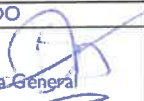



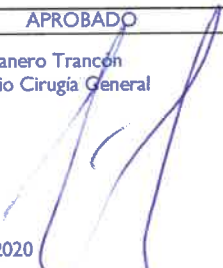



## Diagnóstico, Tratamiento Multidisciplinar y Seguimiento del cáncer de esófago y unión esofagogástrica

Servicios de Cirugía General, Digestivo, Anatomía Patológica, Oncología Médica, Oncología Radioterápica y Radiodiagnóstico

EDITADO		REVISADO	APROBADO
Lourdes Sanz Alvarez Jefa de Sección Cirugía General  Paula Jiménez Fonseca FEA Oncología Médica  Rocío Martínez Gutiérrez FEA Oncología Radioterápica  Fecha: 02/03/2020		Comité Multidisciplinar de Tumores Digestivos Esofagogástricos Laureano Alonso Calo. Servicio Calidad HUCA  Fecha: 6 /03/2020	Dr. Jose E. Granero Tranco Jefe de Servicio Cirugía General  Fecha: 9/03/2020
REGISTRO DE CAMBIOS			
15/02/2020	Ed. I	Revisión del tratamiento quimioterápico pre y postoperatorio.	


		<b>Diagnóstico, Tratamiento Multidisciplinar y Seguimiento del cáncer de esófago y unión esofagogástrica</b>	<b>GERENCIA ÁREA SANITARIA IV</b>
Ed. 2	Fecha: 9/03/2020	Código: GPC- CGD-E.6.2.2-01	Página 2 de 13

## Tabla de contenido:

---

1. OBJETO	3
2. ALCANCE/ ÁMBITO DE APLICACIÓN	3
3. SISTEMÁTICA OPERACIONAL	3
3.1. ESTADIFICACIÓN	3
3.2. TRATAMIENTO CON INTENCIÓN CURATIVA: bimodal o trimodal	4
3.2.1. RADIOQUIMIOTERAPIA PREOPERATORIA ESQUEMA CROSS	4
3.2.2. QUIMIOTERAPIA PERIOPERATORIA. ESQUEMA FLOT	6
3.2.3. CIRUGÍA:	7
3.3. RADIOQUIMITERAPIA POSTOPERATORIA (McDONALD)	8
3.4. TRATAMIENTO RADICAL CON QUIMIO Y RADIOTERAPIA	8
3.5. TRATAMIENTO PALIATIVO	9
3.5.1. PALIACIÓN DE LA DISFAGIA:	9
3.5.2. PACIENTES CON ENFERMEDAD METASTÁSICA:	9
3.5.3. RADIOTERAPIA PALIATIVA:	9
3.6. SEGUIMIENTO	10
4. BIBLIOGRAFIA	11

---

		<b>Diagnóstico, Tratamiento Multidisciplinar y Seguimiento del cáncer de esófago y unión esofagogástrica</b>	<b>GERENCIA ÁREA SANITARIA IV</b>
Ed. 2	Fecha: 9/03/2020	Código: GPC- CGD-E.6.2.2-01	Página 3 de 13

## 1. OBJETO

Definir la sistemática de actuación para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con tumores de esófago y unión esofagogástrica de tipos I y II de la clasificación de Siewert.


## 2. ALCANCE/ ÁMBITO DE APLICACIÓN

Este documento es de aplicación a todos los pacientes con tumores de esófago y unión esofagogástrica de tipos I y II de la Clasificación de Siewert de tipo histológico epidermoide o adenocarcinoma.

