

11212  
35

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**"CENTRO MEDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE"**

**SERVICIO DE DERMATOLOGÍA**

**ISSSTE**

**"ESTUDIO DE LESIONES NODULARES EN ZONA NO ENDÉMICA DE  
LEISHMANIASIS COMO GRUPO CONTROL NEGATIVO"**

**TESIS DE POSGRADO**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN:**

**DERMATOLOGÍA**

**P R E S E N T A**

**DRA. IRLANDA RIOS ANDRACA**

**ASESOR: DRA. SAGRARIO HIERRO OROZCO**

2002

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*Mauricio*



**DR. MAURICIO DI SILVIO LOPEZ**  
**SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN**

*Sagrario*

**DRA. SAGRARIO HIERRO OROZCO**  
**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE DERMATOLOGÍA**

*Sagrario*

**DRA. SAGRARIO HIERRO OROZCO**  
**ASESOR DE TESIS**

*Irelanda*

**DRA. IRLANDA RÍOS ANDRACA**  
**MEDICO RESIDENTE**



SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## **AGRADECIMIENTOS:**

*A mi hija Andrea:*

*Gracias por todo tu amor y paciencia*

*Tú eres mi mayor estímulo y mi razón de ser feliz.*

*A mi esposo:*

*por su apoyo incondicional,*

*su amor, paciencia*

*Y por estar aquí conmigo.*

*Dr. Alfonso Rodríguez Ábrego.*

*A mis papás:*

*Gracias por su amor, por su confianza ,*

*por su apoyo en todo momento, y por siempre estar conmigo.*

*Sres: Isidoro Ríos Gallardo*

*Socorro Andraca Patrón.*



*A mis hermanos: Quimi y Selene*

*Por tenerme confianza , cariño y por ser mis amigos*

*Además de aguantarme en las buenas y en las malas.*

*A mi maestra: Dra. Sagrario Hierro Orozco  
Gracias por compartir su gran conocimiento  
Por brindarnos su apoyo, su amistad  
Y por exhortarnos a vivir el presente.*

*A la Dra. Gabriela Frías Ancona  
Gracias por sus enseñanzas y por demostrarme que siempre puedo dar más.*

*A mis compañeros:  
Fabiola ,Nacho ,Mónica ,Jorge ,Zoraida ,Lulú y Aída.*

*A Esthela: por tu amistad  
Y tu apoyo en todo momento.*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## INDICE

RESUMEN .....	1
INTRODUCCIÓN .....	2
MATERIAL Y METODO .....	12
RESULTADOS .....	15
CONCLUSIONES .....	19
TABLAS .....	21
GRAFICAS .....	35
BIBLIOGRAFÍA .....	37

TESIS CON  
FALSA DE ORIGEN

## RESUMEN

La leishmaniasis es una parasitosis de piel mucosas y vísceras producida por protozoarios del género leishmania. Se clasifica por su presentación clínica: L. cutánea localizada (úlceras de los chicleros), L. cutánea diseminada, L. mucocutánea (espundia), L. visceral (kala-azar) L. cutánea aguda (botón de oriente), L. Recurrente.

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo y transversal, se estudiaron 30 pacientes con lesiones nodulares de cualquier etiología ;para determinar la frecuencia de subdiagnósticos de leishmaniasis cutánea en zona no endémica.

Se valoraron con exploración dermatológica completa y se realizó biopsia excisional para estudio histopatológico, así como toma de 5ml de sangre periférica para realización de inmunofluorescencia indirecta (IFI). De los 30 pacientes estudiados se obtuvieron 2 resultados positivos por medio de la IFI por lo que la frecuencia estimada de leishmaniasis fue de 6.7%, estos resultados manifiestan el problema existente de subdiagnóstico clínico e histopatológico.

## ABSTRACT

The leishmaniasis is a skin, mucous and viscera parasitosis taken place by protozoa of the gender leishmania. It is classified by their clinical presentation: Located cutaneous L. (chicleros' ulcer), disseminated cutaneous L. , mucocutaneous L. (espundia), visceral L. (kala-azar) Acute cutaneous L. (east button), Recurrent L.

A prospective, descriptive and traverse study was carried out, 30 patients were studied with nodular lesions of any etiology; to determine the frequency of subdiagnosis of cutaneous leishmaniasis in non endemic area.

They were valued with complete dermatologic exploration and a excisional biopsy was carried out for histopatologic study, as well as taking of 5 ml of periphery blood for realization of indirect immunofluorescence (IIF). Of the 30 studied patients 2 positive results were obtained by means of the IIF by what the estimate frequency of leishmaniasis was of 6.7%, this results manifest the existent problem of clinical and histopatologic subdiagnosis.

**“ ESTUDIO DE LESIONES NODULARES EN ZONA NO ENDEMICA DE  
LEISHMANIASIS COMO GRUPO CONTROL NEGATIVO “**

**INTRODUCCION:**

**DEFINICIONES:**

**NODULO:** lesión dermatológica primaria, constituida por un levantamiento circunscrito de la piel que evoluciona en meses o años. No es resolutive y deja huella, si se ulcera cicatriza atrofia si no se ulcera.

Se encuentra caracterizado por infiltrado de tipo histiocítico o granulomatoso. <sup>(7)</sup>

**ULCERA:** lesión dermatológica elemental secundaria. Es toda pérdida de sustancia de la piel, que tiende a dejar cicatriz, siempre tiene un fondo y un borde.

Superficial ( erosión o denudación ) y lineales ( fisuras). <sup>(7)</sup>

**INTRODUCCION**

La leishmaniasis es una parasitosis de piel, mucosas, visceras producida por protozoarios homoflagelados del género de leishmania, transmitida por la picadura de insecto del género flebotomos y lutzomyia.

A la leishmaniasis se le conoce también como " úlcera de los chicleros ".

Constituye una de las 6 enfermedades tropicales de mayor importancia para la OMS, reportándose hasta 600,000 nuevos casos por año <sup>(1)</sup>

Es endémico en 82 países entre los que se encuentra México <sup>(1)</sup>

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

Su importancia no es sólo por su creciente magnitud, sino por la trascendencia socioeconómica, psicológica y por sus características debilitantes e incapacitantes del que la padece impidiéndoles el desarrollo socioeconómico. <sup>(6)</sup>

#### HISTORIA:

1500: 1ª descripción El-Razi en Iraq

1756: 1ª descripción en inglés por Russel "Aleppo Evil"

1900: Leishman/Donovan y Wright describen el mismo organismo.

1903: Ross establece el género leishmania

Leishmaniasis en México :

Desde la América precolombina se encuentran ya ídolos con las "orejas comidas",

En 1912 Seidelin describió en Yucatán la úlcera de los chicleros en trabajadores.

