

Resultados del tratamiento quirúrgico del cáncer de mama en mujeres hasta 40 años de edad

Outcome of surgical treatment of breast cancer in women under 40 years of age

Adalberto Crisóstomo Luciano Stóver, Narciso Montejo Viamontes, Jorge Lázaro Loys Fernández, Eyleen Vila García

Hospital Universitario Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: El cáncer de mama es el más frecuente y la principal causa de muerte por cáncer en la mujer. Es de peor pronóstico en las mujeres jóvenes por presentar una histología más agresiva y mayor índice de recidivas.

Objetivo: Evaluar los resultados del tratamiento quirúrgico del cáncer de mama en mujeres hasta 40 años de edad en el Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras".

Método: Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal, retrospectivo y prospectivo en el período de mayo de 2005 a mayo de 2015. Se estudiaron 79 mujeres hasta 40 años que fueron operadas por diagnóstico de cáncer de mama.

Resultados: Se encontró que 83,5 % tenían entre 35 y 40 años, con solo 4 casos por debajo de los 30 años (5,1 %). El 38,4 % negaron historia familiar de cáncer. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron la presencia de nódulos no dolorosos en 93,7 % y nódulo de consistencia dura en 44,3 %. Predominaron los tumores en estadio I con 48,1 %, seguido del estadio II con 32,9 %. La técnica quirúrgica más empleada fue la Mastectomía Radical Modificada en 58 casos (73,4 %). En 37 pacientes (46,8 %) hubo recaída de la enfermedad. Durante el seguimiento hubo 11 fallecidas (13,9 %). El tiempo medio de supervivencia global fue de aproximadamente 9 años con una variación entre 7 y 10 años. El tiempo medio de supervivencia libre de enfermedad fue de 5,5 años con una variación entre 5 y 6 años para un intervalo de confianza del 95 %.

Conclusiones: En las mujeres menores de 40 años el cáncer de mama es de peor pronóstico por presentar una histología más agresiva y mayor índice de recidivas.

Palabras clave: cáncer de mama; mastectomía radical modificada.

ABSTRACT

Introduction: Breast cancer is the most frequent cancer and the main cause of death for cancer in women. It has a worse prognosis in young women due to more aggressive histology and higher recurrence rate.

Objective: To assess the results of the surgical treatment of breast cancer in women up to 40 years of age in Hermanos Ameijeiras Clinical-Surgical Hospital.

Method: A descriptive, longitudinal, retrospective and prospective study was carried out in the period from May 2005 to May 2015.

Results: 79 women aged up to 40 years with a diagnosis of breast cancer who underwent surgery were studied. It was found that 83.5 % were between 35 and 40 years old, with only 4 cases below 30 years (5.1 %). 38.4 % referred no family history of cancer. The most frequent clinical manifestations were the presence of non-painful nodules in 93.7 % and nodule of hard consistency in 44.3 %. The tumors in stage I predominated, with 48.1 %, followed by other in stage II, with 32.9 %. The most widely used surgical technique was modified radical mastectomy, in 58 cases (73.4 %). In 37 patients (46.8 %), there was relapse of the disease. During the follow-up, 11 patients (13.9 %) deceased. The average time of overall survival was approximately 9 years, with a variation between 7 and 10 years. The mean time of disease-free survival was 5.5 years, with a variation between 5 and 6 years, which represents a 95 % confidence interval.

Conclusions: In women under 40 years of age, breast cancer has a worse prognosis due to a more aggressive histology and higher recurrence rate.

Keywords: breast cancer; modified radical mastectomy.

INTRODUCCIÓN

El Cáncer de Mama (CM) es el más común entre las mujeres de todo el mundo y la principal causa de muerte en todos los grupos de edades. Los casos diagnosticados en mujeres menores de 40 años representan alrededor del 5 % (23 249 casos estimados en 2008 en Europa), siendo la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres jóvenes y por tanto, un problema específico de salud pública.¹

El riesgo de padecer CM se incrementa con la edad. Para una mujer que vive más allá de los 90 años la probabilidad de tener CM durante toda su vida es de 12,5 % o 1:8, pero tiende a ser más agresivo cuando ocurre en mujeres jóvenes. Se estima que entre un 2 % y 5 % de todos los CM afectan a mujeres menores de 40 años.

