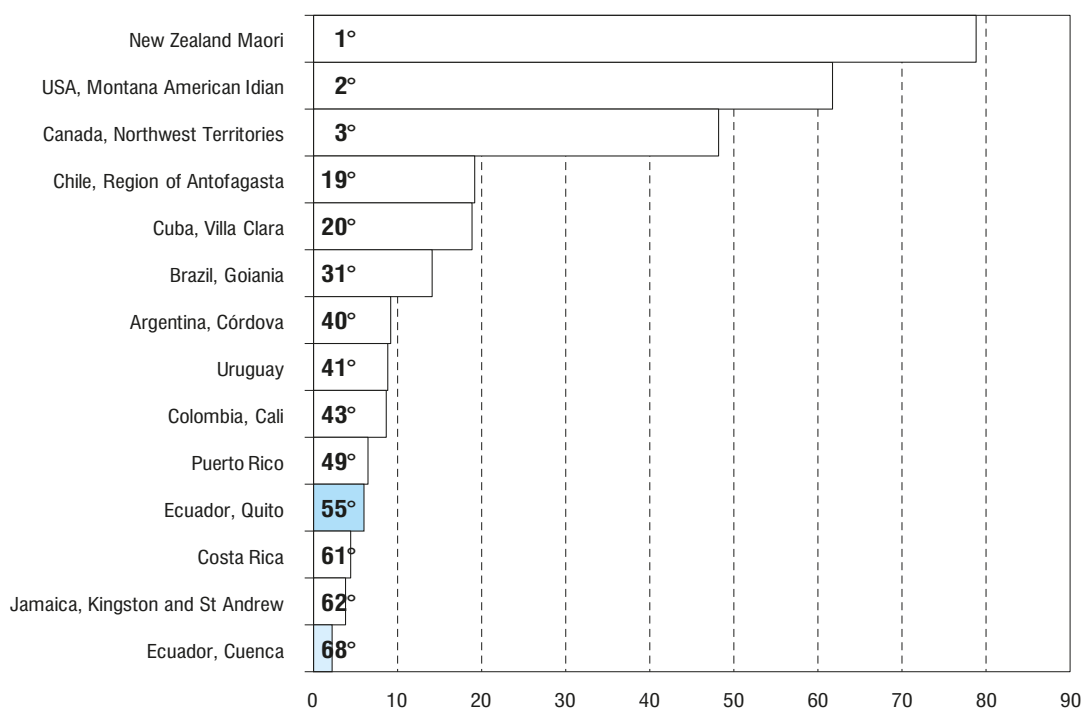


FUENTE/SOURCE: IARC/IACR CI5C. Vol. X (2013)

NOTA: Si un país tiene varios registros, sólo se toma en cuenta la incidencia más alta. (70 países)
 NOTE: If a country has many cancer registries we select only highest incidence

GRÁFICO / FIGURE 38

PULMÓN. INCIDENCIAS MÁS ALTAS EN EL MUNDO Y LATINOAMÉRICA. MUJERES
LUNG. HIGHEST INCIDENCE RATES IN THE WORLD AND LATINAMERICA. FEMALES



FUENTE/SOURCE: IARC/IACR CI5C. Vol. X (2013)

NOTA: Si un país tiene varios registros, sólo se toma en cuenta la incidencia más alta. (70 países)
 NOTE: If a country has many cancer registries we select only highest incidence



GRÁFICO / FIGURE 39

PULMÓN. TASAS DE INCIDENCIA POR INSTRUCCIÓN Y SEXO. RESIDENTES EN QUITO. 2010
LUNG. INCIDENCE RATES BY EDUCATION LEVEL AND SEX. QUITO RESIDENTS. 2010

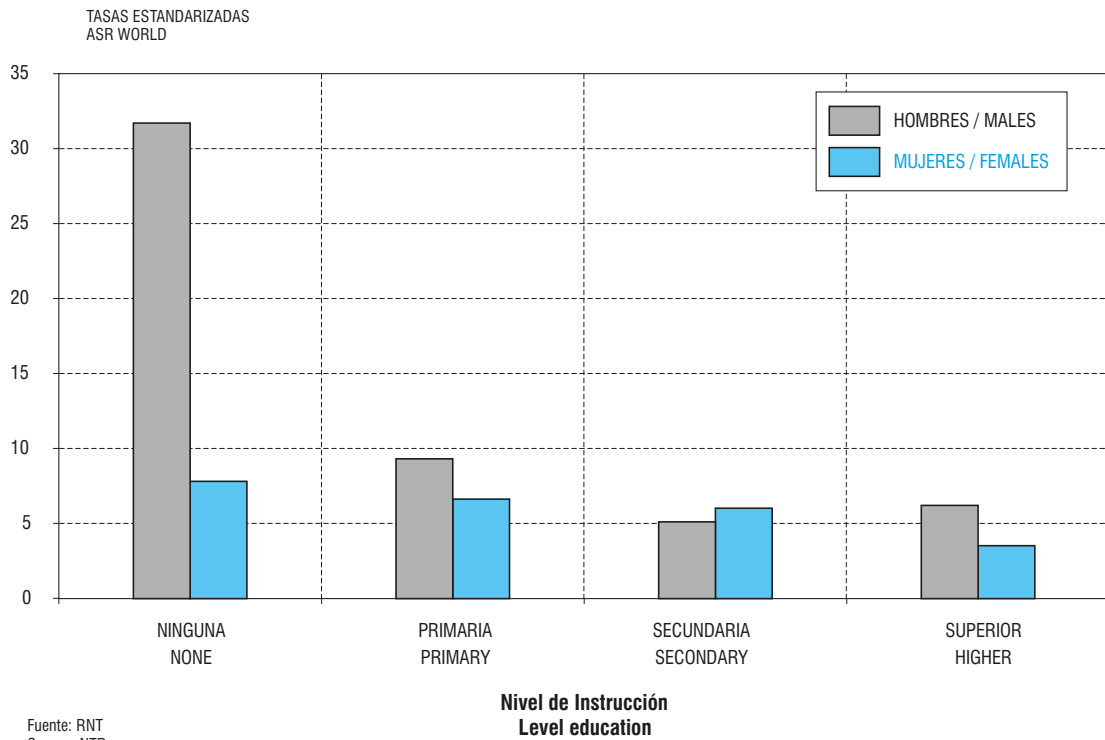


GRÁFICO / FIGURE 40

PULMÓN. TENDENCIA DE LA INCIDENCIA POR SEXO. RESIDENTES EN QUITO. 1986-2010
LUNG. INCIDENCE TREND BY SEX. QUITO RESIDENTS. 1986-2010

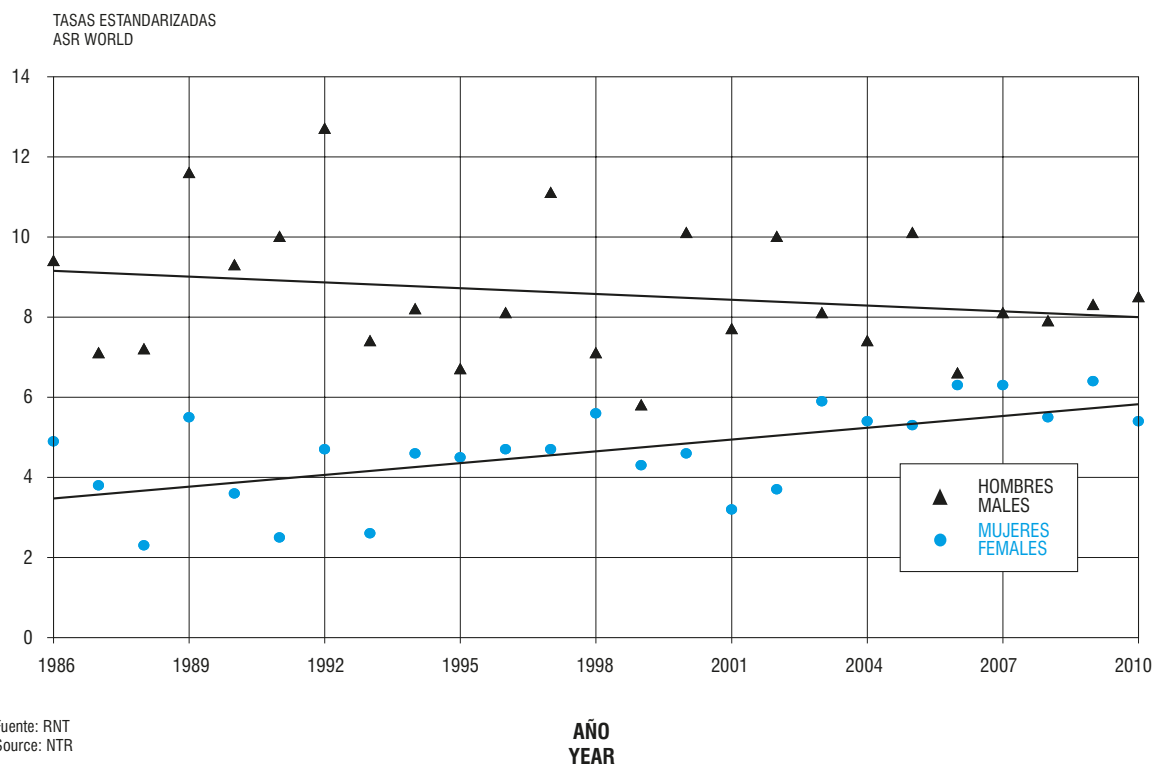




GRÁFICO / FIGURE 41
PULMÓN. MORFOLOGÍA. 2006-2010
LUNG. MORPHOLOGY. 2006-2010

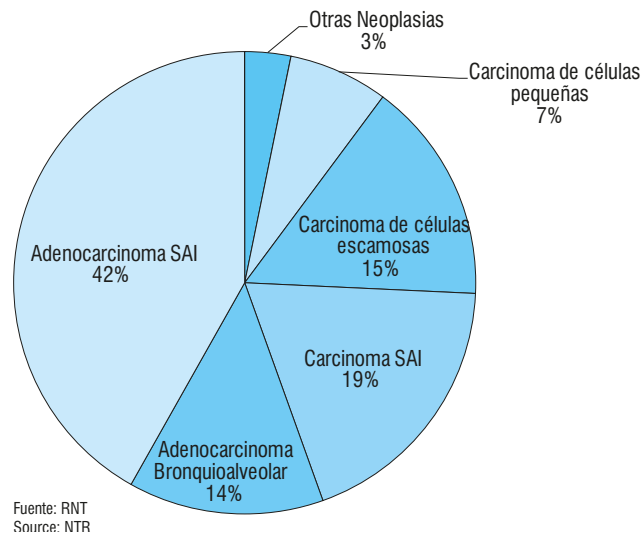


GRÁFICO / FIGURE 42
PULMÓN. ESTADIAJE TNM. RESIDENTES EN QUITO. 2006-2010. HOMBRES
LUNG. STAGE TNM. QUITO RESIDENTS. 2006-2010. MALES

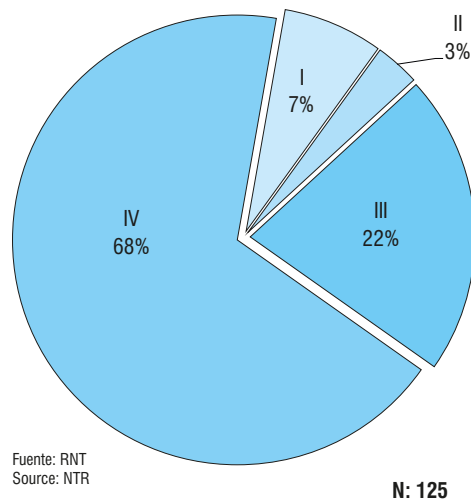


GRÁFICO / FIGURE 43
PULMÓN. ESTADIAJE TNM. RESIDENTES EN QUITO. 2006-2010. MUJERES
LUNG. STAGE TNM. QUITO RESIDENTS. 2006-2010. FEMALES

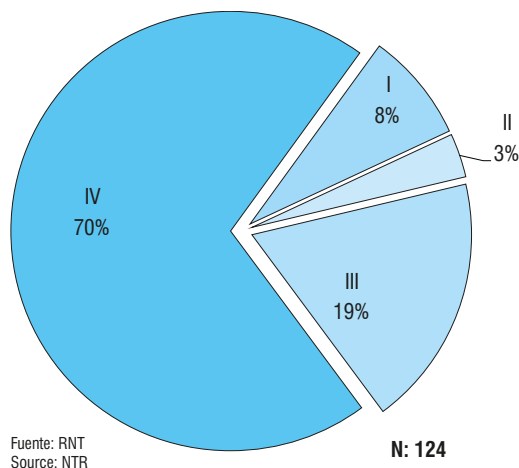
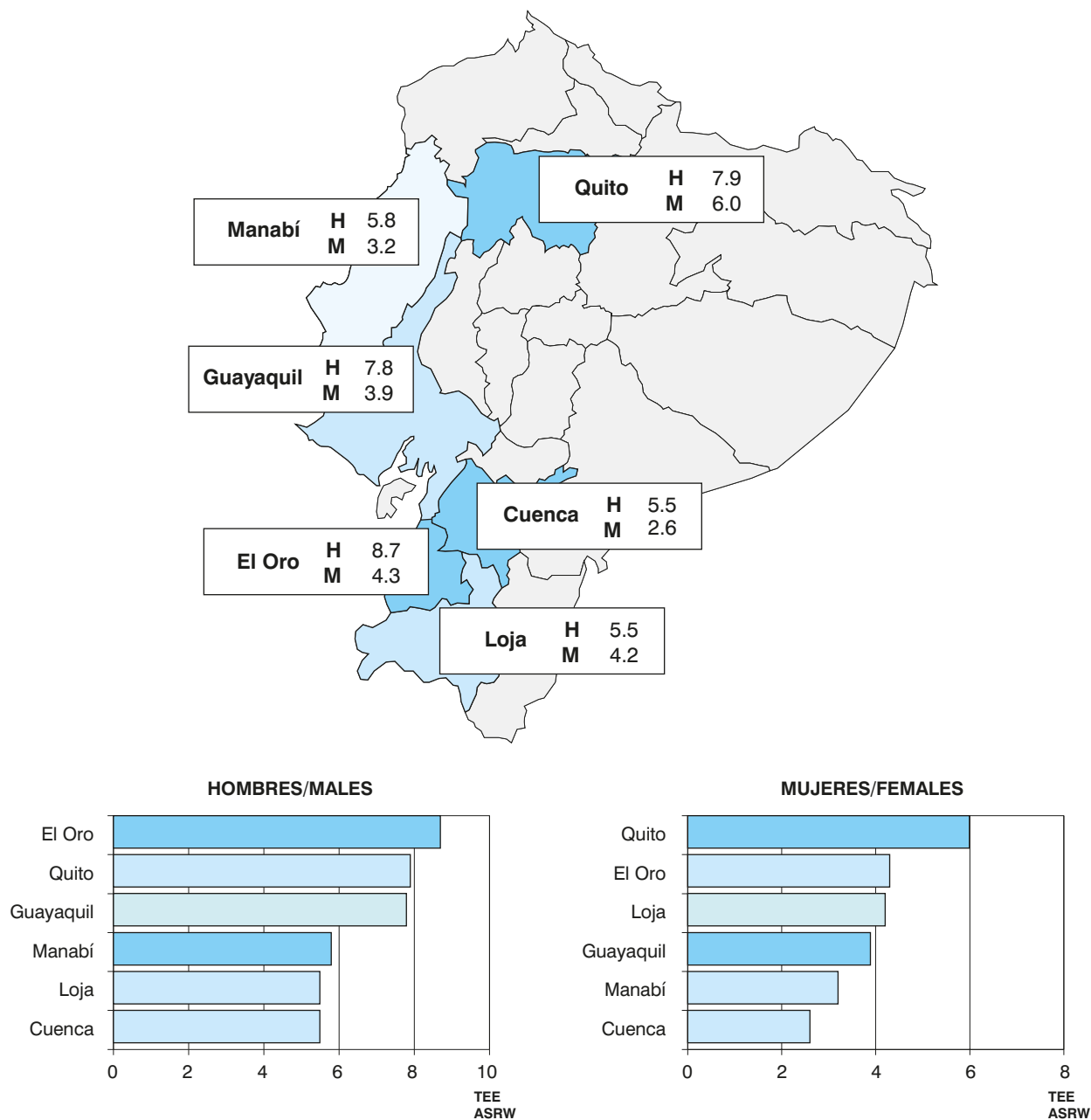




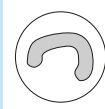
GRÁFICO / FIGURE 44

PULMÓN

TASAS DE INCIDENCIA ESTANDARIZADA EN REGISTROS DE CÁNCER DEL ECUADOR
LUNG. STANDARIZED INCIDENCE RATE IN ECUADOR CANCER REGISTRIES



REGISTRO REGISTRY	HOMBRES / MALES			MUJERES / FEMALES		
	No de casos Cases	Tasa cruda Crude Rate	Tasa Estandarizada A.S.R. World	No de casos Cases	Tasa cruda Crude Rate	Tasa Estandarizada A.S.R. World
Ciudad de Quito (2006-2010)	261	6,9	7,9	244	6,0	6,0
Cantón Cuenca (2006-2009)	43	4,8	5,5	30	3,0	2,6
Ciudad de Guayaquil (2007-2008)	142	6,5	7,8	93	4,0	3,9
Ciudad de Loja (2006-2008)	15	5,6	5,5	13	4,4	4,2
Provincia del El Oro (2006-2009)	95	7,6	8,7	43	3,6	4,3
Provincia de Manabí (2006-2009)	143	5,3	5,8	74	2,8	3,2



LEUCEMIAS LEUKEMIAS

Dra. María Elena Buenaño C.
Hemato-oncóloga. Hospital SOLCA
Núcleo de Quito

Hemato-oncologist. SOLCA Quito Hospital

Las leucemias, son entidades oncológicas del sistema hematopoyético originadas en la médula ósea que afectan la sangre y en ocasiones órganos linfáticos, sistema nervioso central y otros.

Dependiendo del clon originario se clasifican en Linfoides y Mieloides y, según su comportamiento clínico, en Agudas y Crónicas, siendo las primeras de más rápido crecimiento y agresividad.

Su categorización, identificación y pronóstico dependen de algunos auxiliares diagnósticos, no solo morfológicos, sino también la identificación de inmunofenotipo con citometría de flujo, citogenética, hibridación in situ con fluorescencia (FISH), biología molecular con reacción de cadena de polimerasa (PCR) entre otros, lo cual determina una larga lista de diferentes subtipos de leucemias, con su propia expresión, pronóstico y que requieren un tratamiento específico.

Los datos del Registro Nacional de Tumores permiten apreciar que en nuestro país, en el último período, las ciudades con mayor incidencia estandarizada son Loja y Quito.

En la ciudad de Quito, entre los años 1986-2010, las tasas de incidencia de todas las leucemias, son relativamente estables, variando su tasa estandarizada, entre 6,6 a 8,4 por 100.000 hombres y, en mujeres de 4,5 a 7,5 por 100.000.

Las tasas más bajas corresponden al período 1986-1990 y el mismo comportamiento tiene las tasas de mortalidad.

Los avances tecnológicos han mejorado de manera importante el diagnóstico de las leucemias, lo que podría explicar que en un inicio, algunas de ellas no se hayan registrado. Sin embargo, también esperaríamos progresos importantes en la disminución de las tasas de mortalidad debidas al desarrollo en los tratamientos, incluido el trasplante de progenitores hematopoyéticos, pero esto no muestran los datos.

En el promedio de casos por año, existe una ligera tendencia a su incremento, relacionado con el crecimiento poblacional.

Referente al número de casos por edad, es el grupo de menores de 10 años el más afectado, y en el otro extremo de la vida los mayores de 70 años, comportamiento similar al observado en otros países, como los EEUU.

Según el tipo de leucemia (2006-2010), las linfoides son las más frecuentes 51%, seguidas por las mieloides 40%, tiene relación con el grupo de edad, ya que en la infancia la Leucemia Linfocítica aguda es la más diagnosticada, mientras que en los grupos de edad avanza-

Leukemias are oncological hematopoietic system entities originate in the bone marrow affecting blood and sometimes lymphatic organs, central nervous system and others.

Depending on the original clone they are classified in Lymphoid and Myeloid, and according to their clinical behavior in Acute and Chronic, being the first ones fastest in growing and aggressiveness.

Categorization, identification and prognosis depends on some diagnostic aids, not only morphological but also identifying immunophenotyping with cytometric flow, cytogenetics, fluorescence in situ hybridization (FISH), molecular biology with polymerase chain reaction (PCR) among others, which determines a long list of different subtypes of leukemia, with her own expression, prognosis and that require specific treatment.

Data from the National Cancer Registry let us appreciate that in our country, in the last period, the cities with the highest standardized incidence are Loja and Quito.

In the city of Quito, in the years 1986 - 2010, incidence rates of all leukemias are relatively stable, varying its standardized rate from 6.6 to 8.4 per 100,000 in men and from 4.5 to 7.5 per 100,000 in women.

The lowest rates are for the period 1986 - 1990 and the same behavior has the mortality rates.

Technological advances have greatly improved the diagnosis of leukemia, which could explain that at first, some of them have not been registered. However, we could also expect significant progress in reducing mortality rates due to development in the treatment, including bone marrow transplantation, but data is not showing this.

In the average number of cases per year, there is a slight tendency to increase, related to population growth.

Concerning the number of cases by age, the most affected group is that under 10, and at the other end over 70 years, similar behavior to that observed in other countries such as the U.S.

Depending on the type of leukemia (2006-2010), lymphoids are the most frequent 51%, followed by 40% myeloid, is related to the age group, as in childhood acute lymphocytic leukemia is the most diagnosed while in the older age groups the highest incidence rates are observed in both myeloid and lymphocytic leukemias.

Compared to incidence rates worldwide, published by the IARC (2013), we are located between countries with intermediate values, however, we note that slight variations in rates, significantly modify the location.



da las tasas más altas de incidencia se observan tanto en leucemias mieloideas como en las linfocíticas.

Si se compara con las incidencias a nivel mundial, publicadas por la IARC (2013), nos ubicamos entre los países con valores intermedios, sin embargo, hacemos notar que ligeras variaciones en las tasas, modifican de manera importante la ubicación.

Las leucemias, en especial las agudas, siguen siendo una de las neoplasias, que revisten mayor gravedad, por su propia naturaleza y las complicaciones a su tratamiento agresivo, (poliquimioterapia a intervalos cortos o altas dosis, radioterapia, trasplante de progenitores hematopoyéticos) requiriendo frecuente atención hospitalaria, con largas estancias, con necesidades transfusionales altas, control de procesos infecciosos graves, uso de diferentes tipos antimicrobianos, manejo en Unidades de Terapia Intensiva, entre otros.

Un aspecto a resaltar y que nos debería comprometer a todos es que la leucemia linfoblástica aguda infantil, tiene un buen pronóstico, con tasas de sobrevida a 5 años, mayores al 85%.

Leukemias, especially acute, remain one of the tumors, which are of greater severity by its very nature and complications after an aggressive treatment, (polychemotherapy at doses of short or high intervals, radiation therapy, bone marrow transplantation) requiring frequent hospital care, long stays, with high transfusion requirements, control serious infectious processes, use of different antimicrobial types, management in intensive care units, among others.

One aspect to highlight and that should engage us all is that childhood acute lymphoblastic leukemia, has a good prognosis, with survival rates at 5 years, over 85%.



TABLA / TABLE 26

LEUCEMIA. NÚMERO DE CASOS POR EDAD Y AÑO DE DIAGNÓSTICO
TASAS CRUDAS Y ESTANDARIZADAS. RESIDENTES EN QUITO. 1986-2010. HOMBRES
LEUKAEMIA. NUMBER OF CASES BY AGE AND DIAGNOSTIC YEAR
CRUDE AND STANDARDIZED RATES. QUITO RESIDENTS. 1986-2010. MALES



Edad	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL
0-4	4	3	7	4	5	1	6	2	8	1	10	2	3	5	7	4	9	4	6	11	6	3	3	3	8	125
5-9	5	2	3	6	5	2	6	3	3	4	2	7	7	4	2	4	3	5	5	1	6	1	4	4	7	101
10-14	4	3	1	-	5	2	3	2	1	6	2	5	1	-	1	1	7	2	3	5	3	3	6	6	2	74
15-19	-	-	2	2	2	1	2	1	2	-	3	3	5	4	3	3	1	4	6	8	5	3	6	4	8	78
20-24	1	1	2	1	2	-	3	4	1	3	-	1	2	-	1	2	5	5	5	4	4	3	1	4	3	58
25-29	-	2	1	-	1	1	1	2	3	3	2	4	1	4	3	1	2	-	1	2	4	2	1	7	3	51
30-34	2	2	2	1	-	1	1	3	1	2	1	5	2	4	3	1	3	2	1	3	1	2	-	1	1	45
35-39	4	1	1	-	2	-	3	1	2	1	4	-	2	4	-	2	2	2	3	-	3	1	4	3	1	46
40-44	-	3	3	-	4	-	-	2	1	3	3	3	-	5	1	6	3	-	1	4	1	1	5	2	2	53
45-49	-	1	2	2	1	1	1	3	4	2	3	3	1	2	2	6	2	-	3	7	2	1	3	-	2	54
50-54	-	2	1	-	1	2	3	1	3	4	-	2	4	2	2	2	1	4	1	4	-	2	4	6	5	56
55-59	-	2	2	-	2	-	3	1	1	2	4	2	3	3	4	3	2	1	2	1	2	2	4	4	4	54
60-64	1	2	-	-	3	1	1	3	3	3	3	3	5	3	8	2	2	3	3	1	2	3	6	1	2	64
65-69	1	-	2	1	1	3	1	2	1	1	3	-	3	1	-	1	1	2	-	4	2	3	3	2	1	39
70-74	2	3	-	1	3	2	2	2	3	3	2	1	1	-	2	6	3	2	2	1	2	2	2	1	2	50
75+	2	2	2	-	3	3	1	4	5	2	4	3	10	3	9	6	4	11	8	5	6	7	9	9	4	122
Desc. / Unk	-	1	1	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	6
Total / All	26	30	32	18	40	20	37	37	42	41	46	44	50	44	48	50	50	47	50	61	49	39	61	58	56	1076
TCr / CrR	5,2	5,8	6	3,2	7,6	3,6	6,6	6,4	7,3	6,8	7,4	7	7,9	6,8	7,1	7,4	7,2	6,6	7	8,4	6,7	5,2	8	7,6	7,1	
TEE / ASRW	5,8	7,2	6,7	3,6	9,5	5,1	7,6	7,6	8,8	7,9	9,1	7,5	9,1	7,4	8,5	8,2	7,6	7	7,3	9,1	6,9	5,7	8,7	7,5	7,5	

TABLA / TABLE 27

LEUCEMIA. NÚMERO DE CASOS POR EDAD Y AÑO DE DIAGNÓSTICO
TASAS CRUDAS Y ESTANDARIZADAS. RESIDENTES EN QUITO. 1986-2010. MUJERES
LEUKAEMIA. NUMBER OF CASES BY AGE AND DIAGNOSTIC YEAR
CRUDE AND STANDARDIZED RATES. QUITO RESIDENTS. 1986-2010. FEMALES



	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL
0-4	4	5	2	3	4	3	4	6	6	4	3	1	7	3	5	4	6	6	10	8	7	3	7	6	7	124
5-9	3	4	1	3	1	2	4	2	5	4	9	7	2	3	5	1	8	4	7	5	3	2	2	2	3	92
10-14	1	3	-	1	2	4	5	2	4	3	6	5	4	2	1	-	6	7	5	3	2	1	2	1	1	71
15-19	3	-	4	2	5	-	4	-	3	6	9	3	6	4	2	2	4	2	3	3	4	1	1	4	2	77
20-24	2	1	2	2	1	2	3	1	1	5	1	5	1	1	1	2	3	1	2	3	1	2	5	1	5	54
25-29	5	1	-	1	2	2	1	-	2	2	8	-	-	3	1	2	2	1	3	2	1	2	1	2	1	44
30-34	1	3	2	2	3	2	1	2	3	-	4	3	1	3	1	-	3	4	1	4	2	2	1	-	-	48
35-39	1	1	1	-	3	-	-	-	5	4	3	3	5	3	3	1	-	1	1	4	3	3	3	4	2	54
40-44	1	1	1	1	-	2	3	4	-	-	-	3	2	2	4	2	3	5	2	1	1	7	-	3	3	51
45-49	1	-	-	-	1	-	1	-	1	3	-	1	-	2	1	1	2	5	6	4	-	3	1	4	3	40
50-54	-	2	-	-	-	1	3	4	1	-	1	1	-	-	1	3	1	-	3	3	3	2	-	3	3	35
55-59	2	2	3	1	1	-	2	3	-	-	3	1	5	-	-	1	1	2	4	-	5	2	2	2	5	47
60-64	-	1	1	1	-	1	2	2	3	2	2	4	2	2	3	2	4	3	3	1	4	1	2	3	3	52
65-69	-	4	3	1	-	3	-	2	3	1	4	1	4	3	2	3	3	6	2	1	2	4	2	6	6	66
70-74	-	-	-	-	-	3	2	-	-	3	1	1	2	2	2	2	3	3	4	6	2	2	-	1	5	44
75+	3	1	2	3	-	3	4	2	3	3	2	1	7	1	6	9	2	1	9	12	9	4	10	14	11	122
Desc. / Unk	-	1	-	1	1	2	-	-	-	-	2	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	10
Total / All	27	30	22	22	24	30	39	30	38	40	52	48	48	31	41	34	51	52	63	61	51	40	40	56	61	1031
TCr / CrR	5,1	5,4	3,8	3,7	4,1	5,1	6,5	4,8	4,9	6,2	7,9	7	6,9	4,4	5,7	4,6	6,9	6,8	8,2	7,8	6,5	5	4,9	6,8	7,3	
TEE / ASRW	5	6,2	4,5	3,7	3,7	5,6	7,2	6	5,3	6,4	8	7,2	7,6	4,8	5,9	4,8	7,5	7,7	8,9	7,9	6,6	5,1	4,9	6,7	7,6	



TABLA / TABLE 28

**LEUCEMIA. INDICADORES PRINCIPALES SEGÚN SEXO Y PERÍODOS
RESIDENTES EN QUITO. 1986-2010**

LEUKAEMIA. MAIN INDICATORS BY SEX AND PERIODS. QUITO RESIDENTS. 1986-2010

INDICADORES / INDICATORS	HOMBRES / MALES					MUJERES / FEMALES				
	1986-1990	1991-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2010	1986-1990	1991-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2010
UBICACIÓN* RANK	7	6	6	6	6	11	10	9	8	8
FRECUENCIA RELATIVA (%)* RELATIVE FREQUENCY	5,9	6,2	6,3	5,1	4,4	3,6	4,2	4,6	4,3	3,4
PROMEDIO DE CASOS POR AÑO AVERAGE CASES PER YEAR	29	35	46	52	53	25	35	44	52	50
PROMEDIO DE MUERTES POR AÑO AVERAGE DEATHS PER YEAR	12	18	23	33	33	11	14	26	30	29
TASA DE INCIDENCIA CRUDA RATE INCIDENCE CRUDE	5,6	6,1	7,3	7,3	6,9	4,4	5,6	6,4	6,9	6,1
TASA DE INCIDENCIA ESTANDARIZADA A.S.R.W. INCIDENCE	6,6	7,5	8,4	7,8	7,2	4,5	6,3	6,7	7,5	6,1
TASA DE MORTALIDAD CRUDA RATE MORTALITY CRUDE	2,3	3,1	3,6	4,7	4,4	1,9	2,3	3,8	3,9	3,5
TASA DE MORTALIDAD ESTANDARIZADA A.S.R.W. MORTALITY	3,0	3,8	4,2	5,3	4,4	2,1	2,6	4,2	4,1	3,6
TASA ACUMULADA 0-74 (%) CUMULATIVE RATE 0-74	0,6	0,7	0,7	0,7	0,6	0,3	0,6	0,6	0,7	0,5
RAZÓN HOMBRE/ MUJER MALE / FEMALE RATIO	1,2/1	1/1	1/1	1/1	1,1/1					
RAZÓN MORTALIDAD / INCIDENCIA (%) MORTALITY / INCIDENCE RATIO	41,7	50,9	50,0	64,7	62,5	43,2	40,7	60,0	57,1	59,5
% DE VERIFICACIÓN HISTOLÓGICA % OF HISTOLOGICAL VERIFICATION	93,8	97,2	100,0	90,7	92,9	92,8	98,9	100,0	90,4	95,6
% SOLO CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN % DEATH CERTIFICATE ONLY	0,0	0,0	0,0	2,4	4,2	0,0	0,0	0,0	2,7	1,6

*SIN PIEL / BUT SKIN

GRÁFICO / FIGURE 45

**LEUCEMIA. MORFOLOGÍA. POR GRUPOS DE EDAD
RESIDENTES EN QUITO. 2006-2010**

LEUKAEMIA. MORPHOLOGY. QUITO RESIDENTS. 2006-2010.

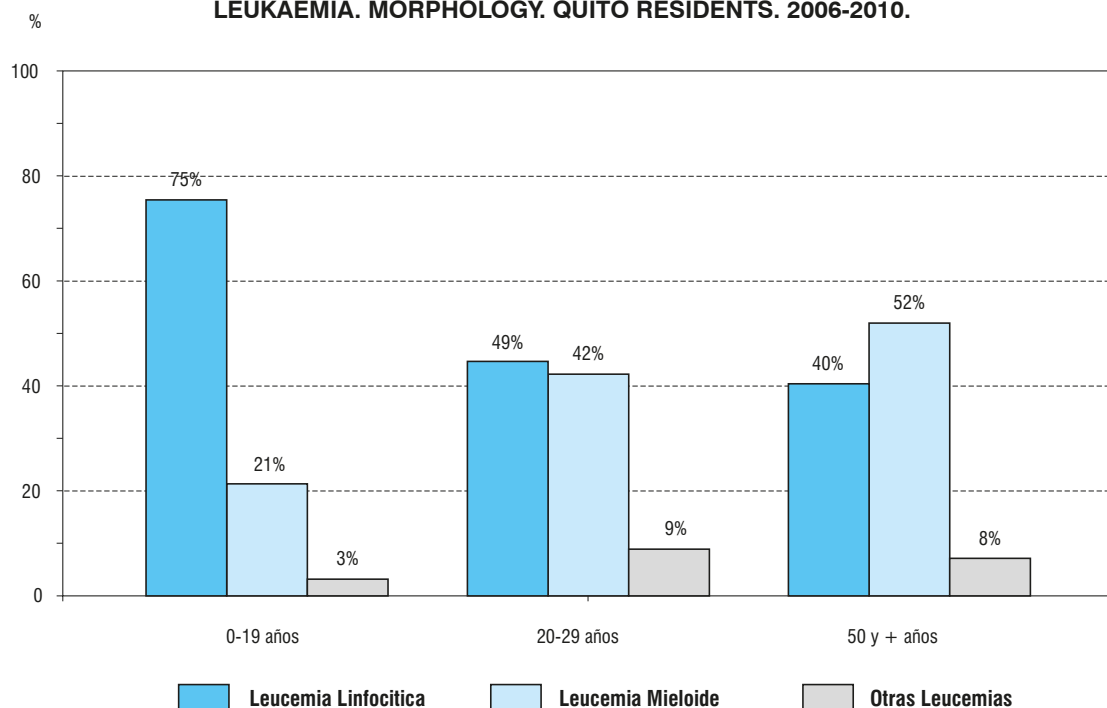




GRÁFICO / FIGURE 46

LEUCEMIA. TENDENCIA DE LA INCIDENCIA POR SEXO. RESIDENTES EN QUITO. 1986-2010
LEUKAEMIA. INCIDENCE TREND BY SEX. QUITO RESIDENTS. 1986-2010

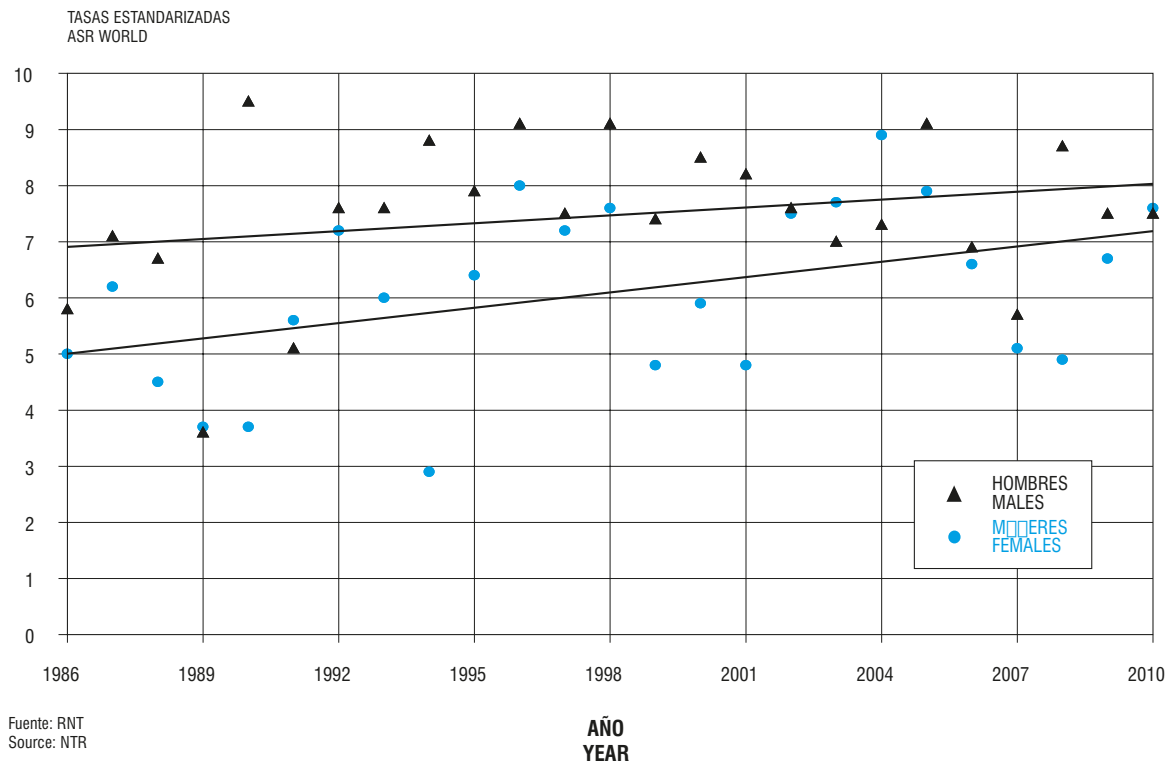
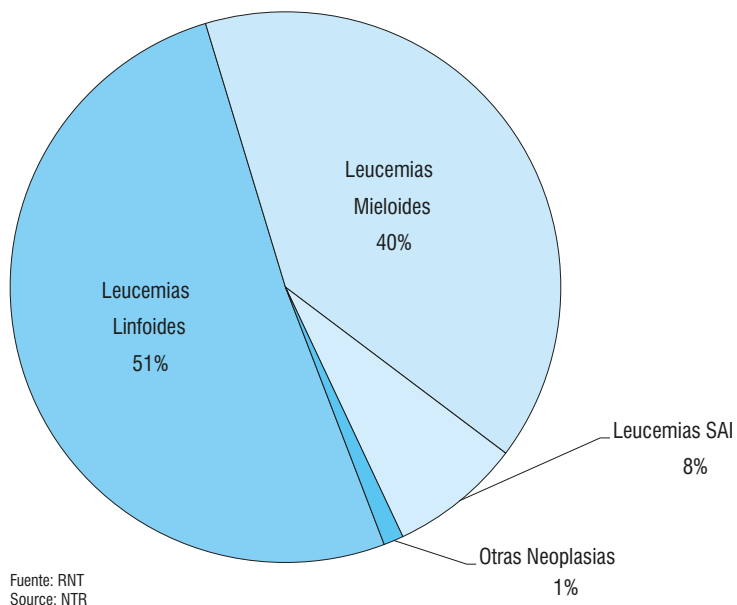


GRÁFICO / FIGURE 47

LEUCEMIA. MORFOLOGÍA. RESIDENTES EN QUITO. 2006-2010
LEUKAEMIA. MORPHOLOGY. QUITO RESIDENTS. 2006-2010



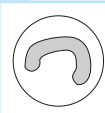


GRÁFICO / FIGURE 48

LEUCEMIA LINFOIDE. TASAS DE INCIDENCIA POR EDAD Y SEXO. RESIDENTES EN QUITO. 2006-2010
LYMPHOID LEUKAEMIA. INCIDENCE RATES BY AGE AND SEX. QUITO RESIDENTS. 2006-2010

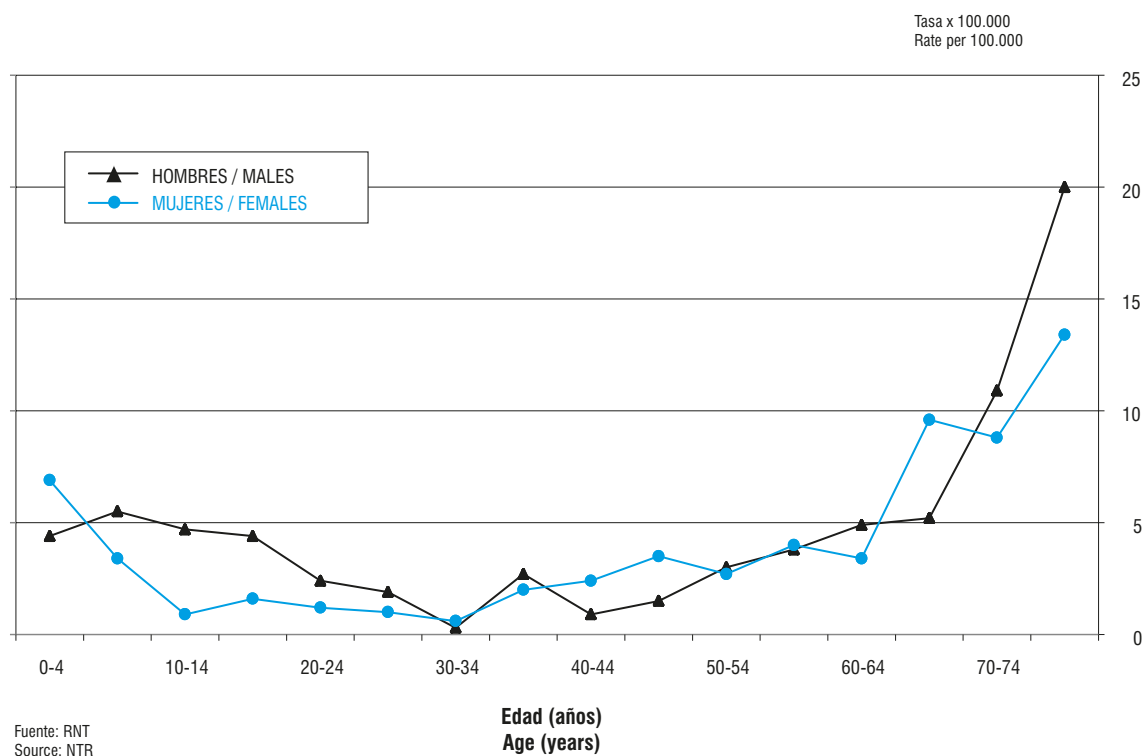
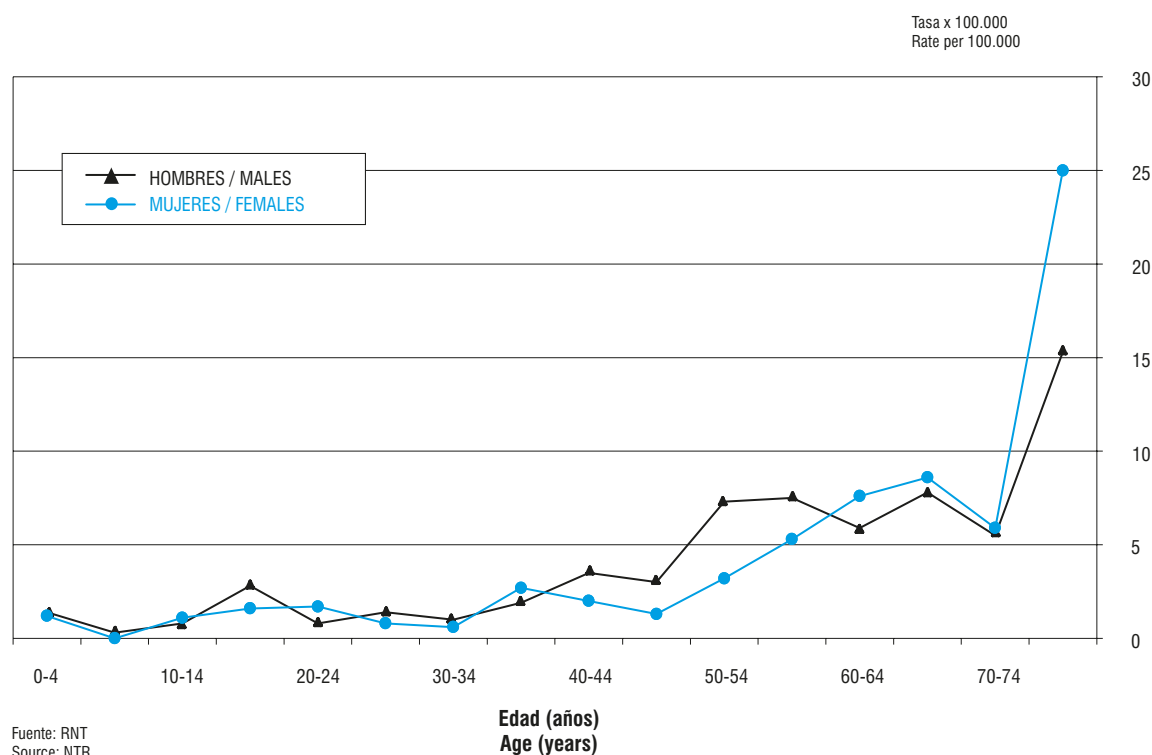


GRÁFICO / FIGURE 49

LEUCEMIA MIELOIDE. TASAS DE INCIDENCIA POR EDAD Y SEXO. RESIDENTES EN QUITO. 2006-2010
MYELOID LEUKAEMIA. INCIDENCE RATES BY AGE AND SEX. QUITO RESIDENTS. 2006-2010



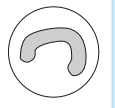
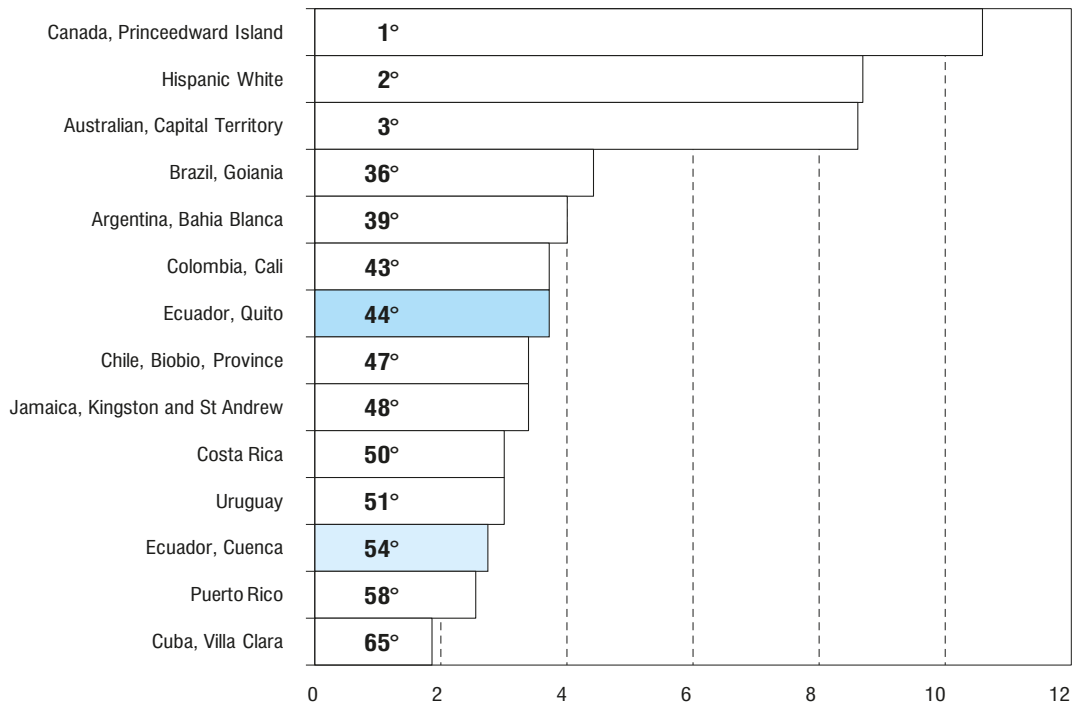


GRÁFICO / FIGURE 50

LEUCEMIA LINFOIDE. INCIDENCIAS MÁS ALTAS EN EL MUNDO Y LATINOAMÉRICA. HOMBRES
LYMPHOID LEUKAEMIA. HIGHEST INCIDENCE RATES IN THE WORLD AND LATINAMERICA. MALES



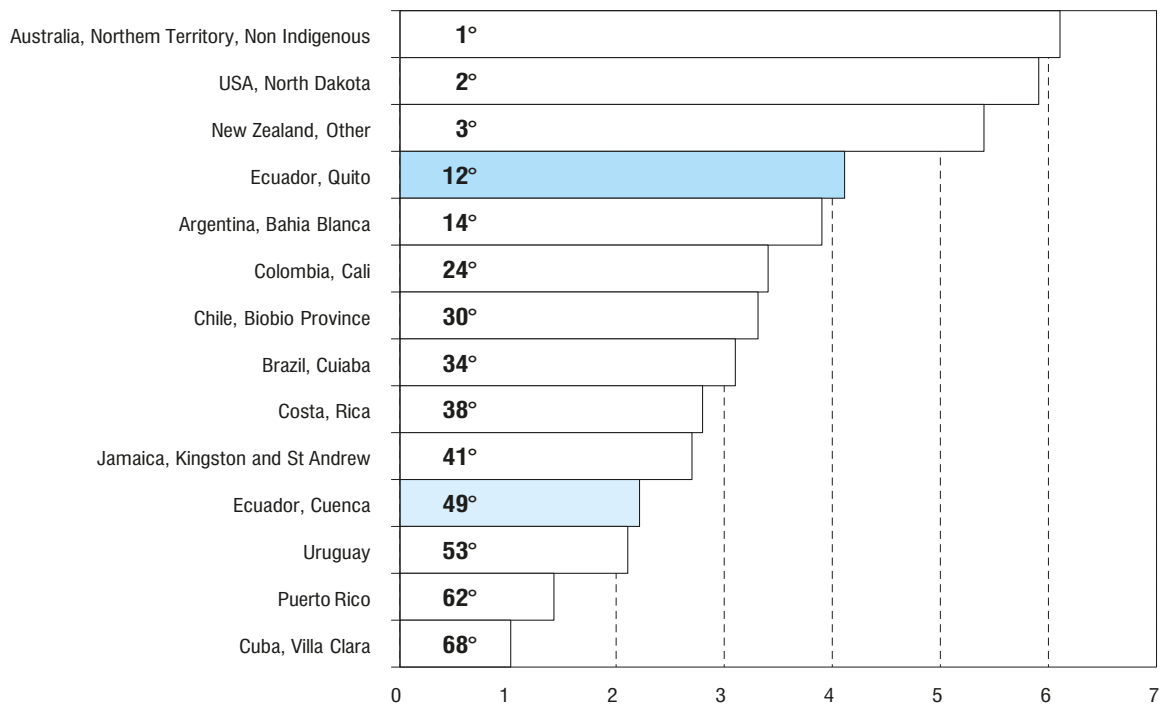
FUENTE/SOURCE: IARC/IACR CI5C. Vol. X (2013)

NOTA: Si un país tiene varios registros, sólo se toma en cuenta la incidencia más alta. (70 países)

NOTE: If a country has many cancer registries we select only highest incidence

GRÁFICO / FIGURE 51

LEUCEMIA LINFOIDE. INCIDENCIAS MÁS ALTAS EN EL MUNDO Y LATINOAMÉRICA. MUJERES
LYMPHOID LEUKEMIA. HIGHEST INCIDENCE RATES IN THE WORLD AND LATINAMERICA. FEMALES



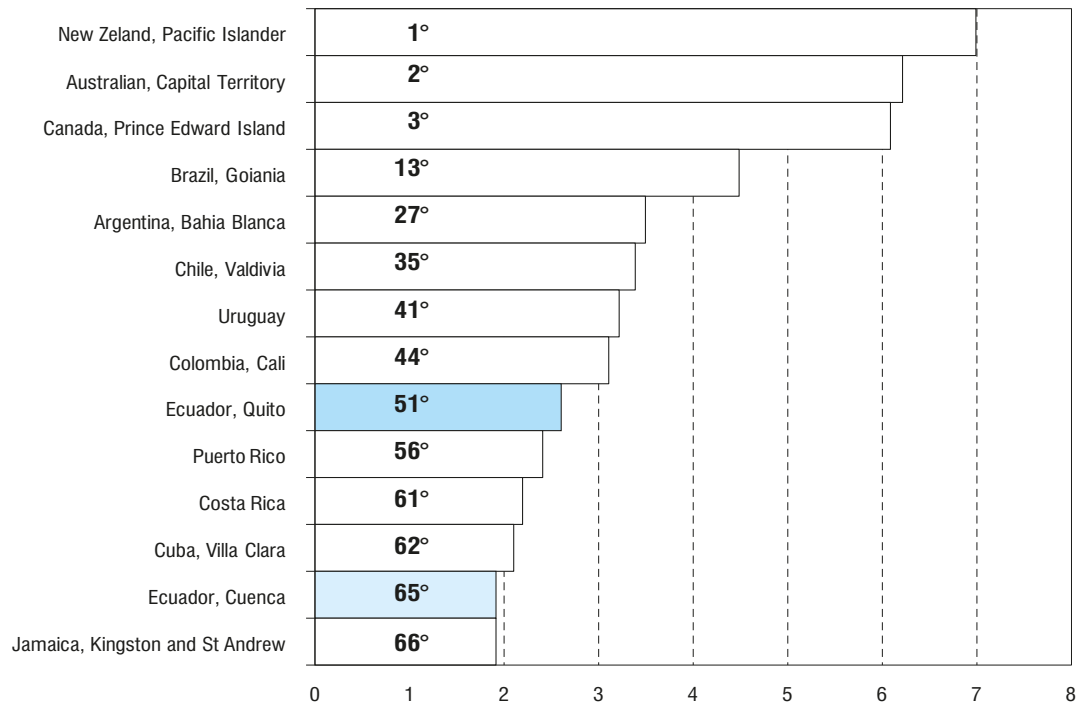
FUENTE/SOURCE: IARC/IACR CI5C. Vol. X (2013)

NOTA: Si un país tiene varios registros, sólo se toma en cuenta la incidencia más alta. (70 países)

NOTE: If a country has many cancer registries we select only highest incidence



GRÁFICO / FIGURE 52

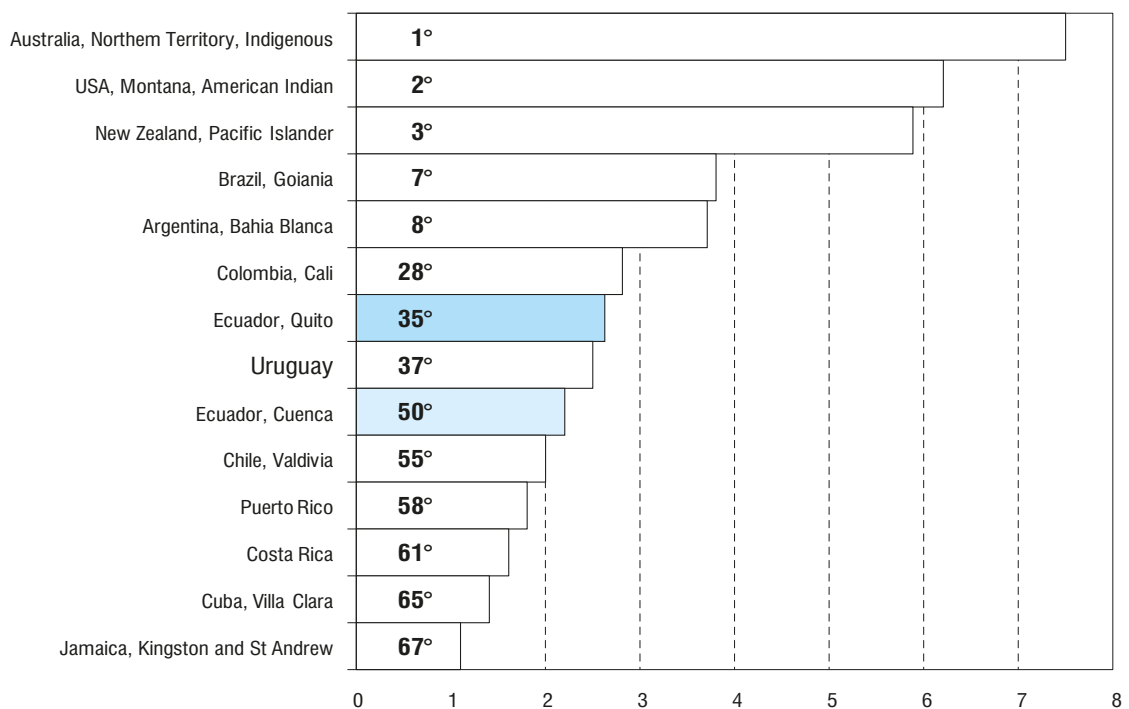
LEUCEMIA MIELOIDE. INCIDENCIAS MÁS ALTAS EN EL MUNDO Y LATINOAMÉRICA. HOMBRES
MYELOID LEUKEMIA. HIGHEST INCIDENCE RATES IN THE WORLD AND LATINAMERICA. MALES

FUENTE/SOURCE: IARC/IACR CI5C. Vol. X (2013)

NOTA: Si un país tiene varios registros, sólo se toma en cuenta la incidencia más alta. (70 países)

NOTE: If a country has many cancer registries we select only highest incidence

GRÁFICO / FIGURE 53

LEUCEMIA MIELOIDE. INCIDENCIAS MÁS ALTAS EN EL MUNDO Y LATINOAMÉRICA. MUJERES
MYELOID LEUKEMIA. HIGHEST INCIDENCE RATES IN THE WORLD AND LATINAMERICA. FEMALES

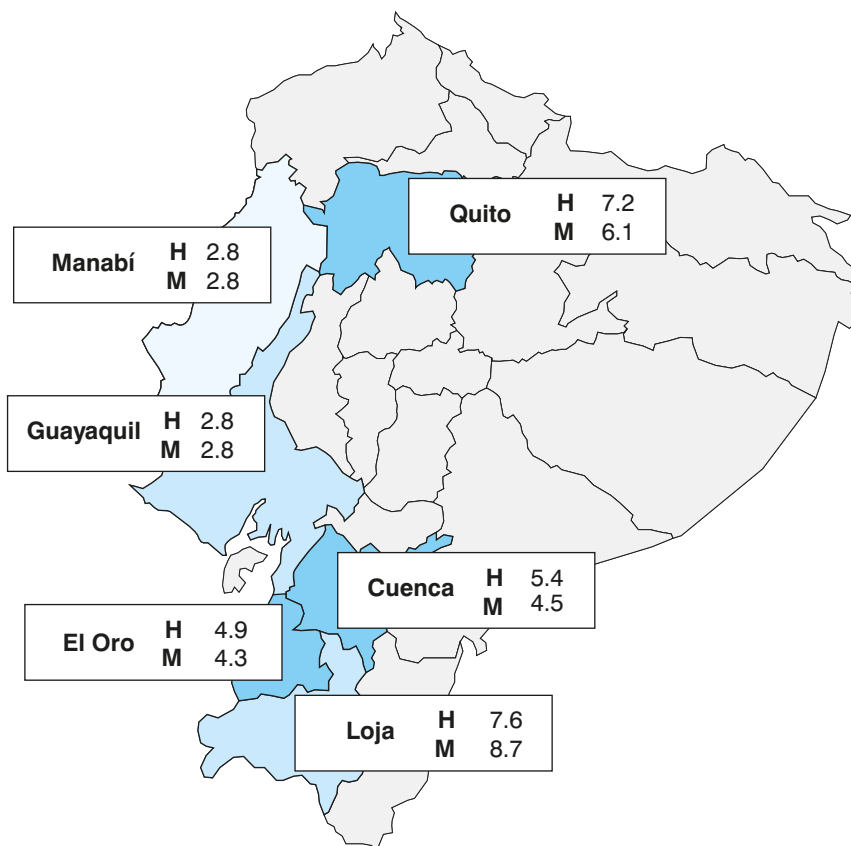
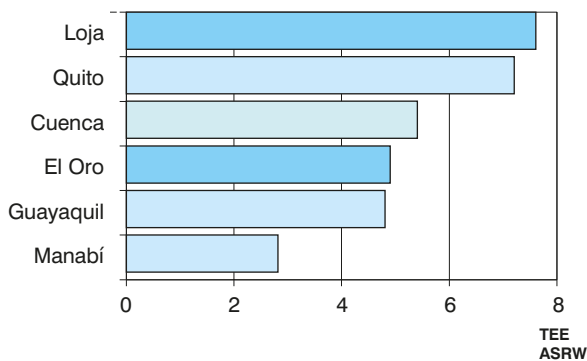
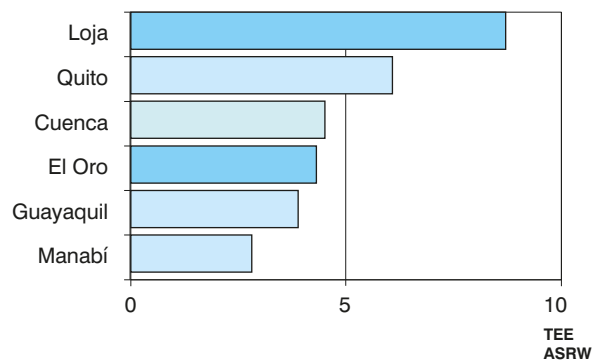
FUENTE/SOURCE: IARC/IACR CI5C. Vol. X (2013)

NOTA: Si un país tiene varios registros, sólo se toma en cuenta la incidencia más alta. (70 países)

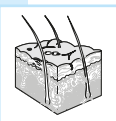
NOTE: If a country has many cancer registries we select only highest incidence



GRÁFICO / FIGURE 54

LEUCEMIA
TASAS DE INCIDENCIA ESTANDARIZADA EN REGISTROS DE CÁNCER DEL ECUADOR
LEUKAEMIA. STANDARDIZED INCIDENCE RATE IN ECUADOR CANCER REGISTRIES

HOMBRES/MALES

MUJERES/FEMALES


REGISTRO REGISTRY	HOMBRES / MALES			MUJERES / FEMALES		
	No de casos Cases	Tasa cruda Crude Rate	Tasa Estandarizada A.S.R. World	No de casos Cases	Tasa cruda Crude Rate	Tasa Estandarizada A.S.R. World
Ciudad de Quito (2006-2010)	264	6,9	7,2	248	6,1	6,1
Cantón Cuenca (2006-2009)	46	5,2	5,4	43	4,3	4,5
Ciudad de Guayaquil (2007-2008)	132	6,0	4,8	123	5,4	3,9
Ciudad de Loja (2006-2008)	19	7,0	7,6	25	8,5	8,7
Provincia del El Oro (2006-2009)	57	4,5	4,9	48	4,1	4,3
Provincia de Manabí (2006-2009)	77	2,8	2,8	71	2,8	2,8



PIEL SKIN

Dr. Bernardo Sandoval

*Cirujano Oncólogo. Decano de la Facultad de Medicina
Universidad Internacional*

*Surgeon Oncologist. Dean Faculty of Medicine
International University*

CARCINOMA DE PIEL INCLUIDO MELANOMA

La incidencia y mortalidad del carcinoma de piel no melanoma y la del melanoma son fundamentalmente diferentes. En el mundo y en el Ecuador, la incidencia del melanoma es relativamente baja en relación con otros carcinomas pero, su mortalidad relativa, es alta. El fenómeno epidemiológico es muy diferente con el carcinoma de piel, tanto de células basales cuanto el de células escamosas. En efecto, la incidencia de carcinoma de piel no melanoma es alta y la mortalidad es baja, especialmente baja la mortalidad en el carcinoma de células basales. Por lo anotado, las observaciones y los comentarios en relación con la epidemiología de estos tipos de cáncer, en el Ecuador y la comparación de ésta con otros países se hará separadamente.

CARCINOMA DE PIEL NO MELANOMA

En los países del mundo desarrollado la incidencia de carcinoma cutáneo distinto del melanoma muestra una tendencia de incremento sostenido año tras año: En Quito durante los 25 años de análisis también se observa este fenómeno. Considerando globalmente los datos, para hombres y mujeres, en el quinquenio 1986-1990, el promedio de la incidencia estandarizada está alrededor de 21 por cada 100.000 habitantes, llegando en el período 2006-2010 a tasas promedio de 33 por 100.000. Es decir, la incidencia se incrementó en 57%.

El ritmo de crecimiento baja notablemente en el último quinquenio. En el caso de los hombres, el promedio de la incidencia estandarizada ha experimentado un levísimo aumento, apenas superior al 0,3%. En el quinquenio 2001-2005 el promedio de la incidencia fue 34,2 por cada 100.000 habitantes y, para el quinquenio siguiente, 2006-2010, ésta aumentó a 35,6 por cada 100.000 habitantes, es decir un aumento insignificante, y en el caso de las mujeres incluso hay un leve descenso. El importante incremento en la incidencia durante un período de 25 años puede explicarse por un mejor diagnóstico debido al cambio actitudinal de los médicos que han mostrado un mayor interés por obtener biopsia en lesiones cutáneas. Es importante también observar la estabilización de la incidencia en la última década que podría relacionarse con cambios de comportamiento en la población al reducir los riesgos.

Si comparamos la incidencia de carcinoma de piel diferente de melanoma en Quito respecto de otros países, notamos que nuestra ubicación ha descendido ligeramente desde el puesto 17 en hombres y 16 en mujeres, publicados en el volumen XIV del RNT, al puesto 19, para los dos sexos, de todas maneras estas tasas nos ubica entre los 20 países de más alta incidencia.

SKIN CANCER INCLUDING MELANOMA

The incidence and mortality of non-melanoma skin cancer and that of melanoma are fundamentally different. Worldwide and in Ecuador, the incidence of melanoma is relatively low as compared with other carcinomas but its relative mortality is high. The epidemiologic phenomenon is quite different with the non-melanoma skin cancer, both basal cell and squamous cell carcinoma. Indeed, the incidence of non-melanoma skin cancer is high and its mortality is low, especially low in the case of basal cell carcinoma. Given the aforementioned, the analysis and comments in relation to the epidemiology of these types of cancer in Ecuador and its comparison with other countries will be done separately.

NON MELANOMA SKIN CANCER

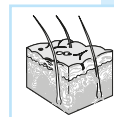
In the countries of the developed world, the incidence of non melanoma skin cancer shows a sustained increasing trend throughout the years. In Quito, during the 25 year period of analysis this trend is confirmed. Considering the overall data, for men and women, for the five year period 1986-1990, the average of the standardized incidence is 21/100,000 while it increases to 33/100,000 during the 2006-2010 periods. The incidence has increased 57%.

None the less the growth of the increase has diminished remarkably during the last five year period. In men, the average of standardized incidence has revealed a minimal increase, barely superior to 0,3%. During the five year period 2001-2005 the average incidence was 34.2/100.000 and, for the next five year period, 2006-2010, this increased to 35.6/100,000, that is an insignificant increase and, in women, the was a slight decrease.

The important increase in incidence over a 25 year period could be explained by an improved diagnosis given the change in the attitude of physicians that show an increased interest to obtain biopsies of skin lesions. It is also important to observe a stabilization of the incidence in the past decade that could be related to behavioral changes of the population on decreasing the risks.

If we compare the incidence of non melanoma skin cancer in Quito with that in other countries, we observe that our position has decreased slightly to the place 19, for men and women, from the place 17 in men and place 16 in women as published in the XIV edition of the National Registry of Tumors. Anyway, we are still within the 20 countries with the highest incidence.

On the other hand, it is quite surprising the increase in mortality of non-melanoma skin cancer in the two five-year period compared, in men from 4 to 6.5/100,000



Por otro lado, llama la atención, en los dos quinquenios comparados, el aumento de la mortalidad por cáncer de piel diferente del melanoma, en hombres de 4 a 6,5 por cada 100.000 habitantes, y en mujeres de 3,1 a 4,8 por cada 100.000 habitantes. Esto podría explicarse por una reducción en la mortalidad atribuida a otras causas o por un sesgo en atribuir la muerte de pacientes con carcinoma de piel a esta enfermedad cuando pueda ser otra la verdadera causa.

Analizando la estabilización de la incidencia de la incidencia de carcinoma de piel distinto de melanoma, es posible que la conciencia pública respecto de la necesidad de protección frente a los rayos del sol a través del uso de bloqueador solar aplicado en la piel y el uso de artículos de vestido haya tenido un impacto favorable. Sin duda, la composición étnica de la población ecuatoriana en la que sólo hay un 7% de caucásicos y un 93% de mestizos, indígenas y afro-descendientes tiene un impacto protector mayor que los factores de riesgo físicos como la perpendicularidad de los rayos de sol por la localización ecuatorial de nuestro país y por la altitud de las ciudades andinas.

MELANOMA

El melanoma es una malignidad con un claro y sostenido aumento en la incidencia en países desarrollados, tanto que, en Estados Unidos, la incidencia ha aumentado, en años recientes, a razón de 2,6% por año. En el Ecuador apenas ha habido un incremento de incidencia estandarizada que, aunque más marcado en hombres que en mujeres, si comparamos el quinquenio 2001-2005 con el quinquenio 2006-2010, este aumento ha sido leve. En efecto, el aumento de la incidencia estandarizada ha sido del orden de 0,9 por cada 100.000 habitantes en hombres y de 0,1 por cada 100.000 habitantes en mujeres. Resulta, entonces, que el aumento anual de la incidencia ha sido muy incipiente lo cual es obviamente una ventaja, desde el punto de vista de la salud pública frente a una malignidad muy agresiva. En relación con la tasa estandarizada de mortalidad, se aprecia un aumento leve si comparamos los quinquenios estudiados. Este aumento guarda correspondencia con el ligero aumento de la incidencia y que revela la falta de un efectivo progreso terapéutico frente a esta enfermedad. Procurando explicar el hecho de que el aumento global de incidencia de melanoma en el Ecuador sea incipiente, se podría atribuir a la composición étnica de nuestros habitantes en quienes la raza blanca es una minoría lo que contrasta con países como Australia, Nueva Zelanda, Estados Unidos en donde el porcentaje de individuos de raza caucásica es muy alto y por ello, en mucho mayor riesgo de ser víctimas de esta enfermedad.

and in women from 3.1 to 4.8/100,000. This could be explained due to a reduction in the mortality due to other causes or to a mistake in attributing the cause of death to skin cancer when the true cause could be different.

Analyzing the stabilization in the incidence of non-melanoma skin cancer, it is possible that the public awareness regarding the need for sunlight protection with appropriate lotions applied to the skin and the use of adequate protecting attire may have had a favorable impact. Undoubtedly the ethnic composition of Ecuadorian population with only 7% o Caucasians and 93% of mestizos, indigenous people and population of African descent, has a major protecting impact that counteract the physical risk factors such as the perpendicularity of sunlight due to the equatorial location of our country and the altitude of the Andean cities.

MELANOMA

Melanoma is a malignancy with a clear and sustained increase in incidence in developed countries to an extent that, in the United States, the incidence has increased, in recent years, at a rate of 2.6% per year. In Ecuador we can see a slight increase in incidence that, although somewhat more pronounced in men than in women, if we compare the five-year period 2001-2005 with the period 2006-2010, this increase has only been mild. Indeed, the increase in the standardized incidence has been in the order of 0.9/100,000 in men and 0.1/100,000 in women. Turns out, then, that the annual increase in incidence has been incipient which is advantageous from a public health standpoint given the aggressive nature of this malignancy. Regarding the standardized mortality rate, a slight increment can be observed between the two five year periods of the comparison. This increase in mortality goes along with the observed increase in incidence and it reveals the lack of an improvement in therapeutic results of this disease. Attempting to explain the fact that the overall incidence of melanoma is small, it could be attributed to the ethnic composition of our population where Caucasians are a minority in contrast with countries as Australia, New Zealand, United States where the percentage of Caucasians is very high and, therefore, at higher risk to have this disease.

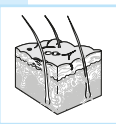


TABLA / TABLE 29

**PIEL NO MELANOMA. NÚMERO DE CASOS POR EDAD Y AÑO DE DIAGNÓSTICO
TASAS CRUDAS Y ESTANDARIZADAS. RESIDENTES EN QUITO. 1986-2010. HOMBRES**
**SKIN NO MELANOMA. NUMBER OF CASES BY AGE AND DIAGNOSTIC YEAR
CRUDE AND STANDARDIZED RATES. QUITO RESIDENTS. 1986-2010. MALES**



Edad	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL
0-4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
05-09	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
10-14	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	2	-	-	-	-	-	1	1	-	-	1	1	1	-	-	8
15-19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1	1	-	1	1	1	-	-	2	-	-	1	10
20-24	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	1	-	-	-	-	2	1	1	2	1	1	1	-	1	1	14
25-29	-	-	1	1	-	-	3	2	1	2	-	1	-	-	-	1	3	4	4	1	2	4	2	1	1	34
30-34	1	1	3	4	2	4	4	2	3	2	4	2	5	1	3	6	2	3	4	4	5	3	2	-	3	73
35-39	6	4	1	6	3	4	6	3	2	2	3	5	4	5	1	7	6	4	2	-	6	2	4	2	7	95
40-44	-	3	-	7	6	4	5	1	2	3	4	1	7	11	7	5	4	7	10	13	6	11	1	8	7	133
45-49	1	3	3	2	5	4	5	5	5	2	7	5	20	7	6	12	11	7	11	8	10	10	14	10	9	182
50-54	5	5	4	8	9	7	6	11	6	9	11	12	15	10	10	11	9	10	25	24	15	13	16	7	15	273
55-59	5	5	7	7	5	9	7	10	8	7	5	12	13	9	12	13	21	28	13	22	29	27	21	18	26	339
60-64	10	3	13	14	13	12	7	12	9	7	9	9	16	13	19	11	25	18	21	24	27	25	27	19	30	393
65-69	5	7	4	13	4	7	12	18	11	11	18	18	18	25	20	15	21	31	24	27	26	27	18	28	30	438
70-74	4	11	10	8	9	13	9	6	10	8	11	15	11	11	20	29	20	36	31	37	34	41	21	35	34	474
75+	8	16	14	19	11	25	21	28	32	22	29	38	37	50	36	51	47	48	61	74	84	77	75	71	91	1065
Desc. / Unk	-	3	-	1	-	1	-	-	1	1	-	4	2	-	2	2	4	1	4	14	13	8	-	1	5	67
Total / All	45	61	60	90	67	90	85	99	92	76	105	123	148	143	137	165	176	200	213	249	260	252	202	201	260	3599
TCr / CrR	9,7	12,5	12,2	16,8	13	16,8	15,4	17,6	16	13,5	18,2	21,2	24,3	22,8	21,1	24,3	25,5	28,8	29,9	35,1	36	34,7	27,2	26,8	33,9	
TEE / ASRW	16,5	19,5	20,7	27,3	22,1	26,7	23,1	27,3	22,8	19,1	25,3	27,8	32,2	29,3	27,7	28,8	31,6	36	35,3	39,5	39,9	39,1	31	30,8	37,5	

TABLA / TABLE 30

**PIEL NO MELANOMA. NÚMERO DE CASOS POR EDAD Y AÑO DE DIAGNÓSTICO
TASAS CRUDAS Y ESTANDARIZADAS. RESIDENTES EN QUITO. 1986-2010. MUJERES**
**SKIN NO MELANOMA. NUMBER OF CASES BY AGE AND DIAGNOSTIC YEAR
CRUDE AND STANDARDIZED RATES. QUITO RESIDENTS. 1986-2010. FEMALES**



Edad	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL
00-04	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	2
05-09	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	2
10-14	-	-	-	1	-	1	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
15-19	-	-	1	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	1	-	-	1	-	-	8
20-24	-	1	1	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	2	1	-	2	1	1	3	-	-	14
25-29	1	2	-	1	-	2	1	-	2	1	-	-	1	5	3	1	2	2	2	1	3	4	1	3	5	43
30-34	1	2	-	4	2	2	5	2	3	3	1	-	1	5	1	2	4	3	2	4	7	3	3	6	4	70
35-39	1	-	5	5	3	2	8	3	8	6	4	-	4	5	5	11	7	5	4	3	4	3	8	2	8	114
40-44	1	2	3	5	11	5	4	6	2	6	3	3	11	13	8	9	6	10	16	15	14	12	11	6	9	191
45-49	1	4	1	7	6	6	6	5	6	4	8	3	10	11	10	11	11	11	13	12	17	10	18	18	12	221
50-54	6	4	3	5	5	6	7	8	4	12	3	6	14	15	16	16	19	14	12	14	20	16	11	22	9	267
55-59	7	11	10	9	9	4	10	6	8	11	10	6	19	7	19	10	18	15	8	19	18	15	18	18	22	307
60-64	5	9	7	7	10	11	19	8	5	9	6	12	17	19	16	15	13	21	24	32	26	19	19	32	19	380
65-69	18	8	10	15	13	15	10	11	7	13	8	19	20	16	18	17	30	28	28	36	24	26	22	22	33	467
70-74	12	6	12	9	10	10	10	14	8	19	16	13	30	20	16	28	28	23	18	29	32	32	31	27	26	479
75+	19	21	28	27	25	28	28	35	28	25	38	46	41	55	58	55	74	82	85	119	103	112	66	80	105	1383
Desc. / Unk	-	2	2	-	3	-	2	1	-	1	-	-	2	1	1	3	5	3	2	16	8	8	1	2	7	70
Total / All	72	72	83	95	97	93	112	100	82	110	97	109	171	172	171	179	219	219	216	303	277	262	214	238	259	4022
TCr / CrR	14,3	13,4	15	16	17,8	16,5	18,9	16,7	13,2	18	16,2	17,4	25,6	25,1	24,7	24,9	29,9	29,4	28,2	40,1	36,5	33,3	27	29,9	32,4	
TEE / ASRW	21,8	18,9	20,6	22,4	24,8	23	25,2	20,9	15,6	22,6	19,3	20,4	30,8	27,5	27	26,1	30,7	29,9	28,3	38,1	34,7	30,8	26,6	29,1	29,4	



TABLA / TABLE 31

**PIEL NO MELANOMA. INDICADORES PRINCIPALES SEGÚN SEXO Y PERÍODOS
RESIDENTES EN QUITO. 1986-2010**

SKIN NO MELANOMA. MAIN INDICATORS BY SEX AND PERIODS. QUITO RESIDENTS. 1986-2010

INDICADORES / INDICATORS	HOMBRES / MALES					MUJERES / FEMALES				
	1986-1990	1991-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2010	1986-1990	1991-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2010
PROMEDIO DE CASOS POR AÑO AVERAGE CASES PER YEAR	68	90	138	203	241	87	104	151	230	258
PROMEDIO DE MUERTES POR AÑO AVERAGE DEATHS PER YEAR	5	5	14	26	46	4	7	13	26	46
TASA DE INCIDENCIA CRUDA RATE INCIDENCE CRUDE	12,9	15,8	21,6	28,8	31,7	15,3	16,7	21,9	30,6	31,8
TASA DE INCIDENCIA ESTANDARIZADA A.S.R.W. INCIDENCE	21,4	23,7	28,5	34,4	35,6	21,7	21,4	25,2	30,7	30,1
TASA DE MORTALIDAD CRUDA RATE MORTALITY CRUDE	1,0	0,9	2,2	3,7	6,0	0,7	1,1	1,9	3,4	5,6
TASA DE MORTALIDAD ESTANDARIZADA A.S.R.W. MORTALITY	1,4	1,3	2,7	4,0	6,5	0,9	1,2	1,8	3,1	4,8
TASA ACUMULADA 0-74 (%) CUMULATIVE RATE 0-74	2,6	2,7	3,2	4,1	4,0	2,5	2,4	2,9	3,4	3,2
RAZÓN HOMBRE/ MUJER MALE / FEMALE RATIO	0,8/1	0,9/1	0,9/1	0,9/1	0,9/1					
RAZÓN MORTALIDAD / INCIDENCIA (%) MORTALITY / INCIDENCE RATIO	7,4	5,9	10,0	12,7	18,9	4,6	6,6	8,6	11,3	17,7
% DE VERIFICACIÓN HISTOLÓGICA % OF HISTOLOGICAL VERIFICATION	97,9	98,0	97,8	99,8	99,9	97,3	96,9	97,1	99,7	99,8
% SOLO CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN % DEATH CERTIFICATE ONLY	1,8	1,1	0,7	0,0	0,1	1,8	2,1	0,7	0,2	0,2

*SIN PIEL / BUT SKIN

TABLA / TABLE 32

**MELANOMAS DE PIEL. INDICADORES PRINCIPALES SEGÚN SEXO Y PERÍODOS
RESIDENTES EN QUITO. 1986-2010**

SKIN MELANOMAS. MAIN INDICATORS BY SEX AND PERIODS. QUITO RESIDENTS. 1986-2010

INDICADORES / INDICATORS	HOMBRES / MALES					MUJERES / FEMALES				
	1986-1990	1991-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2010	1986-1990	1991-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2010
UBICACIÓN* RANK	14	14	15	17	14	16	14	16	14	15
FRECUENCIA RELATIVA (%)* RELATIVE FREQUENCY	1,8	1,9	1,9	1,7	2,0	1,7	2,0	2,0	2,1	2,0
PROMEDIO DE CASOS POR AÑO AVERAGE CASES PER YEAR	9	11	14	17	24	11	17	19	25	29
PROMEDIO DE MUERTES POR AÑO AVERAGE DEATHS PER YEAR	2	3	5	7	11	3	3	6	9	11
TASA DE INCIDENCIA CRUDA RATE INCIDENCE CRUDE	1,7	1,9	2,2	2,4	3,2	2,1	2,7	2,8	3,3	3,6
TASA DE INCIDENCIA ESTANDARIZADA A.S.R.W. INCIDENCE	2,7	2,7	2,7	2,8	3,7	2,9	3,8	3,2	3,4	3,5
TASA DE MORTALIDAD CRUDA RATE MORTALITY CRUDE	0,3	0,6	0,7	1,0	1,4	0,5	0,5	0,8	1,1	1,4
TASA DE MORTALIDAD ESTANDARIZADA A.S.R.W. MORTALITY	0,5	0,9	0,9	1,2	1,6	0,7	0,8	0,9	1,2	1,3
TASA ACUMULADA 0-74 (%) CUMULATIVE RATE 0-74	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,3	0,5	0,3	0,4	0,4
RAZÓN HOMBRE/ MUJER MALE / FEMALE RATIO	0,8/1	0,6/1	0,7/1	0,7/1	0,8/1					
RAZÓN MORTALIDAD / INCIDENCIA (%) MORTALITY / INCIDENCE RATIO	20,5	31,5	33,8	40,0	44,3	23,7	20,5	29,5	34,4	38,6
% DE VERIFICACIÓN HISTOLÓGICA % OF HISTOLOGICAL VERIFICATION	93,2	90,7	97,2	100,0	99,2	91,5	96,4	92,6	99,2	99,3
% SOLO CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN % DEATH CERTIFICATE ONLY	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

*SIN PIEL / BUT SKIN

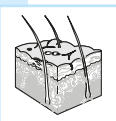


GRÁFICO / FIGURE 55

PIEL. MORFOLOGÍA. RESIDENTES EN QUITO. 2006-2010
SKIN. MORPHOLOGY. QUITO RESIDENTS. 2006-2010

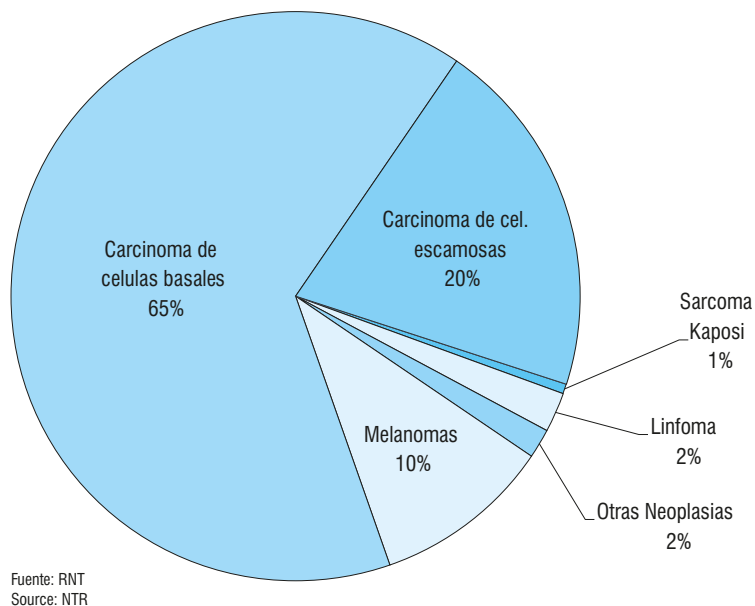
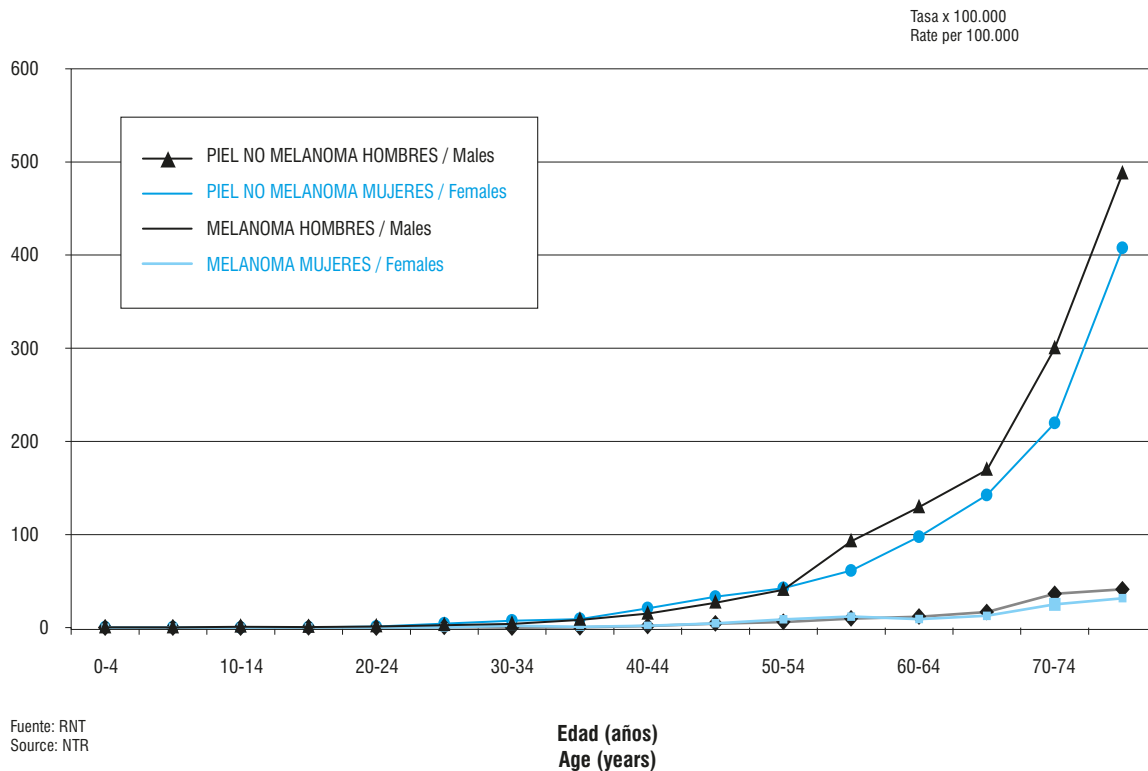


