

REUMATISMO ARTICULAR EN LAS POBLACIONES
PREHISPÁNICAS DE CANARIAS. A PROPÓSITO
DE DOS PROBABLES NUEVOS CASOS
DE ESPONDILITIS ANQUILOSANTE
EN ABORÍGENES DE TENERIFE

P O R

CONRADO RODRÍGUEZ MARTÍN

Es bien sabido que las enfermedades reumáticas constituyen hoy uno de los capítulos más importantes en cuanto al número de consultas se refiere en los diferentes centros médicos y hospitalarios, ya que su frecuencia parece aumentar de día en día. Por otra parte, las graves connotaciones sociales que conlleva la «enfermedad reumática» (invalideces temporales o definitivas, absentismo laboral, ...) hacen que actualmente, encontrándonos a las puertas del siglo XXI, el «reumatismo» cobre especial interés en los planes sanitarios de los países desarrollados. Se demandan centros especializados y, por consiguiente, más especialistas en Reumatología, en Ortopedia, en Rehabilitación, fisioterapeutas, asistentes sociales, etcétera... De otra parte, se reclama, muchas veces con urgencia, información sobre el tema por gentes ajenas a la Medicina, por ese gran público que, aún en una gran proporción, confunde lo que es el reumatismo y la artritis (Dudley Hart, 1987).

Muchas son las explicaciones que se han buscado a este tremendo incremento en los padecimientos articulares (que son de los que nos ocuparemos en el presente trabajo) y que afectan a

una gran parte de la población: enfermedad propia de la civilización y del progreso; tributo que hay que pagar a la cada vez mayor expectativa vital; etc... Pero, si realizáramos estudios detallados y con carácter epidemiológico de los miles de esqueletos prehistóricos que en los museos e instituciones de los cinco continentes se encuentran custodiados nos daríamos cuenta que la enfermedad articular, por denominarla de una manera general (ya que como señala Campillo, 1983, no existe una definición que complazca a todos), se encuentra presente desde las épocas más remotas y en un alto porcentaje, sobre todo en ciertas y determinadas poblaciones, llegando a ser el diagnóstico más común en osteoarqueología según Grmek, 1983. Efectivamente, ya Baudouin, en 1923, afirmaba que «la osteoartritis crónica es la más vieja enfermedad del mundo», pudiéndose observar en animales que han precedido en millones de años la aparición del hombre sobre la tierra.

¿Porqué se estudia la enfermedad reumática en Paleopatología con un cada vez mayor interés? Varias son las razones. J. B. Bourke (1967) indica que los estudios de estas enfermedades se realizan para «registrar la extensión de su historia y para estudiar su historia natural», ya que ello puede proveer información acerca de los cambios en las manifestaciones de la enfermedad o, a menudo, sobre su etiología. Por otra parte, nos puede proporcionar información médica forense como método de determinación de la edad. Además, y siguiendo con Bourke, la tasa de desarrollo de los cambios artríticos entre las diferentes razas, en los diferentes tiempos históricos y entre las diferentes edades suministrará datos no sólo cronológicos sino también acerca de la patología subyacente.

A estas buenas razones reseñadas por Bourke debemos añadir otra: la influencia que en algunas de estas enfermedades tiene el medio ambiente en el que se mueve el sujeto y la actividad que éste desarrolla. De todos es sabido que las artropatías mecánicas están en dependencia directa con el terreno (sobre todo la artropatía de los miembros inferiores) y con el trabajo (las de los miembros superiores y las de la columna en los individuos sometidos a trabajos de carga).

Todo lo anteriormente apuntado nos ha llevado a la realiza-

ción de este trabajo en el que se pretende revisar el estado de la cuestión en las Islas Canarias y aportar nuevos datos sobre el tema. Para ello lo dividiremos en los siguientes apartados:

1. Revisión bibliográfica de la paleoreumatología en las Canarias prehistóricas.
2. Breve recuerdo de las principales características de la Espondilitis Anquilosante.
3. La Espondilitis Anquilosante en Paleopatología.
4. Descripción de los casos.
5. Resumen y conclusiones.
6. Bibliografía consultada.

