

**Limitaciones operativas y sesgos
terapéuticos en la detección temprana de
ciclosporiasis en México: de alerta
internacional a realidad local**



Karen Stefany Roman Sanchez
ACEMJAL

Karen.roman6532@alumnos.udg.mx

La ciclosporiasis es una infección intestinal causada por el parásito *Cyclospora cayetanensis*. Se adquiere tras ingerir comida o agua infectada con heces que contienen el parásito, especialmente en áreas tropicales o subtropicales. Las personas infectadas pueden ser asintomáticas o presentar una diarrea muy líquida con frecuentes y, a veces, explosivas evacuaciones. Si la enfermedad no se trata, puede prolongarse desde unos pocos días hasta más de un mes, presentando recaídas y la posibilidad de reinfección (1). En los Estados Unidos, los brotes se han vinculado directamente con el consumo de frutas y verduras frescas (2). Por otro lado, la transmisión persona a persona es muy poco probable, ya que *C. cayetanensis* toma de 1 a 2 semanas en el medio ambiente tras ser excretada para madurar y volverse infecciosa. Aunque la mayoría de los pacientes logran una resolución completa espontánea, el esquema de tratamiento de elección es trimetoprima con sulfametoxazol (1).

Generalmente dejada de lado, esta infección ha llegado a representar una amenaza considerable estas últimas semanas. En la conferencia de prensa del pasado 14 de julio del presente año, llevada a cabo en los Estados Unidos, la Dra. Gwen Biggertaff, directora adjunta de la División de Enfermedades Transmitidas por Alimentos, el Agua y el Medio Ambiente del

National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases (NCEZID), expuso una actualización sobre los brotes de ciclosporiasis que el Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ha estado rastreando desde el mes de mayo, cuando dio inicio la temporada de la infección. Durante su intervención, dio a conocer un gran brote en al menos cuatro estados del Medio Oeste de los Estados Unidos, con un probable vínculo epidemiológico entre sí. Hasta esta fecha, el CDC ha recibido al menos 1,645 casos confirmados de ciclosporiasis mediante laboratorio, con más de 5,100 reportes adicionales no confirmados, distribuidos en 34 de los 50 estados del país (3).

Asimismo, la Dra. Biggertaff comentó que debido a la ausencia de la secuenciación del genoma completo para asociar con precisión un producto contaminado con la cepa del brote, no se ha podido, y posiblemente no se logre, identificar un origen en concreto. Bajo este escenario, se anticipa una exacerbación de los casos para finales de agosto del presente año, el final de la temporada de ciclosporiasis (3). Cabe destacar que no se han reportado muertes, mientras que las recomendaciones de prevención se limitan al lavado de manos y de productos frescos previo a su consumo o cocción, recomendando una temperatura de 70 °C o mayor, de ser posible, para garantizar efec-

tividad.

Sin embargo, la complejidad para contener y rastrear este patógeno en una nación como Estados Unidos, a pesar de los recursos a su alcance, enciende las alarmas al sur de la frontera. Ante este panorama, el reconocido epidemiólogo mexicano, el Dr. Alejandro Macías, ha advertido que lo más probable es que este brote también llegó a México durante la presente temporada de lluvias, o que incluso ya esté circulando de manera silenciosa (4). Hasta el momento, las autoridades mexicanas no han logrado confirmar un solo caso de ciclosporiasis relacionado con el actual brote en tierras estadounidenses.

“He platicado con algunos amigos, me han dicho que sí han visto casos, pero es completamente anecdótico. Eso, de ninguna manera, sustituye la información de la Dirección General de Epidemiología. Pero el caso es que ya está presente en 34 estados de los Estados Unidos y eventualmente no sería difícil que llegara a México”, señaló el Dr. Macías (4).

El especialista recomienda mantener especial cuidado con los vegetales de hoja verde como lechuga, perejil o cilantro, evitar consumirlos crudos y obtenerlos de fuentes con rastreo de calidad como supermercados. Asimismo, destacó un posible subregistro de casos médicos, debido a que los métodos parasitológicos convencionales no logran identificar el agente, refiriéndose técnicas avanzadas y costosas como de biología molecular, que no se aplican de rutina. No obstante, el médico rescató que se cuentan con herra-

mientas suficientes para el mapeo y vigilancia de la enfermedad en México:

“La Dirección General de Epidemiología tiene cada vez más elementos de diagnóstico molecular para, al menos, hacer una vigilancia que permita mapear los casos, pero no necesariamente va a detectar de inmediato un brote”, rescató (4).

Debido a que existe un antibiótico específico y aprobado para su tratamiento, el Dr. Macías recomienda que ante episodios de diarrea explosiva y abundante se acuda directamente al médico y se solicite específicamente la búsqueda del parásito.

Esta advertencia epidemiológica nos obliga a plantear una interrogante crítica y urgente: ¿Está el sistema de salud mexicano realmente preparado para detectar, contener y manejar un brote de ciclosporiasis?

En México, el primer nivel de atención se ve representado por los centros de salud comunitarios, las Unidades de Medicina Familiar (UMF) y los consultorios adyacentes a farmacias. Estas constituyen la primera línea de defensa sanitaria y el destino natural de la gran mayoría de los pacientes con un cuadro de diarrea explosiva y deshidratación. No obstante, la estructura clínica y operativa del sector presenta tres claras debilidades que favorecen el subregistro crítico y la consecuente dispersión de un brote de *C. cayetanensis*.

