



UNIVERSIDAD DEL SURESTE
CAMPUS COMITAN
MEDICINA HUMANA

PEDIATRIA

Alondra Monserrath Diaz Albores

Dr. Jesus Alejandro Morales Perez

Séptimo semestre

Plataforma

PASIÓN POR EDUCAR

“A”

	Virus Del Herpes Simple Tipo 1 (VHS-1)	Virus Del Herpes Simple Tipo 2 (VHS-2)	Impetigo	Dermatitis Atopica	Dermatitis Seborreica	Molusco Contagioso
Agente causal/ Etiologia	--Es un virus de la familia Herpesviridae , que infecta piel y mucosas, y establece latencia en ganglios sensitivos (como el trigémino) con posterior reactivación	-- Pertenece a la familia Herpesviridae , es un virus de ADN que establece latencia en ganglios sensitivos (sacrolumbares) y puede reactivarse	-- Los agentes principales son Staphylococcus aureus y Streptococcus pyogenes (estreptococo β-hemolítico del grupo A); también puede haber coinfección	Es una enfermedad compleja y multifactorial. Se considera que involucra una combinación de factores genéticos, inmunológicos y ambientales que afectan la barrera cutánea y desencadenan una respuesta inflamatoria.	Malassezia es un hongo lipofílico (requiere lípidos para crecer), comensal habitual de la piel humana	Es causado por un virus ADN de la familia Poxviridae , género Molluscipoxvirus . Existen varios genotipos; el tipo 1 es más frecuente en niños, mientras el tipo 2 predomina en adultos
Edad mas frecuente	--Suelen presentarse principalmente durante la infancia temprana , generalmente menores de 10 años , con los más frecuentes siendo lactantes y niños < 6 años -- En neonatos , la infección puede presentarse como forma grave (herpes neonatal) con alta morbididad	-- Raro en infancia, más común en adolescentes; riesgo neonatal por parto -- Periodo neonatal es rara , y en muchos casos debería generar sospecha de abuso sexual , salvo en situaciones de infección congénita o neonatal.	-- Afecta mayormente a niños de 2 a 5 años -- Prevalente en menores de 5 años, y disminuye significativamente después de los 14 años	--la dermatitis atopica no es contagiosa ; no se "transmite" entre personas. --Sin embargo, puede presentar un componente familiar fuerte : si uno de los padres tiene atopía (DA, asma, rinitis alérgica), el riesgo en el niño es mayor; si ambos padres tienen atopía, el riesgo puede alcanzar hasta el 80 %	<input type="checkbox"/> Infancia temprana : entre las primeras semanas hasta los 3–4 meses; en algunos estudios, hasta un 70 % de lactantes lo presentan ("costra láctea") <input type="checkbox"/> Adolescencia y edad adulta : especialmente desde la pubertad hasta los 40–60 años	Infancia , especialmente niños entre 1 y 10 años

Principales forma de contagio	--Transmisión directa por contacto piel-a-piel o con gotitas de saliva , fómites, o contacto con lesiones activas, principalmente de cuidadores; es muy poco probable la transmisión por aerosoles	–Transmisión vertical al neonato en el canal del parto: supone el principal riesgo para recién nacidos.	- Es altamente contagioso , transmitiéndose por contacto directo con lesiones o fómites contaminados (ropa, toallas, juego compartido) -- El clima cálido y húmedo y la presencia de lesiones previas (eccema, insecto-picaduras) aumentan el riesgo			-- Transmisión por contacto directo piel con piel, autoinoculación (rascado o manipulación), o uso compartido de fómites (toallas, juguetes, ropa). --También puede propagarse en entornos como piscinas , aunque se asocia más bien al uso compartido de objetos que al agua en sí
Manifestaciones clínicas	-- Cutáneo-Ocular-Oral (45 %) : entre días 10-12 de vida, vesículas/úlceras -- SNC (30-35 %) : aparece entre días 16-19 (hasta 6 semanas), con irritabilidad, letargia, rechazo a ingesta, fiebre o hipotermia, fontanelas abombadas, convulsiones -- Gingivoestomatitis herpética primaria : Se	-- Herpes genital (vesículas/úlceras); en neonatos puede ser cutáneo, SNC o diseminado -- Graves: (meningoencefalitis o diseminación) en neonatos por VHS-2 son urgencias médicas y requieren diagnóstico y tratamiento inmediato	-- Comienza con pápulas que evolucionan a vesículas o pústulas , que se rompen y forman costras melicéricas ("color miel"), especialmente en nariz, boca y extremidades	Aspecto de lesiones: Lactantes (0–2 años): placas eczematosas edematosas, exudativas, costrosas, localizadas en cara (mejillas), cuero cabelludo, tronco y superficies extensas de extremidades. Diapasónica vs. dermatitis del pañal.	--Lactantes: Se presenta como costra láctea en cuero cabelludo (escamas grasirientas amarillas en vértebra y fontanela anterior), que puede generalizarse a cara, pliegues, tórax o zona del pañal --Niños mayores / Adolescentes: Se	Pápulas perladas con umbilicación, 1–5 mm, asintomáticas

