

CIRUGIA del URUGUAY

JULIO - AGOSTO 1974

VOL. 44

N.º 4

HERIDAS DE CUELLO

HEMORRAGIAS DIGESTIVAS

MESAS REDONDAS
DEL XXIV CONGRESO URUGUAYO
DE CIRUGIA



UY ISSN 0009-7381

PUBLICACION DE LA SOCIEDAD DE CIRUGIA DEL URUGUAY

CIRUGIA DEL URUGUAY

CONTINUACION DE "REVISTA DE CIRUGIA DEL URUGUAY"

PUBLICACION OFICIAL DE LA SOCIEDAD DE CIRUGIA DEL URUGUAY

FUNDADA EL 15 DE SETIEMBRE DE 1920, CON PERSONERIA JURIDICA OTORGADA EL 7 DE AGOSTO DE 1948

Cir. del Uruguay, V. 44, Nº 4: 225-308, julio/agosto 1974

EDITORES

Dcs. GÓNZALO ESTAPE, WASHINGTON LIARD, PABLO MATEUCCI,
MILTON MAZZA (Director de Publicaciones) y RAUL PRADERI

EDITORES CONSULTANTES

EDUARDO ANAVITARTE, Montevideo
ROMAN ARANA INIGUEZ, Montevideo
HECTOR ARDAO, Montevideo
JOSE LUIS BADO, Montevideo
OSCAR BERMUDEZ, Montevideo
LUIS M. BOSCH DEL MARCO, Montevideo
CARLOS BORTAGARAY, Salto
GERARDO CAPRIO, Montevideo
DINORAH CASTIGLIONI, Montevideo
JUAN E. CENDAN ALFONZO, Montevideo
NORBERTO CERRUTI, Carmelo
TOMAS CHIARA, Montevideo
JUAN C. DE CHIARA, Montevideo
JUAN C. DEL CAMPO, Montevideo
RAFAEL GARCIA CAPURRO, Montevideo
FRANCISCO GOMEZ GOTTUZO, Artigas
FRANK HUGHES, Montevideo
MAXIMO KARLEN, Montevideo

JORGE LOCKHART, Montevideo.
MUZIO MARELLA, Montevideo
LORENZO MEROLA, Montevideo
JOSE PEDRO OTERO, Montevideo
EDUARDO C. PALMA, Montevideo
ALFREDO PERNIN, Montevideo
JOSE E. PIQUINELA, Montevideo
ROBERTO RUBIO, Montevideo
BARSABAS RIOS, Tacuarembó
MANUEL RODRIGUEZ LOPEZ, Montevideo
FOLCO ROSA, Montevideo
CESALINO SILVEIRA, Melo
CARLOS STAJANO, Montevideo
JOSE SUAREZ MELENDEZ, Montevideo
WALTER SUIFFET, Montevideo
BONIFACIO URIOSTE, Montevideo
ALBERTO VALLS, Montevideo
RICARDO B. YANNICELLI, Montevideo

COMISION DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD DE CIRUGIA DEL URUGUAY (Ejercicio 1974)

Presidente: Dr. Muzio MARELLA
Vicepresidente: Dra. Dinorah CASTIGLIONI
Secretario General: Dr. Rómulo DANZA
Secretario de Actas: Dr. Gonzalo ESTAPE
Tesorero: Dr. Roberto PUIG
Protesorero: Dr. Nisso GATEÑO
Director de Publicaciones: Dr. Milton MAZZA
Vocales: Dr. Manuel ALBO
Dr. Pedro BENEDEK
Secretario Administrativo:
Sr. L. Walter BARRAGAN
(Tel. 20 36 07)

COMITE EJECUTIVO DEL XXIV CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGIA

Presidente: Dr. Alberto VALLS
Presidente del XXV Congreso:
Dr. Eduardo ANAVITARTE
Vicepresidente: Dr. Anibal SANJINES
Presidente Sociedad de Cirugia:
Dr. Lorenzo MEROLA
Secretario General: Dr. Roberto PUIG
Tesorero: Dr. Washington LIARD
Secretario de Actas: Dr. Vladimir GUICHEFF
Encargado de Publicaciones:
Dr. Raúl PRADERI
Delegado del Interior: Dr. Enrique ALBA

Correspondencia con la Revista: Redacción y Administración: Hospital de Clínicas. Piso 19. Montevideo, Uruguay.
Impresora Record. J. D. Jackson 1390. Ilustraciones Cromograf

Suscripciones y canje en la Rep. Argentina: Sr. Aldo Benvenuti. Jujuy 449. 3er. Piso. Tel. 9786-55. Buenos Aires.

