

# Tasa de mortalidad por Tumor Maligno de Hígado en Chile (2016-2024)

## Mortality Rate from Malignant Liver Tumor in Chile (2016-2024)

Alison Alanoca Paton\* , Sebastián Zúñiga Pizarro , Jose Arias Cruz ,  
Natalia Benítez Herrera , Jhonatan Cahuasiri Caverro 



Citar como: Alanoca A, Zúñiga S, Arias J, Benítez N, Cahuasiri J. Tasa de mortalidad por Tumor Maligno de Hígado en Chile (2016-2024). *Revista Andes* [Internet]. 2026 [citado el 13 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://revista-andes.cl/ojs/index.php/inicio/article/view/95>

Recibido : 07/01/2026  
Aceptado : 21/04/2026  
Publicado : 13/05/2026



© Los autores, 2026.  
Este es un artículo publicado de acceso abierto, bajo licencia de Creative Commons Attribution, que permite el uso, distribución y reproducción en cualquier medio, sin restricciones, siempre que el trabajo original sea correctamente citado.

Los autores declaran no poseer conflictos de interés.

No se declaran fuentes de financiamiento.

\*Correspondencia:  
Alison Alanoca P.  
[alison.alanoca.1994@gmail.com](mailto:alison.alanoca.1994@gmail.com)

### RESUMEN

**Introducción:** El tumor maligno de hígado, clasificado como un carcinoma hepatocelular, constituye una de las principales causas de muerte por cáncer a nivel mundial. **Objetivo:** Calcular la tasa de mortalidad por tumor maligno de hígado durante el periodo 2016 a 2024 en Chile. **Metodología:** Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo y cuantitativo con datos estadísticos del Departamento de Estadística e Información de Salud (DEIS) relativos a defunciones bajo el código CIE-10 “CC22.0” (carcinoma hepatocelular) ocurridas en Chile e información demográfica del Censo de Población y Vivienda 2024. **Resultados:** La mayor tasa de mortalidad (TM) ocurrió en 2024 con 9,13 defunciones por cada 100.000 habitantes. El sexo masculino presentó la mayor TM del periodo con 8,45 muertes por cada 100.000 habitantes. El grupo etario de +80 años presentó la mayor mortalidad, con 62,06 fallecimientos por cada 100.000 habitantes. **Discusión:** El aumento de la TM durante 2024 podría asociarse a un envejecimiento poblacional y aumento de los factores de riesgo metabólicos. El sexo masculino presentó mayor mortalidad, probablemente atribuido a un mayor número de factores de riesgo, como alcoholismo y cirrosis. El grupo de +80 años presentó la mayor TM del periodo, esto podría deberse a la acumulación de daño hepático crónico debido a factores epidemiológicos, como la cirrosis, enfermedad hepática no alcohólica. **Conclusión:** Se evidencia un grupo de riesgo demostrando la necesidad de mejorar las políticas públicas que permitan el control de los factores de riesgo y un diagnóstico precoz.

**Palabras clave:** Chile, Mortalidad, Oncología, Carcinoma Hepatocelular.

### ABSTRACT

**Introduction:** Malignant liver tumor, classified as hepatocellular carcinoma, constitutes one of the leading causes of cancer-related death worldwide. **Objective:** To calculate the mortality rate from malignant liver tumor during the period from 2016 to 2024 in Chile. **Methodology:** An observational, descriptive, and quantitative study was conducted using statistical data from the Department of Health Statistics and Information (DEIS) regarding deaths classified under the ICD-10 code “CC22.0” (hepatocellular carcinoma) occurring in Chile, along with demographic information from the 2024 Population and Housing Census. **Results:** The highest mortality rate (MR) occurred in 2024, with 9.13 deaths per-100,000 inhabitants. Males presented the highest MR during the study period, with 8.45 deaths per-100,000 inhabitants. The age group over 80 years showed the highest mortality, with 62.06 deaths per-100,000 inhabitants. **Discussion:** The increase in MR during 2024 could be associated with population aging and an increase in metabolic risk factors. Males showed higher mortality, probably attributable to a greater number of risk factors, such as alcoholism and cirrhosis. The group over 80 years presented the highest MR of the period, which could be due to the accumulation of chronic liver damage related to epidemiological factors such as cirrhosis and non-alcoholic liver disease. **Conclusion:** A high-risk group is evident, demonstrating the need to improve public policies aimed at controlling risk factors and promoting early diagnosis.

