

Palabras del Presidente en el ingreso como Académico Correspondiente del Dr. Israel Oliver García

*Antonio Llombart Bosch**

Presidente de la R. Acad. Med. Comunitat Valenciana

ILMOS. SRES. ACADÉMICOS
HONORABLES COLEGAS
SEÑORAS Y SEÑORES

Es un placer para nosotros como presidente de esta RAMCV el hacer entrega del diploma y medalla acreditativa al recibir como nuevo miembro de la misma en su condición de académico correspondiente al Dr. Israel Oliver García distinguido cirujano del Hospital Marina Baixa de la Vila Joiosa en esta provincia de Alicante.

Es la primera ocasión que la RAMCV tiene la oportunidad de hacer un acto de esta naturaleza e importancia en este hospital público de la Vila Joyosa perteneciente al Servicio Valenciano de Salud. Nos complace especialmente esta circunstancia no solo por la persona a quien reconocemos sus grandes méritos profesionales sino también al conjunto de profesionales de este sobresaliente centro hospitalario que tiene una bien reconocida competencia medica asistencial.

El Doctor Oliver García jefe de servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo es un claro exponente de la alta calidad profesional lograda por la cirugía en la provincia de Alicante gracias a destacados cirujanos como el Prof. Rafael Calpena y el Prof. Justo Medrano que han sido sus maestros y son miembros de esta RAMCV. La representación de la cirugía digestiva se ve enriquecida con la entrada de este nuevo académico que significa un valor positivo de la nueva generación de cirujanos que pasan a ser miembros de nuestra Institución. Una de las preocupaciones de la actual Junta de Gobierno es el rejuvenecer la Academia mediante la incorporación de jóvenes valores de la medicina valenciana comprometiéndoles a mantener y continuar con su presencia la importante función de actividad científica y profesional en la Institución, no solo en la provincia de Valencia sino también en Alicante

No voy a repetir cuanto se ha dicho del nuevo académico y su trayectoria científica y profesional. El Prof. Justo Medrano ha sabido resaltar con su acostumbrada brillantez las facetas del nuevo académico que revelan su formación en la conocida escuela de Cirugía de aparato digestivo dirigida por él mismo en el

Hospital Universitario de Elche adscrito a la Universidad Miguel Hernández de la cual es profesor asociado y en donde está efectuando una importante labor científica y profesional en el campo de la cirugía digestiva y la pancreática.

El discurso del Dr. Israel Oliver se ocupa de las nuevas perspectivas de del tratamiento multidisciplinar del carcinoma de páncreas. Este adenocarcinoma ductal pancreático es la variante más frecuente de neoplasia maligna del páncreas con un muy bajo índice de supervivencias a los cinco años. Como hemos oído su diagnóstico en estadios avanzados obliga a una cirugía radical que solo está en manos de cirujanos con amplia experiencia y una refinada capacidad técnica. También el control de los márgenes de resección es factor vital para lograr una larga supervivencia libre de enfermedad o incluso una posible curación.

Pero a pesar de todo ello es preciso acudir a una quimioterapia adyuvante o neoadyuvante para lograr supervivencias que como promedio alcanzan los 2/3 años en un 30% de los enfermos. La realidad es que las estadísticas señalan y hemos oído esta mañana por la excelente disertación del nuevo académico, como el adenocarcinoma de páncreas no solo aumenta de incidencia sino también está transformándose en el cáncer con mayor mortalidad en ambos sexos.

Los abordajes oncológicos multidisciplinarios ofrecen en otros tipos de canceres como es el caso de la glándula mamaria, colon o pulmón resultados que alcanzan niveles que parecían hace unos años utópicos.

¿Nos podemos preguntar porque el cáncer de páncreas no ha entrado aun en esa categoría de neoplasia en buena medida controlable mediante las nuevas aproximaciones terapéuticas?

