

**ESTUDIO de la PATOLOGIA OSEA
en POBLACIONES de EPOCA
ALTO MEDIEVAL en EL PAIS VASCO**

FRANCISCO ETXEBERRIA

1. PRIMERA PARTE

INTRODUCCION Y METODOS.

1.1 INTRODUCCION.

El papel de la patología a lo largo de la historia, resulta de gran interés para distintas disciplinas, ya que las enfermedades, la incapacidad y la muerte son factores integrales de la biología de una población y de su cultura.

La existencia de numerosas colecciones de restos óseos humanos tanto de épocas prehistóricas como de otras más recientes (Edad Media) en los distintos Museos Arqueológicos Provinciales, nos ha motivado a iniciar el estudio de la Paleopatología de las poblaciones más o menos antiguas.

Hasta la fecha, y en el País Vasco, una sola vez se ha suscitado la problemática y discusión de una población protohistórica con evidente patología ósea, ésta es la procedente de Ereñuko Arizti (Vizcaya).

*En efecto, el yacimiento en cuestión consiste en una cueva sepulcral de época Vaco-Romana (Siglo IV d.C.) en el que los Profesores MOLLER-CHRISTENSEN y GERHART discuten la etiología de la enfermedad; por un lado, el envenenamiento crónico por ingestión de gramíneas afectadas de cornezuelo (**Claviceps purpurea**), y por otro, la posibilidad de que se trate de lepra (enfermedad de Hansen) (Apellaniz, 1970, 1971 y 1974).*

Salvo esto, son escasas las observaciones patológicas descritas en los numerosos trabajos que se han publicado sobre arqueología y antropología en el País Vasco.

En nuestro caso, hemos tomado la decisión de comenzar el estudio de aquellas poblaciones más representativas (por el número de individuos), procedentes de yacimientos de época Altomedieval excavados en el País Vasco: Santa Eulalia y Los Castros de Lastra.

Ambas, pertenecientes a medios geográficos distintos, corresponden a un periodo histórico del que apenas existen referencias escritas. Por el contrario, la interpretación arqueológica se encuentra correctamente definida, así como el estudio antropológico en avanzado estado.

Por ello, desde nuestro campo, La Medicina Forense (Antropología Médica), pretendemos aportar una serie de datos que tratan de completar el estudio de las poblaciones pasadas.

Pero esto no hubiese sido posible de no haber contado con muchas y variadas colaboraciones, a quienes desde estas líneas hemos de agradecer sinceramente la ayuda prestada.

En primer lugar a la Sociedad de Estudios Vascos y a la Sociedad de Ciencias Aranzadi. De la primera obtuvimos una ayuda económica a través de la Beca Agustín Zumalabe 1983, en la segunda fue donde realizamos el estudio, ambos aspectos conjuntados en esta ocasión gracias a quienes rigen certeramente las dos Entidades.

Al Sr. J. Altuna, Director del Departamento de Prehistoria de la propia S. C. Aranzadi, por la confianza que observamos en él desde un principio y que hizo posible nuestra instalación en dicho Departamento, así como la utilización de cuantos medios hemos necesitado.

A todos con quienes venimos trabajando cotidianamente en el seno de Aranzadi, en especial a A. Armendariz, Lourdes Herrasti y K. Mariezkurrena, por sus orientaciones y sugerencias. Asimismo, a A. Baldeón, Directora del Museo Arqueológico de Vitoria por las facilidades mostradas para poder estudiar las dos colecciones, así como a Fca. Sáenz de Urturi, directora de las excavaciones de Los Castros de Lastra, que mostró interés por el estudio que realizamos.

A mis profesores de la Unidad Docente de Medicina de San Sebastián Dres. Munoa, Algaba, Recondo, Figueroa, Tamayo..., en quienes he buscado asesoramiento continuo con buena acogida por parte de todos ellos; así como al Dr. I. Barriola, que comprendiendo nuestro deseo hizo cuanto estuvo en sus manos. A los miembros del Departamento de Antropología de la Facultad de Ciencias de la Universidad del País Vasco, J. M^a Basabe e I. Bennassar por su colaboración prestada.

Y en definitiva a aquellos cuantos nos rodean y han alentado este trabajo.

1.2. EL MATERIAL OBJETO DE ESTUDIO.

A. SANTA EULALIA.

1.2.1. Antecedentes.

Contamos con los restos humanos de 57 individuos más o menos completos, procedentes de la Necrópolis de Epoca Altomedieval denominada SANTA EULALIA (Labastida, Alava).

De este colectivo humano se realizó en 1981 por A. Rodríguez Hermandorena el estudio antropológico que define sus características raciales.

1.2.2. Breve historia de las excavaciones.

El yacimiento arqueológico de Santa Eulalia consiste en una necrópolis de inhumación en la que, por el momento, se han reconocido unas 300 tumbas. De ellas fueron excavadas, en tres campañas, más de medio centenar por A. Llanos en 1972 y, posteriormente, por E. García (1979-1980), ambos miembros del Instituto Alavés de Arqueología.

1.2.3. Características de la Necrópolis.

Con el fin de dar una idea de las características de la necrópolis, empleamos los datos existentes en el trabajo de A. Llanos (1972) titulado "Necrópolis Altomedievales en la zona Occidental de la Rioja Alavesa", más aquellos otros que se obtuvieron en la segunda y tercera excavación de E. García.

Existen una serie de características comunes en las tumbas por las que, desde el punto de vista arqueológico, ha sido atribuída la Necrópolis a una Epoca Altomedieval y, más concretamente, a los siglos IX y X de nuestra era. (Foto 1)



Foto 1. Tumbas antropomorfas excavadas en roca (Santa Eulalia). Foto A. Llanos)

- a) Intencionalidad en la orientación de las tumbas: esto parece claro, ya que todas ellas mantienen una orientación E-W, quedando la cabecera al Oeste y los pies al Este, de tal forma que el difunto mira a Oriente.
- b) Forma de las tumbas: se pueden establecer dos tipos, las tumbas antropomorfas u olerdolanas, que representan el 78,3% del total de las estudiadas, y las tumbas en fosa o bañera (de forma oval), que suponen el 20% restante, todas ellas excavadas en roca.

- c) No existe tanta uniformidad en la cubierta. En muchos casos consiste en lajas sin labrar, dispuestas horizontalmente sobre las paredes laterales. También se encuentran cubiertas de una sola pieza. Algunas veces se observa una pequeña entalladura en el borde superior de las pareces de la fosa que permite encajar la cubierta.
- d) Se conoce la costumbre de disponer piedras, tanto en la cabecera como en los pies del difunto, a cuyo respecto expresamos nuestra opinión en las conclusiones.
- e) El ritual de enterramiento en Santa Eulalia se ajustaría a las normas generales de la época. El cadáver sería desnudado, lavado y envuelto en un sudario, siendo introducido en la tumba sin ningún tipo de ajuar (al menos, impercedero). El difunto era colocado en posición decubito supino. Los brazos podían disponerse extendidos a lo largo del cuerpo, o el brazo izquierdo sobre el vientre y el derecho sobre el pecho.
- f) La separación por edades y grupos familiares queda por demostrar. Es evidente que la mortalidad infantil debió ser superior y, sin embargo, sólo se han encontrado 6 individuos infantiles de los 57 representados.
- g) Existe, sin ninguna duda, una cantidad significativa de reaprovechamiento de las tumbas, en un sentido reiterado y no simultáneo, en comparación con otras necrópolis cercanas y de la misma época.

1.2.4. Los restos óseos.

1.2.4.1. Introducción.

Ya hemos dicho que la población de Santa Eulalia está representada por 57 individuos. Ciertamente, el estado de conservación de cada uno de ellos es muy diferente, y si bien de algunos disponemos de los esqueletos completos, otros apenas son reconocidos más que por un escaso número de fragmentos.

En cualquier caso, y al contrario de los enterramientos colectivos (generalmente de épocas anteriores a la Medieval), el hecho de estar separada cada inhumación aporta al trabajo que pretendemos una diferencia fundamental. Así, en esta ocasión, podemos estudiar individualizados cada uno de los esqueletos, consiguiendo un mayor acercamiento a la realidad patológica de cada ser y, en definitiva, a toda la población.

1.2.4.2. Inventariación.

La primera tarea consistió en inventariar el material y determinar en las tumbas con reaprovechamiento, el número mínimo de individuos, que en este caso viene a ser con certitud el número real de los inhumados. Para ello nos remitimos a las tablas resumen de los datos.

1.2.4.3. Tratamiento dado a los restos.

Asimismo, limpiamos cuidadosamente las arcillas que cubrían y ocupaban los intersticios de aquel material, que no fue valorado en el estudio antropológico realizado por A. Rodríguez y que fundamentalmente constituyen los huesos cortos.

La limpieza se realizó con agua y, en algunos casos, fue necesario el empleo de ácido acético diluido para eliminar concreciones calcáreas que enmascaraban las superficies óseas.

Como veremos más adelante, algunas de las piezas fueron radiografiadas y por ello expuestas a la radiación X.

1.2.4.4. Siglado.

Tras el adecuado secado y posterior restauración con pegamentos de fácil disolución, procedimos al siglado de todos los huesos y fragmentos de ellos, siguiendo las indicaciones de Amelia Baldeón, directora del Museo Arqueológico de Vitoria, a cuyo patrimonio pertenecen los restos.

La sigla adjudicada es “SEU”, y va seguida del número correspondiente a la tumba, según un orden correlativo al momento de excavación.

En algunas tumbas, además se hace constar si los restos se hallaban en la zona de la cabecera o en la de los pies y, por ello, a sigla se añade una “c” o una “p”.

A este apartado dimos importancia, ya que nuestro estudio actual deberá ser criticado y mejorado por futuros investigadores, y para ellos es necesario dejar anotado con claridad y detalle que piezas son las que hemos considerado patológicas, a través de las cuales posteriormente obtenemos los resultados de conjunto.

Con el fin de poder relacionar los datos del estudio antropológico de A. Rodríguez y nuestras observaciones, aportamos la tabla de las siglas que con diferentes criterios se han utilizado (Tabla 1).

1.2 EL MATERIAL OBJETO DE ESTUDIO.

B. LOS CASTROS DE LASTRA.

1.2.1 Antecedentes.

Contamos con los restos humanos de 45 individuos más o menos completos procedentes de la Necrópolis de época Altomedieval, denominada LOS CASTROS DE LASTRA.

PATOLOGIA OSEA DE EPOCA ALTO MEDIEVAL EN EL PAIS VASCO

TABLA 1.— Correlación de las siglas utilizadas.

Año	Nº de tumba	Sigla estudio antropológico	Sigla estudio patología
1979	1	LA 30	SEU 1
	2	LA 21	SEU 2
	3	LA 20	SEU 3
	4c	LA 15	SEU 4c
	4p	LA 17	SEU 4p
	5	LA 27	SEU 5
	6	LA 16	SEU 6
	7c	LA 14	SEU 7c
	8	LA 18	SEU 8
	9	LA 13	SEU 9
	10	LA 11	SEU 10
	11 vacía		
	12 vacía		
	13	LA 25	SEU 13
	14 vacía		
	15	LA 26	SEU 15
	16 vacía		
	17	LA 29	SEU 17
	18	LA 28	SEU 18
	19 vacía		
	20	LA 24	SEU 20
	21 vacía		
	22	LA 4	SEU 22
	23	LA 9	SEU 23
	24	LA 23	SEU 24
	25c	LA 5	SEU 25c
	25p	LA 12	SEU 25c
	26c	LA 10	SEU 26c
26p	LA 6, LA 19	SEU 26p	
27 vacía			
28	LA 8	SEU 28	
1980	29	LA 31	SEU 29
	30	LA 32	SEU 30
	31	LA 33, LA 2	SEU 31
	32		
	33	LA 35	SEU 33
	33c	LA 1	SEU 33c
	33p	LA 3	SEU 33p
	34	LA 34	SEU 34
	35	LA 37	SEU 35
	36	LA 38	SEU 36
	37	LA 39	SEU 37
	38	LA 40	SEU 38
	39	LA 41	SEU 39
	40	LA 42	SEU 40
	41	LA 43	SEU 41
	42	LA 44	SEU 42
	43	LA 45	SEU 43
	44	LA 46	SEU 44
	45	LA 47	SEU 45
	46	LA 48	SEU 46
47	LA 49	SEU 47	
48	LA 50	SEU 48	

De este colectivo humano, I. Bennassar está realizando en la actualidad el estudio antropológico con el fin de definir sus características raciales.

1.2.2. Breve historia de las excavaciones.

Las tareas arqueológicas se iniciaron en 1971, dirigidas por Jaime Fariña y continuadas desde 1975 hasta la actualidad bajo la dirección de Francisca Sáenz de Urturi, miembros del Instituto Alavés de Arqueología. Con ellas ha quedado de manifiesto las distintas ocupaciones que se han sucedido en el yacimiento a lo largo de la historia.

En la campaña de 1978 se localizó la necrópolis objeto de este estudio.

1.2.3. Características de la Necrópolis.

La Necrópolis de los Castros de Lastra está representada por 47 tumbas*. Todas ellas, a excepción de dos de pared, se definen como tumbas de lajas. Atendiendo a su tipología, la necrópolis podría situarse en torno al siglo IX de nuestra era. Esta fecha está corroborada además por el allazgo de elementos prerrománicos. (Foto 2).



Foto 2. Tumbas de lajas (Los Castros de Lastra). (Foto Fca. Sáenz de Urturi)

* Una nueva campaña de excavaciones realizada este año (1984), ha aportado restos humanos de las tumbas 17, 26, 44, 47, 48, 49 y 50 cuyo estudio no se incluye en el presente trabajo.

- a) Se observa intencionalidad en la orientación de las tumbas: todas ellas se disponen en dirección Este-Oeste, con la cabecera en el oeste. Característica muy generalizada en las necrópolis medievales.
- b) Las tumbas son trapezoidales (pseudotrapezoidales) y su tamaño varía según el individuo inhumado al que corresponda. Se observan así, tumbas de pequeñas dimensiones que corresponden a enterramientos infantiles y el caso curioso de una tumba de casi 2 mts. de longitud, localizada en la zona central de la necrópolis.
- c) Las cubiertas están compuestas en todos los casos de lajas. Puede tratarse de una o varias lajas que cierran el espacio interior. Algunas tumbas no presentan cubierta, y no es extraño, si tenemos en cuenta que superpuesta a la necrópolis existe un poblado más moderno (también medieval), del que se observan varias hiladas de lajas imbricadas formando una edificación.
Una de las tumbas de mayores dimensiones (nº 10) poseía doble cubierta, la superior se trata de una gran losa trabajada a doble vertiente que apareció seccionada; la segunda cubierta era normal, de lajas. Esta excepción presenta ciertas similitudes con algunas tumbas recogidas en Arguiñeta (Elorrio), fechadas en el siglo IX según su propia inscripción. Junto a algunas tumbas se han localizado estelas discoideas, dos de ellas con decoración incisa, y con el pie acuñado.
- d) Disposición de piedras en la cabecera. En dos tumbas se han localizado piedras en la cabecera, en una, una losa bajo la cabecera del difunto. En la otra dos piedras a modo de orejeras sujetando la cabeza del difunto.
- e) El ritual de enterramiento sería similar al comentado en la necrópolis de Santa Eulalia: el difunto colocado en posición de cúbito supino, los brazos extendidos a lo largo del cuerpo o apoyados sobre su pecho. El difunto no presenta ningún objeto de ajuar.
- f) Del total de las 47 tumbas reconocidas, se han obtenido restos infantiles en número de 18, siendo 5 de ellos neonatos. En todos los casos, las características de las tumbas son similares a las de los adultos a excepción naturalmente del tamaño de las mismas.
- g) No se observa ningún reaprovechamiento en las tumbas. Quizás sea indicativo de menor densidad de población, o quizás el reaprovechamiento no tendría sentido ante la facilidad de obtener el material para la elaboración de la tumba nueva. Las lajas han sido obtenidas con facilidad del propio terreno.

1.2.4. Los restos óseos.

1.2.4.1. Introducción.

De las 47 tumbas, se han excavado 45, hallando en todas ellas restos humanos. El estado de conservación de los mismos y comparativamente a

otros yacimientos, es bueno. A excepción de la tumba nº 0 y la nº 33, por lo general los individuos se encuentran completos incluso en sus restos óseos más pequeños como son los huesos del carpo, etc.

1.2.4.2. Inventariación.

A diferencia de Santa Eulalia, en la necrópolis de Los Castros de Lastra no existe reaprovechamiento de ninguna tumba, por ello se puede precisar con exactitud-el número de individuos que en este caso asciende a 45.

1.2.4.3. Tratamiento dado a los restos.

Unicamente hemos limpiado aquellos huesos cortos que no son empleados para el estudio antropológico ya que la colección ha sido cuidadosamente atendida por I. Bennassar y Fca. Sáenz de Urturi. Asimismo teniendo en cuenta el aceptable grado de conservación de los restos y la posterior restauración efectuada por I. Bennassar, por nuestra parte, no hemos tenido necesidad de recomponer ninguna pieza.

Como en otras ocasiones, algunos de los huesos fueron expuestos a la radiación X con el fin de su estudio radiográfico.

1.2.4.4. Siglado.

Desde el primer momento hemos seguido las indicaciones de Fca. Sáenz de Urturi y por ello nos ha correspondido siglar todos aquellos huesos cortos que quedaban pendientes de esta tarea.

La sigla adjudicada es "CL" y va seguida de una T con el número correspondiente a la tumba en la que aparecieron los restos.

1.3. ESTUDIOS PREVIOS.

A. SANTA EULALIA.

1.3.1. Estudio antropológico.

Efectivamente, ya había sido realizado con anterioridad por A. Rodríguez Hernandorena, quien en 1981 lee su Memoria de Licenciatura con el trabajo que lleva por título "Estudio Antropológico de los Restos Humanos de la Necrópolis Altomedieval de Santa Eulalia (Labastida, Alava)".

Precisamente, por estar diagnosticados los aspectos antropológicos de la población, es por lo que nosotros emprendimos en esta colectividad humana el estudio de la patología.

De las conclusiones del amplio estudio (Rodríguez, 1981) entresacamos lo siguiente: “Con el fin de precisar las tendencias tipológicas de los ejemplares estudiados se han realizado combinaciones entre los caracteres más importantes. Estas combinaciones ponen de manifiesto un predominio de la tipología mediterránea”.

1.3.2. Determinación del sexo.

Aunque no todos los individuos se encuentran igualmente representados en el conjunto de su esqueleto, la mayoría de ellos permiten determinar el sexo atendiendo a las tres áreas que deben de considerarse en primer término, y que proporcionan los mejores resultados (Genovés, 1969).

Estas son: la pelvis, como un todo y en sus rasgos particulares; el cráneo y la cara; y las superficies articulares de los huesos largos.

En la práctica hemos empleado el hueso coxal, cuando éste se hallaba presente, y aunque es frecuente que muestre roturas de sus porciones pubianas, que a su vez dan los mejores diagnósticos de certeza, también hemos obtenido buenos resultados a través de su escotadura ciática mayor.

1.3.3. Determinación de la edad.

Hasta los treinta años, la estimación de la edad en individuos completos puede ser hecha con aproximación razonable si se consideran los procesos de erupción dental, sinostosis de los huesos y unión de las epífisis. Para los últimos periodos de edad, empleamos la transformación de la superficie articular de la sínfisis pubiana y algunos cambios estructurales en los mismos huesos.

Sin pretender llegar a precisiones innecesarias, y a menudo erróneas, sobre la edad exacta de cada individuo, hemos estimado la misma por grupos del siguiente modo:

SUBADULTOS:	- infantiles	6
	- juveniles	3
	- adultos jóvenes	31
ADULTOS:	- adultos maduros	15
	- adultos seniles	2
<hr/>		
TOTAL:		57

Con todo, suponemos que la mortalidad infantil debió ser muy superior. Es conocida la costumbre de enterrar a los neonatos (prematuros o normales) en lugares alejados de los cementerios principales (Howells, 1960).

La mortalidad en los adultos ha sido calculada y repartida por sexos entre jóvenes, maduros y seniles. (Tabla 2).

TABLA 2.— Mortalidad de los adultos por edades y sexos.

Romanos de Tarragona y Ampurias (Pons 1949 - Fusté 1954) Siglos III al VIII d.C.					Ordoñana (Alava) (Isabel Fernández, 1978) Edad Media (?)				
SEXO	21-40	41-60	61-x	n	SEXO	21-40	41-60	61-x	n
V	46	51	28	125	V	8	3	0	11
	36,8 %	40,8 %	22,4 %			72,7 %	27,3 %	0,0 %	
H	33	21	11	65	H	12	3	0	15
	50,8 %	32,3 %	16,9 %			80 %	20 %	0,0 %	
TOTAL	79	72	39	190	TOTAL	20	6	0	26
	41,6 %	37,9 %	20,5 %			77 %	23 %	0,0 %	

Santa Eulalia (Alava) (Etxeberria, 1984) Siglos IX al X d.C.					Los Castros de Lastra (Alava) (Etxeberria, 1984) Siglo IX d.C.				
SEXO	21-40	41-60	61-x	n	SEXO	21-40	41-60	61-x	n
V	20	8	0	28	V	13	8	0	21
	71,5 %	28,5 %	0,0 %			61,9%	38,1%	0,0 %	
H	11	7	2	20	H	1	2	0	3
	55 %	35 %	10 %			33,3%	66,7%	0,0%	
TOTAL	31	15	2	48	TOTAL	14	10	0	24
	64,5 %	31,3 %	4,2 %			58,3%	41,7%	0,0%	

1.3. ESTUDIOS PREVIOS.

B. LOS CASTROS DE LASTRA.

1.3.1. Estudio antropológico.

Un año antes de que nosotros iniciáramos el estudio de la patología, I. Bennassar dio comienzo el estudio antropológico que en la actualidad se encuentra en plena fase de desarrollo.

Aunque las conclusiones no se han obtenido todavía, podemos adelantar que parece existir cierta representación de individuos tipológicamente diferenciados del mediterráneo grácil.

1.3.2. Determinación del sexo.

A excepción de los dos individuos mal representados, por lo general se puede obtener con cierta precisión el sexo de cada uno de los elementos adultos a través de la pelvis y del cráneo.

En particular, resulta significativo el porcentaje entre los distintos sexos ya que de los 24 adultos tan sólo 3 son femeninos, lo que nos lleva a sospechar en la posibilidad de que muchos de los inhumados en este lugar de la necrópolis pudieran pertenecer a alguna comunidad religiosa establecida en la zona independientemente de posibles enlaces familiares y de parentesco entre los mismos.

1.3.3. Determinación de la edad.

En esta ocasión hemos interpretado la edad del siguiente modo:

SUBADULTOS:	- infantiles	18
	- juveniles	3
ADULTOS:	- adultos jóvenes	14
	- adultos maduros	10
	- adultos seniles	0
<hr/>		
TOTAL		45

El número de infantiles viene a ser representativo por lo elevado, y creemos que ello obedece a que la excavación ha sido realizada en las inmediaciones de lo que pudiera ser una estancia religiosa (ermita?) siendo frecuente la mayor concentración de enterramientos infantiles junto a sus muros.

Entre ellos destacan un total de 5 neonatos, de los cuales 1 es prematuro o aborto (feto viable) según las medidas que arrojan sus clavículas (Piga, 1928).

La mortalidad en los adultos ha sido calculada y repartida por sexos tal y como se indica en la Tabla nº 2.

1.4. CONDICIONES DE LA SALUD DE LA POBLACION.

A. SANTA EULALIA.

1.4.1. Introducción.

Para dar una idea del medio ambiente que rodea a la población estudiada, debemos exponer aquello que por parte de los historiadores ha sido expresado, referente a lo acontecido en la Alta Edad Media (modos de vida y aspectos culturales). Asimismo haremos una descripción del medio físico como condicionante que es de la salud de quien lo habita.

TABLA 3 .— Mortalidad por edades en poblaciones de diferentes épocas (tomado de Genoves (1980) y a su vez de Fusté (1955))

Origen	Periodo	n	Distribución de edades					Autores
			0-12	13-20	21-40	41-60	61-x	
			%	%	%	%	%	
Diverso	Paleolítico Inferior (H. neanderthalensis)	20	40,0	15,0	40,0	5,0	0,0	Vallois (1937)**
-	Paleolítico Superior	102	24,5	9,8	53,9	11,8	0,0	-**
-	Mesolítico	65	30,8	6,2	58,5	3,0	1,5	-**
Levante español	Neoneolítico	101	24,7	14,8	41,6	17,8	1,0	Fusté (1952)
Anatolia	Calcolítico y Edad del Cobre	104	31,7	12,5	34,6	17,3	3,8	Diversos (Senyürek, 1951)
-	Calcolítico a s. XIII A.C.	122	20,4	13,1	40,9	19,6	5,7	Senyürek (1947)+
Aulnay-aux-Planches	Neolítico	28	0,0	7,1	64,3	25,0	3,6	Riquet (1943) y Fusté (1952)*
Austria	Bronce	273	6,9	17,2	39,9	28,6	7,3	Franz y Winkler (1936)**
Griegos antiguos	-	2.022	18,7	23,4	33,8	13,6	10,1	Diversos (Richardson, 1933)+
Egipcios	Era romana	141	19,8	14,1	39,7	16,3	9,9	Pearson (1901-1902)+
Romanos antiguos	-	8.065	38,1	19,9	30,0	7,1	4,6	McDonell (1913)+
España y Lusitania	Era romana	1.996	9,4	16,4	38,8	19,9	15,2	-
Africa	Era romana	10.697	9,9	9,4	28,4	19,6	32,4	-
Santa Eulalia	Alta Edad Media (IX-X d.C.)	57	10,6	5,2	54,4	26,3	3,5	Etxeberria (1984)
Los Castros de Lastra	Alta Edad Media (IX d.C)	45	40,0	6,7	31,1	22,2	0,0	" (1984)
Austria Inferior	1829	-	50,7	3,3	12,2	12,8	21,0	Franz y Winkler (1936)**
-	1900	-	44,3	2,0	12,0	15,7	25,9	-
-	1927	-	15,4	2,7	11,9	22,6	47,4	-
Francia	1896-1905	-	25,3	2,6	11,5	17,3	43,3	Vallois (1937)**
		n	0-14	15-19	20-39	40-59	61-x	
España	1948	299.178	21,8	2,3	11,8	16,3	47,7	Anuario Estadístico 1950
España	1949	315.512	20,7	2,0	20,8	16,2	50,3	- 1951
-	1950	300.112	19,7	1,9	10,1	15,9	52,4	- 1952
-	1951	321.083	17,6	1,5	8,7	15,7	56,6	- 1953

* Compilación de las series de Aulnay-aux-Planches (Riquet, 1943) y del Dolmen des Brestons (Fusté, 1952), de la misma localidad.
 ** El límite entre las primeras dos categorías está situado en los 14 años.
 + De acuerdo con Senyürek, 1951.

1.4.2. El contexto histórico.

1.4.2.1. Localización temporal.

Es imprescindible llevar a cabo un acercamiento histórico a esta etapa denominada Alta Edad Media (siglo VI-XII d.C.), donde se circunscribe la necrópolis.

Tras la crisis del siglo III, el Imperio Romano inicia su decadencia, que provocará su posterior desmembración. La crisis ha sido debida a factores internos de tipo económico (devaluaciones varias, crisis del comercio, aumento de los gastos, ...); y de tipo político social (crisis de gobierno, ruptura de relaciones entre colonos y patronos, aumento del colonato por el acceso de esclavos a dicho estatus, ...).

Existen además otros factores externos: la revuelta de los bagaudas (siglo II d.C.) y circummilliores que provocan un clima de fuerte inseguridad. Además, en los primeros años del siglo V, esta presión exterior se acentúa con el movimiento de pueblos godos que descienden del Centro y del Este de Europa.

Estos pueblos godos (ostrogodos, suevos, vándalos, francos, ...), se asientan en territorios que anteriormente habían formado parte del Imperio Romano. Como consecuencia, la sociedad observa un cambio importante. Si la civilización romana era urbana, se produce un proceso generalizado de ruralización. Tienden a desaparecer las fuertes concentraciones urbanas; el comercio se reduce y la agricultura y ganadería pasarán a ser las actividades económicas más importantes, casi exclusivas.

Desde el punto de vista social, las personas dependientes se convertirán en piedra angular del proceso de transformación que está generando de un sistema esclavista, imperante en la época romana, a otro que, avanzado el tiempo, desembocará en el sistema feudal, propio de la Edad Media.

Estos campesinos dependientes viven en un ambiente de inseguridad y, por ello, se encomiendan a señores que pueden ofrecerles su protección. En esta relación, el campesino aporta su trabajo en las tierras del señor o su fidelidad en la guerra. Es una persona dependiente pero, sin embargo, es mayor su grado de libertad, comparado con la situación del esclavo.

Esta relación de dependencia, que se está desarrollando, parece entroncar sus raíces en el reparto del botín característico de los pueblos godos y en las relaciones de parentesco musulmanas (assibiya), aunque la influencia de esta última en la sociedad sea posterior al siglo VIII.

La monarquía visigoda ejerce su poderío desde su instauración en el siglo V (476), hasta la entrada de los musulmanes en el primer tercio del siglo VIII. En este largo periodo, la actuación de los pueblos del Norte para con el poder visigodo no está definida. Sánchez Albornoz opina que la oposición de cántabros y astures no fue la misma a la de los vascones. Mientras los primeros fueron sometidos al poder visigodo, los vascones se mostraron

fuertes ante los sucesivos intentos de sometimiento. En el pasado año, Armando Vesga Marroquín ha refutado la tesis de Sánchez Albornoz, y ha contradicho la tesis propuesta por Abilio Barbero y Marcelo Vigil. Estos opinaban que los pueblos del Norte (todos en conjunto) no fueron sometidos por los visigodos, y que se estableció un “limes” o línea fronteriza que se superponía al “limes romano”.

Sí está atestiguado, por el contrario, que durante los siglos V y VI, y ante el cese de la presión romana, los vascones se extienden hacia Vardulia y Caristia. Es ahora cuando se expande el euskera hacia el Sur (ya que parece confirmarse el origen celta de várdulos y caristios).

En el 711 entran los musulmanes en la Península y su conquista y ascensión al Norte es fulgurante. La monarquía visigoda pierde su poder, la aristocracia visigoda huye al Norte en parte, mientras otra se convierte al Islam y se somete al nuevo poder establecido.

El trasvase de población se produce también en otros estamentos; numerosa es la comunidad mozárabe (cristianos en zona conquistada por los musulmanes) que deben ascender al Norte, incluso superando la línea del Duero.

Este aporte demográfico será más manifiesto en la zona de León (así parece confirmarlo la gran cantidad de eremitorios existentes en la misma). No hay, sin embargo, que descartar la posibilidad de asentamientos mozárabes en otras regiones.

En el mismo siglo VIII, asistimos al nacimiento del Reino Astur, legendariamente entroncado con la desaparecida monarquía visigoda. Se inicia así la contraofensiva cristiana, la llamada Reconquista.

Desde este momento, la expansión cristiana coincide con una época de crisis musulmana y viceversa. Esto ocurrirá en el gobierno del primer monarca del Reino Astur, Alfonso I.

En el reinado de Alfonso III existe una presión demográfica en el Reino Astur, a la que se añade el aporte de población mozárabe. Siguiendo la constante, la unidad del Al-Andalus se halla en crisis ante la revuelta muladí. Así se produce una importante ampliación del territorio, se anexionan las tierras hacia el Este, hasta la cabecera del Duero.

Es, en este momento, cuando Alava pasa a formar parte del Reino Astur. A la conquista militar sucede la repoblación. De esta forma, se garantiza la perduración de la conquista y se defienden dichos territorios.

El caudal demográfico que repobló estas tierras pudo tener varios orígenes diferentes:

- 1.— Población cántabra y/o vascona procedente del Norte. Parece plausible esta posibilidad, si además tenemos en cuenta el progresivo avance de la población vascona hacia el Sur. No existen pruebas de que así ocurriera, pero es la hipótesis más generalizada. Así dice Claudio Sánchez-Albornoz, que a esta etapa de expansión vascona corres-

ponden los topónimos con la partícula “UR”, y los que contienen el sufijo “IZ” y “AIN”, que Julio Caro Baroja había atribuido a desinencias de fundus romano.

- 2.—Población mozárabe procedente del Sur, que huyen de la presión musulmana. Parece también probable, pero tampoco se halla confirmada. En favor de esta hipótesis poseemos un dato antropológico: los individuos enterrados en Santa Eulalia, según el estudio de Amaia Rodríguez Hernandorena, son de tipo mediterráneo. Por otro lado, el asentamiento de población mozárabe está comprobado en tierras leonesas.
- 3.—La condición mediterránea puede explicarse con una población procedente del Valle Medio del Ebro. En el siglo X, el Reino de Navarra se halla dividido en dos tendencias opuestas: los Arista, con los vascones y gascones, moviéndose en el ámbito carolingio; y los Jimena, que se imponen en el 905 ante el declive de la familia Banu Qasi, de condición proárabe y que habían pactado con los vascones. Con el predominio de la dinastía Jimena, se produce en el 922 un asentamiento en tierras riojanas. Es probable que la necrópolis de Santa Eulalia estuviera relacionada con esa expansión. El máximo esplendor de este linaje se produce en el reinado de Sancho III, ya en el siglo XI.

Sin caer en soluciones intermedias, no existen, en principio, razones que nieguen la convivencia de estos tipos de población. Es indudable, sin embargo, que la totalidad de las provincias de Alava y Rioja no fueran repobladas de forma homogénea, ni antropológicamente, ni culturalmente (cultura en el sentido más laxo).

Otro punto a tener en cuenta es la fórmula empleada en la repoblación. Probablemente se aplicó el método de la “presura”, por la que un grupo de personas, familia o colectivo “tomaba” (aprehendía) una extensión de tierra, hasta entonces yerma, y pasaba a tener derechos sobre ella. La iniciativa podía ser oficial, por mandato real, o privada, por deseo particular de un grupo de personas. Tanto Sánchez-Albornoz, como Salvador de Moxó, se muestran partidarios de esta última modalidad.

1.4.2.2. Modos de vida.

Los nuevos asentamientos van a reportar una duplicidad económica. Si hasta entonces, la actividad predominante, tras la desaparición del Imperio Romano, había sido la ganadería, ahora se introduce (se reintroduce) la producción agrícola, basada en el cereal (mijo, cebada y avena) y el viñedo. Estas serán acompañadas, en menor grado, de lino, leguminosas y frutales, como el manzano.

Para completar las características de esta población hay que decir que la convivencia y concentración son debidas a la necesidad de defensa y al

nuevo tipo de economía. El individuo de estas comunidades era, a un mismo tiempo, ganadero-campesino y guerrero, que defendía zonas fronterizas entre cristianos y musulmanes.

La jerarquía social no sería tan manifiesta como en la zona leonesa, por el diferente origen populacional. Hemos dicho que en León predomina la población mozárabe, ya anteriormente jerarquizada. En Alava, Norte de Burgos y Rioja, la población no poseería una estratificación social tan marcada. Seguramente, aquellos que disponían de yuntas o de caballos fueran quienes posteriormente se descolgaran socialmente.

1.4.3. El medio físico.

1.4.3.1. Localización espacial.

La Necrópolis de Santa Eulalia se halla situada en la finca Remelluri, que corresponde al término municipal de Labastida, en la Rioja Alavesa. (Fig. 1).

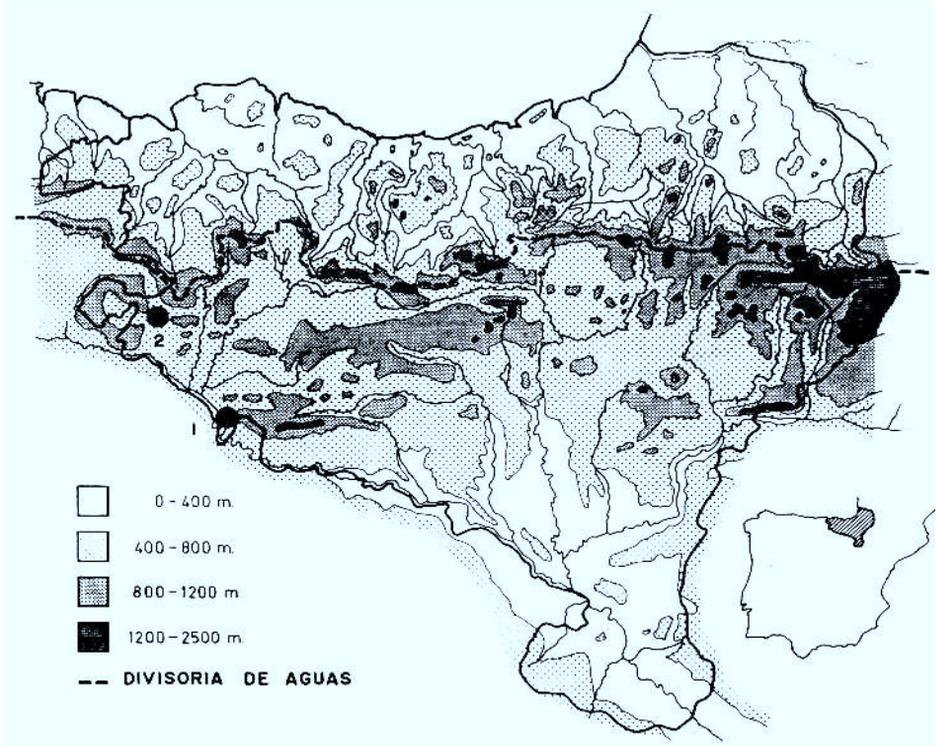


Fig. 1. Situación de las Necrópolis estudiadas: 1 Santa Eulalia (Labastida). 2 Los Castros de Lastra (Caranca).

Las coordenadas geográficas son 0° 53' 55" de longitud y 42° 35' 53" de latitud. La finca se localiza en una zona de premeseta, con una altitud de 575 m. sobre el nivel del mar.

1.4.3.2. Condicionantes físicos.

La composición geológica del terreno es de arcillas o arcillas arenosas mezcladas con yeso;

Toda la comarca denominada Rioja Alavesa (al sur de la Sierra de Cantabria) se engloba dentro del mundo mediterráneo desde el punto de vista hidrográfico, ya que las aguas superficiales y subterráneas se dirigen al río Ebro. Si nos atenemos a la climatología, la Rioja Alavesa presenta un clima de transición al continental, con fuerte oscilación térmica de invierno a verano, que coincide con las dos estaciones secas. La temperatura media del mes de Julio es de 20°, y la de Enero 5°, con una media anual de 12° C. La precipitación media anual viene a ser de 500 mm/m². Clima mediterráneo continental.

Atendiendo al clima y a la geomorfología, la vegetación es de ámbito mediterráneo, la vid es el cultivo predominante y se dan también grandes extensiones cerealísticas. Eran tradicionales asimismo los árboles frutales y los cultivos hortícolas, que hoy en día se hallan en receso.

El paisaje vegetal está compuesto por carrascal seco, en su mayor parte, acompañado además de arbustos (boj, enebro, coscoja, romero y tomi-110). A lo largo de los cursos del río se pueden observar alisos y chopos que rompen la estructura extremadamente horizontal del paisaje.

1.4. CONDICIONANTES DE LA SALUD DE LA POBLACION.

B. LOS CASTROS DE LASTRA.

1.4.1. Introducción.

Al igual que lo hemos hecho en la exposición de la necrópolis de Santa Eulalia, creemos oportuno también, dar unos datos referentes a la evolución histórica del poblamiento y una descripción del medio físico. De esta forma establecemos las coordenadas espacio temporales para la necrópolis de los Castros de Lastra de Caranca.

1.4.2. Contexto histórico.

1.4.2.1. Localización temporal.

No haremos mención al proceso socio-económico que se ha operado en la etapa Altomedieval pues ya ha sido comentado anteriormente (Santa Eulalia).

La intensidad de poblamiento está documentada en la extensa cuenca de los ríos Omecillo y Humedo, así como en todo el valle de Valdegovia.

El término de Caranca está inserto dentro de esa antigua e intensa zona de ocupación. El propio topónimo parece ser de origen prerromano (quizás céltico) (Ruiz de Loizaga, 1982).

El cerro de Los Castros de Lastra posee unas condiciones topográficas de defensa y de visibilidad óptimas. Son caracteres que se repiten en la localización de poblados de la Edad del Hierro (I milenio a.C.). Los Castros de Lastra no suponen una excepción (el propio término de castro hace referencia a un poblado prerromano amurallado).

Las metódicas campañas arqueológicas han dejado al descubierto en la zona V y VIII unas viviendas semirrupestres que corresponde a este periodo. Corresponde a un poblamiento de la 2ª Edad del Hierro que practicaba una economía agrícola-ganadera. A esta etapa histórica pertenecen las murallas de defensa. El aparejo es irregular y las hiladas están compuestas de lajas sueltas obtenidas en el propio lugar. La altura de los muros alcanza los 5 m. mientras que la anchura es de 4 m.

Transcurrido el tiempo, toda esta extensa área del valle del río Omecillo y Valdegovia sufrieron una extensa romanización. Así lo atestiguan el alto número de yacimientos romanos conocidos (en las proximidades de Caranca: Osuna, Espejo, Villanañe) cuyos materiales se hallan en el Museo Arqueológico de Vitoria. También es destacable el significativo número de topónimos latinos que se conservan, herederos de las explotaciones agrícolas o “fundus” en el valle de Cuartango.

La superposición estratigráfica de niveles romanos directamente sobre los indígenas es asimismo una constante en el proceso de romanización en Alava. Así se pueden citar, las cuevas del valle de Cuartango (Solacueva de Jócano) o sobre antiguos asentamientos indígenas semirrupestres como en Arkiz (proximidades de Iruña).

En el cerro de Los Castros de Lasta sin embargo se produce un hiato más o menos indeterminado hasta época Altomedieval a la que corresponde la necrópolis.

1.4.2.2. *Modos de vida.*

Poseemos datos documentales que hacen referencia a la zona de Valdegovia desde principios del siglo IX. Así el obispo Juan se establece en Valpuesta, y en 804 realiza una primera salida de reconocimiento visitando los alrededores y entre ellos Caranca (Cartulario de Valpuesta, año 804).

Este obispo que se menciona en el texto fue el guía espiritual y jefe repoblador de una extensa zona del norte del Ebro por nombramiento de Alfonso II el Casto.

Saturnino de Loizaga (1982) dice:

“Valdegovia con sus pueblos aparece en la historia como fruto de ese prolongado proceso histórico que se llama la «re población». Este fenómeno está representado en el Valle por una pléyade de viejos monasterios. Cada uno de estos pequeños cenobios será un núcleo de población. A su amparo acudirá la gente rural, porque encontraba apoyo y enseñanzas de conocimientos útiles, tierras de cultivo, socorros espirituales, y *hasta auxilios sanitarios*”.

1.4.3. El medio físico.

1.4.3.1. *Localización espacial.*

La Necrópolis de Los Castros de Lastra se halla situada en el monte del mismo nombre, que corresponde al municipio de Caranca perteneciente al Ayuntamiento de Villanueva de Valdegovia situado en el extremo Noroccidental de la provincia de Alava. (Fig. 1).

Las coordenadas geográficas son 0° 37' 25" de longitud y 42° 51' 30" de latitud. El montículo se sitúa en la encrucijada de los valles, con una altitud de 832 m. sobre el nivel del mar.

1.4.3.2. *Condicionantes físicos.*

La composición geológica del terreno es de calizas y calcarenitas muy lajeadas del Cretácico Superior.

Todo el valle de Valdegovia pertenece a través de su río principal, Omecillo, a la cuenca hidrográfica del Ebro. Justamente por Caranca circula el río Tumecillo, a su vez afluente principal del Omecillo.