**Keywords:** Chile, Mortality, Oncology, Hepatocellular Carcinoma.

## Introducción

El tumor maligno de hígado es clasificado como un carcinoma hepatocelular (CHC), su forma más común, constituye una de las principales causas de muerte por cáncer a nivel mundial. Habitualmente se origina a partir de un hígado crónicamente dañado, específicamente con antecedentes de cirrosis secundaria a una infección por virus de hepatitis B, hepatitis C y alcoholismo<sup>1</sup>. El tumor maligno de hígado suele ser silente en sus etapas iniciales, por lo que explica su diagnóstico de manera tardía. Los síntomas se caracterizan por baja de peso, dolor en hipocondrio derecho, ictericia progresiva, ascitis y signos neurológicos<sup>2</sup>.

Su diagnóstico se basa en la sospecha clínica, elevación de la alfa-fetoproteína y hallazgos imagenológicos en tomografía y resonancia, donde el realce arterial y lavado portal son característicos en esta patología<sup>3</sup>. Las recomendaciones internacionales mencionan la necesidad de una vigilancia semestral en pacientes con factores de riesgo, como es la cirrosis o antecedentes de infección por virus de hepatitis B y C, lo cual permite detectar el tumor en fases iniciales siendo tratable<sup>4</sup>.

El tratamiento depende del estadio y la función hepática del paciente, donde sus principales opciones terapéuticas, son la resección quirúrgica, el trasplante hepático, las terapias ablativas y en casos avanzados, terapias sistémicas con combinación inmuno-oncología que han demostrado una mejor supervivencia a nivel global<sup>5</sup>. El pronóstico de este tipo de tumor sigue siendo reservado a pesar de los avances terapéuticos, especialmente cuando el diagnóstico inicial ocurre en fases avanzadas o en presencia de cirrosis descompensada<sup>6</sup>.

Desde un punto de vista epidemiológico, el tumor maligno de hígado representa la sexta neoplasia más prevalente en el mundo, y la tercera con mayor mortalidad, con una incidencia en aumento en regiones con alta presencia del virus de hepatitis B y en países occidentales debido a factores de riesgo metabólico como es la obesidad y la diabetes<sup>7</sup>. Su alta mortalidad es influenciada por diversos factores: diagnóstico tardío, progresión del tumor de manera silenciosa, y la coexistencia con más insuficiencias hepáticas crónicas, acompañado de la escasez de tratamientos curativos<sup>8</sup>.

Las complicaciones que elevan el riesgo de muerte en este tipo de tumor son la presencia de una insuficiencia hepática fulminante, la ruptura tumoral con hemoperitoneo, y la progresión metastásica especialmente a tejido pulmonar y óseo. Este tipo de complicaciones, acompañado de una fragilidad hepática subyacente, condicionan una evolución clínica desfavorable disminuyendo la supervivencia global a menos de 5 años<sup>9</sup>.

El CHC es el tipo más común de tumor maligno del hígado, representa una importante carga sanitaria mundial. Cada año, se diagnostican alrededor de 900.000 nuevos casos de CHC en todo el mundo, con una tasa de mortalidad anual de aproximadamente 830.000 muertes, lo que lo convierte en uno de los cánceres más mortales del mundo. Más del 70% de los casos se reportan en Asia, especialmente en China, que representa más de la mitad de todos los diagnósticos a nivel mundial<sup>10</sup>.

El tumor maligno de hígado está altamente presente en la sociedad e impacta directamente en la calidad de vida de la población, por ende, es de suma importancia conocer la realidad epidemiológica de esta patología. Por todo lo descrito anteriormente, nuestra investigación plantea los siguientes objetivos.

### *Objetivo General*

Caracterizar la tasa de mortalidad por Tumor Maligno de Hígado entre 2016 y 2024 en Chile.

