



CLINICA PEDIATRICA.

CUADRO COMPARATIVO.

DRA. MORALES PEREZ JESUS ALEJANDRO.

RONALDO DARINEL ZAVALA VILLALOBOS.

SEPTIMO SEMESTRE Gpo A

Comitán de Domínguez Chiapas a 7 De Septiembre del 2025.

ENFERMEDADES							
	AGENTE CAUSAL	EDAD MÁS FRECUENTE	PRINCIPALES FORMAS DE CONTAGIOS	MANIFESTACIONES CLÍNICAS TÍPICAS Y ATÍPICAS	DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y LABORATORIO	TRATAMIENTO DE PRIMERA Y SEGUNDA LÍNEA	MODAS DE PREVENCIÓN
VIRUS DEL HERPES SIMPLE TIPO 1 (VHS-1)	HSV-1 virus ADN de doble cadena, neurotrópico y perteneciente a la familia Herpesviridae.	Entre los 5 y 30 años y >50 años.	Contacto directo con secreciones oral besos, contacto boca a boca, sexo oral (boca-genital), transmisión vertical durante el parto.	DEL HOMBILIGO HACIA ARRIBA Vesículas agrupadas en ramillete sobre mucosa queratinizada, que se ulceran rápidamente formando erosiones con bordes eritematosos; dolorosas y curan en 8-10 días sin cicatriz, gingivostomatitis, ardor, dolor, vesículas amarillentas, cicatrización sin dolor, halitosis, disfagia, linfadenitis sub maxilar.	CLÍNICO: presencia de lesiones Cultivo viral, PCR, inmunofluorescencia directa. Tinción deTzanck (Giemsa) ELISA	Dosis estándar:15 mg/kg/día cada 8h x 5-10 días RN: 30-60 mg/kg/día >14 días (localizada) >21 días (diseminada o SNC) SEGUNDA LÍNEA Resistencia al Aciclovir Foscarnet: 40 mg/kg cada 8h Alternativa: Ganciclovir	Evitar contacto con lesiones activas lavado cuidadoso de manos antes y después del contacto con lesiones. Supresión antiviral en el embarazo o brotes frecuentes uso de condón, protección durante sexo oral
VIRUS DEL HERPES SIMPLE TIPO 2 (VHS-2)	El HSV-2 es un virus de ADN bicatenario de la familia Herpesviridae	En la infancia, el HSV-2 se manifiesta con mayor frecuencia en el período neonatal, dentro de las primeras semanas de vida. En edades posteriores, cualquier manifestación genital por HSV-2 en niños debe elevar sospecha de abuso sexual.	Transmisión perinatal: durante el parto Transmisión posnatal: más rara Transmisión sexual, lo que requiere una evaluación cuidadosa	Neonatos: pueden presentarse con lesiones vesiculares en piel, ojos, boca, o una enfermedad diseminada (hepática, pulmonar, CNS). Merck Manuals Wikipedia Niños mayores: presencia de lesiones genitales, úlceras dolorosas, a veces síntomas sistémicos como fiebre o adenopatías.	Clínico: identificación de vesículas o úlceras características en genitales o mucosas, sobre contexto epidemiológico (p. ej., madre con infección al parto o sospecha de abuso). Laboratorial: PCR o cultivo de lesiones, o exudado corporal en neonatos con sospecha de enfermedad diseminada. Serotipo específico (IgG/IgM).	Aciclovir IV: 20 mg/kg/dosis cada 8 horas (60 mg/kg/día), durante 21 días Si hay afectación del sistema nervioso central: 14 días si es enfermedad limitada a piel/ojos/boca. SEGUNDA LÍNEA Niños mayores, enfermedad leve): Aciclovir oral: 400 mg 3 veces al día por 7-10 días. Valaciclovir o famciclovir	Prevención neonatal: Evitar parto vaginal Considerar cesárea. Uso de aciclovir supresor en madre desde la semana 36 para reducir excreción viral y riesgos al parto. Prevención posnatal: Evitar contacto con personas con lesiones herpéticas activas En niños mayores: Educación sobre transmisión sexual: uso de barreras de protección en adolescentes.
IMPÉTIGO	Staphylococcus aureus Streptococcus pyogenes Ambos son beta-hemolíticos. Producen gran variedad de enzimas y toxinas que confieren alta resistencia y sobrevida.	Afecta sobre todo a niños entre los 2 y 5 años.	Por contacto directo con lesiones o secreciones de personas infectadas, o por fómites (ropa, toallas, juguetes).	Impétigo no ampuloso (más común): vesículas o pápulas que evolucionan a pústulas y luego costras melicéricas (color miel), pruriginosas, típicamente en rostro, extremidades. No deja cicatriz. Impétigo ampuloso: Ampollas grandes que, al reventar, forman costras; más frecuente en lactantes y zonas de fricción.	Clínico: diagnóstico principalmente observacional por patrón característico de lesiones; generalmente no requiere pruebas complementarias. Laboratorial: se reservan para casos no responsivos: cultivo del exudado para identificar al agente y determinar sensibilidad	Mupirocina al 2 %, aplicar 3 veces al día durante 7 días, tras limpiar con agua y jabón, secar y retirar costras; revalorar a los 3 días. SEGUNDA LÍNEA Enfermedad extendida o complicaciones Cefalexina, amoxicilina-ácido clavulánico, cloxacilina, eritromicina (según disponibilidad y condiciones). Para impétigo ampuloso o ectima, se recomienda tratamiento oral sistémico similar. Limpieza frecuente con agua y jabón, mantener uñas cortas, cubrir o acolchar lesiones para evitar autoinoculación.	Higiene: lavado frecuente de manos, baño diario, mantener uñas cortas y limpias. Lavado con agua caliente de ropa, toallas, ropa de cama. Evitar contacto: Aislar al niño durante las primeras 24 h tras iniciar tratamiento antibiótico o mientras haya exudado. Evitar compartir artículos personales (toallas, ropa, juguetes). Cubrir lesiones: usar apósitos antiadherentes o vendaje para evitar contagio