El primer punto recae en el sesgo del diag-

nóstico clínico empírico. La práctica habitual dentro del primer nivel de atención carece de un abordaje etiológico preciso para ciclosporiasis. Por economía y rapidez, los médicos generales suelen optar por prescripciones de antibióticos de amplio espectro (como ciprofloxacino o amikacina) o antiparasitarios comunes para sospechas protozoarias (como metronidazol o nitazoxanida). Sin embargo, ninguno de estos esquemas resulta efectivo contra *C. cayetanensis*, prolongando el estado del portador o desencadenando recaídas constantes (1,4).

El segundo factor es la ineficacia de las pruebas de laboratorio rutinarias. El examen coproparasitoscópico convencional, a pesar de ser la prueba rutinaria por excelencia en laboratorios clínicos, suele incidir en falsos negativos debido a la morfología y translucidez de los ooquistes de *C. cayetanensis*, los cuales pasan desapercibidos en un microscopio óptico en preparaciones comunes de solución salina o Lugol (3). Para una observación certera se requieren tinciones ácido-alcohol resistentes modificadas, como la tinción de Kinyoun, o de microscopía de fluorescencia. Técnicas especializadas que no forman parte de la cartera de servicios rutinarios en las unidades del primer sector de atención del sector público mexicano (5).

Por último, retomando las palabras del Dr. Macías, si bien es cierto que epidemiológicamente se cuenta con los elementos para el diagnóstico molecular, en la realidad del sistema público mexicano, el acceso a estas pruebas se encuentra centralizado. La Red Nacional de

Laboratorios de Salud Pública y el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE) cuentan con la capacidad tecnológica para realizar vigilancia molecular y mapear los casos. No obstante, dichas herramientas se utilizan con fines de vigilancia epidemiológica de gabinete, es decir, para investigar brotes ya sospechados, y no como herramientas de diagnóstico clínico cotidiano en los centros de salud mexicanos. Si un médico en una UMF rural o urbana no puede ordenar una PCR rutinaria para un paciente con diarrea común, el diagnóstico individual oportuno se vuelve inalcanzable (5,6).

La infraestructura de tercer nivel e investigación en México es sólida; sin embargo, la epidemiología se define en el primer nivel. Mientras la base del sistema de salud pública mexicano carezca de la capacitación para sospechar clínicamente de *C. cayetanensis*, y no existan canales ágiles para el envío de muestras sospechosas a pruebas diagnósticas, el país seguirá funcionando bajo un esquema meramente reactivo en lugar de preventivo. En conclusión, el brote de *C. cayetanensis* en los Estados Unidos no debe verse como un evento ajeno. La globalización y dinámicas de importación y exportación entre ambas naciones resulta en una certeza epidemiológica sobre la llegada del parásito a las mesas mexicanas (6).

Con el objetivo de que México se encuentre verdaderamente preparado, el esfuerzo y los recursos no deben centrarse únicamente en el fortalecimiento de laboratorios centrales de referencia. El verdadero reto radica en adiestrar al médico de primer nivel para romper el

hábito de la prescripción empírica ciega. Así como vigorizar los centros de salud con la capacitación técnica necesaria para el procesamiento de muestras ante casos sugerentes. Solo fortaleciendo el primer y más débil eslabón de la cadena diagnóstica podrá evitarse que una alerta internacional trascienda a una epidemia silenciosa en nuestro territorio.

REFERENCIAS

1. Becerril MA. Parasitología médica. 5a ed. Ciudad de México: McGraw-Hill; 2019. Capítulo 14, Cyclospora cayetanensis y ciclosporiasis; p. 115-122.
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Acerca de la ciclosporiasis. Atlanta: CDC; 2024 Sep 4 [cited 2026 Jul 15]. Available from: <https://www.cdc.gov/parasites/cyclosporiasis/>
3. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Transcript - Update on CDC's Cyclosporiasis Response - 7/14/26. Atlanta: CDC; 2026 Jul 14 [cited 2026 Jul 15]. Available from: <https://www.cdc.gov/media/releases/2026/transcript-update-on-cdcs-cyclosporiasis-response-7-14-26.html>
4. Narváez A. Brote de diarrea explosiva por Cyclospora podría llegar a México: Dr. Alejandro Macías. Ciudad de México: Uno TV; 15 de julio de 2026 [citado el 15 de julio de 2026]. Disponible en: <https://www.unotv.com/salud/brote-de-diarrea-explosiva-por-cyclospora-podria-llegar-a-mexico-dr-alejandro-macias/>
5. Asociación Mexicana de Gastroenterología. Algoritmos diagnóstico-terapéuticos en gastroenterología: Diarrea aguda. Ciudad de México: AMG; 2020 [citado el 15 de julio de 2026]. Disponible en: https://www.gastro.org.mx/uploads/2020/12/algoritmos-diagnostico-terapeuticos-en-gastroenterologia_amg_5fe158ced7416.pdf
6. Centro de Investigación y Asistencia en Tecnología y Diseño del Estado de Jalisco (CIATEJ). Inocuidad y trazabilidad en los alimentos mexicanos. Guadalajara: CIATEJ; 2019 [citado el 15 de julio de 2026]. Disponible en: https://ciatej.mx/files/divulgacion/divulgacion_5c9cee7713603.pdf

“La medicina de primer contacto es la trinchera donde se ganan o se pierden las batallas epidemiológicas;

de nada sirve tener tecnología de última generación en los laboratorios centrales si el vigía inicial carece de las herramientas para reconocer al enemigo.”