

**Diego Caballero Bonifaz**

**DR: Jesús Alejandro morales Pérez**

**Cuadro Comparativo**

**Clínica de pediatría**

**7**

**B**

PASIÓN POR EDUCAR

Comitán de Domínguez Chiapas a 6 de septiembre de 2025.

|                                  | VHS-1   | VHS-2   | Impétigo   | Dermatitis atópica  | Dermatitis seborreica  | Molusco contagioso   |
|----------------------------------|---|---|--|---|--|--|
| <b>Agente causal y etiología</b> | <p><b>su agente</b> es virus de herpes simple tipo 1.</p> <p><b>Etiología</b><br/>la exposición solar, cualquier estrés al que esté sometido el paciente puede producir la activación de este virus que está dormido y hace su activación</p> | <p><b>Su agente</b> es virus herpes simple tipo 2</p> <p><b>Etiología</b><br/>Es común por contacto sexual</p> <p>hace sus manifestaciones del ombligo hacia abajo, es por contacto sexual.</p> | <p><b>Agentes principales:</b><br/><i>Staphylococcus aureus</i> (incluyendo cepas productoras de toxina y MRSA) y <i>Streptococcus pyogenes</i> (grupo A)</p> <p><b>Etiología</b> es polimicrobiana y sus factores predisponentes son lesiones en piel y condiciones de hacinamiento, calor, humedad y mala higiene.</p> | <p><b>No tiene agente causal</b></p> <p><b>Etiología</b><br/><b>Factores genéticos</b><br/>Mutaciones en el gen de la filagrina (FLG) → defectos en la barrera cutánea.<br/>Historia familiar de atopia (asma, rinitis alérgica, dermatitis).</p> <p><b>Alteración de la barrera cutánea</b><br/>Piel con menor cantidad de lípidos y proteínas estructurales</p> | <p>La etiología de la dermatitis seborreica infantil es desconocida, pero se ha asociado con incremento en la producción sebácea, colonización por <i>Candida</i> y <i>Malassezia</i> e inflamación secundaria</p> | <p><b>Agente</b><br/>el virus del mismo nombre perteneciente a la familia Poxviridae del género Molluscipox</p> <p><b>Etiología</b><br/><b>MCV-1</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Es el más frecuente en niños.</li></ul> <p><b>MCV-2</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Usualmente asociado a transmisión sexual.</li></ul> <p><b>MCV-3 y MCV-4</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Mucho menos comunes</li></ul> |
| <b>Edad más frecuente</b>        | Infancia y adolescencia   | Adolescencia y adultos jóvenes  | niños preescolares y en edad escolar (clásicamente 2-5 años), aunque puede ocurrir a cualquier edad.   | En niños y lactante ( <b>antes de los 5 años, sobre todo &lt;2 años</b> ), pero puede persistir o iniciar en cualquier etapa de la vida.  | La mayoría de los casos se da antes de los 3 meses   | Entre 2-5 años   |

