



UNIVERSIDAD DEL SURESTE  
MEDICINA HUMANA  
7 "A"

PEDIATRIA

CUADRO COMPARATIVO  
CATEDRATICO:  
DR. MORALES PEREZ JESUS ALEJANDRO

ALUMNA:  
MARIA CELESTE HERNANDEZ CRUZ

COMITAN DE DOMINGUEZ, CHIAPAS; 07/09/2025

DERMATITIS ATÓPICA	DERMATITIS SEBORREICA	VSH-1 (HERPES LABIAL)	VSH-2 (HERPES GENITAL)	MOLUSCO CONTAGIOSO	IMPETIGO
<b>DEFINICIÓN</b> Enfermedad crónica pruriginosa de la piel, la cual se presenta frecuentemente en niños pero que también puede afectar adultos	<b>DEFINICIÓN</b> Trastorno crónico e inflamatorio de la piel con predilección de las áreas ricas en glándulas sebáceas.	<b>DEFINICIÓN</b> Desconocida, pero se ha asociado con incremento en la producción sebácea, colonización por Candida y Malassezia. El 70% de los casos de dermatitis seborreica infantil se presentan en los primeros 3 meses de la vida y se resuelve durante el primer año de vida.	<b>DEFINICIÓN</b> Virus herpes simple tipo 1: herpes labial Hace sus manifestaciones del ombligo hacia arriba, predomina más en niños. Periodo de incubación: 2 a 12 días	<b>DEFINICIÓN</b> Infección limitada a la piel Virus del mismo nombre, perteneciente a la familia Poxviridae, del género Molluscipox. Periodo de incubación varía entre 7 días y 6 meses, con promedio de 2 a 3 meses. Con más frecuencia en la edad pediátrica.	<b>DEFINICIÓN</b> Infección de la epidermis muy contagiosa y frecuente.
<b>Agente causal/ Edad más frecuente</b> Se asocia frecuentemente a niveles elevados de IgE así como a una historia personal o familiar de hipersensibilidad tipo I. Más frecuente en niños.	<b>Agente causal/ Edad más frecuente</b> Condición la cual se caracteriza por una hipersensibilidad a alérgenos comunes del medio ambiente así también la historia familiar.	<b>Agente causal/ Edad más frecuente</b> La dermatitis seborreica no es un enfermedad contagiosa, por lo que no se transmite de una persona a otra. Se produce por una reacción inmune a un hongo común de la piel	<b>Agente causal/ Edad más frecuente</b> Contacto directo es a través del contacto directo con una persona portadora, a través de saliva, orina, lesión en mucosa o en piel Hace sus manifestaciones del ombligo hacia arriba	<b>Agente causal/ Edad más frecuente</b> Es producido más frecuentemente por el VHS-2 en un 90%. Lo padecen los adolescentes y adultos con vida sexual activa, su forma de transmisión es a través del contacto sexual. Hace sus manifestaciones del ombligo hacia abajo, es por contacto sexual.	<b>Agente causal/ Edad más frecuente</b> No ampollosa es la más frecuente (70% de los casos), causada por S. aureus, S. pyogenes. Ampollosa causada por S. aureus. Puede aparecer a cualquier edad, con mayor incidencia en menores de 5 años, y disminuye de forma drástica tras los 14 años. Más frecuente en inicios de verano.
<b>Modo de transmisión</b> Condición la cual se caracteriza por una hipersensibilidad a alérgenos comunes del medio ambiente así también la historia familiar.	<b>Modo de transmisión</b> La dermatitis seborreica no es un enfermedad contagiosa, por lo que no se transmite de una persona a otra. Se produce por una reacción inmune a un hongo común de la piel	<b>Modo de transmisión</b> • Fase del lactante. Primeros 2 meses de edad, predominando en mejillas y respetando el triángulo central de la cara. Eritema y pápulas, las cuales se pueden acompañar de exudado y costras hemáticas. • Fase del escolar o infantil. Se presenta de los 2 años a los 12 años de edad. La dermatosis predomina en los pliegues antecubitales, huecos popliteos, cuello, muñecas, párpados y región peribucal. Se caracteriza por eccema y liquenificación. • Fase del adulto: Se presenta después de los 13 años de edad. Se manifiesta en superficies de flexión de las extremidades, cuello, nuca, dorso de manos y genitales. Cursa con eccema y liquenificación.	<b>Modo de transmisión</b> Se manifiesta con úlceras sobre el borde bermellón del labio o, con mucha menor frecuencia, se identifican úlceras en la mucosa del paladar duro.  PRIMOPINFECCIÓN: A nivel de la piel y mucosas . Vesículas pequeñas con una base eritematosa, puede durar de 7 a 10 días, esta no deja cicatriz. El paciente presentara ardor, dolor y picor previo a las lesiones.  Luego cuando él se activa en su periodo de latencia se llama infección recurrente: lesiones localizadas.	