GRÁFICO / FIGURE 56

PIEL. TASAS DE INCIDENCIA POR EDAD Y SEXO. RESIDENTES EN QUITO. 2006-2010
SKIN. INCIDENCE RATES BY AGE AND SEX. QUITO RESIDENTS. 2006-2010



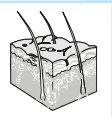
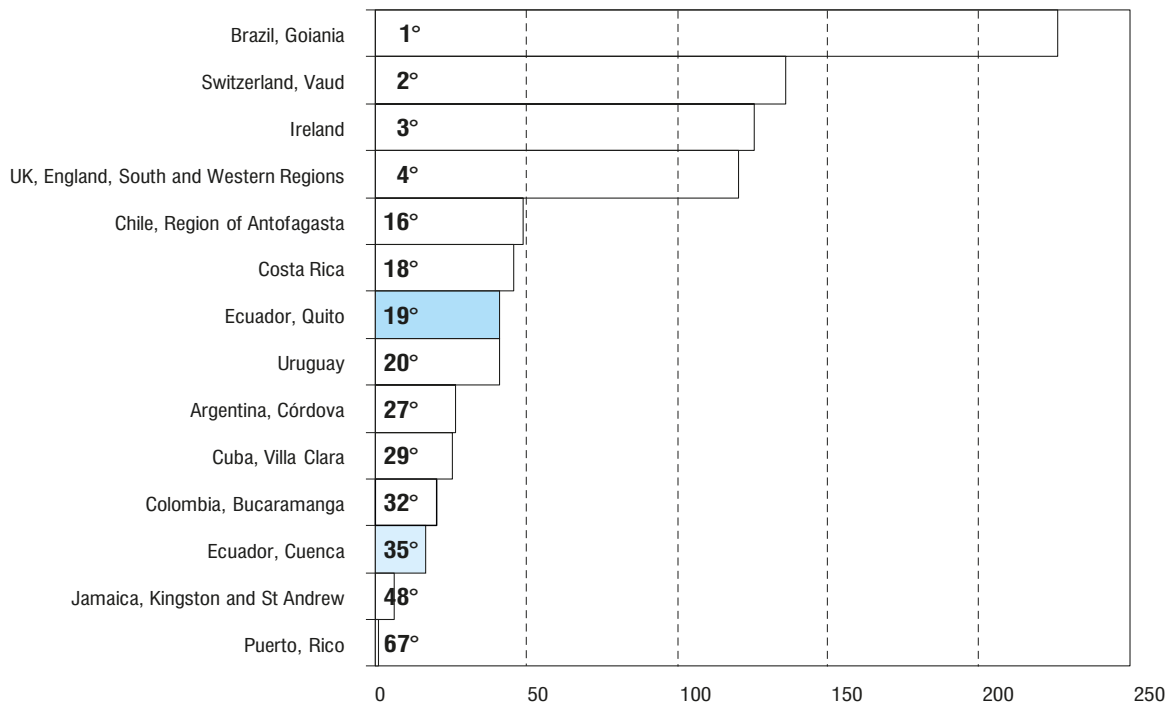


GRÁFICO / FIGURE 57

PIEL NO MELANOMA. INCIDENCIAS MÁS ALTAS EN EL MUNDO Y LATINOAMÉRICA. HOMBRES
SKIN. HIGHEST INCIDENCE RATES IN THE WORLD AND LATINAMERICA. MALES

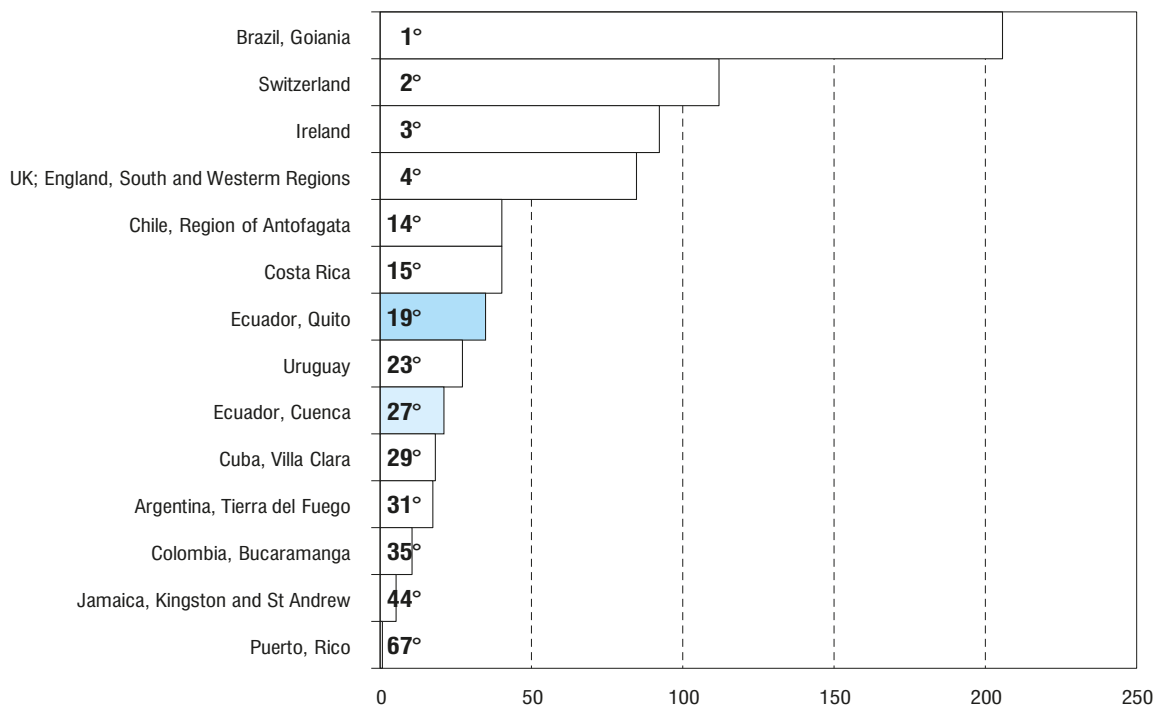


FUENTE/SOURCE: IARC/IACR CI5C. Vol. X (2013)

NOTA: Si un país tiene varios registros, sólo se toma en cuenta la incidencia más alta. (70 países)
 NOTE: If a country has many cancer registries we select only highest incidence

GRÁFICO / FIGURE 58

PIEL NO MELANOMA. INCIDENCIAS MÁS ALTAS EN EL MUNDO Y LATINOAMÉRICA. MUJERES
SKIN. HIGHEST INCIDENCE RATES IN THE WORLD AND LATINAMERICA. FEMALES



FUENTE/SOURCE: IARC/IACR CI5C. Vol. X (2013)

NOTA: Si un país tiene varios registros, sólo se toma en cuenta la incidencia más alta. (70 países)
 NOTE: If a country has many cancer registries we select only highest incidence

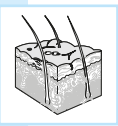
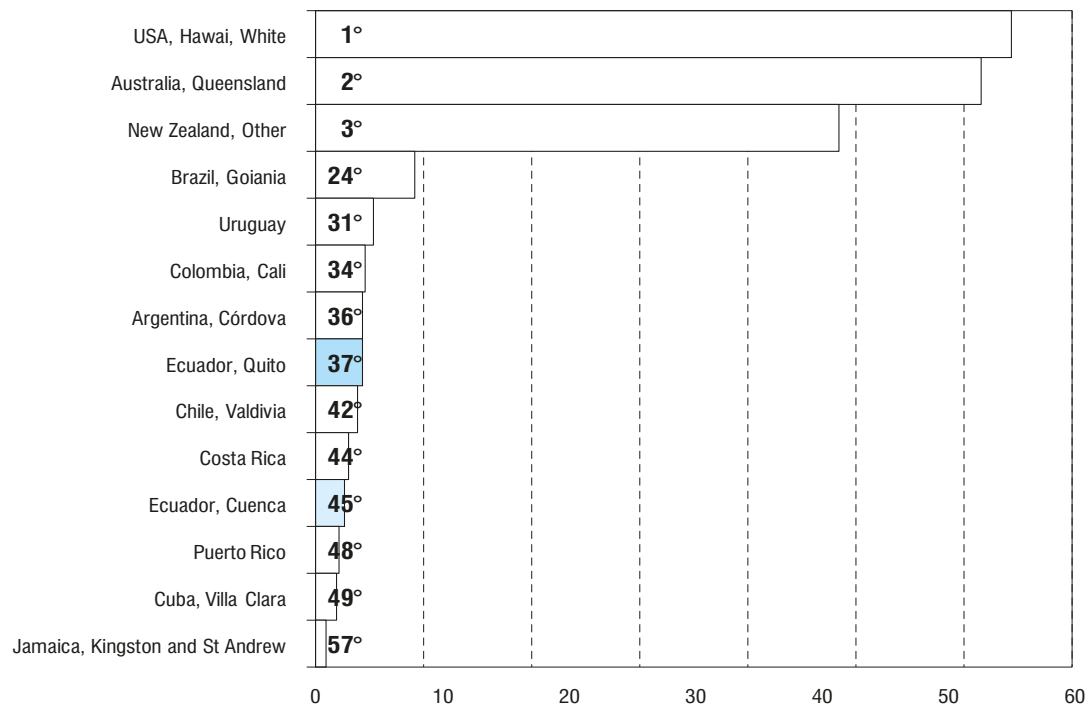


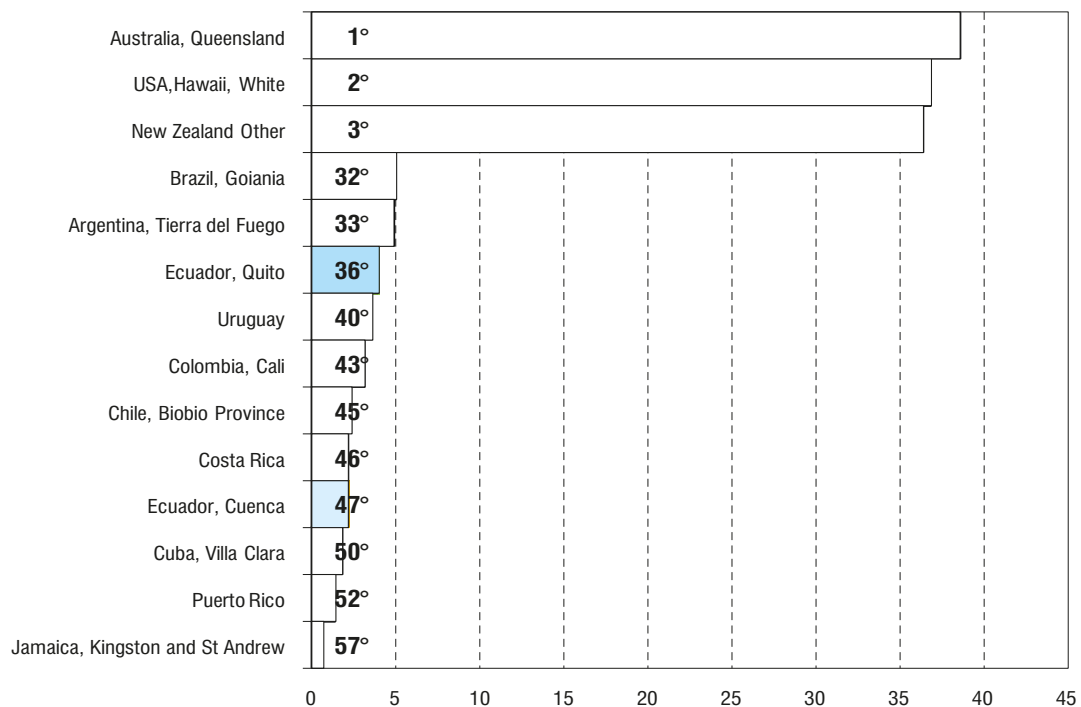
GRÁFICO / FIGURE 59

MELANOMA DE PIEL. INCIDENCIAS MÁS ALTAS EN EL MUNDO Y LATINOAMÉRICA. HOMBRES
MELANOMA OF SKIN. HIGHEST INCIDENCE RATES IN THE WORLD AND LATINAMERICA. MALES

FUENTE/SOURCE: IARC/IACR CI5C. Vol. X (2013)

NOTA: Si un país tiene varios registros, sólo se toma en cuenta la incidencia más alta. (70 países)
NOTE: If a country has many cancer registries we select only highest incidence

GRÁFICO / FIGURE 60

MELANOMA DE PIEL. INCIDENCIAS MÁS ALTAS EN EL MUNDO Y LATINOAMÉRICA. MUJERES
MELANOMA OF SKIN. HIGHEST INCIDENCE RATES IN THE WORLD AND LATINAMERICA. FEMALES

FUENTE/SOURCE: IARC/IACR CI5C. Vol. X (2013)

NOTA: Si un país tiene varios registros, sólo se toma en cuenta la incidencia más alta. (70 países)
NOTE: If a country has many cancer registries we select only highest incidence

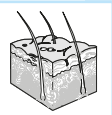


GRÁFICO / FIGURE 61

PIEL NO MELANOMA. TENDENCIA DE LA INCIDENCIA POR SEXO. RESIDENTES EN QUITO. 1986-2010
SKIN. INCIDENCE TREND BY SEX. QUITO RESIDENTS. 1986-2010

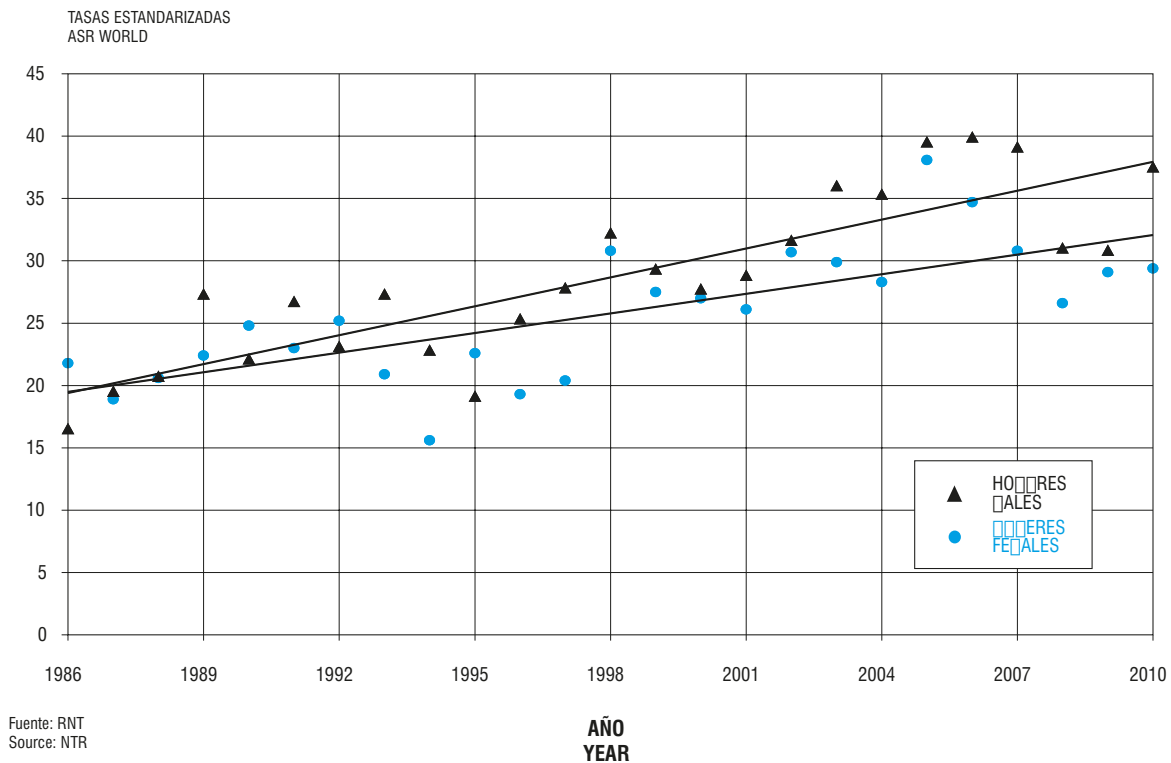


GRÁFICO / FIGURE 62

PIEL MELANOMA. TENDENCIA DE LA INCIDENCIA POR SEXO. RESIDENTES EN QUITO. 1986-2010
SKIN MELANOMA. INCIDENCE TREND BY SEX. QUITO RESIDENTS. 1986-2010

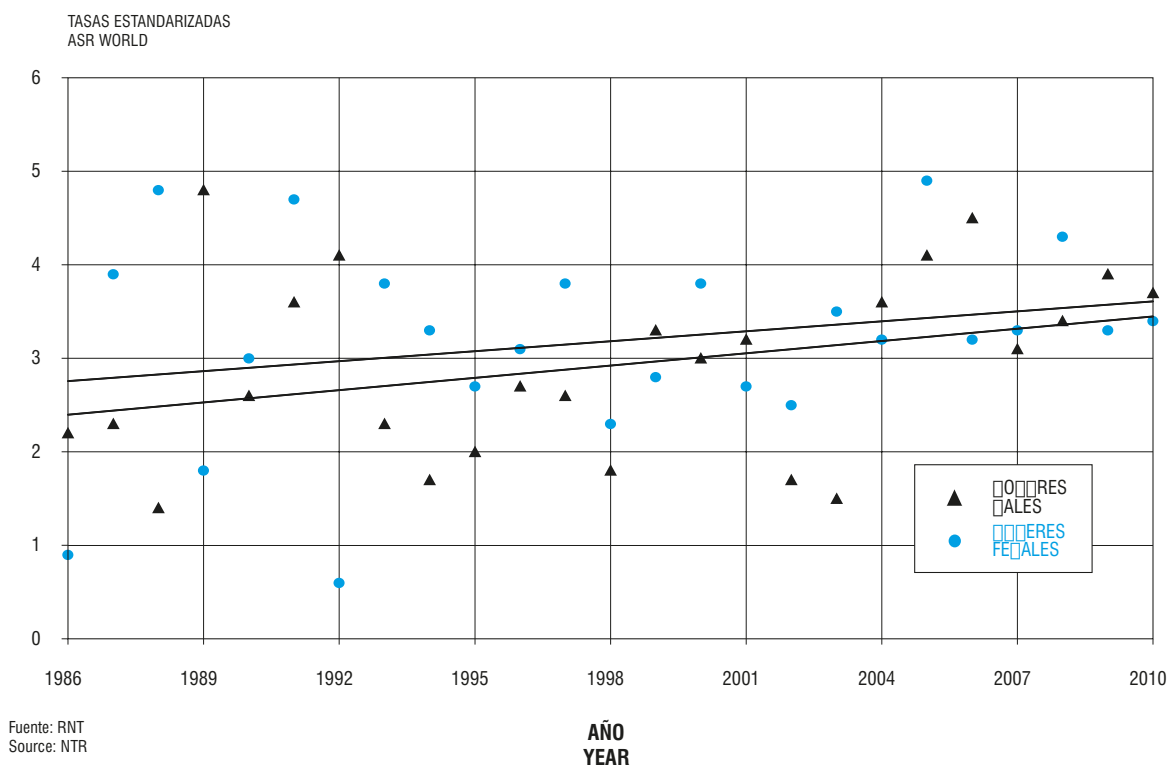
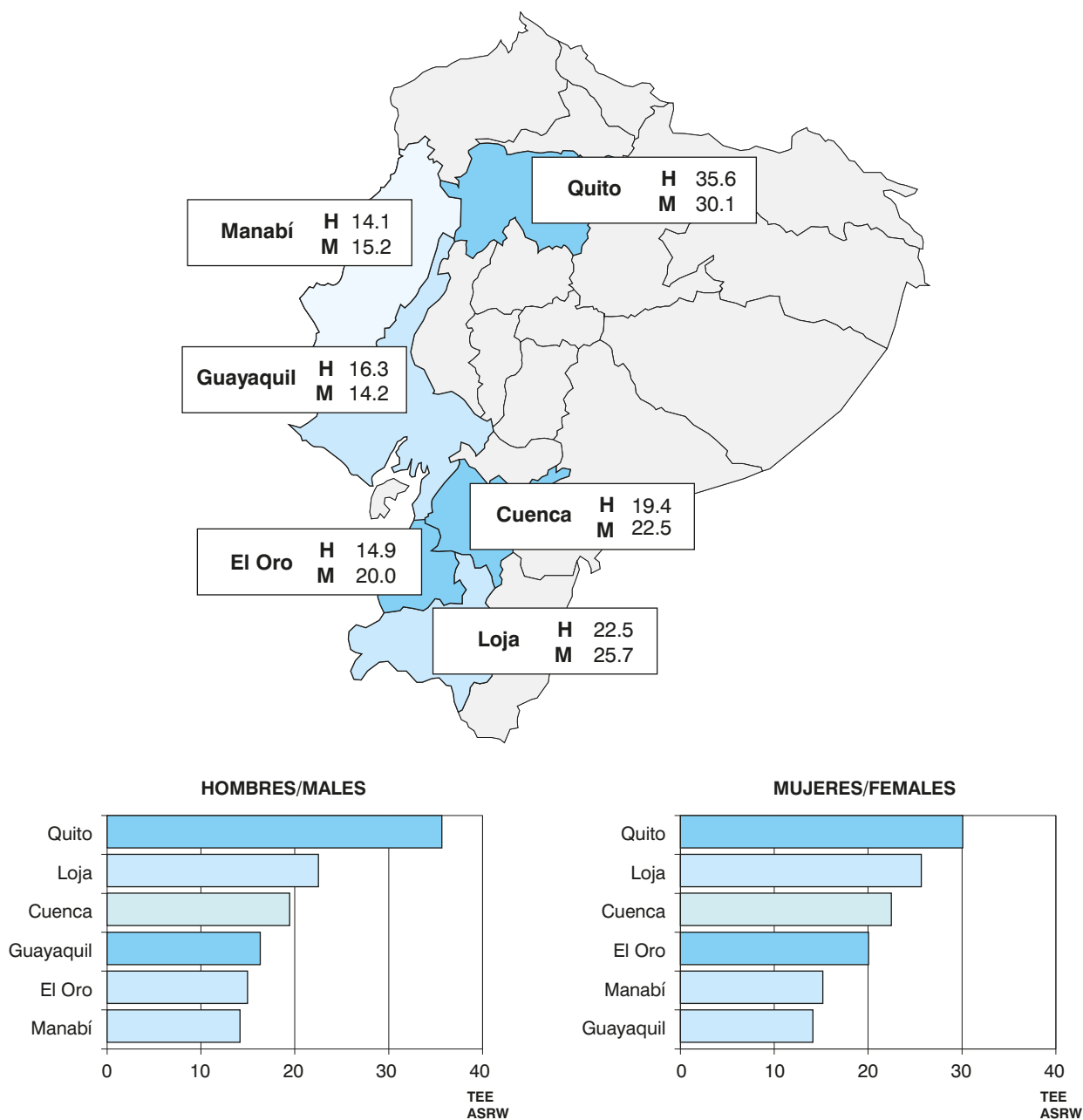




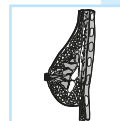
GRÁFICO / FIGURE 63

PIEL

TASAS DE INCIDENCIA ESTANDARIZADA EN REGISTROS DE CÁNCER DEL ECUADOR
SKIN. STANDARDIZED INCIDENCE RATE IN ECUADOR CANCER REGISTRIES



REGISTRO REGISTRY	HOMBRES / MALES			MUJERES / FEMALES		
	No de casos Cases	Tasa cruda Crude Rate	Tasa Estandarizada A.S.R. World	No de casos Cases	Tasa cruda Crude Rate	Tasa Estandarizada A.S.R. World
Ciudad de Quito (2006-2010)	1206	31,7	35,6	1291	31,8	30,1
Cantón Cuenca (2006-2009)	149	16,7	19,4	249	24,7	22,5
Ciudad de Guayaquil (2007-2008)	332	15,2	16,3	328	14,4	14,2
Ciudad de Loja (2006-2008)	56	20,8	22,5	78	26,7	25,7
Provincia del El Oro (2006-2009)	160	12,7	14,9	208	17,5	20,0
Provincia de Manabí (2006-2009)	334	12,4	14,1	345	13,3	15,2



MAMA BREAST

Dr. René Muñoz B.

*Oncólogo Clínico
SOLCA Quito*

*Clinical Oncologist
SOLCA Quito*

La incidencia del cáncer de mama a nivel mundial sigue en aumento y nuestro país sigue esta tendencia, siendo Quito la ciudad con mayor número de casos.

Las incidencias más altas de cáncer de mama están entre los países de mayor desarrollo económico. Bélgica ocupa el 1er puesto en incidencia, mientras Quito se encuentra en el puesto 56 y Cuenca en el 67 entre 70 países que presentan sus datos en CI5C VOL X

En el quinquenio 1996-2000 la tasa estandarizada era de 28,8 y en el 2001-2010 subió a 35,8 por 100.000 mujeres, lo que corresponde a un aumento del 25% en una década.

Entre las ciudades con mayor incidencia se ubican Quito y Guayaquil, con una tasa de 35 y 34,7 respectivamente.

En relación a la tasa de mortalidad, ésta ha tenido un aumento sostenido en la última década, así en el quinquenio 91-95; 96-2000; 2000-05, la tasa estandarizada era 8,1; 10 y 11,8 respectivamente, y ahora se habla de una tasa del 12,4, sin definir la causa específica se observa una tasa que se va estabilizando y seguramente la tendencia y el objetivo será disminuir la mortalidad, lo que ya se está observando en los países desarrollados.

La edad de la mujer y la presentación del cáncer de mama ha tenido variaciones especialmente en las dos últimas décadas, evidenciándose que el número de casos han doblado, especialmente a partir de los 40 años, así por ejemplo en el año 90 se reportaron 12 casos en mujeres de 40 años, 17 casos en mujeres de 50 años que comparados a los datos actuales corresponden a 20 y 41 casos respectivamente, y es evidente que el número total de casos de cáncer de mama en el último quinquenio ha aumentado en un 30%.

Es muy probable que el aumento de casos se relacione mucho con el proceso de campañas de despistaje para el cáncer de mama, y la recomendación continúa siendo la mamografía a partir de los 40 años.

El nivel de instrucción revela que la mayor incidencia se ha visto en mujeres con algún grado de instrucción, aunque esta situación ha ido variando en el tiempo, en los reportes de períodos anteriores se podía observar una relación mucho más fuerte. Mujeres con instrucción superior o secundaria tenían tasas promediales de 40 por 100.000 mujeres, mientras que aquellas sin instrucción la tasa era de 12 por 100.000 o con instrucción primaria la tasa era 25 por 100.000. Este riesgo mayor en mujeres de mejor condición económica seguramente corresponde a los casos de cáncer con estadios tempranos.

Lo anteriormente dicho se confirma con los datos de incidencia de los estadios clínicos tempranos según el

The incidence of breast cancer worldwide continues to rise and our country follows this trend, with Quito as the city with the highest number of cases.

The highest incidences of breast cancer are among the most economically developed countries. Belgium takes 1st place in incidence, while Quito is located in the 56th and Cuenca in 67 of 70 countries that present their data on CI5C VOL X

In the period 1996-2000 the standardized rate was 28.8 and in 2001 to 2010 rose to 35.8 per 100,000 women, corresponding to a 25% increase in a decade.

Among the cities with the highest incidence Quito and Guayaquil are located, with a rate of 35.8 and 34.7 respectively.

Regarding mortality, it has been increasing steadily in the last decade, in the period 91-95; 96-2000; 2000-05, the standardized rate was 8.1; 10 and 11.8 respectively, and now we can talk of a rate of 12.4, without defining the specific cause we can see a rate that is stabilizing, and certainly the trend and the objective is to reduce mortality, which is already being observed in developed countries.

The age of the woman and the presentation of breast cancer has had variations especially in the last two decades, showing that the number of cases have doubled, especially after age 40, for example in the year 90, 12 cases were reported in women aged 40 years, 17 cases in women that were 50 years old compared to current data correspond to 20 and 41 cases respectively, and it is clear that the total number of cases of breast cancer in the last five years has increased by 30%.

It is likely that the increase in cases is closely related to the process of screening campaigns for breast cancer, and the recommendation remains to get a mammography starting on age 40.

The level of education reveals that the highest incidence was seen in women with any level of education, although this has changed over time, in reports for previous months we could see a much stronger relationship. Women with secondary or higher education have average rates of 40 per 100,000 women, while those with no education have a rate of 12 per 100,000 and primary education, the rate was 25 per 100,000. This increased risk in women of better economic conditions probably corresponds to cases with early stages of cancer.

The previously said is confirmed by the data on the incidence of early clinical stages according to the TNM staging (Stages I and II) corresponding to 63% of tumors with Ca breast carcinomas in situ are 5%, these data are



estadía TNM (Estadios I y II) que corresponde al 63% de los tumores con Ca. de mama, los carcinomas in situ corresponden al 5%, estos datos tienen mucha importancia ya que este análisis determina el costo económico y social entendiendo que los estadios más tempranos podrían incidir menos en el presupuesto por tratamiento de cáncer de mama de cada mujer.

Es importante señalar que el tipo de tumor infiltrante más frecuente es el adenocarcinoma ductal presentándose en un 76% y el tratamiento irá de acuerdo a las características patológicas, biológicas, genética del tumor y siempre individualizando a cada paciente.

Estos datos estadísticos constituyen una base de información muy importante ya que permite planificar, desarrollar y mejorar las campañas de prevención, como se van introduciendo nuevos tratamientos y como esto puede ir mejorando la sobrevida, entendiendo que el cáncer de mama es una enfermedad heterogénea que requiere siempre un manejo multidisciplinario.

very important as this analysis determines the economic and social costs understanding that the earliest stages may impact less on the budget treatment of breast cancer in women.

Is worthy to note that the most common type of infiltrating tumor is the ductal adenocarcinoma being present at 76% and the treatment will be according to the pathological, biological and genetic characteristics of the tumor and individualized to each patient.

These statistics are an important information base by allowing us to plan, develop and improve prevention campaigns, as new treatments are introduced and how it can be improving survival, understanding that breast cancer is a heterogeneous disease that requires always a multidisciplinary management.



TABLA / TABLE 33

MAMA FEMENINA. NÚMERO DE CASOS POR EDAD Y AÑO DE DIAGNÓSTICO
TASAS CRUDAS Y ESTANDARIZADAS. RESIDENTES EN QUITO. 1986-2010. MUJERES
FEMALE BREAST. NUMBER OF CASES BY AGE AND DIAGNOSTIC YEAR
CRUDE AND STANDARDIZED RATES. QUITO RESIDENTS. 1986-2010. FEMALES



Edad	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL
0-4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5-9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10-14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15-19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	3
20-24	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	2	-	-	-	3	-	1	1	-	-	1	2	-	2	15
25-29	1	-	-	-	1	2	3	1	1	2	2	1	2	3	-	2	-	1	2	3	1	4	1	2	3	39
30-34	5	6	3	5	6	5	3	4	5	2	5	7	8	2	6	9	4	8	3	10	12	3	12	5	7	149
35-39	10	10	9	18	12	9	13	9	14	12	7	12	13	18	20	11	7	10	13	23	12	21	16	9	23	333
40-44	6	6	16	13	12	15	17	16	15	18	15	14	24	24	20	34	30	33	29	32	36	30	28	21	20	535
45-49	15	13	12	14	17	12	8	17	21	28	21	23	35	21	29	24	30	36	36	35	30	33	40	39	36	638
50-54	9	17	14	14	15	19	16	12	16	12	17	22	19	12	22	30	26	27	29	33	35	51	41	36	41	594
55-59	16	16	14	14	21	7	13	11	15	17	15	14	24	17	32	32	24	28	28	33	41	34	36	42	49	604
60-64	5	7	8	10	15	11	18	8	16	15	11	7	22	22	14	20	20	22	21	36	28	34	17	31	28	450
65-69	9	12	9	8	10	7	6	9	12	15	7	13	11	14	20	17	20	19	24	28	16	19	23	31	30	397
70-74	7	5	7	7	4	7	13	10	10	15	9	8	12	11	15	8	9	14	17	19	22	22	22	20	19	320
75+	11	14	13	12	11	10	18	5	10	15	14	19	20	25	22	17	32	21	29	36	43	41	29	19	46	542
Desc. / Unk	-	4	-	-	-	-	2	1	2	-	1	-	-	-	1	1	-	2	-	4	3	-	-	-	-	21
Total / All	94	110	105	115	124	105	130	103	137	152	124	142	190	169	202	208	202	222	232	292	279	295	267	255	304	4558
TCr / CrR	17,4	19,7	18,1	19,1	21,4	17,7	21,4	16,6	21,6	23,4	18,7	21	27,5	23,7	28,2	28,4	27,2	29,4	30,3	37,5	35,3	36,7	32,9	30,8	36,4	
TEE / ASRW	24,9	27,5	26,1	26,8	31,3	24,6	28,7	22,4	28,6	30,9	23,4	25,2	33,6	27,8	32,9	32,8	30,7	32,9	33,5	40,3	36,8	38,7	33,9	33	36,5	

GRÁFICO / FIGURE 64

MAMA FEMENINA. TASAS DE INCIDENCIA POR EDAD. RESIDENTES EN QUITO. 2006-2010
FEMALE BREAST. INCIDENCE RATES BY AGE. QUITO RESIDENTS. 2006-2010

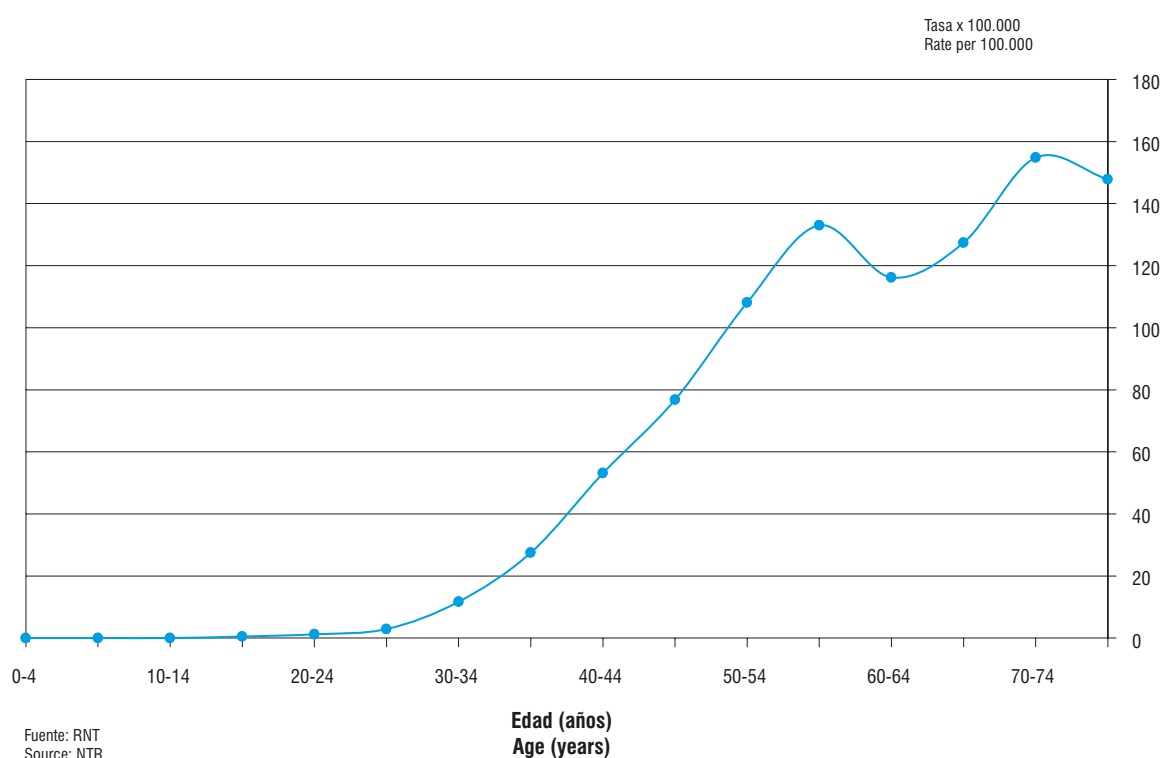




TABLA / TABLE 34

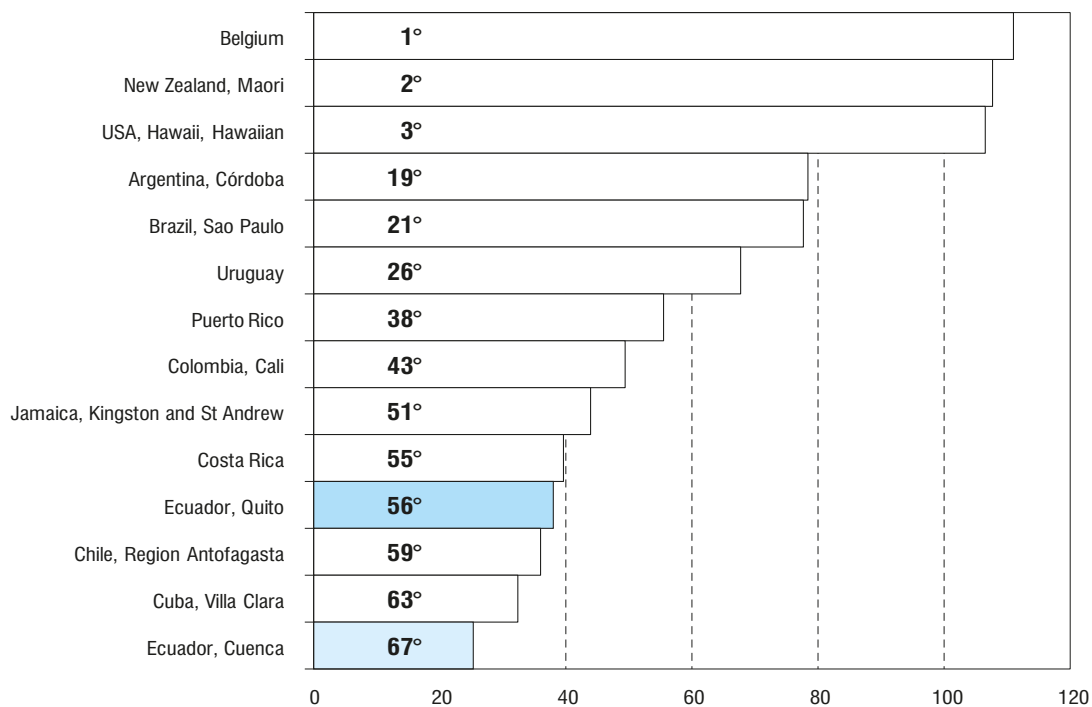
**MAMA FEMENINA. INDICADORES PRINCIPALES POR PERÍODOS
RESIDENTES EN QUITO. 1986-2010**
FEMALE BREAST. MAIN INDICATORS BY PERIODS. QUITO RESIDENTS. 1986-2010

INDICADORES / INDICATORS	1986-1990	1991-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2010
UBICACIÓN* RANK	2	2	1	1	1
FRECUENCIA RELATIVA (%)* RELATIVE FREQUENCY	18	14	17	19	18
PROMEDIO DE CASOS POR AÑO AVERAGE CASES PER YEAR	109	125	165	231	279
PROMEDIO DE MUERTES POR AÑO AVERAGE DEATHS PER YEAR	18	36	59	80	99
TASA DE INCIDENCIA CRUDA RATE INCIDENCE CRUDE	19,2	20,2	23,9	30,6	34,4
TASA DE INCIDENCIA ESTANDARIZADA A.S.R.W. INCIDENCE	27,3	27,1	28,8	34,2	35,8
TASA DE MORTALIDAD CRUDA RATE MORTALITY CRUDE	5,0	5,8	8,5	10,5	12,2
TASA DE MORTALIDAD ESTANDARIZADA A.S.R.W. MORTALITY	7,0	8,1	10,0	11,8	12,4
TASA ACUMULADA 0-74 (%) CUMULATIVE RATE 0-74	3,0	3,2	3,2	3,8	4,1
RAZÓN MORTALIDAD / INCIDENCIA (%) MORTALITY / INCIDENCE RATIO	25,9	28,7	35,6	34,4	35,4
% DE VERIFICACIÓN HISTOLÓGICA % OF HISTOLOGICAL VERIFICATION	80,7	82,8	89,9	93,9	94,6
% SOLO CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN % DEATH CERTIFICATE ONLY	8,8	6,5	4,0	3,0	2,6

*SIN PIEL / BUT SKIN

GRÁFICO / FIGURE 65

MAMA. INCIDENCIAS MÁS ALTAS EN EL MUNDO Y LATINOAMÉRICA. MUJERES
BREAST. HIGHEST INCIDENCE RATES IN THE WORLD AND LATINAMERICA. FEMALES



FUENTE/SOURCE: IARC/IACR CISC. Vol. X (2013)

NOTA: Si un país tiene varios registros, sólo se toma en cuenta la incidencia más alta. (70 países)

NOTE: If a country has many cancer registries we select only highest incidence



GRÁFICO / FIGURE 66

MAMA FEMENINA. TASAS DE INCIDENCIA POR INSTRUCCIÓN. RESIDENTES EN QUITO. 2010
FEMALE BREAST. INCIDENCE RATES BY EDUCATION LEVEL. QUITO RESIDENTS. 2010

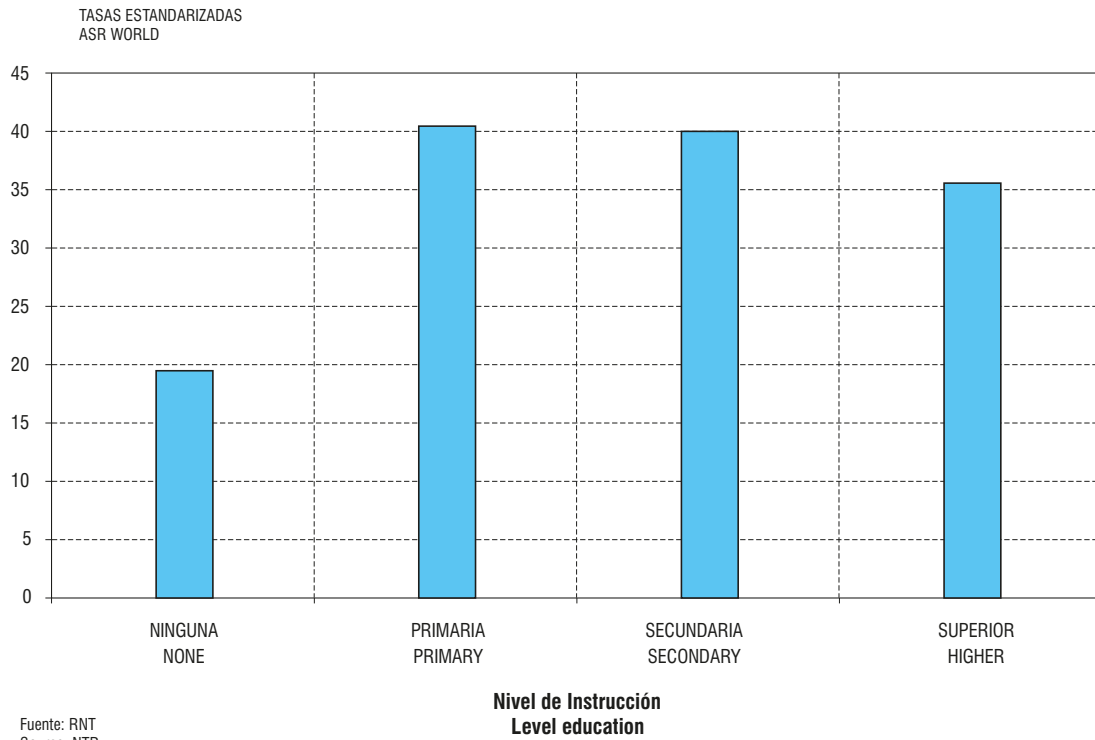


GRÁFICO / FIGURE 67

MAMA FEMENINA. TENDENCIA DE LA INCIDENCIA. RESIDENTES EN QUITO. 1986-2010
FEMALE BREAST. INCIDENCE TREND. QUITO RESIDENT 1986-2010

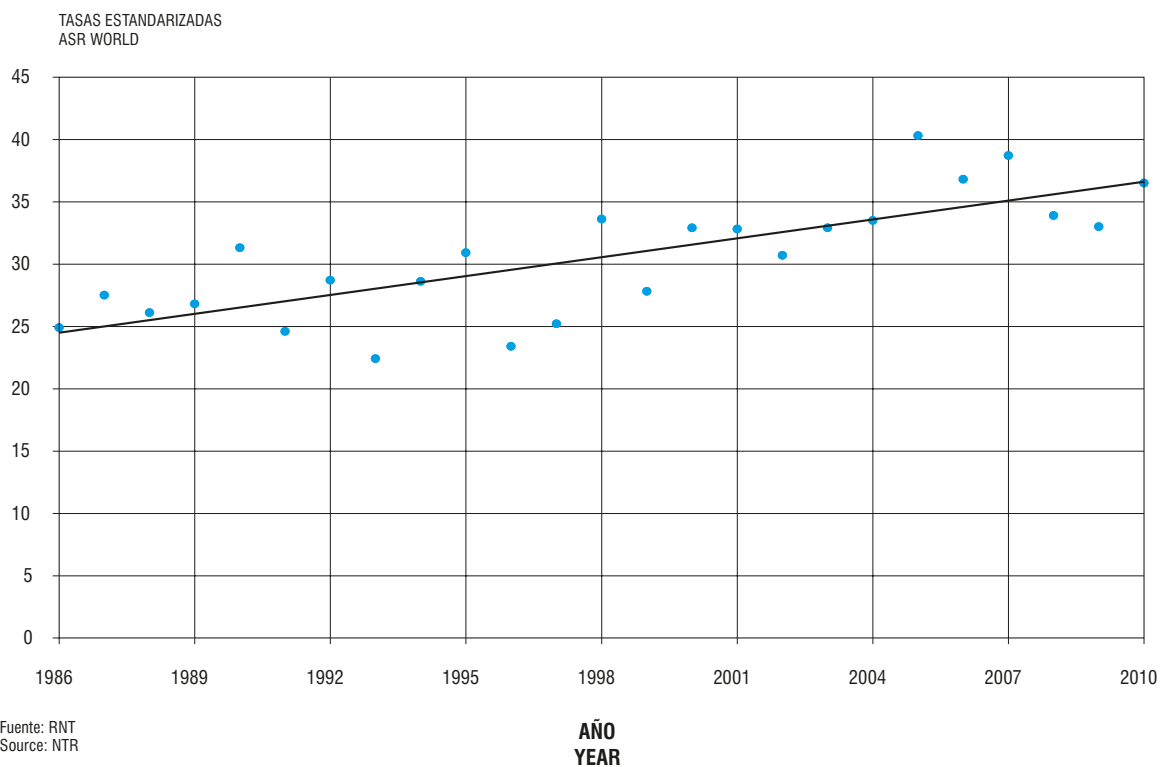




GRÁFICO / FIGURE 68

MAMA. MORFOLOGÍA. RESIDENTES EN QUITO. 2006-2010
FEMALE BREAST. MORPHOLOGY. QUITO RESIDENTS. 2006-2010

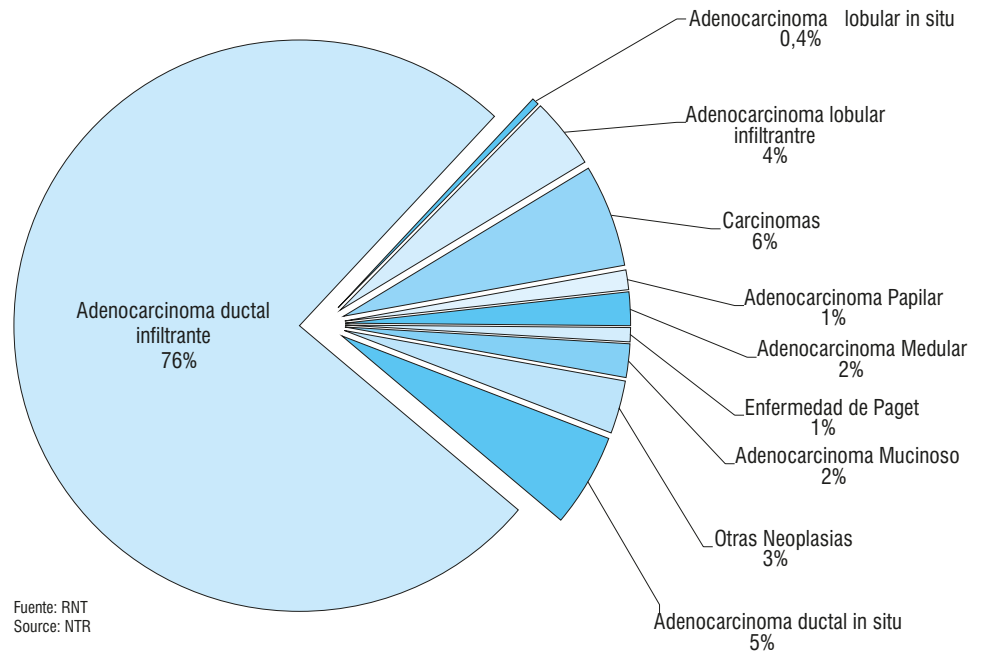


GRÁFICO / FIGURE 69

MAMA FEMENINA. ESTADIAJE TNM. RESIDENTES EN QUITO. 2006-2010
FEMALE BREAST. STAGE TNM. QUITO RESIDENTS. 2006-2010

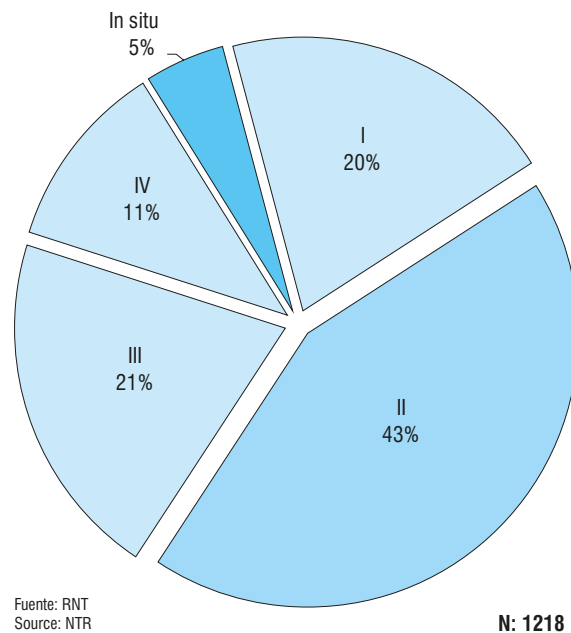
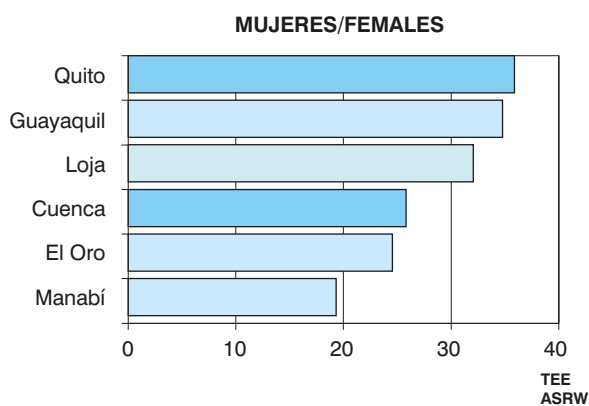
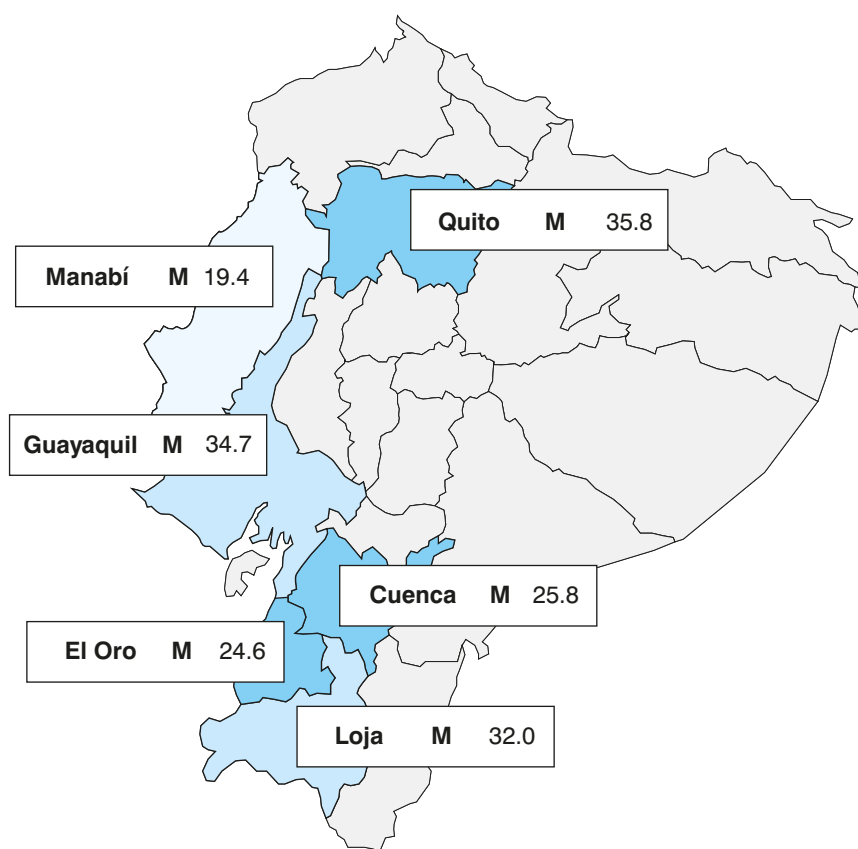




GRÁFICO / FIGURE 70

MAMA FEMENINA

TASAS DE INCIDENCIA ESTANDARIZADA EN REGISTROS DE CÁNCER DEL ECUADOR
FEMALE BREAST. STANDARIZED INCIDENCE RATE IN ECUADOR CANCER REGISTRIES


MUJERES / FEMALES

REGISTRO REGISTRY	No de casos Cases	Tasa cruda Crude Rate	Tasa Estandarizada A.S.R. World
Ciudad de Quito (2006-2010)	1398	34,4	35,8
Cantón Cuenca (2006-2009)	237	23,5	25,8
Ciudad de Guayaquil (2007-2008)	679	29,8	34,7
Ciudad de Loja (2006-2008)	80	27,4	32,0
Provincia del El Oro (2006-2009)	246	20,7	24,6
Provincia de Manabí (2006-2009)	429	16,5	19,4



CUELLO UTERINO CERVIX

Dr. Ramiro Hidalgo Rojas.

*Cirujano Oncólogo
Director de SOLCA
Núcleo de Quito*

*Surgeon-oncologist
Director of SOLCA
Quito Hospital*

A no dudarlo el cáncer de cuello uterino ha sido la patología oncológica de relevancia epidemiológica en los últimos 50 años. Destaca el reconocimiento de la íntima relación de determinados virus del papiloma humano (HPV) en la carcinogénesis y la historia natural de este Cáncer, el desarrollo de procesos científicos en el campo cito bacteriológico, como inmuno histopatológico, avances que transforman las políticas de control.

El impacto social de este conocimiento, como las campañas masivas del estudio de la citología vaginal, la ejecución de pruebas especiales como el PCR e hibridación in situ para el diagnóstico de virus de alto riesgo y la vacunación mono, bi o tetravalente y en un futuro muy cercano multivalente, en la adolescencia, son temas de amplio análisis que sí han disminuido la incidencia del cáncer cérvico uterino invasor, al tratar lesiones intra-epiteliales de alto grado.

Desafortunadamente la mortalidad por cáncer de cérvix en el país, sigue teniendo valores altos, más aún en las poblaciones pobres, tarea titánica para quienes manejamos el cáncer en el país y quienes dirimen las políticas sociales y de salud.

En los 25 años de análisis los indicadores epidemiológicos muestran una reducción sostenida en el tiempo. Se puede observar, en la primera década, tasas estandarizadas de 30 por 100.000 mujeres. Se produce un descenso a partir de la segunda parte de los años 90 cuando empieza una disminución significativa, hasta llegar a 17,5 por 100,000 mujeres, con una reducción del 43%. Se evidencia que los programas de tamizaje desarrollados desde el año 1996, con clara identificación de la población de alto riesgo, mujeres de 35 a 64 años y unidos al mejoramiento de las condiciones de vida, constituyen factores determinantes de este cambio.

La tasa de mortalidad no ha tenido el mismo impacto, no hay una disminución significativa en los 5 períodos analizados, persistiendo la razón mortalidad/ incidencia en valores altos: 48% es decir de cada 100 diagnósticos de cáncer invasor, se producen 48 defunciones por esta causa..

El cáncer cérvico uterino ocupa el 3er lugar en incidencia, luego del cáncer de mama y tiroides pero como causa de muerte está en segundo lugar, luego del cáncer de estómago.

Las tasas de incidencia por escolaridad muestran valores 20 veces mayores entre las mujeres de baja o ninguna instrucción, frente a las tasas de mujeres universitarias. La instrucción es un indicador de nivel de pobreza al interior del país y cuando comparamos con la inciden-

To be sure cervical cancer has been the oncological disease of epidemiologic relevance in the last 50 years. Emphasizes recognition of the intimate relationship of certain human papillomavirus (HPV) in carcinogenesis and natural history of this cancer, the development of scientific processes in the bacteriological field as immuno histopathological, advances that transform control policies.

The social impact of this knowledge, such as mass campaigns of the study of vaginal cytology, the implementation of special tests such as PCR and in situ hybridization for the diagnosis of high-risk virus and vaccination mono, bi or tetravalent and in a very close future multivalent, in adolescence, are subjects of extensive analysis that have actually decreased the incidence of invasive cervical cancer, treating intraepithelial high-grade lesions.

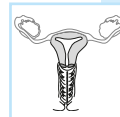
Unfortunately, mortality from cervical cancer in the country, still has high rates, even more on poor people, a very difficult task for us who manage cancer in the country and who decide social and health policies.

In the 25 years of analysis the epidemiological indicators show a steady decline over time. It can be seen, in the first decade, standardized rates of 30 per 100,000 women. There is a decline starting in the second half of the 90s when it begins a significant decrease, reaching 17.5 per 100,000 women, with a reduction of 43%. There is evidence that screening programs taught since 1996, with clear recognition of the high-risk population, women aged 35 to 64 and attached to the improvement of living conditions, are determining factors of this change.

The mortality rate has not had the same impact, there is not a significant decrease in the 5 periods analyzed, persisting, mortality / incidence in high values: 48% that means out of 100 diagnoses of invasive cancer, 48 deaths were caused by this cause.

The cervical cancer ranks 3rd in incidence after breast and thyroid cancer as a cause of death but it is second after stomach cancer.

Instruction rates show incidence rates 20 times higher among women with low or no education, compared to rates of college women. Instruction is an indicator of poverty within the country as compared to the worldwide incidence is observed that in Latin America is still a real public health problem, especially in Colombia, Brazil, Bolivia, Peru, Ecuador. Quito occupies the 12th place among the 70 countries that publish their data in "Cancer Incidence in Five Continents".



cia a nivel mundial se observa que en América Latina todavía es un real problema de salud pública, especialmente en Colombia, Brasil, Bolivia, Perú, Ecuador. Quito ocupa el puesto 12 entre los 70 países que publican sus datos en "Cáncer Incidence in Five Continents".

Cabe destacar que en el país las localidades de mayor incidencia son: Loja (31,3), El Oro (26,3) y Guayaquil (23,3). Cuenca y Quito tienen las tasas más bajas del Ecuador.

Es digno de anotar que cuando incluimos en el análisis a los tumores in situ, en el último quinquenio, éstos constituyeron el 54% de la casuística y los estadios I y II fueron el 27%.

No puedo dejar de mencionar que el contar con un Registro serio, continuo y con proceder abierto a la colaboración, al cambio positivo y consensuado es la única manera de tener resultados veraces y confiables, regionales como nacionales, que serán la base para la normativa y ejecución de políticas que buscan el mejor vivir en el desarrollo y salud del país.

La deuda con nuestras mujeres, en especial las más pobres, será nuestro motivo de lucha, en la búsqueda del conocimiento, campaña de prevención y óptimos tratamientos oportunos y de especialidad.

It is worth to mention that the provinces in the country with the highest incidence are: Loja (31.3), El Oro (26.3) and Guayaquil (23.3). Cuenca and Quito have the lowest rates of Ecuador.

It is worth noting that when we include in the analysis the in situ tumors, in the last five years, they accounted for 54% of all cases and stages I and II were 27%.

I cannot fail to mention that having a registry that is serious, continuous, open to collaboration, and agreed to positive change is the only way to get accurate and reliable results, both regional and national, which will form the basis for normative and implementation of policies seeking better living and health development in the country.

The debt to our women, especially the poorest, will be our motive to struggle, in the pursuit of knowledge, prevention campaign and specialty, timely and optimal treatment.

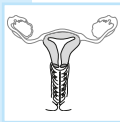


TABLA / TABLE 35

CUELLO DEL ÚTERO INVASOR. NÚMERO DE CASOS POR EDAD Y AÑO DE DIAGNÓSTICO
TASAS CRUDAS Y ESTANDARIZADAS. RESIDENTES EN QUITO. 1986-2010
CERVIX UTERI IN SITU. NUMBER OF CASES BY AGE AND DIAGNOSTIC YEAR
CRUDE AND STANDARDIZED RATES. QUITO RESIDENTS. 1986-2010



Edad	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL
0-4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5-9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10-14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15-19	-	-	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
20-24	1	1	1	1	2	1	1	2	-	1	1	1	2	-	3	-	3	1	3	3	-	2	1	1	1	36
25-29	9	-	8	3	4	2	3	4	1	2	3	7	2	1	2	4	-	3	4	5	6	12	4	5	3	104
30-34	11	3	4	12	12	8	8	12	9	10	6	6	5	6	9	9	6	10	8	9	8	10	6	15	15	231
35-39	11	17	17	17	13	12	20	18	15	12	11	9	5	12	18	17	11	10	15	19	8	19	9	17	12	364
40-44	14	11	10	12	14	22	9	18	26	13	17	19	12	14	14	13	14	17	21	26	11	14	13	21	28	415
45-49	15	13	17	17	19	17	14	16	23	16	17	15	19	11	10	19	16	12	17	27	14	13	12	12	18	415
50-54	13	11	15	21	8	20	13	14	22	18	13	12	16	11	7	12	15	20	15	21	18	7	18	14	15	387
55-59	17	19	16	19	14	19	18	12	9	13	12	12	15	10	6	9	14	12	16	13	13	17	8	12	12	347
60-64	12	6	11	8	10	13	18	22	5	11	7	17	18	19	13	17	18	14	13	14	13	17	7	13	9	338
65-69	6	13	10	13	12	13	17	13	15	12	9	15	13	9	14	4	15	7	3	10	8	16	9	10	19	292
70-74	6	8	7	11	10	10	3	10	7	12	7	8	11	8	7	11	11	7	9	18	8	11	10	11	15	246
75+	10	4	6	11	8	19	9	15	11	10	13	14	17	4	20	22	15	15	12	19	18	14	14	18	22	349
Desc. / Unk	1	-	-	2	1	2	1	3	-	-	-	1	-	-	-	1	1	-	1	-	2	-	1	1	-	19
Total / All	126	106	123	148	127	159	134	159	143	130	116	136	135	105	123	140	139	128	137	184	127	152	112	150	169	3408
TCr / CrR	23,3	19	21,2	24,6	21,9	26,8	22,1	25,6	22,5	20	17,4	20,1	19,6	14,9	17,1	19,1	18,7	17	17,9	23,7	16,1	19	13,8	18,2	20,2	
TEE / ASRW	31,3	27,6	29,8	33,9	30	36,5	30,1	32,8	28,5	25,6	21	24,6	24,4	18,5	18,7	20,5	21,3	18,3	18,7	24,7	16,4	19,6	13,8	17,7	19,9	

TABLA / TABLE 36

CUELLO DEL ÚTERO IN SITU. NÚMERO DE CASOS POR EDAD Y AÑO DE DIAGNÓSTICO
TASAS CRUDAS Y ESTANDARIZADAS. RESIDENTES EN QUITO. 1986-2010
CERVIX UTERI INVASIVE. NUMBER OF CASES BY AGE AND DIAGNOSTIC YEAR
CRUDE AND STANDARDIZED RATES. QUITO RESIDENTS. 1986-2010



Edad	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL
0-4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	0	0	0	0
5-9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	0	0	0	0
10-14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	0	0	0	0
15-19	-	-	-	-	1	-	-	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0	0	1	1	0	7
20-24	3	4	2	3	4	-	3	4	4	5	5	-	1	-	1	1	3	-	1	3	8	5	17	15	20	112
25-29	6	10	16	16	12	7	4	12	11	6	9	4	7	5	3	3	6	4	4	17	7	10	35	37	35	286
30-34	17	13	19	16	15	14	13	19	16	13	17	8	4	5	10	5	2	7	7	26	12	13	47	49	42	409
35-39	10	16	20	19	20	16	20	14	11	17	15	11	14	11	11	4	8	11	6	23	15	18	37	34	40	421
40-44	11	14	21	18	15	11	12	15	10	5	8	8	9	18	8	4	12	7	3	18	14	14	27	26	25	333
45-49	9	7	8	9	14	6	13	3	7	13	6	4	7	9	3	5	7	3	8	21	9	8	29	26	29	263
50-54	6	3	7	13	4	2	5	9	3	5	5	7	5	2	7	-	3	1	3	10	4	5	21	12	14	156
55-59	4	-	6	2	5	2	6	4	4	2	3	7	2	2	4	3	2	4	2	9	4	3	13	10	7	110
60-64	3	1	2	3	4	4	1	3	3	2	2	2	2	-	5	-	3	2	2	3	5	5	4	7	10	78
65-69	3	1	2	1	1	-	3	3	2	2	2	1	2	2	2	2	3	2	2	6	0	1	6	5	4	58
70-74	3	-	3	1	2	2	2	1	1	-	5	2	1	3	1	3	2	-	2	3	1	2	2	2	7	51
75+	1	-	2	-	1	1	1	-	1	1	1	2	3	2	1	-	2	-	-	5	2	1	7	6	3	43
Desc. / Unk	-	1	-	-	-	-	1	-	1	1	1	-	-	1	-	2	-	2	-	5	4	1	3	1	3	27
Total / All	76	70	108	101	98	65	84	88	75	72	80	56	57	60	56	32	53	43	40	150	85	86	249	231	239	2354
TCr / CrR	14,1	12,5	18,6	16,8	16,9	11	13,8	14,2	11,8	11,1	12,1	8,3	8,3	8,5	7,8	4,4	7,1	5,7	5,2	19,3	10,8	10,7	30,6	28	28,6	
TEE / ASRW	16,3	12,5	20,3	18,5	18,8	11,7	15,3	14,8	12	11,3	12	9	8,5	8,5	8,2	4,2	7,3	5,3	5,3	17,8	9,6	9,9	27,4	25	25,6	

* A PARTIR DEL 2008 SE INCORPORA NIC III

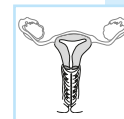


TABLA / TABLE 37

**CUELLO DE ÚTERO. INDICADORES PRINCIPALES POR PERÍODOS
RESIDENTES EN QUITO. 1986-2010**
CERVIX UTERI. MAIN INDICATORS BY PERIODS. QUITO RESIDENTS. 1986-2010

INDICADORES / INDICATORS	INVASOR					IN SITU**				
	1986-1990	1991-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2010	1986-1990	1991-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2010
UBICACIÓN* RANK	1	1	2	2	3	-	-	-	-	-
FRECUENCIA RELATIVA (%)* RELATIVE FREQUENCY	18	17	12	11	9	-	-	-	-	-
PROMEDIO DE CASOS POR AÑO AVERAGE CASES PER YEAR	126	145	122	146	142	91	77	62	64	178
PROMEDIO DE MUERTES POR AÑO AVERAGE DEATHS PER YEAR	39	43	64	67	71	-	-	-	-	-
TASA DE INCIDENCIA CRUDA RATE INCIDENCE CRUDE	22,0	23,3	17,8	19,3	17,5	15,8	12,4	9,0	8,4	21,9
TASA DE INCIDENCIA ESTANDARIZADA A.S.R.W. INCIDENCE	30,5	30,5	21,3	20,7	17,5	17,4	13,0	9,2	8,1	19,7
TASA DE MORTALIDAD CRUDA RATE MORTALITY CRUDE	6,9	6,9	9,2	9,0	8,7	-	-	-	-	-
TASA DE MORTALIDAD ESTANDARIZADA A.S.R.W. MORTALITY	9,8	9,1	11,6	9,6	8,9	-	-	-	-	-
TASA ACUMULADA 0-74 (%) CUMULATIVE RATE 0-74	3,5	3,4	2,4	2,3	1,9	1,6	1,2	0,9	0,8	1,8
RAZÓN MORTALIDAD / INCIDENCIA (%) MORTALITY / INCIDENCE RATIO	31,1	29,5	52,0	46,4	48,4	-	-	-	-	-
% DE VERIFICACIÓN HISTOLÓGICA % OF HISTOLOGICAL VERIFICATION	91,0	89,5	92,5	96,8	96,5	99,3	99,5	100,0	100,0	100,0
% SOLO CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN % DEATH CERTIFICATE ONLY	4,3	6,1	4,7	2,1	2,5					

* SIN PIEL E IN SITU / BUT SKIN AND IN SITU
** A PARTIR DEL 2008 SE INCORPORA NIC III

GRÁFICO / FIGURE 71

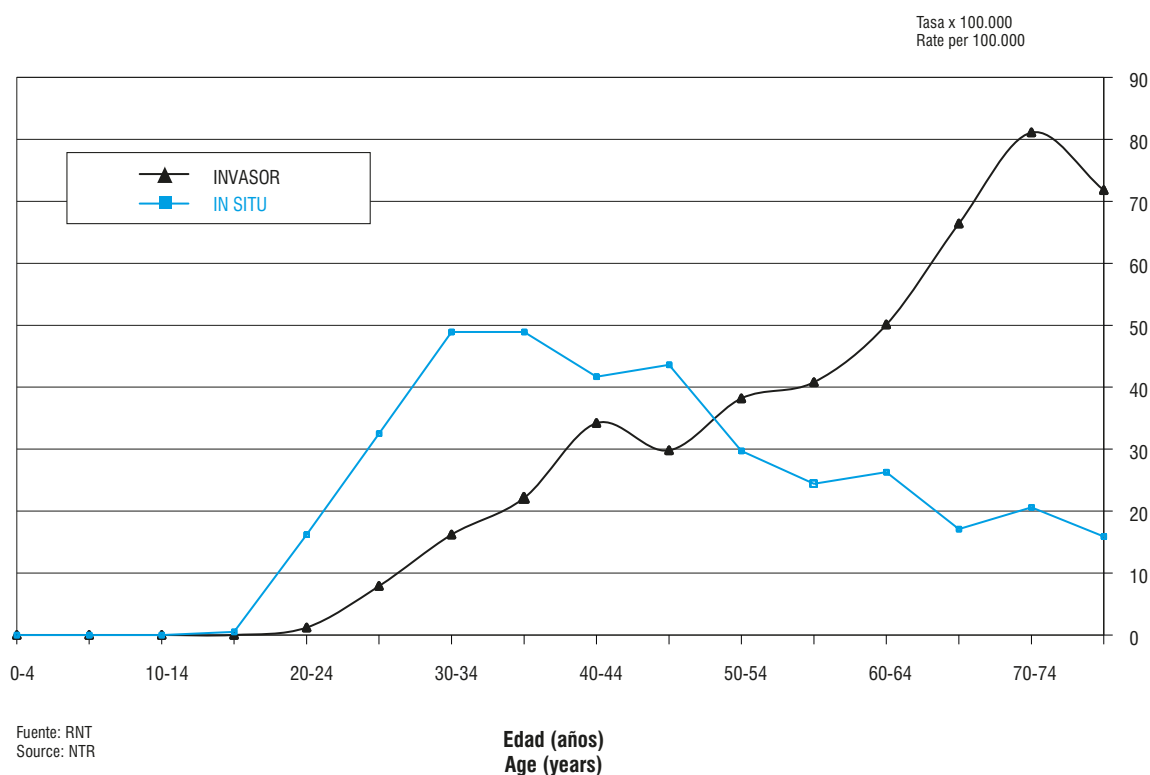
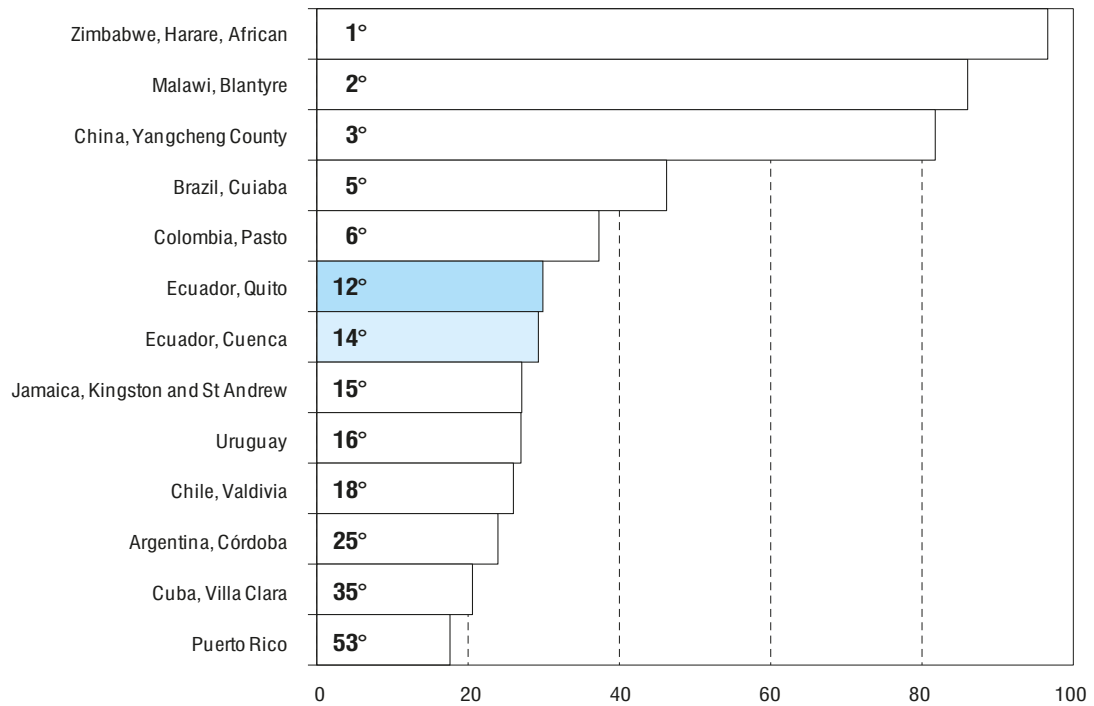
CUELLO DE ÚTERO. TASAS DE INCIDENCIA POR EDAD. RESIDENTES EN QUITO. 2006-2010
CERVIX UTERI. INCIDENCE RATES BY AGE. QUITO RESIDENTS. 2006-2010




GRÁFICO / FIGURE 72

CUELLO DE ÚTERO. INCIDENCIAS MÁS ALTAS EN EL MUNDO Y LATINOAMÉRICA
CERVIX UTERI. HIGHEST INCIDENCE RATES IN THE WORLD AND LATINAMERICA



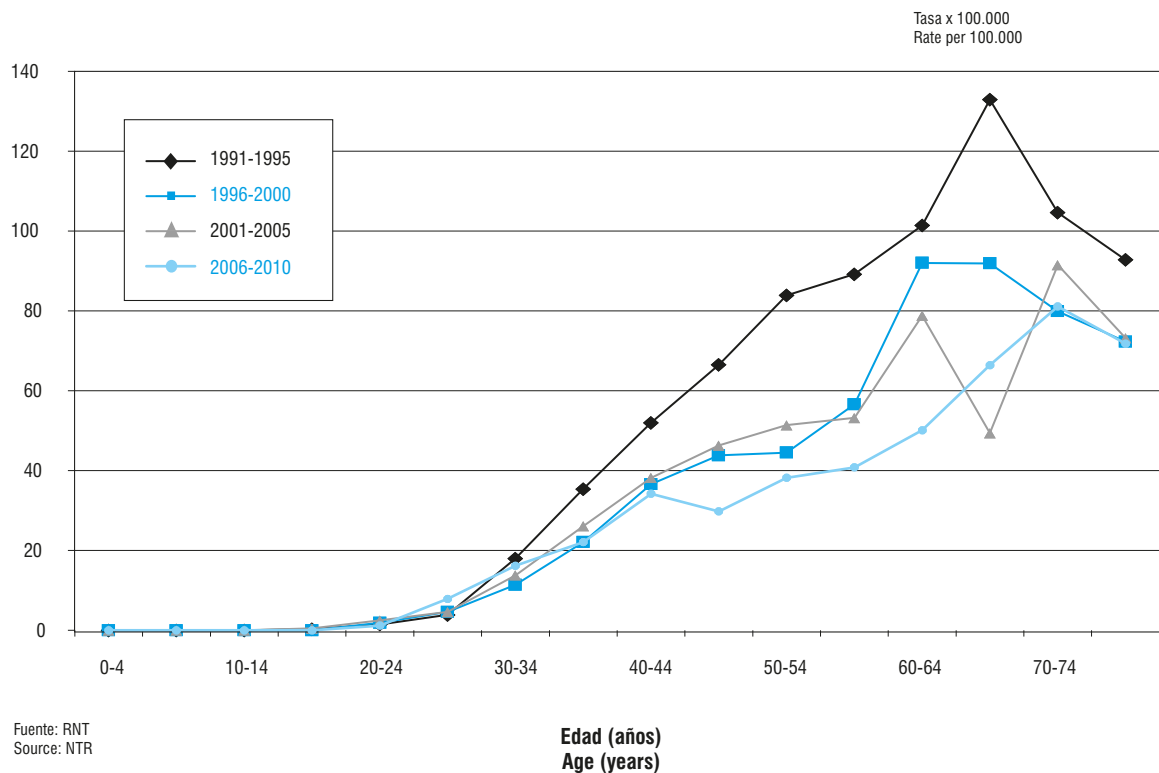
FUENTE/SOURCE: IARC/IACR CISC. Vol. X (2013)

NOTA: Si un país tiene varios registros, sólo se toma en cuenta la incidencia más alta. (70 países)

NOTE: If a country has many cancer registries we select only highest incidence

GRÁFICO / FIGURE 73

CUELLO DEL ÚTERO. TASAS DE INCIDENCIA POR GRUPOS DE EDAD SEGÚN PERÍODOS
RESIDENTES EN QUITO. 1991-2010
CERVIX UTERI. INCIDENCE RATES BY AGE AND PERIODS. QUITO RESIDENTS. 1991-2010



Fuente: RNT
Source: NTR



GRÁFICO / FIGURE 74
CUELLO DE ÚTERO INVASOR
TASAS DE INCIDENCIA POR INSTRUCCIÓN. RESIDENTES EN QUITO. 2010
CERVIX UTERI. INCIDENCE RATES BY EDUCATION LEVEL. QUITO RESIDENTS. 2010

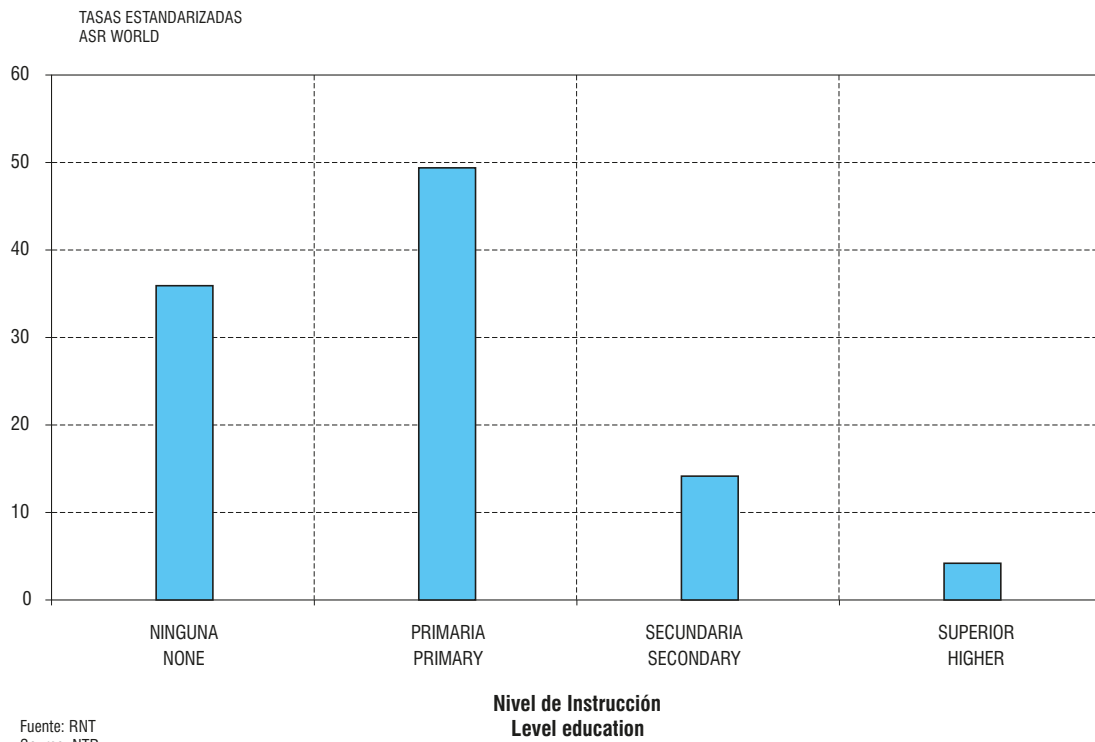


GRÁFICO / FIGURE 75
CUELLO DE ÚTERO. TENDENCIA DE LA INCIDENCIA. RESIDENTES EN QUITO. 1986-2010
CERVIX UTERI. INCIDENCE TREND. QUITO RESIDENTS. 1986-2010

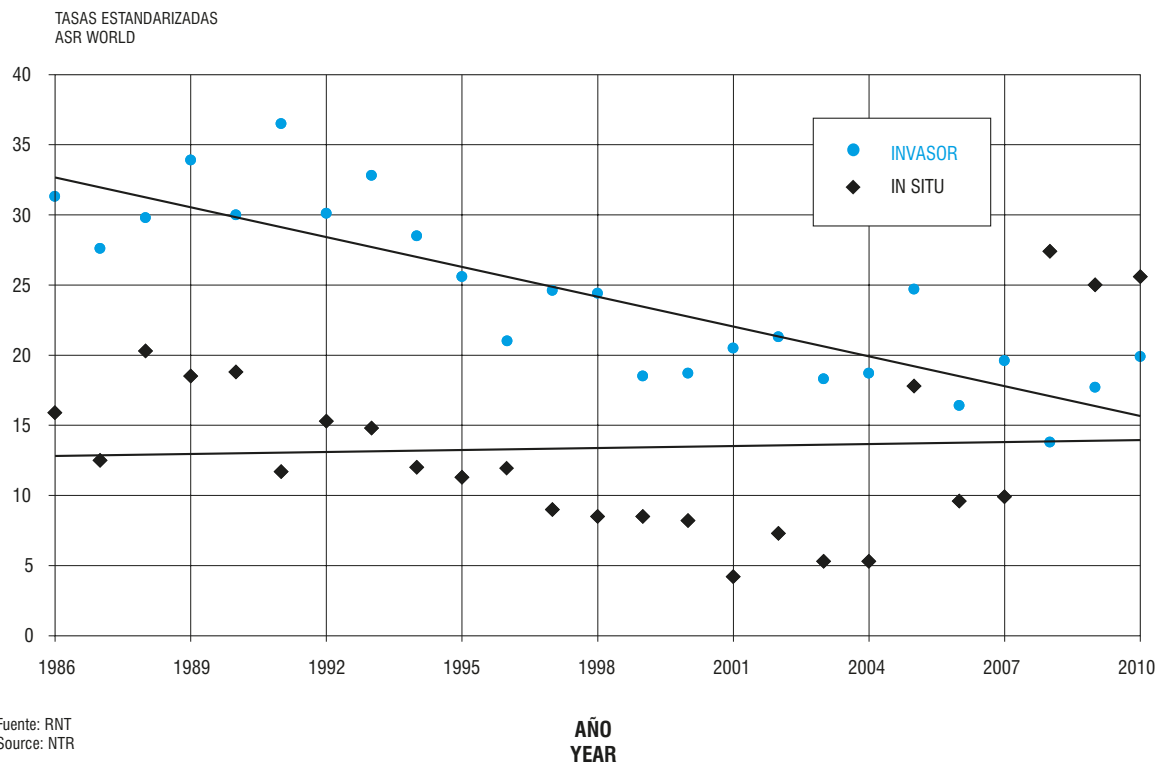
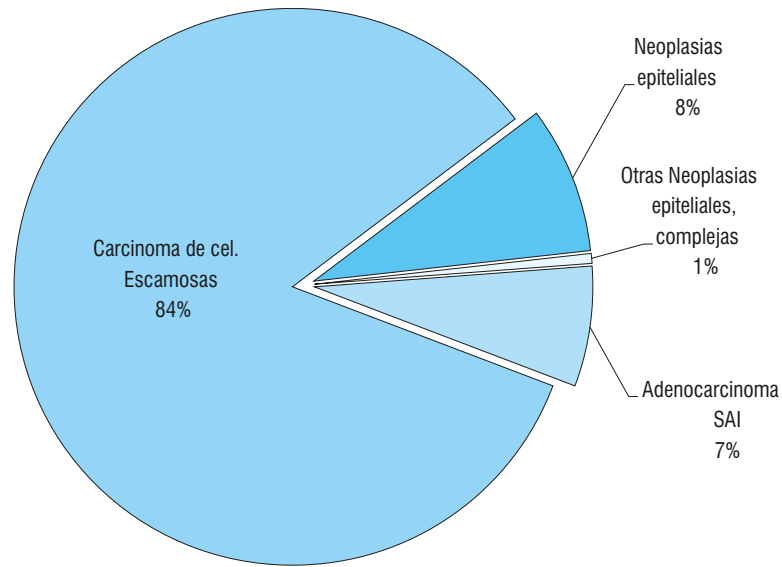




GRÁFICO / FIGURE 76

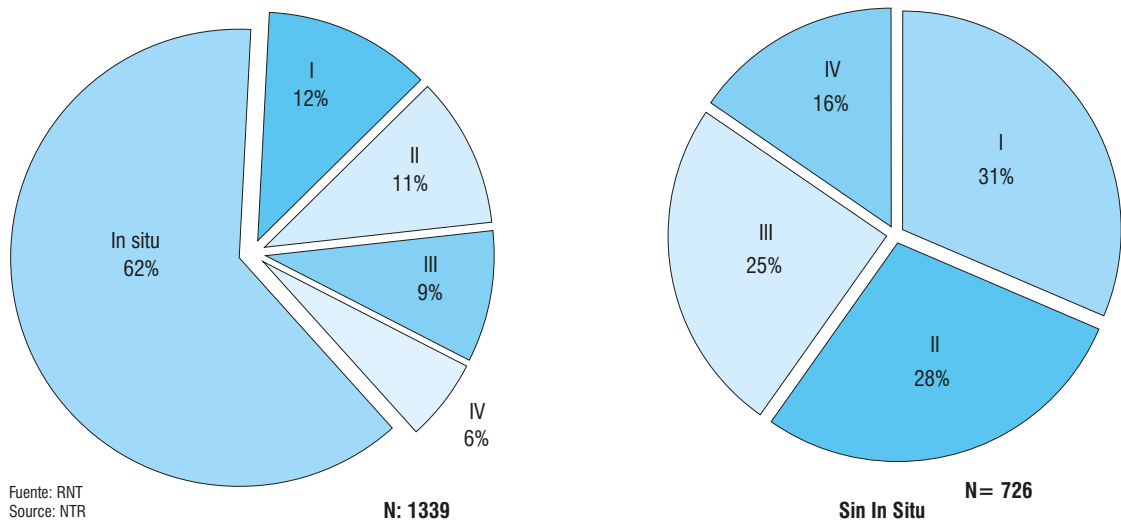
CUELLO DE ÚTERO. MORFOLOGÍA. RESIDENTES EN QUITO. 2006-2010
CERVIX UTERI. MORPHOLOGY. QUITO RESIDENTS. 2006-2010



Fuente: RNT
 Source: NTR

GRÁFICO / FIGURE 77

CUELLO DE ÚTERO. ESTADIAJE TNM. RESIDENTES EN QUITO. 2006-2010
CERVIX UTERI. STAGE TNM. QUITO RESIDENTS. 2006-2010



Fuente: RNT
 Source: NTR

N: 1339

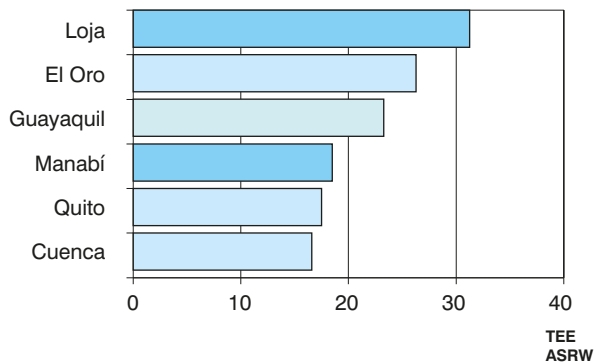
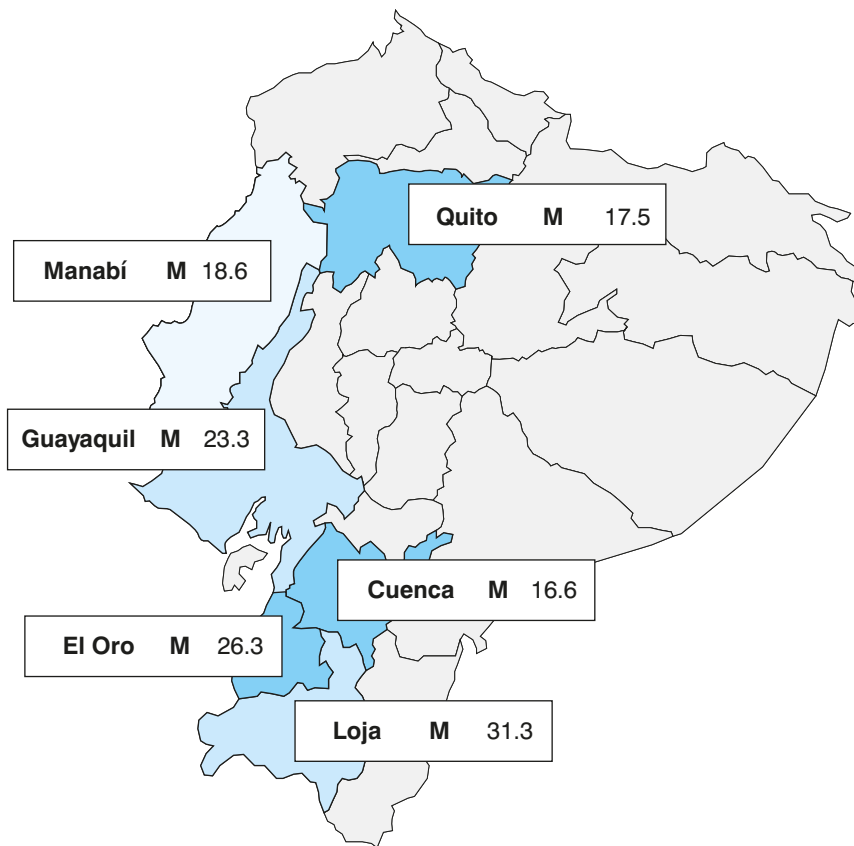
Sin In Situ
 N= 726



GRÁFICO / FIGURE 78

CUELLO DE ÚTERO INVASOR

TASAS DE INCIDENCIA ESTANDARIZADA EN REGISTROS DE CÁNCER DEL ECUADOR
CERVIX UTERINE INVASIVE. STANDARIZED INCIDENCE RATE IN ECUADOR CANCER REGISTRIES



REGISTRO REGISTRY	No de casos Cases	Tasa cruda Crude Rate	Tasa Estandarizada A.S.R. World
Ciudad de Quito (2006-2010)	710	17,5	17,5
Cantón Cuenca (2006-2009)	161	16	16,6
Ciudad de Guayaquil (2007-2008)	475	20,9	23,3
Ciudad de Loja (2006-2008)	84	28,7	31,3
Provincia del El Oro (2006-2009)	272	22,9	26,3
Provincia de Manabí (2006-2009)	426	16,4	18,6



OVARIO OVARY

Dra. Amparito Basantes P.