Trabajos recientes demuestran que las pacientes jóvenes con CM presentan un peor pronóstico por ser diagnosticadas en estadios más avanzados y presentar una biología tumoral más agresiva. Se sugiere que esté asociado a diferentes factores etiológicos e histopatológicos que cuando aparece en la posmenopausia. Los tumores en las pacientes jóvenes comúnmente muestran factores de mal pronóstico como: alto grado de anaplasia, *status* de receptor hormonal negativo, sobreexpresión de Her2 y alta tasa de linfonodos positivos.

El CM es uno de los más temidos por las mujeres, debido a su alta frecuencia y efectos psicológicos negativos como: alteración de la salud sexual, de la imagen corporal, baja autoestima, miedo de recidivas, ansiedad y dolor. Particularmente en las mujeres menores de 40 años esto resulta un fenómeno alarmante, es la causa de muchos trastornos, lo cual genera una perspectiva negativa sobre la enfermedad, con importantes implicaciones sobre su recuperación.

De las características del paciente que se consideran significativas para el pronóstico, la edad es la única validada y que se incluye en los factores que determinan grupos de riesgo. Casi todos los estudios sugieren que las mujeres jóvenes con CM, principalmente las menores de 35 años, tienen más probabilidades de presentar factores pronósticos negativos.²

La incidencia de CM en mujeres jóvenes viene creciendo en los últimos años. Informes recientes del Instituto Nacional del Cáncer muestran que el diagnóstico en pacientes menores de 40 años de edad se incrementó de un 3 % al 17 % del total de casos en los últimos años. Estos datos son alarmantes e inspiran preocupación a especialistas de esta área, ya que la mujer joven por tener más tiempo de vida, sufre más con los efectos colaterales del tratamiento.

El CM es el de mayor incidencia en mujeres lo que representa 23 % del total de casos de cáncer en el mundo en el 2008, con aproximadamente 1,4 millones de casos nuevos en el año. Es la quinta causa de muerte por cáncer en general y es la causa más frecuente de muerte por cáncer en mujeres.

La mortalidad por CM en la mujer en Cuba en los años 2012 y 2013 fue de 1527 y 1434 casos respectivamente, para una tasa de 27.2 y 25.6 por 100.000 habitantes. Del total de casos fallecidos en el 2013, 36 correspondieron a edades entre 20-39 años y 437 entre 40 - 59 años.

La mortalidad total por CM en Cuba, según lo reportado por el Anuario Estadístico en el 2013 y 2014 fue de 1445/1536 casos, lo que representa una tasa de 25,8 y 27,5 por 100 000 habitantes respectivamente. Del total de 1536 fallecidos por CM en 2014 en Cuba, 35 casos correspondieron a edades entre de 20 y 39 años, para una tasa de 2,3 y 478 casos para edades de 40 - 59 años y una tasa de 27,9. El CM es la principal causa mundial de muerte por cáncer en la población femenina entre 39 y 58 años de edad.

A nivel mundial el CM es raro antes de los 40 años y a partir de esa edad la incidencia tiende a crecer progresivamente, con excepción de los países de Asia. El objetivo del trabajo es evaluar los resultados del tratamiento quirúrgico del cáncer de mama en mujeres hasta 40 años de edad en el Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras".

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo longitudinal retrospectivo y prospectivo en 79 mujeres hasta 40 años de edad, que fueron operadas de CM en el Hospital Universitario Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras" desde mayo de 2005 hasta mayo de 2015. Los resultados se presentan en tablas. Se estudiaron 79 mujeres hasta 40 años que fueron operadas por diagnóstico de cáncer de mama.

RESULTADOS

La tabla 1 muestra 83,5 % de las pacientes con edades entre 35 y 40 años, mientras que por debajo de los 30 años solo se reportaron 4 casos (5,1 %).

Tabla 1. Distribución de pacientes según grupos de edad

Edad (años)	No. (%)
25-29	4 (5,1)
30-34	9 (11,4)
35-40	66 (83,5)
Total	100

Fuente: Historias clínicas.

Del total de pacientes, 38 % negaron antecedentes familiares de CM o de ovario. Llama la atención que 36,7 % si los tenían y hubo un 25,3 % que no se reportó en la historia clínica.

La tabla 2 muestra que las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron nódulos no dolorosos y de consistencia dura (93,7 % y 44,3 %, respectivamente), seguido de la presencia de adenopatías axilares (25,3 %). En menor frecuencia, se presentaron los nódulos abscedados y la piel en cáscara de naranja y ulcerada. Todas las pacientes solicitaron la consulta por motivos exclusivamente clínicos.

Tabla 2. Distribución según síntomas y signos de motivo de consulta.

