

Elaiioconiosis. Reporte de un caso.

DONNA MILAGROS CHEVALIER BRACHE

Médico residente 2do año de dermatología. IDCP-DHBD, Santo Domingo, República Dominicana.

OLIVIA URIARTE HERNÁNDEZ

Médico residente 3er año de dermatología. IDCP-DHBD, Santo Domingo, República Dominicana.

IRENE DE LA ROSA

Médico dermatólogo. IDCP-DHBD, Santo Domingo, República Dominicana.

NERYS RAMÍREZ

Médico patólogo. IDCP-DHBD, Santo Domingo, República Dominicana.

Correspondencia a: d.chevalier00@hotmail.com

Resumen. La elaiioconiosis es un tipo de acné causado por la exposición directa a hidrocarburos. Se origina por taponamiento folicular más retención de secreciones producidas por las glándulas sebáceas y la presencia de estímulos tanto químicos como mecánicos sobreañadidos. Se presenta en este artículo el caso de un masculino de 41 años de edad, el cual acude por dermatosis que afecta miembros superiores de 6 meses de evolución, asintomática. El mismo fue diagnosticado y tratado con respuesta satisfactoria. **Palabras claves:** *elaiioconiosis, acné por hidrocarburos, comedones.*

ELAIIOCONIOSIS. A CASE REPORT

Abstract. Elaiioconiosis is a type of acne caused by direct exposure to hydrocarbons. It is caused by follicular plugging, retention of secretions produced by the sebaceous glands and both mechanical and chemical stimulation. We report a case of a 41 years old man, who presents dermatosis that affects upper limbs which began to appear about six months previously, asymptomatic. The same was diagnosed and treated with satisfactory results. **Key words:** *elaiioconiosis, oil acne, comedones.*

INTRODUCCIÓN

La elaiioconiosis es un tipo de dermatosis ocupacional, la cual resulta de la exposición crónica a los aceites pesados extraídos del petróleo. Se presenta como una erupción acneiforme con queratinización exagerada de los folículos, inflamación perifolicular e infección.¹

Se ve principalmente en pacientes que trabajan en estaciones de combustibles, lavado de autos, talleres mecánicos y obreros de la construcción. Su aparición es facilitada por los malos hábitos higiénicos y uso prolongado de ropas impregnadas de aceite.²

Actualmente la elaiioconiosis presenta la segunda causa de dermatosis ocupacional a nivel mundial. El primer caso reportado fue hecho por Purdon en 1867, quien observó este fenómeno en los trabajadores responsables de limpiar y lubricar las bobinas usadas en la industria textil.^{3,4}

Se diferencia del cloracné, pues ésta afección se produce por inhalación de hidrocarburos aromáticos como la dioxina y es una manifestación cutánea de una intoxicación sistémica por dicho agente.²

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 41 años de edad, soltero, conductor, fototipo IV de Fitzpatrick, procedente y residente de Bonao, República Dominicana, el cual consulta por dermatosis que afecta miembros superiores de 6 meses de evolución, asintomática. Antecedes personales patológicos

de diabetes mellitus tipo 2, diagnosticada hace 4 años, tratada de forma regular con metformina 850 mg.

Al examen físico se evidencia dermatosis constituida por múltiples pápulas, foliculares, negruzcas, algunas confluyen formando pequeñas placas de tamaño variable. *Figuras 1 – 3.*



Figura 1. Múltiples pápulas hiperpigmentadas, bien delimitadas, superficie ligeramente queratósica.



Figura 2. Mayor acercamiento de las múltiples pápulas, foliculares, negruzcas.



Figura 3. Pápulas hiperpigmentadas, foliculares, negruzcas, múltiples, algunas confluyen formando pequeñas placas de tamaño variable.

Se realizan estudios paraclínicos como biometría hemática completa, química sanguínea, examen general de orina, coprológico, IgE, Anti HIV, VDRL, dentro de límites de referencia, negativo y no reactivo respectivamente; sin embargo, el paciente presenta eritrosedimentación en 10 mm/1h, y Glicemia en 114 mg/dl.

Se realiza estudio histopatológico de la lesión, el cual reporta queratosis pilar más comedón, hallazgos vinculables con elaiioconiosis. Figuras 4-6.