*Oncóloga Clínica
Hospital Metropolitano
Hospital de los Valles*

*Medical Oncologist
Metropolitan hospital
De los Valles Hospital*

El cáncer de ovario, es una enfermedad que en muchos de los casos es detectada de manera incidental cuando la mujer acude a su control ginecológico, o a su control de salud anual.

Esta patología se caracteriza por dar una clínica inespecífica, trastornos en el hábito defecatorio, estreñimiento crónico, distensión abdominal esporádica, lo que hace que no sea diagnosticada en la mayoría de casos, en una etapa temprana, sino es una condición de enfermedad avanzada.

Al igual que la mayoría de entidades oncológicas, el tratamiento actual, tiene que ser multidisciplinario jugando un rol muy importante, el cirujano oncólogo, el oncólogo clínico, el patólogo, el radiólogo, el ginecólogo y todo aquel personal relacionado con la salud, que sume esfuerzos para lograr un diagnóstico precoz y un tratamiento correcto.

Si tomamos en cuenta la evolución epidemiológica del cáncer en el país, en base a los datos publicados por el RNT, la tasa cruda de incidencia de esta patología se ha incrementado en el transcurso del tiempo; así, en 1986 se publicaba una incidencia de 4,4 y actualmente se reporta una tasa cruda de incidencia de 6,1x100.000 habitantes.

Sin embargo, este incremento no ha sido dramáticamente importante como para poder considerar a esta patología dentro de las 10 primeras entidades oncológicas diagnosticadas en el país.

Al igual que en reportes anteriores, el cáncer de ovario tiene su pico etéreo entre los 50 y 70 años, sin embargo llama la atención el incremento en la incidencia en mujeres de 75 años, dato justificado por el incremento en la expectativa de vida actual, y la mejoría en calidad de vida de las personas que les permite llegar a edades mayores con menores comorbilidades.

También hay más casos reportados en mujeres de entre 45 y 49 años, en relación a la publicación anterior, probablemente porque hay un mejor trabajo diagnóstico, un mayor conocimiento de la historia biológica de la patología y de las directrices terapéuticas por parte de todo el personal de salud que en algún momento tiene que evaluar a una mujer, así como también por mayor interés en políticas preventivas de salud por parte de la población en general.

La tendencia reporta un incremento en la incidencia que va relacionado más con el incremento poblacional que con un factor extrínseco que estuviere influenciando y

Ovarian cancer is a disease that in many cases are detected incidentally when a woman goes to her gynecological examination, or her annual health check.

This pathology is characterized by giving a nonspecific clinical behavior, disorders in defecation habits, chronic constipation, sporadic abdominal distension, making it hard to be diagnosed in most cases at an early stage; it is a condition of advanced disease.

Like most oncological institutions, current treatment, must be multidisciplinary playing a very important role, the surgical oncologist, medical oncologist, pathologist, radiologist, gynecologist and all personnel related to health that adds efforts to achieve an early diagnosis and correct treatment.

If we consider the epidemiological evolution of cancer in the country, based on data published by the TNR, the standardized incidence rate of this disease has increased slightly over time; so that, in 1986-1990 an incidence of 5.4 was published and now a 6.8 x100.000 inhabitants rate reported. For the past 15 years, the rate has virtually remained the same, the average number of cases as a function of the population growth increased.

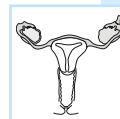
The value of the rate for this cancer ranks it among the 10 most common localizations among women of Quito.

As in previous reports, ovarian cancer has its peak age range between 50 and 70 years, however draws attention the increase in incidence of women of 75 years old, a fact justified by the increase in life expectancy today, and the improvement of life quality that allows people to reach older ages with lower comorbidities.

There are also more cases reported in women between 45 and 49 years compared to the previous publication, probably because of a better diagnostic work, a better understanding of the biological history of the pathology and treatment guidelines by all health staff that at some point have to evaluate a woman, as well as a higher interest in preventive health policies by the population

The slight increase in mortality is directly proportional to the incident. Unfortunately, although it is not noted in the publication the number of cases by stages of disease, it can be extrapolated that the diagnosis remains to be an advanced disease (EC III y IV) where we know that the risk of disease relapse and death from the same is higher than in early stage disease.

It is worthy to see that histopathological support diagnoses, not death, increase relative to previous periods, very encouraging data, for all that can be evaluated statisti-



no es diametralmente significativo en relación a publicaciones previas.

El Incremento en la incidencia, es directamente proporcional a la mortalidad. Desgraciadamente, aunque no se anota en la publicación el número de casos por estadíos de enfermedad, se puede extrapolar que el diagnóstico sigue siendo en enfermedad avanzada (EC III y IV) en donde conocemos que el riesgo de recaída de enfermedad y muerte por la misma es más alto que en una enfermedad en estadio temprano

Es meritorio ver que los diagnósticos con soporte histopatológico, no en defunción, se incrementan en relación a los períodos previos, dato muy esperanzador, pues, todo lo que pueda ser evaluado estadísticamente nos dará resultados más reales y los datos publicados serán siempre confiables.

La tasa de incidencia estandarizada en los registros de cáncer de las diferentes ciudades del país, es diferente, siendo la provincia de mayor incidencia la de Loja con un 8,6 x 100.000 habitantes y la de menor incidencia Manabí con un 3.3 x 100.000 habitantes

Coincidente con lo publicado en la epidemiología mundial, la histología de mayor frecuencia, para los grupos etáreos de mayor incidencia es el cistadenocarcinoma con un 60% de casos, y el 40% restante se distribuye entre otras histologías, tanto de estirpe epitelial, como tumores germinales

cally give us real results and published data will always be reliable.

The standardized incidence rate in the cancer registries of the different cities of the country is different, having the highest incidence the province of Loja with 8.6 per 100,000 inhabitants and having the lower incidence the province of Manabi with 3.3 x 100,000

Coincident with what was published in the global epidemiology, the most often histology, for the age group with the highest incidence is cystadenocarcinoma with 60% of cases, and the remaining 40% is distributed among other histologies, both of epithelial origin, such as germinal tumors.



TABLA / TABLE 38

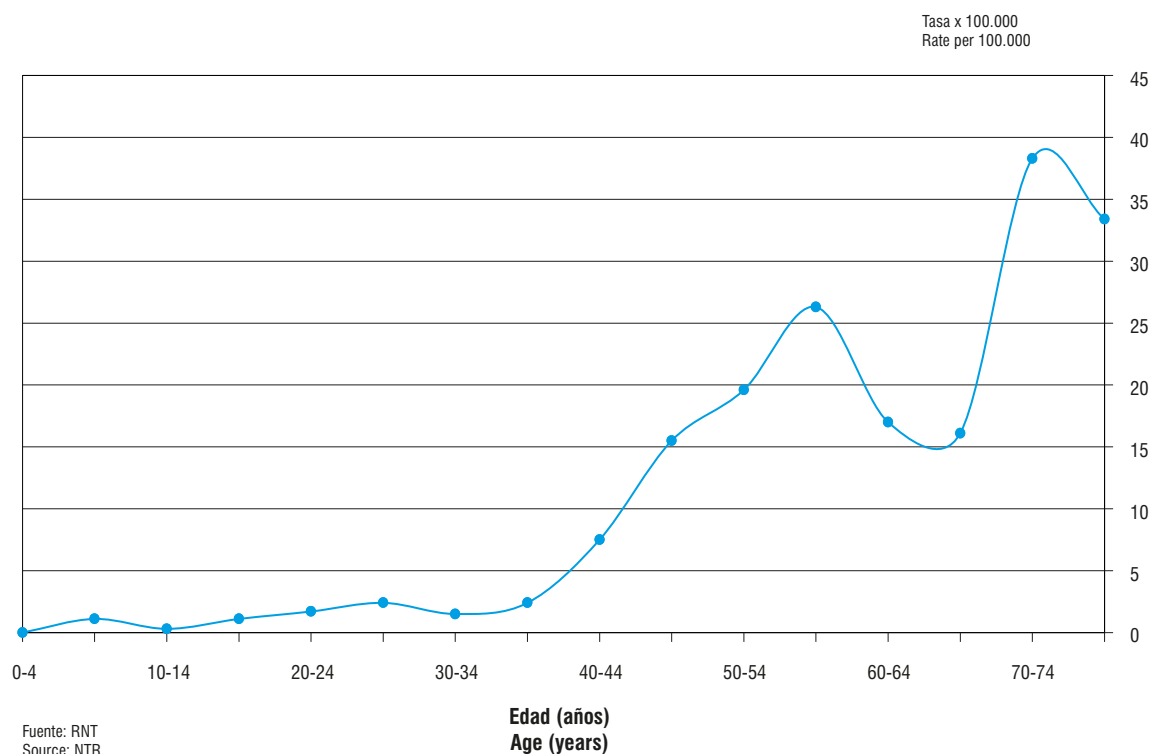
OVARIO. NÚMERO DE CASOS POR EDAD Y AÑO DE DIAGNÓSTICO
TASAS CRUDAS Y ESTANDARIZADAS. RESIDENTES EN QUITO. 1986-2010
OVARY. NUMBER OF CASES BY AGE AND DIAGNOSTIC YEAR
CRUDE AND STANDARDIZED RATES QUITO RESIDENTS. 1986-2010



Edad	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL
00-04	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
05-09	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	2	-	-	-	2	1	1	-	9
10-14	-	-	-	2	1	1	1	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	9
15-19	1	2	-	1	-	2	3	-	-	-	2	2	1	1	1	1	1	3	1	3	-	-	1	3	-	30
20-24	1	2	2	1	-	1	-	1	-	-	-	2	3	2	1	1	1	1	2	1	-	1	1	3	2	29
25-29	3	1	1	-	-	3	-	2	2	4	2	5	2	2	1	-	3	4	2	4	1	2	3	-	3	52
30-34	1	-	2	-	2	-	2	2	-	2	1	1	2	2	3	-	1	2	1	5	1	3	-	1	-	36
35-39	2	-	1	7	2	3	2	-	2	7	3	4	3	4	1	2	2	3	3	4	1	2	3	-	2	63
40-44	-	-	3	2	3	1	5	1	2	3	5	5	4	5	1	5	2	6	7	5	4	4	4	2	5	90
45-49	4	3	4	3	2	-	4	6	4	7	1	5	9	7	4	2	3	6	8	5	7	10	5	7	7	124
50-54	-	1	2	1	3	1	4	5	1	6	2	3	3	4	5	5	3	2	8	4	11	3	8	11	4	105
55-59	3	2	3	4	2	3	7	6	4	3	3	11	4	4	3	4	9	5	10	11	8	8	8	9	7	143
60-64	3	1	2	2	2	2	3	5	3	7	5	4	4	2	1	5	3	5	4	5	3	4	7	4	2	89
65-69	3	2	1	-	2	1	1	3	1	1	5	2	-	1	5	7	3	2	5	5	3	2	3	3	4	67
70-74	2	3	2	3	-	3	1	1	1	3	5	4	4	5	7	2	4	3	5	3	2	9	6	2	7	88
75+	1	2	1	-	1	3	3	4	2	2	6	6	4	6	6	2	9	5	7	7	9	7	12	4	8	118
Desc. / Unk	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	5
Total / All	24	19	24	27	20	25	37	36	23	45	41	55	43	46	39	36	45	49	63	65	50	57	62	52	51	1034
TCr / CrR	4,4	3,4	4,1	4,5	3,5	4	6,1	5,6	3,6	6,8	6,2	8	6,2	6,5	5,3	4,8	6,1	6,5	8,2	8,4	6,3	7	7,6	6,3	6,1	
TEE / ASRW	6,2	4,7	5,6	5,6	4,8	5	7,8	7,8	4,7	8,6	7,6	9,4	7,1	7	6	6	6,5	6,9	8,9	8,6	6,6	7,3	7,8	6,4	6	

GRÁFICO / FIGURE 79

OVARIO. TASAS DE INCIDENCIA POR EDAD. RESIDENTES EN QUITO. 2006-2010
OVARY. INCIDENCE RATES BY AGE. QUITO RESIDENTS. 2006-2010



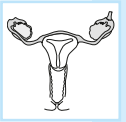


TABLA / TABLE 39

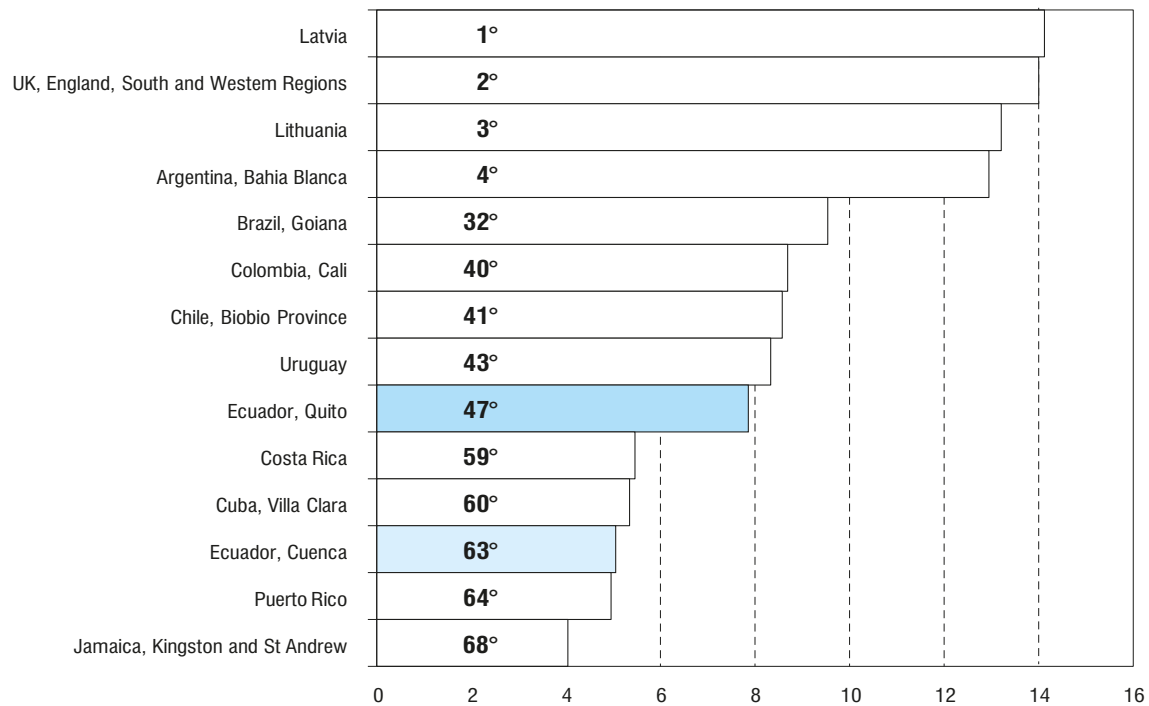
**OVARIO. INDICADORES PRINCIPALES POR PERÍODOS
RESIDENTES EN QUITO. 1986-2010**
OVARY. MAIN INDICATORS BY PERIODS. QUITO RESIDENTS. 1986-2010

INDICADORES / INDICATORS	1986-1990	1991-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2010
UBICACIÓN* RANK	9	9	8	9	7
FRECUENCIA RELATIVA (%)* RELATIVE FREQUENCY	3,3	3,9	4,7	4,2	3,7
PROMEDIO DE CASOS POR AÑO AVERAGE CASES PER YEAR	22	33	44	51	54
PROMEDIO DE MUERTES POR AÑO AVERAGE DEATHS PER YEAR	8	13,	23	26	28
TASA DE INCIDENCIA CRUDA RATE INCIDENCE CRUDE	4,0	5,2	6,4	6,8	6,7
TASA DE INCIDENCIA ESTANDARIZADA A.S.R.W. INCIDENCE	5,4	6,8	7,4	7,4	6,8
TASA DE MORTALIDAD CRUDA RATE MORTALITY CRUDE	1,5	2,2	3,4	3,5	3,5
TASA DE MORTALIDAD ESTANDARIZADA A.S.R.W. MORTALITY	2,1	3,0	4,0	3,9	3,6
TASA ACUMULADA 0-74 (%) CUMULATIVE RATE 0-74	0,6	0,7	0,8	0,8	0,8
RAZÓN MORTALIDAD / INCIDENCIA (%) MORTALITY / INCIDENCE RATIO	36,8	41,1	52,7	51,4	52,4
% DE VERIFICACIÓN HISTOLÓGICA % OF HISTOLOGICAL VERIFICATION	75,4	81,0	79,3	86,0	86,7
% SOLO CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN % DEATH CERTIFICATE ONLY	14,0	9,8	8,1	3,9	7,7

* SIN PIEL E IN SITU / BUT SKIN AND IN SITU

GRÁFICO / FIGURE 80

OVARIO. INCIDENCIAS MÁS ALTAS EN EL MUNDO Y LATINOAMÉRICA
OVARIO. HIGHEST INCIDENCE RATES IN THE WORLD AND LATINAMERICA



FUENTE/SOURCE: IARC/IACR CISC. Vol. X (2013)

NOTA: Si un país tiene varios registros, sólo se toma en cuenta la incidencia más alta. (70 países)
NOTE: If a country has many cancer registries we select only highest incidence



GRÁFICO / FIGURE 81

OVARIO. TASAS DE INCIDENCIA POR INSTRUCCIÓN. RESIDENTES EN QUITO. 2010
OVARY. INCIDENCE RATES BY EDUCATION LEVEL. QUITO RESIDENTS. 2010

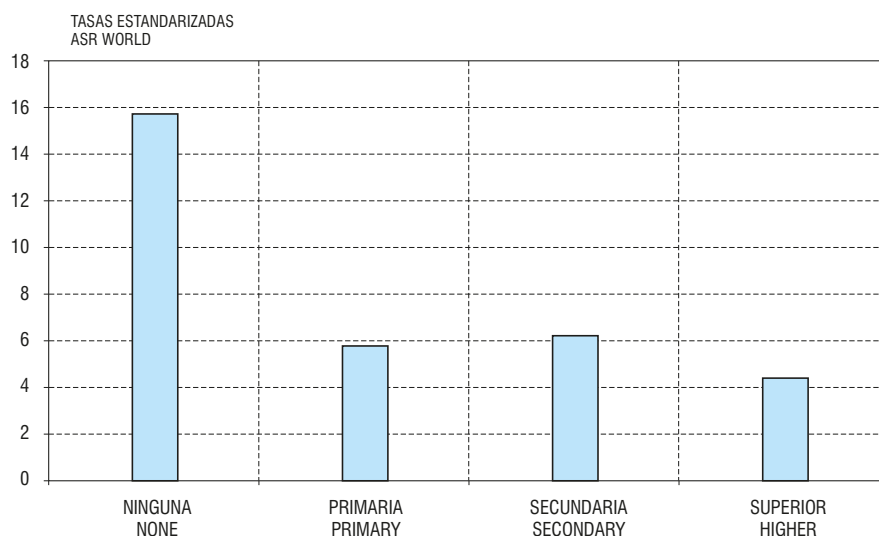


GRÁFICO / FIGURE 82

OVARIO. TENDENCIA DE LA INCIDENCIA. RESIDENTES EN QUITO. 1986-2010
OVARY. INCIDENCE TREND. QUITO RESIDENTS. 1986-2010

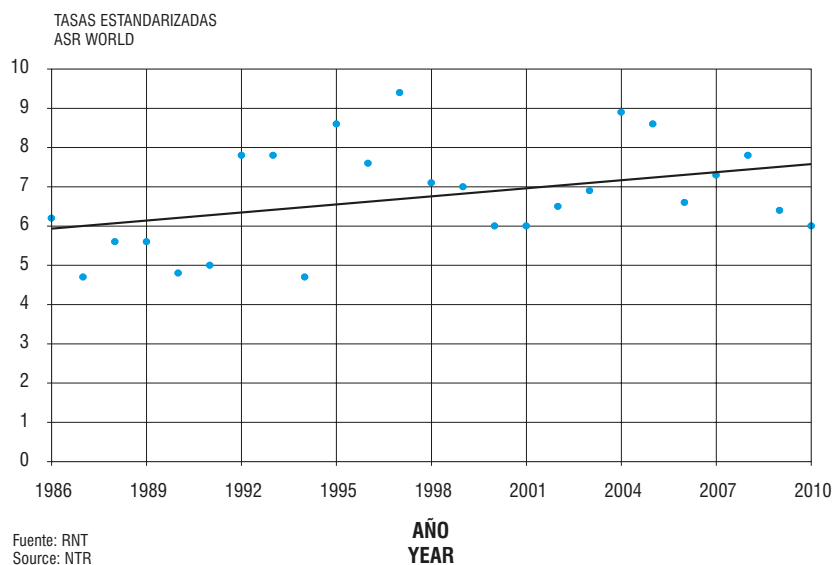
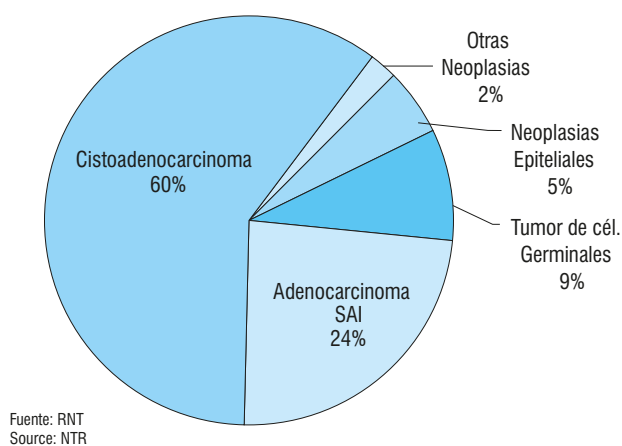


GRÁFICO / FIGURE 83

OVARIO. MORFOLOGÍA RESIDENTES EN QUITO. 2006-2010
OVARY. MORPHOLOGY. QUITO RESIDENTS. 2006-2010



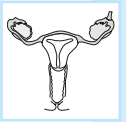
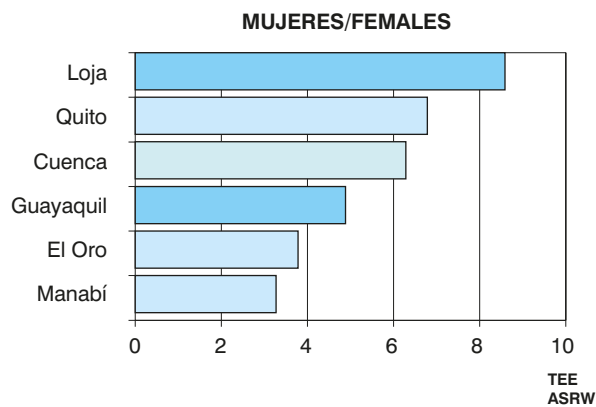
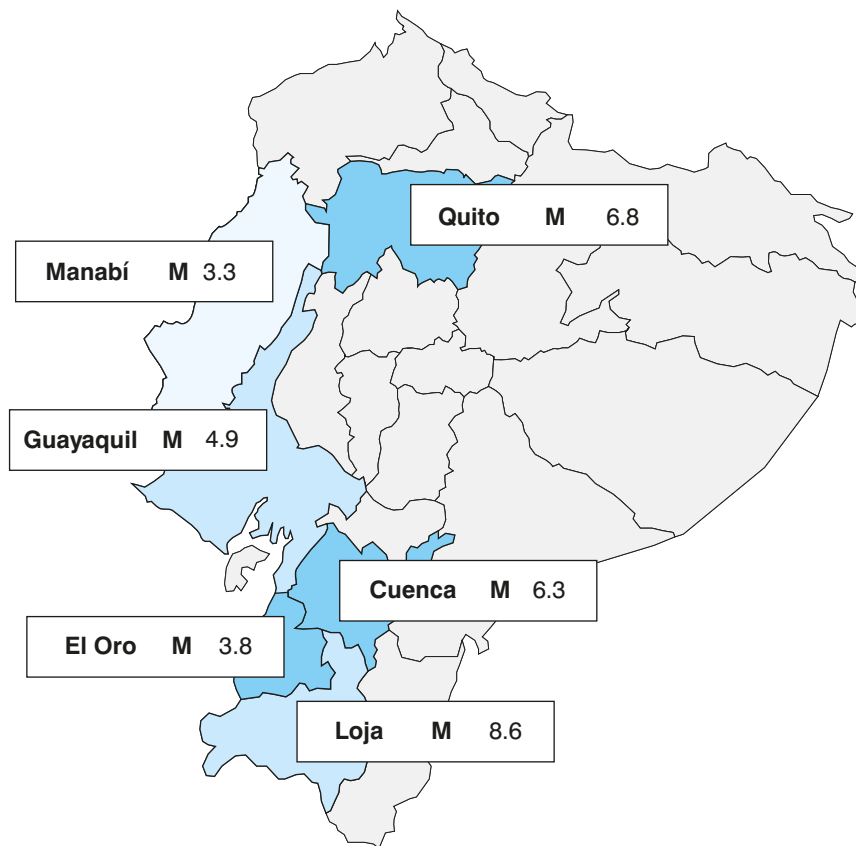


GRÁFICO / FIGURE 84

OVARIO

TASAS DE INCIDENCIA ESTANDARIZADA EN REGISTROS DE CÁNCER DEL ECUADOR
OVARY. STANDARIZED INCIDENCE RATE IN ECUADOR CANCER REGISTRIES



REGISTRO REGISTRY	No de casos Cases	Tasa cruda Crude Rate	Tasa Estandarizada A.S.R. World
Ciudad de Quito (2006-2010)	271	6,7	6,8
Cantón Cuenca (2006-2009)	58	5,8	6,3
Ciudad de Guayaquil (2007-2008)	106	4,6	4,9
Ciudad de Loja (2006-2008)	23	7,9	8,6
Provincia del El Oro (2006-2009)	39	3,3	3,8
Provincia de Manabí (2006-2009)	77	3,0	3,3

PRÓSTATA PROSTATE

Dr. José Gaibor

*Médico Urólogo-oncólogo
SOLCA Quito*

*Medical Oncologist Urologist
SOLCA Quito*

Dra. Patricia Cueva

*Médica Epidemióloga
Directora del Registro Nacional de Tumores SOLCA Quito*

*Epidemiologist
National Tumor Registry SOLCA Quito*

El cáncer de próstata, entre los hombres, es el segundo tumor más frecuente en el mundo, se estima que para el 2012 se diagnosticaron aproximadamente 1.112.000 casos nuevos. Existen grandes diferencias entre los países desarrollados y en vías de desarrollo; mientras en éstos últimos es el cuarto tumor en frecuencia, luego del cáncer de pulmón, estómago e hígado. En los países desarrollados su frecuencia ha aumentado muy rápidamente y en muchos países es el primero.

Las diferencias entre países más y menos desarrollados, así como su rápido incremento, se muestra por la presencia de factores de riesgo y de los hábitos de vida diferentes (sedentarismo, obesidad, alimentación...). Pero gran parte del aumento de la incidencia se debe al envejecimiento de la población y a la generalización de los controles prostáticos y del test de PSA en sangre, que permite diagnosticar tumores en estadios subclínicos.

Desde 1990, con el advenimiento del PSA, el cáncer de próstata ha sido diagnosticado en estadios tempranos y con mayor frecuencia. Quito no escapó a este comportamiento mundial. Constituye el 29% de todos los cánceres diagnosticados entre los hombres. La línea de tendencia muestra un incremento significativo a partir del segundo quinquenio de los noventa, pasando de una tasa de 24 hasta 56,5 por 100.000 hombres en el período 2006-2010, lo que significa un crecimiento del 135% en 15 años de análisis. En relación a otros países del mundo, Quito tiene una incidencia intermedia, ocupa el puesto número 36 entre 70 países que publican sus datos en Cancer Incidence in five continents vol X (2013).

Este incremento en el diagnóstico, esperaríamos que se acompañe con la disminución de la tasa de mortalidad. Lamentablemente, sucede lo contrario, en los últimos 15 años se observa también un aumento del 68% en sus tasas. (de 11,1 a 18,6) y constituye el segundo cáncer más frecuente como causa de muerte en el país, luego del cáncer de estómago.

El cáncer de próstata es un tumor propio de edades avanzadas, cerca del 80% de los casos ocurren en edades superiores a los 65 años. Sin embargo, es válido resaltar que se reportan casos a partir de los 45 años.

Desde el año 1996, el cáncer de próstata pasó a ocupar el primer lugar en incidencia entre los hombres residentes en Quito, pasando de un promedio anual de 92 casos a 361 casos en el último quinquenio.

Prostate cancer among men, is the second most common tumor in the world, it is estimated that by 2012 approximately 1,112,000 new cases were diagnosed. There are major differences between developed and developing countries; while in the last one mentioned it is the fourth place tumor in frequency, after lung, stomach and liver cancer. In developed countries, their frequency has increased very rapidly and in many countries is already in the first position.

Differences between more and less developed countries and their rapid increase, shown by the presence of risk factors and different life habits (sedentary lifestyle, obesity, alimentation ...). But much of the increased incidence is due to the aging of population and the generalization of prostate checks and the PSA blood test that can diagnose subclinical tumors in stages.

Since 1990, and with the advent of PSA, has made that prostate cancer is diagnosed earlier and more frequently. Quito did not escape this global behavior. It constitutes 29% of all cancers diagnosed among men. The trend line shows a significant increase from the second half of the nineties, from a rate of 24 to 56.5 per 100,000 men in 2006-2010, which means a growth of 135% in 15 years of analysis. In relation other countries, has an intermediate incidence Quito, ranked No. 36 among 70 countries that publish their data in Cancer Incidence in five continents vol X (2013).

This increase in the diagnosis, we would expect to be accompanied with a decreased in mortality. Unfortunately, the opposite happens in the last 15 years we have also seen an increase of 68% in their rates. (11.1 to 18.6) and is the second most common cause of cancer death in the country, after stomach cancer.

Prostate cancer is a tumor of advanced ages, about 80% of cases occur to patients over 65 years of age. However, it is valid to note that cases are reported starting from 45 years.

Since 1996, prostate cancer happened to be first in incidence among male residents in Quito, that went from an annual average of 92 cases to 361 cases in the last five years.

When we look at the incidence data in other regions of the country, it can be seen that Quito has the highest incidence rate in the country and second, with one important difference is Cuenca. Very interesting data that need to be evaluate and monitor.



Cuando miramos los datos de incidencia en otras regiones del país, se puede observar que Quito tiene la tasa de incidencia más alta del país y en segundo lugar, con una diferencia importante está Cuenca. Datos muy interesantes para ser evaluados y monitorizados.

Un dato muy importante que el RNT capta de las historias clínicas es el estadiaje, lamentablemente, un porcentaje importante de los casos no dispone de esta información. Esta situación afecta el gran esfuerzo que realiza el personal del Registro y constituye un llamado de atención para los médicos tratantes y hospitales que no han asumido esta responsabilidad y no consignan estos datos. Este indicador es básico para evaluar el impacto de las acciones preventivas.

De los 1.015 casos que tuvieron información sobre el estadio, el 28% fue diagnosticado en estapa metastásica.

Los indicadores de calidad de la información han ido mejorando en forma importante a través del tiempo. El porcentaje de verificación histológica para el diagnóstico se elevó del 75% en el período 1986-1990 hasta 92% en el período 2006-2010. De igual manera, el porcentaje de casos que ingresó solamente por certificados de defunción bajó de 16% al 6%.

La información en cáncer de próstata disponible para quienes ejercen la rectoría en salud es de excelente calidad y constituye la base para la toma de decisiones.

A very important fact that the RNT captures of medical records is the staging, unfortunately, of cases do not have this information. This affects the great effort made by the staff of the Registry and is a wake-up call to the treating physicians and hospitals that have not assumed this responsibility and does not contain this information. This indicator is essential to assess the impact of preventive actions.

The information quality indicators have importantly improved over time. The percentage of histological verification for diagnosis increased from 75% in 1986-1990 to 92% in 2006-2010. Similarly, the percentage of cases that entered only by death certificates dropped from 16% to 6%.

From the 1015 cases that had the stage data, 28% were diagnosed in a metastatic stage.

The information on prostate available to the ones that practice the health rectory is of excellent quality and is the basis for taking decisions.



TABLA / TABLE 40

**GLÁNDULA PROSTÁTICA NÚMERO DE CASOS POR EDAD Y AÑO DE DIAGNÓSTICO
TASAS CRUDAS Y ESTANDARIZADAS. RESIDENTES EN QUITO. 1986-2010. HOMBRES**
**PROSTATE GLAND NUMBER OF CASES BY AGE AND DIAGNOSTIC YEAR
CRUDE AND STANDARDIZED RATES. QUITO RESIDENTS. 1986-2010 MALES**



Edad	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL
0-4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5-9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10-14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15-19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20-24	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
30-34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
35-39	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
40-44	-	-	-	-	2	-	-	1	-	-	2	-	-	1	-	1	1	-	-	-	1	1	2	1	2	15
45-49	-	-	3	-	-	-	-	-	2	-	1	-	-	-	3	1	3	1	1	2	2	2	2	5	8	37
50-54	2	-	-	2	1	2	3	1	3	1	3	5	7	2	6	9	14	6	8	7	8	10	11	12	15	139
55-59	5	3	5	7	2	1	6	3	6	1	3	8	8	11	17	16	17	22	23	21	28	26	23	27	36	327
60-64	5	4	8	10	4	2	9	9	8	13	9	26	21	16	15	30	28	38	28	28	41	48	45	48	61	557
65-69	5	8	6	9	13	10	11	9	16	21	20	25	37	32	35	29	46	43	49	48	51	52	67	70	80	801
70-74	12	16	8	12	15	12	18	20	19	14	27	17	39	25	44	45	44	58	67	67	58	72	73	48	68	912
75+	40	32	45	46	35	37	39	42	57	56	48	68	95	68	94	107	114	125	103	108	143	152	147	109	138	2090
Desc. / Unk	1	2	-	1	1	-	2	1	2	1	-	-	1	1	2	1	-	1	2	3	5	2	2	-	4	36
Total / All	70	65	75	87	74	64	88	86	113	107	113	149	208	156	216	239	267	294	281	285	337	365	372	320	413	4844
TCr / CrR	14,1	12,7	14,1	15,7	14,2	11,7	15,7	15	19,2	17,8	18,4	23,7	32,4	23,8	32,3	35,1	38,5	41,7	39,3	39,1	45,6	48,7	48,9	41,4	52,7	
TEE / ASRW	22,7	20,8	22,8	26	23,9	18,6	24,7	22,6	27,6	25,6	26,3	33,6	43,6	31,7	40,8	43,4	48	51,6	48,8	47,5	53,8	57,8	58,1	50	62,2	

GRÁFICO / FIGURE 85
PRÓSTATA. TASAS DE INCIDENCIA POR EDAD. RESIDENTES EN QUITO. 2006-2010
PROSTATE. INCIDENCE RATES BY AGE. QUITO RESIDENTS. 2006-2010

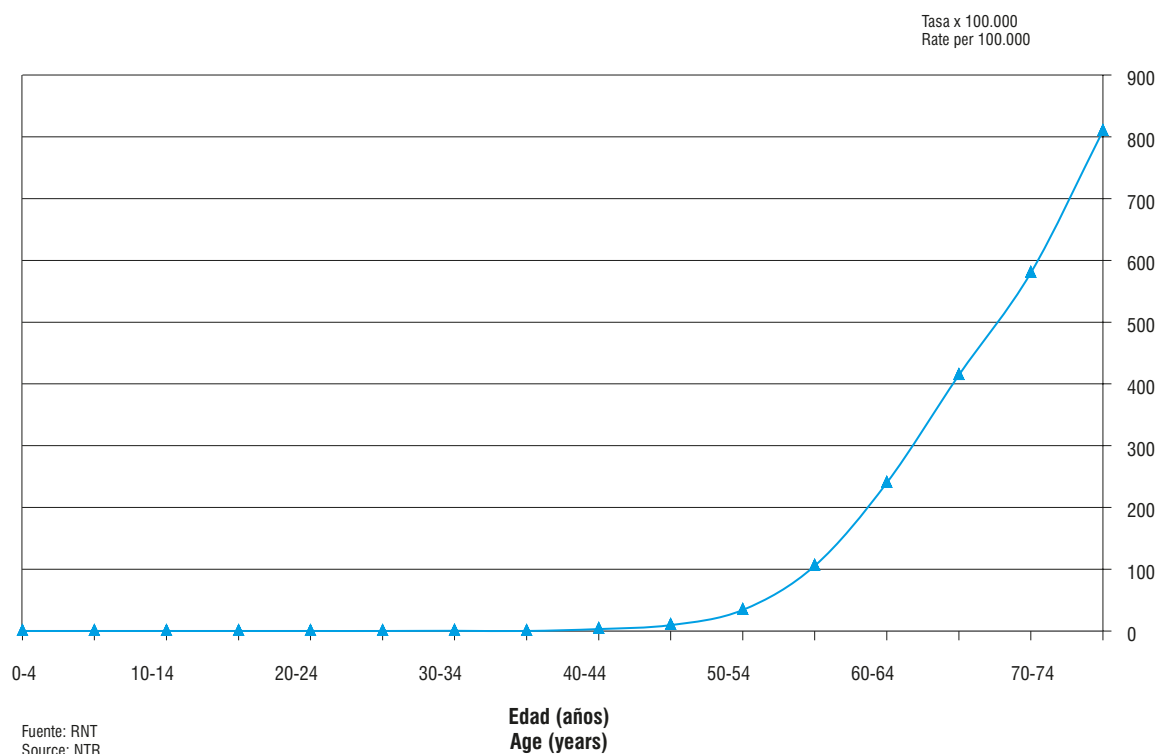




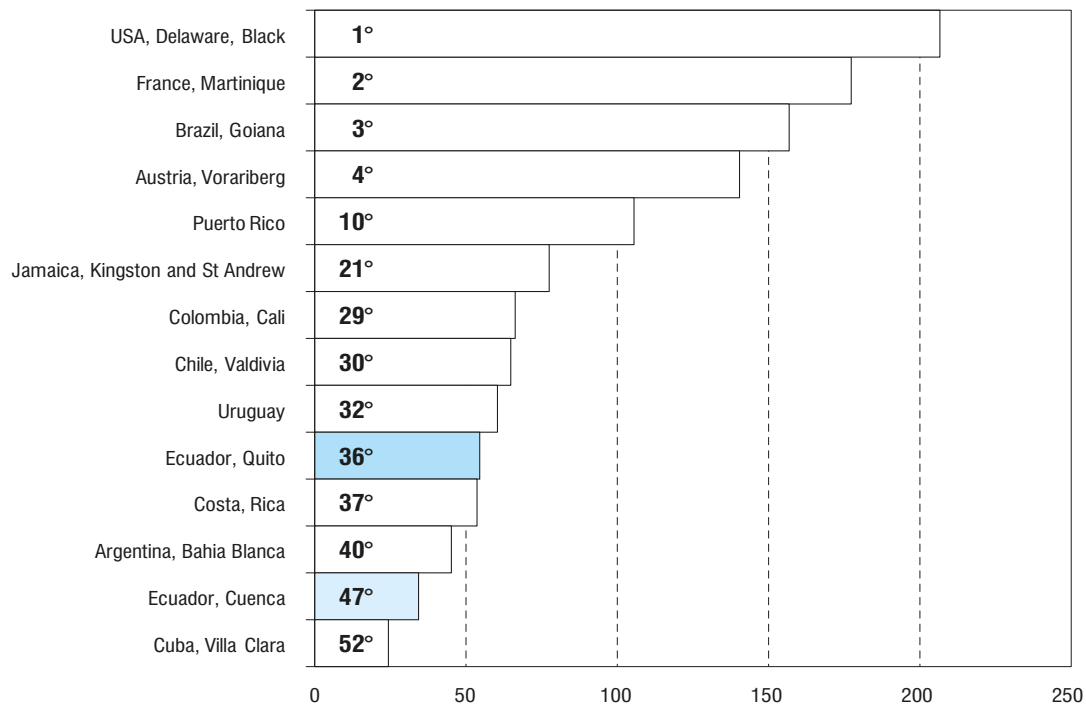
TABLA / TABLE 41

**PRÓSTATA. INDICADORES PRINCIPALES POR PERIODOS
RESIDENTES EN QUITO. 1986-2010**
PROSTATE. MAIN INDICATORS BY PERIODS. QUITO RESIDENTS. 1986-2010

INDICADORES / INDICATORS	1986-1990	1991-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2010
UBICACIÓN* RANK	2	2	1	1	1
FRECUENCIA RELATIVA (%)* RELATIVE FREQUENCY	15,1	16,1	22,9	27,0	29,8
PROMEDIO DE CASOS POR AÑO AVERAGE CASES PER YEAR	74	92	168	273	361
PROMEDIO DE MUERTES POR AÑO AVERAGE DEATHS PER YEAR	3	45	74	98	129
TASA DE INCIDENCIA CRUDA RATE INCIDENCE CRUDE	14,2	16,0	26,3	38,8	47,5
TASA DE INCIDENCIA ESTANDARIZADA A.S.R.W. INCIDENCE	23,3	24,0	35,4	47,9	56,5
TASA DE MORTALIDAD CRUDA RATE MORTALITY CRUDE	5,7	7,9	11,5	13,9	16,9
TASA DE MORTALIDAD ESTANDARIZADA A.S.R.W. MORTALITY	9,1	11,1	14,6	15,4	18,6
TASA ACUMULADA 0-74 (%) CUMULATIVE RATE 0-74	2,3	2,6	4,3	6,0	6,9
RAZÓN MORTALIDAD / INCIDENCIA (%) MORTALITY / INCIDENCE RATIO	40,2	49,3	43,8	35,8	35,6
% DE VERIFICACIÓN HISTOLÓGICA % OF HISTOLOGICAL VERIFICATION	75,2	71,2	81,8	86,9	92,0
% SOLO CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN % DEATH CERTIFICATE ONLY	16,4	18,3	10,8	9,3	6,6

* SIN PIEL E IN SITU / BUT SKIN AND IN SITU

GRÁFICO / FIGURE 86

**PRÓSTATA. INCIDENCIAS MÁS ALTAS EN EL MUNDO Y LATINOAMÉRICA
PROSTATE GLAND. HIGHEST INCIDENCE RATES IN THE WORLD AND LATINAMERICA.**


FUENTE/SOURCE: IARC/IACR C15C. Vol. X (2013)

NOTA: Si un país tiene varios registros, sólo se toma en cuenta la incidencia más alta. (70 países)
NOTE: If a country has many cancer registries we select only highest incidence



GRÁFICO / FIGURE 87

PRÓSTATA. TASAS DE INCIDENCIA POR INSTRUCCIÓN. RESIDENTES EN QUITO. 2010
PROSTATE GLAND. INCIDENCE RATES BY EDUCATION LEVEL. QUITO RESIDENTS. 2010

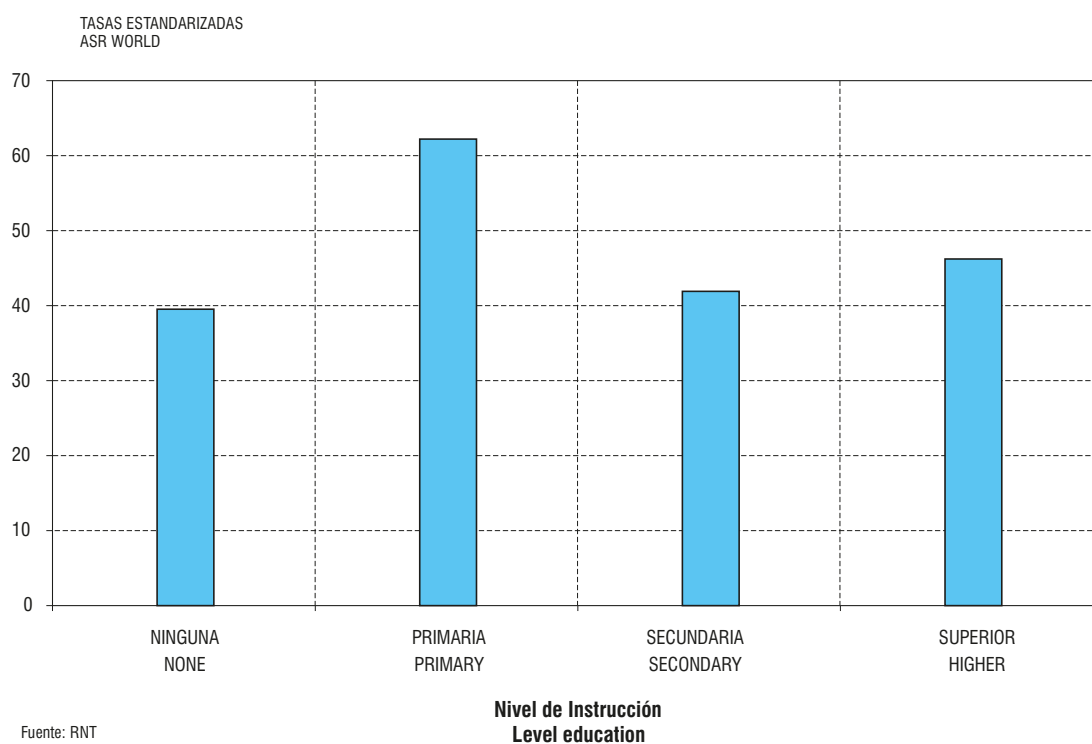


GRÁFICO / FIGURE 88

PRÓSTATA. TENDENCIA DE LA INCIDENCIA. RESIDENTES EN QUITO. 1986-2010
PROSTATE GLAND. INCIDENCE TREND. QUITO RESIDENTS. 1986-2010

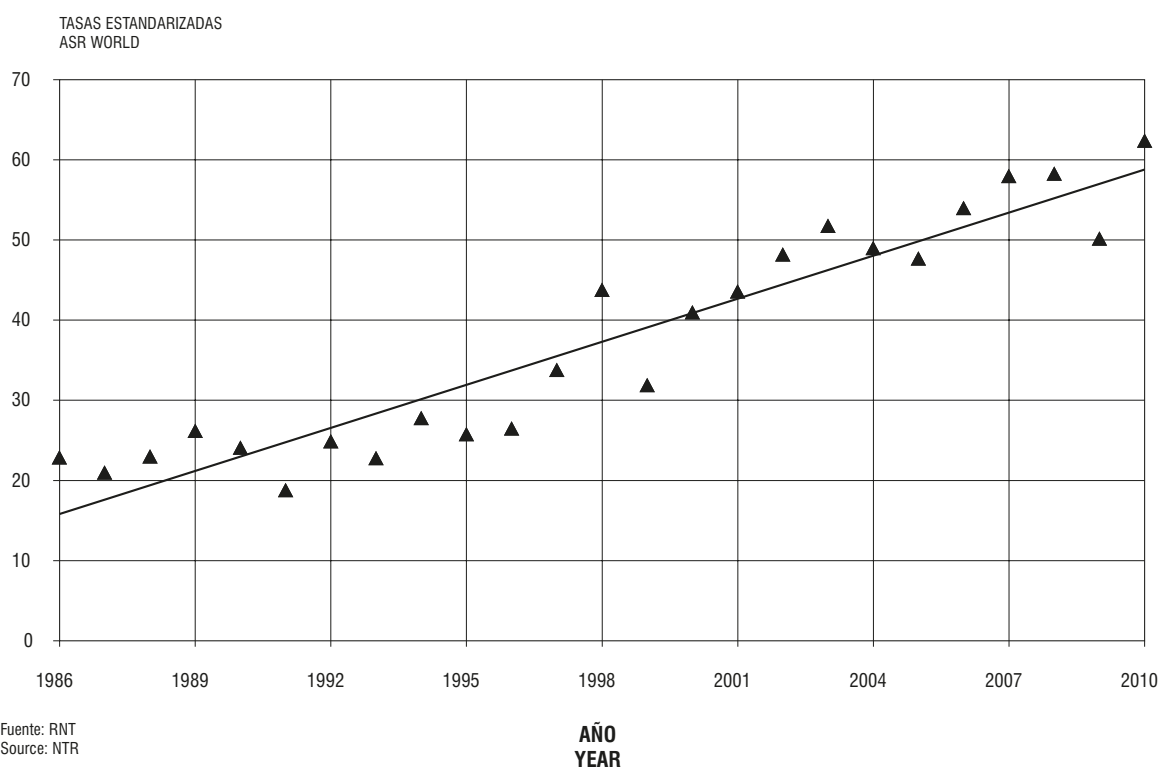




GRÁFICO / FIGURE 89

PRÓSTATA. TASAS DE INCIDENCIA POR EDAD Y PERÍODOS. RESIDENTES EN QUITO. 1991-2010
PROSTATE. INCIDENCE RATES BY AGE AND PERIODS. QUITO RESIDENTS. 1991-2010

TASAS ESTANDARIZADAS
 ASR WORLD

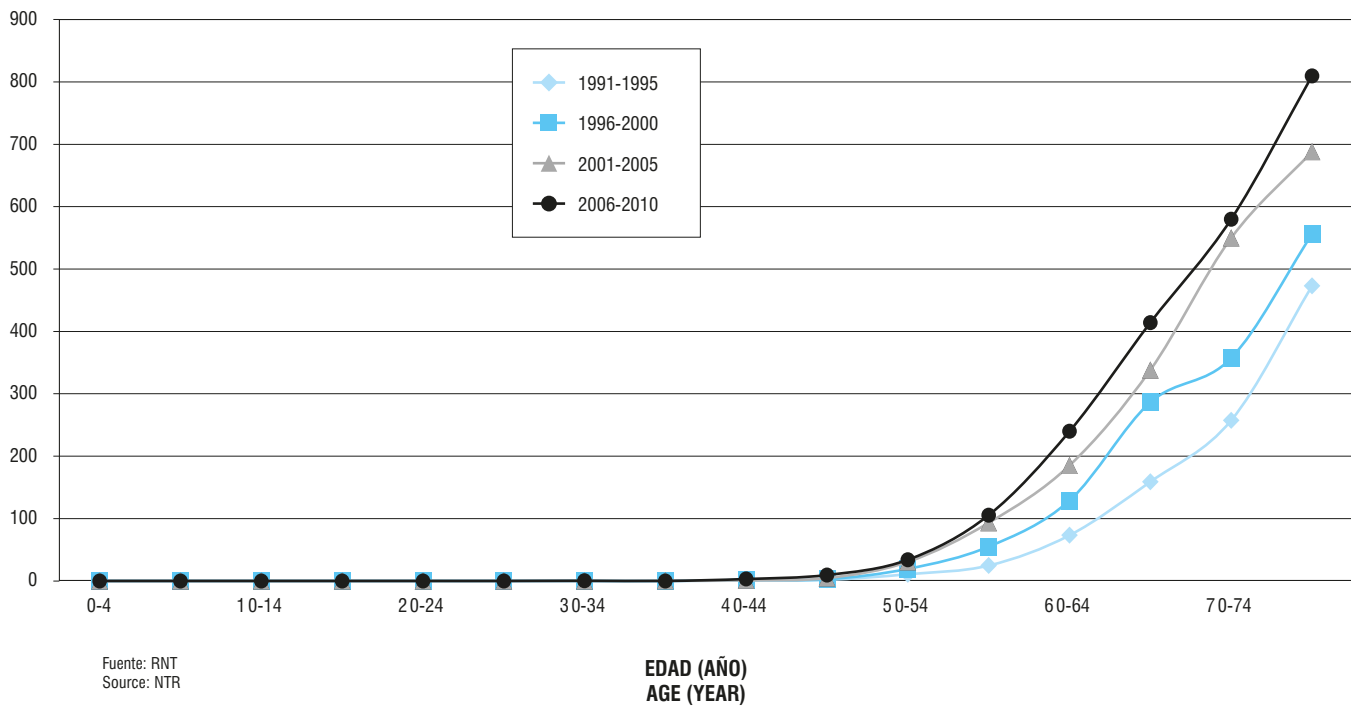


GRÁFICO / FIGURE 90

PRÓSTATA. ESTADIAJE TNM. RESIDENTES EN QUITO. 2006-2010
PROSTATE TNM STAGE. QUITO RESIDENTS. 2006-2010

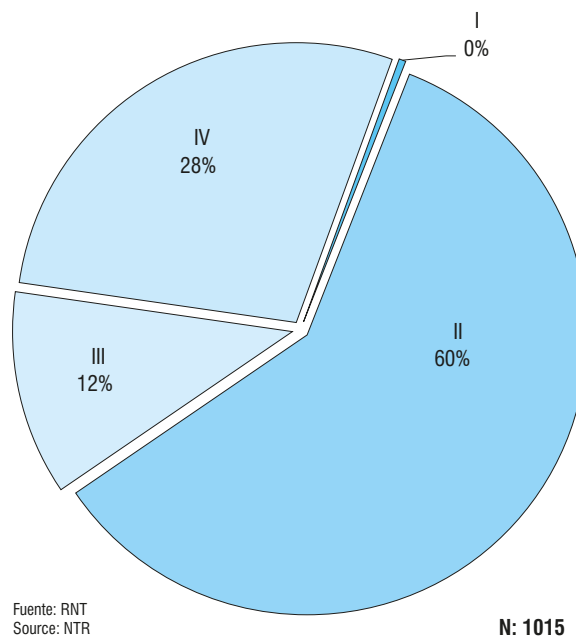
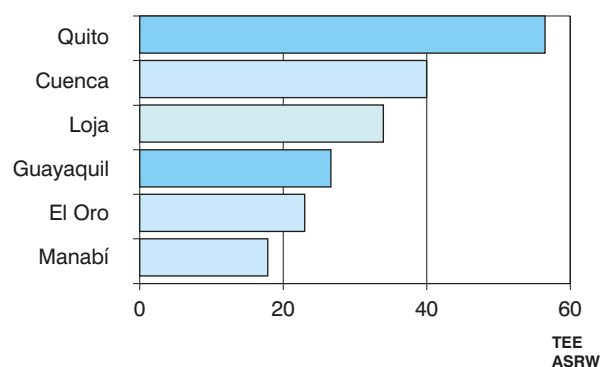
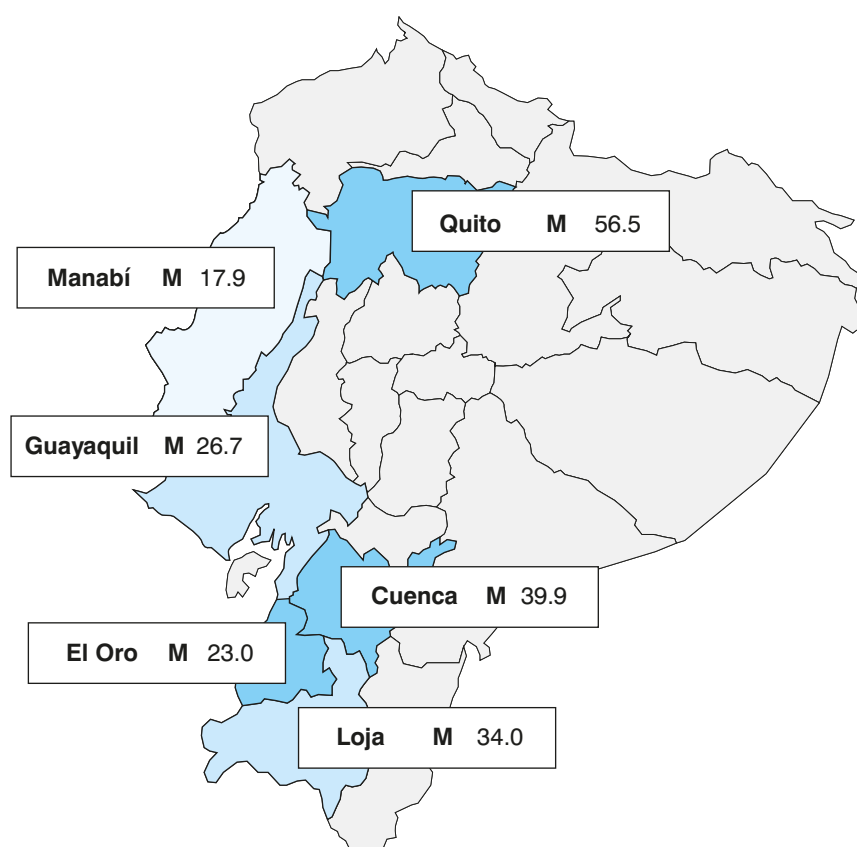
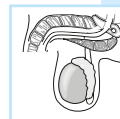




GRÁFICO / FIGURE 91

PRÓSTATA
TASAS DE INCIDENCIA ESTANDARIZADA EN REGISTROS DE CÁNCER DEL ECUADOR
PROSTATE GLAND. STANDARIZED INCIDENCE RATE IN ECUADOR CANCER REGISTRIES

HOMBRES / MALES

REGISTRO REGISTRY	No de casos Cases	Tasa cruda Crude Rate	Tasa Estandarizada A.S.R. World
Ciudad de Quito (2006-2010)	1807	47,5	56,5
Cantón Cuenca (2006-2009)	317	35,5	39,9
Ciudad de Guayaquil (2007-2008)	505	23,2	26,7
Ciudad de Loja (2006-2008)	89	33,0	34,0
Provincia del El Oro (2006-2009)	247	19,7	23,0
Provincia de Manabí (2006-2009)	450	16,7	17,9



TESTÍCULO TESTIS

Dr. Francisco Cornejo

Urólogo Oncólogo Hospital Metropolitano

Urologist Oncologist Hospital Metropolitano

El cáncer de testículo a nivel mundial representa el 1% de todas las neoplasias malignas en el varón. En Quito constituye cerca del 4%.

A pesar de su menor frecuencia es un tumor importante porque algunos de ellos son agresivos y ponen en riesgo la vida de los pacientes afectados.

Muchos tumores testiculares son diagnosticados en forma tardía debido a los pocos síntomas que producen. El más frecuente de ellos es el endurecimiento testicular. La ausencia de dolor es una característica en etapas tempranas.

En los residentes en Quito, en los 25 años de análisis de la información entre 1986 al 2010, se puede observar que la tasa de incidencia estandarizada tiene una tendencia al incremento y prácticamente se duplica entre el primero y último quinquenios, de 3 a 5,2 x 100.000 hombres.

Comparativamente nos ubicamos en un puesto intermedio entre los 70 países que presentan sus datos en el "Volumen X de Cancer Incidence in Five Continents" Si se analiza su frecuencia porcentual en el último quinquenio ocupa el séptimo lugar entre las neoplasias malignas en varones residentes en la ciudad.

Se ha relacionado al criptorquidismo como factor importante en su etiología, y especialmente si esta alteración no se ha resuelto en pacientes pre o post puberales. Estos tumores se presentan generalmente en pacientes jóvenes. En los datos obtenidos en relación a la edad en el periodo 2006- 2010 se demuestra su máximo pico entre los 30-34 años con una tasa de 14 por 100.000 en Quito.

Las tasas de incidencia por nivel de instrucción muestran una gradiente creciente hacia los estratos de mejores condiciones socioeconómicas. Globocan 2012 presenta al cáncer de testículo en el puesto 15 en la región de mayor desarrollo en tanto que en las regiones menos desarrolladas no aparece entre los quince cánceres más frecuentes.

Las tasas de mortalidad por cáncer de testículo son bajas y se mantienen estables. Su valor para el último quinquenio es de 1 x 100.000

Al comparar los datos de tasas de incidencia estandarizada en diferentes localidades del Ecuador se observa el mayor valor en Quito, en tanto que en el resto de registros las tasas son bastante similares y oscilan entre 1,1 y 2,6

Es importante recalcar que el diagnóstico ha tenido en el último quinquenio una verificación patológica del 98%. Su importancia radica en que con un excelente diagnóstico patológico la elección del tratamiento será más precisa y con mayor probabilidad de control y sobrevida. El 93 % de las variantes morfológicas corresponde a tumores de células germinales.

Testicular cancer worldwide represents 1% of all malignant neoplasms in men. In Quito is about 4%.

Despite its lower frequency is an important tumor because some of them are aggressive and can threaten the lives of patients.

Many testicular tumors have a late diagnosis, due to the few symptoms that the sickness presents. The most common symptom is the testicular hardening. The absence of pain is an early stage characteristic.

For residents of Quito, in the 25 years of analysis of data, from 1986 to 2010, it can be seen that the standardized incidence rate has a tendency to increase and almost doubled between the first 5 year and the last five year periods from 3 to 5, 2 x 100,000 men.

Comparatively we are in a middle position among the 70 countries that presented their data in the "Volume X of Cancer Incidence in Five Continents" If the percentage frequency is analyzed in the last five years, ranks seventh among malignant neoplasms in males residing in the city.

It has been linked to cryptorchidism as an important factor in its etiology, especially if this condition is not resolved in pre or pos pubertal patients. These tumors usually occur in younger patients. The data obtained in relation to age in the period 2006-2010 demonstrates its peak between 30-34 years with a rate of 14 per 100,000 in Quito.

Incidence rates by instruction level show an increasing gradient towards the top socioeconomic strata. Globocan 2012 presents the testis cancer in 15th place in the most developed region while in the less developed regions is not among the fifteen most common cancers.

Mortality rates for testis cancer are low and remain stable. The incidence for the past five years is 1 per 100,000

Comparing rates of standardized incidence data in different parts of Ecuador the highest incidence is observed in Quito, while in the remaining registries, rates are quite similar and range between 1.1 and 2.6

It is important to emphasize that the diagnosis has had in the last five years a 98% of pathological verification. Its importance lies in pathological diagnosis, because with an excellent pathological diagnosis the choice of treatment will be more accurate and with more chance to control. The 93% of the morphological variants correspond to germinal cell tumors.

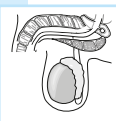


TABLA / TABLE 42

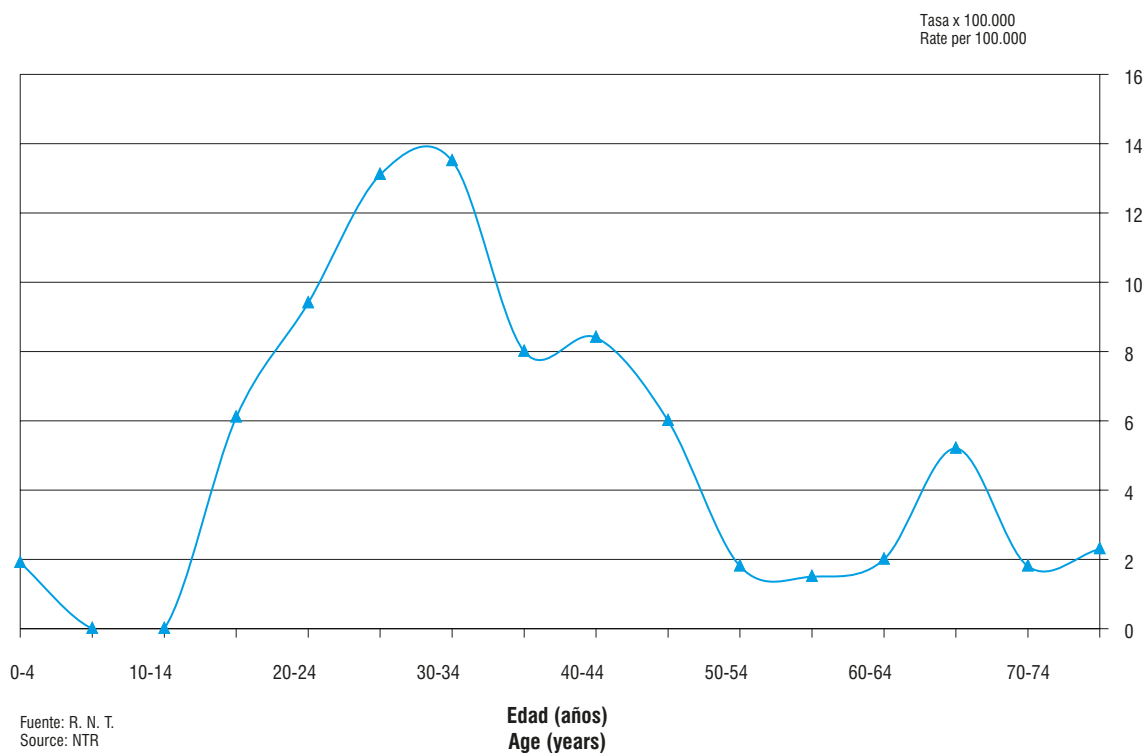
TESTÍCULO. NÚMERO DE CASOS POR EDAD Y AÑO DE DIAGNÓSTICO
TASAS CRUDAS Y ESTANDARIZADAS. RESIDENTES EN QUITO. 1986-2010
TESTIS. NUMBER OF CASES BY AGE AND DIAGNOSTIC YEAR
CRUDE AND STANDARDIZED RATES. QUITO RESIDENTS. 1986-2010



Edad	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL
00-04	-	-	-	-	3	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	-	-	-	1	-	5	1	15
05-09	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
10-14	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	3
15-19	-	1	1	1	-	-	4	1	-	3	2	3	1	4	2	1	4	3	5	6	6	-	5	8	3	65
20-24	2	4	2	2	6	5	2	2	3	3	7	7	5	1	-	7	7	7	4	7	9	8	6	8	5	121
25-29	1	2	6	2	9	2	4	7	3	1	4	6	2	4	7	4	4	8	10	16	11	12	9	9	6	152
30-34	2	2	5	2	6	6	4	6	5	4	5	2	11	5	6	4	4	7	1	7	7	7	10	9	9	137
35-39	3	1	1	3	2	4	1	9	2	3	2	4	4	3	5	5	8	4	5	2	4	4	5	4	4	94
40-44	2	-	1	1	3	-	3	3	1	1	1	5	2	3	1	3	5	3	2	2	5	3	6	2	3	63
45-49	-	-	1	1	1	2	2	-	2	2	-	1	-	1	-	1	1	3	-	4	-	3	2	2	5	34
50-54	-	-	-	-	-	-	1	2	-	-	-	1	-	-	2	1	1	-	-	-	-	2	-	2	-	13
55-59	1	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	3	-	-	-	2	1	-	1	-	-	11
60-64	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	2	-	-	1	3	-	1	1	1	-	13
65-69	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	1	2	-	6
70-74	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	6
75+	-	-	-	-	-	-	-	1	2	2	1	-	-	2	1	-	2	-	-	1	-	-	1	1	-	15
Desc. / Unk	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	2	1	-	-	-	-	5
Total / All	11	11	18	13	31	20	22	33	18	19	23	31	27	25	25	32	38	37	30	52	45	39	50	51	38	739
TCr / CrR	2,2	2,1	3,4	2,4	5,9	3,7	3,9	5,8	3,1	3,2	3,6	4,9	4,1	3,5	3,7	4,7	5,5	5,3	4,2	7	6,1	5,2	6,6	6,5	4,7	
TEE / ASRW	2,1	2	3	2,4	5,4	3,1	3,8	5,2	2,8	2,9	3	4,7	3,1	3,3	3,3	4,7	4,9	4,6	3,9	6,2	5,2	4,6	6	6	4,2	

GRÁFICO / FIGURE 92

TESTÍCULO. TASAS DE INCIDENCIA POR EDAD. RESIDENTES EN QUITO. 2006-2010
TESTIS. INCIDENCE RATES BY AGE. QUITO RESIDENTS. 2006-2010



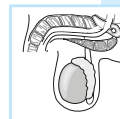


TABLA / TABLE 43

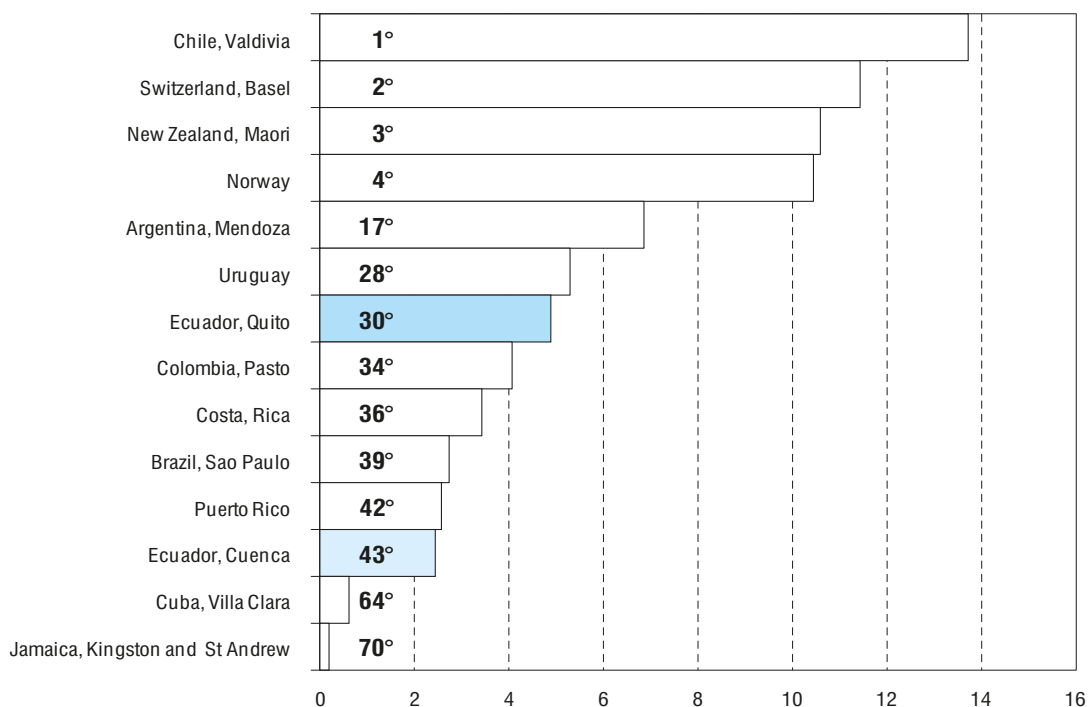
TESTÍCULO. INDICADORES PRINCIPALES POR PERÍODOS. RESIDENTES EN QUITO. 1986-2010
TESTIS. MAIN INDICATORS BY PERIODS. QUITO RESIDENTS. 1986-2010

INDICADORES / INDICATORS	1986-1990	1991-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2010
UBICACIÓN* RANK	12	11	12	8	7
FRECUENCIA RELATIVA (%)* RELATIVE FREQUENCY	3,4	3,9	3,5	3,7	3,6
PROMEDIO DE CASOS POR AÑO AVERAGE CASES PER YEAR	16	22	25	37	44
PROMEDIO DE MUERTES POR AÑO AVERAGE DEATHS PER YEAR	3	4	6	6	7
TASA DE INCIDENCIA CRUDA RATE INCIDENCE CRUDE	3,2	3,9	4	5,3	5,8
TASA DE INCIDENCIA ESTANDARIZADA A.S.R.W. INCIDENCE	3	3,6	3,5	4,9	5,2
TASA DE MORTALIDAD CRUDA RATE MORTALITY CRUDE	0,6	0,7	0,9	0,8	1
TASA DE MORTALIDAD ESTANDARIZADA A.S.R.W. MORTALITY	0,6	0,6	0,8	0,8	0,9
TASA ACUMULADA 0-74 (%) CUMULATIVE RATE 0-74	0,2	0,3	0,3	0,4	0,4
RAZÓN MORTALIDAD / INCIDENCIA (%) MORTALITY / INCIDENCE RATIO	19	17	22	14,9	16,7
% DE VERIFICACIÓN HISTOLÓGICA % OF HISTOLOGICAL VERIFICATION	91,7	85,7	92,1	95,7	97,7
% SOLO CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN % DEATH CERTIFICATE ONLY	2,4	3,6	2,4	0,5	0,9

* SIN PIEL E IN SITU / BUT SKIN AND IN SITU

GRÁFICO / FIGURE 93

TESTÍCULO. INCIDENCIAS MÁS ALTAS EN EL MUNDO Y LATINOAMÉRICA
TESTIS. HIGHEST INCIDENCE RATES IN THE WORLD AND LATINAMERICA



FUENTE/SOURCE: IARC/IACR CISC. Vol. X (2013)

NOTA: Si un país tiene varios registros, sólo se toma en cuenta la incidencia más alta. (70 países)

NOTE: If a country has many cancer registries we select only highest incidence

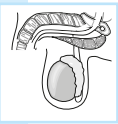


GRÁFICO / FIGURE 94

TESTÍCULO. TASAS DE INCIDENCIA POR INSTRUCCIÓN. RESIDENTES EN QUITO. 2010
TESTIS. INCIDENCE RATES BY EDUCATION LEVEL. QUITO RESIDENTS. 2010

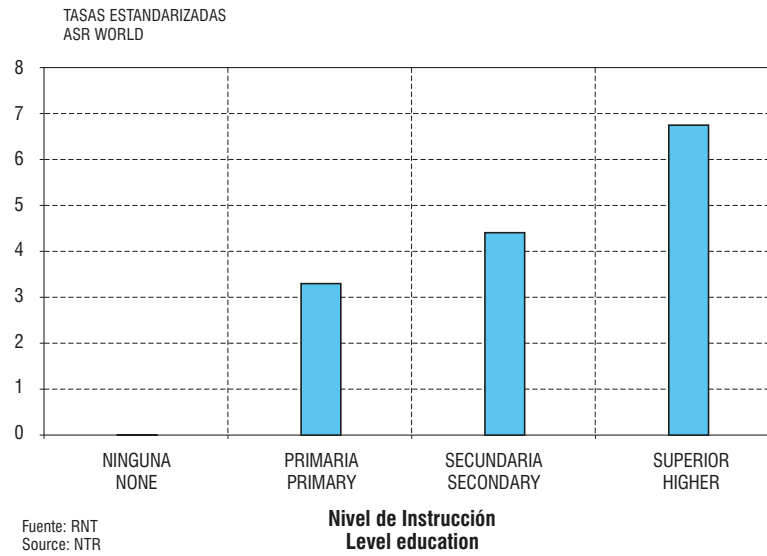


GRÁFICO / FIGURE 95

TESTÍCULO. TENDENCIA DE LA INCIDENCIA. RESIDENTES EN QUITO. 1986-2010
TESTIS. INCIDENCE TREND. QUITO RESIDENTS. 1986-2010

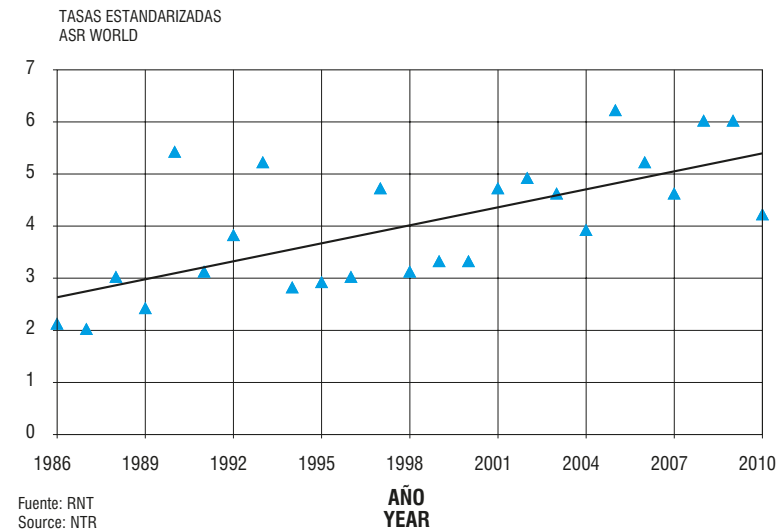
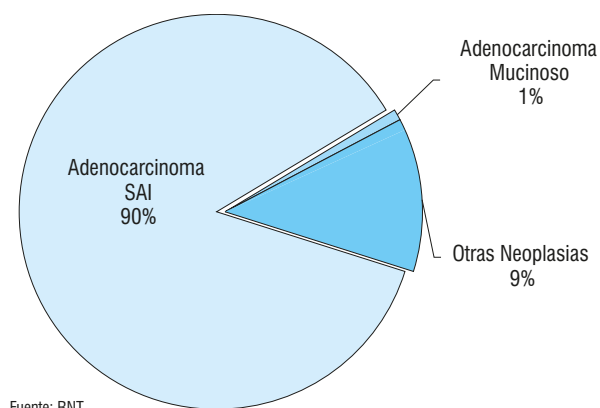


GRÁFICO / FIGURE 96

TESTÍCULO. MORFOLOGÍA. RESIDENTES EN QUITO. 2006-2010
TESTIS GLAND. MORPHOLOGY. QUITO RESIDENTS. 2006-2010



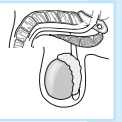
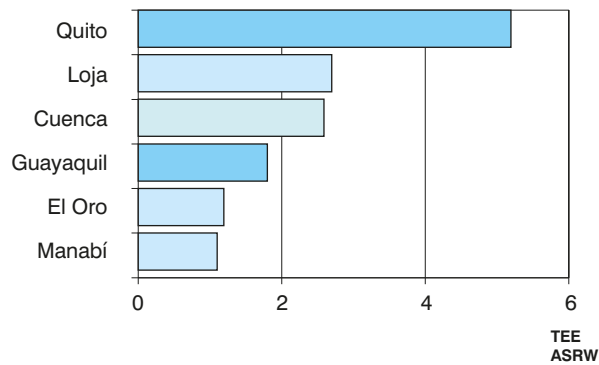
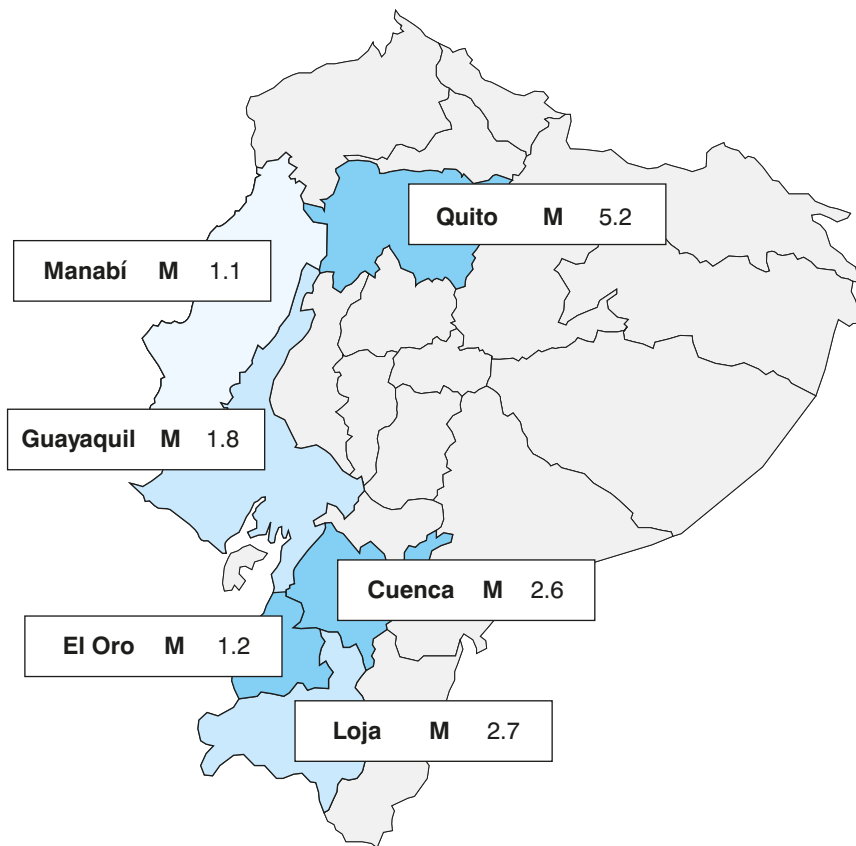


GRÁFICO / FIGURE 97

TESTÍCULO

TASAS DE INCIDENCIA ESTANDARIZADA EN REGISTROS DE CÁNCER DEL ECUADOR
TESTIS. STANDARDIZED INCIDENCE RATE IN ECUADOR CANCER REGISTRIES



HOMBRES / MALES

REGISTRO REGISTRY	No de casos Cases	Tasa cruda Crude Rate	Tasa Estandarizada A.S.R. World
Ciudad de Quito (2006-2010)	221	5,8	5,2
Cantón Cuenca (2006-2009)	23	2,6	2,6
Ciudad de Guayaquil (2007-2008)	40	1,8	1,8
Ciudad de Loja (2006-2008)	6	2,2	2,7
Provincia del El Oro (2006-2009)	14	1,1	1,2
Provincia de Manabí (2006-2009)	31	1,2	1,1



TIROIDES THYROID

Dr. Carlos Torres F.
Cirujano Oncólogo
Hospital de SOLCA. Quito

*Oncologist surgeon
SOLCA Quito Hospital*

En Quito, el cáncer de la glándula tiroides (CGT) entre 1986 y 2010 muestra cambios importantes, y de mayor magnitud en el grupo de mujeres. En ellas, en el primer quinquenio (1986-1990) con una frecuencia de 4,7 % de todos los cánceres femeninos se ubicó en el séptimo lugar y en el último quinquenio con el 13 % se encuentra en segundo lugar.

En el primer período se registró un promedio de 33 casos - año con una tasa estandarizada de 6,9. El número de casos nuevos se ha incrementado, para el 2006-2010, se han identificado 194 casos nuevos promedio - año, con incidencia estandarizada de 23,5 lo que significa que en 25 años esos valores se triplicaron.

En los varones, la incidencia también se ha incrementado, pero en una proporción mucho menor. La relación hombre/mujer es 1:10, es decir hay un varón por cada diez mujeres con CGT.

Un hecho interesante de mencionar en los varones, a pesar de la limitación del dato, es la razón mortalidad / incidencia, que oscila durante los cinco periodos entre 20 y 42,9 %, no así en las mujeres, en quienes esta razón se inicia con 20,2 y termina con 7,4 en el último quinquenio. Entre las explicaciones a este último fenómeno, podemos puntualizar: a) el crecimiento importante de casos nuevos (incidentes) y la relativa estabilidad de la mortalidad b) estadios menores en mujeres que en varones (durante el lapso 2006-2010, el 37 % de los varones, estuvo en la etapa I, en cambio, en las mujeres esto sucedió en el 50%, es decir más mujeres con mejor pronóstico).

Un informe de GLOBOCAN coloca a nuestro país en la zona de máxima advertencia, tanto por las tasas de incidencia como de mortalidad. En lo que concierne a la edad, periodo 2006-2010, hombres y mujeres, hay más casos conforme avanza la edad, más notable a partir de los 44 años.

El carcinoma papilar es el subtipo histológico más frecuente y el crecimiento fundamentalmente se realiza a expensas de este tipo histológico.

Según el reporte de la IARC - IACR "Cancer Incidence in five continents Vol IX (2007), la incidencia de CGT en mujeres residentes en Quito, entre 60 países, ocupó el 15º lugar, y en el Vol X (2013) se ubica en el octavo entre 70 países.

La literatura mundial, en lo que respecta al comportamiento epidemiológico del CGT, concuerda que existe un crecimiento sostenido durante las últimas décadas en todos los continentes, excepto África.

