

SCHUSTER, Sergio C/ PREVENCIÓN ART S.A S/ APELACION LEY 24557 - Exp.
N° 24093/12

OBJETO: ELEVA RENDICIÓN DE GASTOS.-

AUTOS: " SCHUSTER, SERGIO C/PREVENCIÓN ART SA S/ APELACION LEY
24557" Expte: 24093/12.

Juzgado: Tribunal del Trabajo de la III Circ. Río Negro.

Presidente: Dr. JUAN LAGOMARSINO Secr. 1: Dr. Santiago Moran

SR. PRESIDENTE

S. D.

Rodolfo Eduardo Galosi, Perito Médico M. P. n° 405, con domicilio legal constituido en
Mitre 1080, Piso 2° n°14 de ésta ciudad, Tel.n° 154231732 y 4422400, con email:
galosir(0,gmail.com. Designado Perito en los Autos, a V.S. respetuosamente se dirige y:

ELEVA RENDICIÓN DE GASTOS:

Adjuntando Factura, Recibos y detalle de gastos efectuados en la presente pericia
médica.

Tique Factura 0002-00130191 CENTRO DEL COPIADO \$ 22,80°

Factura 0001-00001333 Dr.RAUL REBAGLIATI \$ 150°\'

TOTAL de Gastos \$ 172,80

Recibido p/ Adelanto de Gastos- \$ 800"

Los gastos han sido de pesos de pesos ciento setenta y dos con 801°° (\$ 172,80). Se ha
recibido un Adelanto de Gastos de \$ 800", queda un saldo de \$ 627,20 para lo que V.S.
disponga

PROVEER DE CONFORMIDAD

SERÁ JUSTICIA

Rodolfo losi

Médico

MP 405

CUIL 20-04636219-6

OBJETO ELEVAR PERICIA

AUTOS SCHUSTER, SERGIO C/PREVENCIÓN ART SA S/ APELACION LEY

24557" Expte: 24093/12.

Juzgado: Tribunal del Trabajo de la III Circ. Río Negro.

Presidente: Dr JUAN LAGOMARSINO

Secr. 1: Dr.SANTIAGO MORAN

SR. PRESIDENTE

S. D.

Rodolfo Eduardo Galosi, Perito Médico M. P. n° 405, con domicilio legal constituido en Mitre 1080, Piso 2° n°14 de ésta ciudad, Tel.n° 154231732 y 4422400, con email: qa Ios i r(g m a i l.c o m. Designado Perito en Autos, a V.S. respetuosamente se dirige para: I.- ELEVAR PERICIA MÉDICA ASIGNADA.- A.- HECHOS PERICIALES.

-a) El actor de autos Sr. SCHUSTER, SERGIO, concurre al consultorio pericial (domicilio constituido), con buena presencia y estado general. Acredita identidad con DNI N° 23.767.120, nacido el 03/04/1974, cuenta con 39 años de edad, con domicilio en Bajada del Paraná 181 de esta localidad. Teléfono; 154791260.

Llega por sus propios medios, con andar disbásico, con muestras de molestias al deambular y con expresión de dolor con los diferentes movimientos. Se denota una fuerte carga de ansiedad.

A la anamnesis responde ser una persona sana; fuma unos 20 cigarrillos diarios y niega bebidas alcohólicas. No ha tenido enfermedades importantes, solo las comunes de la infancia y sin antecedentes heredofamiliares. Nació prematuro.

A los 15 años, cursando el 3° año del secundario sufrió una fractura de cubito izquierdo. Nunca tuvo lesiones o enfermedades de columna vertebral ni articulares y tampoco accidentes o lesiones laborales previas, tampoco fue intervenido quirúrgicamente salvo las dos operaciones que le hicieron por motivos del accidente motivo de estos autos.

Menciona que hace unos años, jugando al fútbol en la posición de arquero, hizo un movimiento con el cuerpo, "un estirón" que le provocó dolor lumbar por lo que fue a ver a la Dra. Laura Merlo (ART) quien le indicó que se colocara una faja lumbar ya que al hacerle una Rx le dijo que tenía una "vértebra desplazada". Por otro lado, al preguntársele, responde que nunca le hicieron examen preocupacional ni exámenes de control periódicos.

No toma ningún tipo de medicación.

Menciona que no hace vida social debido a los dolores que le significa el deambular y tampoco hace deportes (antes del accidente escalaba y hacía actividades de montaña junto a su familia) después del accidente y de las operaciones, cuando lo intenta le

producen intensos dolores y molestias, aún los ejercicios más livianos.

En la actualidad atiende un kiosco en la localidad, lugar en el que puede permanecer sentado la mayor parte del tiempo.

Se encuentra ubicado en tiempo y espacio. Se lo interroga sobre su ámbito laboral y lo sucedido en el accidente que provocara los presentes Autos; relata que siendo repositor externo en supermercado, el día 27/05/2011, al momento de intentar bajar de una estantería unas cajas de alimentos que se encontraban a unos 2,5 m de altura, debió subir para poder alcanzarlas, a causa de la ausencia de escaleras para tal fin, a un par de cajones de plástico vacíos, de los que se utilizan para transportar cerveza. Al tomarlas con sus manos, debió apoyar una de sus piernas en la estantería para no caerse, no obstante no pudo mantener el equilibrio y al ver que las cajas de alimentos se le venían encima, las empujó con sus manos

para evitarlo mientras los dos cajones sobre los que estaba subido se fueron hacia adelante y el actor cayó hacia atrás golpeando con la región cervicodorsal en el suelo sobre el que rebotó para golpear también con la región lumbosacra deslizándose por unos metros en el piso. A consecuencia de esto no se podía mover por el dolor, a pesar de que llevaba puesta una faja rígida con varias costillas de plástico en la espalda que usaba en forma preventiva la que le daba seguridad. Él mismo se había comprado por recomendación de la Traumatóloga.

La denuncia del accidente la hizo su jefe unas horas después de ocurrido el mismo.

Llamaron la ambulancia la que lo trasladó por indicación de la ART al Sanatorio San Carlos donde le hicieron una Rx de columna, mencionando el gran dolor que sintió en la región lumbosacra en el momento en que le intentaron sacar la faja que llevaba puesta, por lo que con la misma colocada le hicieron una TAC (Tomografía), le administraron calmantes y lo internaron. Al día siguiente le dieron el alta y se retiró a su domicilio.