La climatología es de tipo subcantábrico, siendo la temperatura media del mes de Julio de 18° y de Enero 4,5°, con una media anual de 10° C. La precipitación media anual supone unos 850 mm/m².

Este clima subcantábrico sobre sustrato kárstico determina una vegetación con dominio arbóreo y arbustivo de tipo “encina-carrasca” (*Quercus rotundifolia*) capaz de recuperarse por abandono. En algunos lugares, el “pino albar” ha sido favorecido por el hombre.

1.5. SISTEMÁTICA DE ESTUDIO.

La tendencia más moderna de la Paleopatología es la de estudiar las poblaciones enteras, relacionando las clases de enfermedad y su frecuencia con el sexo, la edad y la tipología racial, así como el estudio de las enfermedades relacionadas con factores culturales diversos (Reverte, 1981).

Para ello, nosotros empleamos un método de investigación directo, es decir, aquél que permite el examen del material testigo de las lesiones.

Realizamos la exposición por individuos, siguiendo un criterio correlativo a la numeración de las tumbas excavadas. De este modo, y tras aportar los mínimos e imprescindibles datos de cada uno de ellos como son el sexo, la edad y el estado de los restos, pasamos a la inventariación de cada una de las observaciones consideradas como variantes anatómicas o patológicas, realizando la descripción de cada una de las piezas lesionadas.

Esta relación de observaciones es correlativa e independiente de criterios patológicos (tablas 4 y 16). Por cada individuo damos una serie de consideraciones generales sobre el conjunto de las lesiones que pueda presentar.

Por último, son reagrupadas las lesiones en una serie de capítulos o entidades patológicas diferenciadas, en las que exponemos el resumen de los datos, discutiendo el diagnóstico diferencial con un acercamiento a lo que en la actualidad sabemos de cada una de las manifestaciones.

Creemos necesario, asimismo, dar algunas de las definiciones de la terminología empleada, ya que de otro modo el estudio quedaría limitado a especialistas, cuando menos médicos, y nuestra pretensión es poder aportar desde este campo cuanta información seamos capaces de obtener, para conocer algo más de la vida de estos antepasados recientes.

1.6. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO.

1.6.1. Inspección.

Queda claro que empleamos el método de estudio directo de los materiales y, por ello, este es el examen más importante y el que arroja el mayor número de datos, tal y como preconizan la mayoría de los paleopatólogos (Campillo, 1974).

Nosotros añadiremos que éste debe ser además riguroso, ya que no siempre las lesiones tienen porque ser tan espectaculares que llamen la atención incluso a los no especialistas. En efecto, unos signos de artrosis en huesos del carpo pueden pasar desapercibidos si no se dispone del tiempo suficiente que nos permita revisar con atención todas las superficies óseas.

1.6.2. Fotografía.

La hemos realizado en la mayoría de las piezas con patología, exponiendo aquéllas que constituyen ejemplos y resultan ilustrativas. De todos modos, algunos signos no pueden ser reflejados fielmente, y por ellos consideramos prudencial que para su correcta interpretación sean examinadas las piezas al natural.

1.6.3. Radiografía.

Se han radiografiado aquellas piezas en las que esperábamos obtener algún dato no evidenciado por la inspección directa. A su vez sirve para orientar con certeza la naturaleza de cada lesión.

Para ello hemos contado con la disponibilidad del Servicio de Radiología del Hospital Provincial de Guipúzcoa, que dirige el Dr. Recondo, con la colaboración de los Dres. Trullós y De Blas.

Se ha utilizado técnica de foco fino, con escasa intensidad y corta exposición, empleando aparato con tubo "Televis 1.600" de la Casa C.G.R. con película habitual en la práctica clínica.

1.6.4. Diagnóstico.

Para ello hemos empleado las descripciones existentes en los trabajos de Paleopatología y de Patología actual. En algunos casos realizamos diagnóstico diferencial con aquellos cuadros nosológicos que presentan manifestaciones similares. Con todo, el diagnóstico debe de ser de presunción, ya que todos sabemos que en la actualidad, por poner un ejemplo, el diagnóstico de certeza de la tuberculosis sólo se admite cuando es demostrada la existencia del bacilo de Koch. Por ello, en general, el diagnóstico en los estudios de Paleopatología debe ser considerado de presunción y a menudo llegamos a él por exclusión, en diagnóstico diferencial, sin poder demostrarlo, tal y como exige la medicina clínica de nuestro tiempo.

2. SEGUNDA PARTE ESTUDIO DE LA PATOLOGIA

A. SANTA EULALIA.

2.1. RELACION DE OBSERVACIONES.

Como ha quedado dicho en el apartado 1.5. (Sistemática del Estudio), realizamos la exposición de las observaciones siguiendo un criterio correlativo al número de cada tumba, posteriormente a cada uno de los individuos, y entre ellos, atendiendo a las lesiones por su localización en cabeza, tronco y extremidades (Tabla 4).

Por cada individuo hacemos una serie de consideraciones generales a la patología que presenta.

TUMBA nº 1.

— **Número de individuos:** 1.

— **Estado de los restos:** Esqueleto incompleto y fragmentado. Se conservan 4 vértebras lumbares.

— **Sexo y edad:** Femenino, adulto maduro.

— Observaciones patológicas:

— Observación nº 1.

Falange proximal del primer dedo del pie derecho, que presenta osteofitos en reborde superior y externo de su superficie articular distal. La falange distal presenta asimismo osteofitos. En la superficie articular se observa desgaste con brillo que evidencia el deterioro del cartílago articular como consecuencia de la artropatía degenerativa existente.

— Observación nº 2.

Falange distal del primer dedo del pie derecho que presenta osteofitos en reborde de su superficie articular proximal y particularmente en su lado externo. La superficie articular está desgastada como consecuencia de la degeneración del cartílago.

FRANCISCO ETXEBERRIA

TABLA 4 .- Resumen de los datos.

A. SANTA EULALIA

Nº DE TUMBA	Nº DE INDIVIDUOS	SIGLA	SEXO	EDAD	VARIEDADES ANATOMICAS	OBSERVACIONES PATOLOGICAS	OBSERVACIONES
1	1	SEU 1	H	Adulto maduro	---	3 (observ. nº 1-3)	
2	1	SEU 2	V	Adulto maduro	---	3 (observ. nº 4-6)	
3	2	SEU 3	H	Adulto joven	3 (observ. nº 1-3)	---	
		SEU 3	?	Infantil	---	---	
4	2	SEU 4c	H	Adulto senil	---	2 (observ. nº 7-8)	
		SEU 4p	V	Adulto maduro	2 (observ. nº 4-5)	7 (observ. nº 9-15)	
5	1	SEU 5	H	Adulto maduro	1 (observ. nº 6)	6 (observ. nº 16-21)	
6	2	SEU 6	H	Adulto maduro	1 (observ. nº 7)	---	
		SEU 6	V	Adulto joven	---	---	
7	2	SEU 7c	V	Adulto joven	1 (observ. nº 8)	3 (observ. nº 22-24)	
		SEU 7p	V	Adulto joven	---	11 (observ. nº 25-35)	
8	1	SEU 8	V	Adulto maduro	---	17 (observ. nº 36-52)	
9	1	SEU 9	H	Adulto joven	---	9 (observ. nº 53-61)	
10	1	SEU 10	V	Adulto joven	1 (observ. nº 9)	3 (observ. nº 62-64)	
11							Vacía
12	1	SEU 12	V	Adulto joven	---	1 (observ. nº 65)	
13	1	SEU 13	V	Juvenil	---	1 (observ. nº 66)	
14							Vacía
15	4	SEU 15	H	Adulto joven	---	1 (observ. nº 67)	
		SEU 15	H	Adulto joven	---	---	
		SEU 15	?	Infantil	---	---	
		SEU 15	?	Infantil	---	---	
16							Vacía
17	2	SEU 17	V	Adulto joven	---	1 (observ. nº 68)	
		SEU 17	V	Adulto joven	---	3 (observ. nº 69-71)	
18	1	SEU 18	H	Adulto joven	---	---	
19							Vacía
20	1	SEU 10	?	Infantil	---	---	
21							Vacía
22	1	SEU 22	H	Adulto maduro	---	---	
23	1	SEU 23	V	Adulto joven	---	2 (observ. nº 72-73)	
24	1	SEU 24	H	Adulto senil	---	5 (observ. nº 74-78)	
25	2	SEU 25	V	Adulto maduro	1 (observ. nº 10)	---	
		SEU 25	V	Adulto joven	1 (observ. nº 11)	2 (observ. nº 79-80)	
26	3	SEU 26c	V	Adulto maduro	---	1 (observ. nº 81)	
		SEU 26p	H	Adulto joven	---	2 (observ. nº 82-83)	
		SEU 26	?	Infantil	---	---	
27							Vacía
28	2	SEU 28	V	Adulto joven	---	1 (observ. nº 84)	
		SEU 28	V	Adulto joven	---	---	
29	2	SEU 29	H	Adulto joven	---	6 (observ. nº 85-90)	
		SEU 29	V	Adulto joven	---	---	
30	1	SEU 30	V	Adulto joven	---	13 (observ. nº 91-103)	
31	2	SEU 31	V	Adulto maduro	---	3 (observ. nº 104-106)	
32	1	SEU 32	V	Adulto joven	---	6 (observ. nº 107-112)	
33	3	SEU 33c	V	Adulto joven	---	---	
		SEU 33p	V	Adulto joven	---	---	
		SEU 33	V	Adulto joven	---	2 (observ. nº 113-114)	
34	1	SEU 34	H	Adulto joven	---	7 (observ. nº 115-121)	
35							Vacía
36	1	SEU 36	V	Adulto joven	---	1 (observ. nº 122)	
37	1	SEU 37	H	Adulto maduro	---	18 (observ. nº 123-140)	
38	1	SEU 38	V	Infantil	---	---	
39	1	SEU 39	H	Adulto maduro	---	---	
40	1	SEU 40	V	Juvenil	1 (observ. nº 12)	---	
41	1	SEU 41	V	Adulto maduro	1 (observ. nº 13)	15 (observ. nº 141-155)	
42	1	SEU 42	H	Adulto joven	---	---	
43	2	SEU 43	H	Juvenil	---	---	
		SEU 43	V	Adulto joven	---	1 (observ. nº 156)	
44	1	SEU 44	H	Adulto joven	1 (observ. nº 14)	1 (observ. nº 157)	
45	1	SEU 45	H	Adulto maduro	---	20 (observ. nº 158-180)	
46	1	SEU 46	V	Adulto joven	---	---	
47							Vacía
48	1	SEU 48	V	Adulto maduro	1 (observ. nº 15)	5 (observ. nº 181-185)	

— Observación nº 3.

Vértebra L4 que presenta osteofito abultado en el reborte superior y anterior del cuerpo vertebral. El arco vertebral se encuentra deteriorado.

— **Patología dentaria:** Se conserva tan sólo un fragmento del maxilar superior (hemilado izquierdo y parte incisiva del lado derecho). Hay presencia de sarro con avanzado desgaste de incisivos y premolares.

MAXILAR SUPERIOR

Dientes conservados:	- - - - - 1 . - - - 4 5 6 7 -
Desgaste en molares definitivos:	. I III I I

— **Consideraciones generales:** Lamentablemente no se encuentra bien representada la columna vertebral. De las 4 vértebras lumbares que se conservan, la L4 presenta signo de espondilosis en fase de “inestabilidad segmentaria” con espolón de tracción como primer paso de la artropatía degenerativa de la articulación discal intervertebral.

En la artropatía interfalángica hacemos un diagnóstico diferencial entre una artritis reumática, bioquímica, o simplemente degenerativa. En principio puede equivaler a la artritis tipo gota, teniendo a favor la edad superior a los 40 años en sexo femenino y en contra su instalación monoarticular en grado avanzado a nivel interfalángica y no metatarso-falángica. En cualquier caso, no es definitivamente descartable esta etiología. Asimismo no parece ser desencadenada por causa traumática. En definitiva, la etiquetamos como una artropatía degenerativa de tipo secundario.

TUMBA nº 2.

— **Número de individuos:** 1.

— Estado de los restos: Esqueleto muy deteriorado e incompleto. Los huesos largos están muy fragmentados. Se conservan 3 vértebras dorsales y 2 lumbares. Todos los huesos presentan en sus superficies cimentaciones de arcillas.

— **Sexo y edad:** Masculino, adulto maduro.

— **Observaciones patológicas:**

— Observación nº 4.

Vértebra D12 muy deteriorada, en la que se observan osteofitos en reborde superior e inferior del cuerpo vertebral. Se conserva una sola faceta articular posterior que es normal.

— Observación nº 5.

Vértebra dorsal sin determinar, muy deteriorada, que presenta ligero aplastamiento del cuerpo vertebral en su lado derecho. En el reborde inferior se observan discretos osteofitos. No se conserva el arco vertebral.

— Observación nº 6.

Vértebra dorsal sin determinar, muy deteriorada, que presenta marcados osteofitos en reborde superior e inferior del cuerpo vertebral. No se conserva el arco vertebral.

— **Patología dentaria:** Se conserva únicamente el maxilar inferior. Hay pérdida de varias piezas dentarias en vida con cierre incompleto de alvéolos que evidencian

una caída reciente. Asimismo, junto a los rebordes alveolares se observan exóstosis propias de la inestabilidad existente en las piezas dentarias antes de su caída (paradontosis).

MAXILAR INFERIOR

Dientes conservados:	8 7 - - 4 3 2 1 . 1 - - - - - 7 8
Desgaste en molares definitivos:	IIIIII . IIIIII
Dientes perdidos en vida:	- - 6 5 - - - - . - - - - 5 6 - -

- **Consideraciones generales:** De las 5 vértebras conservadas, 3 son patológicas y pertenecen al segmento dorsal. Los signos que presentan son propios de la inestabilidad segmentaria en columna dorsal con espolones de tracción típicos de la artropatía degenerativa de las articulaciones discales sin afectación de las facetas posteriores.

TUMBA nº 3.

- **Número de individuos:** 2.
- **Estado de los restos:** Esqueletos relativamente completos. Algunos de los huesos presentan en su superficie una fina concreción cálcica.
- **Sexo y edad:** 1.— femenino, adulto joven; 2.— sin determinar infantil.

Individuo 3-1.

— **Variedades anatómicas:**

- Observación nº 1.
La sutura medio frontal se mantiene con claridad desde el bregma hasta la mitad de la frente (metopismo parcial). En cualquier caso es más frecuente que se cierre últimamente la parte inferior de dicha sutura y no al revés, como ocurre en este caso.
- Observación nº 2.
Presencia de 4 huesos wormianos de tamaño pequeño en sutura lambdaoidea derecha.
- Observación nº 3.
Sacro muy deteriorado (se encuentra roto en su cuadrante inferior e izquierdo) al que encontramos fusionada la vértebra L5.
La fusión es completa en el lado izquierdo, entre la apófisis transversa de la vértebra y el ala del sacro. Existe asimismo un puente óseo entre el borde inferior del cuerpo vertebral y el superior de la base del sacro, situado a continuación del agujero de conjunción que en este caso adquiere el aspecto de agujero sacro anterior. El resto de la articulación discal queda libre, así como las articulaciones correspondientes a las facetas posteriores. El espacio interarticular está respetado. El lado derecho es normal. (Fot. 3 y 4). Se trata pues de la variedad anatómica conocida como sacralización, en este caso es incompleta, de la vértebra L5.

- **Patología dentaria:** Se conservan ambas arcadas dentarias. El desgaste de incisivos es avanzado. Hay presencia de sarro. En el borde alveolar del tercer molar superior derecho se observan exóstosis como signo de la inestabilidad de la pieza y futura expulsión (paradontosis).

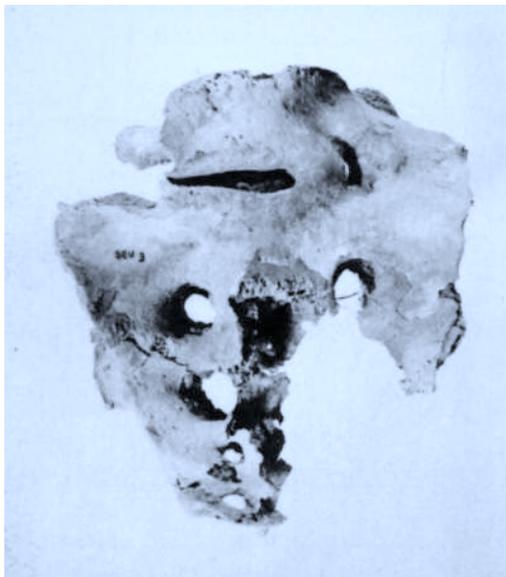


Foto 3. Sacralización incompleta de L5 (Individuo 3-1, Santa Eulalia).

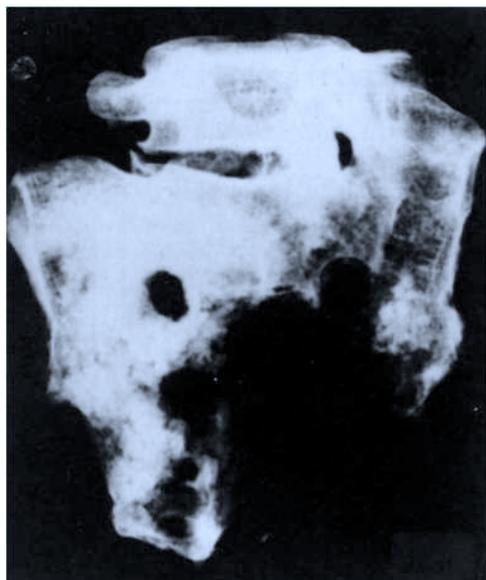


Foto 4. Radiografía del sacro anterior.

MAXILAR SUPERIOR

Dientes conservados:	8 - - - - - . - 2 - - - - - 8
Desgaste en molares definitivos:	<u>II</u> . <u>II</u>
Dientes perdidos en vida:	<u>- 7 6 - v - - - . - - - - - - -</u>

MAXILAR INFERIOR

Dientes conservados:	8 7 - 5 4 3 2 - . 1 2 3 4 - - 7 -
Desgaste en molares definitivos:	<u>II III</u> . <u>III</u>
Dientes perdidos en vida:	<u>- - 6 - - - - - . - - - - 5 6 - -</u>

TUMBA nº 4.

— **Número de individuos:** 2.

— **Estado de los restos:**

— Individuo 1.— Siglado con 4c, está muy deteriorado y presenta abundantes roturas.

— Individuo 2.— El 4p, está más completo.

— **Sexo y edad:** 1(4c).— femenino adulto senil; 2(4p).— masculino adulto maduro.

Individuo 4-1(4c).

— **Observaciones patológicas:**

— Observación nº 7.

Vértebra L4, en deficiente estado de conservación, que presenta osteofitos discretos en reborde inferior del cuerpo vertebral. El arco vertebral está deteriorado.

— Observación nº 8.

Vértebra L5, en deficiente estado de conservación, que presenta osteofitos discretos en reborde anterior y superior del cuerpo vertebral. Las facetas articulares posteriores son normales. La superficie discal se encuentra modificada por rugosidades propias de la actividad subcondral.

— **Patología dentaria:** Se conserva únicamente la arcada inferior. Hay pérdida de todas las piezas dentarias en vida con gran absorción del plano alveolar hasta el nivel de los agujeros mentonianos

— **Consideraciones generales:** Se conservan 4 vértebras lumbares. La articulación L4-L5 presenta signos de artropatía degenerativa en fase avanzada a nivel discal y sin afectación de las facetas posteriores.

Individuo 4-2(4p).

— **Varietades anatómicas:**

— Observación nº 4.

Vértebra L5 que se encuentra fusionada al sacro. Las apófisis transversas están adheridas a las alas del sacro sin solución de continuidad. Los agujeros de conjunción presentan hacia la cara anterior, dos orificios similares a los agujeros sacros anteriores. Se respeta el espacio discal y únicamente existe fusión en algún punto del reborde de dicha articulación. Por lo tanto se trata de una sacralización completa de L5. (Fot. 5 y 6).

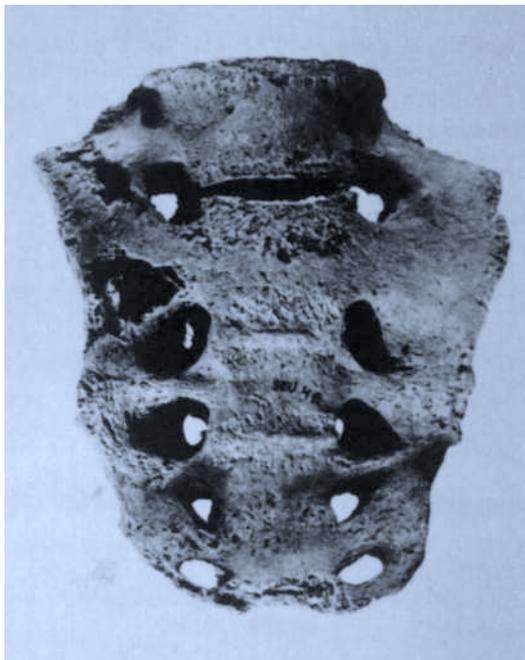


Foto 5. Sacralización completa de L5 (Individuo 4-2. Santa Eulalia).



Foto 6. Radiografía del sacro anterior.

— Observación nº 5.

Falange proximal del segundo dedo del pie, que presenta en la zona media de su cara inferior una exóstosis que sobresale unos 6 mm. de forma oblicua hacia abajo y hacia delante. El espesor es de 4 mm. Consideramos esta exóstosis como una variedad anatómica. (Fot. 7).



Foto 7. Falange proximal de segundo dedo de pie con exóstosis compacta (Individuo 4-2, Santa Eulalia).

— **Observaciones patológicas:**

— Observación nº 9.

Vértebra C5 que presenta osteofitos en reborde superior e inferior del cuerpo vertebral. Las facetas articulares posteriores son normales.

— Observación nº 10.

Vértebra C6 que presenta marcados osteofitos en todo el reborde superior del cuerpo vertebral, así como en el inferior. La superficie discal inferior se encuentra modificada por rigurosidades propias de la actividad subcondral. El arco vertebral está deteriorado.

— Observación nº 11.

Vértebra C7 que presenta marcados osteofitos en reborde superior e inferior del cuerpo vertebral. La superficie discal superior está modificada por actividad del hueso subcondral. El arco vertebral está deteriorado.

— Observación nº 12.

Vértebra D10 que presenta osteofitos en reborde inferior del cuerpo vertebral. Las facetas articulares posteriores también presentan osteofitos periarticulares.

— Observación nº 13.

Vértebra D11 que presenta osteofitos en reborde superior del cuerpo vertebral, así como en la faceta posterior superior e izquierda.

— Observación nº 14.

Vértebra L3 que presenta abultado osteofito localizado en el borde inferior lateral izquierdo del cuerpo vertebral. En la superficie discal inferior existe una cavidad irregularmente alargada de 5 mm. de profundidad que evidencia el tejido esponjoso. Se trata de una cavidad consecuente a la impactación del núcleo pulposo (nódulo de Schmorl). Las facetas articulares posteriores son normales.

— Observación nº 15.

Vértebra L4 que presenta osteofitos repartidos en reborde anterior y superior del cuerpo vertebral (espondilosis). Las facetas articulares posteriores son normales.

— **Patología dentaria:** Hay presencia de sarro. En el maxilar superior existen abundantes pérdidas de piezas dentarias en vida con reabsorción del plano alveolar acusada. El segundo incisivo superior izquierdo presenta gran desgaste con alveolitis y apertura de cavidad al plano externo. (Fot. 8). Caries en el segundo molar inferior izquierdo.

MAXILAR SUPERIOR

Dientes conservados:	- - - - - . - 2 - - - - -
Dientes perdidos en vida:	<u>8 7 . 6 5 4 - - - . - - - 4 5 6 7 8</u>

MAXILAR INFERIOR

Dientes conservados:	<u>8 7 - - - - - . - - - 3 - 5 - 7 8</u>
Desgaste en molares definitivos:	<u>IIIIV . III II</u>
Dientes perdidos en vida:	<u>- 7 - - - - - . - - - - - 6 - -</u>

— **Consideraciones generales:** Se conservan 6 vértebras cervicales, 7 dorsales y 5 lumbares. De todas ellas, 7 presentan signos de artropatía degenerativa en mayor o menor grado, afectando a los tres segmentos de la columna vertebral. A nivel cervical, las articulaciones C5-C6 y la C6-C7, no sólo tienen espolones de tracción, sino que además hay degeneración discal avanzada con remodelado de hueso subcondal y probable pinzamiento articular. Hay afectación de facetas posteriores en D10 y D11. En L3 hay impactación de núcleo pulposo.

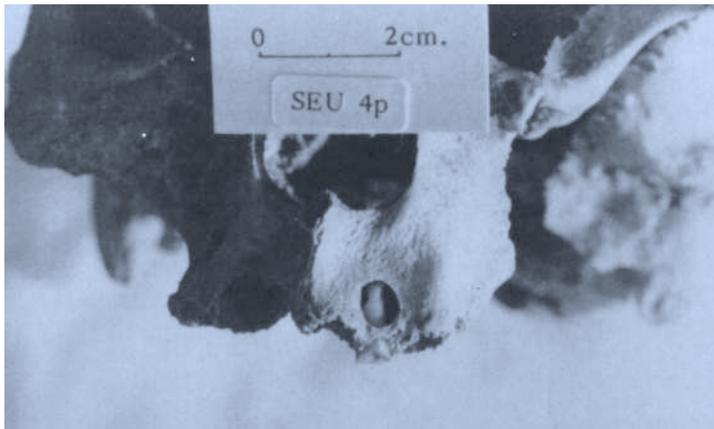


Foto 8. Maxilar superior con alveolitis y apertura de tabla externa en segundo incisivo izquierdo (Individuo 4-2, Santa Eulalia).

Individuo 6-1.

— **Variedades anatómicas:**

— Observación nº 7.

Presencia de hueso wormiano de tipo pequeño en sutura lamboidea izquierda.

— **Patología dentaria:** Presencia de sarro. Maxilar superior muy deteriorado. Caries en el primer molar superior derecho.

MAXILAR SUPERIOR

Dientes conservados:	8	7	6	5	4	3	-	-	.	-	-	-	4	5	6	7	-
Desgaste en molares definitivos:	III	II	II						.						II	II	

MAXILAR INFERIOR

Dientes conservados:	8	7	-	-	4	3	2	-	.	-	2	3	4	5	-	-	8	
Desgaste en molares definitivos:	II	III							.								II	
Dientes perdidos en vida:	-	-	6	-	-	-	-	-	-	.	-	-	-	-	-	-	6	-

TUMBA nº 7.

— **Número de individuos:** 2.

— **Estado de los restos:** El individuo 1 se encuentra bien conservado. El individuo 2 está representado por los huesos largos.

— **Sexo y edad:** 1.— masculino, adulto joven; 2.— masculino adulto joven.

Individuo 7-1(7c).

— **Variedades anatómicas:**

— Observación nº 8.

Presencia de huesos wormianos, uno en bregma y los otros cuatro en el mismo lambda.

— **Observaciones patológicas:**

— Observación nº 22.

Vértebra L4 que presenta discretos osteofitos en reborde anterior y superior del cuerpo vertebral. Las facetas posteriores e inferiores presentan modificadas sus superficies articulares por rugosidades. (Fot. 9).

— Observación nº 23.

Vértebra L5 que presenta rugosidades en reborde anterior y superior del cuerpo vertebral, la arista ha quedado convertida en un borde romo. Las facetas articulares posteriores y superiores presentan superficies irregulares. (Fot. 9).

— Observación nº 24.

Tibia izquierda que presenta una exóstosis entre el borde anterior y la cara interna a nivel de tercio distal de la diáfisis. El abultamiento es ovalado de 35 por 25 mm. y culmina en un pequeño relieve de 3 mm. de diámetro. Tras la discusión conveniente hemos considerado este abultamiento como un típico osteoma osteoide. (Fot. 10 y 11).

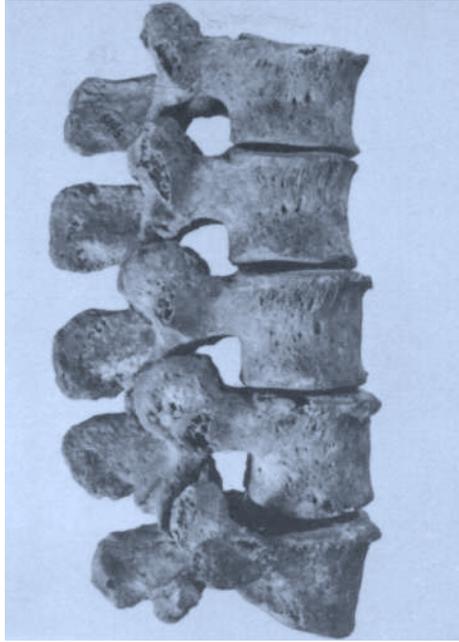


Foto 9. Vértex de la región lumbar con signos de espondilosis (Individuo 7-1. Santa Eulalia).



Foto 10. Radiografía de tibia izquierda con osteoma en su diáfisis. Asimismo presenta líneas de detención del crecimiento en tercio inferior (Individuo 7-1. Santa Eulalia).



Foto 11. Región diafisaria de la tibia del individuo anterior con osteoma.

— **Patología dentaria:** Presencia de sarro. Hay caries en el segundo y tercer molar inferior izquierdo.

MAXILAR SUPERIOR

Dientes conservados: 8 - - - - - 1 . - - - - -

Desgaste en molares definitivos: 1 .

MAXILAR INFERIOR

Dientes conservados: 8 7 6 5 4 3 2 1 . 1 - - - - -

Dientes en molares definitivos: II II IV .

— **Consideraciones generales:** Se conservan todas la vértebras de los segmentos dorsal y lumbar. Los signos que presentan las dos vértebras comentadas corresponden a artropatía degenerativa del segmento lumbar en fase inicial con inestabilidad de la articulación discal L4-L5 e inicio de afectación en las facetas posteriores. La exóstosis en tibia no tiene mayor significación, como tumor benigno localizado y sin repercusión clínica.

Individuo 7-2(7p).

— **Observaciones patológicas:**

— Observación nº 25.

Vértebra C2 muy deteriorada que presenta discretos osteofitos en reborde inferior del cuerpo vertebral.

— Observación nº 26.

Vértebra cervical (sin deteminar) que presenta osteofitos en reborde superior e inferior del cuerpo vertebral. Las facetas articulares posteriores del lado izquierdo están muy desfiguradas con abundancia de osteofitos periarticulares. (Fot. 12).

— Observación nº 27.

Húmero derecho que presenta en su epífisis distal abundantes osteofitos a lo largo de todo el reborde articular. Destaca una exóstosis situada en un lateral

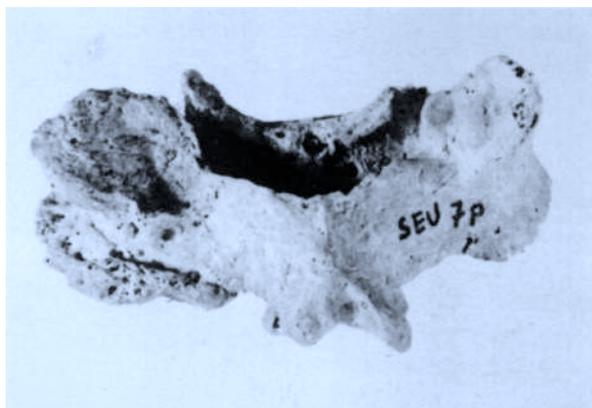


Foto 12. Vértebra cervical con signos de artropatía avanzada (artrosis) en facetas articulares del lado izquierdo (Individuo 7-2, Santa Eulalia).

de la fosa olecraniana. En la propia superficie articular a nivel del cóndilo humeral, existe un área deteriorada que muestra el tejido esponjoso, los bordes del hueso cortical están adelgazados y se presentan con superficies brillantes propias de actividad subcondral por desgaste del cartílago articular.

— Observación nº 28.

Húmero izquierdo con iguales características a la observación anterior.

— Observación nº 29.

Cúbito derecho que en su epífisis proximal presenta osteofitos a lo largo de todo el reborde articular, tanto en las facetas articulares con el húmero como en el radio. En su extremo distal, a nivel de la cabeza cubital, existen también discretos osteofitos.

— Observación nº 30.

Cúbito izquierdo, algo más deteriorado que el derecho que presenta signos periarticulares similares, aunque en menor medida.

— Observación nº 31.

Falange media de mano que presenta discretos osteofitos en reborde de la superficie articular, tanto a nivel proximal como a distal.

— Observación nº 32.

Falange media de mano con idénticas características a la anterior.



Foto 13. Radiografía de tibia izquierda que muestra engrosamiento de tejido cortical en su diáfisis (osteoma) (Individuo 7-2, Santa Eulalia).

— Observación nº 33.

Fémur derecho que presenta discretos osteofitos en reborde de la articulación de la epífisis inferior, fundamentalmente a nivel de la fosa intercondílea.

— Observación nº 34.

Tibia derecha con discretos osteofitos en reborde de la superficie articular de la epífisis proximal y de la distal.

— Observación nº 35.

Tibia izquierda con iguales características a la tibia derecha. En la mitad de la diáfisis, en la cara interna, hace prominencia en abultamiento discreto en altura y con forma ovalada (50 por 25 mm.), que hemos considerado como un osteoma osteoide. (Fot. 13).

— **Patología dentaria:** Se conserva únicamente la arcada inferior. Presencia de sarro.

Dientes conservados:	<u>8 7 - 5 4 - 2 1 . 1 2 3 4 5 - 7 8</u>
Desgaste en molares definitivos:	<u>IIIV . IIIII</u>
Dientes perdidos en vida:	<u>- - 6 - - - - . - - - - 6 - -</u>

— **Consideraciones generales:** A nuestro entender, este individuo de sexo varón y edad adulta presenta una poliartritis (artropatía degenerativa) con gran afectación en columna vertebral que alcanza tanto a las articulaciones discales intervertebrales como a las facetas posteriores (las dos vértebras cervicales conservadas están afectadas), manifestándose en numerosas articulaciones periféricas y, sobre todo, en codo derecho, donde la lesión del cartilago articular ha sido más completa y llega hasta el hueso subcondral. La exóstosis en tibia izquierda no tiene mayor significación.

TUMBA nº 8.

— **Número de individuos:** 1.

— **Estado de los restos:** Completo aunque fragmentado.

— **Sexo y edad:** masculino, adulto maduro.

Observaciones patológicas:

— Observación nº 36.

Vértebra C1 que presenta osteofitos en reborde de la carilla articular de la articulación atlanto-odontoidea. El resto de las facetas articulares son normales.

— Observación nº 37.

Vértebra C2 que presenta osteofitos en reborde superior de la carilla articular de la apófisis odontoides. La faceta articular inferior derecha presenta superficie irregular, agrandada y con abultamientos importantes. Importante degeneración articular (osteoartritis).

— Observación nº 38.

Vértebra cervical (sin determinar) que presenta discretos osteofitos en reborde superior e inferior del cuerpo vertebral. Las facetas articulares posteriores del lado derecho se encuentran modificadas por rugosidades.

— Observación nº 39.

Vértebra cervical (sin determinar) muy deteriorada que presenta osteofitos en reborde de facetas articulares posteriores del lado derecho.

- Observación nº 40.
Vértebra dorsal (sin determinar) muy deteriorada que presenta osteofitos en reborde superior del cuerpo vertebral. No se conservan las facetas articulares posteriores.
- Observación nº 41.
Vértebra dorsal (sin determinar) que presenta osteofito-sindesmofito en reborde anterior superior e inferior del cuerpo vertebral. El deterioro impide ver las facetas articulares posteriores.
- Observación nº 42.
Vértebra D11 que presenta osteofitos en reborte anterior superior e inferior del cuerpo vertebral. El arco vertebral está deteriorado y no se ven las facetas posteriores.
- Observación nº 43.
Vértebra D12 que presenta discretos osteofitos en reborde anterior superior e inferior del cuerpo vertebral. El deterioro impide ver las facetas articulares posteriores.
- Observación nº 44.
Vértebra L1 que presenta osteofitos en reborde superior e inferior del cuerpo vertebral (localizados en lado derecho). El deterioro del arco vertebral impide ver las facetas articulares posteriores.
- Observación nº 45.
Vértebra L2 que presenta osteofitos a lo largo de todo el reborde anterior e inferior del cuerpo vertebral. El deterioro del arco vertebral impide ver las facetas posteriores. Algunos de los osteofitos son auténticos espolones de tracción.
- Observación nº 46.
Vértebra L3 que presenta osteofitos muy marcados a lo largo de todo el reborde anterior superior e inferior del cuerpo vertebral. El deterioro del arco vertebral impide ver las facetas articulares posteriores.
- Observación nº 47.
Vértebra L4 que presenta osteofitos muy marcados a lo largo de todo el reborde anterior superior e inferior del cuerpo vertebral. El deterioro del arco impide ver las facetas articulares posteriores.
- Observación nº 48.
Vértebra L5 que presenta osteofitos muy marcados en el reborde anterior y superior del cuerpo vertebral. Las facetas posteriores y superiores presentan osteofitos periarticulares. Las facetas inferiores son normales.
- Observación nº 49.
Húmero derecho muy deteriorado que en su epifisis distal a nivel del labio externo de la superficie articular troclear presenta un relieve alargado de delante atrás de 10 por 2,5 mm. Asimismo se observan relieves a todo lo largo del reborde articular.
- Observación nº 50.
Húmero izquierdo con iguales características al derecho.
- Observación nº 51.
Cúbito derecho que presenta relieves a lo largo de todo el reborde de su articulación en epifisis proximal. Los relieves son discretos pero continuos en todo el reborde.

— Observación nº 52.

Radio derecho que presenta discretas exóstosis en la articulación de la cabeza radial y en la articulación de la epífisis distal (articulación con el carpo).

— **Consideraciones generales:** No se conserva ningún fragmento de maxilar. La mayoría de las vértebras (se conservan 3 cervicales, 7 dorsales y 5 lumbares) presentan signos típicos de artropatía degenerativa que afecta a los tres segmentos de la columna vertebral. En aquellas vértebras que no están deterioradas se observa que dicha artropatía alcanza no sólo a la articulación discal intervertebral, sino que además hay afectación de articulaciones posteriores. Asimismo hay señales de artrosis en articulaciones de ambos codos.

TUMBA nº 9.

— **Número de individuos:** 1.

— **Estado de los restos:** Esqueleto fragmentado con ausencia de numerosos huesos cortos.

— **Sexo y edad:** femenino, adulto joven.

— **Observaciones patológicas:**

— Observación nº 53.

Vértebra dorsal (sin determinar) que presenta osteofitos en reborde anterior e inferior del cuerpo vertebral. Facetas articulares posteriores normales.

— Observación nº 54.

Vértebra dorsal (sin determinar) que presenta osteofitos en reborde anterior y superior del cuerpo vertebral. Facetas articulares posteriores normales.

— Observación nº 55.

Vértebra dorsal (sin determinar) que presenta osteofitos en reborde anterior superior e inferior del cuerpo vertebral. Las facetas articulares posteriores son normales.

— Observación nº 56.

Vértebra L1 que presenta discretos osteofitos en reborde inferior del cuerpo vertebral. Las facetas articulares posteriores e inferiores presentan superficies rugosas e incluso brillo articular como signo de evidente remodelado subcondral (desgaste del cartílago) y exóstosis en rebordes periarticulares.

— Observación nº 57.

Vértebra L2 que presenta osteofitos en reborde superior e inferior del cuerpo vertebral. Todas las superficies de las facetas posteriores se encuentran modificadas por rugosidades, incluso hay brillo articular como signo de remodelado subcondral (desgaste de cartílago) y grandes exóstosis en rebordes periarticulares.

— Observación nº 58.

Vértebra L3 que presenta discretos osteofitos en reborde anterior superior e inferior del cuerpo vertebral. Las facetas articulares posteriores presentan superficies rugosas con brillo articular como signo de remodelado subcondral (desgaste de cartílago) y abultadas exóstosis en sus rebordes periarticulares.

— Observación nº 59.

Vértebra L4 que presenta osteofitos en reborde anterior y superior del cuerpo vertebral. Las facetas articulares posteriores presentan superficies rugosas con brillo articular (desgaste de cartílago, actividad subcondral) y abultadas exóstosis periarticulares.

— Observación nº 60.

Vértebra L5 que presenta discretos osteofitos en reborde superior e inferior del cuerpo vertebral. Las facetas articulares posteriores presentan superficies rugosas con abundantes exóstosis periarticulares.

— Observación nº 61.

Sacro que presenta osteofitos en reborde anterior de la articulación lumbosacra. Las facetas articulares posteriores correspondientes a la misma articulación se encuentran modificadas por rugosidades y presentan brillo articular como signo del remodelado subcondral (desgaste de cartílago) y osteofitos periarticulares.

— **Patología dentaria:** El desgaste de premolares es muy acusado. Hay caries en el segundo molar inferior derecho.

MAXILAR SUPERIOR

Dientes conservados:	- - 6 5 - 3 2 1 . 1 2 3 4 5 - - -
Desgaste en molares definitivos:	II .

MAXILAR INFERIOR

Dientes conservados:	- - - - 4 - - - . - - - 4 5 - 7 8
Desgaste en molares definitivos:	. IVIII
Dientes perdidos en vida:	- 7 6 - - - - - . - - - - - 6 - -

— **Consideraciones generales:** Todas las vértebras conservadas presentan signos de artropatía degenerativa que afecta particularmente al segmento lumbar en fase de hipertensión segmentaria con lesión a nivel discal y de articulaciones posteriores en las que se ha producido un deterioro importante, como lo demuestra el remodelado subcondral (facetas de superficies rugosas y con brillo por desgaste) con degeneración de cartílago completa y reacción periarticular con osteofitosis acusada.

TUMBA nº 10.

— **Número de individuos:** 1.

— **Estado de los restos:** Los huesos largos están muy deteriorados y faltan algunos cortos.

— **Sexo y edad:** masculino, adulto y joven.

— **Variedades anatómicas:**

— Observación nº 9.

Sacro que presenta 6 segmentos o vértebras. Es alargado y tiene un total de 5 agujeros sacros anteriores. Se trata de una sacralización de la primera vértebra coccigea. El aspecto en el vértice es como el de un sacro normal. Los ángulos

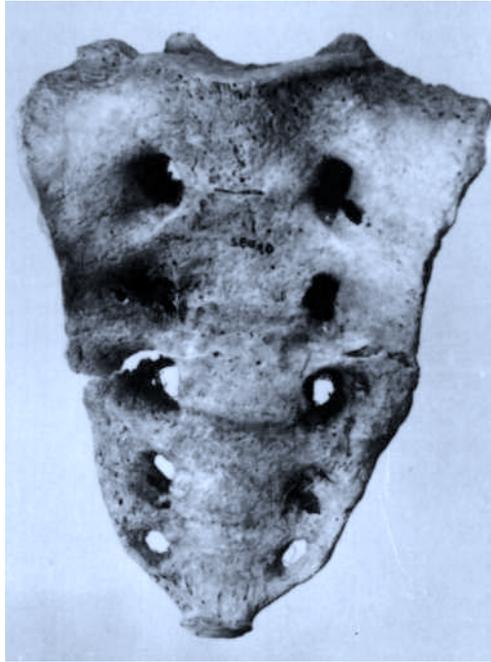


Foto 14. Sacralización de la primera vértebra coccígea (Individuo 10, Santa Eulalia).

laterales del coccix se encuentran fusionados a los bordes laterales del vértice del sacro. Las astas del coccix se hallan fusionadas a las astas del sacro. (Fot. 14).