UY ISSN 0009-7381

S u m a r i o

CIRUGIA DE URGENCIA

225. HERIDAS DE CUELLO. (Mesa Redonda.)
227. Introducción. *Dr. Guaymirán Ríos Bruno.*
230. Diagnóstico primario y tratamiento de emergencia. *Dres. Juan C. Castiglioni Barriere y Luis Bergalli.*
235. Conducta diagnóstica y terapéutica en las heridas vasculares. *Dres. Nisso Gateño Yaffé y Edgardo Torterolo.*
239. Conducta en las heridas cervicofaciales. *Dr. Luis E. Crespo.*
244. Conducta diagnóstica y terapéutica en las heridas del tracto aerodigestivo. *Dres. Edgardo Torterolo y Nisso Gateño Yaffé.*
249. Heridas de la base del cuello. *Dres. Luis E. Bergalli y Juan C. Castiglioni.*
256. Lesiones raquídeas. *Dr. Carlos Suero.*
258. Conducta diagnóstica y terapéutica en las lesiones neurológicas. *Dr. Pedro Benedek.*
263. Conducta diagnóstica y terapéutica en las heridas yatrogénicas. *Dres. Edgardo Torterolo y Nisso Gateño Yaffé.*
266. Conclusiones. *Dr. Guaymirán Ríos Bruno.*
267. HEMORRAGIAS DIGESTIVAS (Mesa Redonda.)
269. Introducción. *Dr. Cándido Muñoz Monteavaro.*
270. La radiología en el estudio de las hemorragias digestivas. *Doctor Jorge Boschi.*
274. Endoscopia de urgencia en las hemorragias digestivas. *Doctora Judith Ferraz Ramos.*
278. La hemorragia digestiva en el cirrótico. *Dres. Cándido Muñoz Monteavaro y Carlos Mescia.*
289. Hemorragias digestivas yatrogénicas. *Dres. Jorge Negrotto y Rosa Niski de Rydel.*
295. Tratamiento médico de las hemorragias digestivas. *Dr. Pedro Kaufmann.*
299. Tratamiento quirúrgico de las hemorragias digestivas. *Dr. Luis A. Praderi.*
306. Síntesis Quirúrgica Nacional.
307. Noticiario Médico.

S o m m a i r e

CHIRURGIE D'URGENCE

- 225. BLESSURES DU COU. (Table Ronde.)
- 227. Introduction. *Dr. Guaymirán Ríos Bruno.*
- 230. Diagnostic primaire et traitement d'urgence. *Drs. Juan C. Castiglioni et Luis Bergalli.*
- 235. Conduite diagnostique et thérapeutique dans les blessures vasculaires. *Drs. Nisso Gateño Yaffé et Edgardo Torterolo.*
- 239. Conduite dans les blessures cervico-fasciales. *Dr. Luis E. Crespo.*
- 244. Conduite diagnostique et thérapeutique dans les blessures du tracts aero-digestif. *Drs. Edgardo Torterolo et Nisso Gateño Yaffé.*
- 249. Blessures de la base du cou. *Drs. Luis E. Bergalli et Juan C. Castiglioni.*
- 256. Blessures rachidiennes. *Dr. Carlos Suero.*
- 258. Conduite diagnostique et thérapeutique dans les blessures neurologiques. *Dr. Pedro Benedek.*
- 263. Conduite diagnostique et thérapeutique dans les blessures iatrogeniques. *Drs. Edgardo Torterolo et Nisso Gateño Yaffé.*
- 266. Conclusions. *Dr. Guaymirán Ríos Bruno.*

- 267. HEMORRAGIES DIGESTIVES. (Table Ronde.)
- 269. Introduction. *Dr. Cándido Muñoz Monteavaro.*
- 270. La radiologie dans l'étude des hémorragies digestives. *Dr. Jorge Boschi.*
- 274. Endoscopie d'urgence dans les hémorragies digestives. *Dra. Judith Ferraz Ramos.*
- 278. Les hémorragies digestives du cirrhotique. *Drs. Cándido Muñoz Monteavaro et Carlos Mescia.*
- 289. Hémorragies digestives iatrogeniques. *Drs. Jorge Negroto et Rosa Niski de Rydel.*
- 295. Traitement medical des hemorragies digestives. *Dr. Pedro Kaufmann.*
- 299. Traitement chirurgical des hémorragies digestives. *Dr. Luis A. Praderi.*
- 306. Synthese Chirurgicale Nationale.
- 307. Informations Medicales.