### *Objetivos Específicos*

1. Calcular la tasa de mortalidad por Tumor Maligno de Hígado según sexo y grupo etario.
2. Analizar descriptivamente la tasa de mortalidad según región del fallecimiento.
3. Calcular la distribución porcentual según el lugar de defunción.

## Metodología

El presente estudio es observacional, descriptivo, transversal y cuantitativo, y se basa en el cálculo de la tasa de mortalidad por Tumor Maligno de Hígado como causa de defunción en Chile entre 2016 y 2024. La información se obtuvo de las bases de datos del Departamento de Estadística e Información de Salud (DEIS), y el Instituto

Nacional de Estadísticas (INE), concretamente del Censo de Población y Vivienda 2024. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva con medidas de tendencia central. Se utilizó Microsoft Excel 2023 para el procesamiento y la tabulación de los datos.

La tasa de mortalidad se calculó a partir de la siguiente fórmula:

$$\text{Tasa de Mortalidad: } \frac{\text{Número de defunciones por tumor maligno de hígado}}{\text{Población total en riesgo}} \times 100.000$$

Los pacientes con diagnóstico primario de tumor maligno de hígado fueron incluidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), que incluyó el siguiente código y clasificación: C22.0 (carcinoma hepatocelular), se consideraron ambos sexos con defunción registrada en Chile entre enero de 2016 y diciembre de 2024.

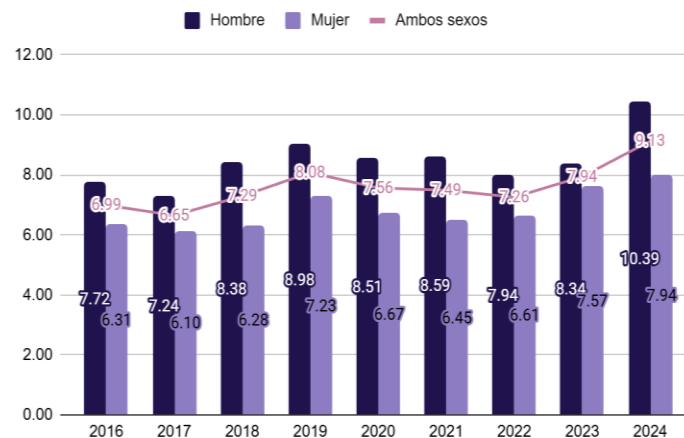
Las variables analizadas consideraron sexo, grupos etarios, región de defunción y lugar de defunción (Casa, Hospital u Otros). En relación con los aspectos éticos de la investigación, no fue necesario recurrir a un comité de ética dada la naturaleza de la información, protegida por anonimato. Finalmente, el equipo declara no poseer conflictos de interés ni fuentes de financiamiento para el desarrollo del estudio.

## Resultados

Se registraron 12.640 defunciones por tumor maligno de hígado durante el periodo 2016 a 2024 en Chile, con una tasa de mortalidad (en adelante *TM*) de 7,60 defunciones por cada 100.000 habitantes. El año 2024 registró la mayor mortalidad con 9,13 defunciones por 100.000 habitantes, seguido de los años 2019, 2023 y 2020, con 8,08, 7,94 y 7,49 defunciones por 100.000 habitantes, respectivamente. Mientras que los años 20021, 2018 y 2022 se reportaron tasas de mortalidad de 7,49, 7,29 y 7,26 fallecimientos por cada 100.000 habitantes, respectivamente.

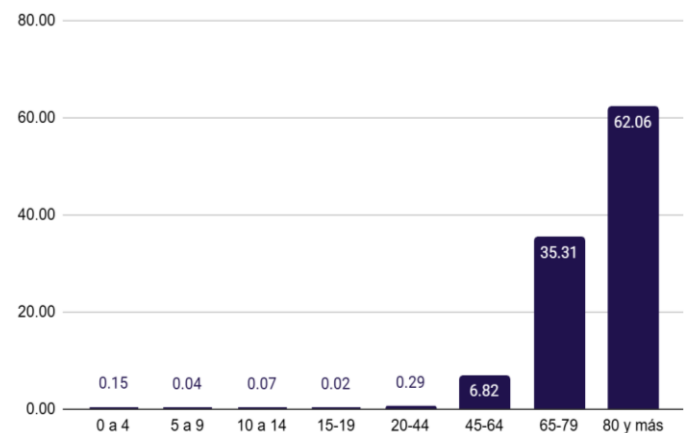
En relación con la variable sexo, los hombres registraron la mayor *TM* con 8,45 defunciones por cada 100.000 habitantes, mientras que las mujeres reportaron una tasa de 6,80 defunciones por cada 100.000 habitantes en el periodo de estudio. El año 2024, tanto los hombres como las mujeres, obtuvieron su mayor *TM*, con 10,39 y 7,94 defunciones por 100.000 habitantes respectivamente.