In Quito, the thyroid gland cancer (TGC) between 1986 and 2010 shows important changes, and of greater magnitude in women. In the first five years (1986 - 1990) with a frequency of 4.7% of all female cancers was ranked in seventh place, but in the last five years with 13% is in second place.

In the first period an average of 33 cases were recorded a year with a standardized rate of 6.9 - The number of new cases has increased, for 2006 - 2010, we have identified 194 new cases average - year, with standardized incidence of 23.5 which means that in 25 years these values have tripled.

In men, the incidence has also increased, but in a much smaller proportion. The male / female ratio is 1:10, so that there is a male for every ten women with TGC.

An interesting fact to mentioned, in males, despite the limitations of the data, the mortality / incidence ratio, over the five periods ranges between 20 and 42.9%, but not in women, in whom this ratio starts with 20.2 and ends with 7.4 in the last five years. Among the explanations for this last phenomenon, we can point out: a) the significant increase in new cases (incident) and the relative stability of mortality b) lower stagings in women than in men (during the 2006-2010 period, 37% of boys, was in stage I, while in women this happened in 50%, so more women with better prognosis).

A report from GLOBOCAN places our country in a high warning zone, because of both, incidence rates and mortality. With respect to age, period 2006 - 2010, men and women, there are more cases as age advances, most notably from 44 years of age.

Papillary carcinoma was the most common histological subtype and growth takes place mainly at the expense of this histological type.

According to the report of the IARC - IACR "Cancer Incidence in five continents Vol IX (2007), the incidence of TGC in women living in Quito, from 60 countries, took 15th place, and in Vol X (2013) is located in eighth among 70 countries.

World literature in regard to the epidemiological behavior of the TGC, agrees that there is a steady growth during the last decades on every continent except Africa.

Evident and alarming is the increase in TGC in women, both in Quito and other cities in the Andean region. Loja 20.5 and Cuenca 13 as standardized rate. The question what is the likely cause? -Must raise hypotheses. In developed countries is very clear the causal relationship "radioactive precipitation and CGT, low dose radiation therapy to the head and neck during childhood and



Evidente y alarmante es el incremento del CGT en las mujeres, tanto en Quito y en otras localidades de la región andina. Loja 20,5 y Cuenca 13 de tasa estandarizada. La pregunta ¿cuál es la causa probable? –obliga a plantearse hipótesis. En los países desarrollados es muy clara la relación causal: “precipitación radioactiva y CGT, radioterapia dosis bajas en la cabeza y cuello durante la niñez y CGT”. Los resultados de recientes estudios epidemiológicos de cohortes y casos-contróles han demostrado que tal aumento no se debe sólo al hallazgo fortuito de nódulos tiroideos debido a una mejor caracterización por métodos de imagen y citología, sino que se han hallado otros factores asociados como: uso de rayos x y otras radiaciones con finalidades médicas, trabajo en textiles, ingesta de yodo, tiroiditis autoinmune, hipotiroidismo, ingesta de té verde, consumo de agua de manantial o de pozo artesiano (nitratos), tipo de obesidad, resistencia a la insulina, talla, alteraciones del sueño, menopausia, entre otros.

CGT.” The results of recent epidemiological cohort and case-control studies have shown that this increase is not due only to the incidental finding of thyroid nodules but is also due to better characterize diagnostic imaging and cytology, but have found other associated factors such as: use of x-rays and other radiation for medical purposes, working in textiles, iodine intake, autoimmune thyroiditis, hypothyroidism, intake of green tea, consumption of spring water or artesian well (nitrates), type of obesity, insulin resistance, size, sleep disturbances, menopause, among others.

BIBLIOGRAFÍA

- Pellegriti, G., et al Worldwide Increasing Incidence of Thyroid Cancer: Update on Epidemiology and Risk Factors. *Journal of Cancer Epidemiology*;1-10, 2013.
- Xhaard, C., et al Differentiated Thyroid Carcinoma Risk Factors in French Polynesia *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15:2675-2680, 2014.
- Paunovic, I., Differentiated thyroid cancer: growth factors, oncogenes and environmental influences. *Archive of Oncology*, 11(3):171-2, 2013.
- Park, J.; et al Sonographic Detection on Thyroid Cancer in Breast Cancer Patients. *Yonsei Medical Journal*, 48 (1):63-68, 2007.
- Luo, J., et al Sleep Disturbance and Incidence of Thyroid Cancer in Postmenopausal Women The Women's Health Initiative. *American Journal of Epidemiology*; 177(1):42-49, 2013.

TABLA / TABLE 44

**GLÁNDULA TIROIDES. NÚMERO DE CASOS POR EDAD Y AÑO DE DIAGNÓSTICO
TASAS CRUDAS Y ESTANDARIZADAS. RESIDENTES EN QUITO. 1986-2010. HOMBRES**
**THYROID GLAND. NUMBER OF CASES BY AGE AND DIAGNOSTIC YEAR
CRUDE AND STANDARDIZED RATES. QUITO RESIDENTS. 1986-2010. MALES**



Edad	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL
0-4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5-9	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
10-14	-	-	1	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
15-19	-	-	-	3	-	-	-	-	-	1	-	1	1	-	-	-	-	-	1	-	2	-	1	1	-	11
20-24	-	-	-	1	-	-	3	-	-	2	-	2	-	1	-	2	1	1	-	1	-	1	3	1	-	19
25-29	-	1	1	1	1	-	1	-	-	1	1	2	-	2	-	2	-	1	1	1	3	4	-	-	5	28
30-34	-	1	2	-	-	-	1	-	1	3	-	3	1	-	2	-	-	1	4	4	-	2	2	3	3	33
35-39	1	1	-	4	-	2	-	-	2	-	-	-	1	1	-	2	2	2	2	2	1	1	4	1	3	33
40-44	1	-	-	2	-	-	1	1	-	-	1	1	-	1	-	1	-	5	-	2	1	3	2	1	4	27
45-49	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	1	1	2	-	2	1	2	5	1	2	4	6	2	8	41
50-54	1	2	-	-	-	2	-	-	-	1	-	-	-	-	2	3	1	4	2	4	3	4	5	4	5	46
55-59	2	1	2	-	-	-	1	-	1	2	-	3	-	-	1	1	1	-	1	2	3	3	3	2	5	34
60-64	1	-	1	2	-	-	4	-	1	2	-	-	2	-	-	-	2	3	1	2	2	-	3	4	4	34
65-69	1	-	2	1	-	1	-	2	3	2	-	-	-	4	-	-	3	-	-	5	1	2	1	1	-	32
70-74	-	3	-	-	-	2	-	1	1	2	2	1	-	-	1	-	1	2	1	3	-	1	-	2	1	24
75+	1	-	3	1	-	-	-	1	1	1	-	1	1	1	1	3	1	1	1	3	3	2	3	3	1	35
Desc. / Unk	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	3
Total / All	8	9	12	17	2	7	13	6	10	17	4	15	7	12	9	16	13	22	19	30	22	27	33	25	40	395
TCr / CrR	1,6	1,8	2,3	3,1	0,4	1,3	2,3	1	1,7	2,8	0,7	2,4	1,1	1,8	1,3	2,3	1,9	3,1	2,7	4,1	3	3,6	4,3	3,2	5,1	
TEE / ASRW	2,6	2,6	3,2	3,7	0,5	2	3	1,6	2,6	3,7	0,8	2,5	1,3	2,3	1,3	2,4	2,5	3,6	2,8	4,8	3,1	3,8	4,6	3,6	5,2	

TABLA / TABLE 45

**GLÁNDULA TIROIDES. NÚMERO DE CASOS POR EDAD Y AÑO DE DIAGNÓSTICO
TASAS CRUDAS Y ESTANDARIZADAS. RESIDENTES EN QUITO. 1986-2010. MUJERES**
**THYROID GLAND. NUMBER OF CASES BY AGE AND DIAGNOSTIC YEAR
CRUDE AND STANDARDIZED RATES. QUITO RESIDENTS. 1986-2010. FEMALES**



Edad	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL	
0-4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
5-9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
10-14	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	-	1	-	-	-	3	-	-	1	9	
15-19	1	1	1	-	1	-	1	1	1	1	-	-	2	-	2	1	-	-	1	2	2	-	1	-	1	20	
20-24	1	1	-	1	4	2	2	1	4	2	3	1	4	2	2	7	4	6	4	7	9	5	11	6	6	95	
25-29	3	3	4	4	5	8	6	8	4	7	4	5	10	2	4	6	4	6	10	3	11	7	10	13	16	166	
30-34	3	-	4	3	6	4	5	10	8	7	3	10	5	9	10	7	11	8	12	14	14	14	10	15	27	221	
35-39	1	2	2	3	5	5	2	6	9	3	6	9	9	12	5	7	9	4	12	23	13	16	19	20	26	229	
40-44	2	4	3	4	1	4	3	2	3	7	5	7	4	6	8	8	8	9	18	12	17	20	27	23	31	237	
45-49	3	2	3	4	2	4	3	8	2	6	3	5	8	5	5	3	13	11	8	19	19	37	35	24	41	274	
50-54	5	2	3	3	3	4	1	2	7	3	3	3	5	2	6	10	6	7	9	14	15	14	16	29	23	28	222
55-59	3	3	3	-	-	3	5	3	3	3	3	2	2	3	3	5	12	5	6	11	15	21	15	17	36	183	
60-64	2	4	3	1	1	1	-	-	2	-	5	3	4	4	3	3	9	4	11	6	10	14	12	14	22	140	
65-69	-	2	1	1	2	3	3	5	3	1	3	4	5	4	5	4	8	4	8	3	10	6	10	6	10	112	
70-74	3	2	1	4	1	3	2	-	5	3	3	1	3	1	2	2	4	5	5	11	2	6	4	4	12	90	
75+	6	2	5	3	5	5	7	3	3	7	2	4	9	2	4	10	7	5	6	10	12	8	13	10	13	161	
Desc. / Unk	1	1	1	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	4	2	2	1	-	3	19	
Total / All	34	29	34	31	37	48	40	49	54	50	43	56	67	56	65	71	96	77	116	140	150	175	197	175	273	2163	
TCr / CrR	6,1	5	5,9	5,2	6,4	8,1	6,6	7,9	8,5	7,7	6,5	8,3	9,6	8	9,1	9,7	12,8	10,2	15,1	18	19	21,9	24,1	21,2	32,6		
TEE / ASRW	7,5	6,7	7,1	6,3	6,7	9,1	7,4	8,6	9,5	8	7,6	8,7	10	8,4	9,5	9,4	13,9	10,5	15,6	17,3	18,7	22	23,8	20,7	31,4		



TABLA / TABLE 46

**GLÁNDULA TIROIDES. INDICADORES PRINCIPALES POR PERÍODOS
RESIDENTES EN QUITO. 1986-2010**
THYROID GLAND. MAIN INDICATORS BY PERIODS. QUITO RESIDENTS. 1986-2010

INDICADORES / INDICATORS	HOMBRES / MALES					MUJERES / FEMALES				
	1986-1990	1991-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2010	1986-1990	1991-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2010
UBICACIÓN* RANK	16	15	19	15	13	7	6	4	4	2
FRECUENCIA RELATIVA (%)* RELATIVE FREQUENCY	2,0	1,9	1,3	2,0	2,4	4,7	5,7	6,0	8,2	13,1
PROMEDIO DE CASOS POR AÑO AVERAGE CASES PER YEAR	10	10	9	20	29	32	48	57	99	194
PROMEDIO DE MUERTES POR AÑO AVERAGE DEATHS PER YEAR	2	4	4	4	6	7	8	6	12	14
TASA DE INCIDENCIA CRUDA RATE INCIDENCE CRUDE	1,8	1,8	1,5	2,8	3,9	5,7	7,8	8,3	13,2	23,8
TASA DE INCIDENCIA ESTANDARIZADA A.S.R.W. INCIDENCE	2,5	2,6	1,7	3,2	4,1	6,9	8,5	8,9	13,4	23,5
TASA DE MORTALIDAD CRUDA RATE MORTALITY CRUDE	0,4	0,7	0,6	0,6	0,7	1,2	1,3	0,9	1,6	1,8
TASA DE MORTALIDAD ESTANDARIZADA A.S.R.W. MORTALITY	0,8	1,1	0,9	0,7	0,8	1,6	1,5	1	1,7	1,8
TASA ACUMULADA 0-74 (%) CUMULATIVE RATE 0-74	0,3	0,3	0,2	0,4	0,4	0,7	0,9	0,9	1,4	2,3
RAZÓN HOMBRE / MUJER MALE / FEMALE RATIO	0,3/1	0,2/1	0,1/1	0,2/1	0,1/1					
RAZÓN MORTALIDAD / INCIDENCIA (%) MORTALITY / INCIDENCE RATIO	22,9	37,7	42,6	20	19	20,2	16,2	10,8	12,4	7,4
% DE VERIFICACIÓN HISTOLÓGICA % OF HISTOLOGICAL VERIFICATION	85,4	83	83	92	98,6	82,2	82,2	88,5	95,6	98,3
% SOLO CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN % DEATH CERTIFICATE ONLY	8,3	7,5	6,4	2	1,4	8,6	8,3	2,1	1,8	1

*SIN PIEL / BUT SKIN

GRÁFICO / FIGURE 98

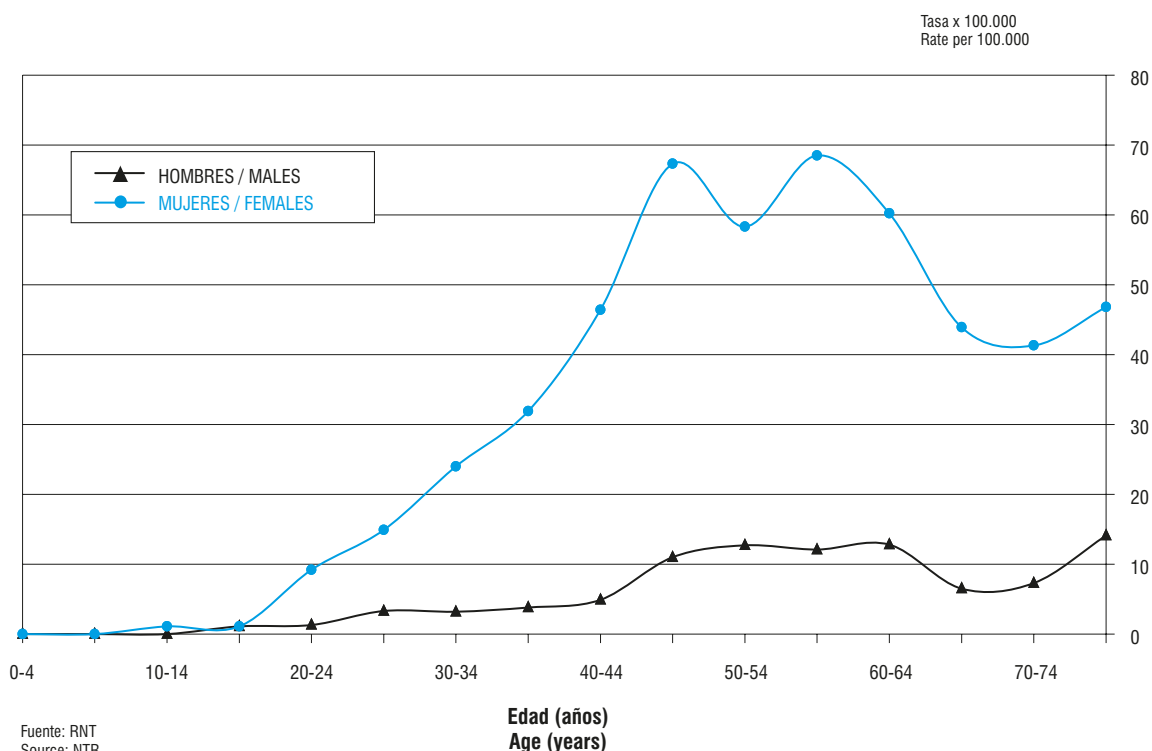
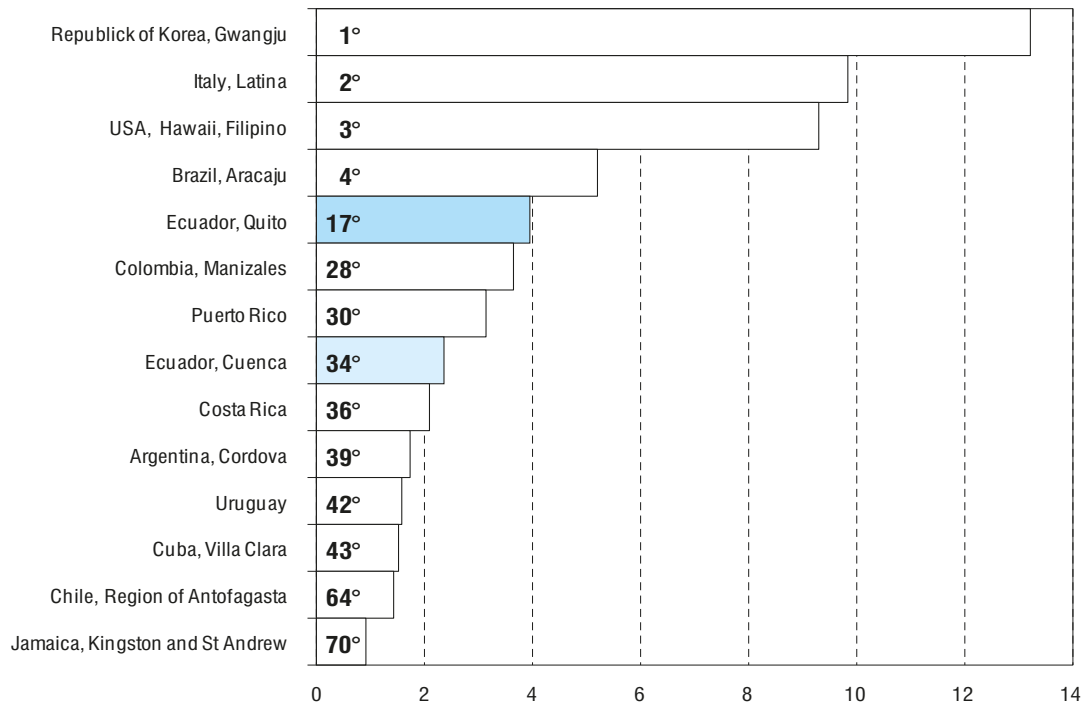
GLÁNDULA TIROIDES. TASAS DE INCIDENCIA POR EDAD Y SEXO. RESIDENTES EN QUITO. 2006-2010
THYROID GLAND. INCIDENCE RATES BY AGE AND SEX. QUITO RESIDENTS. 2006-2010




GRÁFICO / FIGURE 99

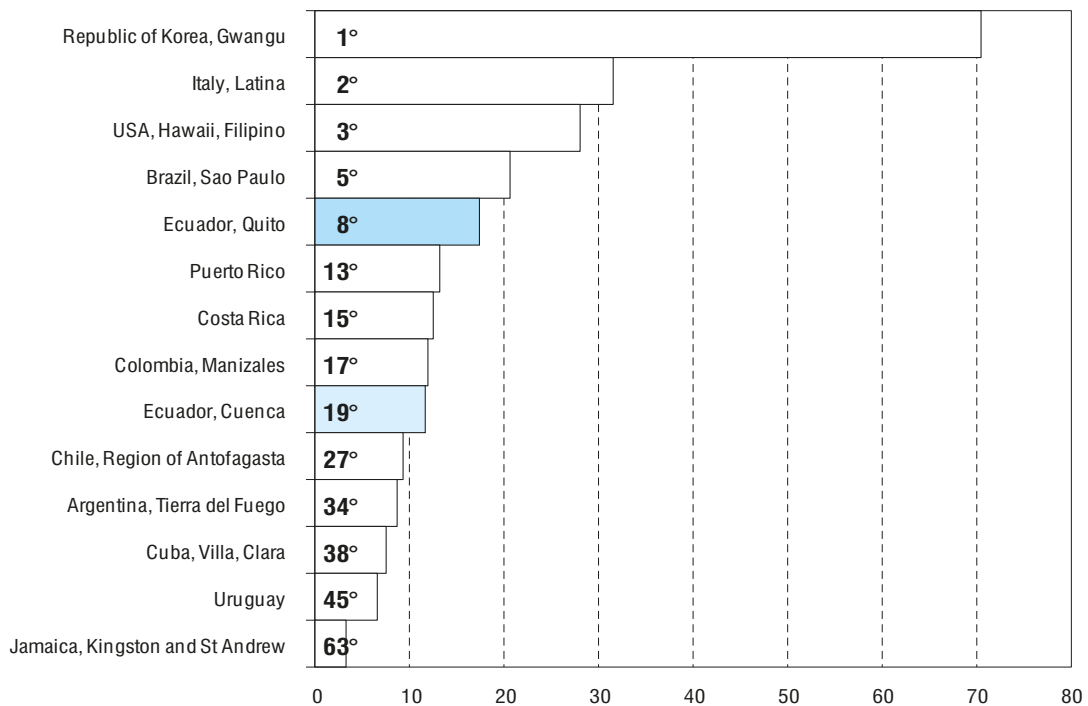
TIROIDES. INCIDENCIAS MÁS ALTAS EN EL MUNDO Y LATINOAMÉRICA. HOMBRES
THYROID GLAND. HIGHEST INCIDENCE RATES IN THE WORLD AND LATINAMERICA. MALE

FUENTE/SOURCE: IARC/IACR CI5C. Vol. X (2013)

NOTA: Si un país tiene varios registros, sólo se toma en cuenta la incidencia más alta. (70 países)

NOTE: If a country has many cancer registries we select only highest incidence

GRÁFICO / FIGURE 100

TIROIDES. INCIDENCIAS MÁS ALTAS EN EL MUNDO Y LATINOAMÉRICA. MUJERES
THYROID GLAND. HIGHEST INCIDENCE RATES IN THE WORLD AND LATINAMERICA. FEMALE

FUENTE/SOURCE: IARC/IACR CI5C. Vol. X (2013)

NOTA: Si un país tiene varios registros, sólo se toma en cuenta la incidencia más alta. (70 países)

NOTE: If a country has many cancer registries we select only highest incidence



GRÁFICO / FIGURE 101

TIROIDES. TENDENCIA DE LA INCIDENCIA POR SEXO. RESIDENTES EN QUITO. 1986-2010
THYROID GLAND. INCIDENCE TREND BY SEX. QUITO RESIDENTS. 1986-2010

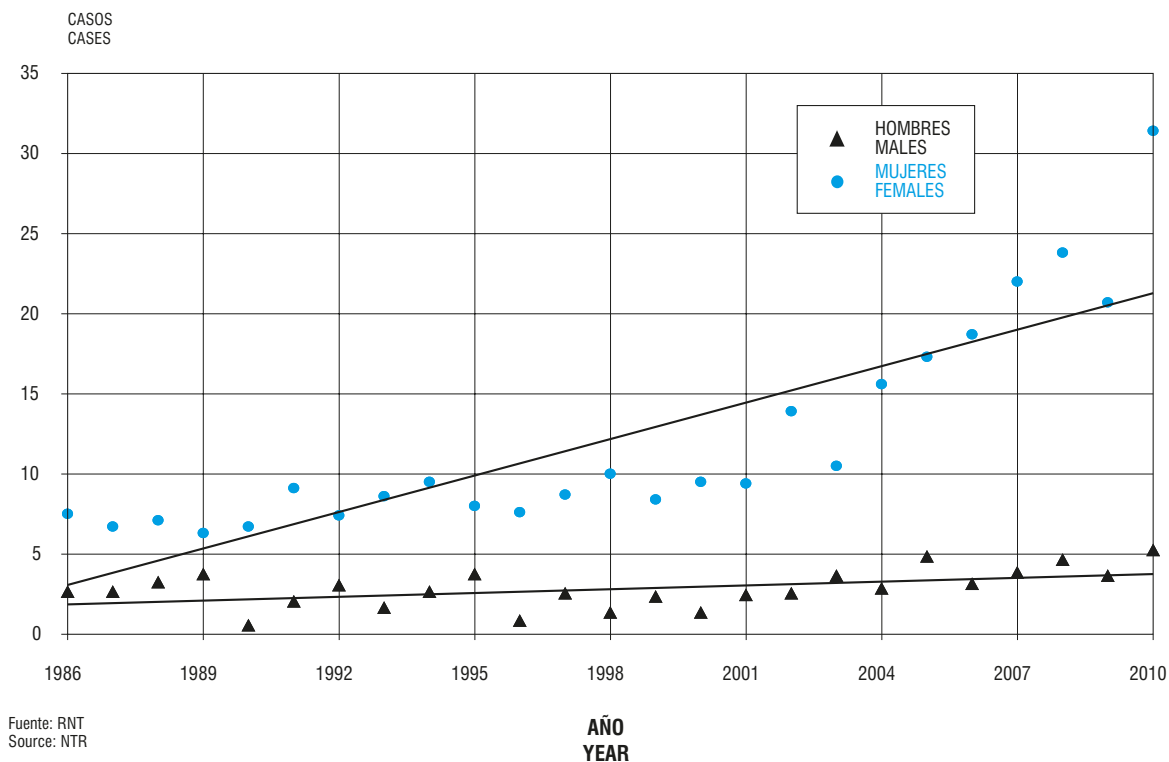


GRÁFICO / FIGURE 102

GLÁNDULA TIROIDES. MORFOLOGÍA. RESIDENTES EN QUITO. 2006-2010
THYROID GLAND. MORPHOLOGY. QUITO RESIDENTS. 2006-2010

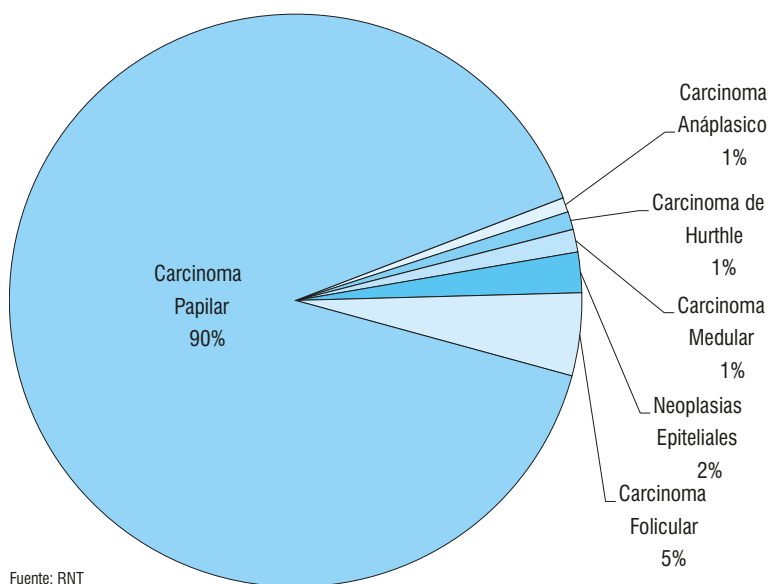




GRÁFICO / FIGURE 103

TIROIDES. ESTADIAJE TNM. RESIDENTES EN QUITO. 2006-2010. HOMBRES
THYROID GLAND TNM. QUITO RESIDENTS. 2006-2010. MALES

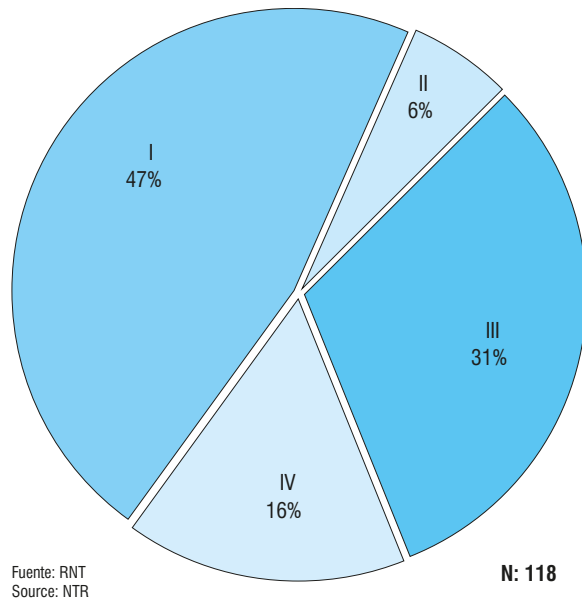


GRÁFICO / FIGURE 104

TIROIDES. ESTADIAJE TNM. RESIDENTES EN QUITO. 2006-2010. MUJERES
THYROID GLAND TNM. QUITO RESIDENTS. 2006-2010. FEMALES

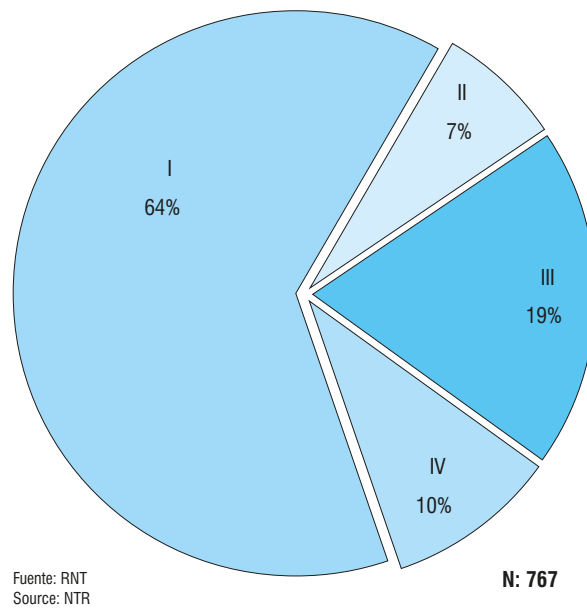
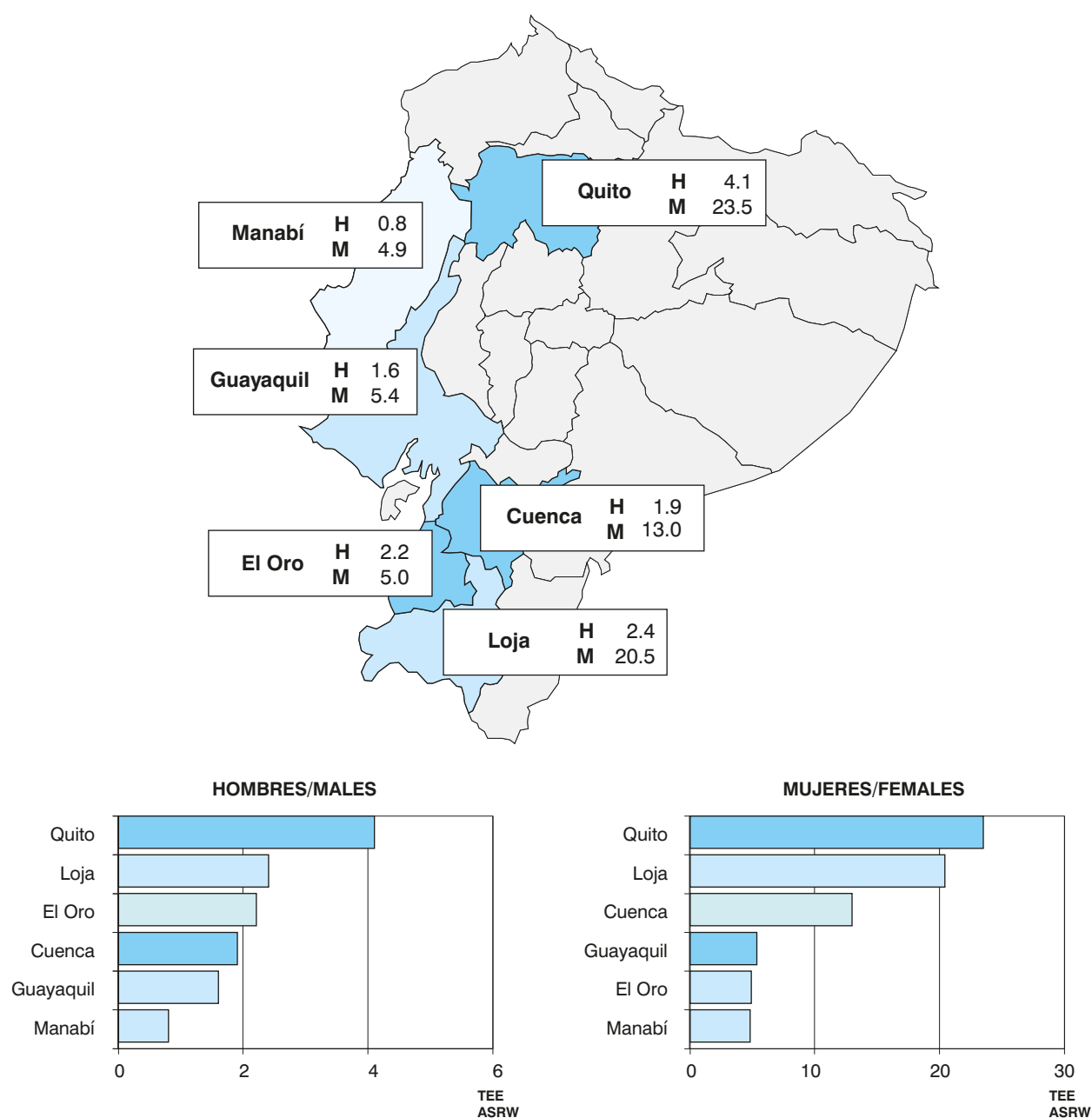




GRÁFICO / FIGURE 105

TIROIDES
TASAS DE INCIDENCIA ESTANDARIZADA EN REGISTROS DE CÁNCER DEL ECUADOR
THYROID. STANDARIZED INCIDENCE RATE IN ECUADOR CANCER REGISTRIES


REGISTRO REGISTRY	HOMBRES / MALES			MUJERES / FEMALES		
	No de casos Cases	Tasa cruda Crude Rate	Tasa Estandarizada A.S.R. World	No de casos Cases	Tasa cruda Crude Rate	Tasa Estandarizada A.S.R. World
Ciudad de Quito (2006-2010)	147	3,9	4,1	968	23,8	23,5
Cantón Cuenca (2006-2009)	17	1,9	1,9	123	12,2	13
Ciudad de Guayaquil (2007-2008)	34	1,5	1,6	111	4,8	5,4
Ciudad de Loja (2006-2008)	6	2,2	2,4	55	18,8	20,5
Provincia del El Oro (2006-2009)	25	2	2,2	55	4,6	5
Provincia de Manabí (2006-2009)	20	0,7	0,8	114	4,4	4,9



LINFOMA LYMPHOMA

Dr. Fernando Checa

Oncólogo clínico Hospital de los Valles

Medical Oncologist. De los Valles Hospital

Los Linfomas son neoplasias del Sistema Linfoide que comprenden los vasos linfáticos, médula ósea, ganglios linfáticos, bazo, amígdalas, timo, placas de Peyer y Linfa, pero pueden afectar en realidad cualquier órgano.

La clasificación de las Neoplasias Linfoides es compleja pues toma en cuenta combinaciones de características genéticas, inmunológicas y morfológicas, conjuntamente con las manifestaciones clínicas. Según la estirpe celular se reconocen 3 familias: los linfomas de células B, los linfomas de células T y los linfomas NK. La clasificación de la OMS reconoce dos grupos, el Linfoma de Hodgkin y los Linfomas No Hodgkin.

Los Linfomas No-Hodgkin agrupan a más de 12 subgrupos en la familia de células B y a más de 14 subgrupos en la familia de células T y NK. Esta clasificación es muy importante pues existen diferencias clínicas de presentación y agresividad (indolentes, intermedios y agresivos). En cada uno de estos grupos hay linfomas de la familia B, T y NK.

Entre factores de riesgo podemos anotar el aumento de incidencia con la edad. Claramente la incidencia de Linfomas No Hodgkin se incrementa a partir de los 50 años, pues aumenta aproximadamente de 25 x 100.000 a los 50 años a 75 x 1'000.000 a los 70 años.

La incidencia es ligeramente mayor en hombres 15 x 100.000, con relación a 12,9 en mujeres (1986-2010).

Los linfomas se asocian con trastornos inmunológicos como enfermedades autoinmunes, enfermedades hereditarias del sistema inmunitario, pacientes que toman medicación inmunosupresora y han sufrido o sufren infecciones por ciertos virus con el de SIDA, virus de Epstein Barr, virus linfotrófico T humano (HTLV-1). Igualmente se ven afectadas personas con exposición intensa a toxinas ambientales como fertilizantes, plaguicidas, solventes.

El Linfoma de Hodgkin es una Neoplasia poco común, presentándose en nuestro medio en el 8% de todos los linfomas (un caso por cada 10, de Linfoma No-Hodgkin). El Linfoma de Hodgkin tiende a presentarse con mayor frecuencia entre los 20 y 40 años y luego de los 60 años. Este doble pico de presentación es más notorio entre los hombres.

En nuestro medio se registra un 82% que corresponden a los Linfomas No Hodgkin y de entre éstos, los más frecuentes son los Linfomas Difusos que alcanzan el 49%, seguidos de casos que no están especificados o pertenecen a variedades poco comunes que llegan a un 24%, luego tenemos un 10% de linfomas de células T y los Linfomas Nodulares con un 8% de casos. Llama la atención el número reducido de casos de Linfomas nodulares que en algunas series internacionales llegan al 22%.

Lymphomas are cancers of the lymphoid system comprising the lymphatic vessels, bone marrow, lymph nodes, spleen, tonsils, thymus, Peyer's patches and lymph, but actually can affect any organ.

Classification of Lymphoid Neoplasms is complex because it takes into account combinations of genetic, immunological and morphological characteristics, together with the clinical manifestations. According to cellular characteristics there are 3 different lymphoma families, Type B-cell lymphomas, type T cell lymphomas and NK lymphomas. The WHO classification recognizes two groups, Hodgkin lymphoma and non-Hodgkin lymphomas.

Non-Hodgkin Lymphomas grouped more than 12 subgroups in the family of B cells and over 14 subgroups in the family of T and NK cells. This classification is important because there are differences in clinical presentation and aggressiveness (indolent, intermediate and aggressive). In each of these groups there are lymphomas of B, T and NK families.

Among risk factors we can note the increase in incidence with age. Clearly the incidence of non-Hodgkin lymphoma increases after age 50, it increases from about 25 x 100000 at age 50 to 75 x 1000000 at age 70.

The incidence is slightly higher in men 15 x 100000, compared to 12.9 in women (1986-2010).

Lymphomas are associated with immunological disorders such as human autoimmune diseases, immune hereditary disease conditions, patients taking immunosuppressive medication and have suffered or suffer certain virus infections with AIDS, Epstein Barr virus, Human T lymphotropic virus (HTLV-1). Also affects people with intense exposure to environmental toxins such as fertilizers, pesticides, solvents.

Hodgkin lymphoma is a rare neoplasm, occurring in our registry in 8% of all lymphomas (one case per 10 of Non-Hodgkin Lymphoma). Hodgkin lymphoma tends to occur most often between 20 and 40 years and then after the 60 years. This double peak of presentation is more marked among men.

The remaining 82% correspond to the non-Hodgkin lymphomas and among these the most common is Diffuse Lymphomas, reaching 49%, followed by cases that are not specified or are very unusual type of lymphomas reaching 24%, then we have 10% of T cell lymphomas and Nodular or Follicular lymphomas with 8% of cases. It is interesting to note the small number of cases of nodular lymphomas, since in some international series are around 22%.



Los Linfomas como grupo global muestran que la tasa de incidencia estandarizada se ha ido incrementando paulatinamente de 9,4 a 13,1 en hombres y de 6,6 a 11,1 en mujeres. Se debe observar que esta tendencia se debe exclusivamente al incremento de casos de Linfoma No Hodgkin pues el número de casos de Linfoma de Hodgkin definitivamente se ha hecho menor.

Una breve visión de la distribución de la incidencia en nuestro país, muestra que existen áreas mucho más afectadas como Quito y Loja y otras más bajas como Manabí, Cuenca y El Oro. Esta diferencia en incidencia hace que a nivel mundial el área de Quito se encuentre en puesto 14 y Cuenca esté en el puesto Número 43. Quito por lo tanto estaría como una de las áreas de mayor frecuencia en Latino-América

En decisiones de tratamiento un aspecto importante es conocer el estadio clínico del linfoma, en otras palabras, conocer si es una enfermedad local, regional o diseminada, pues esto tiene implicaciones pronósticas y de tratamiento. El encontrar un alto porcentaje de estadios desconocidos en hombres y mujeres (40% y 41%, respectivamente) nos indica que los estudios de evaluación deben ser mejorados para caracterizar adecuadamente los estadios y proponer el tratamiento adecuado. Cuando consideramos solamente a los que tienen este dato, los estadios I, II, III y IV se reparte en un 25% aproximadamente cada uno.

Como es de esperarse los órganos más afectados son los que pertenecen al sistema linfático especialmente los ganglios con un 64%, el estómago 9% (seguramente por la presencia endémica del *Helicobacter Pylori*), Piel 8% y otros órganos con porcentajes más bajos.

Los avances terapéuticos recientes con la introducción de anticuerpos monoclonales a la quimioterapia estándar, han cambiado el pronóstico y han hecho que muchos linfomas sean curables y se logren largos periodos de sobrevida sin enfermedad, con buena calidad de vida, razón importante para hacer un diagnóstico correcto y temprano.

As a unique entity the Lymphomas have shown that the standardized incidence rate has increased steadily from 9.4 to 13.1 in men and from 6.6 to 11.1 in women. Note that this trend is due exclusively to the increase in cases of non-Hodgkin lymphoma as the number of cases of Hodgkin's lymphoma has definitely become lower.

A brief overview of the incidence distribution in our country, shows that there are much more affected areas such as Quito and Loja and others with lower incidence as Manabí, Cuenca and El Oro. These differences in incidence makes that Quito area is in 14th place and Cuenca is number 43 worldwide. Hence Quito would be one of the most common areas for lymphomas in Latin America

In treatment decisions is very important to know the clinical stage of lymphoma, in other words to know if it is a local, regional or disseminated disease, as this has prognostic and treatment implications. Finding, in our registry, a high percentage of unknown stage in men and women (40% and 41%, respectively) indicates that evaluation studies should be improved to adequately characterize the stages and propose appropriate treatments. When considering only cases with this data. Stages I, II, III and IV is shared by about 25%.

As expected the most affected organs are those in the lymph lymphatic system especially the lymph nodes with 64%, then comes the stomach with 9% (probably due to the endemic presence of *Helicobacter Pylori*), then 8% are from skin and other organs with lower percentages.

Recent therapeutic advances with the introduction of monoclonal antibodies to standard chemotherapy have changed the prognosis and have made many lymphomas curable or have a long period of disease-free survival and this has been achieved with good quality of life, an important reason for making a correct diagnosis at the earliest possible stage.



TABLA / TABLE 47

LINFOMAS. NÚMERO DE CASOS POR EDAD Y AÑO DE DIAGNÓSTICO
TASAS CRUDAS Y ESTANDARIZADAS. RESIDENTES EN QUITO. 1986-2010. HOMBRES
LYMPHOMA. NUMBER OF CASES BY AGE AND DIAGNOSTIC YEAR
CRUDE AND STANDARDIZED RATES. QUITO RESIDENTS. 1986-2010. MALES



Edad	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL
0-4	3	-	-	1	-	1	1	3	1	1	1	-	2	2	1	1	5	2	-	1	2	2	1	1	3	35
5-9	2	2	2	4	2	2	1	-	1	2	4	2	-	-	3	4	4	1	-	2	3	2	1	1	3	48
10-14	3	1	2	3	2	-	1	-	-	-	2	1	2	3	1	1	-	1	2	1	1	6	1	-	2	36
15-19	3	1	-	1	3	-	2	3	-	3	-	1	5	2	7	2	4	3	-	3	-	5	1	4	1	54
20-24	1	2	3	1	2	4	3	1	1	4	-	4	2	3	3	2	-	4	4	1	3	3	2	2	1	56
25-29	5	-	3	2	-	3	2	3	-	1	7	3	1	2	4	1	1	3	1	1	1	3	2	2	4	55
30-34	4	7	4	4	1	-	3	5	3	-	5	6	3	4	4	1	4	4	3	9	5	5	3	7	4	98
35-39	2	-	2	2	2	-	2	1	-	6	5	1	4	2	3	3	6	6	6	4	3	5	3	4	4	76
40-44	2	4	7	2	1	3	5	4	2	4	7	2	3	4	2	1	2	4	7	4	3	3	2	7	3	88
45-49	1	3	4	5	1	3	3	1	4	2	6	1	3	2	7	4	4	7	11	4	4	4	1	4	5	94
50-54	4	3	5	2	1	-	3	4	3	7	6	3	3	5	4	3	2	6	7	6	6	9	6	9	15	122
55-59	1	4	2	1	1	1	5	4	4	5	5	2	7	3	-	4	3	4	7	9	10	9	10	5	9	115
60-64	1	3	-	5	4	-	3	5	2	4	5	6	4	2	3	3	6	6	8	5	9	7	11	15	11	128
65-69	4	1	2	2	3	4	3	3	4	4	4	3	7	7	5	5	4	9	7	7	8	7	3	6	12	124
70-74	2	1	3	3	1	-	2	2	4	5	3	7	6	5	4	7	7	2	11	7	8	7	9	15	12	133
75+	4	2	3	7	1	2	5	5	7	4	10	11	10	15	12	13	9	11	11	15	8	18	14	13	14	224
Desc. / Unk	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	2	-	1	3	-	-	-	-	1	11
Total / All	42	35	42	45	26	23	44	44	36	52	70	53	63	62	63	55	63	73	86	82	74	95	70	95	104	1497
TCr / CrR	8,4	6,9	7,9	8,2	8,4	4,2	7,8	7,7	6,2	8,7	11,4	8,5	9,8	9,5	9,4	8	9,1	10,3	12	11,3	10,1	12,6	9,2	12,3	13,3	
TEE / ASRW	10,5	8,8	10,1	11	11,6	5,3	10,4	10,2	8,6	11,4	13,9	10,2	12,1	10,8	10,4	9,4	10,2	11,9	14,1	12,1	11,9	13,8	10,4	14,1	15	

TABLA / TABLE 48

LINFOMAS. NÚMERO DE CASOS POR EDAD Y AÑO DE DIAGNÓSTICO
TASAS CRUDAS Y ESTANDARIZADAS. RESIDENTES EN QUITO. 1986-2010. MUJERES
LYMPHOMA. NUMBER OF CASES BY AGE AND DIAGNOSTIC YEAR
CRUDE AND STANDARDIZED RATES. QUITO RESIDENTS. 1986-2010. FEMALES



Edad	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL
0-4	3	-	-	-	1	-	-	1	1	-	2	1	1	3	-	3	1	1	-	-	3	1	-	3	1	26
5-9	1	1	1	2	-	2	1	1	-	3	2	-	-	-	-	3	-	1	2	1	1	1	1	-	1	25
10-14	2	1	1	1	2	-	-	1	2	2	2	-	-	-	-	2	5	-	1	1	1	-	-	2	-	26
15-19	3	-	1	1	1	2	-	-	1	1	1	-	2	1	6	2	2	2	3	2	-	5	1	4	2	43
20-24	-	2	1	-	-	1	2	3	2	3	1	-	3	-	1	1	1	3	6	-	2	-	1	3	2	38
25-29	-	5	2	2	1	4	1	1	2	4	1	3	3	2	3	2	1	2	2	4	2	1	2	7	2	59
30-34	2	1	2	6	3	1	1	-	2	3	-	1	2	4	2	2	3	3	1	1	2	3	4	2	4	55
35-39	2	3	1	3	2	-	5	-	-	7	5	4	-	3	3	7	2	2	-	4	4	7	3	6	1	74
40-44	1	2	1	-	3	2	6	3	3	7	3	4	1	5	3	2	4	3	1	-	6	5	5	6	3	79
45-49	7	1	1	-	2	3	2	7	2	1	2	4	5	1	2	4	7	9	2	10	4	8	5	5	14	105
50-54	2	1	3	3	2	1	2	2	2	1	2	3	6	5	5	7	7	2	7	7	5	9	6	9	10	109
55-59	1	2	4	1	1	5	5	2	4	4	3	7	3	7	2	2	6	6	5	8	6	3	8	6	11	112
60-64	2	2	2	2	2	2	3	9	3	-	6	8	3	4	7	-	10	7	9	6	8	3	12	10	9	129
65-69	5	1	2	2	2	4	2	1	4	3	2	5	8	5	6	3	6	6	7	6	7	8	7	9	9	120
70-74	2	3	1	2	5	4	6	5	6	3	2	3	6	6	1	9	7	7	7	6	5	5	7	13	17	138
75+	2	5	5	2	2	5	5	5	6	4	12	14	10	10	11	7	10	12	13	20	15	18	26	18	21	258
Desc. / Unk	-	3	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2	-	-	-	-	8
Total / All	35	33	28	27	29	36	41	41	41	46	46	57	53	56	52	56	69	66	67	77	73	77	88	103	107	1404
TCr / CrR	6,5	5,9	4,9	4,5	5	6,1	6,7	6,6	6,4	7,1	6,9	8,4	7,7	7,9	7,3	7,7	9,3	8,8	8,7	9,9	9,3	9,6	10,9	12,5	12,8	
T.E.E. / A.S.R.W.	8,9	6,3	6,2	5,3	6,6	8	8,6	9	7,9	7,4	7,9	10,1	9	9,1	7,9	8	10,6	9,5	9,3	10	9,4	9,5	10,7	12,7	12,9	



TABLA / TABLE 49

**LINFOMAS. INDICADORES PRINCIPALES POR PERÍODOS
RESIDENTES EN QUITO. 1986-2010**
LYMPHOMA. MAIN INDICATORS BY PERIODS. QUITO RESIDENTS. 1986-2010

INDICADORES / INDICATORS	HOMBRES / MALES					MUJERES / FEMALES				
	1986-1990	1991-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2010	1986-1990	1991-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2010
UBICACIÓN RANK	4	3	3	3	3	8	7	5	5	5
FRECUENCIA RELATIVA (%) RELATIVE FREQUENCY	7,7	7	8,4	7,1	7,2	4,4	4,9	5,5	5,5	6,0
PROMEDIO DE CASOS POR AÑO AVERAGE CASES PER YEAR	38	40	62	72	88	30	41	53	67	90
PROMEDIO DE MUERTES POR AÑO AVERAGE DEATHS PER YEAR	11	13	29	35	43	8	12	24	33	40
TASA DE INCIDENCIA CRUDA RATE INCIDENCE CRUDE	7,3	7,0	9,7	10,2	11,5	5,3	6,6	7,7	8,8	11,1
TASA DE INCIDENCIA ESTANDARIZADA A.S.R.W. INCIDENCE	9,4	9,3	11,4	11,6	13,1	6,6	8,1	8,8	9,5	11,1
TASA DE MORTALIDAD CRUDA RATE MORTALITY CRUDE	2,0	2,3	4,6	5,0	5,7	1,4	1,9	3,4	4,3	4,9
TASA DE MORTALIDAD ESTANDARIZADA A.S.R.W. MORTALITY	2,6	3,3	5,4	5,8	6,4	1,9	2,5	3,9	4,7	4,9
TASA ACUMULADA 0-74 (%) CUMULATIVE RATE 0-74	1,0	1,0	1,2	1,2	1,5	0,7	0,9	1,0	1,1	1,2
RAZÓN HOMBRE/ MUJER MALE / FEMALE RATIO	1,3/1	1,0/1	1,2/1	1,1/1	1,0/1					
RAZÓN MORTALIDAD / INCIDENCIA (%) MORTALITY / INCIDENCE RATIO	28,0	33,2	46,8	48,9	49,4	26,3	28,8	45,2	48,8	44,9
% DE VERIFICACIÓN HISTOLÓGICA % OF HISTOLOGICAL VERIFICATION	89,9	95,0	93,2	98,6	98,3	93,4	86,8	97,3	97,9	98,3
% SOLO CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN % DEATH CERTIFICATE ONLY	0,0	0,0	0,0	0,6	0,7	0,0	0,0	0,0	0,6	1,3

GRÁFICO / FIGURE 106

LINFOMAS. TASAS DE INCIDENCIA POR INSTRUCCIÓN Y SEXO. RESIDENTES EN QUITO. 2010
LYMPHOMA. INCIDENCE RATES BY EDUCATION LEVEL AND SEX. QUITO RESIDENTS. 2010

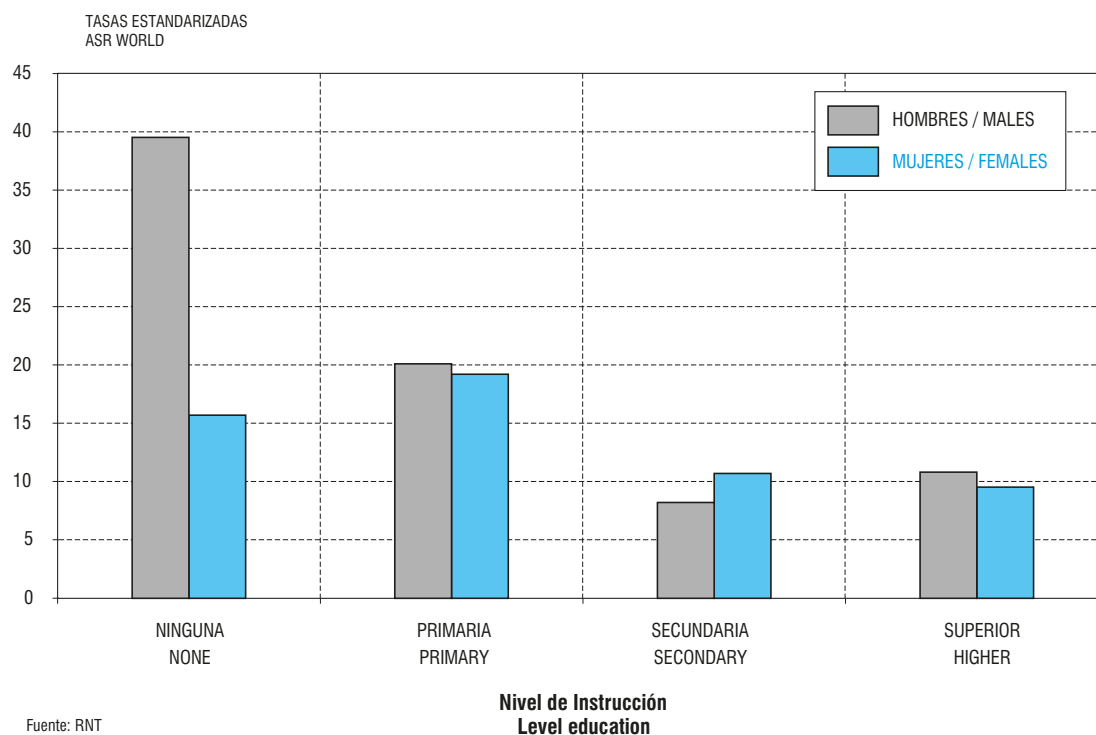




GRÁFICO / FIGURE 107

LINFOMA. MORFOLOGÍA. RESIDENTES EN QUITO. 2006-2010
LYMPHOMAS. MORPHOLOGY. QUITO RESIDENTS. 2006-2010

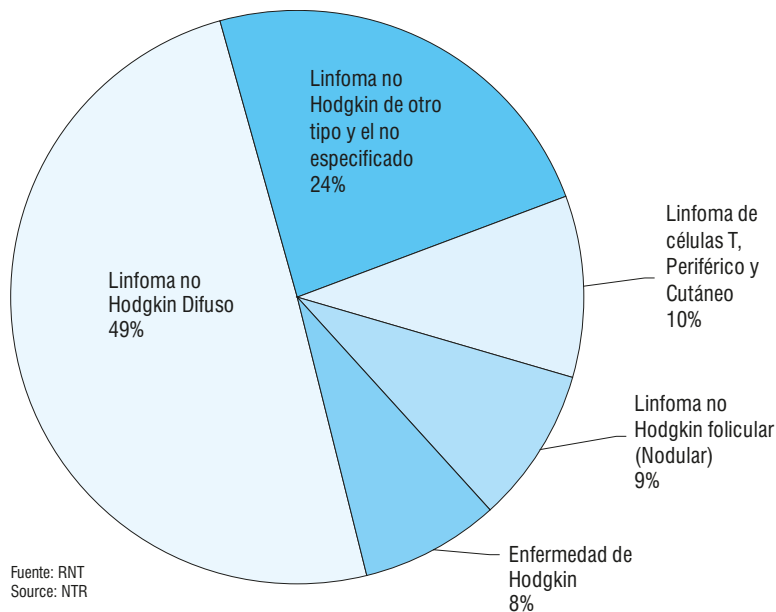
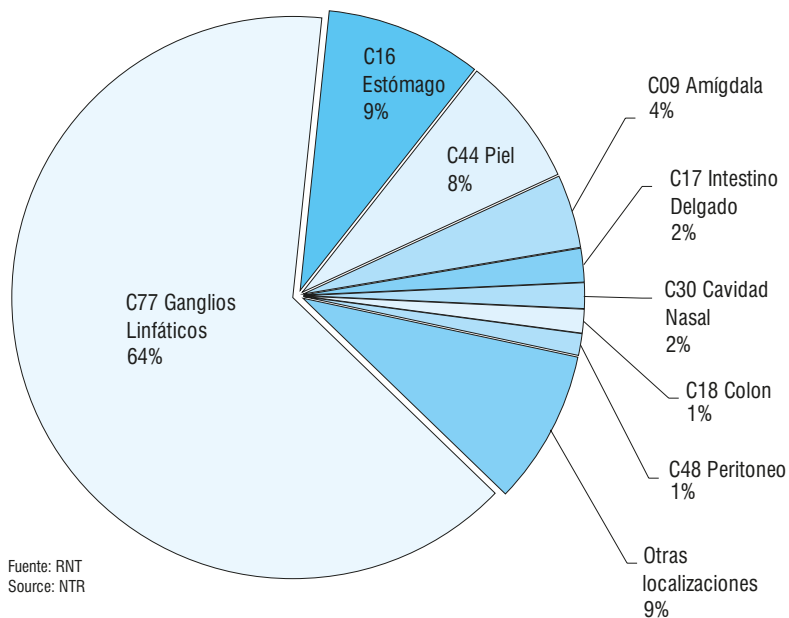


GRÁFICO / FIGURE 108

LINFOMA. DISTRIBUCIÓN POR LOCALIZACIÓN. RESIDENTES EN QUITO. 2006-2010
LYMPHOMAS. DISTRIBUTION BY SITES. QUITO RESIDENTS. 2006-2010



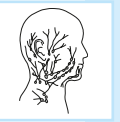


GRÁFICO / FIGURE 109

LINFOMAS. ESTADIAJE TNM. RESIDENTES EN QUITO. 2006-2010. HOMBRES
LYMPHOMAS. STAGE TNM. QUITO RESIDENTS. 2006-2010. MALES

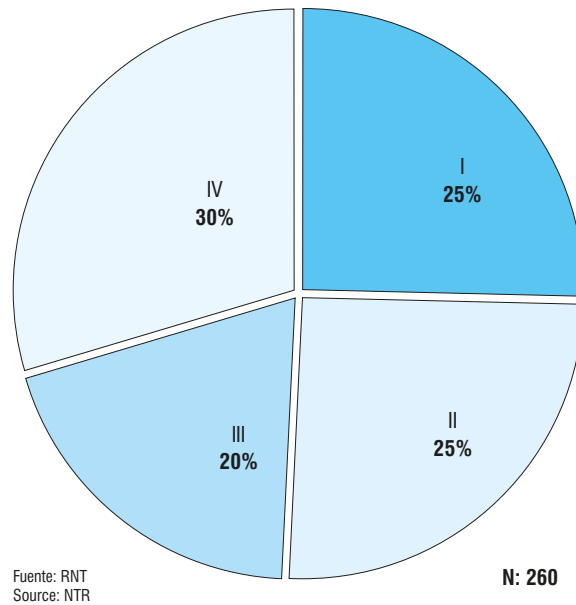


GRÁFICO / FIGURE 110

LINFOMAS. ESTADIAJE TNM. RESIDENTES EN QUITO. 2006-2010. MUJERES
LYMPHOMAS. STAGE TNM. QUITO RESIDENTS. 2006-2010. FEMALES

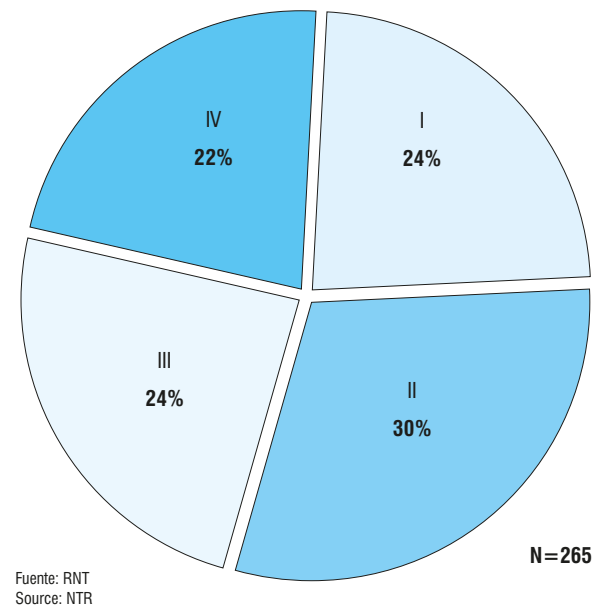




GRÁFICO / FIGURE 111

LINFOMA HODGKIN. TASAS DE INCIDENCIA POR EDAD Y SEXO. RESIDENTES EN QUITO. 2006-2010
HODGKIN LYMPH. INCIDENCE RATES BY AGE AND SEX. QUITO RESIDENTS. 2006-2010

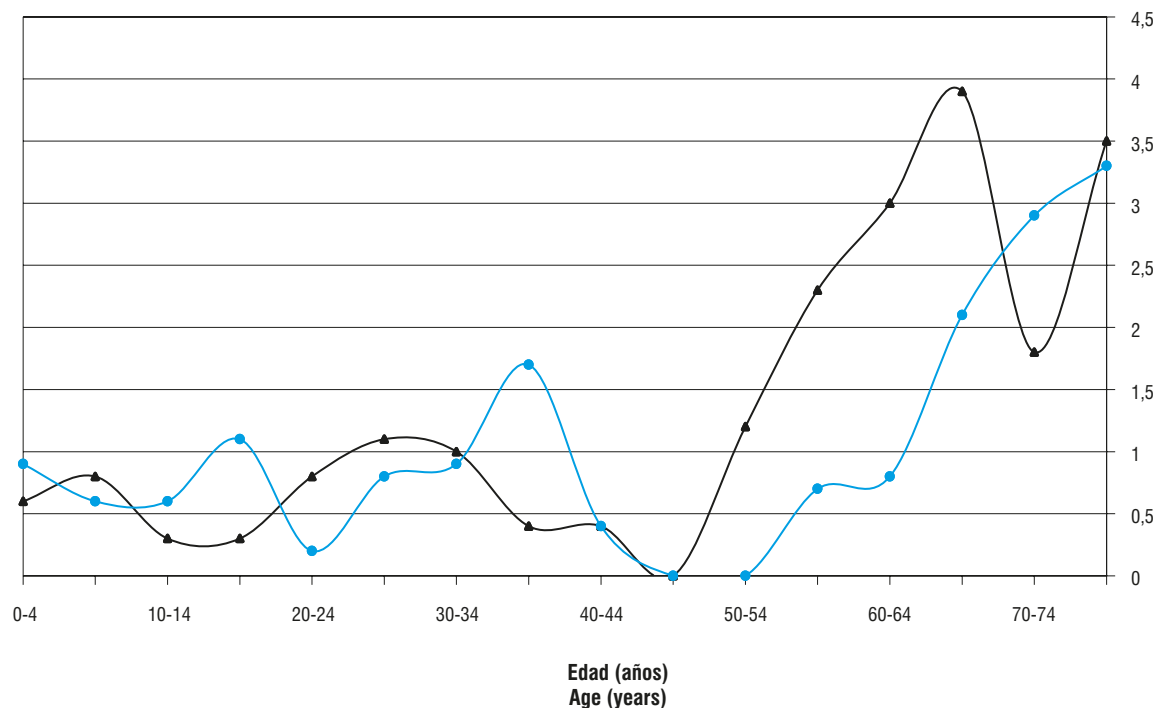


GRÁFICO / FIGURE 112

HODGKIN. TENDENCIA DE LA INCIDENCIA POR SEXO. RESIDENTES EN QUITO. 1986-2010
HODGKIN. INCIDENCE TREND BY SEX. QUITO RESIDENTS. 1986-2010

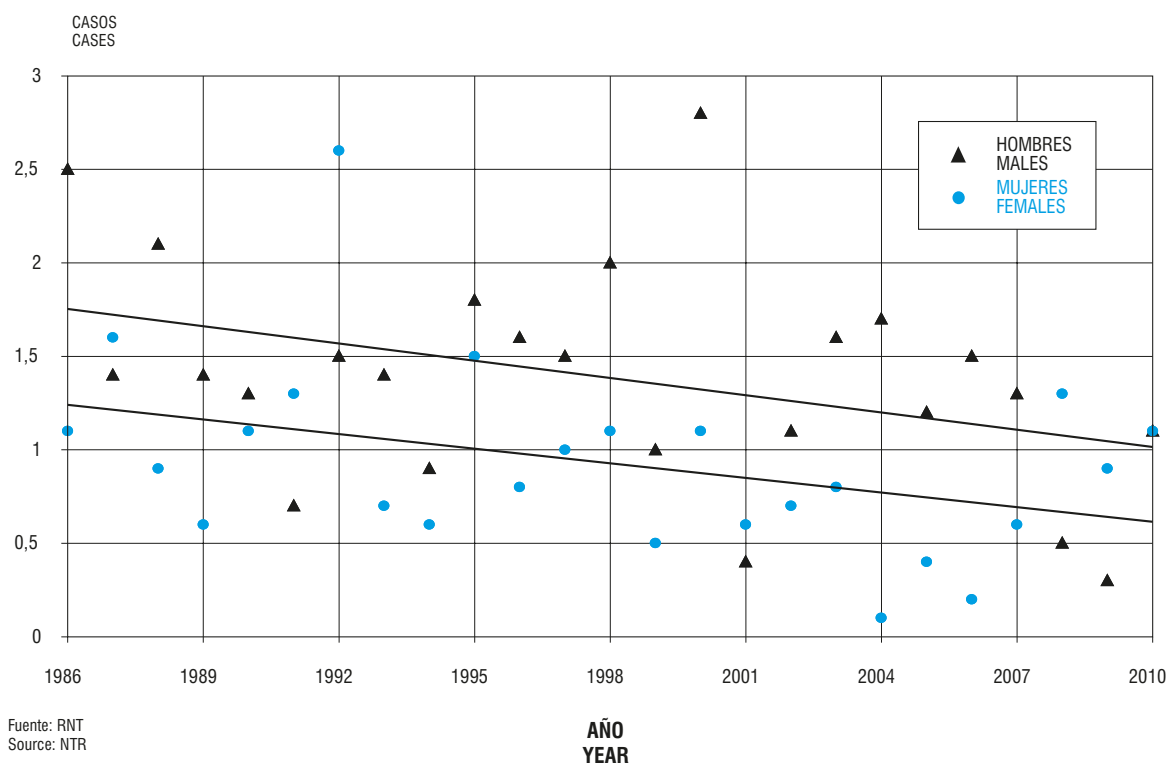
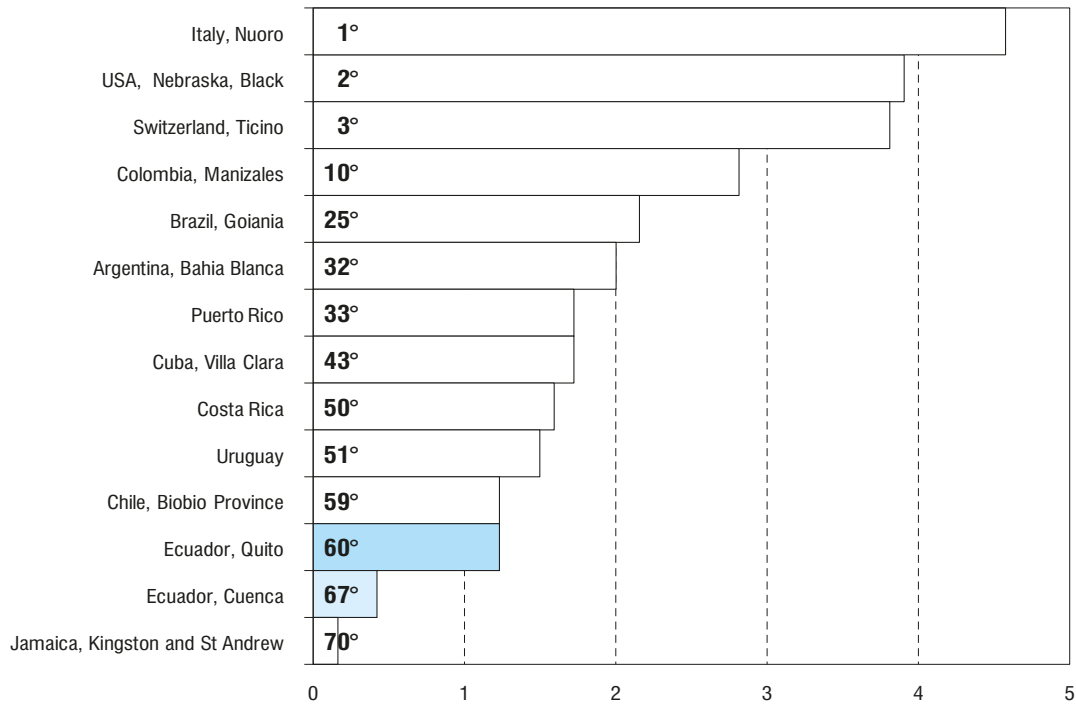




GRÁFICO / FIGURE 113

HODGKIN. INCIDENCIAS MÁS ALTAS EN EL MUNDO Y LATINOAMÉRICA. HOMBRES

HODGKIN. HIGHEST INCIDENCE RATES IN THE WORLD AND LATINAMERICA. MALES



FUENTE/SOURCE: IARC/IACR CI5C. Vol. X (2013)

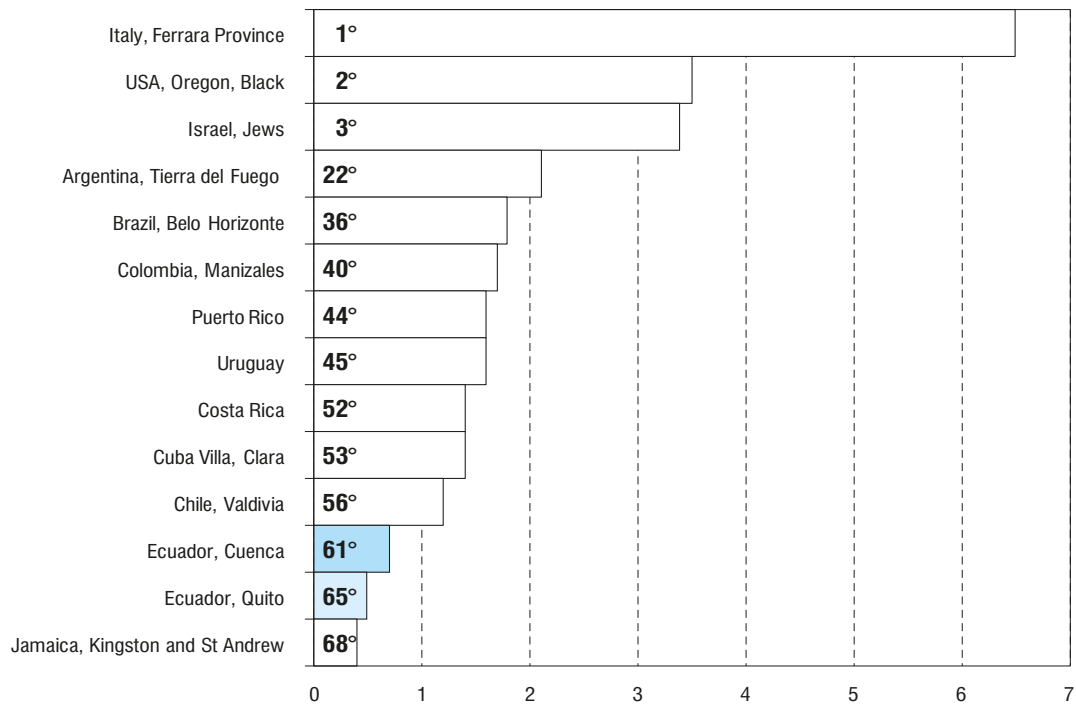
NOTA: Si un país tiene varios registros, sólo se toma en cuenta la incidencia más alta. (70 países)

NOTE: If a country has many cancer registries we select only highest incidence

GRÁFICO / FIGURE 114

HODGKIN. INCIDENCIAS MÁS ALTAS EN EL MUNDO Y LATINOAMÉRICA. MUJERES

HODGKIN. HIGHEST INCIDENCE RATES IN THE WORLD AND LATINAMERICA. FEMALES



FUENTE/SOURCE: IARC/IACR CI5C. Vol. X (2013)

NOTA: Si un país tiene varios registros, sólo se toma en cuenta la incidencia más alta. (70 países)

NOTE: If a country has many cancer registries we select only highest incidence



GRÁFICO / FIGURE 115

LINFOMA NO HODGKIN. TASAS DE INCIDENCIA POR EDAD Y SEXO. RESIDENTES EN QUITO. 2006-2010
NO HODGKIN LYMPH. INCIDENCE RATES BY AGE AND SEX. QUITO RESIDENTS. 2006-2010

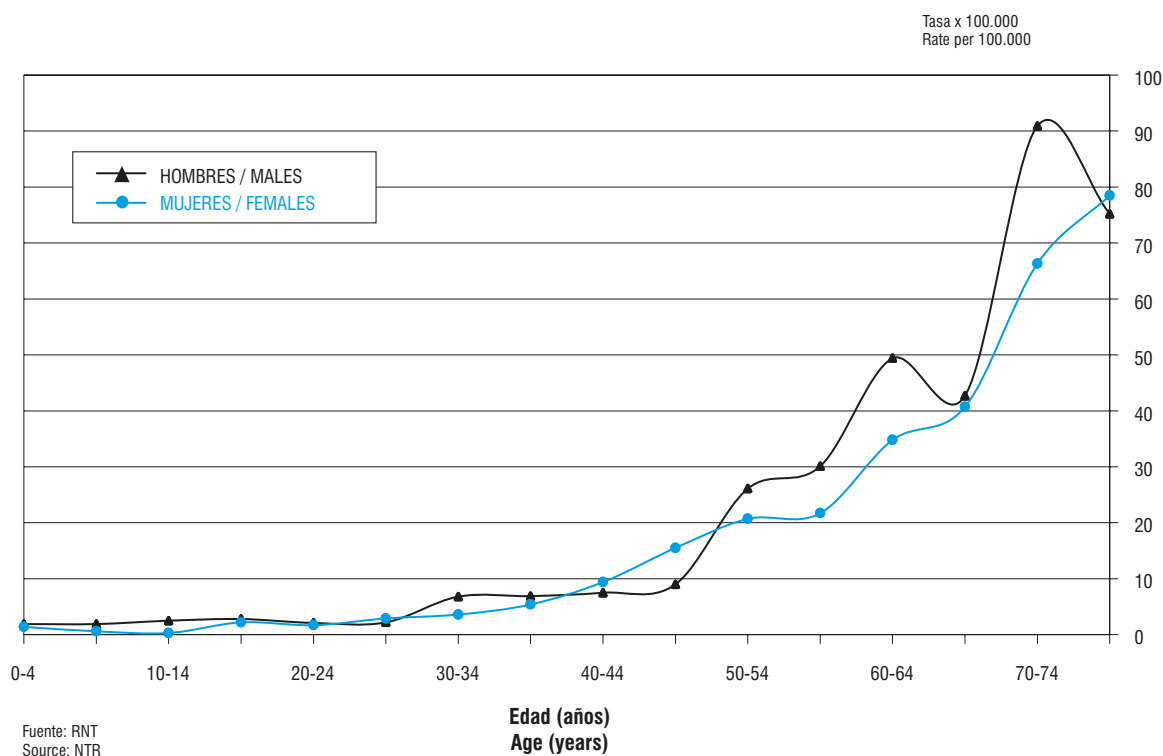


GRÁFICO / FIGURE 116

LINFOMAS NO HODGKIN. TENDENCIA DE LA INCIDENCIA POR SEXO. RESIDENTES EN QUITO. 1986-2010
NO HODGKIN LYMPHOMA. INCIDENCE TREND BY SEX. QUITO RESIDENTS. 1986-2010

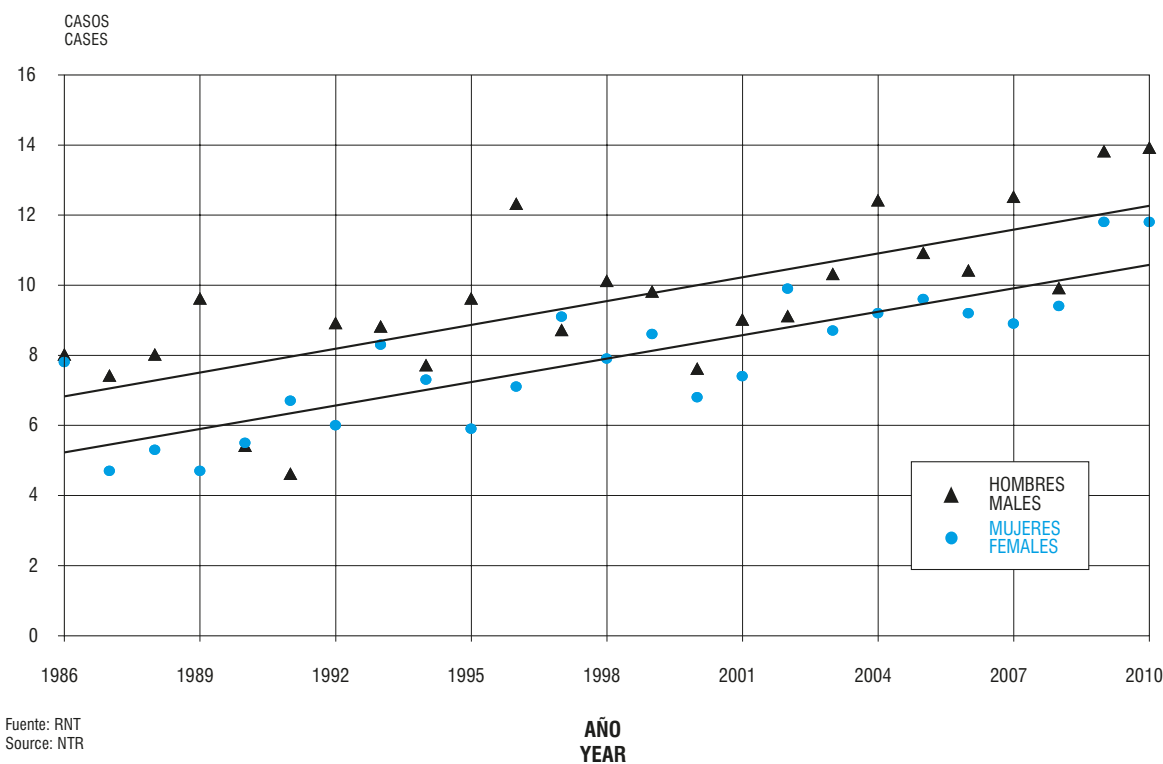
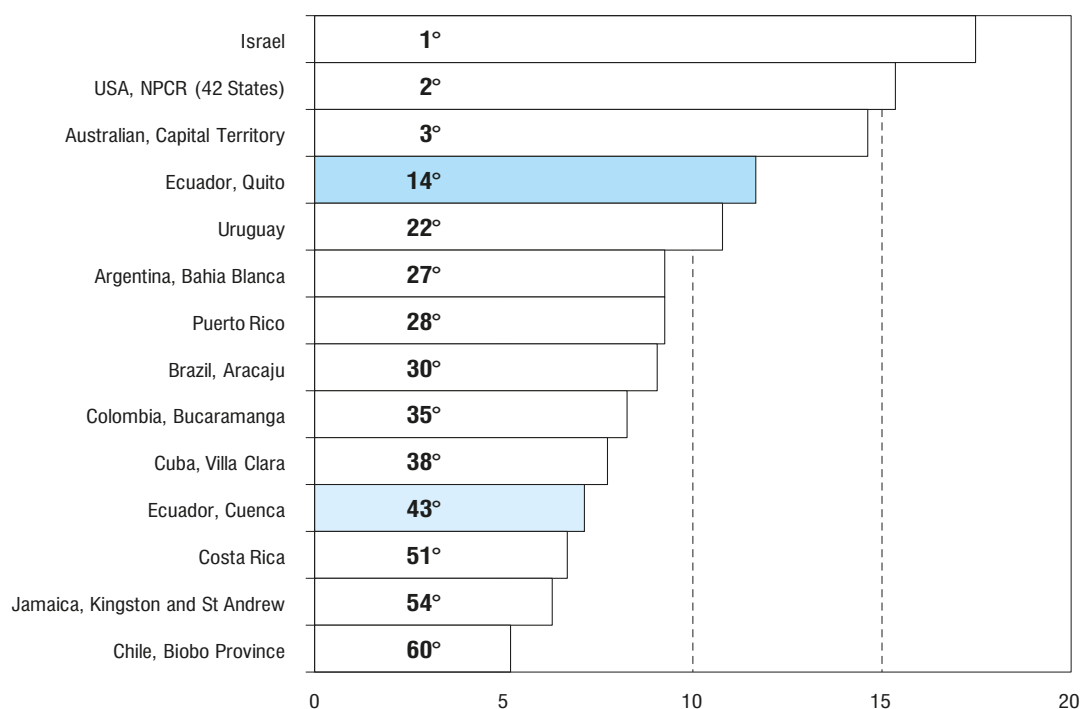




GRÁFICO / FIGURE 117

LINFOMA NO HODGKIN. INCIDENCIAS MÁS ALTAS EN EL MUNDO Y LATINOAMÉRICA. HOMBRES

NO HODGKIN. Lymphoma Highest Incidence Rates in the World and Latinamerica. Males



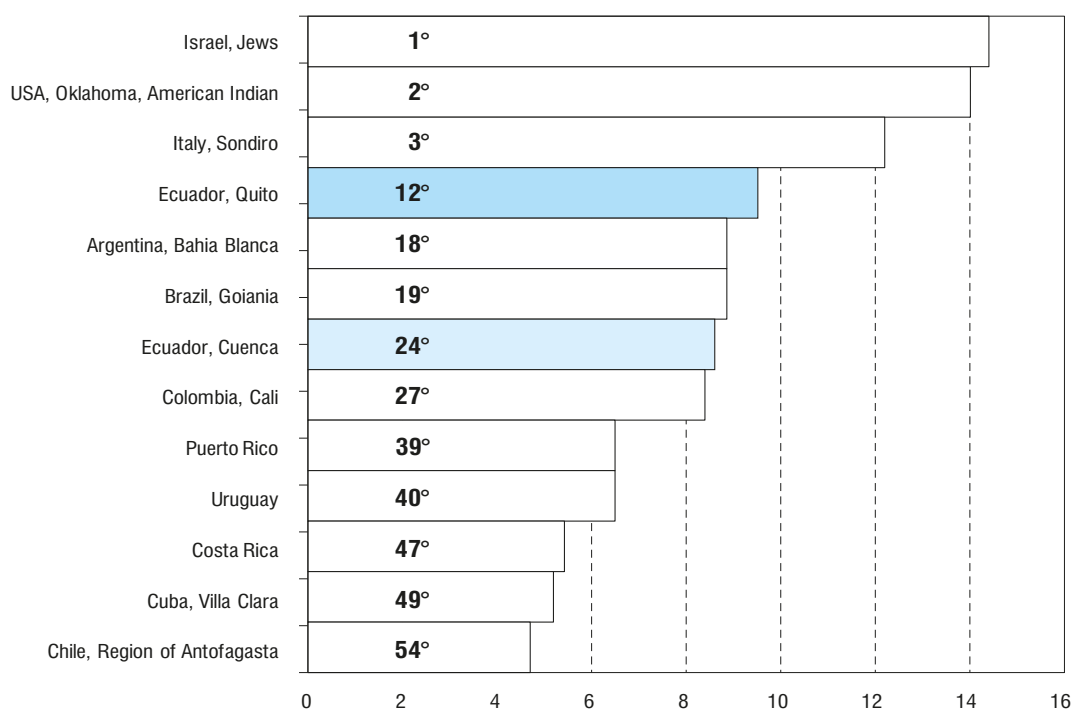
FUENTE/SOURCE: IARC/IACR CI5C. Vol. X (2013)

NOTA: Si un país tiene varios registros, sólo se toma en cuenta la incidencia más alta. (70 países)
NOTE: If a country has many cancer registries we select only highest incidence

GRÁFICO / FIGURE 118

LINFOMA NO HODGKIN INCIDENCIAS MÁS ALTAS EN EL MUNDO Y LATINOAMÉRICA. MUJERES

NO HODGKIN. Lymphoma Highest Incidence Rates in the World and Latinamerica. Females



FUENTE/SOURCE: IARC/IACR CI5C. Vol. X (2013)

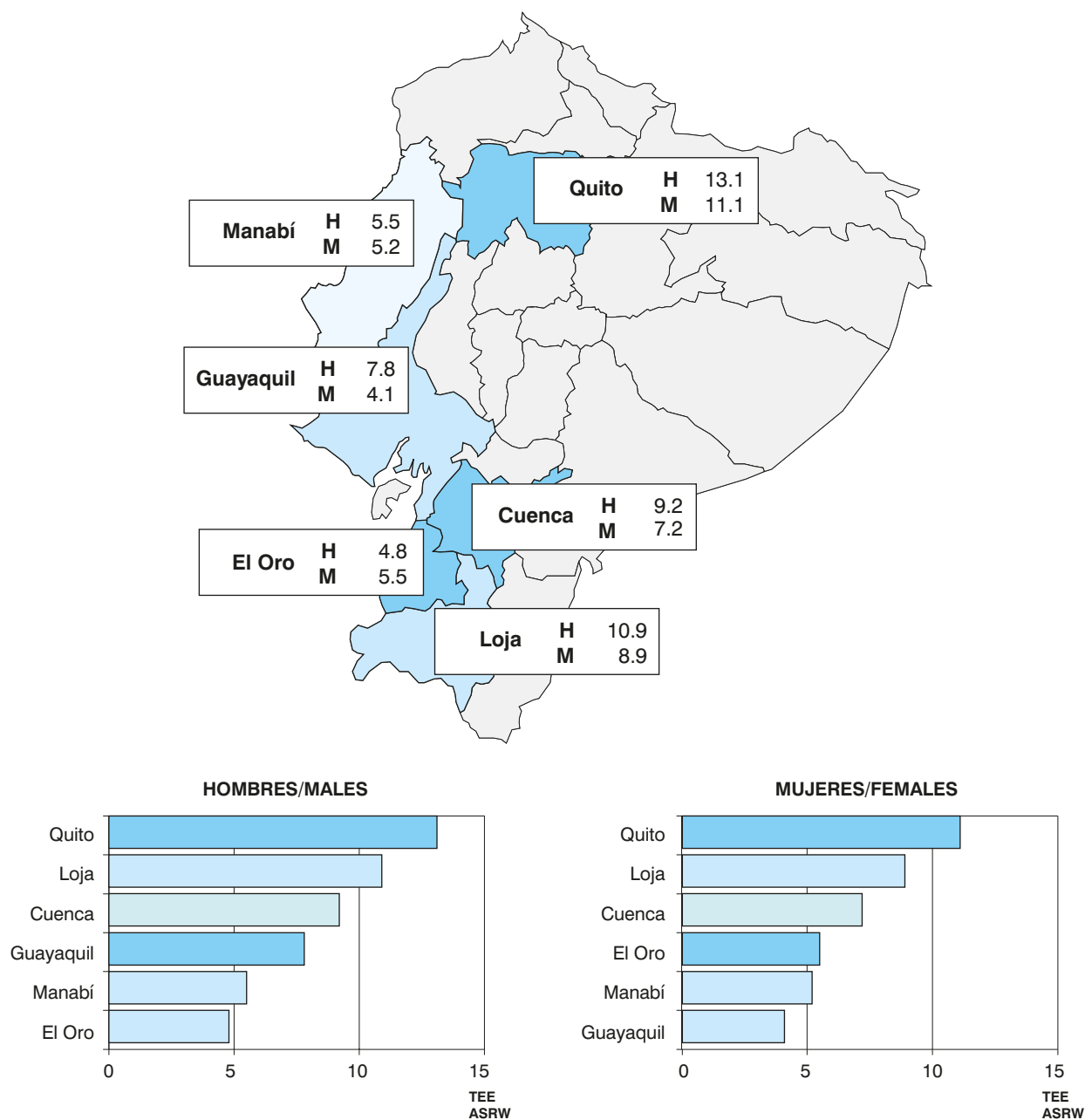
NOTA: Si un país tiene varios registros, sólo se toma en cuenta la incidencia más alta. (70 países)
NOTE: If a country has many cancer registries we select only highest incidence



