CASO CLÍNICO

Elaioconiosis (Acné por hidrocarburos): Reporte de un caso

Andreina Monserrate León*, Alfredo Chávez-Cifuentes*

* *Universidad de Especialidades Espíritu Santo. Samborondón, Ecuador.*

Correspondencia:
Andreina Monserrate León
andreinamonserrate25@gmail.com

Palabras claves: Elaioconiosis; acné ocupacional; hidrocarburos; dermatosis profesional

Cómo citar este artículo: Monserrate A., Chávez-Cifuentes A. Elaioconiosis (acné por hidrocarburos): Reporte de un caso. Rev Dermatol Cent Úraga. 2026;8(1).

Fecha de recepción: 21/2/2026
Fecha de aceptación: 23/3/2026

RESUMEN

La elaioconiosis, también conocida como acné por hidrocarburos o acné venenata ocupacional, es una dermatosis acneiforme secundaria a exposición cutánea crónica a aceites minerales y derivados del petróleo. Se considera el acné ocupacional más frecuente y una de las principales causas de dermatosis profesional.[1,2] Se presenta el caso de un paciente masculino de 44 años con antecedente de diabetes mellitus controlada, quien consultó por lesiones acneiformes pruriginosas en antebrazos y piernas, con antecedente de exposición laboral crónica a diésel. El diagnóstico fue clínico-dermatoscópico. Se indicó tratamiento con retinoides tópicos y urea al 10%, con mejoría significativa tras 10 semanas. La identificación del antecedente ocupacional y la implementación de medidas preventivas constituyen el pilar fundamental para su resolución.

INTRODUCCIÓN

La elaioconiosis, también conocida como acné por hidrocarburos o queratosis follicularis de Brooke o acné venenata ocupacional, fue descrita por primera vez por Purdon en 1867 en trabajadores encargados de limpiar y lubricar bobinas de los telares.[1] Se considera la segunda causa más frecuente de dermatosis ocupacional a nivel mundial y es el acné ocupacional más común.[2,3]

Es una dermatosis acneiforme que se produce por exposición cutánea crónica a sustancias químicas como antioxidantes, lubricantes, refrigerantes y aceites minerales como el diésel, siendo su causa principal la que afecta mayormente a las personas que se desempeñan profesionalmente como mecánicos industriales en talleres mecánicos, centros de lubricación automotriz, trabajadores de la industria de metal, que no usan equipos de protección personal (EPP), uso prolongado de ropa sucia con estos aceites o malos hábitos de higiene.[3,4]

Su incidencia no es bien conocida, dado que la mayoría de los casos no son registrados estadísticamente, y tiende a ser más frecuente en hombres que en mujeres debido a la relación del trabajo.[4,5]

Clínicamente, esta patología es generalmente simétrica, en la que los folículos del cuerpo pueden verse afectados con comedones abiertos, pápulas, pústulas y nódulos que, al resolver, dejan cicatrices visibles, que pueden acompañarse de dolor y prurito. Estas están localizadas en superficies extensoras de los antebrazos, abdomen, región anterior y lateral de los muslos y piernas, donde habitualmente se produce contacto prolongado con la ropa impregnada de los agentes asociados.[1,5]

FISIOPATOLOGÍA

El mecanismo fisiopatológico de la elaioconiosis se considera que está relacionado con la obstrucción mecánica y química exógena de los productos usados en el conducto pilosebáceo y tiene efectos hiperqueratósicos del epitelio folicular, lo que genera el comedón, induce la respuesta inflamatoria folicular liberando IL-1, TNF-α e IL-8; posteriormente, retención de secreción sebácea y a esto puede añadirse la proliferación de estafilococo como infección secundaria.[3,4] Figura 1.



Figura 1: Esquema de la fisiopatología de la elaioconiosis. Imagen generada mediante inteligencia artificial.

