



Universidad del sureste
Medicina humana
Clínica pediátrica

UDS

Mi Universidad



**Cuadro comparativo
enfermedades
dermatológicas en
pediátricos**

Mi Universidad

**Alumna: Ailyn Yamili Antonio Gómez
DR: Jesús Alejandro Morales Pérez.
Comitán de Domínguez a 08 de mayo de 2025**

enfermedades dermatológicas en pediatría

	VHS-1	VHS-2	IMPETIGO
agente causal/ etiología	Familiaherpesviridae, HSV-1 virus ADN de doble cadena.	El VHS-2 es un virus de ADN bicatenario, con envoltura, perteneciente a la familia Herpesviridae y subfamilia Alphaherpesvirinae	Ampolloso: S.Aureus. S. pyogenes No ampolloso: S. aureus
edad más frecuente	Antes de los 10 años, entre los 6 meses y 5 años, puede ser la edad típica para la gingivoestomatitis herpética primaria.	Aunque el VHS-2 suele adquirirse durante la adolescencia o la adultez por contacto sexual, en el ámbito pediátrico es más relevante durante el periodo neonatal, ya que representa la mayoría de los casos de herpes neonatal.	Infección endémica asociada con la niñez
principales formas de contagio	Contacto directo con piel o mucosas, o saliva con lesiones activas. En neonatos perianal, intrauterina (raro) o postnatal.	perinatal transmisión placentaria(rara) transmisión sexual	contacto directo o mediante fómites. <ul style="list-style-type: none"> • impétigo primario: infección directa en una piel sana • Impétigo secundario: en piel alterada por traumatismo menores o dermatosis.
manifestaciones clínicas típicas/F. presentación	Manifestaciones: vesículas pequeñas, bases eritematosas, duración de 7-10 días, 1-3 semanas, sin cicatriz, ardor, picor, dolor. TIPICA: gingivoestomatitis herpética primaria común, herpes labial, en dedos, queratoconjuntivitis, encefalitis herpética, infección neonatal ATÍPICA: lesiones nodulares, manifestaciones neurológicas con patrones atípicos, eritemas multiformes cutaneo-inmunológicas	<ul style="list-style-type: none"> • Localizada (piel, ojos, boca): vesículas cutáneas, potencial riesgo de progresión. • CNS (sistema nervioso central): letargia, convulsiones, irritabilidad, lesiones neurológicas. • Diseminada: afecta múltiples órganos (hígado, pulmones, piel, SNC), seudosepsis, alto riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> • impétigo ampolloso: Ampollas grandes que al reventar se forman costras, frecuente en lactante y zonas de fricción • impétigo no ampolloso: las vesículas o papulas que evolucionan a pustulas y luego costras meliceras, pruriginosas tipicamente en rostro, extremidades y NO DEJA CICATRIZ
diagnóstico clínico y labs	Dx CLINICO PCR CULTIVO VIRAL TINCION TZANCK ELISA	Con CLINICA PCR de LCR cultivo viral inmunofluorescencia microscopía electrónica	<ul style="list-style-type: none"> • El diagnóstico es meramente clínico • laboratorios: Tinción Gram, cultivo del exudado/pus, reacción de la cadena de polimerasa, antibiograma.
tratamiento 1 y 2 linea	Dosis estándar: 15 mg/kg/día Evitar co RN. 30-60 ma/ks RN: 30-60 mg/kg/día *14 días (localizada) *21 días (diseminada o SN) *21 días (diseminada o SN A LÍNEA Resistencia arnet 40 mg/kg cada Alternativa: Ganciclovir	Acyclovir oral: 40–80 mg/kg/día en 3–4 tomas, durante 5–10 días (máximo 1 g/día). Alternativa para ≥ 12 años: Valacyclovir 1 g orally, dos veces al día por 7–10 días. En caso de enfermedad grave o mala tolerancia oral: Acyclovir IV 5 mg/kg por dosis, cada 8 horas por 5–7 días	<ul style="list-style-type: none"> • Tx tópico: antibiótico en dosis alta, limitada a absorción sistémica + limpieza previa con remoción de costras. • resistencia ATB: mupiroicina 2%, ácido fusídico 2%, retapamulina. • TX triple viral: bacitracina, neomicina, polimixina. • antimicrobianos orales: dicloxacilina, amoxicilina-clavulanato, cefalexina, oxacilina. • NO BETALACTAMICOS: clindamicina, TMP/SMX, Doxiciclina (>8AÑOS), linezolid/vancomicina (severas)
medidas de prevención	<ul style="list-style-type: none"> • lavado de manos • evitar contacto directo con lesiones • en embarazadas informar al médico para prevenir riesgo neonatal • en neonatos tener aislamiento de contacto 	<ul style="list-style-type: none"> • Cesárea en presencia de lesiones genitales maternas • profilaxis antivirales en las últimas SDG • evitar contacto con personas infectadas • higiene estricta • evitar exposición solar en herpes labial 	<ul style="list-style-type: none"> • higiene de piel y cuidado de heridas • evitar rascado y cubrir lesiones • higiene de manos y superficies • aislamiento temporal del niño afectado • uso adecuado de antibioticos y tx • prevención estacional en climas calidos y humedos