## 3. SISTEMÁTICA OPERACIONAL

### 3.1. ESTADIFICACIÓN

Historia clínica y exploración	Tabaco, alcohol, obesidad, ERGE, tolerancia oral de dieta basal/ blanda/ turmix /líquida, pérdida de peso, estado general. Adenopatías, hepatomegalia y pulsos periféricos.
Laboratorio	Hemograma, Bioquímica completa con parámetros nutricionales, Coagulación.
Endoscopia	<u>Endoscopia digestiva alta + Biopsia</u> con muestras suficientes para determinación de erbB2 e IMS en los adenocarcinomas. <u>Ecoendoscopia + PAAF adenopatías sospechosas</u> en pacientes potencialmente resecables.
Broncoscopia	En tumores de 1/3 superior y medio con sospecha de compresión/infiltración (tumoral o adenopática) de la vía aérea en la TC.
Radiodiagnóstico	<u>TC cérvico-toraco-abdominal.</u>
Medicina Nuclear	<u>PET-TC:</u> pacientes potencialmente resecables.
Nutrición	Para pacientes con MST > 2 o disfagia que impide alimentación adecuada.
Laparoscopia exploradora	Adenocarcinomas tipo II con sospecha de afectación peritoneal.

		<b>Diagnóstico, Tratamiento Multidisciplinar y Seguimiento del cáncer de esófago y unión esofagástrica</b>	<b>GERENCIA ÁREA SANITARIA IV</b>
Ed. 2	Fecha: 9/03/2020	Código: GPC- CGD-E.6.2.2-01	Página 4 de 13

<p>Con los estudios de estadificación completos se presentará el caso en el <b>Comité Multidisciplinar de Tumores Digestivos Esofagagástricos</b> donde se decidirá el tratamiento:</p>	
Resección endoscópica mucosa:	T1a.
Cirugía como tratamiento inicial:	T1b-2 N0M0.
Radioquimioterapia preoperatoria o quimioterapia perioperatoria:	T1-2 N+M0; T3-4aN0 ó N+ y M0.
Radioquimioterapia radical:	Inoperables o irresecables (T4b).
Paliación:	MI

### 3.2. TRATAMIENTO CON INTENCIÓN CURATIVA: bimodal o trimodal

#### 3.2.1. RADIOQUIMIOTERAPIA PREOPERATORIA ESQUEMA CROSS

##### CRITERIOS PARA EL TRATAMIENTO TRIMODAL:


- **Localización:** tumores situados a más de 5 cm del m. cricofaríngeo.
- **Estirpe:**
  - Epidermoide: todos los casos.
  - Adenocarcinoma: si tumor voluminoso con dudas de reseccabilidad por infiltración tumoral (T4a) o adenopática. El resto de adenocarcinomas siguen esquema de tratamiento con QUIMIOTERAPIA PERIOPERATORIA (FLOT o esquema combinado de platino y fluoropirimidinas) al igual que el cáncer gástrico y de la UEG tipo III.
- **Resecabilidad:** T3-4a ó N +. La invasión de pleura, pericardio o diafragma se considera reseccable.
- **Operabilidad:** evaluar comorbilidad y estado general que debe ser bueno, ECOG 0-1. La edad no es un criterio absoluto pero en general, debe ofrecerse a pacientes <75 años.
- **Aceptación del paciente** tras ser informado de riesgos y beneficios por cada especialista.

##### QUIMIOTERAPIA:

##### ESQUEMA:

De elección por beneficio, tolerancia y comodidad posológica:

Paclitaxel 50 mg/m<sup>2</sup> y Carboplatino AUC = 2 infusión i.v, los días 1, 8, 15, 22 y 29. (administración semanal concomitante con radioterapia).

 <p>SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS</p>		<b>Diagnóstico, Tratamiento Multidisciplinar y Seguimiento del cáncer de esófago y unión esofagogástrica</b>	<p>CERENCIA ÁREA SANITARIA IV</p>
Ed. 2	Fecha: 9/03/2020	Código: GPC- CGD-E.6.2.2-01	Página 5 de 13

### **PREMEDICACIÓN:**

Dexametasona 10 mg i. v + Ranitidina 50 mg i.v + Ondasetron 8 mg i.v 30 minutos antes de Paclitaxel.

