

INDIVIDUO 2

Individuo situado sobre los Individuos 18 y 25. El individuo 2 se hallaba en el borde NE de la fosa, colocado en decúbito prono, y paralelo al eje central mayor de la tumba, en dirección NW-SE (cabeza-pies), con la cabeza en la esquina Norte de la fosa y los pies ligeramente apuntando al SE.

Se recuperó parte del cráneo con algunos dientes maxilares. El cráneo se encontraba en prono y formando un perímetro perfecto en el interior de una vasija. La mandíbula, también en prono, en conexión estrecha con el cráneo y en posición anatómica. La rama vertical derecha mandibular prácticamente intacta, y el resto de la mandíbula por debajo de las vértebras cervicales que se encuentran en prono, en su lugar correcto de articulación y con conexiones estrechas entre sí, sobre la sínfisis mandibular. La rama izquierda no se encuentra en el mismo estado que la derecha, habiéndose aplastado por el peso de los sedimentos.

También se recuperó parte del omoplato izquierdo, en prono y en posición anatómica. El húmero izquierdo en posición anatómica y en conexión laxa, mientras el cúbito y radio en posición anatómica y conexión estrecha, mostrando la cara lateral. La mano izquierda en presentación lateral, mostrando en posición superior el dedo 5.

Todas las piezas óseas recuperadas estaban en posición anatómica, con conexiones articulares estrechas, salvo el húmero izquierdo (como ocurre normalmente debido a las características de la articulación glenohumeral). Enterrado en espacio colmatado.

SEXO: **Femenino**. La mandíbula parece robusta, sobre todo en la zona de inserción del masetero (*ángulo goniaco*). Los fragmentos recuperados del cráneo muestran poco robustez general, con una zona glabellar y del inion muy femenina.

DISCRIMINANTES SEXUALES. Según las variables del húmero recopiladas, se trataría de un individuo femenino (Ríos, 2005). También según el diámetro de la cabeza del radio y los referentes al tercio superior del cúbito, también nos indican valores femeninos (Aleman *et al.*, 1997; Machado y Díaz, 2014).

EDAD: Adulto maduro. Según el desgaste dental de las piezas recuperadas, se situaría **entre 35 y 45 años**.

ESTATURA No se pudo determinar al no conservar ningún hueso largo completo.

DATOS ANTROPOLÓGICOS BÁSICOS. *Platolenia* en el cúbito derecho. Índice glenoideo de la escápula izquierda *redondeado*.

PATOLOGÍAS.

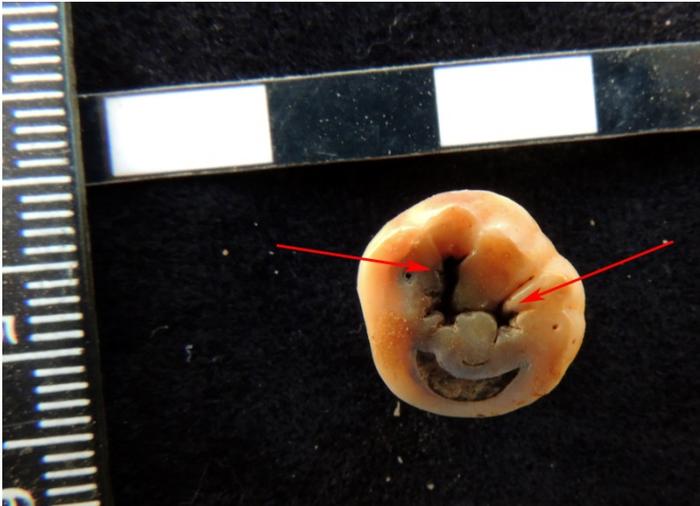
Incisivos superiores centrales en pala y con cingulo. Se observa un fuerte desgaste en los incisivos superiores e inferiores, muy superior al esperado cuando lo comparamos con el desgaste de los molares. Puede ser indicativo de utilización de los dientes anteriores como *tercera mano* por cuestiones culturales.



En los incisivos centrales superiores se aprecia la presencia de un cíngulo muy patente (lóbulo lingual que aparece en la zona de contacto con la encía), que ha sido también desgastado en gran parte.

Este cíngulo debía de ser de Grado 2-3 (de tamaño grande). También se aprecia la forma de pala del incisivo.

Hemos anotado la presencia de caries oclusal en un tercer molar superior (flechas rojas). En este caso, la caries atraviesa el esmalte y llega hasta la dentina, sin superarla, por lo que la consideramos de gravedad media (Chimenes, 2004).



