



UNIVERSIDAD DEL SURESTE
MEDICINA HUMANA
CAMPUS COMITAN

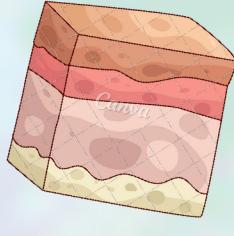
**CUADRRO COMPARATIVO
DE
ENFERMEDADES DERMATOLOGIAS EN EDAD
PEDIATRICAS.**



**NOMBRE DEL CATEDRATICO: DR JESUS ALEJANDRO
MORELES PEREZ
NOMBRE DEL ALUMNO(A): LUPITA MELAINE TOLEDO ALFARO
MEDICINA HUMANA
GRADO Y GRUPO: 7° A**



09 SEPTIEMBRE 2025 COMITAN DE DOMINGUEZ,
CHIAPAS.

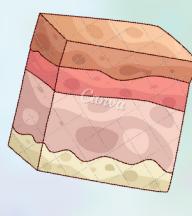


ENFERMEDADES DERMATOLOGICAS PEDIATRICAS



	VHS-1	VHS-2	IMPETIGO
AGENTE CAUSAL/ ETIOLOGIA	Familia herpesviridae, HSV-1 virus ADN de doble cadena.	El VHS-2 es un virus de ADN bicatenario , con envoltura, perteneciente a la familia Herpesviridae y subfamilia Alphaherpesvirinae	Ampolloso: S. Aureus. S. pyogenes No ampolloso: S. aureus
EDAD MAS FRECUENTE	Antes de los 10 años, entre los 6 meses y 5 años , puede ser la edad típica para la gingivoestomatitis herpética primaria.	el VHS-2 suele adquirirse durante la adolescencia o la adultez por contacto sexual, en el ámbito pediátrico es más relevante durante el periodo neonatal , ya que representa la mayoría de los casos de herpes neonatal.	Infección endémica asociada con la niñez
PRINCIPALES FORMAS DE CONTAGIO	Contacto directo con piel o mucosas, o saliva con lesiones activas. En neonatos perianal, intrauterina (raro) o postnatal.	perinatal transmisión placentaria(rara) transmisión sexual	contacto directo o mediante fómites. <ul style="list-style-type: none">• impétigo primario: infección directa en una piel sana• Impétigo secundario: en piel alterada por traumatismo menores o dermatosis.
MANIFESTACIONES CLÍNICAS TÍPICAS/F. PRESENTACION	<ul style="list-style-type: none"> • Manifestaciones: vesículas pequeñas, bases eritematosas, duración de 7-10 días, 1-3 semanas, sin cicatriz, ardor, picor, dolor. • TIPICA: gingivoestomatitis herpética primaria común, herpes labial, en dedos, queratoconjuntivitis, encefalitis herpética, infección neonatal • ATIPICA: lesiones nodulares, manifestaciones neurológicas con patrones atípicos, eritemas multiformes inmunológicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Localizada (piel, ojos, boca): vesículas cutáneas, potencial riesgo de progresión. • CNS (sistema nervioso central): letargia, convulsiones, irritabilidad, lesiones neurológicas. • Diseminada: afecta múltiples órganos (hígado, pulmones, piel, SNC), seudosepsis, alto riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> • Impétigo ampolloso: Ampollas grandes que al reventar se forman costras, frecuente en lactante y zonas de fricción • Impétigo no ampolloso: las vesículas o papulas que evolucionan a pustulas y luego costras meliceras, pruriginosas típicamente en rostro, extremidades y NO DEJA CICATRIZ