— **Observaciones patológicas:**

— Observación nº 62.

Vértebra L3 que presenta osteofitos en facetas posteriores y superiores. Las inferiores se encuentran deterioradas.

— Observación nº 63.

Vértebra L4 que presenta iguales características a L3.

— Observación nº 64.

Vértebra L5 que presenta fractura del arco vertebral a nivel del istmo entre las apófisis articulares superiores e inferiores. En el lado izquierdo se mantiene la superficie de fractura con claridad, hay remodelado con relieves de adaptación. En el lado derecho, el deterioro impide precisar si la espondilolisis es bilateral o no. Tampoco se conserva el arco vertebral fracturado en vida.

— **Patología dentaria:** Sólo se conserva la arcada inferior. Presencia de sarro.

MAXILAR INFERIOR

Dientes conservados:	-	-	-	5	4	3	2	1	.	1	2	3	4	5	-	7	8
Desgaste en molares definitivos:									.								III II
Dientes perdidos en vida:	-	7	6	-	-	-	-	-	-	.	-	-	-	-	-	6	-

— **Consideraciones generales:** Se conservan 9 vértebras dorsales y 5 lumbares. Las vértebras dorsales son normales, sin embargo, dos de las lumbares presentan signos de artropatía degenerativa con afectación a nivel discal y de las articulaciones posteriores. La última vértebra lumbar presenta en su arco vertebral una fractura producida en vida con morfología típica de espondilolisis.

TUMBA nº 12.

- **Número de individuos:** 1.
- **Estado de los restos:** Se conservan tan sólo algunos fragmentos del cráneo, húmero y algún hueso corto.
- **Sexo y edad:** Consideramos que se trata de un individuo masculino adulto joven, a pesar de lo mal representado que está.
- **Observaciones patológicas:**
 - Observación nº 65.
Vértebra cervical (sin determinar) que presenta discretos osteofitos en reborde superior e inferior del cuerpo vertebral. Las facetas articulares posteriores son normales.
- **Consideraciones generales:** La única vértebra conservada (cervical) presenta signos de espondilosis como primer paso de la artropatía de columna vertebral que debió afectar a más segmentos de la misma.

TUMBA nº 13.

- **Número de individuos:** 1.
- **Estado de los restos:** Buena conservación, falta cúbito izquierdo.
- **Sexo y edad:** masculino, juvenil.
- **Observaciones patológicas:**
 - Observación nº 66.
Radio derecho que presenta en su extremo distal a nivel diafisario un engrosamiento difuso con rugosidades moderadas, habiendo perdido a este nivel su angulación normal, de tal forma que se muestra rectilíneo y ligeramente cóncavo hacia atrás. No se observa fisura alguna. Se trata de un fractura de diáfisis de radio con buena consolidación sin repercusiones a nivel articular. (Fot. 15, 16 y 17).
- **Patología dentaria:** Los terceros molares no han emergido. Presencia de sarro.

MAXILAR SUPERIOR

Dientes conservados:	- 7 6 - - - - - . - - - - 4 5 6 7 8
Desgaste en molares definitivos:	II II . II II I

MAXILAR INFERIOR

Dientes conservados:	- 7 6 - - - - - . - - - - - 6 7 -
Desgaste en molares definitivos:	II II . II II

— **Consideraciones generales:** Algunas de las epífisis no han completado su cierre (soldadura), lo que significa que se trata de un individuo joven, con una edad que no alcanzó los 25 años. El cierre es incompleto en el radio y la fractura que presentó en su tercio distal a nivel diafisario no parece haber repercutido negativamente en el crecimiento normal de dicho hueso. En cualquier caso, no se puede comparar con su homólogo del lado izquierdo, ya que éste no se conserva.



Foto 15. Tercio distal de radio derecho visto por su cara anterior que muestra rugosidades difusas como consecuencia de consolidación de fractura en este punto (fractura incompleta, "en tallo verde") (Individuo 13, Santa Eulalia).

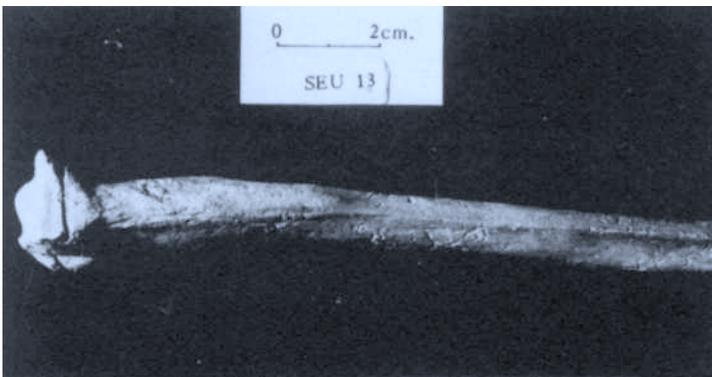


Foto 16. El mismo radio visto por su cara interna, que muestra angulación posterior de su tercio distal.

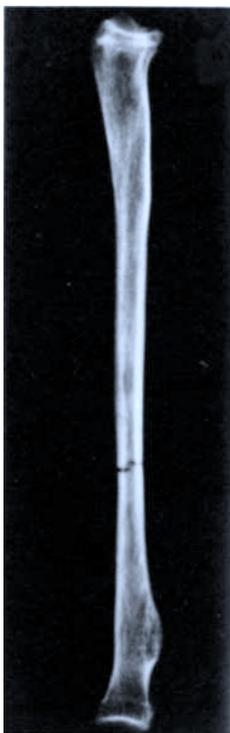


Foto 17. Radiografía del radio anterior con aceptable consolidación.

TUMBA nº 15.

— **Número de individuos:** 4.

— **Estado de los restos:** Individuo 1, es el más representado pero hay numerosas ausencias y deterioro. Individuo 2, muy mal representado, escasos fragmentos. Los otros dos son infantiles y están más completos.

— **Sexo y edad:** 1.— femenino, adulto joven; 2.— femenino, adulto joven; 3.— infantil, sexo sin determinar; 4.— infantil, sexo sin determinar.

Individuo 15-1.

— **Observaciones patológicas:**

— Observación nº 67.

Tibia derecha que presenta en la cara interna de su extremo proximal (inmediatamente por debajo del platillo tibial) una exóstosis de forma irregular (35 por 20 mm.) que se eleva escasos 2 mm. y culmina en un relieve rugoso y más sobresaliente de 5 mm. de altura. Parece una reacción superficial de la cortical del hueso (periostitis).

— **Patología dentaria:** Maxilar superior muy deteriorado. Presencia de sarro. Caries en el tercer molar superior izquierdo.

MAXILAR SUPERIOR

Dientes conservados:	- - 6 5 4 3 2 1 . - 2 3 4 5 - - 8
Desgaste en molares definitivos:	III . III
Dientes perdidos en vida:	- - - - - . - - - - - 6 7 -

MAXILAR INFERIOR

Dientes conservados:	- 7 - 5 4 - - - . - - - 4 5 - - -
Desgaste en molares definitivos:	III .
Dientes perdidos en vida:	- - 6 - - - - - . - - - - - 6 - -

TUMBA nº 17.

— **Número de individuos:** 2.

— **Estado de los restos:** Individuo 1, casi completo, aunque muy fragmentado. Individuo 2, muy deteriorado e incompleto.

— **Sexo y edad:** Ambos son masculinos, adultos jóvenes.

Individuo 17-1.

— **Observaciones patológicas:**

— Observación nº 68.

Vértebra L4 que presenta el reborde anterior y superior del cuerpo vertebral desfigurado en forma de borde romo (la arista se ha perdido) en el que se observa el tejido esponjoso con evidente reacción osteogénica. La imagen se muestra como una típica epifistitis. (Fot. 18 y 19).



Foto 18. Vértebras L3 y L4 en la que esta última presenta imagen de epifistitis en reborde anterior y superior del cuerpo vertebral (epifistitis brucelar, Signo de Pedro Pons) (Individuo 17-1, Santa Eulalia).

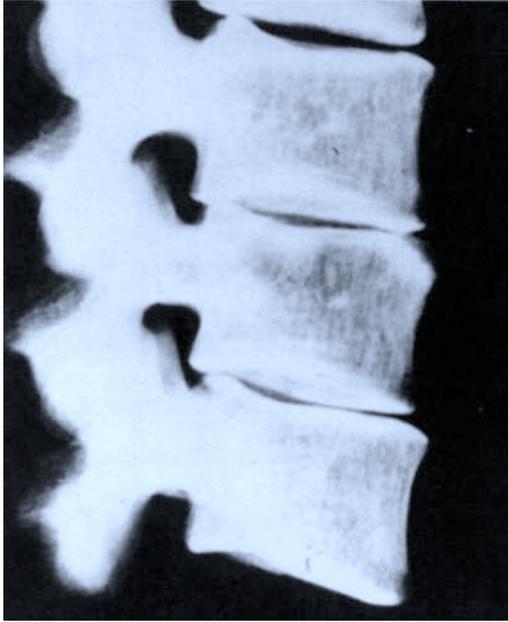


Foto 19. Radiografía del segmento lumbar (rectificado) con epifisitis de L4.

— **Patología dentaria:** Se conserva tan sólo la arcada superior, que se encuentra muy deteriorada. Presencia de sarro.

MAXILAR SUPERIOR

Dientes conservados:	- 7 6 - 4 - - - . - - 3 - - 6 7 -			
Desgaste en molares definitivos:	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">IIIII</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">.</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">IIIII</td> </tr> </table>	IIIII	.	IIIII
IIIII	.	IIIII		

— **Consideraciones generales:** La epifisitis en L4 consideramos que probablemente se debe a una Brucelosis, por ser este un signo característico de esta afección nada descartable en poblaciones rurales y de la época a que pertenecen los restos.

Individuo 17-2.

— **Observaciones patológicas:**

— Observación nº 69.

Vértebra L1 que presenta discretos osteofitos a lo largo del reborde anterior y superior del cuerpo vertebral. Facetas articulares posteriores normales.

— Observación nº 70.

Vértebra L2 que presenta osteofitos en el lado derecho del reborde superior del cuerpo vertebral. La vértebra se muestra discretamente aplastada en el lado derecho y mide 2 mm. menos de altura que el lado izquierdo. Las facetas posteriores son normales.

— Observación nº 71.

Vértebra L3 que presenta osteofitos en reborde derecho anterior y superior del cuerpo vertebral. Las facetas articulares posteriores son normales.

- **Consideraciones generales:** Se conservan 4 vértebras cervicales, 4 dorsales y 3 lumbares, de ellas encontramos que las tres lumbares presentan artropatía degenerativa con afectación de la articulación discal intervertebral, en fase inicial de inestabilidad segmentaria (formación de espolones de tracción) (espondiloartrosis anterior), dejando libre a las articulaciones posteriores.

TUMBA nº 18.

- **Número de individuos:** 1.
- **Estado de los restos:** Se encuentra escasamente representado y muy deteriorado.
- **Sexo y edad:** Femenino, adulto joven.
- **Patología dentaria:** Maxilar superior muy deteriorado, roto en el lado izquierdo. Presencia de sarro. Tercer molar superior derecho sin emerger.

MAXILAR SUPERIOR

Dientes conservados:	- 7 6 5 4 3 - - . - - - - - - - -
Desgaste en molares definitivos:	II III .

MAXILAR INFERIOR

Dientes conservados:	8 7 6 5 4 3 2 1 . 1 2 3 4 5 6 7 8
Desgaste en molares definitivos:	I II II . II II I

TUMBA nº 20.

- **Número de individuos:** 1.
- **Estado de los restos:** Ausencia de numerosas piezas y muy fragmentado.
- **Sexo y edad:** Infantil, sin determinar el sexo.

TUMBA nº 22.

- **Número de individuos:** 1.
- **Estado de los restos:** Se conservan tan sólo unos escasos fragmentos.
- **Sexo y edad:** Femenino, adulto maduro.
- **Patología dentaria:** Maxilar superior fragmentado. Presencia de sarro. Hay caries en el primer premolar, segundo molar y tercer molar superiores izquierdos.

MAXILAR SUPERIOR

Dientes conservados:	- - - - 4 - - - . - - - 4 5 - 7 8
Desgaste en molares definitivos:	. II II
Dientes perdidos en vida:	- - - - - - - . - - - - - 6 - -

MAXILAR INFERIOR

Dientes conservados:	- 7 - - - - - . - - - 4 - - - -
Desgaste en molares definitivos:	III .
Dientes perdidos en vida:	8 - 6 5 - - - - . - - - - 5 6 7 8

TUMBA n° 23.

— **Número de individuos:** 1.

— **Estado de los restos:** Esqueleto completo y bien conservado.

— **Sexo y edad:** Masculino, adulto joven.

Observaciones patológicas:

— Observación n° 72.

Radio izquierdo que en su extremo distal a nivel de metafisis y diafisis presenta relieves ondulados en la superficie ósea habiendo perdido su angulación normal y mostrándose cóncavo hacia atrás. No se observa fisura ni hay angulación lateral. No hay compactación ni pérdida de tamaño. Se trata de una fractura de diáfisis distal de radio (tipo Galeazzi) con buena consolidación y sin repercusiones funcionales a nivel articular. (Fot. 20, 21 y 22).

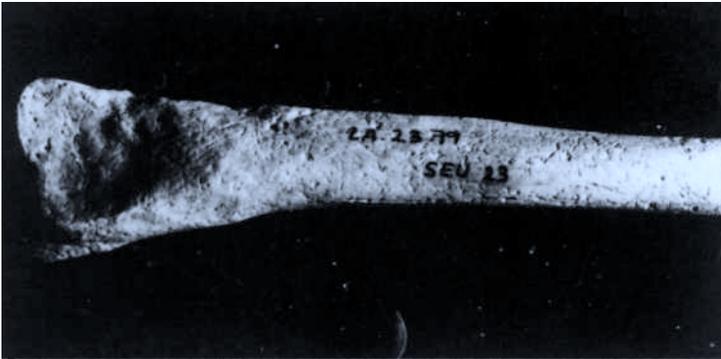


Foto 20. Tercio distal de radio izquierdo que presenta rugosidades difusas en su cara anterior como consecuencia de la consolidación de una fractura a este nivel (fractura de Galeazzi) (Individuo 23, Santa Eulalia).



Foto 21. El radio anterior, visto por su cara interna, que muestra típica deformación angulatoria posterior tras la consolidación de la fractura.



Foto 22. Radiografía del radio anterior, que muestra una aceptable consolidación.

— Observación nº 73.

Cúbito izquierdo que en su extremo distal presenta exóstosis irregulares con pérdida de la estiloides cubital. Las exóstosis son de pequeño tamaño y alcanzan parte de la superficie posterior de la diáfisis, hasta 15 mm. por encima de la línea articular. Se trata de una fractura de estiloides cubital simultánea a la fractura en radio.

— **Patología dentaria:** Presencia de sarro. Hay caries en el segundo molar superior izquierdo.

MAXILAR SUPERIOR

Dientes conservados: 8 7 6 5 4 3 2 1 . 1 2 3 4 5 6 7 8
 Desgaste en molares definitivos: II IIIIII . IIIIIIIII

— **Consideraciones generales:** Se trata de un individuo joven que no sobre pasó los 30 años. La fractura del extremo distal de radio, que afecta también a estiloides cubital, puede ser considerada como una típica fractura de Galeazzi, provocada como consecuencia de un traumatismo directo por caída al suelo con extensión del brazo y choque directo en el carpo. De todos modos no se observa lesión articular en región carpiana. La consolidación es correcta, con algo de angulación dorsal “forma de dorso de tenedor” pero sin repercusiones en la funcionalidad de la mano.

TUMBA nº 24.

— **Número de individuos:** 1.

— **Estado de los restos:** Completo, aunque deteriorado por su propia fragilidad.

— **Sexo y edad:** Femenino, adulto senil.

— **Observaciones patológicas:**

— Observación nº 74.

Las siete vértebras cervicales presentan discretos osteofitos en rebordes de la articulación discal intervertebral.

— Observación nº 75.

Vértebra L1 que se muestra discretamente aplastada en el lado izquierdo del cuerpo vertebral en el que presenta un gran sindesmofito que le anquilosa a la L2. La superficie articular discal superior presenta una depresión irregular de 13 mm. de diámetro y 7 mm. de profundidad máxima, que pone en evidencia el tejido esponjoso del cuerpo vertebral de L1. Parece tratarse de una impactación del núcleo pulposo (nódulo de Schmorl).

Todas las facetas articulares posteriores de L1 y L2 se encuentran modificadas con osteofitos periarticulares.

El espacio articular L1-L2 está conservado. (Fot. 23 y 24).

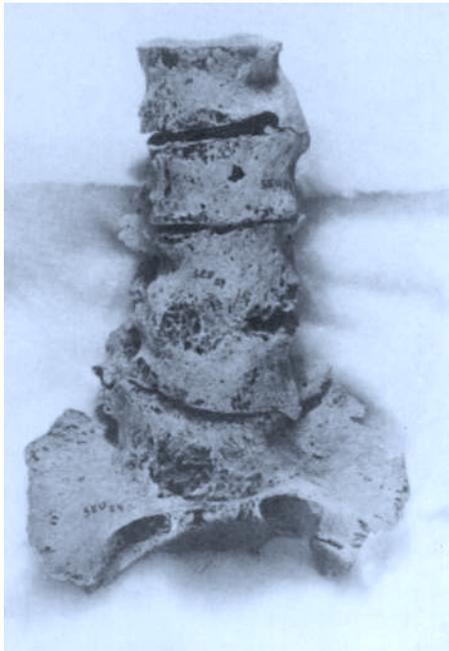


Foto 23. Región lumbar y sacro con anquilosis de L1-L2, L3-L4 y L5-sacro. En las articulaciones anquilosadas, los espacios interdiscales han desaparecido (osteoartritis, artritis séptica). La cortical se encuentra adelgazada y por las roturas se observa un tejido esponjoso de malla ancha (osteoporosis) (Individuo 24, Santa Eulalia).

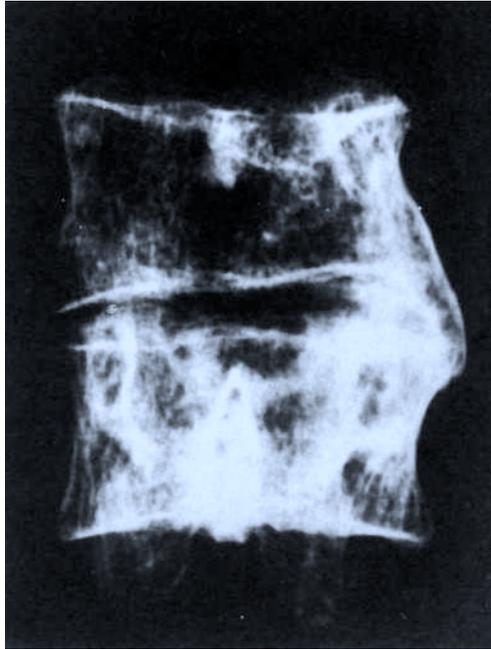


Foto 24. Radiografía de L1-L2 del individuo anterior, que muestra anquilosis a favor de puente óseo en lateral izquierdo. La morfología normal de las vértebras se ha perdido y hay imagen de osteoporosis (Individuo 24, Santa Eulalia).

— Observación nº 76.

Vértebra L3 que presenta anquilosis total con L4 a nivel de cuerpos vertebrales. La fusión es completa en el lado derecho y parte posterior, sin solución de continuidad en el tejido esponjoso de ambos cuerpos vertebrales (no se trata de osteofito ni sindesmofito). En el lado izquierdo se mantiene el espacio articular aunque algo disminuido.

Hay ligero aplastamiento de L3, que provoca cierta escoliosis a la derecha. Todas las facetas articulares posteriores se hallan modificadas por osteofitos periarticulares. Hay pérdida de espacio articular y gran modificación en la articulación posterior entre ambas vértebras. También quedan anquilosadas las apófisis espinales. (Fot. 23).

Los agujeros de conjunción son respetados y no parece haber compromiso en dicho espacio.

— Observación nº 77.

Vértebra L5 que se encuentra anquilosada al sacro a través de toda la superficie interdiscal. La fusión es completa y se encuentra sin solución de continuidad entre el tejido esponjoso de L5 y el de la base del sacro, por tanto hay completo desdibujamiento de la articulación interdiscal. Hay también anquilosis de las articulaciones de las facetas posteriores y de los arcos vertebrales que presentan abundantes excrecencias. (Fot. 23).

El agujero de conjunción izquierdo se encuentra algo disminuido.

— Observación nº 78.

Radio derecho muy deteriorado, del que se conserva el extremo medio distal, que presenta abultamiento rugoso que afecta a toda la circunferencia de la epífisis distal y fundamentalmente del lado externo y a escasos milímetros de la línea articular. (Fot. 25).



Foto 25. Cara interna de tercio distal de radio derecho que presenta modificación de su morfología normal en la proximidad de la epífisis ya que existe fractura antigua bien consolidada (fractura de Colles) (Individuo 24, Santa Eulalia).

No hay pérdida de tamaño ni angulación patológica, únicamente parece existir discreta impactación con desfiguración de la superficie articular en la que se observan líneas de fisura con relieves discretos. Se trata de una fractura de extremo distal de radio tipo Colles con impactación y rotura que afecta a la articulación radio-carpo. El cúbito correspondiente es normal, así como el carpo del mismo lado.

— **Patología dentaria:** Presencia de sarro. Algunos de los alveólos en los que ha habido pérdida de piezas dentarias en vida, presentan cierres incompletos como signo de expulsión reciente de las mismas.

MAXILAR SUPERIOR

Dientes conservados:	- - 6 5 4 3 2 - . - 2 3 4 5 - - -
Desgaste en molares definitivos:	III .
Dientes perdidos en vida:	- - - - - - - - - - - 6 - 8

MAXILAR INFERIOR

Dientes conservados:	- - - - 4 3 2 1 . 1 2 3 4 - - - -
Dientes perdidos en vida:	8 7 6 5 - - - - . - - - - - 6 7 8

— **Consideraciones generales:** Se conservan 7 vértebras cervicales, 4 dorsales y 5 lumbares, casi todas ellas deterioradas con gran osteoporosis. En toda la columna vertebral hay signo de artropatía degenerativa a la que hay que añadir la gran afectación que presenta el segmento lumbar con osteoartritis de muchas de sus

articulaciones hasta el externo de la anquilosis L1-L2, L3-L4 y L5-sacro, que juzgando todos los componentes atribuimos a una causa infecciosa, y que a este nivel, probablemente es de tipo Tuberculosa (espondilitis tuberculosa, Mal de Pott) en grado avanzado.

El individuo es femenino y de edad senil, presentando signos de osteoporosis con tejido esponjoso y corticales adelgazadas.

Presenta, asimismo, una fractura de Colles en antebrazo derecho que afecta al mo articular del radio con buena consolidación y sin lesión funcional residual.

TUMBA nº 25.

— **Número de individuos:** 2.

— **Estado de los restos:** Ambos esqueletos están muy deteriorados por numerosas roturas.

— **Sexo y edad:** 1.— masculino, adulto maduro; 2.— femenino, adulto joven.

Individuo 25—1 (SEU 25c).

— **Variedades anatómicas:**

— Observación nº 10.

Cráneo que mantiene la sutura frontal o metópica. Además presenta 2 huesos wormianos en el lado derecho de la sutura lambdaidea y uno en el izquierdo, todos ellos de tamaño pequeño.

— **Patología dentaria:** Se conservan ambas arcadas dentarias, pero están muy deterioradas. Presencia de sarro y acusado desgaste en incisivos.

MAXILAR SUPERIOR

Dientes conservados:	- - 6 5 4 3 2 1 . 1 2 3 - - 6 - -
Desgaste en molares definitivos:	III . III
Dientes perdidos en vida:	- - - - - - - - . - - - - 4 5 - 7 8

MAXILAR INFERIOR

Dientes conservados:	- - - - 4 3 2 1 . 1 2 3 4 - - - -
Dientes perdidos en vida:	- - - - - - - - . - - - - 5 6 7 8

Individuo 25-2 (SEU 25p).

— **Variedades anatómicas:**

— Observación nº 11.

Mantenimiento de la sutura medio frontal o metópica. Presencia de 3 huesos wormianos en sutura sagital. Toda la sutura lambdaidea está formada por huesos wormianos, en total 29 de tamaño pequeño o intermedio.

— **Observaciones patológicas:**

— Observación nº 79.

Vértebra L4 que presenta a nivel del istmo entre las facetas articulares superiores y las inferiores, superficies anfractuadas de extremos remodelados que encajan perfectamente con los rebordes correspondientes del arco vertebral fracturado. Se trata de una fractura de arco vertebral o espondilolisis bilateral. (Fot. 26).

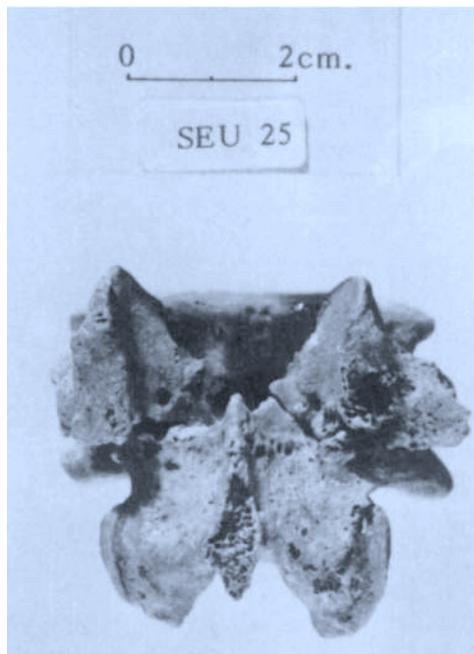


Foto 26. Cara posterior de vértebra L4 que muestra fractura entre las apófisis superiores y las inferiores (espondilolisis) (Individuo 25-2, Santa Eulalia).

— Observación nº 80.

Vértebra L5 que presenta iguales características que la vértebra superior L4. En este caso no se conserva el arco vertebral pero resulta evidente la existencia de una fractura en vida del tipo espondilólisis de la que no se puede precisar si es bilateral o no.

— **Patología dentaria:** Presencia de sarro. Caries en segundo molar izquierdo.

MAXILAR SUPERIOR

Dientes conservados:	-	7	6	5	4	3	-	-	.	-	-	3	4	5	6	7	8
Desgaste en molares definitivos:																	

MAXILAR INFERIOR

Dientes conservados:	-	7	6	5	4	3	2	1	.	1	2	3	4	5	-	7	8
Desgaste en molares definitivos:																	
Dientes perdidos en vida:	8	-	-	-	-	-	-	-	.	-	-	-	-	-	6	-	-

— **Consideraciones generales:** Se conservan 6 vértebras cervicales, 12 dorsales y 5 lumbares, todas ellas muy deterioradas. No presentan ninguna patología, salvo lo ya comentado en las dos últimas lumbares que corresponde al lugar preferente de las espondilolisis.

TUMBA nº 26.

— **Número de individuos:** 3.

— **Estado de los restos:** Individuo 1, casi completo aunque muy fragmentado. Individuo 2, representado por escasos fragmentos. Individuo 3, bien conservado.

— **Sexo y edad:** 1.— masculino, adulto maduro; 2.—femenino, adulto joven; 3.— infantil.

Individuo 26-1 (SEU 26c).

— **Observaciones patológicas:**

— Observación nº 81.

Fragmento costal que presenta relieves ondulados en su superficie y a todo lo largo de su sección transversa. Se trata de un típico callo de fractura que se encuentra bien consolidado y sin angulaciones anormales. (Fot. 27 y 28).



Foto 27. Fragmento costal con callo de fractura (Individuo 26-1, Santa Eulalia).



Foto 28. Radiografía del fragmento costal anterior.

— **Patología dentaria:**

MAXILAR SUPERIOR

Dientes perdidos en vida: 8 7 6 5 4 - - - . - - - - - m - -

Individuo 26-2 (SEU 26p).

— **Observaciones patológicas:**

— Observación nº 82.

Vértebra lumbar (sin determinar) que presenta osteofitosis en todo el reborde superior del cuerpo vertebral. En el lado izquierdo hay discreto aplastamiento.

— Observación nº 83.

Primera vértebra sacra (el resto está perdido) que presenta discretos osteofitos en todo el reborde superior del cuerpo vertebral.

— **Patología dentaria:** Se conserva sólo la arcada inferior. Hay caries con alveolitis y próxima expulsión en primer molar inferior izquierdo

MAXILAR INFERIOR

Dientes conservados: 8 7 6 5 4 - - - . - - 3 4 - - 7 8

Desgaste en molares definitivos: IIIIIIIV IIIII

Dientes perdidos en vida: - - - - - - - - . - - - - - 6 - -

— **Consideraciones generales:** Este individuo está representado por escasos fragmentos muy deteriorados. Las dos vértebras que se conservan presentan signos de artropatía degenerativa discal o espondiloartrosis anterior a nivel lumbar.

TUMBA nº 28.

— **Número de individuos:** 2.

— **Estado de los restos:** Ambos esqueletos están muy fragmentados y faltan numerosas piezas.

— **Sexo y edad:** 1.— masculino, adulto joven; 2.— masculino, adulto joven.

Individuo 28-I.

— **Observaciones patológicas:**

— Observación nº 84.

Vértebra L4 que presenta osteofitos en reborde superior antero-lateral derecho del cuerpo vertebral.

Patología dentaria: Presencia de sarro.

MAXILAR SUPERIOR

Dientes conservados: - 7 6 5 - - - - . - - - - - 5 6 7 -

Desgaste en molares definitivos: IIIII IIIII

MAXILAR INFERIOR

Dientes conservados: - 7 - 5 4 3 2 - . 1 2 - 4 5 - 7 -

Desgaste en molares definitivos: III IV

Dientes perdidos en vida: - - 6 - - - - . - - - - - 6 - -

— **Consideraciones generales:** Se conserva únicamente las 5 vértebras lumbares. De ellas, la cuarta presenta osteofito tipo espolón de tracción como signo de inestabilidad segmentaria de la articulación interdiscal L3-L4 sin afectación de las articulaciones posteriores como primer paso de la artropatía degenerativa (espondiloartritis anterior).

Individuo 28-2.

— **Patología dentaria:** Se conserva sólo la arcada inferior. Presencia de sarro.

MAXILAR INFERIOR

Dientes conservados:	- 7 6 5 4 - - - . - - 3 4 - 6 7 8
Desgaste de molares definitivos:	IIIIII . IIIII II

TUMBA nº 29.

— **Número de individuos:** 2.

— **Estado de los restos:** Numerosas ausencias de huesos cortos. Individuo 2, mal representado.

— **Sexo y edad:** 1.— femenino, adulto joven; 2.— masculino, adulto joven.

Individuo 29-1

— **Observaciones patológicas:**

— Observación nº 85.

Vértebra dorsal (sin determinar) que presenta discretos osteofitos en reborde anterior superior e inferior del cuerpo vertebral.

— Observación nº 86.

Vértebra dorsal (sin determinar) con iguales características a la observación anterior.

— Observación nº 87.

Vértebra dorsal (sin determinar) con iguales características a las dos observaciones anteriores.

— Observación nº 88.

Vértebra L4 que presenta osteofitos en reborde inferior anterior e izquierdo del cuerpo vertebral.

— Observación nº 89.

Vértebra LS que presenta osteofitos a lo largo de todo el reborde anterior y superior del cuerpo vertebral.

— Observación nº 90.

Tibia derecha que presenta exóstosis en su extremo distal, cara antero-interna, 30 mm. por encima del reborde articular distal (tobillo). La exóstosis es ovalada de 9 por 6 mm. y se eleva en su punto más álgido 2 mm. La radiografía demuestra que la exóstosis interesa únicamente a la superficie externa de la cortical del hueso en esta zona diafisaria, por lo que la consideramos como una simple reacción perióstica.

— **Patología dentaria:** Presencia de sarro. Los alveolos de los terceros molares definitivos superiores derechos se hallan en fase de reabsorción y cierre por reciente expulsión de piezas dentarias. El primer molar superior izquierdo presenta alveolitis con inestabilidad de la pieza y próxima expulsión.

MAXILAR SUPERIOR

Dientes conservados:	- - - 5 - 3 - 1 . - - 3 - - 6 - -
Desgaste en molares definitivos:	. IV
Dientes perdidos en vida:	<u>8 7 6 - - - 2 - . - - - 4 5 - 7 8</u>

MAXILAR INFERIOR

Dientes conservados:	8 7 - - 4 3 - - . - 2 3 4 5 - - 8
Desgaste en molares definitivos:	IIIV . III
Dientes perdidos en vida:	<u>- - 6 - - - 2 - . - - - - 6 7 -</u>

- **Consideraciones generales:** Se conservan 9 vértebras dorsales y 5 lumbares. Hay afectación de tipo artrósico (artropatía degenerativa) en fase inicial de inestabilidad segmentaria en tres articulaciones interdiscales dorsales y en la región lumbar a nivel de la articulación L4-L5 del mismo modo y sin lesión de articulaciones posteriores (espondiloartrosis anterior).

TUMBA nº 30.

- **Número de individuos:** 1.
- **Estado de los restos:** Bien representado, aunque faltan algunos huesos cortos.
- **Sexo y edad:** Masculino, adulto joven.
- **Observaciones patológicas:**
- Observación nº 91.
Vértebra C1 que presenta osteofitos en reborde de la cara articular de la apófisis odontoides.
 - Observación nº 92.
Vértebra D10 que presenta osteofitos en reborde inferior lateral izquierdo del cuerpo vertebral.
 - Observación nº 93.
Vértebra D11 que presenta discretos osteofitos en reborde superior anterior y lateral derecho del cuerpo vertebral. Asimismo en el reborde inferior muestra importante osteofitosis.
 - Observación nº 94.
Vértebra D12 que presenta osteofitos a todo lo largo del reborde superior y del inferior del cuerpo vertebral.
 - Observación nº 95.
Vértebra L1 que presenta discretos osteofitos en reborde superior e inferior del cuerpo vertebral.
 - Observación nº 96.
Vértebra L3 que presenta discretos osteofitos en reborde anterior y superior del cuerpo vertebral.
 - Observación nº 97.
Vértebra L4 con iguales características a la observación anterior.
 - Observación nº 98.
Vértebra L5 que presenta gran osteofito en el lado derecho y en el izquierdo del reborde inferior del cuerpo vertebral. La superficie discal inferior se muestra

modificada por rugosidades como signo de remodelado subcondral que evidencia el tejido esponjoso. En definitiva, existe una importante degeneración de la articulación interdiscal. Las facetas articulares posteriores son normales.

— Observación nº 99.

Sacro que presenta en el reborde de la superficie articular con la quinta vértebra lumbar osteofitos abultados que se engranan con los correspondientes a L5. La superficie articular se encuentra modificada por rugosidades importantes.

— Observación nº 100.

Astrágalo derecho que presenta una fisura en la zona posterior de la carilla articular postero-externa, que desde el mismo reborde articular penetra 10 mm. de fuera adentro. En el mismo reborde articular alcanza la mayor profundidad (1,5 mm.). Se trata de una fisura por comprensión en astrágalo que afecta tan sólo al hueso cortical.

— Observación nº 101.

Rótula derecha que en su cara anterior presenta exóstosis correspondientes a la osificación de la inserción del ligamento rotuliano y a la inserción del tendón del cuádriceps. (Fot. 29).

— Observación nº 102.

Rótula izquierda que presenta osificada la inserción del ligamento rotuliano. (Fot. 29).

— Observación nº 103.

Calcáneo derecho que presenta osificación de la inserción del tendón de Aquiles.

— **Consideraciones generales:** Se conservan una vértebra cervical, 8 dorsales y 5 lumbares. En ellas encontramos afectación de tipo artrósico (artropatía degenerativa) que alcanza a los tres segmentos de la columna vertebral con lesión en fase de inestabilidad segmentaria con osteofitosis y sin afectación de articulaciones posteriores (espondiloartrosis anterior). La articulación interdiscal L5-S1 está

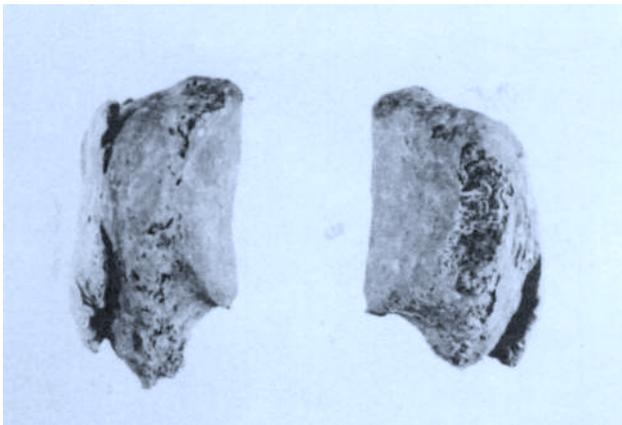


Foto 29. Rótula derecha con osificación la inserción del tendón del cuádriceps y del ligamento rotuliano. Rótula izquierda con osificación de la inserción del ligamento rotuliano (Individuo 30, Santa Eulalia).

particularmente afectada por osteofitos exacerbados con avanzada degeneración discal y remodelado de hueso subcondral (osteoartritis) con estrechamiento segmentario. En definitiva, signos de artropatía degenerativa en columna vertebral a la que hay que añadir osificaciones de inserciones ligamentosas y tendinosas como signos degenerativos.

TUMBA nº 31.

- **Número de individuos:** 2.
- **Estado de los restos:** Ambos muy incompletos y fragmentados.
- **Sexo y edad:** 1.— masculino, adulto maduro; 2.— masculino adulto joven.

Individuo 31-1.

— **Observaciones patológicas:**

- Observación nº 104.
Vértebra lumbar (sin determinar) muy deteriorada que presenta osteofitos en reborde superior y anterior del cuerpo vertebral. El arco vertebral está deteriorado y no se conservan las facetas articulares posteriores.
- Observación nº 105.
Cúbito derecho muy deteriorado del que se conserva únicamente el extremo proximal, que presenta discretos osteofitos a lo largo del reborde de la articulación proximal.
- Observación nº 106.
Radio derecho que presenta discretos osteofitos a lo largo del reborde de la articulación proximal. En la cúpula de la cabeza radial existe una zona deprimida y rugosa de 13 por 8 mm.

- **Patología dentaria:** Desgaste de incisivos muy acusado. Gran cantidad de pérdidas de piezas en vida.

MAXILAR SUPERIOR

Dientes conservados:	- - - - - . - 2 3 4 - - - -
Dientes perdidos en vida:	<u>8 7 6 5 - - - - . - - - - - 6 7 8</u>

MAXILAR INFERIOR

Dientes conservados:	- - - - - . - - - - - - - -
Dientes perdidos en vida:	<u>8 7 6 5 - - 2 1 . 1 2 - - 5 6 7 8</u>

- **Consideraciones generales:** La única vértebra conservada presenta signos de artropatía degenerativa de columna vertebral lumbar, en fase inicial de inestabilidad segmentaria. En la articulación del codo izquierdo asimismo encontramos signos de artrosis que afecta a cúbito y radio de forma discreta. El húmero de ese mismo lado y los huesos de la mano están perdidos.

TUMBA nº 32.

— **Número de individuos:** 1.

— **Estado de los restos:** Esqueleto completo y con roturas de huesos largos.

— **Sexo y edad:** Masculino, adulto joven.

— **Observaciones patológicas:**

— Observación nº 107.

Vértebra C5 que presenta osteofito en el lado derecho del reborde inferior del cuerpo vertebral, La superficie discal inmediata se muestra modificada por rugosidades que ponen en evidencia el tejido esponjoso (remodelado subcondral). Resto de articulaciones normales.

— Observación nº 108.

Vértebra C6 que presenta en la apófisis semilunar del lado derecho una serie de oquedades que evidencian el tejido esponjoso del cuerpo vertebral (remodelado subcondral). Resto de articulaciones normales.

— Observación nº 109.

Vértebra D11 que presenta discretos osteofitos en lado derecho del reborde inferior del cuerpo vertebral. Resto de articulaciones normales.

— Observación nº 110.

Vértebra L4 que presenta osteofito localizado en ángulo posterior e izquierdo del reborde inferior del cuerpo vertebral.

— Observación nº 111.

Vértebra L5 que presenta discretos osteofitos a lo largo del reborde superior y anterior del cuerpo vertebral.

— Observación nº 112.

Huesos del carpo izquierdo (semilunar, hueso grande) que se muestran modificados en su morfología normal y presentan osteofitos periarticulares en sus distintas facetas. El hueso ganchoso de la misma mano presenta fractura no consolidada de su apófisis unciforme, a juzgar por las superficies de contacto que muestran remodelado con evidente adaptación (seudartrosis).

— **Patología dentaria:** Se conserva únicamente la arcada inferior. Presencia de sarro. Caries en canino izquierdo y primer premolar inferior derecho.

MAXILAR INFERIOR

Dientes conservados:	-	7	-	-	4	3	-	-	.	-	2	3	4	5	6	7	-
Desgaste en molares definitivos:	V										IVIII						
Dientes perdidos en vida:	8	-	6	5	-	-	-	-	.	-	-	-	-	-	-	-	8

— **Consideraciones generales:** Se conservan 5 vértebras cervicales, 11 dorsales y 5 lumbares. Casi todas ellas están muy deterioradas y se observan signos de artropatía degenerativa en los tres segmentos de la columna vertebral. A nivel D11, L4 y L5 la afectación es de tipo espondiloartrosis anterior en fase de inestabilidad segmentaria. A nivel cervical, y más concretamente en articulación C5-C6 existe una degeneración más avanzada del disco intervertebral con deterioro que afecta al hueso subcondral (osteoartritis) respetando las articulaciones posteriores. Además, este individuo presenta fractura de hueso ganchoso en mano izquierda con signos de artropatía en resto de articulaciones propias del carpo, sin lesión en articulación de la muñeca, todo ello probablemente debido a un traumatismo directo en esta zona de la mano.

TUMBA nº 33.

— **Número de individuos:** 3.

— **Estado de los restos:** Los tres individuos están pòbremente representados.

— **Sexo y edad:** 1.— masculino, adulto joven; 2.— masculino, adulto joven; 3.— masculino, adulto joven.

Individuo 33-1 (SEU 33c).

— **Patología dentaria:** Se conserva la arcada superior. Caries en primer molar superior izquierdo.

MAXILAR SUPERIOR

Dientes conservados:	- - - - - 3 2 - . - - - - - 6 - -
Desgas en molares definitivos:	. III
Dientes perdidos en vida:	8 - - 5 - - - - . - - - - 4 5 - -

Individuo 33-2 (SEU 33p).

— **Patología dentaria:** Se conserva sólo la arcada superior que está muy deteriorada. El primer molar superior izquierdo se encuentra en situación de inestabilidad alveolar, hay signos de alveolitis y próxima expulsión.

MAXILAR SUPERIOR

Dientes conservados:	- - 6 5 4 3 - - . - - - - - 6 5 -
Desgaste en molares definitivos:	III . VIV

Individuo 33-3 (SEU 33).

— **Observaciones patológicas:**

— Observación nº 113.

Vértebra dorsal (sin determinar) que presenta gran modificación de la superficie discal inferior con rugosidades, excrecencias y socavamientos propios de la actividad subcondral. El arco vertebral está perdido. El cuerpo vertebral se encuentra discretamente acuñado por delante.

— Observación nº 114.

Vértebra dorsal (sin determinar) muy deteriorada que presenta gran modificación de la superficie discal con rugosidades, excrecencias y socavamientos propios de la actividad subcondral. El arco vertebral está perdido.

— **Patología dentaria:** Presencia de sarro. Caries en tercer molar inferior izquierdo.