Después: 500 ml de NaCl 0.9 % + Paclitaxel infundir en 1 hora.

Carboplatino diluido en 500 ml de Glucosa al 5 %, infusión en 1 hora.

De acuerdo con: Carboplatino = AUC x (GRF + 25).

GRF =  $[(140-\text{edad}) \times 1.23 \times \text{peso}) / \text{Creatinina} \times (0.85 \text{ en mujeres o } 1 \text{ en hombres})]$ .

### **RADIOTERAPIA:**

#### **ESQUEMA:**

23 fracciones a 1.8 Gy/fracción. Dosis total: **41.4 Gy en 5 semanas.**

TÉCNICA: RT3D. IMRT (en casos seleccionados).

POSICIÓN: Decúbito supino con los brazos hacia arriba.

Cortes: 3 mm. Cricoides a LI.

#### **VOLÚMENES:**

GTV: Tumor primario y ganglios afectos.

CTV-T: GTVtumor + 4 cm en sentido craneocaudal y 1 cm de margen radial.


CTV-N: GTV N + 1 CM.

Se puede valorar incluir las áreas ganglionares de riesgo que varían en función de la localización del primario:

TORÁCICOS DE TERCIO MEDIO: gg mediastínicos posteriores, traqueobronquiales y subcarinales.

TORÁCICOS DEL TERCIO INFERIOR: gg mediastínicos inferiores y áreas de drenaje de tronco celiaco.

PTV: CTV + 0.7-1 cm.

		<b>Diagnóstico, Tratamiento Multidisciplinar y Seguimiento del cáncer de esófago y unión esofagogástrica</b>	<b>CERENCIA ÁREA SANITARIA IV</b>
Ed. 2	Fecha: 9/03/2020	Código: GPC- CGD-E.6.2.2-01	Página 6 de 13

OAR	Límites de dosis
Pulmones	Dmed: 10 Gy V20 < 30 % V30 < 20 %
Corazón	V25 < 10 %
Médula	Dmáx: 45 Gy
Hígado	V20 < 50 % V30 < 20 %
Estómago	Dmáx: 45 Gy
Riñones	V20 < 20 % V26 < 10 % Dmed de l sólo riñón > 18 Gy, el V6 del otro < 30 %

### 3.2.2. QUIMIOTERAPIA PERIOPERATORIA. ESQUEMA FLOT


#### **CRITERIOS PARA EL TRATAMIENTO BIMODAL:**

- **Localización:** Tumores situados a más de 5 cm del m. cricofaríngeo.
- **Estirpe:** Adenocarcinoma sin dudas de reseccabilidad por invasión local de estructuras por el tumor o adenopatías.
- Mismos criterios de reseccabilidad, operabilidad y aceptación del paciente que para tratamiento trimodal.
- En pacientes no candidatos al triplete se pautará un esquema basado en platino y fluoropirimidina.

#### **ESQUEMA FLOT**

Docetaxel 50 mg/m<sup>2</sup> iv día 1 + Oxaliplatin 85 mg/m<sup>2</sup> día 1 + Leucovorin 200 mg/m<sup>2</sup> día 1 + Flurouracil 2600 mg/m<sup>2</sup> infusión continua de 24 horas l.

**Ciclo de 14 días:** 4 ciclos con una duración total de 56 días de tratamiento preoperatorio. A completar con otros 4 ciclos postoperatorios.

		<b>Diagnóstico, Tratamiento Multidisciplinar y Seguimiento del cáncer de esófago y unión esofagogástrica</b>	<b>GERENCIA ÁREA SANITARIA IV</b>
Ed. 2	Fecha: 9/03/2020	Código: GPC- CGD-E.6.2.2-01	Página 7 de 13

### **ESTUDIOS POSTNEOADYUVANCIA**

Historia clínica y exploración	
Laboratorio	Hemograma, Bioquímica completa, Coagulación
Función cardiopulmonar	Espirometría y Gasometría ECG Consulta a Rehabilitación para Prehabilitación
Radiodiagnóstico	<u>TC cérvico-toraco-abdominal</u>
Anestesiología	

Presentación en el **Comité Multidisciplinar de Tumores Digestivos Esofagogástricos** para evaluación de respuesta parcial/completa o eventual progresión y decisión de tratamiento definitivo.

