

Rozszerzony por Winer — obraz kliniczny, diagnostyka i leczenie

Dilated Pore of Winer — clinical picture, diagnostics and treatment

Filip Staszewski¹, Gabriela Szypuła¹, Andrzej Jaworek² , Anna Wojas-Pelc²

¹Studenckie Koło Naukowe Dermatologii, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków

²Katedra i Klinika Dermatologii, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków

STRESZCZENIE

Rozszerzony por Winer jest łagodnym nowotworem skóry wywodzącym się z mieszka włosowego o niepoznanej dotąd etiologii. Klinicznie zmiana przypomina duży zaskórnik otwarty, ale występuje u osób w wieku średnim i starszych. W większości przypadków lokalizacja poru Winer dotyczy głowy i szyi. Rozpoznanie choroby możliwe jest do ustalenia na podstawie obrazu klinicznego, niemniej w razie wątpliwości diagnostycznych rozstrzygające jest badanie histopatologiczne. W razie problemu kosmetycznego związanego z obecnością zmiany jedyną skuteczną metodą leczenia jest resekcja chirurgiczna.

Forum Derm. 2021; 7, 2: 56–59

Słowa kluczowe: rozszerzony por Winer, obraz histologiczny, diagnostyka różnicowa, terapia

ABSTRACT

Dilated pore of Winer is a benign cutaneous lesion of unknown etiology. Clinically it resembles a giant comedo, often plugged with a core of keratin. It occurs mainly in middle-aged people and the elderly. Dilated pore is typically located on the face and neck. It is usually a clinical diagnosis. Histopathologic examination should be performed if there is any doubt. It is a benign adnexal neoplasm of the follicular infundibulum. Dilated pore of Winer is never malignant, though it can be considered as a cosmetic defect. Excision is curative in most cases.

Forum Derm. 2021; 7, 2: 56–59

Key words: dilated pore of Winer, histopathology of dilated pore of Winer, differential diagnosis, treatment of dilated pore of Winer

WPROWADZENIE

Rozszerzony (olbrzymi) por Winer jest łagodną zmianą skórną, którą jako pierwszy opisał w 1954 roku dermatolog amerykański Louis H. Winer [1]. Winer (1903–1990) w wieku zaledwie dwudziestu dwóch lat ukończył studia medyczne na Uniwersytecie w Minnesocie i rozpoczął specjalizację z zakresu dermatologii. Aby poszerzyć swoją wiedzę z zakresu chorób skóry, odbył staż w Wiedniu, przy czym, co ciekawe, języka niemieckiego nauczył się dopiero na miejscu. Po powrocie do Stanów Zjednoczonych otworzył prywatną praktykę, jednocześnie będąc pracownikiem naukowym na Uniwersytecie Kalifornijskim. Pasją Winer była dermatopatologia. Dwa razy w tygodniu organizował spotkania, w trakcie których omawiał preparaty dostarczone przez lekarzy oraz rezydentów. Uważał, że każdy dermatolog po-

winien umieć samodzielnie oceniać wycinki skórne pod mikroskopem. Dyskusyjne przypadki chorób skóry Winer konsultował szczególnie chętnie, nie pobierając przy tym żadnej opłaty. Jego działalność przyczyniła się do znacznego rozwoju dermatopatologii amerykańskiej. Doktor Winer był członkiem wielu towarzystw dermatologicznych, m.in. *American Dermatological Association* oraz lekarzem–wolontariuszem w ośrodkach opiekuńczych [2].

