



## Estratégia reconstrutiva com retalhos de avanço na correção bilateral da região malar medial: aplicação dos retalhos de McGregor e Burow

*Reconstructive strategy using advancement flaps for bilateral medial malar defects: application of the McGregor and Burow flaps*

DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.2026180494>

### RESUMO

A reconstrução da região malar é um desafio cirúrgico devido à importância estética e à necessidade de preservar a função. Relata-se o caso de um homem de 75 anos com carcinomas basocelulares bilaterais em malar medial. Após exérese, optou-se por técnicas com retalhos de avanço: retalho de McGregor à direita e retalho de Burow à esquerda. Os retalhos de avanço mostraram-se eficazes por sua simplicidade, boa mobilidade tecidual e capacidade de adaptação às unidades estéticas da face. O paciente evoluiu sem complicações, com bom resultado funcional e estético, reforçando o valor desses retalhos na reconstrução da face.

**Palavras-chave:** Retalhos Cirúrgicos; Carcinoma Basocelular; Oncologia Cirúrgica; Dermatologia; Face

### ABSTRACT

*Reconstruction of the malar region poses a surgical challenge due to its aesthetic relevance and the need to preserve function. We report the case of a 75-year-old man with bilateral basal cell carcinomas of the medial malar region. After tumor excision, reconstruction was performed using advancement flaps: a McGregor flap on the right side and a Burow flap on the left side. Advancement flaps proved effective owing to their simplicity, favorable tissue mobility, and adaptability to facial aesthetic units. The patient had an uneventful postoperative course, achieving satisfactory functional and aesthetic outcomes, highlighting the value of these flaps in facial reconstruction.*

**Keywords:** Surgical Flaps; Basal Cell Carcinoma; Surgical Oncology; Dermatology; Face

## Relato de Caso

### Autores:

Luiz Roberto Dal Bem Pires Júnior<sup>1,2</sup>  
Carlos Augusto Silva Bastos<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, Dermatologia, Curitiba (PR), Brasil

<sup>2</sup> Universidade Estadual de Campinas, Dermatologia, Campinas (SP), Brasil

### Correspondência:

Luiz Roberto Dal Bem Pires Júnior  
E-mail: [lrdbem@gmail.com](mailto:lrdbem@gmail.com)

**Fonte de financiamento:** Não

**Conflito de interesses:** Não

**Data de submissão:** 12/07/2025

**Decisão final:** 11/09/2025

### Como citar este artigo:

Pires Júnior LRDB, Bastos CAS. Estratégia reconstrutiva com retalhos de avanço na correção bilateral da região malar medial: aplicação dos retalhos de McGregor e Burow. *Surg Cosmet Dermatol*. 2026;18(1):e20260494.



## INTRODUÇÃO

A região malar representa a maior área cosmética da face, caracterizando-se por um contorno levemente convexo, com poucas sombras e depressões, e uma pele de textura heterogênea. Apesar de seu reservatório cutâneo, a camuflagem de incisões cirúrgicas nessa área é desafiadora.<sup>1</sup>

Anatomicamente, a região malar é dividida em quatro subunidades: medial, lateral, zigomática e bucal. A porção medial é delimitada pela pálpebra inferior, epicanto medial, sulco nasofacial, área perialar e parte superior do sulco nasogeniano.<sup>2</sup> O posicionamento das linhas de sutura ao longo desses limites periféricos proporciona melhor disfarce da cicatriz. Quando isso não é viável, recomenda-se que as incisões sigam as linhas de tensão da pele relaxada (LTPRs), reduzindo a tensão e melhorando o resultado estético.<sup>3</sup>

Para defeitos pequenos na região medial do malar, o fechamento primário fusiforme com cicatrizes alinhadas às LTPRs é uma excelente opção. No caso de defeitos maiores, opta-se por retalhos locais, dentre as opções estão os retalhos de avanço e suas variações.

