

# Nietypowa grzybica skóry gładkiej wywołana przez *Paecilomyces lilacinus* – opis przypadku

## Atypical dermatophytosis of glabrous skin caused by *Paecilomyces lilacinus* – case report

Leszek Kalbarczyk, Jan Ławrynowicz

Poradnia Dermatologiczna SZPZLO w Warszawie  
Kierownik Poradni: dr n. med. Magdalena Ciupińska

Przeł Dermatol 2010, 97, 29–32

### SŁOWA KLUCZOWE:

grzybica skóry gładkiej, *paecilomikoza*, *Paecilomyces lilacinus*.

### KEY WORDS:

tinea cutis glabrae, paecilomycosis, *Paecilomyces lilacinus*.

### ADRES DO KORESPONDENCJI:

Leszek Kalbarczyk  
Poradnia Dermatologiczna  
SZPZLO  
ul. Leszno 17  
00-191 Warszawa

### STRESZCZENIE

**Wprowadzenie.** Grzybica skóry gładkiej jest klasyczną postacią zakażenia dermatofitowego, jednak w rzadkich przypadkach zdarzają się infekcje grzybami geofilnymi stale przebywającymi w glebie. Zmiany skórne u tych pacjentów mogą różnić się morfologicznie od zmian w przypadku klasycznej grzybicy, a rozpoznanie może sprawiać trudności.

**Cel pracy.** Przedstawienie przypadku nietypowej grzybicy skóry gładkiej wywołanej przez *Paecilomyces lilacinus*, w którym prawidłowe rozpoznanie ustalono po kilkumiesięcznej diagnostyce.

**Opis przypadku.** Pacjentka, lat 59, zgłosiła się do Poradni z powodu zmiany rumieniowo-żółtaczającej na przedramieniu utrzymującej się od 6 miesięcy. W wykonanym wcześniej (w innym ośrodku) badaniu mikologicznym nie potwierdzono rozpoznania grzybicy i chorą z rozpoznaniem infekcji bakteryjnej leczono, bez uzyskania poprawy, ogólnie cefaleksyną i miejscowo kwasem fusydowym. Wyniki przeprowadzonych badań mikologicznych (bezpośrednie i mikrohodowla) pozwoliły na ustalenie rozpoznania grzybicy skóry gładkiej wywołanej *P. lilacinus*. Po zastosowaniu terbinafiny w dawce 250 mg przez 2 miesiące oraz miejscowych preparatów przeciwgrzybiczych uzyskano poprawę stanu skóry.

**Wnioski.** W przedstawianym przypadku prawidłowe rozpoznanie *paecilomikozy* ustalono dzięki zastosowaniu techniki mikrohodowli, która powinna być metodą weryfikacyjną w trudnych diagnostycznie przypadkach grzybicy skóry.

### ABSTRACT

**Introduction.** Tinea cutis glabrae is a classical dermatophytic infection; however, rare cases of this disease are caused by fungi which inhabit the soil. Clinical changes in such cases are usually different and the diagnosis may be difficult.

**Objective.** Presentation of a case of atypical tinea cutis glabrae caused by *Paecilomyces lilacinus* – a mould living in soil and rotten wood.

**Case report.** A 59-year-old woman was referred to us with erythematous and desquamative plaque of 6 months duration located on the forearm. Previous mycological examination (in a different

dermatological centre) was negative and the patient was unsuccessfully treated with antibiotics for bacterial infection. The diagnosis of paecilomycosis was made after repeated mycological examinations with the microculture method.

**Conclusions.** We recommend fungal microculture as a method for verification in the diagnosis of atypical cases of tinea cutis glabrae.