Luego vio al Traumatólogo de la ART quien le dio Diclofenac y una semana de reposo y le indicó hacer una RNM (Resonancia) con la que lo derivaron a la Dra. Laura Merlo de la ART quien indicó cirugía que se realizaría en el mismo Sanatorio San Carlos. Transcurrida una semana y estando en preparativos quirúrgicos, le informaron de la ART que no le cubrían más tratamientos por lo que debía hacerse operar por medio de su Obra Social por ser una enfermedad crónica preexistente de toda la vida.

En su Obra Social tampoco lo quisieron asistir por considerar que debía hacerlo la ART

por lo tanto se dirigió al Hospital Zonal Bariloche donde siendo atendido por el Dr. Barreiro, le indicó nuevamente la cirugía derivándolo también a la Obra Social, la que recién tres meses después, en Setiembre del 2011 le hizo los estudios, quedando todo ese tiempo sin cobertura médica.

El 06/09/011 lo operó la Dra Melgarejo y en Febrero del 2012 le dio el alta laboral por que consideraba que ya había transcurrido el tiempo necesario del postoperatorio..

Regresó a las tareas habituales las que debía hacer con gran dolor y caminaba con gran dificultad a pesar de tomar la medicación analgésica que le indicaban.

Pidió Junta Médica la que se realizó en Marzo/012 en Neuquén en la que determinaron que no tenía inconvenientes para realizar sus tareas normales. A su regreso debido a los dolores que tenía, la Dra. Merlo lo volvió a derivar al Dr Barreiro quien le indicó una RNM y una electromiografía y con estos resultados indicó una nueva intervención quirúrgica operándolo en Junio del 2012. Con esto que se sintió mucho mejor ya que disminuyeron sus dolores y mejoró su deambular. En el Postoperatorio le indicaron que no debía levantar pesos mayores de 1,5 kg y hacer Fisio y Kinesioterapia.

Peso actual; 85 kg. Altura 1,71 m. IMC 29 (sobrepeso estimado a la fecha: 10 kg).

Se observan 2 cicatrices quirúrgicas sobre la columna dorsolumbar, la superior de 14 cm y la inferior de 5 cm de largo.

Examen físico de columna y miembros inferiores:

Marcha disbásica que aparece principalmente cuando intenta caminar con ambos pies paralelos. Cuando lo hace, siente que el pie izquierdo no soporta el peso y el andar se torna inestable. Comenta que en caso de intentar mantener la marcha, al rato le duele el tobillo izquierdo, por esta causa para caminar debe inclinar su pie izquierdo hacia afuera, cosa que hace en forma automática sin tener conciencia de ello, compensando de esa manera el caminar, teniendo así una marcha disbásica moderada, con menos dolores y molestias.

Se le solicita que camine en puntas de pie y sobre los talones cosa que no puede realizar, pues solo puede apoyar y soportar su peso sobre el pie derecho. Al intentar apoyar su pie izquierdo se cae.

Durante el examen de Flexión manifiesta tener tirones, lumbalgia y ciatalgia que comienzan con parestesias, principalmente del lado izquierdo y luego aumentan propiciándose una fuerte

eihost

2

¿í

lumbociatalgia a causa de la cual se tiene que apoyar sobre su pierna derecha para disminuir el dolor ciático y flexiona las rodillas debido a pérdida de estabilidad al flexionar la cintura.

Cuando efectúa el movimiento de extensión llega a los 14 ° y su pierna izquierda pierde fuerza por lo que se desestabiliza y se cae.

En la Rotación derecha; solo siente tirón en región lumbar izquierda.

En la Rotación izquierda; siente mucha inseguridad al apoyarse en su pierna izquierda en la que aparece dolor en el interior de la pierna que le sube hasta la rodilla y la pierna se vuelve inestable como si perdiera fuerza.

En la Inclinación derecha aparecen tirones, molestias y lumbociatalgia con fuerte dolor lumbar irradiado en pierna izquierda.

Reflejo patelar: derecho respuesta S/P, izquierdo; respuesta aumentada.

Reflejo aquiliano: derecho respuesta S/P, izquierdo; negativo.

Se efectúa el examen funcional midiendo con goniómetro los grados de movilidad de la columna dorsolumbar obteniéndose lo siguiente

Flexión: de 00 a 50° (dolor+++),

Extensión: de 0° a 14°

Rotación: derecha; de 0° a 26°

Rotación Izquierda: de 0° a 6°,

Inclinación derecha: de 0° a 15°

Inclinación izquierda: de 0° a 17°.

Signo de Lassegue: Flexión de pierna derecha: de 0° a 90°.sin dolor.

Lassegue positivo a los 45° de Flexión de pierna izquierda con dolor +++ (pasiva)

Flexión de pierna izquierda: de 0° a 30° con dolor +++ (activa)

Se efectúa el examen funcional midiendo con goniómetro los grados de movilidad de ambos tobillos obteniéndose lo siguiente:

Tobillo derecho:

Flexión dorsal de 0° a 18°. Flexión plantar de 0° a 40°.

Inversión: de 0° a 23°. Eversión: de 0° a 20°

Tobillo izquierdo:

Flexión dorsal de 0° a 10°. Flexión plantar de 0° a 130 .

Inversión de 0° a 12°. Eversión de 0° a 18°

Se da lectura al resumen de Historia Clínica de la internación en el Sanatorio San Carlos de fecha: 27 y 28/05111: "MOTIVO de INGRESO: Lumbalgia aguda post traumatismo. RESUMEN de INTERNACIÓN: Paciente de 37 años con antecedente de Espondilolistesis a nivel de L4-L5 hace 6 años ingresa por traumatismo lumbar por caída de altura con intensidad 10/10. Se realiza: Rx pelvis y columna lumbosacra: s/p TC columna lumbar y pelvis: espondilolistesis a nivel L4-L5, sin evidencia de lesión aguda. Evaluado por Traumatólogo Dr. Martínez...Se indica egreso sanatorial y control con ART. DIAGNÓSTICO de EGRESO: Traumatismo lumbar leve."

Se da lectura de TAC (Tomografía Axial Computada) de COLUMNA LUMBAR Y PELVIS realizada el 27 de MAY 2011 en Sanatorio. San Carlos que con firma del Dr. Rodrigo Aslor dice; "El cuerpo vertebral lumbar L5 es de transición, con apófisis transversa derecha sacralizada y disco L5-S1 rudimentario.

