



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE
MEDICINA HUMANA
CAMPUS COMITAN**

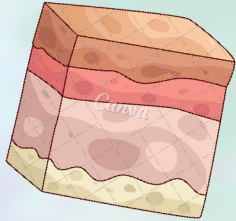
**CUADRO COMPARATIVO
DE
ENFERMEDADES DERMATOLOGIAS EN EDAD
PEDIATRICAS.**



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






**09 SEPTIEMBRE 2025 COMITAN DE DOMINGUEZ,
CHIAPAS.**



ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS PEDIÁTRICAS



	 VHS-1	 VHS-2	 IMPÉTIGO
AEGNTE 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 sanaImpétigo 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.TÍPICA: gingivoestomatitis herpética primaria común, herpes labial, en dedos, queratoconjuntivitis, encefalitis herpética, infección neonatalATÍPICA: lesiones nodulares, manifestaciones neurológicas con patrones atípicos, eritemas multiformes cutáneo-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 fricciónImpétigo no ampolloso: las vesículas o papulas que evolucionan a pustulas y luego costras melicéricas, 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 clínicolaboratorios: 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/d 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 LÍNEA Resistencia arnet 40 mg/kg cada Alternativa: Ganciclovir	Acyclovir oral: 40–80 mg/kg/día en 3–4 tomas, durante 5–10 días (máximo 1 g/día). Alternativa para ≥ 12 años: Valacyclovir 1 g orally, dos veces al día por 7–10 días. En caso de enfermedad grave o mala tolerancia oral: Acyclovir IV 5 mg/kg por dosis, cada 8 horas por 5–7 días	<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%, retapamulida.TX triple viral: bacitracina, neomicina, polimixina.antimicrobianos orales: dicloxacilina, amoxicilina-clavulanato, cefalexina, oxacilina.NO BETALACTÁMICOS: clindamicina, TMP/SMX, Doxiciclina (>8 AÑOS), linezolid/vancomicina (severas)
MEDIDAS DE PREVENCIÓN	<ul style="list-style-type: none">Lavado de manosEvitar contacto directo con lesionesA las Embarazadas informar al médico para prevenir riesgo neonatalEn neonatos tener aislamiento de contacto	<ul style="list-style-type: none">Cesárea en presencia de lesiones genitales maternasProfilaxis antivirales en las últimas SDCEvitar contacto con personas infectadasHigiene estrictaEvitar exposición solar en herpes labial	<ul style="list-style-type: none">Higiene de piel y cuidado de heridasEvitar rascado y cubrir lesionesHigiene de manos y superficiesAislamiento temporal del niño afectadoUso adecuado de antibióticos y txPrevención estacional en climas cálidos y húmedos



	DERMATITIS ATOPICA	DEMATITIS SEBORREICA	MOLUSCO CONTAGIOSO
AEGNTE CAUSAL/ ETIOLOGIA	Esta se asocia comúnmente a niveles elevados de IgE, antecedentes familiares de atopia(rinitis alérgica, asma, eccema)	<ul style="list-style-type: none">Hipersecreción sebácea.Colonización por la levadura Malassezia (como M. furfur, anteriormente Pityrosporum ovale), cuya proliferación genera ácidos grasos irritantes que desencadenan inflamación	Poxvirus del género Molluscum contagiosum virus periodo de incubacion de 7 días y 6 meses, promedio de 2-3 meses
EDAD + FRECUENTE	<ul style="list-style-type: none">Es mas frecuente en niños, principalmente en infancia enel primer año de vida, en lactantes de 3-5 meses es mas común	Generalmente la dermatitis seborreica infantil se presenta en los primeros 3 meses de vida y esta se resuelve durante el primer año de vida.	Mas frecuente en edad pediátrica
PRINCIPALES FORMAS DE CONTAGIO	Esta condicion se caracteriza por tener una Hipersensibilidad a alergen os comunes.	La dermatitis seborreica no es una enfermedad contagiosa. por la que no se transmite de una persona a otra.	Contacto directo con la piel de una persona infectada, algun objeto, superficie que est contaminada, otra forma de contagio es por CONTACTO SEXUAL (adolescentes y adultos)
MANIFESTACIONES CLÍNICAS TÍPICAS/F. PRESENTACION	Tiene 3 fases: <ul style="list-style-type: none">fase latente: primeros 2 meses de edad que predomina en mejillas y respetando el triangulo central de la cara, el eritema y papulas, las cuales se pueden acompañar de exudado y costras hematicasFase 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, parpados y region peribucal, se caracteriza por eccema y LIQUENIFICACION.fase del adulto: se presenta despues de los 13 años de edad, se manifiesta en superficies de flexion de las extremidades, cuello, nuca, dorso de manos y genitales, cursa con eccema y liquinificacion.	<ul style="list-style-type: none">se forman placas eritematoescamosas, amarillentas, oleosas, que se afectan principalmente:piel cabelluda, cara, pliegues retroauriculares y area 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 verrugosasEl 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 LABORATORIALESS	CLINICO Escala EASI, y Scorad	POR CLINICA EXPLORACION FISICA	<ul style="list-style-type: none">CLINICObiopsia
TRATAMIENTO 1 ° Y 2° LINEA	No farmacologico: <ul style="list-style-type: none">hay que identificar los factores de riesgo de recaida o de exacerbacion sea el caso. Farmacologico: <ul style="list-style-type: none">Emolientes de piedra angular en el tx de DA.Corticoesteroides topicos de 1ra linea (sea la gravedad del caso)Hidrocortisona topica al 2.5% una o dos veces al dias por 5-7 dias.Moderado: flucionolona topico 2 veces al dia, durante 7 dias.Antihistaminico 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 dermatologia pediatrica.	Cuidados generales / no farmacológicos: <ul style="list-style-type: none">Lavado frecuente con champú suave.Suavizar escamas con aceite mineral o vaselina antes del lavado; cepillado suave para retirarlasantifúngicosantiinflamatorios esteroidesinhibidores de calcineurina, Pitirionato de zincBisulfuro de selenioKetoconazol al 2% en champu, gel o crema, aplicando una vez al dia en las lesiones, asi como la aplicacion de emolientes 2 veces al dia en areas afectadas por al menos 2 semanas.	<ul style="list-style-type: none">En la mayoría de los casos este remite por si solo, hay que tratarlas si las lesiones son visibles y dolorosasexisten varios tx como:mecanicos 80% por curetaje, criocirugia.quimicos: hidroxido de potasio, destruye la piel disolviendo la queratina, se aplica en concentraciones de entre 5 y 20% en solucion acuosa, 1 o 2 veces al dia sobre las lesiones.antivirales: cidofavir.inmunomoduladores: imiquimod.
MEDIDAS DE PREVENCIÓN	<ul style="list-style-type: none">Mantener la áreas donde el paciente se encuentre presentemantener temperaturas y humedad adecuadasrecomendación ropa de algodónEvitar 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 higieneControl de estresEvitar productos irritantesDieta	<ul style="list-style-type: none">Evitar el contacto con personas infectadasEvitar uso el uso de albercas y baños comunitariosCubrir área de las lesiones para evitar autoinoculación y la diseminación de la mismaEvitar uso de cepillos, esponjas y fómites que propaguen al molusco