DIAGNOSTICO CLINICO Y LABS	Dx CLINICO PCR CULTIVO VIRAL TINCION TZANCK ELISA	Con CLINICA PCR de LCR cultivo viral inmunofluorescencia microscopía electrónica	<ul style="list-style-type: none"> • El diagnóstico es meramente clínico • laboratorios: Tinción Gram, cultivo del exudado/pus, reacción de la cadena de polimerasa, antibiograma.
TRATAMIENTO 1º Y 2º LINEA	<ul style="list-style-type: none"> • Dosis estándar: 15 mg/kg/día Evitar co RN. 30-60 mg/kg RN: 30-60 mg/kg/día *14 días (localizada) *21 días (diseminada o SN) • *21 días (diseminada o SN A LINEA Resistencia arnet 40 mg/kg cada Alternativa: Ganciclovir 	<p>Acyclovir oral: 40–80 mg/kg/día en 3–4 tomas, durante 5–10 días (máximo 1 g/día).</p> <p>Alternativa para ≥ 12 años:</p> <p>Valacyclovir 1 g orally, dos veces al día por 7–10 días.</p> <p>En caso de enfermedad grave o mala tolerancia oral: Acyclovir IV 5 mg/kg por dosis, cada 8 horas por 5–7 días</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tx tópico: antibiótico en dosis alta, limitada a absorción sistémica + limpieza previa con remoción de costras. • resistencia ATB: mupirocina 2%, ácido fusídico 2%, retapamulina. • TX triple viral: bacitracina, neomicina, polimixina. • antimicrobianos orales: dicloxacilina, amoxicilina-clavulanato, cefalexina, oxacilina. • NO BETALACTAMICOS: clindamicina, TMP/SMX, Doxiciclina (>8 AÑOS), linezolid/vancomicina (severas)
MEDIDAS DE PREVENCION	<ul style="list-style-type: none"> • Lavado de manos • Evitar contacto directo con lesiones • A las Embarazadas informar al medico para prevenir riesgo neonatal • En neonatos tener aislamiento de contacto 	<ul style="list-style-type: none"> • Cesárea en presencia de lesiones genitales maternas • Profilaxis antivirales en las ultimas SDG • Evitar contacto con personas infectadas • Higiene estricta • Evitar exposición solar en herpes labial 	<ul style="list-style-type: none"> • Higiene de piel y cuidado de heridas • Evitar rascado y cubrir lesiones • Higiene de manos y superficies • Aislamiento temporal del niño afectado • Uso adecuado de antibioticos y tx • Prevencion estacional en climas calidos y humedos

