

ESMO 2026

Novedades en

Cáncer Colorrectal

Dra. Beatriz García Paredes

Oncóloga Médica · Unidad de Tumores Digestivos y Neuroendocrinos · H. Clínico San Carlos

Madrid, España

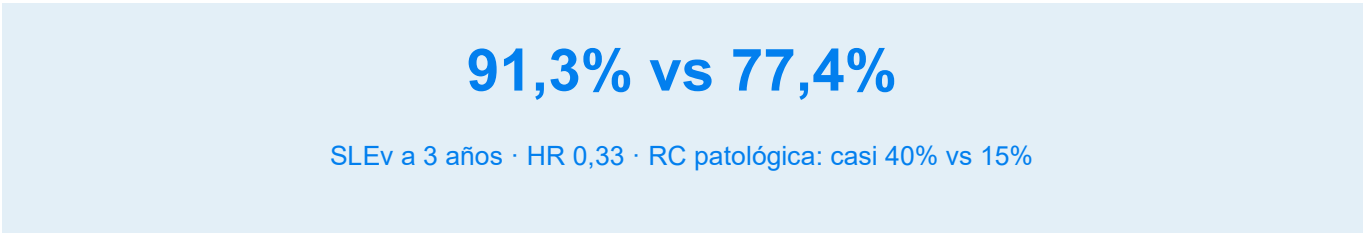
La Dra. Beatriz García Paredes, oncóloga médica de la Unidad de Tumores Digestivos y Neuroendocrinos del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, resume los estudios en cáncer colorrectal que, a su juicio, han sido más relevantes en ESMO 2026, celebrado en Madrid: dos ensayos en cáncer de recto localmente avanzado (UNION y AZUR-1, este último analizado en profundidad en un vídeo específico), un estudio en adyuvancia del cáncer de colon (IROCAS), los datos finales de supervivencia de CheckMate 8HW y tres estudios en tumores con mutación BRAF V600E tras progresión a un tratamiento con inhibidores de BRAF (BRICKET, TRIDENTE y ECLYPse).

En recto localmente avanzado, UNION es el primer fase 3 que demuestra beneficio en supervivencia con inmunoterapia en tumores sin pérdida de expresión de proteínas reparadoras, aunque debe interpretarse con cautela. En adyuvancia del cáncer de colon de alto riesgo, IROCAS confirma que intensificar la quimioterapia con FOLFIRINOX modificado no mejora los resultados y que los dobletes basados en oxaliplatino durante 6 meses siguen siendo el tratamiento de elección; para la Dra. García Paredes, el camino probablemente pase por individualizar con biomarcadores basados en ADN tumoral circulante. En enfermedad metastásica con pérdida de expresión de proteínas reparadoras, los datos finales de CheckMate 8HW consolidan nivolumab más ipilimumab como tratamiento de elección en primera línea. Por último, en tumores BRAF V600E tras progresión a encorafenib y cetuximab, retirar el doble bloqueo y reintroducirlo después (BRICKET, TRIDENTE) no parece aportar beneficio, mientras que añadir quimioterapia al doble bloqueo mantenido más allá de la progresión (ECLYPse) sí podría hacerlo.

① UNION — RT corta + camrelizumab + CAPOX en recto

Fase 3 · China · n=231

RECTO · MAYORÍA pMMR
★ 35300



DISEÑO y POBLACIÓN	EFICACIA	SEGURIDAD
Población: Recto localmente avanzado, en su gran mayoría pMMR Experimental: RT corta → CAPOX ×2 + camrelizumab (anti-PD-1, solo autorizado en China) → adyuvancia Control: QT-RT larga → CAPOX ×2 → adyuvancia con CAPOX Objetivo 1º: RC patológica (ya comunicado)	RC patológica: Casi 40% vs 15% Supervivencia libre de eventos (SLEv) a 3 años: 91,3% vs 77,4% (HR 0,33) SG: Sin datos aún	EA grado ≥3: En torno al 50%, equiparable en ambos brazos