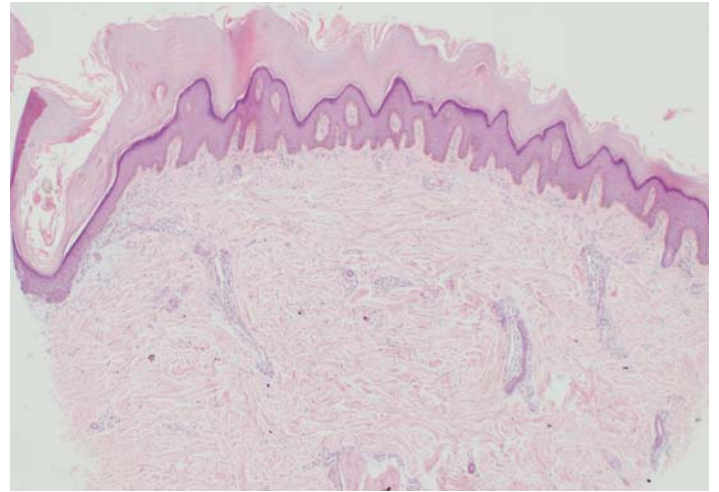


Figura 4. Hiperqueratosis marcada y elongación confluyente de redes de cresta. En un extremo del espécimen, infundibulo folicular dilatado lleno de queratina. HE 4x.

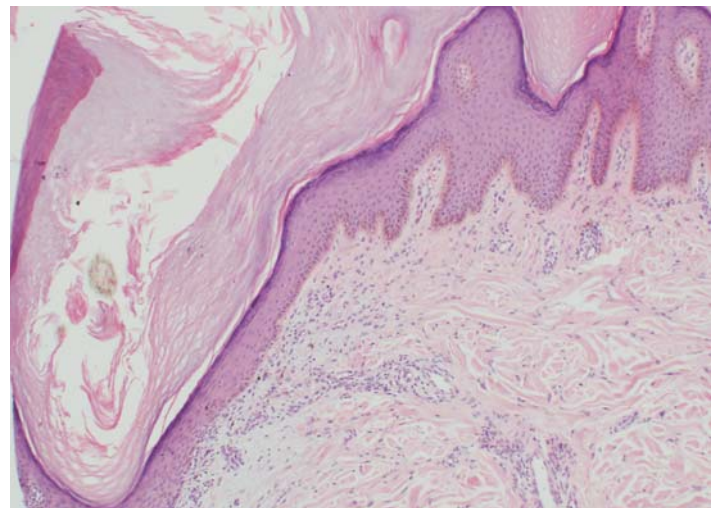


Figura 5. En detalle, infundibulo folicular dilatado conteniendo queratina. En dermis superior media ligera fibrosis. HE 20x.

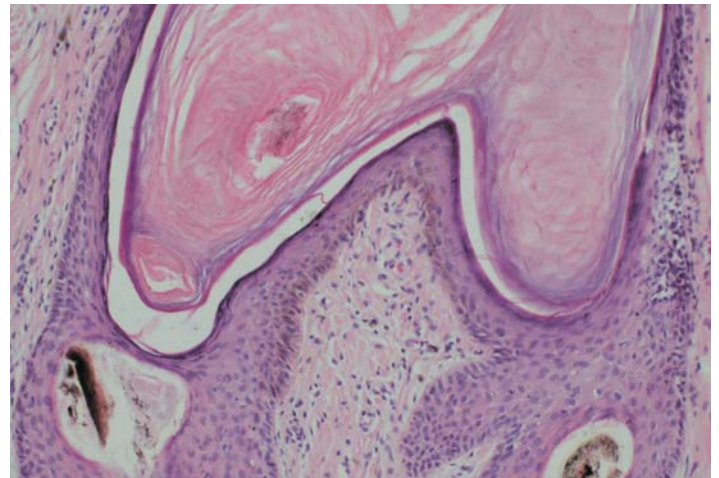


Figura 6. Tapones córneos infundibulares. HE 20x.

Se decide instaurar tratamiento tópico con retin gel al 0.25%, (en la noche) y pomada salicilada al 5% (2 veces al día), con buena respuesta al tratamiento, presentando resolución de las lesiones a los 3 meses post tratamiento.