C o n t e n t s

EMERGENCY SURGERY

225. NECK WOUNDS. (Round Table.)
227. Introduction. *Guaymirán Ríos Bruno M.D.*
230. Primary diagnosis and emergency treatment. *Juan C. Castiglioni M.D.* and *Luis Bergalli M.D.*
235. Diagnosis and surgical management of vascular wounds. *Nisso Gateño Yaffé M.D.* and *Edgardo Torterolo M.D.*
239. Management of cervico-facial wounds. *Luis E. Crespo M.D.*
244. Diagnosis and surgical management of aero-digestive tract. *Edgardo Torterolo M.D.* and *Nisso Gateño Yaffé M.D.*
249. Low neck wounds. *Luis Bergalli M.D.* and *Juan C. Castiglioni M.D.*
256. Spinal Lesions. *Carlos Suero M.D.*
258. Surgical management of neurological injuries. *Pedro Benedek M.D.*
263. Diagnosis and surgical management on iatrogenic wounds. *Edgardo Torterolo M.D.* and *Nisso Gateño Yaffé M.D.*
266. Conclusions. *Guaymirán Ríos Bruno M.D.*
267. GASTROINTESTINAL BLEEDING. (Round Table.)
269. Introduction. *Cándido Muñoz Monteavaro M.D.*
270. Radiological diagnosis in gastrointestinal bleeding. *Jorge Boschi M.D.*
274. Emergency endoscopy in gastrointestinal bleeding. *Judith Ferraz Ramos M.D.*
278. Gastrointestinal bleeding in cirhotics patients. *Cándido Muñoz Monteavaro M.D.* and *Carlos Mescia M.D.*
289. Iatrogenic gastrointestinal bleeding. *Jorge Negrotto M.D.* and *Rosa Niski de Rydel M.D.*
295. Medical management of gastrointestinal bleeding. *Pedro Kaufmann M.D.*
299. Surgical treatment of gastrointestinal bleeding. *Luis A. Praderi M.D.*
306. National Surgical Synthesis.
307. Medical News.

CIRUGIA DE URGENCIA

24º CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGIA

MESA REDONDA

Heridas de cuello

COORDINADOR:

Dr. GUAYMIRAN RÍOS BRUNO

Introducción.

Dr. Guaymirán Ríos Bruno.

Diagnóstico primario y tratamiento de emergencia.

Dres. Juan C. Castiglioni Barriere y Luis Bergalli.

Conducta diagnóstica y terapéutica en las heridas vasculares.

Dres. Nisso Gateño Yaffé y Edgardo Torterolo

Conducta en las heridas cervicofaciales.

Dr. Luis E. Crespo.

Conducta diagnóstica y terapéutica en las heridas del tracto aerodigestivo.

Dres. Edgardo Torterolo y Nisso Gateño Yaffé.

Heridas de la base del cuello.

Dres. Luis E. Bergalli y Juan C. Castiglioni.

Lesiones raquídeas.

Dr. Carlos Suero Castro.

Conducta diagnóstica y terapéutica en las lesiones neurológicas.

Dr. Pedro Benedek.

Conducta diagnóstica y terapéutica en las heridas yatrogénicas.

Dres. Edgardo Torterolo y Nisso Gateño Yaffé.

Conclusiones.

Dr. Guaymirán Ríos Bruno.

Introducción

Dr. GUAYMIRAN RIOS BRUNO *

Las autoridades del Congreso han creído oportuno considerar en el mismo, un tema de capital importancia práctica como son las "Heridas de cuello", y han tenido la gentileza de hacer recaer en el Departamento de Emergencia a través de uno de sus representantes, el honor de dirigir esta mesa redonda.

