

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

**NOMBRE DEL ALUMNO: SERGIO RODRIGO
FLORES DIAZ**

**NOMBRE DEL MAESTRO: DR. MORALES
PÉREZ JESUS ALEJANDRO**

MATERIA: PEDIATRÍA

FECHA: 10 DE SEPTIEMBRE 2025

Enfermedad	Agente causal	Edad más frecuente de presentación	Principales formas de contagio	Manifestaciones clínicas /forma de presentación	Diagnóstico	Tratamiento de primera línea y segunda línea	Medidas de prevención
Virus de herpes simple tipo 1 (VHS-1)	Virus de herpes simple tipo 1 (VHS-1)	Predominio en niños de 1 a 3 años	Contacto directo piel con piel, mucosas y secreciones	-Vesículas agrupadas en racimo sobre base eritematososa que se rompen formando úceras superficiales -Pródromo de ardor,dolor, prurito, gingivoestomatitis ,fiebre, sialorrea, odinofagia,adenopatias	-Principalmente clínico:lesiones típicas, recurrencia en el mismo sitio. -Laboratorios: PCR, ELISA,cultivo viral, Tzanck para células gigantes.	Tx de primera línea: -Aciclovir: 15 mg por kg por día cada 8 horas por 5-10 días. -RN: 30-60. Mg/kg/día. Tx de segunda línea: -Foscarnet IV 40 mg/kg cada 8 hrs en infusión por 2-3 semanas -Trifluridina tópica 1% para queratoconjuntivitis	-Evitar contacto con lesiones activas en neonatos -Las madres con herpes genital deben recibir tratamiento y valorar cesárea si hay lesiones activas -Higiene, evitar compartir utensilios, vasos cuando haya lesiones activas
Virus del herpes simple tipo 2 (VHS-2)	Virus de herpes simple tipo 2 (VSH-2)	Más frecuente en edad sexualmente activa,manifestaciones por debajo del ombligo	Contacto sexual directo, aumenta riesgo de adquirir o transmitir	Vesículas,úceras genitales muy dolorosas, adenopatías inguinales, disuria si uretra afectada, puede cursar con fiebre, malestar	-Clínico por lesiones típicas -PCR -Serología -Cultivo viral confirmatorio -Tzanck puede apoyar al diagnóstico	Tx de primera línea -Aciclovir. 15 mg/kg/día cada 8 horas Tx de segunda línea: -Foscarnet en resistencia: 40mg/kg cada 8 horas IV	-Lavado de manos -Evitar compartir ropa y toallas -Tratar lesiones y cubrirlas -Evitar relaciones sexuales sin protección

Enfermedad	Agente causal	Edad más frecuente de presentación	Principales formas de contagio	Manifestaciones clínicas /forma de presentación	Diagnóstico	Tratamiento de primera línea y segunda línea	Medidas de prevención
Dermatitis atópica	Enfermedad inflamatoria crónica cutánea con componente atópico, asociada con asma, rinitis alérgica y alergia alimentaria	Inicio temprano hasta un 60% antes de un año, 85% en menores de 5 años y hasta un 70% en adultos -Debuta frecuentemente en lactantes y escolares	No es contagiosa (enfermedad inflamatoria/atópica), puede sobreinfectarse (impetiginización) y entonces contagiarse la bacteria	-Plurito intenso, piel seca, eritema, papilas, costras, exudado. -Distribución por edad: Lactante (mejillas y pliegues), escolar (pliegues antecubitales), adulto (ligenificación en superficies de flexión) -Rebrotes en otoño y primavera	Diagnóstico clínico: plurito persistente + lesiones eczematosas con distribución característica, no se requieren pruebas de laboratorio	-Tx de primera línea: medidas generales + emolientes 250-500 g/ semana para todo el cuerpo -Esteroides tópicos según potencia: Hidrocortisona 2.5% en cara y cuello de 3-5 días Fluocinolona 0.0025% de 7 a 14 días -Tx de segunda línea: Inhibidores de calcineurina tópicos: -Tacrolimus 0.1% en adultos -Tacrolimus 0.03% para mayores de 2 años -Antihsaminicos sedantes: Clorfenamina 1-2 mg vo cada 24 hrs por dos semanas	Pie limpia, ropa de algodón, evitar detergentes alergenos, cortar uñas, uso regular de emolientes para restaurar barrera cutánea, control de factores desencadenantes alimentarios y ambientales
Dermatitis seborreica	Transtorno inflamatorio relacionado con aumento de producción sebácea y colonización por Malassezia	Pico en lactantes (primeros 3 meses, suele resolverse al año y también en adultos (prevalencia general 3-10 %)	No es una infección contagiosa clásica, factores endogénos (sebácea, hongos comensales) predominan	Placas eritescrmosas, amarillentas, oleosas, cuero cabelludo, cara, retroauricular, pliegues genitales y plurito leve	Diagnóstico clínico (lesiones características), no suele requerir pruebas, cultivo en medio Dixon	-Tx de primera línea: -Antifugios tópicos: ketoconazol 2%, miconazol y emolientes, aplicar 2 veces al dia por dos semanas -Tx de segunda línea: -Antifúngicos orales: itraconazol, fuconazol, terbinafina en casos extensos o refractarios -Corticoesteroides orales -Fototerapia UVB	Higiene local, uso de shampoos, gel con ketoconazol o miconazol, evitar irritantes, seguimiento hasta resolución (en lactantes suele resolverse al año)
Molusco contagioso	Virus Molluscipox	Más comunes en niños menores de 16 años, mayor riesgo en pacientes con dermatitis atópica, también se asocia a transmisión sexual en adolescentes y adultos	Contacto directo piel con piel, fomites como toallas, esponjas y juguetes, en adolescentes: transmisión sexual	Papúlas redondeadas con umbilicación central de 2-5mm, localización: cara, tronco, pliegues, axilas, no suele afectar palmas ni plantas, generalmente asintomáticas, algunas con halo eritematoso o eccema asociado	Clínico, en caso de duda realizar biopsia, cuerpos de henderson-patterson, DX diferencial, verrugas, varicela, siringomas, carcinoma basocelular	-Curso natural: resolución espontánea de meses a años -Tratamiento activo indicado cuando hay muchas lesiones o molestias o impacto estético-social: -Curetaje -Químicos destructivos -Inmunomoduladores -Antivirales	Evitar baños comunitarios, albercas, compartir objetos personales, higiene adecuada en el hogar y escuelas