

Elaiioconiose - Relato de caso

Elaiioconiosis - Case report

Nanashara Valgas¹

Eduardo Bornhausen-Demarch³

Ariane Aimee Abrego Broce¹

Cristina Paula Salaro²

Clarice Jordão Bonora⁴

Resumo: Elaiioconiose é uma dermatose ocupacional do tipo acneiforme que afeta as áreas expostas de trabalhadores que lidam com óleos ou graxas. Atualmente, com o uso dos equipamentos de proteção individual, medidas de higiene pessoal e lavagem dos uniformes de trabalho, sua incidência diminuiu. Apesar de não ser uma doença rara, é pouco relatada na literatura, principalmente na nacional. Seu tratamento é lento e para a resolução das lesões, requer o afastamento do trabalhador de suas atividades laborativas.

Palavras-chave: Dermatite ocupacional; Erupções acneiformes; Medicina do trabalho; Óleos industriais; Óleos Lubrificantes

Abstract: Elaiioconiosis is a work-related acneiform dermatosis which affects the exposed skin of individuals working with oils or greases. Its incidence has decreased with the introduction of personal protective equipment, personal hygiene measures and the cleaning of work clothes. Although not a rare disease, elaiioconiosis is seldom reported in the literature, particularly in Brazil. Sufferers need to take time off work to proceed with the prolonged treatment to resolve the lesions caused by this condition.

Keywords: Occupational dermatitis; Acneiform eruptions; Occupational medicine; Industrial oils, Lubricating Oils

INTRODUÇÃO

A elaiioconiose é uma erupção acneiforme que ocorre nas áreas expostas de trabalhadores susceptíveis, como mecânicos da reparação de automóveis e da indústria metalúrgica, que utilizam óleos de corte.¹ Também conhecida por dermatite folicular ou acne por óleos pesados derivados do petróleo, esta afecção da pele teve sua incidência reduzida com a difusão e a adoção dos cuidados de higiene pessoal pelos trabalhadores, limpeza das roupas após o trabalho e o uso de equipamentos de proteção individual. É de tratamento difícil e prolongado, exigindo longos períodos de afastamento do trabalho para a sua remissão. O diagnóstico baseia-se na morfologia, na localização

das lesões e na história de exposição ocupacional a óleos e graxas.

RELATO DO CASO

Paciente masculino, 51 anos, negro, casado, mecânico, natural do Rio de Janeiro e residente em São Gonçalo, chegou ao ambulatório de dermatologia geral queixando-se de pontos pretos pruriginosos nos membros superiores há cerca de quatro meses (Figura1). Negava a presença de quadro semelhante anteriormente. É mecânico há mais de dez anos e nunca usou luvas ou qualquer outro equipamento de proteção individual.

Recebido em 11.12.2010.

Aprovado pelo Conselho Consultivo e aceito para publicação em 17.2.2011.

* Trabalho realizado no: ambulatório de dermatologia do Instituto de Dermatologia Prof. Rubem David Azuly - Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro (IDPRDA-SCMRJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Conflito de interesse: Nenhum / Conflict of interest: None
Suporte financeiro: Nenhum / Financial funding: None

¹ Médica pós-graduanda em dermatologia pelo Instituto de Dermatologia Prof. Rubem David Azuly - Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro (IDPRDA-SCMRJ) - Escola Médica de Pós-Graduação da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

² Especialista em dermatologia pela Sociedade Brasileira de Dermatologia - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³ Médico pós-graduando em dermatologia pelo Instituto de Dermatologia Prof. Rubem David Azuly - Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro (IDPRDA-SCMRJ) - Escola Médica de Pós-Graduação da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁴ Médica pós graduanda em dermatologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



FIGURA 1: Obliteração folicular nos membros superiores - Paciente queixava-se de pontos pretos pruriginosos nos membros superiores surgidos há quatro meses

Ao exame dermatológico, apresentava pápulas foliculares com pontos centrais enegrecidos, localizados no dorso das mãos e na face extensora das falanges, antebraços e braços, poupando a região palmar (Figura 2). Foi realizada biópsia por *punch* de uma lesão no dorso do terceiro quirodáctilo esquerdo, cujo exame histopatológico mostrou hiperqueratose infundibular, obstrução do óstio e atrofia da parede do folículo, com discreto infiltrado inflamatório; epiderme adjacente com acantose, hipergranulose e hiperqueratose, sem infiltrado inflamatório (Figura 3).