La elección, en cuanto al Departamento se refiere, ha sido totalmente ajustada, pues el mismo desde el punto de vista asistencial, es en este momento el más importante Centro de Urgencia del país, y desde el punto de vista docente ha aumentado sus responsabilidades al incorporarse al Nuevo Plan de Estudios de la Facultad de Medicina, la Emergencia como curso curricular.

En cuanto al tema, está demás justificado al pasar a ser el Traumatismo, una de las causas de mayor morbimortalidad de los últimos tiempos, y en nuestro país, desgraciadamente, por las trágicas circunstancias que hemos pasado en los últimos años han agregado a los accidentes de trabajo, a los de tránsito, a las auto y heteroagresiones de la vida civil, múltiples casos de verdaderas heridas de guerra que han hecho necesaria una importante revisión de nuestros conocimientos sobre el tema.

El cuello por otra parte, con su complejidad estructural y sus fundamentales funciones fisiológicas, es una verdadera encrucijada, lo que obliga, como veremos, a la aplicación de múltiples disciplinas, y a la adquisición de profundos conocimientos para el éxito en el tratamiento de estos casos.

Si tenemos en cuenta que el cuello en su parte superior, se intrinca con la cara y el cráneo, y en la parte inferior con el tórax y el miembro superior; si pensamos en su contenido vital como la vía aérea, los grandes vasos que irrigan el encéfalo, etc., etc., comprenderemos lo anteriormente afirmado.

Esta misma complejidad anatomofisiológica, a la que se une la multiplicidad de lesiones, y muchas veces las asociaciones lesionales, explica la integración de esta mesa redonda y la necesidad que de ello surge, la noción de Equipo con que se debe manejarlas, equipo que bajo la supervisión del Cirujano General deberá contar con el Cirujano vascular, el plástico, el neurólogo, el otorrinolaringólogo, el traumatólogo y el Cirujano maxilo-facial. Sólo así podrá tratarse eficazmente una lesión compleja de este tipo.

Esta mesa está integrada por casi todos los especialistas mencionados. Los que faltan han sido tenidos en cuenta por el Coordinador, pero razones ajenas a su voluntad han hecho imposible su participación.

Otras características ha tenido la integración de la Mesa; por un lado la participación de cirujanos de otros importantes servicios de urgencia como son el Hospital Pasteur, Maciel y Militar, y por otro la juventud de los cirujanos participantes, a lo que se suma la gran experiencia que tienen por las razones antes mencionadas, lo que creo contribuirá a imprimir una dinámica particular que esperamos sea de interés para los asistentes a esta reunión.

El material sobre el que se basan los estudios que hoy se pondrán a vuestra consideración, consta de dos series de heridas de cuello, una de la Morgue Judicial con la estadística de 2 años y 14 muertos; la otra de un plazo más prolongado (plazo diferente según los hospitales) de 100 casos clínicos.

En el siguiente cuadro (I), se puede apreciar algunos datos de interés de la serie de la Morgue Judicial.

Apreciamos que se trata promedialmente de personas jóvenes, lo que hace socialmente mucho más grave su muerte o secuela.

El predominio del homicidio como causa desencadenante de la muerte.

CUADRO I
MORQUE JUDICIAL
(14 casos)

SEXO:			
8 Hombres	58 %		
6 Mujeres	42 %		
EDAD:			
Promedio	34	Años	
AGENTE:			
Arma de fuego	11 c.	79 %	
Arma blanca	3 c.	21 %	
Otros	0 c.	0 %	
CAUSA:			
Homicidio	12 c.	= 85 %	
Suicidio	2 c.	= 15 %	
Accidente	0 c.	0 %	
ORIFICIO DE ENTRADA:			
Cervical	{	Delante ..	6 c. 42 %
		Lateral	3 c. 21 %
		Atrás ..	2 c. 14 %
			81 %
Regiones venosas	{	Cara ..	2 c. 14 %
		Hombro	1 c. 7 %
			19 %
OPERADOS:			
1 Caso ..			7 %
NO OPERADOS:			
13 Casos			93 %

* Prof. Adjunto Interino Departamento Emergencia Hospital de Clínicas (Fac. Med. Montevideo).

Como hecho de gran interés, el que el 21 % de las heridas se producen fuera de los límites clásicos del cuello, lo que obliga siempre al cirujano a prever la posibilidad de la lesión cervical cuando la herida es en zonas más o menos limítrofes del cuello; esto es fácil cuando se trata de un proyectil de arma de fuego transfixiante, en que uniendo orificio de entrada y salida se tiene aproximadamente el trayecto; no ocurre lo mismo en proyectiles que no salen o en heridas de arma blanca, por lo que el cirujano debe tener muy presente el hecho antes mencionado.