DISCUSIÓN

Las lesiones son producidas como resultado del taponamiento mecánico del canal folicular y retención de secreciones de las glándulas sebáceas con estimulación mecánica y química de los productos usados.¹

Clínicamente, se caracteriza por la presencia de comedones abiertos y pápulas localizadas en áreas cubiertas por la ropa (tórax, abdomen, glúteos, muslos) y otras superficies de contacto (cara extensora de los miembros superiores), respetando la cara, igual localización de nuestro paciente. La hiperpigmentación es por irritación directa del aceite en la piel, secundaria a folliculitis y mantenida por la luz solar.^{5,6}

La histopatológica se caracteriza por hiperqueratinización, taponamiento y dilatación folicular, como se observó en nuestro paciente, más atrofia de las glándulas sebáceas, además puede presentar infiltrado inflamatorio en dermis. El epitelio está engrosado, existe una reacción hiperproliferativa del epitelio y de la piel con metaplasia escamosa del conducto pilosebáceo.²

El diagnóstico diferencial debe realizarse principalmente con el Cloracné, otro tipo de acné ocupacional, producido por la inhalación de hidrocarburos halogenados, presentes en pinturas, barnices, lacas y varios aceites. El cloracné, por tal razón, es una enfermedad cutánea

que representa una respuesta biológica a ciertos componentes aromáticos clorinados y que se puede acompañar con toxicidad sistémica.^{1,8}

Para un manejo adecuado de la elaiocniosis es fundamental reconocer el agente agresor y alejarlo del medio, el uso de ropa protectora durante el trabajo y mejorar las condiciones higiénicas, representan los pilares de la resolución de dicho cuadro.^{3,6,7}

En cuanto al tratamiento, está registrado el uso de tretinoína tópica como de elección para la extracción química de los comedones. También puede utilizarse la urea tópica, ya que tiene un efecto queratolítico, antibacteriano y antipruriginoso, no es alergizante ni tóxica. Además, se han utilizado antibióticos sistémicos como las tetraciclinas, por su efecto inmunomodulador sobre la quimiotaxis de células inflamatorias.^{9,10,11} Nuestro paciente fue tratado con retin gel al 0.25%, (en la noche) y pomada salicilada al 5% (2 veces al día), con resultados satisfactorios.

CONCLUSIÓN

Existe un factor social preponderante en el desarrollo de la elaiocniosis. Al ser una dermatosis ocupacional que con mayor frecuencia se observa en la clase obrera, puede que la incidencia de la misma se vea sub diagnosticada. Se debe crear conciencia en la población afectada, tanto nacional como internacionalmente, para aumentar las medidas de protección e higiene y así evitar el desarrollo de la misma. Es una entidad de fácil manejo, en la cual la eliminación del agente desencadenante es vital para obtener resultados fructíferos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Peñaloza Martínez JA. Elaiocniosis por diesel. Rev Cent Dermatol Pascua. Sep-Dic 2000; 9 (3): 146-156.
- Alchorne A and Calafiori J.R. Dermatoses profesionales en la industria automotriz. Monogr Dermatol 1999; 155 - 161.
- Castro Grüber Solange, Loyo Elvira, Oliver Margarita, Reyes Oscar, Piquero –Martín Jaime. Acné por hidrocarburos: Elaiocniosis. Vitae: Academia Biomédica Digital, (12): 1-7.
- Nanashara Valgas; Cristina Paula Salario; Eduardo Bornhausen-Demarch; Clarice Jordão Bonora; Ariane Aimee Abrego Broce. Elaiocniosis - case report. An. Bras. Dermatol. 2011; 86(4)
- Guevara Molina Tatiana Lizbeth. Elaboración y determinación de eficacia in vivo de un gel para el acné a base de Calaguala. Ecuador 2011
- Eisen A, Wolff, Freedberg I, Austen K. Fitzpatrick *Dermatología clínica*. 8^{va} ed. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. Mosby/Doyma Libros, Madrid, 2013
- Svendsen K, Hilt B. Skin disorders in ship's engineers exposed to oils and solvents. Contact Dermatitis. 1997; 36: 216-20.
- Rosas E et al. Chloracne in the 1990s. Int J Derm 1996; 35 (9):643-45
- Oh CW and Myung KB. An ultrastructural study of the retention hyperkeratosis of experimentally induced comedones in rabbits: the effects of three comedolytics. J Dermatol 1996; 23:169-80.
- Gokhale BB, Bawale MP. A lesson in the treatment of industrial acne Mexico XV congresos internacionales dermatologiae compendium 1977, 246.
- Finklestein E, Lazarov A, Cagnano M and Halevy S. Oil acne successful treatment with isotretinoin. J Am Acad Dermatol 1994; 30:491-492.