Este trabajo se pretende que sea el prelude de uno de mucha mayor amplitud que abarque una revisión exhaustiva y minuciosa de las diferentes enfermedades con repercusión articular entre las poblaciones prehistóricas del archipiélago, en el que se tratará de aportar nuevos datos acerca de las culturas aborígenes de las islas, de las que —por desgracia— se desconoce casi absolutamente todo lo referente a sus enfermedades. Ya L. Diego Cuscoy, en su obra «Los Guanches» publicada en 1968, señalaba que la patología del guanche se encontraba en una fase que se podría llamar «literaria», puesto que se seguía nutriendo de noticias entresacadas de crónicas e historias generales. Todavía hoy, veinte años después de la aparición de la excepcional obra de Cuscoy, esta afirmación sigue vigente pues se sigue obviando, en muchos sectores de la investigación de la Prehistoria canaria, el análisis paleopatológico de los restos esqueléticos y momificados. Realmente, si salvamos algunas excepciones, muchos son los estudiosos que han ignorado este capítulo fundamental de la Historia y de la Cultura, haciendo realidad lo que Marcel Sendraill (1983) afirma en el primer párrafo de su «Historia cultural de la enfermedad»:

«Nos gustaría creer que cuando nuestros padres, según las viejas fábulas de los pueblos, moraban en los jardines del edén, desconocían la enfermedad como desconocían el pecado. Ilusorio es, sin duda alguna, este sueño dorado de una época premórbida, de un reino saturniano, tan

próximo a la inocencia original que ni la carne había aprendido aún a sufrir, ni el espíritu estaba atormentado por el temor de la decadencia y de la muerte.»

1. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LA PALEOREUMATOLOGÍA EN LAS CANARIAS PREHISPÁNICAS

En este apartado hemos preferido hacer una revisión por autores en lugar de la clásica de enfermedad y topografía corporal, pues esto sería disgregar demasiado la cuestión. Al final del párrafo se hará un pequeño resumen donde se tratará de agrupar los datos obtenidos.

La revisión bibliográfica acerca de la Espondilitis Anquilosante no se tratará aquí sino en el apartado de la Espondilitis Anquilosante en Paleopatología.

Comenzaremos con la obra de uno de los primeros investigadores de la Antropología Física y Paleopatología de las Islas Canarias: el norteamericano Earnest A. Hooton, de Harvard, quien en 1915 estuvo en Canarias estudiando su Prehistoria. En su gran libro «The Ancient Inhabitants of the Canary Islands» (1925), trató de alguna manera con el tema de la enfermedad. Hooton indica que la mayoría de los hallazgos patológicos en las varias series de cráneos por él estudiadas son de origen traumático con excepción de caries dental, absorción alveolar y trastornos de tipo artrítico —que es lo que aquí nos interesa— en la fosa glenoidea y en el rofamen magnum, lo cual, según él, se debe probablemente a las absorciones alveolares.

La obra de Hooton, aparte de otros muchos, tiene el valor de ser la de un pionero en el campo de la Paleopatología canaria (siempre salvando el precedente de Chil y Naranjo, que fue Director del Museo Canario de Las Palmas en el pasado siglo).

Siguiendo con un orden cronológico, después de Hooton sería el médico grancanario Juan Bosch Billares, Director del Museo Canario durante cuarenta años y auténtico pionero de la investigación paleopatológica no sólo en Canarias sino en toda

España, el que volvería a ocuparse de la enfermedad articular entre las poblaciones aborígenes canarias. Bosch (1961, 1967 y 1975) observa algunas (?) lesiones de la articulación temporomandibular y de la columna vertebral, pero no describe ningún caso específico de los muchos que se encuentran en los fondos del Museo Canario, y sólo habla en términos generales de 'enfermedad reumática', destacando que «a esta enfermedad reumática se la consideró como enfermedad específica del hombre de la piedra tallada, ya que las condiciones del clima a que estaba sometido y por ser este frío y húmedo e inadecuado para construir habitaciones impermeables, se vio obligado a vivir en cavernas» (Bosch Billares, 1975, p. 109).

Basta echar un vistazo a estos libros —sobre todo a «Paleopatología ósea de los primitivos pobladores de Canarias» (1975)— para darnos cuenta que, en realidad, se trata de unas obras dedicadas en su noventa por ciento a la paleopatología del cráneo, a pesar de que sus títulos pudieran indicar un carácter más general, obviando muchos datos potencialmente obtenibles del material esquelético postcraneal. Por este motivo, no es de extrañar que apenas se dediquen tres o cuatro páginas en cada una de estas obras, y aún esto en términos muy generales, a las enfermedades articulares, y, además, repitiendo casi literalmente lo mismo que se había dicho al respecto en la anterior. Algo parecido se puede observar en la «Medicina en la Provincia de Las Palmas» (Bosch Millares & Bosch Hernández, 1981), donde en el capítulo dedicado a la medicina indígena sólo se habla del reumatismo articular referido al cráneo (artropatía temporomandibular y occipital) y la columna vertebral.