CUADRO II
MORGUE JUDICIAL
(14 Casos)

LESIONES ANATOMICAS		
Cervicales puras . . .	9 c. =	64 %
Craneanas . . .	2 c.	
Faciales . . .	1 c.	
Torác. Abd.	1 c.	
Torácicas . . .	1 c.	
	36 %	
Piel y celular	1 Caso	
Vena yugular	1	
Arteria carótida y vena yugular	2	
Esófago y tráquea	1	
Faringe	1	
Faringe y Laringe	1	
Raquis y Médula	4	
Visceras torácicas	1	
Visceras abdominales	1	
Cara y cráneo	3	
(en 2 casos asociaciones lesionales)		

Otro hecho de gran interés práctico, es el tipo de lesiones anatómicas (Cuadro II); el análisis de las mismas muestra que el 36 % se trataban de asociaciones lesionales con estructuras vecinas o a veces alejadas (en un caso una herida que penetrando en cuello, atravesó mediastino, pulmón izquierdo, diafragma, estómago y riñón de ese lado).

Las estructuras más frecuentemente lesionadas fueron: 1) raquimedulares, 2) craneoencefálicas y 3) vasculares, en especial las carótidas.

Como se aprecia en el cuadro III, la lesión de cuello fue la única causa de muerte en un 60 % de los casos, y los mecanismos fueron fundamentalmente:

- Anemia aguda.
- Asfixia mecánica.
- Asociaciones lesionales múltiples.

El análisis de la serie clínica muestra al igual que la anterior, el neto predominio masculino y de personas jóvenes.

El arma de fuego sigue siendo el agente más frecuente, y el atentado personal la causa más en cuenta (Cuadro IV).

En cuanto a las lesiones anatómicas (Cuadro V), predominan las del cuello medio, por ser evidentemente la zona más frecuentemente comprometida en las autoagresiones, y en especial en la zona izquierda, por ser el porcentaje de zurdos menor que el de derechos.

CUADRO III
MORGUE JUDICIAL
(14 Casos)

CAUSAS DE MUERTE	
Única	8 Casos
La más importante	3
De poco valor en el desenlace	1
Sin ningún valor	2
MECANISMO DE LA MUERTE	
Anemia aguda.	
Asfixia mecánica.	
Asociaciones lesionales múltiples.	

CUADRO IV
SERIE CLINICA
(100 Casos)

EDAD PROMEDIO:	
30 Años.	
SEXO:	
83 Hombres	83 %
17 Mujeres	17 %
AGENTE:	
Arma de fuego	56 %
Arma blanca	37 %
Otros	7 %
CAUSA:	
Homicidios	66 %
Suicidios	21 %
Otros	2 %

Se repite la frecuencia de lesiones vasculares, respiratorias y nerviosas, con similares mecanismos de muerte que en la serie anterior.

En cuanto a conducta se refiere, tenemos: Cuadro VI)

Tratamiento médico: 22 %.
Tratamiento quirúrgico: 78 %.

Los que recibieron tratamiento médico pueden ser divididos en: aquellos en los que no se efectuó ninguna maniobra quirúrgica, y en los que recibieron tratamiento quirúrgico, sea como medida de reanimación o como tratamiento de las complicaciones, y así tenemos:

—En 16 casos no se hizo ninguna maniobra quirúrgica.

—En 6 casos se efectuaron:

- a) medidas inmediatas de reanimación: 2 traqueostomías y 1 drenaje pleural;
- b) maniobras quirúrgicas alejadas: 1 lobectomía y 2 drenajes de flemones de cuello.

En las que se efectuó tratamiento médico no hubo mortalidad, y las complicaciones fueron del 16 %.

En cuanto al tipo de tratamiento quirúrgico efectuado, será expuesto por cada uno de los relatores.

La mortalidad fue del 14 % (Cuadro VII).

Se estudian las muertes comprobando la enorme gravedad de las lesiones raquídeas, que en nuestra serie tienen un 100 % de mortalidad inmediata o alejada.

