

INDIVIDUO 9

Individuo situado bajo el Individuo 11. El Individuo 9 se encuentra en el lateral SE de la fosa, formando parte del borde. Está colocado en perpendicular al eje mayor de la tumba, y con una orientación NE-SW (cabeza-pies)

Su posición era de decúbito lateral izquierdo, de costado sobre el hombro izquierdo, mirando al centro de la tumba, estirado, con los brazos rectos a lo largo del cuerpo y con las piernas ligeramente flexionadas a la altura de las rodillas, montando la pierna izquierda sobre la derecha, a partir de la rodilla. El cráneo se encuentra en línea recta con respecto al resto del cuerpo, en la esquina Este de la misma. La columna vertebral se recuperó en gran parte, junto con algunas costillas, todas ellas en posición anatómica y en conexión articular estrecha.

El cráneo se recuperó fragmentado e incompleto, aunque en su mayor parte. Se recuperó el maxilar y parte de la mandíbula. Se conservó parte del omoplato derecho en posición anatómica.

Conexiones anatómicas estrechas en todas las piezas recuperadas. Entierro en espacio colmatado.

Las rodillas se hallaban una sobre otra, así como los tobillos, por lo que no podemos descartar, ni tampoco afirmar, un enfardamiento del cadáver.

SEXO: Sin estimar, debido a que se trataba de un individuo subadulto.

EDAD: INFANTIL, Según el desarrollo y la erupción dental, la estimación se sitúa **entre 9 y 12 años**. Por la longitud de los huesos largos recuperados del brazo, la estimación sería entre 7 y 10 años (Scheuer y Black, adaptado por Maresch, 1970; Alduc Le-Bagousse, 1998; Rissech *et al.*, 2008; Boccone *et al.*, 2010; Cardoso *et al.*, 2013) y entre 7 y 10 años según la longitud del fémur (Scheuer y Black, adaptado por Anderson, 1974; Anderson *et al.*, 1973; Alduc Le-Bagousse, 1998; Rissech *et al.*, 2008; Boccone *et al.*, 2010; Cardoso *et al.*, 2013).

El omoplato se encuentra sin fusionar la cavidad glenoidea, con una morfología de aproximadamente 7-10 años.

ESTATURA La talla, según Herrmann sería de **entre 90 y 102 cm**.

DATOS ANTROPOLÓGICOS BÁSICOS. Solo se tomaron medidas *in situ* de la longitud máxima de húmero, tibia y fémur izquierdos.

PATOLOGÍAS.

Patología oral. Se ha anotado la presencia de una pérdida vertical de hueso en la zona de la raíz del canino izquierdo maxilar, con pérdida de la pieza y/o germen dental.



También una caries *leve*, con su cavidad que no llega a superar el esmalte y sin interesar la dentina, en la cara oclusal del primer molar inferior.



Y varios forámenes *caecum molare* en su cara vestibular (flechas rojas).



Se ha encontrado porosis en varias zonas del cráneo: maxilar, temporal, ambas eminencias parietales (*cribra cranii externa*), en el paladar y en el techo de las órbitas (*cribra orbitalia*). También en el esqueleto postcraneal en el fémur izquierdo (*cribra femoris*). En este caso, la *cribra orbitalia* es de Tipo B.



Ya hemos comentado anteriormente en el Ind 3, que la localización aislada de *cribra orbitalia* no debe ser considerada como signo de enfermedad metabólica anémica. Sin embargo, como ocurría en el Ind 3 y en este Ind 9, la aparición conjunta de signos poróticos en bóveda craneal, eminencias parietales, techo orbitario y esqueleto postcraneal, si puede considerarse como indicativo de problemas metabólicos y/o nutricionales no específicos.

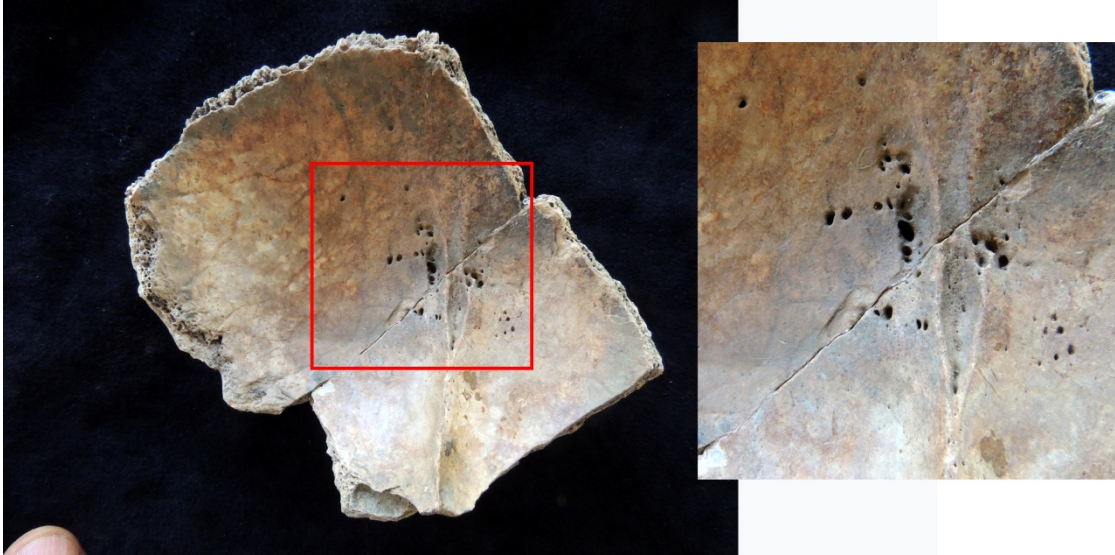
Por todo ello, los efectos sinérgicos de dietas nutricionalmente inadecuadas, cuidados sanitarios deficientes, enfermedades infecciosas y prácticas culturales relacionadas con el embarazo y la lactancia, pueden proveer una explicación plausible para la alta hiperostosis porótica en muchas poblaciones 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.



Es de anotar esta coincidencia en los síntomas en varios individuos infantiles de esta población, en diversos grados de desarrollo, pero con piezas óseas afectadas muy similares en ambos casos. Se tratará en el capítulo de la patología general de la población.

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.

Por otra parte, también se ha observado la presencia de forámenes de Pacchioni muy patentes en la zona del frontal, cercanos a la línea sagital. Ya hemos comentado que estos agujeros son asintomáticos y que el tamaño y frecuencia de los corpúsculos suele aumentar paralelamente con la edad del individuo, por lo que es interesante anotar su presencia en un individuo de corta edad como este.



Por último, en varias costillas hemos anotado la presencia de periostitis en diversos grados, pero siempre de forma extendida en la superficie del hueso. Las costillas se recuperaron muy fragmentadas e incompletas, pero la mayoría presentaban este tipo de alteración del periostio en mayor o menor medida.