MAXILAR SUPERIOR

Dientes conservados:	- - 6 5 4 3 2 1 . 1 2 - 4 5 - - -
Desgaste en molares definitivos:	III .
Dientes perdidos en vida:	- - - - - . - - - - - 6 7 -

MAXILAR INFERIOR

Dientes conservados:	- - - - 4 3 2 - . - - - 4 5 6 7 8
Desgaste en molares definitivos:	. IVIII II

— **Consideraciones generales:** Se conservan una vértebra cervical, 5 dorsales y 4 lumbares. De ellas, dos pertenecientes a la región dorsal inferior, presentan signos de osteoartritis de la articulación interdiscal con degeneración discal completa, estrechamiento segmentario y actividad subcondral. No es posible ver si existe afectación de articulaciones posteriores. Esta lesión puede etiquetarse como una artropatía degenerativa avanzada de tipo secundario, de posible etiología infecciosa.

TUMBA nº 34.

— **Número de individuos:** 1.

— **Estado de los restos:** Esqueleto deteriorado en el que faltan los huesos cortos.

— **Sexo y edad:** Femenino, adulto joven.

— **Observaciones patológicas:**

— Observación nº 115.

Vértebra dorsal (de la porción inferior) que presenta discretos osteofitos en reborde superior e inferior del cuerpo vertebral. El arco vertebral está perdido.

— Observación nº 116.

Vértebra dorsal (porción inferior) que presenta iguales características a la observación anterior.

— Observación nº 117.

Vértebra L1 muy deteriorada que presenta iguales características a la-observación anterior.

— Observación nº 118.

Vértebra L2 que presenta iguales características a la observación anterior.

— Observación nº 119.

Vértebra L3 muy deteriorada que presenta osteofitos en el reborde superior del cuerpo vertebral. En el reborde inferior los osteofitos son considerablemente mayores y algunos de ellos pueden ser considerados como sindesmofitos.

— Observación nº 120.

Vértebra L5 muy deteriorada que presenta osteofitos y sidemosfitos en el reborde superior del cuerpo vertebral. En el reborde inferior hay también osteofitos.

— Observación nº 121.

Radio derecho muy deteriorado, del que se conservan las dos terceras partes distales. Presenta a nivel de epífisis distal una serie de relieves en la cortical que afectan a todo el contorno de la metáfisis. De este modo, el extremo epifisario se muestra angulado y cóncavo hacia atrás. Externamente no se aprecia compactación. Se trata de una fractura de extremo distal de radio (fractura de Colles). (Fot. 30). El extremo distal del cúbito del mismo lado está perdido, así como el carpo correspondiente.

— **Consideraciones generales:** Se conservan 3 vértebras dorsales y 4 lumbares. En ellas encontramos afectación de dos dorsales (últimas) y todas las lumbares con lesión de tipo artropatía degenerativa en fase de inestabilidad segmentaria especialmente manifiesta en L3, con espolones de tracción y sin afectación de articulaciones posteriores (espondiloartrosis anterior). A ello hay que añadir la fractura de Colles bien consolidada en antebrazo derecho.



Foto 30. Cara interna de tercio distal de radio derecho que presenta consolidación de una fractura de su extremo distal (fractura de Colles) (Individuo 34, Santa Eulalia).

TUMBA nº 36.

- **Número de individuos:** 1.
- **Estado de los restos:** Esqueleto completo exceptuando los coxales.
- **Sexo y edad:** Masculino, adulto joven.
- **Observaciones patológicas:**

— Observación nº 122

Segundo metacarpiano derecho que presenta en la superficie articular de su epifisis distal una discordancia lateral ya que muestra un salto de 0,5 mm., como consecuencia de la fractura ya consolidada del extremo externo de la cabeza meta carpiana. El “salto” que muestra dicha superficie articular va de delante atrás, hasta los bordes de la articulación donde se pierde sin relieves. (Fot. 31 y 32).

- **Patología dentaria:** Presencia de sarro. Caries en tercer molar superior izquierdo y en el primer molar inferior izquierdo.

MAXILAR SUPERIOR

Dientes conservados:	8 - 6 5 4 - - - . - - - 4 5 - - -
Desgaste en molares definitivos:	I III .
Dientes perdidos en vida:	- 7 - - - - - . - - - - 6 7 8

MAXILAR INFERIOR

Dientes conservados:	- 7 6 5 4 3 2 1 . 1 2 3 4 5 6 7 -
Desgaste en molares definitivos:	IIIV . IIIII

— **Consideraciones generales:** Individuo que no alcanza los 30 años, con un aspecto saludable de todo su esqueleto, en el que no encontramos más que la fractura de cabeza del segundo metacarpiano con buena consolidación sin afectación en la falange del segundo dedo.



Foto 31. Segundo metacarpiano derecho que muestra discontinuidad en la superficie de su cabeza articular por fractura antigua (Individuo 36, Santa Eulalia).

Foto 32. Radiografía del metacarpiano anterior con buena consolidación de fractura en su cabeza articular.

TUMBA nº 37.

— **Número de individuos:** 1.

— **Estado de los restos:** Ausencia de algunos huesos cortos y roturas en los largos.

— **Sexo y edad:** Femenino, adulto maduro.

— **Observaciones patológicas:**

— Observación nº 123.

Vértebra C1 que presenta exóstosis periarticulares en carilla articular de la articulación atlanto-odontoidea.

— Observación nº 124.

Vértebra C2 que presenta exóstosis en cúspide de apófisis odontoide.

- Observación nº 125.
Vértebra C5 que presenta discretos osteofitos en reborde anterior y superior del cuerpo vertebral.
- Observación nº 126.
Vértebra D1 que presenta discretos osteofitos en reborde anterior e inferior del cuerpo vertebral.
- Observación nº 127.
Vértebra D3 que presenta discretos osteofitos en reborde superior e inferior del cuerpo vertebral.
- Observación nº 128.
Vértebra D4 que presenta abultado osteofito en reborde inferior del cuerpo vertebral, auténtico espolón de tracción.
- Observación nº 129.
Vértebra D5 que presenta abultado osteofito en reborde superior del cuerpo vertebral, auténtico espolón de tracción que coincide con el correspondiente de la vértebra superior.
- Observación nº 130.
Vértebra D6 que presenta osteofito abultado en la zona anterior derecha del reborde superior del cuerpo vertebral.
- Observación nº 131.
Vértebra D8 que presenta discretos osteofitos en reborde superior e inferior del cuerpo vertebral.
- Observación nº 132.
Vértebra D9 que presenta discretos osteofitos en reborde superior e inferior del cuerpo vertebral.
- Observación nº 133.
Vértebra D10 que presenta discretos osteofitos en el reborde superior e inferior del cuerpo vertebral, algunos de ellos auténticos espolones de tracción.
- Observación nº 134.
Vértebra D11 que presenta osteofitos tipo espolones de tracción tanto en el reborde superior como en el inferior del cuerpo vertebral.
- Observación nº 135.
Vértebra D12 que presenta osteofitos tipo espolones de tracción en el reborde superior del cuerpo vertebral.
- Observación nº 136.
Vértebra L1 que presenta discretos osteofitos en el reborde superior y en el inferior del cuerpo vertebral.
- Observación nº 137.
Vértebra L2 que presenta iguales manifestaciones que la observación anterior.
- Observación nº 138.
Ambos cúbitos presentan discretas exóstosis periarticulares en articulaciones proximales.
- Observación nº 139.
Astrágalo derecho que presenta en el borde externo de la carilla articular postero-externa un relieve a modo de exostosis con superficie articular brillante y desgaste como signo de degeneración articular. Se trata de una artrosis de la articulación subastragalina.

— Observación nº 140.

Calcáneo derecho que presenta exóstosis periarticulares en la parte posterior de la carilla articular posteroexterna (articulación astragalo-calcánea). En la misma superficie articular se evidencia desgaste del hueso subcondral y hay brillo articular.

— **Patología dentaria:** Presencia de sarro.

MAXILAR SUPERIOR

Dientes conservados:	- 7 6 5 - - - - . - - - - 5 - - -
Desgaste en molares definitivos:	III V .
Dientes perdidos en vida:	8 - - - - - - - . - - - - - 6 7 8

MAXILAR INFERIOR

Dientes conservados:	8 - - 5 - 3 2 1 . - 2 3 4 5 6 - -
Desgaste en molares definitivos:	IV . IV
Dientes perdidos en vida:	- 7 - - 4 - - - . - - - - - - 7 8

— **Consideraciones generales:** Se conservan 7 vértebras cervicales, 11 dorsales y 2 lumbares. En ellas encontramos afectación de tipo artropatía degenerativa en fase de inestabilidad segmentaria con los característicos espolones de tracción en los tres niveles de la columna vertebral, sin afectación de articulaciones posteriores (espondiloartrosis anterior). Asimismo, hay signos de artrosis en ambos codos y articulación astragalo-calcánea derecha.

TUMBA nº 38.

— **Número de individuos:** 1.

— **Estado de los restos:** Esqueleto completo y bien conservado (ausencia de cráneo).

— **Sexo y edad:** Masculino, infantil.

— **Patología dentaria:** Presencia de sarro. Caries en el segundo molar inferior derecho.

MAXILAR INFERIOR

Dientes conservados:	- 7 6 5 4 3 2 1 . 1 2 3 4 5 6 7 -
----------------------	-----------------------------------

TUMBA nº 39.

— **Número de individuos:** 1.

— **Estado de los restos:** Se conservan cráneo y extremidades inferiores.

— **Sexo y edad:** Femenino, adulto maduro.

— **Patología dentaria:** Presencia de sarro. Caries en el primer molar superior izquierdo.

MAXILAR SUPERIOR

Dientes conservados:	— 7 - 5 4 3 2 1 . 1 - 3 4 5 6 7 -
Desgaste en molares definitivos:	III . IIIII
Dientes perdidos en vida:	8 - 6 - - - - - . - - - - - - 8

TUMBA nº 40.

- **Número de individuos:** 1.
- **Estado de los restos:** Se conservan escasos fragmentos.
- **Sexo y edad:** Masculino, juvenil.
- **Variedades anatómicas:**
 - Observación nº 12.
Mantenimiento de la sutura medio frontal o metópica.

TUMBA nº 41.

- **Número de individuos:** 1.
- **Estado de los restos:** Se conserva prácticamente todo el esqueleto con algún deterioro en huesos largos.
- **Sexo y edad:** Masculino, adulto maduro.

Variedades anatómicas:

- Observación nº 13.

El primer segmento sacro se encuentra lumbarizado. Su cuerpo vertebral S1 está fusionado a la L5, las apófisis transversales destacan por su tamaño, ya que son parte de las alas de la base del sacro. Las facetas articulares posteriores se encuentran modificadas, presentando superficies rugosas con osteofitos. El cuerpo vertebral S1 presenta sindesmofito abultado en reborde inferior, dirigido al segmento sacro S2.

— **Observaciones patológicas:**

- Observación nº 141.

Vértebra C5 que presenta osteofitos a lo largo del reborde inferior del cuerpo vertebral. La superficie discal inferior se encuentra modificada por rugosidades y relieves como signo de osteoartritis C5-C6 con degeneración discal completa.

- Observación nº 142.

Vértebra C6 que presenta osteofitos a lo largo del reborde superior del cuerpo vertebral. La superficie discal superior es rugosa, con relieves como signo de degeneración discal completa con adaptación de superficies C5-C6 (osteoartritis).

- Observación nº 143.

Vértebras D8-D9 que se encuentran fusionadas a nivel del cuerpo vertebral por sólidos puentes óseos con pérdida del espacio articular. Anquilosis total de la articulación interdiscal. Las facetas de las articulaciones posteriores no están fusionadas, aunque presentan osteofitos sin pérdida del espacio articular. Tanto el reborde superior del cuerpo vertebral de D8 como el inferior de D9 presentan osteofitos del tipo espolones de tracción. (Fot. 33 y 34).

El bloque entre ambas vértebras se encuentra acuñado hacia adelante y favorece más aún la cifosis dorsal que se provoca desde las últimas vértebras dorsales. Consideramos que la degeneración discal es de tipo osteoartítica infecciosa.

- Observación nº 144.

Vértebra D10 que presenta osteofitos en reborde superior e inferior del cuerpo

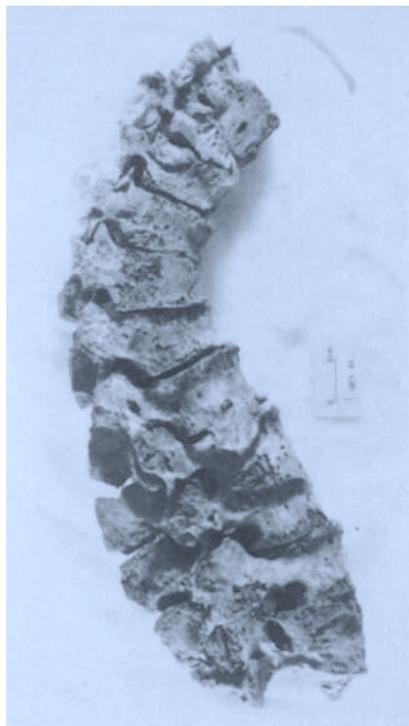


Foto 33. Segmento inferior dorsal y lumbar con múltiples aplastamientos de cuerpos vertebrales y anquilosis óseas de los mismos (espondilitis tuberculosa) (Individuo 41, Santa Eulalia).

Foto 34. Radiografía de D8-D9, D10, D11, D12, L1. La articulación interdiscal D8-D9 ha desaparecido. Osteoporosis generalizada.

vertebral del tipo espolones de tracción. Las facetas articulares posteriores son normales. El cuerpo vertebral se encuentra algo acuñado hacia delante.

— Observación nº 145.

Vértebra D11 que presenta osteofitos en reborde superior e inferior del cuerpo vertebral. El cuerpo vertebral se encuentra algo acuñado hacia delante.

— Observación nº 146.

Vértebra D12 que presenta discretos osteofitos en reborde superior e inferior del cuerpo vertebral. Este se encuentra claramente aplastado por delante y llega a medir 10 mm. menos que en la parte posterior. De este modo, se provoca una cifosis en columna dorsal favorecida por la colaboración del resto de las vértebras dorsales que se encuentran discretamente acuñadas por delante.

— Observación nº 147.

Vértebra L1 que presenta discretos osteofitos en reborde superior e inferior del cuerpo vertebral. Este se encuentra acuñado en su parte anterior iniciando la cifosis dorsal. (Fot 33 y 35).

— Observación nº 148.

Vértebra L2 que presenta osteofitos en reborde superior del cuerpo vertebral.



Foto 35. Radiografía de L2, L3-L4, L5-S1. Existe anquilosis L3-L4 y L5-S1 encontrándose S1 lumbarizada.

En el reborde inferior, los osteofitos son considerablemente mayores y algunos de ellos pueden ser considerados como verdaderos sindesmofitos. Las facetas articulares posteriores presentan asimismo discretos osteofitos.

— Observación n° 149.

Vértebras L3-L4 que se encuentran fusionadas a nivel del cuerpo vertebral con pérdida de espacio articular y anquilosis por puentado de tejido óseo a nivel de reborde y parte interna de dichos cuerpos vertebrales. Se trata de una osteoartritis infecciosa de la articulación interdiscal. Las facetas articulares posteriores a nivel L3-L4 mantienen el espacio aunque presentan osteofitos periarticulares. El reborde superior del cuerpo vertebral de L3 presenta osteofitos y en su lado derecho un gran sindesmofito. El bloque entre ambos cuerpos vertebrales se encuentra discretamente acuñado al lado derecho. Las facetas articulares posteriores de L4 se encuentran notablemente deformadas con gran remodelado de superficies que se presentan rugosas y con excrecencias. (Fot. 33 y 35).

— Observación n° 150.

Vértebras L5-S1 que se encuentran fusionadas a nivel de los cuerpos vertebrales con pérdida del espacio articular discal y completo desdibujamiento de la línea articular. El segmento sacro S1 está lumbarizado. (Fot. 33 y 35).

— Observación nº 151.

Vértebra L5 que presenta fractura del arco vertebral. Se trata de una espondilosis bilateral a nivel del istmo entre ambas apófisis articulares posteriores. Las facetas articulares posteriores se encuentran modificadas con superficies rugosas y abundantes excrecencias que mantienen atrapado el arco vertebral fracturado.

— Observación nº 152.

Sacro muy deteriorado, del que se conserva únicamente el segmento S2 (el segmento S1 está lumbarizado y anquilosado a L5) que presenta gran sindesmo fito reborde anterior de la articulación discal S1-S2.

— Observación nº 153.

Escápula izquierda de la que se conserva tan sólo la porción articular. Presenta la superficie articular de la cavidad glenoidea modificada por rugosidades con osteofitos en reborde. La cabeza humeral izquierda está perdida. Cavidad glenoidea derecha normal.

— Observación nº 154.

Cúbito izquierdo que en su extremo distal presenta la cabeza cubital completamente deformada, con pérdida de la apófisis estiloides y abultamiento con excrecencias y superficie articular con “brillo” en punto de articulación con el radio. Comparando ambos cúbitos, encontramos que el izquierdo es 42 mm. más pequeño y que toda su diáfisis se encuentra algo más adelgazada. (Fot. 36). Todo ello lo atribuimos a una fractura de antebrazo que ha interesado a cúbito a nivel de extremo distal y que probablemente afectó del mismo modo al radio que se encuentra perdido. Parece probable que la fractura fuese de tipo conminuta, y que en ella existió un problema infeccioso de larga duración.

El extremo proximal del cúbito es normal.

— Observación nº 155.

Huesos del carpo izquierdo que se encuentran modificados en su morfología normal y presentan remodelado de superficies con “brillo” articular y discretos osteofitos que evidencian el desgaste del cartilago articular.

Toda la hilera antebraquial es patológica con signos típicos de artrosis en la que colaboran asimismo el trapecio y trapezoide.

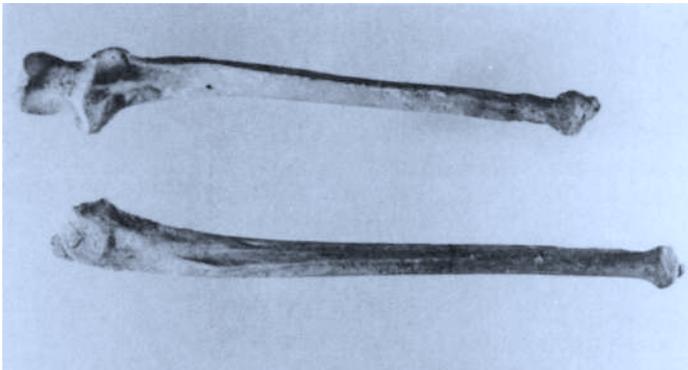


Foto 36. Cúbitos del individuo anterior que presentan distinta longitud ya que el izquierdo está acortado en 42 mm. presentando su extremo distal deformado con signos de artropatía.

— **Patología dentaria:** Presencia de sarro. Desgaste de incisivos acusado. Signos de alveolitis expansiva en tercer molar inferior derecho.

MAXILAR SUPERIOR

Dientes conservados:	8	-	-	-	4	3	-	-	.	1	-	-	-	-	6	7	-
Desgaste en molares definitivos:	III										.	IIIIII					
Dientes perdidos en vida:	-	7	6	-	-	-	-	-	.	-	2	3	4	5	-	-	8

MAXILAR INFERIOR

Dientes conservados:	-	-	-	5	4	3	2	1	.	1	2	3	-	-	-	-	-
Dientes perdidos en vida:	8	7	6	-	-	-	-	-	.	-	-	-	4	5	6	7	8

— **Consideraciones generales:** Este individuo, varón, de edad madura, es entre todos los estudiados el que presenta mayor cantidad y gravedad de lesiones en su esqueleto.

Su columna vertebral se nos muestra con una gran cifosis a nivel dorsal, debido a la anquilosis D8-D9, al aplastamiento anterior en D12 y a la colaboración del resto de las vértebras dorsales con su avanzada degeneración discal. Además el segmento lumbar se muestra rígido por anquilosis L3-L4 y L5-S1 con signos típicos de degeneración discal por etiología infecciosa y que a este nivel, atribuimos con seguridad a la Tuberculosis (espondilitis tuberculosa, Mal de Pott) en grado avanzado,

En la parte inferior de esta misma región encontramos lumbarizado el primer segmento sacro (debe ser considerado como una variedad anatómica) y fractura bilateral del arco vertebral en L5 (tipo espondilolisis) quizá debido a la fatiga que muestra ésta vértebra como consecuencia de la inestabilidad de todo el conjunto. A todo ello hay que añadir los signos de artropatía degenerativa extrarraquídea en hombro y muñeca de extremidad superior izquierda. En efecto, existen importantes modificaciones en huesos del carpo. El extremo distal del cúbito izquierdo se encuentra completamente modificado e incluso llega a medir 4 cm. menos que el derecho. Parece tratarse de una fractura antigua de extremo distal de antebrazo (lamentablemente el radio está perdido) que presentó dificultad para su correcta resolución con resorción de tejido óseo y atrofia. Como ya hemos dicho, esto supuso una diferencia de longitud entre ambas extremidades e imaginamos que debió existir cierta incapacidad en la utilización de la mano izquierda.

TUMBA nº 42.

— **Número de individuos:** 1.

— **Estado de los restos:** Muy fragmentado con numerosas ausencias.

— **Sexo y edad:** Femenino, adulto joven.

— **Patología dentaria:** Presencia de sarro.

MAXILAR SUPERIOR

Dientes conservados:	8	7	6	5	4	3	2	1	.	1	2	3	4	5	6	7	8
Desgaste en molares definitivos:	I	II	II												II	I	I

MAXILAR INFERIOR

Dientes conservados:	8	7	6	5	4	3	2	1	.	1	2	3	4	5	6	7	8
Desgaste en molares definitivos:	II	II	II												II	II	II

TUMBA nº 43.

— **Número de individuos:** 2.

— **Estado de los restos:** Ambos esqueletos deteriorados y con grandes ausencias

— **Sexo y edad:** 1.—femenino, juvenil; 2.— masculino, adulto joven.

Individuo 43-1

— **Patología dentaria:** Presencia de caries en primer molar superior izquierdo.

MAXILAR SUPERIOR

Dientes conservados:	-	7	6	5	4	3	2	1	.	-	-	-	4	5	6	7	-
Desgaste en molares definitivos:		II	II						.						II	II	

MAXILAR INFERIOR

Dientes conservados:	-	7	6	5	4	-	-	-	.	-	-	-	4	5	-	7	-
Desgaste en molares definitivos:		II	II						.							II	

Individuo 43-2

— **Observaciones patológicas:**

— Observación nº 156.

Tibia izquierda muy deteriorada en ambas epífisis, que presenta exóstosis en la cara posterior de la diáfisis a nivel del tercio proximal. Situado sobre el agujero nutricio y bajo la línea oblicua, se presenta como un relieve exofítico que sobresale 6 mm. con una periferia discretamente abultada sobre la cortical. Pensamos que corresponde a una osificación de la inserción del tibial posterior, del poplíteo o del soleo.

La radiografía evidencia que la exóstosis interesa tan sólo al plano externo de la cortical.

— **Patología dentaria:** Presencia de sarro. Caries en ambos segundos premolares superiores.

MAXILAR SUPERIOR

Dientes conservados:	-	-	6	5	-	3	2	1	.	-	2	3	4	5	6	-	-
Desgaste en molares definitivos:			IV						.						III		

MAXILAR INFERIOR

Dientes conservados:	8	-	-	-	4	3	2	1	.	1	2	3	4	5	-	7	8
Desgaste en molares definitivos:	III								.							IIIIII	
Dientes perdidos en vida:	-	7	6	5	-	-	-	-	.	-	-	-	-	-	-	6	-

TUMBA nº 44.

— **Número de individuos:** 1.

— **Estado de los restos:** Fragmentados y con importantes ausencias.

— **Sexo y edad:** Femenino, adulto joven.

— **Variedades anatómicas:**

— Observación nº 14.

Mantenimiento de la sutura medio frontal o metópica.



Foto 37. Rótula izquierda con exóstosis en reborde inferior de superficie articular (artropatía) (Individuo 44, Santa Eulalia7).

— **Observaciones patológicas:**

— Observación nº 157.

Vértebra L4 muy deteriorada que presenta osteofitos a lo largo del reborde inferior del cuerpo vertebral.

— Observación nº 158.

Vértebra L5 que presenta iguales características a la observación anterior.

— Observación nº 159.

Rótula izquierda que presenta importante exóstosis periarticular localizada a nivel del reborde exterior e inferior de la superficie articular de su carilla externa. La epífisis distal del fémur del mismo lado está perdida. (Fot. 37).

— **Consideraciones generales:** Se conservan una vértebra dorsal y dos lumbares. Las dos presentan signos de artropatía degenerativa en fase de inestabilidad segmentaria con formación de osteofitos (espondiloartrosis anterior) sin afectación de articulaciones posteriores.

Además encontramos exóstosis por osificación de cápsula articular en reborde inferior de rótula, atribuida probablemente, a un desajuste de posición en los movimientos de la rodilla por causa indeterminada, que ha llegado a producir artrosis de la rótula.

TUMBA nº 45.

— **Número de individuos:** 1.

— **Estado de los restos:** Fragmentados y con algunas ausencias.

— **Sexo y edad:** Femenino, adulto maduro.

— **Observaciones patológicas:**

— Observación nº 160.

Vértebra C2 que presenta discretos osteofitos en reborde del cuerpo vertebral.

Asimismo, presenta la carilla posterior inferior izquierda muy modificada por osteofitos periarticulares con superficie remodelada y con “brillo” articular.

— Observación nº 161.

Vértebra C3 que presenta la faceta posterior superior e izquierda modificada por osteofitos periarticulares y superficie brillante por desgaste del cartílago.

— Observación nº 162.

Vértebra C5 que presenta osteofitos en reborde inferior del cuerpo vertebral, con remodelado de la superficie discal y adaptación a C6.

— Observación nº 163.

Vértebra C6 que presenta osteofitos en reborde superior e inferior del cuerpo vertebral, con remodelado de ambas superficies discales.

— Observación nº 164.

Vértebra C7 que presenta osteofitos en reborde superior del cuerpo vertebral y en la faceta posterior e inferior izquierda que muestra superficie remodelada y brillante.

— Observación nº 165.

Vértebra D1 que presenta en faceta posterior superior izquierda osteofitos periarticulares con superficie modificada y brillo por degeneración completa del cartílago.

— Observación nº 166.

Vértebra D7 que presenta osteofitos en reborde inferior del cuerpo vertebral (el arco vertebral está deteriorado).

— Observación nº 167.

Vértebra D8 que presenta osteofitos en reborde superior e inferior del cuerpo vertebral (el arco vertebral está deteriorado).

— Observación nº 168.

Vértebra D9 que presenta iguales características a la observación anterior.

— Observación nº 169.

Vértebra D10 que presenta osteofitos en reborde inferior del cuerpo vertebral. La faceta articular posterior inferior derecha se encuentra modificada con superficie irregular y agrandada.

— Observación nº 170.

Vértebra D11 que presenta gran sindesmofito en reborde inferior del cuerpo vertebral, con discreto aplastamiento del mismo en cuña. La superficie discal inferior se encuentra deprimida como consecuencia de la impactación del núcleo pulposo (nódulo de Schmorl).

— Observación nº 172.

Vértebra L2 que presenta osteofitos en lado izquierdo del reborde superior del cuerpo vertebral. En el reborde inferior del mismo lado presenta gran sindesmofito.

— Observación nº 173.

Vértebra L3 que presenta osteofitos (algunos de ellos pueden ser considerados como sindesmofitos) en el reborde superior e inferior del cuerpo vertebral.

— Observación nº 174.

Vértebra L4, muy deteriorada, que presenta sindesmofito en lado derecho del reborde inferior del cuerpo vertebral. Este se encuentra discretamente comprimido en forma de cuña.

— Observación nº 175.

Vértebra L5 que presenta grandes osteofitos (espolones de tracción) en reborde superior e inferior del cuerpo vertebral. El cuerpo vertebral se encuentra discretamente comprimido en forma de cuña.

— Observación nº 176.

Sacro muy deteriorado que presenta osteofitos en reborde de su articulación discal con L5.

— Observación nº 177.

En ambas cavidades glenoideas (escápulas) existen osteofitos periarticulares. Los húmeros no se conservan.

— Observación nº 178.

Ambos cúbitos presentan discretos osteofitos en reborde de sus articulaciones proximales.

— Observación nº 179.

Ambos radios presentan discretos osteofitos en reborde de sus articulaciones distales. Carpos perdidos.

— Observación nº 180.

Fragmento costal (sin determinar) que presenta abultamiento uniforme a toda su sección transversa como signo característico del callo de fractura. Hay buena consolidación sin angulación anormal. (Fot. 38 y 39).

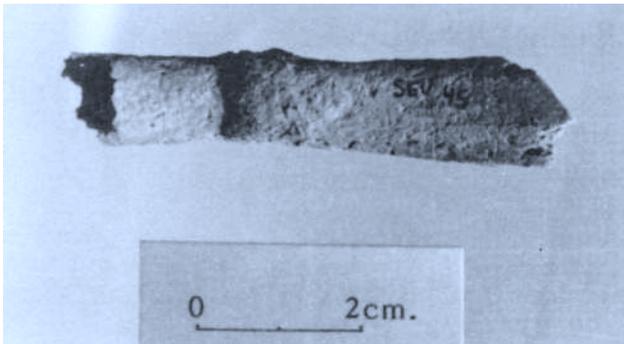


Foto 38. Fragmento costal con callo de fractura (Individuo 45, Santa Eulalia).

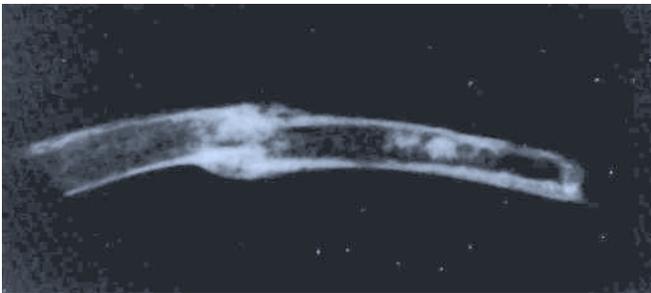


Foto 39. Radiografía del fragmento costal anterior.

— **Patología dentaria:** Se conserva tan sólo la arcada inferior. El plano alveolar a nivel de los molares se muestra ensanchado con exóstosis hacia el lado interno. Hay signos de alveolitis en ambos terceros molares con inestabilidad de las piezas.

MAXILAR INFERIOR

Dientes conservados:	- - 6 5 4 3 - - . - - 3 4 5 6 7 8
Desgaste en molares definitivos:	. IVIVIV
Dientes perdidos en vida:	8 7 - - - - - . - - - - - - -

— **Consideraciones generales:** Se conservan 5 vértebras cervicales, 10 dorsales y 5 lumbares. A nivel cervical hay osteofitos en articulaciones discales e incluso alguna de ellas presenta remodelamiento de su superficie con adaptación (espondiloartrosis anterior) y afectación de articulaciones posteriores (espondiloartrosis posterior).

En región dorsal hay afectación de 6 vértebras alcanzando el máximo grado de la degeneración articular a nivel D11 cuya vértebra se encuentra acuñada hacia delante y presenta nódulo de Schmorl.

El segmento lumbar se presenta con iguales características siendo más exacerbados los osteofitos en reborde de las articulaciones discales.

Por otra parte, encontramos signo de artrosis en superficies articulares pertenecientes a hombros, codos y muñecas.

A todo ello hay que añadir la fractura costal comentada.

TUMBA nº 46.

- **Número de individuos:** 1.
- **Estado de los restos:** Importantes ausencias y muy fragmentado.
- **Sexo y edad:** Masculino, adulto joven.
- Sin observaciones patológicas.

TUMBA nº 48.

- **Número de individuos:** 1.
- **Estado de los restos:** Ausencia de algunas piezas óseas y fragmentados los huesos largos.
- **Sexo y edad:** Masculino, adulto maduro.
- **Variedades anatómicas:**
 - Observación nº 15.
Sacralización de la primera vértebra coccígea.
- **Observaciones patológicas:**
 - Observación nº 181.
Vértebra D7 muy deteriorada, que muestra un aplastamiento de cuerpo vertebral con acuñamiento anterior y presenta la superficie discal superior deprimida y rugosa por evidente actividad subcondral.

— Observación nº 182.

Vértebra D12 que presenta discretos osteofitos en reborde anterior e inferior del cuerpo vertebral, con una superficie discal inferior modificada por rugosidades y excrescencias.

— Observación nº 183.

Vértebras L2-L3 que se encuentran fusionadas a nivel de sus cuerpos vertebrales. La anquilosis es total con pérdida de espacio interdiscal y abundantes excrescencias en rebordes de los cuerpos vertebrales.

Las facetas articulares posteriores mantienen el espacio articular sin deformidades. Tanto la superficie discal superior de L2 como la inferior de L3 presentan importantes modificaciones con rugosidades propias de la degeneración discal completa y consiguiente actividad subcondral.

— Observación nº 184.

Vértebra L4 que presenta osteofitos en reborde anterior y superior del cuerpo vertebral.

— Observación nº 185.

Sacro deteriorado en vértice y cara posterior, que presenta dehiscencia de la pared posterior a nivel de S1.

— **Patología dentaria:**

MAXILAR INFERIOR

Dientes conservados:	- - - 5 4 - 2 1 . 1 2 3 4 5 - - -
Dientes perdidos en vida:	8 7 6 - - - - - . - - - - - 6 7 8

— **Consideraciones generales:** Se conservan 5 vértebras cervicales, 11 dorsales y 5 lumbares. Hay signos de artropatía degenerativa en dos vértebras del segmento dorsal (espondiloartrosis anterior) con aplastamiento de cuerpo vertebral en D7. El segmento lumbar muestra dos vértebras fusionadas con desdibujamiento de la articulación interdiscal y gran modificación de cuerpos vertebrales que atribuimos a causa infecciosa, que a este nivel, probablemente, pudiera ser de tipo tuberculosa.

2.2. CAPITULOS NOSOLOGICOS.

2.2.1. Enfermedades degenerativas.

2.2.1.1. Introducción.

Como su propio nombre indica, por ellas se entiende a los trastornos degenerativos que influenciados o no por causas secundarias, e incluso por el envejecimiento normal, producen diversos tipos de transformación progresiva en la constitución propia de los tejidos.

2.2.1.2. Artropatía degenerativa.

Encuadradas en este capítulo, con una manifestación clara en el tejido óseo, tenemos aquellos trastornos degenerativos que afectan a las articulaciones y estructuras afines.

En concreto, hemos podido efectuar un número elevado de observaciones que afectan a las articulaciones (artritis) dando muestra evidente de lesión en el hueso. De los 34 individuos en los que encontramos patología, 26 muestran artropatía degenerativa de columna vertebral, y de ellos 9 la presentan además en alguna articulación extravertebral o periférica.

En primer lugar nos parece adecuado señalar la definición del término “artropatía degenerativa”, actualmente aceptado y que es sinónimo de otros más comunmente utilizados (osteartritis, artrosis,...), los cuales no reflejan con exactitud el proceso patológico que se desarrolla y localiza a nivel articular.

La artropatía degenerativa es el trastorno de una o más articulaciones, que se inicia por un deterioro local del cartílago articular y se caracteriza por una degeneración progresiva del cartílago, hipertrofia y remodelado del hueso subcondral e inflamación secundaria de la membrana sinovial (Salter, 1971).

Como resulta evidente, las observaciones que hemos atribuido a esta afectación son aquellas en las que existe una actividad establecida en el propio tejido óseo, quien en definitiva se muestra como testigo de lo acontecido a nivel articular o periarticular, y no nos es posible determinar aquellos otros casos en que la lesión, en una fase más incipiente, afecta tan sólo al cartílago y aun a la membrana sinovial.

La artropatía degenerativa puede ser dividida en dos grandes grupos, en un intento de encuadrar su etiología:

a) Artropatía Degenerativa Primaria. Viene a ser el proceso normal de envejecimiento del cartílago, en algún caso influenciado por factores genéticos o constitucionales poco conocidos. En la actualidad, a partir de los 60 años el 25% de las mujeres y el 15% de los hombres presentan signos de artropatía degenerativa. En la población que nos ocupa, los individuos con edad-senil, ambos femeninos, están afectados de artropatía degenerativa (individuo 4-1 e individuo 24).

Con todo, este tipo primario se desarrolla más frecuentemente en la mujer a partir de la menopausia, situación en la que encontramos a los individuos 1, 5, 37 y 45.

b) Artropatía Degenerativa Secundaria. Es más corriente en los varones, se desarrolla a cualquier edad como resultado de una lesión, deformidad o enfermedad que dañe el cartílago, siendo más frecuente en aquellas articulaciones que soporten peso (por ejemplo, la columna vertebral), en cuya situación podemos incluir a los otros 20 individuos restantes.

Topografía de las lesiones.

Con independencia de la etiología, edad y sexo, actualmente sabemos que la región más afectada es la columna vertebral continuamente sometida a presiones y esfuerzos, siendo los segmentos lordóticos de la misma (región cervical y lumbar) los que por su mayor movilidad muestran más incidencia.

En efecto, de los 26 individuos con artropatía, todos ellos la presentan en columna vertebral, siendo más frecuente la localización a nivel lumbar (no consideramos prudente dar porcentajes, ya que no en todos los casos se conservan los tres segmentos de la columna vertebral).

En articulaciones extravertebrales también se encuentran manifestaciones de esta lesión (individuos 1, 7-2, 8, 31-1, 32, 37, 41, 44 y 45), siendo 6 de ellos maduros y los otros 3 adultos en edad superior a los 30 años. Las localizaciones más habituales las encontramos en codo (ejemplo individuo 7-2), lugar que en la actualidad afecta preferentemente a individuos que han realizado durante muchos años trabajos con sobrecarga en dicha articulación (labradores, mineros, peones, etc.) (Lience 1978), equivalente a una etiología de tipo secundario con lesión por microtraumatismos (esfuerzos profesionales). Otro buen ejemplo de tipo secundario con lesión, derivado

de traumatismo, lo constituye la observación nº 155, que se localiza en huesos del carpo debido a la fractura de antebrazo con deficiente consolidación y probable sobreinfección (artritis traumática).

Volviendo de nuevo a la localización vertebral hemos de distinguir dos procesos de asentamiento de la lesión, distintos aunque interrelacionados.

Así, la afectación puede darse en las articulaciones intervertebrales (enfermedad discal degenerativa, espondiloartrosis anterior) o bien en las articulaciones de las facetas posteriores (artropatía degenerativa de articulaciones sinoviales, osteoartritis, espondiloartrosis posterior).

Como puede verse en las descripciones de cada caso, es constante encontrar la afectación a nivel de articulación intervertebral, y ello obedece a que es más frecuente que la instauración del proceso comience por dichas articulaciones y también porque el arco vertebral se deteriora más fácilmente y sólo quedan como testigo de la enfermedad los cuerpos vertebrales portadores de estos signos.

En este punto consideramos de interés describir la patogenia del proceso degenerativo que muestra varios episodios no siempre correlativos, pero que de un modo didáctico hemos empleado para determinar el grado que alcanzó la lesión.

Comienza la degeneración en el núcleo pulposo y posteriormente en el anillo fibroso, que al perder la elasticidad que le caracteriza da como resultado impactaciones del ya rígido núcleo pulposo sobre la superficie del cuerpo vertebral, formando los conocidos "nódulos de Schmorl", cuyo mejor ejemplo en las observaciones realizadas lo constituye la nº 75 en la primera vértebra lumbar.

La pérdida del movimiento uniforme por el propio deterioro de las estructuras intra y periarticulares, sitúa a la lesión en un segundo estadio llamado "inestabilidad segmentaria", con la formación de los característicos osteofitos en reborde articular llamados también espolones de tracción.

A partir de este momento, la degeneración, sin duda irreversible, lleva a la posibilidad de un "estrechamiento segmentario" con remodelado de superficies discales y formación de grandes espolones de tracción. Simultáneamente se está produciendo un deterioro de articulaciones de las facetas posteriores por la continua inadaptación de sus superficies y sobreesfuerzo a que están sometidas cuando en la parte anterior, en las articulaciones discales, se ha producido el desmoronamiento total.

Por ello, y salvo que exista un proceso secundario de localización en articulaciones posteriores, es la discopatía la que conduce con el tiempo a la osteoartritis posterior.

En la población de Santa Eulalia, encontramos todas las posibilidades y estadios posibles. Si exceptuamos a los individuos 24, 41 y 48, en los que consideramos que existe una etiología de causa infecciosa, tenemos 106 observaciones que atribuimos a artropatía degenerativa localizada en

columna vertebral y todas ellas menos una (observación nº 161) muestran con claridad osteofitosis, que en algún caso sitúan la lesión en fase de “inestabilidad” (simples espondilosis) y en otros parece manifiesto el “estrechamiento segmentario” con importante osteofitosis e incluso remodelado de superficies discales por actividad subcondral.

Manifestaciones clínicas.

En un plano teórico y siguiendo las anotaciones que se pueden encontrar en los tratados de Reumatología, hoy día sabemos que la degeneración discal de por sí, no produce síntomas ni signos dolorosos. No hay duda de que los síndromes clínicos de la columna vertebral son debidos a los efectos secundarios de la degeneración discal, a saber, inestabilidad segmentaria, hipertensión segmentaria, estrechamiento segmentario y hernia discal.

En la fase de inestabilidad segmentaria el individuo puede tener conciencia de dolor de espalda, crónico o intermitente, que se agravará con la excesiva actividad y se alivia con el reposo. En esta situación podemos colocar a los individuos 1, 2, 4-1, 10, 12, 17-1, 26-2, 28-1, 29-1, 30, 31-1, 32, 33-3, 34, 37 y 44 de Santa Eulalia.

Durante la fase de hipertensión segmentaria, en la que existe deterioro de articulaciones posteriores o espodiloartrosis posterior, el dolor es crónico e intermitente, tipo lumbago, que alcanza la región posterior de las nalgas y que se agrava al levantar objetos del suelo, siendo característico el espasmo muscular protector. En esta situación tenemos los individuos 4-2, 5, 7-1, 7-2, 8, 9 y 45 de Santa Eulalia.

En fase de estrechamiento segmentario se instaura una rigidez y hay cierta estabilidad, presentando menor probabilidad de causar dolor agudo y sólo se aquejará tras actividad excesiva. Individuos 24, 41 y 48 de Santa Eulalia.

En ningún caso ha sido posible sospechar hernia de disco, ya que para ello es necesario ver las estructuras fibrocartilaginosas que por desgracia son precederas.

Hasta aquí lo referente a la región lumbar, en la que hemos dicho que se da mayor frecuencia de artropatía de columna vertebral.

A nivel cervical recordemos que el estrechamiento segmentario por deterioro completo del disco intervertebral y la formación de osteofitos periarticulares incluso en facetas posteriores, no sólo produce una limitación de los movimientos laterales del cuello, sino que puede comprometer e irritar las raíces nerviosas produciendo las diversas braquialgias con molestias que irradian hasta los dedos. Los segmentos cervicales con mayor frecuencia de afectación son los más móviles, C5-C6 y C6-C7. Un buen ejemplo en nuestro caso lo constituye el individuo 4-2, que presenta osteofitos en reborde de articulación discal, con avanzada degeneración y afectación de facetas posteriores.

En lo referente a las manifestaciones clínicas en articulaciones periféricas, son 9 los individuos en esta situación. Ninguno de ellos parece presentarla en cadera, siendo en la actualidad este un lugar preferente después de la columna vertebral.

En 5 de ellos se sitúa la artropatía en los codos (individuos 7-2, 8, 31, 37 y 45) y concretamente en el derecho e izquierdo (salvo el individuo 31, del que sólo se conserva el lado derecho).

