

**Universidad del Sureste**  
**Licenciatura en Medicina Humana**

**César Samuel Morales Ordóñez.**

**Dr. Jesús Alejandro Morales Pérez.**

**“CUADRO COMPARATIVO”.**

**PASIÓN POR EDUCAR**

**CLÍNICAS PEDIÁTRICAS.**

**Grado: 7      Grupo: “A”**

Comitán de Domínguez Chiapas a 10 de Septiembre del 2025.

ENFERMEDAD	ETIOLOGÍA	EDAD MÁS FRECUENTE	PRINCIPALES FORMAS DE CONTAGIO	MANIFESTACIONES CLÍNICAS TÍPICAS	DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO (1ª y 2ª Línea).	MEDIDAS DE PREVENCIÓN
<b>VIRUS DE HERPES SIMPLE TIPO 1(VHS-1).</b>	Virus DNA, familia <i>Herpes viridae</i> . Neurotrópico, latencia en ganglio trigémino	Infancia y adolescencia (estomatitis herpética primaria)	Contacto directo con saliva, secreciones respiratorias, lesiones cutáneas activas	Estomatitis gingivoestomatitis aguda: fiebre, adenopatías, vesículas dolorosas que ulceran en mucosa oral y labios. Recurrencias: “herpes labial”	Clínico. Confirmación: PCR, inmunofluorescencia directa, cultivo viral	<p><b>1.ª línea</b> (oral, no complicado): Aciclovir VO 15–20 mg/kg/dosis cada 8 h por 7–10 días (máx. 400 mg/dosis). Casos graves / intolerancia oral: Aciclovir IV 10 mg/kg/dosis cada 8 h (ajustar según edad/función renal).</p> <p><b>2.ª línea</b> (oral, ≥12 años o cuando indicado): Valaciclovir según edad/edad ≥12: 20 mg/kg/dosis cada 12 h (máx. 1</p>	Evitar contacto con saliva/lesiones activas. Higiene de manos. Evitar compartir utensilios, cepillos. Profilaxis con aciclovir en inmunodeprimidos.

						g/dosis) por 7–10 días; para episodios cortos (herpes labial) hay pautas específicas de dosis única/2 g en ≥12 año	
<b>VIRUS DE HERPES SIMPLE TIPO 2(VHS-2).</b>	Virus DNA <i>Herpesviridae</i> . Latencia en ganglios sacros.	Adultos jóvenes (ETS)	Contacto sexual (genital-genital, oral-genital). Transmisión vertical perinatal	Vesículas agrupadas dolorosas en genitales externos, región perianal; fiebre, malestar. Brotes recurrentes. RN: herpes neonatal diseminado (grave)	Clínico. PCR, cultivo, serología IgG/IgM. Tamizaje en embarazadas de riesgo	<b>1.ª línea</b> (adolescentes, no neonatal): Aciclovir VO 20 mg/kg/dosis cada 8 h por 7–10 días (máx. ~400 mg/dosis según tolerancia). Herpes neonatal / severo: Aciclovir IV 20 mg/kg/dosis cada 8 h por 14–21 días (según local y clínica). (Neonatos: seguir protocolos	Uso consistente de condón. Abstinencia durante brotes. Cesárea en mujeres con lesiones activas al parto. Profilaxis en embarazadas con recurrencias.

						<p>neonatales y ajustar según edad gestacional/PM A.). <b>2.ª línea</b> (adolescentes): Valaciclovir en ≥12 años: 20 mg/kg/dosis cad a 12 h (máx. 1 g) por 7–10 días (si se prefiere vía oral)</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--

<b>IMPÉTIGO (AMPOLLOSO Y NO AMPOLLOSO).</b>	<i>Staphylococcus aureus</i> (MSSA , ocasional MRSA) y <i>Streptococcus pyogenes</i> .	Niños 2-5 años	Contacto directo piel con piel, fómites, autoinoculación tras rascado	<p>- <b>NO AMPOLLOSO(más común):</b> costras melicéricas en cara y extremidades.</p> <p>- AMPOLLOSO: ampollas flácidas en tronco, neonatos. Puede acompañarse de adenopatías locales.</p>	Clínico. Cultivo si recurrencia, epidemia o resistencia	<p><b>1.ª línea</b> (local): Mupirocina tópica 2% aplicar a las lesiones 3 veces/día por 7–10 días (aprobado en niños ≥2 meses; adaptar según edad/local).</p> <p><b>2.ª línea</b> (sistémico, extensivo o Ampolloso): Dicloxacilina VO 25–50 mg/kg/día dividido en 4 dosis (cada 6 h) por 7–10 días (máx. según peso/edad y práctica local). Si sospecha <b>MRSA:</b> Clindamicina PO 20–30 (hasta 40)</p>	Higiene corporal. Cortar uñas. No compartir ropa/toallas. Tratar portadores nasales crónicos de <i>S. aureus</i> .
---	--	----------------	---	---	---	---	--

						mg/kg/día dividid o c/6–8 h (según severidad y tolerancia).	
--	--	--	--	--	--	---	--