En definitiva, podemos decir que a la ingente obra de Bosch quizás le faltó una aproximación epidemiológica a la enfermedad y una mayor especificidad a la hora de hablar de las enfermedades del esqueleto postcraneal. Por supuesto, con esto no se pretende, en modo alguno, hacer una crítica del ilustre grancañario sino tan sólo apuntar que sus, ya de por sí, grandes aportaciones a la Paleopatología Canaria, podrían haber sido aún mayores.

Contemporáneos a los trabajos de Bosch fueron los del antropólogo físico español Miguel Fusté, que aunque en su mayor parte estuvieron dedicados a su especialidad también trataron de la enfermedad. En 1961 Fusté encontró artropatía temporomandibular en un 7,14 por 100 (3 casos sobre 42 individuos observados) de la población aborigen de los túmulos de la región de Galdar (Gran Canaria). En 1961-62, en otro trabajo dedicado a esa misma región de Gran Canaria, Fusté demostró la existencia de procesos de origen reumático con formación de numerosos osteofitos, principalmente en la epífisis de los huesos largos, en una numerosa proporción de casos, llegando al 40,63 por 100 (13 casos de 32 esqueletos examinados, sin atender a la columna vertebral). En algunos sujetos, según la opinión de Fusté, el reumatismo llegaba a afectar a la práctica totalidad de las articulaciones, con deformaciones importantes de las epífisis de algunos huesos.

Como bien se puede observar, Fusté sí introduce en sus investigaciones el estudio estadístico lo que hace que sus publicaciones sean muy útiles desde el punto de vista de la paleoepidemiología.

Algo posteriores a los de Bosch Millares y Fusté son los trabajos de Pilar-Julia Pérez y Manuel García Sánchez, de las Universidades de Madrid y Granada respectivamente.

P. J. Pérez (1980-81) encontró 'Espondiloartrosis deformante' en las piezas N. 2, A. 19 b (con dos vértebras: D12 y L1) con proliferaciones osteofíticas y osteosclerosis. Indica que existe calcificación intensa del ligamento vertebral anterior en esta pieza que podría hacer pensar en una 'Espondilitis Anquilosante', pero este diagnóstico es dudoso. Esta pieza descrita por Pérez, al igual que todas las que a continuación se comentarán, pertenecen a las colecciones del Museo Canario de Las Palmas de Gran Canaria.

En cuanto a la artropatía temporomandibular la observó en los casos: N. 364, A. 18 b (hombre adulto de Guayadeque, Gran Canaria); N. 865, A. 19 a (mujer adulta de Guadadeque). Mandíbulas N. 25 y sp. 2; N. 290 y cráneos N. 12, A. 4, Est. 3 (hombre de Tejeda, Gran Canaria). Cráneos N. 729 y N. 859

(hombre senil de Guayadeque), N. 429, A. 18 b y N. 289, A. 18 b (ambos hombres adultos de Guayadeque); N. 859, A. 19 a (mujer entre la edad adulta y la senil) y N. 279, A. 19 a (hombre adulto). En el cráneo N. 645, A. 19 a observó artropatía de los cóndilos occipitales.

En las articulaciones de los huesos largos observó artropatía degenerativa en:

Fémur N. 102, A. 23, Est. 7 (derecho, perteneciente a un hombre de Guayadeque), donde se aprecia afectación de los cóndilos femorales; fémur izquierdo L. 114, A. 6, con artropatía de los cóndilos; fémur N. 17, perteneciente a un hombre, presenta afectación del cóndilo externo; fémur L. 116, A. 30 (Guayadeque, sin determinar sexo), tiene afectado el cóndilo medial; fémur N. 31 (masculino), afección de ambos cóndilos.

Por lo que respecta a la afectación de las articulaciones tibiales, éstas fueron sus observaciones: tibia L. 110, A. 18 presenta artrosis proximal; L. 101, A. 23, Est. 5 con artrosis distal; N. 27, se encuentra afectado el platillo tibial; L. 113, A. 13 (masculina), artrosis proximal; N. 29, artrosis de la meseta tibial externa.

En los húmeros: N. 11, A. 19 b, artrosis distal; L. 101, A. 19, artrosis supratroclear.