En el individuo 7-2 existe deterioro del cartílago articular, con evidente actividad subcondral (además hay artropatía en articulaciones de extremidades periféricas), lo que imaginamos supuso dolor agudo en los movimientos habituales. Los otros afectados pudieron no haber tenido ninguna sintomatología.

Como consecuencia de traumatismo encontramos artropatía en huesos del carpo (individuo 32); y en hombro y carpo (individuo 41) del mismo lado. En ambos casos consideramos que debió existir dolor y cierta impotencia funcional de la mano, ya que sus superficies articulares presentan desgaste con actividad subcondral (fase dolorosa de la artropatía).

Hay también otros 3 individuos, el 1 (artropatía interfalángica del primer dedo del pie) que pudo no haber tenido ninguna repercusión clínica; individuo 44 (artropatía en rótula) quizá también con poca repercusión; y por último el individuo 37 (artropatía subastragalina) que debió producir molestias importantes, ya que el desgaste es acusado y existe actividad subcondral en esta articulación sometida a continuo movimiento.

2.2.1.3. Osteoporosis.

Es probablemente el trastorno metabólico más frecuente de los huesos (Lience 1978). Queda definido por la formación de espacios anormales en el hueso o rarefacción del mismo sin descalcificación, mostrando ampliación de sus conductos con un tejido esponjoso en forma de malla ancha.

Se trata de una enfermedad generalizada, cuya etiología puede ser debida a un problema hormonal, a la inactividad o consecuencia postmenopáusica o senil.

En la población que estudiamos, encontramos esta manifestación en los dos individuos de edad senil y sexo femenino (individuos 4-1 y 24).

En la actualidad es radiográficamente detectable en el 50% de las personas con más de 65 años, y se debe tanto a factores de hipogonadismo como a una inadecuada ingestión dietética de calcio, más la habitual disminución de la actividad del anciano.

Así lo consideramos en los individuos que señalamos, ya que tanto en sus vértebras como en las costillas, el deterioro "post mortem" nos permite evidenciar una esponjosa de malla ancha, poros amplios y escasas trabéculas.

las intermedias, siendo el tejido cortical muy reducido en su espesor y sumamente frágil.

Como hemos dicho, es habitual en sujetos de edad avanzada, y en ellos la osteoporosis provoca una susceptibilidad a las fracturas de antebrazo, como ocurre en el individuo 24, que presenta asimismo fractura de extremo distal del radio tipo Colles (también tuberculosis).

2.2.1.4. Osificaciones.

Incluido en el capítulo de enfermedades degenerativas con una dudosa repercusión clínica y funcional, incluimos las observaciones correspondientes a osificaciones o calcificaciones de inserciones ligamentosas o tendinosas.

Así, el individuo 30 presenta osificación de la inserción del músculo cuádriceps y del ligamento rotuliano en ambas rótulas y, del mismo modo, la inserción del tendón de Aquiles en calcaneo.

Localizados en tibia, hemos hallado tres casos de exóstosis de etiología incierta. El individuo 15-1 muestra inmediatamente por debajo de la meseta tibial un relieve de escasa elevación que atribuimos a una simple periostitis, ya que afecta tan sólo a la parte más externa de la cortical ósea. El individuo 29-1 localiza la exóstosis a nivel inferior de la tibia con similares características de implantación. El individuo 43-2 muestra exóstosis más abultada y algo exofítica, localizada en zona diafisaria junto a la línea de inserción tendinosa de la musculatura posterior de la tibia, por lo que en este caso la consideramos una simple osificación ligamentaria.

2.2.2. Enfermedades infecciosas.

2.2.2.1. Introducción.

No cabe duda que la incidencia y morbilidad de las infecciones debió ser, en la época que nos ocupa, sumamente importante.

Exceptuando las manifestaciones sépticas en cavidad bucal, nosotros sólo podemos exponer aquellos casos en que la afectación en el tejido óseo dejó huellas patentes, dando lugar a osteomielitis y osteoartritis sépticas.

Referente a la osteomielitis no tenemos pruebas contundentes en ninguno de los huesos estudiados. Únicamente sospechamos de esta posibilidad en el extremo distal del cúbito izquierdo del individuo 41, que se nos presenta notablemente modificado con una reducción de 5 cm. en su tamaño natural y con un problema de artrosis en articulación de la muñeca. Consideramos como probable que todo ello pudiera ser debido a una fractura de extremo distal de antebrazo (el radio está perdido) en un individuo que además es portador de signos de artritis séptica en varias articulaciones de la columna vertebral.

2.2.2.2. *Tuberculosis.*

Efectivamente, atribuimos a artritis séptica las manifestaciones existentes en columna vertebral de los individuos 24, 41 y 48. Los tres casos son similares y quizá el mejor representado es el individuo 41, que utilizamos como ejemplo para su descripción.

En él encontramos hundimientos en cuña de cuerpos vertebrales a nivel dorsal, importante degeneración de articulaciones discales intervertebrales y bloqueos por anquilosis con exuberantes excrecencias en región lumbar.

Descartamos la espondilitis anquilosante por no existir alteración de articulaciones sacroilíacas ni osificación uniforme del anillo fibroso de articulaciones intervertebrales, produciendo el clásico cuadro radiográfico, así como la artropatía degenerativa senil (sólo el individuo 24 es de edad senil y no presenta ninguna otra manifestación en articulaciones periféricas) de curso evolutivo lento, que da lesiones por bloqueos a edades avanzadas.

En definitiva, pueden ser causa de este tipo de lesiones:

- a) Tuberculosis, con imágenes muy parecidas a las que presentan los tres individuos en cuestión.
- b) Estafilococo dorado y estreptococo, junto con la tuberculosis son la causa más frecuente.
- c) Lues, fiebres tíficas y paratíficas, son poco frecuentes los casos en que se produce bloqueo de este tipo.

2.2.2.3. *Brucelosis.*

En un caso, hemos podido observar el signo denominado “epifisitis” en vértebra lumbar (L4) que atribuimos con probabilidad a la Brucelosis.

Se trata de una enfermedad infecciosa que se transmite desde los animales al hombre., sobre todo por ingestión de quesos no fermentados de oveja y cabra o simplemente por la leche de estos animales. De escasa letalidad pero muy recidivante incapacita a quien la padece, por lo general pastores y labradores, ya que se hallan más expuestos al contagio. El cuadro clínico es variado desde la fase prodrómica con dolor de cabeza, fiebre, insomnio, sudoración, a las manifestaciones por su localización osteoarticular (en el 85% de los casos actuales), hepática o meningomedular.

En la fase crónica provoca con frecuencia espondilitis (en la actualidad en el 53% de los enfermos) (Lience, 1978).

Esta espondilitis suele ser de tipo destructiva, con desprendimiento del ángulo epifisario anterior y superior del cuerpo vertebral (signo de Pedro-Pons) similar a la observación que referimos (observación nº 68)

Diagnóstico diferencial de la epifisitis vertebral:

- a) Epifisitis de la “enfermedad de Scheuermann”, afecta a las placas epifisarias de los 3 o 4 cuerpos vertebrales adyacentes en la región dorsal media.
- b) Epifisitis brucelar, en el 53% de los casos la brucelosis da lesiones del tipo espondilitis, con comienzo en reborde del cuerpo vertebral generalmente a nivel lumbar, formando el característico signo de Pedro-Pons (Lience, 1978).

Conviene recordar que al hablar de las artropatías degenerativas de columna vertebral, hemos atribuido un número considerable de ellas a una causa secundaria sin mayor determinación. Pues bien, muchas pudieran ser debidas a la propia Brucelosis, ya que, como hemos dicho, esta enfermedad bacteriana produce con frecuencia espondilitis con destrucción de cuerpos vertebrales y discos y aparición de osteofitos-sindesmofitos.

2.2.3. Neoplasias.

Unicamente hemos efectuado 2 observaciones que pueden ser encuadradas en este capítulo. Concretamente corresponden a los individuos 7-1 y 7-2, quienes presentan sendas tumoraciones en tibia que atribuimos a “osteoma osteoide”.

El osteoma osteoide es un tumor benigno que afecta al hueso, siendo considerado como una simple lesión ósea reactiva y no una verdadera neoplasia (Salter, 1971).

La localización de las dos observaciones es la típica en el asentamiento del osteoma osteoide, a saber, en diafisis de tibia.

Se. desarrolla en individuos juveniles y, en ocasiones, en adultos jóvenes.

La lesión se caracteriza radiográficamente por mostrar una masa de hueso denso que generalmente conserva en su interior un pequeño nicho (nido osteoide). En nuestro caso no podemos evidenciar mediante radiografía dicha cavidad, ya que en ambos casos el osteoma se localiza en hueso cortical, siendo por ello su periferia extremadamente densa, lo que oscurece el nicho y exigiría tomografía para su demostración.

De todos modos, conviene hacer un diagnóstico diferencial con la osteomielitis crónica en tibia. En este caso es frecuente encontrar signos de osteolisis con desigual reparto de la trama ósea, o con abertura de “cloaca” o bien existe encapsulamiento, en cuyo caso daría imagen de absceso.

Por ello, la ubicación de la lesión y la regularidad morfológica de la misma nos inclina a pensar en el ya comentado osteoma osteoide.

Sintomatología clínica: En una fase inicial, el osteoma osteoide se caracteriza por manifestar dolor nocturno intermitente e indefinido, siendo

raro que curse sin dolor (Edeiken-Hodes, 1977). Como hemos dicho, se trata de un tumor benigno y salvo que asiente en cercanías de articulaciones no produce ninguna otra repercusión.

2.2.4. Traumatismos.

2.2.4.1. Introducción.

Los accidentes traumáticos los juzgamos a través de las fracturas que evidenciamos y concretamente por aquellas que muestran proceso de recuperación con formación de callo de fractura.

Existen numerosas roturas en otras tantas piezas óseas, que atribuimos lógicamente a causas “post-mortem”, ya que nada nos permite suponer lo contrario.

En concreto, hemos detectado 11 fracturas, todas ellas en individuos distintos, repartidas del siguiente modo:

- 5 fracturas de antebrazo (de distinto tipo).
- 2 fracturas costales.
- 2 fracturas en carpo.
- 2 fracturas de arco vertebral (espondilolisis).

Todas, menos las dos últimas, son atribuidas a traumatismo de tipo directo.

2.2.4.2. Fracturas de antebrazo.

Representadas por los huesos radio o cúbito, aunque lamentablemente no siempre están presentes ambas piezas y en ocasiones tampoco los huesos del carpo.

En todos los casos, las fracturas afectan al tercio y extremo distal del antebrazo, formando los cuadros típicos conocidos como fractura de Colles, de Galeazzi, etc.

Fractura de Galeazzi.

Se trata de una fractura con desplazamiento del tercio distal de la diáfisis radial, lo cual corrientemente provoca rotura completa y luxación de la articulación radiocubital distal. Es frecuente en individuos adultos jóvenes y en la actualidad difícilmente puede tratarse con tan sólo manipulación cerrada (reducción de la fractura) e inmovilización. Generalmente, cuando son mal tratadas provocan una deformidad importante.

Un caso de fractura de Galeazzi es el que muestra el individuo 23 (masculino, adulto joven) en el radio izquierdo a nivel diafisario distal, en el que presenta una serie de ondulaciones en superficie de hueso cortical con angulación hacia atrás de toda la porción distal. La recuperación de la fractura es excelente, mostrando la radiografía una buena consolidación. Únicamente se mantiene la discreta angulación comentada. No parece haber existido repercusión negativa a la funcionalidad de la mano.

El cúbito de este mismo lado presenta fractura de su apófisis estiloides. Con todo, y como se puede entender, no resulta posible hablar de luxación en articulación radio-cubital inferior, ya que la fractura sobrevino mucho tiempo antes del fallecimiento.

Un caso semejante al anterior lo constituye el antebrazo derecho del individuo 13 (masculino juvenil) en el que el radio se nos muestra de igual modo al ya comentado. Aunque pudiera tratarse de una fractura tipo Galeazzi, parece más aconsejable, habida cuenta de que se ha producido en un individuo cuando menos en edad juvenil, considerar esta fractura como una de "tipo a modo de hebilla" (Salter, 1971), ya que probablemente fue una fractura incompleta o en "tallo verde" a este nivel. No hay signos en el cúbito, salvo el encurvamiento discreto, quizás debido a un desajuste en el cierre de las metafisis del radio y del cúbito.

Esta fractura pudo haberse producido a edad muy temprana, ya que la osificación es excelente. En la actualidad se consiguen buenos resultados mediante reducción cerrada con manipulación.

Fractura de Colles.

Es una de las fracturas más corrientes en el esqueleto humano, típica de la senectud, y más frecuente en mujeres e individuos con osteoporosis.

Se produce por caída al suelo tras resbalar y chocar con la mano extendida, de tal modo que se fractura la epífisis distal del radio, provocando por lo general un desplazamiento con deformidad clínica importante.

Actualmente, y a pesar de la reducción cerrada bajo anestesia general, se mantienen discretas deformidades residuales con excelente función de la muñeca.

En Santa Eulalia presentan fractura de Colles los individuos 24 (femenino, adulto senil) y 34 (femenino, adulto joven). Ambos en radio derecho con buena consolidación y discreta deformidad residual, únicamente el primero presenta cierta impactación.

Fractura de extremo distal del cúbito.

Lamentablemente, no se encuentra presente el radio que aportaría más datos sobre la lesión habida en antebrazo y carpo izquierdo del individuo 41.

El cúbito izquierdo se muestra deformado en su extremo distal con una epífisis abultada y numerosas exóstosis. La estiloides cubital ha desaparecido. La zona próxima diafisaria está adelgazada y es asimismo algo rugosa. Al compararlo con el cúbito derecho vemos que además se encuentra acortado en 4 cm. Los huesos del carpo muestran signos de artrosis.

De este modo, deducimos que en el antebrazo izquierdo, afectando a radio y cúbito, debió de existir una fractura quizás conminuta que por problema secundario (infección asociada, osteomielitis, etc.) experimentó una mala recuperación, con importante pérdida de tejido (necrosis), consolidando finalmente.

Por el aspecto de los huesos del carpo imaginamos que en este caso debió de existir una mala funcionalidad de la mano izquierda.

2.2.4.3. *Fracturas costales.*

Dos casos son detectados (individuos 26 y 45) mostrando las costillas un claro callo de fractura con buena consolidación sin desplazamientos defectuosos.

En ambos podemos suponer que las fracturas se produjeron por traumatismo directo, existiendo una rápida curación sin complicaciones, con una clínica caracterizada por dolor local de larga duración y agravada por los movimientos habituales del tórax.

2.2.4.4. *Fractura de los huesos del carpo.*

En el carpo hemos encontrado dos tipos de fractura distintos, una de ellas que afecta al hueso ganchoso (individuo 32) otra en metacarpiano (individuo 36).

En el primer caso, la apófisis unciforme del hueso ganchoso de la mano izquierda se encuentra desprendida con signos de seudartrosis, con artropatía en resto de huesos del carpo.

El individuo 36 nos muestra que la cabeza del segundo metacarpiano de su mano derecha ha sufrido una fractura intraarticular de la porción externa, a juzgar por el desajuste que se ha producido en la consolidación, que aunque es buena, presenta una malunión con resalte intraarticular. Imaginamos que esta fractura debió de producirse de forma semejante a las habituales fracturas de cuello del quinto metacarpiano, por golpe directo con el puño cerrado.

2.2.4.5. *Espondilolisis.*

Se trata de un tipo de fractura que afecta a la parte posterolateral del arco vertebral, desarrollada a nivel del istmo situado entre la apófisis arti-

cular superior y la apófisis articular inferior. Se encuentra en el 10% de los adultos (Salter, 1971).

Aunque de etiología dudosa, actualmente está considerada como una fractura de fatiga de la región inferior de la columna vertebral lumbar. En efecto, asienta en L5 en el 85% de los casos y en L4 en el 15% restante (Salter, 1971).

En Santa Eulalia la encontramos en el individuo 10, en que afecta a L5 con dificultad para determinar si es de forma bilateral o no; y en el individuo 25-2, en que afecta tanto a L5 como a L4, en cuyo caso es claramente bilateral.

2.2.5. Malformaciones óseas.

Las displasias o malformaciones óseas ocupan un apartado importante en el capítulo de las enfermedades congénitas.

Apenas hemos encontrado ninguna anomalía o deformidad que pudiera haber tenido significación clínica. Únicamente podemos comentar la observación nº 185, consistente en una dehiscencia de la primera vértebra sacra (S1), por la cual existe una ausencia de soldadura de los segmentos posteriores del arco vertebral (espina bífida) que aunque puede ser considerada como una variedad sin repercusiones (Testut, 1979), también pudiera haber significado una deformidad neurológica de importancia.

Asimismo puede ser considerado en este apartado lo referente a las sacralizaciones y lumbarización que son tratadas más adelante como variedades anatómicas ya que carecen de sintomatología.

2.2.6. Lesiones maxilo dentarias.

2.2.6.1. Introducción.

Estas son, sin lugar a dudas, las manifestaciones patológicas más estudiadas en las poblaciones pasadas. A través de sus resultados se han pretendido obtener conclusiones demasiado contundentes, que posteriormente han sido duramente rebatidas (Brabant y Sahly, 1962).

Es posible que el mayor problema radique en la exposición de los datos, y por ello, hemos puesto el máximo cuidado en la elaboración de las tablas que presentamos.

2.2.6.2. Malformaciones dentarias.

El número total de piezas dentarias observadas "in situ" asciende a 448. En ellas no hemos encontrado ninguna malformación del tipo malposi-

ción, desviación, hipoplasia del esmalte, etc., ni sospecha de que hayan existido por los signos que pudieran mostrar los maxilares.

2.2.6.3. *Caries dental.*

Estudiada por todo tipo de especialistas, existe abundante bibliografía, pero a menudo no son tenidos en cuenta una serie de factores, y por ello, los porcentajes quedan falseados.

Así tenemos que de las 448 piezas dentarias que hemos observado “in situ”, tan sólo 19 presentan caries, lo que supone un 4,2%, que resulta escasísimo si lo comparamos con la población occidental actual o con poblaciones pasadas no prehistóricas (tablas 5 y 6).

TABLA 5 .— Caries por edades en Santa Eulalia

	Piezas observadas	Piezas cariadas	%
Adulto joven	300	12	4
Adulto maduro	131	7	5'3
Adulto senil	17	0	0'0
<hr/>			
TOTAL	448	19	4'2

TABLA 6 .— Tomado de Rodríguez , 1981. Evolución de la caries a lo largo de la historia.

Mesolítico y neolítico (H. Brabant)	2-4%
Neolítico del Languedoc (J.C. Lavergne)	0,88-3%
Magalítico del Lodevois (R. Riquet)	2,20%
Neolítico inglés (Harwick)	2-4%
Neolítico francés (Hartweg)	3,81%
Bronce antiguo de Belcaire (B. Barthe)	5,55%
Edad del Hierro y galorromano (H. Brabant)	5-20%
Siglos XVIII-XIX (Francia) (H. Brabant)	20-30%

Efectivamente, este porcentaje parece ser semejante al que presentan las poblaciones de la época Neolítica (tabla 7), que como se sabe muestran escasas caries, debido a la menor esperanza de vida y a factores tróficos como son la falta de alimentos excesivamente ricos en hidratos de carbono que favorecen la formación de esta lesión.

En la población de Santa Eulalia influye con claridad un aspecto que hace disminuir el número de observaciones del tipo caries. Este es, la gran cantidad de pérdidas dentarias "intra vitam".

TABLA 7 .— Caries dentarias, datos comparativos (tomado de Fusté 1982)

Epocas y poblaciones	Nº de piezas observadas	% de caries	Autores
Bronce Inglaterra	1.921	2,2	BROTHWELL (según CARR, 1960)
Neolítico Inglaterra	1.151	3,1	BROTHWELL (según CARR, 1960)
Afalou-bou-Rummel	816	3,4	ARAMBUOURG y otros (1934)
Neolítico Francia	11.717	3,8	HARTWEG (1947)
Santa Eulalia (siglo IX-X)	448	4,2	ETXEBERRIA (1984)
Etruscos	427	4,6	BARNICOT Y BROTHWELL (1958)
Egipcios	1.805	4,5	BARNICOT Y BROTHWELL (1958)
Los Castros de Lastra (IX)	302	5,9	ETXEBERRIA (1984)
Galia pre-romana	489	6,3	HARTWG (1947)
Túmulos de Galdar	1.352	6,4	FUSTE (1960)
Eneolítico levante español	525	7,1	FUSTE (1956)
Minoico medio III(Grecia)	1.498	9,0	CARR (1960)
Hierro Inglaterra	1.113	10,4	BROTHWELL (según CARR, 1960)
Gar Cahal (Marruecos)	66	10,7	FUSTE (datos inéditos)
(Neolítico-Bronce)			
Romanos Ampurias	370	10,8	PONS (datos inéditos)
Servitas Ampurias	241	11,2	PONS (datos inéditos)
(Edad Media)			
Galia romana	1.348	11,4	HARTWEG (1947)
Neolítico Grecia	267	12,0	ANGEL (según CARR, 1960)
Cuevas del interior	842	17,8	FUSTE (1960)
Londres S.S. XVII y XVIII	892	20,7	BROTHWELL (según CARR, 1960)
Urbiola	128	28,9	FUSTE (1966)

Mientras que en los adultos jóvenes hemos encontrado 12 caries, en los maduros disminuye a 7 y en los seniles no hay ninguna. Lo contrario ocurre con las pérdidas de piezas dentarias, que como veremos aumentan con la edad.

Si atendemos a las 19 caries observadas, encontramos que estas asientan preferentemente en los molares definitivos, que son también las piezas que con más frecuencia se pierden en vida. En algunos casos las caries pueden ser múltiples, afectando a la misma pieza dentaria.

Por ello, es poco prudente utilizar el porcentaje de caries tratándolo de encuadrar en una secuencia evolutiva de esta manifestación a lo largo de la historia. Hemos de entender que, en nuestro caso, parece muy probable que la presencia de caries fuese muy superior y que el proceso simultáneo de expulsión de piezas dentarias en vida imposibilita obtener la realidad de dicho porcentaje.

El sarro, sustancia calcárea adherida a los dientes es tan frecuente que afecta a todos los individuos sin distinción de edad. Incluso en los infantiles es manifiesto. Si bien es cierto que en algún caso no está presente, hemos de advertir que ello se debe a las limpiezas enérgicas o a las erosiones "post mortem" en el propio yacimiento que hacen desprender estas finas concreciones.

Resulta más representativo hablar de piezas lesionadas que de caries solamente, en las que incluiríamos no sólo a esta manifestación, sino también a los abscesos y a las reabsorciones por expulsión en vida. Es entonces cuando los porcentajes aumentan y adquieren un valor más acorde a la realidad de las lesiones habidas (tabla 8).

TABLA 8 .— Piezas lesionadas según las edades. (Santa Eulalia)

	Alveolos observados	Caries, reabsorciones y abscesos	%
Adulto joven	498	63	12,6
Adulto maduro	326	107	32,8
Adulto senil	48	26	54,1
<hr/>			
TOTAL	872	196	22,4

2.2.6.4. Abscesos dentarios.

Resulta más correcto hablar de alveolitis, ya que este es el signo que evidenciamos. Parece frecuente en poblaciones Medievales (Reverte, 1981), como podía suponerse teniendo en cuenta la falta de higiene, con dificultad para detener infecciones que se establecen y la mayor posibilidad que ofrece un aumento de la longevidad junto con las braciones y caries penetrantes.

Este tipo de manifestaciones aparecen con claridad en los individuos adultos jóvenes (nº 26-2, 29-1 y 33-2) y en los adultos maduros (nº 4-2, 41 y 45), afectando indistintamente a cualquier pieza dentaria de ambas arcadas dentarias.

2.2.6.5. Paradontosis.

Se caracteriza por infección, retracción gingival y movilidad dentaria (gingivitis piorreica) que debió ser causa de muchas expulsiones de piezas dentarias en vida.

Su interpretación la hacemos a través de los signos perialveolares, que se mantienen patentes a modo de exóstosis y abultamientos como lo manifiestan los individuos nº 2, 3-1 y 45. En todos ellos la afectación se localiza a nivel de los molares, presentando inestabilidad de las piezas dentarias que por su movilidad estaban expuestas a un próxima expulsión.

2.2.6.6. Pérdida de piezas dentarias "intra vitam".

Hemos dicho que parece elevada en esta población la pérdida de piezas dentarias, ya que los 872 alveolos observados, hay reabsorción de 170, lo que nos da un porcentaje de 19,5%.

Asimismo observamos que dicho porcentaje aumenta con la edad, ya que para los adultos jóvenes es de un 9,6%, para los maduros 29,5% y en los seniles alcanza el 54,1% (tabla 9).

TABLA 9 .— Piezas dentarias perdidas en vida. (Santa Eulalia)

	Alveolos observados	Alveolos reabsorbidos	%
Adulto joven	498	48	9,6
Adulto maduro	326	96	29,5
Adulto senil	48	26	54,1
TOTAL	872	170	19,5

Las piezas más afectadas son los molares definitivos, y de ellos, más concretamente, los primeros molares' inferiores.

Suponemos que la caries penetrante junto con las gingivitis piorreicas y las alveolitis, son la causa de estas pérdidas dentarias que en este caso convendría llamar expulsiones en vida. Nada nos permite asegurar que la técnica de extracción de piezas dentarias es practicada entre estos individuos, pero tampoco resultaría muy extraño que las piezas inestables y dolorosas fueran extraídas del alveolo con intencionalidad.

En algún caso, los alveolos en los que ha habido pérdida de piezas, se presentan con cierres incompletos, como. signo de suceso ocurrido próximo al fallecimiento. De todos modos, lo general es encontrar cierres alveolares buenos y completos con cierta reabsorción del plano alveolar.

2.2.6.7. *Desgaste dentario.*

Por ello se entiende el desgaste o usura de los planos masticadores de los dientes y más concretamente de los molares definitivos.

En las tablas 11, 12 y 13 indicamos distintos grados de desgaste en los molares definitivos de los adultos jóvenes, adultos maduros y por último, en toda la población adulta en general.

Para ello hemos empleado la clasificación establecida por Senyürek (1949) basada a su vez en la de Broca (1875).

- Grado I : Falta de desgaste, las cúspides permanecen agudas.
- Grado II : Sólo el esmalte está desgastado, el marfil permanece intacto.
- Grado III : Las cúspides han sido erosionadas, se ven algunos islotes de marfil.

TABLA 10.— Desgaste en molares definitivos de los adultos jóvenes (Sta. Eulalia)

GRADOS	M1		M2		M3		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
I	0	0,0	1	2,6	7	24,1	8	7,9
II	7	20,6	7	17,9	13	44,9	27	26,5
III	19	55,9	25	64,1	9	31	53	51,9
IV	7	20,6	5	12,8	0	0,0	12	11,8
V	1	2,9	1	2,6	0	0,0	2	1,9
	34		39		29		102	

TABLA 11.— Desgaste en molares definitivos en los adultos maduros (Sta. Eulalia)

GRADOS	$\frac{M1}{n \%}$	$\frac{M2}{n \%}$	$\frac{M3}{n \%}$	$\frac{TOTAL}{n \%}$
I	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0
II	2 16,7	4 23,5	4 36,4	10 25
III	4 33,3	9 53	5 45,4	18 45
IV	5 41,7	4 23,5	2 18,2	11 27,5
V	1 8,3	0 0,0	0 0,0	1 2,5
	12	17	11	40

TABLA 12.— Desgaste de molares definitivos en todos los adultos (Sta. Eulalia)

GRADOS	$\frac{M1}{n \%}$	$\frac{M2}{n \%}$	$\frac{M3}{n \%}$	$\frac{TOTAL}{n \%}$
I	0 0,0	1 1,8	7 17,5	8 5,6
II	9 19,1	11 19,6	17 42,5	37 25,9
III	24 51,1	34 60,8	14 35	72 50,3
IV	12 25,5	9 16,1	2 5	23 16,1
V	2 4,3	1 1,7	0 0,0	3 2,1
	47	56	40	143

TABLA 13.— Dentición de los adultos jóvenes en ambos maxilares (Santa Eulalia)

MAXILAR SUPERIOR						
Dientes	Nº de alveolos observados	Nº de piezas observadas	Caries		Piezas caídas "intra vitam"	
			n	%	n	%
I ¹	28	10	0	0,0	0	0,0
I ²	28	12	0	0,0	1	0,0
C	29	17	0	0,0	0	0,0
P ¹	28	16	0	0,0	2	7,14
P ²	29	19	0	0,0	3	10,34
M ¹	29	19	1	5,26	5	17,24
M ²	28	12	2	16,66	8	28,57
M ³	27	9	2	22,22	3	11,11
	226	114	5	4,38	22	9,73

MAXILAR INFERIOR						
Dientes	Nº de alveolos observados	Nº de piezas observadas	Caries		Piezas caídas "intra vitam"	
			n	%	n	%
I ₁	24	18	0	0,0	0	0,0
I ₂	34	22	0	0,0	1	2,94
C	34	24	0	0,0	0	0,0
P ₁	34	33	2	6,06	0	0,0
P ₂	34	26	0	0,0	2	5,88
M ₁	34	15	1	6,66	17	50,00
M ₂	34	28	2	7,14	3	8,82
M ₃	34	20	2	10,0	3	8,82
	272	186	7	3,76	26	9,55

TABLA 14.— Dentiación de los adultos maduros en ambos maxilares (Santa Eulalia)

MAXILAR SUPERIOR						
Dientes	Nº de alveolos observados	Nº de piezas observadas	Caries		Piezas caídas "intra vitam"	
			n	%	n	%
I ¹	20	6	0	0,0	0	0,0
I ²	20	5	0	0,0	1	5
C	19	7	0	0,0	1	5,26
P ¹	19	10	1	10,0	4	21,05
P ²	18	9	10	0,0	5	27,77
M ¹	17	8	2	25,0	9	52,14
M ²	16	8	1	12,5	7	43,75
M ³	15	3	1	33,3	10	66,6
	144	56	5	8,12	37	25,69

MAXILAR INFERIOR						
Dientes	Nº de alveolos observados	Nº de piezas observadas	Caries		Piezas caídas "intra vitam"	
			n	%	n	%
I ₁	24	8	0	0,0	2	8,33
I ₂	24	11	0	0,0	2	8,33
C	23	13	0	0,0	0	0,0
P ₁	23	12	0	0,0	3	13,04
P ₂	22	9	0	0,0	9	40,90
M ₁	22	5	0	0,0	16	72,72
M ₂	22	9	2	22,22	12	54,54
M ₃	22	8	0	0,0	12	54,54
	182	75	2	1,09	56	30,76

TABLA 15.— Dentición de los seniles en ambos maxilares (Santa Eulalia)

MAXILAR SUPERIOR						
Dientes	Nº de alveolos observados	Nº de piezas observadas	Caries		Piezas caídas "intra vitam"	
			n	%	n	%
I ¹	2	0	0	0,0	0	0,0
I ²	2	2	0	0,0	0	0,0
C	2	2	0	0,0	0	0,0
P ¹	2	2	0	0,0	0	0,0
P ²	2	2	0	0,0	0	0,0
M ¹	2	1	0	0,0	1	50
M ²	2	0	0	0,0	0	0,0
M ³	2	0	0	0,0	1	50
	16	9	0	0,0	2	12,5

MAXILAR INFERIOR						
Dientes	Nº de alveolos observados	Nº de piezas observadas	Caries		Piezas caídas "intra vitam"	
			n	%	n	%
I ₁	4	2	0	0,0	2	50
I ₂	4	2	0	0,0	2	50
C	4	2	0	0,0	2	50
P ₁	4	2	0	0,0	2	50
P ₂	4	0	0	0,0	4	100
M ₁	4	0	0	0,0	4	100
M ₂	4	0	0	0,0	4	100
M ₃	4	0	0	0,0	4	100
	32	8	0	0,0	24	75,0

- Grado IV: El desgaste ha progresado de suerte que las cúspides de la corona han sido desgastadas por completo y el marfil expuesto.
- Grado V : El desgaste se ha extendido hasta el cuello, la corona ha desaparecido por completo.

De este modo vemos que lo más frecuente en una edad madura es encontrar un grado de desgaste IV para el M1 y un grado III para M2 y M3.

2.2.7. Variedades anatómicas.

2.2.7.1. Introducción.

La diversidad o variación que pueden presentar algunas de las piezas óseas dentro del límite de la normalidad (dismorfogénesis esquelética) sin significación patológica, es un hecho bien descrito por los clásicos de la Anatomía.

Precisamente hemos seguido a Testut para exponer las 15 observaciones que realizamos, las cuales a menudo son valoradas también por los estudiosos de la Antropología.

En concreto hemos realizado observaciones sobre metopismo, huesos wormianos, sacralizaciones y lumbarizaciones, y exóstosis.

2.2.7.2. Metopismo.

Por lo general a los 10 años de edad, apenas es perceptible la sutura medio frontal, desdibujándose por completo en el adulto, salvo en aquellos casos en que persiste de igual modo que el resto de las suturas craneales.

Mucho se ha escrito sobre el origen de esta variedad, nosotros nos inclinamos sobre la opinión de que el metopismo se debe a una serie de alteraciones de las funciones endócrinas (asociación al cretinismo) y a la intervención de factores heredados poco o mal conocidos (Urban and Schwarzenberg, 1978).

En Santa Eulalia lo encontramos en 5 individuos, 3 masculinos (nº 25-1, 25-2 y 40) y 2 femeninos (nº 3-1 y 44). La frecuencia media en el adulto europeo se estima en el 7,7% (Comas, 1983).

Creemos oportuno señalar, tal y como han observado otros autores, que de los 5 individuos metópicos, 3 de ellos presentan además huesos wormianos en otras de las suturas del cráneo.

2.2.7.3. *Huesos wormianos.*

No entramos a considerar algunos de los problemas que plantea Testut sobre la opinión de que los huesos wormianos son más numerosos cuanto mayor es la capacidad craneal. Por el momento simplemente diremos que existen 6 individuos (nº 3-1, 5, 6-1, 7-1, 25-1 y 25-2) de los cuales 3 son masculinos y 3 femeninos que presenta huesos wormianos todos ellos suturales, con presominio de sutura lamboidea de tamaño medio-pequeño sin que podamos precisar su espesor más allá de la tabla externa.

2.2.7.4. *Sacralización y lumbarización.*

El aumento de vértebras en el sacro a favor de la fusión de la última vértebra lumbar (individuo nº 3-1 femenino y 4-2 masculino) o primera cocígea (individuo nº 10 masculino y 48 masculino) recibe el nombre de sacralización. Aunque el primer tipo resulta menos frecuente, presenta más interés para el ginecólogo en particular cuando la asimilación de L5 es incompleta y va acompañada de asimetría del sacro y conjunto de la pelvis (en el individuo 3-1 la sacralización es incompleta y no presenta asimetría).

La variación por defecto del primer segmento del sacro (S1) que pasa a ser un cuerpo articulado similar a L5 recibe el nombre de lumbarización (individuo nº 41).

De ninguno de ambos casos se describen afectaciones neurológicas de la médula espinal ni otra sintomatología.

B. LOS CASTROS DE LASTRA.

2.1. RELACION DE OBSERVACIONES.

Con el mismo criterio que en la población anterior realizamos una descripción de cada una de las observaciones (variedades anatómicas y patología) que hemos podido realizar, siguiendo el orden correlativo a cada uno de los individuos exhumados (Tabla 16).

TUMBA nº 0.

— **Estado de los restos:** Incompleto y muy fragmentado.

— **Sexo y edad:** Masculino adulto joven.

— **Observaciones patológicas:**

— Observación nº 1.

Vértebra L3 que presenta el reborde anterior y superior del cuerpo vertebral desfigurado en forma de borde romo (la arista se ha modificado), en el que se observa el tejido esponjoso modelado dando una imagen de epifisitis.

— Observación nº 2.

Peroné que se encuentra deteriorado (sólo se conserva la diáfisis) y que presenta exóstosis a lo largo de toda la diáfisis provocando un notable engrosamiento con superficies rugosas y espiculadas. (Fot. 40 y 41).

— **Consideraciones generales:** Por desgracia este individuo que no alcanzó los 30 años, se encuentra muy mal representado. De las 3 vértebras lumbares que se conservan, en L3 hemos observado signo característico de epifisitis, quizás de tipo brucelar. El peroné comentado que presenta una osificación de todas las fibras musculares insertas en su diáfisis, podemos atribuirlo a una “miositis osificante” de causa incierta, quizás postraumática. La radiografía nos revela que no ha existido fractura ni parece haberse desarrollado proceso osteomielítico, únicamente la exóstosis se adhiere con firmeza a la cortical de la diáfisis siguiendo las líneas de las importantes inserciones musculares del peroné. No se conservan tibias.

TABLA 16 .-Resumen de los datos.

B. LOS CASTROS DE LASTRA

Nº DE TUMBA	Nº DE INDIVIDUOS	SIGLA	SEXO	EDAD	VARIEDADES ANATOMICAS	OBSERVACIONES PATOLOGICAS	OBSERVACIONES
0	1	CL O	V	Adulto joven	-----	2 (observ. nº 1-2)	
1	1	CL T ₁		Infantil	-----	-----	
2	1	CL T ₂		Infantil	-----	-----	
3	1	CL T ₃		Infantil	-----	-----	
4	1	CL T ₄		Infantil	-----	-----	
5	1	CL T ₅		Infantil	-----	-----	
6	1	CL T ₆	V	Adulto mad.	2(observ. nº 1-2)	25(observ. nº 3-27)	
7	1	CL T ₇		Infantil	-----	-----	
8	1	CL T ₈		Infantil	-----	-----	
9	1	CL T ₉	V	Adulto joven	-----	12(observ. nº 28-39)	
10	1	CL T ₁₀	V	Adulto joven	2(observ. nº 3-4)	20(observ. nº 40-59)	
11	1	CL T ₁₁	V	Adulto joven	1(observ. nº 5)	3 (Observ. nº 60-62)	
12	1	CL T ₁₂	V	Adulto joven	-----	11(observ. nº 63-73)	
13	1	CL T ₁₃		Infantil	-----	-----	
14	1	CL T ₁₄	V	Juvenil	-----	-----	
15	1	CL T ₁₅	V	Adulto joven	2(observ. nº 6-7)	7 (observ. nº 74-80)	
16	1	CL T ₁₆		Infantil	-----	-----	
17					-----	-----	
18	1	CL T ₁₈	V	Adulto joven	9(observ. nº 8-16)	6 (observ. nº 81-86)	SIN EXCAVAR
19	1	CL T ₁₉		Infantil	-----	-----	
20	1	CL T ₂₀	V	Adulto joven	3(observ. nº 17-19)	15(observ. nº 87-101)	
21	1	CL T ₂₁	V	Adulto mad.	2(observ. nº 20-21)	20(observ. nº 102-121)	
22	1	CL T ₂₂	H	Juvenil	-----	-----	
23	1	CL T ₂₃		Infantil	-----	-----	
24	1	CL T ₂₄	V	Adulto joven	5(observ. nº 22-26)	7 (observ. nº 122-128)	
25	1	CL T ₂₅	V	Adulto mad.	3(observ. nº 27-29)	27(observ. nº 129-155)	
26	1	CL T ₂₆		Infantil	-----	-----	
27	1	CL T ₂₇	V	Juvenil	1(observ. nº 30)	1 (observ. nº 156)	
28	1	CL T ₂₈		Infantil	-----	-----	
29	1	CL T ₂₉		Infantil	-----	-----	
30	1	CL T ₃₀		Infantil	-----	-----	
31	1	CL T ₃₁	V	Adulto joven	-----	23(observ. nº 157-179)	
32	1	CL T ₃₂	V	Adulto mad.	1(observ. nº 31)	1 (" nº 180)	
33	1	CL T ₃₃	H	Adulto joven	-----	1 (" nº 181)	
34	1	CL T ₃₄		Infantil	-----	-----	
35	1	CL T ₃₅	V	Adulto joven	-----	-----	
36	1	CL T ₃₆	V	Adulto mad.	1(observ. nº 32)	18(observ. nº 182-199)	
37	1	CL T ₃₇	V	Adulto mad.	1(" nº 33)	2 (" nº 200-201)	
38	1	CL T ₃₈	V	Adulto mad.	-----	7 (" nº 202-208)	
39	1	CL T ₃₉	V	Adulto joven	1(observ. nº 34)	-----	
40	1	CL T ₄₀	H	Adulto mad.	-----	-----	
41	1	CL T ₄₁	V	Adulto joven	3(observ. nº 35-37)	9 (observ. nº 213-221)	
42	1	CL T ₄₂	V	Adulto mad.	-----	-----	
43	1	CL T ₄₃		Infantil	-----	-----	
44					-----	-----	
45	1	CL T ₄₅	H	Adulto mad.	-----	21(observ. nº 235-255)	
46	1	CL T ₄₆		Infantil	-----	-----	SIN EXCAVAR

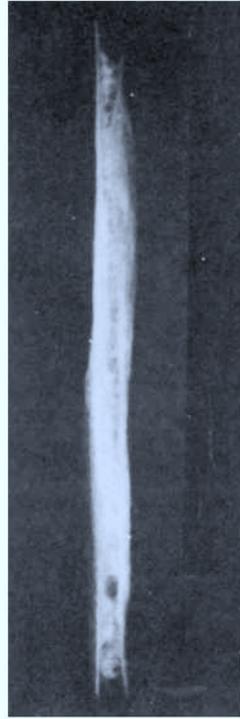
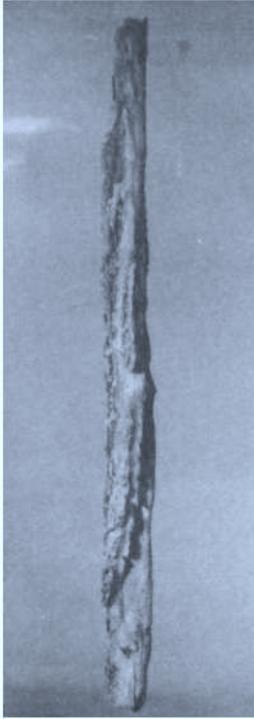


Foto 40. Peroné que presenta importante exóstosis a lo largo de toda su diáfisis (Individuo 0, Los Castros de Lastra).

Foto 41. Radiografía del caso anterior.

TUMBA nº 1.

- **Estado de los restos:** Completo y bien conservado.
- **Sexo y edad:** Individuo infantil (3 años).

TUMBA nº 2.

- **Estado de los restos:** Completo y bien conservado.
- **Sexo y edad:** Individuo infantil (4 años).

TUMBA nº 3.

- **Estado de los restos:** Bien conservado, ausencia de cráneo.
- **Sexo y edad:** Feto a término.

TUMBA nº 4.

- **Estado de los restos:** Completo y bien conservado.
- **Sexo y edad:** Individuo infantil (7 años).

TUMBA nº 5.

- **Estado de los restos:** Completo y bien conservado.
- **Sexo y edad:** Feto a término.

TUMBA nº 6.

