

RECONSTRUCȚIA DEFECTELOR NAZALE ȘI PERIOCLARE DUPĂ EXCIZIA CARCINOMULUI BAZOCELULAR: DECIZII GHIDATE DE SUBUNITATEA ANATOMICĂ – REVIEW NARATIV

RECONSTRUCTION OF NASAL AND PERIOCLAR DEFECTS AFTER BASAL CELL CARCINOMA EXCISION: ANATOMICAL SUBUNIT-GUIDED DECISIONS – A NARRATIVE REVIEW

IRIS-IULIANA ADAM*, **, RALUCA-GABRIELA MIULESCU*, ALINA ORMENIȘAN***, ****

Rezumat

Introducere. Reconstrucția după excizia carcinomului bazocelular facial trebuie să asigure simultan controlul oncologic, menținerea funcției și integrarea estetică. Obiectivul acestei sinteze a fost formularea unui cadru practic pentru defectele nazale și perioclare, două regiuni în care dimensiunea singură nu explică alegerea tehnicii. Material și metodă. A fost realizată o sinteză narativă ținută a unei matrice codificate de 72 de studii clinice publicate între 2015 și 2026. Au fost selectate 29 de studii cu relevanță directă pentru controlul marginilor, momentul reconstrucției și repararea defectelor nazale sau perioclare.

Rezultate. Alegerea reconstrucției a fost determinată în principal de subunitatea anatomică, profunzimea, numărul de straturi absente, recurență și siguranța marginilor. Defectele nazale mici și superficiale pot beneficia de închidere directă, vindecare prin intenție secundară în zone concave atent selectate, grefă sau lambou local. Defectele aripiei, vârfului și cele transfixiante necesită frecvent suport structural și, uneori, refacerea căptușelii. Perioclar, lățimea defectului, afectarea lamelelor,

Summary

Background. Reconstruction after facial basal cell carcinoma excision must simultaneously secure oncologic control, preserve function, and achieve aesthetic integration. This review aimed to formulate a practical framework for nasal and periorcular defects, two regions in which size alone does not explain technique selection. Materials and methods. A targeted narrative synthesis was performed using a coded matrix of 72 clinical studies published between 2015 and 2026. Twenty-nine studies directly relevant to margin control, reconstruction timing, and repair of nasal or periorcular defects were selected.

Results. Technique selection was driven mainly by the anatomical subunit, depth, number of missing layers, recurrence, and margin confidence. Small superficial nasal defects may be managed by primary closure, secondary intention healing in carefully selected concavities, grafting, or local flaps. Alar, tip, and full-thickness defects frequently require structural support and sometimes lining replacement. In the periorcular region, defect width and involvement of the lamellae, canthus, and lacrimal system

* Spitalul "Sf. Constantin" Brașov
"Sf. Constantin" Hospital, Brașov

** Dental Elite Brașov
Dental Elite, Brașov

*** Universitatea de Medicină, Farmacie, Științe și Tehnologie "George Emil Palade"
"George Emil Palade" University of Medicine, Pharmacy, Science, and Technology

**** Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu-Mureș

cantusului și sistemului lacrimal orientează alegerea între greșă, lambou local și reconstrucție tarsoconjunctivală. **Concluzii.** Nu există o tehnică universală. Un algoritm bazat pe subunitate, straturile lipsă și confirmarea marginilor oferă o reconstrucție mai predictibilă și limitează distorsiunea funcțională.

Cuvinte-cheie: carcinom bazocelular; reconstrucție facială; defect nazal; defect periocular; lambou local; chirurgie Mohs.

Intrat în redacție: 15.07.2026

Acceptat: 14.08.2026

guide the choice among grafting, local flaps, and tarsoconjunctival reconstruction.

Conclusions. No universal technique exists. An algorithm based on subunit, missing layers, and confirmed margins provides more predictable reconstruction and limits functional distortion.

Keywords: basal cell carcinoma; facial reconstruction; nasal defect; periocular defect; local flap; Mohs surgery.

Received: 15.07.2026

Accepted: 14.08.2026

Introducere

Carcinomul bazocelular (CBC) este frecvent localizat la nivelul feței, iar excizia sa poate transforma o leziune aparent limitată într-un defect cu implicații funcționale și estetice disproporționate. Literatura recentă arată că alegerea reconstrucției nu poate fi redusă la diametrul defectului: subunitatea estetică, convexitatea sau concavitatea suprafeței, mobilitatea țesuturilor vecine și numărul de straturi sacrificate modifică substanțial conduita [1,2].

