



**Carolina Hernández Hernández**

**Dr. Morales Pérez Jesús Alejandro**

**Tarea**

**PASIÓN POR EDUCAR**

**Cuadro Comparativo**

**6 “A”**

**Comitán de Domínguez Chiapas a 10 de septiembre del 2025.**

AGENTE CAUSAL/ ETIOLOGIA	EDAD MAS FRECUENTE DE PRESENTACION	PRINCIPALES FORMAS DE CONTAGIO	MANIFESTACIONES CLINICAS TIPOCAS	DIAGNOSTICO (CLINICO Y LABORATORIO)	TRATAMIENTO	MEDIDAS DE PREVENCION
Virus del herpes simple tipo 1 (VHS-1)	<p>Virus ADN de la familia Herpesviridae, con envoltura lipídica y glicoproteínas (B, C, D).</p> <p>VHS-1 produce herpes labial y lesiones por encima del ombligo.</p> <p>Periodo de latencia: ganglio trigémino</p> <p>Niños, especialmente entre 1 y 3 años (gingivostomatitis herpética).</p> <p>Puede afectar adolescentes y adultos, pero es más común en la infancia</p>	<p>Contacto directo con lesiones, saliva, fomites contaminados.</p> <p>Mayor riesgo si hay lesión en mucosa o piel.</p> <p>El virus sobrevive menos de 6 horas fuera del cuerpo</p>	<p>Pródromo: ardor, dolor, prurito.</p> <p>Lesiones: vesículas pequeñas agrupadas, base eritematosa, que se rompen → úlceras de fondo limpio (sin cicatriz).</p> <p>Duración: 7 a 10 días.</p> <p>Formas frecuentes:</p> <p>Herpes labial: lesiones en labios, peribuceales.</p> <p>Gingivostomatitis herpética: fiebre, halitosis, vesículas amarillentas en mucosa oral, dolor intenso, adenopatía submaxilar.</p> <p>Lesiones oculares: conjuntivitis, queratitis dendrítica (puede causar ceguera).</p> <p>Complicaciones: encefalitis afecta lóbulo fronto-parietal), meningoencefalitis</p> <p>Muchas veces subclínica (90-95%).</p> <p>Cuando hay síntomas: fiebre, dolor, disuria, prurito.</p>	<p>- Clínico: lesiones típicas + antecedente.</p> <p>- Confirmatorio: cultivo, Tzanck (Giemsa), ELISA, PCR</p>	<p>Primeras líneas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aciclovir: 1 mg/kg/día cada 8 h por 5-10 días.</li> <li>- Queratocoagulintivis: Trifluridina tópica 1%.</li> <li>- Gingivostomatitis: Aciclovir oral + dieta líquida + antisépticos</li> </ul> <p>Segunda línea</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Foscarnet: 40 mg/kg cada 8 h</li> <li>- Ganciclovir (en casos resistentes)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evitar contacto con saliva y lesiones.</li> <li>- No compartir utensilios, besos en brote activo.</li> <li>- Lavado de manos tras contacto con lesiones.</li> <li>- Evitar factores desencadenantes: estrés, exposición sola</li> </ul>
Virus del herpes simple tipo 2 (VHS-2)	<p>Virus ADN de la familia Herpesviridae, con envoltura lipídica y glicoproteínas.</p> <p>Principal causa de herpes genital (90%).</p> <p>Periodo de latencia: ganglios sacros</p> <p>Adolescentes y adultos con vida sexual activa</p>	<p>Contacto sexual directo (lesiones genitales, secreciones).</p> <p>Aumenta riesgo con microlesiones genitales.</p> <p>Transmisión vertical: intraparto (85%), intrauterino (5%), postparto (10%)</p>	<p>- Lesiones: vesículas en vulva, vagina, cérvix (mujer), glande, prepucio, tallo peneano (hombre).</p> <p>- Puede causar meningitis aséptica (primoinfección).</p> <p>Herpes neonatal:</p> <p>- Riesgo mayor si infección materna primaria.</p> <p>- Formas: localizada (piel, ojos, boca), diseminada (SNC, hígado).</p> <p>- Signos graves: convulsiones, encefalitis, calcificaciones intracraneales</p>	<p>Clinico: lesiones genitales características.</p> <p>Confirmatorio: cultivo, Tzanck, ELISA, PCR.</p> <p>En neonatos con sospecha de SNC → neuroimagen y LCR</p>	<p>Primeras líneas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aciclovir:</li> <li>- Adultos: 15 mg/kg/día cada 8 h por 5-10 días.</li> <li>- Recién nacidos: 30-60 mg/kg/día IV.</li> </ul> <p>14 días (enfermedad localizada).</p> <p>21 días (enfermedad diseminada o SNC).</p> <p>Segunda línea</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Foscarnet: 40 mg/kg cada 8 h.</li> <li>- Ganciclovir (en casos resistentes)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso de preservativo (reduce pero no elimina riesgo).</li> <li>- Evitar relaciones sexuales durante brote.</li> <li>- Control prenatal en embarazadas con antecedentes.</li> <li>- Cesárea si hay lesiones activas al parto.</li> <li>- Precaución con neonatos (aislamiento, evitar besos si hay lesiones)</li> </ul>
Impétigo	<p>Impétigo no ampolloso:</p> <p>Staphylococcus aureus (70%), infección mixta S. aureus + Streptococcus pyogenes (20-25%), solo S. pyogenes (5-10%).</p> <p>Impétigo ampolloso:</p> <p>Exclusivamente por Staphylococcus aureus productor de toxinas epidermólíticas (exfoliativas A y B)</p> <p>Afecta principalmente a niños entre 2 y 5 años.</p> <p>Puede aparecer en menores de 6 años, incluso lactantes</p>	<p>Extremadamente contagiosa.</p> <p>- Vía principal: contacto directo persona a persona.</p> <p>- Otros: fomites (toallas, ropa, utensilios), autoinoculación desde lesiones propias.</p> <p>- Factores predisponentes: traumatismos menores, dermatitis atópica, escabiosis, varicela, picaduras, hacinamiento e insalubridad</p>	<p>- Impétigo no ampolloso</p> <p>Inicio con máculas o pápulas eritematosas → vesículas o pústulas → erosiones con costra color miel (melicítrica).</p> <p>Localización: cara y extremidades.</p> <p>- Impétigo ampolloso:</p> <p>Vesículas que crecen a ampollas con contenido claro luego turbio.</p> <p>Al romperse: superficie erosionada, exudativa, con collerete escamas.</p> <p>Localización: cara, cuello, tronco, área del panal.</p> <p>- Complicaciones raras: celulitis, osteomielitis, artritis séptica, neumonía, sepsis.</p> <p>- Complicación no infecciosa: glomerulonefritis posestreptocócica (2-4 semanas después, en casos por S. pyogenes)</p>	<p>- Principalmente clínico.</p> <p>- Estudios microbiológicos (Gram, cultivo, PCR) solo en:</p> <p>Casos recurrentes.</p> <p>Presentación atípica.</p> <p>Brote:</p> <p>- Cultivo permite determinar sensibilidad antibiótica (antibiograma)</p>	<p>Opciones:</p> <p>Primeras líneas (betaalactámicos):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dicloxacilina: 18 mg/kg/día VO cada 12 h (casos leves-moderados).</li> <li>- 25 mg/kg/día VO cada 12 h (casos severos o ampolloso).</li> </ul> <p>Duración: 7-10 días.</p> <p>Alternativas: amoxicilina-clavulanato, cefalexina.</p> <p>Si hospitalización: oxacilina IV.</p> <p>Segunda línea (si hay resistencia o falla del tratamiento):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trimetoprim/Sulfametoxazol (TMP/SMX): 10 mg/kg/día (base TMP) en 2 dosis, 10 días. Clindamicina.</li> <li>- Doxiciclina (solo en &gt; 8 años).</li> </ul> <p>Casos severos: Linezolid o vancomicina.</p> <p>✓ Duración recomendada: 7-10 días, ajustando según evolución clínica</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Higiene personal estricta:</li> <li>- Baño diario.</li> <li>- Lavado de manos frecuente.</li> <li>- Cambio de ropa y sábanas.</li> <li>- Evitar compartir objetos personales.</li> <li>- Limpieza y desinfección del ambiente: superficies, penas, grifos, sanitarios.</li> <li>- Descolonización en casos recurrentes</li> </ul>
Dermatitis atópica	<p>Enfermedad multifactorial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Factores genéticos.</li> <li>- Factores ambientales.</li> <li>- Factores alérgicos.</li> <li>- Defectos en la función de barrera cutánea.</li> </ul> <p>Alteración inmunológica con predominio de respuesta Th2 y elevación de IgE</p> <p>60% de los niños desarrollan DA en los primeros 6 meses.</p> <p>85% en los primeros 5 años.</p> <p>10% después de los 7 años.</p> <p>Puede persistir o debutar en adolescencia (20%).</p> <p>En adolescentes, más frecuente en mujeres</p>	<p>No es contagiosa (es una enfermedad inflamatoria crónica).</p> <p>Factores desencadenantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Irritantes (jabones, ropa sintética).</li> <li>- Estres.</li> <li>- Infecciones cutáneas (Staphylococcus aureus, virus herpes simple).</li> <li>- Alergenos ambientales y alimentarios</li> </ul>	<p>Síntoma importante: prurito intenso.</p> <p>Distribución característica según edad:</p> <p>Lactante: inicia hacia los 5 meses; afecta cara, cuero cabelludo, orejas; pápulas y placas eritematosas con exudación y costras; respeta zona del pafal.</p> <p>Clínico, basado en criterios (Hanifin y Rajka):</p> <p>Criterios mayores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prurito.</li> <li>- Lesiones típicas.</li> <li>- Curso crónico o recidivante.</li> <li>- Historia personal o familiar de atopia.</li> </ul> <p>Criterios menores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- xerosis, IgE elevada, edad inicio precoz, pliegue de Dennie-Morgan, intolerancia a lana, etc.</li> </ul> <p>Lesiones: eritematosas, con eritema, exudado y costras; en crónico → liquenificación.</p> <p>Signos asociados: xerosis, pityriasis alba, dermatitis irritativa (queilitis, eccema pezón), prurigo</p>	<p>Primeras líneas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Emolientes e hidratación diaria (base del tratamiento).</li> <li>- Duchas cortas, evitar irritantes, ropa de algodón, humidificación.</li> </ul> <p>Tópicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Corticoides tópicos:</li> <li>- Brote: 1-2 aplicaciones/día.</li> <li>- Mantenimiento: 2 veces/semana (terapia proactiva).</li> </ul> <p>Segunda línea</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inhibidores de calcineurina tópicos:</li> <li>- Tacrolimus 0,03% (niños &gt; 2 años) y 0,1% (adolescentes y adultos) en DA moderada-grave.</li> <li>- Aplicación: 2 veces/día durante brote, luego 2 veces/semana para mantenimiento</li> </ul> <p>Otros tratamientos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Antibióticos tópicos (gentamicina, ácido fusídico, mupirocina) solo si hay sobreinfección, 3 aplicaciones/día por 7 días.</li> <li>- Antihistamínicos orales (por efecto sedante, no para prurito mediado por histamina).</li> <li>- Corticoides sistémicos: 0,5-1 mg/kg/día (pautas cortas en brotes graves).</li> <li>- Casos severos: fototerapia, dupilumab, inmunosupresores (ciclosporina, metotrexato, azatioprina, mifenotolato)</li> </ul> <p>Tratamiento farmacológico de primera línea</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ketoconazol 2% (champú, crema o gel): Aplicar 1 vez al día en las lesiones. Duración: mínimo 2 semanas.</li> <li>- Emolientes: Aplicar 2 veces al día en las áreas afectadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lactancia materna (reduce riesgo).</li> <li>- Evitar irritantes (ropa sintética, plásticos, detergentes).</li> <li>- Duchas cortas con agua templada.</li> <li>- Hidratación diaria con emolientes.</li> <li>- Evitar rascado (cortar uñas en niños).</li> <li>- Evitar alimentos irritantes (ácidos, cacao, alcohol si aumentan picor).</li> <li>- Exposición solar moderada y humidificación ambiental</li> </ul>	
Dermatitis seborreica	<p>Incremento en la producción sebácea.</p> <p>Colonización por Candida y Malassezia.</p> <p>70% de los casos en los primeros 3 meses de vida.</p> <p>Generalmente se resuelve en el primer año de vida.</p> <p>Afecta al 1% de los niños mayores de 1 año</p>	<p>No es contagiosa.</p> <p>Se relaciona con factores propios del paciente (producción sebácea, microorganismos comensales, inflamación)</p>	<p>Lesiones características:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Placas eritematoescamosas (rojizas con escamas).</li> <li>- Escamas amarillentas, grasosas, de aspecto oleoso.</li> </ul> <p>Localización más frecuente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pie: cabelluda (costra láctea).</li> <li>- Cara (cejas, región nasolabial, párpados).</li> <li>- Pliegues retroauriculares. Pliegues de cuello, axilas, ingles y área genital.</li> <li>- Otras localizaciones (menos comunes): Tronco y extremidades.</li> <li>- Síntomas asociados:</li> <li>- Prurito leve (a diferencia de la dermatitis atópica, que suele ser intenso).</li> </ul>	<p>Clínico exclusivamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Historia clínica + exploración física.</li> <li>- Basado en lesiones típicas en las zonas características.</li> </ul>	<p>Primeras líneas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cetocaina: Más eficaz (80-6% de curación completa).</li> <li>- Puede requerir anestesia local o tópica (ej. EMLA: lidocaina 2.5% + prilocaina 2.5%).</li> <li>- Revisión a los 15 días para nuevas lesiones (frecuentes).</li> <li>- Hidróxido de potasio (KOH) 10%: Tópico, 1-2 veces/día..</li> </ul> <p>Segunda línea</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cirugía:</li> <li>- Nitrógeno líquido → -196 °C, 1-2 ciclos de 10-20 seg. intervalos de 1-3 semanas.</li> <li>- Cantaridina 0.7-0.9%: Se deja 2-4 h, luego lavar; repetir cada 1-4 semanas.</li> <li>- Ácido tricloroacético (20-35%): Podofíltoloxina (25%).</li> <li>- Inhibidores de calcineurina (tacrolimus, pimecrolimus).</li> <li>- Pírlitriolato de zinc o bisulfuro de selenio (en champú) generales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evitar tratamientos innecesarios o agresivos.</li> <li>- Uso adecuado de emolientes para mantener la piel hidratada.</li> <li>- Vigilancia clínica y referencia oportuna si hay síntomas generales (fiebre, infecciones, falta de crecimiento)</li> </ul>
Molusco contagioso	<p>Virus del molusco contagioso, familia Poxviridae, género Molluscipox.</p> <p>ADN bicatenario</p> <p>Principal genotipo en niños: VMC-1 (96% de casos en Europa y EE. UU.).</p> <p>- Infección muy común en niños menores de 16 años.</p> <p>- Incidencia anual en niños: 2-10%.</p> <p>- Prevalencia: 5.1-11.5% en población pediátrica.</p> <p>- Mayor riesgo en escolares y en pacientes con dermatitis atópica.</p>	<p>Infección muy común en niños menores de 16 años.</p> <p>Incidencia anual en niños: 2-10%.</p> <p>Prevalencia: 5.1-11.5% en población pediátrica.</p> <p>Mayor riesgo en escolares y en pacientes con dermatitis atópica.</p>	<p>Lesión típica: pápula perlada, hemisférica, brillante, con umbilicación central y halo eritematoso.</p> <p>Tamaño: habitualmente 2-5 mm; en inmunodeprimidos puede crecer &gt;5 mm («molusco gigante»).</p> <p>Localización: cara, tronco, axilas, pliegues (antecubital, poplitéo), zonas intertriginosas.</p> <p>No afecta palmas ni plantas.</p> <p>Puede presentar:</p> <p>Dermatitis por molusco (eccema molluscum): eritema, descamación alrededor.</p> <p>Autoinoculación en genitales de lactantes/niños pequeños (no implica abuso sexual si no hay otros signos).</p> <p>Adolescentes: lesiones genitales → transmisión sexual.</p> <p>Immunodeprimidos (ej. VIH/SIDA): lesiones múltiples, diseminadas, atípicas y crónicas.</p> <p>Neonatal: lesiones en cuero cabelludo, adquiridas en parto.</p> <p>Folliculocéntrico: puede formar abscesos.</p> <p>Mucosas: raro (oral, conjuntival).</p>	<p>Clínico en la mayoría de los casos.</p> <p>Hallazgo característico: cuerpos de Henderson-Patterson (inclusiones intracitoplasmáticas eosinófilas que comprimen el núcleo hacia la periferia).</p> <p>Diagnóstico diferencial: verrugas vulgares, varicela, foliculitis, siringomas, esteatocistomas, tricopestíloma, carcinoma basocelular, queratocantoma, disqueratoma verrugoso.</p> <p>En inmunodeprimidos se deben descartar infecciones oportunistas (criptococosis, histoplasmosis, coccidioidomicosis).</p>	<p>Primeras líneas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inmunoterapia</li> <li>- Imiquimod 5% crema: 3 veces/semana, nocturno (8 h).</li> <li>- Antivirales</li> <li>- Cidofovir intralesional o tópico:</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evitar baño comunitario y albercas.</li> <li>- No compartir esponjas, cepillos, toallas.</li> <li>- Cubrir lesiones para evitar autoinoculación y contagio.</li> </ul>