## WPROWADZENIE

Grzybica skóry gładkiej jest zwykle konsekwencją zakażenia dermatofitami z rodzaju: *Trichophyton*, *Microsporum* i *Epidermophyton*, których źródłami są ogniska chorobowe u ludzi lub zwierząt. Wykwity w postaci ognisk rumieniowo-złuszczających z tzw. aktywnym brzegiem (nasilony stan zapalny z obecnością grudek, krost i pęcherzyków na obwodzie) zazwyczaj umiejscawiają się w okolicach odsłoniętych (twarz, szyja, kark, przedramiona, ręce). Zmiany mają tendencję do nieregularnego szerzenia obwodowego i czasami ustępowania w części środkowej, co nadaje ogniskom kształt obrączkowaty. W rzadszych przypadkach zdarzają się infekcje grzybami geofilnymi, stale przebywającymi w glebie [1].

## CEL PRACY

Przedstawienie przypadku grzybicy skóry gładkiej wywołanej przez *Paecilomyces lilacinus* – grzyb pleśniowy bytujący w glebie i próchnie.

## OPIS PRZYPADKU

Kobieta, lat 59, zgłosiła się do przychodni dermatologicznej w grudniu 2008 roku z powodu pojedyn-



Rycina 1. Paecilomikoza przed leczeniem – zmiany na przedramieniu

Figure 1. Paecilomycosis before treatment – skin lesions on the forearm

czej zmiany rumieniowej, pokrytej uwarstwioną łuską, zlokalizowanej na przedramieniu, trwającej od około 6 miesięcy (ryc. 1.). Chora odczuwała okresowy świąd skóry. Nie zgłaszała urazu lub skaleczenia tej okolicy. W wywiadzie nie stwierdzono obciążeń internistycznych. Pacjentka nie podróżowała w okresie poprzedzającym pojawienie się zmiany.

W wykonanym badaniu mikologicznym bezpośrednim nie zaobserwowano elementów grzyba. Zarówno badanie bakteriologiczne, jak i próba tuberkulinowa były ujemne.

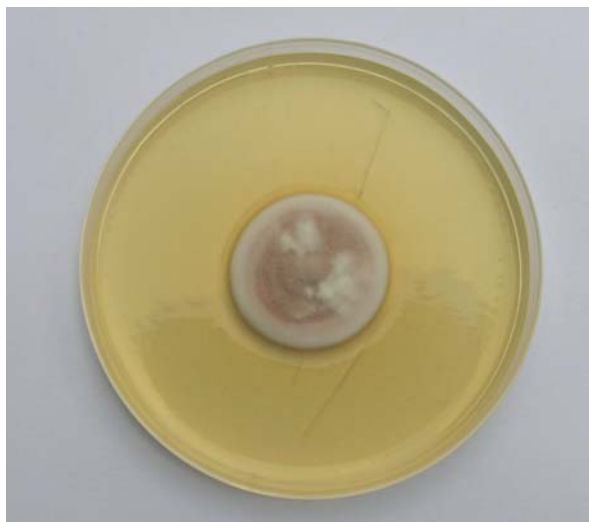
Ze względu na nieustalone rozpoznanie, na początku 2009 roku kobietę hospitalizowano na Oddziale Dermatologicznym Międzyleskiego Szpitala Specjalistycznego w Warszawie z podejrzeniem bakteryjnego zakażenia skóry. Do leczenia włączono cefaleksynę i kwas fusydowy, nie uzyskując poprawy. W badaniu histopatologicznym obecny był niecharakterystyczny stan zapalny skóry, a w barwieniu swoistym nie stwierdzono elementów grzyba. W badaniu mikologicznym z hodowli uzyskano wzrost koloni *Aspergillus fumigatus*.

Ponieważ nie wykonywano badania bezpośredniego, a hodowlę przeprowadzono poza szpitalem i uzyskany wynik mógł być spowodowany kontaminacją, zdecydowano o powtórzeniu badania, które wykonano w kwietniu 2009 roku w ośrodku autorów. Wyniki badania bezpośredniego i posiew na podłożu Sabourauda były dodatnie, a w mikrohodowli uzyskano wzrost koloni *P. lilacinus* (ryc. 2., 3.).

