

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
Agente causal y etiología	<p>su agente es virus de herpes simple tipo 1.</p> <p>Etiología 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>Su agente es virus herpes simple tipo 2</p> <p>Etiología Es común por contacto sexual hace sus manifestaciones del ombligo hacia abajo, es por contacto sexual.</p>	<p>Agentes principales: <i>Staphylococcus aureus</i> (incluyendo cepas productoras de toxina y MRSA) y <i>Streptococcus pyogenes</i> (grupo A)</p> <p>Etiología es polimicrobiana y sus factores predisponentes son lesiones en piel, condiciones de hacinamiento, calor, humedad y mala higiene.</p>	<p>No tiene agente causal</p> <p>Etiología Factores genéticos Mutaciones en el gen de la filagrina (FLG) → defectos en la barrera cutánea.</p> <p>Etiología es polimicrobiana y sus factores predisponentes son lesiones en piel, condiciones de hacinamiento, calor, humedad y mala higiene.</p> <p>Alteración de la barrera cutánea 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>Agente el virus del mismo nombre perteneciente a la familia Poxviridae del género Molluscipox</p> <p>Etiología MCV-1 <ul style="list-style-type: none"> • Es el más frecuente en niños. MCV-2 <ul style="list-style-type: none"> • Usualmente asociado a transmisión sexual. MCV-3 y MCV-4 <ul style="list-style-type: none"> • Mucho menos comunes </p>
Edad más frecuente	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 (antes de los 5 años, sobre todo <2 años), 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, autoinoculacion, Contacto indirecto a través de objetos contaminados (fómites)	No se contagia	No se contagia	Contacto directo con la piel autoinoculación 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"> • Pródromo: el paciente presentara ardor, dolor y picor previo a las lesiones • Puede haber adenopatías y fiebre • Gingivoestomatitis herpética • Eccema herpético • Lesiones oculares 	<ul style="list-style-type: none"> • Por lo general es una afección subclínica o pasa inadvertida. • Cuando hay clínica (5-12%) puede presentar dolor, disuria, fiebre, prurito • Tiene la misma presentación que el Herpes Simple tipo 1 solo que en genitales 	<p>impétigo ampolloso (más común): pápulas vesículas → erosiones que dejan costras amarillas/honey-crust; localización: cara (perioral/nariz), extremidades.</p> <p>Impétigo ampolloso: ampollas tensas que se rompen dejando erosiones; más frecuente en lactantes; asociadas a <i>S. aureus</i> 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>Datos de exacerbacion</p> <p>Irritantes</p> <p>Jabón</p> <p>Contacto alérgenos</p> <p>Alimentos alérgenos (leche, huevo, cacahuetes, 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>

Diagnóstico	Clínica • Cultivo • Tzanck(Giemsa) • Elisa • PCR	Clínica • Cultivo • Tzanck(Giemsa) • Elisa • PCR	• Dx clínico • Cultivo de exudado y antibiograma • PCR o pruebas rápidas para <i>S. aureus/Streptococcus</i> .	Manifestaciones clínicas y evaluar datos que la exacerbán	Es clínico se realiza con sus lesiones Su dx diferencial psoriasis, dermatitis atópica, tiña, histiocitosis	se establece básicamente por la clínica. Biopsia
Tratamiento	Aciclovir 15mg x kg x día cada 8 horas x 5-10 días. • RN: 30-60 mg x kg x día: x 14 días en enfermedad localizada. • x 21 días en enfermedad diseminada Valaciclovir • Oral: 1 g cada 12 h por 7-10 días. • Mejor biodisponibilidad que aciclovir. Queratoconjuntivitis: Trifluridina tópica 1% Resistencia Aciclovir: Foscarnet: 40 mg/c8hrs o ganciclovir	Aciclovir 15mg x kg x día cada 8 horas x 5-10 días. • RN: 30-60 mg x kg x día: x 14 días en enfermedad localizada. • x 21 días en enfermedad diseminada Valaciclovir • Oral: 1 g cada 12 h por 7-10 días. • Mejor biodisponibilidad que aciclovir. Queratoconjuntivitis: Trifluridina tópica 1% Resistencia Aciclovir: Foscarnet: 40 mg/c8hrs o ganciclovir	Primera línea Mupirocina 2% ungüento: aplicar sobre lesiones 3 veces al día durante 5 días (varía 3-10 días) Retapamulina 1% ungüento: aplicar 2 veces al día por 5 días Valaciclovir • Oral: 1 g cada 12 h por 7-10 días. • Mejor biodisponibilidad que aciclovir. Queratoconjuntivitis: Trifluridina tópica 1% Resistencia Aciclovir: Foscarnet: 40 mg/c8hrs o ganciclovir	Tratamiento no farmacológico Emolientes: Uso diario para restaurar la barrera cutánea y reducir la inflamación. Evitar irritantes: Eliminar jabones, detergentes y productos que puedan desencadenar brotes. Educación: Informar al paciente y familia sobre la naturaleza crónica de la	medicamentos tópicos como: antifúngicos, antiinflamatorios esteroideos, inhibidores de calcineurina, pitirionato de zinc y bisulfuro de selenio. ketoconazol al 2% en champú, gel o crema, aplicado una vez al día en las lesiones	Tratamientos mecánicos Curetaje Criocirugía Tratamientos químicos -Ácido tricloroacético -Cantaridina -Hidróxido de potasio Podofilina y podofilotoxina Retinoide Ácido salicílico, láctico y glicólico Inmunoterapia Imiquimod Candidina Antivirales Cidofovir

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

--	--	--	--	--	--	--