



11236  
14  
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**UNIDAD DE POSTGRADO  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA**

**"ANÁLISIS DE LA RECURRENCIA POSTQUIRÚRGICA DE LOS  
PAPILOMAS NASALES"**

**TESIS DE POSGRADO  
PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
ESPECIALIZACIÓN EN:  
OTORRINOLARINGOLOGÍA  
Y CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO  
P R E S E N T A :  
DR. RICARDO HANS HERNÁNDEZ BLANCO**

**ASESOR DE TESIS: DR. EDUARDO DESENTIS VARGAS  
MÉDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA HE CMN  
SXXI,**

**JEFE DEL SERVICIO: DR. ALEJANDRO MARTÍN VARGAS AGUAYO  
JEFE DE SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA HE CMN SXXI.**



MEXICO, D. F.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

2003

1



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**TESIS  
CON  
FALLA DE  
ORIGEN**

**"ANALISIS DE LA RECURRENCIA POSTQUIRURGICA  
DE LOS PAPILOMAS NASALES".**

11 AGO 2003

**DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA:**

**DR ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES.  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA.  
HSPITAL DE ESPECIALIDADES.  
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI.**

**PROFESOR TITULAR:**

**DR. ALEJANDRO MARTÍN VARGAS AGUAYO.  
JEFE DEL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA HE CMN SXXI.**

**TUTOR DE TESIS:**

**DR. EDUARDO DESENTIS VARGAS.  
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA  
HE CMN SXXI.**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **DEDICATORIA.**

A Dios

Por haberme dado a mi familia, a mi esposa y esta profesión tan llena de retos y satisfacciones.

A Diana

Por ser la compañera que cualquier persona hubiera querido. Eres la luz que ilumina mi vida.

A mis padres

Por haber luchado para darnos todo aquello que ellos no pudieron tener, y por darme su apoyo y amor en las buenas y en las malas.

A mis hermanos: Georgina, Edith y Alejandro.

Por haberme aguantado todos estos años y darme el cariño y el ejemplo de cómo se deben de hacer las cosas.

A mi Titita

Por darme siempre su cariño y mantener unida a la familia.

A mis tíos Ricardo, Ana Katy, Alejandro y Claudia.

Por estar pendientes de mí y ser el ejemplo y la ayuda cuando los he necesitado.

Al Dr. Desentis y el Dr. Vivar

Por enseñarnos que ser un buen maestro implican muchas cualidades que ustedes tienen; y sobre todo, por ser los amigos y mentores que tanto busca un residente.

A mis amigos: Mario, Adriana, Julián y Héctor.

Por ser desde hace ya varios años mis otros hermanos y compadres.

A los tíos Sixto, Betty, Pedro, Toña, Ricardo e Irma.

Por haberme recibido con tanto cariño en su familia.

A mis pacientes y maestros.

Por haberme permitido aprender tan pacientemente de y con ellos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## INDICE.

I.	Antecedentes	1
II.	Planteamiento del problema	4
III.	Hipótesis	4
IV.	Objetivos	4
V.	Material y métodos	4
VI.	Recursos para el estudio	6
VII.	Cronograma de actividades	6
VIII.	Resultados	7
IX.	Discusión	9
X.	Conclusiones	12
XI.	Bibliografía	13
XII.	Anexos	15

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## I. ANTECEDENTES.

Descritos por Ward en 1854 y Billroth en 1855; los papilomas nasales son tumores benignos epiteliales, originados de la mucosa respiratoria nasal (1,2).

Es una patología con predominio mayor en el sexo masculino, entre la quinta y séptima décadas de la vida, cuya etiología se relaciona con el virus del papiloma humano tipos 11 y 6 b. Su frecuencia entre los tumores de nariz y senos paranasales varía entre el 0.5 y el 4%. (3,4).

Aproximadamente entre el 10 y el 15% de los papilomas nasales sufren transformación maligna; mientras que cerca del 44% de estas lesiones recurren a pesar del tratamiento (5).