## RELATO DE CASO

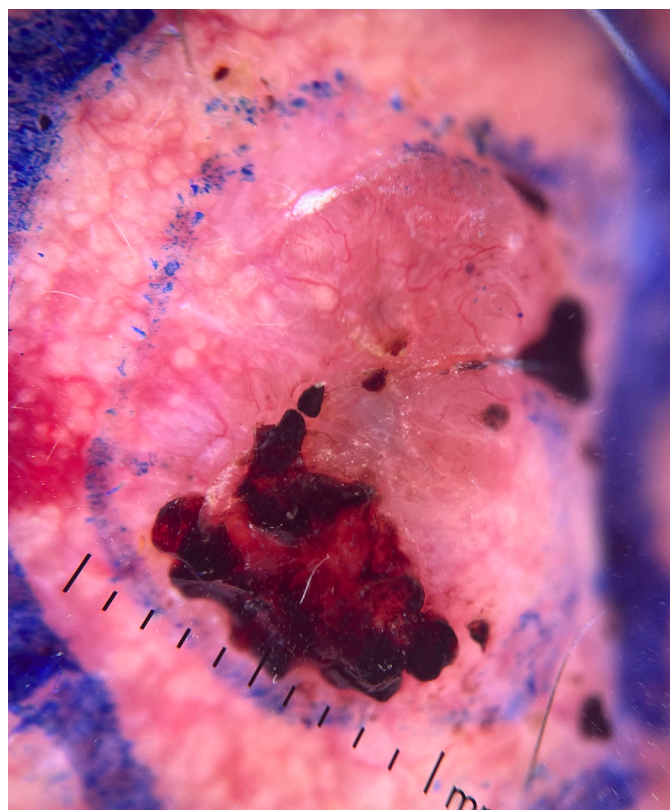
Paciente do sexo masculino, 75 anos, em acompanhamento ambulatorial por pênfigo foliáceo e em uso contínuo

de azatioprina (100 mg/dia), apresentou histórico de múltiplos carcinomas basocelulares (CBCs) em face e foi diagnosticado com dois novos CBCs nodulares (Figura 1): um em região malar medial direita, com extensão para a pálpebra inferior e parede lateral nasal (Figura 2), e outro em região malar medial esquerda, próximo à asa nasal (Figura 3).

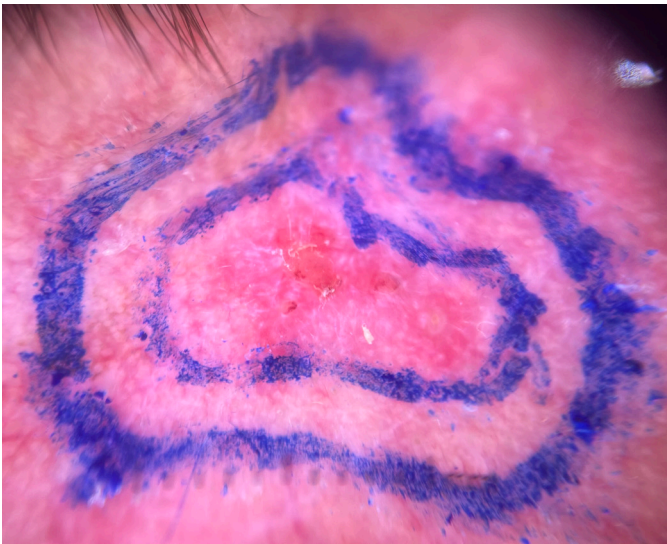
Após exérese completa das lesões com margens de segurança oncológica (Figura 4), o defeito resultante no lado direito foi reconstruído com retalho de McGregor (Figura 5). A técnica baseia-se em incisão lateral que acompanha a curvatura natural da pálpebra inferior, podendo estender-se até a região pré-auricular anterior à linha de implantação capilar, conforme a largura do defeito. Essa curvatura é fundamental para proporcionar comprimento vertical suficiente ao retalho. Na extremidade lateral da incisão, foi realizada uma zetaplastia, na qual o ramo central do “Z” correspondeu à largura do defeito, enquanto os ramos ascendente e descendente apresentavam o mesmo comprimento e ângulo de 60° em relação ao ramo central, facilitando a rotação e avanço do tecido. A dissecação foi realizada no plano subcutâneo, permitindo adequada mobilização do retalho e posterior transposição na zetaplastia. Um triângulo de Burow foi ressecado perpendicularmente à linha de incisão principal para acomodação do excesso cutâneo. A síntese foi realizada com



