



**Ana Kristell Gómez Castillo.**

**Dr. Jesús Alejandro Morales Pérez.**

**Cuadro Comparativo.**

**Clínica Pediátrica.**

**7 “B”**

PASIÓN POR EDUCAR

Comitán de Domínguez Chiapas. A 10 de septiembre, 2025.

	Virus herpes simple 1	Virus herpes simple 2	Impétigo
Definición	Es una infección viral causada por el virus del herpes simple tipo 1. Caracterizada por la aparición de lesiones vesiculares o úlceras en piel, principalmente en región oral y facial.	Es una infección viral causada por el virus del herpes simple tipo 2. Caracterizada por la aparición de lesiones vesiculares o úlceras en pie, principalmente en región genital.	Es una infección de la epidermis muy contagiosa y frecuente
Agente etiológico/ etiología	VHS- 1 Familia: Herpes virus	VHS-2 Familia: Herpes virus	Frecuente en Inicio de Verano. <b>No ampollosa:</b> S. Aureus, S. Pyogenes y ocasionalmente por estreptococos C y G. <b>Ampollosa:</b> S. Aureus productor de toxinas epidermolíticas A y B
Edad más frecuente	Niños menores de 5 años	Adolescentes o adultos con VSA En caso de violación: Niños.	Cualquier edad Incidencia mayor en menores de 5 años
Formas de contagio	Contacto directo con persona portadora. - Saliva - Orina - Lesiones en mucosa o piel.	Contacto sexual	Autoinoculación Contacto directo Fómites
Manifestaciones clínicas típicas/ forma de presentación	<b>Presentación:</b> Ombligo hacia arriba - Vesículas pequeñas con una base eritematosa (7 a 10 días) no deja cicatriz - Dolor - Ardor - Prurito secundario a lesiones Otras: - Gingoestomatitis herpética - Eccema herpético - Lesiones oculares	<b>Presentación:</b> Ombligo hacia abajo - Dolor - Disuria - Fiebre - Prurito - Vesícula en vulva, vagina y cérvix en caso de mujer. - Hombres: en genitales externos (Prepucio, glande y tallo peneano)	<b>No ampollosa:</b> Las lesiones progresan desde maculas milimétricas hasta pápulas, posterior mente evoluciona a vesículas y termina en erosión con característica costa <b>melicerica</b> . Se encuentra en nariz, boca, tronco, nalgas, axilas y extremidades. - Prurito - Sin síntomas sistémicos  <b>Ampollosa:</b> Vesículas que evolucionan a ampollas superficiales de 1 a 5 cm, de contenido turbio, tras ruptura dejan lesión eritematosa sobre la que forma una costra fina.

<p>Diagnostico (clínico/presentación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Clínica Presentación de vesículas pequeñas con una base eritematosa que no deja cicatriz</li> <li>- Cultivo</li> <li>- Tzanck (Giemsa)</li> <li>- Elisa</li> <li>- PCR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Clínica Se presentan vesículas en vulva, vagina y cérvix en caso de mujer y en hombres en genitales externos.</li> <li>- Cultivo</li> <li>- Tzanck</li> <li>- Elisa</li> <li>- PCR</li> </ul>	<p>Clínico Exudado de la ampolla</p> <p>Diagnostico diferencial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Picaduras</li> <li>- Eccemas</li> <li>- Herpes simple</li> <li>- Quemaduras</li> </ul>
<p>Tratamiento de primera línea y segunda línea (Dosis)</p>	<p>Aciclovir: 15 mg/kg/día cada 8 horas por 5 – 10 días. RN: 30 a 60 mg/kg/día</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Localizada: Por 14 días</li> <li>- Diseminada: Por 21 días</li> </ul> <p>Queratoconjuntivitis: Trifluridina tópica 1% Gingoestomatitis: Aciclovir o tocamientos orales. Resistencia a Aciclovir: Foscarnet: 40 mg/kg cada 8 horas o Ganciclovir.</p>	<p>Aciclovir: 15 mg/kg/día cada 8 horas por 5 – 10 días. RN: 30 a 60 mg/kg/día</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Localizada: Por 14 días</li> <li>- Diseminada: Por 21 días</li> </ul> <p>Queratoconjuntivitis: Trifluridina tópica 1% Gingoestomatitis: Aciclovir o tocamientos orales. Resistencia a Aciclovir: Foscarnet: 40 mg/kg cada 8 horas o Ganciclovir</p>	<p>1era Línea. Antibióticos tópicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mupirocina o ácido fusídico c/ 8 horas 5 a 7 días.</li> </ul> <p>2da Línea: Si las lesiones son extensas o hay síntomas sistémicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Antibiótico oral: cefalosporina de primera generación (cefazolina o cefadroxilo oral)</li> </ul> <p>Sospecha de SAMR-AC:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Clindamicina</li> <li>- TMP- SMX</li> </ul>
<p>Prevención</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lavado de manos</li> <li>- Evitar contacto directo con las lesiones o saliva de personas infectadas</li> <li>- Evitar uso de utensilios personales (vasos, cubiertos)</li> <li>- Evitar compartir objetos personales (toallas)</li> <li>- Dieta equilibrada</li> <li>- Ejercicio regular</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso de preservativos</li> <li>- Limitar el número de parejas sexuales</li> <li>- Realizarse las pruebas de detección</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lavado de manos frecuente</li> <li>- Limpieza y desinfección de áreas infectadas</li> <li>- Evitar contacto directo con las lesiones</li> <li>- Uso de equipo de protección personal</li> </ul>

