

Brote de ciclosporiasis en Estados Unidos

*Parasitosis causada por el coccidio *Cyclospora cayetanensis**

Durante la temporada 2026 (casos con inicio de síntomas desde el 1º de mayo), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos reportan un incremento marcado en los casos de ciclosporiasis de adquisición doméstica en comparación con la misma temporada de 2025, cuando se habían notificado solo 249 casos en el mismo período.

Los casos confirmados superan los 1645 con 141 hospitalizados y más de 5000 casos en estudio. Afectando a 34 estados de Estados Unidos.

Las investigaciones epidemiológicas y de trazabilidad de la FDA identificaron un clúster específico asociado al consumo de lechuga iceberg (tipo repollada) picada.

Cyclospora cayetanensis es un coccidio intracelular obligado cuyos ooquistes se excretan por materia fecal humana en forma no esporulada, por lo que requieren de días a semanas en el ambiente para esporular y volverse infectivos. Esta característica explica por qué el parásito no se transmite de persona a persona en forma directa, y por qué los clústeres de casos apuntan siempre a una fuente común de agua o alimentos contaminados en origen.

El período de incubación promedio es de 7 días, con un rango de 2 a 14 días (hasta más de dos semanas en algunos casos). El parásito es resistente a la cloración, lo que limita la eficacia de los métodos convencionales de desinfección de agua sobre los ooquistes.

El cuadro típico se caracteriza por diarrea acuosa profusa, frecuentemente explosiva y no sanguinolenta, acompañada de anorexia marcada, pérdida de peso, cólicos abdominales, náuseas, fatiga extrema y febrícula.

En hospedadores inmunocompetentes, la infección suele ser autolimitada, pero tiende a la cronicidad y a la recaída, con remisiones y exacerbaciones que pueden persistir desde semanas hasta más de un mes si no se administra tratamiento

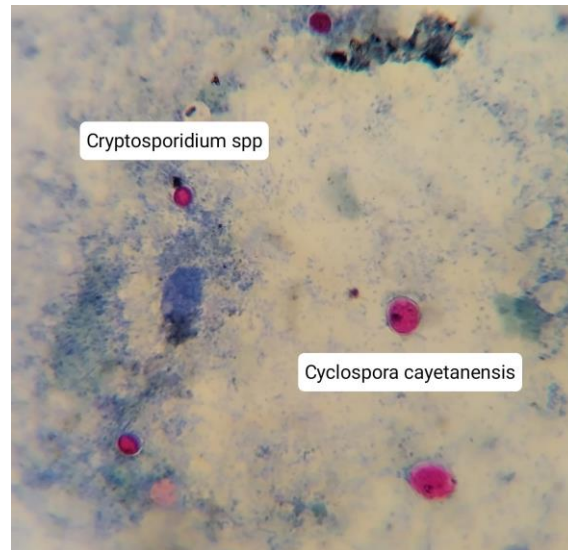
específico (habitualmente trimetoprima-sulfametoxazol). En pacientes con inmunocompromiso, el cuadro clínico es más severo y de resolución más dificultosa.

Ante la sospecha clínica o el antecedente epidemiológico compatible, debe solicitarse examen parasitológico seriado, con aplicación de técnicas de concentración previas a la coloración. Para la identificación del parásito se deben utilizar tinciones específicas para coccidios, como Kinyoun o Ziehl-Neelsen modificada, junto con la medición micrométrica de los ooquistes (8 a 10 μ m), lo que permite el diagnóstico diferencial con otros coccidios de relevancia clínica.

Si bien los laboratorios pueden recurrir a paneles moleculares sindrómicos como herramienta de tamizaje rápido y de alta sensibilidad, ante el hallazgo de estructuras compatibles o resultados moleculares positivos resulta indispensable derivar las muestras a laboratorios de mayor complejidad o con experiencia específica en parasitología, a fin de confirmar el diagnóstico definitivo mediante el estándar de referencia microscópico.

Recomendaciones para el equipo de salud:

- Mantener la sospecha ante diarrea prolongada en pacientes con antecedente de viaje a Estados Unidos o consumo de productos importados de dicho origen, en particular vegetales de hoja.
- Solicitar técnicas de concentración y tinciones específicas para coccidios (Kinyoun / Ziehl-Neelsen modificada) en todo estudio parasitológico seriado con sospecha de ciclosporiasis.
- Confirmar todo hallazgo compatible o resultado molecular positivo mediante microscopía de referencia en un laboratorio con experiencia en parasitología.
- Notificar los casos sospechosos y confirmados a la autoridad sanitaria correspondiente, dado el carácter de vigilancia epidemiológica de esta parasitosis.
- Seguir las actualizaciones oficiales mientras la investigación del brote permanezca abierta.



Fotografía: ooquistes de *Cyclospora cayetanensis* y *Cryptosporidium spp.* –

Tinción de Ziehl Neelsen modificada

Gentileza Laboratorio de Parasitología – Hospital de Clínicas “José de San Martín” – FFyB – UBA

Documento elaborado por la Subcomisión de Parasitología clínica

SADEBAC - AAM