Cúbito N. 26, A. 19 b (posiblemente de sexo masculino), presenta una artrosis en la articulación proximal; L. 105, A. 19 b, L. 103, A. 19 b, y N. 108, A. 18, los tres perteneciente al Barranco de Guayadeque en Gran Canaria, presentan artrosis proximal.

Radio L. 107, A. 18 (asimismo de Guayadeque), muestra artrosis de su articulación proximal.

En un trabajo posterior (1981), P. J. Pérez realiza una nueva revisión del material osteológico del Museo Canario señalando la presencia de lesiones artríticas en los esqueletos pertenecientes a los 'guanches' (impropiamente llamados así, pues como se sabe los guanches son sólo los habitantes prehispánicos de Tenerife y no los de todo el archipiélago canario).

Al tratarse de revisiones del material osteológico del Museo Canario, P. J. Pérez ha prescindido de los estudios estadísticos

por lo que no se puede establecer la verdadera incidencia de estas afectaciones reumáticas en Gran Canaria en particular y en Canarias en general.

Uno de los grandes estudiosos de la paleopatología canaria en los últimos años ha sido el granadino Manuel García Sánchez, del Instituto F. Olóriz. En un trabajo, publicado en 1979, sobre la cueva sepulcral de Pino Leris (La Orotava, Tenerife), García Sánchez observó lesiones temporomandibulares en una proporción del 30 por 100, predominando entre el sexo masculino, y sobre todo en el lado izquierdo, afectando fundamentalmente la lesión al cóndilo mandibular. Igualmente, aprecia una tercera vértebra cervical con signos artrósicos en la carilla articular inferior derecha y superior izquierda, y en la cara articular inferior del cuerpo; tres vértebras lumbares (dos de ellas, L3 y L5, pertenecientes al mismo sujeto) presentan osteofitos en todo el reborde superior del cuerpo vertebral sin afectación de las pequeñas articulaciones.

García Sánchez observa, igualmente, signos de artrosis en los miembros. Así, en un trapecio izquierdo se aprecia la superficie articular con el escafoides —así como la destinada al I metacarpiano— con lesiones artrósicas incipientes. En los miembros inferiores los metatarsianos III y IV derechos y V izquierdo tienen epífisis proximales con superficie rugosa, señal inequívoca de artropatía degenerativa avanzada.

Este trabajo de García Sánchez, fundamentalmente en su parte dedicada al estudio de las lesiones maxilo-dentales, es valioso porque por vez primera, y salvando el ya comentado precedente de Fusté, se pasa del estudio meramente descriptivo y general, al análisis estadístico de las lesiones articulares y a su proporción por sexos y edades, que son mucho más indicativos. Igualmente, se relaciona la lesión articular a nivel temporomandibular con la reabsorción alveolar más o menos avanzada, que se vio en todos los casos a pesar de que sólo un sujeto estaba dentro de la edad senil.

En trabajos posteriores (1977-79, 1980), sobre los restos humanos encontrados en San Nicolás, en la isla de Gran Canaria, García Sánchez constató la existencia de diversas lesiones poliartríticas de tipo reumatoideo en los sujetos número 1

y 3 de 'El Lomo de los Caserones', en la Aldea de San Nicolás. El sujeto número 3 presenta asociada una artrosis. En el sujeto número 1 (hombre de unos 45 años), la Artritis Reumatoide era bilateral y simétrica de predominio derecho, y afectaba a las articulaciones escápulo-humeral, acromio-clavicular, húmero-cubital y radio-cubital superior. El miembro superior izquierdo no se afectaba, excepto en la primera articulación carpo-metacarpiana. En los miembros inferiores se observa afectación bilateral en las rodillas y alteraciones en la articulación tibio-astragalina y tarso-metatarsiana derechas y quinta interfalángica proximal del pie izquierdo. Igualmente, se ve afectada la carilla odontoidea del atlas. En general, se observaba descalcificación de los extremos óseos de las articulaciones.

