

### INDIVIDUO 3

Individuo situado sobre el Individuo 8, que está ligeramente más hacia el borde que el 3 y al lado del 6, que se encuentra más al interior de la tumba. El individuo 3 se hallaba cercano al borde NE de la tumba, en una posición de decúbito prono, ligeramente ladeado y paralelo al eje central mayor de la tumba, en dirección SE-NW (cabeza-pies), con la cabeza cercana a la esquina Este de la fosa y los pies ligeramente apuntando hacia la esquina Norte.

Lo primero que se encontró fue un fragmento de hueso en el borde NE de la tumba, situado por encima del nivel de ocupación principal. Se trataba de la diáfisis del húmero izquierdo.

El resto es un individuo subadulto del que se ha encontrado el brazo derecho en posición lateral con la cara medial de aparición. Se ha recuperado el húmero, el cúbito y el radio derechos. El brazo derecho se encuentra estirado y colocado a lo largo del eje del cuerpo. Su orientación es lateral, cara de aparición medial, y la mano en posición palmar.

Se recuperó parte del cráneo fragmentado, y algunos dientes sueltos. Los dos fémures, en lateral inclinados hacia el borde de la tumba, y las piernas estiradas y paralelas a la altura de las tibias. Los pies también paralelos.

La anchura mínima entre las dos cabezas femorales era de 17 cm. La anchura entre Rodillas anchura 12 cm. La distancia entre rodillas no permite descartar el enfardamiento del cadáver, aunque tampoco confirmarlo.



Todas las piezas óseas recuperadas estaban en posición anatómica, con conexiones articulares estrechas. Enterrado en espacio colmatado.

Se trata de un individuo subadulto. La longitud máxima del fémur derecho, sin epífisis, fue de 382 mm. Los metacarpos se encuentran sin su epífisis distal, aunque la proximal si se encuentra soldada.

La epífisis proximal del cúbito y radio estaban sin fusionar.

En general, parece muy robusto, para ser un individuo subadulto.

SEXO: Al tratarse de un

individuo subadulto, no se consideró estimar su sexo.

**EDAD:** SUBADULTO. Según la fusión de algunas epífisis, y la falta de fusión de otras, **entre los 14 y 16 años.**

**ESTATURA:** La longitud medida *in situ* fue de 157 cm. Según las dimensiones del húmero (incluidas epífisis), estaría en un valor cercano a 155 cm (Genovés, 1967); según el cúbito (incluidas epífisis), 157 cm (Genovés, 1967); y según el fémur (incluidas epífisis) 152.5 cm (Genovés, 1967). Según Ángel y Cisneros (2002), la estatura estaría sería de 154 cm.

Según el método Pearson (1899) sobre 154 cm; según el de Manouvrier (1892), la estatura estaría en torno a 152 cm. 155 cm según el método de Olivier y Pineau (1960).

Por todo ello, la estatura se estima **entre 153-157 cm.**

### **PATOLOGÍAS.**



**Patología dental.** Se observa un absceso en la raíz del canino inferior izquierdo (23), que ha causado la pérdida *antemortem* de la pieza dental, dejando una pérdida vertical de hueso muy patente (flecha roja).



Sus incisivos superiores en pala, presentan un desgaste muy avanzado, teniendo en cuenta la edad del individuo (14-16 años), mostrando dentina en su cara oclusal.

Este desgaste excesivo, podría indicar un uso cultural como "*tercera mano*" de la dentadura anterior, tal y como hemos observado en otros individuos de este grupo humano.