- **Estado de los restos:** Completo y bien conservado.
- **Sexo y edad:** Masculino, adulto maduro.
- **Variedades anatómicas:**
 - Observación nº 1.
Cartílago tiroideos que se encuentra parcialmente osificado en borde inferior.
 - Observación nº 2.
Rótula izquierda que presenta exóstosis en su cara anterior como consecuencia de la osificación de la inserción del tendón del músculo cuádriceps. La rótula derecha está perdida.
- **Observaciones patológicas:**
 - Observación nº 3.
Vértebra C1 que se encuentra muy deteriorada y presenta faceta articular de la apófisis odontoides con desgaste y brillo así como osteofitos en reborde.
 - Observación nº 4.
Vértebra C2 que presenta desgaste y brillo en faceta articular de apófisis odontoides y osteofitos con rugosidades en superficie articular de faceta posterior inferior izquierda.
 - Observación nº 5.
Vértebra C3-C4 que se encuentran sinostosadas en sus porciones izquierdas tanto a nivel del cuerpo vertebral como del arco en este lado. De este modo, la articulación de las facetas posteriores izquierdas ha desaparecido por completo. El espacio interdiscal está respetado. Asimismo hay modificación de faceta articular superior izquierda de C3 e inferior del mismo lado en C4, que presentan importantes osteofitos con superficies rugosas y agrandadas. El agujero de conjunción izquierdo está respetado. (Fot 42).
 - Observación nº 6.
Vértebra C5 que presenta osteofitos en reborde inferior del cuerpo vertebral y gran modificación de faceta articular posterior superior izquierda con rugosidades en su superficie y osteofitos en reborde.
 - Observación nº 7.
Vértebra C6 que presenta osteofitos en reborde superior e inferior del cuerpo vertebral. Las facetas posteriores son normales.



Foto 42. Anquilosis ósea de C3-C4 con afectación artropática de facetas izquierdas (Individuo 6, Los Castros de Lastra).

- Observación nº 8.
Vértebra C7 que presenta osteofitos en reborde superior del cuerpo vertebral.
- Observación nº 9.
Vértebra D3 que presenta ambas facetas posteriores e inferiores modificadas por rugosidades en sus superficies con brillo por desgaste y osteofitos en reborde.
- Observación nº 10.
Vértebra D4 que presenta discretos osteofitos en reborde superior e inferior del cuerpo vertebral. Las cuatro facetas articulares posteriores se encuentran modificadas por rugosidades y brillo por desgaste con osteofitos en reborde.
- Observación nº 11.
Vértebra D5 que presenta discretos osteofitos en reborde superior e inferior del cuerpo vertebral. Las facetas articulares posteriores y superiores están modificadas por rugosidades y osteofitos en reborde.
- Observación nº 12.
Vértebra D6 que presenta osteofitos en reborde superior del cuerpo vertebral y más acentuados en el inferior. Facetas articulares posteriores normales.
- Observación nº 13.
Vértebra D7 que presenta osteofitos abultados a lo largo de todo el reborde superior e inferior del cuerpo vertebral. Facetas posteriores normales.
- Observación nº 14.
Vértebra D8 que presenta osteofitos en el lado derecho del reborde superior e inferior del cuerpo vertebral. Facetas posteriores normales.
- Observación nº 15.
Vértebra D9 que presenta iguales características a la observación anterior.
- Observación nº 16.
Vértebra D11 que presenta discretos osteofitos en reborde inferior del cuerpo vertebral. Las facetas posteriores y superiores están modificadas por desgaste de superficies y brillo.

- Observación nº 17.
Vértebra D12 que presenta algún discreto osteofito en reborde superior del cuerpo vertebral. Facetas posteriores normales.
- Observación nº 18.
Vértebra L1 muy deteriorada, en la que se observa abultado osteofito en ángulo lateral derecho del reborde superior del cuerpo vertebral.
- Observación nº 19.
Vértebra L2 que presenta abultados osteofitos a lo largo del reborde superior e inferior del cuerpo vertebral. Facetas posteriores normales.
- Observación nº 20.
Vértebra L3 que presenta exuberantes excrecencias en cara anterior y rebordes del cuerpo vertebral tipo sindesmofito.
- Observación nº 21.
Vértebra L4 muy deteriorada, que presenta abultados osteofitos a lo largo del reborde anterior superior e inferior del cuerpo vertebral.
- Observación nº 22.
Vértebra L5 muy deteriorada, que presenta osteofitos en reborde anterior y superior del cuerpo vertebral.
- Observación nº 23.
Radio izquierdo que presenta osteofitos en reborde de superficie articular distal.
- Observación nº 24.
Esafoides derecho que presenta desgaste con brillo en la superficie aticular con el radio.
- Observación nº 25.
Hueso ganchoso derecho que presenta desgaste y brillo en superficie articular con hueso piramidal.
- Observación nº 26.
Hueso semilunar derecho que presenta desgaste y brillo en superficie articular con hueso grande.
- Observación nº 27.
Hueso piramidal derecho que presenta desgaste y brillo en superficie articular con el ganchoso.

— **Patología dentaria:** Alveolitis en canino superior izquierdo con clara delimitación de celdilla. Presencia de sarro.

MAXILAR SUPERIOR

Dientes conservados:	- - - - - . - - - - -
Dientes perdidos en vida:	<u>- - 6 - - - . 2 1 . - - - 4 - - 7 8</u>

MAXILAR INFERIOR

Dientes conservados:	- - - - 4 3 2 - . - - - - -
Dientes perdidos en vida:	<u>8 - 6 5 - - - - . 1 - - 4 5 6 7 8</u>

— **Consideraciones generales:** Los tres segmentos de la columna vertebral se hallan afectados por artropatía degenerativa, que a nivel cervical alcanza a las articulaciones anteriores (espondiloartrosis anterior) y a las posteriores (espondiloartrosis posterior u osteoartritis) con gran modificación de esta últimas. Entre C3 y C4 existe anquilosis ósea precisamente a favor de la fusión y completo desdibujamiento de articulaciones posteriores izquierdas.

A nivel dorsal se mantienen las mismas características hasta D5 y, entre esta y D10, la artropatía afecta únicamente a la articulación discal en fase de “inestabilidad segmentaria” con formación de espolones de tracción. La última dorsal y las lumbares muestran importantes osteofitos (con participación de estructuras periarticulares: sindesmofitos) sin afectación de las articulaciones posteriores.

Asimismo se encuentran signos de artropatía en articulación de la muñeca izquierda y carpo derecho en el que existe desgaste de cartílagos articulares y fricción de hueso subcondral.

La discreta osificación del cartílago tiroideos, así como la osificación comentada en rótula las consideramos como variantes anatómicas propias de la edad madura del sujeto.

TUMBA nº 7.

— **Estado de los restos:** Completo y bien conservado.

— **Sexo y edad:** Individuo infantil (1 año).

TUMBA nº 8.

— **Estado de los restos:** Completo y bien conservado.

— **Sexo y edad:** Individuo infantil (3 años).

TUMBA nº 9.

— **Estado de los restos:** Completo y bien conservado.

— **Sexo y edad:** Masculino adulto, joven.

— **Observaciones patológicas:**

— Observación nº 28.

Depresión en forma de media luna (de 20 por 10 mm.), que se sitúa sobre parietal izquierdo a escasos milímetros de lambda e interesa mínimamente a las capas más externas de la tabla externa.

— Observación nº 29.

Vértebra C1 que presenta desgaste de superficie articular para la apófisis odontoides con osteofitos en reborde.

— Observación nº 30.

Vértebra C2 que presenta osteofitos en reborde de la superficie articular de la apófisis odontoides.

— Observación nº 31.

Vértebra D4 que presenta faceta articular posterior inferior derecha modificada con rugosidades en superficie y osteofitos en reborde.

— Observación nº 32.

Vértebra D5 que presenta faceta articular superior derecha modificada por rugosidades con brillo y osteofitos en reborde.

- Observación nº 33.
Vértebra D6 que presenta discretos osteofitos en reborde superior e inferior del cuerpo vertebral.
- Observación nº 34.
Vértebra D7 que presenta iguales características a la observación anterior.
- Observación nº 35.
Vértebra D8 que presenta iguales características a la observación anterior.
- Observación nº 36.
Vértebra D9 que presenta iguales características a la observación anterior.
- Observación nº 37.
Vértebra L2 que presenta discretos osteofitos en reborde superior del cuerpo vertebral.
- Observación nº 38.
Vértebra L4 con iguales características a la observación anterior.
- Observación nº 39.
Vértebra L5 que presenta fractura del arco vertebral a nivel del istmo entre las facetas articulares posteriores superiores e inferiores (espondilolisis), de tal modo que el arco fracturado tiende a adaptarse sobre el arco correspondiente a L4 quedando distante de L5 (espondilolistesis?)

— Patología dentaria: Presencia de caries en canino y primer premolar superiores derechos. Presencia de sarro.

MAXILAR SUPERIOR

Dientes conservados:	8 7 6 5 4 3 2 1 . 1 - 3 4 - - 7 -
Desgaste en molares definitivos:	I II III . V
Dientes perdidos en vida:	- - - - - - - . - - - - 5 6 - 8

MAXILAR INFERIOR

Dientes conservados:	- 7 - 5 - 3 2 - . 1 2 3 - - - - -
Desgaste en molares definitivos:	IV .
Dientes perdidos en vida:	8 - 6 - - - - - . - - - 4 5 6 7 8

— **Consideraciones generales:** Se conservan todas las vértebras y en ellas encontramos artropatía degenerativa que afecta a las dos primeras cervicales (articulación atlanto-odontoidea) y a las dorsales desde D4 a D9 como simples espondilosis así como a L2 y L4.

Además L5 muestra fractura bilateral del arco vertebral (espondilolisis) susceptible de haber significado una espondilolistesis a juzgar por la adaptación que se produce entre los arcos posteriores entre L4-L5 y sacro. La lesión descrita en parietal izquierdo la consideramos como una simple erosión de origen probablemente traumático sin repercusión de mayor significado.

TUMBA nº 10.

— **Estado de los restos:** Completo y bien conservado.

— **Sexo y edad:** Masculino, adulto joven.

— **Variedades anatómicas:**

— Observación nº 3.

Ambos cúbitos presentan osificación de la inserción del tendón del músculo triceps braquial.

— Observación nº 4.

Ambas rótulas presentan exóstosis lineales en sus caras anteriores como consecuencia de la osificación de la inserción del tendón del músculo cuádriceps y del propio ligamento rotuliano.

Observaciones patológicas:

— Observación nº 40.

Cráneo que presenta en su superficie dos elevaciones y dos depresiones. Las primeras, de 7 mm. de diámetro en eminencia frontal derecha y de 4 mm. de diámetro sobre hueso malar derecho en arco infraorbitario. Están constituidas de tejido compacto por lo que las consideramos como simples osteomas.

Asimismo sobre hueso frontal y a escasos milímetros de estefanía se sitúa una depresión irregular de 25 por 18 mm. de anchura con una profundidad máxima de 3 mm. y fondo estriado y granugiento en el que no se hace patente el tejido trabecular del diploe. Atribuimos este estigma como característico del quiste dermoide. Otra depresión se sitúa en la apófisis zigomática izquierda del hueso frontal, en este caso ovalada de 20 mm. de eje mayor que interesa a la tabla externa y presenta fondo moldeado y liso que atribuimos a una simple erosión.

— Observación nº 41.

Vértebra C3 que presenta osteofito abultado y centrado en reborde inferior del cuerpo vertebral.

— Observación nº 42.

Vértebra C4 que presenta iguales características a la observación anterior.

— Observación nº 43.

Vértebras C5, C6 y C7 que se encuentran sinostosadas a nivel del cuerpo vertebral con cierta espondilolistesis de C5 y rectificación de la lordosis fisiológica. El espacio interdiscal es mínimo. Los arcos vertebrales están muy deteriorados y perdidos.

— Observación nº 44.

Vértebra D2 que presenta modificación de faceta posterior inferior izquierda por rugosidades en superficie y osteofitos en reborde.

— Observación nº 45.

Vértebra D3 que presenta todas las facetas posteriores modificadas por rugosidades y osteofitos en rebordes.

— Observación nº 46.

Vértebras D4, D5 que se encuentran sinostosadas por sindesmofito desarrollado a nivel antero lateral derecho del cuerpo vertebral. El espacio discal está respetado. Asimismo hay importante osteofito en reborde inferior antero lateral derecho del cuerpo vertebral de D5. Las facetas articulares posteriores superiores de D4 están modificadas por rugosidades y osteofitos.

— Observación nº 47.

Vértebra D6 que presenta importante osteofito en ángulo antero lateral derecho del reborde superior del cuerpo vertebral, asimismo hay otro osteofito abultado en lado izquierdo del reborde inferior (en este caso es claro que se trata de osificación de ligamento radiado costal) (Fot. 43).



Foto 43. Vértebra D6 con osificación de ligamento radiado costal (Individuo 10, Los Castros de Lastra).

— Observación nº 48.

Vértebra D8 que presenta importante osteofito en lado izquierdo del reborde inferior del cuerpo vertebral, en lado derecho hay también algún discreto osteofito. Facetas posteriores normales.

— Observación nº 49.

Vértebra D9 que presenta osteofitos en reborde superior e inferior del cuerpo vertebral. Facetas posteriores normales.

— Observación nº 50.

Vértebras D10 y D11 que se encuentran sinostosadas por importante sindesmo-fito en ángulo lateral derecho del cuerpo vertebral. El espacio interdiscal está bien conservado. D11 se encuentra discretamente acuñaada hacia delante. (Fot. 44).

— Observación nº 51.

Vértebra D12 que se muestra discretamente acuñaada por delante. Resto normal.

— Observación nº 52.

Vértebra L2 deteriorada, que presenta osteofito abultado en reborde inferior izquierdo del cuerpo vertebral.

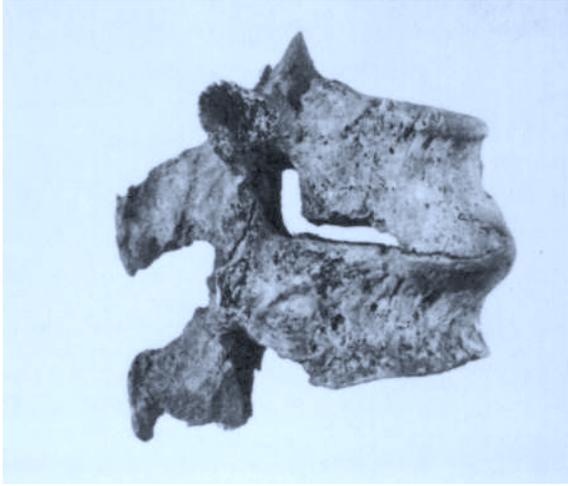


Foto 44. Vértebra D10-D11 anquilosadas por sindesmofito en reborde anterior (Individuo 10, Los Castros de Lastra).

- Observación nº 53.
Vértebra L3 muy deteriorada, que presenta osteofito en reborde superior izquierdo del cuerpo vertebral.
- Observación nº 54.
Vértebra L5 muy deteriorada, que presenta osteofito en ángulo antero lateral derecho del reborde del cuerpo vertebral.
- Observación nº 55.
Primera costilla (derecha e izquierda) que presenta osificación de cartílago costal hasta contactar con el manubrio esternal.
- Observación nº 56.
Coxal izquierdo que se encuentra muy deteriorado, en el que se observa sinóstitosis completa del ala sacra izquierda con completo desdibujamiento de la articulación sacro-iliaca. Los fragmentos del sacro conservados muestran que en el lado derecho también se producía sinóstitosis sacro-iliaca.
- Observación nº 57.
Ambos húmeros presentan osteofitos a todo lo largo del reborde de sus superficies articulares distales.
- Observación nº 58.
Fémur izquierdo que presenta exóstosis en área de inserción del músculo vasto externo en la cara anterior de la diáfisis femoral, de 30 por 15 mm. de anchura y que se eleva 5 mm. Se trata de una osificación de la propia inserción muscular a este nivel.
- Observación nº 59.
Tibia izquierda que presenta exóstosis alargada de 15 mm. y que se eleva 5 mm. sobre vértice superior de superficie articular peroneo-tibial inferior. Esta constituida de tejido compacto y muestra rotura reciente como signo de haber existido sinóstitosis completa con peroné.

— **Patología dentaria:** Presencia de sarro. En maxilar inferior hay signos de paradontosis a todo lo largo del borde alveolar interno.

MAXILAR SUPERIOR

Dientes conservados:	- - - 5 4 3 - 1 . 1 - 3 4 - - - -
Dientes perdidos en vida:	8 7 6 - - - 2 - . - - - - - 6 7 8

MAXILAR INFERIOR

Dientes conservados:	- - - 5 4 3 2 - . 1 2 3 4 5 6 7 -
Desgaste en molares definitivos:	. IVV
Dientes perdidos en vida:	8 7 6 - - - - - . - - - - - 8

— **Consideraciones generales:** La fusión total de las articulaciones sacroilíacas nos orienta hacia el diagnóstico de “espondilitis anquilosante” en este individuo varón de edad adulta joven. En efecto, no sólo presenta ésta, que es una de las características más peculiares de esta enfermedad, sino que además muestra sinóstosis de vértebras en región cervical y dorsal con participación de estructuras periarticulares (sindesmofitos) en muchas de las articulaciones discales. No parece tan claro que las mismas vértebras presenten cuadratura en sus cuerpos como suele ser habitual en esta enfermedad.

Las osificaciones afectan también a inserciones tendinosas (cúbitos y rótulas) y musculares con los característicos “bigotes” en ramas isquiáticas. Por todo ello, el grado de evolución de esta enfermedad pudiéramos considerarlo como avanzado.

TUMBA nº 11.

— **Estado de los restos:** Completo y bien conservado.

— **Sexo y edad:** Masculino, adulto joven.

— **Variedades anatómicas:**

— Observación nº 5.

Sacro que en su parte posterior a nivel del vértice, presenta dehiscencia de hiato inferior afectando al segmento S5 y S4.

— **Observaciones patológicas:**

— Observación nº 60.

Vértebra L3 que presenta osteofito tipo espolón de tracción en ángulo antero lateral derecho del borde superior del cuerpo vertebral. Resto normal.

— Observación nº 61.

Vértebra L4 que presenta osteofitos discretos en reborde anterior y superior del cuerpo vertebral. Resto normal.

— Observación nº 62.

Esafoides derecho que presenta línea de fisura que recorre la carilla articular con el radio y la carilla para el hueso grande. De este modo se produce una incongruencia de superficies articulares. Es evidente que no se trata de una fractura “post-mortem” ya que existe actividad del tejido óseo en rebordes de la fisura. (Fot. 45).



Foto 45. Escafoides derecho que presenta línea de fisura en superficie articular como resto de fractura ya consolidada (Individuo 15, Los Castros de Lastra).

— **Patología dentaria:**

MAXILAR SUPERIOR

Dientes conservados:	8	-	-	-	4	3	-	-	.	-	2	3	4	5	6	7	8
Desgaste en molares definitivos:	I								.							IIIIII	I
Dientes perdidos en vida:	-	7	6	-	-	-	-	-	-	.	-	e	-	-	-	-	-

MAXILAR INFERIOR

Dientes conservados:	8	7	6	5	4	3	2	1	.	1	2	3	4	5	6	7	-
Desgaste en molares definitivos:	IIIIIIII								.						IIIIII		

— **Consideraciones generales:** Se conservan 5 vértebras cervicales, las 12 dorsales y las 5 lumbares, presentando únicamente L3 y L4 espolones de tracción como signo de inestabilidad segmentaria de su articulación discal. Por lo demás, destaca el escafoides derecho que muestra línea de fisura a lo largo de su perímetro como signo de fractura de su parte media con buena consolidación y mínima formación de incongruencia articular.

TUMBA nº 12.

— **Estado de los restos:** Completo y bien conservado.

— **Sexo y edad:** Masculino, adulto joven.

— **Observaciones patológicas:**

— Observación nº 63.

Cráneo que presenta sobre parietal izquierdo a 10 mm. de sutura coronal y 30 mm. de bregma una depresión de forma irregular con diámetro de 15 mm. y escasa profundidad (3 mm.) que interesa a tabla externa. Parece tratarse de una erosión.

— Observación nº 64.

Vértebra C5 que presenta osteofitos en reborde inferior del cuerpo vertebral. La faceta articular posterior izquierda se encuentra modificada ya que en realidad muestra dos caras con distinta angulación.

- Observación nº 65.
Vértebra C6 que presenta osteofitos en reborde superior e inferior del cuerpo vertebral. El arco vertebral en el lado izquierdo está ausente desde el istmo entre las facetas articulares izquierdas hasta la apófisis espinosa. En las superficies de los extremos hay relieves de adaptación que evidencian seudartrosis entre los puntos de contacto.
- Observación nº 66.
Vértebra C7 que presenta osteofitos en reborde superior del cuerpo vertebral.
- Observación nº 67.
Vértebra D7 que presenta osteofitos a lo largo del reborde inferior del cuerpo vertebral. El resto es normal.
- Observación nº 68.
Vértebra D8 que presenta osteofitos en reborde superior e inferior del cuerpo vertebral. Resto normal.
- Observación nº 69.
Vértebra D11 que presenta osteofitos en lado izquierdo del reborde inferior del cuerpo vertebral. Resto normal
- Observación nº 70.
Vértebra L1 que presenta discretos osteofitos en reborde superior e inferior del cuerpo vertebral. Resto normal.
- Observación nº 71.
Vértebra L2 que presenta iguales características a la observación anterior.
- Observación nº 72.
Vértebra L3 que presenta iguales características a la observación anterior.
- Observación nº 73.
Vértebra L4 que presenta iguales características a la observación anterior.

— **Patología dentaria:** Hay alveolitis con apertura anterior en incisivos primero y segundo del lado izquierdo y en incisivo primero del lado derecho en maxilar superior. Presencia de caries en segundo premolar inferior izquierdo. Presencia de sarro.

MAXILAR SUPERIOR

Dientes conservados:	- 7 - 5 - 3 2 - - . - 2 3 - - - - -
Desgaste en molares definitivos:	II .
Dientes perdidos en vida:	<u>8 - 6 - 4 - - - . - - - 4 5 6 7 8</u>

MAXILAR INFERIOR

Dientes conservados:	- 7 6 5 4 3 2 1 . 1 2 3 4 5 - - -
Desgaste en molares definitivos:	IIIIII .
Dientes perdidos en vida:	<u>8 - - - - - . - - - - - 6 7 8</u>

— **Consideraciones generales:** Se conservan todas las vértebras. Hay signos de espondilosis en los tres segmentos de la columna (últimas cervicales, últimas dorsales y las 4 primeras lumbares) sin participación de articulaciones posteriores. El arco vertebral de C6 muestra una anomalía en su formación ya que su hemilado izquierdo parece no haberse fusionados correctamente, manteniendo contacto a modo de seudartrosis. La lesión descrita sobre parietal izquierdo la consideramos como una erosión de origen traumático que interesa a la tabla externa mínimamente.

TUMBA nº 13.

- **Estado de los restos:** Completo y bien conservado.
- **Sexo y edad:** Individuo infantil (1 año y medio).

TUMBA nº 14.

- **Estado de los restos:** Completo y bien conservado.
- **Sexo y edad:** Varón juvenil (16-17 años).

TUMBA nº 15.

- **Estado de los restos:** Completo y bien conservado.
- **Sexo y edad:** Masculino, adulto joven.
- **Variedades anatómicas:**
 - Observación nº 6.
Presencia de hueso acromial izquierdo que se adapta perfectamente a la escápula con relieves de seudartrosis.
 - Observación nº 7.
Cartílago tiroideos que se encuentra parcialmente osificado en su borde inferior.
- **Observaciones patológicas:**
 - Observación nº 74.
Vértebra L1 que presenta osteofito abultado en lado derecho del reborde inferior del cuerpo vertebral. Resto normal.
 - Observación nº 75.
Vértebra L2 que presenta iguales características a la observación anterior.
 - Observación nº 76.
Vértebra L3 que presenta iguales características a la observación anterior.
 - Observación nº 77.
Vértebra L4 que presenta osteofito en lado izquierdo del reborde inferior del cuerpo vertebral.
 - Observación nº 78.
Sacro que se encuentra desfigurado por asimetría con ligero desplazamiento del vértice hacia la derecha, presentado asimismo algo descendida el ala derecha.
 - Observación nº 79.
Radio derecho que presenta ribete exofítico en ángulo del contorno de la cabeza radial.
 - Observación nº 80.
Coxal derecho que presenta modificación del acetábulo con claro declive del mismo y por consiguiente aumento del índice acetabular. No hay signos de desgaste.

— **Patología dentaria:** El tercer molar inferior derecho emerge de forma oblicua. Presencia de sarro. (Fot. 46).



Foto 46. Tercer molar que emerge de forma oblicua, el segundo molar se ha perdido en vida (Individuo 15, Los Castros de Lastra).

MAXILAR SUPERIOR

Dientes conservados:	8 - - - 3 2 1 . 1 2 - 4 5 - - -
Desgaste en molares definitivos:	I .
Dientes perdidos en vida:	- 7 6 5 4 - - - . - - - - - 6 7 8

MAXILAR INFERIOR

Dientes conservados:	8 7 - 5 4 3 2 1 . 1 2 3 4 5 - - 8
Desgaste en molares definitivos:	II III . I
Dientes perdidos en vida:	- - 6 - - - - . - - - - - 6 7 -

— **Consideraciones generales:** Se conservan todas las vértebras y en ellas observamos signos de espondilosis que afecta mínimamente a la región lumbar. El sacro se muestra asimétrico con basculación a la derecha que coincide en este lado con un aumento del índice acetabular por displasia de acetábulo, en lo que podemos imaginar una luxación o subluxación congénita de cadera. El fémur sin embargo, no muestra anteversión de su cuello, como suele resultar habitual en estos casos.

TUMBA nº 16.

- **Estado de los restos:** Completo y bien conservado.
- **Sexo y edad:** Individuo infantil (7 años).

TUMBA nº 18.

- **Estado de los restos:** Completo y bien conservado.
- **Sexo y edad:** Masculino, adulto joven.
- **Variedades anatómicas:**
 - Observación nº 8.
Sacro asimétrico que presenta dehiscencia del hiato en vértice a nivel de segmento S5.
 - Observación nº 9.
Ambos coxales muestran osificaciones importantes de inserciones musculares en crestas ilíacas.
 - Observación nº 10.
Ambos fémures muestran importantes osificaciones de inserciones musculares en línea áspera.
 - Observación nº 11.
Ambos calcáneos muestran osificación de inserción del tendón de Aquiles.
 - Observación nº 12.
Ambos peronés muestran osificaciones de ligamentos en maléolo externo.
 - Observación nº 13.
Ambas rótulas presentan osificación de inserción de tendón del músculo cuadriceps y de ligamento rotuliano.
 - Observación nº 14.
Ambas tibias presentan osificación de inserción de ligamento rotuliano. (Fot. 47).
 - Observación nº 15.
Ambos cúbitos presentan osificación de inserción del músculo triceps braquial.
 - Observación nº 16.
Cartílago tiroideos que se encuentra completamente osificado. (Fot. 48).
- **Observaciones patológicas:**
 - Observación nº 81.
Vértebra D11 que presenta discretos osteofitos en reborde inferior del cuerpo vertebral.
 - Observación nº 82.
Vértebra D12 que presenta discretos osteofitos en reborde superior del cuerpo vertebral. Resto normal.
 - Observación nº 83.
Vértebra L1 que presenta discretos osteofitos en reborde inferior del cuerpo vertebral.
 - Observación nº 84.
Vértebra L2 que presenta discretos osteofitos en reborde superior del cuerpo vertebral. Asimismo hay osteofitos abultados a lo largo del reborde inferior.
 - Observación nº 85.
Vértebra L3 que presenta importantes osteofitos en reborde superior e inferior del cuerpo vertebral. Resto normal.
 - Observación nº 86.
Vértebra L4 que presenta osteofitos acusados en reborde superior del cuerpo vertebral. Resto normal.



Foto 47. Tibia izquierda que presenta osificación de la inserción del ligamento rotuliano (Individuo 18, Los Castros de Lastra).

— **Patología dentaria:** Caries pulpar en primer y segundo molar superiores izquierdos. Presencia de sarro.

MAXILAR SUPERIOR

Dientes conservados:	<u>8 7 6 5 4 3 2 1 . - - 3 4 - - - -</u>
Desgaste en molares definitivos:	<u>I II III .</u>

MAXILAR INFERIOR

Dientes conservados:	<u>- 7 - 5 4 3 2 1 . 1 2 3 4 5 6 7 -</u>
Desgaste en molares definitivos:	<u>IV . IVIV</u>
Dientes perdidos en vida:	<u>- - 6 - - - - . - - - - - - -</u>

— **Consideraciones generales:** Se conservan todas las vértebras presentando las dos últimas dorsales y las lumbares osteofitos como simple espondilosis en artropatía incipiente. Por lo demás destacan las osificaciones de las inserciones tendinosas de forma bilateral así como la completa osificación de cartílagos tiroideos en un individuo de edad adulta joven.

TUMBA nº 19.

- **Estado de los restos:** Completo y bien conservado.
- **Sexo y edad:** Individuo infantil (4 años).

TUMBA nº 20.

- **Estado de los restos:** Completo y bien conservado.
- **Sexo y edad:** Masculino, adulto joven.
- **Variedades anatómicas:**
 - Observación nº 17.
Ambas rótulas presentan osificación de inserción del tendón del músculo cuádriceps.
 - Observación nº 18.
Húmero izquierdo que presenta exóstosis en la cara interna del tercio inferior de la diáfisis. Es alargada de arriba abajo (10 mm.) y aplanada en sentido antero posterior, elevándose 5 mm.
Por su localización y aspecto consideramos que se trata de la apófisis supraepitrocLEAR descrita por Testut como variedad anatómica.
 - Observación nº 19.
Cartilago tiroides que se encuentra prácticamente osificado. (Fot. 48).



Foto 48. Cartílagos tiroides osificados (Individuos 18 y 20, Los Castros de Lastra).

— **Observaciones patológicas:**

- Observación nº 87.
Cráneo que presenta erosión en hueso frontal a 30 mm. de arco superciliar derecho. La erosión es ovalada de 20 por 13 mm. de diámetro y se excava escasamente unos milímetros interesando únicamente a la tabla externa. El fondo es rugoso y de modelado suave.

- Observación nº 88.
Vértebra C1 que presenta osteofitos en reborde de faceta articular con apófisis odontoides.
- Observación nº 89.
Vértebra C2 que presenta osteofitos en vértice de la apófisis odontoides. Asimismo hay osteofitos en reborde de faceta posterior inferior derecha.
- Observación nº 90.
Vértebra C5 que presenta modificación de faceta posterior inferior derecha con agrandamiento de superficie, rugosidades, brillo por desgaste y osteofitos en reborde que comprometen el agujero vertebral.
- Observación nº 91.
Vértebra C6 que presenta osteofitos en reborde superior e inferior del cuerpo vertebral. La faceta posterior superior derecha se encuentra modificada con agrandamiento de superficie, rugosidades, brillo y osteofitos en reborde.
- Observación nº 92.
Vértebra C7 que presenta osteofitos en reborde superior e inferior del cuerpo vertebral. La faceta posterior inferior izquierda se encuentra modificada por osteofitos en reborde.
- Observación nº 93.
Vértebra D1 que presenta osteofitos en reborde superior e inferior del cuerpo vertebral.
- Observación nº 94.
Vértebra D4 que presenta osteofitos en reborde superior del cuerpo vertebral.
- Observación nº 95.
Vértebra D8 que presenta discretos osteofitos en reborde inferior del cuerpo vertebral.
- Observación nº 96.
Vértebra D9 que presenta discretos osteofitos en reborde superior e inferior del cuerpo vertebral.
- Observación nº 97.
Vértebra D10 con iguales características a la observación anterior.
- Observación nº 98.
Vértebra D12 que presenta discretos osteofitos en reborde inferior del cuerpo vertebral.
- Observación nº 99.
Vértebra L1 que presenta discretos osteofitos en reborde superior e inferior del cuerpo vertebral.
- Observación nº 100.
Vértebra L5 que presenta osteofitos a todo lo largo del reborde inferior del cuerpo vertebral.
- Observación nº 101.
Sacro que presenta osteofitos en reborde anterior de su base (superficie discal).

— **Patología dentaria:** Presencia de sarro.

MAXILAR SUPERIOR

Dientes conservados:	8 7 - - 4 3 2 - . 1 2 3 4 5 - 7 8
Desgaste en molares definitivos:	IIIII . IIIIV
Dientes perdidos en vida:	- - 6 5 - - e - . - - - - 6 - -

MAXILAR INFERIOR

Dientes conservados: 8 7 6 5 4 3 2 1 . 1 2 3 4 5 6 7 8
 Desgaste en molares definitivos: IIIIIIII . IIIIIIIII

— **Consideraciones generales:** Se conservan todas las vértebras. Hay artropatía en los tres segmento de la columna vertebral con mayor afectación en cervicales en las que existe espondiloartrosis anterior y también posterior, con importante modificación de facetas posteriores y compromiso de agujero vertebral en C5. A nivel dorsal se manifiesta como simple espondilosis y de igual modo en primera y última lumbar.

La erosión descrita en eminencia frontal derecha la consideramos como un estigma postraumático sin mayor repercusión.

TUMBA nº 21.

— **Estado de los restos:** Completo y bien conservado.

— **Sexo y edad:** Masculino, adulto maduro.

— **Variedades anatómicas:**

— Observación nº 20.

Presencia de hueso wormiano triangular de 30 mm. de lado en fontala bregmática.

— Observación nº 21.

Cartílago tiroides osificado en todo su reborde inferior.

— **Observaciones patológicas:**

— Observación nº 102.

Cráneo que presenta sobre la porción escamosa izquierda del hueso frontal una depresión ovalada de 30 por 21 mm. de diámetro con una profundidad que interesa más allá del diploe hasta la tabla interna. El fondo y los bordes son de suave modelado con evidente reacción reparadora del tejido óseo. (Fot. 49).



Foto 49. Pérdida de sustancia con remodelado de tejido óseo en región frontal izquierda (Individuo 21, Los Castros de Lastra).

- Observación nº 103.
Vértebra C1 que presenta desgaste con brillo en faceta articular con la apófisis odontoides.
- Observación nº 104.
Vértebra C2 que presenta importante desgaste con brillo en faceta articular de la apófisis odontoides. Asimismo hay importante modificación de la faceta posterior inferior derecha que muestra excrescencias en su superficie y osteofitos en reborde.
- Observación nº 105.
Vértebra C3 que presenta importante modificación de facetas posteriores izquierdas con excrescencias en superficies y osteofitos en reborde.
- Observación nº 106.
Vértebra C4 que presenta modificación de faceta posterior superior izquierda con rugosidades y osteofitos en reborde.
- Observación nº 107.
Vértebra C5 que presenta osteofitos en reborde inferior del cuerpo vertebral.
- Observación nº 108.
Vértebra D9 que presenta osteofitos en reborde superior e inferior del cuerpo vertebral.
- Observación nº 109.
Vértebra D10 con iguales características a la observación anterior.
- Observación nº 110.
Vértebra D11 con iguales características a la observación anterior.
- Observación nº 111.
Vértebra L1 que presenta osteofitos en reborde inferior del cuerpo vertebral.
- Observación nº 112.
Vértebra L2 que presenta osteofitos en reborde superior e inferior del cuerpo vertebral.
- Observación nº 113.
Vértebra L3 con iguales características a la observación anterior.
- Observación nº 114.
Vértebra L4 que presenta osteofitos abultados en reborde superior del cuerpo vertebral.
- Observación nº 115.
Vértebra L5 con iguales características a la observación anterior.
- Observación nº 116.
Cúbito derecho que presenta desfiguración en su extremo distal como consecuencia del desgaste de la superficie articular con el radio y con los huesos del carpo. El reborde articular con el radio muestra discreta rebaba.
- Observación nº 117.
Radio derecho que presenta desgaste en superficie articular distal con el cúbito.
- Observación nº 118.
Fémur derecho que presenta exóstosis localizada en labio externo de la bifurcación inferior de la línea áspera. Su forma es alargada de arriba abajo y se eleva 10 mm.
- Observación nº 119.
Tibia izquierda que presenta exóstosis en reborde de articulación peroneotibial inferior.

— Observación nº 120.

Peroné izquierdo que presenta exóstosis en reborde de articulación peroneo-tibial inferior.

— Observación nº 121.

Falanges proximal y media de 5º dedo de mano que se encuentran anquilosadas en ángulo de 135º habiendo perdido por completo la interlínea articular. La radiografía revela la inexistencia de la articulación y el paso del tejido travecular de una epífisis a otra sin solución de continuidad. (Fot. 50 y 51).



Foto 50. Falanges proximal y media de 5º dedo de mano, que presenta anquilosis a medio flexión (Individuo 21, Los Castros de Lastra).



Foto 51. Radiografía del caso anterior. La articulación interfalángica ha desaparecido.

— **Patología dentaria:** El maxilar superior ha perdido toda la dentición.

MAXILAR SUPERIOR

Dientes perdidos en vida: 8 7 6 5 4 3 2 1 . 1 2 3 4 5 6 7 8

MAXILAR INFERIOR

Dientes conservados: - - - - - 3 - 1 . 1 2 3 4 5 - - -

Dientes perdidos en vida: 8 7 6 5 - - - - . - - - - - 6 7 8

— **Consideraciones generales:** Se conservan todas menos dos vértebras dorsales, presentando los tres segmentos de la columna signos de artropatía con especial afectación en región cervical, en la que algunas de las vértebras muestran lesión tanto de articulaciones anteriores como posteriores, asentando el proceso degenerativo

en la región dorsal y lumbar únicamente en articulaciones discales como simple espondilosis.

La artropatía es manifiesta en superficies articulares distales tanto del cúbito como del radio derechos, así como en la articulación peroneotibial inferior.

En articulación interfalángica proximal del 5º dedo de mano, se observa anquilosis a medio flexión con completa desaparición de interlínea articular que también consideramos derivada de artropatía secundaria (artrosis larga data, séptica o psoriásica).

Por otra parte este individuo presenta pérdida de sustancia sobre hueso frontal que atribuimos a una herida en “scalp” accidental seguida de cierta necrosis con afectación de tabla externa y parte de díploe y posterior resolución con aceptable cicatrización.

La exóstosis comentada en fémur puede ser debida a la osificación de algunas de las fibras musculares insertas en la línea áspera.

TUMBA nº 22.

- **Estado de los restos:** Completo y bien conservado.
- **Sexo y edad:** Femenino, juvenil (16 años).

TUMBA nº 23.

- **Estado de los restos:** Completo y bien conservado.
- **Sexo y edad:** Individuo infantil (1 año).

TUMBA nº 24.

- **Estado de los restos:** Completo y bien conservado.
- **Sexo y edad:** Masculino, adulto joven.
- **Variedades anatómicas:**
 - Observación nº 22.
Ambos cúbitos presentan osificación de inserción del tendón del músculo triiceps braquial.
 - Observación nº 23.
Ambas rótulas presentan osificación de inserción del ligamento rotuliano y de la inserción del tendón del músculo cuádriceps.
 - Observación nº 24.
Ambas tibias presentan osificación de inserción del ligamento rotuliano.
 - Observación nº 25.
Ambos calcáneos presentan osificación de inserción del tendón de Aquiles.
 - Observación nº 26.
Cartílago tiroides que se encuentra parcialmente osificado en su borde inferior.
- **Observaciones patológicas:**
 - Observación nº 122.
Vértebra D8 que presenta osteofito (espolón de tracción) en lado izquierdo del reborde inferior del cuerpo vertebral.

- Observación nº 123.
Vértebra D9 con iguales características a la observación anterior.
- Observación nº 124.
Vértebra D10 que presenta discretos osteofitos en reborde superior e inferior del cuerpo vertebral.
- Observación nº 125.
Vértebra L4 que presenta osteofitos a lo largo del reborde superior del cuerpo vertebral.
- Observación nº 126.
Vértebra L5 con iguales características a la observación anterior.
- Observación nº 127.
Radio izquierdo que en su extremo distal a nivel de metáfisis y diáfisis presenta relieves ondulados en la superficie ósea mostrándose cóncavo hacia atrás. Se trata de una fractura antigua acaso incompleta con buena consolidación. (Fot. 52).
- Observación nº 128.
Falange proximal del 1º dedo mano izquierda que presenta exóstosis en cara lateral interna del borde de la superficie articular proximal. Parece tratarse de



Foto 52. Radio izquierdo que muestra angulación posterior con rugosidades difusas en tercio distal de diáfisis como consecuencia de una fractura antigua ya consolidada (Individuo 24, Los Castros de Lastra).

una osificación ligamentaria a este nivel. (Fot. 53 y 54). El metacarpiano correspondiente es normal.

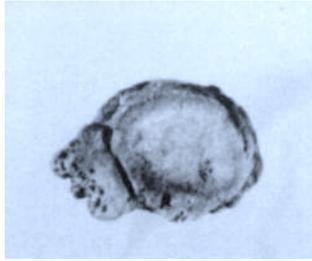


Foto 53. Falange proximal de primer dedo mano izquierda que presenta exóstosis en reborde de la superficie articular con el metacarpiano (Individuo 24, Los Castros de Lastra).



Foto 54. Radiografía del caso anterior.

— **Patología dentaria:**

MAXILAR SUPERIOR

Dientes conservados:	- 7 - - - 3 2 1 . - 2 3 4 5 - 7 -
Desgaste en molares definitivos:	IV . II
Dientes perdidos en vida:	- - 6 5 - - - - . - - - - - 6 - -

MAXILAR INFERIOR

Dientes conservados:	- - - - 4 3 2 1 . 1 2 3 4 - - - -
Dientes perdidos en vida:	8 7 6 5 - - - - . - - - - - 5 6 7 8

— **Consideraciones generales:** Se conservan todas las vértebras y en ellas encontramos signos de espondilosis que afecta a D8, D9, D10 y dos últimas lumbares. Al

mismo tiempo presenta osificaciones de inserciones tendinosas de forma bilateral, así como del cartilago tiroides no habitual para la edad del sujeto en cuestión. La fractura no representa ningún detrimento de la función de su extremidad superior izquierda.

TUMBA nº 25.

- **Estado de los restos:** Completo y bien conservado.
- **Sexo y edad:** Masculino, adulto maduro.
- **Variedades anatómicas:**
 - Observación nº 27.
Ambos cúbitos presentan osificación de inserción del tendón del músculo tri-ceps braquial.
 - Observación nº 28.
Ambos calcáneos presentan osificación de la inserción del tendón de Aquiles.
 - Observación nº 29.
Cartilago tiroides que se encuentra prácticamente osificado en su totalidad.
- **Observaciones patológicas:**
 - Observación nº 129.
Vértebra C2 que presenta modificada su faceta posterior inferior derecha con rugosidades en su superficie y osteofitos en reborde. Resto normal.
 - Observación nº 130.
Vértebra C3 que presenta modificación de facetas posteriores (superior derecha y ambas del lado izquierdo) con rugosidades y osteofitos en rebordes articulares.
 - Observación nº 131.
Vértebra C4 que presenta osteofitos en reborde inferior del cuerpo vertebral, asimismo hay modificación de faceta posterior superior izquierda con rugosidades y osteofitos en reborde.
 - Observación nº 132.
Vértebra C6 con iguales características a la observación anterior.
 - Observación nº 133.
Vértebra C7 que presenta osteofitos en reborde superior e inferior del cuerpo vertebral, asimismo hay modificación de faceta posterior inferior izquierda.
 - Observación nº 135.
Vértebra D1 que presenta osteofitos en reborde superior del cuerpo vertebral. La faceta posterior izquierda se encuentra modificada por rugosidades y osteofitos en reborde.
 - Observación nº 136.
Vértebra D2 que presenta osteofitos en reborde superior e inferior del cuerpo vertebral. Resto normal.
 - Observación nº 137.
Vértebra D3 que presenta osteofitos en reborde superior e inferior del cuerpo vertebral.
 - Observación nº 138.
Vértebra D4 con iguales características a la observación anterior.