Se observa discontinuidad de la pars interarticularis de ambos lados de! arco posterior de L4, siendo estos hallazgos compatibles con signos de espondilolisis. Solamente se evidencian muy discretos signos de espondilolistesis asociados. Además se observa abombamiento del anillo fibroso discal posterior e incipientes osteofitos marginales que produce moderada reducción

O

MM.zut 91 a

3

de los forámenes neurales respectivos, a predominio de/lado izquierdo.

Los cuerpos vertebrales no mostraron alteraciones.

El canal medular muestra un calibre normal. Las restantes estructuras óseas visualizadas se encuentran conservadas. No se observan lesiones óseas traumáticas actuales.

Las partes blandas no mostraron alteraciones evidentes por este método."

Ver Aclaraciones a fs 6 y 7. (la negrita es obra de este Perito)

Se da lectura de la RNM (Resonancia Nuclear Magnética) de la columna lumbosacra realizada el 16 de JUN 2011 en el Sanatorio. San Carlos que con firma del Dr. Rodrigo Aslor, en sus partes salientes respecto al tema dice;"... "El cuerpo vertebral lumbar L5 es de transición, con disco L5-S1 rudimentario.

Discopatía degenerativa L3-L4 con signos de deshidratación discal, abombamiento de!

Anillo fibroso discal, desgarró del anillo fibroso discal postero lateral derecho y una pequeña protrusión discal. Estos hallazgos producen ligera reducción de ambos forámenes neurales. Discopatía degenerativa L4-L5 con signos de deshidratación discal, desgarró del anillo fibroso discal a nivel foraminal izquierdo y extrusión del material discal que produce marcada reducción del foramen neural izquierdo.

A nivel L1-L2 también se observa un pequeño desgarró del anillo fibroso discal a nivel foraminal izquierdo pero sin protrusiones focales significativas en el presente estudio...."

Se da lectura de la RNM (Resonancia Nuclear Magnética) de la columna lumbosacra realizada el 23 de ABR 2012 en el Sanatorio. San Carlos que con firma del Dr. Salazar Cottone, Santiago, en sus partes más salientes respecto al tema dice: "... Discreta anterolistesis L5-S1 asociado a falta de definición de la Pars interarticularis bilateral de L5 (espondilolisis). Si la clínica lo justifica, y para una adecuada caracterización ósea, se sugiere completar con TC.

Existen cambios degenerativos en los dos últimos espacios intervertebrales lumbares evidenciados por la disminución de altura y por la hipointensidad de los discos cuando se pondera T2....

Se señalan protrusiones discales posteriores L4-L5 y L5-S1 que ocupan el espacio epidural anterior, improntan el saco tecal y contribuyen a estrechar los diámetros globales del canal espinal..."

Se da lectura de la Electromiografía con neurográficas motoras y sensitivas realizada el 11/04/2012 que con firma del Dr. Daniel Maggi dice: "... CONCLUSIÓN FINAL: el presente estudio electromiográfico es compatible con un cuadro de RADICULOPATIA IZQUIERDA, nivel L4 y L5, de curso crónico reagudizado, topográficamente preganglionar, con compromiso motor asociado.

no se evidencia signos neuro fisiológicos de neuropatía periférica, ni de atrapamientos de troncos nerviosos asociados..."

Se da lectura a Fs de 25 y 27 del Historial de un CUIL Respecto a Accidentes y a Fs 29 y 30 de la documental obrante en estos autos. En las primeras figura:

Fecha 18/02/2002; Diagnóstico: Cie 10 M545; Lumbago no especificado. Contractura dorsal inferior. Dolor lumbar. Lesión 098; Torceduras y Esguinces. Reg del cuerpo; 022; región Lumbosacra (Columna vertebral y músculos adyacentes).

Fecha 02/09/2006; Diag; M545:Lumbago.Lesión 07 Contusiones Reg. 022: Reg Lumbosacra. Fecha 27/05/2011; Diag; M545, Lumbago no especificado... Lesión; 007

contusiones. Región; 022; Región Lumbosacra (Columna vertebral y músculos adyacentes).

En las últimas en la que figura membrete que dice: Datos de la Empresa: Contrato: 0202496. Razón Social; TMT trade Marketing Technologies SA y a continuación se encuentra relatado a partir del día 27/5/2011 el accidente motivo de esta litis y su evolución de, ró dela atención

4

médica realizada por la ART con varias fechas de atención que finaliza el 28/06/2011 diciendo: "...Derrier Lorena ...Vertebra de Transición Lumbosacra, Discopatía Degenerativa Lumbar Múltiple...ptadas: Traumatismo Lumbar..." y el 29/06/2011 dice: "...23/06/2011. Dra Melgarejo Soledad: Lumbalgia Post traumática. L5 Rudimentaria con ...de Apófisis Transversa Derecha. Degeneración Discal L3-L4. HDL (Hernia Discal Lumbar) Extruída L4-L5...men Neural Izquierdo. Indico resolución quirúrgica. ...a RECHAZO DEL CASO.. .MEDICO TRATANTE...".

-h) Se da lectura del dictamen de la Comisión Medica n° 9 de Neuquen por incapacidad laboral emitido el 27/03/12 con respecto al siniestro acontecido al Actor de estos autos el 27/05/11. En la descripción del siniestro dice:"... mientras intentaba bajar una caja del rack parado sobre dos cajones, uno de ellos se dio vuelta y cayó al piso de espaldas.... El 16/06/11 le realizaron una resonancia nuclear magnética que informó discopatía de carácter degenerativo....el 29/06/11 fecha en que la Aseguradora le cortó las prestaciones por haberse diagnosticado una enfermedad inculpable., realizó consultas en el medio hospitalario y por intermedio de su obra social y el 08/11/11 fue operado con diagnóstico de hernia discal extruída...."

Más adelante continúa: "...Preexistencias: no son referidas por las partes ni constan antecedentes en el SSTM..."

Luego agrega: "...Estudios y/o Documentación presentada;

16/06/11 - Resonancia nuclear magnética de columna lumbar. Discopatía degenerativa L3-L4 con signos de deshidratación discal, abombamiento del anillo fibroso discal, desgarró del anillo fibroso discal posterolateral derecho y una pequeña protrusión disco!. Discopatía degenerativa L4-L5 L4 con signos de deshidratación discal, desgarró del anillo fibroso discal a nivel foraminal izquierdo y extrusión del material discal que produce marcada reducción del foramen neural izquierdo. A nivel L1-L2 también se

observa un pequeño desgarró del anillo fibroso discal a nivel foraminal izquierdo pero sin protrusiones focales significativas en el presente estudio.