|                                |  |  |   |  |  |   |
|--------------------------------|--|--|---|--|--|---|
| Principales formas de contagio | A través de saliva orina o lesión de mucosa y contacto directo con una persona portadora   | Contacto directo con la piel y mucosas o contacto sexual   | Contacto directo con piel, autoinoculación, Contacto indirecto a través de objetos contaminados (fómites)   | No se contagia   | No se contagia   | Contacto directo con la piel autoinoculación o fómites contaminados   |
| Manifestaciones clínicas       | <p>Vesículas limitadas en la piel en ramillete con base eritematosa, que se rompen con facilidad. presentando con la ruptura un líquido de color miel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Pródromo:</b> el paciente presentara ardor, dolor y picor previo a las lesiones</li> <li>• Puede haber adenopatías y fiebre</li> <li>• Gingivoestomatitis herpética</li> <li>• Eccema herpético</li> <li>• Lesiones oculares</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Por lo general es una afección subclínica o pasa inadvertida.</li> <li>• Cuando hay clínica (5-12%) puede presentar dolor, disuria, fiebre, prurito</li> <li>• Tiene la misma presentación que el Herpes Simple tipo 1 solo que en genitales</li> </ul> | <p><b>impétigo no ampolloso</b> (más común): pápulas vesículas → erosiones que dejan costras amarillas/honey-crust; localización: cara (perioral/nariz), extremidades.</p> <p><b>Impétigo ampolloso:</b> ampollas tensas que se rompen dejando erosiones; más frecuente en lactantes; asociadas a S. aureus productor de toxina exfoliativa.</p> <p>Puede haber ecitema a Pueden acompañarse de prurito; raramente signos sistémicos a menos que se disemin</p> | <p>Eccema visible en sitios de flexión como codos rodillas etc.</p> <p>En lactantes se presenta en mejillas, mentón y nariz</p> <p>Datos de sangrado por prurito.</p> <p>Presencia de ertiema papulas y puede evolucionar a costras hemáticas</p> <p>Liquenificación</p> <p>Infección</p> <p><b>Datos de exarcebación</b></p> <p>Irritantes</p> <p>Jabon</p> <p>Contacto alérgenos</p> <p>Alimentos alérgenos (leche, huevo, cacahuètes, nueces)</p> | <p>en recién nacidos y lactantes son: placas eritematoescamosas, amarillentas, oleosas, que afectan principalmente piel cabelluda, cara, pliegues retroauriculares y área genital. Con menor frecuencia, se presentan lesiones diseminadas a tronco y extremidades; el prurito leve y la ausencia de lesiones en superficies extensoras apoyan</p> | <p>pápulas únicas o múltiples, rodeadas de un halo eritematoso y una umbilicación central</p> <p>Puede aparecer en cualquier parte del cuerpo, pero se localiza principalmente en la cara, el tronco y zonas intertriginosas</p> <p>las lesiones pueden rodearse de un halo eritematoso, con eccema</p> |

|                    |  |  |   |  |   |  |
|--------------------|--|--|---|--|---|--|
| <b>Diagnostico</b> | Clínica <ul style="list-style-type: none"><li>•Cultivo</li><li>• Tzanck(Giemsa)</li><li>• Elisa</li><li>• PCR</li></ul>  | Clínica <ul style="list-style-type: none"><li>•Cultivo</li><li>• Tzanck(Giemsa)</li><li>• Elisa</li><li>• PCR</li></ul>  | <ul style="list-style-type: none"><li>•Dx clínico</li><li>• Cultivo de exudado y antibiograma</li><li>•PCR o pruebas rápidas para <i>S. aureus/Streptococcus</i>.</li></ul>   | Manifestaciones clínicas y evaluar datos que la exacerban  | Es clínico se realiza con sus lesiones Su dx diferencialpsoriasis, dermatitis atópica, tiña, histiocitosis  | se establece básicamente por la clínica.<br><br>Biopsia  |
| <b>Tratamiento</b> | <b>Aciclovir</b><br>15mg x kg x día cada 8horas x 5-10días. <ul style="list-style-type: none"><li>• RN:30-60 mg x kg x día: x 14 días en enfermedad localizada.</li><li>•x 21 días en enfermedad diseminada</li></ul> <b>Valaciclovir</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Oral: 1 g cada 12 h por 7–10 días.</li><li>• Mejor biodisponibilidad que aciclovir.</li></ul> <b>Queratoconjuntivitis:</b><br>Trifluridina topica 1%<br><br><b>Resistencia Aciclovir:</b><br><b>Foscarnet:</b> 40 mg/c8hrs o ganciclovir | <b>Aciclovir</b><br>15mg x kg x día cada 8horas x 5-10días. <ul style="list-style-type: none"><li>• RN:30-60 mg x kg x día: x 14 días en enfermedad localizada.</li><li>•x 21 días en enfermedad diseminada</li></ul> <b>Valaciclovir</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Oral: 1 g cada 12 h por 7–10 días.</li><li>• Mejor biodisponibilidad que aciclovir.</li></ul> <b>Queratoconjuntivitis:</b><br>Trifluridina topica 1%<br><b>Resistencia Aciclovir:</b><br><b>Foscarnet:</b> 40 mg/c8hrs o ganciclovir | <b>Primera línea</b><br><b>Mupirocina 2% ungüento:</b> aplicar sobre lesiones <b>3</b> veces al día durante 5 días (varía 3–10 días<br><b>Retapamulina 1% ungüento:</b> aplicar 2 veces al día por 5 días (<br><b>Ácido fusídico 2% crema/ungüento:</b> 2–3 veces al día por 5 días<br><br><b>Segunda línea / alternativas (MRSA o alergia</b><br><b>Trimethoprim-sulfamethoxazole):</b> adulto DS (TMP 160 mg / SMX 800 mg) 1 tableta VO BID por 7 días.<br><b>Doxiciclina:</b> 100 mg VO BID (no en <8 años). | <b>Tratamiento no farmacológico</b><br><b>Emolientes:</b> Uso diario para restaurar la barrera cutánea y reducir la inflamación.<br><b>Evitar irritantes:</b> Eliminar jabones, detergentes y productos que puedan desencadenar brotes.<br><b>Educación:</b> Informar al paciente y familia sobre la naturaleza crónica de la<br><b>Tratamiento farmacológico</b><br>Corticoides tópicos: De acción leve a moderada para brotes agudos;<br><b>•Inmunomoduladores tópicos:</b> Como tacrolimus o<br><b>•Antihistamínicos</b> orales: Para controlar el prurito, especialmente en niños. | <b>medicamentos tópicos como:</b><br>antifúngicos, antiinflamatorios esteroideos, inhibidores de calcineurina, pitirionato de zinc y bisulfuro de selenio.<br><br>ketoconazol al 2% en champú, gel o crema, aplicado una vez al día en las lesiones | <b>Tratamientos mecánicos</b><br><i>Curetaje</i><br><i>Criocirugía</i><br><br><b>Tratamientos químicos</b><br><i>-Ácido tricloroacético</i><br><i>-Cantaridina</i><br><i>-Hidróxido de potasio</i><br><i>Podofilina y podofilotoxina</i><br><i>Retinoide</i><br><i>Ácido salicílico, láctico y glicólico</i><br><br><b>Inmunoterapia</b><br><i>Imiquimod</i><br><i>Candidina</i><br><br><b>Antivirales</b><br><i>Cidofovir</i> |