Nasul și regiunea perioculară concentrează o mare parte dintre leziunile cu risc facial înalt. La nivel nazal, o reconstrucție inadecvată poate produce asimetrie alară, stenoză valvulară sau pierderea șanțurilor naturale. Periocular, obiectivul este protecția globului ocular, menținerea închiderii palpebrale, a poziției marginii libere și, când este cazul, a drenajului lacrimal. Evaluările raportate de pacienți confirmă că rezultatul final include aspectul, funcția și povara tratamentului, nu numai supraviețuirea lamboului [3].

Scopul acestui review narativ este de a sintetiza principii aplicabile clinic pentru reconstrucția defectelor nazale și perioculare după excizia CBC. Accentul este pus pe relația dintre anatomia defectului și alegerea metodei, distinct de o evaluare cantitativă a designului sau completitudinii raportării studiilor.

Material și Metodă

Materialul-sursă a fost reprezentat de o matrice corectată de 72 de studii clinice publicate în perioada 2015-2026 și identificate în PubMed/MEDLINE până la 20 iulie 2026. Pentru această sinteză au fost reținute 29 de studii care analizau

Introduction

Basal cell carcinoma (BCC) commonly affects the face, and its excision may transform an apparently limited lesion into a defect with disproportionate functional and aesthetic consequences. Recent evidence indicates that reconstructive selection cannot be reduced to defect diameter: the aesthetic subunit, surface convexity or concavity, mobility of adjacent tissue, and number of missing layers substantially modify management [1,2].

The nose and periocular region contain many high-risk facial lesions. On the nose, inappropriate repair can produce alar asymmetry, nasal valve narrowing, or loss of natural grooves. Periocularly, reconstruction must protect the globe and preserve eyelid closure, free-margin position, and, where involved, lacrimal drainage. Patient-based assessments confirm that the final outcome encompasses appearance, function, and treatment burden rather than flap survival alone [3].

This narrative review synthesizes clinically applicable principles for the reconstruction of nasal and periocular defects after BCC excision. It focuses on the relationship between defect anatomy and method selection, rather than on a quantitative appraisal of study design or reporting completeness.

Material and Method

The source material was a corrected matrix of 72 clinical studies published from 2015 through 2026 and identified in PubMed/MEDLINE through 20 July 2026. For this targeted synthesis, 29 studies directly addressing margin control,

direct controlul marginilor, momentul reconstrucției, selecția tehnicii sau rezultatele funcționale și estetice ale defectelor nazale și perioculare.

Au fost extrase subunitatea, dimensiunea și profunzimea defectului, straturile implicate, metoda reconstructivă, momentul reparării, complicațiile și rezultatele funcționale ori estetice. Studiile concentrate exclusiv asupra altor regiuni faciale și cele fără informații utile deciziei reconstructive au fost excluse din această analiză țintită. Din cauza heterogenității clinice și metodologice, datele au fost sintetizate narativ, fără meta-analiză și fără estimarea eficacității comparative.

Rezultate

Principii comune înaintea reconstrucției

Reconstrucția complexă ar trebui începută numai după obținerea unui grad adecvat de siguranță oncologică. Tumorile recurente sau incomplet excizate necesită mai multe etape de chirurgie micrografică Mohs și generează defecte finale mai mari decât leziunile primare [4]. Pentru CBC infiltrativ, chirurgia Mohs poate conserva o cantitate importantă de țesut sănătos față de excizia cu margine standard [5]. Atunci când Mohs nu este disponibilă, controlul intraoperator prin secțiuni congelate poate ghida momentul reconstrucției [6].

Evaluarea defectului trebuie să includă subunitatea, diametrul, profunzimea, expunerea cartilajului sau a osului, afectarea mucoasei și posibilitatea deplasării țesuturilor vecine fără tracțiune pe structuri libere. Reconstrucția imediată după controlul marginilor este fezabilă, iar date observaționale recente nu susțin amânarea de rutină a reparării defectelor post-Mohs [7]. În defectele mici, vindecarea prin intenție secundară rămâne o opțiune selectivă, mai ales în zone concave și pentru diametre reduse, dar nu trebuie folosită atunci când contracția poate deforma marginea alară sau palpebrală [8].