29/06/11 - Carta Documento. ..."de acuerdo a los estudios realizados se ha diagnosticado que Ud. padece lesiones preexistentes e inculpables VERTEBRA DE TRANSICIÓN LUMBOSACRA, DISCOPATÍA DEGENERATIVA LUMBAR MÚLTIPLE.

20/09/11 - Radiografías de columna lumbosacra. Hemisacralización derecha de L5. Anterolistesis grado I de L4 sobre L5. 31/10/11 -Alta médica..."

En las Conclusiones de la Comisión Médica figura:

"...En la sesión ordinaria del día de la fecha (27/03/12), luego del análisis de la documentación y el examen efectuado en la audiencia a SCHUSTER, SERGIO GASTÓN, los integrantes de la Comisión Médica N° 9 concluyen:"... Que el examen efectuado en la audiencia no evidenció signos objetivos de enfermedad ni alteraciones de origen traumático, solo una cicatriz quirúrgica reciente sobre la columna lumbosacra. Que una resonancia nuclear magnética que puso en evidencia: Discopatía degenerativa L3-L4 con signos de deshidratación discal, abombamiento del anillo fibroso discal, desgarró del anillo fibroso discal posterolateral derecho y una pequeña protrusión discal. Discopatía degenerativa L4-L5 L4 con signos de deshidratación discal, desgarró del anillo fibroso discal a nivel foraminal izquierdo y extrusión del material discal que produce marcada reducción del foramen neural izquierdo.

Que estos hallazgos no guardan relación con el traumatismo referido por el trabajador ya que el mecanismo denunciado no es idóneo para producir tales cambios y corresponden a patología de carácter inculpable por las que la Aseguradora no se encuentra obligada a responder.

Que en base a este estudio la Aseguradora realizó un rechazo parcial del a

5

Por lo expuesto, en cumplimiento de las atribuciones que le otorga la Ley 24.557 de Riesgos del Trabajo y su normativa reglamentaria, la Comisión Médica NQ 9 dictamina: La contingencia traumatismo lumbar se caracteriza como accidente de trabajo;

La ART brindó las prestaciones en tiempo y forma para el tratamiento del evento

traumático y al momento actual se consideran suficientes.

El cese de la ILT se fija el 31/10/11 fecha que surge de la información que suministran las aseguradoras a la SRI

No se ha constatado incapacidad laboral permanente originada en el siniestro denunciado..."

Historia Clínica del Dr. Rebagliati:

01/07/13 "...En mayo del 2011 sufrió una caída de altura sobre los omóplatos=dolor lumbar intenso con sensación de debilidad en las piernas que no lo dejaban caminar más que unos metros sin ayuda. Inicialmente solo lo medicaron con diclofenac (TAC por guardia).Dicho estudio informa lisis bilat de L4. Como no mejoraba le pidieron una RMN que mostró hernia extruida del 4to con compromiso foraminal izq.(el 5to es transicional) Lo operó la dra Melgarejo a principios de Nov del 2011" ...le dan el alta el 12/2/12 no porque estuviera bien, sino porque había pasado suficiente tiempo POP.

Como siguió con discapacidad, la Dra. Laura Merlo le da certificados para que deje de trabajar en abril y pidió rever el caso con el Dr Barreiro. Gustavo le pidió otra RMN y EMG que mostraba compromiso de la raíz L5, de curso crónico agudizado con compromiso motor izq. Le indicó nueva cirugía, realizada en junio/12, por abordaje mínimo, mejorando mucho más que antes, pero no le desaparece, refiere calambres espontáneos y la imposibilidad de pararse sobre ese miembro sin dolor. Además le cuesta la dorsiflexión y refiere dedos en garra. (no son tan evidentes, pero la flexión plantar activa se encuentra limitada.

Menciona que antes de ocurrido el accidente escalaba, salía a la montaña y de campamento con su hijo, sin limitaciones ni dolor y ahora no puede realizar ninguna de esas actividades (ni correr el colectivo)..."

23/07/13 Rx no se ve la lisis, pero estaba informada en la TAC inicial. Se ve el pinzamiento del espacio operado..."

Informe de la interconsulta realizada con el Dr. Raúl Rebagliati: "El paciente Schuster Sergio, concurre a la consulta el día 01/07/13, enviado por el perito de la causa a fin de evaluar su patología actual y relación con el accidente sufrido en Mayo 2011.

Refiere haber caído de cierta altura sobre la parte superior de la espalda y omóplatos. Como consecuencia sintió un dolor agudo en la zona lumbar baja que lo invalidó para caminar sin ayuda durante varios minutos.

Fue llevado a la guardia donde se realizó TAC que mostró : 5° Lumbar transicional, tisis L4 bilateral y signos de espondilosis (hallazgo habitual en personas mayores de 35

años)

Como no evolucionó favorablemente se realizó una RNM que mostró más claramente la lesión discal. Hernia extruída L4 L5 con compromiso del neuro foramen izquierdo.

Con este diagnóstico fue operado en 2 oportunidades (Nov /2011 y Junio 2012).

En la actualidad refiere haber quedado con una gran limitación de su capacidad física, con dolor persistente lumbar c/ irradiación a MII (coincide con el resultado del estudio electromiográfico que muestra compromiso radicular L5 izquierdo).

Respecto de la relación de su lesión con el traumatismo ocurrido, es lógico suponer que fue desencadenante de la extrusión de material discal aguda, sobre un terreno predisponente. Bariloche; 23/10/13; Dr. Raúl Rebagliati, Médico MP 1515 Traumatologo".

9-Wh,\nA0.1111)

et"1"

4 /41~1 f

Or,

6

Gel

B.- ALGUNAS ACLARACIONES TÉRMINOLÓGICAS.-

"ESPONDILOLISIS; .En aproximadamente un 5 por ciento de la población adulta hay una fractura en una de las vértebras a nivel del punto de unión de las carillas articulares con el pedículo (lugar que se conoce como istmo). Es lo que se conoce como espondilolisis. La parte más frecuentemente afecta es la región lumbar inmediatamente por encima del sacro. Debido a las fuerzas constantes que el área experimenta, esta fractura no puede cicatrizar normalmente como sucede en otras zonas de la vértebra o en cualquier otro hueso."

Normal Espondilolisis

"ESPONDILOUSTESIS; A veces la vértebra con fractura de/istmo se desplaza hacia delante sobre la vértebra inferior. Esto es lo que se conoce como espondilolístesis ístmica del adulto. Hay otros tipos de espondilolístesis. La espondilolístesis degenerativa se produce como resultado de la artritis de las pequeñas articulaciones de

la columna vertebral (las facetas) y degeneración de los discos".