El sujeto número 3 (mujer madura) —prescindimos de cualquier tipo de comentario social-antropológico realizado al respecto por García Sánchez et al—, presentaba vestigios de Artritis reumatoide asociada con artrosis, interesando a la articulación temporomandibular derecha y a las articulaciones acromio-claviculares, esternoclaviculares, las articulaciones de la muñeca, segunda carpo-metacarpiana y primera metacarpo-falángica derechas. En los miembros inferiores se afectan la rodilla izquierda y las articulaciones tibio-peronea superior, calcáneo-astragalina, tarso-metatarsiana y primera metatarso-falángica derechas y la cuarta metatarso-falángica izquierda. La columna vertebral se afecta de la tercera cervical a la primera dorsal, en las grandes articulaciones, sin afectarse las pequeñas. También se observa afectación de las costotransversas y costovertebrales de las primeras 4 costillas derechas, así como en las articulaciones de la muñeca derecha y pie izquierdo y en otros 24 huesos.

Trabajos más recientes son los de García García y De la Barreda López. Veamoslos.

García García (1984) en su trabajo «Morfopaleopatología ósea del aborigen canario. Estudio en huesos fémures», realizado sobre grupos poblacionales prehistóricos de las islas de Tenerife y El Hierro, observó signos de artrosis en todos los grados. También la encontró, aunque no entrara dentro de su

campo de estudio, en las articulaciones del codo y del tobillo. Señala que la gonartrosis prepondera sobre la coxartrosis en las series por él estudiadas.

La patología presente en los cóndilos femorales fue dominada por la osteocondritis disecante con 28 sobre 47 casos, la artrosis apareció en un 7,9 por 100. Por contra, en la patología de la cabeza femoral era con mucho la más frecuente.

Globalmente, la patología artrósica alcanza un 30 por 100 en los fémures estudiados.

Aparte del factor mecánico, según García García, en la artrosis influye decisivamente el factor edad. Dado el número de casos de esta patología existente en las series observadas por él y los signos evidentes de envejecimiento que presentaban, indica:

«... lo que nos obliga a diferenciar a nuestras primitivas poblaciones con el resto de las sociedades antiguas en las que la duración de la vida es mucho menor». García García, 1984. P. 244.

Y continúa en la misma página:

«No debemos olvidar, que este tipo de patología, la más abundante que hemos encontrado, no guarda correlación alguna con la altitud ni zona geográfica, lado, sexo o ángulo cervicodiafisario o de anteversión, lo que nos induce a pensar que la misma se da indistintamente en los individuos aborígenes sin diferenciación alguna de donde habitan y por tanto no existe patología predominante en algún tipo poblacional diferente.»

Según García García, a mayor longitud femoral existe menor patología femoral, o lo que es lo mismo, a mayor estatura menor patología (especialmente a nivel de la rodilla).

J. de la Barreda López (1985) señala que «la artrosis se encontró en gran número de individuos, lo que indica dos cosas: 1) la longevidad del pueblo guanche; 2) la sobrecarga articular diaria que infringían a su esqueleto» (J. de la Barreda, 1985, p. 16).

De la Barreda encontró 20 casos de artrosis en toda la muestra (210 tibias de Tenerife y El Hierro) lo que representa un 9,5 por 100. Geográficamente su distribución sería 4 casos para El Hierro (1,9 %), 3 para la zona norte de Tenerife (1,42 %) y 13 para la zona sur de la misma isla (6,19 %). Concluye afirmando que:

«La artrosis aparece en los huesos de más talla; es debido a que los de más talla y, por lo tanto, los de mayor índice de robustez, son los más musculados, y, por lo tanto, había una sobrecarga y un sobrepeso articular» (De la Barreda, 1985, p. 219).

Esta afirmación choca con la realizada por García García (1984) quien sostiene que a mayor talla menor es la patología artrósica observada.

En un trabajo más reciente (1986) sobre la columna y la pelvis de los habitantes prehispánicos de Tenerife y El Hierro, De la Barreda ha observado como patología más frecuente la artrosis. La «artrosis vertebral» apareció con una frecuencia del 17,7 por 100 (él lo achaca a los grandes esfuerzos mecánicos), siendo mayor su incidencia en el Norte de la isla de Tenerife. Las regiones más afectadas eran la cervical y la dorsal. La artrosis sacra se observó con una frecuencia del 28,7 por 100, y en su mayor parte en sujetos ancianos, lo que —según De la Barreda— es indicativo de su gran longevidad. Igualmente su distribución geográfica indicaría una mayor abundancia en la zona norte de Tenerife, y, sobre todo, entre el sexo femenino. Por el contrario, sólo pudo encontrar un 3,5 por 100 de artrosis de coto y un 4 por 100 de artrosis pélvica (más abundante en el norte de Tenerife).