Defectele nazale: subunitatea și straturile dictează tehnica

Subunitatea nazală este un determinant major al metodei reconstructive [9]. Defectele superficiale mici ale dorsului sau peretelui lateral

reconstruction timing, technique selection, or functional and aesthetic outcomes of nasal and periorbital defects were retained.

We extracted the anatomical subunit, defect size and depth, involved layers, reconstructive method, repair timing, complications, and functional or aesthetic outcomes. Studies focused exclusively on other facial regions and those without information useful to reconstructive decision-making were excluded from this targeted analysis. Because of clinical and methodological heterogeneity, evidence was synthesized narratively without meta-analysis or comparative-effectiveness estimation.

Results

Shared principles before reconstruction

Complex reconstruction should begin only after an adequate level of oncologic confidence has been achieved. Recurrent or incompletely excised tumors require more Mohs micrographic surgery stages and create larger final defects than primary lesions [4]. For infiltrative BCC, Mohs surgery can preserve a substantial amount of healthy tissue compared with standard-margin excision [5]. When Mohs surgery is unavailable, intraoperative frozen-section control can guide reconstruction timing [6].

Defect assessment should include the subunit, diameter, depth, cartilage or bone exposure, mucosal loss, and the possibility of mobilizing adjacent tissue without traction on free margins. Immediate repair after margin control is feasible, and recent observational data do not support routinely delaying post-Mohs reconstruction [7]. Secondary intention healing remains selective for small defects, particularly in concave areas, but should be avoided when contraction may distort the alar or eyelid margin [8].

Nasal defects: the subunit and missing layers dictate technique

The nasal subunit is a major determinant of reconstructive method [9]. Small superficial defects of the dorsum or sidewall may be closed primarily, grafted, or covered with local flaps according to skin laxity. For moderate defects,

pot fi închise direct, grefate sau acoperite cu lambouri locale, în funcție de laxitatea cutanată. Pentru defectele moderate, lambourile de avansare, rotație și transpoziție oferă țesut cu grosime, culoare și textură apropiate și permit plasarea cicatricilor la limitele subunităților [10,11].

La vârful și supravârful nazal, mobilitatea cutanată redusă și convexitatea cresc riscul de deformare. Lamboul bilobat Zitelli și lambourile de rotație sau V-Y pot acoperi defecte selectate într-o singură etapă, dar proiectarea trebuie să distribuie tensiunea și să evite retracția aripii [12-14]. La nivelul aripii nazale, obiectivul nu este doar acoperirea, ci păstrarea conturului și a valvei externe. Lambourile locale modelate, combinația dintre transpoziție de țesut adipos și grefă de grosime totală și alte reconstrucții compozite pot limita creșterea marginii alare [13,15].

Defectele mari, multi-subunitare sau transfixiante necesită refacerea separată a învelișului cutanat, suportului cartilaginos și căptușelii. Lamboul frontal paramedian ori cross-paramedian rămâne o soluție robustă, adesea în mai multe etape; diabetul și pierderea concomitentă de cartilaj sau mucoasă cresc riscul de complicații [16]. Reconstrucția pe trei straturi poate asocia lambou frontal, lambou nazolabial inversat și cartilaj auricular [17]. Serii clinice arată că aceeași tehnică poate produce rezultate diferite între subunități, susținând planificarea individualizată [18,19].

Defectele perioculare: funcția are prioritate

În regiunea perioculară, planul operator pornește de la lățimea defectului, implicarea lamelei anterioare și/sau posterioare, cantus, marginea liberă și sistemul lacrimal. Diagnosticul și tratamentul precoce se asociază cu recuperare mai bună, în timp ce tumorile recurente și defectele întinse cresc dificultatea reparării [20]. După excizie controlată prin secțiuni congelate, reconstrucția în aceeași zi poate oferi control oncologic bun [21].

Pentru defectele posterioare mici sau moderate, grefa tarsoconjunctivală liberă poate asigura suport adecvat [22]. Defectele limitate ale lamelei anterioare pot fi tratate prin închidere directă, grefă cutanată de grosime totală sau

advancement, rotation, and transposition flaps provide tissue with similar thickness, color, and texture and allow scars to be placed at subunit borders [10,11].