Columna lumbar normal

Espondilolistesis lumbar

Espondilolistesis lumbar

<http://www.neuros.net/es/espondilolistesis.php> / <http://www.clinica-neuros.com>

LUMBALGIA o lumbago es un término para el dolor de espalda baja, en la zona lumbar, causado por un síndrome músculo-esquelético, es decir, trastornos relacionados con las vértebras lumbares y las estructuras de los tejidos blandos como músculos, ligamentos, nervios y discos intervertebrales. Es importante un buen diagnóstico, descartando infección, cáncer, osteoporosis o lesiones que requieran cirugía, antes de comenzar el tratamiento para la lumbalgia inespecífica.

Se origina por distintas causas y formas, siendo las más comunes el sobreesfuerzo físico y las malas posturas. Personas que han nacido con espina bífida son muy vulnerables a poseer una lumbalgia resistente en alguna etapa de su vida.

La lumbalgia puede estar producida en casos, por el Síndrome de miositis tensional, o ser derivadas de enfermedades genéticas del colágeno.

Por otro lado existen fuentes o tipos de dolor lumbar; el dolor facetario, en el cual existe una inflamación entre 2 articulaciones cigoapofisiarias (dolor específico), otro tipo de dolor lumbar es el discógeno, donde el disco intervertebral posee una lesión que genera dolor (dolor difuso,

Dr. Al.

W1"

6"

7

en una zona inespecífica), otra fuente de dolor es la compresión radicular, donde la vértebra comprime la salida de los nervios que se dirigen hacia las piernas (el dolor irradiado hacia las piernas) conocido como ciática: otra causa de dolor puede ser una contractura muscular, una disfunción de la articulación sacro-ilíaca, o por algún órgano que refleje su disfunción en la zona lumbar, como los riñones e intestino delgado.

Los procesos lumbares pueden ocurrir de distintas maneras:

Lumbalgia aguda sin radiculitis: Dolor de naturaleza lumbar de aparición inmediata (aguda), se puede extender por la extremidad inferior, a veces no más allá de la rodilla, habitualmente sin radiculitis. Es producida por una torsión del tronco o un esfuerzo de flexo-extensión. Compresión radicular aguda: Inflamación de una raíz nerviosa de forma aguda, en un 90% causada por hernia discal.

Atrapamiento radicular: Irritación de la raíz nerviosa por el desarrollo de procesos degenerativos (espondilosis).

Claudicación neurógena: debido a un dolor muscular de naturaleza nerviosa.

LUMBOCIÁTICA O LUMBOCIÁTALGIA;

Es el "dolor lumbar irradiado a lo largo de/trayecto del nervio ciático". La lumbociática es un cuadro de relativa frecuencia. Puede iniciarse en forma brusca, que es lo más habitual, o insidiosa, con cuadros previos de dolor lumbar puro.

ETIOLOGÍA o causa;

Es producido por la compresión radicular, que limita o impide el deslizamiento de la raíz. Lo que provoca finalmente el dolor es el estiramiento de las raíces nerviosas, cuyo deslizamiento está impedido por la compresión. También la compresión sobre los plexos venosos periradiculares produce edema y liberación de neurotransmisores del dolor.

Existen muchas causas que pueden comprimir e impedir el deslizamiento de las raíces, como tumores vertebrales, traumatismos, fenómenos inflamatorios, etc. Pero la gran mayoría de las veces es la hernia del núcleo pulposo (90%) que comprime la raíz en la emergencia del saco, en el trayecto del foramen o a su salida.

Generalmente la hernia se produce en forma brusca en los jóvenes o lenta e insidiosamente en enfermos de mayor edad.

ETIOPATOGENIA O CAUSA DE LA LESION DEL DISCO INTERVERTEBRAL

El inicio brusco de la hernia se produce por ruptura de las laminillas fibrosas del anillo del disco. en su parte posterior ante una sobrecarga exagerada, por la cual hace prominencia el núcleo pulposo.

El anillo fibroso es más débil en la parte posterior, ya que es más delgado por presentar menos tejido entre las laminillas a ello se asocia el hecho que el ligamento longitudinal posterior se hace más angosto a nivel de L4-L5 y L5-S1 donde se produce el 96% de las hernias.

En la forma de aparición insidiosa de la hernia discal se produce un trastorno del colágeno con degeneración progresiva del núcleo y del anillo, perdiendo /a capacidad de

retener agua por alteración de uno de SLIS componentes, los mucopolisacáridos. Cuando se combinan fenómenos degenerativos y sobrecarga, puede producirse protrusión del núcleo pulposo. Así, es el trauma o sobrecarga el factor desencadenante en la aparición de la hernia.

Cuando este disco vertebral está afecto a un proceso degenerativo, pierde la capacidad de retener agua, se deshidrata y disminuye de espesor. Radiográficamente la imagen es similar: clínicamente hay dolor lumbar por alteración de la dinámica de las pequeñas articulaciones, generando el síndrome facetario, pero también hay dolor radicular

Cuando el anillo discal está alterado y el núcleo se desplaza hacia atr haciendo prociencia,

-,.

ligitli 111>\n/ jil a.. .00 elio . • -.lar

r %V P lit 14 e 14

8

sin que éste anillo se rompa, se habla de hernia protruida. Cuando se produce la ruptura del núcleo pulposo a través del anillo fibroso, pero sin atravesar el ligamento longitudinal anterior o posterior, se llama Prolapso. Cuando el anillo se rompe y el material del núcleo sale de su espacio, se habla de hernia extruida, si este fragmento se separa se habla de hernia secuestrada, que a su vez puede migrar hacia proximal, distal, lateral o medial.

TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTADA (TAC)

"La Tac utiliza rayos X, es más rápida de realizar, tiene menor resolución, es más económico y se utilizan para detectar fracturas óseas, tumores craneales, etc...

Actualmente es el examen más utilizado para el diagnóstico de la Hernia de Núcleo Pulposo y su posterior cirugía. Da la ubicación exacta de la hernia en cuanto al nivel, el lado, la dirección de migración, su tamaño, sugiere el tipo de hernia en el sentido de si es protruida o extruida. Tiene algunas limitaciones, como es no poder demostrar la anatomía intratecal, por lo que no se puede hacer el diagnóstico diferencial con tumores, aracnoiditis o entre hernias recidivadas y agudas.

