



**Nombre del alumno: Mayra Grissel Mollinedo Noyola.**

**Nombre de docente: Dr. Jesús Alejandro Morales Pérez**

**Nombre del trabajo: cuadro comparativo**

**Materia: clínica de pediatría**

**Grado y grupo: 7° "B"**

**Carrera: Medicina humana.**

Comitán de Domínguez Chiapas a 10 de septiembre de 2025



# Enfermedades dermatológicas en pediatría



	Virus del herpes simple tipo 1 (VHS-1)	Virus del herpes simple tipo 2 (VHS-2)	Impétigo	Dermatitis atópica	Dermatitis seborreica	Molusco contagioso
Agente causal	Virus del herpes simple tipo 1 (VHS-1)	Virus del herpes simple tipo 2 (VHS-2)	S. aureus y Streptococcus pyogenes	Niveles elevados de IgE Hipersensibilidad tipo I	Candida Malassezia	Molluscum contagiosum
Edad más frecuente de presentación	Niños de 3 – 5 años	Al inicio de vida sexual activa 15 – 30 años	Menores de cinco años	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fase del lactante. Inicia durante los dos primeros meses de edad.</li><li>• Fase del escolar o infantil. Se presenta de los 2 años a los 12 años de edad.</li><li>• Fase del adulto: Se presenta después de los 13 años de edad.</li></ul>	Los primeros 3 meses de la vida y el primer año de vida	Menores de 16 años
Principales formas de contagio	Contacto directo	Contacto directo Contacto sexual.	Autoinoculación Contacto directo Fómites			Contacto directo
Manifestaciones clínicas típicas / Forma de presentación	Vesículas agrupadas en base eritematosa en labios, mucosa oral	Vesículas en vulva, vagina y cérvix en el caso de la mujer En el hombre aparecen en sus genitales externos.	No ampollosa: erosión superficial con costra melicérica Ampollosa: ampollas superficiales de 1–5 cm	<ul style="list-style-type: none"><li>• Prurito</li><li>• Fase del lactante: eritema y pápulas, acompañado de exudado y costras hemáticas, predominando en mejillas y respetando el triángulo central de la cara.</li><li>• Fase escolar o infantil: Se caracteriza por eccema y liquenificación.</li><li>• Fase del adulto: Cursa con eccema y liquenificación</li></ul>	Placas eritematoescamosas, amarillentas, oleosas	Pápulas únicas o múltiples, rodeadas de un halo eritematoso y una umbilicación central. No suele afectar las palmas ni las plantas
Diagnóstico (clínico y/o laboratorio)	Clinica Cultivo Tzanck(Giemsa). Elisa PCR	Clinica Cultivo Tzanck(Giemsa). Elisa PCR	Clinico Puede realizarse cultivo del exudado o de la ampolla.	Clinico Los clásicos de Hanifin y Rajka, deben cumplirse, al menos, tres criterios mayores y tres criterios menores.	Clinico y se establece con la observación de las lesiones características.	Clinico En caso de duda: biopsia de una lesión
Tratamiento de primera línea y segunda línea	1º: Aciclovir 15mg x kg x día cada 8horas x 5 10días. RN:30– 60 mg x kg x día: 2º: FOSCARNET: 40mgx kg cada 8horas o Ganciclovir	1º: Aciclovir 15mg x kg x día cada 8horas x 5 10días. RN:30– 60 mg x kg x día: 2º: FOSCARNET: 40mgx kg cada 8horas o Ganciclovir	1º: Mupirocina tópica 2% cada 8 h por 5–7 días. 2º: Dicloxacilina VO 25–50 mg/kg/día cada 6 h por 7 días (alternativa: cefalexina)	1º: Corticoides tópicos (ej. hidrocortisona 2–5% 1–2 veces/día). 2º: Tacrolimus tópico 0.03–0.1% 2 veces/día; en graves: ciclosporina 3–5 mg/kg/día	1º: Champú con ketoconazol 2% 2 semanas 2º: Corticoides tópicos suaves (hidrocortisona 1%, 1 vez/día en brotes)	1º: Curetaje o crioterapia. 2º: Imiquimod 5% crema, aplicar 3 veces/semana hasta resolución
Medidas de prevención	Evitar contacto con lesiones activas, no compartir utensilios, lavado de manos	Uso de preservativo, evitar contacto en brotes, cesárea si lesiones activas en embarazo	Higiene personal, recorte de uñas, lavado de manos, no compartir objetos	Hidratación frecuente, evitar irritantes y alérgenos, ropa de algodón, educación familiar	Higiene capilar regular, reducir estrés, evitar productos irritantes	Evitar contacto directo con lesiones, no compartir toallas/ropa, higiene personal