En 1944 Millan y Chávez describen el primer caso de leishmaniasis cutánea diseminada, denominándola leishmaniasis cutánea infantil

En 1953 Biagi describe una especie diferente de las ya conocidas llamándole leishmania trópica Mexicana.

Y en 1965 se le reconoce como una nueva especie denominándola Leishmania mexicana.

<sup>(6)</sup>

La distribución geográfica en México : Coahuila, Nuevo león, Tamaulipas, Yucatán, Veracruz, Chiapas Tabasco, Campeche, Quintana Roo, Oaxaca, Guerrero, Michoacán, Jalisco, Nayarit.

#### ETIOLOGIA:

Es causada por varias especies de leishmania, protozoo que no sólo parasita al hombre sino también mamíferos domésticos y silvestres.

TAXONOMIA:

Phylum: protozoa

Subphylum :mastigophora

Clase: zoomastigophora

Orden: kinoplastida

Suborden: tripanosomatina

Familia: tripanosomatidae

Género: leishmania: L. Donovan, L. Major, L. tropica L. aethiopica L. peruviana L. braziliensis L. Mexicana.

L. mexicana: L. m. mexicana

L. m. amazoniensis

L. m. pifanoi

L. m. garhami

L. m. venezuelensis.

L. donovani	kala-azar	Lesión visceral
L. tropica	boton de oriente	Endémico (mediterráneo)
L. mexicana	Úlcera de los chicleros	Forma localizada hiperergica
Var. pifanoi	leishmaniasis anérgica difusa	
L. brasiliensis	forma cutáneo mucosas	Forma cutáneo mucosa (espundia peruana)



## CARACTERÍSTICAS DE LOS VECTORES :

- Todas las especies son transmitidas por insectos denominados flebotomos, y, la leishmania se encuentra en su intestino.
- En México *Plebothomus flaviscutellatus* es uno de los más frecuentes transmisores en el sureste del país (Biagi), y en América la *Lutzomyia*.
- Habitan en zonas selváticas con vegetación frondosa y alto índice pluviométrico
- La mayoría de las leishmaniasis son zoonosis con amplia variedad de huéspedes naturales (más 100 especies) principalmente caninos y roedores.
- Al menos 70 especies de mosquitos de la familia Phlebotominae
- El hombre constituye un huésped accidental
- El vector está distribuido en todo el país pero se encuentra en mayor concentración en zonas endémicas
- Mosco: 3-5mm, mantiene alas erectas durante el reposo y la alimentación se realiza vuelos cortos 6-10 m por lo que cubre áreas de ataque con un perímetro no mayor de 300 metros alrededor de criaderos.
- La hembra es la única hematófaga que al succionar deposita 40-70 huevos en el suelo húmedo
- Se alimenta por las noches, los huevos pasan por 4 estadios larvarios, el ciclo huevo-adulto dura entre 30 y 60 días <sup>(6,1,3)</sup>.
- El mosquito adulto se refugia en cuevas, rincones húmedos, matorrales, huecos, madrigueras de roedores
- En México el ÚNICO transmisor comprobado es *Lutzomyia olmeca*<sup>(6)</sup>

Como reservorios se han reportado : roedores silvestres, perros silvestres y domésticos, coatí, tejón.

### CICLO BIOLÓGICO:

Dos estadios : amastigote y promastigote

- Amastigote : es intracelular, solo en los tejidos de los vertebrados parasitados, tiene forma redonda u oval 2-5 Micras con núcleo excéntrico.
- Promastigote: forma infectiva inoculada en la piel por la hembra (extracelular), tiene una forma fusiforme de 15-20Mc con un núcleo central.

### LEISHMANIASIS CUTANEA

LOCALIZADA: FORMA CUTANEO MUCOSA LCD: ANÉRGICA DIFUSA

- Hiper o normérgica - Respuesta normal al antígeno -falta de respuesta al antígeno
- escasos parásitos - presencia de parásitos -Numerosos parásitos, tejidos
- buena respuesta a la reacción - respuesta normal al antígeno -ausencia de respuesta de Montenegro
- curación espontánea - sin tendencia a curación espontánea - evolución.

### CLASIFICACION ACTUAL:

LEISHMANIASIS CUTANEA LOCALIZADA (LCL) : "ULCERA DE LOS CHICLEROS "

- Usualmente causada por *L. mexicana* o *L. braziliensis* <sup>(6 1,3)</sup>
- Lesión aparece 15-20 días después picadura
- Manifestaciones Clínicas: inicia como un nódulo que puede ser pruriginoso y tiende a formar una placa infiltrada o atrófica con evolución a ulceración, en ocasiones puede pasar inadvertido y asintomático.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- La úlcera es: pequeña y única y si el vector pica repetidamente puede ser grande y múltiple, de forma redondeada, de bordes indurados, fondo limpio e indolora, que cura espontáneamente entre 6 meses a 2 años y se acompaña de linfangitis, linfadenopatía (aspecto satélite o esporotricoides).
- Cuando afecta el pabellón auricular la lesión es indolente, mutilante de hasta 20 años de duración, y si es causada por *L. braziliensis* las úlceras son persistentes y resistentes a Tx antimoniales.
- Presenta una buena respuesta celular.

Secuencia dermatológica de presentación:

Pápula eritematosa → aumenta tamaño lentamente → Nódulo → ulceración  
(sitio de inoculación)

Distribución : Frontera E. U. A. , Golfo, Chiapas, Nayarit, Yucatán <sup>(67)</sup>

LEISHMANIASIS CUTANEA DISEMINADA (LCD)

(llamada también: difusa, diseminada, anérgica, seudolepromatosa)

- *L. Piffanoi*, *L. Mexicana*
- Es crónica, persiste hasta 20 años

Manifestaciones clínicas: el cuadro inicia con un nódulo que no se ulcera, la diseminación es lenta (linfática) similar a la esporotricosis pasa a líquido tisular, linfa, hemática hasta colonizar todo el tegumento excepto piel cabelluda, axila, ingle, genitales externos, palmas y plantas, afecta frecuentemente mucosa orofaríngea y nasal.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

La topografía habitual es cara, pabellón auricular, mucosa orofaríngea y nasal, nalgas y extremidades puede haber lesiones hipertróficas y verrucosas, No hay afección visceral.

Como característica presenta anergia específica a leishmanina de curso progresivo con escasa respuesta a la terapéutica, existe también anergia a la candidina y PPD, puede existir remisión espontánea (época calurosa) y es cuando la intradermoreacción puede hacerse positiva.

Suelen haber parásitos abundantes en macrófagos vacuolados incluso en piel aparentemente sana.

