



Nombre del alumno: Zenaida Saragos Jiménez.

Nombre del tema. Cuadro comparativo dermatología pediátrica.

Parcial: 1.

Nombre de la materia: Clínica Pediátrica.

Nombre del profesor: Dr. Jesús Alejandro Morales Pérez.

Medicina Humana.

7mo semestre.

Comitán de Domínguez, Chiapas 10 de septiembre 2025.

Patología.	Etiología.	Edad más frecuente.	Contagio.	Clínica.	Diagnóstico.	Tratamiento.	Prevención.
VHS-1.	el virus del herpes simple tipo 1 (VHS-1). asociado comúnmente al herpes labial	6 meses y 5 años de edad.	contacto directo con llagas o saliva y a través de besos	vesículas agrupadas ("en racimo") sobre base eritematosa, se rompen con facilidad y forman úlceras superficiales con exudado. • Ardor • Dolor • Prurito previo a la aparición de las lesiones.	• Clínico. • PCR. • ELISA. • Cultivo viral. • Tinción de Tzanck (Giemsa).	ACICLOVIR: 15mg por kg por día cada 8 horas por 5-10 días RN: 30-60 mg por kg por día <b>14 días</b> en enfermedad localizada. <b>21 días</b> en enfermedad diseminada.	• Higiene. • Evitar compartir objetos personales.
VHS-2.	virus del herpes simple tipo 2 (VHS-2). principal causa de herpes genital.	Adolescentes de 15 años y adultos.	Más frecuente por contacto sexual. contacto directo con la piel o las secreciones genitales o bucales.	manifestaciones del ombligo hacia abajo llagas o ampollas dolorosas en los genitales, ano o alrededor de estas áreas.	• Clínico. • PCR. • ELISA. • Cultivo viral. • Tinción de Tzanck (Giemsa).	ACICLOVIR: 15mg por kg por día cada 8 horas por 5-10 días RN: 30-60 mg por kg por día <b>14 días</b> en enfermedad localizada. <b>21 días</b> en enfermedad diseminada.	• Las madres deben recibir tratamiento para el herpes genital. • se debe considerar la cesárea si hay lesiones activas
Impétigo.	S. aureus. s. pyogenes.	mayor incidencia en	Autoinoculación, contacto directo	• máculas milimétricas hasta pápulas. • vesículas/pústulas	• clínico	• Antibióticos topicos como la mupirocina o el	• Lavar zonas infectadas

	Ampollosa: <i>s. aureus</i> .	menores de cinco años.	o a través de fómites.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• terminan en una erosión superficial con la característica costra melicérica</li> <li>• ampollosa: Las lesiones son inicialmente vesículas o pústulas que evolucionan a ampollas superficiales de 1-5 cm</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• cultivo del exudado o de la ampolla.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• acido fusiddico cada 8 horas durante 5-7 días</li> <li>• lesiones son cefalosporinas de primera generación (cafazolina intravenosa o cefradoxilo oral) en lesiones extensas.</li> <li>• En caso de sospecha de SAMR-AC: clindamicina o TMP-SMX.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>con agua y jabón.</li> <li>• Cubrir las llagas y costras hasta que sanes.</li> <li>• Evitar compartir objetos personales.</li> <li>• Evitar rascar el área.</li> </ul>
Dermatitis atópica.	multifactorial, resultado de la interacción de factores genéticos y ambientales.	Menores de 2 años. 20% persiste a los 7 años.	No contagiosa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prurito intenso, piel seca, eritema, y exudado.</li> <li>• Fase latente: eritema, pápulas y costras hemáticas (respeta triángulo de filotov).</li> <li>• Fase del escolar o infantil: eccema o Líquenificación (pliegues).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clínico.</li> <li>• Eritema.</li> <li>• Líquenificación.</li> <li>• Prurito y piel seca.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Emolientes: 250-500grs semanal en todo el cuerpo.</li> <li>• líquidos (sulfato de zinc en solución acuosa al 1/10.000 o agua de Burow) cada 6-8 horas,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Piel limpia, Ropa limpia de algodón, evitar rasarse.</li> </ul>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fase del adulto: eccema y Líquenificación (superficies de flexión).</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>durante 15 a 30 minutos.</li> <li>• Baja potencia 3-5 días Hidrocortisona tópica al 2.5%.</li> <li>• Mediana potencia, graves 5 días 7-14 días brotes en axilas e ingles Fluocinolona tópica al 0.025%.</li> </ul>	
Dermatitis seborreica.	Aumento de la producción sebácea + colonización por cándida o malassezia.	+común en los Primeros 3 meses de vida y se resuelve al año.	No contagiosa.	Placas eritoescamosas, amarillentas, oleosas que afectan principalmente piel cabelluda, cara, pliegues retroauriculares y área genital.	Clínico* Mediante cultivo de Dixon=malassezia.	Shampoo, gel y crema. Ketokonazol al 2% o miconazol. Emolientes 2 veces al día por 2 semanas.	Mantener buena higiene Utilizar productos suaves y sin alcohol.
Molusco contagioso.	Virus molluscipox (MCV).	Menores de 16 años + frecuente en Px con dermatitis atópica.	el contacto directo de piel a piel (incluido el contacto sexual) y el contacto con objetos infectados.	Pápulas únicas o múltiples rodeadas de un halo eritematoso.	Clínico* Biopsia de lesión en caso de dudas.	Curetaje, criocirugía (nitrógeno líquido). Tx químicos (ácido tricloroacético, cantaridina, hidróxido de potasio).	evitar el baño comunitario y el uso de albercas ,limitar el uso de esponjas, cepillos y otros Fómites, cubrir área de lesiones