	<b>Dermatitis Atópica</b>	<b>Dermatitis seborreica</b>	<b>Molusco contagioso</b>
<b>Definición</b>	Dermatosis inflamatoria pruriginosa con patrón de distribución característico que afecta a individuos con una historia familiar y personal de atopía	Trastorno crónico e inflamatorio de la piel con predilección de las áreas ricas en glándulas sebáceas.	Infección limitada a la piel. Dermatosis benigna.
<b>Agente etiológico/ etiología</b>	<b>Antecedentes familiares</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Asma</li> <li>- Rinitis alérgica</li> <li>- Dermatitis atópica</li> <li>- Niveles elevados de IgE</li> </ul> <b>Multifactorial</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Factores genéticos</li> <li>- Factores ambientales</li> <li>- Factores alérgicos</li> <li>- Factores inmunológicos</li> </ul> <b>Patogenia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alteración en el balance de la respuesta inmune hacia respuestas tipo Th2</li> </ul>	Mas frecuente: Malassezia Levadura de la familia Malasseziaceae	Virus Molusco contagioso. Familia: poxviridae Género: Molluscipox
<b>Edad más frecuente</b>	85% en los primeros 5 años de vida.	Primer pico: <b>Menores de 3 meses 70%</b> Segundo pico: Pubertad Tercer pico: 30 y 60 años Mas frecuente en hombres.	Población pediátrica.
<b>Formas de contagio</b>	La dermatitis atópica no es contagiosa y no se trasmite de persona a persona	La dermatitis seborreica no se puede transmitir de persona a persona y no es contagiosa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contacto directo con la lesión cutánea.</li> <li>- Autoinoculación</li> <li>- fómites</li> <li>- vía sexual</li> </ul>
<b>Manifestaciones clínicas típicas/ forma de presentación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Piel seca</li> <li>- Pitiriasis alba</li> <li>- <b>Prurito</b> atípico</li> <li>- Acrovesiculosis</li> <li>- Dermatitis plantar juvenil</li> <li>- Dermatitis irritativas</li> </ul>	Placas de eritema y escama grasa de color amarillo- grisáceas, oleosas, que afectan principalmente piel cabelluda, cara, pliegues retroauriculares y área genital.	pápulas únicas o múltiples, rodeadas de un halo eritematoso y una umbilicación central. Principalmente en: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cara</li> <li>- Tronco</li> <li>- Zonas intertriginosas</li> </ul> No suele afectar manos y plantas

