

Lesiones paleopatológicas en los individuos de la Cueva del Barranco de la Higuera (Baños de Fortuna, Murcia)

POR
DOMINGO CAMPILLO

Complementando el estudio antropológico realizado por la doctora Amparo Font, creemos interesante el estudio patológico de estos restos humanos, en que a pesar de tratarse de un grupo reducido abunda en variadas e importantes lesiones.

DESCRIPCION DE LAS LESIONES

INDIVIDUO 1

En los maxilares superiores permanecen engarzados, al menos en forma parcial, los segundos premolares y los dos primeros molares del lado derecho (fig. 1). Se conserva otra pieza dentaria no engarzada, probablemente un canino o un premolar derecho. Del segundo premolar derecho sólo se conserva una pequeña porción vestibular de su raíz y en los dos molares se ha perdido la raíz lingual. Con excepción de P² derecho, todas las piezas dentarias tienen la corona destruida, formando planos inclinados que se dirigen del cuello hacia arriba, dando lugar a una especie de pirámide en cuyo vértice aflora la cavidad pulpar. Contrasta el tipo de destrucción con la relativa indemnidad de los bordes alveolares, lo que nos lleva a la conclusión de que se trata de una destrucción intencional de la corona, practicada en el

cadáver o en el individuo vivo, que prácticamente no habría sobrevivido a la mutilación.

En la mandíbula, ambos caninos muestran una sección intencional vertical de la corona que pasa justo por la cavidad pulpar, descendiendo hasta 2 mm. por encima del cuello. El plano de sección es oblicuo con respecto al eje de simetría de la mandíbula, con una inclinación de 32° en el lado derecho y de 31° en el izquierdo, entrecruzándose su prolongación en la cavidad lingual (figs. 2 y 3). El corte elimina las porciones mesiovestibulares de las piezas, quedando una plataforma horizontal perpendicular al corte vertical que forma un pequeño ángulo diedro con eje que finaliza en la cavidad pulpar (fig. 4). Llama la atención la perfección de los cortes y su simetría, que descarta cualquier traumatismo fortuito, no apreciándose desgaste de los bordes y caras noviformadas, por lo que, al igual que con las mutilaciones de las piezas superiores, creemos que son lesiones póstumas, o que si se practicaron en el individuo vivo la supervivencia prácticamente fue nula. Seguramente la técnica empleada consistió en un corte vertical con centro en la cavidad pulpar y con desprendimiento posterior de las porciones mesiales por lascado, percutiendo a nivel del cuello del canino.

INDIVIDUO 3

En los maxilares superiores se conservan todas las piezas dentarias derechas, menos I¹. En el lado izquierdo, todas se han desprendido (figura 5).

I² presenta la destrucción de casi la mitad vestibular de su corona, que alcanza hasta el cuello, y la sección es vertical hasta un tercio antes del mismo, en donde se incurva suavemente. La cavidad pulpar queda recubierta por una capa de dentina que conserva la silueta de dicha estructura y no se aprecia desgaste de los bordes (fig. 6).

C¹ también muestra una lesión destructiva que afecta a toda la cara vestibular de la corona a partir del cuello, con unas superficies de corte vertical que forman un ángulo diedro de arista anterior, y la corona está modificada, presentando una morfología triangular cuyo vértice coincide con la arista del diedro de sección. La cavidad pulpar no queda al descubierto, pues una fina capa de dentina se conserva. Tampoco se aprecia desgaste de los bordes (fig. 6).

P², en su cara vestibular, presenta una fractura de la corona en bisel que afecta a la casi totalidad del tubérculo. El desgaste de los

bordes hace que, contrariamente a I² y C¹, nos haga suponer que se trata de una fractura fortuita sufrida en vida.

En la arcada dentaria izquierda los alvéolos de los molares están ampliamente destruidos (fig. 5), formando los correspondientes a M¹ y M² una sola cavidad cupuliforme con evidentes signos osteíticos, estando también presentes estas alteraciones en la cavidad de M³.

La perforación que a nivel de M² penetra en el seno maxilar, por la irregularidad de sus bordes, parece ser consecuencia de su deterioro póstumo. La presencia de las lesiones descritas consideramos que son secundarias a la presencia de abscesos apicales que dieron lugar a la eliminación de los tres molares en vida.

Consideramos que las mutilaciones de I² y C¹ del lado derecho tienen un carácter intencional y que fueron realizadas de forma póstuma mediante una técnica de lascado por percusión, no alcanzándose la perfección que en su realización se aprecia en los caninos inferiores del individuo número 1. Creemos que puede ser descartada por completo la posibilidad de un traumatismo fortuito, por cuanto la morfología de las lesiones se apartan por completo de cuanto se describe en los tratados de traumato-odontología.

INDIVIDUO 4

En este individuo se aprecian varias alteraciones patológicas que, a nuestro entender, no guardan relación entre sí.