### **3.2.3. CIRUGÍA:**

A las 6-8 semanas tras fin de la neoadyuvancia con QRT o QT.

- Estándar: esofagogastrectomía Ivor Lewis con linfadenectomía dos campos estándar.
- Abordaje laparoscópico de preferencia asociado a toracotomía- toracoscopia.
- Tumores de tercio superior intratorácico: esofaguetomía McKeown.
- Pacientes con patología respiratoria: esofaguetomía transhiatal.


### **OTRAS CONSIDERACIONES**

En los pacientes con necesidad de soporte nutricional preoperatorio este se realizará mediante suplementación oral si es posible. En pacientes potencialmente resecables se evitará la gastrostomía, prefiriendo la nutrición mediante sonda tipo Freka o incluso yeyunostomía de alimentación pero no gastrostomía por el riesgo de inutilizar el estómago como plastia.

Uso excepcional de prótesis.

### **INTRA Y POSTOPERATORIO**

De acuerdo a la Vía Clínica de Resección Esofágica.

		<b>Diagnóstico, Tratamiento Multidisciplinar y Seguimiento del cáncer de esófago y unión esofagogástrica</b>	<b>CERENCIA ÁREA SANITARIA IV</b>
Ed. 2	Fecha: 9/03/2020	Código: GPC- CGD-E.6.2.2-01	Página 8 de 13

### 3.3. RADIOQUIMITERAPIA POSTOPERATORIA (McDONALD)

En el caso de infraestadificación preoperatoria y descubrimiento en la pieza quirúrgica de un adenocarcinoma de esófago distal y de unión gastroesofágica T3-4 o N+ se realizará tratamiento radioquimioterápico postoperatorio según esquema McDonald. Este tratamiento es aplicable también a las resecciones incompletas R1-R2.

**Radioterapia:** Dosis total de 45 Gy en 25 fracciones de 1.8 Gy por fracción.

**Quimioterapia:** cada 28 días.

Ciclo 1: 5-FU: 425 mg/m<sup>2</sup> y leucovorin 20 mg/m<sup>2</sup> (x 5 días)

Ciclo 2: 5-FU: 400 mg/m<sup>2</sup> y leucovorin 20 mg/m<sup>2</sup> (x 4 días) al INICIO de RT

Ciclo 3: igual Ciclo 2 pero por 3 días al final de RT.

Ciclos 4 y 5 = Ciclo 1. El ciclo 4º se iniciará 1 mes 4 semanas después de finalizada la RT y el 5º a las 4 semanas del 4º

**Como alternativa:**

- Capecitabina 750 - 1000 mg/m<sup>2</sup> vo. cada 12 hs. día 1 a 14. Ciclo cada 28 días.

Un ciclo antes y dos ciclos después de quimioradioterapia.

- Capecitabina 625 – 825 mg/m<sup>2</sup> vo. cada 12 hs. día 1 – 5 o 1 – 7 Semanal x 5 semanas  
Concomitante con radioterapia.

### 3.4. TRATAMIENTO RADICAL CON QUIMIO Y RADIOTERAPIA


**CRITERIOS:**

- **Localización:** tumores situados a menos de 5 cm del m. cricofaríngeo.
- **Irresecabilidad:** T4b, invasión corazón, tráquea, aorta o grandes vasos.
- **Inoperabilidad:** por comorbilidad o fragilidad. Los pacientes con un estado general ECOG ≥2 no son candidatos a cirugía ni a combinación de quimio y radioterapia salvo casos seleccionados.
- **Negativa del paciente** a la cirugía.