			Las lesiones pueden rodearse de un halo eritematoso, eccema asociado, manifestado en pliegues. Adolescentes: Se observan en genitales y alrededor de ellos
Diagnostico (Clínico/presentación)	<p><b>Clínico:</b> Prurito signo guía de la enfermedad.</p> <p>•Criterios Mayores: Se requiere prurito (picor), la morfología y distribución característica de las lesiones, el carácter crónico y recurrente de la enfermedad.</p> <p>•Criterios Menores: Incluyen piel seca (xerosis), exacerbaciones en zonas específicas (flexuras, cuello, periocular), piel seca y escamosa (ictiosis).</p> <p><b>Laboratoriales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Cultivo de piel</li> <li>•Biopsia de piel</li> <li>•Análisis de sangre</li> </ul>	<p><b>Clínico:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Historia clínica</li> <li>- exploración física</li> </ul> <p>Laboratoriales y paraclínicos no aportan mayor precisión diagnóstica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Clínico</li> <li>- Biopsia de la lesión en caso de duda, se encuentran queratinocitos epidérmicos con inclusiones intracitoplasmáticas eosinofílicas en los llamados cuerpos de Henderson - Patterson</li> </ul>
Tratamiento (primera línea/segunda línea) Dosis	<p>Tratamiento no farmacológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Exposición solar moderada</li> <li>- Humidificación ambiental</li> <li>- Duchas cortas con agua templada y gel no alcalino</li> <li>- Evitar el rascado, el exceso de calor, la ropa sintética y el contacto directo con plásticos</li> </ul> <p>Tratamiento farmacológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Corticoides tópicos (1 a 2 aplicaciones/ día)</li> </ul>	<p>Tratamiento de primera elección:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ketoconazol al 2% en champú, gel o crema, 1 vez al día en las lesiones.</li> <li>- Emolientes 2 veces al día en áreas afectadas por al menos 2 semanas</li> </ul> <p>Respuesta inadecuada 2 semanas utilizando el tratamiento, referir al siguiente nivel de atención.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Esperar curso natural.</li> </ul> <p><b>Mecánicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Criocirugía</li> <li>- Curetaje</li> </ul> <p><b>Químicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acido tricloroacético 20 a 35%</li> <li>- Cantaridina 0.7 a 0.9%</li> <li>- Podofilina y podofilotoxina 25%</li> <li>- Ácido salicílico, láctico y glicólico 5 – 27 %</li> </ul> <p><b>Inmunomoduladores:</b></p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inhibidores de la calcineurina tópicos (ICT) 2 aplicaciones/día</li> <li>- Pimecrolimus: indicado en Leve-moderada)</li> <li>- Antibióticos tópicos (Gentamicina, ácido fusídico o Mupirocina 3 aplicaciones/día, durante 7 días)</li> <li>- Antihistamínicos (1 a 2 C/24 horas )</li> </ul>	No administrar tratamiento sintomático a los pacientes con dermatitis seborreica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Imiquimod Aplicación en crema 5 % por la noche</li> <li>- Candidina pura o diluida 50% con lidocaína</li> </ul> <p><b>Antivirales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cidofovir</li> </ul>
Prevención	Evitar los desencadenantes: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Calor</li> <li>- Sudor excesivo</li> <li>- Estrés</li> <li>- Ropa de lana</li> <li>- Jabones fuertes</li> <li>- Irritantes ambientales (polvo, moho)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Buena higiene (productos suaves y sin alcohol)</li> <li>- Controlando el estrés</li> <li>- Dieta equilibrada rica en frutas y verduras</li> <li>- Evitar el consumo excesivo de alcohol y picantes,</li> <li>- Evitar exposición a ambientes calurosos y al sol.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evitar contacto directo con lesiones</li> <li>- Evitar rascado o manipulación de las lesiones</li> <li>- No compartir objetos de uso personal.</li> </ul>

### Referencias

- Diagnóstico y tratamiento de la DERMATITIS SEBORREICA EN MENORES DE 18 AÑOS en Primer y segundo niveles de atención. GPC. 2015
- GUÍA DE CONSULTA RÁPIDA. DERMATITIS ATÓPICA. 2.ª edición. Junio 2021.
- Molusco contagioso en niños y su tratamiento. *REVISIÓN NARRATIVA*. Dermatol Rev Mex 2025.
- Cruz , Inés Marín. Infecciones de piel y partes blanda.
- Ascanio, Nayelis. HERPES SIMPLE.