Przez lata prowadzenia prywatnej praktyki do gabinetu Winer zgłosiło się wielu pacjentów. U kilku z nich zauważył na skórze pojedyncze zmiany przypominające zaskórnik otwarty (torbiel wypełniona czopem keratynowym). Mylnie jednak sklasyfikował go jako *trichoepithelioma* — łagodny nowotwór wywodzący się z mieszków włosowych. Obecnie zmiana skórna opisana w roku 1954 przez Winer klasyfi-

Adres do korespondencji:

Gabriela Szypuła, Studenckie Koło Naukowe Dermatologii, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków,
e-mail: g.szypula97@gmail.com

kowana jest jako osobna jednostka chorobowa: łagodny nowotwór z przydatków skórnych różniący się w kierunku mieszka włosowego [3], występująca głównie u osób w wieku powyżej średniego. Jest to zmiana niezłośliwa, a o jej usunięciu decydują względy estetyczne. Ewentualne wątpliwości diagnostyczne rozstrzyga badanie histologiczne.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA

Etiologia

Louis H. Winer opisywaną przez siebie zmianę błędnie uznał za nabłoniaka włosowego. Kolejne teorie na temat pochodzenia rozszerzonego pora Winera określały zmianę jako inkluzyjną torbiel mieszka włosowego, której wyściółka uległa pogrubieniu wskutek procesów zapalnych [3]. Niektórzy uczeni negowali zasadność wyróżniania rozszerzonego pora Winera jako odrębnej jednostki nozologicznej, uznając go za przejaw procesów zapalnych spowodowanych przerwaniami ścian torbieli mieszka włosowego [4].

Znaczenie tych teorii jest historyczne. Obecnie wiadomo, że rozszerzony por Winera jest nowotworem przydatków skórnych wywodzącym się z komórek lejka mieszka włosowego [3], co czyni go jedynym znanym nowotworem dermatologicznym, którego komórki ulegają różnicowaniu w kierunku komórek lejka mieszka włosowego [4].

O swoistym różnicowaniu się komórek tego guza świadczą wyniki badań immunohistochemicznych cytokeratyn na powierzchni tych komórek [5].

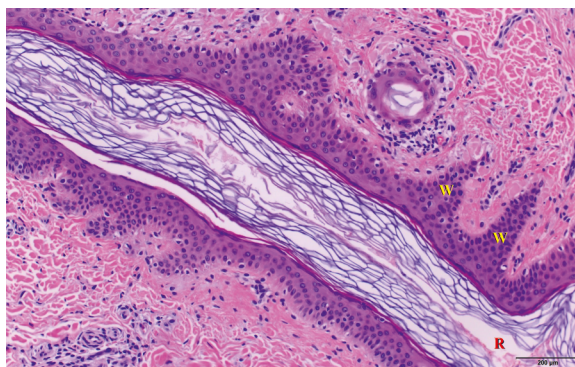
Wciąż nie są znane czynniki powodujące powstawanie rozszerzonego pora Winera. Odkrywcą łączył jego występowanie z wcześniejszą obecnością trądziku torbielowatego, natomiast inni badacze — z nadmierną ekspozycją na promieniowanie ultrafioletowe [3] oraz rogowaceniem słonecznym [5]. Związek przyczynowo-skutkowy rozszerzonego pora Winera z uprzednim narażeniem na promieniowanie ultrafioletowe pozostaje wciąż niejasny.

Epidemiologia

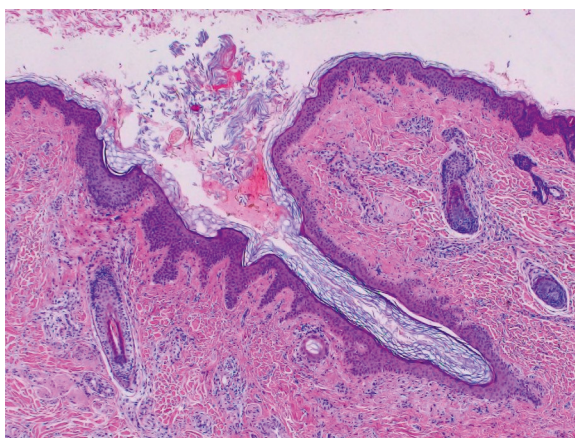
W oryginalnej pracy Louisa Winera, obejmującej analizę 10 pacjentów, mediana wieku wyniosła 55 lat [1]. Obecnie wiadomo, że rozszerzony por Winera występuje u dorosłych w różnym wieku i najczęściej dotyczy osób w średnim wieku oraz starszych [6–8]. Mężczyźni chorują częściej niż kobiety [1, 3].