A) En la arcada dentaria superior se conservan los dos primeros molares y restos de las raíces de P¹ y M³ del lado derecho. A nivel de los molares, la usura es tan intensa que comporta la casi total destrucción de las coronas, siguiendo un plano descendente vestibulo-lingual que correspondería al grado 4 de la clasificación de Brabant. Las cavidades alveolares correspondientes a los segundos molares en ambos lados muestran evidentes signos osteíticos que consideramos secundarios a flemones apicales que fueron los responsables de la pérdida de esos molares. El conjunto de las alteraciones maxilodentarias descritas hacen suponer una precaria situación dental seguramente en correlación con hábitos alimenticios a juzgar por la usura de los primeros molares, que habría abonado las complicaciones sépticas. La falta de reabsorción de los alvéolos hace suponer que las piezas ausentes —con la excepción de los segundos molares— se desprendieron en forma póstuma o poco antes del deceso (fig. 7).

B) Sobre el parietal derecho se observa un surco rectilíneo poco

profundo (fig. 8) que tiene 56 mm. de longitud, alcanzando una profundidad máxima de unos 2,5 mm., con bordes de escaso declive que dan al área lesional una amplitud de unos 18 mm. El extremo anterior de la lesión dista 70 mm. de bregma y 77 del pterion, y el extremo posterior 68 mm. de lambda y 36 mm. del asterio. En la zona más profunda del surco afloran algunas celdillas diploicas, siendo muy ostensibles los signos de regeneración ósea. No se aprecian alteraciones en el endocráneo.

En nuestra opinión, la lesión es de origen traumático, probablemente originada con un instrumento duro anguloso, pero poco cortante. La intensidad del golpe debió ser notable, aunque no lo suficientemente intensa como para originar fisuras o la rotura de la tabla interna y seguramente estuvo asociada a una herida inciso-contusa de los tejidos epicraneanos. La presencia de signos evidentes de cicatrización ósea incompleta están en favor de una supervivencia poco prolongada y no puede excluirse la posibilidad de que esta lesión fuese la causa de la muerte, por una complicación no infrecuente de los traumatismos craneales, cual es el hematoma subdural (con menos frecuencia el epidural), que origina el deceso al cabo de semanas o meses del del accidente, aunque hemos de confesar que se trata de una simple posibilidad, pues carecemos de argumentos sólidos en que apoyar esta hipótesis y el individuo podría haber muerto de cualquier otro proceso carente por completo de relación con este traumatismo.

C) Sobre la escama frontal derecha presenta un pequeño osteoma circular en placa de 5 mm. de diámetro y 0,5 mm. de elevación.

INDIVIDUO 5

Llama la atención las importantes alteraciones existentes en la arcada dentaria superior, sobre todo a nivel de los dientes laterales (figura 9). Todas las piezas dentarias se han desprendido, pero los alvéolos correspondientes a los incisivos, caninos y primeros premolares no muestran una patología exuberante, pues sólo ligeros signos osteíticos se aprecian en el lado derecho.

Hemiarcada derecha: Reabsorción del alvéolo de P² y presencia de una gran cavidad que comunica los alvéolos de M¹ y M², sin pérdida apreciable de la altura. En el fondo de la arcada, un orificio circular de unos 7 a 8 mm. de diámetro comunica con el seno maxilar. El sector correspondiente al cordal está destruido. La raíz del canino perforó la pared anterior de su alvéolo.

Hemiarcada izquierda: Reabsorción avanzada de los alvéolos correspondientes a P² y M¹ y parcialmente M². En el lugar correspondiente a M³ existe un amplio orificio elipsoideo cuyos diámetros son de 13 × 19 mm., que se comunican con el seno maxilar. También en este lado la raíz del canino perfora la pared anterior del alvéolo, pero la irregularidad de su contorno nos hace suponer que ocurrió postmortem.

Senos paranasales: Aparte de la intercomunicación de los maxilares con los alvéolos de M¹ y M² del lado derecho y de M³ del lado izquierdo, no se aprecian imágenes patológicas, como así lo confirman las radiografías practicadas, que quedan dentro de los límites de la normalidad.

Las lesiones dentarias, en nuestra opinión, indican un prolongado período de sepsis, con pérdida progresiva de las piezas dentarias laterales, criterio que se ve apoyado por la reabsorción de P² en el lado derecho y de P² y M¹ en el izquierdo, así como los signos de alveolitis de los dientes anteriores del lado derecho y las importantes lesiones a nivel de los alvéolos correspondientes a los molares, que por su amplia comunicación con los senos maxilares hacen presuponer una muy probable sinusitis maxilar, dado que ésta con frecuencia tiene su origen en procesos flemonosos dentarios y en este caso las lesiones resultan muy evidentes e importantes.

A nuestro entender, no resulta posible establecer otras correlaciones patológicas, pues no pasarían de ser meras especulaciones.

INDIVIDUO 6 (MANDÍBULA)

Se conservan la casi totalidad de las piezas dentarias, habiéndose desprendido, seguramente después de la muerte, I₁ y M₃ en el lado derecho e I₁ e I₂ en el izquierdo. En el lado derecho se aprecia que I₂ y C₁ están mutilados.

