



**Nombre del alumno: Luis Fernando Ruiz Pérez**

**Nombre del profesor: Dr. Jesús Alejandro Morales Perez**

**Nombre del trabajo: cuadro comparativo**

**Materia: Clínica Pediátrica**

**Grado: Séptimo Semestre**

**Grupo: C**

|                          | Herpes labial   | Herpes genital   | Impétigo  | Dermatitis atópica   | Diabetes seborreica  | Molusco contagioso  |
|--------------------------|---|--|---|--|--|---|
| Agente causal            | Virus herpes simple I   | Virus herpes simple II   | Staphylococcus aureus.                              | Alimentos alergenos. Sustancia irritante Estrés Antecedente familiar. Fenotipo atópico | Candida malassezii   | Virus de la familia poxviridae  |
| Edad más frecuente       | 5 meses y 5 años  | Entre 1 a 5 años   | Frecuente en niños                                  | Afecta a menores de 5 años un 85%  | 70% afecta a los primeros 3 meses y se resuelve al año.        | 1-10 años el grupo más afectado.  |
| Forma de contagio        | Contacto directo (saliva, orina, lesión de mucosa), parto.  | Contacto directo (saliva, orina, lesión de la mucosa), parto.  | Picadura de insectos Higiene Rascar la zona extensa | Rascado Alimento alergénico Genética   | Piel cabelluda. Aéreas ricas glándulas sebáceas.               | Contacto piel con piel. Adolescentes por contacto sexual. inmunocomprometidos                                       |
| Manifestaciones clínicas | Manifestación del ombligo hacia arriba. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vesículas pequeñas</li> <li>• Eritematoso</li> <li>• Ardor</li> <li>• Dolor</li> <li>• Picor a lesión</li> </ul> | Manifestación del ombligo hacia abajo. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vesículas pequeñas</li> <li>• Eritematoso</li> <li>• Ardor</li> <li>• Dolor</li> <li>• Picor a lesión</li> </ul> | Prurito Dolor Manchas rojas                         | Lactante Fase escolar Fase del adulto  | Aumento de la producción de sebáceas. Colonización Inflamación | Pápulas únicas o múltiples. Localiza en tronco, cara, zonas interinas. Lesiones puede rodearse de halo eritematoso. |
| Diagnóstico              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clínica</li> <li>• Cultivo</li> <li>• PCR</li> <li>• Elisa</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clínica</li> <li>• Cultivo</li> <li>• PCR</li> <li>• Elisa</li> </ul>   | Clínico   | Clínico  | Clínica Cultivo Dixon  | Clínica Biopsia de la lesión  |

|             |  |   |   |   |   |   |
|-------------|--|---|---|---|---|---|
| Tratamiento | Aciclovir<br>15 mg/kg/día cada 8 horas por 5 a 10 días.<br>RN: 30-60 mg/kg/día | Aciclovir<br>15 mg/kg/día cada 8 horas por 5 a 10 días.<br>RN: 30-60 mg/kg/día                  | Tx no farmacológico:<br>Lavarse con agua y jabón<br><br>Tx farmacológico:<br>Mupirocina 1 aplicación cada 8 hrs.<br><br>Trimetroprim-sulfametoazol 20 mg/kg/día vía oral. | 1 línea:<br>esteroides baja potencia<br>hidrocortisona 2.5%, media potencia<br>fluocicolina 0.025%<br><br>2 línea:<br>inhibidores de calcineurina.<br>Antibióticos:<br>dicloxacilina<br>Resistencia o alergia se da 2 semana<br>esteroides. | Ketoconazol o miconazol + emoliente 2 veces al día por 2 semana | 1. Mecánico<br><b>Criocirugía uso</b> de nitrógeno líquido de uno a dos ciclos de 10 a 20 segundo.<br><b>Curetraje</b><br>2. Químicos<br><b>Acido salicílico, láctico y glicólico</b> enjuagar por la mañana.<br><b>Retinoide:</b> administra de tretinoína al 0.05% presencia de dolor.<br><b>Peróxido de benzoilo al 10%:</b> crema alivio de las lesiones. |
| Prevención  | Lavarse la mano después de tocar lesiones.<br>Evitar besar y compartir vasos.  | Uso de preservativos en todas las relaciones sexual.<br>Evitar relaciones sexuales con síntomas | Higiene personal<br>Mantener uñas cortas<br>Evitar rascarse las lesiones<br>Buena alimentación  | Piel limpia<br>Ropa limpia<br>Cortar uñas   | Higiene de la piel<br>Uso de shampoo                            | Evitar bañar en albercas.<br>Limitar el uso de esponjas y cepillos que puedan transmitir el virus.  |