At the nasal tip and supratip, limited skin mobility and surface convexity increase the risk of distortion. The Zitelli bilobed flap and selected rotation or V-Y flaps can provide single-stage repair, but their design must distribute tension and avoid alar retraction [12-14]. At the nasal ala, the goal extends beyond coverage to preservation of contour and the external valve. Shaped local flaps, combined subcutaneous tissue transposition and full-thickness skin grafting, and other composite repairs can reduce alar notching [13,15].

Large, multi-subunit, or full-thickness defects require separate restoration of skin cover, structural support, and lining. The paramedian or cross-paramedian forehead flap remains robust, usually as a staged procedure; diabetes and concomitant cartilage or mucosal loss increase complication risk [16]. Three-layer reconstruction may combine a forehead flap, reversed nasolabial flap, and auricular cartilage [17]. Clinical series show that the same technique may yield different results across nasal subunits, supporting individualized planning [18,19].

Periocular defects: function takes priority

Periocular planning begins with defect width, involvement of the anterior and/or posterior lamella, canthus, free margin, and lacrimal system. Early diagnosis and treatment are associated with better recovery, whereas recurrent tumors and extensive defects increase reconstructive difficulty [20]. Following frozen-section-controlled excision, same-day reconstruction can provide favorable oncologic control [21].

For small or moderate posterior lamellar defects, a free tarsoconjunctival graft can provide adequate support [22]. Limited anterior lamellar defects may be treated by primary closure, full-thickness skin grafting, or a local flap within an approach tailored to periocular aesthetic units [23]. Full-thickness skin grafts have shown high viability and favorable function in eyelid carcinoma series [24]. Complex defects may

lambou local, în cadrul unei abordări adaptate subunităților perioculare [23]. Grefele de grosime totală au demonstrat viabilitate ridicată și rezultate funcționale bune în serii de carcinom palpebral [24]. Defectele complexe pot necesita lambouri glabelare, de obraz, Tenzel, Mustardé sau reconstrucții compozite [25].

Defectele transfixiante extinse ale pleoapei inferioare necesită reconstrucția ambelor lamele. Lamboul insular lateral palpebral poate reprezenta o alternativă într-o singură etapă pentru defecte centrale și mediale mari [26]. Rezultatele de calitate a vieții se pot ameliora la trei luni după excizie și reconstrucție, argumentând includerea perspectivei pacientului în evaluare [27]. În cantusul medial, afectarea pleoapei și a căilor lacrimale trebuie evaluată explicit, deoarece influențează alegerea lamboului și riscul de malpoziție [28]. Lamboul tarsoconjunctival Hughes are rezultate funcționale și cosmetice bune pe termen lung, cu o rată redusă de reintervenție, dar presupune de regulă o strategie etapizată [29].

Discuții

Dovezile susțin un model de decizie în trei pași: confirmarea controlului oncologic, clasificarea defectului după subunitate și straturi, apoi alegerea celei mai simple metode care păstrează forma și funcția. Închiderea directă este adecvată numai când tensiunea nu deplasează margini libere. Grefa este utilă pentru defecte superficiale bine vascularizate, însă diferența de grosime sau culoare și contracția secundară pot limita rezultatul pe suprafețe convexe. Lambourile locale oferă frecvent cea mai bună potrivire tisulară, dar proiectarea lor trebuie să respecte vectorii de tracțiune.

Tabelul 1 sintetizează relația dintre profilul defectului și opțiunile reconstructive. El nu trebuie interpretat ca o ierarhie rigidă: vârsta biologică, comorbiditățile, tratamentul anticoagulant, fumatul, disponibilitatea țesutului donator și preferințele pacientului pot modifica alegerea. Pentru tumori recurente, agresive, cu margini incerte sau defecte transfixiante, colaborarea dintre dermatolog, anatomopatolog, chirurg plastician/OMF și oftalmolog reduce riscul ca reconstrucția să compromită supravegherea ori funcția.

require glabellar, cheek, Tenzel, Mustardé, or composite reconstruction [25].

Large full-thickness lower-eyelid defects require reconstruction of both lamellae. A lateral eyelid island flap may provide a single-stage alternative for selected large central and medial defects [26]. Quality of life may improve by three months after excision and reconstruction, supporting incorporation of the patient's perspective [27]. In the medial canthus, eyelid and lacrimal involvement must be explicitly assessed because they influence flap selection and malposition risk [28]. The Hughes tarsoconjunctival flap has favorable long-term functional and aesthetic outcomes with a low revision rate, but it usually requires a staged strategy [29].