I₂ (derecho) presenta dos superficies de corte que finalizan en el cuello, una oblicua en sentido anteroposterior y que comporta la desaparición de la superficie triturante y de la totalidad de la cara vestibular; la otra sección elimina una gruesa lasca de la cara medial. La cavidad pulpar no queda al descubierto, y no se aprecian signos de desgaste en ninguna de las aristas noviformadas (fig. 10).

C₁ (derecho) presenta una mutilación compleja, que por su morfología se diría que fue realizada por tres cortes, uno superior de dirección horizontal que despuntó al canino y otros dos cortes que originan planos que finalizan en el cuello de la pieza y que uno tiene un sen-

tido linguo-vestibular y el otro vestibulo-lingual, que uniéndose forman un ángulo diedro a nivel de la cavidad pulpar que queda abierta. La porción mesial del canino es la mayormente destruida, siendo la distal la más preservada. No se aprecia desgaste en las aristas (fig. 10).

Consideramos que el carácter intencional, como en los casos precedentes, es innegable, habiéndose practicado con carácter póstumo mediante técnicas similares.

Piezas dentarias sueltas

Corresponden a dos incisivos probablemente inferiores pertenecientes a la arcada derecha.

I₁: Resección de los bordes mesial y distal de la corona, probablemente por lascado por percusión. La pérdida de sustancia mesial sobrepasa el cuello, mientras que la distal no lo alcanza. No se aprecia desgaste de las aristas, por lo que consideramos la lesión póstuma (figura 11).

I₂: Como en el diente precedente, se han practicado dos secciones por lascado con técnica similar, pero por la oblicuidad de los cortes la corona se ha convertido en una pirámide de base cuadrada. En este caso, se aprecia cierto grado de usura en las aristas y en el vértice, de lo que deducimos que la mutilación fue practicada en vida y seguida de una supervivencia más o menos prolongada (figs. 11 y 12).

Húmero derecho (B.F.-3)

En la diáfisis, aproximadamente algo por encima de la unión del tercio superior con el tercio medio, se aprecia una fuerte angulación del eje del hueso de unos 25° hacia la línea media. Por encima del punto de angulación del cuerpo se aprecia un callo óseo bastante grueso, con una marcada espina externa, que abarcan una extensión de unos 35 mm. sobre la cresta subtroquiteriana (fig. 13).

La radiografía (doctor D. García Correa) resulta muy demostrativa, pues pone en evidencia el astillamiento interno del hueso compacto diafisario en una extensión de unos 30 mm. por encima de la zona de angulación, con una separación de unos 6 mm. con respecto a la cortical. La cicatrización ha sido correcta (fig. 14).

En la epífisis distal se aprecia una moderada reacción exostótica que afecta a los contornos del cóndilo, de la tróclea y de las fosas radial y coronoidea. En el lecho de la cavidad olecraneana alcanzan su máxima expresión.

En el diagnóstico de las lesiones descritas consideramos que, teniendo en cuenta la presencia de un callo óseo y su imagen radiográfica, hemos de afirmar de que se trata de una fractura. En la etiología de ésta creemos que se pueden descartar las contusiones directas y las secundarias a contractura muscular, por cuanto suelen situarse por debajo de la V deltoidea. La morfología de la lesión nos sugiere la clásica fractura en «tallo verde» típica de la infancia, lo que explica su perfecta consolidación.

Las lesiones articulares a nivel del codo probablemente sean la expresión de una artrosis, seguramente secundaria, o microtraumatismos, que guardarían una relación directa con las actividades que realizó en vida.

ESTUDIO PATOLOGICO DE CONJUNTO

Se destaca en primer lugar la presencia de abundantes procesos sépticos dentarios, que afectan a tres de los cinco individuos estudiados (números 3, 4 y 5), siendo sugerentes las lesiones que presenta el quinto de haberse seguido de una complicación sinusal.

La fractura humeral y sus lesiones artrósicas no merecen ningún otro comentario, por cuanto se trata de lesiones presentes en todos los períodos prehistóricos.

Muy especial interés tienen las mutilaciones dentarias de los individuos 1, 3, 6 y de las dos piezas sueltas por cuanto constituyen una auténtica rareza. Este tipo de prácticas han sido descritas entre los pueblos primitivos de América, África y del Sudeste Asiático y también en los pueblos prehistóricos Norteafricanos, pero en Europa, en que parece ser que los historiadores clásicos grecolatinos las habían mencionado, no ha habido constancia objetiva de ellas hasta el pasado año, en que reportamos un caso que probablemente sea el primero conocido en nuestro país y en Europa, el cual tuvimos la oportunidad de poderlo estudiar y procedía del poblado ibérico de Ullastret (Girona) (Campillo, 1977) (*), y que parece datable en el siglo v a. C.