<b>DERMATITIS ATÓPICA.</b>	<p>Enfermedad inflamatoria crónica, multifactorial: genética (mutaciones filagrina), disfunción barrera cutánea, ambiente, inmunidad Th2.</p>	<p>Lactantes y niños &lt;5 años, con remisión parcial en la adolescencia; puede persistir en adultos</p>	<p>NO CONTAGIOSA</p>	<p>Eccema crónico con <b>prurito intenso</b>, xerosis, exudación. Distribución: - Lactantes: cara, tronco, superficies extensoras. - Niños/adolescentes: pliegues (antecubital, poplíteo), liquenificación</p>	<p>Clínico (criterios de Hanifin y Rajka). IgE elevada en casos graves. Diferenciar de sarna, dermatitis seborreica</p>	<p><b>1.ª línea (tópico leve-moderado):</b> Hidrocortisona 1% crema/ungüento , aplicar una fina capa 1–2 veces/día en brote (duración corta: 7–14 días según localización y edad). <b>2.ª línea (si terapia tópica insuficiente o áreas sensibles):</b> Tacrolimus ungüento 0.03% en niños 2–15 años, aplicar 2 veces/día en áreas afectadas (usar según indicación y supervisión). 0.1 % reservado para ≥16 años.</p>	<p>Hidratación diaria. Evitar jabones irritantes, perfumes. Ropa de algodón. Control de alérgenos y estrés.</p>
----------------------------	---	--	----------------------	--	---	--	---

						Terapias sistémicas en casos severos (referencia): Dupilumab aprobado en pediatría según edad y peso; esquema depende de peso (remito a la guía del producto para pauta exacta en ≥6 años).	
<b>DERMATITIS SEBORREICA.</b>	Inflamatoria crónica, asociada con sobrecrecimiento de <i>Malassezia furfur</i> (levadura lipofílica).	Lactantes (costra láctea, <3 meses), adultos jóvenes y mayores.	NO CONTAGIOSA	Placas eritematoescamosas, descamación grasosa amarillenta en cuero cabelludo, surcos nasogenianos, retroauriculares. Prurito leve.	Clínico. Dx diferencial: psoriasis, dermatitis atópica	<b>1.ª línea (cuero cabelludo, lactantes y niños):</b> Champú con ketoconazol 2% 2–3 veces/semana por 2–4 semanas; en lactantes con costra láctea, uso tópico suave y remoción de	Higiene adecuada del cuero cabelludo. Evitar exceso de productos grasos. Reducir estrés.



						costras con aceite mineral y lavado suave. <b>2.ª línea (si es necesario):</b> Corticoide tópico suave (hidrocortisona 1%) 1 vez/día o 2 veces/día por periodos cortos (≤7–14 días) según respuesta y localización.	
<b>MOLUSCO CONTAGIOSO.</b>	Virus DNA de la familia <i>Poxviridae</i> (Molluscipoxvirus).	Niños 2-10 años. Adultos: ETS o inmunosupresión (VIH).	Contacto piel con piel, fómites (toallas, piscinas), autoinoculación. En adultos: sexual	Pápulas firmes, perladas, umbilicadas, indoloras. Localizadas en tronco, extremidades, genitales.	Clínico. Histopatología: cuerpos de Henderson-Paterson	<b>1.ª línea:</b> Muchas lesiones en niños son autolimitadas; tratamiento por indicación: curetaje o crioterapia puntual (procedimiento único por lesión según tolerancia). (No	Evitar rascado. Cubrir lesiones. No compartir objetos personales. Educación sexual en adultos. En inmunosuprimidos: controlar enfermedad base.

						hay dosis sistémicas.) <b>2.ª línea (si se decide tratamiento tópico en &gt;12 años o acuerdo local):</b> Imiquimod 5% en mayores de 12 años aplicar 3 veces/semana (hasta resolución) — en pediatría pequeña se evita por seguridad y tolerabilidad; cantaridina u otras opciones solo por dermatólogo.	
--	--	--	--	--	--	---	--