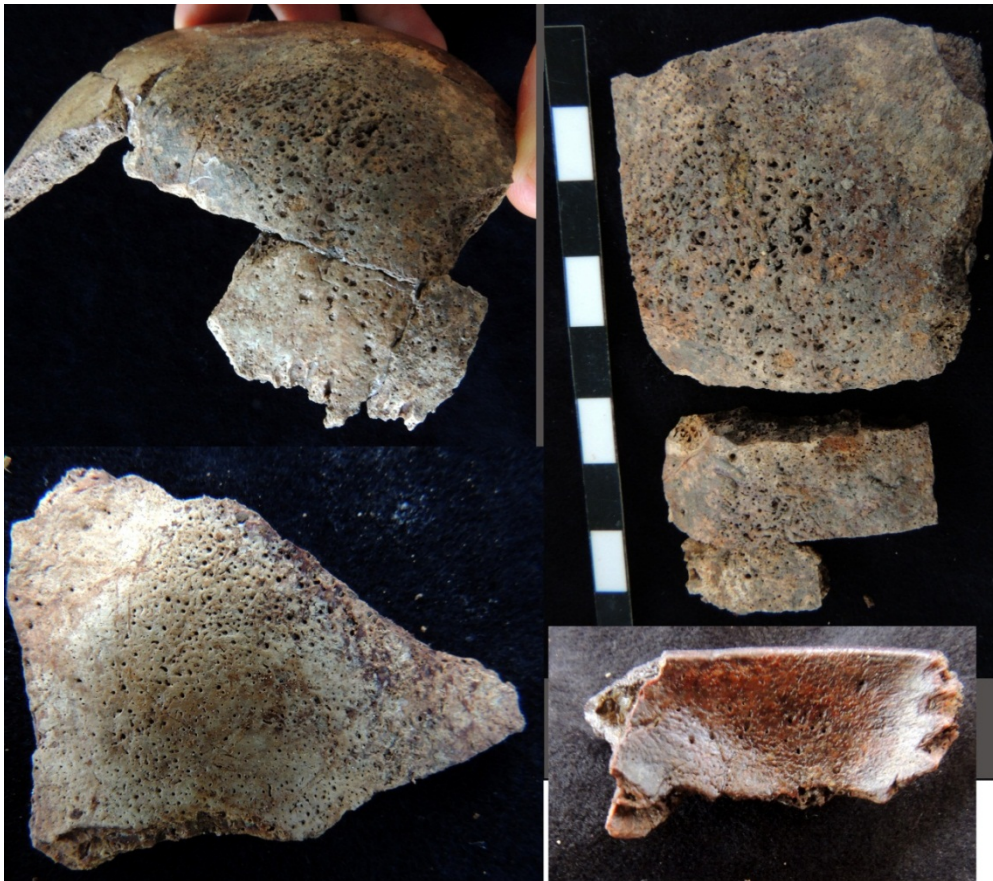
**Hiperostosis porótica:** Hemos anotado la presencia de porosis en varios lugares del esqueleto craneal y postcraneal de este individuo. En el cráneo, en los parietales, occipital (*cribra cranii externa*) y techo orbitario (*cribra orbitalia*). En el esqueleto postcraneal en el fémur derecho (*cribra femoris*).

Esta enfermedad, también denominada *espongio hiperostosis* u *osteoporosis simétrica*, se caracteriza por la presencia de poros en la bóveda del cráneo y techo de las órbitas. Aunque

estos signos han sido relacionados en muchas publicaciones con anemias de diferente etiología, hay que indicar que las causas pueden ser múltiples, desde traumas, raquitismo, hasta enfermedades de origen infeccioso o parasitario (Ortner, 2003).

La localización aislada de *cribra orbitalia* no debe ser considerada como signo de enfermedad metabólica anémica. Sin embargo, la aparición conjunta de signos poróticos en bóveda craneal, techo orbitario y esqueleto postcraneal, si puede considerarse como indicativo de problemas metabólicos y/o nutricionales no específicos, que pueden estar relacionados con posibles anemias, raquitismo crónico (aunque en este caso no hay incurvación de diáfisis de huesos largos), escorbuto o presencia de parásitos intestinales. Por todo ello, los efectos sinérgicos de dietas nutricionalmente inadecuadas, cuidados sanitarios deficientes, enfermedades infecciosas y prácticas culturales relacionadas con el embarazo y la lactancia, pueden proveer una explicación plausible para la alta hiperostosis porótica en muchas poblaciones del pasado (Walker et al., 2009), tal y como sucede en este individuo subadulto y en esta población en general, como veremos caso por caso.

