

**Edwin Alejandro Morales Velasco**

**Dr Morales Perez Jesus Alejandro**

**Clinica pediatrica**

**Cuadro comparativo**

**7° “A”**

	VHS-1	VHS-2	IMPETIGO
ETIOLOGIA	Herpes viridae, VHS-1, Virus de doble cadena ADN	la familia Herpesviridae y subfamilia Alphaherpesvirinae	Ampolloso: S.Aureus. S. pyogenes No ampolloso: S. aureus
EPIDEMIOLOGIA	<10 años 6 meses – 5 años	-Adolescencia -Adultos -Neonatos	Infección endémica asociada con la niñez
	Contagio directo con piel o mucosas, salivas, Perianal intrauterina (neonatos)	perinatal transmisión placentaria(rara) transmisión sexual	contacto directo o mediante fómites. • impétigo primario: infección directa en una piel sana • Impétigo secundario: en piel alterada por traumatismo menores o dermatosis.
MANIFESTACIONES CLINICAS	Se caracteriza por vesículas pequeñas, base eritematosas con duración de 7-10 días con 1-3 semanas sin cicatriz, ardor, dolor y prurito	-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	• impétigo ampolloso: Ampollas grandes que al reventar se forman costras frecuente en lactante y Monas de Triccon • impétigo no ampolloso: las vesículas e ecúticulas cutáneas evolucionan a pustulas y luego costras melicéricas, pruriginosas típicamente en rostro, extremidades y NO HAY CICATRICES
DIAGNOSTICO	CLINICO Cultivo viral Tinción TZANCK ELISA	CLINICA PCR de LCR cultivo viral inmunofluorescencia microscopía electrónica	CLINICA -laboratorios: Tinción Gram, cultivo del exudado/pus, reacción de la cadena de polimerasa, antibiograma.
TRATAMIENTO	Estandar: 15 mg/kg/día RN: 30-60 mg/kg/día por 14 días Disemina por 21 días	<b>Acyclovir oral:</b> 40-80 mg/kg/día en 3-4 tomas, durante 5-10 días (máximo 1 g/día). Alternativa para ≥ 12 años:	Tx tópico: antibiótico en dosis alta, limitada a absorción sistémica + limpieza previa con remoción de costras. • resistencia ATB: mupirocina

	LINEA RESISTENCIA ARNET: 40 mg/kg GANCICLOVIR	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	2%, ácido fusídico 2%, retorta o amul. • TX triple viral: bacitracina, neomicina, polimixina. • antimicrobianos orales: dicloxacilina, amoxicilina-clavulanato, cefalexina, oxacilina. • NO BETA-LACTÁMICOS: clindamicina, TMP/SMX, Doxiciclina (>8 AÑOS), linezolid/vancomicina (severas)
PREVENCIÓN	-Evitar contacto directo con lesiones -Buena higiene -Aislamiento en neonatos	• 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	• higiene de piel y cuidado de heridas • evitar rascado y cubrir lesiones • higiene de manos y superficies • aislamiento temporal del niño • uso de cecidex antibióticos y tx • prevención estacional en climas cálidos y húmedos

	DERMATITIS ATOPICA	DERMATITIS SEBORREICA	MOLUSCUS CONTAGIOSO
ETIOLOGIA	Hay niveles elevados de IgE, también se asocia con antecedentes familiares de atopia( rinitis alérgica, asma, eccema)	Hipersecreción sebácea Colonización por la levadura Malassezia (como M. furfur, anteriormente Pityrosporum ovale	poxvirus del género Molluscum contagiosum virus
EPIDEMIOLOGIA	Es mas frecuente en niños, principalmente en infancia en el primer año de vida, en lactantes de 3-5 meses es mas común	Spresenta en los primeros 3 meses de vida y esta se resuelve durante el primer año de vida.	Periodo de incubacion de 7 días y 6 meses, promedio de 2-3 meses Mas frecuente en edad pediátrica
TRANSMISION	esta condicion se caracteriza por tener una hipersensibilidad a alergenosen comunes.	La dermatitis seborreica no es una enfermedad contagiosa.	Contacto directo con la piel de una persona infectada, algun objeto, superficie que este contaminada (Niños) CONTACTO SEXUAL (adolescentes y adultos)
MANIFESTACIONES CLINICAS	tiene 3 fases: • fase latente: primeros 2 meses de edad que predomina en mejillas y resperando, respetando el triangulo central de la cara, el eritema y papulas, las cuales se pueden acompañar de exudado hematicas • 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 parpados y region peribucal, se caracteriza por eccema y LIQUENIFICACION.	Se forman placas eritematoescamosas, amarillentas, oleosas, que se afectan principalmente de piel cabelluda, cara, pliegues retroauriculares y area genital	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• Aparecen como lesiones únicas o agrupadas, en cara, tronco, extremidades; en adultos suelen afectar genitales, ingles y abdomen bajo.</li> <li>• En individuos inmunosu primidos, las lesiones pueden ser más extensas, grandes, recurrentes o verrugosas</li> <li>• El halo eritematoso con eccema asociado se le denomina Dermatitis por molusco y refleja una reacción de hipersensibilidad al antígeno viral.</li> <li>• NO AFECTA PALMAS NI PLANTAS.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• fase del adulto: se presenta despues de los 13 años de edad, se manifiesta en superficies de flexion de las extremidades, cuello, nuca dorso de manos y genitales cursa con eccema</li> </ul>		
DIAGNOSTICO	CLINICO Escala EASI, y Scrad	CLINICA PCR de LCR cultivo viral inmunofluorescencia microscopia electrónica	CLINICA -Biopsia
TRATAMIENTO	No farmacologico: <ul style="list-style-type: none"> <li>• hay que identificar los factores de riesgo de recaida o de exacerbacion sea el caso.</li> </ul> Farmacologico <ul style="list-style-type: none"> <li>• Emolientes de piedra angular en el tx de DA.</li> <li>• Corticoesteroides topicos de Ira linea (sea la gravedad del caso)</li> <li>• Hidrocortisona topica al 2.5% una o dos veces al dias por 5-7 dias.</li> <li>• Moderado: flucionolona topico 2 veces al dia, durante 7 dias.</li> <li>• Antihistaminico sedantes: si hay brote de DA dar:</li> <li>• clorfenihidramina VO 1mg de 1-5 años de edad. 2mg en niños de 6 a 1 año por 2 semanas durante las exacerbaciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suavizar escamas con aceite mineral o vaselina antes del lavado; cepillado suave para retirarlas</li> </ul> antifúngicos <ul style="list-style-type: none"> <li>• antiinflamatorios esteroide nhibidores de calcineurin</li> </ul> Pitirionato de zinc <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bisulfuro de selenic</li> <li>• Ketoconazol al 2% er champu, gel o crema, aplicando una vez al dia en las lesiones, asi como la aplicacion de emolientes 2 veces al dia en areas afectadas por al menos 2 semanas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En la mayoría de los casos este remite por si solo, hay que tratarlas si las lesiones son visibles y dolorosas : existen varios tx como: mecanicos 80% por curetaje, criocirugia.</li> <li>• quimicos: hidroxido de potasio, destruye la piel disolviendo la queratina, se aplica en concentraciones de entre 5 y 20% en solucion acuosa, 1 o 2 veces al dia sobre las lesiones.</li> <li>• antivirales: cidofavir</li> <li>• inmunomoduladores: imiquimod</li> </ul>

PREVENCION

- mantener temperaturas y humedad adecuadas
- recomendación ropa de algodón

- Higiene
- Evitar uso el uso de albercas 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

- Evitar uso el uso de albercas 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
  - Higiene