

ODALIS GUADALUPE GARCÍA LÓPEZ

DR. JESUS ALEJANDRO MORALES PEREZ

CLINICA DE PEDIATRIA

PLATAFORMA

7

PASIÓN POR EDUCAR

A

Dermatología Pediátrica

	Agente causal	Edad más frecuente de presentación	Formas de contagio	Manifestaciones clínicas típicas	Diagnóstico	Tratamiento de 1.er linea y 2.da línea	Medidas de prevención
Dermatitis Seborreica	↑ de producción sebácea Colonización de Cándida - Malassezia Una inflamación secundaria	Primeros 3 meses de vida	No contagiosa	Placas de eritema y escama Grasa de color amarillo-grisaseo Afectación: piel cabelludo, cara regiones retroauriculares, región preesternal, área genital y pliegue	Clinico: Observación de las lesiones características Cultivo de dixon: Para malassezia	Ketoconazol al 2% en champú, gel o crema, aplicado 1 ves al día en la lesiones Emolientes 2 veces al día por al menos 2 semanas	Evitar productos muy perfumados Lavar cuero cabelludo Evitar la exposición excesiva al sol
Dermatitis Atópica	Relaciona con la hipersensibilidad a alérgenos.	85% En menores de 5 años 70% En adultos 60% En menores de 1 año	No contagiosa	Se presenta: Prurito intenso, piel seca, eritema y exudado Lactante: Eritema, pápulas y costras hemáticas Infantil: Eccema y liquenificación Adulto: Eccema y liquenificación	Clinica Criterios de Hanifin y rajka: Deben cumplirse tres criterios mayores y tres menores	Emolientes: 250-500 grs semanal en todo el cuerpo Sulfato de zinc en sol. acuosa al 1/10.000 cada 6-8 horas durante 15 a 30 minutos Tratamiento farmacológico Leve: hidrocortisona atópica al 2.5%, 1 o 2 veces al día de 5 a 7 días Moderada: Fluocinolona tópica al 0.025%, 2 veces al días por 7 días Grave: referencia a dermatología Tratamiento de 2da linea. Inhibidores de calcineurina Adultos-tracolimus 0.1% > 2 años - tracolimus 0.03% Antibioticos Dicloxacilina: en conjunto con esteroides Aciclovir: Coexistencia con VSH Antihistamícos sedantes: +2 clorfeniramina 1-2 mg VO 2 semanas c/24 hrs	Ropa de algodón Evitar alimentos alérgenos Lavar ropa con jabones neutro Mantén la piel hidratada con humectantes sin fragancia
Impétigo	Forma no ampollosa: Staphylococcus Aureus Streptococcus Pyogenes Estreptococo del grupo C y G Forma ampollosa: Staphylococcus Aureus	Se logra presentar en menores de 5 años	Autoinoculación Contacto directo y diseminación rápida Por medio de fomites	Lesiones epidérmicas no cicatriciales, delimitadas y en zonas expuestas. No ampollosa: De máculas > pápulas; posteriormente vesículas/pustulas, terminan en costra milicérica. Afectación: Al rededor de la nariz o la boca, tronco, nalgas, perine, axilas y extremidades Forma ampollosa: vesículas o pustulas pasan ampollas superficiales y se genera una costra fina.	Clinica Cultivo del exudado o de la ampolla	Antibioticos tópicos: Mupirocina o ácido fusídico c/8 hrs durante 5-7 días. Casos especiales: Tratamiento antibiótico oral con una cefalosporina de 1era generación (cefaclorina intravenosa o cefadroxilo oral) Sospecha de SAMR-AC Clindamicina TMP-SMX	Mantener una buena higiene lavándose las manos frecuentemente, bañándose con regularidad y limpiando las heridas. Hidratación de la piel
Molusco contagioso	Virus de Molusco contagioso, de la familia Poxviridae, del género Molluscipox.	Menores de 16 años Incidencia: Pacientes con dermatitis atópica.	Contacto directo con lesión cutánea Autoinoculación Fomites Vía sexual	Se presenta: Pápulas únicas o múltiples, rodeadas de un halo eritematoso y una umbilicación central. Afectación: Cara, tronco y zonas intertriginosas (pliegues cutáneos). Clasificación- Molusco gigante: > a 5 mm Eccema molluscum: Afecta pliegues antecubitales y poplíticos Foliculocéntrica: Formación de accesos secundarios	Clinica Biopsia de lesión: En caso de duda diagnóstica	Mecánicos: Muy efectivos pero agresivos Curateaje Criocirugía Tratamientos químicos: Económicos y rápidos. Podofilotoxina Cantaridina Hidróxido de potasio Ácido láctico Ácido salíclico Ácido glicólico Ácido tricloroacético Retinoides Inmunomoduladores: Estos realizan una estimulación a la respuesta inmunitaria del paciente, como: Imiquimod, Candidina Antivirales: Cidofovir	Evita tocar las protuberancias o ampollas, tanto las tuyas como las de otras personas, para no diseminar la infección. Evitar uso de albercas por el contagio
Virus del Herpes Simple Tipo 1 (VHS-1).	Virus herpes simple tipo 1. Herpes labial	Afecta entre los 6 meses y 5 años	Contacto directo de saliva, orina, lesión en mucosa o piel	Piel y mucosas: Vesículas pequeñas con bases eritematosas Puede haber o no adenopatías Pródromo: dolor -picor previo a lesiones Lesiones oculares: conjuntivitis herpética, queratoconjuntivitis Otras manifestaciones Gingivoestomatitis herpética Eccema herpetico Lesiones oculares Conjuntivitis herpética Queratoconjuntivitis	Clinica Cultivo Tinción de Tzanck (Giemsa) ELISA PCR	Aciclovir: 15mg/kg/día, c/8 hrs por 5-10 días RN: 30-60 mg/kg/ día 14 días en enfermedad localizada 21 días en enfermedad diseminada Queratoconjuntivitis: Trifluridina tópica 5% Gingivoestomatitis: Aciclovir Acompañada: Dieta líquida, soluciones antisépticas Resistencia al Aciclovir: Foscarnet: 40 mg/ kg/ cada 8 horas	Evitar contacto directo con lesiones No compartir objetos que hayan tenido contacto con secreciones orales Evitar besar a pacientes pediátricos No tocarse los ojos tras manipular una lesión
Virus del Herpes Simple Tipo 2 (VHS-2).	Virus herpes simple tipo 2. Herpes genital	Se presenta en adolescentes con inicio de vida sexual activa	Relaciones sexuales por contacto con las superficies genitales, anales, piel o llagas.	Se presenta: Disuria Dolor Fiebre Prurito Vesículas en mujeres: Vulva, vagina y el cérvix. Vesículas en hombres: Genitales externos, prepucio, glande y cuerpo del pene.	Clinica Cultivo Tinción de Tzanck (Giemsa) ELISA PCR	Aciclovir 60 mg/kg/día, en 4 dosis, durante 5-10 días. VO Alternativa: valaciclovir, famciclovir, VO, por 5 días	Uso correcto y constante de preservativo. Uso de condones durante el sexo oral. Evitar el contacto sexual durante un brote activo.