enfermedades dermatológicas en pediatría

	dermatitis atopica	dermatitis seborreica	Molusco contagioso
agente causal/ etiología	esta se asocia comúnmente a niveles elevados de IgE, también se asocia con antecedentes familiares de atopía (rinitis alérgica, asma, eccema)	<ul style="list-style-type: none"> Hipersecreción sebácea. Colonización por la levadura <i>Malassezia</i> (como <i>M. furfur</i>, anteriormente <i>Pityrosporum ovale</i>), cuya proliferación genera ácidos grasos irritantes que desencadenan inflamación 	poxvirus del género <i>Molluscum contagiosum</i> virus periodo de incubación de 7 días y 6 meses, promedio de 2-3 meses
edad más frecuente	Es más frecuente en niños, principalmente en infancia en el primer año de vida, en lactantes de 3-5 meses es más común	generalmente la dermatitis seborreica infantil se presenta en los primeros 3 meses de vida y esta se resuelve durante el primer año de vida.	Más frecuente en edad pediátrica
principales formas de contagio	esta condición se caracteriza por tener una hipersensibilidad a alergenos comunes.	La dermatitis seborreica no es una enfermedad contagiosa, por lo que no se transmite de una persona a otra.	contacto directo con la piel de una persona infectada, algún objeto, superficie que esté contaminada, otra forma de contagio es por CONTACTO SEXUAL (adolescentes y adultos)
manifestaciones clínicas típicas/F. presentación	<p>tiene 3 fases:</p> <ul style="list-style-type: none"> fase latente: primeros 2 meses de edad que predomina en mejillas y respetando el triángulo central de la cara, el eritema y papulas, las cuales se pueden acompañar de exudado y costras hemáticas Fase escolar o infantil: este se presenta de los 2 años a los 12 años de edad, la dermatosis predomina en los pliegues antecubitales, huecos popliteos, cuello, muñeca, párpados y región peribucal, se caracteriza por eccema y LIQUENIFICACIÓN. fase del adulto: se presenta después de los 13 años de edad, se manifiesta en superficies de flexión de las extremidades, cuello, nuca, dorso de manos y genitales, cursa con eccema y liquenificación. 	<ul style="list-style-type: none"> se forman placas eritematoescamosas, amarillentas, oleosas, que se afectan principalmente de piel cabelluda, cara, pliegues retroauriculares y área genital 	<ul style="list-style-type: none"> Se observan pápulas firmes, elevadas, de 2 a 5 mm, con una hendidura central (umbilicación), de superficie lisa y con brillo característico. Pueden ser color piel o rosadas. Aparecen como lesiones únicas o agrupadas, en cara, tronco, extremidades; en adultos suelen afectar genitales, ingles y abdomen bajo. En individuos inmunosuprimidos, las lesiones pueden ser más extensas, grandes, recurrentes o verrugosas El halo eritematoso con eccema asociado se le denomina Dermatitis por molusco y refleja una reacción de hipersensibilidad al antígeno viral. NO AFECTA PALMAS NI PLANTAS.
diagnóstico clínico y labs	CLINICO Escala EASI, y Scorad	POR CLINICA EXPLORACION FISICA	<ul style="list-style-type: none"> Meramente que pura clínica biopsia
tratamiento 1 y 2 línea	<p>No farmacológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> hay que identificar los factores de riesgo de recaída o de exacerbación sea el caso. Farmacológico: Emolientes de piedra angular en el tx de DA. Corticoesteroides topicos de 1ra línea (sea la gravedad del caso) Hidrocortisona topica al 2.5% una o dos veces al día por 5-7 días. Moderado: fluticasonida topico 2 veces al día, durante 7 días. Antihistamínico sedante: si hay brote de DA dar: clorfeniramina VO 1mg de 1-5 años de edad. 2mg en niños de 6 a 1 año por 2 semanas durante las exacerbaciones. En casos graves derivar a dermatología pediátrica. 	<p>Cuidados generales / no farmacológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Lavado frecuente con champú suave. Suavizar escamas con aceite mineral o vaselina antes del lavado; cepillado suave para retirarlas antifúngicos antiinflamatorios esteroides inhibidores de calcineurina, Pitiroylato de zinc Bisulfuro de selenio Ketoconazol al 2% en champú, gel o crema, aplicando una vez al día en las lesiones, así como la aplicación de emolientes 2 veces al día en áreas afectadas por al menos 2 semanas. 	<ul style="list-style-type: none"> En la mayoría de los casos este remite por sí solo, hay que tratarlas si las lesiones son visibles y dolorosas existen varios tx como: mecánicos 80% por curetaje, criocirugía. químicos: hidróxido de potasio, destruye la piel disolviendo la queratina, se aplica en concentraciones de entre 5 y 20% en solución acuosa, 1 o 2 veces al día sobre las lesiones. antivirales: cidofavir. inmunomoduladores: imiquimod.
medidas de prevención	<ul style="list-style-type: none"> Mantener las áreas donde el paciente se encuentre presente mantener temperaturas y humedad adecuadas recomendación ropa de algodón Evitar el uso de detergentes enriquecidos con enzimas en caso de pacientes con hipersensibilidad conocida a proteínas enzimáticas 	<ul style="list-style-type: none"> MUY BUENA HIGIENE CONTROL DE ESTRES EVITAR PRODUCTOS IRRITANTES DIETA 	<ul style="list-style-type: none"> evitar el contacto con personas infectadas evitar uso de baños y baños comunitarios cubrir área de las lesiones para evitar autoinoculación y la diseminación de la misma Evitar uso de cepillos, esponjas y fómites que propaguen al molusco