



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.	Diagnostico.	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.	<ul style="list-style-type: none"> • 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 14 días en enfermedad localizada. 21 días en enfermedad diseminada.	<ul style="list-style-type: none"> • 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.	<ul style="list-style-type: none"> • 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 14 días en enfermedad localizada. 21 días en enfermedad diseminada.	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • máculas milimétricas hasta pápulas. • vesículas/pústulas 	<ul style="list-style-type: none"> • clínico 	<ul style="list-style-type: none"> • Antibióticos tópicos como la mupirocina o el 	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar zonas infectadas

	Ampollosa: s. aureus.	menores de cinco años.	o a través de fómites.	<ul style="list-style-type: none"> terminan en una erosión superficial con la característica costra melicérica ampollosa: Las lesiones son inicialmente vesículas o pústulas que evolucionan a ampollas superficiales de 1-5 cm 	<ul style="list-style-type: none"> cultivo del exudado o de la ampolla. 	<p>ácido fusídico cada 8 horas durante 5-7 días</p> <ul style="list-style-type: none"> lesiones son cefalosporinas de primera generación (cefazolina intravenosa o cefradoxilo oral) en lesiones extensas. En caso de sospecha de SAMR-AC: clindamicina o TMP-SMX. 	<p>con agua y jabón.</p> <ul style="list-style-type: none"> Cubrir las llagas y costras hasta que sanen. Evitar compartir objetos personales. Evitar rascar el área.
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"> Prurito intenso, piel seca, eritema, y exudado. Fase latente: eritema, pápulas y costras hemáticas (respetar triángulo de filotov). Fase del escolar o infantil: eccema o Liquenificación (pliegues). 	<p>Clínico.</p> <ul style="list-style-type: none"> Eritema. Liquenificación. Prurito y piel seca. 	<ul style="list-style-type: none"> Emolientes: 250-500grs semanal en todo el cuerpo. líquidos (sulfato de zinc en solución acuosa al 1/10.000 o agua de Burow) cada 6-8 horas, 	Piel limpia, Ropa limpia de algodón, evitar rascarse.

				<ul style="list-style-type: none"> Fase del adulto: eccema y Liquenificacion (superficies de flexion. 		<p>durante 15 a 30 minutos.</p> <ul style="list-style-type: none"> Baja potencia 3-5 días Hidrocortisona tópica al 2.5%. Mediana potencia, graves 5 días 7-14 días brotes en axilas e ingles Fluocinolona tópica al 0.025%. 	
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 tricloroacetico, 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