



Brian Torres Villalobos

Dr. Jesus Alejandro Morales Perez

Cuadro Comparativo

Clínica pediátrica

7 "C"

Comitán de Domínguez Chiapas a 02/09/2025

Enfermedades dermatológicas en pediatría

	AGENTE CAUSAL	EDAD MÁS FRECUENTE	CONTAGIO	CLÍNICA	DX	TX	PREVENCIÓN
• DERMATITIS SEBORREICA	<ul style="list-style-type: none">Candida y Malassezia, e inflamación secundaria	<ul style="list-style-type: none">Afecta entre el 3 % y 10 % de la población infantil.En 70 % de los casos aparece en los primeros 3 meses de vida, y suele resolverse durante el primer año	<ul style="list-style-type: none">La dermatitis seborreica no es contagiosa, es un trastorno inflamatorio de origen no infeccioso.Contacto	<ul style="list-style-type: none">Placas eritematoescamosas, amarillentas, oleosas.Localización en piel cabelluda, cara, pliegues retroauriculares, región genital; a veces en tronco o extremidades.Prurito leve; ausencia de lesiones en superficies extensoras	<ul style="list-style-type: none">Diagnóstico clínico, basado en historia clínica y exploración.No se requieren exámenes de laboratorio o estudios paraclínicos para el diagnóstico	<p>Primera línea:</p> <ul style="list-style-type: none">Champú, gel o crema con ketoconazol al 2 %, aplicar una vez al día sobre lesiones durante al menos 2 semanas.Uso de emolientes en las áreas afectadas dos veces al día.Si no hay mejoría tras 2 semanas, se recomienda derivar	<ul style="list-style-type: none">Implicaría mantener buena higiene de la piel y vigilar evolución clínica.
• VIRUS DEL HERPES SIMPLE TIPO 2 (VHS-2)	<ul style="list-style-type: none">Herpes simplex virus tipo 2; causa principal de herpes genital	<ul style="list-style-type: none">Adolescente y adulto sexualmente activo.	<ul style="list-style-type: none">Contacto sexual piel-piel/mucosa-mucosa; transmisión aun sin lesiones visibles.	<ul style="list-style-type: none">Úlceras/vesículas dolorosas genitales, disuria, adenopatías; recidivas.	<ul style="list-style-type: none">Clínico en cuadros típicos; se puede apoyar en pruebas de laboratorio. según disponibilidad.	<p>Episodio inicial: aciclovir 400 mg VO cada 8 h por 7–10 días (ó 200 mg 5 veces/día 7–10 d); valaciclovir 1 g VO cada 12 h 7–10 d; famciclovir 250 mg VO cada 8 h 7–10 d.</p> <p>Episodios recurrentes: aciclovir 400 mg VO cada 12 h esquemas cortos; valaciclovir 500 mg VO cada 24 hrs o 500 mg cada 12 h x 3 d; famciclovir 250 mg VO cada 12 h</p>	<ul style="list-style-type: none">Condón/abstinencia durante brote, tratamiento supresor para reducir transmisión, consejería sexual.
• IMPÉTIGO	<ul style="list-style-type: none">Staphylococcus aureus y Streptococcus pyogenes; infección cutánea superficial frecuente.	<ul style="list-style-type: none">Niñez (preescolar y escolar).	<ul style="list-style-type: none">Contacto directo con lesiones, fómites; autoinoculación por rascado.	<ul style="list-style-type: none">Costras melicéricas en piel expuesta; formas no ampollosa y ampollosa.	<ul style="list-style-type: none">cultivo solo en casos atípicos/fracaso terapéutico.	<ul style="list-style-type: none">Primera línea (lesiones localizadas): mupirocina 2% tópica fina capa 3 veces/día por 5–7 días.Segunda línea / lesiones extensas o múltiples: antibiótico oral activo contra estafilococo/estreptococo (dicloxacilina o cefalexina por 7–10 días; ajustar a edad/peso). Considerar clindamicina o TMP/SMX si sospecha de SAMR según juicio clínico.	<ul style="list-style-type: none">Higiene de manos, recorte de uñas, no compartir toallas/rastrillos; cubrir lesiones.