Histológicamente, se reporta hiperqueratosis del epitelio folicular, dilatación del infundíbulo con abundante queratina compacta, infiltrado inflamatorio en dermis, presencia de glándulas sebáceas atróficas reemplazadas por quistes córneos (a diferencia del acné vulgar).[4,5]

El diagnóstico se basa en la clínica, antecedentes ocupacionales, localización de las lesiones en zonas en contacto con estas sustancias químicas.[1,6]

El principal diagnóstico diferencial es el cloracné, que es una afectación cutánea similar al acné, causado por exposición sistémica (inhalación, ingestión) por hidrocarburos halogenados, el cual afecta la cara con preferencia por ángulos mandibulares, región retroauricular y respeta la nariz.[5,6]

TRATAMIENTO

El manejo incluye retinoides tópicos: ácido retinoico 0.05%, queratolíticos como solución de Vleminckx, peróxido de benzoilo al 5%, ácido salicílico al 3%, urea al 10 al 20%; si hay lesiones inflamatorias, usar corticoides tópicos de corta duración. En casos moderados a severos, se puede optar por tetraciclinas sistémicas por su efecto inmunomodulador sobre la quimiotaxis de las células inflamatorias, siendo la doxiciclina a 50 mg/día V.O. durante 8 a 12 semanas una opción terapéutica. En casos recalcitrantes o severos, la isotretinoína a 0.5 mg/kg/día durante 12 semanas constituye otra alternativa, según la severidad del cuadro.[2,5,6]

El pilar fundamental para la resolución de la entidad son las medidas de prevención, el uso de EPP como ropa industrial, guantes, mascarillas durante la jornada laboral para evitar exposición con sustancias químicas e higiene adecuada posterior a la exposición de químicos.[1,3]

CASO CLÍNICO

Masculino de 44 años, con antecedentes personales de diabetes mellitus controlada, fototipo IV de Fitzpatrick, consultó por un cuadro clínico de 8 meses de evolución aproximadamente con presencia de brote acneiforme caracterizado por comedones abiertos, pápulas foliculares pigmentadas queratósicas que se acompaña de prurito intenso y que se exacerba con exposición al sol, localizadas en ambos antebrazos y cara anterior de piernas. En la dermatoscopia se observan múltiples pápulas perifoliculares con pigmento oscuro correspondiente a pigmentación postinflamatoria, monomorfas y aperturas foliculares. Figura 2.

El paciente refiere que está en contacto constante con diésel debido a sus labores ocupacionales.

Con base en la clínica y antecedente ocupacional, se estableció diagnóstico de elaioconiosis. Se indicó plan de tratamiento con urea al 10% dos veces al día y retinoides tópicos 0.05% por las noches, además de educación sobre medidas preventivas y uso de EPP. Se evidenció mejoría clínica significativa tras 10 semanas de tratamiento.

CONCLUSIONES

La elaioconiosis es una entidad subdiagnosticada que debe sospecharse ante lesiones acneiformes en zonas no seborreicas en pacientes con exposición ocupacional a hidrocarburos.[1,2] El tratamiento incluye retinoides tópicos, queratolíticos y, en casos seleccionados, antibióticos sistémicos o isotretinoína.[5,6]

El reconocimiento temprano y la intervención preventiva son el pilar terapéutico.[3]

BIBLIOGRAFÍA

1. Poli F, Dreno B, Verschoore M. An update on occupational acne (acne venenata). Int J Occup Environ Health. 2001;7(2):135-42. Disponible en: https://www.ijoehy.it/index.php/IJOEHY/en/article/view/312
2. Arenas R. Dermatosis ocupacionales. Rev Asocolderma. 2015;23(1):45-58. Disponible en: https://revista.asocolderma.org.co/index.php/asocolderma/article/view/513/472
3. González A, Pérez M. Dermatosis ocupacionales por hidrocarburos. Vitae. 2009;16(3):351-58. Disponible en: https://vitae.ucv.ve/pdfs/VITAE_3512.pdf
4. Souza PRM, Azulay RD. Occupational acne: review of the literature. An Bras Dermatol. 2010;85(6):829-33. Disponible en: https://www.scielo.br/j/abd/a/MDPC7b5PVTjdkRQZhpRSXCg/?format=pdf&lang=en
5. García-Gavín J, Ledo A. Dermatosis acneiformes ocupacionales. Actas Dermosifiliogr. 2024;115(4):345-352. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0213925124003356
6. Hernández-Pérez E. Acné ocupacional. Dermatol Rev Mex. 2000;44(3):123-28. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/derma/cd-2000/cd003b.pdf

ORCID

Andreina Monserrate *https://orcid.org/0000-0002-8172-9500*
Alfredo Chávez-Cifuentes *https://orcid.org/0000-0003-0229-7277*



Figura 2: A. Se observan pápulas foliculares hiperpigmentadas. B. Pápulas con aperturas foliculares monomorfas.