



**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
<b>VIRUS DEL HERPES SIMPLE TIPO 1 (VHS-1)</b>	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 HOMBILICO 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, gingivoestomatitis, ardor, dolor, vesículas amarillentas, cicatrización sin dolor, halitosis, disfagia, linfadenitis sub maxilar.	CLINICO: presencia de lesiones Cultivo viral, PCR, inmunofluorescencia directa. Tinción deTzank (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 LINEA 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
<b>VIRUS DEL HERPES SIMPLE TIPO 2 (VHS-2)</b>	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.	Clinico: 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 LINEA Niños mayores, enfermedad leve:  Aciclovir oral: 400 mg 5 veces al día por 7-10 días. Valaciclovir o famaciclovir	Prevención neonatal: Evitar parte 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.
<b>IMPÉTIGO</b>	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 fomites (ropa, toallas, juguetes).	Impétigo no ampolloso (más común): vesículas o pápulas que evolucionan a pústulas y luego costras melicéricas (color miel), pruriginosas, típicamente en rostro, extremidades. No deja cicatriz.  Impétigo ampolloso: Ampollas grandes que, al reventar, forman costras; más frecuente en lactantes y zonas de fricción.	Clinico: 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 lavar con agua y jabón, secar y retirar costras; revalorar a los 3 días.  SEGUNDA LINES Enfermedad extendida o complicaciones: Cefalexina, amoxicilina-ácido clavulánico, cinoxacilina, eritromicina (según disponibilidad y condiciones).  Para impétigo ampolloso o ectima, se recomienda tratamiento oral sistémico similar.  Limpieza frecuente con agua y jabón, mantener uñas cortas, cubrir o aislchar 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
<b>DERMATITIS ATÓPICA</b>	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, nítits 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 (respectando triángulo nasolabial); mentón, cuero cabelludo  Infantil (edad escolar): lesiones en pliegues flexurales (codas, rodillas), con eritema, pápulas, liquenificación  Adolescencia/adultos: aparece en pliegues típicos (cara, cuello, flexuras), con placas liquenificadas, a veces dishidrosis o prurito nodular	CLINICO: Prurito, localización característica, piel seca y cronificación  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 LINEA: Inhibidores de calcineurina Tacrolimus (0 % en niños) y pimecrolimus (1 %) aplicados cada 12 h, seguros por períodos 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 raspado
<b>DERMATITIS SEBORREICA</b>	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 amarillistas 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 (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 LINEA  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 brutalmente las costras, ya que eso puede causar irritación o sobreinfección.
<b>MOLUSCO CONTAGIOSO</b>	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 rascarse o tocar las lesiones y luego otras zonas.  Fomites: 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	CLINICO: 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 LINEA  Curetaje, extracción del núcleo: remoción mecánica rápida; puede requerir anestesia tópica  Criocirugía, Cantaridina, laser, Tópicos: tretinoína, salicílico, imiquimod, berdazímer, 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