- Observación nº 139.
Vértebra D5 que presenta osteofitos en reborde superior e inferior del cuerpo vertebral, en concreto el reborde inferior en lado derecho muestra importante espolón de tracción.
- Observación nº 140.
Vértebra D6 que presenta osteofitos (espolones de tracción) en reborde superior e inferior del cuerpo vertebral.
- Observación nº 141.
Vértebra D7 que presenta importantes osteofitos en reborde superior e inferior del cuerpo vertebral (espolones de tracción).
- Observación nº 142.
Vértebra D8 con iguales características a la observación anterior.
- Observación nº 143.
Vértebra D9 con iguales características a la observación anterior.
- Observación nº 144.
Vértebra D10 con iguales características a la observación anterior.
- Observación nº 145.
Vértebra D11 con iguales características a la observación anterior.
- Observación nº 146.
Vértebra D12 con iguales características a la observación anterior.
- Observación nº 147.
Vértebras L1-L2 que se encuentran anquilosadas por exuberante sindesmofito en cara lateral derecha de sus cuerpos vertebrales. Asimismo hay osteofitos en los rebordes de ambos cuerpos vertebrales. El espacio interdiscal esta respetado, así como en las articulaciones posteriores. (Fot. 55).



Foto 55. Vértebras L1-L2 que se encuentran anquilosadas por sindesmofitos (Individuo 25, Los Castros de Lastra).

- Observación nº 148.
Vértebra L3 que presenta importan osteofitos en reborde superior e inferior del cuerpo vertebral. Resto normal.
- Observación nº 149.
Vértebra L4 con iguales características a la observación anterior.
- Observación nº 150.
Vértebra L5 con iguales características a la observación anterior.
- Observación nº 151.
Sacro que presenta osteofitos en reborde anterior de su base.
- Observación nº 152.
Ambas escápulas presentan osteofitos en reborde de sus superficies articulares glenoideas.
- Observación nº 153.
Cúbito derecho que además de la osificación de la inserción del tendón del músculo triceps braquial, presenta osteofitos en reborde de superficie articular proximal, así como desgaste y brillo de superficie articular distal con el radio.
- Observación nº 154.
Falanges proximal y media del 4º dedo de la mano derecha que se encuentran anquilosadas a medio-flexión (115º) por sólido puente de tejido óseo. La radiografía revela que la articulación ha desaparecido por completo. (Fot. 56 y 57).

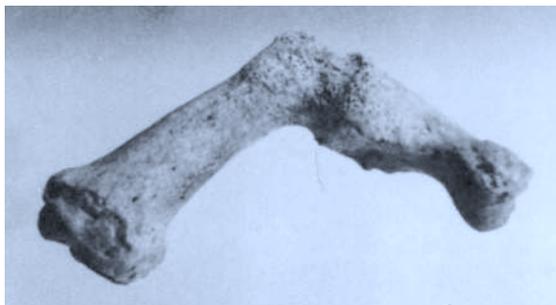


Foto 56. Falange proximal y media del 4º dedo de mano derecha que presenta anquilosis ósea a medio flexión (Individuo 25, Los Castros de Lastra).



Foto 57. Radiografía del caso anterior. La articulación interfalángica ha desaparecido por completo.

— Observación nº 155.

Tibia derecha que presenta fractura oblicua de tercio distal de diáfisis con buena consolidación y sin angulación defectuosa. Únicamente se observa cierta incongruencia de superficie en la cara interna de la diáfisis, con relieves suaves y bien moldeados en la que además presenta foramen de comunicación con cavidad medular como posible fístula de drenaje de proceso infeccioso. (Fot. 58 y 59).

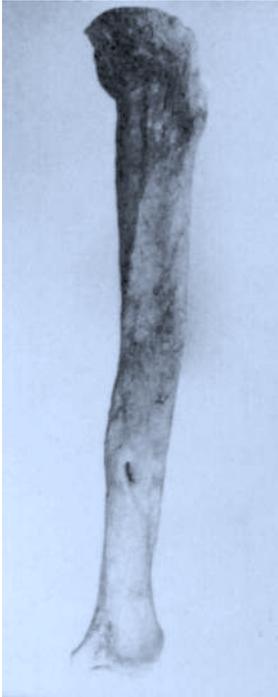


Foto 58. Tibia derecha que muestra modificada su diáfisis como resto de consolidación de fractura oblicua antigua (Individuo 25, Los Castros de Lastra).

Foto 59. Radiografía del caso anterior.

— **Patología dentaria:** Presencia de sarro.

MAXILAR SUPERIOR

Dientes perdidos en vida: 8 7 6 - - - 2 1 . - - - - 6 7 8

MAXILAR INFERIOR

Dientes conservados: - - - - - 1 . - 2 3 4 5 - - -

Dientes perdidos en vida: 8 7 6 5 4 - - - . - - - - 6 7 8

— **Consideraciones generales:** Se conservan todas las vértebras y en ellas encontramos signos de artropatía que afecta a toda la columna. En región cervical alcanza tanto a las articulaciones discales como a las facetas posteriores y del mismo modo, a la primera dorsal. El resto de las dorsales presentan espondilosis con

TUMBA nº 28.

- **Estado de los restos:** Completo y bien conservado.
- **Sexo y edad:** Individuo infantil (4 años).

TUMBA nº 29.

- **Estado de los restos:** Completo y bien conservado.
- **Sexo y edad:** Feto a término.

TUMBA nº 30.

- **Estado de los restos:** Completo y bien conservado.
- **Sexo y edad:** Feto a término.

TUMBA nº 31.

- **Estado de los restos:** Deteriorados.
- **Sexo y edad:** Masculino, adulto joven.
- **Observaciones patológicas:**
 - Observación nº 157.
Vértebra C1 que presenta desgaste y brillo en faceta articular con apófisis odontoides.
 - Observación nº 158.
Vértebra C2 que presenta desgaste y brillo en superficie articular de apófisis odontoides, así como en faceta articular posterior inferior derecha.
 - Observación nº 159.
Vértebra C3 que presenta discretos osteofitos en reborde superior e inferior del cuerpo vertebral. Todas las facetas posteriores se encuentran modificadas por excrecencias y rugosidades con brillo por desgaste y osteofitos en reborde.
 - Observación nº 160.
Vértebra C4 con iguales características a la observación anterior.
 - Observación nº 161.
Vértebra C5 que presenta osteofitos en reborde superior e inferior del cuerpo vertebral. Las facetas posteriores (a excepción de la inferior izquierda) muestran signos de desgaste con osteofitos en reborde.
 - Observación nº 162.
Vértebra C6 que presenta osteofitos en reborde superior e inferior del cuerpo vertebral, con modificación de faceta posterior superior derecha que muestra osteofitos en reborde.
 - Observación nº 163.
Vértebra C7 que presenta osteofitos en reborde superior del cuerpo vertebral. Asimismo hay modificación de faceta posterior inferior derecha con osteofitos en reborde.

- Observación nº 164.
Vértebra D1 que presenta afectación de faceta posterior superior derecha con desgaste y osteofitos en reborde:
- Observación nº 165.
Vértebra D11 que presenta osteofitos en reborde inferior del cuerpo vertebral.
- Observación nº 166.
Vértebra D12 con iguales características a la observación anterior.
- Observación nº 167.
Vértebra L1 que presenta osteofitos en reborde superior e inferior del cuerpo vertebral que asimismo se muestra acuñado por delante. La superficie discal inferior está modificada por rugosidades y oquedades.
- Observación nº 168.
Vértebra L2 que presenta osteofitos en reborde superior e inferior del cuerpo vertebral.
- Observación nº 169.
Vértebra L3 que presenta osteofitos abultados en reborde superior e inferior con excrescencias en cara anterior del cuerpo.
- Observación nº 170.
Vértebra L4 con iguales características a la observación anterior. El borde inferior de la apófisis espinosa se encuentra modificado con adaptación a la apófisis espinosa de L5 (seudartrosis).
- Observación nº 171.
Vértebra L5 con iguales características a la observación anterior.
- Observación nº 172.
Sacro que presenta osteofitos en reborde anterior de su base, así como en las facetas articulares posteriores.
- Observación nº 173.
Escápula derecha que presenta osteofitos en reborde de superficie articular de las cavidades glenoideas.
- Observación nº 174.
Hueso semilunar derecho que presenta osteofitos y cierto brillo por desgaste en sus distintas facetas articulares.
- Observación nº 175.
1^{er} metacarpiano derecho que presenta osteofitos en reborde y brillo por desgaste de superficie articular distal.
- Observación nº 176.
1^{er} metacarpiano izquierdo con similares características a la observación anterior.
- Observación nº 177.
Falange proximal de primer dedo mano derecha que presenta osteofitos en reborde de sus dos superficies articulares.
- Observación nº 178.
Falange proximal de primer dedo mano izquierda con similares características a la observación anterior.
- Observación nº 179.
Falange proximal de segundo dedo mano derecha que presenta osteofitos en reborde de superficie articular distal. Asimismo muestra excrescencia irregular

en cara lateral de su extremo superior, situado a escasos milímetros del reborde articular. (Fot. 60 y 61).



Foto 60. Falange proximal del 2º dedo mano derecha que presenta excrescencias en la proximidad de su articulación distal (Individuo 31, Los Castros de Lastra).



Foto 61. Radiografía del caso anterior.

— **Patología dentaria:** Presencia de sarro. Caries en primer premolar inferior izquierdo y en primer premolar derecho. Asimismo hay caries destructiva de primer molar inferior derecho con rotura de porción posterior e inestabilidad con próxima expulsión.

MAXILAR SUPERIOR

Dientes perdidos en vida: 8 7 6 5 4 3 2 1 . 1 2 3 4 5 6 7 8

MAXILAR INFERIOR

Dientes conservados: - - - - 4 3 2 1 . 1 2 3 4 - 6 - -

Desgaste en molares definitivos: . III

Dientes perdidos en vida: 8 7 6 5 - - - - . - - - - - - 7 8

— **Consideraciones generales:** Se conservan todas meno una vértebra dorsal, en ellas encontramos signos de artropatía degenerativa con mayor afectación en región cervical, ya que interesa a articulaciones anteriores y también a las posteriores. Las superficies discales se muestran particularmente modificadas como signo de degeneración discal avanzada. A nivel dorsal, únicamente muestran espondilosis las dos últimas vértebras. La región lumbar presenta osteofitos más acusados con degeneración avanzada de articulación discal L1-L2. Asimismo hay artropatía en ambas manos con preferencia de articulaciones metacarpo-falángicas del primer dedo.

TUMBA nº 32.

— **Estado de los restos:** Muy deteriorado.

— **Sexo y edad:** Masculino, adulto maduro.

— **Variedades anatómicas:**

— Observación nº 31.

Cartilago tiroides que se encuentra osificado en su borde inferior.

— **Observaciones patológicas:**

— Observación nº 180.

Sacro que presenta en borde lateral derecho de su ala, una excrescencia por la que se suelda a su altura con la tuberosidad ilíaca. Parece tratarse de una osificación de los haces más posteriores del ligamento sacro-ilíaco ventral. La articulación sacroilíaca está respetada.

— **Patología dentaria:** Maxilar superior algo deteriorado. Parodontosis en borde lingual de piezas dentarias premolares y primer molar inferior izquierdo. El segundo premolar de este lado presenta alveolitis con apertura de tabla externa. Caries en segundo premolar del lado derecho.

MAXILAR SUPERIOR

Dientes conservados: - - - 5 4 3 - - . - - 3 4 - - - -

Dientes perdidos en vida: - - - - - - - - . - - - - 5 6 7 8

MAXILAR INFERIOR

Dientes conservados: - 7 - - - 3 - - . - 2 3 - 5 - - -

Desgaste en molares definitivos: III .

Dientes perdidos en vida: - - 6 5 - - - - . - - - - - 6 - 8

— **Consideraciones generales:** Se conservan algunos fragmentos de vértebras dorsales y lumbares en los que se observan osteofitos en reborde de cuerpos vertebrales (espondilosis). La parte superior de la articulación sacro-ilíaca derecha muestra osificación de ligamentos periarticulares. La osificación del cartilago tiroides puede ser considerada como una variante propia de la edad.

TUMBA nº 33.

— **Estado de los restos:** Escasamente representado y muy deteriorado.

— **Sexo y edad:** Femenino, adulto joven.

— **Observaciones patológicas:**

— Observación nº 181.

Cúbito derecho que presenta osteofitos discretos en reborde de la superficie articular proximal. Resto normal, así como el radio.

— **Patología dentaria:** Presencia de sarro. Caries en canino superior izquierdo y en tercer molar inferior del mismo lado.

MAXILAR SUPERIOR

Dientes conservados:	<u> - - - - - . - - 3 - - - - -</u>
Dientes perdidos en vida:	<u> - - - - - . - - - - - 5 6 7 -</u>

MAXILAR INFERIOR

Dientes conservados:	<u> 8 - - 5 4 3 - - . - - 3 - - - - -</u>
Desgaste en molares definitivos:	<u> IV .</u>
Dientes perdidos en vida:	<u> - 7 6 - - - - 1 . 1 - - - 5 6 7 8</u>

— **Consideraciones generales:** Aunque no encontramos ningún signo de artropatía en húmero derecho, señalamos lo comentado para el cúbito como propio de esta afección.

TUMBA nº 34.

— **Estado de los restos:** Completo y bien conservado.

— **Sexo y edad:** Feto viable (6-8 meses de vida intrauterina).

TUMBA nº 35.

— **Estado de los restos:** Completo aunque muy deteriorado.

— **Sexo y edad:** Masculino, adulto joven.

— Sin observaciones patológicas.

— **Patología dentaria:** Presencia de sarro.

MAXILAR SUPERIOR

Dientes conservados:	<u> 8 7 6 5 4 3 2 1 . 1 2 3 4 5 6 7 8</u>
Desgaste en molares definitivos:	<u> II II II . II II II</u>

MAXILAR INFERIOR

Dientes conservados:	<u> 8 7 6 5 4 3 2 1 . 1 2 3 4 5 6 7 8</u>
Desgaste en molares definitivos:	<u> II II II . II II II</u>

TUMBA nº 36.

- **Estado de los restos:** Incompleto y muy deteriorado.
- **Sexo y edad:** Masculino, adulto maduro.
- **Variedades anatómicas:**
 - Observación nº 32.
Cartílago tiroideos que se encuentra parcialmente osificado en su reborde inferior.
- **Observaciones patológicas:**
 - Observación nº 182.
Vértebra C3 que presenta modificación de facetas posteriores del lado izquierdo, rugosidades en superficie y osteofitos en reborde.
 - Observación nº 183.
Vértebra C4 que presenta modificación de facetas posteriores del lado izquierdo, rugosidades en superficie y osteofitos en reborde. Asimismo, la superficie discal inferior se encuentra alterada y presenta osteofitos en reborde.
 - Observación nº 184.
Vértebra C5 que presenta osteofitos en reborde superior e inferior del cuerpo vertebral con superficies discales afectadas y también facetas posteriores del lado izquierdo.
 - Observación nº 185.
Vértebra C6 muy deteriorada, que presenta osteofitos en reborde superior e inferior del cuerpo vertebral. Las superficies discales están afectadas, así como la faceta posterior superior derecha.
 - Observación nº 186.
Vértebra C7 muy deteriorada, que presenta afectación de faceta posterior inferior derecha con rugosidades en superficie y osteofitos en reborde.
 - Observación nº 187.
Vértebra D1 que presenta modificación de faceta posterior superior derecha con rugosidades y desgaste con brillo y osteofitos en reborde.
 - Observación nº 188.
Vértebra D2 que presenta modificación en faceta posterior inferior derecha con rugosidades en su superficie.
 - Observación nº 189.
Vértebra D10 muy deteriorada que presenta osteofitos en reborde inferior del cuerpo vertebral. Arco vertebral perdido.
 - Observación nº 190.
Vértebra D11 con iguales características a la observación anterior.
 - Observación nº 191.
Vértebra L1 que presenta osteofitos en reborde inferior del cuerpo vertebral. La faceta posterior superior derecha se encuentra modificada por rugosidades en su superficie.
 - Observación nº 192.
Vértebra L2, deteriorada, que presenta osteofitos en reborde inferior del cuerpo vertebral que asimismo se muestra acuñado hacia delante.

— Observación nº 193.

Vértebra L3 que presenta osteofitos en reborde superior e inferior del cuerpo vertebral, en particular, en el lado derecho adquieren un mayor desarrollo.

— Observación nº 194.

Vértebra L5 que presenta similares características a la observación anterior, con modificación de facetas posteriores.

— Observación nº 195.

Sacro que se muestra discretamente asimétrico. Presenta osteofitos en reborde anterior de su base.

— Observación nº 196.

Fragmento costal que presenta abultamiento siguiendo una línea oblicua en sentido transverso como signo de consolidación de fractura a este nivel. No hay deformidad angulatoria. (Fot. 62).



Foto 62. Fragmento costal con callo de fractura (Individuo 36, Los Castros de Lastra).

— Observación nº 197.

Fragmento costal que presenta callo de fractura muy remodelado y con relieves suaves. La consolidación es buena y únicamente se mantiene discreta angulación. (Fot. 63).

— Observación nº 198.

Tibia derecha que se encuentra muy deteriorada y que presenta línea de fractura con cierta incongruencia de adaptación de superficies en platillo tibial interno. La fractura por hundimiento del platillo atraviesa de forma transversa



Foto 63. Fragmento costal con callo de fractura del mismo individuo anterior.

en sentido antero posterior la cavidad glenoidea interna y desciende de forma oblicua hasta el inicio de la diáfisis.

— Observación nº 199.

Rótula izquierda que presenta línea de fisura en tercio externo y recorre de forma vertical toda la superficie de la misma. En la cara articular muestra cierta incongruencia de superficies. Con todo, la fractura presenta internamente buena consolidación.

— **Patología dentaria:** Presencia de sarro. Caries en tercer molar inferior derecho.

MAXILAR SUPERIOR

Dientes conservados:	- - - - 4 - - 1 . - - 3 - 5 - - -
Dientes perdidos en vida:	<u>8 7 6 5 - 3 2 - . 1 2 - 4 - 6 7 8</u>

MAXILAR INFERIOR

Dientes conservados:	- - - 5 4 3 2 1 . 1 2 3 4 5 - 7 8
Desgaste en molares definitivos: VIV
Dientes perdidos en vida:	<u>8 7 6 - - - - . - - . - - 6 - -</u>

— **Consideraciones generales:** Se conservan 6 vértebras cervicales, 7 dorsales y todas las lumbares.

En región cervical y dorsal la artropatía alcanza tanto a las articulaciones discales como a las facetas posteriores. A nivel lumbar se manifiesta como simple espon-dilosis.

Se observa osteoporosis en tejido trabecular de cuerpos vertebrales y costillas, con delgadez de hueso cortical.

Cuatro observaciones más han sido efectuadas correspondientes a fracturas, dos costales, otra de platillo tibial interno y otra más de rótula en extremidades inferiores distintas, todas ellas con buena consolidación (politraumatismo?).

TUMBA nº 37.

— **Estado de los restos:** Se encuentran dereriorados y con algunas ausencias.

— **Sexo y edad:** Masculino, adulto maduro.

— **Variedades anatómicas:**

— Observación nº 33.

Cartilago tiroides que se encuentra parcialmente osificado a lo largo de su reborde inferior.

— **Observaciones patológicas:**

— Observación nº 200.

Sacro que presenta osteofitos en reborde anterior de su superficie discal o de su base.

— Observación nº 201.

Tercer metacarpiano derecho que se muestra acortado con relieve en bisel sobre su cara posterior de la diáfisis. Se trata sin duda de una fractura oblicua en la que se ha producido la consolidación con deslizamiento de fragmento y sin deformidad angulatoria. (Fot. 64 y 65).

TUMBA n° 38.

— **Estado de los restos:** Deteriorado y con algunas ausencias de huesos cortos.

— **Sexo y edad:** Masculino, adulto joven.

— **Observaciones patológicas:**

— Observación n° 202.

Vértebra L4 que presenta fractura del arco vertebral a nivel del istmo entre las apófisis articulares superiores e inferiores. Los puntos de fractura muestran relieves de adaptación y seudartrosis. Se trata de una espondilolisis bilateral. El borde superior de la apófisis espinosa muestra asimismo relieves ondulados de adaptación con el borde inferior de la apófisis espinosa de L3. El borde inferior del cuerpo vertebral presenta discretos osteofitos.

— Observación n° 203.

Vértebra L5 que presenta fractura a nivel del istmo entre las facetas articulares posteriores superior e inferior izquierda con relieves de adaptación y sin desplazamiento. Se trata de una espondilolisis unilateral.

El reborde inferior de la apófisis transversa izquierda muestra adaptación con el ala sacra de este lado. Presencia de osteofitos en reborde superior e inferior del cuerpo vertebral.



Foto 66. Húmero izquierdo que presenta callo por fractura transversa de su diáfisis con deformación angulatoria (Individuo 38, Los Castros de Lastra).

Foto 67. Radiografía del caso anterior.

— Observación nº 204.

Sacro que se muestra asimétrico con desfiguración en su vértice en el que se produce dehiscencia del hiato inferior con malformación hacia el lado derecho.

— Observación nº 205.

Húmero izquierdo que presenta gran abultamiento en tercio inferior de su diáfisis que asimismo se muestra con deformidad angulatoria. Se trata de un callo de fractura transversa de diáfisis. (Fot. 66 y 67).

— Observación nº 206.

Radio derecho que presenta desgaste y brillo de superficie articular distal con el carpo.

— Observación nº 207.

Cúbito izquierdo que presenta desgaste con brillo de superficie articular distal con el carpo.

— Observación nº 208.

5º metacarpiano izquierdo que se encuentra flexionado a nivel de su diáfisis, presentando abultados relieves tanto en la cara anterior como en la posterior. Se trata de una fractura diafisaria o de cuello con buena consolidación pero con deformidad angulatoria antero posterior. (Fot. 68 y 69).



Foto 68. 5º metacarpiano izquierdo que presenta deformidad angulatoria tras consolidación de la fractura oblicua de su diáfisis (Individuo 38, Los Castros de Lastra).



Foto 69. Radiografía del caso anterior.

— **Patología dentaria:** Presencia de sarro. Maxilar superior desdentado con reabsorción completa del plano alveolar.

MAXILAR SUPERIOR

Dientes perdidos en vida: 8 7 6 5 4 3 2 1 . 1 2 3 4 5 6 7 8 .

MAXILAR INFERIOR

Dientes conservados: - - - - - . - - - 4 5 6 7 -

Desgaste en molares definitivos: . IIIIV

Dientes perdidos en vida: - 7 6 5 4 - - 1 . 1 2 - - - - -

— **Consideraciones generales:** Se conservan 3 vértebras, todas ellas lumbares. En L4 encontramos fractura bilateral del arco vertebral tipo espondilolisis. L5 muestra fractura unilateral en istmo entre facetas del lado izquierdo tipo espondilolisis. Ambas vértebras presentan osteofitos en rebordes anteriores de su articulación distal (fase de inestabilidad segmentaria de la artropatía). En articulaciones distales del radio derecho y cúbito izquierdo hay asimismo signos de artropatía. En extremidad superior izquierdo hay dos fracturas, una de tercio inferior de diáfisis humeral y otra de diáfisis de 5º metacarpiano, ambas con buena consolidación y deformidad angulatoria importante, probablemente debidas a al mismo traumatismo.

TUMBA nº 39.

— **Estado de los restos:** Deteriorado y con ausencia de huesos cortos.

— **Sexo y edad:** Masculino, adulto joven.

— **Variedades anatómicas:**

— Observación nº 34.

Presencia de hueso acromial que mantiene una de sus caras con relieves de adaptación y seudartrosis a acromion. Ambas escápulas se encuentran deterioradas.

— **Patología dentaria:** Maxilar superior deteriorado. Presencia de sarro. Caries en primer molar inferior derecho.

MAXILAR INFERIOR

Dientes conservados: - 7 - - 4 - 2 1 . 1 - - - - 6 - -

Desgaste en molares definitivos: III . III

Dientes perdidos en vida: - - 6 5 - - - - . - - - - 5 - 7 -

TUMBA nº 40.

— **Estado de los restos:** Incompleto y muy deteriorado.

— **Sexo y edad:** Femenino, adulto maduro.

— **Observaciones patológicas:**

— Observación nº 209.

Vértebra L2 que presenta osteofitos en reborde superior e inferior del cuerpo vertebral.

- Observación nº 210.
Vértebra L3 con iguales características a la observación anterior.
- Observación nº 211.
Vértebra L4 con iguales características a la observación anterior.
- Observación nº 212.
Vértebra L5 que presenta osteofitos en reborde superior del cuerpo vertebral.

— **Patología dentaria:** Maxilar superior deteriorado. Presencia de sarro.

MAXILAR INFERIOR

Dientes conservados:	- - - - - 3 2 - . - 2 3 - - - - -
Dientes perdidos en vida:	8 7 6 5 - - - - . - - - - 5 6 7 8

Consideraciones generales: Se conservan 3 vértebras cervicales y 4 lumbares. Hay espondilosis con los característicos osteofitos en L2, L3, L4 y L5.

TUMBA nº 41.

- **Estado de los restos:** Completo aunque deteriorado.
- **Sexo y edad:** Masculino, adulto joven.
- **Variedades anatómicas:**
 - Observación nº 35.
Presencia de hueso wormiano de pequeño tamaño en sutura fronto-parietal izquierda.
 - Observación nº 36.
Dehiscencia de hiato sacro inferior que afecta tan sólo a S5.
 - Observación nº 37.
Ambas rótulas presentan osificación del tendón del músculo cuádriceps.
- **Observaciones patológicas:**
 - Observación nº 213.
Vértebra C2 que presenta desgaste con brillo en superficie de faceta articular de la apófisis odontoides.
 - Observación nº 214.
Vértebra C3 que presenta modificación de faceta articular posterior inferior derecha con brillo por desgaste y osteofitos en reborde.
 - Observación nº 215.
Vértebra C4 que presenta modificación de faceta posterior superior derecha, con rugosidades en su superficie. Resto normal.
 - Observación nº 216.
Vértebra D8 que presenta discretos osteofitos en reborde superior e inferior del cuerpo vertebral.
 - Observación nº 218.
Vértebra D12 que presenta osteofitos en reborde superior del cuerpo vertebral.
 - Observación nº 219.
Vértebra L3 con iguales características a la observación anterior.
 - Observación nº 220.
Escafoides derecho que presenta desgaste con brillo de faceta articular con el hueso trapecio.

— Observación nº 221.

Trapezio derecho que presenta desgaste con brillo de superficie articular con el escafoides.

— **Patología dentaria:** Presencia de sarro. Caries en segundo premolar inferior derecho.

MAXILAR SUPERIOR

Dientes conservados:	- - - - - - - - . - - 3 - - - - -
Dientes perdidos en vida:	8 7 6 5 - - - - . - - - - 5 6 7 8

MAXILAR INFERIOR

Dientes conservados:	- - - 5 4 3 - - . - - 3 - 5 - - -
Dientes perdidos en vida:	8 7 6 - - - - - . - - - - - 6 7 8

— **Consideraciones generales:** Se conservan 6 vértebras cervicales, 11 dorsales y todas las lumbares. Hay signos de artropatía en los tres niveles de la columna vertebral. En región cervical afecta a articulación atlanto-odontoidea y a las facetas posteriores derechas de articulación C3-C4. En región dorsal se manifiesta como simple espondilosis en D8, D9 y D12, y del mismo modo en L3. En articulaciones del carpo derecho hay asimismo artropatía con desgaste de tejido subcondral de facetas articulares de escafoides y del trapecio.

TUMBA nº 42.

— **Estado de los restos:** Ausencia de algunos cortos y muy deteriorados.

— **Sexo y edad:** Masculino, adulto maduro.

— **Observaciones patológicas:**

— Observación nº 222.

En superficie del cráneo se localizan varios estigmas, todos sobre hueso parietal derecho. Dos de ellos a modo de erosiones, una de 25 mm. de eje mayor con forma ovoidea situado a 50 mm. de sutura interparietal y la otra de forma más redondeada aunque de bordes más irregulares con un diámetro medio de 20 mm., situada a 30 mm. de sutura lambdaidea derecha. Un tercer estigma lo constituye una elevación redondeada de 7 mm. de diámetro formada por hueso compacto (osteoma) que se sitúa a 34 mm. del ángulo lambdático derecho.

— Observación nº 223.

Vértebra L5 que presenta osteofitos en reborde superior e inferior del cuerpo vertebral. Las facetas articulares posteriores inferiores se encuentran modificadas por adaptación defectuosa con las correspondientes del sacro.

— Observación nº 224.

En cavidad torácica se encontró un cálculo ovoideo de 20 mm. de eje mayor por 14 mm. de eje menor que por deterioro en uno de sus polos muestra osquedad con superficies abultadas blanco amarillentas por oposición de calcio. Se trata sin duda de una caverna calcificada propia de un proceso granulomatoso pulmonar, quizás tuberculoso. La superficie externa es también irregular, con algunas zonas que se muestran similares al hueso cortical y otras sin embargo de aspecto granugiento por la cristalización cálcica. (Fot. 70).

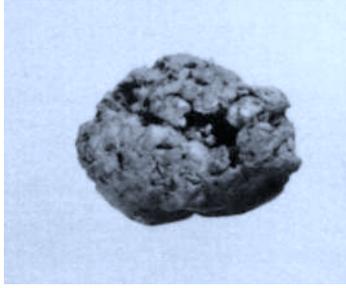


Foto 70. Granuloma residual hallado en cavidad torácica (tuberculosis?) Individuo 42, Los Castros de Lastra).

— Observación n° 225.

Cúbito derecho que presenta superficie articular proximal con desgaste que pone en evidencia el tejido travicular y asimismo presenta modificación de faceta articular distal con el radio en la que muestra rodete osteofítico en todo el reborde. (Fot. 71).

— Observación n° 226.

Radio derecho que presenta desgaste en superficie articular distal con el cúbito. (Fot. 71).

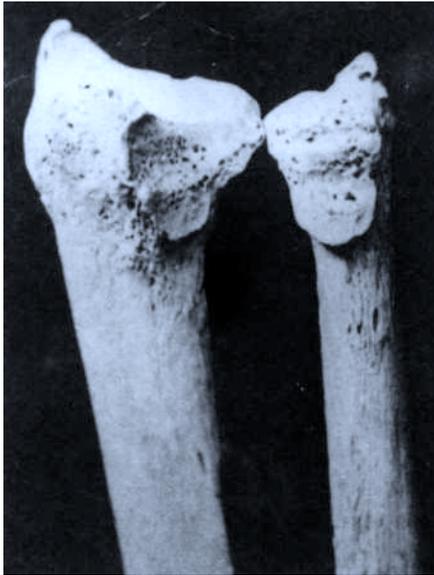


Foto 71. Extremo distal de cúbito y radio derechos que presentan signos de artropatía degenerativa en las superficies de su articulación propia (Individuo 42, Los Castros de Lastra).

- Observación nº 227.
Escafoides izquierdo que presenta importante desgaste de superficie en faceta articular con el trapecio.
 - Observación nº 228.
Trapecio izquierdo que presenta desgaste de superficie articular con escafoides así como osteofitos en todos los rebordes articulares.
 - Observación nº 229.
1^{er} metacarpiano que presenta osteofitos en reborde de superficie articular distal.
 - Observación nº 230.
Falange proximal del primer dedo mano izquierda que presenta osteofitos en reborde de superficie articular proximal.
 - Observación nº 231.
Fémur derecho que se encuentra muy deteriorado en el que observamos importantes excrescencias en los márgenes de las superficies articulares de ambos cóndilos, que asimismo muestran desgaste con brillo articular.
 - Observación nº 232.
Tibia derecha (muy deteriorada) que presenta desgaste en ambas superficies articulares de la epifisis proximal. En los bordes de las mismas hay osteofitos importantes.
 - Observación nº 223.
Primer metatarsiano del pie izquierdo que presenta en borde interno de su cabeza, desgaste de superficie articular con brillo y discretos osteofitos en reborde.
 - Observación nº 234.
Falange proximal del primer dedo del pie izquierdo que presenta en su superficie proximal desgaste con brillo en reborde interno así como osteofitos periféricos. La adaptación entre el metatarsiano y la falange parece mantener una angulación externa tipo “hallux valgus”.
- **Patología dentaria:** Maxilar superior muy deteriorado. Importante reabsorción del plano alveolar en maxilar inferior.

MAXILAR INFERIOR

Dientes perdidos en vida: 8 7 6 5 - - 2 1 . 1 2 3 4 5 6 7 8

- **Consideraciones generales:** De las 5 vértebras conservadas, L5 presenta espondilosis como signo incipiente de artropatía degenerativa de articulaciones discales. En articulaciones periféricas asimismo hay osteofitos en cúbito y radio derecho, en particular en la articulación distal de estas dos piezas. El carpo izquierdo (escafoides y trapecio) muestra también signos de artropatía degenerativa con evidente desgaste de cartilagos y fricción de hueso subcondral. Resulta exuberante la artropatía femoro-tibial derecha con importantes excrescencias en reborde de superficies articulares y fricción de hueso subcondral por desgaste de cartilago. En pie izquierdo, nuevamente encontramos lesión de facetas articulares metatarso-falángicas del 1^{er} dedo con adaptación de las mismas en posición de abducción (hallux valgus). El hallazgo más sorprendente lo constituye el granuloma capsular comentado, de etiología incierta aunque muy compatible con un proceso infeccioso pulmonar, quizás tuberculoso.

TUMBA nº 43.

- **Estado de los restos:** Completo y bien conservado.
- **Sexo y edad:** Individuo infantil (4 años).

TUMBA nº 45.

- **Estado de los restos:** Completo, aunque deteriorado.
- **Sexo y edad:** Femenino, adulto maduro.
- **Observaciones patológicas:**
 - Observación nº 235.
Vértebra C3 que presenta todas las facetas posteriores modificadas por desgaste y osteofitos en reborde.
 - Observación nº 236.
Vértebra C5 que presenta modificación de facetas posteriores con desgaste y osteofitos en reborde a excepción de la faceta inferior izquierda.
 - Observación nº 237.
Vértebra C5 que presenta modificación de facetas posteriores con agrandamiento de las mismas, rugosidades y osteofitos en reborde.
 - Observación nº 238.
Vértebra C6 que presenta osteofitos en reborde inferior del cuerpo vertebral así como modificación de faceta posterior superior derecha con desgaste y osteofitos en reborde.
 - Observación nº 239.
Vértebra C7 que presenta osteofitos en reborde superior del cuerpo vertebral. Resto normal.
 - Observación nº 240.
Vértebra D5 que presenta discretos osteofitos en reborde inferior del cuerpo vertebral. Resto normal.
 - Observación nº 241.
Vértebra D6 que presenta discretos osteofitos en reborde superior del cuerpo vertebral. Resto normal.
 - Observación nº 242.
Vértebra L4 (deteriorada) que presenta discretos osteofitos en reborde superior e inferior del cuerpo vertebral. Resto normal.
 - Observación nº 243.
Vértebra L5 que presenta discretos osteofitos en reborde superior del cuerpo vertebral.
 - Observación nº 244.
Clavícula izquierda (porción acromial deteriorada) que se muestra acortada con abultamiento a nivel medio como resultado de la consolidación con superposición de los fragmentos y formación de callo de fractura. (Fot. 72).
 - Observación nº 245.
Radio derecho que presenta desgaste con exposición de tejido travecular en perímetro de la cabeza radial.



Foto 72. Radiografía de clavícula izquierda con consolidación de fractura y superposición de fragmentos en diáfisis (Individuo 45, Los Castros de Lastra).

- Observación nº 246.
Radio izquierdo con características similares a la observación anterior.
- Observación nº 247.
Trapecio derecho que presenta osteofitos en reborde de todas su facetas articulares con desgaste y brillo en articulación con escafoides.
- Observación nº 248.
Escafoides derecho que presenta desgaste con brillo en faceta articular con el trapecio.
- Observación nº 249.
Escafoides izquierdo que presenta desgaste con brillo en superficie articular con el trapecio.
- Observación nº 250.
Trapecio izquierdo que presenta osteofitos en reborde de facetas articulares con brillo por desgaste en articulación con escafoides.
- Observación nº 251.
Falange proximal del 1^{er} dedo mano izquierda que presenta osteofitos con desgaste en articulación distal.
- Observación nº 252.
Falange distal del 1^{er} dedo mano izquierda que presenta osteofitos con desgaste en articulación proximal.

— Observación nº 253.

Falange proximal del 4º dedo de mano que presenta osteofitos en articulación distal con desgaste de superficie y brillo.

— Observación nº 254.

Falange media del 4º dedo de mano que presenta osteofitos en articulación proximal y distal.

— Observación nº 255.

Falange proximal de 5º dedo de mano que presenta osteofitos en articulación distal con brillo por desgaste.

— **Patología dentaria:** Presencia de sarro. Caries en segundo incisivo superior izquierdo.

MAXILAR SUPERIOR

Dientes conservados:	- 7 6 5 - - - 1 . 1 2 3 - - - 7 -
Desgaste en molares definitivos:	IVIV . IV
Dientes perdidos en vida:	- - - - 4 - - - . - - - 4 - - - -

MAXILAR INFERIOR

Dientes conservados:	- 7 6 5 4 3 - 1 . 1 2 3 4 5 - - -
Desgaste en molares definitivos:	VIV .
Dientes perdidos en vida:	8 - - - - - - - . - - - - - 6 7 8

— **Consideraciones generales:** Se conservan 7 vértebras cervicales, 8 dorsales y 4 lumbares, presentando signos de artropatía los tres segmentos de la columna vertebral. En región cervical afecta a las facetas posteriores con importante desgaste y agrandamiento de las mismas en C3, C4, C5 y C6. A nivel dorsal y lumbar se manifiesta como simple espondilosis en rebordes anteriores de los cuerpos vertebrales. La artropatía se manifiesta también en cabeza de ambos radios, en articulaciones del carpo (trapecio y escafoides) y en interfalángicas de manos. Asimismo hay fractura media de clavícula con buena consolidación y cabalgamiento de fragmentos

TUMBA nº 46.

— **Estado de los restos:** Completo y bien conservado.

— **Sexo y edad:** Individuo infantil (8-9 años).

2.2. CAPITULOS NOSOLOGICOS.

2.2.1. Enfermedades degenerativas.

2.2.1.1. Artropatía degenerativa.

Nuevamente hemos visto que a este cuadro degenerativo pertenecen la mayor parte de las observaciones realizadas.

De los 24 individuos adultos, 21 presentan signos de artropatía en columna vertebral, de estos, 9 además lo hacen en articulaciones periféricas.

Habida cuenta de que entre los adultos no hay seniles, consideramos todos los casos como propios de “artropatía degenerativa secundaria”.

Estudiando a los individuos completos bien representados, resulta evidente que a mayor edad, las lesiones se encuentran más desarrolladas, afectando en columna vertebral no sólo a las articulaciones discales (espondiloartrosis anterior), sino también a las posteriores (osteoartritis).

De entre los tres segmentos de la columna, se encuentran más afectados los lordóticos y móviles como son la región cervical y lumbar. En particular la región cervical muestra el mayor grado de desarrollo de la lesión con buenos ejemplos en los individuos 6,20 (compromiso de agujero vertebral en C5), 21, 25, 31, 36 y 45, en los que podemos imaginar cierta pérdida de movimiento con rigidez y un grado de evolución irreversible, “estrechamiento segmentario”.

En los otros dos segmentos de la columna, es habitual encontrar osteofitos en reborde de articulaciones discales como simples espondilosis en el grado evolutivo de la degeneración “inestabilidad segmentaria”.

Respecto a las manifestaciones clínicas, exceptuando los casos en los que la lesión es considerada como simple espondilosis, en los individuos 6, 12, 20, 21, 25, 31, 36 y 45 existe hipertensión segmentaria y estrechamiento con lo que podemos suponer que tuvieron consciencia de dolor de espalda tipo lumbago que se agravaría por el exceso de actividad.

El individuo 31 presenta importante estrechamiento segmentario en columna cervical lo que debió suponer molestias en ambas extremidades superiores tipo braquialgias.

Con el aumento de la edad la afectación alcanza la práctica totalidad de las vértebras y en los casos avanzados se instaura el proceso en otras articulaciones extravertebrales.

En estos, las lesiones alcanzan con más frecuencia la extremidad superior derecha y en ella, las articulaciones internas del carpo. Constituye un buen ejemplo la artropatía radio cubital distal del individuo 42 que además muestra importante afectación en carpo y rodilla derecha así como en articulación metacarpo falángica primera izquierda.

Otros tres ejemplos merecen consideración aparte que encuadramos de todos modos dentro de la artropatía degenerativa.

Las observaciones nº 121 y 154, consisten en una anquilosis ósea de la articulación interfalángica proximal del 2º y 4º dedo respectivamente de mano en dos individuos distintos.

La anquilosis a medio flexión muestra en ambos casos una imagen radiográfica similar: las travéculas óseas se continúan de una pieza a otra sin solución de continuidad.

El diagnóstico diferencial creemos que hay que hacerlo entre la artrosis larga data, artritis reumatoidea, artritis psoriásica y artritis infecciosa.

Aunque ambos individuos son maduros, descartamos la artrosis larga data, así como la reumatoidea, ya que no existen manifestaciones en otras articulaciones de las manos.

Asimismo no creemos que se trate de una artritis psoriásica pues ésta, muestra predilección por la articulación interfalángica distal, y también, se muestra de forma más generalizada.

Es decir, la afección monoarticular nos inclina a pensar en una herida antigua con importante infección articular que produjo fusión de los extremos óseos. Nosotros mismos hemos tenido oportunidad de describir un caso similar (actualmente en prensa) perteneciente a un individuo de época Eneolítica en el que además existe fractura con buena consolidación de la diáfisis del metacarpiano correspondiente.

Y por último, el individuo nº 42, quien presenta artropatía degenerativa de articulación metatarso falángica del dedo grueso del pie, con deformidad tipo "hallux valgus".

En articulaciones periféricas consideramos que todos los individuos en los que hemos hecho alguna observación debieron de sufrir dolor agudo ya que el deterioro del cartilago y posterior desgaste del hueso subcondral suponen la fase más dolorosa de la evolución clínica de la artropatía.

2.2.1.2. *Osteoporosis.*

En la población de Los Castros de Lastra únicamente parece presentar esta manifestación el individuo 36, varón de edad madura, quien además de varias fracturas y artropatía de columna vertebral muestra una extremada delgadez de tejido cortical en costillas y vértebras, así como un tejido esponjoso de malla ancha que caracteriza este trastorno metabólico.

No sería de extrañar que la fractura de platillo tibial en pierna derecha y rótula izquierda, así como de las costillas, hubiesen supuesto un periodo de inactividad en situación de recuperación de dichas lesiones, lo que favorece el desarrollo de la osteoporosis generalizada.

2.2.1.3. *Espondilitis anquilosante.*

La espondilitis anquilosante (espondiloartrosis anquilosante, enfermedad de Marie-Strümpell...) es un trastorno inflamatorio inespecífico, crónico y generalmente progresivo de la columna vertebral que afecta en todos los casos a las articulaciones sacro-iliacas, presentando una marcada tendencia a la anquilosis e invalidez definitiva.

Para establecer su diagnóstico se exige la presencia de una sacroilitis y es por ello, por lo que atribuimos esta afección al individuo nº 10, varón de edad adulta joven, quien muestra completa anquilosis ósea habiendo desaparecido por completo dicha articulación.

De etiología desconocida, por estadística sabemos que existe predisposición hereditaria o familiar, con predominio masculino e inicio entre los 15 y los 30 años.

En el caso de Los Castros de Lastra, la afectación en columna vertebral supone espondilosis generalizada con anquilosis de C5-C6-C7, D4-D5 y D10-D11 por los característicos sindesmofitos.