RESONANCIA MAGNÉTICA

"La resonancia magnética es un aparato que ejerce al paciente un campo magnético muy intenso y de una frecuencia específica.

La resonancia magnética es el procedimiento que permite ver mejor los tejidos blandos,

es decir, todos los componentes que no son hueso. Aunque también permite ver el hueso, éste se ve mejor con el escáner de la TAC.

La RM produce, además, imágenes más detalladas de los órganos y las diferencias entre los tejidos normales y anormales suelen ser más claras que con el TAC. Por otro lado, no utiliza radiaciones ionizantes (que pueden ser peligrosas), como si hacen los aparatos de rayos X."

La RMN no utiliza rayos x y si campos magneticos, es mas lenta de realizar, mayor resolución y se aplican para valorar lesiones tendinosas, musculares y partes blandas (meniscos, quistes. etc...)"Es el último recurso que se tiene para complementar el diagnóstico clínico de HNP y su diagnóstico diferencial con otras patología que ocupan espacio en el canal raquídeo y en la foramina. Tiene mayor capacidad de discriminación entre las masas blandas que ocupan espacio dentro y fuera del espacio dural.

Electromiografía

Su máxima utilidad está en ayudarnos a saber cuando una radiculopatía es antigua o reciente o en seguir la evolución de una raíz que se ha descomprimido. También ayuda en el diagnóstico diferencial con polineuropatía, neuropatías, enfermedad de la placa motora, etc.

El diagnóstico de compresión radicular es claramente clínico. La mayoría de las veces se debe a hernia del núcleo pulposo (90%), pero hay que considerar que existen otras causas, con las cuales se debe hacer el diagnóstico diferencial.

C.- CONSIDERACIONES MÉDICO LEGALES.-

Dados los síntomas y signos hallados en el Actor de Autos Sr. SCHUSTER, SERGIO GASTÓN, de 39 años de edad, tanto en las entrevistas periciales como en la interconsulta realizada con el especialista traumatólogo, las mismas coinciden en gran medida con la documental obrante en autos en lo que respecta a la descripción de los Hechos, la no existencia de preexistencias, como así también lo que dice la Comisión Médica N° 9, la que dictamina el 27/03/12 que: "...La contingencia traumatismo lumbar se caracteriza como accidente de trabajo...

Una síntesis de los hechos es la siguiente: el día 27/05/2011 al momento de bajar de una estantería unas cajas de alimentos que se encontraban a unos 2,5 m de altura, se cayó y se lesionó al intentar subir a

9

4ff1,itaOh

un par de cajones de plástico de transporte de cerveza ya que no había escaleras necesarias para tal fin. Al tomar las cajas con sus manos, apoyó una de sus piernas en la estantería para no caerse pero no pudo mantener el equilibrio y al ver que las cajas se le venían encima, las empujó con sus manos para evitarlo mientras los dos cajones sobre los que estaba subido se fueron hacia adelante cayendo él hacia atrás con lo que golpeó con la región cervicodorsal y omóplatos en el suelo, deslizándose luego por unos metros en el piso. Después de esto no se podía mover debido al dolor. Una ambulancia lo trasladó al Sanatorio San Carlos y en la guardia le hicieron una Rx de columna y como tenía un gran dolor en la región lumbosacra, más cuando intentaron sacar una faja que llevaba puesta por lo que con la misma colocada, le hicieron una TAC (Tomografía), le administraron calmantes y lo internaron por un día. Vio al Traumatólogo de la ART quien le indicó Diclofenac, una semana de reposo y una RNM (Resonancia). Lo derivaron a la Dra. Laura Merlo de la ART quien indicó cirugía que se haría en el mismo Sanatorio San Carlos. Una semana después, estando en preparativos quirúrgicos, le informaron de la ART que por padecer una enfermedad crónica preexistente no le cubrían más tratamientos y debía hacerse operar por medio de su Obra Social.

De su Obra Social tampoco lo enviaron nuevamente a la ART por considerar que era de su responsabilidad, por lo que se dirigió al Hospital Zonal Bariloche donde, atendido por el Dr. Barreiro, le indicó nuevamente la cirugía y lo derivó también a la Obra Social mediante la que el 06/09/011, después de tres meses sin cobertura, fue operado por la Dra Melgarejo por la O.S., que en Febrero del 2012 le da el alta laboral por considerar que ya había transcurrido el tiempo necesario del postoperatorio.

De regreso a las tareas habituales lo hace con gran dolor, caminando con gran dificultad; pidió Junta Médica la que se hizo en Marzo/012 en Neuquén. Determinaron que no tenía inconvenientes para realizar tareas normales. A su regreso seguía con dolores, consultó nuevamente con la Dra. Merlo que lo derivó al Dr Barreiro que indicó nueva RNM y electromiograma a partir de los que indicó una nueva intervención y lo operó en Junio del 2012. Se sintió mucho mejor y mejoró su deambular. En el Postoperatorio le indicaron que no debía levantar pesos mayores de 1,5 kg y Fisio y Kinesioterapia.

En resumen la cobertura de asistencia médica por parte de la ART se efectuó durante 34 días y la Incapacidad Laboral Temporaria (I LT) fue de 158 días

En cuanto a la interpretación de, los Hechos y los hallazgos obtenidos en los exámenes clínicotraumatológico, no son coincidentes ya que entre los dictámenes de la ART y la

Comisión Médica n° 9 (I.-, -g) y h a fs. 4 y 5), y este Perito Médico y lo interpretado en interconsulta con el profesional traumatólogo, las opiniones son divergentes (I.-, -j) a fs 6, informe Dr. Rebagliati).

Concretamente el actor se subió a elementos inestables para cumplir con su labor en razón de no existir los elementos necesarios para ese fin; una escalera. Al caer hacia atrás, desde una altura mayor de la propia, golpeando en el suelo con la parte superior de su espalda y omóplatos se produjo un traumatismo del que se puede interpretar que el mecanismo ha sido suficientemente idóneo para provocar la Hernia de disco a nivel L4 L5 (ver ACLARACIONES). En este caso para que se produjera esta hernia del tejido nuclear, existió el trauma que produjo sin duda una brecha en las fibras colágenas del anillo fibroso ya que existió una fuerza o lesión compresiva producida por la aplicación repentina de la fuerza proveniente de la caída sobre la espalda y el peso del sector inferior del cuerpo del actor, de la cintura para abajo, sin duda actuó como compresor sobre la columna vertebral afectándola con la extrusión discal (hernia de disco) descrita en las RNM, lesión que no fuera tenida en cuenta ni por la ART ni por la Comisión Médica n° 09, dejando en claro que más allá de que en el actor eran otras

<1141

lieweillk-1"4104 ocis

10

411145 4I4 P Jt

anormalidades óseas (espondilólisis y espondilolistesis; ver ACLARACIONES), las mismas que se pueden considerar terreno predisponente, no tendrían en sí mismas y por si solas la capacidad de producir la lesión de marras, la que causa y efecto, habría sido provocada por el accidente motivo de esta litis. Se puede aclarar en este punto que dichas anomalías se podrían haber descubierto en exámenes físicos en salud ya que el actor contaba con una historia de lumbalgias previas (I.-, -g) a fs.4 "in fine") lo que seguramente hubiera significado una reubicación en puesto de menor riesgo o soluciones alternativas.