La distribución es en sur de Texas, Coahuila a Chiapas

#### LEISHMANIASIS MUCOCUTÁNEA (LMC O ESPUNDIA)

Ocasionada por *L. braziliensis*, el cuadro clínico presenta lesiones destructivas de mucosa nasal y orofaríngea afectando la fonación y la deglución lo que conduce a inanición por el dolor.

Afecta principalmente hombres, con múltiples lesiones persistentes por más de un año

Las lesiones inician septum nasal tiene predilección por cartílagos y lleva a su perforación, ocasionando la "nariz en tapir".

A los dos años de la afección hay lesiones mucocutáneas en 5% de los afectados y en 90% a los 10 años de la infección. , no cura espontáneamente y resiste la quimioterapia específica.

Involucra mucosas por diseminación hemática o linfática. entre las complicaciones hay mutilaciones afección en laringe, amígdalas, ojos, genitales, invasión tracto respiratorio, todo esto genera malnutrición.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

LEISHMANIASIS VISCERAL (LV) :KALA-AZAR :fiebre negra.

Ocasionada por *L. donovani* y subespecies del viejo mundo y *L. chagasi* en el nuevo mundo.

Hay tres modalidades: endémica, esporádica y epidémica.

Endémica : en América latina, afecta a niños de 1 a 4 años, más frecuente del sexo masculino tiene un periodo de incubación :10 días a 1 año e inicia el cuadro clínico gradualmente.

Se acompaña de fiebre, mal estado general, anorexia, pérdida de peso que lleva a la caquexia, hepatoesplenomegalia linfadenopatía y pancitopenia. <sup>(2,6,3)</sup>

Hay oscurecimiento de la piel de la cara, abdomen, pies, manos llamada "enfermedad negra" en la India.

En Latinoamérica es un cuadro ligero y esporádico. En México se ha reportado en niños y adultos.

Esporádica: afecta a no nativos que ingresan a zonas endémicas, se manifiesta con fiebre brusca desde las 3 semanas hasta 2 años de la exposición a la picadura, en la forma aguda presenta escalofríos, fiebre sudoración, pérdida de peso, mal estado general, anemia hemolítica, insuficiencia renal aguda.

Epidémica: en áreas endémicas, afecta a todas las edades, principalmente sexo masculino y curso de forma crónica. <sup>(4)</sup>

La hiperpigmentación es debida a aumento de actividad melanoblástica.

No cura espontáneamente y la muerte sobreviene sin tratamiento adecuado.



### LEISHMANIASIS CUTANEA AGUDA: botón de oriente, botón de Aleppo.

Ocasionada por *L. tropica* y *L. Major*.

Afecta regiones expuestas el cuadro inicia con pápula 3. 4 mm color rosa == la cual evoluciona en semanas aumentado de diámetro, endureciéndose y adheriéndose a estructuras subyacentes, la superficie es lisa y brillante de color rojo violáceo, El centro del nódulo se ulcera y presenta costra adherente grisácea.

Se acompaña de prurito, dolor, curación espontánea 6-12 meses dejando cicatriz deprimida, permanente en forma estrellada y única. <sup>(23)</sup>

### LEISHMANIASIS RECURRENTE : RECIDIVANTE

Ocasionada por *L. tropica* (medio este) y *L. braziliensis* (Sur América) <sup>(26)</sup>

Se refiere al desarrollo de nuevas lesiones en el centro o en la periferia de la cicatriz de la lesión aguda inicial Las manifestaciones clínicas son: escamas, pápulas eritematoescamosas, úlceras lesiones psoriasiformes, de forma verrucosa o escamoso.

Las lesiones suelen ser resistentes a tratamiento, el mecanismo de recurrencia es por reactivación del organismo latente en un periodo de 1-15 años.

Hasta el 50% de leishmaniasis recidivante es por una especie diferente a la inicial, esto es por :

- 1) el estado inmune del hospedero
- 2) por reinfección exógena <sup>(2)</sup>

### LEISHMÁNIDE:

Erupción generalizada en pacientes con leishmaniasis cutánea activa, aparece distante al foco inicial esto por una reacción de hipersensibilidad al organismo y/o a sus productos de destrucción.

El cuadro esta conformado por pápulas asintomáticas que desaparecen a las 2 a 3 semanas, no contienen organismos, es infrecuente y la intradermoreacción a la leishmanina es positivo.

## MATERIAL Y METODOS:

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo y transversal, para evaluar la frecuencia de subdiagnósticos de leishmania cutánea localizada en pacientes con lesiones nodulares de zonas no endémicas que acudieron al servicio de Dermatología de este Centro Médico Nacional 20 de Noviembre; con la finalidad de determinar la incidencia de la enfermedad en zona no endémica.

El estudio se llevó a cabo en el periodo comprendido del 1° de Marzo del 2000 al 30 de junio del 2001, recabando a 30 pacientes de ambos sexos que acudieron al servicio de Dermatología y que presentaron lesiones nodulares por cualquier etiología.

A todos los pacientes se les realizó Historia clínica dermatológica, obteniendo la información por medio del interrogatorio directo, seguida de la exploración dermatológica completa para la detección de las lesiones nodulares más significativas ;se explicó en forma detallada al paciente sobre los procedimientos que se realizarían, solicitando autorización por escrito.

Todos los pacientes fueron captados en hojas de recolección de datos solicitando: Nombre completo, edad, sexo, ocupación, lugar de origen, lugar de residencia, viajes en los últimos dos años fuera del lugar de residencia, tiempo de evolución de la dermatosis manifestaciones extracutáneas, enfermedades subyacentes, diagnóstico presuntivo.

A cada paciente con lesión nodular se le tomó biopsia de 0.5 a 1 cm en huso, la cual se dividió en dos partes, una para fijación en parafina para el estudio histopatológico en el servicio de Patología de este Centro Médico Nacional 20 de Noviembre. La otra muestra

fue enviada al Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica, para realizar el método de inmunohistoquímica.

El método de inmunohistoquímica, se realizó con los bloques de parafina (6 aproximadamente de 5 micras cada uno), utilizando como primer anticuerpo un suero hiperinmune de conejo anti-leishmania y como segundo anticuerpo un conjugado anti conejo peroxidasa elaborado en cabra. Se revelará con 3'3'-diaminobenzidina-H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> contrastado con azul de metileno.

Se tomaron 5 ml de sangre periférica sin anticoagulante, para la obtención de suero, y se realizó la técnica de inmunofluorescencia indirecta, haciendo diluciones seriadas de los sueros 1:2, 1:4, 1:8, 1:16, 1:32, 1:64, 1:128, 1:256, 1:512, 1:1024, se colocaron en portaobjetos para inmunofluorescencia, y se expusieron anti IgG humano -isotiocianato de fluoresceína, para la reacción antígeno -anticuerpo con fluorocromos, los cuales se observaron por microscopía de fluorescencia.