Pacjentkę leczono terbinafiną w dawce 250 mg/dobę przez 8 tygodni oraz miejscowo preparatami zawierającymi walerianian diflukortolonu i azotan izokonazolu (Travocort) oraz pigmentum Castellaniego przez 2 tygodnie. W wyniku zastosowanej terapii uzyskano poprawę zmian skórnych (ryc. 4.).

## OMÓWIENIE

Autorzy niniejszej publikacji przedstawiają rzadki przypadek grzybicy skóry gładkiej wywołanej przez *P. lilacinus* – grzyb geofilny, który został zidentyfikowany u pacjentki na podstawie charakterystycznego obrazu kolonii i badania mikroskopowe-



**Rycina 2.** Charakterystyczny wygląd mikrohodowli *P. lilacinus* – kremowa struktura w kolorach od białego do jasnoróżowego  
**Figure 2.** Characteristic feature of *P. lilacinus* microculture – velvet texture and white to white-pink color

go z mikrohodowli. Grzyb ten należy do typu *Ascomycota*, bytuje w glebie i próchnie oraz występuje w laboratoriach i zakładach produkujących żywność [2]. Opisywano również obecność grzybów z rodzaju *Paecilomyces* w procesach korozji metali i stopów (*P. variotii*), a także na zawilgoconych ścianach, sufitych i podłogach [3]. W prezentowanym przypadku nie wykryto źródła zakażenia.

Ten rodzaj grzyba (opisany przez Bainiera już w 1907 roku) zwykle nie jest patogenny, jednak czasami zakażenie prowadzi do zachorowania ludzi i zwierząt [2, 4]. Do aktywnego zakażenia, opisywanego jako *Paecilomycosis*, dochodzi istotnie statystycznie częściej w grupie pacjentów z obniżoną odpornością (infekcja oportunistyczna), zwłaszcza u biorców szpiku kostnego [4–6].



**Rycina 4.** *Paecilomikoza* po 2 miesiącach leczenia terbinafiną w dawce 250 mg/dobę oraz miejscowymi preparatami przeciwgrzybiczymi – gojenie się zmian  
**Figure 4.** *Paecilomycosis* after treatment with terbinafine 250 mg daily and topical antifungal drugs – healing of the skin lesions



**Rycina 3.** Mikroskopowy wygląd kolonii *P. lilacinus* z mikrohodowli. Widoczne szkliste, poprzegradzane konidiofory grzyba z przytwierdzonymi parami konidii tworzącymi dłuższe łańcuchy  
**Figure 3.** Microscopic feature of *P. lilacinus* microculture. Septate hyaline conidiophores carry conidia grouped in pairs forming long chains

Grzyby z rodzaju *Paecilomyces* (*P. lilacinus*, *P. marquandi* i *P. variotii*), oprócz zakażeń skóry, mogą wywoływać: owrzodzenie rogówki (zwykle u pacjentów noszących szkła kontaktowe lub po zabiegach okulistycznych), zapalenie zatok, otrzewnej i innych narządów [7–9]. Na drodze reakcji alergicznej mogą również powodować np. alergiczne zapalenie oskrzelików [10].

W przypadku zajęcia skóry opisywano zmiany na twarzy i kończynach oraz rzadziej na tułowiu. Wykwity miały charakter polimorficzny – od zmian rumieniowo-złuszczających, rumieniowo-grudkowych, podobnych do mięczaka zakaźnego przez grudkowo-pęcherzykowe z nekrozą do wykwitów przypominających niesztowice. Charakterystyczne było występowanie jednego typu zmian u każdego pacjenta [11]. Obraz kliniczny u przedstawianej choroby wymagał różnicowania m.in. z niesztowicą, wąglikiem, odmianą brodawkującą gruźlicy toczniowej, sporotrychozą i leiszmaniozą. W opisanych przypadkach, podobnie jak u prezentowanej pacjentki, podstawę rozpoznania stanowiły wyniki hodowli [3, 4], choć u części chorych uzyskano potwierdzenie rozpoznania w badaniu histopatologicznym [6].