Signos y síntomas	No. (%)
Nódulo no doloroso	74 (93,7)
Nódulo de consistencia dura	36 (44,3)
Adenopatías axilares	20 (25,3)
Retracción de la piel	8 (10,1)
Secreción del pezón	5 (6,3)
Piel en cáscara de naranja	1 (1,3)
Nódulo abscedado	2 (2,5)
Piel ulcerada	1 (1,3)
Total	N = 79

Fuente: Historias clínicas.

Los hallazgos imaginológicos más frecuentes fueron en 32 casos (40,5 %) la presencia de imagen nodular con microcalcificaciones en su interior, mientras que 27,8 % tenían múltiples microcalcificaciones de tamaño y densidad variada, seguido de 22,8 % de imagen nodular con distorsión del patrón mamario, y solamente 8,9 % presentó imágenes con prolongaciones axilares. Predominó la clasificación de BI-RADS 5 con 49,4 % seguido por el BI-RADS 4 (38 %).

En 54,4 % de las pacientes, la mama afectada fue la derecha y con poca diferencia la mama izquierda (45,6 %). El cuadrante superior externo fue la localización más frecuente con 62 %, seguida por los tumores localizados en la línea media (21,5 %). En la tabla 3 predominaron los tumores en etapa temprana (48,1 %) en estadio I, seguido de 32,9 % en estadio II y solamente un 19 % en estadio III. El tamaño del tumor fue menor de 3 cm en la mitad de las pacientes estudiadas (54,4 %).

Tabla 3. Pacientes según estado (TIM) y tipo histológico

Variables		No. (%)
Estadio	I	38 (48,1)
	II	26 (32,9)
	III	15 (19,0)
Tipos histológicos	Carcinoma ductal infiltrante	60 (75,9)
	Carcinoma lobulillar	19 (24,1)
Total		79 (100)

El grado de diferenciación nuclear, según el sistema *Scarff Bloom Richardson-Nottingham*, predominó en 38 pacientes (48,1 %) el alto grado de diferenciación mientras que 41,8 % fueron grado II y solo un 10,1 % grado I. Del total de pacientes, 50,6 % presentaron infiltración en los ganglios axilares y solamente 12,7 % presentó infiltración vascular y linfática. En relación con los marcadores biológicos, 60,8 % presentaron receptores estrogénicos positivos y solo 10,1 % fueron negativos. La sobreexpresión de los receptores Herb-2 se observó en 22,8 % de los casos.

El proceder quirúrgico más utilizado fue la mastectomía radical modificada con 73,4 %, seguida de la cuadrantectomía con vaciamiento axilar (24,1 %). Todas las pacientes recibieron tratamientos complementarios. La mayoría fueron adyuvante (72,2 %) y solamente en 27,8 % fue neoadyuvante. La recaída de la enfermedad se manifestó en 37 pacientes (46,8 %). Sin embargo, la mortalidad solo afectó a 11 pacientes (13,9 %).

La supervivencia global muestra quede las 79 pacientes estudiadas con diagnóstico de CM, durante los 10 años de seguimiento hubo 11 fallecidas, y 68 pacientes se mantuvieron con vida al final del estudio representando 86,1 %. El tiempo medio de supervivencia calculado fue de aproximadamente 9 años, con una variación entre 7 y 10 años para un intervalo de confianza del 95 % (tabla 4).

La supervivencia libre de enfermedad se observa en la tabla 5. En ella se observa la recidiva en 37 pacientes (46,8 %) y se mantienen libre de enfermedad al final de estudio 53,2 %. El tiempo medio de supervivencia libre de enfermedad fue de 5,5 años con una variación entre 5 y 6 años para un intervalo de confianza del 95 %.

Tabla 4. Supervivencia al evento fallecido en pacientes con CM

Tiempo (años)	Supervivencia	Eventos acumulados	
2	0,987	1	
3	0,973	2	
4	0,924	5	
6	0,877	7	
8	0,649	10	
10	0,324	11	
Total de casos 79		Registrados 68 (86,1 %)	
		Fallecidos 11	
Límite de 10 años	Tiempo de supervivencia	Intervalo de confianza 95 %	
Media	8,56	8,082	9,038
Mediana	9,39	7,900	10,871

Tabla 5. Supervivencia al evento recidiva en pacientes con CL

Tiempo (años)	Supervivencia	Eventos acumulados	
1	0,921	6	
2	0,880	9	
3	0,775	16	
4	0,583	28	
5	0,478	34	
6	0,412	37	
Total de casos 79		Registrados 42 (53,2 %)	
		Recidiva 37	
Límite de 10 años	Tiempo de supervivencia	Intervalo de confianza 95 %	
Media	5,76	5,23	6,28
Mediana	5,64	4,21	7,07

DISCUSIÓN

El cáncer de mama (CM) se diagnostica cada día en mujeres más jóvenes debido al avance tecnológico, la preparación femenina y programas de rastreo o modificación de la historia natural de la enfermedad en virtud de las alteraciones ambientales y de la exposición a agentes potencialmente cancerígenos.³ Estos datos corresponden con nuestro estudio donde hay un predominio de edades entre 35 y 40 años.