El cuadro siguiente muestra los títulos establecidos que se correlacionan con el punto de corte.

TIPO DE LEISHMANIASIS	PUNTO DE CORTE (TITULO DE Ac)
L. CUTÁNEA LOCALIZADA	1:4
L. DISEMINADA	1:16

Una vez obtenidos los resultados fueron vaciados en una hoja de concentración de datos para aplicar el análisis estadístico : Ji cuadrada y Fisher exact. con lo que se elaboraron tablas y gráficas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Los resultados que arroje esta investigación se incluirán en un estudio multicéntrico que se llevará a cabo en el Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica (INDRE)

Donde se compararán con pacientes con lesiones nodulares de zonas endémicas del estado de Chiapas México y del país de Honduras.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## RESULTADOS

El presente estudio se llevó a cabo en este Centro Médico Nacional 20 de NOVIEMBRE, en la consulta externa del servicio de Dermatología con 30 pacientes derechohabientes en un periodo de tiempo comprendido del 1º. Marzo del 2000 al 30 de junio del 2001. Los cuales presentaron lesiones nodulares; con la finalidad de determinar la incidencia de la leishmaniasis en una zona no endémica.

Del grupo de pacientes se recolectaron los siguientes datos: edad, sexo, ocupación, lugar de origen, lugar de residencia, viajes en los últimos dos años a un sitio fuera del lugar de residencia y los antecedentes patológicos.

En la tabla 1. en donde se demuestra que el predominio por sexo fue: 16 de 30 pacientes son del sexo masculino(53. 3%) y 14 de 30 pacientes son del sexo femenino(46. 7%)ver tabla y gráfica 1. Con respecto a la distribución por edad esta varió de los 10 años hasta los 76 años con una mediana de 36 como se ilustra en la (tabla y gráfica 2).

El origen de los pacientes fue de diferentes estados de la República Mexicana como se observa en la (tabla 3. ) donde se encuentra que 14 de 30 pacientes fueron originarios del D. F.; y con respecto al lugar de residencia (tabla 4. ) 19 de 30 pacientes residen en el D. F. que corresponde al 63. 3%.

En cuanto a la ocupación y categoría de la ocupación (tablas 5 y 6)se encontró que 11 de 30 pacientes el 36. 7% presentó alguna ocupación manual(tabla 6. ).

Tomando en cuenta los viajes realizados por los pacientes fuera del lugar de residencia en los últimos dos años se encontró que 16de 30 pacientes (53. 3%) no realizaron ningún viaje y 14 de 30 pacientes (46. 7%) si realizaron viajes, ya fuera un área endémica o no(tabla 7y8).

Se analizaron también los antecedentes patológicos de los 30 pacientes (tabla 9 y 10), en la que predominaron los antecedentes ubicados en la categoría de origen cardiovascular con 7 pacientes de 30 afectados ( 23. 3%) y en otros 7 pacientes no se encontró ningún antecedente de relevancia

Durante la valoración de cada uno de los pacientes que se incluyeron en el estudio se realizó la impresión diagnóstica (IDX) de las lesiones nodulares (tabla 11. )en la que encontramos como diagnóstico predominante de dermatofibroma el cual se presentó en 7 de 30 pacientes (23. 3%), seguido del diagnóstico de lipoma en 6 pacientes (20%).

Cada muestra fue obtenida por medio de excéresis quirúrgica de las lesiones nodulares; las cuales fueron enviadas al servicio de Patología de este CMN 20 DE NOVIEMBRE para corroborar el diagnóstico clínico (ver tabla 12. ) en la que el estudio histopatológico reportó el diagnóstico de dermatofibroma en 7 de 30 pacientes que equivale al 23. 3%.

#### **RESULTADOS DE INMUNOFLUORESCENCIA INDIRECTA (IFI):**

A los 30 pacientes estudiados, independientemente de la impresión diagnóstica clínica se realizó el estudio de Inmunofluorescencia indirecta (IFI), como se explica la técnica en el apartado de material y método, la cual se llevo a cabo en el Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia epidemiológicos (INDRE).

Estos resultados se muestran en la tabla 13 y en la gráfica 3; resaltando de forma llamativa la presencia de 2 muestras positivas para inmunofluorescencia indirecta al ser expuestas al anticuerpo anti IgG humano antileishmanina

El punto de corte para título de anticuerpos se realizó con 1:4 para leishmania cutánea localizada y con 1:16 para leishmania diseminada, considerándose ambos como valores positivos.

Los pacientes afectados fueron el número 3 con título 1:32 y el número 4 con título 1:64  
Confirmando así el diagnóstico de leishmaniasis en dos pacientes ( 6. 7%) del sexo  
masculino.

La correlación entre sexo e IFI arrojó los siguientes resultados: de 14 pacientes del sexo  
femenino 14 fueron negativos y de los 16 pacientes del sexo masculino dos fueron  
positivos. (tabla 14)

Al comparar la edad con el resultado de IFI en los pacientes con resultado negativo la  
edad varió de 10 a 76 años con una media de 39. 5.

Y de los pacientes con resultado positivo la edad fue de 31 a 53 años con una media de  
42 años.

Observando el lugar de origen y de residencia de estos pacientes con resultados positivos  
(tabla 15 y 16) se encontró que ambos son originarios y residentes del D. F.

En cuanto a los viajes realizados en los últimos dos años fuera del lugar de residencia ya  
fuera un área endémica o no (tabla 17y 18), uno de los dos pacientes con resultado  
positivo tenía el antecedente de haber viajado al estado de Guerrero.

Dentro de los antecedentes patológicos comparando con la IFI se encontró que uno tuvo  
antecedente de Enfermedad Vascular Cerebral y el segundo afectado presentó obesidad.  
(tabla 19 y 20)

Ninguna de estas patologías se consideran un factor de riesgo para el desarrollo de la  
leishmaniasis , por lo que éstos antecedentes son coincidentales.

Resulta sobresaliente que en ninguno de los casos se hizo el diagnóstico clínico de  
leishmaniasis. Y que los diagnósticos presuntivos fueron lipoma y enfermedad de  
Christian Weber (tabla 21)



Desde el punto de vista histológico los diagnósticos de estos dos pacientes fueron: de uno angioliopoma y del segundo caso se reportaron datos compatibles con la enfermedad de Christian Weber (tabla 22)

TESIS CON  
FALLA DE CRICET

## CONCLUSIONES

El interés de este trabajo fue el de evaluar la frecuencia de subdiagnósticos de leishmaniasis en pacientes con lesiones nodulares de zonas no endémicas.

