



PASIÓN POR EDUCAR

NOMBRE DEL ALUMNO: Juan Carlos
López Gómez

NOMBRE DEL PROFESOR: Dr. Aguilar
Felipe Ricardo De Jesus.

NOMBRE DEL TRABAJO: Cuadro comparativo
de enfermedades exantemáticas agudas

MATERIA: Clínica pediátrica.

PASIÓN POR EDUCAR

GRADO: Séptimo semestre grupo A

Comitán de Domínguez Chiapas a 17 de Septiembre de 2

Cuadro comparativo de enfermedades exantemáticas agudas

Enfermedad	Definición	Etiología	Epidemiología	Tiempo de incubación	vía de contagio	Cuadro clínico	Tipo y localización de las adenopatías	Tipo y localización de los exantemas	Diagnóstico	Tratamiento
Staphylococcemia	Aparecen de manera secundaria a una lesión de la epidermis, lo que facilita la infección por Staphylococcus.	Infección por Staphylococcus.	frecuente de presentación es en niños de 2 a 5 años, pero puede afectar a individuos de cualquier edad.	dos a cuatro horas.	por contacto o diseminación de partículas gruesas.	Fiebre, dolor, rash, hipotensión, síndrome compartamental, ictericia y síndrome de disfunción orgánica múltiple.		aparición de conjuntivitis y edema facial, sobre todo en los niños pequeños, y descamación periorificial. Afecta mayormente la cara, las axilas y las ingles, aunque puede afectar a toda la superficie corporal. Puede acompañarse de fiebre y el paciente suele presentar mal estado general o irritabilidad por dolor.	exploración física ecocardiograma	Cefalexina o Amoxicilina con Acido Clavulánico.
Eritema infeccioso	Es una infección viral que afecta con frecuencia los glóbulos rojos.	Causada por parvovirus humano B19 (PVB19), se presenta, comúnmente, en niños de 6 a 19 años y en edad geriátrica.	frecuente durante la primavera y suele provocar brotes localizados con intervalos de pocos años entre los niños (en particular, en aquellos de 5 a 7 años de edad).	4 a 21 días,	inhalación de aerosoles, transfusión sanguínea y vertical (congénita).	manifestaciones iniciales típicas del eritema infeccioso son síntomas seudogripales inespecíficos (p. ej., febrícula, ligero malestar general).		exantema eritematoso en frente y mejillas, que asemeja una "mejilla abofeteada"; no doloroso con incremento de la temperatura local y edema; y palidez peribucal. En la segunda etapa el exantema es papular distal y simétrico en el tronco y piernas con apariencia de encaje. La tercera etapa tiene duración variable, con erupción recurrente por varias semanas. Puede haber cambios en la intensidad y aparición de la erupción con la presión cutánea, la luz solar, calor o frío extremo, o el estrés. Se presenta con elevación leve de temperatura corporal, la fiebre alta por lo general sugiere otro diagnóstico.	Clínica serología y PCR.	Tratamiento de sostén Solo se requiere tratamiento sintomático del eritema infeccioso. Se ha usado la inmunoglobulina IV para limitar la viremia y aumentar la eritropoyesis en inmunosuprimidos
Enfermedad de Kawasaki	enfermedad de la infancia que se ha convertido en una de las principales causas mundiales de cardiopatía adquirida	Se desconoce la etiología	afectado son los menores de 5 años, con relación varón: mujer de 1.5:1. El mayor número de casos son en primavera e invierno y la recurrencia se presenta en 3.5% de los pacientes	puede durar de 2 a 12 semanas o más tiempo	Se conoce muy poco acerca de cómo una persona puede contraer este síndrome.	fase aguda inicia con fiebre y termina con la defervescencia, dura en promedio 11 días o menos si se da tratamiento. La fase subaguda inicia con la resolución de la fiebre y termina con la resolución del cuadro clínico, normalmente inicia en el día 10 de la enfermedad y dura dos semanas	Adenopatía cervical (≥ 1.5 cm de diámetro, unilateral)	Eritema difuso en mucosa orofaríngea Eritema o fisuras en los labios Exantema polimorfo o Cambios periféricos en extremidades. Eritema o edema en palmas o plantas Descamación periungueal en fase subaguda	clínico, no hay una prueba diagnóstica específica para esta enfermedad.	inmunoglobulina IV (IGIV) en alta dosis Aspirina en alta dosis

