

INDIVIDUO 10

Individuo situado sobre el Individuo 11. El Individuo 10 se encuentra en el lateral SE de la fosa, formando parte del borde de la tumba, en posición de decúbito prono, con la cabeza cercana a la esquina Sur. Está colocado en perpendicular al eje mayor de la tumba, y con una orientación, aunque no se recuperó en su totalidad, de SW-E (cabeza- pies).

El individuo se recuperó solo parcialmente, únicamente la parte correspondiente al cráneo y el tórax superior. Según la orientación de las piezas óseas recuperadas del individuo, el resto del cuerpo debería de estar ligeramente curvado, para adaptarse al contorno de la tumba, aunque no se conservó.

Se han recuperado fragmentos del cráneo en prono. La mandíbula también en prono, bastante completa, con algunos dientes maxilares en su lugar anatómico, debido al aplastamiento del cráneo por el peso de los sedimentos.

También se ha recuperado toda la columna cervical en posición anatómica estrecha, en prono, y parte de la columna torácica, con algunas costillas también en posición anatómica en prono.

Conexiones anatómicas estrechas en todas las piezas recuperadas, sobre todo en las vértebras cervicales conservadas. Fue enterrado en espacio colmatado.

SEXO: **Masculino**, por la morfología del cráneo y de la mandíbula recuperada. El cráneo se logró recomponer en parte. Es muy masculino, con grandes apófisis mastoides y con arcadas supraorbitales grandes y robustas. La mandíbula recuperada muestra un tubérculo mentoniano muy patente.

El cráneo reconstruido no presenta deformaciones intencionales importantes.



EDAD: ADULTO, mayor de 25 años. Solamente pudimos estimar la edad a partir del desgaste dental (entre 25 y 35 años) y por la falta de signos artrósicos en todas las vértebras recuperadas de la columna vertebral, que mostraban un aspecto de adulto joven.



ESTATURA No se pudo calcular.

PATOLOGÍAS.

Patología oral. Se ha descrito una caries oclusal en el tercer molar inferior izquierdo (38; flecha roja).

Periodontitis, con pérdida horizontal de hueso en todos los dientes mandibulares recuperados. En este caso se trata de una pérdida *leve*, entre 3 y 6 mm de espesor.



Sarro en varios de los dientes recuperados. En todos los casos, se encuentran en la corona o cuello, sin interesar la raíz ni la superficie oclusal.