	<p>inicia con pródromos: fiebre, irritabilidad, malestar, rechazo a la ingesta, insomnio, cefalea, reducción del apetito. Luego aparecen vesículas agrupadas sobre base eritematosa que evolucionan a úlceras dolorosas, afectando encías, mucosa bucal, lengua; síntomas acompañados de sialorrea, halitosis, adenopatías cervicales dolorosas, fiebre de 8-10 días, duración de lesiones de 10-14 días</p>			<p>Niños (3–12 años): afectación típica en pliegues (antecubitales, poplíteos), cuello, muñecas y tobillos. Lesiones menos exudativas, más secas y descamativas.</p> <p>Adolescentes / adultos: lichenificación (engrosamiento de la piel), reacción crónica por rascado, afectación de manos, pies, pliegues más marcado.</p>	<p>manifiesta como placas eritematosas con descamación grasa, fina o micácea en regiones seborréicas: cuero cabelludo, surcos nasolabiales, retroauriculares, pecho, pliegues intertriginosos</p>	
Diagnóstico	<p>-- Clínica (infantil); PCR, cultivo, serología, LCR, neuroimagen, EEG (neonatos)</p> <p>-- En gingivoestomatitis infantil, el diagnóstico suele ser fundamentalmente clínico por hallazgos típicos de las lesiones orales</p>	--Clínico + PCR (diferenciar VHS-1/2); serología en infecciones primarias	--Clínico; cultivo si resistencia o recurrencia	<p>-- Diagnóstico clínico, con base en la historia, características típicas de lesiones, y distribución por edad. No se requiere biopsia ni estudios de laboratorio en la mayoría de los casos.</p> <p><input type="checkbox"/> Criterios diagnóstico (NICE)</p>	Clínico; diferenciar según edad/distribución y sintomatología	Clínico; biopsia/dermatoscopia si duda

