

## **INDIVIDUO 11**

Individuo situado bajo el Individuo 10. El individuo 11 se encuentra en el lateral SE de la fosa, formando parte del borde de la tumba. La disposición muy parecida al individuo 10, aunque el 11 tiene una orientación más marcada hacia el interior de la tumba, no hacia el exterior, como sucedía en el individuo 10.

La posición era claramente de decúbito prono, con los brazos parece que estirados a lo largo del cuerpo. Está colocado perpendicular al eje mayor de la tumba, y en una orientación S-NE (cabeza-pies).

Del individuo 11 solamente se ha recuperado su columna vertebral torácica, que se encuentra en posición prono, con cuerpos vertebrales y costillas en conexión anatómica estrecha. También un brazo izquierdo en prono en conexión anatómica estrecha y estirado.

Según la posición del cuerpo, el resto del esqueleto no conservado podría encontrarse dentro de los límites que hemos establecido para la fosa, aunque formando parte del borde, como otros cuerpos. La posición del cuerpo se situaría casi paralelo al borde de la fosa, aunque ligeramente apuntando hacia el interior. El fragmento de columna recuperado se encuentra en línea recta, y no parece torcerse hacia el borde de la fosa, casi paralelo al individuo 10.

Conexiones anatómicas estrechas en todas las piezas recuperadas, muy claramente observable en las vértebras torácicas conservadas. Fue enterrado en espacio colmatado.

SEXO: **Masculino**, por la morfología del cráneo y mandíbula. El cráneo es muy masculino, con arcadas supraciliares y con un inion muy marcado, muy masculino.



Los restos de su mandíbula se recuperaron en parte. Con un tubérculo mentoniano muy patente, de morfología también típicamente masculina.

EDAD: Adulto, mayor de 25 años. Según el desgaste dental **entre 25 y 35 años**.

ESTATURA Según la longitud máxima del fémur derecho, estaría en un valor **entre 155 y 157 cm** (Genovés, 1967) y según la longitud de los huesos largos del brazo izquierdo, entre 152-155 cm. Según Ángel y Cisneros (2002), la estatura estaría sería de 155 cm, teniendo en cuenta el fémur, y de 150-154 cm si tenemos en cuenta los huesos largos del brazo izquierdo.

Según el método Pearson (1899), de 156cm; según el de Manouvrier (1892), 156 cm; según el de Olivier y Pineau (1960), 156 cm.

#### DATOS ANTROPOLÓGICOS BÁSICOS.

El índice de robustez del húmero izquierdo es de un valor *alto* (20.86), aunque hay que tener en cuenta las proporciones corporales del individuo. El desarrollo de la línea áspera del fémur derecho, muy relacionado con la marcha, es *muy bajo* y el cuello es muy *platimérico*. El índice braquial (relación entre longitud de brazos y piernas) es *braquiquérico*, o sea, con brazos cortos.



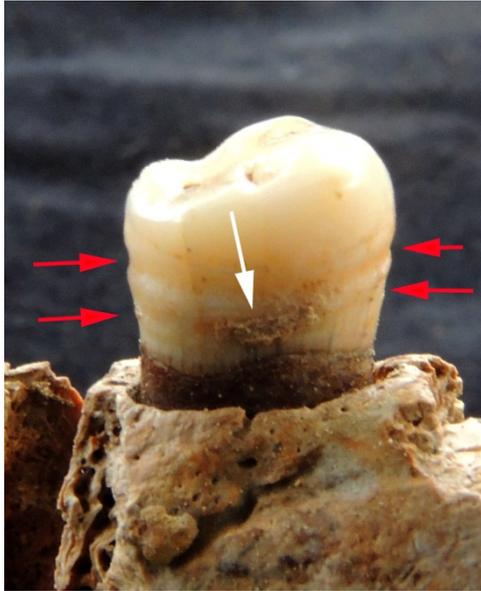
Los dientes delanteros, sobre todo los incisivos superiores, muestran un desgaste mucho mayor de lo esperado al compararlo con el desgaste de molares. Pensamos que podría estar relacionado con un uso cultural de la dentadura como una “*tercera mano*”, tal y como hemos observado en bastantes individuos de este grupo.