En relación con la historia familiar, hay series que la reportan positiva frecuentemente y otros autores que la describen negativa o poco frecuente.^{1,4} Nuestros resultados muestran un predominio de antecedentes de CM en la familia, aunque hay que considerar que existe un número de casos importante sin referencias.

Castillo y otros,⁴ encontraron en su estudio como manifestaciones clínicas más frecuentes la autodetección de un nódulo mamario, seguido de mastalgia y secreción por el pezón. En nuestro estudio se comportó de igual forma, predominó la presencia de nódulo de consistencia dura, seguido de nódulo no doloroso.

La mayor parte de los casos en nuestro estudio tuvieron una clasificación mamográfica de BI-RADS 5, teniendo en cuenta que la mayoría de los casos se encontraban entre 35-40 años. Podemos inferir que gran parte de los hallazgos mamográficos con sospecha de malignidad se encontraban en este rango de edad. Esto no se corresponde con lo reportado por *García C* en su trabajo de Especialización en Radiología sobre revisión del BI-RADS. En él se observó que en las pacientes menores de 40 años fueron más frecuentes las lesiones benignas, indefinidas y con baja sospecha de malignidad, pues se detectan BI-RADS 0, 1, 2 y 3, y en el rango de edad de 40 a 49 años es en el que se encuentran mayor cantidad de pacientes con BI-RADS 4 y 5.⁵

Paredes y otros,⁶ estudiaron retrospectivamente 74 pacientes con CM hasta 30 años, en el que observaron 89 % de lesiones por mamografía. *Barreto ML*,¹ en su estudio sobre CM en mujeres hasta 40 años, reporta un 37 % de casos con microcalcificaciones sugestivas de malignidad; lo cual no coincide con nosotros. Según el estudio de *Castillo y otros*,⁴ la mama derecha fue la más afectada (52,11 %) y se identificaron 4 casos (2,81 %) con CM bilateral, siendo el cuadrante supero-externo el más afectado (37,32 %). Esto coincide con nuestro estudio, donde la mayoría de las lesiones fueron en la mama derecha (54,4 %) y en el cuadrante supero-externo (62 %).

En esta investigación predominó el estadio I seguido del estadio II según la estadificación de la AJCC, similar a los estudios de *Ortega J* que presentó 55,3 % en estadio I⁷ y *A Ifaro C* que encontró un predominio del estadio I y II con 47,6 y 42,9 % respectivamente;⁸ a diferencia del estudio realizado por *Cardona y otros* en mujeres jóvenes con CM que la mayoría de las pacientes fueron diagnosticadas en estadio III.⁹

El tipo histológico más frecuente en el estudio de *Castillo* fue el carcinoma ductal infiltrante con 102 casos (71,83 %), seguido de los carcinomas mixtos.⁴ *Pérez Gutiérrez*¹⁰ en la caracterización de las metástasis ganglionares axilares en pacientes femeninas con CM en el Hospital Universitario Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras", identificó una alta frecuencia del carcinoma ductal infiltrante (73,3 %). *Montoro y otros*, observaron un predominio del carcinoma ductal para 88 %, un 6 % de lobulillar y el otro 6 % mixto.¹¹ Al igual que *Fox Croft y otros*, al analizar el CM en menores de 40 años encontraron 75 % con carcinoma ductal infiltrante.³ Estos datos concuerdan con nuestros resultados, predomina el carcinoma ductal infiltrante seguido del lobulillar.

Nuestro estudio refleja un alto porcentaje de tumores con alto grado de diferenciación, seguido del grado intermedio y en menor porcentaje tumores de grado I. Este dato no coincide con los estudios realizados por *Ortega J* que encuentra un 50 % de Grado I, seguido de Grado III.⁷ Sin embargo, según *Alfaro Mendoza*,⁸ los carcinomas de alto grado de malignidad constituyeron 44,5 %, seguido por los de grado intermedio con 38,9 % y 16,6 % de bajo grado; al igual que el estudio de *Pérez Gutiérrez*¹⁰ que encuentra 57 % de los casos con grado III; lo cual si concuerda con los resultados encontrados en nuestro estudio.