GRÁFICO / FIGURE 119

LINFOMAS

TASAS DE INCIDENCIA ESTANDARIZADA EN REGISTROS DE CÁNCER DEL ECUADOR
LYMPHOMAS. STANDARDIZED INCIDENCE RATE IN ECUADOR CANCER REGISTRIES



REGISTRO REGISTRY	HOMBRES / MALES			MUJERES / FEMALES		
	No de casos Cases	Tasa cruda Crude Rate	Tasa Estandarizada A.S.R. World	No de casos Cases	Tasa cruda Crude Rate	Tasa Estandarizada A.S.R. World
Ciudad de Quito (2006-2010)	438	11,5	13,1	448	11,1	11,1
Cantón Cuenca (2006-2009)	73	8,2	9,2	74	7,7	7,2
Ciudad de Guayaquil (2007-2008)	130	5,9	7,8	73	3,2	4,1
Ciudad de Loja (2006-2008)	29	10,8	10,9	24	8,2	8,9
Provincia del El Oro (2006-2009)	55	4,4	4,8	60	5,2	5,5
Provincia de Manabí (2006-2009)	133	4,9	5,5	119	4,6	5,2

Residentes en Quito I. Quito residents

Población, casos, incidencia, mortalidad 1.1 Population, cases, incidence, mortality

Localizaciones principales 1.2 Principal sites

Indicadores de calidad 1.3 Indicators of data quality

TABLA / TABLE 50

INDICADORES DE CALIDAD. SEGÚN LOCALIZACIÓN. RESIDENTES EN QUITO. 2006-2010. HOMBRES INDICES OF RELIABILITY BY SITE. QUITO RESIDENTS. 2006-2010. MALES



LOCALIZACIÓN		TOTAL CASOS	TOTAL MUERTES	% EDAD. DESC.	% CASOS CON VERIFICACIÓN HISTOLÓGICA					SOLO CERT. D.	RAZÓN M/I	
SITE		ALL CASES	ALL DEATH	% AGE UNK.	% OF CASES WITH HISTOLOGICAL VERIFICATION	TODOS ALL	0-34	35-64	65-74	75 +	% DCO	% RATION M/I
C01	Tumor maligno de base de lengua [malignant neoplasm of base of tongue]	4	2	-	100	-	100	100	100	100	-	50
C02	Tumor maligno de otras partes y de no especific.s de lengua [malignant neoplasm of other and unspecified parts of tongue]	15	7	-	100	100	100	100	100	100	-	46,7
C03	Tumor maligno de encía [malignant neoplasm of gum]	4	1	-	100	-	100	-	100	100	-	25
C04	Tumor maligno del piso de boca [malignant neoplasm of floor of mouth]	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
C05	Tumor maligno del paladar [malignant neoplasm of palate]	4	2	-	100	-	100	100	-	-	-	50
C06	Tumor maligno de otras partes y de no especific.s de boca [malignant neoplasm of other and unspecified parts of mouth]	1	2	-	100	-	-	100	-	-	-	200
C07	Tumor maligno de glándula parótida [malignant neoplasm of parotid gland]	17	11	5,9	88,2	-	100	100	66,7	-	-	64,7
C08	Tumor maligno de otras glándulas salivales mayores y de no especific.s [malignant neoplasm of other and unspecified major salivary glands]	5	1	-	100	-	100	-	100	-	-	20
C09	Tumor maligno de amígdala [malignant neoplasm of tonsil]	8	4	-	100	-	100	100	-	-	-	50
C10	Tumor maligno de orofaringe [malignant neoplasm of oropharynx]	1	1	-	100	-	-	-	100	-	-	100
C11	Tumor maligno de nasofaringe [malignant neoplasm of nasopharynx]	4	3	-	100	100	-	100	100	-	-	75
C14	Tumor maligno de otros sitios y de mal definidos del labio;de cavidad bucal y de faringe [malignant neoplasm of other and ill-defined sites in the lip; oral cavity and pharynx]	6	4	-	66,7	100	100	100	-	33,3	66,7	
C15	Tumor maligno del esófago [malignant neoplasm of oesophagus]	72	52	-	83,3	-	95	100	70,3	12,5	72,2	
C16	Tumor maligno del estómago [malignant neoplasm of stomach]	718	496	0,6	81,5	82,4	90	87	66,9	13,4	69,1	
C17	Tumor maligno del intestino delgado [malignant neoplasm of small intestine]	35	13	-	88,6	50	94,7	100	77,8	2,9	37,1	
C18	Tumor maligno del colon [malignant neoplasm of colon]	239	129	0,4	89,1	100	89,5	87,3	88,1	6,7	54	
C19	Tumor maligno de unión rectosigmoidea [malignant neoplasm of rectosigmoid junction]	18	11	-	100	100	100	100	100	-	61,1	
C20	Tumor maligno del recto [malignant neoplasm of rectum]	129	61	-	98,4	100	98,1	100	97,1	-	47,3	
C21	Tumor maligno del ano y del conducto anal [malignant neoplasm of anus and anal canal]	5	-	-	100	-	-	100	100	-	-	
C22	Tumor maligno del hígado y de vías biliares intrahepáticas [malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts]	163	128	-	53,4	75	52,2	58,3	45,6	30,1	78,5	
C23	Tumor maligno de vesícula biliar [malignant neoplasm of gallbladder]	53	39	-	75,5	100	73,9	78,6	73,3	11,3	73,6	
C24	Tumor maligno de otras partes y de no especific.s de vías biliares [malignant neoplasm of other and unspecified parts of biliary tract]	90	66	1,1	40	100	50	35,3	32,5	28,9	73,3	
C25	Tumor maligno del páncreas [malignant neoplasm of pancreas]	94	80	-	36,2	100	46,4	37	24,3	29,8	85,1	
C26	Tumor maligno de otros sitios y de mal definidos de órganos digestivos [malignant neoplasm of other and ill-defined digestive organs]	3	3	-	100	-	100	100	100	-	100	
C30	Tumor maligno de fosas nasales y del oído medio [malignant neoplasm of nasal cavity and middle ear]	8	6	-	100	-	100	-	100	-	75	
C31	Tumor maligno de senos paranasales [malignant neoplasm of accessory sinuses]	9	3	-	88,9	100	100	50	100	-	33,3	
C32	Tumor maligno de laringe [malignant neoplasm of larynx]	45	34	-	84,4	0	88,2	75	87,5	4,4	75,6	
C33	Tumor maligno de tráquea [malignant neoplasm of trachea]	2	1	-	50	0	0	100	-	50	50	
C34	Tumor maligno de bronquios y del pulmón [malignant neoplasm of bronchus and lung]	259	199	0,4	71,8	100	83,8	78,5	56,1	19,7	76,8	
C37	Tumor maligno del timo [malignant neoplasm of thymus]	2	2	-	100	100	100	-	-	-	100	
C38	Tumor maligno del corazón;del mediastino y de pleura [malignant neoplasm of heart; mediastinum and pleura]	13	8	-	100	100	100	-	100	-	61,5	
C40	Tumor maligno de huesos y de cartilagos articulares de miembros [malignant neoplasm of bone and articular cartilage of limbs]	37	26	-	97,3	96,4	100	100	100	-	70,3	
C41	Tumor maligno de huesos y de cartilagos articulares;de otros sitios y de sitios no especificados [malignant neoplasm of bone and articular cartilage of other and unspecified sites]	14	6	-	85,7	77,8	100	100	-	-	42,9	
C43	Melanoma maligno de piel [malignant melanoma of skin]	122	54	0,8	99,2	100	100	100	97,1	0,8	44,3	
C44	otros tumores malignos de piel [other malignant neoplasm of skin]	1206	228	2,2	99,9	100	100	100	99,8	0,1	18,9	
C45	Mesotelioma [mesothelioma]	5	4	-	100	100	100	100	-	-	80	
C46	Sarcoma de Kaposi [kaposi s sarcoma]	33	11	-	97	100	92,9	100	100	3	33,3	
C47	Tumor maligno de nervios periféricos y del sistema nervioso autónomo [malignant neoplasm of peripheral nerves and autonomic nervous system]	2	1	-	100	100	0	100	-	-	50	
C48	Tumor maligno del peritoneo y del retroperitoneo [malignant neoplasm of retroperitoneum and peritoneum]	24	9	-	91,7	100	90	85,7	100	8,3	37,5	
C49	Tumor maligno de otros tejidos conjuntivos y de tejidos blandos [malignant neoplasm of other connective and soft tissue]	97	47	1	99	100	97,6	100	100	-	48,5	

LOCALIZACIÓN	TOTAL CASOS ALL CASES	TOTAL MUERTES ALL DEATH	% EDAD. DESC % AGE UNK.	% CASOS CON VERIFICACIÓN HISTOLÓGICA % OF CASES WITH HISTOLOGICAL VERIFICATION				SOLO CERT. D. % DCO	RAZÓN M/I % RATION M/I
SITE				TODOS ALL	0-34	35-64	65-74	75 +	
C50 Tumor maligno de mama [malignant neoplasm of breast]	20	4	5	95	100	100	100	66,7	- 20
C60 Tumor maligno del pene [malignant neoplasm of penis]	28	17	3,6	96,4	-	100	100	85,7	- 60,7
C61 Tumor maligno de próstata [malignant neoplasm of prostate]	1807	643	0,7	92	-	98,5	95,5	84,8	6,6 35,6
C62 Tumor maligno del testículo [malignant neoplasm of testis]	221	37	0,5	97,7	99,4	96,6	80	50	0,9 16,7
C63 Tumor maligno de otros órganos genitales masculinos y de no especificados [malignant neoplasm of other and unspecified male genital organs]	1	1	-	100	100	-	-	-	- 100
C64 Tumor maligno del riñón;excepto de pelvis renal [malignant neoplasm of kidney; except renal pelvis]	142	73	0,7	83,8	100	87,9	80,6	68	10,6 51,4
C65 Tumor maligno de pelvis renal [malignant neoplasm of renal pelvis]	4	1	-	100	-	100	100	100	- 25
C66 Tumor maligno del úterio [malignant neoplasm of uterus]	1	1	-	100	-	100	-	-	- 100
C67 Tumor maligno de vejiga urinaria [malignant neoplasm of bladder]	172	80	-	92,4	100	91,8	95,7	90,5	2,9 46,5
C69 Tumor maligno del ojo y sus anexos [malignant neoplasm of eye and adnexa]	32	5	-	93,8	87,5	100	100	100	- 15,6
C70 Tumor maligno de meninges [malignant neoplasm of meninges]	5	5	-	100	100	100	100	-	- 100
C71 Tumor maligno del encéfalo [malignant neoplasm of brain]	170	94	0,6	87,1	88,4	88,7	86,7	71,4	2,4 55,3
C73 Tumor maligno de glándula tiroides [malignant neoplasm of thyroid gland]	147	28	1,4	98,6	100	100	100	83,3	1,4 19
C74 Tumor maligno de glándula suprarrenal [malignant neoplasm of adrenal gland]	4	1	25	100	100	100	100	-	- 25
C75 Tumor maligno de otras glándulas endocrinas y de estructuras afines [malignant neoplasm of other endocrine glands and related structures]	2	1	-	100	100	-	-	-	- 50
C76 Tumor maligno de otros sitios y de sitios mal definidos [malignant neoplasm of other and ill-defined sites]	5	3	-	80	100	-	100	100	20 60
C77 Tumor maligno secundario y el no especificado de ganglios linfáticos [secondary and unspecified malignant neoplasm of lymph nodes]	1	-	-	100	-	-	100	-	- -
C80 Tumor maligno de sitios no especificados [malignant neoplasm without specification of site]	121	82	-	90,1	83,3	93,8	96,6	81,6	7,4 67,8
C81 enfermedad de Hodgkin [hodgkin s disease]	34	18	-	100	100	100	100	100	- 52,9
C82 Linfoma no Hodgkin folicular [nodular] [folicular [nodular] non-hodgkin s lymphoma]	38	10	-	100	100	100	100	100	- 26,3
C83 Linfoma no Hodgkin difuso [diffuse non-hodgkin s lymphoma]	205	101	-	98,5	91,4	100	100	100	- 49,3
C84 Linfoma de células T;periférico y cutáneo [peripheral and cutaneous t-cell lymphomas]	47	20	2,1	100	100	100	100	100	- 42,6
C85 Linfoma no Hodgkin de otro tipo y el no especificado [other and unspecified types of non-hodgkin s lymphoma]	110	65	-	97,3	100	97,9	91,3	100	0,9 59,1
C90 Mieloma múltiple y tumores malignos de células plasmáticas [multiple myeloma and malignant plasma cell neoplasms]	91	52	-	98,9	100	100	100	95,2	1,1 57,1
C91 Leucemia linfóide [lymphoid leukaemia]	141	79	0,7	72,3	54,7	100	100	100	- 56
C92 Leucemia mieloide [myeloid leukaemia]	97	62	1	86,6	56,7	100	100	100	- 63,9
C93 Leucemia monocítica [monocytic leukaemia]	2	1	-	100	-	100	-	100	- 50
C94 otras leucemias de tipo celular especificado [other leukaemias of specified cell type]	1	-	-	100	-	100	-	-	- -
C95 Leucemia de células de tipo no especificado [leukaemia of unspecified cell type]	23	23	-	65,2	58,3	40	100	100	30,4 100
C96 otros tumores malignos y los no especif.del tejido linfático;de órg.hematopoyéticos y tejidos afines [other and unspecified malignant neoplasms of lymphoid; haematopoietic and related tissue]	4	1	-	100	100	100	-	-	- 25
D45 Policitemia vera [polycythemia vera]	6	-	16,7	100	-	100	100	-	- -
D46 Síndromes mielodisplásicos [myelodysplastic syndrome]	12	6	-	100	100	100	100	100	- 50
D47 Otros tum. comporta incierto de tej linfático o hematopo y afines [other uncert tum of lymphatic and hematopoiet and similars]	1	-	-	100	-	100	-	-	- -
TODOS - EXCEPTO PIEL C44 [all sites but C44]	6056	3042	0,6	87,3	87,8	92,7	90,1	78,2	7,6 50,2
TODOS LOS SITIOS [all sites]	7261	3270	0,9	89,4	88,5	93,9	91,7	82,4	6,3 45

TABLA / TABLE 51

INDICADORES DE CALIDAD. SEGÚN LOCALIZACIÓN. RESIDENTES EN QUITO. 2006-2010. MUJERES
INDICES OF RELIABILITY BY SITE. QUITO RESIDENTS. 2006-2010. FEMALES


LOCALIZACIÓN		TOTAL CASOS	TOTAL MUERTES	% EDAD. DESC	% CASOS CON VERIFICACIÓN HISTOLÓGICA				% SOLO CERT. D.	RAZÓN M/I		
SITE		ALL CASES	ALL DEATH	% AGE UNK.	% OF CASES WITH HISTOLOGICAL VERIFICATION	TODOS ALL	0-34	35-64	65-74	75 +	% DCO	% RATION M/I
C00	Labio [lip]	1	1	-	100	-	100	-	-	-	-	100
C01	Tumor maligno de base de lengua [malignant neoplasm of base of tongue]	4	2	-	100	100	100	100	-	-	-	50
C02	Tumor maligno de otras partes y de no especific.s de lengua [malignant neoplasm of other and unspecified parts of tongue]	16	15	-	100	100	100	100	100	-	-	93,8
C03	Tumor maligno de encia [malignant neoplasm of gum]	7	5	-	100	-	100	100	100	-	-	71,4
C04	Tumor maligno del piso de boca [malignant neoplasm of floor of mouth]	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
C05	Tumor maligno del paladar [malignant neoplasm of palate]	4	1	-	100	100	100	-	-	-	-	25
C06	Tumor maligno de otras partes y de no especific.s de boca [malignant neoplasm of other and unspecified parts of mouth]	8	3	-	87,5	-	100	100	75	12,5	-	37,5
C07	Tumor maligno de glándula parótida [malignant neoplasm of parotid gland]	18	6	-	94,4	100	100	66,7	100	-	-	33,3
C08	Tumor maligno de otras glándulas salivales mayores y de no especific.s [malignant neoplasm of other and unspecified major salivary glands]	8	5	-	87,5	100	75	100	-	12,5	-	62,5
C09	Tumor maligno de amígdala [malignant neoplasm of tonsil]	1	2	-	100	-	100	-	-	-	-	200
C11	Tumor maligno de nasofaringe [malignant neoplasm of nasopharynx]	2	-	-	100	100	100	-	-	-	-	-
C13	Tumor maligno de hipofaringe [malignant neoplasm of hypopharynx]	1	1	-	100	-	-	-	100	-	-	100
C14	Tumor maligno de otros sitios y de mal definidos del labio;de cavidad bucal y de faringe [malignant neoplasm of other and ill-defined sites in the lip; oral cavity and pharynx]	3	2	-	100	-	100	100	-	-	-	66,7
C15	Tumor maligno del esófago [malignant neoplasm of oesophagus]	27	25	-	51,9	-	83,3	57,1	35,7	44,4	-	92,6
C16	Tumor maligno del estómago [malignant neoplasm of stomach]	620	412	0,5	78,5	90	88,1	80,9	64,5	15,8	-	66,5
C17	Tumor maligno del intestino delgado [malignant neoplasm of small intestine]	44	25	-	86,4	-	92	87,5	72,7	11,4	-	56,8
C18	Tumor maligno del colon [malignant neoplasm of colon]	305	159	0,7	85,6	86,7	94,3	90,3	71,8	7,9	-	52,1
C19	Tumor maligno de unión rectosigmoidea [malignant neoplasm of rectosigmoid junction]	12	6	-	91,7	100	100	100	50	8,3	-	50
C20	Tumor maligno del recto [malignant neoplasm of rectum]	125	60	1,6	92,8	100	98,3	100	77,1	1,6	-	48
C21	Tumor maligno del ano y del conducto anal [malignant neoplasm of anus and anal canal]	24	9	-	100	100	100	100	100	-	-	37,5
C22	Tumor maligno del hígado y de vías biliares intrahepáticas [malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts]	187	157	-	47,6	83,3	68,4	34	37,7	34,2	-	84
C23	Tumor maligno de vesícula biliar [malignant neoplasm of gallbladder]	143	101	0,7	74,8	100	80,7	74	62,5	7,7	-	70,6
C24	Tumor maligno de otras partes y de no especific.s de vías biliares [malignant neoplasm of other and unspecified parts of biliary tract]	93	80	1,1	43	-	53,3	62,5	30,2	24,7	-	86
C25	Tumor maligno del páncreas [malignant neoplasm of pancreas]	141	121	-	32,6	50	51,3	30,8	21,3	31,2	-	85,8
C26	Tumor maligno de otros sitios y de mal definidos de órganos digestivos [malignant neoplasm of other and ill-defined digestive organs]	11	8	-	63,6	100	50	75	-	27,3	-	72,7
C30	Tumor maligno de fosas nasales y del oído medio [malignant neoplasm of nasal cavity and middle ear]	8	3	-	100	100	100	100	100	-	-	37,5
C31	Tumor maligno de senos paranasales [malignant neoplasm of accessory sinuses]	6	4	-	100	100	100	100	100	-	-	66,7
C32	Tumor maligno de laringe [malignant neoplasm of larynx]	9	4	-	88,9	100	80	100	100	-	-	44,4
C34	Tumor maligno de bronquios y del pulmón [malignant neoplasm of bronchus and lung]	244	183	-	71,3	77,8	84,5	74,5	54	20,1	-	75
C37	Tumor maligno del timo [malignant neoplasm of thymus]	2	-	-	100	-	100	-	-	-	-	-
C38	Tumor maligno del corazón;del mediastino y de pleura [malignant neoplasm of heart; mediastinum and pleura]	7	5	-	71,4	100	100	-	33,3	-	-	71,4
C40	Tumor maligno de huesos y de cartilagos articulares de miembros [malignant neoplasm of bone and articular cartilage of limbs]	25	17	-	92	92,9	87,5	100	100	-	-	68
C41	Tumor maligno de huesos y de cartilagos articulares;de otros sitios y de sitios no especificados [malignant neoplasm of bone and articular cartilage of other and unspecified sites]	15	12	13,3	80	-	83,3	100	100	20	-	80
C43	Melanoma maligno de piel [malignant melanoma of skin]	145	56	2,1	99,3	100	98,5	100	100	-	-	38,6
C44	otros tumores malignos de piel [other malignant neoplasm of skin]	1291	228	2	99,8	100	100	100	99,4	0,2	-	17,7
C45	Mesotelioma [mesothelioma]	10	7	-	90	100	100	66,7	100	10	-	70
C46	Sarcoma de Kaposi [kaposi s sarcoma]	4	1	-	100	100	100	-	100	-	-	25
C47	Tumor maligno de nervios periféricos y del sistema nervioso autónomo [malignant neoplasm of peripheral nerves and autonomic nervous system]	2	3	-	100	-	100	-	-	-	-	150
C48	Tumor maligno del peritoneo y del retroperitoneo [malignant neoplasm of retroperitoneum and peritoneum]	30	21	-	66,7	100	70	70	55,6	3,3	-	70
C49	Tumor maligno de otros tejidos conjuntivos y de tejidos blandos [malignant neoplasm of other connective and soft tissue]	94	40	1,1	98,9	100	97,6	100	100	-	-	42,6
C50	Tumor maligno de mama [malignant neoplasm of breast]	1398	495	0,2	94,6	96,5	97	93,3	83,1	2,6	-	35,4
C51	Tumor maligno de vulva [malignant neoplasm of vulva]	27	18	-	92,6	100	100	100	75	7,4	-	66,7

LOCALIZACIÓN	TOTAL CASOS ALL CASES	TOTAL MUERTES ALL DEATH	% EDAD. DESC % AGE UNK.	% CASOS CON VERIFICACIÓN HISTOLÓGICA % OF CASES WITH HISTOLOGICAL VERIFICATION				% SOLO CERT. D. % DCO	RAZÓN M/I % RATION M/I
SITE				TODOS ALL	0-34	35-64	65-74	75 +	
C52 Tumor maligno de vagina [malignant neoplasm of vagina]	12	6	-	100	100	100	100	100	- 50
C53 Tumor maligno del cuello del útero [malignant neoplasm of cervix uteri]	710	354	0,6	96,5	100	98,3	97,4	82,6	2,8 49,9
C54 Tumor maligno del cuerpo del útero [malignant neoplasm of corpus uteri]	169	42	1,2	97,6	100	100	95,7	90,5	1,2 24,9
C55 Tumor maligno del útero; parte no especific. [malignant neoplasm of uterus; part unspecified]	48	29	-	52,1	100	66,7	85,7	21,1	37,5 60,4
C56 Tumor maligno del ovario [malignant neoplasm of ovary]	271	142	0,4	86,7	100	93,7	78	57,5	7,7 52,4
C57 Tumor maligno de otros órganos genitales femeninos y de no especificados [malignant neoplasm of other and unspecified female genital organs]	2	2	-	100	-	100	100	-	- 100
C58 Tumor maligno de placenta [malignant neoplasm of placenta]	16	2	-	87,5	100	75	-	-	- 12,5
C64 Tumor maligno del riñón; excepto de pelvis renal [malignant neoplasm of kidney; except renal pelvis]	107	35	-	87,9	100	91,4	92,3	64,7	6,5 32,7
C65 Tumor maligno de pelvis renal [malignant neoplasm of renal pelvis]	1	-	-	100	-	-	100	-	- -
C67 Tumor maligno de vejiga urinaria [malignant neoplasm of bladder]	85	39	1,2	85,9	100	91,9	87	71,4	7,1 45,9
C68 Tumor maligno de otros órganos urinarios y de no especificados [malignant neoplasm of other and unspecified urinary organs]	2	-	-	100	-	100	-	100	- -
C69 Tumor maligno del ojo y sus anexos [malignant neoplasm of eye and adnexa]	36	11	-	97,2	100	100	100	87,5	2,8 30,6
C70 Tumor maligno de meninges [malignant neoplasm of meninges]	8	3	-	100	100	100	-	100	- 37,5
C71 Tumor maligno del encéfalo [malignant neoplasm of brain]	146	77	2,1	82,2	86	84,6	81,8	50	4,8 52,7
C73 Tumor maligno de glándula tiroides [malignant neoplasm of thyroid gland]	968	72	0,8	98,3	99,5	99,5	97,1	83,9	1 7,4
C74 Tumor maligno de glándula suprarrenal [malignant neoplasm of adrenal gland]	7	-	-	100	100	100	100	-	- -
C75 Tumor maligno de otras glándulas endocrinas y de estructuras afines [malignant neoplasm of other endocrine glands and related structures]	2	-	-	100	-	100	-	-	- -
C76 Tumor maligno de otros sitios y de sitios mal definidos [malignant neoplasm of other and ill-defined sites]	10	9	-	50	-	66,7	100	33,3	30 90
C77 Tumor maligno secundario y el no especificado de ganglios linfáticos [secondary and unspecified malignant neoplasm of lymph nodes]	2	1	-	100	100	-	-	100	- 50
C80 Tumor maligno de sitios no especificados [malignant neoplasm without specification of site]	172	117	1,2	86,6	100	85,1	95,2	80,7	9,9 68
C81 enfermedad de Hodgkin [hodgkin s disease]	35	8	2,9	91,4	88,9	100	100	75	2,9 22,9
C82 Linfoma no Hodgkin folicular [nodular] [follicular [nodular] non-hodgkin s lymphoma]	39	10	-	100	100	100	100	100	- 25,6
C83 Linfoma no Hodgkin difuso [diffuse non-hodgkin s lymphoma]	231	105	-	100	100	100	100	100	- 45,5
C84 Linfoma de células T; periférico y cutáneo [peripheral and cutaneous t-cell lymphomas]	43	9	-	100	100	100	100	100	- 20,9
C85 Linfoma no Hodgkin de otro tipo y el no especificado [other and unspecified types of non-hodgkin s lymphoma]	98	67	1	95,9	88,9	98	100	90,5	2 68,4
C90 Mieloma múltiple y tumores malignos de células plasmáticas [multiple myeloma and malignant plasma cell neoplasms]	64	41	-	92,2	100	87,5	100	90	1,6 64,1
C91 Leucemia linfóide [lymphoid leukaemia]	124	66	1,6	77,4	51,8	97,1	100	100	- 53,2
C92 Leucemia mielóide [myeloid leukaemia]	107	67	0	87,9	57,7	94,9	100	100	- 62,6
C95 Leucemia de células de tipo no especificado [leukaemia of unspecified cell type]	17	13	-	76,5	83,3	83,3	33,3	100	11,8 76,5
C96 otros tumores malignos y los no especific. del tejido linfático; de órg. hematopoyéticos y tejidos afines [other and unspecified malignant neoplasms of lymphoid; haematopoietic and related tissue]	2	2	-	100	100	100	-	-	- 100
D45 Policitemia vera [polycythemia vera]	2	-	-	100	-	-	-	100	- -
D46 Síndromes mielodisplásicos [myelodysplastic syndrome]	10	4	-	100	100	100	100	100	- 40
D47 Otros tum. comporta incierto de tej. linfático o hematopo y afines [other incert tum of lymphatic and hematopoietic and similars]	9	1	-	100	100	100	-	-	- 11,1
TODOS - EXCEPTO PIEL C44 [all sites but C44]	7386	3410	0,6	87,7	91,8	94,3	86,3	69,8	6,8 46,2
TODOS LOS SITIOS [all sites]	8677	3638	0,8	89,5	92,3	94,9	88,7	77,2	5,8 41,9

Cáncer infantil 2. Childhood cancer

Casos, incidencia 2.1 Cases, incidence

Cáncer infantil en Quito, Cuenca, Loja y Manabí 2.2 Childhood cancer in Quito, Cuenca, Loja and Manabi

CÁNCER EN NIÑOS

CHILDHOOD CANCER

Dr. José Eguiguren L.

*Onco-hematólogo
Jefe del Servicio de Pediatría*

Dra. Gissela Sánchez F.

Pediatra Onco-hematóloga

*Pediatric onco-hematologist
Chief of Pediatric service*

Pediatric onco-hematologist

Durante muchos años, el cáncer infantil era tratado por especialistas en adultos que, ante la falta de hematólogos-oncólogos pediatras se vieron obligados a hacerlo, situación que aún persiste en algunos establecimientos del país.

Es importante considerar que en el campo de la pediatría, si bien las estadísticas reflejan sobrevividas a 5 años, el objetivo principal es la curación del paciente y su re-inserción en la sociedad con la menor comorbilidad asociada.

Globalmente el número de nuevos casos de cáncer va en aumento, siendo todavía apreciable la falta de acceso a centros de salud especializados y la importante diferencia en los resultados encontrados entre países.

Si bien la mortalidad ha ido disminuyendo a lo largo del tiempo en el mundo entero, ésta todavía no es igual al contrastar países con recursos limitados con los económicamente poderosos, los sistemas de salud, y la disponibilidad de medicamentos y de centros especializados, constituyen factores en estas diferencias.

Las tasas de supervivencia en el cáncer infantil, han mejorado dramáticamente desde los años 60, época en la que los países con mejores sistemas de salud tenían sobrevividas del 28% y en países como el nuestro, prácticamente todos los niños morían.

Las estadísticas mundiales reportan que las patologías malignas más frecuentes en los niños son las leucemias, los tumores del sistema nervioso central y los linfomas, en este orden. En Quito, la distribución es similar, pero en el caso de los hombres los linfomas ocupan el segundo lugar y los tumores del sistema nervioso central (SNC) son los terceros. Las tasas bajas se explicarían porque los Registros de Ecuador captan exclusivamente los casos del S.N.C. de comportamiento maligno a diferencia de la mayoría de registros que incluyen en su casuística a tumores benignos del SNC.

En referencia a leucemias, la de mayor presentación en los niños es la Leucemia Linfoblástica Aguda. Ventajosamente, esta patología tiene una alta tasa de curación en este grupo etario.

Cuando analizamos la tabla de frecuencia, vemos que al incorporar los pacientes entre 15 y 19 años, las estadísticas varían del patrón normal en niños, debido a que en este grupo aparecen los tumores epiteliales, entre estos, el carcinoma de cuello uterino y melanomas que se presentan en estas tempranas edades, siendo malignidades propias de adultos.

For many years and still in some health centers, childhood cancer was treated by specialists in adults, in the absence of hematologists-pediatric oncologists they have been forced to do so, situation that is still going on in some health centers.

It is important to consider that in the field of pediatrics, although statistics show 5 years survivals, the main goal is to cure the patient and to re-integrate him into society with the less associated co-morbidity.

Overall the number of new cancer cases is increasing, the lack of access to specialized health centers and the significant difference in the results between countries are still appreciable.

Although in the world mortality has been declining over time, this is still not equal when we compare countries with limited resources to the economically powerful, health systems, and the availability of drugs and specialized centers, are factors in which we can appreciate the differences.

Survival rates for childhood cancer have improved dramatically since the 60s a time where the countries with the best health systems had a survival rate of 28% while in countries like ours practically every child died.

Global statistics report that the most frequent malignancies in children are leukemias, CNS tumors and lymphomas, in that order. In Quito, the distribution is similar, but in the case of men lymphomas are the second and tumors of the central nervous system (CNS) are third. Low rates could be explained because Ecuadorian registries exclusively capture cases of CNS malignant behavior unlike most registries that include in their statistics benign tumors of the CNS.

In reference to leukemia, the greatest incidence in children is acute lymphoblastic leukemia. Advantageously, this disease has a high cure rate in this age group.

When we analyzed the frequency table, we see that when we incorporate patients between 15 and 19 years, the statistics also vary, because in this group we can find epithelial tumors among this the cervical carcinoma and melanomas that already appear in early ages, these being typical of adult malignancies.

Looking at the table of number of cases in Quito, when we eliminate the group of patients from 15 to 19 years we can find in fourth place the Retinoblastoma, fifth Osteosarcoma, and sixth are Kidney tumors. Unlike what reported in global statistics where the Retinoblastoma and

Cuando, censuramos a los pacientes de 15 a 19 años, aparece en cuarto lugar el Retinoblastoma, luego el Osteosarcoma y en sexto lugar los Tumores Renales. A diferencia de lo reportado en las estadísticas mundiales en que el Retinoblastoma y Osteosarcoma ocupan los últimos puestos, en la ciudad de Quito vemos una mayor incidencia, situación que nos preocupa y debe poner en alerta al sistema de Salud, ya que el Retinoblastoma es un tumor de niños pequeños, de fácil diagnóstico si se tiene la precaución de examinar los ojos a los niños en la consulta del pediatra general. Ésta, lastimosamente no se realiza de forma rutinaria, teniendo en las consultas oncológicas casos con niños en estadio avanzado que impide frecuentemente que salvemos los ojos y en algunos casos inclusive la vida.

La relevancia y magnitud del osteosarcoma lo convierte en una prioridad para profundizar en su conocimiento e impulsar estudios biológicos que expliquen mejor su comportamiento en el país, con el objeto de llegar a un diagnóstico temprano y adecuado.

Esta situación es similar en los registros de Cuenca, Loja y Manabí.

Al observar las tasas de incidencia por sexo y grupos de edad, vemos que las tasas globales son mayores en el sexo masculino, excepto en el grupo de 1-4 años donde tenemos tasas más altas en mujeres para leucemias, linfomas y retinoblastomas. Este dato es contrario a lo expuesto en la literatura.

El incremento en la supervivencia ha sido dramática para la Leucemia Linfoblástica Aguda. Esta entidad pasó de ser una enfermedad incurable en los 60 a tener una tasa de curación cerca del 80% en los 90. Los pacientes con linfomas, tumores renales han experimentado al igual, notables incrementos en sus tasas de curación.

Finalmente creemos que la salud de un país se conoce por sus estadísticas, éstas permiten conocer los recursos físicos y humanos para orientar diagnósticos tempranos y adecuados, tratamientos eficaces y oportunos, y la necesidad de medicamentos quimioterapéuticos. Debemos conocer y exponer las falencias que experimentan los hospitales y encaminar todo el esfuerzo posible para tratar a estos pacientes que tienen alta posibilidad de curación.

Pensamos que trabajos como éste, permiten conocer todas estas situaciones y ayudan a mejorar los sistemas de salud.

Osteosarcoma are found in the lower positions, in the city of Quito we can see a higher incidence, a situation that concerns us and should alert the health system, as the Retinoblastoma is a tumor of young children, easy to diagnose if care is taken to examine the eyes of the children in the office of the pediatrician. This unfortunately is not performed routinely, taking oncological consultation cases in which children are in an advanced stage that often prevents us to save the eyes and in some cases even life.

The importance and magnitude of osteosarcoma makes it a priority to deepen our knowledge and promote biological studies to better explain their behavior in the country, in order to reach an early and proper diagnosis.

There is a similar situation when compared with the registries of Cuenca, Loja and Manabí.

Looking at the incidence rates by sex and age group, we see that the overall rates are higher in males, except in the 1-4 years age group, where we have higher rates in women for leukemias, lymphomas and retinoblastomas. This finding is contrary to what is stated in the literature.

The increase in survival has been dramatic for acute lymphoblastic leukemia. This pathology went from an incurable disease in the 60 to have a cure rate of about 80% in the 90. Patients with lymphoma, renal tumors have experienced the same remarkable increases in cure rates.

Finally, we believe that the health of a country is known for its statistics, these allow knowing the physical and human resources to guide early and proper diagnosis, effective and timely treatments, and the need for chemotherapy drugs. We must know and expose the shortcomings experienced by hospitals and direct all efforts to treat these patients with high possibilities of cure.

We think that works like this, make us aware of the situations and help in the improvement of health systems.

TABLA / TABLE 52

CASOS EN NIÑOS Y JÓVENES DE 0 A 19 AÑOS SEGÚN CICI* POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO. RESIDENTES EN QUITO. 2006-2010
CHILDHOOD CANCER 0-19 YEARS ACCORDING TO DIAGNOSTIC ICCC* BY AGE GROUP AND SEX. QUITO RESIDENTS. 2006-2010

*GRUPO DIAGNÓSTICO/ DIAGNOSTIC GROUP	HOMBRES/MALES						FREC/ FREQ %	MUJERES/FEMALES						TOTAL HOMBRES +MUJERES TOTAL MALES +FEMALES			
	CASOS / CASES							CASOS / CASES									
	GRUPOS DE EDAD/AGE GROUP							GRUPOS DE EDAD/AGE GROUP									
	TOTAL			FREC/ FREQ %				TOTAL			FREC/ FREQ %						
	< 1	1-4	5-9	10-14	15-19			< 1	1-4	5-9	10-14	15-19			R. H/M R. M/F	NÚMERO NUMBER	%
I Leucemias enf mieoloproliferativa y enf.mielodisp. [Leukemias myeloproliferative & myelodyspastic diseases]	1	23	23	20	26	93	31,5	3	27	11	7	11	59	30,3	1,6	152	31,0
II Linfomas y neoplasias reticuloendotelial [Lymphomas and reticuloendothelial neoplasms]	1	6	9	9	11	36	12,2	4	4	4	3	13	28	14,4	1,3	64	13,1
III SNC neopl.miscelaneas intra craneales intra espinal [CNS & miscellaneous intracranial & intraspinal neoplasms]	1	8	9	5	8	31	10,5	-	8	13	7	5	33	16,9	0,9	64	13,1
IV Neuroblastoma otro tum.células nervios periféricos [Neuroblastoma and other peripheral nervous cell tumors]	2	1	1	-	-	4	1,4	-	-	1	1	-	2	1,0	2,0	6	1,2
V Retinoblastoma [Retinoblastom]	4	7	-	-	-	11	3,7	2	11	-	-	-	13	6,7	0,8	24	4,9
VI Tumores Renales [Renal tumors]	1	8	3	-	1	13	4,4	-	3	1	3	-	7	3,6	1,9	20	4,1
VII Tumores hepáticos [Hepatic tumors]	-	5	5	-	1	11	3,7	2	1	-	-	-	3	1,5	3,7	14	2,9
VIII Tumores de Hueso [Malignant bone tumors]	-	-	5	8	12	25	8,5	-	-	2	6	4	12	6,2	2,1	37	7,6
IX Tejidos Blandos y sarcomas extra óseos [Soft tissue and other extraosseous sarcomas]	-	2	3	4	5	14	4,7	-	1	1	3	3	8	4,1	1,8	22	4,5
X Tum.cél.germ tum.trofoblásticos neoplasias de gónad [Germ cell tum trophoblastic tum & neoplasms of gonads]	3	4	1	1	24	33	11,2	-	-	4	1	4	9	4,6	3,7	42	8,6
XI Neoplasias epiteliales y melanomas [Other malignant epithel. neoplasms & malign.melanomas]	-	1	1	6	14	22	7,5	-	1	2	3	10	16	8,2	1,4	38	7,8
XII Otras e inespecíficos neoplasias malignas [Other & unspecified malignant neoplasms]	-	-	-	-	2	2	0,7	-	1	-	-	4	5	2,6	0,4	7	1,4
TOTAL	13	65	60	53	104	295	100,0	11	57	39	34	54	195	100,0	1,5	490	100,0

* CLASIFICACION INTERNACIONAL DE CANCER PEDIÁTRICO (CICI)

* INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF CHILDHOOD CANCER (ICCC)

GRÁFICO / FIGURE 120

DISTRIBUCIÓN DEL CÁNCER INFANTIL POR SEXO. RESIDENTES EN QUITO. 2006-2010
CHILDHOOD CANCER BY SEX. QUITO RESIDENTS. 2006-2010

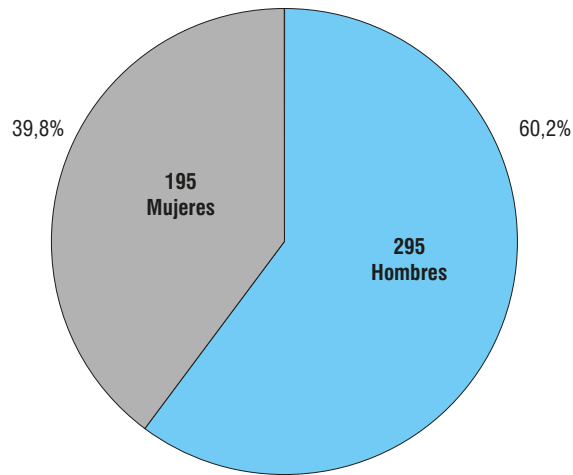
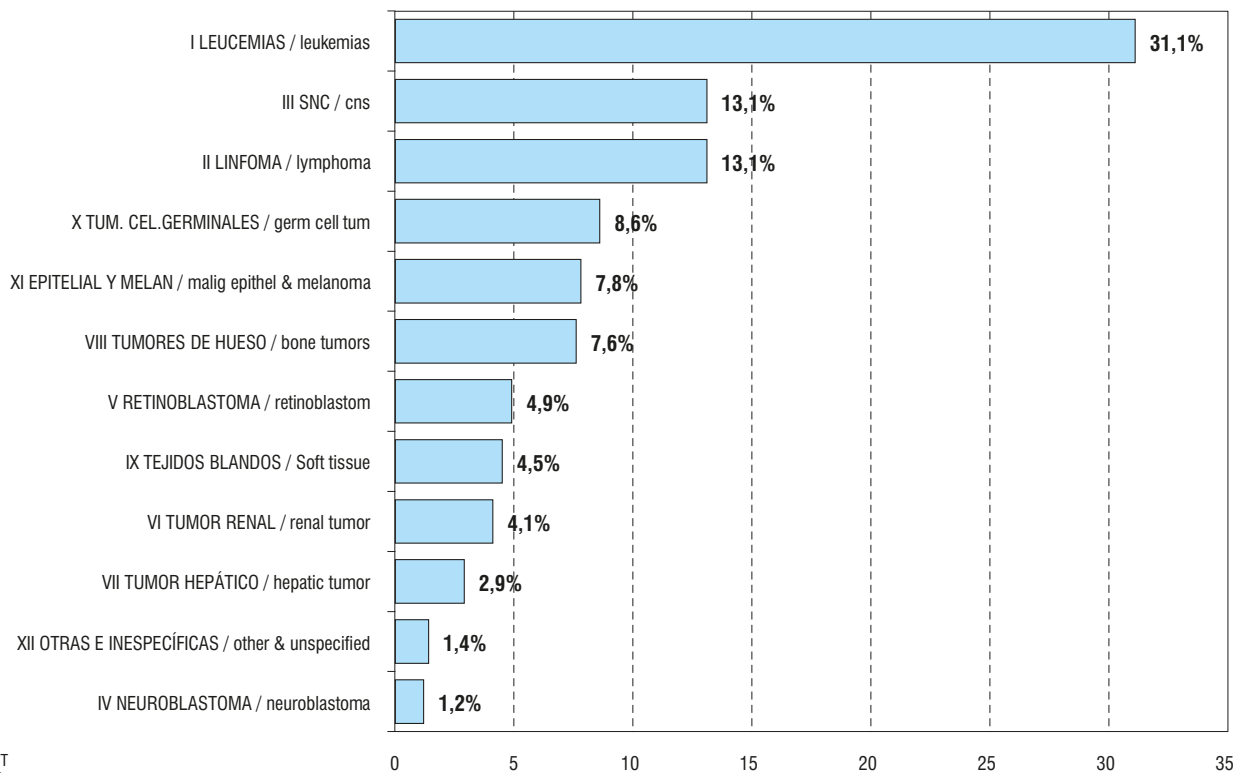


GRÁFICO / FIGURE 121

CÁNCER EN NIÑOS Y JÓVENES 0-19 AÑOS SEGÚN DIAGNÓSTICO
AMBOS SEXOS. RESIDENTES EN QUITO. 2006-2010
CHILDHOOD CANCER 0-19 YEARS BY DIAGNOSTIC.
BOTH SEXES. RESIDENTS IN QUITO. 2006-2010



FUENTE: RNT
 SOURCE: NTR

TABLA / TABLE 53
TASAS DE INCIDENCIA EN NIÑOS Y JÓVENES DE 0-19 AÑOS POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO. RESIDENTES EN QUITO. 2006-2010
CHILDHOOD CANCER INCIDENCE RATE 0-19 YEARS BY AGE GROUP AND SEX. QUITO RESIDENTS. 2006-2010

GRUPO DIAGNÓSTICO/ DIAGNOSTIC GROUP	HOMBRES/MALES						MUJERES/FEMALES								
	TASAS DE INCIDENCIA POR 1'000.000 / INCIDENCE RATE PER 1'000.000						TASAS DE INCIDENCIA POR 1'000.000 / INCIDENCE RATE PER 1'000.000								
	GRUPOS DE EDAD/AGE GROUP					T. CRUDA/ CRUDE R.	T. ESTAND/ ASRW	GRUPOS DE EDAD/AGE GROUP					T. CRUDA/ CRUDE R.	T. ESTAND/ ASRW	
	Casos	0-4	5-9	10-14	15-19			Casos	0-4	5-9	10-14	15-19			
I	Leucemias enf mieloproliferativa y enf.mielodisp. [Leukemias myeloproliferative & myelodysplastic diseases]	93	66,63	62,85	55,39	72,17	64,2	64,4	59	86,52	30,73	19,83	29,84	41,3	44,8
II	Linfomas y neoplasias reticuloendotelial [Lymphomas and reticuloendothelial neoplasms]	36	19,44	24,59	24,92	30,53	24,8	24,5	28	23,07	11,18	8,5	35,27	19,6	19,6
III	SNC neopl.miscelaneas intra craneales intra espinal [CNS & miscellaneous intracranial & intraspinal neoplasms]	31	24,99	24,59	13,85	22,21	21,4	21,8	33	23,07	36,32	19,83	13,57	23,1	23,5
IV	Neuroblastoma otro tum.células nervios periféricos [Neuroblastoma and other peripheral nervous cell tumors]	4	8,33	2,73	-	-	2,7	3,2	2	-	2,79	2,83	-	1,4	1,3
V	Retinoblastoma [Retinoblastom]	11	30,54	-	-	-	7,5	9,2	13	37,49	-	-	-	9,1	11,3
VI	Tumores Renales [Renal tumors]	13	24,99	8,20	-	2,78	8,9	10,2	7	8,65	2,79	8,5	-	4,9	5,2
VII	Tumores hepáticos [Hepatic tumors]	11	13,88	13,66	-	2,78	7,5	8,2	3	8,65	-	-	-	2,1	2,6
VIII	Tumores de Hueso [Malignant bone tumors]	25	0,00	13,66	22,15	33,31	17,2	15,9	12	-	5,59	17	10,85	8,4	7,7
IX	Tejidos Blandos y sarcomas extra óseos [Soft tissue and other extraosseous sarcomas]	14	5,55	8,20	11,08	13,88	9,6	9,3	8	2,88	2,79	8,5	8,14	5,6	5,3
X	Tum.cél.germ tum.trofoblásticos neoplasias de gónad [Germ cell tum trophoblastic tum & neoplasms of gonads]	33	19,44	2,73	2,77	66,62	22,7	22,1	9	-	11,8	2,83	10,85	6,3	5,9
XI	Neoplasias epiteliales y melanomas [Other malignant epithel. neoplasms & malign melanomas]	22	2,78	2,73	16,62	38,86	15,1	14,0	16	2,88	5,59	8,5	27,13	11,2	10,3
XII	Otras e inespecificos neoplasias malignas [Other & unspecified malignant neoplasms]	2	-	-	-	5,55	1,3	1,3	5	2,88	-	-	10,85	3,5	3,3
TOTAL		295					203,8	203,9	195					136,7	140,4

Cáncer infantil 2. Childhood cancer

Casos, incidencia 2.1 Cases, incidence

**Cáncer infantil en Quito, Cuenca,
Loja y Manabí 2.2 Childhood cancer in Quito, Cuenca,
Loja and Manabi**

CANCER EN NIÑOS Y JÓVENES DE 0 A 19 AÑOS EN QUITO, CUENCA, LOJA Y MANABÍ

CANCER IN CHILDREN AND YOUTH FROM 0 TO 19 YEARS IN QUITO, CUENCA, LOJA AND MANABÍ

Investigación:
“Rediseño de los registros de cáncer de base poblacional para el estudio de la situación de tratamiento y sobrevida”

Research:
“Redesign of population-based cancer registries to study the situation of treatment and survival”

Dra. Patricia Cueva
Médica epidemióloga
Directora del Registro Nacional de Tumores
SOLCA. Quito

Medical epidemiologist
Director of National Cancer Registry
SOLCA. Quito

Esta es una investigación motivada por la constatación de que el cáncer infantil en la ciudad de Quito, de acuerdo a los datos del Registro Nacional de Tumores, presenta tasas de incidencia similares a otras regiones del mundo y que los avances científicos en el manejo y tratamiento están garantizando altas tasas de curación. Frente a esta observación positiva, existe la evidencia de que en los países de mediano y bajo desarrollo el impacto de estas medidas no se ha producido en la misma magnitud. Las preguntas que surgen son múltiples y de trascendental importancia. Los niños ecuatorianos tienen acceso a un tratamiento adecuado?, cuántos niños abandonaron el tratamiento, cuántos sobrevivieron, cuáles son los grupos más afectados ?..

Respuestas fundamentales para la implementación de una política de control del cáncer inclusiva, que permita planificar el acceso económico, social y cultural de todos los niños y niñas al tratamiento científicamente óptimo que ellos demandan.

En este contexto, se desarrolló el Proyecto, que participó en el Concurso convocado por la Unión Internacional Contra el Cáncer UICC, a través del Programa “Mi niño ante todo”, y cuyos fondos tienen el soporte de Sanofi Spoir.

En junio del 2010 iniciamos el trabajo para generar un sistema de información científicamente consolidado que permita conocer la incidencia, mortalidad y la situación de tratamiento y sobrevida de los niños y jóvenes de 0 a 19 años diagnosticados de cáncer, inicialmente en la ciudad de Quito, y desde el 2011, en Cuenca, Loja y la provincia de Manabí durante el período 2004 – 2010.

El compromiso es continuar con este proceso, independientemente de los recursos del proyecto, porque los cambios y las políticas que se implementen para mejorar las condiciones de los niños con cáncer, solo podrán ser evaluados a través de este sistema de vigilancia epidemiológica.

This research is motivated by the observation that childhood cancer in the city of Quito, according to data from the National Cancer Registry, has similar incidence rates to other regions of the world and that scientific advances in the management and treatment are ensuring high cure rates. Given this positive note, there is evidence that in countries with medium and low development impact of these advances has not occurred to the same extent. The questions that arise are many and of great importance. Ecuadorian children have access to appropriate treatment?, how many children discontinued treatment?, how many survived?, which groups are most affected? ..

Fundamental responses to the implementation of an inclusive policy to control cancer, that allow us to plan the economic, social and cultural access for all children to get the scientifically optimal treatment they demand.

In this context, the Project, who participated in the competition organized by the International Union Against Cancer UICC, through the program “My Child Matters” and whose funds are supported by Sanofi Spoir developed.

In June 2010 we began the task of creating a system of scientifically consolidated information to help determine the incidence, mortality and survival status and treatment of children and youth from 0-19 years old diagnosed with cancer, initially in the city of Quito, and since 2011 in Cuenca, Loja and in Manabí province during the period 2004-2010.

The commitment is to continue this process, regardless of the project's budget, because changes and policies are implemented to improve the conditions of children with cancer, can only be evaluated through this surveillance system.

In this paper we make an overview of the cases by age, sex, diagnosis and geographic area of treatment. This allows us to appreciate the magnitude of the annual demand of the institutions in each region: Quito serves an

En esta publicación hacemos una descripción general de los casos según edad, sexo, diagnóstico y área geográfica de tratamiento. Esto nos permite apreciar la magnitud de la demanda anual que tienen las instituciones de cada Región: Quito atiende un promedio de 263 casos, de los cuales 165 casos, vienen de áreas fuera de Quito. Es más frecuente en hombres, (55%) El grupo de edad más afectado es el de 0 a 4 años, que concentran el 33% de la casuística,

En la ciudad de Quito, el 72% de los casos son atendidos en el Hospital Baca Ortiz y en el Hospital Oncológico de Solca. Quito. Menos del 10% de los casos reciben tratamiento en el sector privado (2,8% + 7% de Otros) .

Uno de los aportes más interesantes de este trabajo constituye el porcentaje de abandono de tratamiento. Estudios similares realizados en Cali Colombia, muestran un 35% de abandono, mientras en el Hospital St. Jude de los Estados Unidos el Abandono es prácticamente inexistente. Quito tiene un porcentaje de abandono del 27%. Sin embargo hay amplias diferencias según el establecimiento de tratamiento. Constituye un reto impostergable cambiar esta realidad.

Finalmente, se presentan por primera vez tasas de sobrevivencia en la ciudad de Quito. La sobrevivencia global de 0 a 19 años está alrededor del 62%. Sin embargo el grupo de 15 a 19 años, al tener un perfil oncológico compartido entre niños y adultos y en el que se incorporan porcentajes importantes de tumores epiteliales, hace indispensable establecer tasas de sobrevivencia exclusivamente en el grupo de 0 a 14 años en el que esperaríamos un mejoramiento importante de la sobrevivencia, los resultados muestran una ligera elevación, aproximadamente 65% y cuando hacemos solamente en los casos diagnosticados de Leucemia Linfocítica Aguda, enfermedad de alta incidencia y buen pronóstico, el incremento es también pequeño (66%).

El trabajo presentado, deja compromisos por cumplir, como son: la exploración a profundidad de todas las variables de la investigación y ponerlo a discusión con los hacedores de la política y los médicos directamente involucrados en el destino de sus pacientes, en segundo lugar: mantener este sistema de información en el tiempo y profundizar en los factores que producen inequidad en la atención de los niños con cáncer, solo su permanencia permitirá evaluar las acciones y cuantificar los objetivos, finalmente extenderlo a otras zonas del país, como la ciudad de Guayaquil.

Estamos convencidos que es factible mejorar de manera significativa las tasas de curación, si se adoptan ajustes en los modelos de atención, así como en la organización de los servicios, dotación, talento humano y tecnología.

El sueño que nos anima a todos los involucrados en el manejo del cáncer en niños, es que todos tengan el mejor tratamiento, y la accesibilidad técnica y económica que ello demanda.

average of 263 cases, of which 165 cases come from areas outside of Quito. It is more common in men (55%) The most affected age group is from 0 to 4 years, which account for 33% of all cases,

In Quito, 72% of cases are treated in the Baca Ortiz Hospital and Cancer Hospital Solca. Quito. Less than 10% of cases treated in the private sector (2.8% + 7% Others).

One of the most interesting contributions of this work is the treatment dropout. Similar studies performed in Cali Colombia, show a 35% of patients dropout, while St. Jude Hospital in the United States Abandonment is virtually nonexistent. Quito has a dropout rate of 27%. However there are wide differences by treatment facility. It is an urgent challenge to change this reality.

Finally, for the first time survival rates in the city of Quito are presented. Overall survival from 0 to 19 years is about 62%. However, the group of 15 to 19 years, having shared a cancer profile among children and adults and in which significant percentages of epithelial tumors are incorporated, make it essential to establish survival rates only in the group of 0-14 years from which we can expect a significant improvement in survival, the results show a slight increase, about 65%, and when we do it only in cases diagnosed with Acute Lymphocytic Leukemia, a disease of high incidence and good prognosis, the increase is too small (66%).

The work presented leaves commitments to fulfill, such as: in-depth exploration of all the variables of the research and put it up for discussion with policy makers and physicians directly involved in the fate of their patients, second: keep this information system in time and delve into the factors that produce inequality in the care of children with cancer, only its permanence will assess the actions and quantify targets, eventually extend it to other areas of the country, as the city of Guayaquil.

We believe that it is possible to significantly improve cure rates, if adjustments are made in the models of care, as well as the organization of services, staffing, human talent and technology.

The dream that encourages all those involved in the management of cancer in children is that everyone has the best treatment, and the technical and economical accessibility to this demand.

TABLA / TABLE 54

**CÁNCER EN LA NIÑEZ EN QUITO, CUENCA, LOJA Y MANABÍ
SEGÚN GRUPO DE EDAD Y SEXO 0 A 19 AÑOS. 2004-2010
CHILDHOOD CANCER IN QUITO, CUENCA LOJA Y MANABÍ
ACCORDING TO SEX AND AGE GROUP 0-19 YEARS. 2004-2010**

Grupo Edad/Age group	Hombres/males		Mujeres/females		Total	
	N	%	N	%	N	%
<1	74	4,7	72	5,5	146	5,1
1-4	432	27,6	371	28,4	803	28
5-9	318	20,3	251	19,2	569	19,8
10-14	306	19,6	264	20,2	570	19,9
15-19	433	27,7	347	26,6	780	27,2
Total	1563	100	1305	100	2868	100

Fuente: Proyecto Mi niño ante todo
Source: My child matters project

TABLA / TABLE 55

**CÁNCER EN LA NIÑEZ QUITO, CUENCA, LOJA
Y MANABÍ SEGÚN DIAGNÓSTICO (CICI)
0-19 AÑOS. 2004-2010
CHILDHOOD CANCER IN QUITO, CUENCA LOJA Y
MANABÍ ACCORDING TO DIAGNOSTIC (ICCC)
0-19 YEARS. 2004-2010**

Grupo CICI	Frecuencia Freq.	Porcentaje Percent %
I. Leucemias enf mieoloproliferativa y	1116	38,9
II. Linfomas y neoplasias	365	12,7
III. SNC neopl.miscelaneas intra	290	10,1
IV. Neuroblastoma otro tum.células	38	1,3
V. Retinoblastoma	132	4,6
VI. Tumores Renales	98	3,4
VII. Tumores hepáticos	69	2,4
VIII. Tumores de Hueso	175	6,1
IX. Tejidos Blandos y sarcomas extra	147	5,1
X. Tum.cél.germ tum.trofoblásticos	175	6,1
XI. Neoplasias epiteliales y melanomas	172	6
XII. Otras e inespecíficos neoplasias	91	3,2
Total	2868	100

Fuente: Proyecto Mi niño ante todo
Source: My child matters project

TABLA / TABLE 56

**CÁNCER EN LA NIÑEZ SEGÚN LOCALIDAD
0-19 AÑOS. 2004-2010
CHILDHOOD CANCER ACCORDING LOCALITY
0-19 YEARS. 2004-2010**

Localidad Locality	Número Number	Promedio anual Annual average	Porcentaje Percent
Quito	1842	263	64,2
Cuenca	453	65	15,8
Manabí	378	54	13,2
Loja	195	28	6,8
Total	2868		100

Fuente: Proyecto Mi niño ante todo
Source: My child matters project

TABLA / TABLE 57
CASOS SEGÚN ESTABLECIMIENTO
0-19 AÑOS. QUITO. 2004-2010
CASES BY HOSPITAL
0-19 YEARS. QUITO. 2004-2010

ESTABLECIMIENTO	N°	%
H Baca Ortiz	669	36,3
Solca Quito	661	35,9
H E Espejo	124	6,7
Cruz Roja	80	4,3
H.CAM	39	2,1
H. Metropolitano	51	2,8
H. Fuerzas Armadas	37	2
Defunciones	16	0,9
Otros	165	9
Total		100

Fuente: Proyecto Mi niño ante todo
 Source: My child matters project

TABLA / TABLE 58
CASOS SEGÚN ABANDONO DE TRATAMIENTO POR ESTABLECIMIENTO. QUITO. 2004-2010
CASES BY TREATMENT ABANDONMENT ACCORDING HOSPITAL. QUITO 2004-2010

	Abandono/ abandonment		No abandono/ not abandonment		Total
	N°	%	N°	%	N°
H. Baca Ortiz	240	35,9	429	64,1	669
Solca Quito	117	17,7	544	82,3	661
H. E. Espejo	41	33,1	83	66,9	124
Cruz Roja	41	51,3	39	48,8	80
HCAM	14	35,9	25	64,1	39
H. Metropolitano	18	35,3	33	64,7	51
Hospital FF AA	9	24,3	28	75,7	37
Defunciones	0	0	16	100	16
Otros	22	13,3	143	86,7	165
Total	502	27,3	1340	72,7	1842

GRÁFICO / FIGURE 122A

SUPERVIVENCIA GLOBAL NIÑOS 0-19 AÑOS ATENDIDOS EN QUITO. 2004-2010
GLOBAL SURVIVAL CHILDREN 0-19 YEARS TREATED IN QUITO 2004-2010

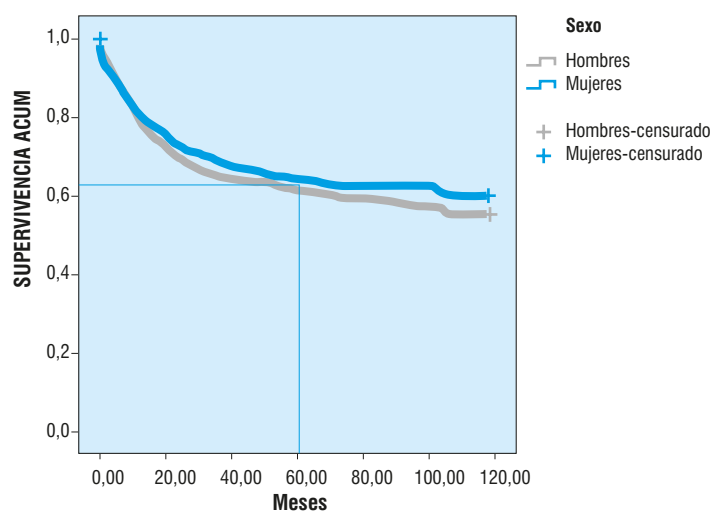


GRÁFICO / FIGURE 122B

SUPERVIVENCIA GLOBAL NIÑOS 0-14 AÑOS ATENDIDOS EN QUITO. 2004-2010
GLOBAL SURVIVAL CHILDREN 0-14 YEARS TREATED IN QUITO 2004-2010

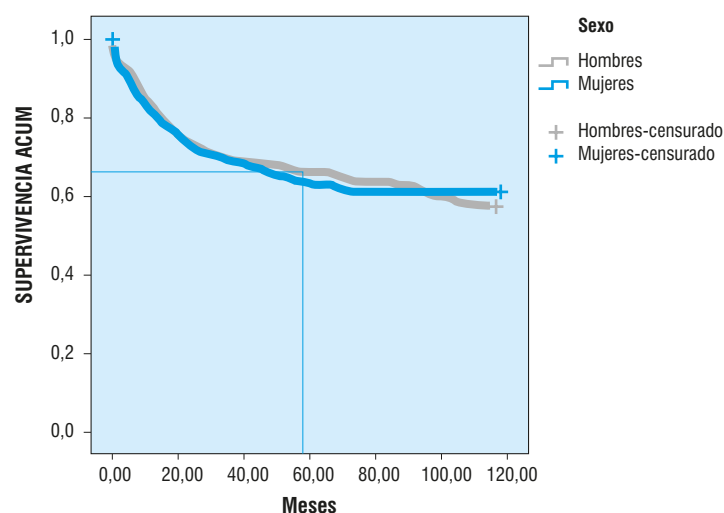
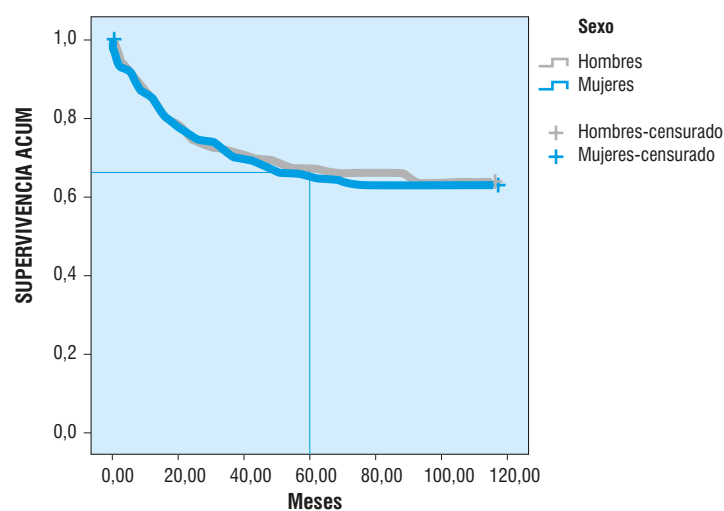


GRÁFICO / FIGURE 122C

SUPERVIVENCIA LEUCEMIA LINFOCITICA AGUDA NIÑOS 0-19 AÑOS ATENDIDOS EN QUITO. 2004-2010
SURVIVAL ACUTE LYMPHOCYTIC LEUKEMIA 0-19 YEARS TREATED IN QUITO 2004-2010



Todos los casos diagnosticados en Quito **3. All cases diagnosed in Quito**

Todos los casos diagnosticados en Quito **3. All cases diagnosed in Quito**

De interés clínico **3.1 Of clinical Interest**

Análisis por hospitales **3.2 Analysis by hospitals**

INTRODUCCIÓN

INTRODUCTION

En esta sección presentamos la información correspondiente a todos los casos diagnosticados de cáncer en la ciudad de Quito, independientemente de la residencia habitual.

Aproximadamente el 48,5% de los casos detectados en Quito corresponde a pacientes que habitan en otras áreas geográficas del país. Desde el punto de vista administrativo esta información es muy importante pues permite conocer la demanda de los servicios de salud en oncología y su tendencia en el tiempo, lo que permitirá hacer una planificación adecuada, oportuna y de impacto.

Para el período 2006-2010 se diagnosticaron 30.935 casos nuevos, se incluyen en este grupo los 15.938 casos de residentes en Quito.

Este capítulo se divide en 2 secciones. En la primera presentamos tablas que muestran la distribución de los tumores por localización topográfica, por sexo, por edad y por diagnóstico histopatológico.

En la segunda parte, profundizamos en la casuística de los hospitales con mayor número de casos oncológicos.

Presentamos para cada hospital: el número de casos por año de diagnóstico y grupos de edad, la tendencia entre 1986 y el 2010, las cinco localizaciones más frecuentes en hombres y en mujeres y el nivel de instrucción de los pacientes atendidos.

Los establecimientos de salud, de la ciudad de Quito, de los cuales se ofrece esta información son:

- Hospital Oncológico Solón Espinosa Ayala (Solca)
- Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM)
- Hospital Eugenio Espejo (HEE)
- Hospital General de las Fuerzas Armadas (HFA)
- Hospital Metropolitano
- Hospital Vozandes
- Hospital Baca Ortiz (HBO)
- Hospital de la Policía Nacional
- Hospital Enrique Garcés (HEG)
- Hospital Pablo Arturo Suárez (HPAS)

In this section we present information corresponding to all the diagnosed cases of cancer in the city of Quito, independently of the habitual residence.

Approximately 46% of the cases detected in Quito correspond to patients who live in other geographic areas of the country. From the administrative point of view it is a very important contribution to know the global demands of services of health in oncology and its behavior over time.

For period 2006-2010, 30.935 new cases were diagnosed; include in this group the 15.938 cases of residents in Quito.

This chapter is divided into 2 sections. At first we present tables that show the distribution of tumors by topographic location, sex, age and histopathological diagnosis.

In the second section, we analyze some characteristics of the cases in hospitals with higher numbers of cancer cases.

We presented, for the main establishments of the city, the number of cases per year of diagnosis and groups of age, the tendency between 1986 and the 2010, the five more frequent locations in men and women and the level of instruction of the patients.

Health establishments in the city of Quito, from which this information is offer, are:

- Ontological Hospital Solón Espinosa Ayala (Solca)
- Carlos Andrade Marín Hospital (HCAM)
- Eugenio Espejo Hospital (HEE)
- General Hospital of the Armed Forces (HFA)
- Metropolitano Hospital
- Vozandes Hospital
- Baca Ortiz Hospital (HBO)
- The National Police Hospital
- Enrique Garcés Hospital (HEG)
- Pablo Arturo Suarez Hospital (HPAS)

TABLA / TABLE 59

**TUMORES MALIGNOS SEGÚN LOCALIZACIÓN TOPOGRÁFICA POR SEXO
DIAGNOSTICADOS EN QUITO. RESIDENTES Y NO RESIDENTES. 2006-2010**

MALIGNANT TUMOURS BY SITE AND SEX. DIAGNOSED IN QUITO. RESIDENTS AND NOT RESIDENTS. 2006-2010

CIE-10 ICD-10	LOCALIZACIÓN site	HOMBRES / MALES		MUJERES / FEMALES		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
C00	LABIO / lip	1	-	1	-	2	0,0
C01-C02	LENGUA / tongue	37	0,2	44	0,2	81	0,2
C03-C06	BOCA / mouth	37	0,2	46	0,3	83	0,3
C07-C08	GLANDULAS SALIVALES / salivary glands	54	0,3	51	0,3	105	0,3
C09	AMIGDALA / tonsil	18	0,1	8	-	26	0,1
C10	OROFARINGE / oropharynx	2	-	-	-	2	0,0
C11	NASOFARINGE / nasopharynx	7	0,1	6	-	13	0,0
C12-C13	HIPOFARINGE / hypopharynx	1	-	1	-	2	0,0
C14	OTR. Y MAL DEF. LABIO. BOCA. FARINGE / other. ill def. in lip.mouth.pharynx	6	-	6	-	12	0,0
C15	ESOFAGO / oesophagus	175	1,3	55	0,3	230	0,7
C16	ESTOMAGO / stomach	1555	11,2	1134	6,7	2689	8,7
C17	INTESTINO DELGADO / small intestine	54	0,4	71	0,4	125	0,4
C18	COLON / colon	406	2,9	527	3,1	933	3,0
C19-C20	RECTO / rectum	274	1,9	281	1,7	555	1,8
C21	ANO Y CONDUCTO ANAL / anus and anal canal	13	0,1	77	0,5	90	0,3
C22	HIGADO Y COND.BILIARES INTRAHEP. / liver & intrahepatic bile ducts	276	2,0	278	1,6	554	1,8
C23-C24	VESICULA BILIAR ETC. / gallbladder etc.	230	1,6	414	2,5	644	2,1
C25	PANCREAS / pancreas	144	1,0	194	1,1	338	1,1
C30-C31	NARIZ Y SENOS PARANASALES / nose, sinuses etc.	45	0,3	51	0,3	96	0,3
C32	LARINGE / larynx	107	0,8	16	0,1	123	0,4
C33-C34	TRAQUEA, BRONQUIOS, PULMON / trachea, bronchus and lung	448	3,2	402	2,4	850	2,7
C37-C38	OTROS ORGANOS TORACICOS / other thoracic organs	33	0,2	14	0,1	47	0,1
C40-C41	HUESO / bone	131	0,9	100	0,5	231	0,7
C43	MELANOMAS PIEL / melanoma of skin	247	1,8	278	1,6	525	1,7
C44	OTROS DE PIEL / other skin	2179	15,7	2384	14,0	4563	14,8
C45	MESOTELIOMA / mesothelioma	13	0,1	17	0,1	30	0,1
C46	SARCOMA DE KAPOSÍ / kaposi sarcoma	43	0,3	11	0,1	54	0,2
C47 y C49	TEJIDO CONECTIVO Y TEJIDO BLANDO / connective and soft tissue	249	1,8	227	1,4	476	1,6
C50	MAMA / breast	35	0,3	2612	15,3	2647	8,6
C51	VULVA / vulva	-	-	57	0,3	57	0,2
C52	VAGINA / vagina	-	-	31	0,2	31	0,1
C53	CUELLO DE UTERO / cervix uteri	-	-	2023	11,9	2023	6,5
C54	CUERPO DEL UTERO / corpus uteri	-	-	329	1,9	329	1,1
C55	UTERO. SAI / uterus nos	-	-	74	0,4	74	0,2
C56	OVARIO / ovary	-	-	507	3,0	507	1,6
C57	O.ORG.GENITALES FEM.Y NO ESPEC. / other & unspecif. fem. genital organ	-	-	8	-	8	0,0
C58	PLACENTA / placenta	-	-	41	0,2	41	0,1
C60	PENE / penis	88	0,6	-	-	88	0,3
C61	GLANDULA PROSTATICA / prostate gland	3094	22,3	-	-	3094	10,0
C62	TESTICULO / testis	392	2,8	-	-	392	1,3
C63	OTROS ORG. GENIT. MASC. Y NO ESPECIF / other & unspecif. male genital organ	5	-	-	-	5	0,0

CIE-10 ICD-10	LOCALIZACIÓN site	HOMBRES / MALES		MUJERES / FEMALES		TOTAL	
		N°	%	N°	%	N°	%
C64	RIÑÓN / kidney	247	1.8	187	1.1	434	1,4
C65	PELVIS RENAL / renal pelvis	7	0.1	5	-	12	0,0
C66	URETER / ureter	3	-	-	-	3	0,0
C67	VEJIGA / bladder	330	2.4	144	0.8	474	1,5
C68	OTROS ORG. URINARIOS Y NO ESPECIFIC. / other & unspecified urinary organs	2	-	6	-	8	0,0
C69	OJO Y ANEXOS / eye & adnexa	77	0.6	80	0.5	157	0,5
C70-C72	CEREBRO / brain, nervous system	353	2,6	310	1,8	663	2,2
C73	GLANDULA TIROIDES / thyroid gland	280	2.0	1827	10.7	2107	6,8
C74	GLANDULA SUPRARRENAL / adrenal gland	10	0.1	11	0.1	21	0,1
C75	OTROS ENDOCRINOS / other endocrine	6	-	4	-	10	0,0
C81	LINFOMA HODGKIN / hodgkin lymphoma	107	0.8	87	0.5	194	0,6
C82-C85, C96	LINFOMA NO HODGKIN / non-Hodgkin lymphoma	844	6,2	831	5	1675	5,4
C88	ENFERMEDAD INMUNOPROLIFERATIVA / immunoproliferative diseases	1	-	-	-	1	0,0
C90	MIELOMA MULTIPLE / multiple myeloma	162	1.2	115	0.7	277	0,9
C91	LEUCEMIA LINFOIDE / lymphoid leukaemia	400	2.9	334	2.0	734	2,4
C92-C94	LEUCEMIA MIELOIDE / myeloid leukaemia	257	1,8	229	1,3	486	1,5
C95	LEUCEMIA INESPECIFICADA / leukaemia unspecified	32	0.2	22	0.1	54	0,2
MPD	DESORDENES MIELOPROLIFERATIVOS / myeloproliferative disorders	9	0.1	17	0.1	26	0,1
MDS	SINDROMES MIELODISPLASICOS / myelodysplastic syndromes	31	0.2	20	0.1	51	0,2
OTROS E INESPECIFICADOS / other and unspecified		335	2,5	438	2,6	773	2,4
TODOS LOS SITIOS / all sites		13892	100	17043	100	30935	100,0

TABLA / TABLE 60

TUMORES MALIGNOS SEGÚN LOCALIZACIÓN TOPOGRÁFICA POR GRUPOS DE EDAD, DIAGNOSTICADOS EN QUITO
RESIDENTES Y NO RESIDENTES. 2006 - 2010. HOMBRES
MALIGNANT TUMOURS BY SITE AND AGE GROUP, DIAGNOSED IN QUITO RESIDENTS AND NOT RESIDENTS. 2006 - 2010. MALES

CIE-10 ICD-10	LOCALIZACIÓN SITE	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75+	Desc Unk	Total
C00	LABIO / lip	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
C01-C02	LENGUA / tongue	-	-	-	-	-	1	2	2	3	3	4	2	5	3	2	9	1	37
C03-C06	BOCA / mouth	-	-	-	-	-	1	1	3	2	3	3	5	7	4	5	3	-	37
C07-C08	GLANDULAS SALIVALES / salivary glands	-	-	-	-	1	1	-	4	3	4	5	4	10	4	7	9	2	54
C09	AMIGDALA / tonsil	-	-	-	-	-	-	1	1	2	2	3	6	1	-	2	-	-	18
C10	OROFARINGE / oropharynx	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2
C11	NASOFARINGE / nasopharynx	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	1	-	1	2	-	7
C12-C13	HIPOFARINGE / hypopharynx	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
C14	OTR. Y MAL DEF LABIO, BOCA, FARINGE / other, ill def. in lip, mouth, pharynx	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	2	-	-	1	-	2	-	6
C15	ESOFAGO / oesophagus	-	-	-	-	1	-	-	-	5	7	8	11	13	21	26	81	2	175
C16	ESTOMAGO / stomach	-	-	-	-	10	8	24	36	68	96	120	160	167	206	213	428	19	1555
C17	INTESTINO DELGADO / small intestine	-	-	-	-	1	1	-	1	3	6	10	5	7	5	3	12	-	54
C18	COLON / colon	-	-	-	2	4	6	10	15	17	20	32	41	49	46	56	101	7	406
C19-C20	RECTO / rectum	-	1	1	2	1	11	8	7	12	14	18	36	34	32	31	65	1	274
C21	ANO Y CONDUCTO ANAL / anus and anal canal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	-	2	1	2	5	-	13
C22	HIGADO Y COND.BILIARES INTRAHEP / liver & intrahepatic bile ducts	13	8	1	1	1	3	3	4	11	9	12	18	31	36	43	78	4	276
C23-C24	VESICULA BILIAR ETC. / gallbladder etc.	-	-	1	1	1	4	-	1	6	17	20	17	21	30	23	83	5	230
C25	PANCREAS / pancreas	-	-	-	-	2	2	1	1	1	5	11	15	16	21	21	50	-	144
C30-C31	NARIZ Y SENOS PARANASALES / nose, sinuses etc.	-	-	-	2	-	-	2	-	3	7	3	3	4	6	2	13	-	45
C32	LARINGE / larynx	-	-	-	-	-	-	-	1	3	6	6	7	21	12	16	35	-	107
C33-C34	TRAQUEA, BRONQUIOS, PULMON / trachea, bronchus and lung	-	-	-	1	2	4	5	7	11	9	29	44	45	76	65	146	4	448
C37-C38	OTROS ORGANOS TORACICOS / other thoracic organs	1	2	-	2	8	5	2	1	2	1	-	1	1	1	1	5	-	33
C40-C41	HUESO / bone	2	7	23	32	15	11	5	4	1	5	5	1	2	5	5	5	3	131
C43	MELANOMAS PIEL / melanoma of skin	2	-	2	1	-	3	3	4	11	17	16	27	30	26	34	65	6	247
C44	OTROS DE PIEL / other skin	1	5	5	4	11	15	27	36	71	103	133	197	244	232	285	676	134	2179
C45	MESOTELIOMA / mesothelioma	-	-	-	-	1	1	1	-	1	-	1	3	-	2	1	2	-	13
C46	SARCOMA DE KAPOSI / kaposi sarcoma	-	-	-	-	2	5	6	4	2	3	1	1	5	1	3	10	-	43
C47 y C49	TEJIDO CONECTIVO Y TEJIDO BLANDO / connective and soft tissue	8	8	5	13	10	15	17	11	17	22	25	20	10	17	19	27	5	249
C50	MAMA / breast	-	-	-	-	2	-	1	2	3	2	3	4	4	5	-	6	3	35
C60	PENE / penis	-	-	-	-	1	1	3	3	7	7	13	5	7	12	6	20	3	88
C61	GLANDULA PROSTATICA / prostate gland	-	-	-	-	-	-	2	-	9	36	87	217	407	525	552	1178	81	3094
C62	TESTICULO / testis	18	2	-	34	63	81	72	43	27	19	8	5	4	7	2	4	3	392
C63	OTROS ORG. GENIT. MASC. Y NO ESPECIF / other & unspecif. male genital organ	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	1	-	5

C64	RIÑÓN / kidney	21	6	-	1	1	2	4	3	8	9	29	33	27	36	29	36	2	247
C65	PELVIS RENAL / renal pelvis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1	4	-	7
C66	URETER / ureter	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-	3
C67	VEJIGA / bladder	1	-	-	-	1	2	6	7	10	9	19	22	33	42	44	128	6	330
C68	OTROS ORG. URINARIOS Y NO ESPECÍFIC. / other & unspecified urinary organs	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	2
C69	OJO Y ANEXOS / eye & adnexa	33	2	1	-	-	5	2	1	4	3	1	-	5	1	4	11	4	77
C70-C72	CEREBRO / brain, nervous system	23	25	20	23	19	24	19	27	26	27	21	15	22	13	19	16	5	344
C73	GLANDULA TIROIDES / thyroid gland	-	-	1	5	12	22	24	26	28	38	35	19	20	10	12	25	3	280
C74	GLANDULA SUPRARRENAL / adrenal gland	3	-	-	-	-	-	1	-	1	2	1	-	-	-	1	-	1	10
C75	OTROS ENDOCRINOS / other endocrine	1	1	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
C81	LINFOMA HODGKIN / hodgkin lymphoma	6	13	5	6	9	7	6	6	7	3	9	9	4	3	7	6	1	107
C82-C85, C96	LINFOMA NO HODGKIN / non-Hodgkin lymphoma	15	14	20	19	21	21	39	35	36	45	80	80	96	81	101	134	7	844
C88	ENFERMEDAD IMMUNOPROLIFERATIVA / immunoproliferative diseases	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
C90	MIELOMA MULTIPLE / multiple myeloma	-	-	1	-	1	1	2	2	8	14	17	25	28	24	10	28	1	162
C91	LEUCEMIA LINFOIDE / lymphoid leukaemia	74	65	48	46	24	11	5	10	8	4	8	16	13	16	17	33	2	400
C92-C94	LEUCEMIA MIELOIDE / myeloid leukaemia	11	5	17	22	16	14	9	10	21	19	20	17	12	14	13	35	2	257
C95	LEUCEMIA INESPECIFICADA / leukaemia unspecified	3	2	2	-	4	6	1	-	1	-	-	1	4	2	1	5	-	32
MPD	DESORDENES MIELOPROLIFERATIVOS / myeloproliferative disorders	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1	-	2	1	-	1	1	1	9
MDS	SINDROMES MIELODISPLASICOS / myelodysplastic syndromes	2	1	1	1	1	1	-	1	5	1	1	3	2	1	1	8	1	31
	OTROS E INESPECIFICADOS / other and unspecified	4	-	-	2	4	8	6	6	10	19	22	35	40	44	48	73	14	335
TODOS LOS SITIOS / all sites		242	168	156	223	251	304	321	328	476	620	846	1136	1457	1625	1740	3666	333	13892

TABLA / TABLE 61

**TUMORES MALIGNOS SEGÚN LOCALIZACIÓN TOPOGRÁFICA POR GRUPOS DE EDAD
DIAGNOSTICADOS EN QUITO RESIDENTES Y NO RESIDENTES. 2006-2010. MUJERES**

MALIGNANT TUMOURS BY SITE AND AGE GROUP. DIAGNOSED IN QUITO RESIDENTS AND NOT RESIDENTS. 2006-2010. FEMALES

CIE-10 ICD-10	LOCALIZACIÓN SITE	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75+	Desc Unk	Total
C00	LABIO / lip	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
C01-C02	LENGUA / tongue	-	-	-	-	1	-	3	-	3	4	5	8	2	3	3	12	-	44
C03-C06	BOCA / mouth	-	-	1	-	2	1	-	1	5	4	1	6	4	2	7	11	1	46
C07-C08	GLANDULAS SALIVALES / salivary glands	-	-	-	-	4	5	2	4	5	3	8	2	1	1	6	9	1	51
C09	AMIGDALA / tonsil	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	-	1	2	2	-	-	8
C11	NASOFARINGE / nasopharynx	-	-	-	-	2	-	-	1	-	-	1	1	-	-	1	-	-	6
C12-C13	HIPOFARINGE / hypopharynx	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
C14	OTR. Y MAL DEF. LABIO, BOCA, FARINGE / other. ill def. in lip,mouth,pharynx	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	1	-	1	1	6
C15	ESOFAGO / Oesophagus	-	-	-	1	-	-	-	2	1	3	2	4	5	6	10	20	1	55
C16	ESTOMAGO / stomach	-	-	2	4	7	13	35	52	68	68	83	98	109	130	127	326	12	1134
C17	INTESTINO DELGADO / small intestine	-	-	-	-	-	-	-	-	3	8	10	8	10	6	10	16	-	71
C18	COLON / colon	-	-	-	2	4	10	10	24	18	23	61	48	53	56	51	160	7	527
C19-C20	RECTO / rectum	-	-	1	2	2	4	10	18	19	17	22	29	32	21	32	68	4	281
C21	ANO Y CONDUCTO ANAL / anus and anal canal	-	-	-	-	1	2	1	1	2	2	8	5	10	17	12	16	-	77
C22	HIGADO Y COND.BILIARES INTRAHEP. / liver & intrahepatic bile ducts	12	-	-	-	1	-	2	3	7	17	9	24	34	31	40	97	1	278
C23-C24	VESICULA BILIAR ETC. / gallbladder etc.	-	-	-	-	1	3	3	9	12	22	23	44	37	68	52	132	8	414
C25	PANCREAS / pancreas	-	-	-	1	1	4	1	3	3	2	14	14	20	28	23	79	1	194
C30-C31	NARIZ Y SENOS PARANASALES / nose, sinuses etc.	1	-	-	1	-	1	3	2	1	7	2	2	6	6	4	15	-	51
C32	LARINGE / larynx	-	-	-	-	-	2	-	2	1	2	-	1	2	1	4	1	-	16
C33-C34	TRAQUEA, BRONQUIOS, PULMON / trachea, bronchus and lung	-	-	-	-	3	8	4	13	16	23	27	38	50	46	51	121	2	402
C37-C38	OTROS ORGANOS TORACICOS / other thoracic organs	1	-	-	-	-	-	1	2	-	-	1	2	3	1	-	3	-	14
C40-C41	HUESO / bone	5	5	14	10	9	2	8	5	1	3	6	11	3	3	4	7	4	100
C43	MELANOMAS PIEL / melanoma of skin	-	1	-	1	3	4	15	5	10	20	27	29	22	26	31	77	7	278
C44	OTROS DE PIEL / other skin	1	1	-	6	10	25	39	48	85	130	144	166	213	232	286	868	130	2384
C45	MESOTELIOMA / mesothelioma	-	-	-	-	-	1	-	2	-	3	-	2	1	1	3	4	-	17
C46	SARCOMA DE KAPOSI / kaposi sarcoma	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	1	1	2	-	-	5	-	11
C47 y C49	TEJIDO CONECTIVO Y TEJIDO BLANDO / connective and soft tissue	9	3	8	12	9	21	17	12	15	12	22	23	12	15	10	24	3	227
C50	MAMA / breast	-	-	-	2	6	27	86	175	283	369	400	360	253	197	156	275	23	2612
C51	VULVA / vulva	-	-	-	-	1	-	1	-	1	4	2	4	4	4	11	24	1	57
C52	VAGINA / vagina	-	-	-	-	1	-	-	1	1	-	5	2	7	3	1	10	-	31
C53	CUELLO DE UTERO / cervix uteri	-	-	-	-	13	71	119	207	248	235	219	193	169	196	140	201	12	2023
C54	CUERPO DEL UTERO / corpus uteri	-	-	-	-	-	3	6	12	23	24	41	46	53	52	27	32	10	329
C55	UTERO, SAI / uterus nos	-	-	-	-	-	-	2	3	7	8	7	5	5	6	5	26	-	74

C56	OVARIO / ovary	-	5	5	13	11	26	13	20	33	68	59	68	45	35	46	53	7	507
C57	O.ORG.GENITALES FEM.Y NO ESPEC. / other & unspecif. fem. genital organ	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	4	2	1	-	-	8
C58	PLACENTA / placenta	-	-	-	2	10	5	6	9	1	4	1	1	-	1	-	-	1	41
C64	RIÑÓN / kidney	17	2	-	-	-	1	5	3	8	12	28	15	22	23	20	30	1	187
C65	PELVIS RENAL / renal pelvis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	3	-	5
C67	VEJIGA / bladder	-	-	-	-	-	-	3	3	3	4	11	26	12	16	23	37	6	144
C68	OTROS ORG. URINARIOS Y NO ESPECIFIC. / other & unspecified urinary organs	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	2	-	3	-	6
C69	OJO Y ANEXOS / eye & adnexa	37	3	-	1	-	1	-	5	2	1	1	2	1	5	5	14	2	80
C70 - C72	CEREBRO / brain	19	31	21	10	17	17	27	18	23	25	17	15	25	8	12	17	8	310
C73	GLANDULA TIROIDES / thyroid gland	-	-	9	17	81	116	148	192	221	244	213	192	117	81	59	95	42	1827
C74	GLANDULA SUPRARRENAL / adrenal gland	2	4	1	-	-	-	-	2	-	-	1	-	-	-	1	-	-	11
C75	OTROS ENDOCRINOS / other endocrine	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2	-	1	-	-	-	-	-	4
C81	LINFOMA HODGKIN / hodgkin lymphoma	5	3	8	12	8	7	6	7	3	4	1	4	4	3	5	6	1	87
C82-C85, C96	LINFOMA NO HODGKIN / non-Hodgkin lymphoma	16	13	9	23	17	29	32	31	45	55	74	59	75	76	80	188	9	831
C90	MIELOMA MULTIPLE / multiple myeloma	-	-	-	1	-	-	-	2	2	10	15	13	21	21	11	17	2	115
C91	LEUCEMIA LINFOIDE / lymphoid leukaemia	82	46	31	26	14	8	5	11	14	15	8	9	11	18	10	24	2	334
C92-C94	LEUCEMIA MIELOIDE / myeloid leukaemia	10	2	18	13	17	10	15	17	10	9	13	15	17	14	9	39	1	229
C95	LEUCEMIA INESPECIFICADA / leukaemia unspecified	4	1	-	-	2	2	1	1	3	-	-	2	1	3	-	2	-	22
MPD	DESORDENES MIELOPROLIFERATIVOS / myeloproliferative disorders	-	1	-	1	4	-	-	1	1	2	-	1	2	-	-	4	-	17
MDS	SINDROMES MIELODISPLASICOS / myelodysplastic syndromes	1	2	-	-	-	-	-	-	1	2	1	3	2	-	3	5	-	20
	OTROS E INESPECIFICADOS / other and unspecified	1	1	2	5	7	2	7	11	21	34	48	32	45	57	45	109	11	438
	TODOS LOS SITIOS / all sites	223	124	130	166	269	432	638	943	1230	1506	1643	1636	1528	1527	1439	3287	322	17043

GRÁFICO / FIGURE 62

**TUMORES MALIGNOS SEGÚN LOCALIZACIÓN TOPOGRÁFICA
DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO Y SEXO RESIDENTES Y NO RESIDENTES DIAGNOSTICADOS EN QUITO. 2006-2010
MALIGNANT TUMOURS BY SITE, HISTOLOGICAL DIAGNOSTIC AND SEX. DIAGNOSED IN QUITO. 2006-2010**

CIE-O ICDO	LOCALIZACIÓN TOPOGRÁFICA (SITE)	DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO (HISTOLOGIC DIAGNOSIS)	FEMENINO (female)		MASCULINO (male)		Total	
			No.	%	No.	%	No.	%
C00	LABIO / (lip) (squamous cell neoplasms)	805-808 NEOPLASIA DE CELULAS ESCAMOSAS	1	0.0	1	0.0	2	66,7
		973 TUMORES DE CELS PLASMATICAS (plasma cell tumors)	1	0.0	0	0.0	1	33,3
		Total	2	0.0	1	0.0	3	100
C01	BASE DE LA LENGUA (base of tongue)	801-804 NEOPLASIAS EPITELIALES SAI (epithelial neoplasms nos)	0	0.0	1	0.0	1	9,1
		805-808 NEOPLASIA DE CELULAS ESCAMOSAS (squamous cell neoplasms)	3	0.0	4	0.0	7	63,6
		814-838 ADENOMAS Y ADENOCARCINOMAS (adenomas and adenocarcinomas)	1	0.0	1	0.0	2	18,2
		967-969 LINFOMAS DE CELULAS B MADURAS (mature b-cell lymphomas)	1	0.0	0	0.0	1	9,1
		Total	5	0.0	6	0.0	11	100
C02	OTRAS PARTES LENGUA Y NO ESPECIFIC (other & unspecified parts of tongue)	800 NEOPLASIAS SAI (neoplasms nos)	0	0.0	1	0.0	1	1,3
		801-804 NEOPLASIAS EPITELIALES SAI (epithelial neoplasms nos)	1	0.0	1	0.0	2	2,6
		805-808 NEOPLASIA DE CELULAS ESCAMOSAS (squamous cell neoplasms)	34	0.2	25	0.2	59	77,6
		814-838 ADENOMAS Y ADENOCARCINOMAS (adenomas and adenocarcinomas)	2	0.0	2	0.0	4	5,3
		855 NEOPLASIAS DE CELULAS ACINOSAS (acinar cell neoplasms)	1	0.0	0	0.0	1	1,3
		856-857 NEOPLASIAS EPITELIALES COMPLEJAS (complex epithelial neoplasms)	1	0.0	1	0.0	2	2,6
		872-879 NEVUS Y MELANOMAS (nevi and melanomas)	0	0.0	1	0.0	1	1,3
		880 SARCOMAS Y NEOPLASIAS DE TEJIDOS BLANDOS (soft tissue tumors and sarcomas nos)	1	0.0	0	0.0	1	1,3
		912-916 NEOPLASIAS DE LOS VASOS SANGUINEOS (blood vessel tumors)	0	0.0	1	0.0	1	1,3
		965-966 LINFOMA HODGKIN (hodgkin lymphoma)	0	0.0	1	0.0	1	1,3
		967-969 LINFOMAS DE CELULAS B MADURAS (mature b-cell lymphomas)	2	0.0	0	0.0	2	2,6
		970-971 LINFOMA DE CELULAS T MADURAS Y NK (mature t-and nk-cell lymphomas)	0	0.0	1	0.0	1	1,3
		Total	42	0.2	34	0.2	76	100
C03	ENCIA (gum)	800 NEOPLASIAS SAI (neoplasms nos)	1	0.0	0	0.0	1	2,6
		805-808 NEOPLASIA DE CELULAS ESCAMOSAS (squamous cell neoplasms)	13	0.1	13	0.1	26	68,4
		814-838 ADENOMAS Y ADENOCARCINOMAS (adenomas and adenocarcinomas)	0	0.0	1	0.0	1	2,6
		843 NEOPLASIA MUCOEPIDERMOIDES (mucoepidermoid neoplasms)	1	0.0	1	0.0	2	5,3
		872-879 NEVUS Y MELANOMAS (nevi and melanomas)	2	0.0	2	0.0	4	10,5
		881-883 NEOPLASIAS FIBROMATOSAS (fibromatous neoplasms)	1	0.0	0	0.0	1	2,6
		959 LINFOMA MALIGNO SAI O DIFUSOS (malignant lymphomas nos or diffuse)	1	0.0	0	0.0	1	2,6
		967-969 LINFOMAS DE CELULAS B MADURAS (mature b-cell lymphomas)	1	0.0	1	0.0	2	5,3
		Total	20	0.1	18	0.1	38	100

CIE-O LOCALIZACIÓN TOPOGRÁFICA ICDO (SITE)	DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO (HISTOLOGIC DIAGNOSIS)	FEMENINO (female)		MASCULINO (male)		Total	
		No.	%	No.	%	No.	%
C04 PISO DE LA BOCA (floor of mouth)	805-808 NEOPLASIA DE CELULAS ESCAMOSAS (squamous cell neoplasms)	0	0.0	2	0.0	2	50,0
	843 NEOPLASIA MUCOEPIDERMOIDES (mucoepidermoid neoplasms)	1	0.0	0	0.0	1	25,0
	967-969 LINFOMAS DE CELULAS B MADURAS (mature b-cell lymphomas)	0	0.0	1	0.0	1	25,0
	Total	1	0.0	3	0.0	4	100
C05 PALADAR (palate)	805-808 NEOPLASIA DE CELULAS ESCAMOSAS (squamous cell neoplasms)	4	0.0	7	0.1	11	36,7
	812-813 PAPILOMA Y CARCINOMAS DE CELULAS TRANSICIONALES (transitional cell papillomas and carcinomas)	0	0.0	1	0.0	1	3,3
	814-838 ADENOMAS Y ADENOCARCINOMAS (adenomas and adenocarcinomas)	3	0.0	1	0.0	4	13,3
	843 NEOPLASIA MUCOEPIDERMOIDES (mucoepidermoid neoplasms)	5	0.0	1	0.0	6	20,0
	855 NEOPLASIAS DE CELULAS ACINOSAS (acinar cell neoplasms)	1	0.0	1	0.0	2	6,7
	872-879 NEVUS Y MELANOMAS (nevi and melanomas)	0	0.0	1	0.0	1	3,3
	880 SARCOMAS Y NEOPLASIAS DE TEJIDOS BLANDOS (soft tissue tumors and sarcomas nos)	0	0.0	1	0.0	1	3,3
	912-916 NEOPLASIAS DE LOS VASOS SANGUINEOS (blood vessel tumors)	0	0.0	1	0.0	1	3,3
	959 LINFOMA MALIGNO SAI O DIFUSOS (malignant lymphomas nos or diffuse)	1	0.0	0	0.0	1	3,3
	967-969 LINFOMAS DE CELULAS B MADURAS (mature b-cell lymphomas)	1	0.0	1	0.0	2	6,7
	Total	15	0.1	15	0.1	30	100
C06 O.PART.Y NO ESPEC. DE LA BOCA (other & unspecified parts of mouth)	800 NEOPLASIAS SAI (neoplasms nos)	1	0.0	0	0.0	1	5,0
	801-804 NEOPLASIAS EPITELIALES SAI (epithelial neoplasms nos)	3	0.0	1	0.0	4	20,0
	805-808 NEOPLASIA DE CELULAS ESCAMOSAS (squamous cell neoplasms)	6	0.0	1	0.0	7	35,0
	814-838 ADENOMAS Y ADENOCARCINOMAS (adenomas and adenocarcinomas)	1	0.0	1	0.0	2	10,0
	843 NEOPLASIA MUCOEPIDERMOIDES (mucoepidermoid neoplasms)	1	0.0	1	0.0	2	10,0
	855 NEOPLASIAS DE CELULAS ACINOSAS (acinar cell neoplasms)	1	0.0	0	0.0	1	5,0
	872-879 NEVUS Y MELANOMAS (nevi and melanomas)	0	0.0	1	0.0	1	5,0
	881-883 NEOPLASIAS FIBROMATOSAS (fibromatous neoplasms)	1	0.0	0	0.0	1	5,0
	967-969 LINFOMAS DE CELULAS B MADURAS (mature b-cell lymphomas)	1	0.0	0	0.0	1	5,0
	Total	15	0.1	5	0.0	20	100
C07 GLANDULA PAROTIDA (parotid gland)	800 NEOPLASIAS SAI (neoplasms nos)	4	0.0	3	0.0	7	9,7
	801-804 NEOPLASIAS EPITELIALES SAI (epithelial neoplasms nos)	4	0.0	7	0.1	11	15,3
	805-808 NEOPLASIA DE CELULAS ESCAMOSAS (squamous cell neoplasms)	5	0.0	9	0.1	14	19,4
	814-838 ADENOMAS Y ADENOCARCINOMAS (adenomas and adenocarcinomas)	9	0.1	11	0.1	20	27,8
	843 NEOPLASIA MUCOEPIDERMOIDES (mucoepidermoid neoplasms)	3	0.0	3	0.0	6	8,3
	844-849 NEOPLASIAS QUISTICAS MUCINOSAS Y SEROSAS (cystic mucinous and serous neoplasms)	1	0.0	0	0.0	1	1,4
	855 NEOPLASIAS DE CELULAS ACINOSAS (acinar cell neoplasms)	2	0.0	1	0.0	3	4,2
	893-899 NEOPLASIAS COMPLEJAS MIXTAS Y DEL ESTROMA (complex mixed and stromal neoplasms)	2	0.0	0	0.0	2	2,8
	959 LINFOMA MALIGNO SAI O DIFUSOS (malignant lymphomas nos or diffuse)	2	0.0	0	0.0	2	2,8
	967-969 LINFOMAS DE CELULAS B MADURAS (mature b-cell lymphomas)	3	0.0	2	0.0	5	6,9
	973 TUMORES DE CELS PLASMATICAS (plasma cell tumors)	0	0.0	1	0.0	1	1,4
	Total	35	0.2	37	0.3	72	100

CIE-O ICDO	LOCALIZACIÓN TOPOGRÁFICA (SITE)	DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO (HISTOLOGIC DIAGNOSIS)	FEMENINO (female)		MASCULINO (male)		Total	
			No.	%	No.	%	No.	%
C08	OTRAS GLANDULAS SALIVALES MAYORES (other. unspecif major salivary gland)	800 NEOPLASIAS SAI (neoplasms nos)	2	0.0	1	0.0	3	7,1
		801-804 NEOPLASIAS EPITELIALES SAI (epithelial neoplasms nos)	1	0.0	1	0.0	2	4,8
		805-808 NEOPLASIA DE CELULAS ESCAMOSAS (squamous cell neoplasms)	2	0.0	4	0.0	6	14,3
		814-838 ADENOMAS Y ADENOCARCINOMAS (adenomas and adenocarcinomas)	9	0.1	10	0.1	19	45,2
		843 NEOPLASIA MUCOEPIDERMOIDES (mucoepidermoid neoplasms)	4	0.0	3	0.0	7	16,7
		855 NEOPLASIAS DE CELULAS ACINOSAS (acinar cell neoplasms)	1	0.0	1	0.0	2	4,8
		893-899 NEOPLASIAS COMPLEJAS MIXTAS Y DEL ESTROMA (complex mixed and stromal neoplasms)	2	0.0	0	0.0	2	4,8
		967-969 LINFOMAS DE CELULAS B MADURAS (mature b-cell lymphomas)	1	0.0	0	0.0	1	2,4
		Total	22	0.1	20	0.1	42	100
C09	AMIGDALA (tonsil)	801-804 NEOPLASIAS EPITELIALES SAI (epithelial neoplasms nos)	0	0.0	2	0.0	2	2,4
		805-808 NEOPLASIA DE CELULAS ESCAMOSAS (squamous cell neoplasms)	8	0.0	15	0.1	23	27,4
		843 NEOPLASIA MUCOEPIDERMOIDES (mucoepidermoid neoplasms)	0	0.0	1	0.0	1	1,2
		959 LINFOMA MALIGNO SAI O DIFUSOS (malignant lymphomas nos or diffuse)	6	0.0	6	0.0	12	14,3
		967-969 LINFOMAS DE CELULAS B MADURAS (mature b-cell lymphomas)	28	0.2	16	0.1	44	52,4
		970-971 LINFOMA DE CELULAS T MADURAS Y NK (mature t-and nk-cell lymphomas)	0	0.0	2	0.0	2	2,4
		Total	42	0.2	42	0.3	84	100
C10	OROFARINGE (oropharynx)	805-808 NEOPLASIA DE CELULAS ESCAMOSAS (squamous cell neoplasms)	0	0.0	2	0.0	2	66,7
		959 LINFOMA MALIGNO SAI O DIFUSOS (malignant lymphomas nos or diffuse)	0	0.0	1	0.0	1	33,3
		Total	0	0.0	3	0.0	3	100
C11	NASOFARINGE (nasopharynx)	801-804 NEOPLASIAS EPITELIALES SAI (epithelial neoplasms nos)	1	0.0	5	0.0	6	33,3
		805-808 NEOPLASIA DE CELULAS ESCAMOSAS (squamous cell neoplasms)	4	0.0	0	0.0	4	22,2
		872-879 NEVUS Y MELANOMAS (nevi and melanomas)	0	0.0	1	0.0	1	5,6
		889-892 NEOPLASIAS MIOMATOSAS (myomatous neoplasms)	0	0.0	1	0.0	1	5,6
		935-937 OTROS TUMORES (miscellaneous tumors)	1	0.0	0	0.0	1	5,6
		959 LINFOMA MALIGNO SAI O DIFUSOS (malignant lymphomas nos or diffuse)	1	0.0	0	0.0	1	5,6
		967-969 LINFOMAS DE CELULAS B MADURAS (mature b-cell lymphomas)	1	0.0	2	0.0	3	16,7
		970-971 LINFOMA DE CELULAS T MADURAS Y NK (mature t-and nk-cell lymphomas)	0	0.0	1	0.0	1	5,6
		Total	8	0.0	10	0.1	18	100
C13	HIPOFARINGE (hypopharynx)	800 NEOPLASIAS SAI (neoplasms nos)	1	0.0	0	0.0	1	50,0
		805-808 NEOPLASIA DE CELULAS ESCAMOSAS (squamous cell neoplasms)	0	0.0	1	0.0	1	50,0
		Total	1	0.0	1	0.0	2	100
C14	OTR. Y MAL DEF. LABIO. BOCA. FARINGE (other. ill def. in lip.mouth.pharynx)	800 NEOPLASIAS SAI (neoplasms nos)	1	0.0	2	0.0	3	20,0
		801-804 NEOPLASIAS EPITELIALES SAI (epithelial neoplasms nos)	1	0.0	1	0.0	2	13,3
		805-808 NEOPLASIA DE CELULAS ESCAMOSAS (squamous cell neoplasms)	3	0.0	3	0.0	6	40,0
		814-838 ADENOMAS Y ADENOCARCINOMAS (adenomas and adenocarcinomas)	1	0.0	0	0.0	1	6,7
		967-969 LINFOMAS DE CELULAS B MADURAS (mature b-cell lymphomas)	1	0.0	2	0.0	3	20,0
		Total	7	0.0	8	0.1	15	100

CIE-O ICDO	LOCALIZACIÓN TOPOGRÁFICA (SITE)	DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO (HISTOLOGIC DIAGNOSIS)	FEMENINO (female)		MASCULINO (male)		Total	
			No.	%	No.	%	No.	%
C15	ESOFAGO (esophagus)	800 NEOPLASIAS SAI (neoplasms nos)	12	0.1	17	0.1	29	12,6
		801-804 NEOPLASIAS EPITELIALES SAI (epithelial neoplasms nos)	3	0.0	13	0.1	16	7,0
		805-808 NEOPLASIA DE CELULAS ESCAMOSAS (squamous cell neoplasms)	25	0.1	96	0.7	121	52,6
		812-813 PAPILOMA Y CARCINOMAS DE CELULAS TRANSICIONALES (transitional cell papillomas and carcinomas)	0	0.0	1	0.0	1	0,4
		814-838 ADENOMAS Y ADENOCARCINOMAS (adenomas and adenocarcinomas)	11	0.1	45	0.3	56	24,3
		844-849 NEOPLASIAS QUISTICAS MUCINOSAS Y SEROSAS (cystic mucinous and serous neoplasms)	2	0.0	1	0.0	3	1,3
		856-857 NEOPLASIAS EPITELIALES COMPLEJAS (complex epithelial neoplasms)	1	0.0	0	0.0	1	0,4
		880 SARCOMAS Y NEOPLASIAS DE TEJIDOS BLANDOS (soft tissue tumors and sarcomas nos)	0	0.0	1	0.0	1	0,4
		889-892 NEOPLASIAS MIOMATOSAS (myomatous neoplasms)	0	0.0	1	0.0	1	0,4
		893-899 NEOPLASIAS COMPLEJAS MIXTAS Y DEL ESTROMA (complex mixed and stromal neoplasms)	1	0.0	0	0.0	1	0,4
		Total	55	0.3	175	1.3	230	100
C16	ESTOMAGO (stomach)	800 NEOPLASIAS SAI (neoplasms nos)	150	0.9	151	1.1	301	10,6
		801-804 NEOPLASIAS EPITELIALES SAI (epithelial neoplasms nos)	7	0.0	15	0.1	22	0,8
		805-808 NEOPLASIA DE CELULAS ESCAMOSAS (squamous cell neoplasms)	1	0.0	4	0.0	5	0,2
		814-838 ADENOMAS Y ADENOCARCINOMAS (adenomas and adenocarcinomas)	918	5.4	1346	9.7	2264	79,6
		844-849 NEOPLASIAS QUISTICAS MUCINOSAS Y SEROSAS (cystic mucinous and serous neoplasms)	54	0.3	33	0.2	87	3,1
		856-857 NEOPLASIAS EPITELIALES COMPLEJAS (complex epithelial neoplasms)	0	0.0	1	0.0	1	0,0
		880 SARCOMAS Y NEOPLASIAS DE TEJIDOS BLANDOS (soft tissue tumors and sarcomas nos)	0	0.0	2	0.0	2	0,1
		889-892 NEOPLASIAS MIOMATOSAS (myomatous neoplasms)	1	0.0	0	0.0	1	0,0
		893-899 NEOPLASIAS COMPLEJAS MIXTAS Y DEL ESTROMA (complex mixed and stromal neoplasms)	3	0.0	2	0.0	5	0,2
		935-937 OTROS TUMORES (miscellaneous tumors)	0	0.0	1	0.0	1	0,0
		959 LINFOMA MALIGNO SAI O DIFUSOS (malignant lymphomas nos or diffuse)	13	0.1	14	0.1	27	0,9
		965-966 LINFOMA HODGKIN (hodgkin lymphoma)	1	0.0	1	0.0	2	0,1
		967-969 LINFOMAS DE CELULAS B MADURAS (mature b-cell lymphomas)	65	0.4	60	0.4	125	4,4
		970-971 LINFOMA DE CELULAS T MADURAS Y NK (mature t-and nk-cell lymphomas)	1	0.0	0	0.0	1	0,0
		Total	1214	7.1	1630	11.7	2844	100
C17	INTESTINO DELGADO (small intestine)	800 NEOPLASIAS SAI (neoplasms nos)	7	0.0	7	0.1	14	8,5
		801-804 NEOPLASIAS EPITELIALES SAI (epithelial neoplasms nos)	2	0.0	2	0.0	4	2,4
		805-808 NEOPLASIA DE CELULAS ESCAMOSAS (squamous cell neoplasms)	1	0.0	0	0.0	1	0,6
		814-838 ADENOMAS Y ADENOCARCINOMAS (adenomas and adenocarcinomas)	56	0.3	38	0.3	94	57,3
		844-849 NEOPLASIAS QUISTICAS MUCINOSAS Y SEROSAS (cystic mucinous and serous neoplasms)	3	0.0	2	0.0	5	3,0
		880 SARCOMAS Y NEOPLASIAS DE TEJIDOS BLANDOS (soft tissue tumors and sarcomas nos)	1	0.0	2	0.0	3	1,8
		885-888 NEOPLASIAS LIPOMATOSAS (lipomatous neoplasms)	0	0.0	2	0.0	2	1,2
		889-892 NEOPLASIAS MIOMATOSAS (myomatous neoplasms)	0	0.0	1	0.0	1	0,6
		893-899 NEOPLASIAS COMPLEJAS MIXTAS Y DEL ESTROMA (complex mixed and stromal neoplasms)	1	0.0	0	0.0	1	0,6
		959 LINFOMA MALIGNO SAI O DIFUSOS (malignant lymphomas nos or diffuse)	1	0.0	6	0.0	7	4,3
		965-966 LINFOMA HODGKIN (hodgkin lymphoma)	2	0.0	0	0.0	2	1,2
		Total	7	0.0	7	0.1	14	8,5

CIE-O LOCALIZACIÓN TOPOGRÁFICA ICDO (SITE)	DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO (HISTOLOGIC DIAGNOSIS)	FEMENINO (female)		MASCULINO (male)		Total	
		No.	%	No.	%	No.	%
	967-969 LINFOMAS DE CELULAS B MADURAS (mature b-cell lymphomas)	8	0.0	21	0.2	29	17,7
	970-971 LINFOMA DE CELULAS T MADURAS Y NK (mature t-and nk-cell lymphomas)	0	0.0	1	0.0	1	0,6
	Total	82	0.5	82	0.6	164	100
C18 COLON (colon)	800 NEOPLASIAS SAI (neoplasms nos)	55	0.3	32	0.2	87	9,1
	801-804 NEOPLASIAS EPITELIALES SAI (epithelial neoplasms nos)	11	0.1	6	0.0	17	1,8
	805-808 NEOPLASIA DE CELULAS ESCAMOSAS (squamous cell neoplasms)	3	0.0	0	0.0	3	0,3
	814-838 ADENOMAS Y ADENOCARCINOMAS (adenomas and adenocarcinomas)	424	2.5	338	2.4	762	79,4
	844-849 NEOPLASIAS QUISTICAS MUCINOSAS Y SEROSAS (cystic mucinous and serous neoplasms)	31	0.2	27	0.2	58	6,0
	856-857 NEOPLASIAS EPITELIALES COMPLEJAS (complex epithelial neoplasms)	1	0.0	0	0.0	1	0,1
	872-879 NEVUS Y MELANOMAS (nevi and melanomas)	0	0.0	1	0.0	1	0,1
	880 SARCOMAS Y NEOPLASIAS DE TEJIDOS BLANDOS (soft tissue tumors and sarcomas nos)	1	0.0	0	0.0	1	0,1
	889-892 NEOPLASIAS MIOMATOSAS (myomatous neoplasms)	0	0.0	1	0.0	1	0,1
	893-899 NEOPLASIAS COMPLEJAS MIXTAS Y DEL ESTROMA (complex mixed and stromal neoplasms)	1	0.0	0	0.0	1	0,1
	935-937 OTROS TUMORES (miscellaneous tumors)	0	0.0	1	0.0	1	0,1
	959 LINFOMA MALIGNO SAI O DIFUSOS (malignant lymphomas nos or diffuse)	2	0.0	2	0.0	4	0,4
	965-966 LINFOMA HODGKIN (hodgkin lymphoma)	1	0.0	0	0.0	1	0,1
	967-969 LINFOMAS DE CELULAS B MADURAS (mature b-cell lymphomas)	7	0.0	15	0.1	22	2,3
	Total	537	3.2	423	3.0	960	100
C19 UNION RECTOSIGMOIDEA (rectosigmoid junction)	800 NEOPLASIAS SAI (neoplasms nos)	1	0.0	0	0.0	1	1,6
	805-808 NEOPLASIA DE CELULAS ESCAMOSAS (squamous cell neoplasms)	1	0.0	0	0.0	1	1,6
	814-838 ADENOMAS Y ADENOCARCINOMAS (adenomas and adenocarcinomas)	23	0.1	33	0.2	56	90,3
	844-849 NEOPLASIAS QUISTICAS MUCINOSAS Y SEROSAS (cystic mucinous and serous neoplasms)	3	0.0	1	0.0	4	6,5
	Total	28	0.2	34	0.2	62	100
C20 RECTO (rectum)	800 NEOPLASIAS SAI (neoplasms nos)	11	0.1	8	0.1	19	3,8
	801-804 NEOPLASIAS EPITELIALES SAI (epithelial neoplasms nos)	6	0.0	7	0.1	13	2,6
	805-808 NEOPLASIA DE CELULAS ESCAMOSAS (squamous cell neoplasms)	14	0.1	3	0.0	17	3,4
	812-813 PAPILOMA Y CARCINOMAS DE CELULAS TRANSICIONALES (transitional cell papillomas and carcinomas)	2	0.0	0	0.0	2	0,4
	814-838 ADENOMAS Y ADENOCARCINOMAS (adenomas and adenocarcinomas)	206	1.2	207	1.5	413	83,1
	844-849 NEOPLASIAS QUISTICAS MUCINOSAS Y SEROSAS (cystic mucinous and serous neoplasms)	13	0.1	12	0.1	25	5,0
	856-857 NEOPLASIAS EPITELIALES COMPLEJAS (complex epithelial neoplasms)	0	0.0	1	0.0	1	0,2
	872-879 NEVUS Y MELANOMAS (nevi and melanomas)	0	0.0	1	0.0	1	0,2
	935-937 OTROS TUMORES (miscellaneous tumors)	1	0.0	0	0.0	1	0,2
	938-948 GLIOMAS (gliomas)	0	0.0	1	0.0	1	0,2
	959 LINFOMA MALIGNO SAI O DIFUSOS (malignant lymphomas nos or diffuse)	0	0.0	1	0.0	1	0,2
	965-966 LINFOMA HODGKIN (hodgkin lymphoma)	1	0.0	0	0.0	1	0,2
	967-969 LINFOMAS DE CELULAS B MADURAS (mature b-cell lymphomas)	1	0.0	1	0.0	2	0,4
	Total	255	1.5	242	1.7	497	100

CIE-O ICDO	LOCALIZACIÓN TOPOGRÁFICA (SITE)	DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO (HISTOLOGIC DIAGNOSIS)	FEMENINO (female)		MASCULINO (male)		Total	
			No.	%	No.	%	No.	%
C21	ANO Y CONDUCTO ANAL (anus and anal canal)	800 NEOPLASIAS SAI (neoplasms nos)	1	0.0	1	0.0	2	2,2
		801-804 NEOPLASIAS EPITELIALES SAI (epithelial neoplasms nos)	3	0.0	0	0.0	3	3,3
		805-808 NEOPLASIA DE CELULAS ESCAMOSAS (squamous cell neoplasms)	54	0.3	4	0.0	58	63,7
		812-813 PAPILOMA Y CARCINOMAS DE CELULAS TRANSICIONALES (transitional cell papillomas and carcinomas)	4	0.0	1	0.0	5	5,5
		814-838 ADENOMAS Y ADENOCARCINOMAS (adenomas and adenocarcinomas)	10	0.1	5	0.0	15	16,5
		844-849 NEOPLASIAS QUISTICAS MUCINOSAS Y SEROSAS (cystic mucinous and serous neoplasms)	0	0.0	1	0.0	1	1,1
		872-879 NEVUS Y MELANOMAS (nevi and melanomas)	5	0.0	1	0.0	6	6,6
		967-969 LINFOMAS DE CELULAS B MADURAS (mature b-cell lymphomas)	1	0.0	0	0.0	1	1,1
		Total	78	0.5	13	0.1	91	100
C22	HIGADO Y COND.BILIARES INTRAHEP. (liver & intrahepatic bile ducts)	800 NEOPLASIAS SAI (neoplasms nos)	98	0.6	74	0.5	172	31,3
		801-804 NEOPLASIAS EPITELIALES SAI (epithelial neoplasms nos)	6	0.0	11	0.1	17	3,1
		805-808 NEOPLASIA DE CELULAS ESCAMOSAS (squamous cell neoplasms)	0	0.0	1	0.0	1	0,2
		814-838 ADENOMAS Y ADENOCARCINOMAS (adenomas and adenocarcinomas)	159	0.9	163	1.2	322	58,5
		880 SARCOMAS Y NEOPLASIAS DE TEJIDOS BLANDOS (soft tissue tumors and sarcomas nos)	0	0.0	1	0.0	1	0,2
		885-888 NEOPLASIAS LIPOMATOSAS (lipomatous neoplasms)	1	0.0	1	0.0	2	0,4
		889-892 NEOPLASIAS MIOMATOSAS (myomatous neoplasms)	0	0.0	2	0.0	2	0,4
		893-899 NEOPLASIAS COMPLEJAS MIXTAS Y DEL ESTROMA (complex mixed and stromal neoplasms)	10	0.1	19	0.1	29	5,3
		912-916 NEOPLASIAS DE LOS VASOS SANGUINEOS (blood vessel tumors)	0	0.0	1	0.0	1	0,2
		949-952 NEOPLASIAS NEUROEPITELIOMATOSAS (neuroepitheliomatous neoplasms)	1	0.0	0	0.0	1	0,2
		967-969 LINFOMAS DE CELULAS B MADURAS (mature b-cell lymphomas)	1	0.0	1	0.0	2	0,4
		Total	276	1.6	274	2.0	550	100
C23	VESICULA BILIAR (gallbladder)	800 NEOPLASIAS SAI (neoplasms nos)	52	0.3	15	0.1	67	18,8
		801-804 NEOPLASIAS EPITELIALES SAI (epithelial neoplasms nos)	15	0.1	7	0.1	22	6,2
		805-808 NEOPLASIA DE CELULAS ESCAMOSAS (squamous cell neoplasms)	9	0.1	3	0.0	12	3,4
		812-813 PAPILOMA Y CARCINOMAS DE CELULAS TRANSICIONALES (transitional cell papillomas and carcinomas)	0	0.0	1	0.0	1	0,3
		814-838 ADENOMAS Y ADENOCARCINOMAS (adenomas and adenocarcinomas)	184	1.1	60	0.4	244	68,5
		844-849 NEOPLASIAS QUISTICAS MUCINOSAS Y SEROSAS (cystic mucinous and serous neoplasms)	3	0.0	2	0.0	5	1,4
		856-857 NEOPLASIAS EPITELIALES COMPLEJAS (complex epithelial neoplasms)	3	0.0	2	0.0	5	1,4
		Total	266	1.6	90	0.6	356	100
C24	OTRAS Y NO ESPECIF DEL TRACTO BILIAR (other & unspecified of biliary tract)	800 NEOPLASIAS SAI (neoplasms nos)	63	0.4	63	0.5	126	42,9
		801-804 NEOPLASIAS EPITELIALES SAI (epithelial neoplasms nos)	9	0.1	6	0.0	15	5,1
		805-808 NEOPLASIA DE CELULAS ESCAMOSAS (squamous cell neoplasms)	1	0.0	0	0.0	1	0,3
		814-838 ADENOMAS Y ADENOCARCINOMAS (adenomas and adenocarcinomas)	76	0.4	72	0.5	148	50,3
		844-849 NEOPLASIAS QUISTICAS MUCINOSAS Y SEROSAS (cystic mucinous and serous neoplasms)	1	0.0	2	0.0	3	1,0
		856-857 NEOPLASIAS EPITELIALES COMPLEJAS (complex epithelial neoplasms)	1	0.0	0	0.0	1	0,3
		Total	151	0.9	143	1.0	294	100

CIE-O ICDO	LOCALIZACIÓN TOPOGRÁFICA (SITE)	DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO (HISTOLOGIC DIAGNOSIS)	FEMENINO (female)		MASCULINO (male)		Total	
			No.	%	No.	%	No.	%
C25	PANCREAS (pancreas)	800 NEOPLASIAS SAI (neoplasms nos)	118	0.7	85	0.6	203	60,1
		801-804 NEOPLASIAS EPITELIALES SAI (epithelial neoplasms nos)	16	0.1	16	0.1	32	9,5
		805-808 NEOPLASIA DE CELULAS ESCAMOSAS (squamous cell neoplasms)	1	0.0	1	0.0	2	0,6
		814-838 ADENOMAS Y ADENOCARCINOMAS (adenomas and adenocarcinomas)	58	0.3	40	0.3	98	29,0
		844-849 NEOPLASIAS QUISTICAS MUCINOSAS Y SEROSAS (cystic mucinous and serous neoplasms)	1	0.0	2	0.0	3	0,9
		Total	194	1.1	144	1.0	338	100
C26	O. SIT. Y MAL DEF. ORG. DIG. (other & ill def. digestive organs)	800 NEOPLASIAS SAI (neoplasms nos)	7	0.0	0	0.0	7	28,0
		801-804 NEOPLASIAS EPITELIALES SAI (epithelial neoplasms nos)	1	0.0	0	0.0	1	4,0
		814-838 ADENOMAS Y ADENOCARCINOMAS (adenomas and adenocarcinomas)	5	0.0	5	0.0	10	40,0
		844-849 NEOPLASIAS QUISTICAS MUCINOSAS Y SEROSAS (cystic mucinous and serous neoplasms)	6	0.0	1	0.0	7	28,0
		Total	19	0.1	6	0.0	25	100
C30	CAVIDAD NASAL Y OIDO MEDIO (nasal cavity & middle ear)	800 NEOPLASIAS SAI (neoplasms nos)	1	0.0	1	0.0	2	2,6
		801-804 NEOPLASIAS EPITELIALES SAI (epithelial neoplasms nos)	4	0.0	4	0.0	8	10,5
		805-808 NEOPLASIA DE CELULAS ESCAMOSAS (squamous cell neoplasms)	5	0.0	5	0.0	10	13,2
		814-838 ADENOMAS Y ADENOCARCINOMAS (adenomas and adenocarcinomas)	5	0.0	4	0.0	9	11,8
		872-879 NEVUS Y MELANOMAS (nevi and melanomas)	5	0.0	6	0.0	11	14,5
		889-892 NEOPLASIAS MIOMATOSAS (myomatous neoplasms)	0	0.0	1	0.0	1	1,3
		912-916 NEOPLASIAS DE LOS VASOS SANGUINEOS (blood vessel tumors)	0	0.0	1	0.0	1	1,3
		949-952 NEOPLASIAS NEUROEPITELIOMATOSAS (neuroepitheliomatous neoplasms)	3	0.0	4	0.0	7	9,2
		954-957 TUMORES DE LAS VAINAS NERVIOSAS (nerve sheath tumors)	1	0.0	0	0.0	1	1,3
		959 LINFOMA MALIGNO SAI O DIFUSOS (malignant lymphomas nos or diffuse)	6	0.0	2	0.0	8	10,5
		967-969 LINFOMAS DE CELULAS B MADURAS (mature b-cell lymphomas)	2	0.0	5	0.0	7	9,2
		970-971 LINFOMA DE CELULAS T MADURAS Y NK (mature t-and nk-cell lymphomas)	3	0.0	6	0.0	9	11,8
		972 LINFOMA LINFOLASTICOS DE CELS PRECURSORAS (precursor cell lymphoblastic lymphomas)	1	0.0	1	0.0	2	2,6
		Total	36	0.2	40	0.3	76	100
C31	SENOS ACCESORIOS (accessory sinus)	800 NEOPLASIAS SAI (neoplasms nos)	3	0.0	1	0.0	4	8,3
		801-804 NEOPLASIAS EPITELIALES SAI (epithelial neoplasms nos)	2	0.0	5	0.0	7	14,6
		805-808 NEOPLASIA DE CELULAS ESCAMOSAS (squamous cell neoplasms)	17	0.1	10	0.1	27	56,3
		814-838 ADENOMAS Y ADENOCARCINOMAS (adenomas and adenocarcinomas)	4	0.0	2	0.0	6	12,5
		872-879 NEVUS Y MELANOMAS (nevi and melanomas)	0	0.0	1	0.0	1	2,1
		954-957 TUMORES DE LAS VAINAS NERVIOSAS (nerve sheath tumors)	1	0.0	0	0.0	1	2,1
		967-969 LINFOMAS DE CELULAS B MADURAS (mature b-cell lymphomas)	0	0.0	1	0.0	1	2,1
		970-971 LINFOMA DE CELULAS T MADURAS Y NK (mature t-and nk-cell lymphomas)	0	0.0	1	0.0	1	2,1
		Total	27	0.2	21	0.2	48	100

CIE-O ICDO	LOCALIZACIÓN TOPOGRÁFICA (SITE)	DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO (HISTOLOGIC DIAGNOSIS)	FEMENINO (female)		MASCULINO (male)		Total	
			No.	%	No.	%	No.	%
C32	LARINGE (larynx)	800 NEOPLASIAS SAI (neoplasms nos)	3	0.0	9	0.1	12	9,6
		801-804 NEOPLASIAS EPITELIALES SAI (epithelial neoplasms nos)	0	0.0	2	0.0	2	1,6
		805-808 NEOPLASIA DE CELULAS ESCAMOSAS (squamous cell neoplasms)	13	0.1	93	0.7	106	84,8
		814-838 ADENOMAS Y ADENOCARCINOMAS (adenomas and adenocarcinomas)	0	0.0	2	0.0	2	1,6
		938-948 GLIOMAS (gliomas)	0	0.0	1	0.0	1	0,8
		959 LINFOMA MALIGNO SAI O DIFUSOS (malignant lymphomas nos or diffuse)	0	0.0	1	0.0	1	0,8
		967-969 LINFOMAS DE CELULAS B MADURAS (mature b-cell lymphomas)	1	0.0	0	0.0	1	0,8
		Total	17	0.1	108	0.8	125	100
C33	TRAQUEA (trachea)	800 NEOPLASIAS SAI (neoplasms nos)	0	0.0	1	0.0	1	25,0
		805-808 NEOPLASIA DE CELULAS ESCAMOSAS (squamous cell neoplasms)	0	0.0	2	0.0	2	50,0
		973 TUMORES DE CELS PLASMATICAS (plasma cell tumors)	0	0.0	1	0.0	1	25,0
		Total	0	0.0	4	0.0	4	100
C34	BRONQUIOS Y PULMON (bronchus & lung)	800 NEOPLASIAS SAI (neoplasms nos)	83	0.5	92	0.7	175	20,3
		801-804 NEOPLASIAS EPITELIALES SAI (epithelial neoplasms nos)	50	0.3	68	0.5	118	13,7
		805-808 NEOPLASIA DE CELULAS ESCAMOSAS (squamous cell neoplasms)	41	0.2	72	0.5	113	13,1
		814-838 ADENOMAS Y ADENOCARCINOMAS (adenomas and adenocarcinomas)	213	1.2	202	1.5	415	48,2
		843 NEOPLASIA MUCOEPIDERMOIDES (mucoepidermoid neoplasms)	2	0.0	1	0.0	3	0,3
		844-849 NEOPLASIAS QUISTICAS MUCINOSAS Y SEROSAS (cystic mucinous and serous neoplasms)	2	0.0	0	0.0	2	0,2
		855 NEOPLASIAS DE CELULAS ACINOSAS (acinar cell neoplasms)	1	0.0	2	0.0	3	0,3
		856-857 NEOPLASIAS EPITELIALES COMPLEJAS (complex epithelial neoplasms)	3	0.0	6	0.0	9	1,0
		880 SARCOMAS Y NEOPLASIAS DE TEJIDOS BLANDOS (soft tissue tumors and sarcomas nos)	4	0.0	0	0.0	4	0,5
		881-883 NEOPLASIAS FIBROMATOSAS (fibromatous neoplasms)	0	0.0	1	0.0	1	0,1
		889-892 NEOPLASIAS MIOMATOSAS (myomatous neoplasms)	1	0.0	0	0.0	1	0,1
		893-899 NEOPLASIAS COMPLEJAS MIXTAS Y DEL ESTROMA (complex mixed and stromal neoplasms)	1	0.0	1	0.0	2	0,2
		905 NEOPLASIAS MESOTELIALES (mesothelial neoplasms)	1	0.0	1	0.0	2	0,2
		912-916 NEOPLASIAS DE LOS VASOS SANGUINEOS (blood vessel tumors)	1	0.0	0	0.0	1	0,1
		959 LINFOMA MALIGNO SAI O DIFUSOS (malignant lymphomas nos or diffuse)	1	0.0	1	0.0	2	0,2
		965-966 LINFOMA HODGKIN (hodgkin lymphoma)	0	0.0	1	0.0	1	0,1
		967-969 LINFOMAS DE CELULAS B MADURAS (mature b-cell lymphomas)	4	0.0	4	0.0	8	0,9
		970-971 LINFOMA DE CELULAS T MADURAS Y NK (mature t-and nk-cell lymphomas)	0	0.0	1	0.0	1	0,1
		Total	408	2.4	453	3.3	861	100
C37	TIMO (thymus)	801-804 NEOPLASIAS EPITELIALES SAI (epithelial neoplasms nos)	1	0.0	0	0.0	1	12,5
		814-838 ADENOMAS Y ADENOCARCINOMAS (adenomas and adenocarcinomas)	0	0.0	1	0.0	1	12,5
		858 NEOPLASIAS EPITELIALES DEL TIMO (thymic epithelial neoplasms)	2	0.0	4	0.0	6	75,0
		Total	3	0.0	5	0.0	8	100

CIE-O ICDO	LOCALIZACIÓN TOPOGRÁFICA (SITE)	DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO (HISTOLOGIC DIAGNOSIS)	FEMENINO (female)		MASCULINO (male)		Total	
			No.	%	No.	%	No.	%
C38	CORAZON. MEDIASTINO Y PLEURA (heart. mediastinum & pleura)	800 NEOPLASIAS SAI (neoplasms nos)	3	0.0	1	0.0	4	5,8
		801-804 NEOPLASIAS EPITELIALES SAI (epithelial neoplasms nos)	1	0.0	6	0.0	7	10,1
		814-838 ADENOMAS Y ADENOCARCINOMAS (adenomas and adenocarcinomas)	2	0.0	5	0.0	7	10,1
		880 SARCOMAS Y NEOPLASIAS DE TEJIDOS BLANDOS (soft tissue tumors and sarcomas nos)	1	0.0	1	0.0	2	2,9
		881-883 NEOPLASIAS FIBROMATOSAS (fibromatous neoplasms)	1	0.0	1	0.0	2	2,9
		884 NEOPLASIAS MIXOMATOSAS (myxomatous neoplasms)	0	0.0	1	0.0	1	1,4
		885-888 NEOPLASIAS LIPOMATOSAS (lipomatous neoplasms)	0	0.0	1	0.0	1	1,4
		889-892 NEOPLASIAS MIOMATOSAS (myomatous neoplasms)	1	0.0	0	0.0	1	1,4
		905 NEOPLASIAS MESOTELIALES (mesothelial neoplasms)	9	0.1	12	0.1	21	30,4
		906-909 NEOPLASIAS DE CELULAS GERMINALES (germ cell neoplasms)	1	0.0	12	0.1	13	18,8
		949-952 NEOPLASIAS NEUROEPITELIOMATOSAS (neuroepitheliomatous neoplasms)	1	0.0	0	0.0	1	1,4
		959 LINFOMA MALIGNO SAI O DIFUSOS (malignant lymphomas nos or diffuse)	0	0.0	1	0.0	1	1,4
		965-966 LINFOMA HODGKIN (hodgkin lymphoma)	1	0.0	0	0.0	1	1,4
		967-969 LINFOMAS DE CELULAS B MADURAS (mature b-cell lymphomas)	2	0.0	1	0.0	3	4,3
		970-971 LINFOMA DE CELULAS T MADURAS Y NK (mature t-and nk-cell lymphomas)	1	0.0	1	0.0	2	2,9
		972 LINFOMA LINFOLASTICOS DE CELS PRECURSORAS (precursor cell lymphoblastic lymphomas)	1	0.0	0	0.0	1	1,4
		975 NEOPLASIAS DE HISTIOCITOS Y CELS. LINFOIDES ACCESORIAS. (neoplasms of histiocytes and accessory lymphoid cells)	0	0.0	1	0.0	1	1,4
		Total	25	0.1	44	0.3	69	100
C39	O.SITY MAL DEF.APAR.RESPY TORAX (other. ill def. in resp.syst..thorax)	805-808 NEOPLASIA DE CELULAS ESCAMOSAS (squamous cell neoplasms)	0	0.0	1	0.0	1	100
		Total	0	0.0	1	0.0	1	100
C40	HUESOS. ARTICU.Y CARTI. DE MIEMBROS (bones. joints. artic. cartil. limbs)	800 NEOPLASIAS SAI (neoplasms nos)	4	0.0	3	0.0	7	4,4
		881-883 NEOPLASIAS FIBROMATOSAS (fibromatous neoplasms)	0	0.0	1	0.0	1	0,6
		889-892 NEOPLASIAS MIOMATOSAS (myomatous neoplasms)	1	0.0	0	0.0	1	0,6
		918-924 NEOPLASIAS OSEAS Y CONDROBLASTICAS (osseous and chondromatous neoplasms)	48	0.3	86	0.6	134	83,8
		926 OTROS TUMORES OSEOS (miscellaneous bone tumors)	5	0.0	6	0.0	11	6,9
		935-937 OTROS TUMORES (miscellaneous tumors)	0	0.0	1	0.0	1	0,6
		967-969 LINFOMAS DE CELULAS B MADURAS (mature b-cell lymphomas)	2	0.0	0	0.0	2	1,3
		973 TUMORES DE CELS PLASMATICAS (plasma cell tumors)	3	0.0	0	0.0	3	1,9
		Total	63	0.4	97	0.7	160	100
C41	HUESOS. ARTICU. Y CARTI. DE OTROS (bones. joints. artic.cartil of other)	800 NEOPLASIAS SAI (neoplasms nos)	6	0.0	2	0.0	8	10,1
		805-808 NEOPLASIA DE CELULAS ESCAMOSAS (squamous cell neoplasms)	1	0.0	0	0.0	1	1,3
		814-838 ADENOMAS Y ADENOCARCINOMAS (adenomas and adenocarcinomas)	1	0.0	1	0.0	2	2,5
		881-883 NEOPLASIAS FIBROMATOSAS (fibromatous neoplasms)	2	0.0	0	0.0	2	2,5
		889-892 NEOPLASIAS MIOMATOSAS (myomatous neoplasms)	0	0.0	1	0.0	1	1,3
		918-924 NEOPLASIAS OSEAS Y CONDROBLASTICAS (osseous and chondromatous neoplasms)	19	0.1	20	0.1	39	49,4
		925 NEOPLASIA DE CELULAS GIGANTES (giant cell tumors)	0	0.0	1	0.0	1	1,3
		926 OTROS TUMORES OSEOS (miscellaneous bone tumors)	1	0.0	3	0.0	4	5,1

CIE-O ICDO	LOCALIZACIÓN TOPOGRÁFICA (SITE)	DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO (HISTOLOGIC DIAGNOSIS)	FEMENINO (female)		MASCULINO (male)		Total	
			No.	%	No.	%	No.	%
		927-934 TUMORES ODONTOGENICOS (odontogenic tumors (C41._))	7	0.0	1	0.0	8	10,1
		935-937 OTROS TUMORES (miscellaneous tumors)	3	0.0	3	0.0	6	7,6
		954-957 TUMORES DE LAS VAINAS NERVIOSAS (nerve sheath tumors)	1	0.0	0	0.0	1	1,3
		967-969 LINFOMAS DE CELULAS B MADURAS (mature b-cell lymphomas)	0	0.0	1	0.0	1	1,3
		973 TUMORES DE CELS PLASMATICAS (plasma cell tumors)	0	0.0	3	0.0	3	3,8
		975 NEOPLASIAS DE HISTIOCITOS Y CELS. LINFOIDES ACCESORIAS. (neoplasms of histiocytes and accessory lymphoid cells)	1	0.0	1	0.0	2	2,5
		Total	42	0.2	37	0.3	79	100
C42	SIST.HEMATOPOYETICO Y RETIC.ENDOT. (hematopoietic.retic.endothel. system)	800 NEOPLASIAS SAI (neoplasms nos)	6	0.0	0	0.0	6	0,4
		889-892 NEOPLASIAS MIOMATOSAS (myomatous neoplasms)	0	0.0	1	0.0	1	0,1
		959 LINFOMA MALIGNO SAI O DIFUSOS (malignant lymphomas nos or diffuse)	3	0.0	5	0.0	8	0,5
		965-966 LINFOMA HODGKIN (hodgkin lymphoma)	0	0.0	1	0.0	1	0,1
		967-969 LINFOMAS DE CELULAS B MADURAS (mature b-cell lymphomas)	3	0.0	10	0.1	13	0,8
		970-971 LINFOMA DE CELULAS T MADURAS Y NK (mature t-and nk-cell lymphomas)	0	0.0	1	0.0	1	0,1
		973 TUMORES DE CELS PLASMATICAS (plasma cell tumors)	111	0.7	156	1.1	267	16,2
		975 NEOPLASIAS DE HISTIOCITOS Y CELS. LINFOIDES ACCESORIAS. (neoplasms of histiocytes and accessory lymphoid cells)	3	0.0	2	0.0	5	0,3
		976 ENFERMEDADES INMUNOPROLIFERATIVAS (immunoproliferative diseases)	0	0.0	1	0.0	1	0,1
		980 LEUCEMIAS SAI (leukemias nos (C42.1))	22	0.1	32	0.2	54	3,3
		982-983 LEUCEMIAS LINFOIDES (lymphoid leukemias (C42.1))	331	1.9	394	2.8	725	43,9
		984-993 LEUCEMIAS MIELOIDES (C42.1) (myeloid leukemias (C42.1))	228	1.3	257	1.8	485	29,3
		994 OTRAS LEUCEMIAS (other leukemias (C42.1))	3	0.0	6	0.0	9	0,5
		995-996 TRASTORNOS MIELOPROLIFERATIVOS CRONICOS (chronic myeloproliferative disorders (C42.1))	17	0.1	9	0.1	26	1,6
		998 SINDROMES MIELODISPLASICOS (C42.1) (myelodysplastic syndromes (C42.1))	20	0.1	31	0.2	51	3,1
		Total	747	4.4	906	6.5	1653	100
C44	PIEL (skin)	800 NEOPLASIAS SAI (neoplasms nos)	8	0.0	5	0.0	13	0,2
		801-804 NEOPLASIAS EPITELIALES SAI (epithelial neoplasms nos)	19	0.1	17	0.1	36	0,7
		805-808 NEOPLASIA DE CELULAS ESCAMOSAS (squamous cell neoplasms)	498	2.9	501	3.6	999	19,0
		809-811 NEOPLASIAS DE CELULAS BASALES (basal cell neoplasms)	1829	10.7	1633	11.8	3462	66,0
		814-838 ADENOMAS Y ADENOCARCINOMAS (adenomas and adenocarcinomas)	9	0.1	6	0.0	15	0,3
		839-842 NEOPLASIAS DE LOS ANEXOS Y APENDICES CUTANEOS (adnexal and skin appendage neoplasms)	7	0.0	10	0.1	17	0,3
		843 NEOPLASIA MUCOEPIDERMOIDES (mucoepidermoid neoplasms)	1	0.0	0	0.0	1	0,0
		844-849 NEOPLASIAS QUISTICAS MUCINOSAS Y SEROSAS (cystic mucinous and serous neoplasms)	1	0.0	1	0.0	2	0,0
		850-854 NEOPLASIAS DUCTALES Y LOBULARES (ductal and lobular neoplasms)	1	0.0	0	0.0	1	0,0
		872-879 NEVUS Y MELANOMAS (nevi and melanomas)	276	1.6	244	1.8	520	9,9
		880 SARCOMAS Y NEOPLASIAS DE TEJIDOS BLANDOS (soft tissue tumors and sarcomas nos)	0	0.0	1	0.0	1	0,0
		881-883 NEOPLASIAS FIBROMATOSAS (fibromatous neoplasms)	12	0.1	5	0.0	17	0,3
		885-888 NEOPLASIAS LIPOMATOSAS (lipomatous neoplasms)	1	0.0	1	0.0	2	0,0
		889-892 NEOPLASIAS MIOMATOSAS (myomatous neoplasms)	2	0.0	3	0.0	5	0,1

CIE-O LOCALIZACIÓN TOPOGRÁFICA ICDO (SITE)	DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO (HISTOLOGIC DIAGNOSIS)	FEMENINO (female)		MASCULINO (male)		Total	
		No.	%	No.	%	No.	%
	893-899 NEOPLASIAS COMPLEJAS MIXTAS Y DEL ESTROMA (complex mixed and stromal neoplasms)	0	0,0	1	0,0	1	0,0
	912-916 NEOPLASIAS DE LOS VASOS SANGUINEOS (blood vessel tumors)	10	0,1	18	0,1	28	0,5
	959 LINFOMA MALIGNO SAI O DIFUSOS (malignant lymphomas nos or diffuse)	2	0,0	2	0,0	4	0,1
	965-966 LINFOMA HODGKIN (hodgkin lymphoma)	0	0,0	1	0,0	1	0,0
	967-969 LINFOMAS DE CELULAS B MADURAS (mature b-cell lymphomas)	4	0,0	3	0,0	7	0,1
	970-971 LINFOMA DE CELULAS T MADURAS Y NK (mature t-and nk-cell lymphomas)	54	0,3	57	0,4	111	2,1
	974 TUMORES DE MASTOCITOS (mast cell tumors)	0	0,0	1	0,0	1	0,0
	975 NEOPLASIAS DE HISTIOCITOS Y CELS. LINFÓIDES ACCESORIAS. (neoplasms of histiocytes and accessory lymphoid cells)	2	0,0	1	0,0	3	0,1
	Total	2736	16,1	2511	18,1	5247	100
C47 NERVIOS PERIFÉRICOS Y S.N. AUTÓNOMO (peripheral nerves & autonomic n.s.)	868-871 PARAGANGLIOMAS Y TUMORES GLOMICOS (paragangliomas and glomus tumors)	1	0,0	0	0,0	1	5,3
	885-888 NEOPLASIAS LIPOMATOSAS (lipomatous neoplasms)	1	0,0	0	0,0	1	5,3
	889-892 NEOPLASIAS MIOMATOSAS (myomatous neoplasms)	1	0,0	0	0,0	1	5,3
	912-916 NEOPLASIAS DE LOS VASOS SANGUINEOS (blood vessel tumors)	0	0,0	1	0,0	1	5,3
	938-948 GLIOMAS (gliomas)	1	0,0	0	0,0	1	5,3
	949-952 NEOPLASIAS NEUROEPITELIOMATOSAS (neuroepitheliomatous neoplasms)	0	0,0	1	0,0	1	5,3
	954-957 TUMORES DE LAS VAINAS NERVIOSAS (nerve sheath tumors)	7	0,0	6	0,0	13	68,4
	Total	11	0,1	8	0,1	19	100
C48 RETROPERITONEO Y PERITONEO (retroperitoneum & peritoneum)	800 NEOPLASIAS SAI (neoplasms nos)	17	0,1	7	0,1	24	18,3
	801-804 NEOPLASIAS EPITELIALES SAI (epithelial neoplasms nos)	1	0,0	2	0,0	3	2,3
	814-838 ADENOMAS Y ADENOCARCINOMAS (adenomas and adenocarcinomas)	3	0,0	1	0,0	4	3,1
	880 SARCOMAS Y NEOPLASIAS DE TEJIDOS BLANDOS (soft tissue tumors and sarcomas nos)	3	0,0	7	0,1	10	7,6
	881-883 NEOPLASIAS FIBROMATOSAS (fibromatous neoplasms)	0	0,0	3	0,0	3	2,3
	885-888 NEOPLASIAS LIPOMATOSAS (lipomatous neoplasms)	10	0,1	20	0,1	30	22,9
	889-892 NEOPLASIAS MIOMATOSAS (myomatous neoplasms)	15	0,1	8	0,1	23	17,6
	905 NEOPLASIAS MESOTELIALES (mesothelial neoplasms)	5	0,0	0	0,0	5	3,8
	906-909 NEOPLASIAS DE CELULAS GERMINALES (germ cell neoplasms)	1	0,0	0	0,0	1	0,8
	935-937 OTROS TUMORES (miscellaneous tumors)	1	0,0	0	0,0	1	0,8
	949-952 NEOPLASIAS NEUROEPITELIOMATOSAS (neuroepitheliomatous neoplasms)	0	0,0	2	0,0	2	1,5
	954-957 TUMORES DE LAS VAINAS NERVIOSAS (nerve sheath tumors)	1	0,0	2	0,0	3	2,3
	959 LINFOMA MALIGNO SAI O DIFUSOS (malignant lymphomas nos or diffuse)	3	0,0	2	0,0	5	3,8
	965-966 LINFOMA HODGKIN (hodgkin lymphoma)	2	0,0	0	0,0	2	1,5
	967-969 LINFOMAS DE CELULAS B MADURAS (mature b-cell lymphomas)	10	0,1	4	0,0	14	10,7
	970-971 LINFOMA DE CELULAS T MADURAS Y NK (mature t-and nk-cell lymphomas)	1	0,0	0	0,0	1	0,8
	Total	73	0,4	58	0,4	131	100

CIE-O ICDO	LOCALIZACIÓN TOPOGRÁFICA (SITE)	DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO (HISTOLOGIC DIAGNOSIS)	FEMENINO (female)		MASCULINO (male)		Total	
			No.	%	No.	%	No.	%
C49	TEJ.CONJ.Y SUBCUTANEO Y O.TEJ.BLAN. (connective. subcut.. other soft tiss)	800 NEOPLASIAS SAI (neoplasms nos)	6	0.0	4	0.0	10	2,1
		801-804 NEOPLASIAS EPITELIALES SAI (epithelial neoplasms nos)	0	0.0	3	0.0	3	0,6
		805-808 NEOPLASIA DE CELULAS ESCAMOSAS (squamous cell neoplasms)	1	0.0	0	0.0	1	0,2
		814-838 ADENOMAS Y ADENOCARCINOMAS (adenomas and adenocarcinomas)	4	0.0	2	0.0	6	1,3
		872-879 NEVUS Y MELANOMAS (nevi and melanomas)	0	0.0	1	0.0	1	0,2
		880 SARCOMAS Y NEOPLASIAS DE TEJIDOS BLANDOS (soft tissue tumors and sarcomas nos)	34	0.2	37	0.3	71	15,1
		881-883 NEOPLASIAS FIBROMATOSAS (fibromatous neoplasms)	38	0.2	38	0.3	76	16,1
		884 NEOPLASIAS MIXOMATOSAS (myxomatous neoplasms)	0	0.0	4	0.0	4	0,8
		885-888 NEOPLASIAS LIPOMATOSAS (lipomatous neoplasms)	34	0.2	52	0.4	86	18,3
		889-892 NEOPLASIAS MIOMATOSAS (myomatous neoplasms)	54	0.3	56	0.4	110	23,4
		904 NEOPLASIAS SEMEJANTES A LAS SINOVIALES (synovial-like neoplasms)	19	0.1	17	0.1	36	7,6
		912-916 NEOPLASIAS DE LOS VASOS SANGUINEOS (blood vessel tumors)	6	0.0	24	0.2	30	6,4
		918-924 NEOPLASIAS OSEAS Y CONDROBLASTICAS (osseous and chondromatous neoplasms)	2	0.0	0	0.0	2	0,4
		925 NEOPLASIA DE CELULAS GIGANTES (giant cell tumors)	1	0.0	0	0.0	1	0,2
		926 OTROS TUMORES OSEOS (miscellaneous bone tumors)	1	0.0	2	0.0	3	0,6
		935-937 OTROS TUMORES (miscellaneous tumors)	1	0.0	2	0.0	3	0,6
		938-948 GLIOMAS (gliomas)	2	0.0	7	0.1	9	1,9
		954-957 TUMORES DE LAS VAINAS NERVIOSAS (nerve sheath tumors)	7	0.0	7	0.1	14	3,0
		958 TUMORES DE CELULAS GRANULARES Y SARCOMAS ALVEOLARES DE PARTES BLANDAS (granular cell tumors and alveolar soft part sarcomas)	1	0.0	1	0.0	2	0,4
		972 LINFOMA LINFOLASTICOS DE CELS PRECURSORAS (precursor cell lymphoblastic lymphomas)	0	0.0	1	0.0	1	0,2
		975 NEOPLASIAS DE HISTIOCITOS Y CELS. LINFÓIDES ACCESORIAS. (neoplasms of histiocytes and accessory lymphoid cells)	1	0.0	0	0.0	1	0,2
		984-993 LEUCEMIAS MIELOIDES (C42.1) (myeloid leukemias (C42.1))	1	0.0	0	0.0	1	0,2
		Total	213	1.2	258	1.9	471	100
C50	MAMA (breast)	800 NEOPLASIAS SAI (neoplasms nos)	99	0.6	1	0.0	100	3,8
		801-804 NEOPLASIAS EPITELIALES SAI (epithelial neoplasms nos)	138	0.8	3	0.0	141	5,3
		805-808 NEOPLASIA DE CELULAS ESCAMOSAS (squamous cell neoplasms)	28	0.2	1	0.0	29	1,1
		814-838 ADENOMAS Y ADENOCARCINOMAS (adenomas and adenocarcinomas)	50	0.3	2	0.0	52	2,0
		839-842 NEOPLASIAS DE LOS ANEXOS Y APENDICES CUTANEOS (adnexal and skin appendage neoplasms)	4	0.0	1	0.0	5	0,2
		844-849 NEOPLASIAS QUISTICAS MUCINOSAS Y SEROSAS (cystic mucinous and serous neoplasms)	50	0.3	0	0.0	50	1,9
		850-854 NEOPLASIAS DUCTALES Y LOBULARES (ductal and lobular neoplasms)	2222	13.0	25	0.2	2247	84,7
		856-857 NEOPLASIAS EPITELIALES COMPLEJAS (complex epithelial neoplasms)	3	0.0	0	0.0	3	0,1
		880 SARCOMAS Y NEOPLASIAS DE TEJIDOS BLANDOS (soft tissue tumors and sarcomas nos)	2	0.0	0	0.0	2	0,1
		881-883 NEOPLASIAS FIBROMATOSAS (fibromatous neoplasms)	1	0.0	0	0.0	1	0,0
		884 NEOPLASIAS MIXOMATOSAS (myxomatous neoplasms)	0	0.0	1	0.0	1	0,0
		889-892 NEOPLASIAS MIOMATOSAS (myomatous neoplasms)	2	0.0	0	0.0	2	0,1
		900-903 NEOPLASIAS FIBROEPITELIALES (fibroepithelial neoplasms)	10	0.1	0	0.0	10	0,4
		912-916 NEOPLASIAS DE LOS VASOS SANGUINEOS (blood vessel tumors)	2	0.0	0	0.0	2	0,1

CIE-O ICDO	LOCALIZACIÓN TOPOGRÁFICA (SITE)	DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO (HISTOLOGIC DIAGNOSIS)	FEMENINO (female)		MASCULINO (male)		Total	
			No.	%	No.	%	No.	%
		935-937 OTROS TUMORES (miscellaneous tumors)	1	0.0	0	0.0	1	0,0
		954-957 TUMORES DE LAS VAINAS NERVIOSAS (nerve sheath tumors)	0	0.0	1	0.0	1	0,0
		959 LINFOMA MALIGNO SAI O DIFUSOS (malignant lymphomas nos or diffuse)	1	0.0	0	0.0	1	0,0
		967-969 LINFOMAS DE CELULAS B MADURAS (mature b-cell lymphomas)	5	0.0	1	0.0	6	0,2
		Total	2618	15.4	36	0.3	2654	100
C51	VULVA (vulva)	800 NEOPLASIAS SAI (neoplasms nos)	3	0.0	0	0.0	3	5,3
		801-804 NEOPLASIAS EPITELIALES SAI (epithelial neoplasms nos)	6	0.0	0	0.0	6	10,5
		805-808 NEOPLASIA DE CELULAS ESCAMOSAS (squamous cell neoplasms)	39	0.2	0	0.0	39	68,4
		814-838 ADENOMAS Y ADENOCARCINOMAS (adenomas and adenocarcinomas)	2	0.0	0	0.0	2	3,5
		844-849 NEOPLASIAS QUISTICAS MUCINOSAS Y SEROSAS (cystic mucinous and serous neoplasms)	1	0.0	0	0.0	1	1,8
		850-854 NEOPLASIAS DUCTALES Y LOBULARES (ductal and lobular neoplasms)	1	0.0	0	0.0	1	1,8
		872-879 NEVUS Y MELANOMAS (nevi and melanomas)	3	0.0	0	0.0	3	5,3
		880 SARCOMAS Y NEOPLASIAS DE TEJIDOS BLANDOS (soft tissue tumors and sarcomas nos)	1	0.0	0	0.0	1	1,8
		885-888 NEOPLASIAS LIPOMATOSAS (lipomatous neoplasms)	1	0.0	0	0.0	1	1,8
		Total	57	0.3	0	0.0	57	100
C52	VAGINA (vagina)	800 NEOPLASIAS SAI (neoplasms nos)	1	0.0	0	0.0	1	3,2
		801-804 NEOPLASIAS EPITELIALES SAI (epithelial neoplasms nos)	2	0.0	0	0.0	2	6,5
		805-808 NEOPLASIA DE CELULAS ESCAMOSAS (squamous cell neoplasms)	23	0.1	0	0.0	23	74,2
		814-838 ADENOMAS Y ADENOCARCINOMAS (adenomas and adenocarcinomas)	4	0.0	0	0.0	4	12,9
		889-892 NEOPLASIAS MIOMATOSAS (myomatous neoplasms)	1	0.0	0	0.0	1	3,2
		Total	31	0.2	0	0.0	31	100
C53	CUELLO DE UTERO (cervix uteri)	800 NEOPLASIAS SAI (neoplasms nos)	30	0.2	0	0.0	30	1,5
		801-804 NEOPLASIAS EPITELIALES SAI (epithelial neoplasms nos)	54	0.3	0	0.0	54	2,7
		805-808 NEOPLASIA DE CELULAS ESCAMOSAS (squamous cell neoplasms)	1689	9.9	0	0.0	1689	83,4
		814-838 ADENOMAS Y ADENOCARCINOMAS (adenomas and adenocarcinomas)	198	1.2	0	0.0	198	9,8
		844-849 NEOPLASIAS QUISTICAS MUCINOSAS Y SEROSAS (cystic mucinous and serous neoplasms)	20	0.1	0	0.0	20	1,0
		856-857 NEOPLASIAS EPITELIALES COMPLEJAS (complex epithelial neoplasms)	29	0.2	0	0.0	29	1,4
		872-879 NEVUS Y MELANOMAS (nevi and melanomas)	1	0.0	0	0.0	1	0,0
		889-892 NEOPLASIAS MIOMATOSAS (myomatous neoplasms)	2	0.0	0	0.0	2	0,1
		967-969 LINFOMAS DE CELULAS B MADURAS (mature b-cell lymphomas)	1	0.0	0	0.0	1	0,0
		Total	2024	11.9	0	0.0	2024	100
C54	CUERPO DEL UTERO (corpus uteri)	800 NEOPLASIAS SAI (neoplasms nos)	5	0.0	0	0.0	5	1,5
		801-804 NEOPLASIAS EPITELIALES SAI (epithelial neoplasms nos)	6	0.0	0	0.0	6	1,8
		805-808 NEOPLASIA DE CELULAS ESCAMOSAS (squamous cell neoplasms)	9	0.1	0	0.0	9	2,7
		814-838 ADENOMAS Y ADENOCARCINOMAS (adenomas and adenocarcinomas)	276	1.6	0	0.0	276	83,6
		844-849 NEOPLASIAS QUISTICAS MUCINOSAS Y SEROSAS (cystic mucinous and serous neoplasms)	1	0.0	0	0.0	1	0,3
		856-857 NEOPLASIAS EPITELIALES COMPLEJAS (complex epithelial neoplasms)	3	0.0	0	0.0	3	0,9

CIE-O ICDO	LOCALIZACIÓN TOPOGRÁFICA (SITE)	DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO (HISTOLOGIC DIAGNOSIS)	FEMENINO (female)		MASCULINO (male)		Total	
			No.	%	No.	%	No.	%
		880 SARCOMAS Y NEOPLASIAS DE TEJIDOS BLANDOS (soft tissue tumors and sarcomas nos)	1	0.0	0	0.0	1	0,3
		889-892 NEOPLASIAS MIOMATOSAS (myomatous neoplasms)	6	0.0	0	0.0	6	1,8
		893-899 NEOPLASIAS COMPLEJAS MIXTAS Y DEL ESTROMA (complex mixed and stromal neoplasms)	21	0.1	0	0.0	21	6,4
		905 NEOPLASIAS MESOTELIALES (mesothelial neoplasms)	1	0.0	0	0.0	1	0,3
		935-937 OTROS TUMORES (miscellaneous tumors)	1	0.0	0	0.0	1	0,3
		Total	330	1.9	0	0.0	330	100
C55	UTERO. SAI (uterus nos)	800 NEOPLASIAS SAI (neoplasms nos)	27	0.2	0	0.0	27	36,5
		801-804 NEOPLASIAS EPITELIALES SAI (epithelial neoplasms nos)	6	0.0	0	0.0	6	8,1
		805-808 NEOPLASIA DE CELULAS ESCAMOSAS (squamous cell neoplasms)	1	0.0	0	0.0	1	1,4
		814-838 ADENOMAS Y ADENOCARCINOMAS (adenomas and adenocarcinomas)	17	0.1	0	0.0	17	23,0
		880 SARCOMAS Y NEOPLASIAS DE TEJIDOS BLANDOS (soft tissue tumors and sarcomas nos)	5	0.0	0	0.0	5	6,8
		889-892 NEOPLASIAS MIOMATOSAS (myomatous neoplasms)	11	0.1	0	0.0	11	14,9
		893-899 NEOPLASIAS COMPLEJAS MIXTAS Y DEL ESTROMA (complex mixed and stromal neoplasms)	4	0.0	0	0.0	4	5,4
		910 NEOPLASIAS TROFOBASTICAS (trophoblastic neoplasms)	2	0.0	0	0.0	2	2,7
		958 TUMORES DE CELULAS GRANULARES Y SARCOMAS ALVEOLARES DE PARTES BLANDAS (granular cell tumors and alveolar soft part sarcomas)	1	0.0	0	0.0	1	1,4
		Total	74	0.4	0	0.0	74	100
C56	OVARIO (ovary)	800 NEOPLASIAS SAI (neoplasms nos)	55	0.3	0	0.0	55	10,8
		801-804 NEOPLASIAS EPITELIALES SAI (epithelial neoplasms nos)	18	0.1	0	0.0	18	3,5
		805-808 NEOPLASIA DE CELULAS ESCAMOSAS (squamous cell neoplasms)	11	0.1	0	0.0	11	2,2
		814-838 ADENOMAS Y ADENOCARCINOMAS (adenomas and adenocarcinomas)	95	0.6	0	0.0	95	18,7
		844-849 NEOPLASIAS QUISTICAS MUCINOSAS Y SEROSAS (cystic mucinous and serous neoplasms)	273	1.6	0	0.0	273	53,6
		859-867 NEOPLASIAS ESPECIALIZADAS DE LAS GONADAS (specialized gonadal neoplasms)	9	0.1	0	0.0	9	1,8
		881-883 NEOPLASIAS FIBROMATOSAS (fibromatous neoplasms)	1	0.0	0	0.0	1	0,2
		889-892 NEOPLASIAS MIOMATOSAS (myomatous neoplasms)	1	0.0	0	0.0	1	0,2
		893-899 NEOPLASIAS COMPLEJAS MIXTAS Y DEL ESTROMA (complex mixed and stromal neoplasms)	3	0.0	0	0.0	3	0,6
		900-903 NEOPLASIAS FIBROEPITELIALES (fibroepithelial neoplasms)	4	0.0	0	0.0	4	0,8
		906-909 NEOPLASIAS DE CELULAS GERMINALES (germ cell neoplasms)	31	0.2	0	0.0	31	6,1
		910 NEOPLASIAS TROFOBASTICAS (trophoblastic neoplasms)	6	0.0	0	0.0	6	1,2
		967-969 LINFOMAS DE CELULAS B MADURAS (mature b-cell lymphomas)	2	0.0	0	0.0	2	0,4
		Total	509	3.0	0	0.0	509	100
C57	O.ORG.GENITALES FEM.Y NO ESPEC. (other & unspecif. fem. genital organ)	800 NEOPLASIAS SAI (neoplasms nos)	2	0.0	0	0.0	2	25,0
		814-838 ADENOMAS Y ADENOCARCINOMAS (adenomas and adenocarcinomas)	5	0.0	0	0.0	5	62,5
		906-909 NEOPLASIAS DE CELULAS GERMINALES (germ cell neoplasms)	1	0.0	0	0.0	1	12,5
		Total	8	0.0	0	0.0	8	100
C58	PLACENTA (placenta)	800 NEOPLASIAS SAI (neoplasms nos)	1	0.0	0	0.0	1	2,5
		910 NEOPLASIAS TROFOBASTICAS (trophoblastic neoplasms)	39	0.2	0	0.0	39	97,5
		Total	40	0.2	0	0.0	40	100

CIE-O ICDO	LOCALIZACIÓN TOPOGRÁFICA (SITE)	DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO (HISTOLOGIC DIAGNOSIS)	FEMENINO (female)		MASCULINO (male)		Total	
			No.	%	No.	%	No.	%
C60	PENE (penis)	800 NEOPLASIAS SAI (neoplasms nos)	0	0.0	2	0.0	2	2,2
		801-804 NEOPLASIAS EPITELIALES SAI (epithelial neoplasms nos)	0	0.0	4	0.0	4	4,4
		805-808 NEOPLASIA DE CELULAS ESCAMOSAS (squamous cell neoplasms)	0	0.0	79	0.6	79	86,8
		872-879 NEVUS Y MELANOMAS (nevi and melanomas)	0	0.0	1	0.0	1	1,1
		885-888 NEOPLASIAS LIPOMATOSAS (lipomatous neoplasms)	0	0.0	1	0.0	1	1,1
		889-892 NEOPLASIAS MIOMATOSAS (myomatous neoplasms)	0	0.0	1	0.0	1	1,1
		912-916 NEOPLASIAS DE LOS VASOS SANGUINEOS (blood vessel tumors)	0	0.0	1	0.0	1	1,1
		959 LINFOMA MALIGNO SAI O DIFUSOS (malignant lymphomas nos or diffuse)	0	0.0	2	0.0	2	2,2
		Total	0	0.0	91	0.7	91	100
C61	GLANDULA PROSTATICA (prostate gland)	800 NEOPLASIAS SAI (neoplasms nos)	0	0.0	200	1.4	200	6,5
		801-804 NEOPLASIAS EPITELIALES SAI (epithelial neoplasms nos)	0	0.0	46	0.3	46	1,5
		805-808 NEOPLASIA DE CELULAS ESCAMOSAS (squamous cell neoplasms)	0	0.0	1	0.0	1	0,0
		812-813 PAPILOMA Y CARCINOMAS DE CELULAS TRANSICIONALES (transitional cell papillomas and carcinomas)	0	0.0	4	0.0	4	0,1
		814-838 ADENOMAS Y ADENOCARCINOMAS (adenomas and adenocarcinomas)	0	0.0	2791	20.1	2791	90,2
		844-849 NEOPLASIAS QUISTICAS MUCINOSAS Y SEROSAS (cystic mucinous and serous neoplasms)	0	0.0	1	0.0	1	0,0
		855 NEOPLASIAS DE CELULAS ACINOSAS (acinar cell neoplasms)	0	0.0	49	0.4	49	1,6
		889-892 NEOPLASIAS MIOMATOSAS (myomatous neoplasms)	0	0.0	2	0.0	2	0,1
		967-969 LINFOMAS DE CELULAS B MADURAS (mature b-cell lymphomas)	0	0.0	1	0.0	1	0,0
		Total	0	0.0	3095	22.3	3095	100
C62	TESTICULO (testis)	800 NEOPLASIAS SAI (neoplasms nos)	0	0.0	15	0.1	15	3,8
		801-804 NEOPLASIAS EPITELIALES SAI (epithelial neoplasms nos)	0	0.0	5	0.0	5	1,3
		814-838 ADENOMAS Y ADENOCARCINOMAS (adenomas and adenocarcinomas)	0	0.0	1	0.0	1	0,3
		859-867 NEOPLASIAS ESPECIALIZADAS DE LAS GONADAS (specialized gonadal neoplasms)	0	0.0	2	0.0	2	0,5
		880 SARCOMAS Y NEOPLASIAS DE TEJIDOS BLANDOS (soft tissue tumors and sarcomas nos)	0	0.0	2	0.0	2	0,5
		881-883 NEOPLASIAS FIBROMATOSAS (fibromatous neoplasms)	0	0.0	1	0.0	1	0,3
		885-888 NEOPLASIAS LIPOMATOSAS (lipomatous neoplasms)	0	0.0	1	0.0	1	0,3
		889-892 NEOPLASIAS MIOMATOSAS (myomatous neoplasms)	0	0.0	1	0.0	1	0,3
		893-899 NEOPLASIAS COMPLEJAS MIXTAS Y DEL ESTROMA (complex mixed and stromal neoplasms)	0	0.0	2	0.0	2	0,5
		906-909 NEOPLASIAS DE CELULAS GERMINALES (germ cell neoplasms)	0	0.0	355	2.6	355	89,6
		910 NEOPLASIAS TROFOBASTICAS (trophoblastic neoplasms)	0	0.0	4	0.0	4	1,0
		958 TUMORES DE CELULAS GRANULARES Y SARCOMAS ALVEOLARES DE PARTES BLANDAS (granular cell tumors and alveolar soft part sarcomas)	0	0.0	2	0.0	2	0,5
		967-969 LINFOMAS DE CELULAS B MADURAS (mature b-cell lymphomas)	0	0.0	5	0.0	5	1,3
		Total	0	0.0	396	2.9	396	100

CIE-O ICDO	LOCALIZACIÓN TOPOGRÁFICA (SITE)	DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO (HISTOLOGIC DIAGNOSIS)	FEMENINO (female)		MASCULINO (male)		Total	
			No.	%	No.	%	No.	%
C63	OTROS ORG. GENIT. MASC. Y NO ESPECIF (other & unspecif. male genital organ)	805-808 NEOPLASIA DE CELULAS ESCAMOSAS (squamous cell neoplasms)	0	0.0	3	0.0	3	60,0
		880 SARCOMAS Y NEOPLASIAS DE TEJIDOS BLANDOS (soft tissue tumors and sarcomas nos)	0	0.0	1	0.0	1	20,0
		889-892 NEOPLASIAS MIOMATOSAS (myomatous neoplasms)	0	0.0	1	0.0	1	20,0
		Total	0	0.0	5	0.0	5	100
C64	RIÑÓN (kidney)	800 NEOPLASIAS SAI (neoplasms nos)	17	0.1	33	0.2	50	11,4
		801-804 NEOPLASIAS EPITELIALES SAI (epithelial neoplasms nos)	9	0.1	7	0.1	16	3,6
		805-808 NEOPLASIA DE CELULAS ESCAMOSAS (squamous cell neoplasms)	5	0.0	1	0.0	6	1,4
		812-813 PAPILOMA Y CARCINOMAS DE CELULAS TRANSICIONALES (transitional cell papillomas and carcinomas)	2	0.0	10	0.1	12	2,7
		814-838 ADENOMAS Y ADENOCARCINOMAS (adenomas and adenocarcinomas)	126	0.7	166	1.2	292	66,5
		881-883 NEOPLASIAS FIBROMATOSAS (fibromatous neoplasms)	1	0.0	0	0.0	1	0,2
		884 NEOPLASIAS MIXOMATOSAS (myxomatous neoplasms)	0	0.0	1	0.0	1	0,2
		885-888 NEOPLASIAS LIPOMATOSAS (lipomatous neoplasms)	1	0.0	0	0.0	1	0,2
		889-892 NEOPLASIAS MIOMATOSAS (myomatous neoplasms)	0	0.0	2	0.0	2	0,5
		893-899 NEOPLASIAS COMPLEJAS MIXTAS Y DEL ESTROMA (complex mixed and stromal neoplasms)	26	0.2	27	0.2	53	12,1
		959 LINFOMA MALIGNO SAI O DIFUSOS (malignant lymphomas nos or diffuse)	1	0.0	1	0.0	2	0,5
		967-969 LINFOMAS DE CELULAS B MADURAS (mature b-cell lymphomas)	1	0.0	2	0.0	3	0,7
		Total	189	1.1	250	1.8	439	100
C65	PELVIS RENAL (renal pelvis)	805-808 NEOPLASIA DE CELULAS ESCAMOSAS (squamous cell neoplasms)	3	0.0	2	0.0	5	41,7
		812-813 PAPILOMA Y CARCINOMAS DE CELULAS TRANSICIONALES (transitional cell papillomas and carcinomas)	2	0.0	5	0.0	7	58,3
		Total	5	0.0	7	0.1	12	100
C66	URETER (ureter)	805-808 NEOPLASIA DE CELULAS ESCAMOSAS (squamous cell neoplasms)	0	0.0	1	0.0	1	33,3
		812-813 PAPILOMA Y CARCINOMAS DE CELULAS TRANSICIONALES (transitional cell papillomas and carcinomas)	0	0.0	2	0.0	2	66,7
		Total	0	0.0	3	0.0	3	100
C67	VEJIGA (bladder)	800 NEOPLASIAS SAI (neoplasms nos)	12	0.1	16	0.1	28	5,9
		801-804 NEOPLASIAS EPITELIALES SAI (epithelial neoplasms nos)	6	0.0	11	0.1	17	3,6
		805-808 NEOPLASIA DE CELULAS ESCAMOSAS (squamous cell neoplasms)	9	0.1	14	0.1	23	4,9
		812-813 PAPILOMA Y CARCINOMAS DE CELULAS TRANSICIONALES (transitional cell papillomas and carcinomas)	101	0.6	268	1.9	369	77,8
		814-838 ADENOMAS Y ADENOCARCINOMAS (adenomas and adenocarcinomas)	12	0.1	19	0.1	31	6,5
		844-849 NEOPLASIAS QUISTICAS MUCINOSAS Y SEROSAS (cystic mucinous and serous neoplasms)	3	0.0	1	0.0	4	0,8
		868-871 PARAGANGLIOMAS Y TUMORES GLOMICOS (paragangliomas and glomus tumors)	1	0.0	0	0.0	1	0,2
		889-892 NEOPLASIAS MIOMATOSAS (myomatous neoplasms)	0	0.0	1	0.0	1	0,2
		Total	144	0.8	330	2.4	474	100
C68	OTROS ORG. URINARIOS Y NO ESPECIFIC. (other & unspecified urinary organs)	805-808 NEOPLASIA DE CELULAS ESCAMOSAS (squamous cell neoplasms)	4	0.0	0	0.0	4	50,0
		812-813 PAPILOMA Y CARCINOMAS DE CELULAS TRANSICIONALES (transitional cell papillomas and carcinomas)	2	0.0	2	0.0	4	50,0
		Total	6	0.0	2	0.0	8	100

CIE-O ICDO	LOCALIZACIÓN TOPOGRÁFICA (SITE)	DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO (HISTOLOGIC DIAGNOSIS)	FEMENINO (female)		MASCULINO (male)		Total	
			No.	%	No.	%	No.	%
C69	OJO Y ANEXOS (eye & adnexa)	800 NEOPLASIAS SAI (neoplasms nos)	1	0.0	0	0.0	1	0,6
		801-804 NEOPLASIAS EPITELIALES SAI (epithelial neoplasms nos)	2	0.0	2	0.0	4	2,4
		805-808 NEOPLASIA DE CELULAS ESCAMOSAS (squamous cell neoplasms)	29	0.2	32	0.2	61	35,9
		872-879 NEVUS Y MELANOMAS (nevi and melanomas)	7	0.0	7	0.1	14	8,2
		880 SARCOMAS Y NEOPLASIAS DE TEJIDOS BLANDOS (soft tissue tumors and sarcomas nos)	0	0.0	1	0.0	1	0,6
		881-883 NEOPLASIAS FIBROMATOSAS (fibromatous neoplasms)	0	0.0	1	0.0	1	0,6
		889-892 NEOPLASIAS MIOMATOSAS (myomatous neoplasms)	1	0.0	1	0.0	2	1,2
		949-952 NEOPLASIAS NEUROEPITELIOMATOSAS (neuroepitheliomatous neoplasms)	40	0.2	33	0.2	73	42,9
		959 LINFOMA MALIGNO SAI O DIFUSOS (malignant lymphomas nos or diffuse)	1	0.0	2	0.0	3	1,8
		965-966 LINFOMA HODGKIN (hodgkin lymphoma)	2	0.0	0	0.0	2	1,2
		967-969 LINFOMAS DE CELULAS B MADURAS (mature b-cell lymphomas)	3	0.0	5	0.0	8	4,7
		Total	86	0.5	84	0.6	170	100
C70	MENINGES (meninges)	912-916 NEOPLASIAS DE LOS VASOS SANGUINEOS (blood vessel tumors)	0	0.0	1	0.0	1	14,3
		953 MENINGIOMAS (meningiomas (C70._))	2	0.0	4	0.0	6	85,7
		Total	2	0.0	5	0.0	7	100
C71	ENCEFALO (brain)	800 NEOPLASIAS SAI (neoplasms nos)	20	0.1	19	0.1	39	5,9
		868-871 PARANGLIOMAS Y TUMORES GLOMICOS (parangliomas and glomus tumors)	1	0.0	0	0.0	1	0,2
		906-909 NEOPLASIAS DE CELULAS GERMINALES (germ cell neoplasms)	0	0.0	2	0.0	2	0,3
		912-916 NEOPLASIAS DE LOS VASOS SANGUINEOS (blood vessel tumors)	0	0.0	2	0.0	2	0,3
		935-937 OTROS TUMORES (miscellaneous tumors)	1	0.0	1	0.0	2	0,3
		938-948 GLIOMAS (gliomas)	275	1.6	317	2.3	592	89,4
		949-952 NEOPLASIAS NEUROEPITELIOMATOSAS (neuroepitheliomatous neoplasms)	0	0.0	1	0.0	1	0,2
		953 MENINGIOMAS (meningiomas (C70._))	11	0.1	4	0.0	15	2,3
		954-957 TUMORES DE LAS VAINAS NERVIOSAS (nerve sheath tumors)	0	0.0	1	0.0	1	0,2
		959 LINFOMA MALIGNO SAI O DIFUSOS (malignant lymphomas nos or diffuse)	0	0.0	3	0.0	3	0,5
		967-969 LINFOMAS DE CELULAS B MADURAS (mature b-cell lymphomas)	1	0.0	2	0.0	3	0,5
		973 TUMORES DE CELS PLASMATICAS (plasma cell tumors)	0	0.0	1	0.0	1	0,2
		Total	309	1.8	353	2.5	662	100
C72	MEDULA ESPINAL Y OTRAS DEL S.N.C. (spinal cord. other parts of c.n.s.)	906-909 NEOPLASIAS DE CELULAS GERMINALES (germ cell neoplasms)	0	0.0	1	0.0	1	33,3
		959 LINFOMA MALIGNO SAI O DIFUSOS (malignant lymphomas nos or diffuse)	0	0.0	1	0.0	1	33,3
		967-969 LINFOMAS DE CELULAS B MADURAS (mature b-cell lymphomas)	0	0.0	1	0.0	1	33,3
		Total	0	0.0	3	0.0	3	100
C73	GLANDULA TIROIDES (thyroid gland)	800 NEOPLASIAS SAI (neoplasms nos)	27	0.2	9	0.1	36	1,7
		801-804 NEOPLASIAS EPITELIALES SAI (epithelial neoplasms nos)	47	0.3	11	0.1	58	2,7
		805-808 NEOPLASIA DE CELULAS ESCAMOSAS (squamous cell neoplasms)	9	0.1	2	0.0	11	0,5
		814-838 ADENOMAS Y ADENOCARCINOMAS (adenomas and adenocarcinomas)	1738	10.2	257	1.8	1995	94,5
		850-854 NEOPLASIAS DUCTALES Y LOBULARES (ductal and lobular neoplasms)	6	0.0	1	0.0	7	0,3

CIE-O ICDO	LOCALIZACIÓN TOPOGRÁFICA (SITE)	DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO (HISTOLOGIC DIAGNOSIS)	FEMENINO (female)		MASCULINO (male)		Total	
			No.	%	No.	%	No.	%
		959 LINFOMA MALIGNO SAI O DIFUSOS (malignant lymphomas nos or diffuse)	1	0.0	0	0.0	1	0,0
		967-969 LINFOMAS DE CELULAS B MADURAS (mature b-cell lymphomas)	4	0.0	0	0.0	4	0,2
		Total	1832	10.7	280	2.0	2112	100
C74	GLANDULA SUPRARRENAL (adrenal gland)	801-804 NEOPLASIAS EPITELIALES SAI (epithelial neoplasms nos)	1	0.0	3	0.0	4	18,2
		814-838 ADENOMAS Y ADENOCARCINOMAS (adenomas and adenocarcinomas)	6	0.0	1	0.0	7	31,8
		868-871 PARAGANGLIOMAS Y TUMORES GLOMICOS (paragangliomas and glomus tumors)	0	0.0	2	0.0	2	9,1
		889-892 NEOPLASIAS MIOMATOSAS (myomatous neoplasms)	1	0.0	0	0.0	1	4,5
		949-952 NEOPLASIAS NEUROEPITELIOMATOSAS (neuroepitheliomatous neoplasms)	3	0.0	4	0.0	7	31,8
		967-969 LINFOMAS DE CELULAS B MADURAS (mature b-cell lymphomas)	0	0.0	1	0.0	1	4,5
		Total	11	0.1	11	0.1	22	100
C75	OTRAS GLANDULAS ENDOCRINAS (other endocrine glands)	800 NEOPLASIAS SAI (neoplasms nos)	2	0.0	0	0.0	2	16,7
		868-871 PARAGANGLIOMAS Y TUMORES GLOMICOS (paragangliomas and glomus tumors)	2	0.0	0	0.0	2	16,7
		906-909 NEOPLASIAS DE CELULAS GERMINALES (germ cell neoplasms)	0	0.0	2	0.0	2	16,7
		935-937 OTROS TUMORES (miscellaneous tumors)	0	0.0	4	0.0	4	33,3
		967-969 LINFOMAS DE CELULAS B MADURAS (mature b-cell lymphomas)	0	0.0	1	0.0	1	8,3
		975 NEOPLASIAS DE HISTIOCITOS Y CELS. LINFOIDES ACCESORIAS. (neoplasms of histiocytes and accessory lymphoid cells)	1	0.0	0	0.0	1	8,3
		Total	5	0.0	7	0.1	12	100
C76	LOCALIZACIONES MAL DEFINIDAS (other & ill defined sites)	800 NEOPLASIAS SAI (neoplasms nos)	11	0.1	3	0.0	14	35,0
		801-804 NEOPLASIAS EPITELIALES SAI (epithelial neoplasms nos)	1	0.0	1	0.0	2	5,0
		805-808 NEOPLASIA DE CELULAS ESCAMOSAS (squamous cell neoplasms)	1	0.0	1	0.0	2	5,0
		814-838 ADENOMAS Y ADENOCARCINOMAS (adenomas and adenocarcinomas)	6	0.0	3	0.0	9	22,5
		855 NEOPLASIAS DE CELULAS ACINOSAS (acinar cell neoplasms)	1	0.0	0	0.0	1	2,5
		880 SARCOMAS Y NEOPLASIAS DE TEJIDOS BLANDOS (soft tissue tumors and sarcomas nos)	1	0.0	0	0.0	1	2,5
		881-883 NEOPLASIAS FIBROMATOSAS (fibromatous neoplasms)	0	0.0	1	0.0	1	2,5
		889-892 NEOPLASIAS MIOMATOSAS (myomatous neoplasms)	0	0.0	1	0.0	1	2,5
		904 NEOPLASIAS SEMEJANTES A LAS SINOVIALES (synovial-like neoplasms)	1	0.0	0	0.0	1	2,5
		905 NEOPLASIAS MESOTELIALES (mesothelial neoplasms)	1	0.0	0	0.0	1	2,5
		906-909 NEOPLASIAS DE CELULAS GERMINALES (germ cell neoplasms)	0	0.0	1	0.0	1	2,5
		949-952 NEOPLASIAS NEUROEPITELIOMATOSAS (neuroepitheliomatous neoplasms)	0	0.0	1	0.0	1	2,5
		959 LINFOMA MALIGNO SAI O DIFUSOS (malignant lymphomas nos or diffuse)	0	0.0	2	0.0	2	5,0
		967-969 LINFOMAS DE CELULAS B MADURAS (mature b-cell lymphomas)	1	0.0	1	0.0	2	5,0
		975 NEOPLASIAS DE HISTIOCITOS Y CELS. LINFOIDES ACCESORIAS. (neoplasms of histiocytes and accessory lymphoid cells)	1	0.0	0	0.0	1	2,5
		Total	25	0.1	15	0.1	40	100

CIE-O ICDO	LOCALIZACIÓN TOPOGRÁFICA (SITE)	DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO (HISTOLOGIC DIAGNOSIS)	FEMENINO (female)		MASCULINO (male)		Total		
			No.	%	No.	%	No.	%	
C77	GANGLIOS LINFATICOS (lymph nodes)	800	NEOPLASIAS SAI (neoplasms nos)	3	0.0	1	0.0	4	0,3
		814-838	ADENOMAS Y ADENOCARCINOMAS (adenomas and adenocarcinomas)	2	0.0	3	0.0	5	0,4
		868-871	PARAGANGLIOMAS Y TUMORES GLOMICOS (paragangliomas and glomus tumors)	2	0.0	0	0.0	2	0,2
		881-883	NEOPLASIAS FIBROMATOSAS (fibromatous neoplasms)	1	0.0	0	0.0	1	0,1
		958	TUMORES DE CELULAS GRANULARES Y SARCOMAS ALVEOLARES DE PARTES BLANDAS (granular cell tumors and alveolar soft part sarcomas)	1	0.0	0	0.0	1	0,1
		959	LINFOMA MALIGNO SAI O DIFUSOS (malignant lymphomas nos or diffuse)	133	0.8	148	1.1	281	22,1
		965-966	LINFOMA HODGKIN (hodgkin lymphoma)	77	0.5	102	0.7	179	14,1
		967-969	LINFOMAS DE CELULAS B MADURAS (mature b-cell lymphomas)	385	2.3	366	2.6	751	58,9
		970-971	LINFOMA DE CELULAS T MADURAS Y NK (mature t-and nk-cell lymphomas)	22	0.1	16	0.1	38	3,0
		972	LINFOMA LINFOLBASTICOS DE CELS PRECURSORAS (precursor cell lymphoblastic lymphomas)	3	0.0	6	0.0	9	0,7
		975	NEOPLASIAS DE HISTIOCITOS Y CELS. LINFOIDES ACCESORIAS. (neoplasms of histiocytes and accessory lymphoid cells)	2	0.0	1	0.0	3	0,2
		Total		631	3.7	643	4.6	1274	100
C80	SITIO PRIMARIO DESCONOCIDO (unknown primary site)	800	NEOPLASIAS SAI (neoplasms nos)	66	0.4	46	0.3	112	18,6
		801-804	NEOPLASIAS EPITELIALES SAI (epithelial neoplasms nos)	65	0.4	45	0.3	110	18,3
		805-808	NEOPLASIA DE CELULAS ESCAMOSAS (squamous cell neoplasms)	22	0.1	27	0.2	49	8,1
		814-838	ADENOMAS Y ADENOCARCINOMAS (adenomas and adenocarcinomas)	160	0.9	131	0.9	291	48,3
		843	NEOPLASIA MUCOEPIDERMOIDES (mucoepidermoid neoplasms)	0	0.0	1	0.0	1	0,2
		844-849	NEOPLASIAS QUISTICAS MUCINOSAS Y SEROSAS (cystic mucinous and serous neoplasms)	18	0.1	2	0.0	20	3,3
		856-857	NEOPLASIAS EPITELIALES COMPLEJAS (complex epithelial neoplasms)	0	0.0	1	0.0	1	0,2
		872-879	NEVUS Y MELANOMAS (nevi and melanomas)	2	0.0	3	0.0	5	0,8
		880	SARCOMAS Y NEOPLASIAS DE TEJIDOS BLANDOS (soft tissue tumors and sarcomas nos)	1	0.0	0	0.0	1	0,2
		885-888	NEOPLASIAS LIPOMATOSAS (lipomatous neoplasms)	0	0.0	1	0.0	1	0,2
		906-909	NEOPLASIAS DE CELULAS GERMINALES (germ cell neoplasms)	0	0.0	7	0.1	7	1,2
		910	NEOPLASIAS TROFOBlasticas (trophoblastic neoplasms)	1	0.0	1	0.0	2	0,3
		935-937	OTROS TUMORES (miscellaneous tumors)	1	0.0	1	0.0	2	0,3
		Total		336	2.0	266	1.9	602	100
					17043		13892		30935

Todos los casos diagnosticados en Quito **3. All cases diagnosed in Quito**

De interés clínico 3.1 Of clinical Interest

Análisis por hospitales **3.2 Analysis by hospitals**

TUMORES MALIGNOS SEGÚN LOCALIZACIÓN TOPOGRÁFICA POR PRIMERA FUENTE DE INFORMACIÓN DIAGNOSTICADOS EN QUITO.
RESIDENTES Y NO RESIDENTES. 2006-2010
MALIGNANT TUMOURS BY SITE AND SOURCE OF INFORMATION. ALL DIAGNOSED IN QUITO. RESIDENTS AND NO RESIDENTS. 2006-2010

CIE-10 ICD0-10	LOCALIZACION	SOLCA N° %	HCAM N° %	H.E. ESPEJO N° %	H. FFAA N° %	H.BACA. O. N° %	H.E.GARGES N° %	H. P.A.S. N° %	OTROS.PUBL N° %	H.METROP N° %	H.VANDES N° %	H. VALLES N° %	O.PRIV N° %	TOTAL N° %													
C00	LABIO / lip	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100												
C03-C06	BOCA / mouth	34	53,1	10	15,6	3	4,7	1	1,6	0	0,0	0	0,0	9	14,1	64	100										
C07-C08	GLANDULAS SALIVALES / salivary glands	39	37,1	20	19,0	7	6,7	10	9,5	0	0,0	1	1,0	0	0,0	18	17,1	105	100								
C09	AMIGDALA / tonsil	14	53,8	5	19,2	2	7,7	1	3,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	15,4	26	100								
C10	OROFARINGE / oropharynx	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	2	100								
C11	NASOFARINGE / nasopharynx	8	61,5	2	15,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	15,4	13	100								
C12-C13	HIPOFARINGE / hypopharynx	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	2	100								
C14	OTR. Y MAL DEF. LABIO, BOCA, FARINGE / other, ill def, in lip, mouth, pharynx	3	25,0	1	8,3	1	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	50,0	12	100								
C15	ESOFAGO / oesophagus	52	22,6	29	12,6	15	6,5	8	3,5	0	0,0	4	1,7	4	1,7	0	0,0	92	40,0	230	100						
C16	ESTOMAGO / stomach	609	22,6	361	13,4	207	7,7	80	3,0	1	0,0	57	2,1	82	3,0	133	4,9	53	2,0	91	3,4	4	0,1	1008	37,5	2689	100
C17	INTESTINO DELGADO / small intestine	24	19,2	29	23,2	7	5,6	3	2,4	0	0,0	4	3,2	2	1,6	1	0,8	9	7,2	6	4,8	0	0,0	40	32,0	125	100
C18	COLON / colon	169	18,1	156	16,7	73	7,8	39	4,2	0	0,0	16	1,7	10	1,1	26	2,8	72	7,7	50	5,4	2	0,2	320	34,3	933	100
C19-C20	RECTO / rectum	164	29,5	100	18,0	53	9,5	34	6,1	0	0,0	5	0,9	5	0,9	27	4,9	16	2,9	14	2,5	1	0,2	136	24,5	555	100
C21	ANO Y CONDUCTO ANAL / anus and anal canal	37	41,1	13	14,4	8	8,9	3	3,3	0	0,0	1	1,1	0	0,0	6	6,7	1	1,1	2	2,2	0	0,0	19	21,1	90	100
C22	HIGADO Y COND.BILIARES INTRAHEP. / liver & intrahepatic bile ducts	95	17,1	84	15,2	31	5,6	16	2,9	25	4,5	12	2,2	8	1,4	14	2,5	22	4,0	17	3,1	2	0,4	228	41,2	554	100
C23-C24	VESICULA BILIAR ETC. / gallbladder etc,	91	13,7	89	13,4	59	8,9	35	5,3	0	0,0	29	4,4	14	2,1	18	2,7	23	3,5	28	4,2	1	0,2	257	38,7	644	100
C25	PANCREAS / pancreas	52	15,4	40	11,8	20	5,9	19	5,6	0	0,0	2	0,6	6	1,8	10	3,0	25	7,4	11	3,3	4	1,2	149	44,1	338	100
C30-C31	NARIZ Y SENOS PARANASALES / nose, sinuses etc,	37	38,5	20	20,8	6	6,3	4	4,2	1	1,0	1	1,0	0	0,0	1	1,0	4	4,2	6	6,3	0	0,0	16	16,7	96	100
C32	LARINGE / larynx	38	30,9	27	22,0	12	9,8	6	4,9	0	0,0	1	0,8	0	0,0	4	3,3	8	6,5	6	4,9	1	0,8	20	16,3	123	100
C33-C34	TRAQUEA, BRONQUIOS, PULMON / trachea, bronchus and lung	166	19,5	198	23,3	97	11,4	66	7,8	0	0,0	2	0,2	7	0,8	17	2,0	38	4,5	40	4,7	1	0,1	218	25,6	850	100
C37-C38	OTROS ORGANOS TORACICOS / other thoracic organs	9	19,1	8	17,0	10	21,3	0	0,0	3	6,4	0	0,0	0	0,0	1	2,1	7	14,9	3	6,4	0	0,0	6	12,8	47	100
C40-C41	HUESO / bone	91	39,4	36	15,6	17	7,4	9	3,9	16	6,9	2	0,9	3	1,3	3	1,3	7	3,0	2	0,9	2	0,9	43	18,6	231	100
C43	MELANOMAS PIEL / melanoma of skin	142	27,0	79	15,0	23	4,4	23	4,4	0	0,0	5	1,0	0	0,0	36	6,9	32	6,1	16	3,0	2	0,4	167	31,8	525	100
C44	OTROS DE PIEL / other skin	741	16,2	479	10,5	100	2,2	248	5,4	1	0,0	55	1,2	22	0,5	438	9,6	366	8,0	163	3,6	11	0,2	1936	42,4	4563	100
C45	MESOTELIOMA / mesothelioma	11	36,7	6	20,0	5	16,7	1	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	6,7	1	3,3	0	0,0	4	13,3	30	100
C46	SARCOMA DE KAPOSI / kaposi sarcoma	4	7,4	15	27,8	8	14,8	3	5,6	0	0,0	3	5,6	1	1,9	5	9,3	1	1,9	2	3,7	0	0,0	12	22,2	54	100
C47 y C49	TEJIDO CONECTIVO Y TEJIDO BLANDO / connective and soft tissue	182	38,2	54	11,3	34	7,1	12	2,5	14	2,9	6	1,3	3	0,6	20	4,2	22	4,6	13	2,7	3	0,6	113	23,7	476	100
C50	MAMA / breast	1242	46,9	394	14,9	91	3,4	79	3,0	0	0,0	10	0,4	2	0,1	69	2,6	138	5,2	26	1,0	12	0,5	584	22,1	2647	100
C51	VULVA / vulva	29	50,9	6	10,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,5	0	0,0	1	1,8	0	0,0	19	33,3	57	100
C52	VAGINA / vagina	6	19,4	2	6,5	1	3,2	1	3,2	0	0,0	1	3,2	0	0,0	3	9,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	17	54,8	31	100
C53	CUELLO DE UTERO / cervix uteri	1271	62,8	135	6,7	90	4,4	36	1,8	0	0,0	21	1,0	12	0,6	87	4,3	10	0,5	16	0,8	1	0,0	344	17,0	2023	100
C54	CUERPO DEL UTERO / corpus uteri	83	25,2	64	19,5	11	3,3	11	3,3	0	0,0	6	1,8	0	0,0	21	6,4	19	5,8	10	3,0	4	1,2	99	30,1	329	100

C55	UTERO, SAI / uterus nos	4	5,4	10	13,5	5	6,8	2	2,7	0	0,0	0	0,0	1	1,4	1	1,4	2	2,7	5	6,8	0	0,0	44	59,5	74	100
C56	OVARIO / ovary	174	34,3	107	21,1	34	6,7	12	2,4	2	0,4	7	1,4	5	1,0	17	3,4	17	3,4	16	3,2	4	0,8	112	22,1	507	100
C57	O.ORG.GENITALES FEM.Y NO ESPEC. / other & unspecif. fem. genital organ	5	62,5	2	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	12,5	8	100
C58	PLACENTA / placenta	22	53,7	1	2,4	6	14,6	1	2,4	0	0,0	1	2,4	0	0,0	1	2,4	0	0,0	2	4,9	0	0,0	7	17,1	41	100
C60	PENE / penis	37	42,0	14	15,9	8	9,1	2	2,3	0	0,0	0	0,0	6	6,8	3	3,4	2	2,3	0	0,0	0	0,0	16	18,2	88	100
C61	GLANDULA PROSTATICA / prostate gland	522	16,9	693	22,4	93	3,0	154	5,0	0	0,0	25	0,8	32	1,0	59	1,9	99	3,2	52	1,7	13	0,4	1350	43,6	3094	100
C62	TESTICULO / testis	115	29,3	43	11,0	46	11,7	9	2,3	10	2,6	1	0,3	2	0,5	14	3,6	27	6,9	11	2,8	1	0,3	113	28,8	392	100
C63	OTROS ORG. GENIT. MASC. Y NO ESPECIF. / other & unspecif. male genital organ	2	40,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	40,0	5	100
C64	RIÑON / kidney	94	21,7	75	17,3	21	4,8	30	6,9	32	7,4	3	0,7	4	0,9	10	2,3	33	7,6	20	4,6	5	1,2	106	24,4	434	100
C65	PELVIS RENAL / renal pelvis	9	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	16,7	0	0,0	0	0,0	1	8,3	12	100
C66	URETER / ureter	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	66,7	3	100
C67	VEJIGA / bladder	107	22,6	102	21,5	22	4,6	18	3,8	1	0,2	8	1,7	10	2,1	14	3,0	31	6,5	21	4,4	5	1,1	134	28,3	474	100
C68	OTROS ORG. URINARIOS Y NO ESPECIFIC. / other & unspecified urinary organs	3	37,5	1	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	50,0	8	100
C69	OJO Y ANEXOS / eye & adnexa	36	22,9	7	4,5	14	8,9	0	0,0	30	19,1	1	0,6	2	1,3	5	3,2	16	10,2	2	1,3	0	0,0	44	28,0	157	100
C70	MENINGES / meninges	6	27,3	11	50,0	1	4,5	1	4,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,5	0	0,0	2	9,1	22	100
C71	ENCEFALO / brain	121	18,9	53	8,3	109	17,0	39	6,1	60	9,4	3	0,5	6	0,9	11	1,7	54	8,4	16	2,5	17	2,7	151	23,6	640	100
C72	MEDULA ESPINAL Y OTRAS DEL S.N.C. / spinal cord, other parts of c.n.s.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100
C73	GLANDULA TIROIDES / thyroid gland	722	34,3	307	14,6	72	3,4	72	3,4	2	0,1	18	0,9	10	0,5	44	2,1	148	7,0	60	2,8	10	0,5	642	30,5	2107	100
C74	GLANDULA SUPRARRENAL / adrenal gland	6	28,6	2	9,5	1	4,8	0	0,0	3	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	28,6	0	0,0	0	0,0	3	14,3	21	100
C75	OTROS ENDOCRINOS / other endocrine	2	20,0	0	0,0	1	10,0	0	0,0	2	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	10,0	0	0,0	0	0,0	4	40,0	10	100
C81	LINFOMA HODGKIN / hodgkin lymphoma	78	40,2	13	6,7	23	11,9	4	2,1	19	9,8	2	1,0	2	1,0	4	2,1	6	3,1	11	5,7	1	0,5	31	16,0	194	100
C82-C85, C96	LINFOMA NO HODGKIN / non-Hodgkin lymphoma	518	30,9	335	20,0	144	8,6	61	3,6	39	2,3	16	1,0	4	0,2	73	4,4	101	6,0	61	3,6	4	0,2	318	19,0	1675	100
C90	MIELOMA MULTIPLE / multiple myeloma	46	16,6	70	25,3	32	11,6	9	3,2	0	0,0	3	1,1	5	1,8	35	12,6	12	4,3	8	2,9	1	0,4	56	20,2	277	100
C91	LEUCEMIA LINFOIDE / lymphoid leukaemia	128	17,4	71	9,7	78	10,6	17	2,3	202	27,5	11	1,5	8	1,1	150	20,4	15	2,0	7	1,0	3	0,4	44	6,0	734	100
C92-C94	LEUCEMIA MIELOIDE / myeloid leukaemia	73	15,0	78	16,0	87	17,9	26	5,3	38	7,8	10	2,1	19	3,9	95	19,5	11	2,3	6	1,2	0	0,0	43	8,8	486	100
C95 C26, C39, C48,	LEUCEMIA INESPECIFICADA / leukaemia unspecified	3	5,6	6	11,1	2	3,7	1	1,9	8	14,8	0	0,0	2	3,7	3	5,6	1	1,9	1	1,9	0	0,0	27	50,0	54	100
C76, C80, C77	OTROS E INESPECIFICADOS / other and unspecified	272	31,5	123	14,3	47	5,4	42	4,9	3	0,3	15	1,7	5	0,6	20	2,3	33	3,8	29	3,4	2	0,2	271	31,4	863	100
MPD: D45, D47	DESORDENES MIELOPROLIFERATIVOS / myeloproliferative disorders	0	0,0	1	3,7	5	18,5	1	3,7	1	3,7	0	0,0	2	7,4	1	3,7	1	3,7	0	0,0	0	0,0	15	55,6	27	100
MDS	SINDROMES MIELODISPLASICOS / myelodysplastic syndromes	2	3,9	6	11,8	0	0,0	1	2,0	4	7,8	0	0,0	1	2,0	23	45,1	1	2,0	0	0,0	0	0,0	13	25,5	51	100
Total		8553	27,7	4596	14,9	1842	6,0	1251	4,0	517	1,7	368	1,2	307	1,0	1542	5,0	1512	4,9	863	2,8	117	0,4	9444	30,5	30925	100

TABLA / TABLE 64

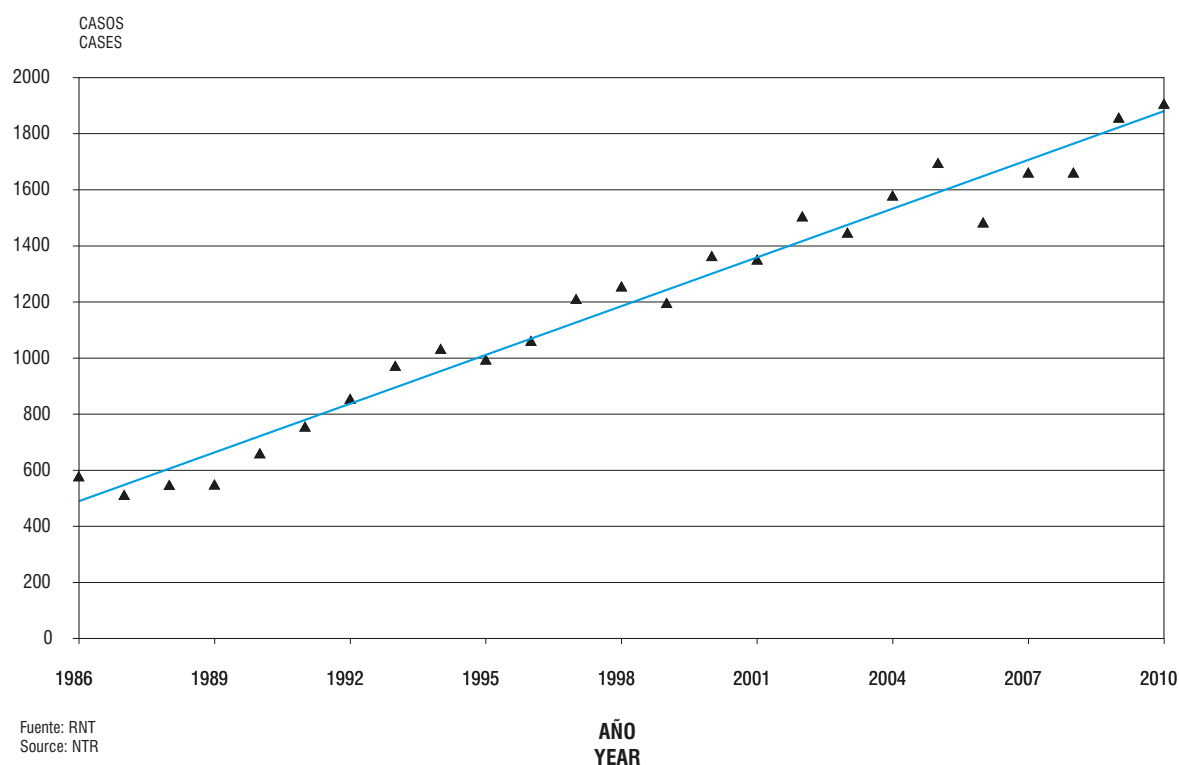
HOSPITAL ONCOLÓGICO “SOLÓN ESPINOSA A”. SOLCA-QUITO
CASOS SEGÚN AÑO DE DIAGNÓSTICO POR GRUPOS DE EDAD. 1986-2010
CASES BY AGE GROUP ACCORDING TO YEAR OF DIAGNOSTIC. 1986-2010

AÑO	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75+	Desc (Unk)	Total
1986	4	3	3	8	7	23	18	37	47	67	59	58	67	50	45	67	13	576
1987	1	-	2	2	11	12	19	37	34	51	64	69	48	55	39	66	-	510
1988	1	4	-	4	13	10	25	32	49	45	57	69	62	65	40	64	5	545
1989	-	5	2	4	7	9	36	33	36	58	45	64	57	66	40	80	5	547
1990	4	1	7	9	15	22	35	50	58	53	56	73	86	63	42	78	6	658
1991	9	5	4	12	19	17	38	55	54	70	68	75	72	70	72	108	5	753
1992	2	4	9	14	12	25	43	81	65	74	79	86	88	73	77	113	7	852
1993	4	6	10	18	20	29	37	60	88	96	67	99	128	96	81	122	9	970
1994	6	7	8	7	29	28	49	65	92	85	97	100	120	99	75	152	11	1030
1995	10	5	13	8	26	30	42	64	84	88	102	93	102	118	69	132	6	992
1996	4	8	6	20	21	31	47	76	87	98	114	101	108	94	101	136	7	1059
1997	11	9	12	24	23	38	60	74	92	97	104	112	137	143	86	180	6	1208
1998	9	8	12	23	24	44	58	67	90	123	123	113	142	124	112	181	-	1253
1999	9	10	4	11	26	28	41	69	99	111	93	131	119	132	107	199	5	1194
2000	18	7	9	31	30	34	61	88	99	121	117	135	150	145	139	174	3	1361
2001	11	12	6	15	33	31	57	94	98	108	125	150	119	147	137	204	2	1349
2002	30	23	23	25	24	25	57	79	102	133	125	151	149	162	137	244	14	1503
2003	18	10	14	20	28	38	56	75	110	138	140	142	138	134	129	195	60	1445
2004	19	16	13	25	37	35	59	90	131	142	144	170	158	156	153	226	3	1577
2005	27	11	15	24	41	57	69	113	112	157	151	156	166	177	136	279	2	1693
2006	16	13	15	30	26	43	65	86	119	130	161	145	130	152	129	221	-	1481
2007	15	12	13	25	37	67	59	105	137	143	152	160	153	169	157	255	-	1659
2008	25	12	16	20	53	51	58	98	140	160	160	171	169	142	159	225	-	1659
2009	18	10	18	37	32	51	69	111	146	159	158	181	189	196	176	304	-	1855
2010	17	13	17	27	30	46	72	116	132	174	167	196	186	224	175	312	-	1904
TOTAL	288	214	251	443	624	824	1230	1855	2301	2681	2728	3000	3043	3052	2613	4317	169	29633

Fuente: RNT
Source: NTR

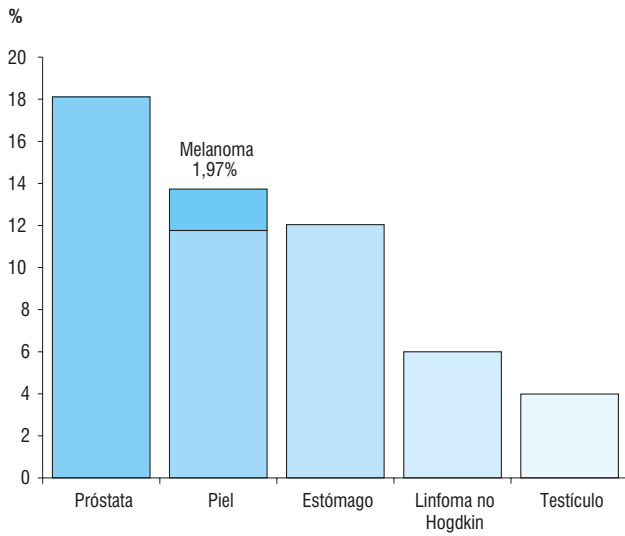
GRÁFICO / FIGURE 123

HOSPITAL ONCOLÓGICO “SOLÓN ESPINOSA A.” SOLCA-QUITO
TENDENCIA DE TUMORES MALIGNOS INVASORES POR AÑO DE DIAGNÓSTICO. 1986-2010
MALIGNANT TUMOURS TREND BY DIAGNOSTIC YEAR. 1986-2010



GRÁFICO/ FIGURE 124

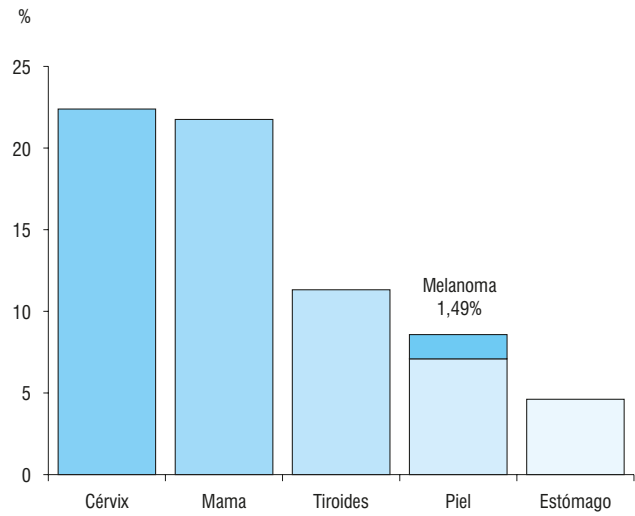
**HOSPITAL ONCOLÓGICO “SOLÓN ESPINOSA A.” SOLCA-QUITO
LOCALIZACIONES MÁS FRECUENTES. 2006-2010. HOMBRES
MOST FREQUENT SITES OF CANCER 2006-2010. MALES**



Fuente: RNT
Source: NTR

GRÁFICO/ FIGURE 125

**HOSPITAL ONCOLÓGICO “SOLÓN ESPINOSA A.” SOLCA-QUITO
LOCALIZACIONES MÁS FRECUENTES. 2006-2010. MUJERES
MOST FREQUENT SITES OF CANCER 2006-2010. FEMALES**



Fuente: RNT
Source: NTR

GRÁFICO / FIGURE 126

**HOSPITAL ONCOLÓGICO “SOLÓN ESPINOSA A.” SOLCA-QUITO
TUMORES MALIGNOS SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN. 2006-2010
MALIGNANT TUMOURS BY EDUCATION LEVEL 2006-2010**

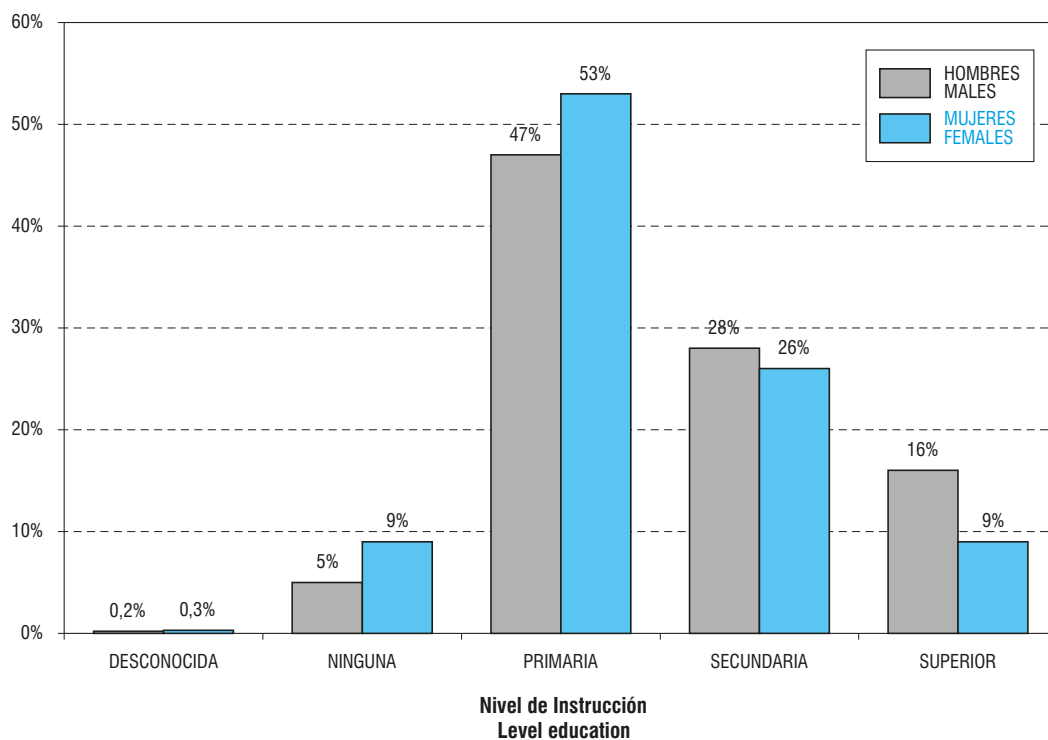


TABLA / TABLE 65

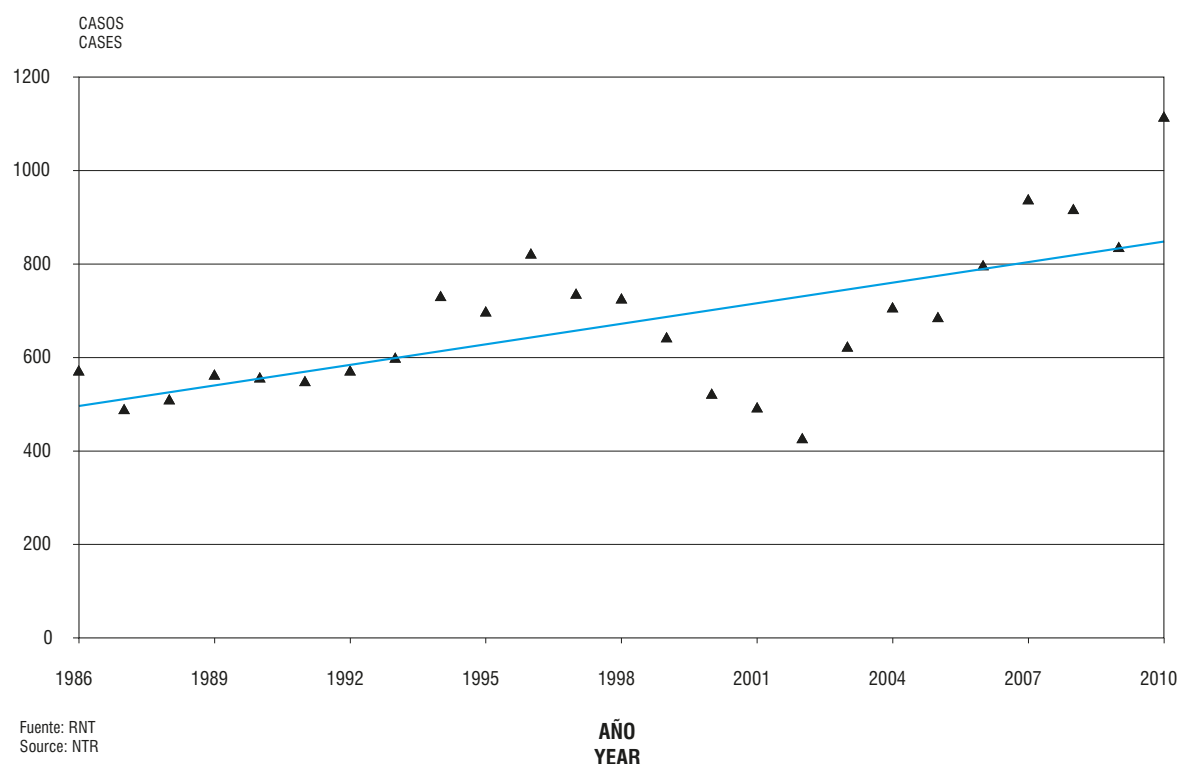
HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN
CASOS SEGÚN AÑO DE DIAGNÓSTICO POR GRUPOS DE EDAD. 1986-2010
CASES BY AGE GROUP ACCORDING TO YEAR OF DIAGNOSTIC. 1986-2010

AÑO	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75+	Desc (Unk)	Total
1986	3	2	4	3	3	16	25	29	33	31	62	39	49	72	60	97	43	571
1987	3	2	1	4	8	20	18	24	39	36	50	49	43	50	41	73	27	488
1988	3	1	2	3	6	18	25	32	36	40	44	61	33	47	46	95	17	509
1989	-	4	1	5	6	12	21	37	27	42	46	49	66	64	61	95	26	562
1990	2	1	1	4	5	8	24	28	49	43	47	60	56	59	59	79	31	556
1991	1	3	4	3	10	13	29	31	41	38	46	32	57	62	51	95	32	548
1992	-	-	1	7	8	8	22	33	39	45	48	47	65	62	51	93	42	571
1993	2	-	3	4	11	16	27	27	30	44	61	68	57	69	52	109	18	598
1994	6	2	2	3	14	17	27	41	33	58	56	68	70	75	74	121	63	730
1995	1	2	4	7	13	17	31	30	47	51	53	62	80	80	70	128	21	697
1996	1	1	2	4	10	13	33	44	53	54	51	78	83	104	100	170	20	821
1997	2	-	8	5	11	19	31	28	43	52	62	72	81	81	88	145	7	735
1998	-	-	4	-	9	21	20	29	54	53	46	43	71	87	102	166	20	725
1999	1	1	3	3	5	19	20	37	39	55	39	53	56	86	79	128	18	642
2000	1	2	2	3	5	15	9	25	26	32	33	57	57	62	60	118	14	521
2001	-	-	2	2	5	5	14	24	28	34	36	45	37	52	70	128	10	492
2002	2	-	-	3	4	5	6	14	23	32	42	31	47	65	53	97	2	426
2003	1	1	1	2	10	9	13	9	31	37	58	68	56	80	78	165	3	622
2004	1	1	1	2	11	5	15	19	39	54	63	88	76	86	65	180	-	706
2005	3	-	2	2	8	10	14	22	31	54	41	70	75	92	81	179	1	685
2006	-	-	1	2	8	17	16	24	32	48	79	75	89	91	111	203	-	796
2007	-	3	1	7	7	19	22	44	54	58	85	79	95	106	111	240	6	937
2008	-	1	5	2	12	28	19	33	36	59	87	97	89	87	135	224	2	916
2009	2	-	2	4	6	15	25	28	46	58	73	86	94	105	104	185	2	835
2010	-	1	2	5	11	22	29	41	53	80	83	121	130	157	148	228	3	1114
TOTAL	35	28	59	89	206	367	535	733	962	1188	1391	1598	1712	1981	1950	3541	428	16803

Fuente: RNT
Source: NTR

GRÁFICO / FIGURE 127

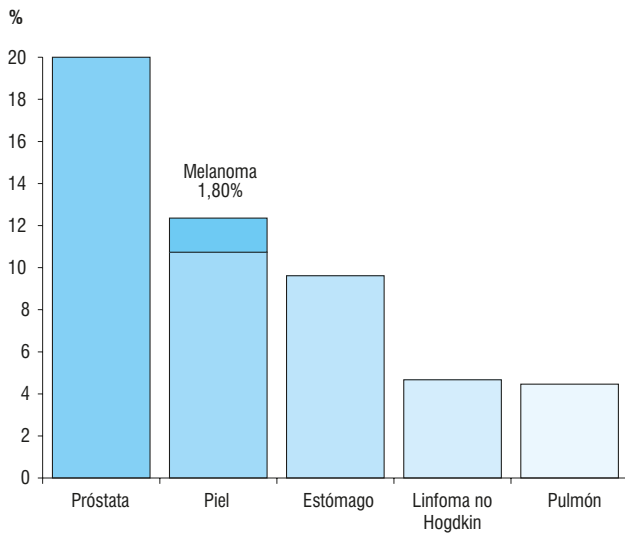
HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN
TENDENCIA DE TUMORES MALIGNOS INVASORES POR AÑO DE DIAGNÓSTICO 1986-2010
MALIGNANT TUMOURS TREND BY DIAGNOSTIC YEAR. 1986-2010



Fuente: RNT
Source: NTR

GRÁFICO/ FIGURE 128

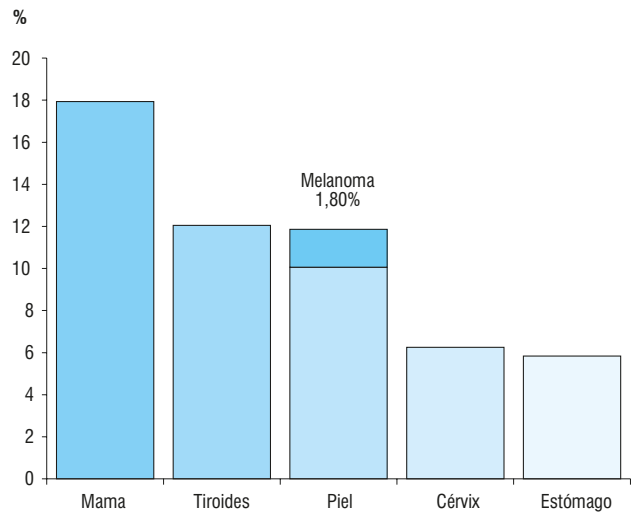
HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN
LOCALIZACIONES MÁS FRECUENTES. 2006-2010. HOMBRES
MOST FREQUENT SITES OF CANCER. 2006-2010. MALES



Fuente: RNT
 Source: NTR

GRÁFICO/ FIGURE 129

HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN
LOCALIZACIONES MÁS FRECUENTES. 2006-2010. MUJERES
MOST FREQUENT SITES OF CANCER. 2006-2010. FEMALES



Fuente: RNT
 Source: NTR

GRÁFICO / FIGURE 130

HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN
TUMORES MALIGNOS SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN. 2006-2010
MALIGNANT TUMOURS BY EDUCATION LEVEL. 2006-2010

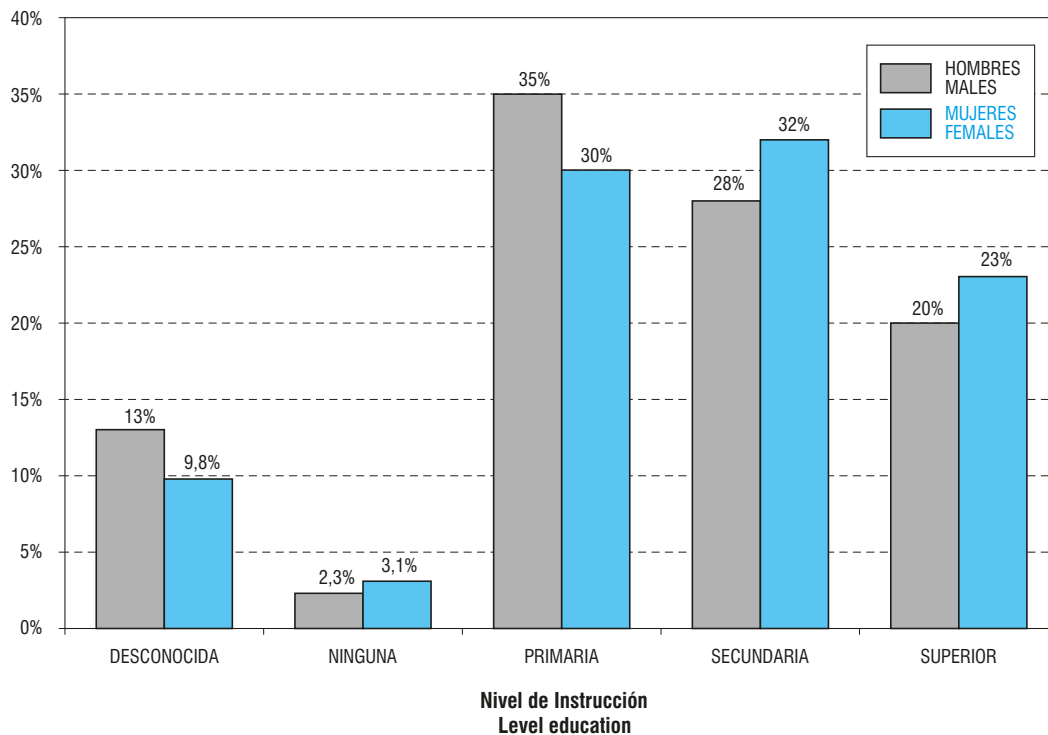


TABLA / TABLE 66

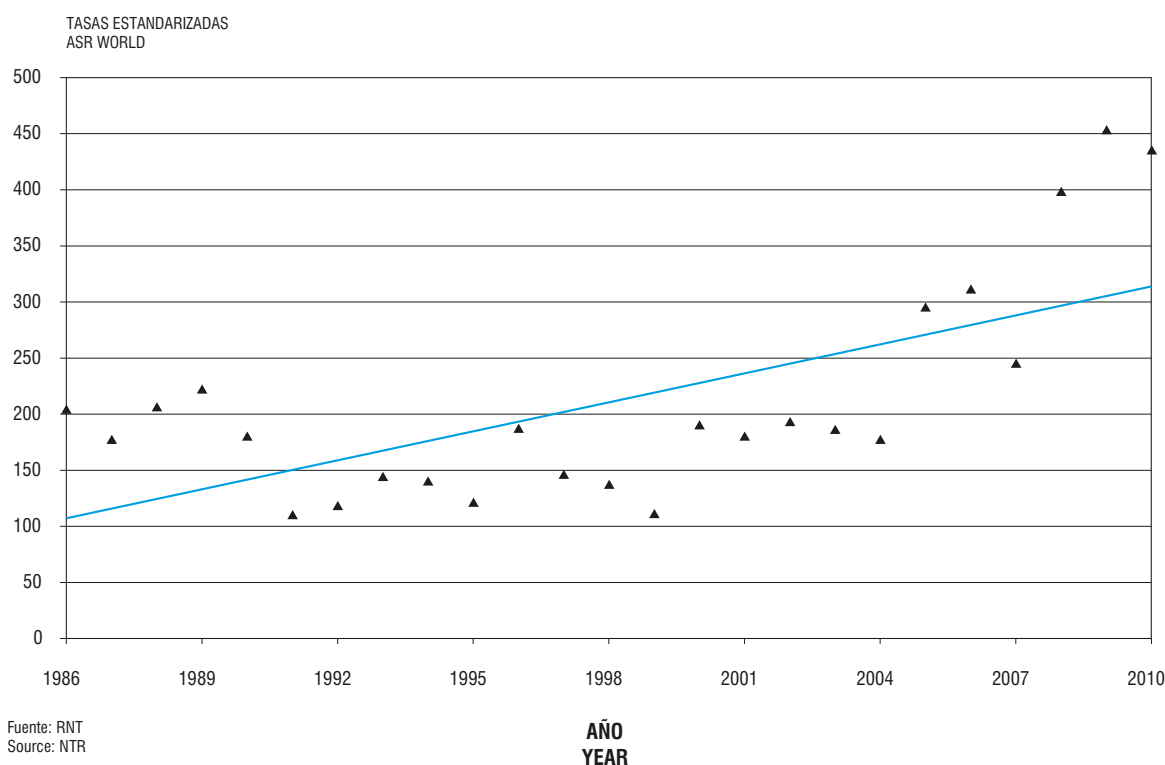
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO
CASOS SEGÚN AÑO DE DIAGNÓSTICO POR GRUPOS DE EDAD. 1986-2010
CASES BY AGE GROUP ACCORDING TO YEAR OF DIAGNOSTIC. 1986-2010

AÑO	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75+	Desc (Unk)	Total
1986	10	8	4	8	2	7	8	11	7	7	29	12	13	20	18	27	13	204
1987	1	3	3	5	1	5	12	3	10	13	12	19	22	20	22	26	-	177
1988	5	-	3	8	5	8	6	11	13	10	18	17	20	26	21	28	7	206
1989	5	2	3	10	8	7	14	9	10	18	17	15	19	27	22	29	7	222
1990	-	-	2	3	10	3	9	9	7	6	20	22	20	20	16	26	7	180
1991	2	-	2	2	10	2	4	3	5	6	6	12	12	11	11	20	2	110
1992	1	-	1	3	4	4	5	3	8	8	13	14	11	11	12	19	1	118
1993	1	2	2	4	4	6	5	6	9	15	12	9	22	8	12	25	2	144
1994	1	-	2	5	7	1	13	8	5	5	11	11	11	15	16	23	6	140
1995	2	2	-	8	3	7	8	7	5	4	4	10	8	15	13	18	7	121
1996	-	2	2	9	3	6	14	13	5	9	9	18	17	25	15	38	2	187
1997	2	1	-	4	4	9	6	10	5	13	9	7	18	15	17	24	2	146
1998	2	1	1	4	6	6	7	6	5	7	3	11	17	15	7	36	3	137
1999	2	-	1	9	3	5	3	4	9	5	15	5	12	8	9	21	-	111
2000	2	2	3	4	5	9	9	9	13	13	11	14	26	16	18	36	-	190
2001	1	1	4	8	7	4	10	12	10	10	14	17	16	20	12	34	-	180
2002	4	-	-	4	11	10	11	15	8	13	14	12	19	18	22	32	-	193
2003	1	-	3	6	6	6	9	7	11	16	18	20	19	22	11	30	1	186
2004	1	-	4	7	6	7	8	5	17	11	15	12	21	16	11	36	-	177
2005	4	1	2	11	10	14	12	14	15	29	23	15	34	37	28	45	1	295
2006	2	3	2	10	13	18	14	20	23	17	23	23	26	17	31	69	-	311
2007	4	3	1	10	10	4	9	10	17	17	19	24	26	29	19	42	1	245
2008	-	2	6	20	18	20	20	18	24	26	40	43	37	28	29	66	1	398
2009	3	1	5	25	18	29	15	29	26	34	39	31	55	36	47	58	2	453
2010	4	1	7	22	27	22	28	20	27	33	47	35	21	45	33	54	9	435
TOTAL	60	35	63	209	201	219	259	262	294	345	441	428	522	520	472	862	74	5266

Fuente: RNT
Source: NTR

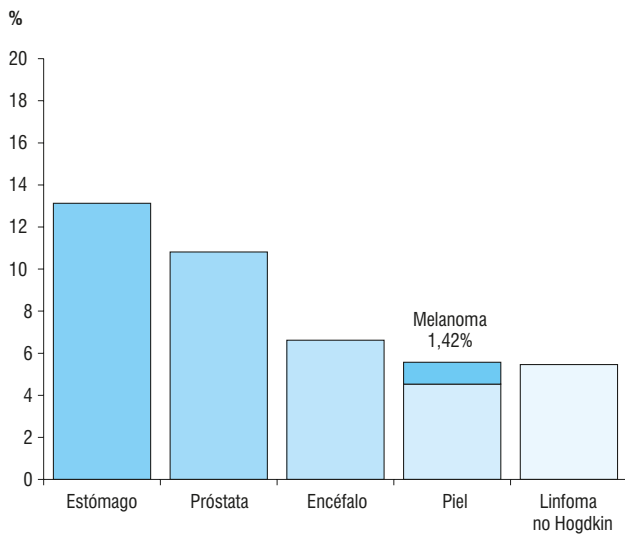
GRÁFICO / FIGURE 131

HOSPITAL EUGENIO ESPEJO
TENDENCIA DE TUMORES MALIGNOS INVASORES POR AÑO DE DIAGNÓSTICO. 1986-2010
MALIGNANT TUMOURS TREND BY DIAGNOSTIC YEAR. 1986-2010



GRÁFICO/ FIGURE 132

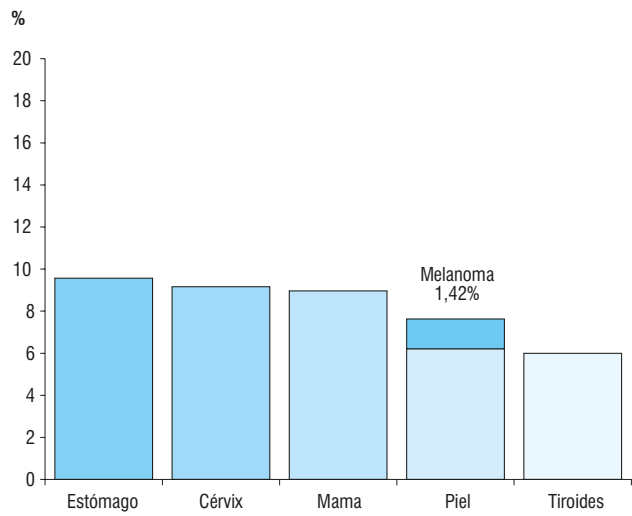
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO
LOCALIZACIONES MÁS FRECUENTES. 2006-2010. HOMBRES
MOST FREQUENT SITES OF CANCER. 2006-2010. MALES



Fuente: RNT
 Source: NTR

GRÁFICO/ FIGURE 133

HOSPITAL EUGENIO ESPEJO
LOCALIZACIONES MÁS FRECUENTES. 2006-2010. MUJERES
MOST FREQUENT SITES OF CANCER. 2006-2010. FEMALES



Fuente: RNT
 Source: NTR

GRÁFICO / FIGURE 134

HOSPITAL EUGENIO ESPEJO
TUMORES MALIGNOS SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN. 2006-2010
MALIGNANT TUMOURS BY EDUCATION LEVEL .2006-2010

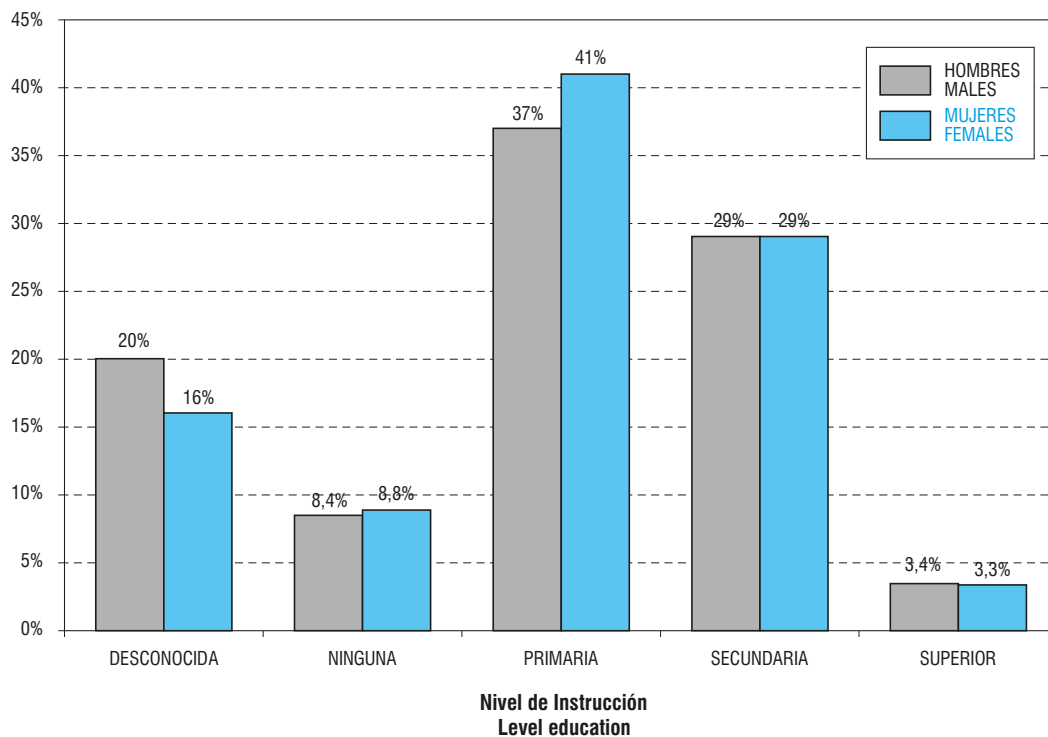


TABLA / TABLE 67

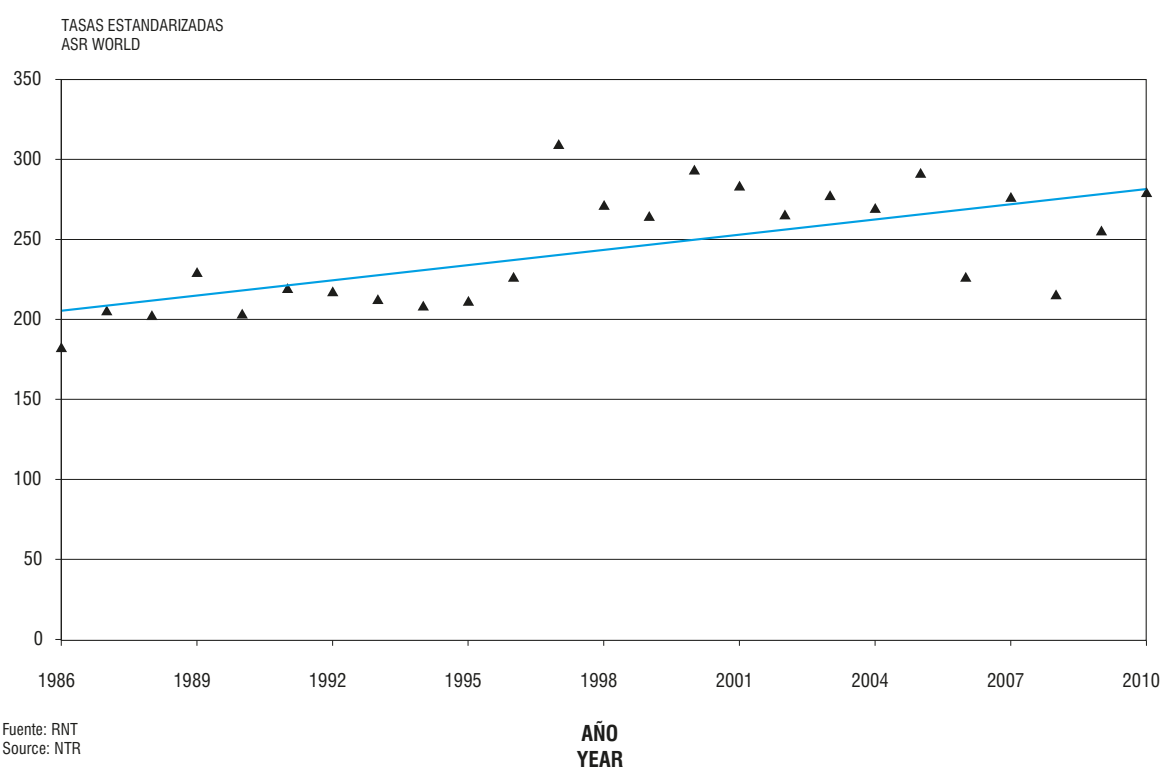
HOSPITAL GENERAL DE LAS FUERZAS ARMADAS
CASOS SEGÚN AÑO DE DIAGNÓSTICO POR GRUPOS DE EDAD. 1986-2010
CASES BY AGE GROUP ACCORDING TO YEAR OF DIAGNOSTIC. 1986-2010

AÑO	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75+	Desc (Unk)	Total
1986	2	-	1	2	1	6	8	4	6	13	21	27	14	15	19	40	3	182
1987	5	1	3	1	1	5	4	5	5	10	14	29	30	31	28	31	2	205
1988	3	1	3	8	6	7	2	4	6	19	11	23	18	33	15	42	1	202
1989	3	3	1	4	4	5	2	10	9	15	25	22	33	35	15	41	2	229
1990	3	-	2	6	3	4	10	11	7	12	16	20	17	26	28	31	7	203
1991	3	-	2	4	2	9	8	6	7	8	19	27	28	27	22	45	2	219
1992	2	1	2	3	2	5	5	6	8	13	10	24	27	22	24	58	5	217
1993	2	1	4	3	3	8	4	9	11	9	16	18	29	26	26	40	3	212
1994	4	-	-	4	1	3	7	8	8	10	15	16	17	22	34	59	-	208
1995	-	3	2	4	4	1	2	3	7	16	14	18	28	31	28	48	2	211
1996	2	6	2	2	2	6	9	6	5	11	13	17	29	30	35	47	4	226
1997	2	5	2	6	4	6	10	8	8	14	18	24	40	41	33	86	2	309
1998	4	-	1	4	2	1	7	9	7	17	13	24	35	33	35	76	3	271
1999	4	-	1	3	5	4	11	5	16	6	12	15	30	40	43	68	1	264
2000	1	2	4	3	5	1	3	14	7	7	20	20	30	39	41	96	-	293
2001	7	3	1	-	7	2	6	13	15	13	18	20	18	35	38	87	-	283
2002	1	-	1	2	3	1	1	11	7	11	14	19	21	41	34	98	-	265
2003	2	2	-	3	4	9	2	10	9	16	12	21	14	40	46	85	2	277
2004	1	-	1	4	5	5	7	6	13	12	13	11	20	28	53	90	-	269
2005	-	-	-	5	4	7	5	13	12	14	10	18	17	39	40	107	-	291
2006	2	-	3	4	1	6	2	4	8	5	11	17	17	23	36	87	-	226
2007	1	-	3	4	2	3	5	7	4	10	11	16	27	17	37	128	1	276
2008	2	1	1	2	4	4	1	3	17	9	13	9	24	24	27	72	2	215
2009	1	2	-	4	3	3	5	9	8	10	17	13	31	23	41	82	3	255
2010	2	2	1	3	2	5	7	6	16	12	16	20	22	29	30	104	2	279
TOTAL	59	33	41	88	80	116	133	190	226	292	372	488	616	750	808	1748	47	6087

Source: NTR

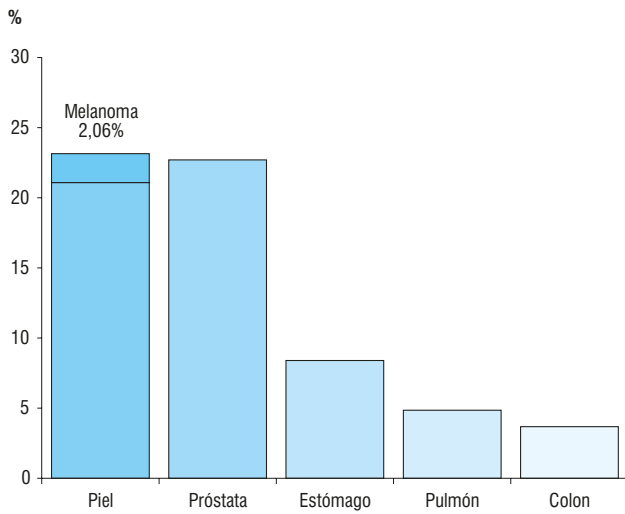
GRÁFICO / FIGURE 135

HOSPITAL GENERAL DE LAS FUERZAS ARMADAS
TENDENCIA DE TUMORES MALIGNOS INVASORES POR AÑO DE DIAGNÓSTICO. 1986-2010
MALIGNANT TUMOURS TREND BY DIAGNOSTIC YEAR. 1986-2010



GRÁFICO/ FIGURE 136

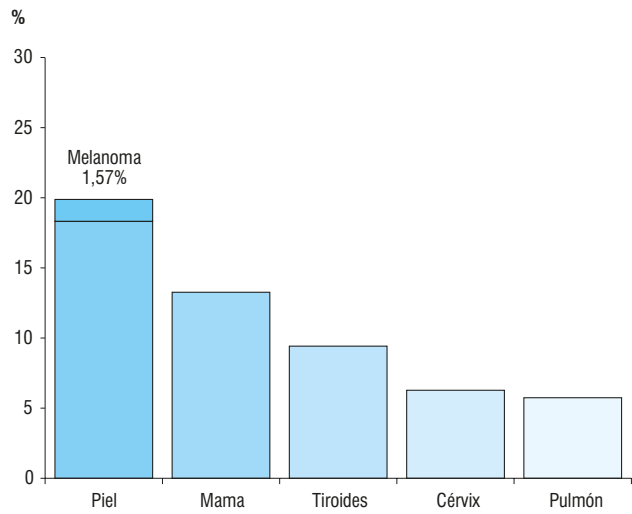
**HOSPITAL GENERAL DE LAS FUERZAS ARMADAS
LOCALIZACIONES MÁS FRECUENTES. 2006-2010. HOMBRES
MOST FREQUENT SITES OF CANCER. 2006-2010. MALES**



Fuente: RNT
Source: NTR

GRÁFICO/ FIGURE 137

**HOSPITAL GENERAL DE LAS FUERZAS ARMADAS
LOCALIZACIONES MÁS FRECUENTES. 2006-2010. MUJERES
MOST FREQUENT SITES OF CANCER. 2006-2010. FEMALES**



Fuente: RNT
Source: NTR

GRÁFICO / FIGURE 138

**HOSPITAL GENERAL DE LAS FUERZAS ARMADAS
TUMORES MALIGNOS SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN. 2006-2010
MALIGNANT TUMOURS BY EDUCATION LEVEL. 2006-2010**

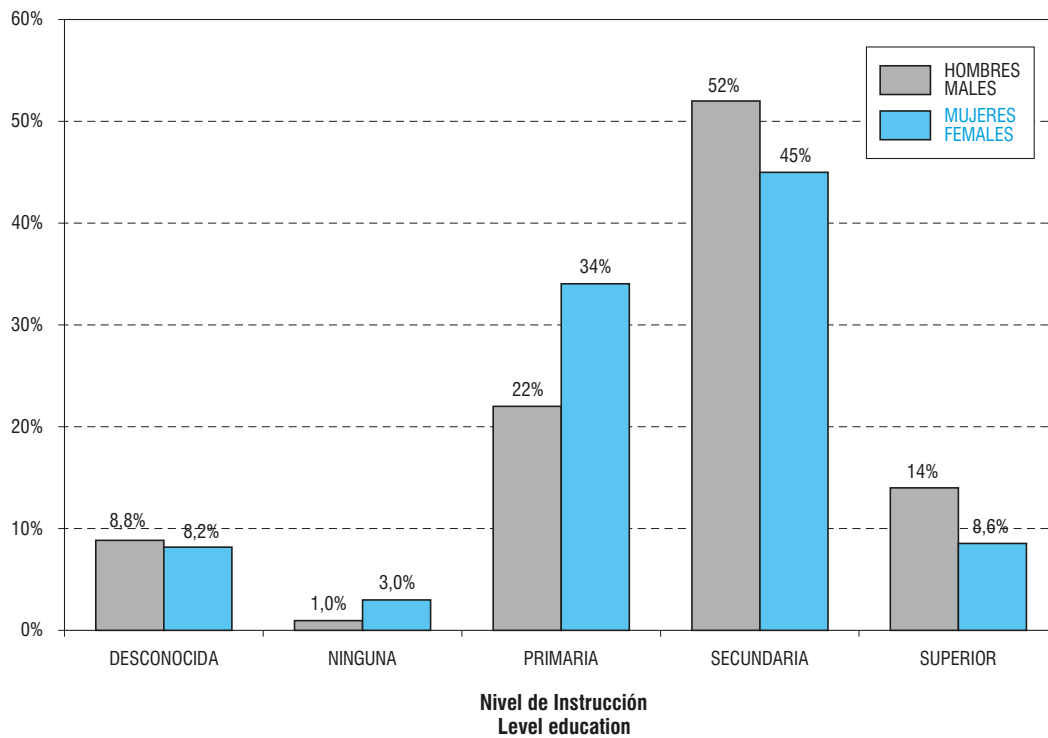


TABLA / TABLE 68

HOSPITAL METROPOLITANO
CASOS SEGÚN AÑO DE DIAGNÓSTICO POR GRUPOS DE EDAD. 1986-2010
CASES BY AGE GROUP ACCORDING TO YEAR OF DIAGNOSTIC. 1986-2010

AÑO	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75+	Desc (Unk)	Total
1986	4	2	1	3	1	1	1	7	7	10	8	13	16	13	11	15	12	125
1987	5	2	1	1	1	2	4	3	5	7	11	5	12	13	18	20	-	110
1988	3	1	1	2	4	4	7	4	9	9	7	7	13	5	10	18	-	104
1989	1	1	4	-	1	1	-	4	4	9	5	14	10	10	10	22	5	101
1990	1	2	1	3	2	1	2	9	10	11	8	13	11	10	9	19	1	113
1991	2	2	-	1	-	5	6	7	13	13	13	11	20	19	13	20	1	146
1992	1	1	-	2	1	2	3	4	9	7	4	14	12	17	13	19	5	114
1993	2	1	-	-	1	3	9	9	10	11	17	17	15	18	16	24	5	158
1994	4	1	2	1	1	4	5	8	9	13	14	16	18	11	8	20	2	137
1995	3	-	-	-	5	3	5	16	18	19	22	13	11	21	21	21	-	178
1996	4	4	1	1	-	2	3	10	19	18	15	16	15	23	18	37	1	187
1997	2	5	4	5	2	7	6	11	12	19	20	19	22	22	19	31	4	210
1998	3	3	3	2	2	1	6	5	16	21	18	13	19	18	18	31	-	179
1999	4	-	-	2	2	4	5	18	13	9	10	13	14	26	22	30	-	172
2000	3	-	1	2	1	1	10	9	9	12	16	18	16	13	13	32	-	156
2001	2	-	1	3	5	7	10	13	17	13	21	25	17	17	16	24	-	191
2002	5	1	-	4	4	5	8	16	12	22	18	26	19	23	21	25	-	209
2003	3	-	1	6	7	8	9	10	14	18	16	28	21	21	24	38	-	224
2004	4	3	1	3	2	5	6	15	12	16	24	18	27	30	18	51	-	235
2005	1	-	-	3	4	3	14	8	16	15	22	14	22	12	19	47	-	200
2006	-	4	1	3	4	5	12	11	19	21	29	34	37	25	24	58	-	287
2007	4	2	2	2	5	5	11	11	21	25	31	29	28	24	35	51	-	286
2008	5	3	1	3	6	7	8	17	11	30	29	41	38	36	24	59	-	318
2009	4	4	1	3	2	9	11	15	11	16	35	29	28	34	13	57	-	272
2010	2	4	3	3	6	5	8	14	18	27	34	46	56	34	43	49	-	352
TOTAL	72	46	30	58	69	100	169	254	314	391	447	492	517	495	456	818	36	4764

Fuente: RNT
Source: NTR

GRÁFICO / FIGURE 139

HOSPITAL METROPOLITANO
TENDENCIA DE TUMORES MALIGNOS INVASORES POR AÑO DE DIAGNÓSTICO. 1986-2010
MALIGNANT TUMOURS TREND BY DIAGNOSTIC YEAR. 1986-2010

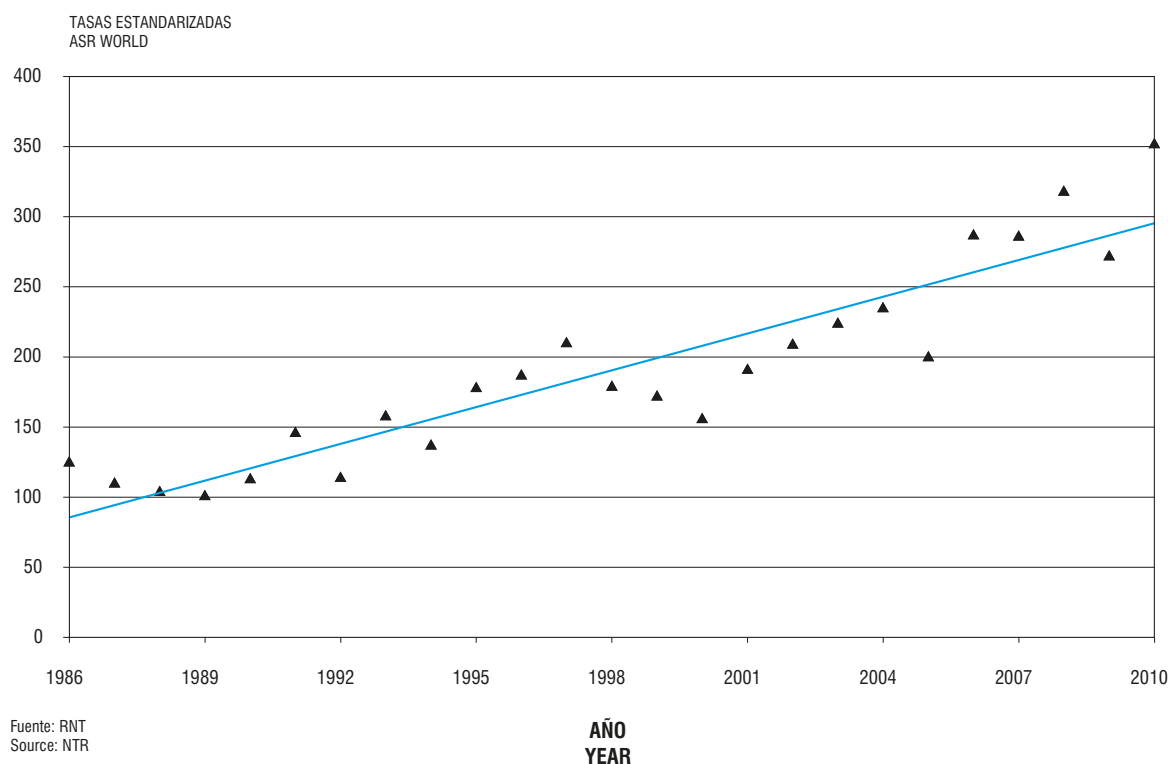


GRÁFICO / FIGURE 140

HOSPITAL METROPOLITANO
LOCALIZACIONES MÁS FRECUENTES. 2006-2010. HOMBRES
MOST FREQUENT SITES OF CANCER. 2006-2010. MALES

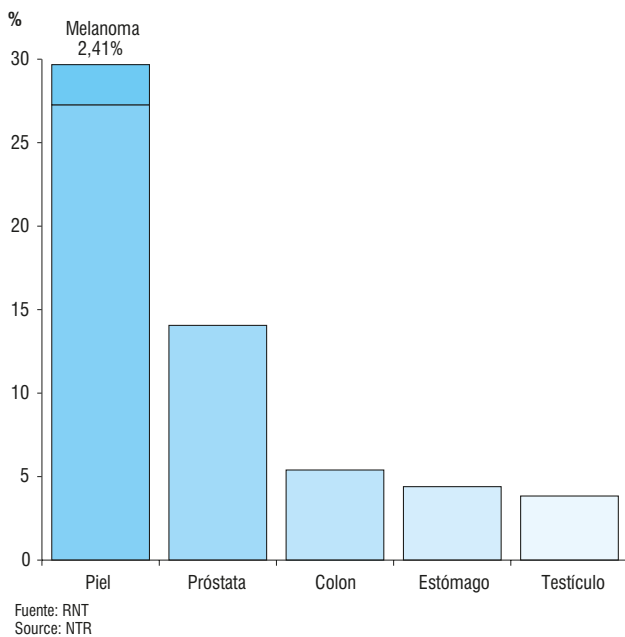


GRÁFICO / FIGURE 141

HOSPITAL METROPOLITANO
LOCALIZACIONES MÁS FRECUENTES. 2006-2010. MUJERES
MOST FREQUENT SITES OF CANCER. 2006-2010. FEMALES

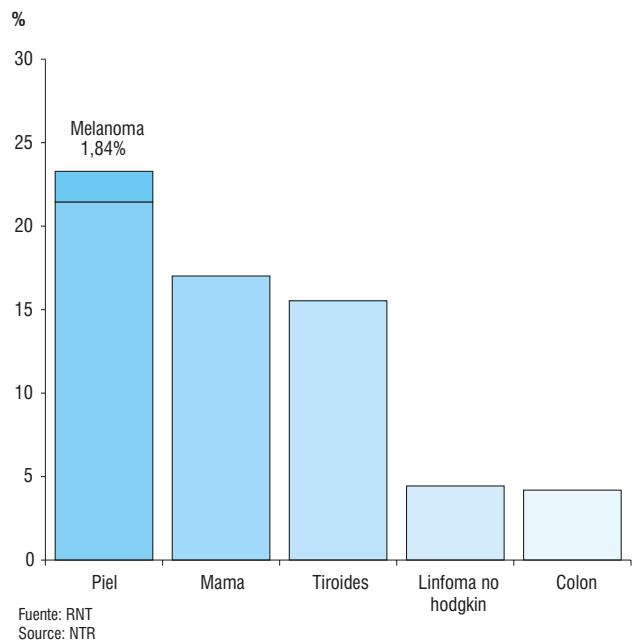


GRÁFICO / FIGURE 142

HOSPITAL METROPOLITANO
TUMORES MALIGNOS SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN. 2006-2010
MALIGNANT TUMOURS BY EDUCATION LEVEL. 2006-2010

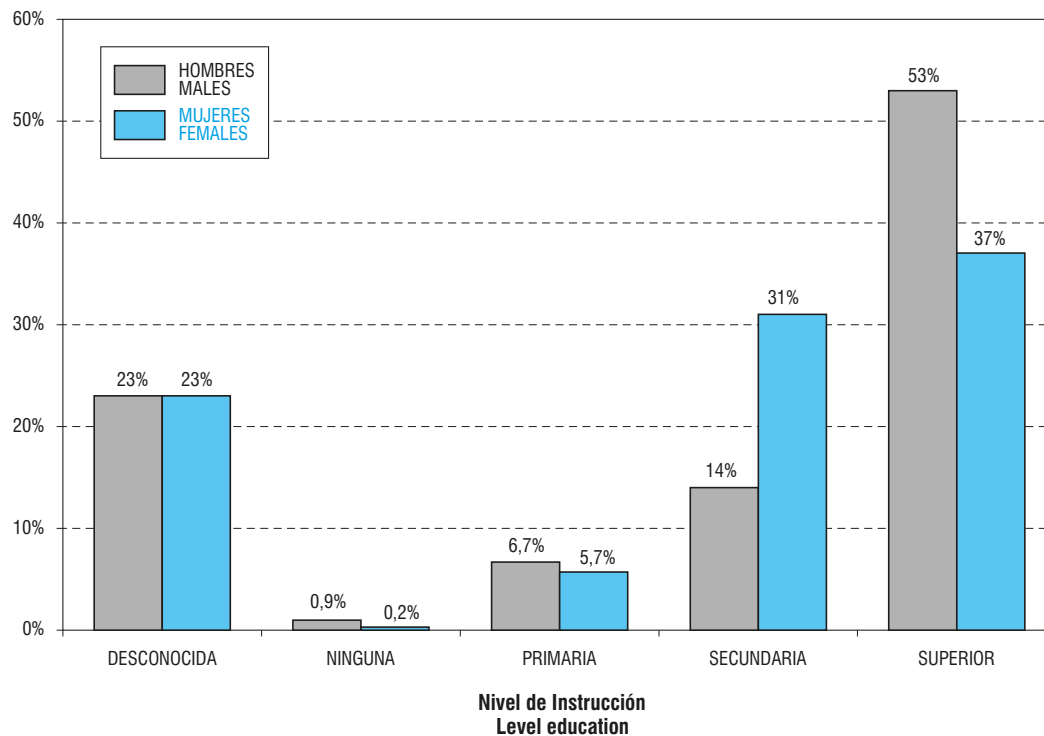


TABLA / TABLE 69

HOSPITAL VOZANDES

CASOS SEGÚN AÑO DE DIAGNÓSTICO POR GRUPOS DE EDAD. 1986-2010

CASES BY AGE GROUP ACCORDING TO YEAR OF DIAGNOSTIC. 1986-2010

AÑO	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75+	Desc (Unk)	Total
1986	1	1	-	-	-	-	3	1	2	1	6	7	4	2	3	6	1	38
1987	-	1	1	2	1	-	-	1	3	4	4	4	5	8	2	7	4	47
1988	1	1	1	1	5	-	6	2	3	3	7	9	8	6	7	7	-	67
1989	1	3	-	1	1	-	2	5	6	5	5	10	10	10	10	7	1	77
1990	2	-	-	-	1	4	1	1	3	1	4	3	5	9	5	11	-	50
1991	1	1	2	2	1	1	1	1	5	2	2	11	11	10	10	14	-	75
1992	2	-	1	-	-	2	4	6	3	2	5	10	10	9	10	10	-	74
1993	2	1	-	-	1	1	2	4	3	9	6	6	1	8	8	17	1	70
1994	-	1	-	2	-	-	2	3	5	6	3	7	6	13	7	18	1	74
1995	1	-	-	2	-	-	5	3	-	8	9	10	10	8	13	17	1	87
1996	1	1	1	-	1	2	-	1	2	4	7	5	6	4	9	18	-	62
1997	2	-	3	4	-	-	3	4	3	3	6	5	8	10	10	16	-	77
1998	3	-	2	2	2	1	2	4	8	10	11	11	7	10	9	32	1	115
1999	-	-	-	3	2	4	4	4	3	6	12	5	2	10	10	25	1	91
2000	-	-	-	-	1	1	-	-	2	4	3	4	2	4	4	2	-	27
2001	-	1	-	1	1	7	3	5	3	15	8	8	12	16	15	33	5	133
2002	-	-	-	4	2	2	5	2	8	7	7	11	14	12	20	35	6	135
2003	-	-	-	1	2	3	3	8	8	4	11	9	13	14	15	36	5	132
2004	-	-	1	2	2	2	6	4	11	10	10	15	15	13	25	27	1	144
2005	1	1	1	4	3	2	7	5	15	12	17	20	14	24	10	41	-	177
2006	2	-	-	1	2	7	5	4	3	12	17	11	12	18	24	42	-	160
2007	1	-	2	1	1	2	11	6	5	6	12	14	16	19	21	37	-	154
2008	-	1	-	3	2	3	12	7	9	13	10	20	16	10	13	39	1	159
2009	2	-	-	1	5	6	10	9	14	10	14	19	18	18	11	55	1	193
2010	-	-	-	2	4	1	10	4	10	12	20	20	17	25	20	52	-	197
TOTAL	23	13	15	39	40	51	107	94	137	169	216	254	242	290	291	604	30	2615