Ya ha señalado el Dr. Oliver la dificultad del diagnóstico precoz de este tipo de tumor con sintomatología oculta y la conveniencia de hacer programas de screening entre las poblaciones de alto riesgo, si bien la dificultad diagnóstica y la necesidad de emplear medios de diagnóstico por la imagen complejos y caros como es el TAC o la RNM hacen imposible su extensión como prueba diagnóstica de barrido poblacional.

El mayor control quirúrgico es una circunstancia fundamental para evitar recidivas aunque las metástasis ganglionares se presentan en periodos muy iniciales (estadios IA, IB, IC y II)

Pero también se inicia un periodo en el estudio de su biología como nuevo reto de posible mejora terapéutica tratando de ocupar las lagunas del conocimiento molecular que representan el gran reto para la investigación.

La nueva clasificación de estos tumores basada en la histopatología y en las modificaciones genético-moleculares ofrecen una expectativa apasionante. Estudios de expresión génica apoyados en secuenciación masiva del DNA tumoral y de los exones demuestran la existencia al menos de tres subtipos moleculares de adenocarcinomas con pronóstico y respuesta terapéutica distintas: el llamado *subtipo mesenquimal*, la *variante clásica* y la forma de *expresión exocrina-like*. El primero expresa genes de comportamiento mesénquimal con una fuerte desmoplasia y una alta malignidad. Mientras que el carcinoma clásico expresa genes epiteliales y la exocrina-like formula genes reguladores de enzimas digestivas.

La determinación de biomarcadores para cada uno de estos tres subtipos permitirá en un futuro próximo obtener dianas terapéuticas como ocurre en el cáncer de mama o colon, que hoy por hoy aún no están disponibles.

Sin embargo, ya hay evidencias esperanzadoras: la presencia de mutaciones génicas equiparables a las ocurrientes en el cáncer de mama como con las mutaciones *BRACA I* y *BRACA II* que responden más favorablemente a la quimioterapia base con gemcitabina, cisplatino y veliparib. También el mejor conocimiento de ciertos defectos génicos en las vías de reparación por recombinación homologada del DNA, han experimentado un significativo beneficio clínico asociando a la quimioterapia de base con platino y gemcitabina, inhibidores de vías de señalización (HRD) como la poli (ADP-ribosa) polimerasa (PARP).

Existen fundadas esperanzas de que el mejor conocimiento de los perfiles moleculares del cáncer de páncreas permitan en una futuro ya próximo identificar subgrupos adicionales de pacientes que logren respuestas muy positivas ante las nuevas terapias dirigidas frente a mutación o amplificaciones en genes como el *ERBB2*, *MET*, *CDK6*, *PIK3CA*, and *PIK3R3*. (Waddell N, Pajic M, Patch AM, et al. *Nature*. 2015;518:495. *Therapeutic Implications of Molecular Subtyping for Pancreatic Cancer Pishvaian,MJ Brody, JR PhD Oncology Journal, 15, 2017*)

A principios de este siglo el Prof. Cristóbal Pera, Catedrático de la Universidad de Barcelona en un artículo publicado en un diario medico bajo el título: “*El cuerpo herido*” señalaba: “*La Cirugía, que ha cerrado el siglo XX e iniciado el XXI se nos sigue presentando como un saber hacer manual e instrumental que continuamente busca sus fundamentos científicos, cada día más complejos e interrelacionados, en conocimientos derivados de muy diversas disciplinas científicas... y que asienta sus crecientes posibilidades técnicas en el extraordinario desarrollo de la moderna tecnología*”

Hoy estoy convencido que el nuevo académico Dr. Israel Oliver sabrá unir la nueva *ciencia técnica con el arte humano* haciendo de la Cirugía del siglo XXI una disciplina académica, científica y profesionalmente valida.

Mi enhorabuena por su conferencia y su ingreso en esta Institución que es salvaguarda del pensamiento científico y académico en la Comunidad valenciana.

Se levanta la sesión.