Rodríguez Venereo M encontró en su estudio 94,3 % de metástasis axilares en pacientes con afectación linfovascular, las cuales tuvieron mayor recurrencia local y mortalidad.¹³ *Godoy Briceño* afirmó que la Invasión Vascular y Linfática (IVL) es el factor más importante en la predicción de metástasis ganglionares axilares.¹⁴ En un total de 51 pacientes, 42 presentaron IVL y nódulos linfáticos metastásicos en la axila (82,35 %). En el estudio realizado, la mitad de los casos presentaron metástasis ganglionares axilares y en menor porcentaje presentaron IVL.

En relación con los marcadores biológicos en el estudio realizado por *Castillo y otros*, se encuentran receptores positivos en 91 pacientes (64 %) y Herb-2 positivo en 16,9 %.⁴ Estos datos son similares con los resultados de nuestro estudio, aunque tenemos un número significativo de casos sin confirmación de los resultados.

En la presente investigación la técnica quirúrgica más empleada fue la Mastectomía Radical Modificada (MRM) seguida de Cuadrantectomía con Vaciamiento Axilar (CC+VA). Estos resultados se corresponden con lo reportado por *Tabaré Vázquez y otros*² en donde predominó la MRM con 53,5 % seguido de CC+VA en el 14 %. Datos similares obtuvo *Alfaro Mendoza*⁸ con 59,5 % operados de MRM.

Carlos Alfaro encuentra que 8 % de las pacientes recibieron neoadyuvancia (75 pacientes) y 911 casos (97 %) recibieron adyuvancia y destacó que 28 pacientes no recibieron ninguna modalidad de tratamiento complementario.⁸ Sus resultados son similares a nuestro estudio, pues la mayoría de las pacientes recibieron tratamiento adyuvante correspondiendo al 72,2 %.

En cuanto a las recidivas, *Siglin y otros* plantean que alrededor de 300 000 casos nuevos diagnosticados en el 2010 de CM *in situ* e invasivo solo un 20 % y un 40 % experimentaron recidiva local respectivamente.¹⁵ Otros reportan porcentajes de recurrencia local entre 3 y 20 % para el tratamiento quirúrgico conservador. *Schmoor* reporta la incidencia de recidiva local de 14,8 y 27 % con seguimiento periódico en 10 años.¹⁶

Según el estudio realizado por *Castillo*, durante el tiempo de seguimiento, que aún es corto (29,5 meses), se presentaron 13 casos (9,15 %) con recurrencias, siendo la mayoría a distancia.⁴ Esto no está en desacuerdo completamente con los resultados de nuestro estudio que muestra 53,2 % sin recaída y 37 pacientes con recidiva locorregional en un período superior a 5 años.

Cristina Sarasqueta y otros, demuestran que una mujer con CM tiene un riesgo de presentar una recidiva locorregional en los 8 años siguientes al diagnóstico del 6 %, y la probabilidad del riesgo de recidiva a distancia asciende al 23 %.¹² Después de una primera recidiva locorregional, la supervivencia relativa a los 3 años es de un 54,2 %, determinada por el grado de diferenciación del tumor primario y la edad en el momento del diagnóstico. Tras una recidiva a distancia, la supervivencia a los 3 años es de 18,7 % y aumenta con la edad, al igual que el tiempo hasta la recidiva superior a un año y libre de afectación ganglionar en el momento del diagnóstico.

En estudios realizados por *Swanson y otros*, se evidencia que existe mayor número de muertes cuando el CM se manifiesta en los grupos de edades de 20-29 años y de 30-39 años. Ellos reportaron 5 (3,52 %) defunciones, todas ellas por CM.¹⁷

Según el estudio realizado por *Barreto y otros*, la letalidad de esta enfermedad sigue siendo más elevada en las pacientes jóvenes con una sobrevida global de alrededor del 60 % a los 5 años. ¹ Varias explicaciones para esta diferencia han sido propuestas como la hipótesis de que las mujeres jóvenes, cuyos tumores expresan receptores para estrógenos y progesterona, no reciben el tratamiento adyuvante adecuado.

Aunque el número de defunciones reportadas en la presente investigación se corresponde con un porcentaje más alto (13,9 %), el intervalo de tiempo vivido ha sido mayor, existiendo concordancia en cuanto al rango de edad de las defunciones. Sin duda, haría falta más tiempo de vigilancia para hacer comparaciones con la bibliografía en cuanto a incidencia de recaídas, supervivencia global y libre de enfermedad.