Como se demostró en los resultados la frecuencia estimada de leishmaniasis en un área no endémica fue del 6.7% de 2 de los 30 pacientes estudiados. Sobresaliendo que no se esperaba ningún diagnóstico positivo, por ser el grupo control negativo.

El seguimiento de los pacientes afectados con leishmaniasis se realiza con vigilancia periódica por parte del servicio de Dermatología de este CMN 20 DE NOVIEMBRE por lo menos durante dos años; ya que es importante determinar la subespecie de leishmania que aquí en México puede ser *L. mexicana* y *L. Brasiliensis*.

La de leishmania cutánea, cura espontáneamente en un periodo de 6 meses a dos años.

Con respecto a la técnica de inmunofluorescencia indirecta no hubo dudas en cuanto al diagnóstico ya que esta se realiza con anticuerpos específicos antileishmanina para llevar a cabo la reacción antígeno-anticuerpo.

Este estudio no presenta pruebas cruzadas con ésta técnica, además de que los dos pacientes con resultados positivos se corroboraron con la técnica de inmunohistoquímica.

La trascendencia de este estudio es que los resultados arrojados por esta investigación son sólo la primera parte de un estudio multicéntrico que se realizará en conjunto con el Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica (INDRE) que comparará estos resultados con pacientes de un área endémica de Chiapas México y

un área endémica del país de Honduras, estos resultados finales se encuentran aún en investigación.

Los resultados presentados en este estudio manifiestan el problema existente de subdiagnósticos clínico e histopatológico de leishmaniasis.

## TABLAS

**TABLA 1. DISTRIBUCIÓN POR SEXO**

SEXO	Freq	Percent	Cum.
F	14	46.7%	46.7%
M	16	53.3%	100.0%
Total	30	100.0%	

**TABLA 2. DISTRIBUCIÓN POR EDAD (AÑOS)**

EDAD	Freq	Percent	Cum.
10.0	1	3.3%	3.3%
19.0	1	3.3%	6.7%
22.0	1	3.3%	10.0%
25.0	1	3.3%	13.3%
27.0	1	3.3%	16.7%
29.0	2	6.7%	23.3%
31.0	1	3.3%	26.7%
32.0	1	3.3%	30.0%
33.0	2	6.7%	36.7%
36.0	5	16.7%	53.3%
38.0	2	6.7%	60.0%
40.0	2	6.7%	66.7%
44.0	1	3.3%	70.0%
45.0	1	3.3%	73.3%
47.0	1	3.3%	76.7%
52.0	1	3.3%	80.0%
53.0	1	3.3%	83.3%
56.0	1	3.3%	86.7%
60.0	1	3.3%	90.0%
66.0	1	3.3%	93.3%
67.0	1	3.3%	96.7%
76.0	1	3.3%	100.0%
Total	30	100.0%	

**TABLA 3. LUGAR DE ORIGEN**

L. Origen	Freq	Percent	Cum.
CHIS	1	3.3%	3.3%
DF	14	46.7%	50.0%
E. MEX	3	10.0%	60.0%
HGO	2	6.7%	66.7%
JAL	1	3.3%	70.0%
MICH	1	3.3%	73.3%
MOR	1	3.3%	76.7%
NL	1	3.3%	80.0%
OAX	1	3.3%	83.3%
SLP	1	3.3%	86.7%
SON	2	6.7%	93.3%
VER	2	6.7%	100.0%
Total	30	100.0%	

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**TABLA 4. LUGAR DE RESIDENCIA**

LR	Freq	Percent	Cum.
DF	19	63.3%	63.3%
E.MEX	3	10.0%	73.3%
HGO	2	6.7%	80.0%
MICH	1	3.3%	83.3%
MOR	1	3.3%	86.7%
QRO	1	3.3%	90.0%
SON	2	6.7%	96.7%
VER	1	3.3%	100.0%
Total	30	100.0%	

**TABLA 5. OCUPACIÓN**

OCUPACION	Frec	Percent	Cum.
ALBAÑIL	1	3.3%	3.3%
ARQUITECTO	1	3.3%	6.7%
CAMILLERO	1	3.3%	10.0%
CAMPESINO	1	3.3%	13.3%
CHOFER	4	13.3%	26.7%
COMERCIANTE	1	3.3%	30.0%
EMPLEADA	1	3.3%	33.3%
EMPLEADO	1	3.3%	36.7%
ENFERMERA	2	6.7%	43.3%
ESTUDIANTE	1	3.3%	46.7%
GESTOR	1	3.3%	50.0%
HOGAR	6	20.0%	70.0%
INCAPACITADO	1	3.3%	73.3%
LABORATORISTA	1	3.3%	76.7%
MAESTRA	3	10.0%	86.7%
MECANICO	1	3.3%	90.0%
MEDICO	1	3.3%	93.3%
RECEPCIONISTA	1	3.3%	96.7%
SECRETARIA	1	3.3%	100.0%
Total	30	100.0%	

**TABLA 6. FRECUENCIA DE CATEGORÍA DE OCUPACIÓN**

CAT_OCUP	Freq	Percent	Cum.
ADMINISTRATIVO	2	6.7%	6.7%
HOGAR	7	23.3%	30.0%
MANUAL	11	36.7%	66.7%
PROFESIONAL	10	33.3%	100.0%
Total	30	100.0%	

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**TABLA 7. FRECUENCIA DE PACIENTES QUE VIAJARON EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS**

VIAJES	Freq	Percent	Cum.
CHIS	1	3.3%	3.3%
DF	3	10.0%	13.3%
GRO	1	3.3%	16.7%
GTO	1	3.3%	20.0%
JAL	2	6.7%	26.7%
MOR	2	6.7%	33.3%
NEGADOS	16	53.3%	86.7%
PUE	1	3.3%	90.0%
SIN	1	3.3%	93.3%
VER	2	6.7%	100.0%
Total	30	100.0%	

**TABLA 8. FRECUENCIA DE CATEGORÍA DE VIAJES**

CAT_VIAJES	Freq	Percent	Cum.
NO	16	53.3%	53.3%
SI	14	46.7%	100.0%
Total	30	100.0%	

