



Luis Alberto Ballinas Ruiz

Dr. Jesús Alejandro Morales Pérez

Cuadro comparativo

Clínicas pediátricas

7º

“C”

Comitán de Domínguez Chiapas a 10 de septiembre de 2025.

	Agente causal/ etiología	Edad más frecuente de presentación	Principales formas de contagio	Manifestaciones clínicas típicas / forma de presentación	Diagnostico (clínico y/o laboratorio)	Tratamiento de primera línea y segunda línea	Medidas de prevención
VHS-1	Herpes virus tipo 1	Se presenta en la infancia y niñez para primoinfección; en la adolescencia esta dada la recurrencia labial.	Contacto directo con fluidos o heridas, autoinoculación	Herpes labial → vesículas en racimo en unión cutaneomucosa. Gingivostomatitis con vesículas que se ulceran	Clínico por el patrón de la lesión	Aciclovir 400 mg VO c/8 hrs por 5-10 días. Famciclovir 500 mg VO c/12 hrs por 5-10 días Valaciclovir 1 g VO c/12 hrs por 5-10 días.	Evitar contacto con lesiones activas, uso individual de utensilios, higiene de manos y educación sobre recurrencias.
VHS-2	Herpes virus tipo 2	Se presenta en adultos jóvenes sexualmente activos	Contacto sexual con lesiones activas o asintomáticas	Vesículas dolorosas en genitales, adenopatía inguinal, úlceras recurrentes.	Clínico, serología, PCR, cultivo.	Aciclovir 400 mg VO c/8 hrs por 5-10 días. Valaciclovir 1 g VO c/12 hrs por 5-10 días.	Uso de preservativo. Evitar contacto en fase activa. Educación sexual.

Impétigo	Staphylococcus aureus y streptococcus pyogenes	Se presenta en la niñez; en la edad preescolar y escolar	Contacto directo con lesiones, por medio de fómites y autoinoculación por rascado	Costras melicéricas en piel; se da en forma ampollosa y no ampollosa	En casos atípicos cultivo	Mupirocina 2% de forma tópica, fina capa 3 veces al día por 5-7 días. Segunda línea lesiones extensas o múltiples; se da antibiótico oral (Doxiloxacilina o cefalexina por 7-10 días.	Higiene en manos, no compartir toallas ni pañuelos y cubrir las lesiones.
Dermatitis atópica	Es una inflamación crónica con disfunción de la barrera cutánea	Se da en la infancia, en la lactancia y puede llegar a persistir en la adolescencia y adultez	No se transmite por contacto directo, es decir, no es contagiosa	Prurito intenso, eccema en pliegues, liquenificación en px crónicos y xerosis.	El DX es clínico o laboratorio solo si existe sospecha de comorbilidades o infecciones secundarias	Emolientes es la primera línea. Corticoides tópicos según la severidad de la lesión y la zona de la misma. Hidrocortisona al 1% en pliegues y en cara 1 a 2 veces al día por 5-7 días Inhibidores de la calcineurina como segunda línea de tratamiento.	Llevar el control de infecciones cutáneas, tener una hidratación diaria y evitar desencadenantes.

Dermatitis seborreica	Cadida y malssezia	Lactantes presentan costra láctea y adultos jóvenes	No es contagiosa	Se presenta en placas eritematosas con descamación amarillenta y grasosa en el cuero cabelludo, pliegues nasolabiales y cejas.	El Dx es clínico	Primera línea: Shampoo con ketoconazol al 2%, 2 veces por semana de 2-4 semanas. Segunda línea: corticoides tópicos suaves. Hidrocortisona al 1% , 1-2 veces por día por 1 a 2 semanas	Higiene capilar, evitar factores predisponentes como el estrés y humedad. Vigilar evolución clínica.
Molusco contagioso	Molluscipoxvirus	Se presenta en la niñez, también en adolescentes/adultos con predominio de contacto sexual.	Contacto piel-piel, por medio de fómites, autoinoculación, contacto sexual.	Papulas umbilicadas agrupadas generalmente en la región genital que puede presentarse con otras ITS.	El Dx es clínico por la morfología, en el área genital, se necesita valorar los dx diferenciales.	Curetaje o crioterapia en sesiones como primera línea, junto con la observación autolimitada en muchos niños. En px con recidivas se repite el tratamiento junto al manejo de dermatitis por rascado	Uso de condón, evitar rasurado sobre las lesiones, higiene de manos.