La osificación de los cartílagos costales nos recuerda que en fase evolucionada existe limitación a los movimientos ventilatorios del tórax y ciertas complicaciones que pueden derivar en aortitis y miocarditis, entre otras, con muerte súbita.

2.2.1.4. *Osificaciones.*

Un grave reto nos ha supuesto el sorprendente hallazgo e interpretación de numerosas osificaciones tendinosas y ligamentarias (exceptuando las de las articulaciones intervertebrales) ya que es poca la documentación que hemos sabido encontrar sobre esta particular afectación.

En efecto, hemos descrito osificaciones de la inserción del tendón del músculo triceps braquial, músculo cuádriceps, ligamento rotuliano, tendón de Aquiles e inserciones varias en coxales, fémures y peronés.

En principio, encuadramos estos signos como propios del capítulo de los reumatismos no articulares, cuyos factores etiológicos son poco conocidos y se sobreañaden a las alteraciones progresivas del proceso normal de envejecimiento de los tejidos.

De este modo podríamos decir que nos encontramos ante una serie de enfermedades degenerativas de los tendones y cápsulas que integran procesos dolorosos y en ocasiones llegan a las conocidas “tendinitis calcificantes”, aunque según los especialistas en Reumatología lo hacen raramente.

¿A que se debe pues, que 7 de los inhumados en los Castros de Lastra presenten estas osificaciones?.

No es que nos parezca excesivo que 7 del total de los 24 adultos presenten estas afecciones, lo que nos llama la atención es que algunos de ellos muestren tanta variedad de formas como hemos descrito en el capítulo de observaciones para los individuo nº 18, 24 y 25.

Si tenemos en cuenta que en 6 de ellos la osificación afecta en rótulas a la inserción del tendón del cuádriceps y ligamento rotuliano, se nos ocurre pensar que quizás se deba a la formación de bursitis e higromas prerrotulianos característicos en actitudes repetitivas de genuflexión (de rodillas).

Ahora bien, nos quedan pendientes otros tres individuos para los cuales no es suficientemente válida esta interpretación. De este modo hemos sospechado que todas las osificaciones, incluidas las del cartílago tiroideos y otras estructuras periarticulares en la columna vertebral, se deban a una intoxicación crónica por flúor.

Pero esto asimismo, nos plantea otro problema: ¿Intoxicación por ingestión o por manipulación de este elemento?.

Ambos casos nos parecen poco probables ya que la intoxicación afectó tan sólo a la población adulta no existiendo las características lesiones dentarias (“esmalte moteado”) en los infantiles y juveniles, ni tampoco hay en las proximidades del yacimiento (Caranca) aguas ricas en flúor, más bien lo contrario; ni siquiera podemos imaginar laboreo de minas con la intención de obtener criolita (Na_3AlF_6) o manipulación de derivados para fabricar vidrio y esmalte.

2.2.2. Enfermedades infecciosas.

En primer lugar diremos que no hemos encontrado abundancia de signos de etiología infecciosa como pudiera suponerse fueron habituales de la población que estudiamos.

Únicamente atribuimos a causa infecciosa la epifisitis en L3 (observación nº 1), la calcificación pulmonar (observación nº 224) y las dos anquilosis de falanges (observaciones nº 121 y 154) aunque estas dos últimas pudieron también haber sido debidas a otros procesos tal y como se ha dicho con anterioridad.

La epifisitis de L3 y sin necesidad de repetir el diagnóstico diferencial, la consideramos típica de la brucelosis, signo de Pedro Pons. Asimismo las espondilosis generalizadas en los adultos jóvenes que hemos determinado como artropatía degenerativa secundaria, bien pudieron tratarse de procesos brucelares en unos individuos tan expuestos a la enfermedad.

Respecto a la calcificación hallada en cavidad torácica del individuo nº 42, pensamos que se trata del residuo de una caverna tras encapsulación de proceso infeccioso de variada etiología y característico entre otros de la tuberculosis.

Los forámenes que persisten en la fractura consolidada de tibia (observación nº 155) pudieron haber tenido su origen en una vía de drenaje del proceso osteomielítico instaurado en la diáfisis, aunque el grado de resolución de este supuesto es tan aceptable que únicamente nos cabe la posibilidad de sospechar este proceso sin más consideraciones.

2.2.3. Neoplasias.

De carácter benigno son los mínimos tumores descritos en los cráneos de los individuos nº 10 y 42. Ambos presentan sobre la superficie de la bóveda del cráneo pequeñas elevaciones regulares de tejido óseo compacto que calificamos de osteomas (dos en individuo nº 10 y una en el nº 42). Carecen de sintomatología y de evolución maligna, siendo excepcional que crezcan superando los 2 cm. de diámetro.

En el mismo individuo nº 10 hemos descrito una pérdida de sustancia sobre hueso frontal que por su aspecto macroscópico opinamos se trata de un quiste dermoide (Campillo, 1977). Asimismo se trata de un tumor benigno, de crecimiento lento cuyo desarrollo en exocráneo no provoca ninguna repercusión clínica.

2.2.4. Traumatismos.

2.2.4.1. Introducción.

En la población de Los Castros de Lastra hemos encontrado una notable variedad de lesiones que atribuimos a causa traumática (en total 21 observaciones). El individuo nº 36 y también el 38 presenta varias fracturas que probablemente tuvieron su origen en un solo traumatismo. La localización de las lesiones es variada y no parece haber existido un mecanismo de producción habitual a todas ellas. Tampoco parece posible asegurar que las causas sean debidas a circunstancias de defensa o lucha y más bien creemos que se trata de accidentes fortuitos.

2.2.4.2. *Traumatismo craneal.*

Existen varios casos de erosiones de tabla externa en bóveda del cráneo con evidente reacción tendente a corregir el tejido lesionado (observaciones nº 28, 40, 63, 87, 102 y 221) que atribuimos a causa violenta accidental y en ningún caso intencionadas.

El mejor ejemplo lo constituye la observación nº 102, realizada en el individuo 21, en cuya escama frontal creemos que existió una lesión traumática con herida en "scalp" que de forma tangencial afectó a los tejidos blandos, incluido el periostio, y también a las capas más superficiales de la tabla externa.

La evolución normal supuso la necrosis y reabsorción de la tabla externa con posterior neoformación ósea del diploe y remodelado de toda la superficie (Campillo, 1977). La lesión quedó bien delimitada (25 mm. de diámetro) y no parece que se produjera infección.

2.2.4.3. *Fracturas de extremidad superior.*

Fractura de clavícula.

Un caso de fractura de clavícula (observación nº 244) se muestra patente con firme consolidación y superposición de fragmentos lo que provoca un notable acortamiento. El mecanismo de producción habitual de este tipo de fracturas se debe a la llegada de la fuerza por choque en los casos de caída al suelo o fuerte contusión en el brazo u hombro. La curación a pesar del acortamiento de la pieza ósea es aceptable, y únicamente pudo suponer impotencia funcional durante un mes, tiempo en el que la consolidación ósea se ha establecido.

Fractura de húmero.

El individuo nº 38 muestra evidente callo por fractura transversa de tercio inferior de la diáfisis del húmero izquierdo con deformidad angulatória llamativa pero que no debió suponer más que una impotencia funcional durante 6 semanas sin repercusiones posteriores. El mecanismo productor de la fractura debió de ser un golpe directo en este punto del brazo, que además presenta fractura de cuello de 5º metacarpiano.

Fractura de radio.

Tan sólo hemos encontrado un caso de fractura de antebrazo con excelente consolidación. Se trata de la observación nº 127, en la que descubri-

mos la lesión en radio por la discreta deformidad angulatoria posterior, típica de la consolidación de las fracturas del tercio distal de la diáfisis. Probablemente se trate de una fractura incompleta antigua y acaso en edad juvenil que recuperó sin repercusiones funcionales.

Fractura de escafoides.

En efecto, la observación nº 62 en escafoides derecho muestra incongruencia de superficies articulares a nivel medio como consecuencia del mantenimiento de una fisura que contornea transversalmente la pieza. Se trata de una fractura con buena consolidación interna del hueso pero que mantiene en cortical una línea de fisura. En este caso no existió riesgo de necrosis avascular ya que existen perforaciones vasculares a lo largo de toda la superficie. Este tipo de fracturas se producen generalmente por caída al suelo sobre la mano extendida y está admitido que las mismas no consolidan espontáneamente si no se inmovilizan convenientemente.

Fractura de metacarpianos.

Dos casos son evidentes debido a la deformidad en que consolidaron los fragmentos.

La observación nº 201 se trata de un 3^{er} metacarpiano con fractura oblicua de su diáfisis probablemente producida por caída sobre el borde cubital de la mano seguida de rotación sobre el dorso (Wilson, 1980). La consolidación suele ser buena, como en este caso, con simple inmovilización de la mano y no deja repercusiones funcionales.

La observación nº 208 consiste en una fractura de cuello del 5º metacarpiano izquierdo (en la actualidad es la segunda fractura en frecuencia de la mano) producida de ordinario por golpe con el puño cerrado. En esta ocasión no se realizó reducción alguna y la fractura consolidó con importante deformidad angulatoria que por otra parte no supone detrimento de la funcionalidad de la mano.

2.2.4.4. Fracturas de la extremidad inferior.

El individuo nº 36, varón de edad madura, presenta fractura con buena consolidación de tercio externo de rótula izquierda así como de platillo tibial interno derecho interesando ambas líneas de fractura las superficies articulares.

La fractura marginal de rótula únicamente es posible por golpe directo, siendo una fractura estable ya que no existe tracción de fragmentos lo que facilita su adecuada consolidación. La superficie articular muestra solución de continuidad que debió quedar resuelta con la cubierta cartilaginosa.

En la pierna derecha existió fractura por hundimiento de platillo tibial interno que con independencia de que existiera o no lesión de ligamentos y estructuras articulares, ha de ser considerada como una fractura compleja con riesgo de desarrollar una artritis, que en este caso no evidenciamos. La impotencia funcional que debió suceder durante varios meses este individuo, evitando la carga directa del peso, supuso una aceptable consolidación con una definitiva buena funcionalidad.

Todo esto nos hace suponer que el individuo siguió los pasos de la terapéutica que en la actualidad se aconseja, con inmovilización y reposo.

El individuo nº 25, varón de edad madura, presenta fractura oblicua de tercio inferior de la diáfisis de tibia derecha con buena consolidación y sin deformidad, lo que nuevamente nos hace pensar en que la población inhumada en Los Castros de Lastra conocía la técnica de reducción e inmovilización de las fracturas como método de tratamiento idóneo.

A pesar de todo, en esta ocasión debió de existir complicación ya que los forámenes existentes en la misma línea de fractura parecen ser debidos a vías de drenaje del proceso supurativo medular.

2.2.4.5. *Fracturas costales.*

Dos casos pertenecientes al mismo individuo (nº 36) se muestran con el característico callo de fractura y sin deformidad de ningún tipo. Este mismo individuo presenta las fracturas comentadas en rótula y tibia por lo que pensamos que todas ellas son debidas a un politraumatismo derivado de la caída al suelo desde cierta altura.

2.2.4.6. *Espondilolisis.*

La espondilosis o fractura del arco vertebral a nivel del istmo entre las apófisis posteriores se encuentra presente en tres individuos (nº 9, 27 y 38). La causa que provoca esta lesión está discutida por los especialistas y si bien se consideró como un defecto congénito, hoy día se admite que su desarrollo es postnatal y se considera como una “fractura por fatiga” que en todo caso se desarrolla en las primeras etapas de la vida.

En la población de Los Castros de Lastra, afecta a tres individuos varones, uno de ellos juvenil (L5), otro adulto joven (L5) y el tercero de edad adulta madura (L4 y L5). Aunque puede cursar sin síntomas, cuando aparecen, simulan lumbalgia.

La complicación más frecuente es la espondilolistesis o desplazamiento hacia delante de todo el cuerpo vertebral que se produce cuando la fractura es bilateral, situación en la que se encuentran los individuos nº 9 en L5 y nº 38 en L4.

2.2.5. Malformaciones óseas.

Derivadas de defectos congénitos por estar anormalmente desarrolladas (displasias) consideramos las observaciones efectuadas en el sacro de los individuos nº 15, 18 y 36. Estos se muestran asimétricos resultando llamativo el caso del individuo nº 15 en el que además hay deformidad del acetábulo en el hueso coxal, como característica de luxación o subluxación de la cadera derecha.

Recordemos que la luxación y la subluxación de cadera son muy frecuentes (1,5 por cada mil nacidos vivos) afectando de forma bilateral en más de la mitad de los casos y 8 veces más frecuente en los varones (Salter, 1971).

A nuestro individuo, varón de edad adulta joven, podemos imaginarle haber padecido dolor y cojera perceptible que no desencadenó una artropatía coxo-femoral debido al fallecimiento a edad temprana.

Como defecto de fusión puede ser considerada la observación nº 65 en la que se mantiene, en vértebra C6, una falta de unión del arco posterior, y la observación nº 204 consistente en una asimetría con hipoplasia de la mitad derecha de los últimos segmentos del sacro.

2.2.6. Lesiones maxilo dentarias.

2.2.6.1. Malformaciones dentarias.

El número total de piezas dentarias observadas “in situ” asciende a 302. De todas ellas tan sólo parece digna de mención la comentada en el individuo nº 15 quien presenta un tercer molar inferior que emerge de forma oblicua (casi horizontal) en ángulo de la mandíbula.

Por lo demás, no se observa signo alguno en el total de 681 espacios alveolares conservados.

2.2.6.2. Caries dental.

En principio diremos que el porcentaje de caries en la población adulta supone un 5,9% (se han encontrado tan sólo 18 caries). (Tabla nº 7).

Una vez más, resulta extremadamente bajo tal porcentaje y al igual que en Santa Eulalia, ello lo atribuimos al hecho de que las piezas cariadas son precisamente las que con más facilidad se expulsan en vida y, por ello, no resulta ajustado el número que nosotros encontramos con la realidad que debió suponer esta lesión.

En efecto resulta ilustrativo el ejemplo del individuo nº 27, considerado masculino de edad juvenil, que presenta cuatro caries, todas ellas muy

destructivas con afectación completa de pulpa dentaria, y en el que además existe pérdida de dos molares en vida con buen cierre de alvéolos. Esto nos indica que en la población de Los Castros de Lastra la caries a edades tempranas de la vida debió ser una manifestación de importancia y, que junto con otros procesos lesivos favorecieron la expulsión de estas piezas.

Independientemente de otros factores tróficos, opinamos que las aguas carbonatadas procedentes del sustrato calizo en los alrededores del cerro en que se sitúa la necrópolis, pudieron ser la causa principal del desarrollo de estas lesiones. Conocido es el hecho de que las aguas procedentes de zonas kársticas poseen un bajo contenido en fluor, elemento considerado como necesario para hacer más resistente al esmalte frente a la disolución, así como inhibidor de ciertas enzimas que intervienen en la glucólisis de la placa bacteriana que actúa descalcificando el propio esmalte.

Por todo lo comentado, no consideramos prudente entresacar conclusiones respecto a frecuencias de asentamiento y grado de lesión aunque exponemos en la Tabla 17 la representación de caries entre los adultos jóvenes y maduros.

TABLA 17 Caries por edades en Los Castros de Lastra.

	Piezas Observadas	Piezas Cariadas	%
Adulto joven	230	13	576
Adulto maduro	72	5	679
TOTAL	302	18	579

Respecto al sarro, de nuevo diremos que se trata de una manifestación tan frecuente que resulta excepcional no encontrarla presente en todas las edades.

Si atendemos a la Tabla 18 en la que representamos el número de piezas lesionadas (caries, más alveolitis, más pérdida de piezas dentarias en vida),

TABLA 18 Piezas lesionadas según edades (Los Castros de Lastra).

	Alvéolos observados	Caries, reabsorciones y abscesos	%
Adulto joven	396	128	32,3
Adulto maduro	285	248	87
TOTAL	681	376	55,2

del total de 681 alvéolos observados podemos decir que el 55,2% de las piezas dentarias en ellos ubicados, padecían algún tipo de lesión pudiendo considerar el porcentaje como elevado (siempre favorecido por la mayor cantidad de piezas expulsadas en vida), que incluso duplica a lo comentado en Santa Eulalia.

2.2.6.3. Abscesos dentarios.

Abscesos dentarios o alveolitis con clara delimitación de espacio en fondo del alvéolo, en algún caso con rotura de tabla externa, los hemos descrito en los individuos nº 6, 12, 32 y siendo el primero y último, individuos adultos maduros.

2.2.6.4. Paradontosis.

A ella atribuimos los signos parialveolares que describimos en los individuos nº 10 y 32, en ambos casos de localización en borde lingual de maxilar inferior.

2.2.6.5. Pérdida de piezas dentarias "intra vitam".

De los 681 alvéolos observados hemos podido contabilizar un total de 251 expulsiones de piezas dentarias (36,8%). En principio el porcentaje resulta elevado y como hemos dicho lo atribuimos a problemas inflamatorios-infecciosos favorecidos por la caries taladrante con destrucción completa de pulpa dentaria.

Asimismo queda de manifiesto que la pérdida de dichas piezas se ve favorecida con la edad ya que del 28,5% que supone en los adultos jóvenes, pasa al 48,4% en los maduros (Tabla 19).

En todos los casos se observa el espacio alveolar con buen cierre y cierta reabsorción del plano. En tres individuos (nº 21, 31 y 38) hay pérdida de todas las piezas en maxilar superior con gran reabsorción del plano alveolar.

TABLA 19 Piezas dentarias perdidas en vida (Los Castros de Lastra)

	Alvéolos observados	Alvéolos reabsorbidos	%
Adulto joven	396	113	28,5
Adulto maduro	285	138	48,4
TOTAL	681	251	36,8

2.2.6.6. *Desgaste dentario.*

El desgaste del plano masticatorio en los molares definitivos no puede ser bien evaluado, ya que son precisamente estas piezas dentarias las que con más frecuencia se expulsaron en vida.

A pesar de lo mal representadas que se hallan dichas piezas podemos entresacar las siguientes consideraciones: (Tablas 20, 21 y 22)

TABLA 20 Desgaste de molares definitivos en los adultos jóvenes
(Los Castros de Lastra).

GRADOS	M1		M2		M3		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
I	0	0,0	0	0,0	6	33,3	6	10,7
II	4	28,6	8	33,3	5	27,8	17	30,4
III	8	57,1	11	45,9	5	27,8	24	42,9
IV	2	14,3	3	12,5	2	11,1	7	12,5
V	0	0,0	2	8,3	0	0,0	2	3,5
	14		24		18		56	

TABLA 21 Desgaste de molares definitivos en los adultos maduros
(Los Castros de Lastra).

GRADOS	M1		M2		M3		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
I	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
II	0	0,0	0	0,0	1	50,0	1	8,5
III	1	33,5	1	14,0	0	0,0	2	16,5
IV	2	66,5	3	43,0	1	50,0	6	50,0
V	0	0,0	3	43,0	0	0,0	3	25,0
	3		7		2		12	

TABLA 22 Desgaste de molares definitivos en todos los adultos
(Los Castros de Lastra).

GRADOS	M1		M2		M3		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
I	0	0,0	0	0,0	6	30,0	6	8,8
II	4	23,5	8	25,8	6	30,0	18	26,5
III	9	53,0	12	38,7	5	25,0	26	38,2
IV	4	23,5	6	19,4	3	15,0	13	19,1
V	0	0,0	5	16,1	0	0,0	5	7,4
	17		31		20		68	

— Para la población adulta joven, resulta más frecuente encontrar un desgaste grado III (Senyürek) en los primeros molares, siendo el grado de desgaste predominante en los terceros molares I de Senyürek.

— En los adultos maduros el desgaste en los primeros molares se eleva con mayor frecuencia a un grado IV.

TABLA 23 — Dentición de los adultos jóvenes en ambos maxilares (Los Castros de Lastra)

MAXILAR SUPERIOR						
Dientes	Nº de alvéolos observados	Nº de piezas observadas	Caries		Piezas caídas "intra vitam"	
			n	%	n	%
I ¹	24	11	0	0,0	2	8,33
I ²	24	14	0	0,0	3	12,5
C	24	18	3	16,66	2	8,33
P ¹	24	14	1	7,14	5	20,83
P ²	23	10	0	0,0	10	43,47
M ¹	23	5	1	20,0	17	73,91
M ²	23	11	1	9,09	11	47,82
M ³	23	9	0	0,0	10	43,47
	188	92	6	6,52	60	31,91

MAXILAR INFERIOR						
Dientes	Nº de alvéolos observados	Nº de piezas observadas	Caries		Piezas caídas "intra vitam"	
			n	%	n	%
I ₁	26	20	0	0,0	2	7,69
I ₂	26	21	0	0,0	0	0,0
C	26	24	0	0,0	0	0,0
P ₁	26	21	2	9,52	1	3,84
P ₂	26	18	2	11,11	7	26,92
M ₁	26	11	2	18,18	15	57,69
M ₂	26	13	0	0,0	13	50
M ₃	26	10	1	10	15	57,69
	208	138	7	5,07	53	25,48

TABLA 24 .— Dentición de los adultos maduros en ambos maxilares (Los Castros de Lastra)

MAXILAR SUPERIOR						
Dientes	Nº de alvéolos observados	Nº de piezas observad.	Caries		Piezas caídas "intra vitam"	
			n	%	n	%
I ¹	16	3	0	0,0	7	43,75
I ²	16	1	1	100	10	62,5
C	16	4	0	0,0	5	31,25
P ¹	16	3	0	0,0	8	50,0
P ²	16	3	0	0,0	6	37,5
M ¹	15	1	0	0,0	10	66,66
M ²	15	2	0	0,0	10	66,66
M ³	15	0	0	0,0	10	66,66
	125	17	1	5,88	66	52,8

MAXILAR INFERIOR						
Dientes	Nº de alvéolos observados	Nº de piezas observad.	Caries		Piezas caídas "intra vitam"	
			n	%	n	%
I ₁	20	7	0	0,0	5	25,0
I ₂	20	9	0	0,0	3	15,0
C	20	14	0	0,0	1	5,0
P ₁	20	8	0	0,0	4	20,0
P ₂	20	8	1	12,5	11	55,0
M ₁	20	2	0	0,0	17	85,0
M ₂	20	5	1	20,0	13	65,0
M ₃	20	2	2	10,0	18	90,0
	160	55	4	7,27	72	45,0

2.2.7. Variedades anatómicas.

2.2.7.1. *Introducción.*

Distinguiendo entre aquéllas cuya formación viene marcada por factores congénitos o por causas adquiridas en el desarrollo post-natal, podemos hacer la siguiente división entre las 37 observaciones realizadas:

- a) Origen congénito: metopismo, huesos wormianos, hueso acromial, apófisis supraepitrocLEAR y dehiscencia del sacro.
- b) Origen post-natal: osificaciones de cartílago tiroides y de inserciones tendinosas.

2.2.7.2. *Metopismo.*

En esta ocasión hemos encontrado un solo caso de mantenimiento de la sutura medio frontal, en individuo (nº 27) varón que asimismo presenta huesos wormianos en sutura lamboidea.

2.2.7.3. *Huesos wormianos.*

Un caso de hueso wormiano fontanelar en bregma (individuo nº 21, masculino) y otros dos individuos (nº 27 y 41) también masculinos que los presentan en sutura lamboidea.

2.2.7.4. *Hueso acromial.*

El punto epifisario del acromión escapular, continúa a veces separado de la espina en el adulto, constituyendo así una pieza esquelética independiente llamada hueso acromial (Testut, 1979), que hemos encontrado en los individuos nº 15 y 39, ambos masculinos.

2.2.7.5. *Apófisis supraepitrocLEAR.*

Aunque bien pudiera ser interpretada como una exóstosis por osificación de inserciones musculares a este nivel, Testut nos define con precisión esta apófisis considerada como una variedad en el húmero, que se desarrolla en uno de cada 80 individuos y que nosotros hemos encontrado en el nº 20 (masculino).

2.2.7.6. *Dehiscencia del sacro.*

La falta de fusión de los arcos posteriores de cada uno de los segmentos del sacro o dehiscencia de la pared posterior está asimismo considerada como una variedad anatómica. Junto con la falta de fusión de la última vér-

tebra lumbar (espina bífida) vienen a suponer la anomalía congénita más corriente de la columna vertebral, pudiendo significar desde un leve desequilibrio muscular hasta una completa paraplejía.

En realidad no es este el caso en los cuatro individuos (nº 11, 18, 38 y 41) de Los Castros de Lastra, ya que en ellos la dehiscencia afecta a los últimos segmentos sacros provocando una discreta continuidad del hiato sacro inferior que carece de repercusión clínica.

2.2.7.7. Osificación de cartílago tiroides.

Hemos de considerar osificados y no calcificados, los cartílagos tiroides descritos, ya que parece existir una organización y distribución especial de los elementos minerales que recuerda, en cierto modo, a la arquitectura ósea.

Este hueso heterotópico así formado, se ha conservado de igual modo al resto de las piezas esqueléticas, por lo que hemos descrito en 10 de los individuos su cartílago (ahora hueso) más o menos completo, siendo todos ellos varones.

En principio se admite que el cartílago tiroides se osifica con la edad, mostrando la imagen radiográfica de los adultos maduros y seniles unas características lagunas de tejido óseo.

Lo que particularmente nos ha sorprendido es encontrar osificaciones de la base o reborde inferior del cartílago en los individuos nº 15, 18 y 24 y osificación completa en el nº 20, siendo todos de edad adulta joven.

Ignoramos ciertamente la causa que en esta población ha favorecido dichas osificaciones que no hemos tenido oportunidad de hallar en ninguna otra ocasión.

2.2.7.8. Osificación de inserciones tendinosas.

Asimismo nos ha llamado la atención la enorme representación y variedad de estas osificaciones heterotópicas que junto con las anteriores pueden ser consideradas como variantes anatómicas infrecuentes (de ahí que las hemos relacionado en el inventario de ese modo), aunque en su conjunto y tras el posterior estudio creemos que, en este caso, son debidas a un proceso degenerativo secundario a trastornos de la biomecánica esquelética, a lesiones de base inflamatoria o traumática, tal y como hemos expresado en el punto 2.2.1.4.

3. TERCERA PARTE.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

3.1. CONCLUSIONES GENERALES.

Queremos ser prudentes al exponer una serie de conclusiones que pudieran tener excesiva trascendencia por falta de estudios similares en nuestro medio.

Hemos de entender, que se han estudiado las dos poblaciones mejor representadas en número de individuos, por el momento, excavadas en el País Vasco. Al mismo tiempo representan, por su situación geográfica, a buena parte de la vertiente Meridional del País, lo que no quiere decir que deban aplicarse nuestros resultados de modo general a una población heterogénea no sólo por habitar medios físicos distintos, sino por la diversidad de actividades que se pudo desarrollar en los mismos durante la época que nos ocupa.

Atendiendo a lo aquí estudiado, conscientes de que acaso algunas de nuestras consideraciones ya fueran sabidas por el estudio de otras disciplinas, podemos aportar lo siguiente:

- a) Existen diferencias claras entre cada uno de los colectivos exhumados (y en definitiva también de los inhumados), en el sentido de la representación de los individuos (sexos y edades) que componen la muestra.
- b) La morbilidad y mortalidad se encuentra dentro de los límites normales que para la misma época se han descrito en otras regiones de la Península.
- c) No encontramos estigmas que pudieran ser atribuidos a violencias en situaciones de defensa o lucha, tal y como se han descrito en otras poblaciones al sur de Alava (Taracena, 19251926).

- d) A través de las variedades anatómicas, presumiblemente ligadas a factores hereditarios, creemos observar más relación de parentesco dentro de cada colectividad (Santa Eulalia), que entre ambas.
- e) Al mismo tiempo, en este sentido cabe señalar, que el reaprovechamiento de las tumbas en Santa Eulalia puede tener relación entre individuos de la misma familia, tal y como se observa en la tumba nº 25, con dos individuos metópicos (rasgo hereditario dominante). Por otra parte, 4 de los infantiles, se hallan inhumados en las mismas tumbas que otros tantos femeninos de edad fértil.
- f) A nuestro entender, el hecho de que en algunas tumbas se colocaran piedras a los lados de la cabeza del cadáver (“orejeras”) con clara intencionalidad, así como la dirección de todo el cuerpo, para que de este modo “mirara” a Oriente, se debe a que en estos casos (son los menos) el cuerpo sería enterrado después de las 48 horas del fallecimiento. Es decir, la rigidez cadavérica (“rigor mortis”) que se establece generalmente a las 6 horas del óbito, habría desaparecido y la relajación subsiguiente dificultaría la permanencia de la cabeza en la posición deseada, por lo que era sujeta con las mencionadas piedras.
- g) La patología dentaria en los adultos, valorando tanto las caries, las reabsorciones y los abscesos, arroja un porcentaje del 55,2% de piezas lesionadas para los individuos de Los Castros de Lastra; lo que equivale al doble de estas mismas lesiones en Santa Eulalia, siempre en ambos casos, favorecidas por la gran representación de piezas dentarias expulsadas en vida. Opinamos que el sustrato calizo, con aguas carbonatadas, en que se encuentra ubicada la necrópolis de Los Castros de Lastra, es el factor condicionante del desarrollo de las caries destructivas y las consiguientes expulsiones de las piezas deterioradas.
- h) La mayoría de las observaciones patológicas que hemos descrito, pertenecen a cuadros degenerativos (artropatía degenerativa) de múltiples factores etiológicos, con predominio de espondilopatías tipo espondilosis que afectan en primer lugar a los segmentos más móviles de la columna vertebral (cervical y lumbar) para generalizarse e incluso alcanzar a las articulaciones posteriores (osteoartritis). Los grados más evolucionados manifiestan asimismo, signos de artropatía en extremidad superior derecha.
Todo ello parece ser acorde a lo estudiado en otras poblaciones rurales con poca diversificación del trabajo y dedicadas a actividades agrícolas fundamentalmente.
- i) Podemos suponer impotencia funcional en aquellos individuos que presentaron fracturas durante el tiempo que tardaron en consolidar las mismas, según cada caso descrito. Como lesiones incapacitantes, señalamos lo comentado en el antebrazo izquierdo del individuo 41 de Santa Eulalia y la afección generalizada en el individuo 10 de Los Castros de Lastra.

- j) El buen grado de resolución de las fracturas comentadas en extremidades, nos permite advertir que en ambas poblaciones se siguieron los principios generales de tratamiento actualmente establecidos, con reducción e inmovilización de las mismas.
- k) Habida cuenta del elevado número de individuos masculinos frente a los femeninos exhumados en Los Castros de Lastra, creemos que bien pudiera tratarse de un reducido núcleo de vida monástica en la proximidad de un centro de devoción popular en el que también fueron inhumados otros individuos.

3.2. RESUMEN.

Se estudian los aspectos patológicos de un total de 102 individuos pertenecientes a dos necrópolis de inhumación de época Altomedieval en el País Vasco: Santa Eulalia y Los Castros de Lastra.

El estudio es habitual a los ya realizados en el ámbito de la Paleopatología, con una exposición de cada una de las observaciones efectuadas en las piezas óseas, que tras discutir sus posibles etilogías y repercusiones en el individuo son valoradas en su conjunto dentro de cada colectividad.

Con ello tratamos de conocer algo más sobre el modo y calidad de vida de estas agrupaciones humanas en las que se observa una morbilidad y mortalidad corriente a un medio rural con diversidad de lesiones entre las que predomina la artropatía degenerativa y ausencia de endemismos claros y de signos violentos.

RESUME.

On étudie les aspects pathologiques d'un total de 102 individus qui appartiennent à deux nécropoles d'inhumation du Haut Moyen Age du Pays-Basque: "Santa Eulalia" et "Los Castros de Lastra".

L'étude est courante à ceux qui ont été déjà réalisés dans le domaine de la Paléopathologie: une exposition de chacune des observations effectuées sur les pièces osseuses qui, après un débat sur leurs possibles étiologies et conséquences sur l'individu, sont évalués conjointement dans chaque collectivité.

Cet étude essaie de nous faire connaître davantage la forme et qualité de vie de ces groupations humaines où l'on observe une morbidité et une mortalité propre d'un milieu rural, avec des nombreuses lésions, telles surtout comme l'arthropathie dégénérative et l'absence d'endémismes évidents et de signes violents.

LABURPENA.

Euskal Herrian dauden Goi Erdi Aroko bi ehorzketa hilerriri, Santa Eulalia eta Los Castros de Lastra, dagozkien 102 pertsonen ezaugarri patologikoak aztertzen dira.

Paleopatologiaren arloan egin ohi diren ikerketeen arteko bat dugu. Hezur ale bakoitzari egin zaizkion oharpenak azalduz eta bere etilogi posibleak eta ondorioak pertsona bakarkengan eztabaidatu ondoren, balortuak izan dira multzoz kolektibitate bakoitzaren barnean.

Horrela, gizatalde hauek bizimodu eta kalitateetaz zeozer gehiago jakitea da helburua. Gaixo eta hilkortasuna normalak direla landa-giro baterako ikusi dugu; lesio ezberdinak agertzen dira, hauetatik “endakapen-atropatia” nagusi izanez, eta izurrite argien eta bortxazko seinu eza ohargarria berriz.

3.3. BIBLIOGRAFIA.

AGUIRRE, E.

- 1972 Paleopatología y Medicina Prehistórica, en "*Historia Universal de la Medicina*". vol. I, dirigida por P. LAIN ENTRALGO. Salvat Edit. pag. 7-40. Barcelona.

APELLANIZ J.M^a.

- 1970 La campaña de excavaciones arqueológicas en Vizcaya durante el año 1969. *Kobie*, 2, 45-47. Bilbao.
- 1971 Los enfermos de la necrópolis de la cueva de EREÑUKO ARIZTI (Ereño, Vizcaya). *Kobie*, 3, 67-70. Bilbao.
- 1971 ¿Lepra en la población romana de Vizcaya?. Primera Semana Internacional de Antropología Vasca. La gran Enciclopedia Vasca, 397-408. Bilbao.
- 1974 Los problemas sepulcrales de Ereñuko Arizti, Arenaza II y Albiztey en Vizcaya. Cuadernos de Arqueología de Deusto, 1, 113-157. Bilbao.

BARBERO, A. y VIGIL, M.

- 1974 *Sobre los orígenes sociales de la Reconquista*. Edit. Ariel. Barcelona.
- 1978 *La formación del Feudalismo en la Península Ibérica*. Edit. Crítica. Barcelona.

BENNETT, K.A.

- 1972 Lumbo-sacral malformations and Spina Bifida Occulta in a group of Protohistoric Modoc Indians. *American Journal of Physical Anthropology* Vol. 36, 435-439. Filadelfia.

BONZON, Y.

- 1976 *Quelques cas de Paléopathologie infectieuse Médiévale en Basse-Normandie*. Bull et Mém. de la Société d'Anthropologie de Paris, 3, 137-145. Paris.

- BOSCH MILLARES, J.
1975 *Paleopatología ósea de los primitivos pobladores de Canarias*. Cabildo Popular de Gran Canaria. 159 p. Las Palmas.
- BOTELLA LOPEZ, M.C.
1973 *Paleopatología en la Necrópolis Argárica de la Cuesta del Negro, Purullena* (Granada). Actas de IV Congreso Español de Historia de la Medicina, vol. 1, 21-28. Granada.
- BRABANT, H. et SAHLY, A.
1962 *La Paléostomatologie en France et en Belgique*. Acta Stomt. Belgica, t. 52, 285-355. Bruselas.
- BROTHWELL, D.R.
1972 Digging up Bones. British Museum, Nat. History. 208 p. London.
- BROTHWELL, D.R.; SANDISON, A.T.
1967 *Diseases in Antiquity*. Edit. Charles C. Thomas. Springfield.
- CAMPILLO, D.
1974 *Paleopatología del cráneo en Cataluña, Levante y Baleares*. Edit. Montblanc-Martin. Monografías Locales, serie B. vol. 17 Barcelona.
1976 *Lesiones Patológicas en cráneos Prehistóricos de la región Valenciana*. Servicio de Investigación Prehistórica. Serie Trabajos Varios, vol. 50. Valencia.
- COMAS, J.
1983 *Manual de Antropología Física*. Univer. Nacional Autónoma de México. México.
- CORRAIN, C.
1971-1972 Les restes osseux d'un emplacement du cimetière situé autour du Baptistère Paléochrétien de S. Giovanni, Place du Dome, Milan. SIBRIUM, t. 11, 163-200.
- CHAPMAN, F.
1972 Vertebral osteophytosis in Prehistoric populations of Central and Southern México. *American Journal of Physikal Anthropology*. Vol. 36, 31-37. Filadelfia.
- DASTUGUE, J.
1962 Pathologie des hommes de Taforalt, in la Nécropole Epipaléolithique de Taforalt. C.N.R.S. et Mission Culturelle Française au Maroc, 132-158. Paris.
1969 Les lésions pathologiques du squelette de Chancelade. *L'Anthropologie*, 73, 247-252. Paris.

- 1970 Pathologie des hommes de Columnata, in "les hommes épipaléolithiques de Columnata". Mem. du C.R.A.P.E., vol 15, 121-126.
- 1975 Le diagnostic des luxations traumatiques sur les squelettes anciens. Arquivos de Anatomia e Antropologia da Fundacao Souza Marques. Rio de Janeiro.
- 1975 Pathologie des hommes épipaléolithiques d'Afalou-Bou-Rhumel (Algérie). L'Anthropologie, 79, 483-506. Paris.
- 1979 Pathologie des mésolithiques de France. L'Anthropologie, vol 83, 602-625. Paris.
- 1981-1982 Les restes humains des nécropoles Pharaoniques de Soleb (Nubie Soudanaise). L'Anthropologie, 85, 251-268. Paris.

DEL CASTILLO, A.

- 1972 Excavaciones Altomedievales en las provincias de Soria, Logroño y Burgos. Excavaciones Arqueológicas en España, vol. 74. 3-51. Madrid.

EDEIKEN, J. HODES, Ph. J.

- 1977 *Diagnóstico radiológico de las enfermedades de los huesos.* Edit. Médica Panamericana. Buenos Aires.

FERNANDEZ de PRADO, M^a.I.

- 1978 Antropología de restos humanos Medievales en el País Vasco. Memoria de Licenciatura (inédito).

FUSTE, M.

- 1954 La duración de la vida en la población española desde la Prehistoria hasta nuestros días. T.I.B.S., vol 14, 81-104. Barcelona.
- 1955 La duración de la vida en las poblaciones humanas del Levante español durante el periodo Neoeolítico. Homenaje póstumo al doctor Francisco Pardillo Vaquer, 325-333. Barcelona.
- 1982 Restos humanos de la Cueva de los Hombres Verdes en Urbiola (Navarra). Trabajos de Arqueología Navarra, vol 3, 2-41. Pamplona.

GARCIA SANCHEZ, M.

- 1979 Paleopatología de la población aborigen de la cueva sepulcral de Pino Leris (La Orotova, Tenerife). Anuario de Estudios Atlánticos, 25, 567-584. Madrid-Las Palmas.

GENOVES, S.

- 1980 Determinación sexual en el hombre primitivo. En "Ciencia en arqueología" de BROTHWELL. Fondo de Cultura Económica, 443-453. Madrid.

- GOLDSTEIN, M.S.
 1980 La paleopatología de los restos óseos humanos. En "Ciencia en Arqueología" de BROTHWELL. Fondo de Cultura Económica, 494-504. Madrid.
- GONZALO MARTINEZ, S.I.
 1974 *Alava Medieval*. Diputación Foral de Alava. Vol. 1. Vitoria.
- HOWELL, W.W.
 1960 Estimating population numbers through archaeological and skeletal remains. Viking fund Publications in Anthropology.
- KROGMAN, W.M.
 1946 *The human skeleton in Forensic Medicine*. Proc. Inst. Med. 16, 154 p. Chicago.
- LACROIX, M.
 1972 Etude Médico-Legale des Pertes de Substance de la voute du crane. Collection de Medicine Legale et de Toxicologie Medicale. Edit. Masson, vol. 60, Paris.
- LAVERGNE, J.
 1974 Les dents humaines Préhistoriques. Mode d'étude et orientation bibliographique. Etudes Préhistoriques, 8, 21-24. Lyon.
- LIENCE DURAN, E.
 1978 *Reumatología*. En "Medicina Interna" de ROZMAN, vol. 1, 943-1076. Edit Marin Barcelona.
- LLANOS, A.
 1972 Necrópolis altomedievales en la zona occidental de la Rioja Alavesa. Estudios de Arqueología Alavesa, 5, 219-245. Vitoria.
- PALES, L.
 1930 Paléopathologie et pathologie comparative. Edit. Masson. 352 pp. Paris.
- PIGA, A.
 1928 *Medicina Legal de Urgencia*. Edicc. Mercurio. Madrid.
- PONS, J.
 1949 Restos humanos procedentes de la Necrópolis de Tarragona y Ampurias (Gerona) T.I.B.S., vol. 7, 19-206. Barcelona.
- REVERTE, J.M.
 1981 *Antropología Médica I*. Edit. Rueda. Madrid.

- REYHER, M.A.
 1961 Contribution à l'Etude de la Paléopathologie osseuse en Provence et Bas-Languedoc. Tesis Doctoral (Inédito). Facultad de Medicina de Marseille.
- RODRIGUEZ HERNANDORENA, A.
 1981 Estudio Antropológico de los Restos Humanos de la Necrópolis Altomedieval de Santa Eulalia (Labastida, Alava). Memoria de Licenciatura (inédito).
- ROUSSET, G.
 1981-1982 Les restes Humains des Nécropoles Pharaoniques de Soleb (Nubie Soudanaise). Etude odontologique. L'Anthropologie, 85, 240-250. Paris.
- RUIZ de LOIZAGA, S.
 1982 Monasterios Altomedievales del Occidente de Alava. Valdegobia. Como nacen los pueblos. Diputación Foral de Alava. Vitoria.
- SALTER, R.B.
 1971 *Trastornos y Lesiones del Sistema Musculosqueletico*. Salvat Edit. Barcelona.
- SANCHEZ ALBORNOZ, C.
 1966 Despoblación y Repoblación en el valle del Duero. Instituto de Historia de España. Buenos Aires.
 1974 *Vascos y navarros en su primera historia*. Ediciones del Centro Madrid.
- SEZE, S. de
 1967 L'actualité Rhumatologique. L'expansion Scientifique. Paris.
- SENYÜREK, M.S.
 1949 The attrition of molars in the Ancient Inhabitants of Anatolia. *Bulleten*, 13, 229-244. Ankara.
- SRBOLJUB ZIVANOVIC.
 1982 Ancient Diseases. The elements of Paleopathology. Methuen Co. Ltd. London.
- STLOUKAL, M. et VYHNANEK, L.
 1975 Arthrose déformante avancée sur les squelettes des Slaves anciens. *Bull. et Mem. de la Société D'Anthropologie de Paris*, 2, 327-333. Paris.
- TARACENA, Cf.B.
 1925-1926 Excavaciones en las provincias de Soria y Logroño. M.J.S.E.A., vol. 4. Madrid.

TESTUT, L. LATARJET, A.

1979 *Tratado de Anatomía Humana*. Salvat Edit. Barcelona.

TURBON, D.

1981 *Antropología de Cataluña en el II milenio a. C.* Ediciones de la Universidad de Barcelona. 303 pp. Barcelona.

URBAND and SCHWARZENBERG.

1978 *Mapa Radiológico del Esqueleto Humano*. Baltimore-Munich.

VESGA MARROQUIN, A.

1982 *Los pueblos del Norte en la época visigoda*. Estudios de Deusto. Deusto.

WELLS, C.

1964 *Bones, Bodies and Disease*. Thames and Hudson, Edits. 288 pp. London.

WILSON, J.N.

1980 *Fracturas y heridas articulares*. Salvat Edit. Tomos I y II. Barcelona.