Estos incisivos son en pala, como en todos los individuos de este grupo.

#### PATOLOGÍAS.

Patología oral. Se observan líneas de hipoplasia en varios dientes (flechas rojas) y presencia muy leve de sarro (flecha blanca).

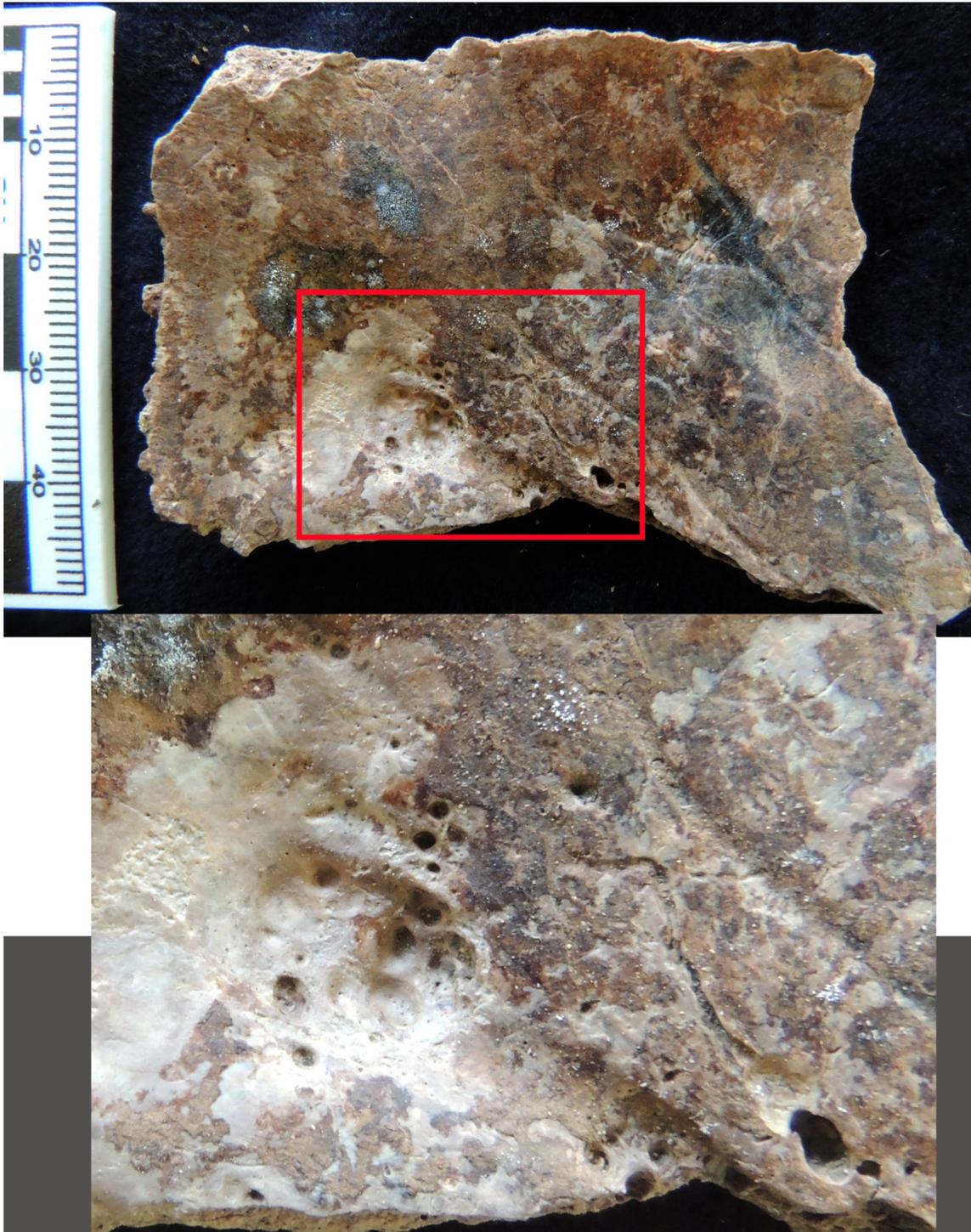
También hemos observado una caries oclusal en un molar.