**ESQUEMA DE TRATAMIENTO:**

Como estándar se usará el mismo esquema de quimioterapia que en tratamiento neoadyuvante (esquema CROSS) y la dosis de RT se aumentará a **50.4 Gy** con intención radical.



		<b>Diagnóstico, Tratamiento Multidisciplinar y Seguimiento del cáncer de esófago y unión esofagogástrica</b>	<b>CERENCIA ÁREA SANITARIA IV</b>
Ed. 2	Fecha: 9/03/2020	Código: GPC- CGD-E.6.2.2-01	Página 9 de 13

#### **QUIMIOTERAPIA:**

- De elección por su eficacia, tolerancia y comodidad posológica:
  - o carboplatino AUC 2 + paclitaxel 50 mg/m<sup>2</sup> semanal x 5 semanas
- Alternativa: platino + fluoropirimidina. En estirpe epidermoide, cisplatino y en adenocarcinoma se puede sustituir por oxaliplatino. (esquema FOLFOX6).

#### **RADIOTERAPIA:**

- 28 fracciones a 1.8 Gy/fracción. Dosis total: 50.4 Gy en 6 semanas.

### **3.5. TRATAMIENTO PALIATIVO**

Pacientes con enfermedad metastásica o no candidatos por irresecabilidad, edad o comorbilidades a la terapia radical (bimodal, trimodal, cirugía o radioquimioterapia radical).

#### **3.5.1. PALIACIÓN DE LA DISFAGIA:**

- De elección la endoprótesis. Si no fuera posible, gastrostomía de alimentación (endoscópica o radiológica según obstrucción esofágica) o yeyunostomía de alimentación.
- En casos de fístula traqueoesofágica valorar asociar prótesis traqueal.


#### **3.5.2. PACIENTES CON ENFERMEDAD METASTÁSICA:**

Si ECOG ≤2: quimioterapia sistémica.

En estirpe adenocarcinoma si HER2+ asociar trastuzumab

#### **3.5.3. RADIOTERAPIA PALIATIVA:**

Control de sintomatología (hemorragia, dolor por MI óseas...)

		<b>Diagnóstico, Tratamiento Multidisciplinar y Seguimiento del cáncer de esófago y unión esofagogástrica</b>	<b>GERENCIA ÁREA SANITARIA IV</b>
Ed. 2	Fecha: 9/03/2020	Código: GPC- CGD-E.6.2.2-01	Página 10 de 13

### 3.6. SEGUIMIENTO

La estrategia ideal de seguimiento es la que detecta recidivas subclínicas de manera que pueden iniciarse tratamientos agresivos antes de que el estado general del paciente se deteriore o la recurrencia se vuelva intratable.

Más de la mitad de los pacientes recidivan en el primer año, más del 80% en dos y más del 90% en tres años. La recurrencia es más precoz en los pacientes que han recibido neoadyuvancia y especialmente en los que no han respondido a dicho tratamiento.

TODOS	Anamnesis, EF y análisis (hemograma, bioquímica y CEA en adenocarcinomas) en cada visita. Endoscopia si clínica o en márgenes + o dudosos/ 6 meses.
T3- T4 ó N+	TC cada 4 meses durante 2 años. TC cada 6 meses durante tercer y cuarto año. TC a los 5 años.
T1-T2 y N0	TC cada 6 meses durante 3 años TC anual hasta 5 años

		<b>Diagnóstico, Tratamiento Multidisciplinar y Seguimiento del cáncer de esófago y unión esofagogástrica</b>	<b>GERENCIA ÁREA SANITARIA IV</b>
Ed. 2	Fecha: 9/03/2020	Código: GPC- CGD-E.6.2.2-01	Página 11 de 13

#### 4. BIBLIOGRAFIA

NCCN Guidelines Version 4.2019. Esophageal and Esophagogastric Junction Cancers.