En general, según los distintos autores, las mutilaciones suelen afectar exclusivamente a los dientes anteriores, tal y como sucede en los casos aquí estudiados, si bien en Ullastret también afectaba a los primeros premolares inferiores, resultando curiosa la extraordinaria se-

(*) CAMPILLO, DOMINGO (1977), comunicación presentada en el Simposio Internacional, «Los orígenes del Mundo Ibérico», Barcelona (actas en prensa).

mejanza entre las mutilaciones de los caninos mandibulares del individuo 1 (fig. 3) con las del individuo de Ullastret.

Teniendo en cuenta que con excepción de uno de los dientes sueltos (figuras 11 y 12) los restantes no presentan desgaste, hemos de suponer que se trata de prácticas póstumas como en Ullastret, llamando la atención la destrucción sistemática de los dientes superiores en el individuo 1 (fig. 1).

Los pueblos primitivos suelen realizar estos ritos en vida y con frecuencia se trata de simples avulsiones, que también fueron detectadas en el período Neolítico en los individuos de la raza de Mechta-El-Arbi (Argelia), estudiados por Vallois.

No creo procedente extenderme más sobre este tema en tanto no pueda realizar una extensa búsqueda bibliográfica, muy dificultosa tanto por las numerosas publicaciones sobre poblaciones primitivas que las han practicado como por haber resultado apócrifas algunas de las citas consultadas (**), sobre todo las referentes a autores clásicos.

Finalizo esta exposición resaltando que, dadas las distancias en el tiempo y entre los lugares geográficos de Ullastret y del Barranco de la Higuera, hemos de suponer que estas prácticas, probablemente, tuvieron una notable difusión durante un largo período de tiempo y en una amplia zona de la península, pero solamente el hallazgo de nuevos casos confirmaría esta hipótesis.

(**) GEORGES DOTIN (1957) indica que en los siguientes textos clásicos se mencionan las mutilaciones dentales rituales entre los bárbaros: CÉSAR, III, 22, *Los Aquitanios*; CÉSAR, VII, 40, *Los galos transalpinos*; MACROBIO, *Saturnales*, I, 19, 5; STRABÓN, III, 4, 17-18; TÁCITO, *Germania*, 14. Consultadas estas referencias, no pude confirmar en los textos lo expuesto por dicho autor.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. BRABANT, H. (1974), «Remarques sur la dentadure du crâne du roi Cyrima II Rujugira (Afrique centrales)», *Bull. Group. europ. Rech. sc. Stomat. et Odont.*, 17, págs. 99-103.
2. BROTHWELL, D. (1972), *Digging up Bones*, Londres, Ed. British Museum (Natural History), 196 págs.
3. COMAS, J. (1957), *Manual de Antropología Física*, México, Ed. Univ. Autón. de México, 710 págs.
4. DOTTIN, G. (1916), *Les anciens peuples de l'Europe*, Ed. C. Klincksieck, París, 146 págs.
5. GILL, G. (1974), «Toltec period man from coastal West México», *Am. J. Phys. Anthropol.* 40 (1), pág. 137.
6. PEZZOLI, M. (1976), «La decorazione dentaria nell'America precolombina», *Minerva Stomatol.* 25, págs. 33-48.
7. PINDBORG, J. (1975), «Dental mutilations among villagers in Central Java and Bali», *Community Dent. Oral Epidemiol.* 3 (4), págs. 190-193.
8. SCHULTZ, P. (1977), «Task Activity and Anterior Tooth. Grooving in Prehistoric California Indians», *Am. J. Phys. Anthropol.*, 46, págs. 87-92.
9. VALLOIS, H. (1971), «Le crâne-trophée Capsien de Faid Souar II, Algérie (feuilles Laplace, 1974)», *L'Anthropologie* (París), 75, 5-6, págs. 397-414.
10. VERGER-PRATOUCY, J. C. (1975), «Histoire des extractions dentaires: Mise au point concernant la période préhistorique», *Actual Odontostomatol* (París), 111, págs. 421-428.