<b>Modo de transmisión</b> Cuando hay clínica (5-12%) puede presentar dolor, disuria, fiebre, purito. Tiene la misma presentación que el Herpes Simple tipo I: vesículas en vulva, vagina y cérvix en el caso de la mujer y en el hombre aparecen en sus genitales externos; prepucio, glande y tallo peneano. Se considera que toda aquella persona que presente alguna manifestación de herpes genital está propensa a desarrollar el VIH.	<b>Modo de transmisión</b> contacto directo de piel a piel con una persona infectada, así como por el contacto con objetos o superficies contaminados, como toallas, ropa o juguetes. También puede contagiarse por contacto sexual en adolescentes y adultos.
<b>Manifestaciones clínicas</b> • Clínico • Escalas para evaluar gravedad (EASI, Scord).	<b>Manifestaciones clínicas</b> Clínico y se fundamenta en la historia clínica y exploración física.	<b>Manifestaciones clínicas</b> • Clínica • Cultivo • Tzanck(Giemsa). • Elisa • PCR	<b>Manifestaciones clínicas</b> • Clínica • Cultivo • Tzanck(Giemsa). • Elisa • PCR	<b>Manifestaciones clínicas</b> • Clínica • Dudas: Biopsia de lesión	<b>Manifestaciones clínicas</b> • Clínico • Cultivo (Eudado, ampolla)
<b>Diagnóstico</b> NO FARMACOLÓGICO: • Identificar los factores de riesgo de recaída o de exacerbación FARMACOLÓGICO • Los emolientes son la piedra angular en el tratamiento de DA. • Corticosteroides tópicos tratamiento de primera línea (de acuerdo a la gravedad) • Hidrocortisona tópica al 2.5% una o dos veces al día por 5 a 7 días. • Moderado: Fluocinolona tópico 2 veces al día, durante 7 días. • Antihistamínicos sedantes: En el caso de un brote de DA • Clorfenihidramina VO 1mg de 1 a 5 años de edad, 2mg en niños de 6 a 1 año por 2 semanas durante las exacerbaciones. • Graves, derivar a dermatologos pediatras.	<b>Diagnóstico</b> • Clínico y se fundamenta en la historia clínica y exploración física.	<b>Diagnóstico</b> • Antifúngicos • Antiinflamatorios esteroideos • Inhibidores de calcineurina Pitirionato de zinc • Bisulfuro de selenio. • Ketoconazol al 2% en champú, gel o crema, aplicado una vez al día en las lesiones, así como la aplicación de emolientes dos veces al día en áreas afectadas por al menos 2 semanas.	<b>Diagnóstico</b> • ACICLOVIR • 15mg x kg x día cada 8 horas x 5 10 días. • RN:30 60 mg x kg x día. • 14 días en enfermedad localizada. • 21 días en enfermedad diseminada. • Si hay toque del sistema nervioso central lo podemos prolongar de 21 días. • Queratoconjuntivitis: Trifluridina topica 1% • RESISTENCIA AL ACICLOVIR: FOSCARNET: 40mgx kg cada 8 horas o Ganciclovir.	<b>Diagnóstico</b> El herpes genital se trata con antivirales. Los episodios primarios y las recurrencias (reactivaciones) pueden tratarse con aciclovir, valaciclovir o famaciclovir. ACICLOVIR: 400mg vía oral 3 veces al día durante 5-10 días.	<b>Diagnóstico</b> La mayoría de casos remite solo. Tratar cuando las lesiones sean visibles y dolorosas. • Mecánicos 80% • Químicos • Antivirales • Inmunomoduladores Mecánico: 1° Curetaje (extrae la lesión completa), 2° Criocirugía. Químico: Hidroxido de potasio, destruye la piel disolviendo la queratina. Se aplica a concentraciones de entre 5 y 20% en solución acuosa, una o dos veces al día sobre las lesiones. Inmunoterapia: Imiquimod. Antivirales: Cidofovir
<b>Tratamiento</b> • Mantener la piel limpia mediante el baño diario. • Mantener su dormitorio limpio, con una temperatura y humedad adecuadas. • Vestir ropa de algodón que no fricione con la piel. • Evitar el uso de detergentes enriquecidos con enzimas en caso de pacientes con hipersensibilidad conocida a proteínas enzimáticas.	<b>Tratamiento</b> • Mantener una buena higiene	<b>Tratamiento</b> • Mantener una buena higiene • No compartir objetos • Evitar productos irritantes • Controlar el estrés • Mantener una dieta equilibrada	<b>Tratamiento</b> • Mantener una buena higiene • Abstinencia sexual. • Uso de condones • Evitar sexo oral • Mantener higiene	<b>Tratamiento</b> • Evitar baño comunitario y uso de albercas • Limitar el uso de esponjas, cepillos y otros fomites. • Cubrir áreas de lesión para evitar autoinoculación y diseminación.	<b>Tratamiento</b> • Buena higiene • Lavando frecuentemente manos, cara y cuerpo • Cuide las heridas de la piel manteniéndolas limpias y cubiertas • Evite compartir artículos personales
<b>Medidas preventivas</b>					