W przypadku *Paecilomycosis* nie ma ustalonego standardu leczenia [12]. W piśmiennictwie istnieje niewielka liczba doniesień o skuteczności *in vitro* terbinafiny i niektórych pochodnych triazolowych (worikonazol, posakonazol) [13, 14]. Ze względu na dostępność leku w przedstawionym przypadku wybrano terbinafinę oraz zastosowano miejscową terapię przeciwgrzybiczą, w wyniku której uzyskano stopniową poprawę stanu skóry.

Podsumowując, należy podkreślić, że w opisanym przypadku rozpoznanie *paecilomikozy* było możliwe dzięki zastosowaniu techniki mikrohodowli z materiału uzyskanego wcześniej drogą posiewu na podłożu Sabourauda. Autorzy uważają, że w przypadkach wątpliwych powinna być to metoda weryfikacji wyników standardowych hodowli.

## Piśmiennictwo

1. **Jabłońska S., Majewski S.:** Choroby skóry i choroby przenoszone drogą płciową. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2005, 75-77.
2. **Groll A.H., Walsh T.J.:** Uncommon opportunistic fungi: new nosocomial threats. *Clin Microbiol Infect* 2001, 7 Suppl 2, 8-24.
3. **Baran E. (red.):** Mikologia – co nowego? Wydawnictwo Cornetis, Wrocław, 2008, 165-166.
4. **Braun-Falco O., Plewig G., Wolff H.H., Burgdorf W.H.C.:** Dermatologia. Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2002, 336.
5. **Castro L.G., Salebian A., Sotto M.N.:** Hyalohyphomycosis by *Paecilomyces* in a renal transplant patient and a review of human *Paecilomyces* sp. infections. *J Med Vet Mycol* 1990, 28, 15-26.
6. **Takayashu S., Akagi M., Shimizu Y.:** Cutaneous mycosis caused by *Paecilomyces lilacinus*. *Arch Dermatol* 1977, 113, 1687-1690.
7. **Pettit T.H., Olson R.J., Foos R.Y., Martin W.J.:** Fungal endophthalmitis following intraocular lens implantation. A surgical epidemic. *Arch Ophthalmol* 1980, 98, 1025-1039.
8. **Gucalp R., Carlisle P., Gialanella P., Mitsudo S., McKittrick J., Dutcher J.:** *Paecilomyces* sinusitis in an immunocompromised adult patient: case report and review. *Clin Infect Dis* 1996, 23, 391-393.
9. **Rinaldi S., Fiscarelli E., Rizzoni G.:** *Paecilomyces variotii* peritonitis in an infant on automated peritoneal dialysis. *Pediatr Nephrol* 2000, 14, 365-366.
10. **Akhunova A.M., Shustova V.I.:** Paecilomycosis infection. *Probl Tuberk* 1989, 8, 38-42.
11. **Orth B., Frei R., Itin P.H., Rinaldi M.G., Speck B., Grattwohl A. i inni:** Outbreak of invasive mycoses caused by *Paecilomyces lilacinus* from a contaminated skin lotion. *Ann Intern Med* 1996, 125, 799-806.
12. **Vartivarian S.E., Anaissie E.J., Bodey G.P.:** Emerging fungal pathogens in immunocompromised patients: classification, diagnosis and management. *Clin Inf Dis* 1993, 17 (Suppl 2), S487-491.
13. **Espinel-Ingroff A.:** In vitro fungicidal activities of voriconazole, itraconazole and amphotericin against opportunistic moniliaceous and dermatiaceous fungi. *J Clin Microbiol* 2001, 39, 954-958.
14. **Venugopal P.V., Venugopal T.V.:** Antifungal activity of allylamine derivatives. *Indian J Med Res* 1994, 99, 71-73.

**Otrzymano:** 4 I 2010 r.

**Zaakceptowano:** 15 I 2010 r.