ENFERMEDADES DERMATOLOGICAS PEDIATRICAS



	DERMATITIS ATOPICA	DEMATITIS SEBORREICA	MOLUSCO CONTAGIOSO
AEGNTE CAUSAL/ ETIOLOGIA	<p>Esta se asocia comúnmente a niveles elevados de IgE, antecedentes familiares de atopía (rinitis alérgica, asma, eccema)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hipersecreción sebácea. • Colonización por la levadura Malassezia (como <i>M. furfur</i>, anteriormente <i>Pityrosporum ovale</i>), cuya proliferación genera ácidos grasos irritantes que desencadenan inflamación 	<p>Poxvirus del género <i>Molluscum contagiosum</i> virus periodo de incubación de 7 días y 6 meses, promedio de 2-3 meses</p>
EDAD + FRECUENTE	<ul style="list-style-type: none"> • Es más frecuente en niños, principalmente en infancia en • el primer año de vida, en lactantes de 3-5 meses es más común 	<p>Generalmente la dermatitis seborreica infantil se presenta en los primeros 3 meses de vida y esta se resuelve durante el primer año de vida.</p>	<p>Más frecuente en edad pediátrica</p>
PRINCIPALES FORMAS DE CONTAGIO	<p>Esta condición se caracteriza por tener una Hipersensibilidad a alergenos comunes.</p>	<p>La dermatitis seborreica no es una enfermedad contagiosa, por la que no se transmite de una persona a otra.</p>	<p>Contacto directo con la piel de una persona infectada, algún objeto, superficie que esté contaminada, otra forma de contagio es por CONTACTO SEXUAL (adolescentes y adultos)</p>
MANIFESTACIONES CLÍNICAS TÍPICAS/F. PRESENTACION	<p>Tiene 3 fases:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fase latente: primeros 2 meses de edad que predomina en mejillas y respetando el triángulo central de la cara, el eritema y papulas, las cuales se pueden acompañar de exudado y costras hemáticas • Fase escolar o infantil: este se presenta de los 2 años a los 12 años de edad, la dermatosis predomina en los pliegues antecubitales, huecos popliteos, cuello, muñeca, párpados y región peribucal, se caracteriza por eccema y LIQUENIFICACION. • fase del adulto: se presenta después de los 13 años de edad, se manifiesta en superficies de flexión de las extremidades, cuello, nuca, dorso de manos y genitales, cursa con eccema y liquenificación. 	<ul style="list-style-type: none"> • se forman placas eritematoescamosas, amarillentas, oleosas, que se afectan principalmente: • piel cabelluda, cara, pliegues retroauriculares y área genital 	<ul style="list-style-type: none"> • Se observan pápulas firmes, elevadas, de 2 a 5 mm, con una hendidura central (umbilicación), de superficie lisa y con brillo característico. Pueden ser color piel o rosadas. • Aparecen como lesiones únicas o agrupadas, en cara, tronco, extremidades; en adultos suelen afectar genitales, ingles y abdomen bajo. • En individuos inmunosuprimidos, las lesiones pueden ser más extensas, grandes, recurrentes o verrugosas • El halo eritematoso con eccema asociado se le denomina Dermatitis por molusco y refleja una reacción de hipersensibilidad al antígeno viral. • NO AFECTA PALMAS NI PLANTAS.
DIAGNOSTICO CLINICO Y LABORATORIALES	<p>CLINICO Escala EASI, y Scorad</p>	<p>POR CLINICA EXPLORACION FISICA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • CLINICO • biopsia
TRATAMIENTO 1° Y 2° LINEA	<p>No farmacológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hay que identificar los factores de riesgo de recaída o de exacerbación sea el caso. • Farmacológico: • Emolientes de piedra angular en el tx de DA. • Corticoesteroides topicos de 1ra línea (sea la gravedad del caso) • Hidrocortisona topica al 2.5% una o dos veces al día por 5-7 días. • Moderado: flucionolona topico 2 veces al día, durante 7 días. • Antihistamínico sedantes: si hay brote de DA dar: • clorfenihidramina VO 1mg de 1-5 años de edad. 2mg en niños de 6 a 1 año por 2 semanas durante las exacerbaciones. • En casos graves derivar a dermatología pediátrica. 	<p>Cuidados generales / no farmacológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavado frecuente con champú suave. • Suavizar escamas con aceite mineral o vaselina antes del lavado; cepillado suave para retirarlas • antifúngicos • antiinflamatorios esteroides • inhibidores de calcineurina, Pitiroyanato de zinc • Bisulfuro de selenio • Ketoconazol al 2% en champú, gel o crema, aplicando una vez al día en las lesiones, así como la aplicación de emolientes 2 veces al día en áreas afectadas por al menos 2 semanas. 	<ul style="list-style-type: none"> • En la mayoría de los casos este remite por sí solo, hay que tratarlas si las lesiones son visibles y dolorosas • existen varios tx como: • mecánicos 80% por curetaje, criocirugía. • químicos: hidroxido de potasio, destruye la piel disolviendo la queratina, se aplica en concentraciones de entre 5 y 20% en solución acuosa, 1 o 2 veces al día sobre las lesiones. • antivirales: cidofavir. • inmunomoduladores: imiquimod.
MEDIDAS DE PREVENCION	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener las áreas donde el paciente se encuentre presente • mantener temperaturas y humedad adecuadas • recomendación ropa de algodón • Evitar el uso de detergentes enriquecidos con enzimas en caso de pacientes con hipersensibilidad conocida a proteínas enzimáticas 	<ul style="list-style-type: none"> • Muy buena higiene • Control de estrés • Evitar productos irritantes • Dieta 	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar el contacto con personas infectadas • Evitar uso el uso de albercas y baños comunitarios • Cubrir área de las lesiones para evitar autoinoculación y la diseminación de la misma • Evitar uso de cepillos, esponjas y fomites que propaguen al molusco