DERMATITIS ATÓPICA	Enfermedad inflamatoria crónica con un fuerte componente genético e inmunológico, que se agrava por factores ambientales y alteraciones en la barrera cutánea. Se asocia frecuentemente con antecedentes familiares de atopía (asma, rinitis alérgica, eccema)	Comienza principalmente en la infancia: entre el primer año de vida (60-85%). En lactantes (de 3 a 5 meses), es la forma más común	No es una enfermedad contagiosa	Lactantes (3-5 meses): Placas eritematosas, vesiculosas y exudativas en mejillas (respetando triángulo nasolabial), mentón, cuero cabelludo Infantil (edad escolar): lesiones en pliegues flexurales (codos, rodillas), con eritema, pápulas, liquenificación Adolescencia/adultos: Aparece en pliegues típicos (cara, cuello, flexuras), con placas liquenificadas, a veces dishidrosis o prurigo nodular	CLÍNICO: Prurito, localización característica, piel seca y cronicación No se usan rutinariamente pruebas de laboratorio (IgE, test alérgicos), solo en casos específicos	Cuidados no farmacológicos y emolientes Los emolientes son fundamentales: cremas sin perfume, aplicadas varias veces al día, especialmente tras el baño Corticoides tópicos Durante los brotes: Corticoides tópicos de baja o mediana potencia, 1-2 veces al día por 3 semanas SEGUNDA LÍNEA: Inhibidores de calcineurina Tacrolimus (0 % en niños) y pimecrolimus (1 %) aplicados cada 12 h, seguros por periodos prolongados Antihistamínicos sedantes para prurito nocturno que impacte el sueño y calidad de vida, por 7-14 días	Evitar desencadenantes ambientales: prendas sintéticas o lana, suavizantes, calor, sudor, tabaco, estrés, irritantes químicos Usar ropa de algodón, lavado sin suavizante, mantener temperatura y humedad ambiental (20-22 °C con humidificador) Cuidado de la piel: baños cortos, emolientes frecuentes, uñas cortas, uso de guantes para evitar dano por rascado
DERMATITIS SEBORREICA	Afección inflamatoria, no contagiosa, caracterizada por exceso de sebo, descamación y participación de la levadura Malassezia.	Aparece generalmente entre las 3 semanas y los 12 meses de edad. En lactantes, suele resolverse entre los 6 y 12 meses, aunque en algunos puede persistir hasta los 2-3 años.	No es contagiosa, ni consecuencia de mala higiene o alergia.	Escamas amarillas o blancas, grasosas o costrosas. Se observan en cejas, párpados, detrás de orejas, nariz, cuello e incluso pliegues como la zona del pañal. No suele causar picor ni molestia.	Diagnóstico clínico: Basado en la apariencia típica en cuero cabelludo del lactante; no requiere estudios de laboratorio.	Aplicar aceite mineral o vaselina sobre el cuero cabelludo para ablandar escamas, dejar actuar varios minutos (o incluso horas), luego lavar con champú para bebé y cepillar suavemente para retirar las costras. Repetir diariamente o cada dos días según necesidad. SEGUNDA LÍNEA Champú con ketoconazol al 2 %: utilizado durante el baño, opción segura bajo supervisión si los cuidados en casa no son suficientes. Corticosteroides tópicos de baja potencia: aplicados por corto tiempo si hay inflamación persistente; bajo indicación médica.	La prevención se centra en limpieza regular con champú suave para bebé, y no rascar ni remover brutalemente las costras, ya que eso puede causar irritación o sobreinfección.
MOLUSCO CONTAGIOSO	Virus del molusco contagioso, perteneciente a la familia Poxviridae (Molluscipoxvirus)	Se presenta principalmente en niños entre 1 y 10 años	Contacto directo piel a piel con lesiones Autoinoculación, al rascar o tocar las lesiones y luego otras zonas. Fómites: toallas, ropa, juguetes, objetos compartidos, agua de baño o alberca	Lesiones: pápulas de 1-5 mm, en forma de cúpula, de color rosado, nacarado o color piel, con centro umbilicado Suelen agruparse y afectan principalmente cara, tronco, extremidades. Generalmente indoloras y asintomáticas, aunque pueden inflamarse o producir eccema local	CLÍNICO: mediante examen físico por la apariencia característica de las lesiones No son necesarias pruebas adicionales en la práctica común.	Expectante: como es autolimitado, suele resolverse espontáneamente en 6-12 meses, aunque ocasionalmente dura hasta 2-5 años. SEGUNDA LÍNEA Curetaje, extracción del núcleo: remoción mecánica rápida; puede requerir anestesia tópica Criciurugia, Cantaridina, laser, Tópicos: tretinoína, salicílico, imiquimod, berdazimer, podofilox, uso bajo prescripción, con potencial de irritación	Higiene: lavarse manos, evitar compartir toallas, ropa, juguetes, equipamiento deportivo Cubrir lesiones con vendajes o ropa para reducir contagio. Los niños no necesitan quedarse en casa; pueden asistir a guardería o escuela