Lordick F, Mariette C, Haustermans K, Obermannová R, Arnold D; ESMO Guidelines Committee. Oesophageal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2016 Sep;27(suppl 5):v50-v57.

van Heijl M, van Lanschot JJ, Koppert LB, van Berge Henegouwen MI, Muller K, Steyerberg EW, et al. Neoadjuvant chemoradiation followed by surgery versus surgery alone for patients with adenocarcinoma or squamous cell carcinoma of the esophagus (CROSS). *BMC Surg.*2008 Nov 26;8:21. doi: 10.1186/1471-2482-8-21

van Hagen P, Hulshof MC, van Lanschot JJ, Steyerberg EW, van Berge Henegouwen MI, Wijnhoven BP, et al. Preoperative chemoradiotherapy for esophageal or junctional cancer. *N Engl J Med.* 2012 May 31;366(22):2074-84.


Shapiro J, van Lanschot JJB, Hulshof M, van Hagen P, van Berge Henegouwen MI, et al. Neoadjuvant chemoradiotherapy plus surgery versus surgery alone for oesophageal or junctional cancer (CROSS): long-term results of a randomised controlled trial. *Lancet Oncol.* 2015 Sep;16(9):1090-1098. Markar SR, Gronnier C, Pasquer A, Duhamel A, Beal H, Théreaux J, Gagnière J, et al. Role of neoadjuvant treatment in clinical T2N0M0 oesophageal cancer: results from a retrospective multi-center European study. *Eur J Cancer.*2016 Mar;56:59-68.

Shapiro J, van Hagen P, Lingsma HF, Wijnhoven BP, Biermann K, ten Kate FJ, et al. Prolonged time to surgery after neoadjuvant chemoradiotherapy increases histopathological response without affecting survival in patients with esophageal or junctional cancer. *Ann Surg.* 2014 Nov;260(5):807-13.


Xi M, Hallemeier CL, Merrell KW, Liao Z, Murphy MAB, Ho L, et al. Recurrence Risk Stratification After Preoperative Chemoradiation of Esophageal Adenocarcinoma. *Ann Surg.* 2018;268(2):289-95.

Al-Batran SE, Hofheinz RD, Pauligk C, Kopp HG, Haag GM, Luley KB, et al. Histopathological regression after neoadjuvant docetaxel, oxaliplatin, fluorouracil, and leucovorin versus epirubicin, cisplatin, and fluorouracil or capecitabine in patients with resectable gastric or gastro-oesophageal junction adenocarcinoma (FLOT4-AIO): results from the phase 2 part of a multicentre, open-label, randomised phase 2/3 trial. *Lancet Oncol.* 2016;17:1697-708.

Sisic L, Strowitzki MJ, Blank S, Nienhueser H, Dorr S, Haag GM, et al. Postoperative follow-up programs improve survival in curatively resected gastric and junctional cancer patients: a propensity score matched analysis. *Gastric Cancer.* 2018;21(3):552-68.

		<b>Diagnóstico, Tratamiento Multidisciplinar y Seguimiento del cáncer de esófago y unión esofagogástrica</b>	<b>GERENCIA ÁREA SANITARIA IV</b>
Ed. 2	Fecha: 9/03/2020	Código: GPC- CGD-E.6.2.2-01	Página 12 de 13