A partir de este ingrato hecho, da inicio a una serie de situaciones lesivas que se fueron encadenando como eslabones posteriores al accidente de marras, hasta llegar al estado actual en que el Actor presenta un cuadro de incapacidad tal, que las lesiones anatómicas provocan una serie de limitaciones funcionales y molestias que en la práctica serían imposible de revertir con tratamientos quirúrgicos que estarían

contraindicados y quizá con leves y pasajeras mejorías con tratamientos fisioterapéuticos, del dolor y psicológicos debido al estado de angustia que presenta..

Esto ocurre debido a que en las cirugías correctivas intentadas para subsanar la hernia de disco, la primera no tuvo una mejoría acorde con lo esperado lo que provocó una nueva intervención que logró mejorar el cuadro inicial pero tampoco fue "ad íntegrum". Esto puede haber ocurrido a causa de que durante la cirugía puede producir, una isquemia de las raíces nerviosas, lo que tiene como consecuencia la aparición de los trastornos neurológicos que fueron expuestos en la electromiografía: "RADICULOPATIA IZQUIERDA, nivel L4 yL5, de curso crónico reagudizado..., con compromiso motor asociado..", que se pueden traducir en dificultades al deambular y en las limitaciones constatadas a nivel de ambos tobillos y los dedos en garra del pie izquierdo.

Por otro lado, con respecto a la hernia de disco en sí, en las RNM realizadas, no se describe una generalización de enfermedad discal crónica, sino que se especifican en forma muy concreta las lesiones discales localizadas en la región lumbar. Por lo tanto la discopatía mencionada como "MÚLTIPLE" por la Comisión Médica, se encuentra acotada a tres discos solamente, como se menciona en la: RNM de 116 de JUN 2011 en la que consta al respecto: "...Discopatía degenerativa L3-L4 con signos de deshidratación discal, abombamiento de! Anillo fibroso discal, desgarró del anillo fibroso discal postero lateral derecho y una pequeña protrusión discal Estos hallazgos producen ligera reducción de ambos forámenes neurales. Discopatía degenerativa L4-L5 con signos de deshidratación discal, desgarró del anillo fibroso discal a nivel foraminal izquierdo y extrusión del material discal que produce marcada reducción del foramen neural izquierdo.

A nivel L1-L2 también se observa un pequeño desgarró del anillo fibroso discal a nivel foraminal izquierdo pero sin protrusiones focales significativas en el presente estudio...."

En la RNM del se encuentra apuntado en el mismo sentido: "...Existen cambios degenerativos en los dos últimos espacios intervertebrales lumbares evidenciados por la disminución de altura y por la hipointensidad de los discos cuando se pondera T2....

Se señalan protrusiones discales posteriores L4-L5 y L5-S1 que ocupan el espacio epidural anterior, improntan el saco fecal y contribuyen a estrechar los diámetros globales del canal espinal..."

Esto explica que al no existir imágenes de cronicidad en muchos de los Discos

Intervertebrales, que representarían una enfermedad degenerativa generalizada, lo que se ve objetivamente ya que solo hay imágenes de lesión localizada en los discos intervertebrales mencionados, por defecto, queda en claro que no existe una enfermedad degenerativa previa e inculpable, sino que las lesiones se produjeron a causa del hecho accidental motivo de estos Autos. Esto induce a concluir que la causa de las Hernias Discales motivo de esta Li es el Accidente de

LOGI

11

Trabajo denunciado ya que por un lado no existiría en el actor de autos, una enfermedad degenerativa previa en la estructura de los discos intervertebrales de la columna vertebral y por el otro lado, sí existiría un nexo causal directo entre el hecho denunciado, las hernias de disco y sus consecuencias y secuelas: dos cirugías de Columna, y las limitaciones funcionales actuales en los movimientos de la columna dorsolumbar y de ambos miembros inferiores.

Esta lesión diagnosticada tal como ha sido evaluada y sus consecuentes limitaciones funcionales, debe ser ubicada en la tabla de Baremos correspondiente, por lo que a la luz de la Ley en vigencia, en este caso el del ANEXO Decreto 659/96 de la ley 24557 y siguiendo las normativas en ella expresadas en el capítulo OSTEOARTICULAR, apartado correspondiente a Limitaciones Funcionales de la Columna Vertebral; en este caso la columna Dorso Lumbar, teniendo en cuenta los hallazgos anotados en A.-, -a); Examen físico a fojas 3 de la presente, tenemos que la movilidad de la columna vertebral a nivel dorsolumbar tiene los siguientes resultados: Flexión: 0° a 50°, Extensión: 00 a 14°, Inclinación lateral derecha: 0 a 15°, Inclinación lateral izquierda 0° a 17°, Rotación derecha 0° a 26°, Rotación izquierda 0° a 6°.

Por otro lado se deben sumar las Limitaciones Funcionales correspondientes a las secuelas neurológicas de índole motor en los miembros inferiores, que se pueden merituar a nivel de la articulación de ambos tobillos y que a fs. 3 "in fine" hemos anotado y dice:

Tobillo derecho: Flexión dorsal de 0° a 18°. Flexión plantar de 0° a 40°. Inversión: de 0° a 23°. Eversión: de 00 a 20°

Tobillo izquierdo: Flexión dorsal de 0° a 10°. Flexión plantar de 00 a 13°. Inversión de 0° a 12°. Eversión de 0° a 18°.

II.- CONCLUSION.-

Con el fin de completar lo más acabadamente posible el informe en cuanto a la pericia asignada, se ha tenido en cuenta el Concepto de Baremo que como dijera el Dr. Álvarez Chavez en su obra "Nueva Ley de Accidentes de Trabajo, Ley 24.028 Edit. La Rocca 1992, pag. 129: "Los Baremos auxilian (orientan) tanto al perito como al Juez en el afán de resolver con justicia y equidad, los derechos de los incapacitados."