En las mujeres menores de 40 años el cáncer de mama es de peor pronóstico por presentar una histología más agresiva y mayor índice de recidivas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barreto MF, Petrelli Cruz AS, Djahjah Resende MC, Koch Milton A. Cancer de mama em mulheres ate 40 anos de idade: aspectos radiológicos, clínicos e anatomopatológicos. Rev Imagem[Internet] 2006 Ene. [citado 17 Mar2014];28(1). Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah>
2. Tabaré Vázquez G, Barrios KE. Análisis de sobrevida de una población con cáncer de mama y su relación con factores pronósticos. Rev Med Urug [Internet] 2005 Jun[citado 15 Mar 2014];21(2). Disponible en: <http://www.rmu.org.uy/revista/21/2/2/es/3/resumen/>
3. Fox Croff LM, Evans, porter AJ. The diagnosis of breast, cancer in woman going that 40 breast. 2004[citado 17 Mar2014]:297-306.Dsiponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah>
4. Castillo JR, Limón ER, Antonio Marfuz, Cuevas S Rod. Cáncer de mama en mujeres mexicanas menores de 40 años. Ginecol Obstet Mex. 2011[citado 20 Mar2014];79(8):482-8. Disponible en: www.nietoeditores.com.mx
5. García CY. Revisión del sistema Birads en los informes mamográficos. Facultad de Ciencias Médicas; Cipolletti, Río Negro, Brasil. 2010 [tesis][citado 17 Mar 2014]. Disponible en: www.postgradofcm.edu.ar/Produccion
6. Paredes ES, Masteller LP, Eden BV. Breast cancer in women 35 years of age and Young: Mamography finding. Radiology. 1990;177:117-9.
7. Ortega José MG, Wong Mario MM, López Z. Factores pronósticos del cáncer de mama. Revista cubana de Cirugía. 2011[citado 20 noviembre 2017];50(1):143-52. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/cir/vol50_1_10/cir14111.pdf

8. Alfaro Mendoza C. Recidivas Locorregionales en pacientes operados por cáncer de mama. Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Cirugía General Ciudad de la Habana. Cuba; 2014.
9. Cardona Tomdoni AF, Gómez JL. Tratando pacientes jóvenes con cáncer de mama con IXABEPILONA experiencia Latino América. Rev Venez Onco. 2013[citado 20 noviembre 2017];25(2):117-25. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3756/375634876010.pdf>
10. Pérez Gutiérrez OA. Caracterización de las metástasis ganglionares axilares en pacientes femeninas con cáncer de mama. Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Cirugía General Ciudad de la Habana. Cuba, 2009.
11. Montoro AF, Rivera Js, Montoro FF. Carcinoma na mujere joven até 35 anos. Rev Bras Mastol. [citado 20 noviembre 2017]. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah>
12. Sarasqueta C, Martínez-Cambolor P, Mendiola A, Martínez-Pueyo I, Michelena M. Análisis de las recidivas locorregionales luego de una intervención quirúrgica por cáncer de mama. Med Clin. 2009;133(13):489-95. doi: 10.1016/j.medcli.2009.03.036. Epub 2009 Jul 25.
13. Rodríguez Venereo M. Estudio de los factores pronósticos del cáncer de mama en estadios 0, I y II. Trabajo de Terminación de Residencia. Cirugía general. Ciudad Habana.
14. Godoy BA, Betancourt L. Factores predictivos de metástasis ganglionares axilares en cáncer de mama menor de 2 cm. Rev Ven Oncol. 2008;23:234-9.
15. Siglin. Radiation therapy for locally recurrent breast cancer. Publishing Corporation International. Journal of Breast Cancer. 2012; article ID 571946: 7. doi:10.1155/2012/571946.
16. Schmoor C, Sauerbrei W. Role of Isolated Locoregional Recurrence of Breast Cancer: Results of Four Prospective Studies. Journal of Clinical Oncology. 2008;18(8):1696-708.
17. Swason M, Lin Ch. Survival patterns among younger women with breast cancer; the effects of age, race, stage, and treatment. J Natl Cancer Inst. 1994;16:69-77.

Recibido: 14 de febrero de 2018.

Aprobado: 15 de marzo de 2018.

Adalberto Crisóstomo Luciano Stóver. Hospital Universitario Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba.
Correo electrónico: crisostover2@yahoo.com