**FIGURA 1:** Pré-operatório



**FIGURA 2:** Dermatoscopia do carcinoma basocelular no malar direito



**FIGURA 3:** Dermatoscopia do carcinoma basocelular no malar esquerdo



**FIGURA 5:** Planejamento do retalho de McGregor



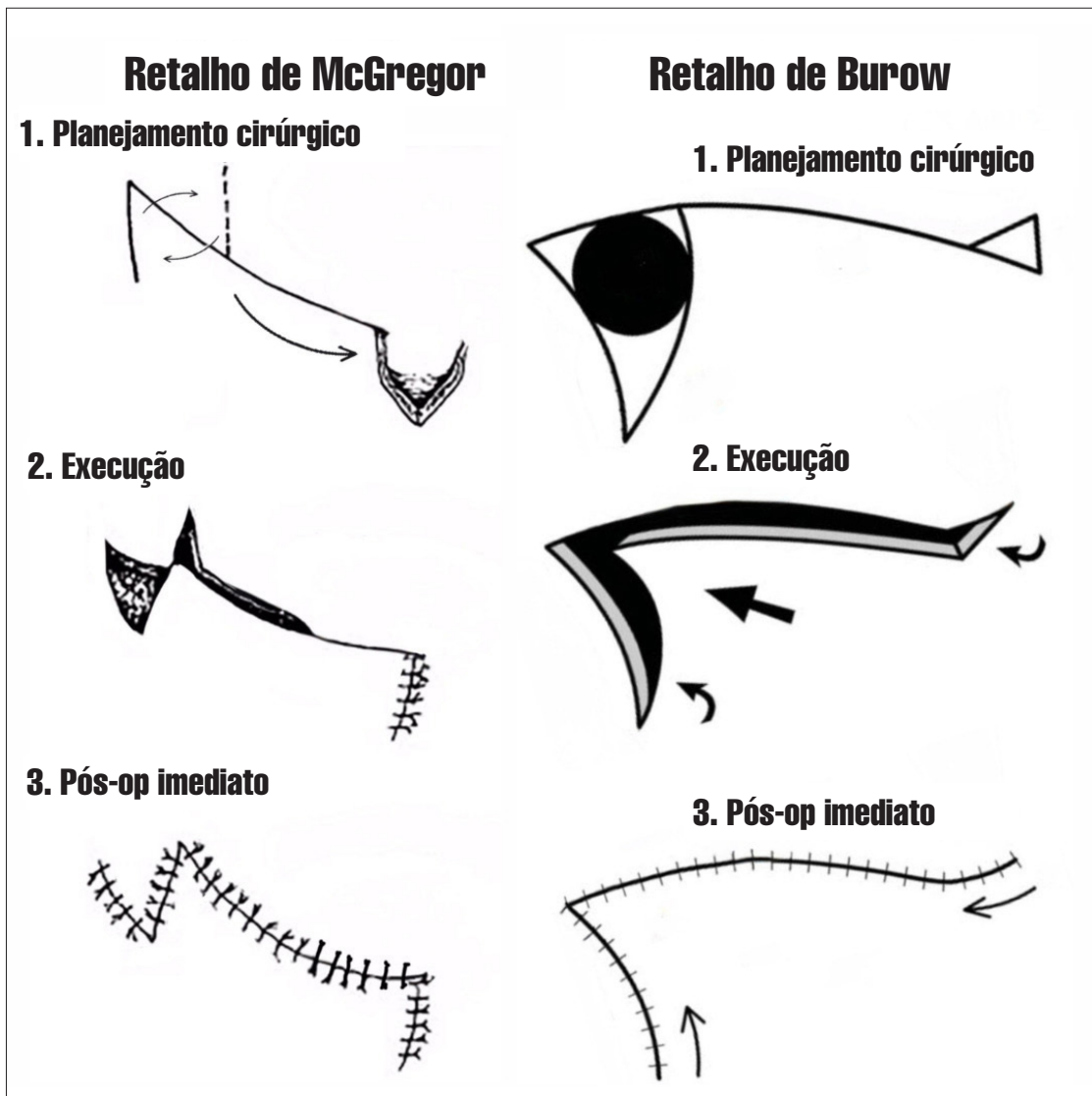
**FIGURA 4:** Intraoperatório



**FIGURA 6:** Planejamento do retalho de Burow

Vicryl 5.0 na camada profunda e Nylon 6.0 para superficial.

No lado esquerdo, o defeito foi corrigido com retalho de avanço de Burow (Figura 6). Inicialmente, converteu-se a área cruenta em formato triangular por meio de incisão que estendeu sua base, incluindo o sulco nasogeniano, com o objetivo de otimizar a mobilização tecidual e favorecer a camuflagem da cicatriz. O movimento secundário do retalho gerou uma protrusão cutânea (dog ear), corrigida com a ressecção de um triângulo de compensação à distância do defeito primário. A dissecação foi



**FIGURA 7:** Ilustração do retalho de McGregor e do retalho de Burow

conduzida no plano subcutâneo, e a síntese foi realizada com fios de Vicryl 5.0 em plano profundo e Nylon 5.0 na pele (Figura 7).

O paciente evoluiu satisfatoriamente, sem intercorrências, com resultados funcionais, oncológicos e estéticos adequados (Figura 8).

## DISCUSSÃO

Uma reconstrução facial bem-sucedida exige a consideração de diversos fatores. No caso relatado, o paciente apresentava um quadro desafiador, com comprometimento bilateral da principal região cosmética da face, histórico de múltiplas abordagens cirúrgicas e imunossupressão — fatores que exigiram um planejamento reconstrutivo cuidadoso.