Por lo tanto, este Perito a la luz de la Ley en vigencia y siguiendo las normativas en ella expresadas, toma lo anotado en el capítulo II.- CONSIDERACIONES MÉDICO LEGALES.- ANEXO Decreto 659/96 de la ley 24557, en el capítulo OSTEO ARTICULAR, en el apartado correspondiente a Limitaciones Funcionales de Columna Dorso Lumbar: ubicamos el baremo a partir del cual se estipula la Incapacidad Funcional (Movimientos de Excursión desde 00 a... x°)

Flexión: 0° a 50° =4 %

Extensión: 0° a 14°=1,5

Inclinación lateral derecha: Da 15°=0,5 %

Inclinación lateral izquierda 0° a 17° =0,5%

Rotación derecha 0° a 26° =0,5 %

Rotación izquierda 0° a 6°.=4,5 %

La suma de las Limitaciones Funcionales para la movilidad da una incapacidad para la Columna Vertebral Dorso lumbar TOTAL del 11,5%.

A continuación siguiendo el mismo criterio se hace lo mismo con respecto a las limitaciones

funcionales de ambos tobillos: Tobillo derecho:

Flexión dorsal de 0° a 18°= 0,5%. Flexión plantar de 0° a 40°= 0%. Inversión: de 0° a 23°= 0,5%. Eversión: de 0° a 20°= 0%.

12

Tobillo izquierdo:

Flexión dorsal de 00 a 10°= 2%.

Flexión plantar de 0° a 13°= 3,5%.

Inversión de 0° a 12°= 1,5%.

Eversión de 0° a 18°= 0,5%.

Sumando las Limitaciones Funcionales da una incapacidad para la ambos Tobillos del

8,5%.

Los porcentajes de limitación se suman aritméticamente cuando son varios los movimientos afectados por lo tanto la Incapacidad generada por las Limitaciones funcionales que padece el Actor y que debe ser expuesta a los Factores de Ponderación es la suma de ambas cifras (8,5% + 11,5%), lo que da un TOTAL del 20%.

De acuerdo al tiempo; contando el actor con una incapacidad "parcial", la misma debería ser "permanente" desde la óptica de la Ley 24.028 (pag. 121 del libro del Dr. Álvarez Chavez), que en su art. 8, inc. d, dice: "Transcurrido un (1) año la incapacidad se considerará permanente a los efectos de esta Ley.", y se actualiza en la Ley N° 24.557, capítulo III, artículo 7, inciso 2. La situación de Incapacidad Laboral Temporaria (ILT) cesa por: c): "Transcurso de un año desde la primera manifestación invalidante". Tiempo que en el caso de autos está superado.

En cuanto a los Factores de Ponderación a aplicar, según se interpreta del artículo 8, inciso 3) de la Ley 24.557 sobre Riesgos del Trabajo, que dice: "El grado de incapacidad laboral permanente... ponderará entre otros factores, la edad del trabajador, el tipo de actividad y las posibilidades de reubicación laboral". Por lo tanto a la Incapacidad Funcional del 11% se le deben adicionar los Factores de ponderación:

Tipo de Actividad: Alta (0% al 20%) 20% del 20% 4,0%.

Recalificación Laboral; Amerita (10%) 10% del 20% 2,0%.

Edad: de 31 y mas años: 39 años (0% al 2%)...2% 2,0%.

Porcentaje de los Factores de Ponderación; TOTAL 8,0%

El que sumado a la Incapacidad Funcional del 20% da una:

INCAPACIDAD LABORAL PARCIAL Y PERMANENTE DEFINITIVA del 28%.

Cifra que de acuerdo a lo expresado este Perito orienta, respetuosamente lo dice, en su aplicación a VV. SS., en quien queda el criterio final de la asignación del valor definitivo de la incapacidad que padece el actor de autos

SOLICITO A VV. SS. DE POR ELEVADA Y CUMPLIDA LA PERICIA MÉDICA EN TIEMPO Y FORMA.-

ADJUNTO COPIAS PARA LAS PARTES.-

ADJUNTO INFORME PROFESIONAL DEL DR RAUL REBAGLIATI.-

ADJUNTO CD CON IMÁGENES RX DE COLUMNA DLUMBAR (1010712013).-

ADJUNTO COMPROBANTES Y RENDICIÓN DE GASTOS.-

SOLICITO A W. SS. ASIGNE A ESTE PERITO MÉDICO LOS HONORARIOS QUE

CORRESPONDAN POR LA LABOR CUMPLIDA.-

PROVEER DE CONFORMIDAD

SERÁ JUSTICIA.-

///Carlos de Bariloche, 14 de noviembre de 2013

---A fs. 210/212: Agréguese rendición de gastos, téngase presente, hágase saber.

---A fs. 213/225: Del informe pericial, córrase traslado a las partes por el término de 5 (cinco) días. Notifíquese. (art 18, inc. ñ, ley 1504). Confección y diligenciamiento a cargo de la parte.-

SANTIAGO MORAN

Secretario

(Firmado digitalmente)

En igual fecha se reserva sobre 24093/12(ch) conteniendo Cd. CONSTE.

SANTIAGO MORAN

Secretario

(Firmado digitalmente)

San Carlos de Bariloche, 14 de noviembre de 2013.-

---VISTOS: Los autos caratulados “SCHUSTER, Sergio C/ PREVENCION ART S.A S/ APELACION LEY 24557” Expte. N° 24093/12; y

---CONSIDERANDO:

---Que el Dr. Rodolfo Galosi solicita se regulen sus honorarios por la labor cumplida como perito.-

---Que, atento al estado de autos, corresponde acceder a lo peticionado.-

---Por ello, SE RESUELVE:-

---I) REGULAR los honorarios del Dr. Rodolfo Galosi provisoriamente, por la labor cumplida en autos, en la suma de \$ 2.500, la que podrá incrementarse al momento de

dictar sentencia definitiva. Dichos honorarios se encuentran a cargo de la demandada.-

---II) NOTIFIQUESE, regístrese y protocolícese.-

JUAN A. LAGOMARSINO

Presidente

CERTIFICO: Que la sentencia que antecede ha sido protocolizada bajo el N° _____
en el Tomo N° I del año 2013 bajo Folios N° _____. CONSTE.-

SECRETARÍA, de de 2013.-

SANTIAGO MORAN

Secretario