En este individuo, apreciamos un aspecto porótico de la lámina externa craneal, pero no se aprecia un crecimiento en volumen del *diploe*, lo que puede ser considerado como un estado temprano de la enfermedad. En este primer estado de la enfermedad, los cambios se circunscriben a áreas concretas, a menudo en el parietal a ambos lados de la sutura lambdaoidea, la escama del occipital o en zonas anteriores del frontal.



En este caso, la *cribra orbitalia* es de Tipo A (el más leve).

Por otra parte, en el esqueleto postcraneal, también se ha anotado la presencia de *cribra femoris* en el fémur derecho, igualmente de tipo leve.



Periostitis. También hemos anotado la presencia de periostitis en varios huesos del esqueleto postcraneal. En fragmentos de húmero y de radio.

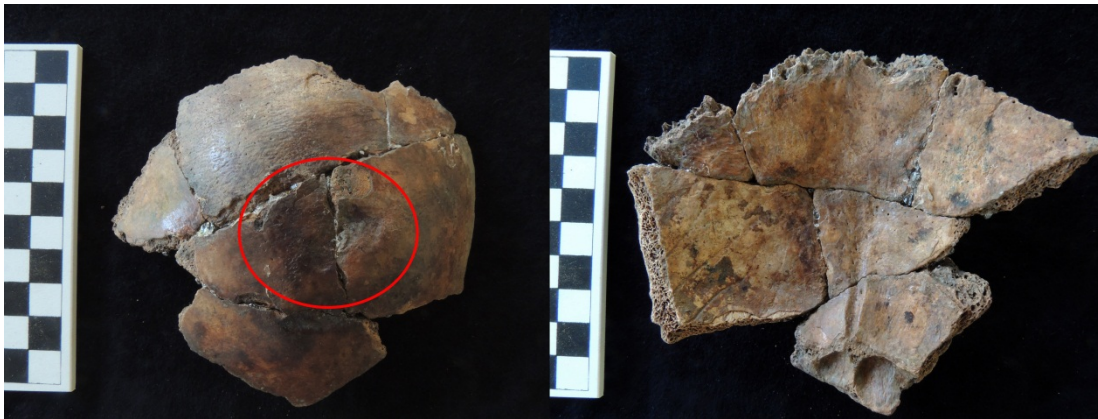


Esta periostitis puede tener un origen infeccioso o ser producto de un fuerte golpe que pudo producir un hematoma y la reacción perióstica posterior.

Por todo ello, podemos concluir que este individuo subadulto muestra signos de haber padecido algún problema metabólico o nutricional no específico, que pudiera estar relacionado con una posible anemia, con un raquitismo crónico (menos probable por el estado de los huesos del esqueleto postcraneal), escorbuto o presencia de parásitos intestinales.

La parasitosis y los problemas intestinales se han relacionado con la presencia de anemias en numerosos estudios (Ubelaker, 1992), incluso indicando que su frecuencia es más alta en zonas costeras que en zonas de mayor altitud, como el altiplano.

Por último, hemos anotado también un trauma *antemortem*, con signos evidentes de curación, en el cráneo, en la mitad de la escama del occipital, cercano a su línea media, ligeramente ladeado a la derecha.



El golpe se produjo con un objeto romo, no afilado, que impactó sobre esta zona craneal mucho antes de la muerte del individuo, y que hundió la tabla externa craneal sin afectar a la tabla interna.

Es el denominado **Blunt force trauma**.

La herida curó dejando esta depresión, pero sin afectar a la vida del individuo.

El objeto tenía la forma de un cilindro (o un palo) y golpeó al individuo con una trayectoria oblicua, casi horizontal.

En este caso, el diagnóstico diferencial debe hacerse con un tumor epicraneal (quistes epidermoides o dermoides), pero la falta de una zona periférica esclerotizada y la forma de la zona afectada (sin apenas granulación), apunta más hacia un trauma que hacia este tipo de tumor benigno. La edad del individuo también nos aleja de este diagnóstico, ya que los quistes epidermoides son de crecimiento lento y suelen ser raros en personas jóvenes.