UNION, ya positivo en su objetivo primario, la tasa de respuestas patológicas completas, muestra ahora beneficio en SLEv a 3 años, con un hazard ratio muy llamativo y una toxicidad grado ≥3 equiparable entre brazos. Para la Dra. García Paredes es el primer fase 3 que demuestra beneficio en supervivencia con inmunoterapia en cáncer de recto sin pérdida de expresión de proteínas reparadoras. Pide interpretarlo con cautela: los brazos no son exactamente comparables, ya que difieren también en la radioterapia (ciclo corto o largo) y en la duración de la adyuvancia; además, camrelizumab no está disponible en Europa y aún no hay datos de SG. Aun así, abre la puerta a la inmunoterapia en estos tumores.

EL/LA EXPERTO/A OPINA

IMPACTO: EN DESARROLLO

Abre la puerta a la inmunoterapia en el cáncer de recto sin pérdida de expresión de proteínas reparadoras, aunque debe interpretarse con cautela.

② IROCAS — mFOLFIRINOX vs. mFOLFOX en
adyuvancia del colon estadio III de alto riesgo
Fase 3 · Académico · Francia, Italia, Canadá · n≈800

COLON III · ADYUVANCIA
★ LBA29

65,6% vs 66,3%

SLE a 3 años (mFOLFIRINOX vs. mFOLFOX) · Objetivo principal negativo

DISEÑO y POBLACIÓN	EFICACIA	SEGURIDAD
Población: Colon estadio III de alto riesgo (T4 y/o N2) Experimental: FOLFIRINOX modificado, 6 meses Control: FOLFOX modificado, 6 meses Objetivo 1º: SLE a 3 años	SLE a 3 años: 65,6% vs 66,3% (negativo) SG: Numéricamente superior con el triplete, no significativa; inmadura	Toxicidad: Mucho mayor con el triplete Diarrea grave: ×4 con mFOLFIRINOX Uso de G-CSF: ×2 con mFOLFIRINOX

IROCAS es negativo: intensificar la adyuvancia con FOLFIRINOX modificado no mejora la SLE a 3 años frente a FOLFOX modificado, y la SG, numéricamente superior con el triplete, no alcanza significación y es aún inmadura, con mucha más toxicidad. Para la Dra. García Paredes, en pacientes seleccionados por criterios clínicos de mal pronóstico seguimos sin un tratamiento que reduzca la tasa de recaídas. El estudio confirma los dobletes basados en oxaliplatino durante 6 meses como tratamiento de elección; intensificar la quimioterapia no mejora los resultados y el camino probablemente sea individualizar con biomarcadores basados en ADN tumoral circulante.

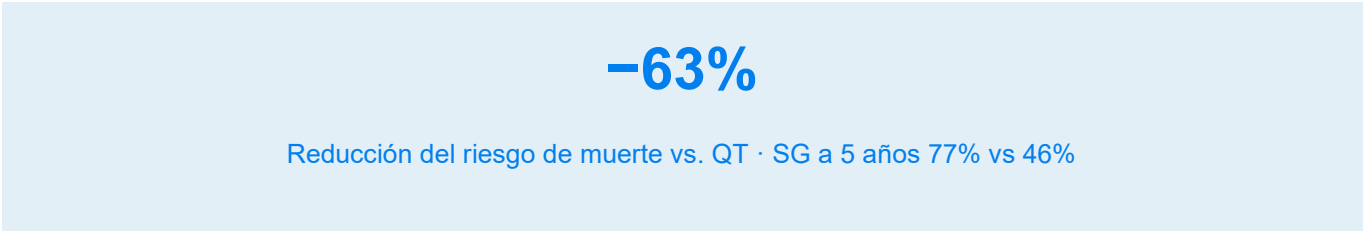
EL/LA EXPERTO/A OPINA

IMPACTO: NO CAMBIA PRÁCTICA

Los dobletes basados en oxaliplatino durante 6 meses siguen siendo el tratamiento de elección; el camino probablemente pase por biomarcadores basados en ctDNA.

