

Universidad del Sureste
Campus Comitán
Licenciatura en Medicina Humana

Alumno: LEONARDO DOMINGUEZ TURREN
Semestre: 7mo Grupo: A
Materia: CLINICAS PEDIATRICAS
Docente: JESUS ALEJANDRO MORALES
Tarea: CUADROS COMPARATIVOS
Fecha: COMITAN DE DOMINGUEZ CHIAPAS A MIERCOLES 10 DE SEPTIEMBRE DE 2025

Enfermedad	Agente causal/ etiología	Edad mas frecuente	Fx de riesgo/ principales vías de contagio	Manifestaciones clínicas típicas	dx	Tx 1ra línea	Tx 2da línea	Prevención
VHS-1 (herpes oral)	Virus herpes simple tipo 1 (virus ADN).	Infancia y adolescencia (primoinfecciones); reactivaciones en cualquier edad.	Contacto directo con saliva/lesiones (besos), fómites; autoinoculación; reactivación desde ganglios.	Vesículas agrupadas dolorosas sobre base eritematosa (labios/perioral), ulceración y costras; dolor local, ardor prodromal.	Clínico; si necesario PCR de lesión o cultivo; serología (IgM/IgG) en casos seleccionados.	Aciclovir oral: 200 mg cada 6 h (5 veces/día) por 5 días. Alternativa: 400 mg vía oral 3 veces/día por 5 días. (Formas tópicas: aciclovir crema según indicación).	Valaciclovir (alter nativa): 500 mg vía oral. — en episodios breves 500 mg 1 vez al día por 3 días como esquema corto en episodios seleccionados; famciclovir según guía si necesario; en recurrencias frecuentes terapia supresora (dosis y duración individualizar según frecuencia y función renal).	Evitar contacto directo con lesiones; higiene (manos), no compartir utensilios/vasos /toallas durante brotes; protección de recién nacidos frente a exposición materna con lesiones activas.
VHS-2 (herpes genital)	Virus herpes simple tipo 2 (más asociado a genitales, aunque ambos tipos pueden intercambiarse).	Adolescentes / adultos sexualmente activos.	Transmisión sexual (contacto piel-piel); transmisión perinatal durante parto si hay lesión activa.	Vesículas/úlceras dolorosas en región genital/perianal; disuria, adenopatía inguinal; primoinfección puede acompañarse de síntomas sistémicos.	Clínico; confirmación por PCR de lesión (mejor sensibilidad), cultivo viral o serología en contexto.	Aciclovir oral 200 mg 5 veces/día por 5 días (o esquema de 400 mg 3 veces/día por 5 días). Valaciclovir/famciclovir también usados.	terapia supresora para recurrencias (p. ej. aciclovir 400 mg dos veces al día ó valaciclovir 500 mg-1 g según esquema y necesidad de supresión). En resistencia (pacientes inmunocomprometidos) considerar régimen y manejo especializado. Ajustar por función renal.	Uso de preservativo, evitar contacto sexual durante brotes, educación sexual, manejo antiviral supresor si recurrencias frecuentes, cribado y manejo en gestantes (evitar parto vaginal si lesión activa).

Impétigo	Infección bacteriana superficial: <i>Staphylococcus aureus</i> y/o <i>Streptococcus pyogenes</i> .	Predomina en niños (preescolares y escolares).	Contacto directo con lesiones; fómites; autoinoculación; piel previamente lesionada, clima cálido/húmedo.	Lesiones vesículo-pústulos que se rompen formando costra melicérica amarilla ("miel-costra"); localización perioral, extremidades; ampolloso o no ampolloso.	Diagnóstico clínico; si no responde o extensivo: cultivo de exudado y antibiografía.	Tratamiento local (primera línea para lesiones localizadas): Mupirocina 2% ungüento/crema aplicar 3 veces al día por 5–7 días.	Tratamiento sistémico (cuando extenso o generalizado): Dicloxacilina o cefalexina. Ejemplos de dosis prácticas: Dicloxacilina adultos 250–500 mg cada 6 h VO; Niños: 25–50 mg/kg/día dividido cada 6 h (ajustar por guía local). Alternativas ante alergia: eritromicina o clindamicina según edad y patrón de resistencias. (Duración 7–10 días según severidad/guía)	Higiene de manos, limpieza de lesiones, cubrir heridas, no compartir toallas/ropa, higiene de uñas, tratamiento de contactos si recurrente, desinfección de fómites; educación para evitar autoinoculación
Dermatitis atópica (eccema atópico)	Enfermedad inflamatoria crónica de la piel con alteración de barrera cutánea, predisposición atópica/IgE; componentes genéticos y	Inicia en lactancia/primer año infancia (muchos casos en <2 años); puede persistir en niños y adultos.	No contagiosa. Factores: historia familiar atópica, xerosis, alégenos, irritantes, clima, estrés.	Prurito intenso, piel seca, eritema, exudado en lactantes; localización típica en pliegues (antecubital, poplíteo), cuello; liquenificación en casos crónicos.	Clínico (criterios diagnósticos); valorar gravedad/impacto; pruebas de alergia solo en casos seleccionados	Cuidado básico + tratamiento tópico: Emolientes diarios (uso continuado). Corticosteroides tópicos según gravedad/localización: usar la potencia apropiada (p. ej. hidrocortisona	(en enfermedad moderada-severa/refractaria): Terapia sistemática inmunomoduladora bajo especialista: ciclosporina (ej.: dosis inicial típicas en literatura 3–5 mg/kg/día dividido; individualizar), metotrexato, azatioprina u otros	Emolientes diarios, evitar irritantes/fricción, ropa de algodón, higiene adecuada, controlar factores desencadenantes (alégenos, temperatura), evitar rascado (uñas cortas), educación familiar,