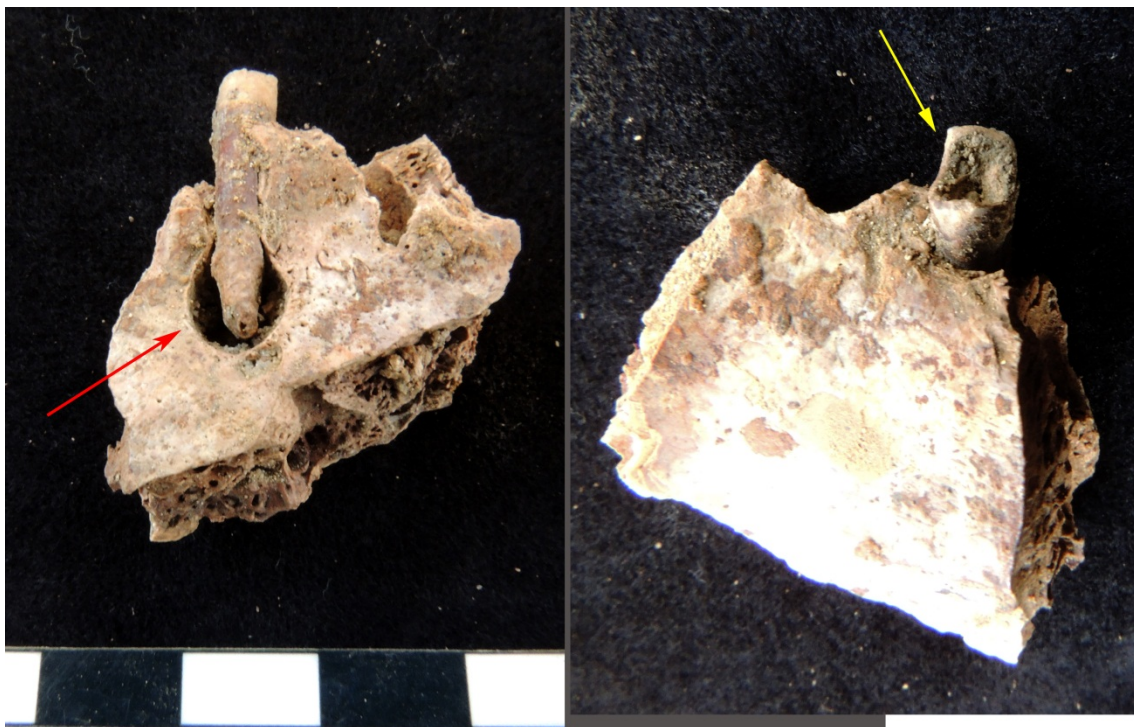


La cantidad de sarro es escasa, aunque generalizada en prácticamente todos los dientes conservados.

Incisivos en pala con un fuerte desgaste, mucho mayor de lo esperado cuando comparamos con el desgaste del resto de piezas dentales. Pensamos que puede ser debido a un uso cultural de la dentadura anterior, utilizada como "tercera mano".



Hemos anotado un absceso (flecha roja) en la raíz del canino izquierdo inferior (33), que se corresponde con una caries que ha traspasado el esmalte y la dentina y ha llegado hasta la pulpa dental (caries grave), en la corona del mismo diente (flecha amarilla), como suele ser común en este tipo de infecciones dentales.



Los abscesos son el resultado de una enfermedad pulpo-alveolar localizada producto de la exposición a contaminación bacteriana y muerte del tejido pulpar (Ogden, 2008; Oxenham et al., 2006, Menéndez, 2010). Los abscesos originan fístulas odontogénicas (como en este caso,

flecha roja), que son canalizaciones anormales originadas a partir de procesos infecciosos de los ápices radiculares que erosionan los huesos hasta formar una apertura en la superficie cutánea. Esta apertura puede ser intra o extraoral, según el trayecto inflamatorio que lleve, aunque la mayoría de estas fístulas son intraorales y drenan hacia la superficie bucal o lingual/vestibular de la boca (Fernández y Rodas, 2011).

Dentro de las causas dentales más frecuentes en la aparición de fístulas, está la presencia de caries o trauma dental, con invasión bacteriana del tejido pulpar, lo que origina un absceso periapical. Si no existe tratamiento, como en casos de sociedades preantibióticas, la pulpa se necrosa y la infección se extiende hacia la zona perirradicular y provoca una periodontitis apical.

Aunque más de una pieza dentaria puede estar involucrada y asociada con la fístula odontogénica (Tidwell *et al.*, 1997), en este caso solamente un canino parece estar afectado. Clínicamente, la fístula odontogénica se presenta como un nódulo blando, depresible, adherido a estructuras subyacentes, con una apertura central por donde drena secreción purulenta (Fernández y Rodas, 2011).

El diagnóstico diferencial incluye lesiones traumáticas, infecciones bacterianas no odontogénicas y fúngicas, neoplasias, presencia de cuerpo extraño, granuloma piógeno, tuberculosis cutánea crónica y osteomielitis, entre otras, aunque lo más probable, viendo la caries presente en el diente correspondiente, es que se deba a una infección dental.

También hemos anotado la presencia de un *surco de desarrollo* en un incisivo lateral superior.



En este caso, la localización del surco es en la fosa palatina, sin atravesar el cingulo y termina en la zona lateral de la corona.

Los surcos palatinos de desarrollo son un raro defecto morfológico que solemos encontrar en los dientes incisivos superiores, principalmente centrales y laterales, sin embargo pueden aparecer en otros dientes (Bacic *et al.*, 1990).

Es mucho más frecuente en laterales que en centrales (Fabra, 1990).

La importancia de esta anomalía es que supone un factor predisponente de la caries, enfermedad periodontal y enfermedad pulpar (Guillén y Arroniz, 2007).

También hemos apreciado una ligera artrosis en el cóndilo occipital recuperado, expresada en forma de pequeños rebordes óseos articulares, en un estado incipiente de desarrollo.

Por último, también hemos apreciado la presencia de porosidad en la calota craneana, así como en la zona del frontal supraorbital. No hemos encontrado más porosis en el cráneo ni en el esqueleto postcraneal.