③ CheckMate 8HW — Nivolumab + ipilimumab en CCRm dMMR

Fase 3 · SG final · Seguimiento >5 años



DISEÑO y POBLACIÓN	EFICACIA	SEGURIDAD
Población: CCR metastásico dMMR Experimental: Nivolumab + ipilimumab Comparadores: QT y nivolumab en monoterapia	SG vs. QT: -63% riesgo de muerte; a 5 años 77% vs 46%; mediana no alcanzada vs 50 meses Rama de QT: Casi 80% con inmunoterapia posterior (40% en combinación) SG vs. nivolumab: HR 0,61 en todas las líneas (significativo); HR 0,66 en 1ª línea (no significativo)	Sin nuevas señales Vs. nivolumab: Algo más de toxicidad inmunomediada G3-4

Con más de 5 años de seguimiento, los datos finales de CheckMate 8HW confirman el beneficio en SG de nivolumab más ipilimumab frente a quimioterapia, pese a que casi el 80% de la rama de quimioterapia recibió después inmunoterapia. Frente a nivolumab, el beneficio en SG es significativo en todas las líneas, pero no alcanza la significación en primera línea. Para la Dra. García Paredes, consolida la combinación como tratamiento de elección en primera línea; frente a nivolumab en primera línea, los datos de SLP, tasa de respuestas y SG, aunque no significativos, son clínicamente muy relevantes, con algo más de toxicidad inmunomediada grado 3-4.

EL/LA EXPERTO/A OPINA

IMPACTO: CONSOLIDA ESTÁNDAR	Nivolumab + ipilimumab se consolida como tratamiento de elección en 1ª línea del CCR metastásico con pérdida de expresión de proteínas reparadoras.
-----------------------------------	---

④ **BRICKET — Reintroducción de encorafenib + cetuximab guiada por ctDNA**
Fase 2 · Prueba de concepto · GONO (Italia) · n=16

CCRm · BRAF V600E
★ 787RO

0 respuestas

Respuestas en 16 pacientes (objetivo 1º no alcanzado) · SLP mediana 2,9 meses

DISEÑO y POBLACIÓN	EFICACIA	SEGURIDAD
Población: CCRm BRAF V600E, ≥3ª línea, tras progresión a encorafenib + cetuximab Estrategia: Reintroducción de encorafenib + cetuximab tras un intervalo libre, guiada por ctDNA Objetivo 1º: Tasa de respuestas	Respuestas: Ninguna en 16 pacientes (objetivo 1º no alcanzado) SLP mediana: 2,9 meses	Toxicidad: No comentada en la ponencia

BRICKET, del grupo italiano GONO, es un fase 2 de prueba de concepto con muy pocos pacientes que, como TRIDENTE, estudia si reintroducir encorafenib y cetuximab tras un intervalo libre de este tratamiento aporta beneficio en tercera línea o posteriores. La reintroducción, guiada por ADN tumoral circulante, no cumplió el objetivo primario: ninguna respuesta en los 16 pacientes y una mediana de SLP muy pobre. Para la Dra. García Paredes, junto con TRIDENTE, indica que retirar el doble bloqueo y volver a él después, un rechallenge como el de los tumores RAS nativos, no aporta beneficio.