|                       |   |   |  |  |  |   |
|-----------------------|---|---|--|--|--|---|
|                       |   |   | Clindamicina: 300-450mg  |  |  |   |
| Medidas de prevención | <p><b>Evitar contacto directo con lesiones activas</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>No besar ni tener contacto íntimo cuando hay vesículas o úlceras visibles.</li><li>Evitar compartir utensilios, vasos, toallas, cosméticos (ej. bálsamo labial).</li></ul> <p><b>Identificación y educación del paciente</b></p> | <p><b>Evitar contacto directo con lesiones activas</b></p> <p>No besar ni tener contacto íntimo cuando hay</p> <ul style="list-style-type: none"><li>vesículas o úlceras visibles.</li><li>Evitar compartir utensilios, vasos, toallas, cosméticos (ej. bálsamo labial).</li></ul> <p><b>Uso de preservativo o barreras de látex</b></p> <p><b>Identificación y educación del paciente</b></p> <p><b>Prevención en embarazo (VHS-2 genital)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Tamizaje de síntomas o antecedentes en la embarazada.</li></ul> | <p><b>Higiene y cubrir lesiones:</b> lavar suavemente las lesiones con jabón y agua; <b>cubrir</b> las lesiones con apósitos para reducir contagio.</p> <p><b>No compartir</b> toallas, ropa, utensilios; lavar a alta temperatura la ropa de cama/toallas de la persona infectada.</p> <p><b>Aislamiento temporal en guardería/escuela:</b></p> <p><b>Tratar portadores en brotes:</b> en brotes familiares o repetidos, considerar <b>mupirocina intranasal</b> y medidas de descolonización según protocolo local</p> | <p><b>Cuidado de la piel</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Uso diario de <b>emolientes/cremas hidratantes</b> (mínimo 2 veces al día, sobre todo tras el baño).</li><li>Preferir cremas o ungüentos sin fragancia ni colorantes.</li><li>Evitar jabones fuertes; usar <b>jabones syndet o limpiadores suaves</b>.</li><li>Bañarse con agua tibia (10–15 minutos), nunca con agua muy caliente.</li></ul> <p><b>2. Evitar irritantes y alérgenos</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Ropa de <b>algodón o fibras naturales</b>, evitar lana o telas sintéticas que irriten.</li></ul> | <p>Lavar el cabello con champú suave o medicado (ketoconazol, zinc, selenio). Evitar estrés y desvelo, porque favorecen brotes. Mantener la piel limpia, seca y sin exceso de grasa.</p> | <p>evitar el baño comunitario y el uso de albercas; limitar el uso de esponjas, cepillos y otros fómites que puedan transmitir el virus</p> |

|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|