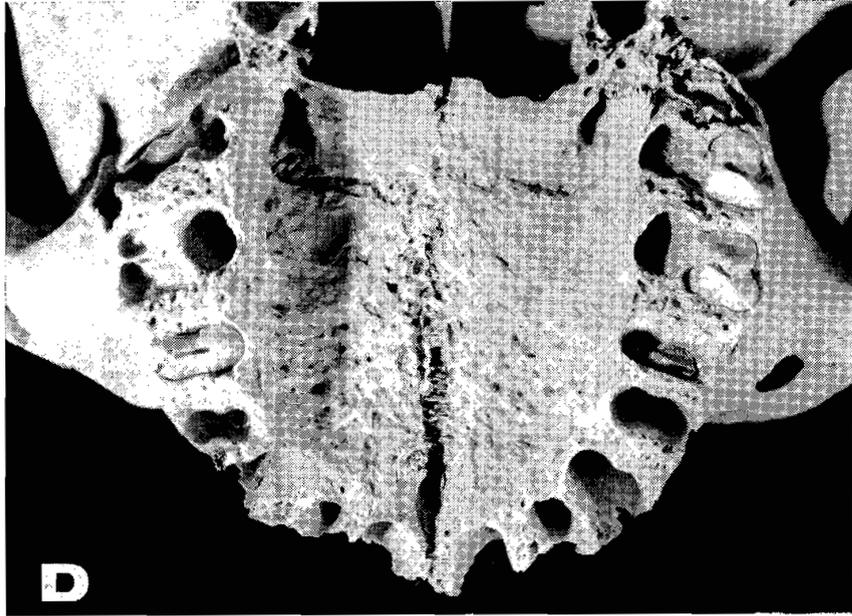


Fig. 1

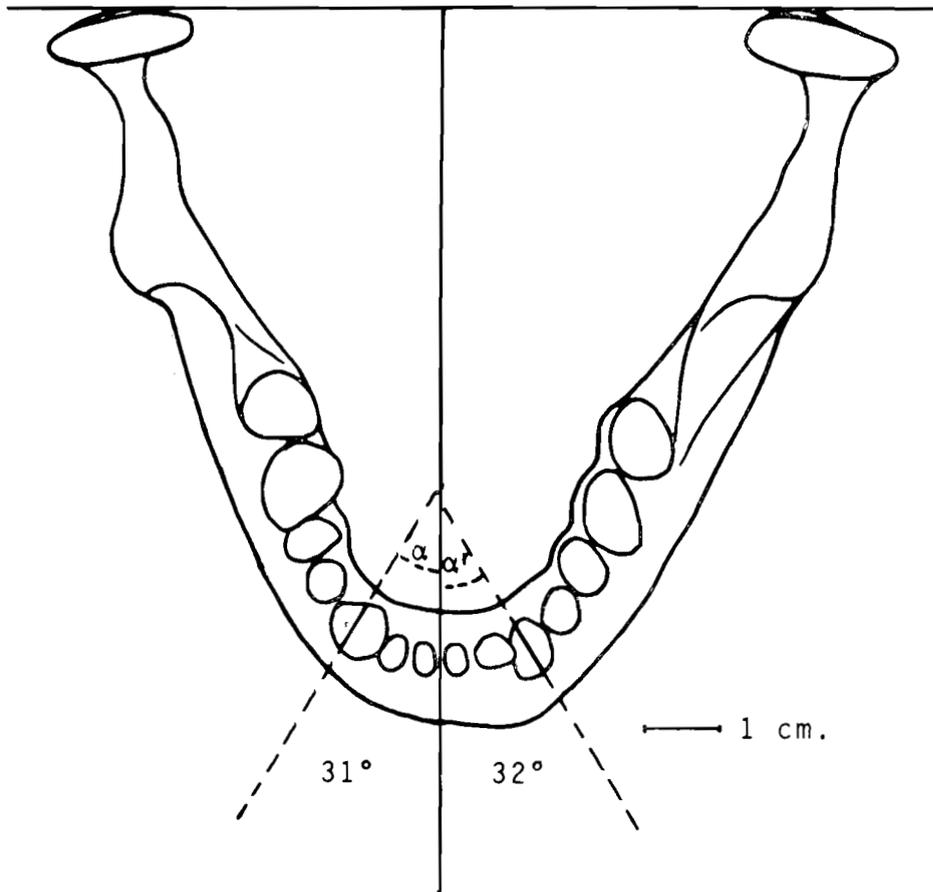


Fig. 2

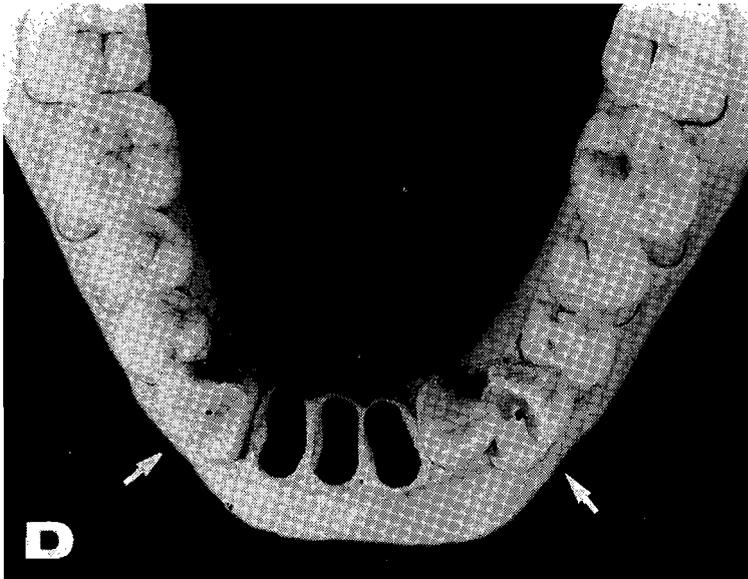


Fig. 3

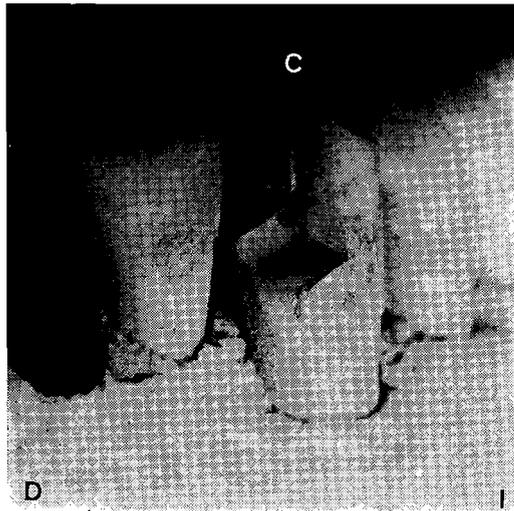


