

INDIVIDUO 1

Individuo situado sobre los Individuos 22, 27 y 19. El Individuo 1 se hallaba en el borde NW de la fosa, colocado en decúbito prono, y en perpendicular al eje central mayor de la tumba, en dirección SW-NE (cabeza-pies). El cuerpo se adaptaba a los contornos de la fosa, estando los pies en la esquina Norte y la cabeza mostrando un escorzo para ubicarse en la esquina Oeste (W) de la tumba, ya en paralelo con el borde SW.

Se ha recuperado el húmero, cúbito y radio derecho, en conexión estrecha, que buzaban hacia el interior de la tumba y hacia abajo ligeramente, la mano derecha situada en lateral, colocada de lado, mostrándose el dedo 5 hacia arriba, y situada a la altura del cuello femoral derecho. También se recuperó parte de la escápula derecha en prono y el tercio lateral de la clavícula derecha. El húmero derecho se encuentra bastante completo, aunque en muy mal estado de conservación en la zona de la cabeza humeral. La parte distal se encuentra totalmente recuperada. La cabeza del radio se encuentra en conexión estrecha y buzando hacia el interior de la tumba y hacia abajo. Se conservó bien el tercio anterior del radio.

Las dos piernas se encuentran en prono, la derecha ligeramente flexionada, adaptándose al borde de la fosa, con el pie hacia el borde exterior de la fosa, en la esquina Norte. La pierna izquierda se encuentra más estirada, con el pie en prono total en las esquina Norte, mostrando la cara plantar de metatarsos y falanges. Se recuperaron ambas rótulas, faltando algunos huesos del tarso y metatarso. Distancia entre cabezas femorales 97 mm. La separación de rodillas y tobillos parecen descartar el enfardamiento del cadáver.

El fémur derecho parece muy robusto, con una epífisis distal muy ancha y fuerte. La diáfisis es muy robusta también. Todas las conexiones son estrechas. La rótula se encuentra en posición, sin desplazamiento.

La pierna izquierda se encontraba muy completa en su parte distal, con el pie en prono total. Todas las conexiones son estrechas. La tuberosidad tibial no muestra ninguna señal de inserción fuerte del tendón rotuliano. El peroné es muy grácil, pero se conservó completo, salvo la cabeza, que se encontraba aplastada junto con la de la tibia. La rótula izquierda se conservó entera, completa. Sin peine.

No se ha recuperado ni el cráneo ni la pelvis. Solamente algunos dientes y fragmentos mandibulares. Las facetas articulares de las vértebras torácicas recuperadas no presentan signos artrósicos.

Todas las piezas óseas conservadas estaban en posición anatómica y todas las conexiones observadas eran estrechas. Enterramiento en espacio colmatado.

SEXO: Masculino. Según la robustez general y discriminantes teniendo en cuenta las variables métricas más importantes del húmero derecho (Ríos, 2005).

EDAD: Adulto Joven. Según el desgaste dental de las piezas recuperadas, **entre 25 y 35 años.**

ESTATURA. Entre 165 y 167 cm (Genovés, 1967), según las dimensiones de los huesos largos de los brazos, estaría en un valor cercano a 164 cm y según los de las piernas, 166 cm. Según

Ángel y Cisneros (2002), la estatura estaría sería de 164 cm y según Mantilla Hernández et al. (2005), estaría en torno a 161-162 cm.

Según el método Pearson (1899), y el de Manouvrier (1892), la estatura estaría en torno a 164 cm. 166 cm según el método de Olivier y Pineau (1960)

DATOS ANTROPOLÓGICOS BÁSICOS.

Índice de robustez del radio derecho de 15.60 (un valor de robustez bajo). El índice de *platibraquia* del húmero derecho está dentro de la categoría *Euribraquio*, sin apenas aplastamiento.

La pilastra femoral es *fuerte* (izquierdo) y *normal* (derecho). Las rótulas tienen un índice rotuliano alto, dentro de la categoría de *Patela ancha*.

En general y en comparación, el individuo es más robusto de piernas que de brazos. Sus proporciones corporales entre extremidades superiores e inferiores son *mesoquéricas*, con brazos cortos con respecto a la longitud de las piernas.

PATOLOGÍAS.

Presencia de algunas caries en molares.

La caries dental es una enfermedad infecciosa, progresiva, crónica y multifactorial (Sathyanarayanan y Carounnandy, 2002), donde la progresiva destrucción de la estructura dental se inicia a partir de la actividad microbiana de un grupo de bacterias, siendo la principal *Streptococcus mutans*, aunque el *Lactobacillus*, *Actinomyces* y otros tipos de *Streptococcus* también influyen en menor medida (Palomer, 2006). Se caracteriza por la desmineralización localizada de los tejidos dentales duros, causada por ácidos orgánicos producidos por la fermentación de estas bacterias con dietas carbohidratadas, especialmente azúcares (Newbrun, 1982; Larsen, 1982, 1987a, b; Herrerin, 2004; Baxarías y Herrerin, 2008).

La caries en este individuo se presenta en la cara oclusal de varios molares, en un estado incipiente de desarrollo (flechas rojas). En este caso, se trata de lesiones que afectan solo al



Esmalte, o sea, lesiones superficiales, que no afectan la dentina.