O retalho de avanço foi a técnica de escolha em razão de sua simplicidade e eficácia. Descrito há mais de dois mil anos por Aulus Cornelius Celsus, na obra *De Medicina Octo Libri*,<sup>4</sup> esse tipo de retalho baseia-se no deslizamento do tecido adjacente em um único vetor direcional. Dentre suas variações, destaca-se a U-plastia, indicada para múltiplas regiões anatômicas.<sup>5,6</sup> No dorso nasal, quando associada a triângulos de compensação laterais ao pedículo glabellar, recebe a denominação de retalho de Rintala, conforme descrito em 1969.<sup>7</sup> A H-plastia (ou O-H) consiste em um avanço bilateral, com aplicação preferencial em áreas com linhas paralelas, como a frente e as sobrancelhas<sup>6</sup>; entretanto, sua dissecação pode implicar risco de parestesia ou disestesia devido à proximidade dos nervos supratroclear e supraor-



**FIGURA 8:** Resultado no 60º dia pós-operatório

bitário.<sup>8</sup> A T-plastia (ou A-T), por sua vez, é útil em regiões com menor mobilidade, como a borda labial e a linha de implantação capilar.<sup>9,10</sup> Já o retalho O-L corresponde a um avanço unilateral, sendo denominado retalho de Burow quando associado à ressecção de triângulos de Burow. Sua principal vantagem está na redistribuição das dog ears para áreas menos perceptíveis, proporcionando melhor acomodação tecidual,<sup>10</sup> como demonstrado no presente caso, em que se utilizou a reserva de pele lateral para fechamento da ferida operatória.