Inicialmente foram prescritos creme com uréia 15% duas vezes ao dia e ácido retinóico 0,05% à noite, associados ao uso de bucha vegetal no banho, sem



FIGURA 2: Detalhe das lesões - Pápulas foliculares enegrecidas com obliteração folicular no dorso da mão e da face dorsal das falanges.

qualquer melhora após um mês. Apesar de orientado quanto à importância do afastamento do trabalho, o paciente não se absteve de suas atividades laborativas, apresentando discreta melhora clínica após três meses de tratamento. Após este período, foi alterada a prescrição para loção com uréia a 20% associada a ácido salicílico 3% duas vezes ao dia, betametasona creme duas vezes ao dia por sete dias (devido à queixa de prurido intenso) e orientado banho morno associado ao uso de bucha vegetal. Além disto, o paciente conseguiu o afastamento do trabalho através do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), evitando o contato com óleos e graxas.

Logo após início desta terapêutica, já afastado do trabalho, começou a apresentar melhora clínica importante. Nesta fase, através da dermatoscopia, podemos observar os óstios foliculares desobstruídos, sem os pontos centrais enegrecidos (Figura 4).

DISCUSSÃO

A primeira referência a esta dermatose ocupacional foi feita por Purdon, em 1867, que a observou entre as trabalhadoras responsáveis pela limpeza e lubrificação das bobinas dos teares nas manufaturas de tecidos. Leloir, em 1889, registrou casos ocorridos nas fiadeiras de algodão.² Paul Blum, mais tarde, foi quem sugeriu a denominação elaiocniose folicular.³ Osvaldo Costa publicou em 1943 um caso de elaiocniose, sendo um dos primeiros relatados na literatura nacional.⁴ Em uma pesquisa realizada no Medline, utilizando os termos "elaiocniose", "*elaiokniosis*", "*oil acne*" e "*acne ocupacional*", observamos a escassez de trabalhos sobre o assunto, assim como nenhuma publicação específica nos últimos dez anos.

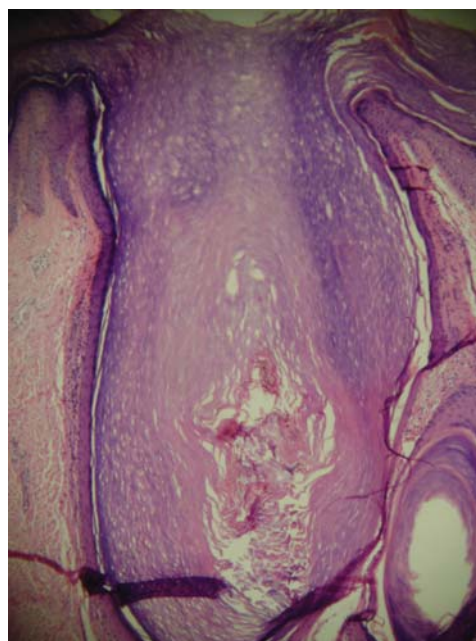


FIGURA 3: Exame histopatológico da lesão folicular

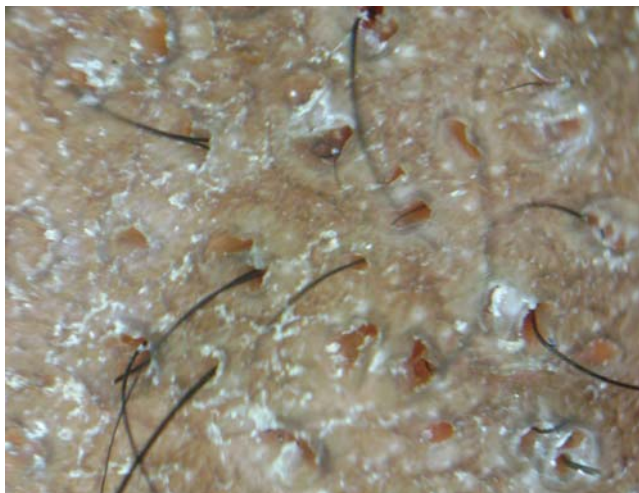


FIGURA 4: Dermatoscopia - Observamos desobstrução dos óstios foliculares, após o tratamento

A elaioconiose é uma condição clínica pouco observada nos consultórios de dermatologia, porém representa parcela importante das doenças ocupacionais cutâneas. Sua prevalência é imprecisa, uma vez que a maioria dos casos não chegam às estatísticas e sequer ao conhecimento dos dermatologistas. Muitos são automedicados, enquanto outros são recebidos pelo médico do trabalho da própria empresa. Pode ocorrer em qualquer fase da vida profissional e afeta principalmente mecânicos.³

Há trinta anos, a elaioconiose era uma doença ocupacional cutânea comum. Porém, devido à automação das indústrias, à melhoria da qualidade dos óleos solúveis utilizados, à adoção de hábitos de higiene, ao uso de equipamentos de proteção individual e à limpeza do local de trabalho e dos uniformes, o número de profissionais com esta peculiar patologia diminuiu significativamente nos últimos anos.