Fig. 4

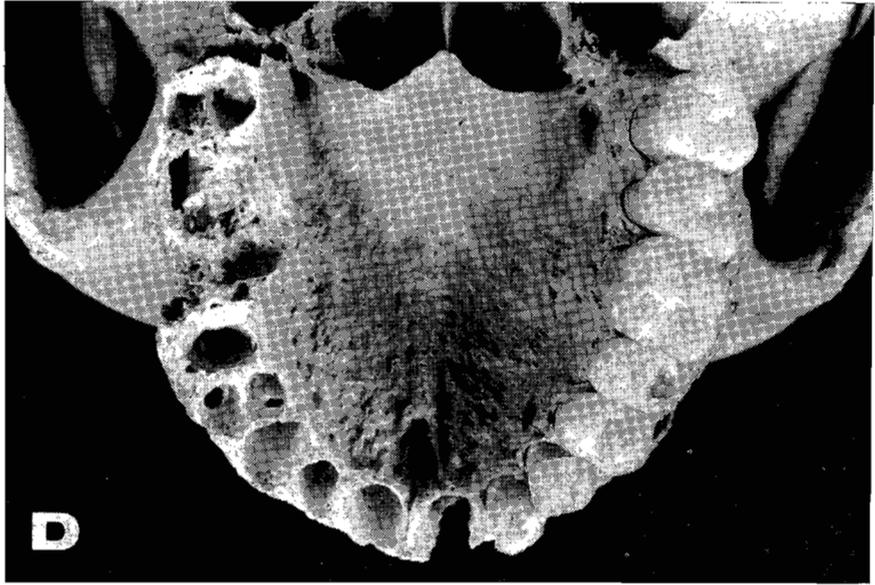


Fig. 5

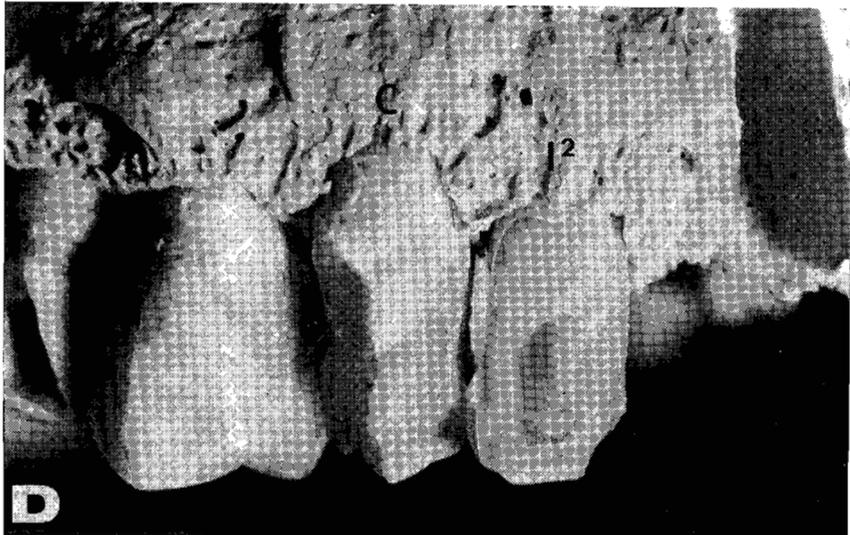


Fig. 6

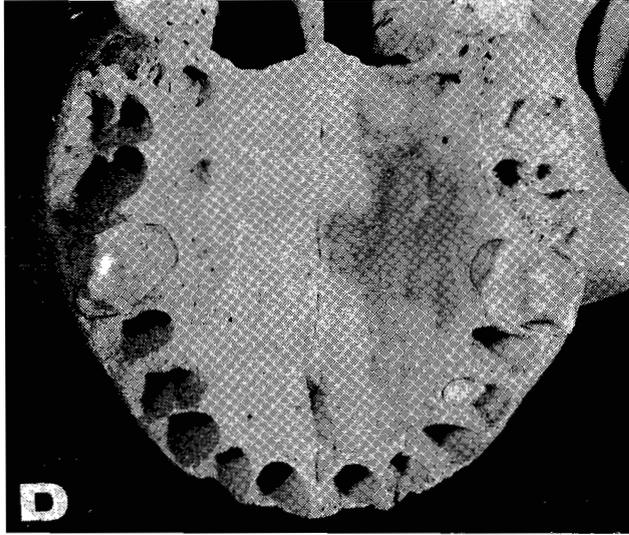


Fig. 7