Obraz histopatologiczny

W obrazie histopatologicznym rozszerzony por Winera charakteryzuje wyraźne poszerzenie lejka mieszka włosowego. W okolicy cieśni nabłonek jest atroficzny, a im bliżej dna zmiany, tym bardziej hipertroficzny. Charakterystyczne są także grzebieniaste wpuklenia proliferującego nabłonka sięgające w głąb skóry właściwej (ryc. 1). Wpuklenia te są tworzone jedynie przez komórki nabłonkowe i w swoim obrębie nie zawierają torbieli z keratyną, przewodów gruczołów



Rycina 1. Rozszerzony por Winera: R — rozszerzenie lejka mieszka włosowego; W — wpuklenia proliferującego nabłonka sięgające w głąb skóry właściwej



Rycina 2. Rozszerzony por Winera — preparat histopatologiczny

ani brodawki włosów [3, 9]. Wewnątrz może się znajdować czop z keratyny lamelarniej, który daje obraz różowej masy. Patolog D. Sarma zauważył, że obraz rozszerzonego pora Winera pod mikroskopem przypomina kieliszek wina, ze względu na charakterystyczne lejkowate poszerzenie dna. Kiedy por jest wypełniony keratynowym czopem, „kieliszek” wypełnia „różowe wino” (ryc. 2) [10].

Obraz kliniczny

Rozszerzony por Winera ma postać dużego zaskórnika otwartego, który na ogół jest nieznacznie obniżony (lub podwyższony) względem otaczającej skóry, twardy i przesuwalny względem podłoża. Ze względu na strukturę torbieli zmiana powoduje uniesienie skóry (ryc. 3) [11]. W centrum zmiany lub na obwodzie obecne jest ujście, w którym zauważalny jest czop keratynowy, którego zabarwienie jest zazwyczaj ciemne [11]. Zawartość zmiany może być manualnie wyciśnięta, przy czym po usunięciu czopa można usunąć też niewielką ilość białych, gąbczastych mas keratynowych [1, 9]. Takie manipulacje przy zmianie nigdy

nie prowadzą do jej ustąpienia — por ponownie wypełnia się w ciągu około miesiąca [1]. Ponadto próby wyciśnięcia czopa mogą być szkodliwe, gdyż naruszając ciągłość tkanek, mogą przyczynić się do powstania nadkażeń bakteryjnych lub reakcji zapalnych.

Główną lokalizacją rozszerzonego pora Winerera jest powierzchnia głowy i szyi, rzadziej natomiast obserwowany jest na kończynach oraz tułowiu [1, 8]. Istnieją pojedyncze doniesienia o występowaniu tego nowotworu w pachwinie i okolicy sromu [7, 12]. Możliwe jest również występowanie rozszerzonego pora Winerera w pobliżu narządów zmysłów — obserwowano jego obecność na powiece oraz w kanale słuchowym zewnętrznym [11, 13].

Zmiana jest niebolesna, a pacjenci zgłaszają się z powodów estetycznych lub zaniepokojeni długim utrzymywaniem się zmiany, podejrzewając nowotwór złośliwy skóry. Winer opisał przypadki, w których pacjenci przez trzy de-



Rycina 3. Rozszerzony por Winerera na karku; widoczne uniesienie skóry otaczającej zmianę

kady obserwowali u siebie rozszerzony por, co jednak nie skłoniło ich do szukania porady specjalisty [1].

Rozpoznanie

Rozpoznanie stawiane jest na podstawie charakterystycznego obrazu klinicznego. W razie wątpliwości wykonuje się badanie histopatologiczne, które zazwyczaj pozwala na ustalenie diagnozy [3]. Badanie dermatoskopowe rozszerzonego pora Winerera ukazuje różowo-biały guzek o regularnej siatce naczyń krwionośnych na obwodzie [6].

Diagnostyka różnicowa

W diagnostyce różnicowej rozszerzonego pora Winerera należy uwzględnić zmiany chorobowe związane z patologią tkanek w pobliżu mieszka włosowego. Rozstrzygające jest badanie histopatologiczne.