A etiopatogenia da elaioconiose ainda não está estabelecida. Alguns autores acreditam que esta está ligada à obliteração dos óstios foliculares por substâncias oleosas e partículas metálicas nelas contidas, com produção secundária de acne, comedões e infecção subsequente do folículo. Outros acreditam que o óleo em si pouco influencia na sua gênese e que esta se deve à acidez dos óleos usados e à capacidade dos hidrocarbonetos, contidos nestes óleos, de causarem

lesões foliculares.⁴ No caso relatado, não se observou infiltrado inflamatório no folículo piloso no exame histopatológico, sugerindo que a sua causa inicial está diretamente relacionada à obstrução mecânica do óstio folicular.

Perilo Galvão Peixoto, em 1948, dividiu a elaioconiose em três fases, com as quais concordamos:

1^a) fase obliterante, na qual há obstrução do óstio folicular pelo óleo ou por partículas nele contidas, que pode levar a discreta reação inflamatória perifolicular. Os pêlos exibem comprimento curto, há pontos enegrecidos e pequeninos tampões.

2^a) Fase papulosa peripilar, onde há comedões e pápulas planas ou cônicas, e hiperqueratose folicular.

3^a) Fase infecciosa, na qual sobrevém infecção folicular, formando pápulo-pústulas.

No caso em questão, o paciente apresentava lesões que permitem seu enquadramento na primeira e segunda fase, tanto clinicamente quanto histopatologicamente.

Em relação à apresentação clínica, caracteriza-se por pontos pretos comedoniformes nos óstios foliculares, pápulas e pústulas que podem estar associadas a prurido e dor. Podem evoluir com cicatriz e raramente se mostram como lesões abscedantes ou furunculóides. Em estudo publicado por Clóvis Bopp e Raul Müller em 1979 viu-se que os locais mais afetados foram os antebraços.³ Porém, mãos e braços também são frequentemente envolvidos.

O tratamento da elaioconiose é lento e o afastamento do paciente de suas atividades laborativas é essencial para a melhora clínica. Ceratolíticos e o uso de bucha vegetal durante o banho são medidas que auxiliam na desobstrução folicular. O uso de antibióticos sistêmicos, como tetraciclina, e de retinóides tópicos e sistêmicos foi relatado, com sucesso relativo.^{5,6} Medidas de prevenção devem ser associadas, como o uso de cremes de silicone, lavagem frequente das mãos e das roupas usadas no trabalho, e o uso de equipamentos de proteção individual.⁷

A elaioconiose é uma dermatose ocupacional que deve ser reconhecida e tratada pelo dermatologista. O diagnóstico precoce é fundamental e o afastamento do trabalhador de suas atividades laborativas associado ao tratamento adequado, medidas de prevenção e proteção, são, em conjunto, imprescindíveis para o controle do quadro. □

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. [Internet]. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações programáticas Estratégicas. Dermatoses ocupacionais. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 92 p. [Acesso 28 abr. 2011]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_dermatoses.pdf
2. Peixoto PG. Elaioconiose folicular. An Bras Dermatol. 1948;23:1-15.
3. Bopp C, Muller R. Elaioconiose folicular. An Bras Dermatol. 1979;54:123-36.
4. Costa OG. Elaioconiose folicular (Paul Blum). An Bras Dermatol. 1943;18:167-9.
5. Czernielewski A, Skwarczyfska-BanyÉ E. Oral treatment of acne vulgaris and oil acne with tetracycline. Dermatologica.1982; 165:62-5.
6. Finkelstein E, Lazarov A, Cagnano M, Halevy S. Oil acne: sucessful treatment with isotretinoin. J Am Acad Dermatol. 1994;30:491-2.
7. Svendsen K, Hilt B. Skin disorders in ship's engineers exposed to oils and solvents. Contact Dermatitis. 1997; 36:216-20.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA / MAILING ADDRESS:

Nanashara Diane Valgas Silva

*Rua Senador Vergueiro, 203 - Apto 820 Flamengo
22230 000 Rio de Janeiro (RJ)*

E-mail: nanavalgas@yahoo.com.br

Como citar este artigo/*How to cite this article*: Valgas N, Salaro CP, Bornhausen-Demarch E, Bonora CJ, Abrego A. Elaioconiose - Relato de caso. An Bras Dermatol. 2011;86(4 Supl 1):S53-6.