

## 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
<b>Virus de herpes simple tipo 1 (VHS-1)</b>	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 eritematosa que se rompen formando úlceras superficiales -Pródromo de ardor,dolor, prurito, gingivostomatitis ,fiebre, sialorrea, odinofagia,adenopatías	-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
<b>Virus del herpes simple tipo 2 (VHS-2)</b>	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,úlceras 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
<b>Dermatitis atópica</b>	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 (liquenificación en superficies de flexión) -Rebotes en otoño y primavera	Diagnóstico clínico: prurito 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  -Antihistamínicos 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
<b>Dermatitis seborreica</b>	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 endógenos (sebácea, hongos comensales) predominan	Placas eritroescamosas, amarillentas, oleosas, cuero cabelludo, cara, retroauricular, pliegues genitales y prurito leve	Diagnóstico clínico (lesiones características), no suele requerir pruebas, cultivo en medio Dixon	-Tx de primera línea: -Antifúngicos tópicos: ketoconazol 2%, miconazol y emolientes, aplicar 2 veces al día por dos semanas  -Tx de segunda línea: -Antifúngicos orales: itraconazol, fluconazol, terbinafina en casos extensos o refractarios -Corticosteroides orales -Fototerapia UVB	Higiene local, uso de champoos, gel con ketoconazol o miconazol, evitar irritantes, seguimiento hasta resolución (en lactantes suele resolverse al año)
<b>Molusco contagioso</b>	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	Pápulas 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, siringoma, 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