- Stahl M, Walz MK, Riera-Knorrenschild J, Stuschke M, Sandermann A, Bitzer M, et al. Preoperative chemotherapy versus chemoradiotherapy in locally advanced adenocarcinomas of the oesophagogastric junction (POET): Long-term results of a controlled randomised trial. *Eur J Cancer*. 2017;81:183–90. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejca.2017.04.027>
- von Döbeln GA, Klevebro F, Jacobsen A-B, Johannessen H-O, Nielsen NH, Johnsen G, et al. Neoadjuvant chemotherapy versus neoadjuvant chemoradiotherapy for cancer of the esophagus or gastroesophageal junction: long-term results of a randomized clinical trial. *Dis esophagus* 2018; Available from: <https://academic.oup.com/dote/advance-article/doi/10.1093/dote/doy078/5078143>
- Hoepfner J, Lordick F, Brunner T, Glatz T, Bronsert P, Röthling N, et al. ESOPEC: Prospective randomized controlled multicenter phase III trial comparing perioperative chemotherapy (FLOT protocol) to neoadjuvant chemoradiation (CROSS protocol) in patients with adenocarcinoma of the esophagus (NCT02509286). *BMC Cancer*. 2016;16(1):1–10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12885-016-2564-y>
- Reynolds J V., Preston SR, O'Neill B, Baeksgaard L, Griffin SM, Mariette C, et al. ICORG 10-14: NEOadjuvant trial in Adenocarcinoma of the oEsophagus and oesophagoGastric junction International Study (Neo-AEGIS). *BMC Cancer*. 2017;17(1):1–10. doi: 10.1186/s12885-017-3386-2
- Stiles BM, Altorki NK. The NeoRes trial: Questioning the benefit of radiation therapy as part of neoadjuvant therapy for esophageal adenocarcinoma. *J Thorac Dis*. 2017;9(10):3465–8. doi: 10.21037/jtd.2017.08.146
- Klevebro F, Nilsson M. The role of neoadjuvant chemoradiotherapy in multimodality treatment of esophageal or gastroesophageal junction cancer. *J Thorac Dis*. 2018;10(1):E87–9. doi: 10.21037/jtd.2017.11.139
- Al-Batran SE, Homann N, Pauligk C, Goetze TO, Meiler J, Kasper S, et al. Perioperative chemotherapy with fluorouracil plus leucovorin, oxaliplatin, and docetaxel versus fluorouracil or capecitabine plus cisplatin and epirubicin for locally advanced, resectable gastric or gastro-oesophageal junction adenocarcinoma (FLOT4): a randomised, phase 2/3 trial. *Lancet*. 2019;393:1948–1957. doi:10.1016/S0140-6736(18)32557-1.

 <p>SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS</p>	<b>Diagnóstico, Tratamiento Multidisciplinar y Seguimiento del cáncer de esófago y unión esofagogástrica</b>		<b>GERENCIA ÁREA SANITARIA IV</b>
	Ed. 2	Fecha: 9/03/2020	Código: GPC- CGD-E.6.2.2-01

## COMPOSICIÓN DEL COMITÉ MULTIDISCIPLINAR DE TUMORES DIGESTIVOS

### Oncología Médica

- Dra. Paula Jiménez Fonseca
- Dr. Alfredo del Castillo
- Dra. Marta Izquierdo
- Dr. Alfonso Revuelta

### Oncología Radioterápica

- Dra. Rocío Martínez
- Dr. Alberto Oswaldo Noe
- Dra. Johana Peña Vivas

### Anatomía Patológica:

- Dr. Guillermo Mendoza Pacas
- Dra Aurora Astudillo

### Radiodiagnóstico

- Dra Alicia Mesa
- Dr. Pedro Filgueira

### Cirugía General

- Dra Sonia Amoza
- Dra María Moreno
- Dra Amaya Rizzo
- Dr. Jose Luis Rodicio
- Dra Lourdes Sanz
- Dra. Sandra Sanz Navarro
- Dra Estrella Turienzo
- Dra. Tamara Díaz Vico
- Dña Elisa Barbado (Enfermera. Futura Gestora de Casos)

### Anestesiología

- Dra. Carmen Fernández Seijo
- Dra Ana Cuéllar

### Medicina Intensiva

- Dr. Jose Antonio Gonzalo Guerra

### Endocrinología y Nutrición

- Dr. Francisco. Villazón
- Dr. Ceferino Martínez Faedo

### Aparato Digestivo

- Dr. Fernando Fernández Cadenas
- Dra. M Antonia Palacio Galán