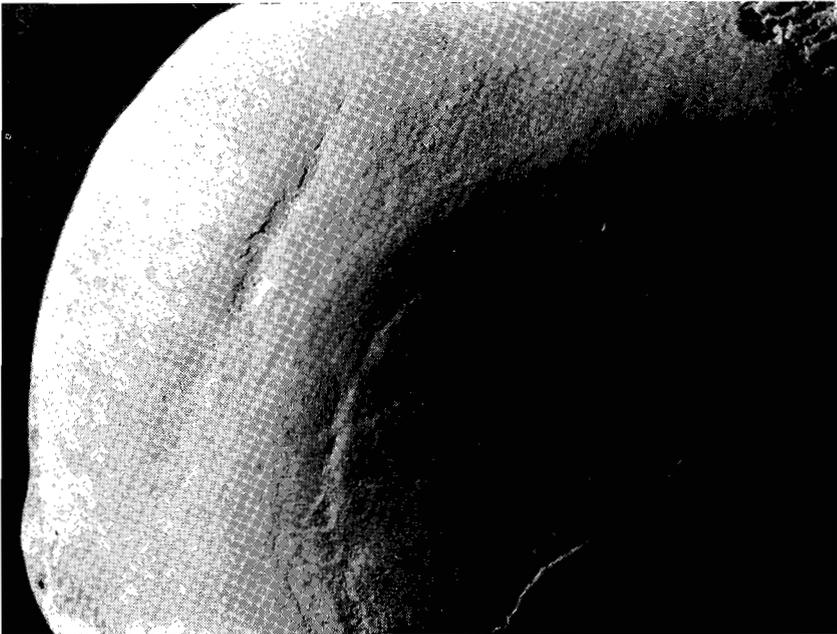


Fig. 8

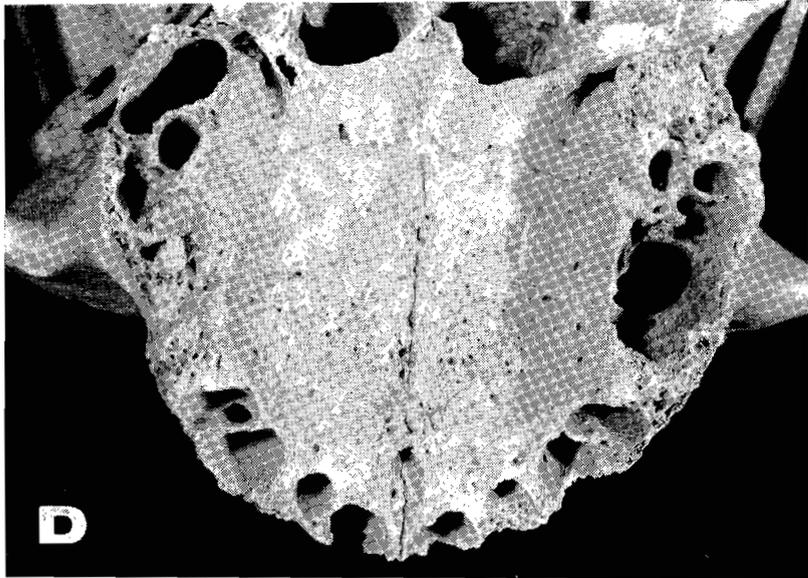


Fig. 9

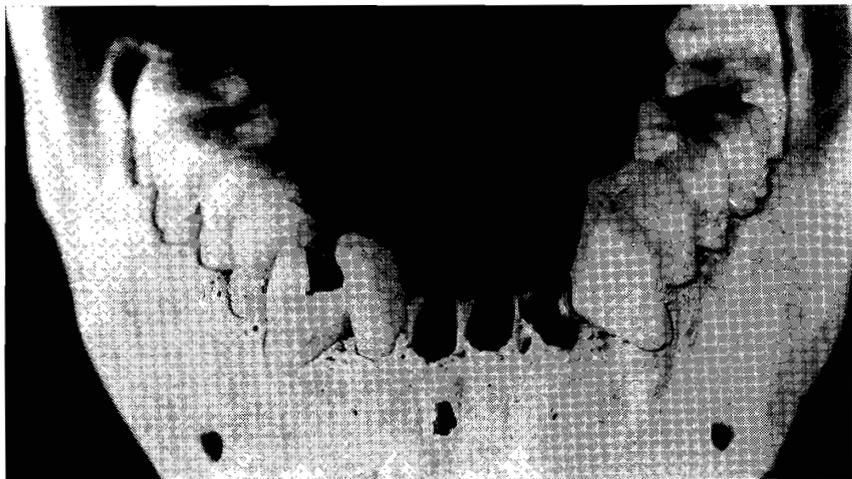


Fig. 10

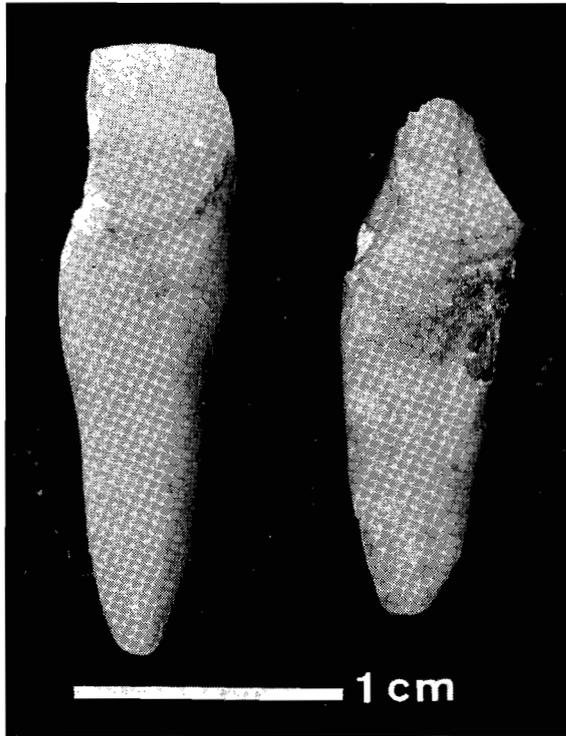