También observamos una caries en un molar en la línea amelocementaria (LAC), en la línea que marca el límite entre corona y raíz. En este caso, se observa dentina, lo que se considera una lesión de gravedad media, sin llegar a la pulpa

Periodontitis en mandíbula.

Se entiende por enfermedad periodontal a la degeneración intermitente de los tejidos que envuelven y dan soporte al diente (Delgado, 2009). Esta patología es el resultado de una infección en el hueso alveolar y los tejidos adyacentes, es causada por la acción de microorganismos infecciosos que provocan la regresión del hueso alveolar, ya sea como una reducción horizontal de la cresta del proceso alveolar o como un descenso irregular (White y Folkens, 2005).

En este individuo podemos observar los dos tipos. En primer lugar, un patrón observado de *pérdida horizontal de hueso*, lo que indica una enfermedad periodontal general en toda la mandíbula, en este caso de carácter leve/moderado. Podemos observar la distancia existente entre la línea de unión entre el cemento y el esmalte dental (**CEJ**, Cemento Enamel Junction; flecha amarilla) y la cresta alveolar (**AC**; flecha blanca). Se observa un Retroceso Alveolar, indicador de reabsorción alveolar debida a patologías periodontales. En este caso, la presencia es *leve/moderada*, con una pérdida de entre 3 y 6mm de soporte óseo periodontal.

También se observa el otro patrón no uniforme comúnmente referido como pérdida vertical de hueso, en este caso en las raíces del canino y el primer premolar inferior derechos (13 y 14). No se han recuperado las piezas, que se perdieron *antemortem*. Esta forma, denominada *localizada*, ocurre normalmente en una localización interdental, creciendo verticalmente hacia arriba e infectando las raíces dentales próximas y el hueso alveolar de dos dientes vecinos, como ocurre en este caso.



Sarro:

También hemos anotado la presencia de sarro en prácticamente todos los dientes recuperados (flechas rojas).

Se entiende por cálculo dental a los depósitos calcificados que se encuentran sobre los dientes y estructuras sólidas de la cavidad oral. Esencialmente es placa dental mineralizada cubierta en su parte más externa por placa bacteriana vital no mineralizada (Chimenos y Callejas, 1998). Estos depósitos de tártaro o sarro generalmente acompañan la presencia de patología periodontal. En este caso la presencia es *Supragingival* (sobre la corona) y valorada como *escasa*, y no ocupando nunca las caras oclusales de los dientes.



Desgaste dental.



El desgaste dental es considerado como medio/bajo, acorde con una estimación de edad de un adulto entre 25 y 35 años. Sin embargo, hemos anotado un desgaste muy superior en los incisivos centrales superiores, no acordes con los hallados en los molares y demás piezas dentales. Este desgaste superior en comparación, lo atribuimos a prácticas culturales que implicarían un uso de la boca como “tercera mano” para sujetar diferentes cosas mientras se las manipula.

En el esqueleto postcraneal, hemos anotado la presencia de varias entesopatías. Una de ellas en la epífisis distal del peroné izquierdo. En este caso se trata del *ligamento*

peroneo-astragalino posterior (flecha roja), que tiene como función la de estabilizar el desplazamiento posterior del astrágalo. Se trata de un ligamento muy resistente, el más fuerte del compartimento lateral, que rara vez se lesiona, excepto en los traumatismos graves del tobillo. En este caso, la calcificación de esta inserción puede indicarnos una actividad diaria con caminatas fuertes y sobre terrenos no uniformes. La presencia de un peine en la rótula izquierda, en la inserción del tendón del cuádriceps y en la del rotuliano, también nos puede apuntar hacia una actividad física relacionada con la marcha.

Por último, hemos anotado la presencia de un peine en el calcáneo izquierdo (flecha roja).

Esta enthesopatía es una exóstosis ósea, debida a estrés repetitivo o a un trauma agudo, en la apófisis medial de la tuberosidad del calcáneo (*processus medialis tuberis calcanei*), zona de inserción del tendón del músculo flexor largo del dedo gordo (m. *flexoris hallucis longus*; acción: flexor plantar y supinador del pie y flexor del dedo gordo; Feneis, 1994) y del flexor común de los dedos (m. *flexor digitorum longus*; acción: flexor plantar y supinador del pie y flexor de los dedos; Feneis, 1994).



Esta calcificación de la inserción de la fascia plantar está unida a estrés repetitivo, trauma agudo, sobrepeso o uso de calzado inadecuado para un terreno que puede no ser regular. Esta prominencia ósea puede ser dolorosa al caminar, dificultando el apoyo del talón, obligando a caminar sobre el borde externo del pie y ocasionando a veces una inflamación en la zona que lo rodea. Esta dificultad al apoyar puede ser la causa de la entesopatía en el peroné, ya comentada.

También se aprecia una calcificación de la zona de inserción del tendón de Aquiles (tendón calcáneo; flecha blanca), también unido a marchas repetitivas y/o sobre terreno irregular o uso de calzado inadecuado. La bolsa retroaquílea puede presentar calcificaciones, como en este caso. Esta bursitis o engrosamiento de la parte postero superior de la inserción del tendón Aquileo, conduce a una osificación, engrosamiento y prominencia de la apófisis posterior del calcáneo, y es conocida como enfermedad de Haglund.