Periodontitis con pérdida vertical de hueso en el canino mandibular izquierdo (23), con fuerte porosidad indicativa de infección.



Hemos anotado la presencia de una lesión en la cara interna craneal, compatible con un posible meningioma, en un fragmento de parietal.



Este meningioma se ve acompañado por surcos muy patentes de la arteria meníngea, lo cual está dentro de lo esperado en esta patología.



También hemos anotado un traumatismo *antemortem* en la cara externa del occipital, cercano a la zona del inion, ligeramente sobre la línea nuchal derecha.



Se trata de una herida con curación, producida mucho antes de la muerte del individuo, a la que sobrevivió. La herida se presenta como un hundimiento de la tabla externa sin interesar la interna. La herida se debió de producir con un objeto romo, de tamaño no muy grande y de forma cilíndrica, que golpeó al cráneo de este individuo con fuerza y que produjo este hundimiento del que se recuperaría sin mayores complicaciones.

Esta zona del occipital ya ha sido vista como diana de estas agresiones con objetos romos en dos individuos de la muestra.

También observamos la presencia de un osteoma osteoide sésil aislado, situado en el frontal, sobre la órbita izquierda. Se trata de un osteoma de forma redondeada, que no sobresale mucho de la tabla externa craneal. No hemos encontrado más osteomas en el resto de piezas craneales recuperadas.



La órbita izquierda presenta signos de *cribra orbitalia* de Tipo B. No hemos encontrado hiperostosis porótica en las piezas craneales recuperadas.



En la tibia se observa periostitis muy importante en la cara lateral. Muy patente.



Por último, hemos anotado la presencia de una lesión compatible con *Osteochondritis dissecans*, en la carilla articular del astrágalo izquierdo con la tibia. No se recuperó la parte articular tibial.

También llamada enfermedad de Köning, es un tipo de necrosis aséptica caracterizada por la formación de un sequestrum<sup>1</sup> pequeño, de forma triangular y de consistencia cartilaginosa, sobre una superficie de hueso subcondral necrotizado. en Mann y Murphy, 1990).

La enfermedad ocurre normalmente durante la infancia o la adolescencia (Simon *et al.*, 1989), entre los 10 y los 25 años, siendo rara a partir de la cuarta década de vida. Es mucho más común en hombres que en mujeres, en una proporción 2 o 3 veces mayor. La aparición de esta patología en atletas jóvenes (Brower, 1994), parece sugerir que los traumatismos repetitivos de baja intensidad o microtraumas, pueden jugar un papel importante en el desarrollo de esta osteocondritis (Aufderheide y Rodríguez-Martín, 1998).

La necrosis es el resultado de una disminución local del flujo sanguíneo. La lesión comienza con la separación de una parte del cartílago y la pérdida del fragmento de hueso subyacente, que forma uno o varios huesos sueltos en la articulación, también llamada “articulación de ratón”.

---

<sup>1</sup>Pequeño fragmento de hueso necrosado por pérdida de riego sanguíneo en la zona, que es reabsorbido por los tejidos blandos adyacentes.

Con el paso del tiempo, el hueso suelto y el cartílago son reabsorbidos, dando como resultado una imagen parecida a un “cráter” en la zona articular ya madura (Bradley y Dandy, 1989).

En este caso, se trata de una OD en estado inicial, mostrando una zona porosa bien delimitada, sin presentar el cráter típico de los estados avanzados