Mientras que el año 2017 se obtuvo la menor *TM* del periodo de estudio en ambos sexos, descendiendo a 7,24 y 6,10 defunciones por cada 100.000 habitantes para hombres y mujeres, respectivamente (*Figura N°1*).



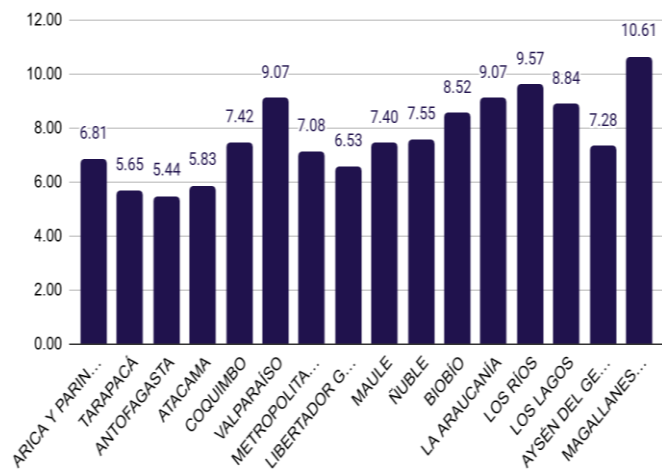
**Figura N°1.** *TM por cada 100,000 habitantes según sexo en Chile, con causa de muerte por Tumor Maligno de Hígado (2016-2024). Fuente: Elaboración propia.*

En relación con la variable grupo etario, el grupo de +80 años presentó la mayor *TM*, alcanzando 62,06 defunciones por cada 100.000 habitantes, seguido del grupo de 65-79 años con 35,31 defunciones por cada 100.000 habitantes. Mientras que los grupos de 5-9 y 15-19 años presentaron las menores tasas con 0,04 y 0,02 defunciones por 100.000 habitantes, respectivamente (*Figura N°2*).



**Figura N°2.** *TM por cada 100,000 habitantes según grupo etario en Chile, con causa de muerte por Tumor Maligno de Hígado (2016-2024). Fuente: Elaboración propia.*

Se observó que las regiones con mayor TM fueron Magallanes y la Antártica Chilena, junto con la región de los Ríos, con tasas de 10,61 y 9,57 defunciones por cada 100.000 habitantes, respectivamente. Mientras que las regiones de Tarapacá y Antofagasta presentaron las menores TM con 5,65 y 5,44 defunciones por cada 100.000 habitantes, respectivamente (Figura N°3).



**Figura N°3.** TM por cada 100,000 habitantes según región de defunción en Chile, con causa de muerte por Tumor Maligno de Hígado (2016-2024). Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo a distribución porcentual del lugar de defunción, esta ocurrió más frecuentemente en “Casa u Hogar” en el 70,25% de las defunciones (n=8.880), seguido del Hospital o Clínica con el 28,40% del total (n=3.590), finalmente Otros Lugares tuvieron la menor distribución con 1,34% (n=170 defunciones).

### Discusión

Los resultados muestran un incremento sostenido en la mortalidad por tumor maligno de hígado en Chile entre 2016 y 2024, alcanzando su punto máximo en 2024 con 9,13 defunciones por cada 100.000 habitantes. Este aumento constante de la tasa de mortalidad es concordante con la literatura, donde se ha descrito un aumento progresivo de la mortalidad, justificado por el envejecimiento poblacional, la alta presencia de cirrosis en la población y el aumento en los factores de riesgos metabólicos como la enfermedad hepática no alcohólica, esto asociado a obesidad y diabetes. Estudios internacionales han descrito como el tumor maligno de hígado se mantiene dentro de las principales causas de muerte por cáncer, con incrementos evidentes en regiones con transición epidemiológica como Chile, donde la reducción de las hepatitis virales ha sido

contrarrestada por el aumento marcado de la enfermedad hepática no alcohólica y síndrome metabólico con alto riesgo de hepatocarcinogénesis. El aumento observado en Chile podría estar atribuido a la persistencia de diversos factores de riesgos crónicos, combinado con una detección tardía, generando cuadros de mayor gravedad<sup>11</sup>.