	ambientales.					1% para cara/áreas sensibles; corticoides de potencia media-alta por períodos cortos en brotes). Inhibidores de calcineurina tópicos: Tacrolimus 0.03% (niños) o 0.1% (adultos) aplicar cada 12 h; Pimecrolimus 1% cada 12 h como alternativa para áreas sensibles o uso crónico. (emolientes + corticoides tópicos . tacrolimus/pimecrolimus con sus presentaciones	según criterio y monitoreo. Para dermatitis impetiginizada: antibiótico (dicloxacilina)	lactancia recomendada y medidas ambientales.
Dermatitis seborreica	Dermatosis inflamatoria asociada a alteración de sebo y probable papel de <i>Malassezia</i> spp.; factores	Adultos (común); lactantes (costra láctea) en primeros meses.	No contagiosa. Factores: piel grasa, estrés, clima, enfermedad neurológica (p. ej. Parkinson), inmunosupresión.	Placas eritematosas con escamas grasosas/amarillentas en cuero cabelludo, cejas, pliegues nasolabiales, detrás de orejas; prurito variable.	Diagnóstico clínico.	Antifúngicos tópicos: Ketoconazol 2% crema/gel: por ejemplo crema/geles 2 veces al día por 2-4 semanas; shampoo ketoconazol	Corticoesteroides tópicos de baja-media potencia para brotes (uso limitado y de corto plazo) o combinaciones antifúngico + corticoide en brotes resistentes; en casos	Higiene del cuero cabelludo (lavados regulares), uso de champús antifúngicos en recurrencias, evitar productos oleosos, controlar estrés, manejo de

	genéticos y neuro-immunes.					2% 2–3 veces/semana (luego mantenimiento 1 vez/semana) (ketoconazol 2% cremas 2 veces/día 10–14 días o 2% por 4 semanas en algunos esquemas).	persistentes valorar alternativas y cuidados generales.	comorbilidades (p. ej. Parkinson), mantenimiento crónico según recidivas.
Molusco contagioso	Poxvirus <i>Molluscum contagiosum</i> (virus de la familia Poxviridae).	Niños (1–10 años) principalmente; también adultos sexualmente activos (lesiones genitales) y personas inmunocomprometidas.	Contacto piel-piel directo; fómites (toallas, juguetes); autoinoculación por rascado; transmisión sexual en adultos.	Pápulas umbilikadas, pequeñas, con centro deprimido, color piel o rosadas, agrupadas; habitualmente indoloras pero pueden inflamarse o sobreinfectarse.	Predomina ntemente diagnóstico clínico por imagen típica; en dudas biopsia.	Manejo expectante (a utolimitación meses-años) o tratamiento físico/quirúrgico si molesto/estético: curetaje (remoción física) o crioterapia en consultorio. Opciones locales no quirúrgicas: ácido tricloroacético o cantaridin aplicada por profesional.	Imiquimod 5% crema (uso estudiado: p. ej. 3 veces/semana hasta 16 semanas en estudios, puede causar reacciones locales); peróxido de benzoílo, ácidos tópicos u otros agentes descongestivos según tolerancia. En inmunocomprometidos manejo especializado	Evitar contacto directo con lesiones; no compartir toallas/ropa/juguetes; higiene; evitar rascarse (evita autoinoculación); en ambiente escolar medidas de higiene; en adultos con lesiones genitales: educación sexual y protección. Aplicaciones/procedimientos realizados por profesional (cantaridina, curetaje).