Apesar de suas vantagens, essa técnica apresenta menor mobilidade tecidual (em comparação a retalhos mais complexos) e a necessidade de incisões amplas para aumentar sua efetividade. Desde a técnica de retalho cutâneo de rotação lateral da região malar proposta por Mustardé em 1966, diversas estratégias têm sido desenvolvidas com base no avanço da pele da face lateral em direção medial para correção de defeitos. Embora exista uma flacidez relativa da pele nessa região, o avanço é limitado; sem medidas auxiliares para reduzir a tensão no retalho, ele tende a retornar à posição original no pós-operatório.<sup>11</sup>


Para contornar essas limitações, McGregor introduziu, em 1973, uma abordagem que associa zetaplastia periorbital lateral ao retalho de avanço, promovendo maior mobilização dos tecidos e redução da tensão sobre a pálpebra inferior. Após 15 anos de experiência com essa técnica, relatou resultados satisfatórios, com preservação do aspecto natural do canto lateral da pálpebra.<sup>12</sup> No presente relato, essa abordagem foi utilizada com sucesso na reconstrução da pálpebra inferior e da região malar medial, resultando em desfecho favorável, consolidando-se como uma alternativa útil dentro do arsenal de técnicas reconstrutivas.

Em conclusão, os retalhos de avanço se destacam como uma opção eficaz para a reconstrução da região malar, dada a relativa flacidez e mobilidade da pele nessa topografia. Permitem cobertura adequada de defeitos cutâneos com bom alinhamento das linhas de incisão às unidades estéticas da face. A possibilidade de associação com técnicas auxiliares, como zetaplastia e triângulos de Burow, amplia sua aplicabilidade a casos mais complexos, promovendo resultados satisfatórios mesmo em cenários desafiadores. ●

**REFERÊNCIAS:**

1. Menick FJ. Artistry in aesthetic surgery. Aesthetic perception and the subunit principle. *Clin Plast Surg.* 1987;14(4):723-35.
2. Dobratz EJ, Hilger PA. Check defects. *Facial Plast Surg Clin North Am.* 2009;17(3):455-67.
3. Hanks JE, Moyer JS, Brenner MJ. Reconstruction of Cheek Defects Secondary to Mohs Microsurgery or Wide Local Excision. *Facial Plast Surg Clin North Am.* 2017;25(3):443-61.
4. Spencer W. Books VII-VIII. In: Spencer W, ed. *Celsus on medicine.* Cambridge: Harvard University Press; 1994.
5. Shew M, Kriet JD, Humphrey CD. Flap Basics II: Advancement Flaps. *Facial Plast Surg Clin North Am.* 2017;25(3):323-35.
6. Krishnan R, Garman M, Nunez-Gussman J, Orengo I. Advancement flaps: a basic theme with many variations. *Dermatol Surg.* 2005;31(8Pt2):986-94.
7. Rintala AE, Asko-Seljavaara S. Reconstruction of midline skin defects of the nose. *Scand J Plast Reconstr Surg.* 1969;3(2):105-8.
8. Wiewrodt D, Wagner W. Long-term significance of injury to the supraorbital or supratrochlear nerves during frontoorbital advancement in infancy. *Childs Nerv Syst.* 2009;25(12):1589-91.
9. Stevens CR, Tan L, Kassir R, Calhoun K. Biomechanics of A-to-T flap design. *Laryngoscope.* 1999;109(1):113-7.
10. Cerci FB, Fantini BC. *Retalhos e enxertos em cirurgia micrográfica de Mohs.* São Paulo: Editora Atheneu; 2022.
11. Mustardé JC. The use of flaps in the orbital region. *Plast Reconstr Surg.* 1970;45(2):146-50.
12. McGregor IA. Eyelid reconstruction following subtotal resection of upper or lower lid. *Br J Plast Surg.* 1973;26(4):346-54.

**CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:**

**Luiz Roberto Dal Bem Pires Júnior**  ORCID 0009-0001-6728-420X

Análise estatística, Aprovação da versão final do manuscrito, Concepção e planejamento do estudo, Elaboração e redação do manuscrito, Obtenção, análise e interpretação dos dados, Participação efetiva na orientação da pesquisa, Participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados, Revisão crítica da literatura, Revisão crítica do manuscrito.

**Carlos Augusto Silva Bastos**  ORCID 0000-0003-0255-2696

Aprovação da versão final do manuscrito, Concepção e planejamento do estudo.