• DERMATITIS ATÓPICA	<ul style="list-style-type: none">Dermatosis inflamatoria crónica con disfunción de barrera cutánea y atopia.	<ul style="list-style-type: none">Inicio en lactancia/infancia; puede persistir en adolescencia/adulto	<ul style="list-style-type: none">No es contagiosa	<ul style="list-style-type: none">Xerosis, prurito intenso, eccema en pliegues (niños mayores) y cara/tronco (lactantes); liquenificación en crónicos.	<ul style="list-style-type: none">Clínico; laboratorio solo si se sospechan comorbilidades o infecciones secundarias.	<p>Primera línea: Emolientes (uso liberal diario); corticoide tópico según zona/severidad hidrocortisona 1% en cara y pliegues 1–2 veces/día por 5–7 días; de potencia media en tronco/extremidades 1–2 veces/día por 7–14 días). Antipruriginosos (Antihistamínico sedante nocturno en prurito que altera el sueño). Segunda línea / mantenimiento: Inhibidores de calcineurina (Tacrolimus tópico en mayores de 2 años, esquema de 2 veces/día en áreas sensibles); educación en baños tibios cortos + sellado con emoliente.</p>	<ul style="list-style-type: none">Hidratación diaria, evitar desencadenantes (jabones fuertes, lana), control de infecciones cutáneas, educación en “terapia proactiva” en zonas problema.
• VIRUS DEL HERPES SIMPLE TIPO 1 (VHS-1)	<ul style="list-style-type: none">Herpes simplex virus tipo 1	<ul style="list-style-type: none">Infancia y niñez para primoinfección; recurrencias labiales desde la adolescencia	<ul style="list-style-type: none">Contacto directo con saliva/lesiones (beso, utensilios), autoinoculación	<ul style="list-style-type: none">Gingivostomatitis con vesículas que ulceran; herpes labial (vesículas en racimo en unión cutaneomucosa)	<ul style="list-style-type: none">Principalmente clínico por patrón de lesiones; estudios suelen no requerirse en cuadros típicos.	<p>Primoinfección/estomatitis herpética: aciclovir 400 mg VO cada 8 h por 5–10 días; alternativas famciclovir 500 mg VO cada 12 h por 5–10 días o valaciclovir 1 g VO cada 12 h por 5–10 días.</p>	<ul style="list-style-type: none">Evitar contacto directo con lesiones activas, no compartir utensilios/vasos, higiene de manos; educación sobre reconocimiento de pródromos.
• MOLUSCO CONTAGIOSO	<ul style="list-style-type: none">Molluscipoxvirus (Poxviridae).	<ul style="list-style-type: none">Niñez; también en adolescentes/adultos con contacto sexual.	<ul style="list-style-type: none">Contacto piel-piel, sexual, autoinoculación; fómites (toallas/rastrillos).	<ul style="list-style-type: none">Pápulas umbilicadas, del color de la piel, agrupadas; en región genital puede coexistir con otras ITS	<ul style="list-style-type: none">Clínico por morfología; en vulva/área genital, valorar diferenciales en consulta de patología vulvar.	<p>Primera línea: opciones destructivas en lesiones genitales o múltiples: curetaje o crioterapia en sesiones (según criterio clínico). También es válida la observación por curso autolimitado en muchos niños.</p> <p>Segunda línea: repetición de crioterapia/curetaje en recidivas; manejo de dermatitis por rascado.</p>	<ul style="list-style-type: none">Educación sexual, uso de condón (reduce, no elimina), evitar depilado/rasurado sobre lesiones, no compartir toallas/rastrillos; higiene de manos