Discussions

The evidence supports a three-step decision model: confirm oncologic control, classify the defect by subunit and layers, and select the simplest method that preserves form and function. Primary closure is appropriate only when tension will not displace a free margin. Grafting is useful for superficial, well-vascularized defects, but color or thickness mismatch and secondary contraction can limit results on convex surfaces. Local flaps often provide the best tissue match, but their design must respect traction vectors.

Table 1 summarizes the relationship between defect profile and reconstructive options. It should not be interpreted as a rigid hierarchy: biological age, comorbidities, anticoagulant therapy, smoking, donor-tissue availability, and patient preference can modify the choice. For recurrent or aggressive tumors, uncertain margins, or full-thickness defects, collaboration among dermatology, pathology, plastic or oral and maxillofacial surgery, and ophthalmology reduces the risk that reconstruction compromises surveillance or function.

The principal limitation of the evidence is the predominance of retrospective, single-center series with heterogeneous techniques and definitions. Direct comparisons among flaps, grafts, and secondary intention healing are uncommon, and aesthetic assessments are often

Tabelul 1. Cadru practic pentru selecția reconstrucției în funcție de subunitate și profilul defectului

Subunitate/profil	Opțiuni orientative	Obiectiv și precauții
Dors/perete nazal, defect mic superficial	Închidere directă, intenție secundară selectivă, grefă de grosime totală, lambou local	Închidere directă, intenție secundară evitarea tensiunii spre aripă [8-11]
Vârf/supravârf nazal	Lambou bilobat, rotație, V-Y	Păstrarea proiecției și distribuirea tensiunii; prevenirea retracției alare [12-14,18]
Aripă nazală	Lambou local modelat, lambou nazolabial, combinație lambou-grefă	Mentținerea marginii și valvei externe; suport cartilaginos dacă defectul este profund [13,15]
Defect nazal mare sau transfixiant	Lambou frontal paramedian/cross-paramedian, suport cartilaginos și căptușeală	Reconstrucție pe straturi; etapizare și evaluarea comorbidităților [16,17,19]
Defect palpebral anterior limitat	Închidere directă, grefă de grosime totală, lambou local	Evitarea ectropionului și protejarea marginii libere [20,23-25]
Defect palpebral posterior mic/moderat	Grefă tarsoconjunctivală liberă sau tehnică locală adaptată	Restabilirea suportului tarsal și a suprafeței conjunctivale [22]
Defect transfixiant mare al pleoapei inferioare	Hughes etapizat sau lambou insular lateral în cazuri selectate	Refacerea separată a ambelor lamele și menținerea ocluziei palpebrale [26,29]
Cantus medial/afectare lacrimală	Lambou glabelar, de obraz ori alt lambou local adaptat	Evaluarea pleoapelor și drenajului lacrimal; prevenirea malpoziției [23,28]

Notă: opțiunile sunt orientative și trebuie adaptate statusului marginilor, comorbidităților, disponibilității țesuturilor și experienței echipei.

Table 1. Practical framework for reconstructive selection according to anatomical subunit and defect profile

Subunit/defect profile	Indicative options	Objective and precautions
Nasal dorsum/sidewall, small superficial defect	Primary closure, selective secondary intention healing, full-thickness graft, local flap	Respect subunit borders and avoid tension toward the ala [8-11]
Nasal tip/supratip	Bilobed, rotation, or V-Y flap	Preserve projection, distribute tension, and prevent alar retraction [12-14,18]
Nasal ala	Shaped local flap, nasolabial flap, combined flap-graft	Maintain the rim and external valve; add cartilage support when deep [13,15]

Subunit/defect profile	Indicative options	Objective and precautions
Large or full-thickness nasal defect	Paramedian/cross-paramedian forehead flap, cartilage support, and lining	Layered reconstruction, staging, and comorbidity assessment [16,17,19]
Limited anterior eyelid defect	Primary closure, full-thickness graft, local flap	Avoid ectropion and protect the free margin [20,23-25]
Small/moderate posterior eyelid defect	Free tarsoconjunctival graft or tailored local technique	Restore tarsal support and the conjunctival surface [22]
Large full-thickness lower-eyelid defect	Staged Hughes flap or lateral eyelid island flap in selected cases	Reconstruct both lamellae and preserve eyelid closure [26,29]
Medial canthus/lacrimal involvement	Glabellar, cheek, or another tailored local flap	Assess eyelids and drainage system; prevent malposition [23,28]

Note: Options are indicative and must be adapted to margin status, comorbidities, tissue availability, and team expertise.