Se observó que durante los años 2016 y 2017 se presentaron las tasas más bajas, esto podría asociarse a una situación de aceleración actual del riesgo metabólico acompañado de un envejecimiento progresivo de la población con cirrosis avanzada generando un empeoramiento de las tasas en los años posteriores. Esto podría estar relacionado con el impacto indirecto por COVID-19 que ocurrió en los años posteriores, donde existió un retraso diagnóstico de diversas patologías y un déficit en el seguimiento de patologías crónicas, incluida la cirrosis hepática, generando un mayor riesgo de desarrollar un tumor hepático<sup>12</sup>.

La mayor TM por tumor maligno de hígado en hombres durante el periodo de estudio coincide con la literatura internacional, que describe un riesgo de hepatocarcinoma entre dos o tres veces mayor en varones, lo que podría asociarse a una serie de factores biológicos, conductuales y epidemiológicos. Se ha evidenciado que el hombre presenta mayor exposición al alcohol, tabaquismo y hepatitis crónica desde edades tempranas, esto acompañado del rol modulador de hormonas sexuales, donde los andrógenos potencian la capacidad de carcinogénesis hepática, mientras que los estrógenos podrían cumplir un efecto protector parcial, lo que podría explicar lo observado en Chile<sup>13,14</sup>.

Los resultados muestran una importante variabilidad geográfica, con tasas más elevadas en las regiones de Magallanes y la Antártica Chilena. Las diferencias regionales podrían explicarse a través de factores epidemiológicos y sociales, la mayor carga de enfermedades hepáticas crónicas en la región de Magallanes, acompañado del mayor consumo de alcohol y factores socioeconómicos desfavorables podría contribuir a una mayor mortalidad. Esto acompañado de la desigualdad en la distribución territorial para el acceso a diagnósticos oportunos y vigilancia en pacientes con factores de riesgo, podría influir en la capacidad terapéutica. Estudios han demostrado que las brechas en acceso a atención oportuna repercuten directamente en el pronóstico de este tipo de tumor. En regiones con menor densidad poblacional y mayores barreras en acceso sanitario, podría generar retrasos en el diagnóstico,

explicando en parte la mayor mortalidad<sup>10,11,15</sup>.

La alta tasa de mortalidad en el hogar se explica por el retraso en el diagnóstico, la limitada elegibilidad para tratamientos curativos y la prevalencia de cirrosis avanzada, factores ampliamente documentados en la literatura internacional como determinantes de una rápida progresión clínica y un pronóstico desfavorable. Además, en estadios avanzados, la CHC suele asociarse a deterioro funcional, complicaciones como insuficiencia hepática, hemorragia por hipertensión portal o caquexia y transición a cuidados paliativos, lo que induce que muchos pacientes y sus familias opten por experimentar cuidados paliativos en casa, una práctica observada en otros países con alta prevalencia de enfermedad hepática avanzada<sup>16</sup>.

Entre las principales limitaciones, se puede mencionar que el diseño descriptivo y transversal no permite establecer relaciones de causalidad, sino únicamente asociaciones. Asimismo, los estudios basados en certificados de defunción pueden estar sujetos a subregistro o errores de clasificación de parte del médico tratante. Una de las principales fortalezas de esta investigación es el uso de fuentes oficiales y estandarizadas de información, como los registros del DEIS y el INE, asegurando representatividad.

## Conclusión

La presencia de grupos de riesgo asociado a tumor maligno de hígado y el aumento constante de la tasa de mortalidad, genera preocupación en el manejo de los factores de riesgo y la detección temprana de esta patología, por lo tanto, recomendamos ampliar la capacidad de vigilancia y detección de este tipo de tumores e incentivar el desarrollo de investigaciones asociada a este tipo de tumor, de tal manera que permita tomar decisiones informadas y actualizadas en materia de salud pública.