Fig. 11

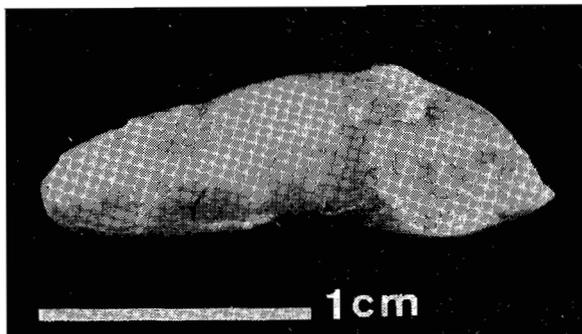


Fig. 12

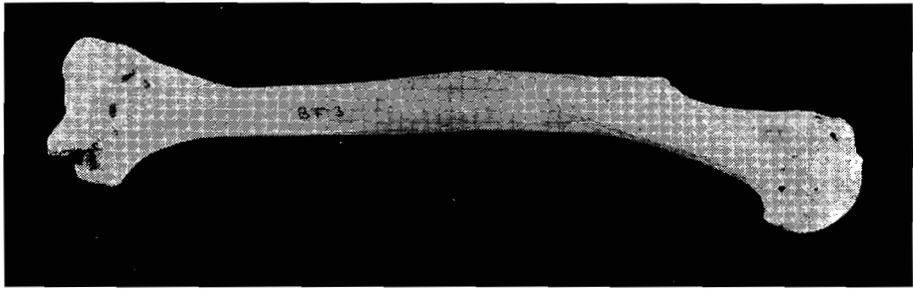


Fig. 13

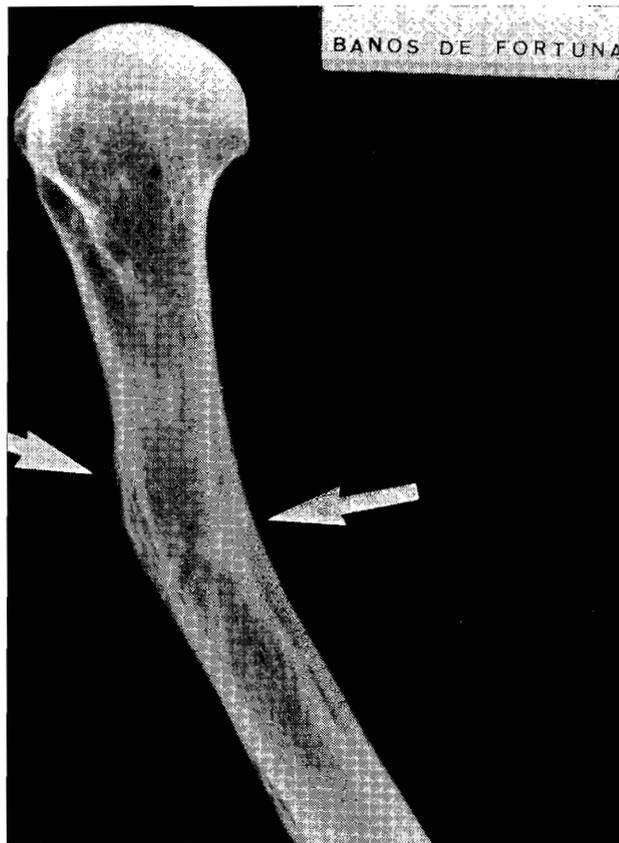


Fig. 14