CUADRO V

SERIE CLINICA
(100 Casos)

LESIONES ANATOMICAS:	
Serviciales puras	80 %
Asociadas ...	20 %
TOPOGRAFIA:	
Segmento cervical medio	53 %
Base de cuello ...	25 %
Segmento creaneocervicofacial	22 %
VIA RESPIRATORIA:	
Laringe	8 Casos
Tráquea	8
VIA DIGESTIVA:	
Esófago	3
Faringe	10
VASCULARES:	
Arteriales (14 %)	
Carótida primitiva	4 Casos
Subclavia	5
Colat.	5
Venosas (27 %)	
Tronco V B C	5
Yug. Int.	5
Subclavia	3
Colat. Prof.	5
Colat. Superf.	9
	41 %
NERVIOSAS:	
Medulares	5 %
Nerviosas (9 %)	
Plexo cervical	3 Casos
Vago ..	1
Facial ..	1
Frénico	1
Recurrente	3
PLEUROPULMONARES	14 %
TIROIDES	4 %

CUADRO VI

SERIE CLINICA-
(100 Casos)

CONDUCTA TERAPEUTICA	
Terapéutica quirúrgica	78 %
Terapéutica médica ..	22 %
A) Tratamiento médico exclusivo	16 Casos
B) Tratamiento médico más maniobras de reanimación	3
a) 2 Traqueostomías.	
b) 1 Drenaje pleural.	
C) Tratamiento médico con maniobras quirúrgicas aludadas por complicaciones	3
a) 1 Lobectomía.	
b) 2 Drenajes de flemones de cuello.	

CUADRO VII

SERIE CLINICA
(100 Casos)

Mortalidad global ..	14 %
Tratamiento médico (mortalidad)	0 %
Tratamiento quirúrgico (mortalidad)	18 %

ANALISIS DE LAS MUERTES DE LA SERIE TOTAL:

- 3 Casos llegan muertos por anemia aguda.
- 4 Casos mueren intraoperatorio:
 - 1) Lesiones múltiples.
 - 1) Asfixia por aspiración de sangre.
 - 1) Embolia gaseosa.
 - 1) Anemia aguda.
- 7 Casos mueren en el postoperatorio:
 - A) 2 casos por mediastinitis supurada por desconocimiento de herida esofágica.
 - B) 3 casos cuadriplegia con complicaciones respiratorias.
 - C) 1 caso enclavamiento de tronco encefálico por infarto hemorrágico luego de reparación carotídea.
 - D) 1 caso de presión respiratoria por fármacos en sobredosis.

Una vez someramente analizados los datos generales del material sobre el que se basará la mesa redonda, corresponde presentar a Uds. el mecanismo de la misma.

Comenzará una exposición que consideramos fundamental y primaria, como es la del Diagnóstico Primario y Prioridades Terapéuticas. El Dr. Castiglioni y sus colaboradores expondrán brevemente los conceptos fundamentales de este tema, del cual como repetiremos hasta el cansancio, depende en gran número de casos, la vida del paciente.

Posteriormente se tratarán por los distintos integrantes, las lesiones cervicales, siguiendo un criterio que nos ha parecido práctico, el de dividir las según los segmentos topográficos del cuello. Esta división traerá necesariamente aparejada, la intervención de especialistas, según las zonas y estructuras anatómicas comprometidas; es así, que para las lesiones del segmento superior o cervicocraneofacial, será fundamental el concurso del cirujano maxilofacial, el cirujano plástico y el otorrinolaringólogo; la del segmento medio o servical propiamente dicho, las lesiones vasculares carotídeas hacen fundamental la participación de un cirujano vascular, o de un cirujano general con conocimientos completos de la cirugía vascular periférica, como debe ser en la actualidad el Cirujano de Urgencia. Las del segmentos inferior o cervicotoracobraquial, plantearán sobre todo problemas en cuanto a los abordajes, y en ese sentido insistirán el Dr. Bergalli y colaboradores.

Por último, luego de una breve referencia a las lesiones iatrogénicas del cuello, verdaderas heridas de dentro a fuera, se considerarán las lesiones raquimedulares, que como vimos son de grave pronóstico y difícil tratamiento.

Se cerrará la Mesa con un resumen final de conclusiones, a lo que se sumará la parte más importante de la misma, como es la de preguntas y respuestas por parte de los oyentes.