**TABLA 9. FRECUENCIA DE ANTECEDENTES**

ANTECED	Freq	Percent	Cum.
ARTRITIS	1	3.3%	3.3%
CISTICERCOS	1	3.3%	6.7%
CMV	1	3.3%	10.0%
CONDILOMAS	1	3.3%	13.3%
EPILEPSIA	3	10.0%	23.3%
ESCLEROSIS	1	3.3%	26.7%
EVC	1	3.3%	30.0%
HAS	6	20.0%	50.0%
HISTIOCITOS	1	3.3%	53.3%
IVRA	1	3.3%	56.7%
LANL M-5	1	3.3%	60.0%
LES	1	3.3%	63.3%
LLC	1	3.3%	66.7%
NF-I	1	3.3%	70.0%
OBESIDAD	1	3.3%	73.3%
SX MENIER	1	3.3%	76.7%
S/ANTECED	7	23.3%	100.0%
Total	30	100.0%	

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**TABLA 10. CATEGORIA DE ANTECEDENTE**

CAT_ANTC	Freq	Percent	Cum.
CARDIOVASCULAR	7	23.3%	23.3%
DERMATOLOGIA	2	6.7%	30.0%
ENDOCRINOLOGIA	1	3.3%	33.3%
HEMATOLOGIA	2	6.7%	40.0%
INFECTOLOGIA	1	3.3%	43.3%
NEUMOLOGIA	1	3.3%	46.7%
NEUROLOGIA	6	20.0%	66.7%
REUMATOLOGIA	3	10.0%	76.7%
S/ANTECEDENTE	7	23.3%	100.0%
Total	30	100.0%	

**TABLA 11. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA**

IDX	Freq	Percent	Cum.
DERMATOFIBROMA	7	23.3%	23.3%
ERITEMA NODOSO	4	13.3%	36.7%
HISTIOCITOSIS	1	3.3%	40.0%
INFILTRACION LEUC	2	6.7%	46.7%
LCCB	2	6.7%	53.3%
LIPOMA	6	20.0%	73.3%
NEUROFIBROMA	1	3.3%	76.7%
NEVO ID	1	3.3%	80.0%
PANICULITIS	1	3.3%	83.3%
PITIRIASIS ROSADA	1	3.3%	86.7%
QUISTE	2	6.7%	93.3%
RHM	1	3.3%	96.7%
WEBER C	1	3.3%	100.0%
Total	30	100.0%	

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**TABLA 12. RESULTADOS DE ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO**

HISTOPATOLOGICO	Freq	Percent	Cum.
ANGIOLIPOMA	2	6.7%	6.7%
DERMATOFIBROMA	7	23.3%	30.0%
ERITEMA NODOSO	2	6.7%	36.7%
HISTIOCITOSIS	1	3.3%	40.0%
INFILTRACION LEUC.	2	6.7%	46.7%
LCCB	1	3.3%	50.0%
LCCT	1	3.3%	53.3%
LIPOMA	4	13.3%	66.7%
NEUROFIBROMA	1	3.3%	70.0%
NEVO ID	1	3.3%	73.3%
PERIARTERITIS	1	3.3%	76.7%
PITIRIASIS ROSADA	1	3.3%	80.0%
QUISTE	2	6.7%	86.7%
RHM	1	3.3%	90.0%
URTICARIA	1	3.3%	93.3%
VASCULITIS	1	3.3%	96.7%
WEBER C	1	3.3%	100.0%
Total	30	100.0%	

**TABLA 13. ESTUDIO DE INMUNOFLORESCENCIA INDIRECTA**

IFI	Freq	Percent	Cum.
NEG	28	93.3%	93.3%
POS	2	6.7%	100.0%
Total	30	100.0%	

**TABLA 14. CORRELACION ENTRE SEXO E INMUNOFLORESCENCIA INDIRECTA:IFI**

SEXO	NEG	POS	Total
F	14	0	14
	100.0%	0.0%	46.7%
	50.0%	0.0%	
M	14	2	16
	87.5%	12.5%	53.3%
	50.0%	100.0%	
Total	28	2	30
	93.3%	6.7%	

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**TABLA 15. COMPARA LA IFI Y EL LUGAR DE ORIGEN**

LO	NEGATIVO	POSITIVO	Total
CHIS	1 > 100.0% 3.6%	0 > 0.0% 0.0%	1 > 3.3%
DF	12 > 85.7% 42.9%	2 > 14.3% 100.0%	14 > 46.7%
E.MEX	3 > 100.0% 10.7%	0 > 0.0% 0.0%	3 > 10.0%
HGO	2 > 100.0% 7.1%	0 > 0.0% 0.0%	2 > 6.7%
JAL	1 > 100.0% 3.6%	0 > 0.0% 0.0%	1 > 3.3%
MICH	1 > 100.0% 3.6%	0 > 0.0% 0.0%	1 > 3.3%
MOR	1 > 100.0% 3.6%	0 > 0.0% 0.0%	1 > 3.3%
NL	1 > 100.0% 3.6%	0 > 0.0% 0.0%	1 > 3.3%
OAX	1 > 100.0% 3.6%	0 > 0.0% 0.0%	1 > 3.3%
SLP	1 > 100.0% 3.6%	0 > 0.0% 0.0%	1 > 3.3%
SON	2 > 100.0% 7.1%	0 > 0.0% 0.0%	2 > 6.7%
VER	2 > 100.0% 7.1%	0 > 0.0% 0.0%	2 > 6.7%
Total	28 93.3%	2 6.7%	30

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**TABLA 16: COMPARA LA IFI CON EL LUGAR DE RESIDENCIA**

LR	IFI		Total
	NEG	POS	
DF	17	2	19
	89.5%	10.5%	63.3%
	60.7%	100.0%	
E.MEX	3	0	3
	100.0%	0.0%	10.0%
	10.7%	0.0%	
HGO	2	0	2
	100.0%	0.0%	6.7%
	7.1%	0.0%	
MICH	1	0	1
	100.0%	0.0%	3.3%
	3.6%	0.0%	
MOR	1	0	1
	100.0%	0.0%	3.3%
	3.6%	0.0%	
QRO	1	0	1
	100.0%	0.0%	3.3%
	3.6%	0.0%	
SON	2	0	2
	100.0%	0.0%	6.7%
	7.1%	0.0%	
VER	1	0	1
	100.0%	0.0%	3.3%
	3.6%	0.0%	
Total	28	2	30
	93.3%	6.7%	

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**TABLA 17. COMPARACIÓN DE IFI CON VIAJES**

VIAJES	IFI		Total
	NEGATIVO	POSITIVO	
CHIS	1	0	1
	100.0%	0.0%	3.3%
	3.6%	0.0%	
DF	3	0	3
	100.0%	0.0%	10.0%
	10.7%	0.0%	
GRO	0	1	1
	0.0%	100.0%	3.3%
	0.0%	50.0%	
GTO	1	0	1
	100.0%	0.0%	3.3%
	3.6%	0.0%	
JAL	2	0	2
	100.0%	0.0%	6.7%
	7.1%	0.0%	
MOR	2	0	2
	100.0%	0.0%	6.7%
	7.1%	0.0%	
SIN VIAJES	15	1	16
	93.8%	6.3%	53.3%
	53.6%	50.0%	
PUE	1	0	1
	100.0%	0.0%	3.3%
	3.6%	0.0%	
SIN	1	0	1
	100.0%	0.0%	3.3%
	3.6%	0.0%	
VER	2	0	2
	100.0%	0.0%	6.7%
	7.1%	0.0%	
Total	28	2	30
	93.3%	6.7%	