Sarampión	Afección dérmica se presenta como exantema maculo papular, eritematoso, no escamoso y no purpúrico, inicialmente tenue, que pueden llegar a ser confluentes principalmente en cara, cuello y hombros	causado por un virus de la familia de los paramixovirus	en menores de 5 años y adultos de más de 30 años.	entre 7 y 18 días (media de 14 días).	suele transmitir a través del contacto directo y del aire	cuadro prodrómico se caracteriza por tos, coriza, conjuntivitis e irritabilidad.	exantema maculo papular, eritematoso, no escamoso y no purpúrico, inicialmente tenue, que pueden llegar a ser confluentes principalmente en cara, cuello y hombros. Existe afección de mucosa oral con manchas de Koplik (pápulas pequeñas de color blanco azulado con areola eritematosa).	Anamnesis y examen físico Pruebas serológicas Detección viral por cultivo o reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR)	No existe tratamiento específico contra el sarampión. Se sugiere administrar Vitamina A 200,000 UI en mayores de 1 año, 100,000 UI en menores de 1 año.
Rubeola	infección viral que puede causar adenopatías, exantema y, en ocasiones, síntomas generales que en general son leves y breves.	virus del género Rubivirus.	Incidencia es en menores de 1 año a 4 años y en personas inmunocomprometidas. Predominantemente en primavera y verano complicaciones neurológicas son raras (1:6.000 a 1:24.000);	14 a 20 días	contacto directo, inhalación de aerosoles y vertical (congénita)	fiebre, malestar general, conjuntivitis y adenopatías en los adultos, pero que puede ser mínima o estar ausente en los niños.	exantema es maculopapular rosado y se asocia a la presencia de adenomegalias con localización característica en región retroauricular y cérico-suboccipital. Las lesiones tienen una aparición cefalocaudal que pueden llegar a ser confluentes; con dirección descendente, pruriginosas, y pueden durar hasta tres días, desapareciendo en orden invertido a su aparición	pruebas serológicas (ELISA, Inhibición de la hemoaglutinación, Anticuerpos por inmunofluorescencia) y aislamiento del virus en secreción nasal, sangre, garganta, orina o LCR.	No se dispone de un tratamiento específico para la rubéola
Varicela	es una infección sistémica aguda que suele aparecer en la infancia y es causada por el virus varicela-zóster	virus de la varicela-zoster (VVZ)	mayor incidencia es en menores de 1 año y de 1 a 4 años; predominando en primavera e invierno. Más del 90% de los casos ocurren en niños menores de 10 años	10 a 21 días	contacto directo con secreciones respiratorias o las lesiones dérmicas; y en menor frecuencia por vía vertical.	1-2 días antes de la aparición del exantema hay fiebre, malestar general, cefalea, anorexia, dolor abdominal.	El exantema tiene aparición cefalocaudal. Es maculopapular pruriginoso, de 3-5mm de diámetro rodeadas por un halo eritematoso que rápidamente evoluciona a vesícula con apariencia de "gotas de agua", se umbilican al mismo tiempo que el contenido se vuelve turbio constituyendo a las pústulas, que posteriormente forman costras. Aparece en brotes que permite visualizar simultáneamente todos los estadios. Las costras al desprenderse entre 1-3 semanas dejan mancha hipocrómica.	clínico pero cuando se tiene duda una prueba rápida es la de Tzanck	valaciclovir, famciclovir o aciclovir por vía oral

Sx pie mano boca	Infección viral producida por una variedad del virus Coxsackie.	El patógeno más común es el virus de Coxsackie A16, pero también se presenta por infección por Coxsackie A2, A5, A9, A10, B2, B3, B5 y enterovirus 71.	niños de edad entre 6 meses y 13 años, con mayor frecuencia durante los meses de verano y otoño; con predominio en área tropical.	2 a 14 días.	vía fecal-oral u oral-oral. La transmisión por gotas respiratorias también puede ocurrir pero es menos probable.	fiebre de bajo grado, anorexia, odinofagia y dolor abdominal.	vesículas ovaladas de 2-3 mm, con localización dorsal y lateral de los dedos, así como en la superficie palmar y plantar; que a menudo se disponen paralelamente a los dermatomas, rodeados por un halo eritematoso. Puede haber prurito o ser asintomático. También se acompaña por úlceras dolorosas en mucosas (paladar, lengua, carillos) El exantema puede también estar presente en muslos. Desaparece después de 5 a 10 días de haber aparecido. La mucosa oral tiene vesículas que se erosionan para formar úlceras 2 mm de diámetro, muy dolorosas Los casos que tienden a complicarse son los que se presentan con vómitos, leucocitosis, y ausencia de úlceras orales, en infección causada por EV-71	Clínico detección directa de virus a partir de secreciones de nasofaringe, LCR, sangre o una biopsia (aislamiento del virus seguido por PCR) y/o serología viral.	No hay tratamiento específico, la enfermedad remite en pocos días sin tratamiento. Es recomendable hidratar al niño y en caso de haber úlceras en la boca evitar bebidas ácidas pues pueden causar dolor.
Sx Steven Johnson	enfermedad dérmica exfoliativa que pone en peligro la vida. Frecuentemente están afectados otros órganos y se requiere un equipo multidisciplinario para su tratamiento	trimetoprim-sulfametoxazol y otras sulfonamidas, seguidas por otros antibióticos como cefalosporinas, quinolonas y amino penicilinas. VIH, Mycoplasma pneumoniae y hepatitis A.	anualmente con una incidencia de 4.3 a 10 casos por millón de habitantes, 20% se trata de niños y adolescentes	varía de 1 a 28 días, en promedio siete.	hipersensibilidad desencadenada por infecciones y/o drogas	se presenta con fiebre y cuadro gripal 1 a 3 semanas después de la aplicación del fármaco. Uno a 3 días después inicia en las membranas incluyendo ojos, boca, nariz y genitales. Las lesiones dérmicas se manifiestan como maculas generalizadas con centros purpúricos	Las máculas progresan a vesículas grandes con desprendimiento de la epidermis, sin involucrar folículos pilosos. En 3-5 días la separación de la epidermis progresa y provoca grandes áreas denudadas altamente dolorosas, con pérdida de agua y proteínas, excesiva; sangrado, pérdida de calor por evaporación con hipotermia subsecuente e infección.	Evaluación clínica Biopsia cutánea	Ciclosporina Posiblemente corticosteroides, plasmaféresis, inmunoglobulina IV (IVIG) o inhibidores del factor de necrosis tumoral (TNF)-alfa

Bibliografía

IMSS. (2015). *Diagnóstico diferencial de los Exantemas Infecciosos* . Obtenido de <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/588GRR.pdf>

MARTÍNEZ, D. R. (s.f.). *Salud y enfermedad del niño y del adolescente*. Obtenido de <file:///C:/Users/ENSERES/OneDrive/Documentos/Pediatria%20Martinez.%20Salud%20y%20Enfermedad%20del%20Ni%C3%B1o%20y%20del%20Adolescente%208a%20Edicion.pdf>