Principala limitare a literaturii este predominanța seriilor retrospective, monocentrice, cu tehnici și definiții neuniforme. Comparațiile directe între lambouri, grefe și vindecarea prin intenție secundară sunt rare, iar evaluările estetice sunt adesea realizate de clinician. În consecință, datele disponibile permit formularea unor principii de selecție, nu desemnarea unei tehnici universal superioare. Sunt necesare cohorte prospective care să raporteze simultan controlul tumoral, complicațiile, funcția și rezultatele validate de pacient.

Concluzii

Reconstrucția după excizia CBC nazal sau periocular trebuie ghidată de subunitatea anatomică, profunzime, straturile lipsă și siguranța marginilor. Defectele mici pot fi tratate conservator, dar leziunile alare, ale vârfului nazal, cantale sau transfixiante necesită planificare straticată și protejarea funcției. Alegerea celei mai simple tehnici capabile să refacă forma fără tracțiune sau colaps structural oferă cel mai reproductibil principiu clinic.

clinician based. Available data therefore support selection principles rather than identification of a universally superior technique. Prospective cohorts should report tumor control, complications, function, and validated patient-reported outcomes together.

Conclusions

Reconstruction after nasal or periocular BCC excision should be guided by the anatomical subunit, depth, missing layers, and margin confidence. Small defects may be managed conservatively, whereas alar, nasal tip, canthal, and full-thickness defects require layered planning and protection of function. Selecting the simplest technique capable of restoring form without traction or structural collapse is the most reproducible clinical principle.

Bibliografie/Bibliography

1. Thakurani S, Gupta S, Mohammad A et al. Facial Basal Cell Carcinoma: A Study of Causative Factors and Site-Based Algorithm for Surgical Reconstruction. *J Cutan Aesthet Surg* 2022;15:275-283.
2. Nishimura K, Kimura A, Nakamura A et al. Tumor-Related Determinants of Reconstructive Method After Excision of Facial Basal Cell Carcinoma. *J Dermatol* 2026;53:943-947.
3. Ofaiche J, Lopez R, Bérard E et al. Surgical Treatment of Facial Basal Cell Carcinoma: Patient-Based Assessment of Clinical Outcome in a Prospective Cohort Study. *Dermatology* 2016;232:550-557.
4. Ceder H, Grönberg M, Paoli J. Mohs Micrographic Surgery for Primary Versus Recurrent or Incompletely Excised Facial High-Risk Basal Cell Carcinomas. *Acta Derm Venereol* 2021;101:adv00381.
5. van Kester MS, Goeman JJ, Genders RE. Tissue-Sparing Properties of Mohs Micrographic Surgery for Infiltrative Basal Cell Carcinoma. *J Am Acad Dermatol* 2019;80:1700-1703.
6. Tahir M, Bashir U, Akhtar A et al. Basal Cell Carcinoma Excision Intraoperative Frozen Section for Tumour Clearance Rate and Reconstructive Surgery. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2024;36:692-697.
7. Garg N, Vaile JR, Amin D et al. Evaluating the Effects of Timing of Reconstruction of Facial Mohs Defects for Nonmelanoma Skin Cancer on Complications Using Data from a Global Aggregate Health Care Network. *Facial Plast Surg Aesthet Med* 2025;27:344-349.
8. Kimura A, Ishii T, Hatta N. Efficacy and Cosmetics of Secondary Intention Healing for Facial Skin Cancer: A Single-Center Retrospective Study. *J Dermatol* 2026;53:1006-1012.
9. Derebaşınlioğlu H, Özkaya NK. Analysis of Basal Cell Carcinoma and Squamous Cell Carcinoma According to Nasal Subunit Location. *Facial Plast Surg* 2021;37:407-410.
10. Marcasciano M, Tarallo M, Maruccia M et al. Surgical Treatment with Locoregional Flap for the Nose. *Biomed Res Int* 2017;2017:9750135.
11. Uzun H, Bitik O, Kamburoğlu HO et al. Assessment of Patients Who Underwent Nasal Reconstruction after Non-Melanoma Skin Cancer Excision. *J Craniofac Surg* 2015;26:1299-1303.
12. Grieco MP, Bertozzi N, Grignaffini E et al. Nose Defects Reconstruction with the Zitelli Bilobed Flap. *G Ital Dermatol Venereol* 2018;153:278-282.
13. Kofler K, Häfner HM, Eckardt J et al. Modification of Skin Flaps for Single-Stage Reconstruction of the Nasal Ala Using All-Layer Suture: A Prospective Study. *J Cutan Med Surg* 2022;26:465-472.
14. Rickstrew J, Neill BC, Downing M et al. Nasal Tip Rotation Flap for Reconstruction of Surgical Defects on the Distal Nose. *Int J Dermatol* 2024;63:1421-1426.
15. Lindsay KJ, Morton JD. Flap or Graft: The Best of Both in Nasal Ala Reconstruction. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2015;68:1352-1357.
16. Rudolph MA, Walker NJ, Rebowe RE et al. Broadening Applications and Insights into the Cross-Paramedian Forehead Flap over a 19-Year Period. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2019;72:763-770.
17. Ghassemi A, Ahmed SS, Ghanepur H et al. Three-Layer Reconstruction of Lower Third Nasal Defects Using Forehead Flap, Reversed Nasolabial Flap, and Auricular Cartilage. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2017;46:36-40.
18. Jović MS, Dimitrijević MM, Dimitrijević AM et al. Analysis of Reconstructive Methods in Surgical Treatment of Nasal Skin Defects. *Vojnosanit Pregl* 2016;73:723-727.
19. Ribeiro RDA, Pagotto VPF, Takahashi GG et al. Paramedian Forehead Flap in the Treatment of Nasal Non-Melanoma Skin Cancer: A Cross-Sectional Study. *Rev Col Bras Cir* 2022;49:e20223034.
20. Bejinariu CG, Popescu S, Dragosloveanu CDM et al. Reconstruction of Lower Eyelid Defects after the Excision of Basal Cell Carcinoma. *Rom J Ophthalmol* 2020;64:414-418.
21. McCabe GA, Mulcahy LT, Mulligan N et al. Recurrence Rates of Periocular Basal Cell Carcinoma Following Intra-Operative En-Face Frozen Section Margin Controlled Excision. *Ir J Med Sci* 2024;193:1209-1213.
22. Ikoma T, Amagata Y, Fujii K et al. Outcomes of Free Tarsconjunctival Grafts in Lower Eyelid Reconstruction Following Basal Cell Carcinoma Surgery. *J Dermatol* 2025;52:1465-1469.
23. Özkaya Mutlu Ö, Egemen O, Dilber A et al. Aesthetic Unit-Based Reconstruction of Periorbital Defects. *J Craniofac Surg* 2016;27:429-432.
24. Zlatarova ZI, Nenkova BN, Softova EB. Eyelid Reconstruction with Full Thickness Skin Grafts after Carcinoma Excision. *Folia Med (Plovdiv)* 2016;58:42-47.
25. Romzova B, Matuskova D, Palencar D et al. Reconstructive Techniques for Lower Eyelid and Canthal Defects after Tumor Resection. *Bratisl Lek Listy* 2024;125:666-676.
26. Galindo-Ferreiro A, Akaishi PM, Bermudez-Castellanos I et al. Lateral Eyelid Island Flap for Reconstruction of Large Central and Medial Full-Thickness Defects of the Lower Eyelid. *Eur J Ophthalmol* 2023;33:1484-1489.

27. Kinde B, Idowu OO, Ashraf DC et al. Quality-of-Life Outcomes for Excision and Reconstruction of Periocular Nonmelanoma Skin Cancer. *Facial Plast Surg Aesthet Med* 2024;26:303-309.
28. Altin Ekin M, Karadeniz Ugurlu S. Effect of Eyelid Involvement in the Reconstruction of Medial Canthal Defects. *Facial Plast Surg* 2019;35:410-419.
29. McKelvie J, Ferguson R, Ng SGJ. Eyelid Reconstruction Using the Hughes Tarsconjunctival Advancement Flap: Long-Term Outcomes in 122 Consecutive Cases over a 13-Year Period. *Orbit* 2017;36:228-233.

Conflict de interese
NEDECLARATE

Conflict of interest
NONE DECLARED

Adresa de corespondență: Iris-Iuliana Adam
Spitalul "Sf. Constantin", Brașov, România
adamirisiuliana@gmail.com

Correspondance address: Iris-Iuliana Adam
"Sf. Constantin" Hospital, Brașov, Romania
adamirisiuliana@gmail.com