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**TABLA 18. CATEGORÍA DE VIAJE E IFI**

CAT_VIAJES	NEGATIVO	POSITIVO	Total
NO	15	1	16
	93.8%	6.3%	53.3%
	53.6%	50.0%	
SI	13	1	14
	92.9%	7.1%	46.7%
	46.4%	50.0%	
Total	28	2	30
	93.3%	6.7%	

**TABLA 19: COMPARACION DE ANTECEDENTES CON IFI**

ANTECED	NEG	POS	Total
ARTRITIS	1	0	1
	100.0%	0.0%	3.3%
	3.6%	0.0%	
CISTICERCOS	1	0	1
	100.0%	0.0%	3.3%
	3.6%	0.0%	
CMV	1	0	1
	100.0%	0.0%	3.3%
	3.6%	0.0%	
CONDILOMAS	1	0	1
	100.0%	0.0%	3.3%
	3.6%	0.0%	
EPILEPSIA	3	0	3
	100.0%	0.0%	10.0%
	10.7%	0.0%	
ESCLEROSIS	1	0	1
	100.0%	0.0%	3.3%
	3.6%	0.0%	

ESTA TESIS NO ESTÁ  
DE LA BIBLIOTECA

... continuación de la tabla 19

EVC		0		1		1
	>	0.0%	>	100.0%	>	3.3%
		0.0%		50.0%		
HAS		6		0		6
	>	100.0%	>	0.0%	>	20.0%
		21.4%		0.0%		
HISTIOCIITOS		1		0		1
	>	100.0%	>	0.0%	>	3.3%
		3.6%		0.0%		
IVRA		1		0		1
	>	100.0%	>	0.0%	>	3.3%
		3.6%		0.0%		
LANL M-5		1		0		1
	>	100.0%	>	0.0%	>	3.3%
		3.6%		0.0%		
LES		1		0		1
	>	100.0%	>	0.0%	>	3.3%
		3.6%		0.0%		
LLC		1		0		1
	>	100.0%	>	0.0%	>	3.3%
		3.6%		0.0%		
NF-I		1		0		1
	>	100.0%	>	0.0%	>	3.3%
		3.6%		0.0%		
OBESIDAD		0		1		1
	>	0.0%	>	100.0%	>	3.3%
		0.0%		50.0%		
S/ANTECED		7		0		7
	>	100.0%	>	0.0%	>	23.3%
		25.0%		0.0%		
SX MENIER		1		0		1
	>	100.0%	>	0.0%	>	3.3%
		3.6%		0.0%		
Total		28		2		30
		93.3%		6.7%		

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**TABLA 20: CATEGORIA DE ANTECEDENTES E IFI**

CAT_ANTC	NEGATIVO	POSITIVO	Total
CARDIOVASCULAR	6 > 85.7% 21.4%	1 > 14.3% 50.0%	7 > 23.3%
DERMATOLOGIA	2 > 100.0% 7.1%	0 > 0.0% 0.0%	2 > 6.7%
ENDOCRINOLOGIA	0 > 0.0% 0.0%	1 > 100.0% 50.0%	1 > 3.3%
HEMATOLOGIA	2 > 100.0% 7.1%	0 > 0.0% 0.0%	2 > 6.7%
INFECTOLOGIA	1 > 100.0% 3.6%	0 > 0.0% 0.0%	1 > 3.3%
NEUMOLOGIA	1 > 100.0% 3.6%	0 > 0.0% 0.0%	1 > 3.3%
NEUROLOGIA	6 > 100.0% 21.4%	0 > 0.0% 0.0%	6 > 20.0%
REUMATOLOGIA	3 > 100.0% 10.7%	0 > 0.0% 0.0%	3 > 10.0%
S/ANTECEDENTE	7 > 100.0% 25.0%	0 > 0.0% 0.0%	7 > 23.3%
Total	28 93.3%	2 6.7%	30

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**TABLA 21. COMPARACIÓN DE IMPRESIÓN DIAGNOSTICA E IFI**

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA	NEGATIVO	POSITIVO	Total
DERMATOFIBROMA	7 > 100.0% 25.0%	0 > 0.0% 0.0%	7 > 23.3%
ERITEMA NODOSO	4 > 100.0% 14.3%	0 > 0.0% 0.0%	4 > 13.3%
HISTIOCIDIOSIS	1 > 100.0% 3.6%	0 > 0.0% 0.0%	1 > 3.3%
INFILTRACION LEUC	2 > 100.0% 7.1%	0 > 0.0% 0.0%	2 > 6.7%
LCCB	2 > 100.0% 7.1%	0 > 0.0% 0.0%	2 > 6.7%
LIPOMA	5 > 83.3% 17.9%	1 > 16.7% 50.0%	6 > 20.0%
NEUROFIBROMA	1 > 100.0% 3.6%	0 > 0.0% 0.0%	1 > 3.3%
NEVO ID	1 > 100.0% 3.6%	0 > 0.0% 0.0%	1 > 3.3%
PANICULITIS	1 > 100.0% 3.6%	0 > 0.0% 0.0%	1 > 3.3%
PITIRIASIS ROSADA	1 > 100.0% 3.6%	0 > 0.0% 0.0%	1 > 3.3%
QUISTE	2 > 100.0% 7.1%	0 > 0.0% 0.0%	2 > 6.7%
RHM	1 > 100.0% 3.6%	0 > 0.0% 0.0%	1 > 3.3%
WEBER C	0 > 0.0% 0.0%	1 > 100.0% 50.0%	1 > 3.3%
<b>Total</b>	<b>28</b> <b>93.3%</b>	<b>2</b> <b>6.7%</b>	<b>30</b>

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**TABLA 22. COMPARACIÓN DE ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO E IFI.**