Różnice między rozszerzonym porą Winerera a podobnymi do niego zmianami skórnymi obrazuje tabela 1.

Wart zapamiętania jest fakt, że odnotowano przypadki raka podstawnokomórkowego, raka płaskonabłonkowego oraz trichoblastoma w preparacie podczas rutynowej oceny histopatologicznej zmiany rozpoznanej wstępnie jako rozszerzony por Winerera [14–17]. Najpewniej jest to jedynie koincydencja, jednak w każdym niejednoznacznym przypadku warto zachować czujność onkologiczną.

Leczenie

Rozszerzony por Winerera nie wymaga leczenia, a wycięcia zmiany w całości wykonuje się w przypadkach wątpliwości diagnostycznych. W oryginalnej pracy Winerera można znaleźć informację, że niektórzy pacjenci obserwowali u siebie tę zmianę skórną nawet przez trzydzieści lat, zanim zgłosili się do dermatologa [1, 3].

Zalecanym sposobem leczenia rozszerzonego pora Winerera jest chirurgiczne usunięcie zmiany. Doszczętnie wycięty rozszerzony por Winerera nie nawraca. Zmiana ta sięga głęboko w głąb skóry właściwej, dlatego zabiegi mniej radykalne, takie jak kauteryzacja, krioterapia, dermabrazja i usuwanie laserem, nie są skuteczne [1, 3, 14].

Tabela 1. Diagnostyka różnicowa rozszerzonego pora Winerera

	Rogowiak osłoniakowy włosa	Zaskórnik	Torbiel naskórkowa	Pojedyncze znamię zaskórnikowe
Cecha odróżniająca od rozszerzonego pora Winerera	Akantotyczne wypustki wychodzące z centrum zmiany w głąb otaczających tkanek; w centrum zmiany mogą występować gruczolę łojowe, torbieleki wypełnione keratyną lub skupienia komórek kolczystych	Brak wpukleń proliferującego nabłonka skierowanych w głąb skóry właściwej	Bardziej guzkowy kształt, większa ruchomość względem podłoża, wyścielana warstwowym nabłonkiem z warstwą ziarnistą. Wypełniona luźną keratyną	Pojawia się w niemowlęctwie lub dzieciństwie
Cecha rozszerzonego pora Winerera	Mniej intensywna proliferacja komórek; brak akantotycznych wypustek, gruczolów, torbielek, skupień komórek kolczystych	Obecne są wpuklenia proliferującego nabłonka skierowane w głąb skóry właściwej	Wypełniony keratyną lamelarną	Pojawia się w wieku dojrzałym lub podeszłym

Rokowanie

Wycięcie rozszerzonego pora Winera jest równoznaczne z wyleczeniem. Do tej pory nie powiązano rozszerzonego pora Winera z żadnym zespołem chorobowym [3].

Podziękowania

Pragniemy serdecznie podziękować Panu Doktorowi Grzegorzowi Dyduchowi za udostępnienie zdjęć preparatu rozszerzonego pora Winera.

Konflikt interesów

Autorzy pracy deklarują, że nie zachodzi konflikt interesów w związku z publikacją.