La sintomatología es poco específica, pudiéndose encontrar: obstrucción nasal unilateral, epistaxis, rinorrea, dolor facial, anosmia, anestesia y epifora. (6,7,8,9). Cerca del 60% de los pacientes cuentan con antecedentes de cirugías nasales: polipectomía, cirugía de senos paranasales y septumplastia.

Se conocen 3 tipos de papilomas nasales:

- a) Papiloma septal, fungiforme o exofítico: Corresponde al 50% de los papilomas nasales. Se caracteriza por ser una lesión exofítica, verrucosa, pedunculada o sésil. No se han reportado casos de malignización de esta variedad.
- b) Papiloma invertido: Constituye el 47% de los papilomas nasales. Se caracteriza por una masa voluminosa, de color rojo grisáceo y de aspecto polipoideo, que se origina de la pared lateral nasal. Su incidencia real es desconocida. Aproximadamente el 10% de estas lesiones sufren de malignización (10).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- c) **Papiloma cilíndrico o columnar:** Constituye el 3% de los papilomas nasales. Su aspecto es papilar, de color rojo pardo. Se origina en la pared lateral nasal o de los senos paranasales. Cuenta con muy pocos casos reportados de malignización en la literatura.(6,11,12).

A pesar de la importancia de la extensión de los papilomas nasales para la planeación de la cirugía, no se cuenta con un sistema universal de estadificación. Recientemente, Krouse ha clasificado a estos tumores de la siguiente manera:

**T1:** Tumor confinado a la cavidad nasal, sin extensión paranasal. No debe existir malignidad.

**T2:** Tumor que afecta al complejo osteomeatal, celdillas etmoidales, y/o a la porción medial del seno maxilar. No debe de existir malignidad.

**T3:** Tumor que afecta a las paredes lateral, inferior, superior, anterior o posterior del seno maxilar, al seno esfenoidal y/o al seno frontal. No debe de existir malignidad.

**T4:** Tumor con extensión extranasal o extrasinusal y/o cualquier tumor asociado con malignidad.(3,12).

La anomalía radiológica más frecuente es la destrucción de la pared interna del maxilar.

Debido al alto índice de recurrencias y a la posibilidad de malignidad, muchos autores han recomendado resecciones abiertas en bloque, tales como la maxilectomía media y la maxilectomía total. Así mismo, se han recomendado a la rinotomía lateral y el desguante facial como vías de abordaje (3,4).

La rinotomía lateral, descrita por Moure en 1902 , y popularizada por Doyle en 1968 (13), es una vía básica en la cirugía oncológica de la nariz, la cual tiene como objetivo reseca la pared externa de la

nariz. Por su parte, la maxilectomia es la operación básica para la mayor parte de los tumores maxilares que no han destruido el piso orbitario, tumores de la pared nasal externa con expansión al antro maxilar y neoplasias alveolares que han destruido el piso del maxilar. Se denomina maxilectomia media cuando se penetra al antro maxilar, reseca la pared lateral nasal; mientras que en la maxilectomia total se reseca la totalidad de la cavidad y la pared lateral nasal mediante osteotomías. Finalmente, el desguante facial es una vía que consiste en la exposición de la cavidad nasal, levantando las estructuras superficiales de la nariz por vía intercartilaginosa, transictiva o sublabial

No obstante los grandes beneficios de los métodos descritos, el paciente tiene que enfrentarse con problemas estéticos postquirúrgicos, además de problemas funcionales secundarios a los procedimientos mencionados (14,15,16). Por lo anterior, actualmente se han sugerido abordajes más conservadores para lesiones pequeñas. Recientemente se ha difundido el uso de la endoscopia para lesiones confinadas en la nariz, senos etmoidales y pared medial de los senos maxilares; sin embargo se contraindica este procedimiento ante la presencia de malignidad.(17,18).

La radioterapia ofrece muy pobres resultados, por lo que no se contempla dentro del tratamiento.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

Los pacientes con papilomatosis nasal operados en estadios tempranos ( T1 y T2 de Krouse) deben de presentar un índice de recurrencia menor, en comparación a los pacientes operados en estadios más avanzados ( T3 y T4 de Krouse).

## **III. HIPÓTESIS.**

Si la estadificación de la papilomatosis nasal está en relación a la extensión de la enfermedad, entonces los pacientes operados en estadios tempranos ( T1 y T2 de Krouse) deben de presentar una recurrencia menor en comparación a los pacientes con papilomatosis nasal operados en estadios más avanzados ( T3 y T4 de Krouse).

## **IV. OBJETIVOS.**

Comparar el índice de recurrencia postquirúrgica de la papilomatosis nasal entre los pacientes en estadios tempranos ( T1 y T2 de Krouse) y los pacientes en estadios avanzados ( T3 y T4 de Krouse).

## **V. MATERIAL Y METODOS.**

- ❖ Diseño del estudio: Retrospectivo, comparativo y observacional.
- ❖ Universo de trabajo: Expedientes de pacientes del servicio de otorrinolaringología del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI con diagnóstico de papilomatosis nasal en el periodo de enero de 1998 a diciembre del 2000.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

❖ Descripción de variables.

• Variables independientes:

- ◊ Procedimientos quirúrgicos .
- ◊ Estadificación de los papilomas nasales.

• Variables dependientes:

- ◊ Recurrencia de la papilomatosis nasal: hallazgo de tumor durante la consulta de seguimiento confirmado por tomografía.

❖ Selección de la muestra.

• Criterios de selección:

- ◊ Criterios de inclusión: Pacientes con diagnóstico de papilomatosis nasal confirmados por patología.
- ◊ Criterios de no inclusión: Pacientes con diagnóstico de papilomatosis nasal con tratamiento previo.
- ◊ Criterios de exclusión: Pacientes con diagnóstico de papilomatosis nasal, sin expediente.

❖ Procedimiento:

- Se revisaron los expedientes de los pacientes con diagnóstico de papilomatosis nasal confirmado por patología, sin tratamiento previo. Se registraron la edad, sexo y existencia de reporte de patología en el periodo comprendido de enero de 1,998 a diciembre del 2,000. Se estadificaron a los pacientes según la clasificación de Krouse y los procedimientos realizados . Se registró el seguimiento de los pacientes en un periodo de dos años a través de controles (consulta externa y tomografía computada de nariz y senos paranasales ), así como las recurrencia postquirúrgica.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- ❖ **Análisis estadístico:** Se realizó una medición descriptiva de los hallazgos.

## **VI. RECURSOS PARA EL ESTUDIO.**

- ❖ **Recursos Humanos:** Personal médico del servicio de otorrinolaringología del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI.
- ❖ **Materiales:** Expedientes de pacientes del servicio de Otorrinolaringología del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

## **VII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.**

- ❖ **Diciembre del 2002 a marzo del 2003:** Revisión de expedientes.
- ❖ **Abril del 2003 a mayo del 2003:** Análisis de resultados.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## VIII. RESULTADOS.

Se captaron un total de 30 pacientes con diagnóstico de papilomatosis nasal en el periodo comprendido de enero de 1,998 a diciembre del 2,000; sin embargo únicamente se contó con 16 expedientes para su revisión. Una paciente fue excluida por presentar cirugías previas.

Se captaron 8 pacientes de sexo masculino (57%), y 6 pacientes de sexo femenino (43%) (Tabla #1).

El rango de edad encontrado de los pacientes fue de los 30 a los 69 años; y la media fue de 49 años (Tabla #2).

Se presentaron 4 pacientes en estadio T1 (28.5%), 6 en estadio T2 (42.8%), 4 en estadio T3 (28.5%), y ningún paciente en estadio T4 de Krouse (Tabla #3).

Los 4 pacientes en estadio T1 de Krouse fueron sometidos a resección vía desguante facial + maxilectomía media.

De los 6 pacientes en estadio T2 de Krouse, 5 (83.3%) fueron sometidos a resección vía desguante facial + maxilectomía media, y uno (16.6%) a resección vía desguante facial + maxilectomía media + etmoidectomía anterior.

En cuanto a los pacientes en estadio T3 de Krouse, 2 (50%) fueron sometidos a resección vía desguante facial + maxilectomía media, uno (25%) fue sometido a resección vía rinotomía lateral +

maxilectomía media, y otro más (25%) fue sometido a resección vía rinotomía lateral + maxilectomía media + etmoidectomía + esfenoidectomía (Tabla #4).

Ninguno de los 4 pacientes en estadio Krouse T1 presentó recurrencias.

Dentro de los pacientes en estadio T2 de Krouse, tres pacientes (50%) sometidos a resección vía desguante facial + maxilectomía media presentaron recurrencia de la patología dentro del periodo de seguimiento de 2 años.

En cuanto a los pacientes en estadio T3 de Krouse, un paciente (25%) sometido a resección vía desguante facial + maxilectomía media, y otro (25%) sometido a resección vía rinotomía lateral + maxilectomía media presentaron recurrencia tumoral (50%) (Tabla # 5 y #6).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## IX. DISCUSION.

Los papilomas nasales son tumores nasales de origen epitelial que abarcan entre el 0.4 y el 5% de todos los tumores nasosinusales; presentan un alto índice de recurrencia reportado en la literatura (5,12); no obstante, no se cuenta con un criterio de estadificación universal, siendo la estadificación de Krouse la que mayor aceptación tiene hasta la fecha (3, 12).

El tratamiento es sin duda la resección quirúrgica, para lo cual existen diversos métodos, siendo los más aceptados la maxilectomía media y la maxilectomía total. Por su parte los abordajes comúnmente usados son la rinotomía lateral, y el desguante facial.

Con el desarrollo de la cirugía endoscópica de nariz y senos paranasales, se ha abierto la posibilidad de resear papilomas nasales en estadios tempranos (13,17).

En la actualidad se cuentan con estudios que relacionan el estadio T1 con la resección vía endoscópica, obteniendo muy buenos resultados, sin embargo, no se ha publicado aún un estudio prospectivo que relacione a la estadificación, con los procedimientos quirúrgicos y el pronóstico a largo plazo.

Por todo lo anterior, es importante el comenzar a relacionar la estadificación de los papilomas nasales, con los procedimientos quirúrgicos y con el pronóstico a largo plazo, con el fin de brindarle a los pacientes un diagnóstico oportuno, y un procedimiento quirúrgico confiable, y con la posibilidad de ser menos agresivo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN NO SALE  
BIBLIOTECA

En el presente estudio se capturaron un total de 30 pacientes en un periodo de 3 años; sin embargo únicamente se contaron con 16 expedientes, ya que el resto presentaban números de afiliación erróneos. Se excluyó a una paciente con cirugías previas.

Se encontraron a 8 pacientes (57%) de sexo masculino, y a 6 (47%) de sexo femenino con una relación de 1.3:1, no siendo significativa. Los pacientes estudiados se encontraban entre la cuarta y la séptima décadas de la vida. En la literatura encontramos una predilección del sexo masculino (3:1), así como una mayor incidencia entre la quinta y la séptima décadas de la vida (3,4); por lo cual nuestro estudio no concordó con la predilección por el sexo masculino, pero sí con las edades de los pacientes.

En el presente estudio se apreció que a todos los pacientes en estadio T1 y T2 de Krouse se les practicó una resección vía desguante facial + maxilectomía media, teniéndose en uno de los casos de pacientes en T2 que hacer una etmoidectomía de manera adicional. En los casos de papilomas nasales en estadio T3, se encontraron dos casos tratados vía desguante facial + maxilectomía media, uno tratado vía rinotomía lateral + maxilectomía media, y otro más tratado vía rinotomía lateral + maxilectomía media + etmoidectomía + esfenoidectomía.

En cuanto a lo que a recurrencia se refiere, la literatura la reporta en el 44% de los casos. En el presente estudio no se apreció recurrencia en los tumores en estadio T1; en los tumores en estadio T2 la recurrencia ocurrió en 3 casos (50%); y finalmente, en los tumores en estadio T3 se presentó recurrencia en 2 casos (50%), teniendo así en los estadios T2 y T3 congruencia con la estadística internacional (5).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

No se captaron pacientes con tumores en estadio T4, en los cuales se presenta extensión extranasal o extrasinusal y/o cualquier asociación con malignidad. Pensamos que es probable que algunos pacientes se hayan derivado al servicio de oncología, y que por lo tanto no hayan sido atendidos en nuestro hospital; y que por otro lado, la sintomatología ocasionada en este tipo de patología haya ocasionado que los pacientes buscaran atención médica antes de que alcanzaran el estadio T4.

Creemos que es importante la elaboración de estudios prospectivos enfocados en la estadificación y su asociación con el tipo de tratamiento a elegir, así como en el pronóstico de la patología en base a lo anterior.

En la actualidad se cuenta con algunos estudios anglosajones donde se reporta un muy buen resultado con la resección endoscópica en estadio T1; sin embargo son pocos, y a nivel nacional prácticamente nulos; por lo que sería útil explorar métodos menos invasivos en estadios tempranos, que ofrezcan una buena cosmesis y sobre todo una baja reincidencia.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## X. CONCLUSIONES.

1. En el estudio efectuado no se encontró una predilección por algún sexo.
2. La papilomatosis nasal es una patología frecuente entre los adultos, en especial entre la cuarta y la séptima décadas de la vida.
3. El procedimiento quirúrgico más empleado en nuestra institución para su tratamiento es la maxilectomía media vía desguante facial.
4. Al parecer, la maxilectomía media vía desguante facial es un método seguro en estadio T1.
5. No se encontró recurrencia en los pacientes tratados en estadio T1.
6. Los pacientes tratados en estadio T2 y T3 presentaron, al parecer, una recurrencia similar a la estadística internacional.
7. No se captaron pacientes en estadio T4.
8. Se debe de realizar un estudio prospectivo con un mayor número de pacientes que relaciones estadificación y método quirúrgico, con el pronóstico; que contemple a la cirugía endoscópica como opción terapéutica.
9. El desarrollo de un método efectivo y menos agresivo, así como una estadificación universalmente aceptada serán de un enorme beneficio para los pacientes.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## XI. BIBLIOGRAFÍA.

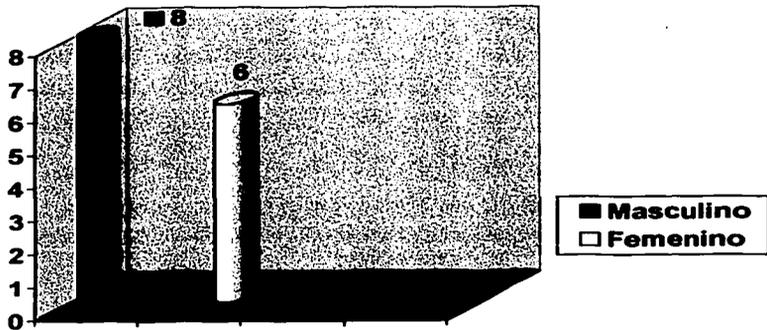
1. Bbtsakis JG. Pathology consultation: Nasal (Schneiderian) papillomas. *Ann Otol Laryngol.* 1981; 90: 190-1.
2. Vrabec DP. The inverted Schneiderian papilloma: a clinical and phatological study. *Laryngoscope* 1990; 100: 481-90.
3. Escajadillo J Ramón. Oído, nariz, garganta y cirugía de cabeza y cuello. D. F. , México. *Manual Moderno.* 2002. pp 343-345.
4. Sharen J. Knudsen y Byron J. Bailey. Midline Nasal Masses. En: Byron J. Bailey, editor. *Head and Neck Surgery-Otolaryngology.* Philadelphia USA: Lippincott-Raven, 1998: pp 405.
5. F. Dammann, P. Pereira. Inverted papilloma of the nasal cavity and paranasal sinuses: using CT for primary diagnosis and follow-up: *AJR* 1999; 172: 543-548.
6. Lee K. J. Otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello. D. F., México. *Mc. Graw Hill.* 2002. pp 843.
7. Buchwald C, et. al. Carcinomas occurring in papilomas of the nasal septum associated with Human Papilloma Virus: *Rhinology* 1997; 35: 74-78.
8. Lawson W, Ho BT, Shaari CM, Biller HF. Inverted papilloma: a report of 112 cases. *Laryngoscope* 1995; 105: 282-288.
9. Buchwald C, Franzmann MB, Tos M. Sinonasal papillomas: a report of 82 cases in Copenhagen County, including a longitudinal epidemiological and clinical study. *Laryngoscope* 1995; 105: 72-79.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

10. Fradis M, Podoshin L, Gertner R, Sabo E (1993). Squamous cell carcinoma of the nasal septum mucosa. ENT J 72: 217-221.
11. Guichard C. et. al. Epithelial cell proliferation, apoptosis, and apoptosis inhibition in inverted papillomas: The Laryngoscope 1998; 108: 716-720.
12. Krouse H. Development of a staging system for inverted papilloma: The Laryngoscope 2000; 110 965-968.
13. Doyle PJ. Approach to tumors of the nose, nasopharynx, and paranasal sinuses. Laryngoscope 1968; 78:1756-62.
14. Lueg A, Irish C, Roth Y. An objective analysis of the impact of lateral rhinotomy and medial maxillectomy on nasal airway function. Laryngoscope 1998; 108 : 1320-24.
15. Cole P. Toronto rhinomanometry: laboratory, field and clinical studies. J Otolaryngol 1994; 23:454-8.
16. Cole P, Roithmann R, Roth Y. Measurement of airway patency. A manual for users of the Toronto systems. Ann Otol Rhino Laryngol 1997: 106 (10): 7-21.
17. Chee L, Sethi Ds. The endoscopic management of sinonasal inverted papillomas. Clin Otolaryngol 1999; 24: 61-6.
18. Stankiewicz JA, Girgis SJ. Endoscopic surgical treatment of nasal and paranasal sinus inverted papillomas. Otolaryngo Head Neck Surg 1993; 109: 988-995.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

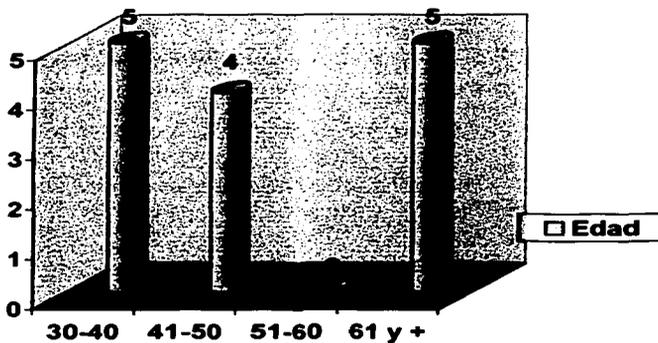
# 1. SEXO.



1. Distribución por sexo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

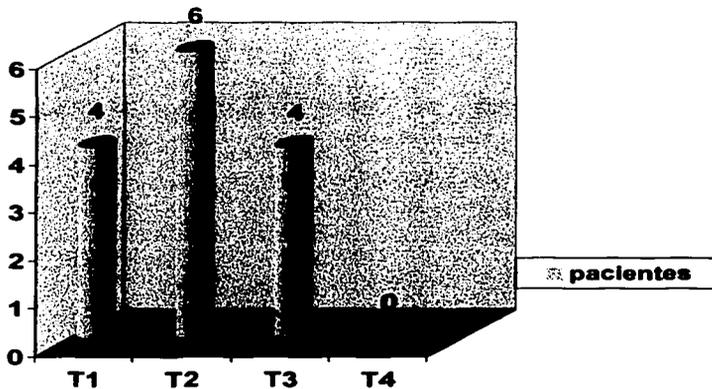
## 2. EDAD.



2. Distribución por edad.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

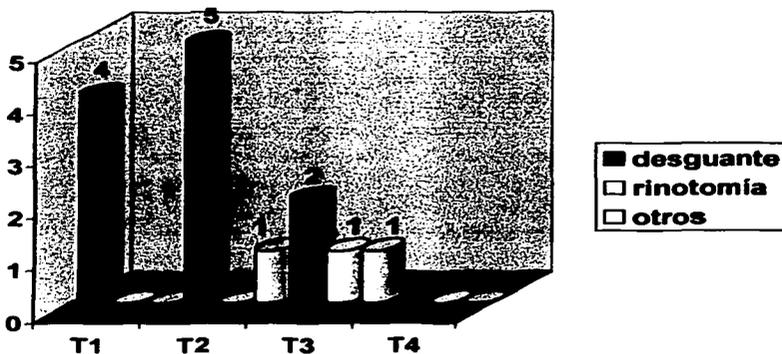
### 3 ESTADIFICACION.



3. Distribución por estadio.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

#### 4. DISTRIBUCIÓN POR ABORDAJE Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

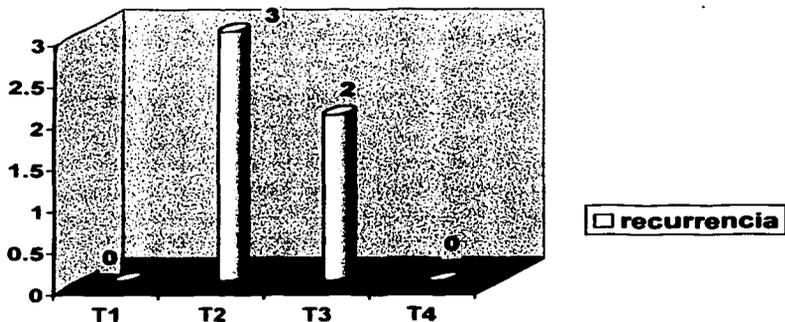


4. Distribución por abordaje y procedimiento quirúrgico.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Nota: Todos los pacientes fueron sometidos a maxilectomía media

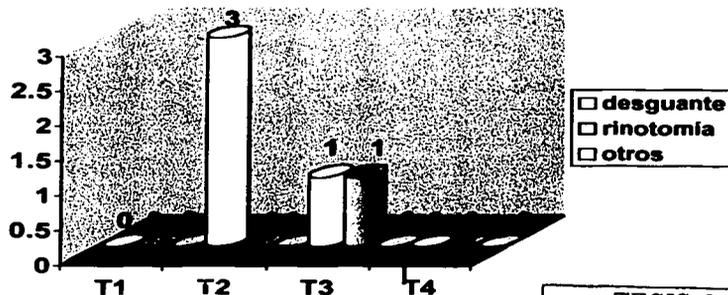
## 5 RECURRENCIA



5. Distribución de recurrencia por estadio.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 6. RECURRENCIA POR TIPO DE ABORDAJE Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO.



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### 6. Distribución de recurrencia por tipo de abordaje y procedimiento quirúrgico.

Nota: Todos los pacientes fueron sometidos a maxilectomía media