HISTOPATOLOGICO	NEGATIVO	POSITIVO	Total
ANGIOLIPOMA	1 50.0% 3.6%	1 50.0% 50.0%	2 6.7%
DERMATOFIBROMA	7 100.0% 25.0%	0 0.0% 0.0%	7 23.3%
ERITEMA NODOSO	2 100.0% 7.1%	0 0.0% 0.0%	2 6.7%
HISTIOCITOSIS	1 100.0% 3.6%	0 0.0% 0.0%	1 3.3%
INFILTRACION LEUC.	2 100.0% 7.1%	0 0.0% 0.0%	2 6.7%
LCCB	1 100.0% 3.6%	0 0.0% 0.0%	1 3.3%
LCCT	1 100.0% 3.6%	0 0.0% 0.0%	1 3.3%
LIPOMA	4 100.0% 14.3%	0 0.0% 0.0%	4 13.3%
NEUROFIBROMA	1 100.0% 3.6%	0 0.0% 0.0%	1 3.3%
NEVO ID	1 100.0% 3.6%	0 0.0% 0.0%	1 3.3%
PERIARTERITIS	1 100.0% 3.6%	0 0.0% 0.0%	1 3.3%
PITIRIASIS ROSADA	1 100.0% 3.6%	0 0.0% 0.0%	1 3.3%

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

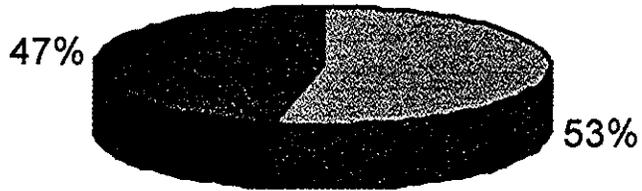
...continuación de la tabla 22

QUISTE		2		0		2
	>	100.0%	>	0.0%	>	6.7%
		7.1%		0.0%		
-----						
RHM		1		0		1
	>	100.0%	>	0.0%	>	3.3%
		3.6%		0.0%		
-----						
URTICARIA		1		0		1
	>	100.0%	>	0.0%	>	3.3%
		3.6%		0.0%		
-----						
VASCULITIS		1		0		1
	>	100.0%	>	0.0%	>	3.3%
		3.6%		0.0%		
-----						
WEBER C		0		1		1
	>	0.0%	>	100.0%	>	3.3%
		0.0%		50.0%		
-----						
Total		28		2		30
		93.3%		6.7%		

TESIS CON  
ENCUADERNADO DE ORIGEN

## RESULTADOS

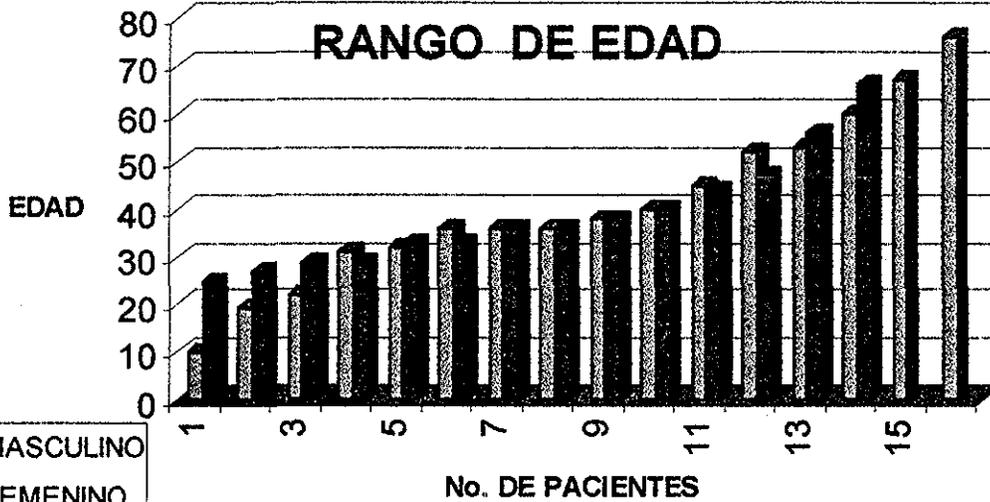
MASCULINO  
 FEMENINO



TOTAL = 30

Gráfica No 1:  
Distribución por sexo en la que se muestra el predominio en el sexo masculino con 53.3%

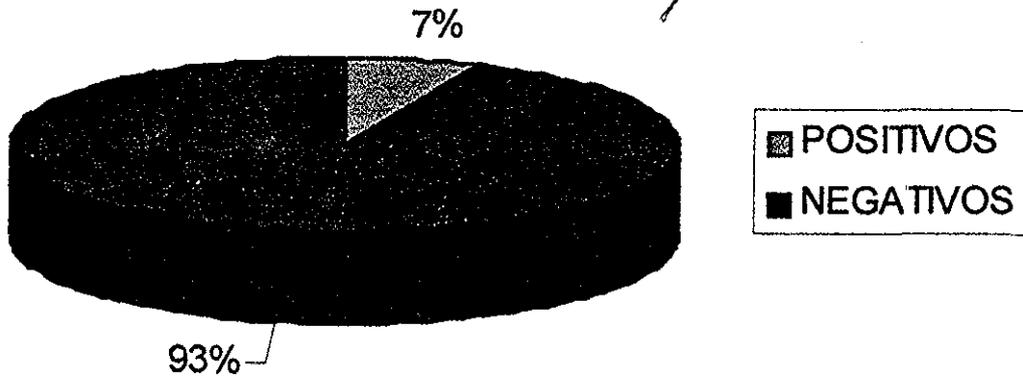
## RANGO DE EDAD



Gráfica No 2  
el rango de edad va de los 10 años a los 76 años en el sexo masculino  
y el rango de edad en el sexo femenino va de 25 a 66 años

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### INMUNOFLUORESCENCIA



gráfica No 3 INMUNOFLUORESCENCIA INDIRECTA (IFI)  
Se obtuvieron 2 pacientes con resultado positivo (6.7%)  
Y los 28 pacientes restantes fueron negativos (93.3%)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## BIBLIOGRAFIA:

- 1) Jerome Goddard. Leishmaniasis. Infect Med. 1999;16(9):566-569
- 2) S. A. Grevelink, E. A. Lerner. Leishmaniasis. Journal American Academy Dermatology 1996;34:257-72
- 3) M. I. Gómez, A. Torrelo, A. España. Leishmaniasis cutánea. PIEL 1991;6:50-62
- 4) H. Ono, M. Ghoreishi, H. Yokozeki, I. Katayama. A case of Post-kala-azar Dermal Leishmaniasis. The Journal of Dermatology:1998 :25;118-120
- 5) A. B. Koff, T. Rosen. Treatment of cutaneous leishmaniasis. Journal of the American Academy of Dermatology. 1994;31;5 parte1,693-709
- 6) Oscar Velasco Castrejón. Las Leishmaniasis con especial referencia a México. Publicación Técnica del INDRE. Número 7. México D. F. 1991
- 7) Amado Saúl. Lecciones de Dermatología. 13ava edición1993. Reimpresión 8,1998.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN