

# Principales Infecciones Dermatológicas en Niños

GRUPO	INFECCIÓN Y AGENTE ETIOLÓGICO	¿A QUIÉN LE DA?	CUADRO CLÍNICO	ESTUDIOS, DX. Y COMPLICACIONES	TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN	IMAGEN
		EPIDEMIOLOGÍA	DATOS CLAVE			
BACTERIAS	Impétigo ( <i>S. aureus</i> , y <i>S. β</i> -hemolítico del grupo A en minoría de casos)	Niños de 2 a 5 años de edad. Factores de riesgo: ambientes calientes y húmedos, pobreza, higiene deficiente, hacinamiento y sarna.	<b>Impétigo contagioso o no ampuloso</b> , es el más común. Inicia con pápulas en cara y extremidades que progresan a vesículas, luego pústulas y terminan como costras mielicéricas. <b>Impétigo ampuloso</b> forma ampollas flácidas de contenido claro amarillento. Forma menos lesiones y afecta al tronco con mayor frecuencia. Causado por toxina A exfoliativa que ataca desmogleina 1. <b>Ectima</b> : forma ulcerativa del impétigo con lesiones de la dermis y epidermis.	Diagnóstico es clínico. Principal complicación: Glomerulonefritis postestreptocócica 1 a 2 semanas después de la infección, cursa con edema, hipertensión fiebre y hematuria.	Tx. tópico (mupirocina, retapamulin) para Px. con afectación limitada de la piel, antibióticos orales (cefalexina, dicloxacilina) en lesiones múltiples. El ectima siempre debe ser tratado VO. Niños pueden regresar al escuela hasta 24 hrs. de haber iniciado antibioticoterapia.	
	Sx. del Shock Tóxico ( <i>S. aureus</i> productora de TSST-1)	Niñas y mujeres con uso de tampones súper absorbentes y/o por varios días de su ciclo menstrual y/o mantuvieron un solo tampón por período prolongado de tiempo. Casos no relacionados con menstruación (50%): infecciones o cirugías recientes. Niños < 2 años: infección cutánea previa.	Cuadro agudo (<48 hrs.) con fiebre, escalofríos, hipotensión (incluido síncope), eritrodermia macular y afectación multiorgánica: dolor abdominal, vómito y/o diarrea, mialgias, afectación de mucosas (vaginal, orofaríngea o conjuntival), renal, hepática, trombocitopenia y síntomas neurológicos (cefalea, somnolencia, confusión, irritabilidad, agitación, alucinaciones). Las lesiones en piel presentan descamación 1 a 2 semanas del inicio del cuadro (cuando el paciente logra sobrevivir).	Diagnóstico es clínico. Realizar hemocultivo y cultivo de mucosas, heridas, narinas). Elevación de BUN, creatinina, enzimas hepáticas y CPK. Trombocitopenia y anemia durante primeros días y alteración de tiempos de coagulación.	Manejo del choque séptico, debridación de herida quirúrgica (si está presente) y antibioticoterapia. Tx. empírico: vancomicina + clindamicina + uno de los siguientes: piperacilina-tazobactam o un carbapenémico. NO se recomienda el uso de inmunoglobulina IV.	
	Enf. Perianal Estreptocócica	Niños menores de 5 años.	Región perianal eritematosa, brillante, bien delimitada, dolorosa, acompañada de prurito.	Diagnóstico es clínico. Se puede confirmar con cultivo del exudado o detección rápida de antígeno estreptocócico.	Penicilina oral más tratamiento tópico con mupirocina o ácido fusídico.	
	Dactilitis ampullosa distal ( <i>S. β</i> -hemolítico del grupo A).	Niños y adultos.	Infección ampullosa superficial de las almohadillas grasas de los pulpejos de los dedos. Puede extenderse al pliegue ungueal proximal o lateral. Cursa con ampollas tensas de contenido seropurulento.	Diagnóstico es clínico. Cultivos del líquido detectan por lo general estreptococo β-hemolítico del grupo A.	Penicilina oral más tratamiento tópico.	

# Principales Infecciones Dermatológicas en Niños

GRUPO	INFECCIÓN Y AGENTE ETIOLÓGICO	¿A QUIÉN LE DA?	CUADRO CLÍNICO	ESTUDIOS, DX. Y COMPLICACIONES	TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN	IMAGEN
		EPIDEMIOLOGÍA	DATOS CLAVE			
VIRUS	Gingivostomatitis Herpética (Virus herpes simple 1)	Niños de 6 meses a 5 años de edad. Contagio mediante secreciones orales o lesiones.	Ocurre 1 semana después del contacto con un enfermo (a menudo asintomático). <b>Lesiones vesiculares agrupadas</b> , posteriormente coalescen y forman <b>úlceras en encías y mucosa oral, acompañadas de vesículas periorales</b> . Le precede pródromo con fiebre, anorexia, irritabilidad, malestar general y cefalea. Se puede acompañar de halitosis, anorexia, rechazo de líquidos, fiebre, artralgia, cefalea y linfadenitis submandibular y cervical.	Diagnóstico es clínico. Complicaciones: deshidratación (la más frecuente); queratitis herpética; bacteriemia secundaria; esofagitis, epiglotitis, neumonitis (inmunocomprometidos; eccema herpético, encefalitis, adherencias en labios.	Hidratación, analgesia mediante paracetamol o ibuprofeno. Aciclovir oral en niños con evolución < 72 a 96 hrs. con rechazo a líquidos o dolor importante. Hospitalización en casos graves, inmunocompromiso, eccema herpético, queratitis herpética, encefalitis, epiglotis o neumonitis.	
	Enf. de pie-mano-boca (Coxsackie A16 y Enterovirus A71) y herpangina Coxsackie A1-6,8,10 y 22.	Niños menores de 7 años de edad. Puede presentarse en adolescentes y adultos. Transmisión principalmente oro-fecal durante verano y principios de otoño.	<b>Enf. pie-mano-boca:</b> Odinofagia y/o rechazo al alimento, fiebre, enantema oral y/o exantema. Enantema con lesiones en lengua y mucosa oral, inicia con máculas eritematosas, progresan a vesículas rodeadas de halo. Coalescen y forman úlceras con base gris-amarillenta y margen rojo. Exantema <b>no pruriginoso y no doloroso</b> , puede ser macular, maculopapular y/o vesicular. Involucran manos, pies, nalgas, piernas y brazos. Herpangina: <b>Fiebre elevada de inicio súbito</b> , acompañada de anorexia, emesis e irritabilidad. Niños mayores refieren malestar general, cefalea, odinofagia, disfagia y dolor abdominal. Faringe hiperémica con lesiones pápulo-vesiculares gris-amarillentas con afectación principalmente de paladar duro, lengua o mucosa oral. <b>Número de lesiones por lo general menor a 10.</b>	Diagnóstico clínico. Complicaciones en Enf. pie-mano-boca cuando se debe a Enterovirus A71: Romboencefalitis, parálisis flácida aguda y meningitis aséptica. La herpangina rara vez causa complicaciones.	Tratamiento es de soporte. Los niños con complicaciones pueden requerir hospitalización. Los enterovirus no codifican la timidina quinasa, por lo que el aciclovir no es efectivo.	 <b>PIE-MANO-BOCA</b> <b>HERPANGINA</b> 
	Molusco contagioso (Poxvirus)	Niños sanos que frecuentan piscinas.	Las lesiones consisten en pápulas rosadas cupuliformes y umbilicadas, localizadas más frecuentemente en cara, cuello, axilas y muslos. En pacientes inmunocomprometidos o con dermatitis atópica, las regiones afectadas pueden ser más extensas.	El diagnóstico es clínico.	Infección autolimitada, puede prolongarse durante meses, por lo que en ocasiones se realiza curetaje.	

# Principales Infecciones Dermatológicas en Niños

GRUPO	INFECCIÓN Y AGENTE ETIOLÓGICO	¿A QUIÉN LE DA?	CUADRO CLÍNICO	ESTUDIOS, DX. Y COMPLICACIONES	TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN	IMAGEN
		EPIDEMIOLOGÍA	DATOS CLAVE			
	<b>Virus del papiloma humano</b>	Niños sanos entre 6 y 12 años de edad, con mayor incidencia durante el verano. Baja transmisión y autoinoculables.	Formación de verrugas vulgares (70%), plantares (26%) y planas (4%). Se localizan principalmente en dedos, manos, cara, cuello, lechos ungueales y rodillas.	El diagnóstico es clínico.	El Tx. depende del tipo de verruga. Vulgar: ácido salicílico, crioterapia. Plantar: Ácido salicílico. Plana: Ácido salicílico o imiquimod.	
HONGOS	<b>Candidiasis del pañal (C. albicans)</b>	Recién nacidos y lactantes.	Exantema inguinal con áreas confluentes de eritema, pápulas y placas eritematosas, así como lesiones satélite.	El diagnóstico es clínico. Se puede confirmar con raspado de las lesiones y preparación con hidróxido de potasio (KOH).	Medidas generales en piel, con cambio frecuente del pañal, ventilación del área, limpieza suave, elección del pañal y preparaciones tópicas. Corticosteroides de baja potencia y antifúngicos en casos graves.	
	<b>Candidiasis orofaríngea o muguet (C. albicans)</b>	Lactantes sanos.	Pápulas blanquecinas confluyentes en región anterior de la mucosa oral, se desprenden con dificultad dejando fondo eritematoso.	Diagnóstico es clínico.	Tratamiento tópico con nistatina.	
	<b>Tiña de la cabeza (T. tonsurans y M. canis).</b>	Enf. casi exclusiva de los niños (97%).	Infección del cabello, cuero cabelludo y anexos (cejas y pestañas). Se caracteriza por la triada de placas pseudoalopécicas únicas o múltiples, cabellos cortos de 2 a 5 mm., en ocasiones blanquecinos por la gran cantidad de esporas que contienen y eccemas. Prurito en 10 a 20% de los casos.	Diagnóstico es clínico.	Griseofulvina por mínimo de 6 semanas, terbinafina oral como segunda elección, en niños mayores de 3 años y misma duración.	
PARÁSITOS	<b>Escabiosis (Sarna; Sarcoptes scabiei).</b>	Niños en situación de pobreza y hacinamiento.	La parasitosis ocasiona prurito generalizado, más intenso por las noches. Las lesiones aparecen entre los dedos de las manos, muñecas, pies, genitales, areolas mamarias y axilas. Suele respetar espalda y cara. La lesión característica es el surco acarino, con eminencia acarina en su extremo y representa zona de avance del surco y donde se encuentra el parásito.	Diagnóstico es clínico.	Tx. para el paciente y contactos cercanos, independientemente de presencia de síntomas. Permetrina tópica al 5% es el tratamiento de elección, ivermectina oral en casos de resistencia.	
	<b>Pediculosis</b>	Niños en situación de pobreza y hacinamiento. Pobre higiene o contacto con niños parasitados en escuelas o jardín de niños.	Principal síntoma es el prurito.	Diagnóstico mediante visualización del parásito al inspeccionar el cuero cabelludo o con peines de púas estrechas.	Permetrina tópica al 1.5%. La ivermectrina VO. en infestación grave o casos de resistencia.	