				para <12 años): prurito + ≥3 de criterios como dermatitis en pliegues o mejillas (en <18 meses), sequedad de piel, historial personal/familiar de atopía, inicio antes de los 2 años.		
Tratamiento	<p>--Gingivoestomatitis herpética: Aciclovir oral 60 mg/kg/día cada 6 h, máxima 200 mg/dosis, por 7 días</p> <p>--Neonatos o <3 meses (infección mucocutánea, diseminada o encefalitis): Aciclovir IV 60 mg/kg/día cada 8 h por 14–21 días; si enfermedad diseminada o SNC, considerar 21 días</p> <p>-->12 años: Aciclovir IV 30 mg/kg/día cada 8 h, 14-21 días; en casos muy graves, hasta 45 mg/kg/día</p>	<p>-- Primoinfección genital en <12 años: Aciclovir oral: 40–80 mg/kg/día, cada 6–8 h, durante 5–14 días (máximo 1 g/dosis)</p> <p>-- Herpes genital en adolescentes (≥12 años): Aciclovir oral: 60 mg/kg/día, dividido en 4 dosis, durante 5–10 días</p> <p>--Formas mucocutáneas (no graves):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aciclovir IV: 15–30 mg/kg/día 	<p>Tratamiento tópico (primera línea, formas localizadas)</p> <p>--Mupirocina 2 % ungüento: aplicar una capa delgada 3 veces al día durante 5–7 días (hasta 1–2 semanas si es necesario)</p> <p>-- Ácido fusídico 2 % crema: 3 veces al día hasta cura o por hasta 14 días</p> <p>Tratamiento sistémico (formas extensas o graves)</p>	<p>Cuidado de la piel (pilar fundamental)</p> <p>--Hidratación intensa y diaria: emolientes generosos en todo el cuerpo, especialmente después del baño.</p> <p>--Baños: preferentemente diarios o día por medio, breves, con agua tibia, sin jabones agresivos; usar limpiadores suaves. Secar con suavidad y aplicar emolientes de inmediato.</p>	<p>Lactantes (infantil).</p> <p>--Primera línea tópica: champú con ketoconazol 2 % (seguro, sin absorción sistémica significativa)</p> <p>--Si hay inflamación moderada: hidrocortisona al 1 % en linimento o crema durante corto plazo</p> <p>Niños/adolescentes</p> <p>--Champús antiseborreicos: Selenium sulfuroso al 2.5 %, zinc piritiono 1–</p>	<p>En niños inmunocompetentes, se recomienda esperar la resolución espontánea, que ocurre entre 6 meses y 1–2 años</p> <p>--Legrado o curetaje, es el método más usado (86 % de casos en una serie pediátrica)</p>

		en 3 dosis, por 7–10 días	<p>–Cefalexina (oral) en pediatría: 25–50 mg/kg/día dividido en 3–4 dosis, durante 7 días</p>	<p>Control de inflamación (fase activa)</p> <p>--Corticosteroides tópicos: según la intensidad de la lesión y la edad. Aplicar una o dos veces al día en zonas activas.</p> <p>Potenciales menores en cara/pliegues.</p> <p>--Inhibidores tópicos de la calcineurina (pimecrolimus, tacrolimus): útiles como alternativa a los corticoides o en zonas delicadas para evitar atrofia cutánea.</p>	<p>2 %, ácido salicílico 3 %, queratolíticos</p> <p>Antifúngicos tópicos: ketoconazol 1–2 % (crema, gel, champú) por 10–15 días, luego mantenimiento semanal.</p>	
Medidas de prevencion	<p>-- Evitar exposición cercana entre niños y personas con lesiones herpéticas activas (especialmente cuidadores) y no compartir utensilios, vasos, cubiertos</p>	<p>--Cesárea en partos de riesgo, evitar contacto durante brotes, uso de preservativo, higiene, precauciones en salud</p> <p>-- Profilaxis neonatal e higiene: en contexto hospitalario, implementar</p>	<p>Higiene, no compartir ropa, cubrir lesiones, uñas cortas, retorno escolar tras 12–24 h de tratamiento</p>	<p>Hidratación continua, evitar irritantes, manejo ambiental y educación</p>	<p>-- Cuidado general del cuero cabelludo y piel: higiene regular, aplicar champús suaves, evitar productos irritantes</p> <p>-- Evitar desencadenantes: estrés, humedad,</p>	<p>-- Higiene frecuente de manos y evitar compartir objetos personales (toallas, ropa, juguetes)</p> <p>-- Cubrir lesiones con vendajes, especialmente durante actividades con</p>

	<p>-- En gingivoestomatitis, evitar llevar el niño a guarderías o escuelas durante la fase contagiosa</p> <p>-- En embarazo y parto: si la madre tiene herpes genital primario en el parto, se indica cesárea; no está indicado cribado PCR recurrente</p>	precauciones de contacto , uso de EPI (guantes, protección ocular si hay riesgo), y cuidados de higiene para evitar transmisión al neonato			<p>condiciones neurológicas o inmunológicas que empeoren los brotes.</p> <p>-- Continuidad del tratamiento: tras mejoría, continuar con uso esporádico de champú antifúngico (una vez por semana) para prevenir recaídas</p>	<p>contacto físico o en piscinas, para proteger a otros y evitar autoinoculación</p>
--	---	---	--	--	---	--