## Referencias Bibliográficas

1. Liu H, Bruner ET, Yang J. Cytologic features of malignant rhabdoid tumor of the liver: a case report and literature review. *Diagn Cytopathol*. 2021;49(9):E364-E369. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/dc.24815>

2. Llovet JM, Kelley RK, Villanueva A, et al. Hepatocellular carcinoma. *Nat Rev Dis Primers*. 2021;7(1):6. PMID: 33479224. Disponible en: <http://doi.org/10.1038/s41572-024-00500-6>

3. Vogel A, Meyer T, Sapisochin G, Salem R, Saborowski A. Hepatocellular carcinoma. *Lancet*. 2022 Oct 15;400(10360):1345-1362. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(22\)01200-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(22)01200-4)

4. El-Serag HB. Epidemiology of hepatocellular carcinoma. *Clin Liver Dis*. 2020;24(4):537-555. PMID: 32866476. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s1089-3261\(05\)70155-0](https://doi.org/10.1016/s1089-3261(05)70155-0)

5. Ganesan P, Kulik LM. Hepatocellular Carcinoma: New Developments. *Clin Liver Dis*. 2023 Feb;27(1):85-102. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.cld.2022.08.004>

6. Forner A, Reig M, Bruix J. Hepatocellular carcinoma. *Lancet*. 2018;391(10127):1301-1314. PMID: 29307467. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)30010-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)30010-2)

7. Alawiyia B, Constantinou C. Hepatocellular Carcinoma: a Narrative Review on Current Knowledge and Future Prospects. *Curr Treat Options Oncol*. 2023 Jul;24(7):711-724. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11864-023-01098-9>

8. May P, Normand C, Cassel JB, Del Fabbro E, Fine RL, Menz R, Morrison CA, Penrod JD, Robinson C, Morrison RS. Economics of Palliative Care for Hospitalized Adults With Serious Illness: A Meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2018 Jun 1;178(6):820-829. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.0750>

9. Younossi ZM, Stepanova M, Younossi Y, et al. Epidemiology of NAFLD and NASH globally. *Hepatology*. 2019;69(1):273-284. PMID: 30179255. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2019.06.021>

10. Gilles H, Garbutt T, Landrum J. Hepatocellular Carcinoma. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2022 Sep;34(3):289-301. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2022.04.004>

11. Toh MR, Wong EYT, Wong SH, Ng AWT, Loo LH, Chow PK, Ngeow J. Global Epidemiology and Genetics of Hepatocellular Carcinoma. *Gastroenterology*. 2023 Apr;164(5):766-782. Disponible en: <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2023.01.033>

12. Kim D, Li AA, Gadiparthi C, Khan MA, Cholankeril G, Glenn JS, Ahmed A. Changing Trends in Etiology-Based Annual Mortality From Chronic Liver Disease, From 2007 Through 2016. *Gastroenterology*. 2018 Oct;155(4):1154-1163.e3. Disponible en: <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2018.07.008>

13. Spector LG, Birch J. The epidemiology of hepatoblastoma. *Pediatr Blood Cancer*. 2012 Nov;59(5):776-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/pbc.24215>

14. Nevola R, Tortorella G, Rosato V, Rinaldi L, Imbriani S, Perillo P, Mastrocinque D, La Montagna M, Russo A, Di Lorenzo G, Alfano M, Rocco M, Ricozzi C, Gjeloshi K, Sasso FC, Marfella R, Marrone A, Kondili LA, Esposito N, Claar E, Cozzolino D. Gender Differences in the Pathogenesis and Risk Factors of Hepatocellular Carcinoma. *Biology (Basel)*. 2023 Jul 11;12(7):984. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/biology12070984>

15. Huang J, Wang HHX, Zheng ZJ, Wong MCS. Impact of the COVID-19 pandemic on cancer care. *Hong Kong Med J*. 2022 Dec;28(6):427-429. Disponible en: <https://doi.org/10.12809/hkmj215136>