PIŚMIENNICTWO

1. WINER LH. The dilated pore, a tricho-epithelioma. *J Invest Dermatol.* 1954; 23(3): 181–188, doi: [10.1038/jid.1954.97](https://doi.org/10.1038/jid.1954.97), indexed in Pubmed: [13201810](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13201810/).
2. Steffen C, Louis H. Winer, M.D: the man behind the eponyms. *Am J Dermatopathol.* 2001; 23(3): 254–256, doi: [10.1097/00000372-200106000-00021](https://doi.org/10.1097/00000372-200106000-00021), indexed in Pubmed: [11391114](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11391114/).
3. Benedetto C., Riley C., Athalye L. Dilated pore of Winer. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532967/>.
4. Steffen C. Winer's dilated pore: the infundibuloma. *Am J Dermatopathol.* 2001; 23(3): 246–253, doi: [10.1097/00000372-200106000-00020](https://doi.org/10.1097/00000372-200106000-00020), indexed in Pubmed: [11391113](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11391113/).
5. Morikawa T, Takizawa H, Ohnishi T, et al. Dilated pore: a case report and an immunohistochemical study of cytokeratin expression. *J Dermatol.* 2003; 30(7): 556–558, doi: [10.1111/j.1346-8138.2003.tb00432.x](https://doi.org/10.1111/j.1346-8138.2003.tb00432.x), indexed in Pubmed: [12928547](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12928547/).
6. Harshini D. Dilated Pore of Winer Mimicking Trichofolliculoma. *Journal of Medical Science And clinical Research.* 2020; 08(02), doi: [10.18535/jmscr/v8i2.98](https://doi.org/10.18535/jmscr/v8i2.98).
7. Bishnoi A, Aggarwal D, Vinay K, et al. Visual Dermatology: Dilated Pore of Winer. *J Cutan Med Surg.* 2019; 23(3): 332, doi: [10.1177/1203475419825770](https://doi.org/10.1177/1203475419825770), indexed in Pubmed: [31070096](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31070096/).
8. Mittal RR, Sethi PS, Jha A. Dilated pore of Winer. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2002; 68(4): 239–240, indexed in Pubmed: [17656953](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17656953/).
9. Tellechea O, Cardoso JC, Reis JP, et al. Benign follicular tumors. *An Bras Dermatol.* 2015; 90(6): 780–96; quiz 797, doi: [10.1590/abd1806-4841.20154114](https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20154114), indexed in Pubmed: [26734858](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26734858/).
10. Dilated Pore of Winer, Dr. Louis H Winer and Wine Glass. *The Internet Journal of Dermatology.* 2009; 7(2), doi: [10.5580/15a9](https://doi.org/10.5580/15a9).
11. Jakobiec FA, Bhat P, Sutula F. Winer's dilated pore of the eyelid. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg.* 2009; 25(5): 411–413, doi: [10.1097/IOP.0b013e3181b3b6e3](https://doi.org/10.1097/IOP.0b013e3181b3b6e3), indexed in Pubmed: [19966665](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19966665/).
12. Shi Ge, Li W, Liang Ni, et al. Multiple vulvar dilated pores in a postmenopausal woman. *An Bras Dermatol.* 2017; 92(4): 562–564, doi: [10.1590/abd1806-4841.20175434](https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20175434), indexed in Pubmed: [28954114](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28954114/).
13. Ayoub OM, Timms MS, Mene A. Winer's dilated pore, rare presentation in the external ear canal. *Auris Nasus Larynx.* 2001; 28(4): 349–352, doi: [10.1016/s0385-8146\(01\)00089-x](https://doi.org/10.1016/s0385-8146(01)00089-x), indexed in Pubmed: [11694381](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11694381/).
14. Zhao L, Xu J, Fang F, et al. Squamous cell carcinoma found in a dilated pore. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2007; 21(2): 277–278, doi: [10.1111/j.1468-3083.2006.01849.x](https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2006.01849.x), indexed in Pubmed: [17243983](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17243983/).
15. Benedetto AV, Benedetto EA, Griffin TD. Basal cell carcinoma presenting as a large pore. *J Am Acad Dermatol.* 2002; 47(5): 727–732, doi: [10.1067/mjd.2002.124075](https://doi.org/10.1067/mjd.2002.124075), indexed in Pubmed: [12399765](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12399765/).
16. Carlson-Sweet KL, Weigand DA, MacFarlane DF. Trichoid basal cell carcinoma found in a dilated pore on the nose. *Dermatol Surg.* 2000; 26(9): 874–876, doi: [10.1046/j.1524-4725.2000.00083.x](https://doi.org/10.1046/j.1524-4725.2000.00083.x), indexed in Pubmed: [10971562](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10971562/).
17. Misago N, Sada A, Narisawa Y. Trichoblastoma with a dilated pore. *J Am Acad Dermatol.* 2006; 54(2): 357–358, doi: [10.1016/j.jaad.2005.07.033](https://doi.org/10.1016/j.jaad.2005.07.033), indexed in Pubmed: [16443076](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16443076/).