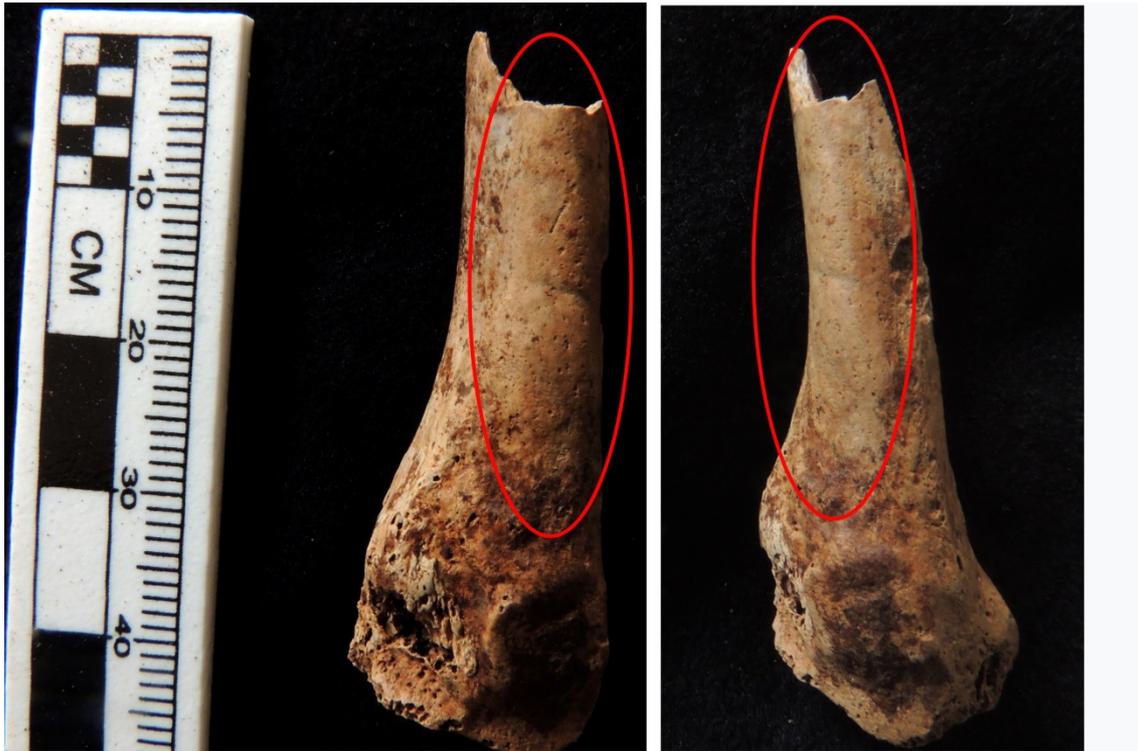
En un fragmento craneal, hemos observado la presencia de lesiones compatibles con un diagnóstico de meningioma.



El meningioma es un tumor cerebral usualmente benigno (solo un 5% se maligniza). Se denomina así por presentarse en el tejido aracnoideo de las meninges y se adhiere a la duramadre, produciendo una cavidad en el endocráneo. Es el tumor primario de crecimiento lento, muchas veces asintomático y el más común del sistema nervioso central. Es más frecuente en mujeres que en hombres (3:1) y más habitual a partir de los 30 años.

En este caso es de naturaleza osteolítica y lo vemos en un fragmento del parietal (flechas rojas), una de las localizaciones más habituales de los meningiomas. También apreciamos unos surcos muy patentes y profundos producidos por la arteria meníngea media. Este aumento de tamaño y profundidad de los surcos de las ramas de dicha arteria estaría provocado por la necesidad de nutrir el tumor, como vemos en otro fragmento de parietal recuperado.

También hemos anotado la presencia de un *osteoma osteoide* sésil en el cuarto metarcarpiano derecho.



El osteoma es un tumor óseo benigno que, aunque puede ocurrir en cualquier hueso, habitualmente asienta en huesos largos, especialmente fémur y tibia, y en el cráneo. En los carpos y metacarpos es más inusual, sobre un 10% del total.

Se caracteriza por una esclerosis ósea reactiva, engrosamiento cortical y edema óseo. En este caso parece que se trata de un osteoma cortical (el más frecuente), con un engrosamiento característico fusiforme de la diáfisis, en la dirección del eje mayor del hueso.

Debido a su localización se puede confundir en clínica con una artritis inflamatoria o una infección. En este caso, el osteoma provocaría dolor, aumento del volumen de las partes blandas adyacentes, calor y limitación del balance articular.

El diagnóstico diferencial se debe realizar con osteomielitis (en este caso no parece posible, no se encuentran agujeros cloacales), osteoblastoma (de pronóstico mucho peor y de textura diferente) y otros procesos locales como quistes epidermoides o condromas.

La forma, textura y localización apuntan hacia un osteoma osteoide como patología más plausible.