Fuente: RNT
Source: NTR

GRÁFICO / FIGURE 143

HOSPITAL VOZANDES

TENDENCIA DE TUMORES MALIGNOS INVASORES POR AÑO DE DIAGNÓSTICO. 1986-2010

MALIGNANT TUMOURS TREND BY DIAGNOSTIC YEAR. 1986-2010

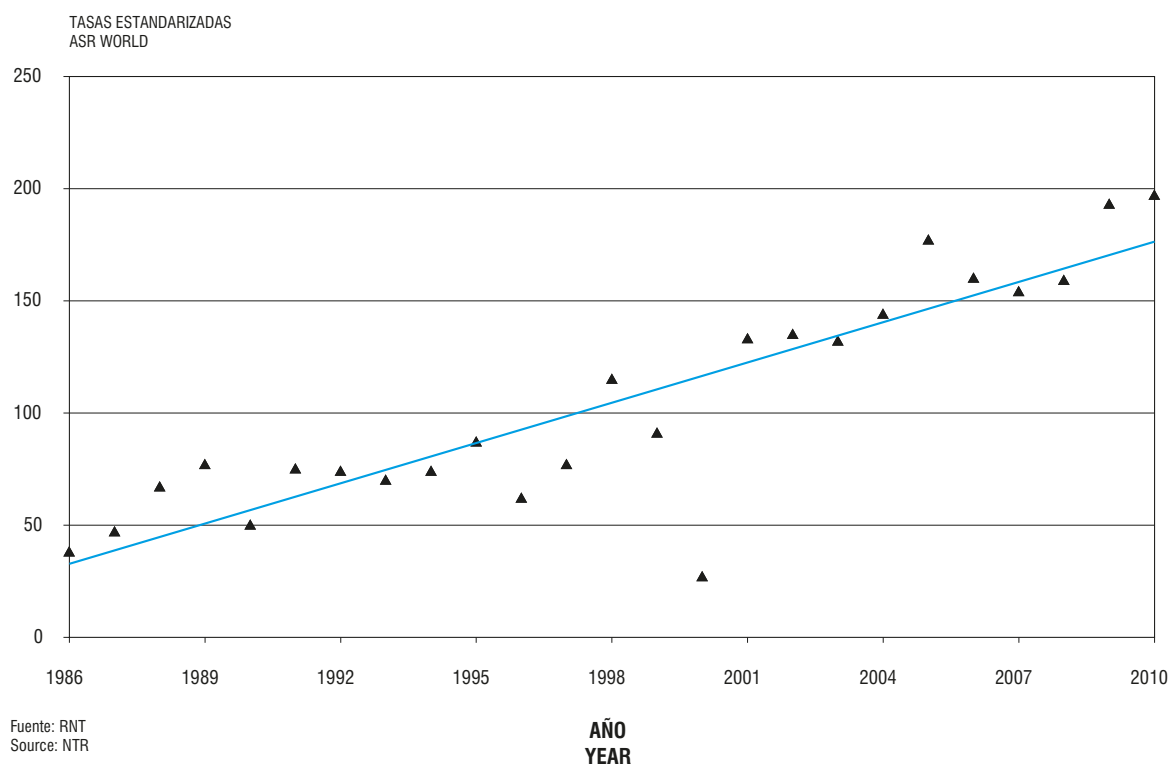
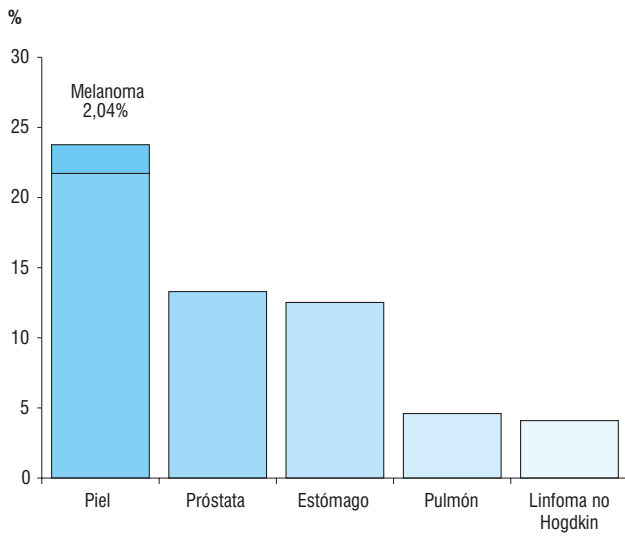


GRÁFICO / FIGURE 144

HOSPITAL VOZANDES

LOCALIZACIONES MÁS FRECUENTES. 2006-2010. HOMBRES
MOST FREQUENT SITES OF CANCER. 2006-2010. MALES

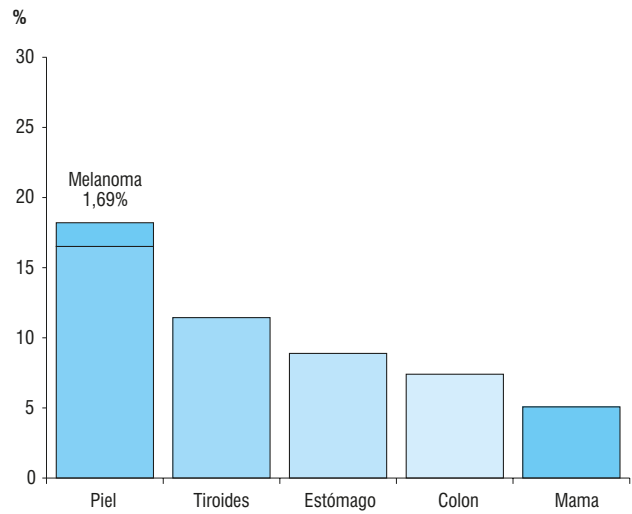


Fuente: RNT
Source: NTR

GRÁFICO / FIGURE 145

HOSPITAL VOZANDES

LOCALIZACIONES MÁS FRECUENTES. 2006-2010. MUJERES
MOST FREQUENT SITES OF CANCER. 2006-2010. FEMALES



Fuente: RNT
Source: NTR

GRÁFICO / FIGURE 146

HOSPITAL VOZANDES

TUMORES MALIGNOS SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN. 2006-2010
MALIGNANT TUMOURS BY EDUCATION LEVEL. 2006-2010

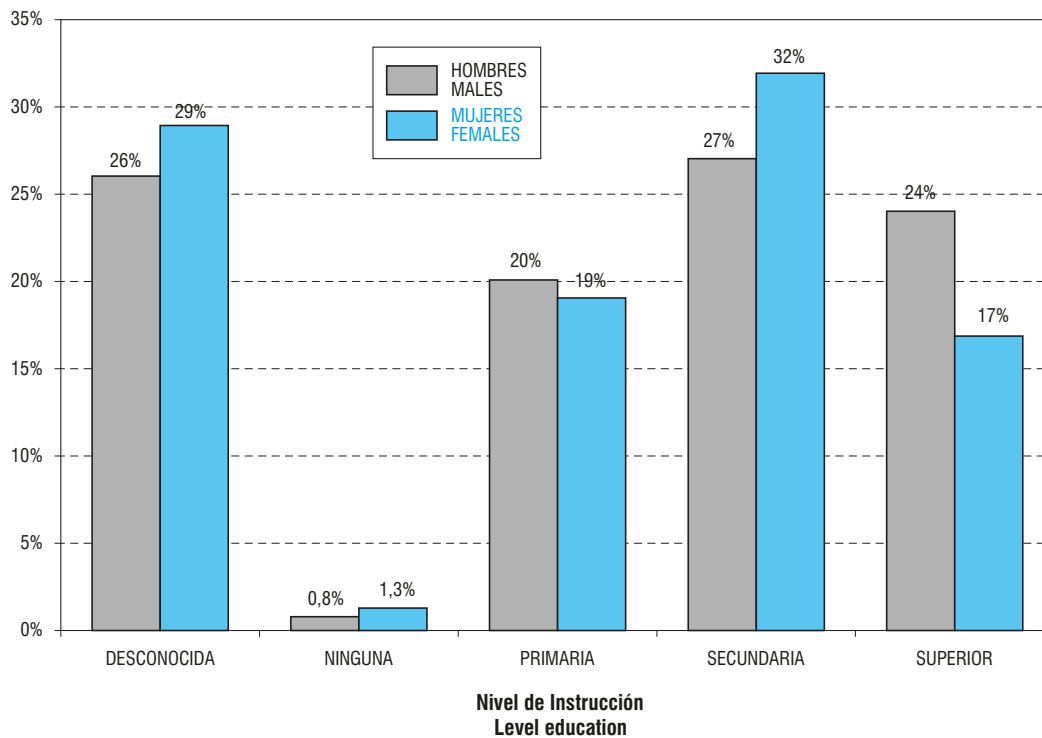


TABLA / TABLE 70

HOSPITAL BACA ORTIZ

CASOS SEGÚN AÑO DE DIAGNÓSTICO POR GRUPOS DE EDAD. 1986-2010

CASES BY AGE GROUP ACCORDING TO YEAR OF DIAGNOSTIC. 1986-2010

AÑO	0-4	5-9	10-14	15-19	OTRAS	Desc / Unk	Total
1986	11	12	7	-	-	-	30
1987	13	10	4	-	-	-	27
1988	7	8	12	-	-	3	30
1989	14	12	11	-	-	-	37
1990	22	10	4	-	1	1	38
1991	17	13	7	-	1	1	39
1992	27	20	13	-	-	3	63
1993	43	16	11	-	3	3	76
1994	39	22	16	-	-	1	78
1995	35	33	25	-	3	3	99
1996	50	36	20	2	4	2	114
1997	40	21	14	-	1	-	76
1998	43	31	14	-	1	1	90
1999	38	20	13	2	1	3	77
2000	29	11	11	-	1	1	53
2001	35	24	5	-	-	-	64
2002	35	19	19	1	1	1	76
2003	51	27	18	-	-	-	96
2004	58	20	9	-	1	-	88
2005	47	24	19	-	2	-	92
2006	48	20	17	2	1	-	88
2007	51	31	21	-	-	-	103
2008	61	32	16	-	-	-	109
2009	54	23	24	-	-	-	101
2010	66	27	23	-	-	-	116
TOTAL	934	522	353	7	21	23	1860

Fuente: RNT
Source: NTR

GRÁFICO / FIGURE 147

HOSPITAL BACA ORTIZ

TENDENCIA DE TUMORES MALIGNOS INVASORES POR AÑO DE DIAGNÓSTICO. 1986-2010

MALIGNANT TUMOURS TREND BY DIAGNOSTIC YEAR. 1986-2010

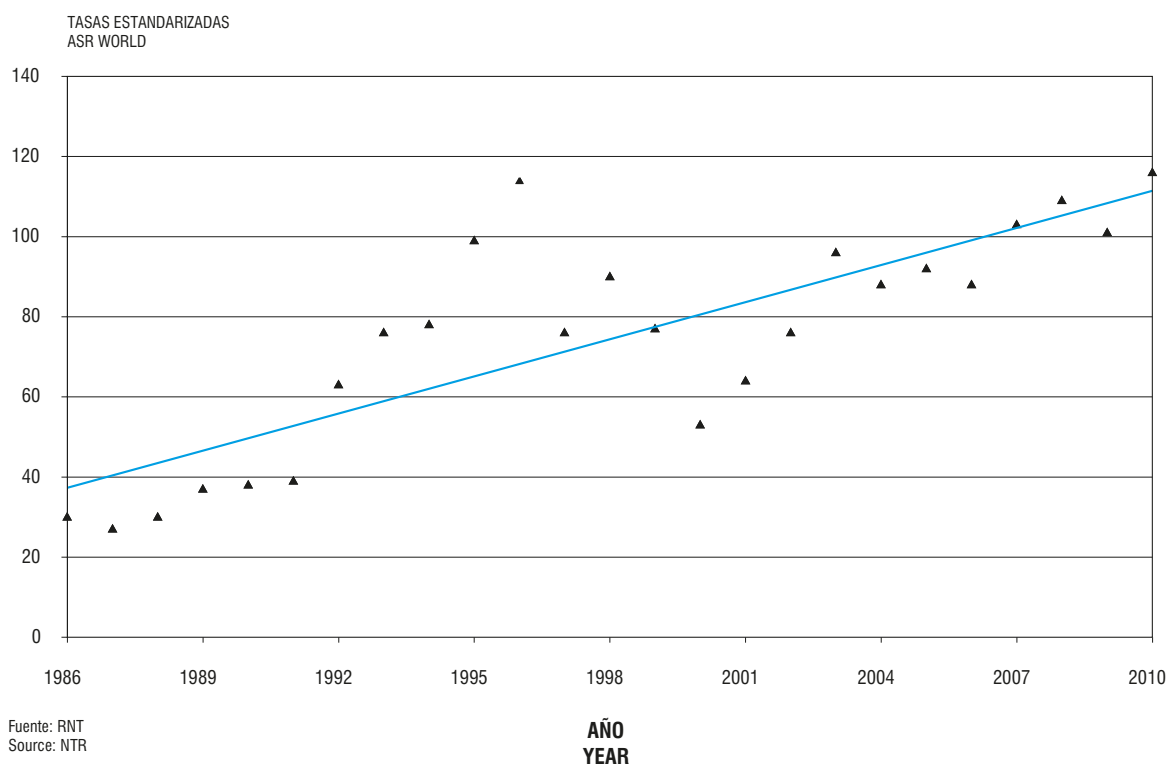
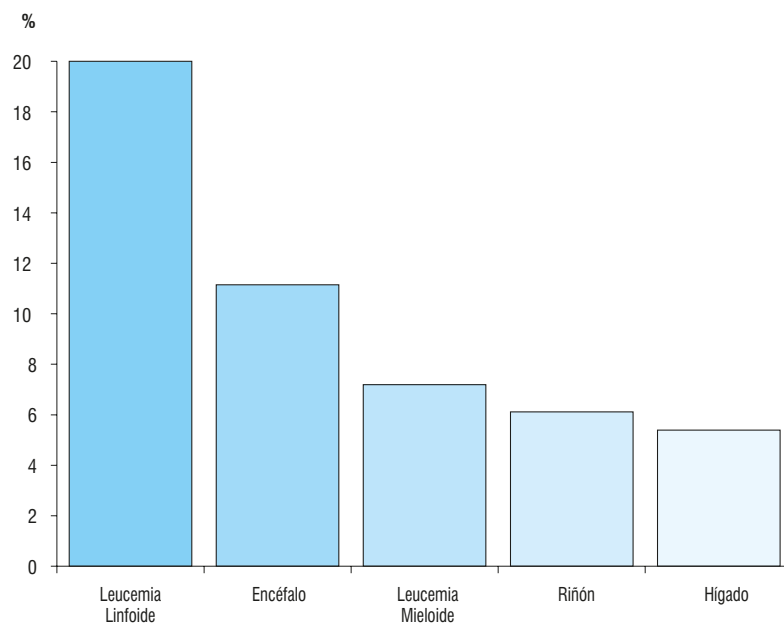
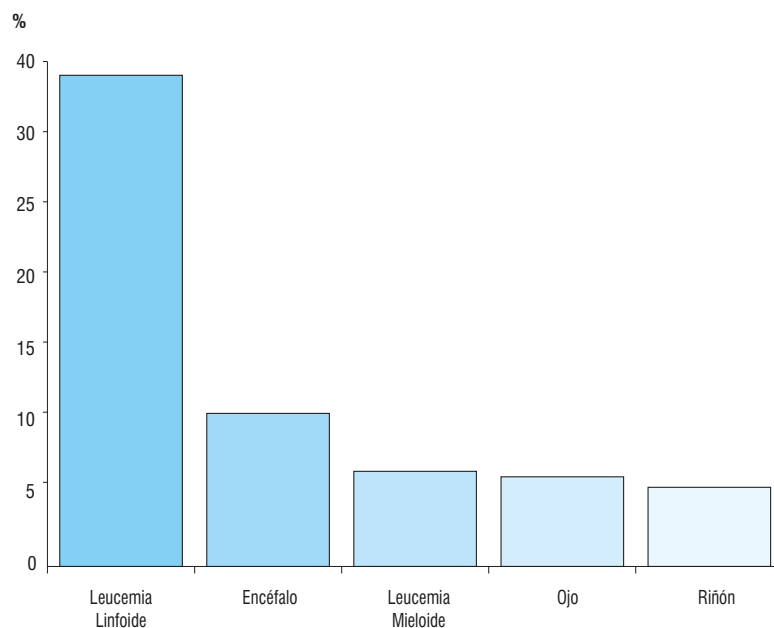


GRÁFICO / FIGURE 148
HOSPITAL PEDIÁTRICO BACA ORTIZ
LOCALIZACIONES MÁS FRECUENTES. 2006-2010. HOMBRES
MOST FREQUENT SITES OF CANCER 2006-2010. MALES



Fuente: RNT
 Source: NTR

GRÁFICO / FIGURE 149
HOSPITAL PEDIÁTRICO BACA ORTIZ
LOCALIZACIONES MÁS FRECUENTES. 2006-2010. MUJERES
MOST FREQUENT SITES OF CANCER 2006-2010. FEMALES



Fuente: RNT
 Source: NTR

TABLA / TABLE 71

HOSPITAL POLICÍA NACIONAL
CASOS SEGÚN AÑO DE DIAGNÓSTICO POR GRUPOS DE EDAD. 1986-2010
CASES BY AGE GROUP ACCORDING TO YEAR OF DIAGNOSTIC. 1986-2010

AÑO	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75+	Desc (Unk)	Total
1986	-	-	-	-	-	1	-	1	1	-	-	1	-	-	-	-	-	4
1987	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
1988	-	-	-	-	2	-	1	2	-	-	1	1	1	-	1	2	1	12
1989	-	-	-	1	-	1	-	2	3	2	-	-	3	-	1	-	-	13
1990	-	-	-	-	-	-	-	4	2	3	1	1	1	-	3	3	1	19
1991	-	2	-	-	-	-	-	4	4	1	1	-	5	3	4	3	-	27
1992	-	-	-	-	-	1	2	4	3	1	3	4	3	2	4	9	3	39
1993	-	-	-	-	1	1	3	2	1	9	4	1	6	4	6	7	1	46
1994	-	-	-	-	2	-	1	-	2	3	1	1	4	3	4	8	-	29
1995	-	1	-	-	2	4	3	2	1	5	-	1	5	9	9	6	5	53
1996	-	-	-	-	2	-	-	-	1	3	4	6	11	6	2	11	1	47
1997	-	-	1	1	-	-	2	-	8	3	4	5	2	8	8	15	-	57
1998	1	1	-	-	1	2	-	2	1	4	8	4	4	4	10	9	-	51
1999	1	-	1	-	2	1	-	2	3	8	4	6	3	10	6	24	-	71
2000	-	1	-	1	2	-	3	2	3	5	4	6	9	16	7	17	-	76
2001	-	2	-	1	2	2	6	1	2	1	9	2	14	8	12	24	1	87
2002	-	1	-	-	1	2	-	3	5	1	7	5	10	11	8	35	1	90
2003	1	-	-	-	-	1	3	3	2	7	7	5	14	11	11	27	3	95
2004	-	-	-	-	5	4	1	5	5	6	9	4	9	16	11	18	1	94
2005	-	-	-	-	-	4	-	4	3	1	15	7	6	16	10	21	-	87
2006	1	-	-	1	2	4	3	1	3	4	7	7	15	8	8	19	1	84
2007	-	-	-	1	-	2	4	1	4	3	4	10	8	5	11	25	2	80
2008	1	-	-	1	2	6	3	3	5	6	7	5	10	13	8	33	-	103
2009	-	-	-	1	1	4	3	1	5	6	3	11	8	6	10	27	-	86
2010	-	-	-	-	-	5	4	3	1	1	5	10	6	13	9	29	-	86
TOTAL	5	8	2	8	27	45	42	52	68	83	109	103	157	172	163	372	21	1437

Fuente: RNT
Source: NTR

GRÁFICO / FIGURE 150
HOSPITAL DE LA POLICÍA NACIONAL
TENDENCIA DE TUMORES MALIGNOS INVASORES POR AÑO DE DIAGNÓSTICO. 1986-2010
MALIGNANT TUMOURS TREND BY DIAGNOSTIC YEAR. 1986-2010

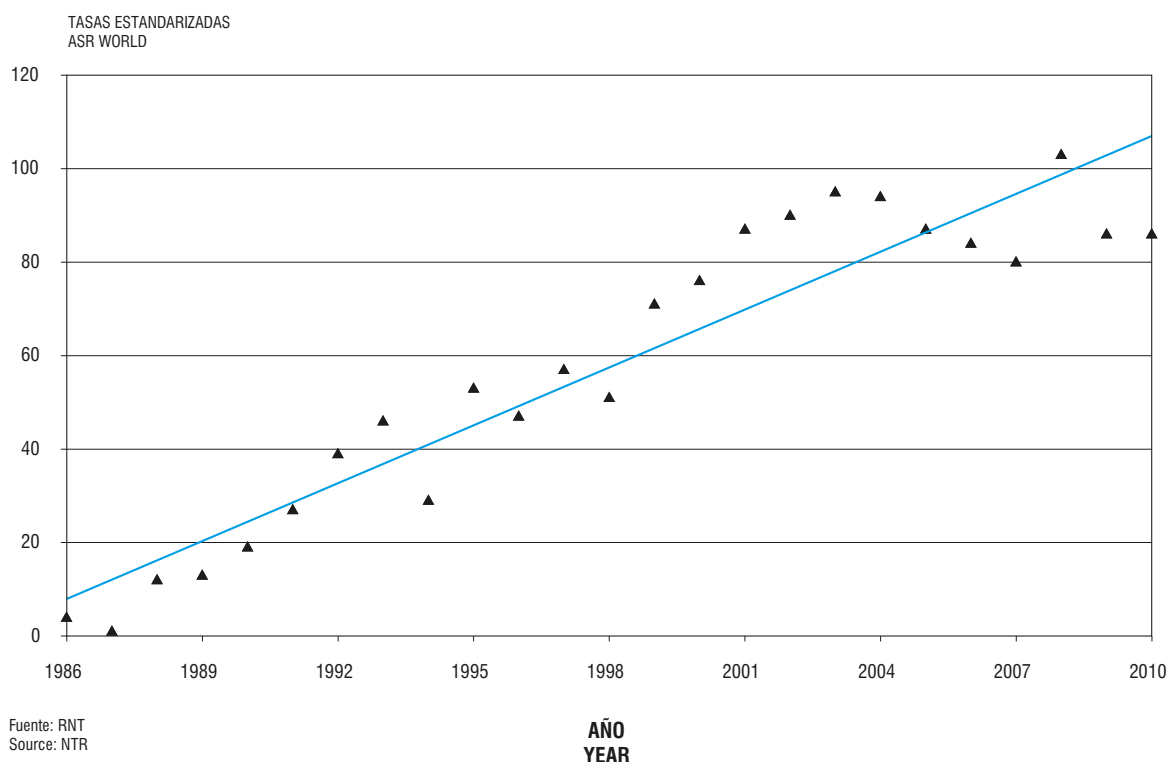
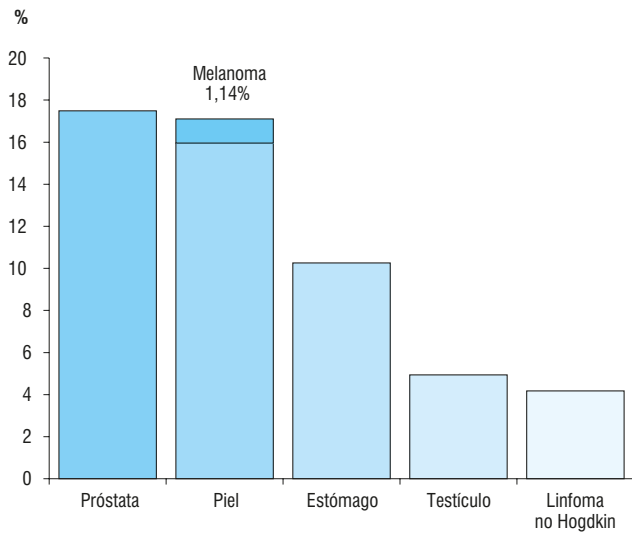


GRÁFICO / FIGURE 151

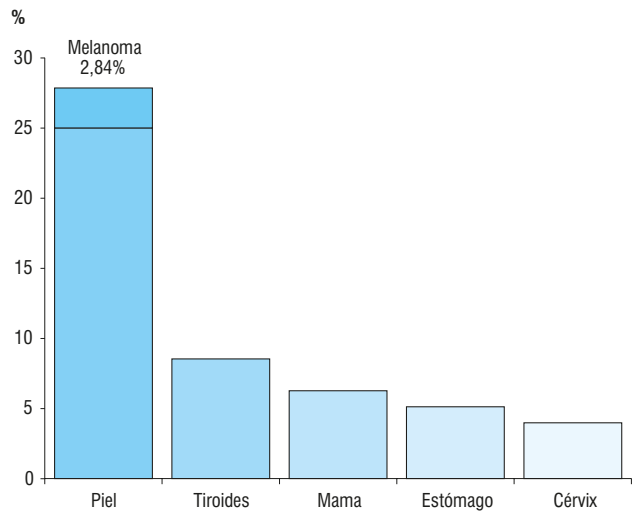
HOSPITAL DE LA POLICÍA NACIONAL
LOCALIZACIONES MÁS FRECUENTES. 2006-2010. HOMBRES
MOST FREQUENT SITES OF CANCER. 2006-2010. MALES



Fuente: RNT
 Source: NTR

GRÁFICO / FIGURE 152

HOSPITAL DE LA POLICÍA NACIONAL
LOCALIZACIONES MÁS FRECUENTES. 2006-2010. MUJERES
MOST FREQUENT SITES OF CANCER 2006-2010. FEMALES



Fuente: RNT
 Source: NTR

GRÁFICO / FIGURE 153

HOSPITAL DE LA POLICÍA NACIONAL
TUMORES MALIGNOS SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN. 2006-2010
MALIGNANT TUMOURS BY EDUCATION LEVEL. 2006-2010

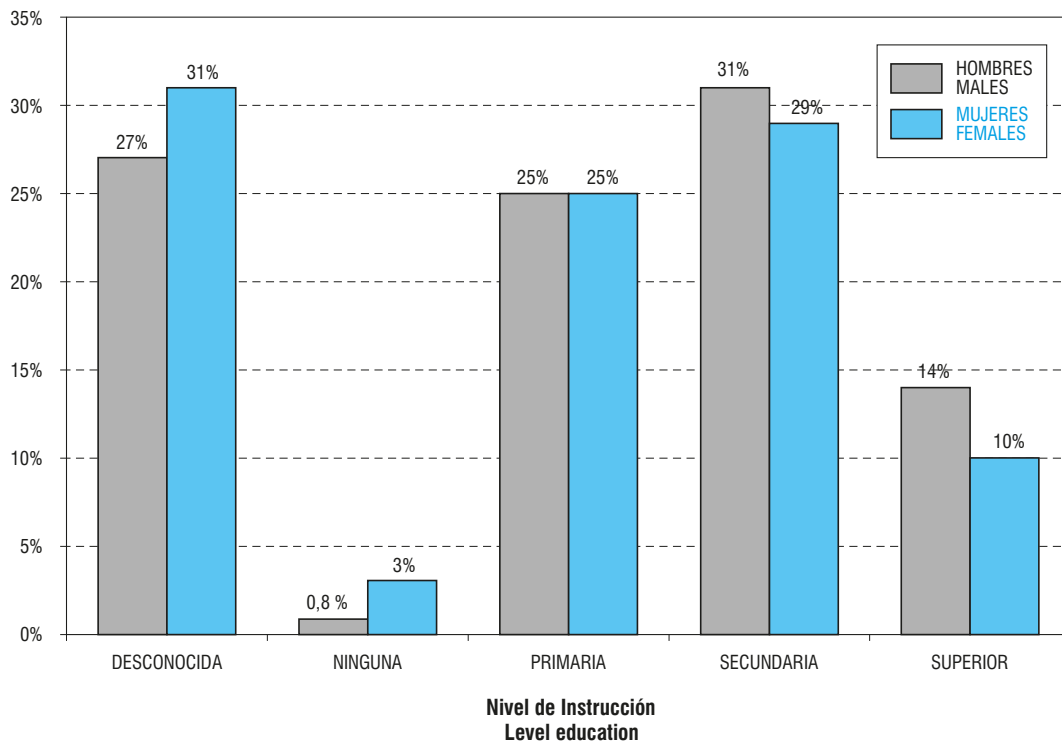


TABLA / TABLE 72
HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS
CASOS SEGÚN AÑO DE DIAGNÓSTICO POR GRUPOS DE EDAD. 1986-2010
CASES BY AGE GROUP ACCORDING TO YEAR OF DIAGNOSTIC. 1986-2010

AÑO	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75+	Desc (Unk)	Total
1986	4	1	2	5	5	6	7	5	8	14	13	11	18	10	9	17	4	139
1987	-	-	1	1	5	5	4	6	3	9	6	12	9	18	14	20	5	118
1988	-	1	1	3	4	4	3	5	8	9	9	12	11	11	12	10	1	104
1989	-	-	1	1	1	3	4	10	7	11	10	7	9	9	9	18	1	101
1990	-	-	1	5	2	4	4	7	8	10	10	12	16	18	10	20	1	128
1991	1	-	1	3	4	6	3	16	5	9	10	9	11	12	9	26	-	125
1992	1	-	-	2	2	1	3	2	4	6	6	7	11	8	11	10	1	75
1993	-	1	2	2	6	5	5	7	3	8	8	8	13	8	8	17	5	106
1994	-	-	-	-	1	1	5	6	5	2	10	8	3	5	10	18	-	74
1995	1	1	1	-	1	1	3	4	9	7	7	10	7	6	6	15	-	79
1996	-	-	-	-	2	2	3	4	7	4	3	7	6	11	12	13	-	74
1997	1	-	-	-	2	1	2	6	5	6	3	6	6	4	2	13	-	57
1998	1	-	-	2	4	1	2	2	7	6	8	7	9	8	11	19	2	89
1999	1	-	-	3	-	3	4	4	9	3	10	8	8	14	15	22	1	105
2000	-	-	-	1	3	1	1	-	6	5	-	5	2	3	4	6	-	37
2001	-	-	-	3	1	-	1	4	6	2	6	11	3	3	3	16	-	59
2002	-	-	2	1	2	3	2	5	5	4	4	1	3	2	7	9	-	50
2003	-	-	1	4	-	-	3	2	8	5	6	6	4	3	3	18	-	63
2004	-	-	2	3	2	1	3	5	5	9	5	8	12	14	6	18	-	93
2005	-	1	-	1	1	4	2	3	6	1	6	4	8	6	10	21	1	75
2006	-	-	-	1	5	2	3	3	3	2	6	2	8	9	6	19	1	70
2007	-	-	-	-	2	3	1	2	4	6	3	9	9	14	9	20	1	83
2008	-	-	-	2	1	1	1	4	4	10	6	5	2	9	5	16	-	66
2009	-	-	-	-	1	2	2	3	6	7	8	6	10	10	7	20	2	84
2010	-	-	1	1	2	1	2	1	3	7	3	8	6	10	4	16	-	65
TOTAL	10	5	16	44	59	61	73	116	144	162	166	189	204	225	202	417	26	2119

Fuente: RNT
 Source: NTR

GRÁFICO / FIGURE 154
HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS
TENDENCIA DE TUMORES MALIGNOS INVASORES POR AÑO DE DIAGNÓSTICO 1986-2010
MALIGNANT TUMOURS TREND BY DIAGNOSTIC YEAR. 1986-2010

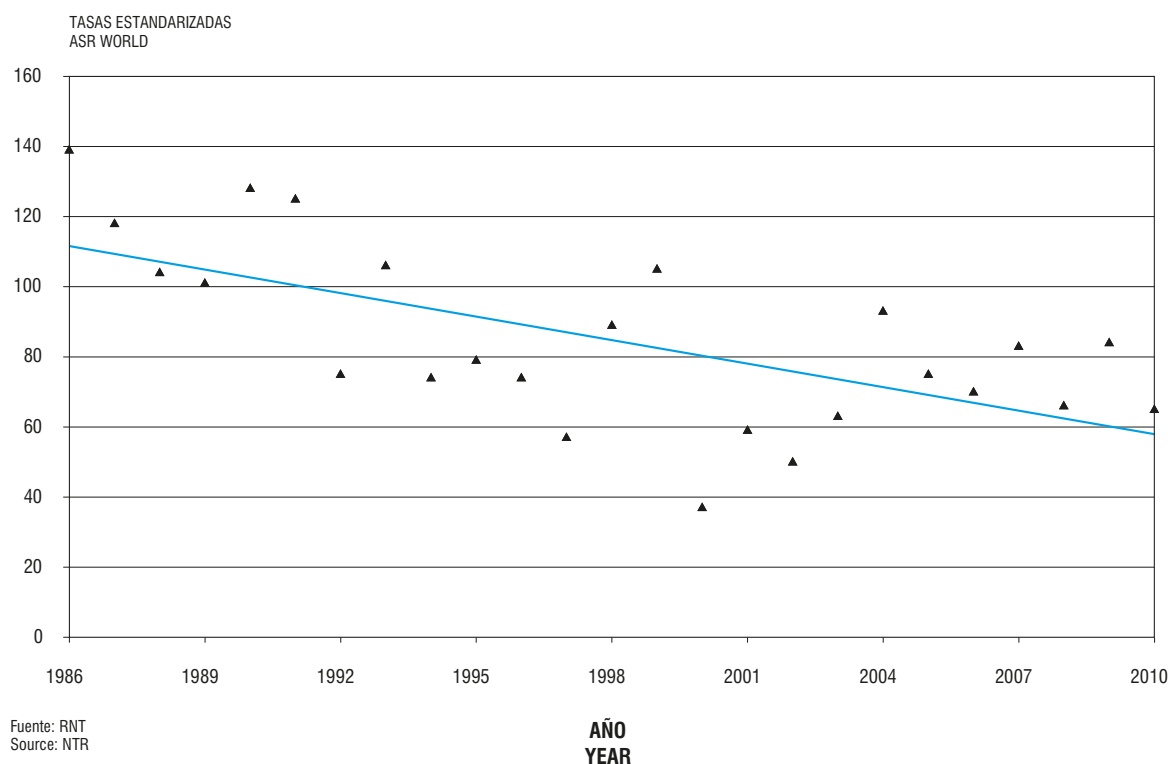
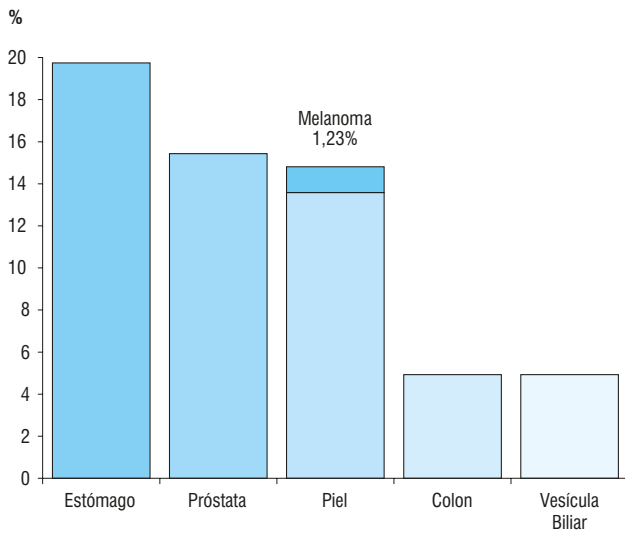


GRÁFICO / FIGURE 155

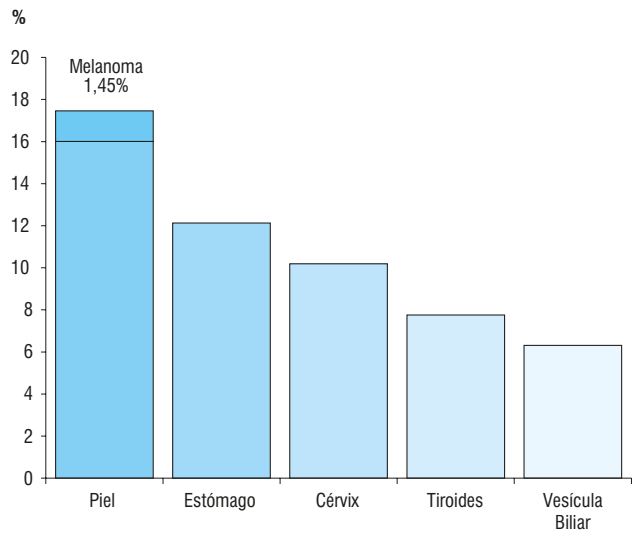
HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS
LOCALIZACIONES MÁS FRECUENTES. 2006-2010. HOMBRES
MOST FREQUENT SITES OF CANCER. 2006-2010. MALES



Fuente: RNT
Source: NTR

GRÁFICO / FIGURE 156

HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS
LOCALIZACIONES MÁS FRECUENTES. 2006-2010. MUJERES
MOST FREQUENT SITES OF CANCER. 2006-2010. FEMALES



Fuente: RNT
Source: NTR

GRÁFICO / FIGURE 157

HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS
TUMORES MALIGNOS SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN. 2006-2010
MALIGNANT TUMOURS BY EDUCATION LEVEL. 2006-2010

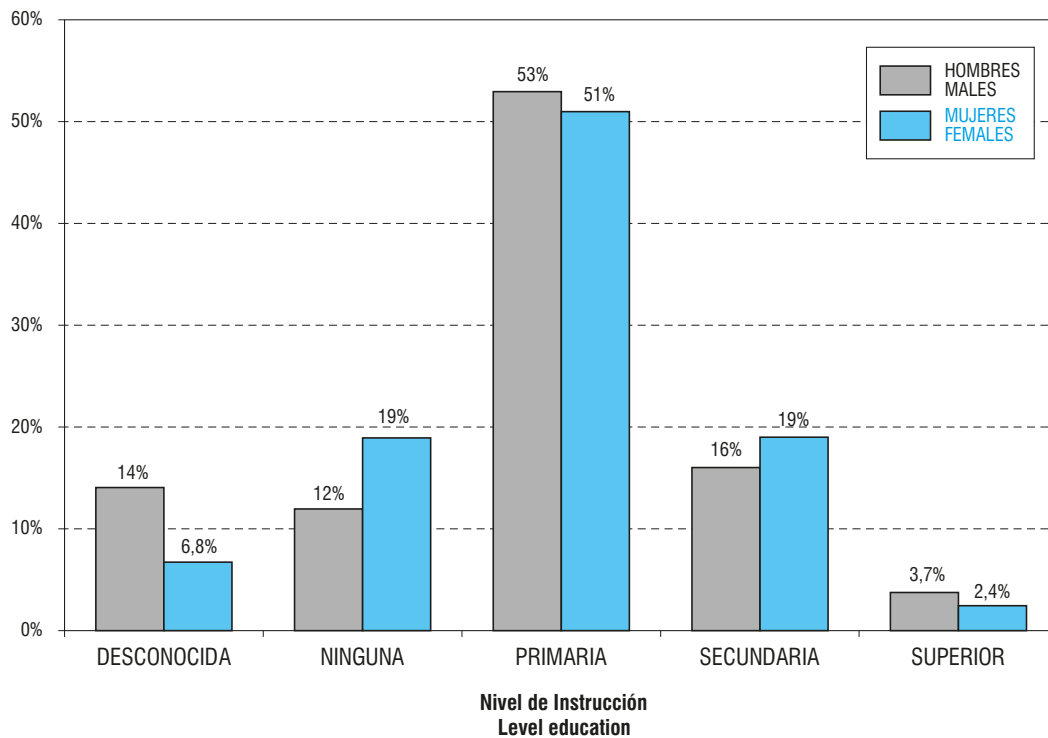


TABLA / TABLE 73

HOSPITAL PABLO ARTURO SUÁREZ
CASOS SEGÚN AÑO DE DIAGNÓSTICO POR GRUPOS DE EDAD. 1986-2010
CASES BY AGE GROUP ACCORDING TO YEAR OF DIAGNOSTIC. 1986-2010

AÑO	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75+	Desc (Unk)	Total
1986	-	1	1	4	3	5	4	2	5	5	6	11	13	13	17	17	1	108
1987	-	-	2	3	4	2	5	4	6	4	9	9	6	14	11	10	3	92
1988	-	-	-	4	1	4	8	7	6	8	10	5	9	10	6	25	2	105
1989	-	-	2	4	2	3	3	4	4	5	9	12	11	17	13	14	1	104
1990	2	-	-	2	2	4	4	1	3	5	4	4	7	10	5	24	-	77
1991	-	-	-	2	-	2	1	2	2	2	5	8	7	5	10	13	-	59
1992	-	-	-	3	1	2	2	-	2	6	7	4	7	5	4	14	-	57
1993	-	-	1	1	-	1	4	2	5	4	6	10	7	5	8	18	-	72
1994	-	-	1	1	-	1	1	6	5	1	7	5	7	9	6	14	-	64
1995	-	-	2	2	4	5	4	3	2	4	11	7	8	4	5	6	-	67
1996	-	-	1	3	1	1	3	3	8	2	2	7	7	9	7	18	1	73
1997	-	-	-	4	5	4	3	3	1	7	6	13	10	6	14	14	-	90
1998	-	-	1	3	1	9	1	5	3	3	2	10	10	8	2	24	1	83
1999	-	-	-	3	3	2	2	2	5	1	1	2	5	10	6	8	1	51
2000	-	-	1	1	1	1	2	-	1	1	2	2	4	4	5	13	-	38
2001	-	-	-	1	-	1	1	3	-	1	2	1	4	3	3	7	-	27
2002	-	-	-	1	-	5	1	2	2	1	3	4	7	8	6	14	-	54
2003	-	-	-	1	-	3	2	3	2	4	1	4	1	4	5	4	-	34
2004	-	-	-	1	2	-	-	3	1	8	7	8	6	15	11	25	-	87
2005	-	-	-	3	1	2	1	-	1	3	3	1	3	1	3	4	-	26
2006	-	-	-	4	2	2	1	2	3	4	5	7	5	6	7	16	-	64
2007	-	-	-	1	1	1	-	2	3	4	6	-	6	12	7	21	-	64
2008	-	-	-	-	-	2	2	3	2	6	2	3	3	3	3	17	1	47
2009	-	-	-	-	4	3	2	-	3	2	9	6	3	8	8	26	1	75
2010	-	-	-	2	1	-	1	-	1	2	3	7	1	9	10	19	1	57
TOTAL	2	1	12	54	39	65	58	62	76	93	128	150	157	198	182	385	13	1675

Fuente: RNT
Source: NTR

GRÁFICO / FIGURE 158

HOSPITAL PABLO ARTURO SUÁREZ
TENDENCIA DE TUMORES MALIGNOS INVASORES POR AÑO DE DIAGNÓSTICO. 1986-2010
MALIGNANT TUMOURS TREND BY DIAGNOSTIC YEAR. 1986-2010

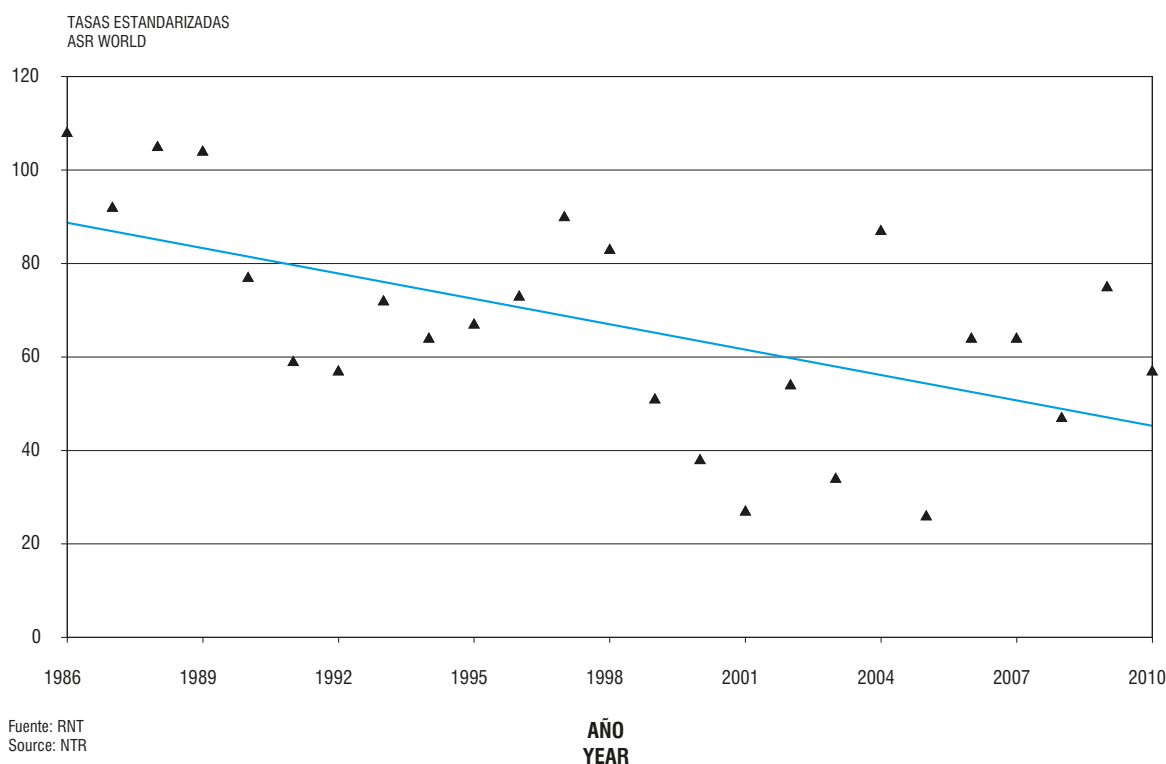


GRÁFICO / FIGURE 159

HOSPITAL PABLO ARTURO SUÁREZ
LOCALIZACIONES MÁS FRECUENTES. 2006-2010. HOMBRES
MOST FREQUENT SITES OF CANCER. 2006-2010. MALES

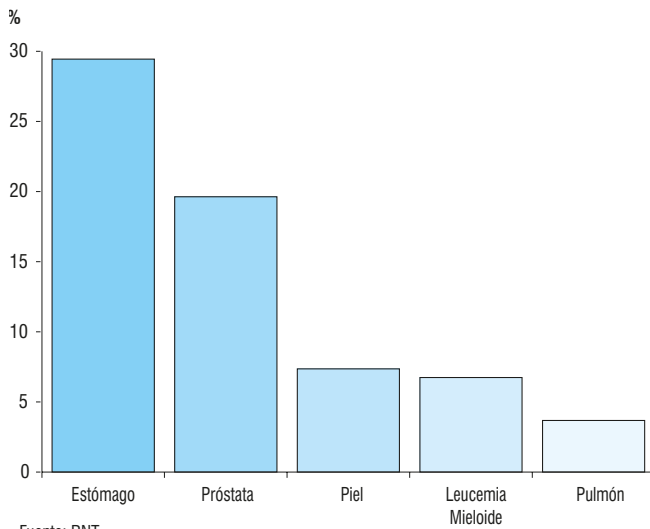


GRÁFICO / FIGURE 160

HOSPITAL PABLO ARTURO SUÁREZ
LOCALIZACIONES MÁS FRECUENTES. 2006-2010. MUJERES
MOST FREQUENT SITES OF CANCER. 2006-2010. FEMALES

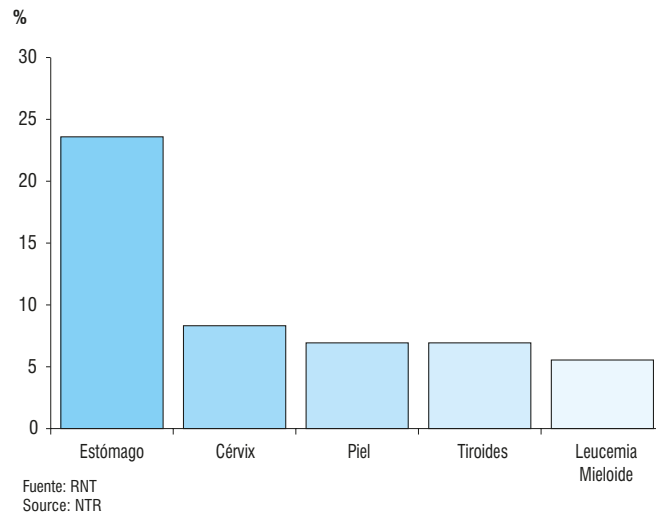
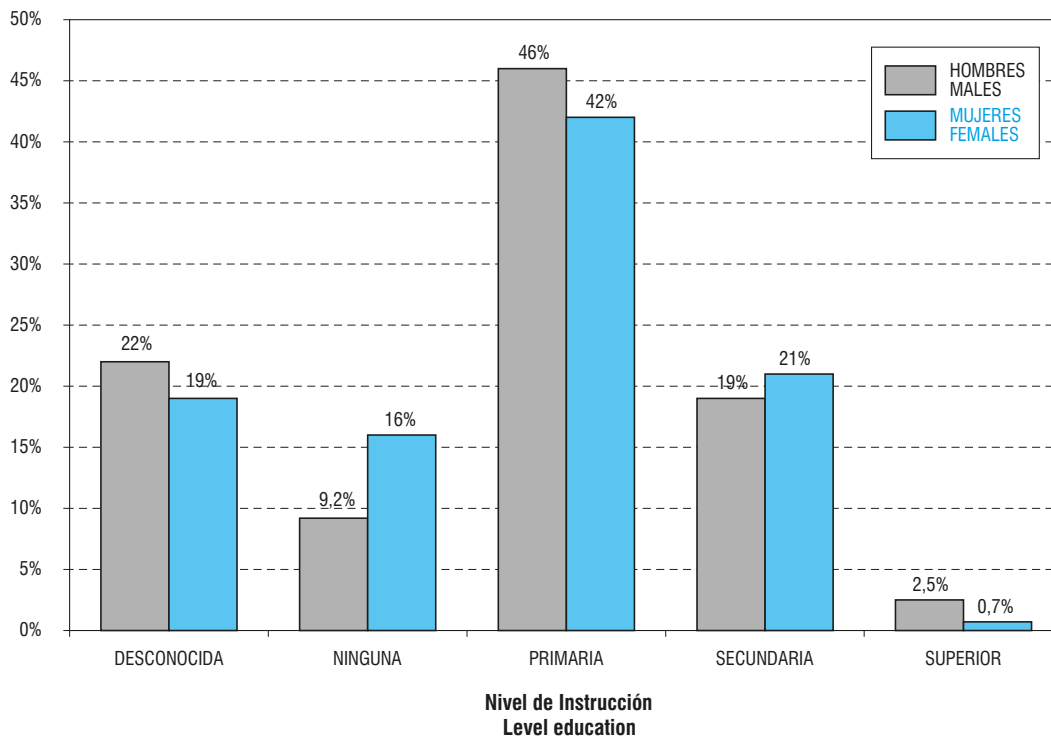


GRÁFICO / FIGURE 161

HOSPITAL PABLO ARTURO SUÁREZ
TUMORES MALIGNOS SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN. 2006-2010
MALIGNANT TUMOURS BY EDUCATION LEVEL. 2006-2010



Anexos / Annexes

Bibliografía / Bibliography

Trabajos elaborados en el RNT / Papers made in RNT

Colaboradores / Contributors

Formulario / Form

BIBLIOGRAFÍA / BIBLIOGRAPHY

- AJCC. **Cancer Staging Atlas**. New York. 2006
- AJCC. **Cancer Staging Manual**. Fifth edition. USA. 1998
- CIE-10 **Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades**, 10ma Revisión. OMS/OPS. Publicación Científica N° 554. Washington (USA). 1995
- CIE-O-II **Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología**. OMS-IARC. Lyon, 1995
- CIE-O-III **International Classification of Diseases for Oncology**. Third Edition. OMS. 2000
- Forman D, Bray F, Brewster DH, Gombe Mbalawa C, Kohler B, Piñeros M, Steliarova-Foucher E, Swaminathan R and Ferlay J eds (2013). **Cancer Incidence in Five Continents, Vol. X** (electronic version) Lyon, IARC. <http://ci5.iarc.fr> last accessed on Sep 2014. (The printed version of this volume: IARC Scientific Publications No. 164, will be available in 2014.)
- Curado. M. P, Edwards, B., Shin. H.R., Storm. H., Ferlay. J., Heanue. M. and Boyle. P., eds (2007) **Cancer Incidence in Five Continents**, Vol. IX. IARC Scientific Publications No. 160, Lyon, IARC.
- Dos Santos Isabel. **Epidemiología del Cáncer: Principios y Métodos**. Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer. Lyon, Francia.1999.
- Esteban, D; Whelan, S; Laudico, S; Parkin, M.: **Manual for Cancer Registry Personnel**. IARC Technical Report No. 10. Lyon, 1995.
- Fierro Benítez R., Hermida Bustos C., Granda E., Jarrín Valdivieso H., López Paredes R., eds. **El Cóndor, La Serpiente y el Colibrí. La OPS / OMS y la Salud Pública en el Ecuador del siglo XX**. Quito, 2002. Representación OPS/OMS- Ecuador
- Garrido, Hernán; Morales, Luis; Ortega, Rommel (eds). **Normas de Diagnóstico y manejo de Tumores Malignos**. SOLCA. Loja, Ecuador. 2001.
- Globocan 2012. IARC
- INEC-CEPAL. **Ecuador. Estimaciones y Proyecciones de población 1950-2025**. Quito, 2003
- INEC-CEPAL. **Ecuador. Proyecciones de población por provincias, cantones, áreas, sexo y grupos de edad. Período 2001- 2010**. Quito, 2004
- Instituto de Estadística y Censos del Ecuador (INEC): **V Censo de Población y IV de Vivienda. 1990**
- Instituto de Estadística y Censos del Ecuador (INEC): **VI Censo de Población y V de Vivienda. 2001**
- Instituto de Estadística y Censos del Ecuador (INEC): **VII Censo de Población y VI de Vivienda. 2010**
- Instituto de Estadística y Censos del Ecuador (INEC): **Anuario de Estadísticas Vitales. Nacimientos y Defunciones 1985-2012**
- Murphy, G. et al. **Oncología Clínica. Manual de la American Cancer Society**. 2da ed. Washington, DC. Editado por OPS/OMS. Publicación Científica N° 559. 1996.
- Parkin DM, Chen VW, Ferlay J, Galcerán J, Storm HH y Whelan SL. **Comparability and Quality Control in Cancer Registration**. IARC. Technical Report N° 19. Lyon, 1994.
- Parkin DM, Kramárová. E et al **International incidence of Children Cancer**. Vol. II. IARC Scientific Publications No. 144-1988
- Parkin, D.M., Whelan, S.L., Ferlay, J., Teppo, L. and Thomas, D.B. eds (2002) **Cancer Incidence in Five Continents**, Vol. VIII. IARC Scientific Publications No. 155 Lyon, IARC. Parkin, D.M., Whelan, S.L., Ferlay, J., Raymond, L. and Young, J., eds (1997): **Cancer Incidence in Five Continents**, Vol. VII (IARC) Scientific publications No. 143). Lyon, IARC
- Parkin, M. (ed): **Cancer occurrence in developing countries**. Lyon, 1986 Publicación científica N° 75 de la Internacional Agency for Research on Cancer IARC.
- Registro de Tumores Cuenca. Solca-Cuenca. **Quinto Informe. Incidencia del Cáncer en el Cantón Cuenca 1996-2004**. Cuenca. 2007
- Registro de Tumores de Guayaquil. Sociedad de lucha contra el cáncer, Sede Nacional. **Cáncer en Guayaquil 2003-2006**. Guayaquil, 2011
- Registro de Tumores de Guayaquil. Sociedad de lucha contra el cáncer, Sede Nacional. **Cáncer en Guayaquil 2001-2002**. Guayaquil, 2005
- Registro de Tumores de Manabí. Sociedad de lucha contra el cáncer. SOLCA Manabí – Núcleo de Portoviejo. **Edición N° 2. 1999-2002**. Portoviejo 2006
- Registro de Cáncer de Tungurahua. **Incidencia de Cáncer en Tungurahua. 1996-2003 Tumores de Estómago. 1997-2003 Tumores Cérvix y Tubo Digestivo**. Ambato, Ecuador. 2006
- Registro de Tumores Loja. Solca-Loja. **Incidencia del cáncer en Loja 1997-2003**. Loja, 2007
- Registro de Tumores Loja. Solca-Loja. **Incidencia del cáncer en Loja “Estudio de una década, 1997-2006”**. Loja, 2010
- Registro de Tumores Machala. Comité Amigos SOLCA – Machala. **Incidencia del cáncer en el cantón Machala**. 1999-2004.
- Registro de Tumores Machala. Comité Amigos SOLCA – Machala **Incidencia de cáncer en la provincia de El Oro 2002-2004**. Machala. 2007
- Robles, Carlos (Ed). **Cáncer Gástrico**. Sociedad Ecuatoriana de Gastroenterología, Instituto Ecuatoriano de Enfermedades Digestivas. Portoviejo, Ecuador. 2002.
- UICC. International Union Against Cancer. TNM. **Classification of Malignant Tumours**. Sixth Edition. New York. 2002.
- UICC. **Prevención del Cáncer. Estrategias basadas en la evidencia**.

TRABAJOS ELABORADOS EN BASE A LA INFORMACION DEL REGISTRO NACIONAL DE TUMORES / PAPERS MADE IN NATIONAL CANCER REGISTRY

Corral, F., Cueva, P.: Neoplasias Malignas en el Hospital Metropolitano. Metrociencia. Revista Médico Científica del Hospital Metropolitano. Vol 2 julio de 1992. Nro 2 .

Corral, F; Cueva Patricia; Yépez J; Montes E.: Limited education as a risk factor in cervical cancer. Bulletin of the Pan American Health Organization. Washington. Volume 30, Number 4. December 1996. Pp 322-329.

Corral, F; Cueva, P; Yépez, J.: Cáncer Gástrico: Epidemiología. EN: Robles, Carlos (Ed). Cáncer Gástrico. Sociedad Ecuatoriana de Gastroenterología, Instituto Ecuatoriano de Enfermedades Digestivas. Portoviejo, Ecuador. 2002.

Corral, F; Cueva Patricia; Yépez J; Montes E. El cáncer del cuello uterino y de la glándula mamaria como problemas de salud pública en el Ecuador. Revista ecuatoriana de Cancerología. Quito. Año 4 N° 1, Julio, 1997. pp 9-13

Corral, F; Cueva, P; Yépez, J.: Epidemiología del Cáncer de Gándula mamaria en Quito. Revista ecuatoriana de Cancerología. Quito. Año 2, N° 3, Diciembre 1995. pp 9-15

Corral, F; Cueva, P; Yépez, J.: Cáncer Gástrico: Epidemiología. EN: Biopatología Andina y Tropical Ecuatoriana. R. Fierro y G. Ordóñez, editores. Quito: Academia Ecuatoriana de Medicina. 1995. Tomo II. pp 1105-1117

Corral, Fabián y Hugo Noboa.: Calidad del diagnóstico del Cáncer en los Certificados de Defunción. Evaluación de la calidad de la información médica en los certificados de defunción por cáncer en la provincia de Pichincha, año 1987. Quito, 1990

Cueva, P; Montoya, R: El Registro Nacional de Tumores. EN: Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) Revista informativa. Representación Ecuador. Edición No 31. Agosto 2012-Marzo 2013 pp 38-43

Cueva, P y Yépez, J.: Epidemiología del cáncer de pulmón en Quito. Revista ecuatoriana de oncología. Dic.1994.

Cueva, P; Yépez J.: Cáncer Gástrico en Tungurahua 1996. Tesis presentada a la Escuela de Salud Pública de la Universidad Central del Ecuador para obtener la Maestría en Investigación y Administración en Salud. Quito, 1998

Dávila, N; Corral, F; Cueva, P; Yépez, J.: Cáncer del tubo digestivo en el Hospital Carlos Andrade Marín. Revista ecuatoriana de Cancerología. Quito. Año 4 N° 1, Julio 1997. pp 1 4-19

Montes, E; Corral, F; Cueva, P; Yépez, J.: El cáncer del cuello uterino y de la glándula mamaria como problemas de salud pública en el Ecuador. Revista ecuatoriana de Cancerología. Quito. Año 4 N° 1, Julio 1997. pp 9-13

Yépez, José. Cáncer. EN: Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) 2007. La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas. (Quito: OPS/MSP/CONASA. pp 122-133

COLABORADORES / CONTRIBUTORS

PATÓLOGOS / PATHOLOGIST

Dr. Acosta Jaime
 Dra. Albán María Augusta
 Dra. Álvarez Mónica
 Dra. Álvarez Salomé
 Dra. Álvarez Yolanda
 Dra. Aparicio Rosa
 Dr. Araujo Iván
 Dra. Arguello Cecilia
 Dra. Arribas Eleana
 Dra. Aparicio Rosa
 Dra. Arguello Cecilia
 Dra. Aspiazu Taisinha
 Dr. Ayabaca Julio
 Dr. Bedoya Patricio
 Dr. Borja Julio
 Dra. Borja Tatiana
 Dra. Bravomalo María
 Dr. Campoverde Wilmer
 Dra. Canchingre Isabel
 Dra. Carrión Cecilia
 Dr. Corral Fabián
 Dr. Chiriboga Marcelo
 Dr. Dávila Gonzalo
 Dra. Díaz Miriam
 Dr. Duque Oswaldo
 Dr. Endara Raúl
 Dr. Escalante Luis
 Dra. Escarabay Mery
 Dr. Estrella Francisco
 Dra. Fernández Ligia
 Dra. Franco Dolores
 Dra. Granja Magdalena
 Dra. Guerrero Rosa
 Dr. Herdoiza Marco
 Dr. Herdoiza H. Marco
 Dr. Hermida Enrique
 Dra. Lara Ximena
 Dra. Llanos Luz
 Dr. López Aquiles +
 Dr. López Guillermo
 Dr. López A. Guillemo
 Dra. López Susana
 Dr. Mancero Olmedo
 Dra. Martínez Carmen
 Dr. Meléndez Fernando
 Dr. Montalvo Alexandra
 Dr. Montalvo Nelson
 Dra. Montenegro Lorena
 Dr. Montenegro Mauro
 Dr. Naranjo Manuel
 Dra. Naranjo Mariana
 Dr. Narvaez Luis
 Dr. Narvaez Romeo
 Dr. Nicolalde Angelo
 Dr. Noboa Hernán
 Dra. Noboa Paulina
 Dra. Ochoa Grecia
 Dr. Ochoa Marcelo
 Dra. Ortiz Malena
 Dra. Pacheco Rosa
 Dr. Paredes Mario
 Dra. Paucar Jeaneth
 Dra. Paz Zelma
 Dra. Pérez Mónica

Dra. Pontón Mónica
 Dra. Portilla Wiliam
 Dra. Posso Verónica
 Dr. Quiroz Hugo
 Dra. Quishpe Maritza
 Dr. Recalde Ramiro
 Dra. Redroban Ligia
 Dr. Rey Severino
 Dra. Reyes Soledad
 Dr. Rigail Francisco
 Dra. Rizzo Verónica
 Dra. Rodríguez Clara
 Dr. Rojas José Augusto
 Dra. Rosales Blanca
 Dr. Rosales Felipe
 Dra. Salazar Elba
 Dra. Salazar Jeaneth
 Dr. Salazar Marcelo
 Dra. Santana Paulina
 Dr. Sáenz Kléber
 Dr. Sigcho Byron
 Dra. Sotomayor Sonia
 Dr. Suster Saúl
 Dra. Tafur Sandra
 Dr. Tapia Milton
 Dra. Tapia Verónica
 Dra. Tello Sonia
 Dr. Tenorio Jaime
 Dra. Terán Rosa
 Dr. Toro Marcelo
 Dra. Vaca Catalina
 Dra. Velasteguí Genoveva
 Dra. Vergara Paulina
 Dr. Vivar Nicolás
 Dr. Yépez Rodrigo
 Dra. Zapata Norma
 Dra. Zumárraga Sonia

HEMATÓLOGOS / HEMATOLOGIST

Dra. Barba María
 Dra. Bonilla Rosario
 Dr. Bueno Carlos
 Dr. Cañizares Claudio
 Dr. Carrera Carlos
 Dr. Cevallos Francisco
 Dra. Jácome Diana
 Dra. Freire Lorena
 Dr. Herdoiza H. Ximena
 Dr. Hidalgo Patricio
 Dra. Leiva María Mercedes
 Dra. Maldonado Ximena
 Dr. Páez José
 Dr. Ramírez Hernán
 Dr. Sghirla Juan
 Dra. Terán Rosa
 Dr. Villalba Alberto
 Dr. Weilbauer Frank

INEC

DIRECTOR GENERAL

Eco. Padilla Shyrley

FUNCIONARIOS /

ADMINISTRATIVE PERSONNEL

Ing. Fuentes Carlos Omar
 Ing. Ocampo Geoconda
 Ing. Suárez René

REGISTRO CIVIL

DIRECTOR

Ing. Troya Jorge

FUNCIONARIOS /

ADMINISTRATIVE PERSONNEL

Dr. Alava Juan
 Dr. García Marcelo
 Ing. Moyano Oscar

SOLCA

MÉDICOS TRATANTES / TREATING PHYSICIANS

Dra. Abad Lenny
 Dra. Acebo Jenia
 Dra. Aguilar Patricia
 Dra. Álvarez Piedad
 Dr. Andrade Fausto
 Dr. Andrade William
 Dr. Aragón Juan Carlos
 Dra. Baños Silvia
 Dra. Basantes Hemérita
 Dra. Buenaño María Elena
 Dr. Bueno Carlos
 Dr. Bueno Cesar
 Dr. Caballero Henry
 Dr. Calderón Diego
 Dra. Calvache Jenny
 Dra. Cárdenas Olga
 Dr. Carrasco Edgar
 Dr. Castellanos Andrés
 Dra. Cervantes María
 Dr. Cevallos Edwin
 Dra. Chamorro Jenny
 Dra. Charvet María A.
 Dra. Cueva Evelyn
 Dra. Cueva Patricia
 Dr. De la Torre Jaime
 Dr. De Los Reyes Luis
 Dra. Díaz Mercedes
 Dra. Dueñas Edith
 Dra. Durán Catalina
 Dr. Eguiguren José
 Dr. Endara Diego
 Dra. Espejo María Teresa
 Dr. Figueroa Víctor Manuel
 Dra. Flores Paulina
 Dr. Gaibor José
 Dra. Gonzales Olga
 Dr. Guallasamín Edwin
 Dr. Hidalgo Ramiro
 Dra. Jaramillo Carolina
 Dra. Jimbo Grace
 Dr. Jiménez Víctor
 Dr. Luna Diego
 Dra. Marín Nadya

Dr. Martínez Luis
 Dr. Masaquiza René
 Dr. Medina Alejandro
 Dr. Mosquera José
 Dr. Muñoz René
 Dr. Navarrete Felipe
 Dr. Navarrete Grimaneza
 Dra. Núñez Cristina
 Dra. Ocampo Ligia
 Dr. Oleas Geovanny
 Dr. Ontaneda Maximiliano
 Dra. Ortega Thalia
 Dr. Peralta Patricio
 Dra. Pineda Luz
 Dra. Pozo Noemí
 Dr. Rocha Oswaldo
 Dra. Rodríguez Amparo
 Dr. Romero Milton
 Dr. Romero Marco
 Dra. Sánchez Gissela
 Dr. Serrano Armando
 Dr. Sierra Francis
 Dr. Silva Pablo
 Dra. Soria Tania
 Dr. Terán Guillermo
 Dr. Tinoco Leopoldo
 Dr. Torres Carlos
 Dr. Vacacela Juan
 Dra. Varela Sara
 Dra. Vega Mireya
 Dr. Velasco Hugo
 Dr. Vicuña Carlos
 Dr. Villacreses Alvaro
 Dra. Villanueva Erika
 Dra. Yagual Glenda
 Dr. Yépez José
 Dr. Zapata Mario
 Dra. Zúñiga María Eugenia

REGISTRO HOSPITALARIO / REGISTRY HOSPITALARY

Coordinadora / Coordinator
 Sra. Noboa Diana
 Registradoras / Registries
 Sra. Coral Estefany
 Sra. Moreno Gissela
 Sra. Torres Patricia
 Sra. Valladares Ana
 Sistemas / Systems
 Ing. González Santiago

FUNCIONARIOS ADMINISTRATIVOS / ADMINISTRATIVE PERSONNEL

Tlgo. Basantes Jorge
 Tlgo. Carrera Polo
 Tlga. Enríquez Mónica
 Tlga. Guerrero Patricia
 Lcdo. Haro Diego
 Tlgo. Moreno William
 Lcda. Romero Rocío
 Sra. Rivera Gissela
 Sra. Valencia Fanny
 Lcdo. Vega Oscar
 Lcdo. Yacelga Luis
 Tlgo. Zurita Fabián

HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN

Médicos Oncólogos
y Médicos Tratantes

MÉDICOS TRATANTES / TREATING PHYSICIANS

Dr. Alvarez Marcelo
Dr. Alvear Marcelo
Dra. Andrade Ruth
Dra. Arguello Miriam
Dra. Bonilla Rosario
Dra. Borja Aliz
Dr. Cabrera Hernán
Dr. Cachimuel María
Dr. Cajas Milton
Dr. Carrillo Luis Alfredo
Dra. Chusino Melba
Dr. Durango Marcelo
Dr. Egas Felipe
Dr. Eugenio Carlos
Dr. Gavilanes Patricio
Dr. Guerrero Carolo
Dr. Guerrón Miguel
Dra. Larrea Oderay
Dra. León Bárbara
Dr. León Eduardo
Dr. Montenegro Ramiro
Dra. Núñez Karen
Dr. Rodríguez Edgar
Dra. Sánchez Carmen
Dr. Sarasti Jorge
Dr. Segovia Nelson
Dra. Valladares Cecilia
Dra. Vinuesa Tatiana

FUNCIONARIOS ADMINISTRATIVOS / ADMINISTRATIVE PERSONNEL

Sra. Almeida Mercedes
Sra. Dávila Katy
Lcdo. Morillo Fabián
Sra. Ortega Alexandra
Sra. Salgado Silvia
Lcda. Simba Catalina
Sr. Sosa Jorge
Ing. Vaca Lisbeth
Lcdo. Sánchez Edison

HOSPITAL EUGENIO ESPEJO

MÉDICOS TRATANTES / TREATING PHYSICIANS

Dr. Andrade Jorge
Dr. Arroba Carlos
Dra. Bautista Andrea
Dr. Carrasco Ricardo
Dr. Castro Eduardo
Dr. Checa Vinicio
Dr. Divas Luis
Dr. Iñiguez Pablo
Dr. Maldonado René
Dr. Mejía Carlos
Dr. Montalvo Mario
Dra. Montaña Danilo
Dra. Moreno Andrea
Dr. Mushtaq Wally
Dr. Navas Vinicio
Dr. Piedra Jorge
Dr. Prócel César
Dr. Rivera Galo

Dr. Rosero Carlos
Dr. Serrano Esteban
Dr. Vargas Paúl
Dr. Veintimilla Carlos
Dr. Villacís Raúl
Dr. Vinuesa Miguel

FUNCIONARIOS ADMINISTRATIVOS / ADMINISTRATIVE PERSONNEL

Sr. Camacho David
Sr. Durán Javier
Srta. Molina Mercedes
Sr. Morales Wilson
Sra. Moreta Anita
Sr. Pilatuña Luis
Ing. Pozo Carmela
Sra. Rosero Norma
Lcdo. Albán Fausto
Sr. Yáñez Mercedes

HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS

MÉDICOS TRATANTES / TREATING PHYSICIANS

Dr. Leiva Fausto
Dra. Llerena Flérida
Dr. Molineros Fausto
Dra. Paredes Biviana
Dr. Ruales Franklin
Dr. Ruiz Gilberto

FUNCIONARIOS ADMINISTRATIVOS / ADMINISTRATIVE PERSONNEL

Sra. Alomoto Rocío
Sra. Betancourth Jéssica
Lcda. Bucheli Carmen
Lcdo. Flores Luis
Lcda. Pazmiño Mónica
Lcda. Proaño Amparo
Lcda. Pulles Angélica
Sr. Tapia Juan

HOSPITAL PABLO ARTURO SUÁREZ

MÉDICOS TRATANTES / TREATING PHYSICIANS

Dr. Abad Carlos
Dra. Altamirano Sonia
Dr. Andrade Diego
Dr. Barriga Juan
Dr. Bolaños Patricio
Dr. Calderón Julio
Dr. Dávalos Hernán
Dr. Delgado Francisco
Dr. Guarderas Carlos
Dr. Herrera Mauricio
Dr. Lasso Edgar
Dr. Lasso Juan Francisco
Dr. Loaiza Efrén
Dr. Molina Galo
Dr. Nájera Carlos
Dr. Ramírez Hernán
Dr. Rentería Edgar
Dr. Rentería Gerardo
Dr. Salazar Ramiro
Dr. Salgado Ramiro
Dr. Sánchez Jorge
Dr. Tapia Raúl
Dr. Vásquez Carlos

FUNCIONARIOS ADMINISTRATIVOS / ADMINISTRATIVE PERSONNEL

Srta. Del Alcázar Lourdes
Sr. Estrella Luis
Sr. Herrera Mauricio
Sra. López Rosita
Tlga. Peña Gabriela
Tlga. Robles Catalina
Tlga. Silva Tatiana
Srta. Vergara Elizabeth

HOSPITAL BACA ORTIZ

MÉDICOS TRATANTES / TREATING PHYSICIANS

Dr. Chávez Reysel
Dra. Freire María Lorena
Dra. Garzón Elizabeth
Dra. Maldonado Ximena
Dra. López María Eugenia
Dr. Rodas Germán
Dr. Sierra Jorge

FUNCIONARIOS / ADMINISTRATIVE PERSONNEL

Lcdo. Chacón Marco
Tlga. Galindo Gina
Lcda. García Norma
Lcdo. Quisaguano Edgar
Lcda. Rea Inés
Lcdo. Sacancela Leonardo
Tlga. Saltos Fredy

CENTRO OBSTÉTRICO GINECOLÓGICO ISIDRO AYORA

MÉDICOS TRATANTES / TREATING PHYSICIANS

Dr. Dávalos Marcelo
Dr. Cisneros Cicerón
Dr. López Alberto
Dr. Meléndez Abel
Dr. Moya Walter
Dr. Navas Humberto
Dr. Narváez Marcelo
Dra. Saltos Ligia

FUNCIONARIOS / ADMINISTRATIVE PERSONNEL

Lcda. Cárdenas Liliana
Srta. Córdova Sandra
Lcdo. García Bolívar

HOSPITAL DERMATOLÓGICO GONZALO GONZÁLEZ

MÉDICOS TRATANTES / TREATING PHYSICIANS

Dra. Alvear Mery
Dra. Legña Marlene
Dr. Ochoa Marco
Dr. Rodríguez Pablo
Dr. Salazar Rosa

FUNCIONARIOS ADMINISTRATIVOS/ ADMINISTRATIVE PERSONNEL

Sra. Cuello Beatriz
Ing. Panchez Diego
Lcda. Villarroel Amelia

HOSPITAL MILITAR

MÉDICOS TRATANTES / TREATING PHYSICIANS

Dra. Aguilar Mercedes
Dr. Bayacela Bertha
Dr. Berneo Gil
Dr. Burbano Wilson
Dr. Cadena Eduardo
Dra. Calderón Gladys
Dr. Canelos Byron
Dr. Cazares Jimmy
Dr. Domínguez Antonio
Dr. Endara Francisco
Dr. Gallegos Darío
Dr. Garcés Nelson
Dr. Guerrero Efrén
Dra. Leiva María
Dra. Moncayo María
Dr. Paris Christian
Dr. Pazmiño Galo
Dr. Proaño Alberto
Dr. Riofrío Mario
Dr. Rojas Antonio
Dr. Ruiz Luis
Dr. Tamayo Washington
Dr. Vargas René

FUNCIONARIOS ADMINISTRATIVOS / ADMINISTRATIVE PERSONNEL

Sr. Bolaños Paúl
Ldo. Dillón Juan Carlos
Sr. Freire Gonzalo
Lcdo. Llumiquinga José
Tlga. Monteros Miriam
Sr. Páez Jorge
Tlga. Zabala Alexandra

CRUZ ROJA

FUNCIONARIOS / ADMINISTRATIVE PERSONNEL

Lcda. Mardones Marcela
Lcdo. Molina Danny
Lcda. Proaño Alicia
Lcda. Toapanta Nelly
Lcda. Villagómez Eugenia

HOSPITAL VOZANDES

MÉDICOS TRATANTES / TREATING PHYSICIANS

Dra. Basantes Amparo
Dra. Enríquez Fabiola
Dr. Páez José
Dr. Páez Iván
Dr. Tixi Ricardo
Dr. Roldán Juan
Dr. Tkomirrou Gennaby

FUNCIONARIOS ADMINISTRATIVOS / ADMINISTRATIVE PERSONNEL

Psi.Ind. Cruz Carlos
Sra. Pérez Elena
Lcda. Salas Grace
Tlga. Silva Verónica
Ing. Narváez Pablo

HOSPITAL METROPOLITANO

MÉDICOS TRATANTES / TREATING PHYSICIANS

Dr. Aguirre José
Dr. Andrade Fredy
Dr. Ayala Gustavo
Dr. Burbano Luis
Dr. Bustamante Fernando
Dr. Castillo Carlos
Dr. Cornejo Francisco
Dr. Corral Mauricio
Dr. Costa Alexis
Dr. Fierro Francisco
Dr. Jervis Raúl
Dr. Jijón Alfredo
Dr. Lupera Hernán
Dr. Molina Juan
Dr. Moscoso Fernando
Dr. Moscoso Juan
Dr. Moyano A. Jaime
Dr. Noboa Enrique
Dr. Recalde Marcelo
Dra. Redroban Ligia
Dr. Rodríguez Javier
Dr. Sandoval Augusto
Dr. Sandoval Bernardo
Dr. Sandoval Wellington
Dr. Terán Fernando
Dr. Vinuesa Luis
Dr. Zambrano Marco

FUNCIONARIOS ADMINISTRATIVOS / ADMINISTRATIVE PERSONNEL

Sra. Albornoz Nora
Lcdo. Báez Juan
Lcda. Cadena Ximena
Lcdo. Carrillo Vladimir
Lcdo. Fierro Irina
Sr. Jaramillo Víctor
Lcdo. Mejía María Eugenia
Sra. Mogro Patricia
Lcdo. Ortiz Fernando
Sr. Pacheco Santiago
Sr. Parra Félix
Tlga. Reyes Eliana
Srta. Rocha Fanny
Sra. Rodríguez Alejandra
Sr. Sánchez Fernanda
Tlgo. Vaca César

HOSPITAL DE LA POLICIA NACIONAL

MÉDICOS TRATANTES / TREATING PHYSICIANS

Dr. Arias Willian
Dr. Tixi Ricardo

FUNCIONARIOS ADMINISTRATIVOS / ADMINISTRATIVE PERSONNEL

Sr. Aguilar Herbart
Sra. Almeida Elena
Ing. Burbano Irene
Sr. Caiza Eddy
Sra. Chacón Dolores
Sra. Hernández Shirley
Lcdo. Mamarandi Luis
Sr. Narváez Pablo
Sr. Páez Germán
Lcda. Pérez Elena
Sra. Pilaquinga Jaqueline
Srgto. Roldán Oscar
Sra. Saltos Alexie
Sra. Tobar Ximena
Sr. Valencia Santiago
Tlgo. Yáñez Adrian

IZQUIETA PÉREZ

MÉDICOS TRATANTES / TREATING PHYSICIANS

Dr. Pérez Guadalupe
Dr. Vela Enrique

FUNCIONARIOS ADMINISTRATIVOS / ADMINISTRATIVE PERSONNEL

Lcda. Garcés Gladys
Lcda. Pérez Maria Elena

DISPENSARIO CENTRAL

Lcda. M. Augusta Álvarez

HOSPITAL DE LOS VALLES

MÉDICOS TRATANTES / TREATING PHYSICIANS

Dr. Checa Fernando
Dr. Ocampo Jaime
Dr. Salvador Patricio

FUNCIONARIOS ADMINISTRATIVOS / ADMINISTRATIVE PERSONNEL

Lcda. Gutierrez Johana
Sra. Hidalgo Patricia
Sr. Muñoz Patricio
Sra. Robles Esperanza
Sr. Tufiño Pablo
Sra. Vilaña Diana

OTROS MÉDICOS TRATANTES / TREATING PHYSICIANS

Dr. Barzallo Juan
Dr. Benítez Napoleón
Dr. Caicedo Wilson
Dr. Castellanos Andrés
Dr. Chávez Vicente
Dr. Dávalos Vicente
Dr. Fierro Rodrigo
Dra. Fusseau Dolores
Dr. Granja Jorge
Dra. Herdoíza Mónica
Dra. Karolys Elena
Dr. León Eduardo
Dr. López Alberto
Dr. López Antonio
Dr. Martínez Franklin
Dr. Merino Diego
Dr. Noboa Fernando
Dr. Obando Edgar
Dr. Pacheco Luis
Dr. Palacios Santiago
Dr. Paredes Eduardo
Dra. Pardo Martha
Dr. Paz y Miño Milton
Dr. Paz y Miño Nelson
Dr. Pérez Patricio
Dr. Posligua Pablo
Dr. Rueda Miguel
Dr. Saavedra Marcos
Dr. Sierra Diego
Dr. Suárez Luis
Dr. Tafur Fausto
Dr. Valdés Alejandro
Dr. Vallejo Santiago
Dr. Vascón Alex
Dr. Yáñez Napoleón

CLÍNICAS

Clinic
ABEI
AXXIS
Adventista Americana
Alemania
Asunción
Bolívar
Buen Pastor
CEMEDSSO
Cemoplaf
Central
Centro Médico Quirúrgico Pichin-
cha
Centro Médico Lenin
Mosquera
Club de Leones
Corazón de Jesús
Cruz Blanca
Cubano Ecuatoriano
Dame
De Emergencias
De la Mujer
De Unidades Médicas
Del Norte
Dispensario Central del IESS
Doce de Octubre
El Batán
Eloy Alfaro
Emedicenter
Espimedisur
Fundación Padre Higinio
Fundación Ponte en mi Piel
Fundación por una Vida
Galenus
Hermano Miguel
INFES
Jerusalén
Instituto de Ginecología y Mas-
tología
Internacional
La Carolina
La Merced
Mero
México
Moderna
Nova Clínica Santa Cecilia
Nova Clínica San Antonio
Nuestra Señora de Guadalupe
Oftálmica
Olimpus
Pasteur
Patronato San José Norte
Profamilia
Salud Familiar
San Bartolo
San Cayetano
San Francisco
San Gabriel
San Luis
Santa María
Sinaí Center
Sucre
Tierra Nueva
Urología
U. Materno Inf. Sangolquí
Unidad de Salud Familiar
Victoria
Villaflores

Agradecemos profundamente a todos los Médicos e Instituciones, que no constan en este listado, pero que de manera desinteresada y entendiendo los objetivos del Registro, nos proporcionan la información que se ve reflejada en esta publicación.

GLOSARIO / GLOSSARY

CI5	Cancer Incidence in Five Continents
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CIEO	Clasificación Internacional de Enfermedades Oncológicas
CONSEP	Consejo Nacional de Control de Sustancias Psicotrópicas y Estupefacientes
Cr T	Crude Rate
GICR	Iniciativa Global para el Desarrollo de los Registros de Cáncer
GLOBOCAN	Proyecto de la IARC que estima incidencia, mortalidad y prevalencia de cáncer.
IACR	Asociación Internacional de Registros de Cáncer
IARC	Asociación Internacional de Investigación en Cáncer
INEC	Instituto de Estadística y Censos
LFA	Laboratorio de Física de la Atmósfera
MSP	Ministerio de Salud Pública
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PSA	Antígeno Prostático Específico
Razón M/I	Razón mortalidad / incidencia
Redepican	Red Iberoamericana de Epidemiología en Cáncer
RINC	Red de Institutos Nacionales de Cáncer
RNT	Registro Nacional de Tumores
SOLCA	Sociedad de Lucha Contra el Cáncer
T Cr	Tasa Cruda
TAC	Tasa Acumulativa
TEE	Tasa Estandarizada por edad
TTR	Tasa Truncada
UBIC	Ubicación
UICC	Unión Internacional Contra el Cáncer
UMSA	Universidad Mayor de San Andrés, Bolivia
UNASUR	Unión de Naciones del Sur
VH	Verificación Histológica

III DATOS CLÍNICOS

23. SITIOS DEL TUMOR PRIMARIO:

--	--	--	--	--

24. LATERALIDAD:

- 1 ☐ Primario derecho
- 2 ☐ Primario izquierdo
- 3 ☐ Bilateral
- 4 ☐ No aplicable
- 9 ☐ Desconocido

25. EXTENSIÓN CLÍNICA DE LA ENFERMEDAD:

- 0 ☐ In situ
- 1 ☐ Localizada
- 2 ☐ Extensión Directa
- 3 ☐ Linfáticos Regionales
- 4 ☐ Extensión Directa y Linfáticos Regionales
- 5 ☐ Regional sin Especificar
- 7 ☐ Metástasis a distancia
- 8 ☐ No Aplicable
- 9 ☐ Desconocido

26. SISTEM TNM

T

--	--

 N

--	--

 M

--	--

27. ESTADÍO DEL TUMOR

--	--

28. OTRA EXTENSIÓN CLÍNICA:

Linfoma (An Arbor) _____

Colon- Recto (Dukes) _____

Estómago (Japonesa) _____

Próstata (Urológico) _____

29. LOCALIZACIÓN DE LA METÁSTASIS:

Metástasis 1 _____

Metástasis 2 _____

Metástasis 3 _____

30. FECHA ULTIMO CONTACTO

AÑO				MES		DÍA			

31. OBSERVACIONES:

32. DIAGNÓSTICO AL EGRESO:

Fecha:

AÑO				MES		DÍA	

RESPONSABLE:

--	--	--	--

IMPORTANTE:

La información recogida en este formulario es confidencial.
Estos datos son fundamentales para poder definir la incidencia del cáncer en nuestra población, lo que permitirá el desarrollo de programas coherentes de control de esta patología. Por favor ponga especial interés en estos datos nombre del paciente, edad, lugar de residencia habitual, sitio de tumor primario y diagnóstico.

En América Latina y El Caribe, sólo el 8% de la población está cubierta por un proceso de registro de alta calidad que permite evaluar con precisión el cáncer en la comunidad. Sin embargo, los 1,6 millones de residentes de Quito son afortunados no sólo en tener un gran sistema de registro que les presta servicio, sino también de haber tenido un sistema de este tipo por más de 25 años.

La calidad en los registros de cáncer está asegurada por muchos medios, pero a nivel internacional, el estándar de oro es la evaluación que proporcionan aproximadamente cada 5 años los editores de la publicación IARC / IACR "Cancer Incidence in Five Continents (CI5)". Los datos del Registro de Quito han sido evaluados positivamente y publicados en CI5 desde el tomo VI, que abarcaba el período 1985-1987, y más recientemente, ha sido incluido en el Volumen X, que abarca el período 2003-2007.

Gran parte de los conocimientos sobre el cáncer en Ecuador, especialmente la utilizada para la investigación internacional, se ha basado en la información proporcionada por el Registro de Quito.

Los datos en el presente informe muestran claramente cómo el patrón de cáncer en Quito está dominado por la creciente incidencia de cáncer de mama en las mujeres y el cáncer de próstata en los hombres. Hay otros tipos de cáncer de creciente preocupación, incluyendo linfoma, en ambos sexos y el cáncer de tiroides en las mujeres, pero algunos tipos de cáncer "tradicionales", tales como los del estómago y cuello uterino siguen disminuyendo en incidencia.

Las personas involucradas en la vigilancia mundial del cáncer pueden señalar al Registro de Quito como un ejemplo de buena práctica y esperamos que su experiencia histórica apoye a otros involucrados en el suministro de estos datos.

In Central and South America overall, only 8% of the population are monitored by a high quality registration process which allows the burden of cancer in the community to be accurately assessed. However, the 1.6 million residents of Quito are fortunate not only in having such a registration system serving them but also having had such a system in place for over 25 years.

Quality within cancer registries is assured by many means but internationally, the gold standard is the evaluation provided approximately every five years by the editors of the serial IARC/IACR publication "Cancer Incidence in Five Continents (CI5)". The data from the Quito registry have been positively evaluated and published in CI5 ever since Volume VI, which covered the period 1985-1987, and they have most recently been included in Volume X, covering 2003-2007. So much of the knowledge about cancer in Ecuador especially that used for international research has been based on the information provided from Quito.

The data in the current report clearly show how the pattern of cancer within Quito is dominated by the increasing incidence of breast cancer in women and prostate cancer in men. There are other cancers of growing concern including lymphoma in both sexes and thyroid cancer in women but some "traditional" cancers, such as those of the stomach and cervix continue to decline in incidence.

Dr. David Forman Ph.

Executive Secretary International Association of Cancer Registries (IACR)



NÚCLEO DE QUITO

RNT

SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER
SOLCA NÚCLEO DE QUITO

REGISTRO NACIONAL DE TUMORES

Av. Eloy Alfaro y Los Pinos. Quito, Ecuador
patycuev@hotmail.com
joseyepesmalonado@gmail.com
rnt@solcaquito.org.ec
Teléfono (593 2) 2419763
Casilla 17114965 CCI



ISBN 978-9942-9958-2-7