EL/LA EXPERTO/A OPINA

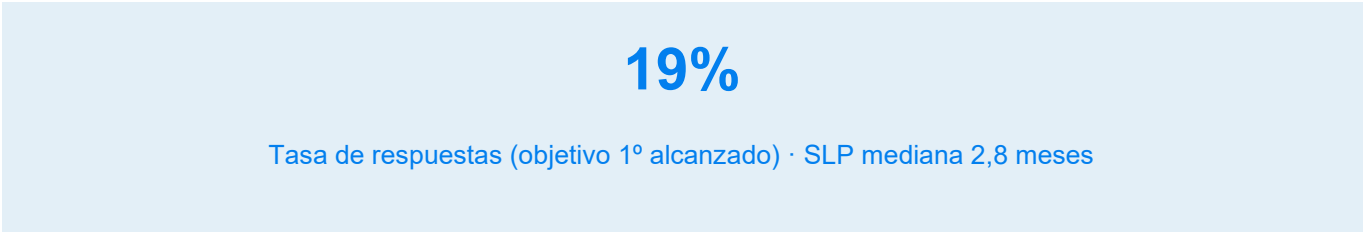
IMPACTO: NO CAMBIA PRÁCTICA

Retirar el doble bloqueo y reintroducirlo después (rechallenge) no parece aportar beneficio en el CCR metastásico BRAF V600E.

⑤ TRIDENTE — Reintroducción de encorafenib + binimetinib + cetuximab

Fase 2 · Prueba de concepto · Japón

CCRm · BRAF V600E
★ 789RO



DISEÑO y POBLACIÓN	EFICACIA	SEGURIDAD
Población: CCRm BRAF V600E, ≥3ª línea, tras progresión a encorafenib + cetuximab Estrategia: Encorafenib + cetuximab + binimetinib tras 4 meses libres del doblete Binimetinib previo: 38% Objetivo 1º: Tasa de respuestas	Tasa de respuestas: 19% (objetivo 1º alcanzado) SLP mediana: 2,8 meses	Toxicidad: No comentada en la ponencia

TRIDENTE, un fase 2 japonés de prueba de concepto con algo más de pacientes que BRICKET, plantea la misma pregunta, pero añade binimetinib a encorafenib y cetuximab tras un intervalo de 4 meses libre del doblete; un 38% de los pacientes había recibido binimetinib previamente. Alcanzó su objetivo primario, con una tasa de respuestas del 19%, pero a costa de una mediana de SLP también muy pobre. Para la Dra. García Paredes, BRICKET y TRIDENTE indican que retirar el doble bloqueo y volver a él después no aporta beneficio.

EL/LA EXPERTO/A OPINA

IMPACTO: NO CAMBIA PRÁCTICA

Aunque alcanza su objetivo primario, la SLP es muy pobre: el rechallenge del doble bloqueo no parece aportar beneficio.

⑥ ECLYPse — Encorafenib + cetuximab más allá de la progresión + FOLFIRI

Fase 2 · Italia · 3ª línea

CCRm · BRAF V600E
★ 788RO



DISEÑO y POBLACIÓN	EFICACIA	SEGURIDAD
Población: CCRm BRAF V600E en 3ª línea, tras progresión a encorafenib + cetuximab Estrategia: Mantener encorafenib + cetuximab más allá de la progresión + FOLFIRI Racional: Concepto de BREAKWATER en 1ª línea Irinotecán previo: 25%	Libres de progresión a 6 meses: 69,5% (objetivo 1º alcanzado) SLP mediana: 7,1 meses	Toxicidad: No comentada en la ponencia

ECLYPse, también italiano, evalúa otra estrategia en tercera línea: mantener encorafenib y cetuximab más allá de la progresión añadiendo FOLFIRI, el concepto evaluado en primera línea en BREAKWATER. Cumplió su objetivo primario, con un 69,5% de pacientes libres de progresión a los 6 meses y una mediana de SLP de 7,1 meses, pese a que un 25% había recibido irinotecán en líneas previas. Para la Dra. García Paredes, a diferencia de la reintroducción del doble bloqueo, añadir quimioterapia al doble bloqueo sí parece que puede aportar beneficio.

EL/LA EXPERTO/A OPINA

IMPACTO: EN DESARROLLO	Añadir quimioterapia al doble bloqueo mantenido más allá de la progresión parece que puede aportar beneficio en el CCR metastásico BRAF V600E.
------------------------	--