«A modo de resumen —indica al final de su trabajo De la Barreda— de nuestras conclusiones podemos concretar finalmente que los habitantes de la zona norte de la isla padecían más patología artrósica vertebral, de cadera y lumbosacra, especialmente en el sexo masculino, con huesos de mayor edad y por tanto de mayor envejecimiento, lo que demuestra que tendrían mayor longevidad y apreciándose mayor robustez ósea.

Por el contrario, los habitantes de la zona sur tendrían menor índice de longevidad, pues se encuentran muchos más huesos jóvenes y tendrían menor patología artrósica, tanto en vértebras, sacros y pelvis» (J. de la Barreda, 1986, pp. 302-303).

Tócanos ahora realizar un pequeño resumen de los datos obtenidos en esta revisión bibliográfica de las enfermedades reumáticas articulares en las Canarias anteriores a la conquista. Salvando los casos de Espondilitis Anquilosante, que serán revisados en otro apartado de este trabajo, podemos observar las siguientes conclusiones:

1. Por lo que respecta a la *Artrosis*, ésta ha sido con gran diferencia la enfermedad articular más observada en las poblaciones prehispánicas de Canarias. Se ha localizado en diferentes zonas geográficas dentro de la práctica totalidad de las islas, aunque faltan bastantes datos al respecto en Lanzarote, La Gomera y La Palma, siendo la isla de Tenerife la que se ha estudiado con carácter más sistemático (García Sánchez, 1979; García García, 1984; y J. de la Barreda, 1985, 1986).

En cuanto a su localización en el esqueleto, se han encontrado signos de artrosis en la práctica totalidad de las articulaciones potencialmente susceptibles de padecerla. Los trabajos de Hooton (1925), Bosch Millares (1961, 1967, y 1975) y Pérez (1980-81, 1981), por no aportar frecuencias, son válidos a la hora de señalar la existencia del padecimiento y describirlo, pero su valor se ve más limitado desde el punto de vista estadístico-epidemiológico.

La artropatía de origen artrósico a nivel temporomandibular se ha encontrado con frecuencias oscilantes entre el 7,14 por 100 (Fusté) en la población aborigen de Galdar (Gran Canaria) y el 30 por 100 (García Sánchez) para la de Pino Leris (La Orotava, Tenerife).

La artrosis de la columna vertebral fluctúa entre 17,7 por 100 de la población del Tenerife prealonsino (De la Barreda, 1986) y un porcentaje mucho mayor para la población de Galdar (Fusté, 1961-62).

En los miembros inferiores, García García (1984) encontró un respetable porcentaje de casos de gonartrosis y coxartrosis

en Tenerife, dato que confirma De la Barreda (1985), con un 9,5 por 100 de gonartrosis para la población de la isla.

Igualmente se ha encontrado artrosis, como ya ha quedado dicho, en otras articulaciones de los miembros superiores (fundamentalmente en la del codo, seguida de la articulación de la muñeca). En los miembros inferiores también se ha encontrado en los metatarsianos, ...

2. En lo que se refiere a la *Artritis Reumatoide* hay que señalar que, curiosamente, de todos los autores revisados es García Sánchez (1977-79, 1980) el único que describe algún caso de esta enfermedad. Quizás, como muy bien señalan Pía Bennike (1985) y Ortner y Putschar (1985), los problemas en la diferenciación de la *Artritis Reumatoide* de otros tipos de artropatía, fundamentalmente de la artrosis, hacen que se hayan descrito muy pocos casos en la literatura paleopatológica. Por este motivo, no es de extrañar que en los escasos estudios que hasta la fecha se han llevado a cabo en Canarias sobre las enfermedades de sus antiguos habitantes no aparezcan citadas más artropatías que la artrosis, ésta en un gran número de especímenes, y algunos casos de *Artritis Reumatoide* (como ya se ha indicado el único autor que la describió fue García Sánchez, y todos los ejemplares provenían de Gran Canaria).

2. BREVE RECUERDO DE LAS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

2.A. *Sinonimia*

Espondilartritis anquilopoyética; espondilitis anquilosante (que es el término más empleado en la actualidad); espondiloartritis anquilosante; espondilosis rizomélica; enfermedad de Pierre Marie-Strümpell; espondilitis osificante ligamentaria; espondilitis deformante; pelviespondilitis osificante; etc...

Esta gran cantidad de definiciones, y otras que se han obviado para no hacer la lista interminable, ha hecho —como señala Wells (1964)— que muchas veces no se sepa a que se refiere el que escribe sobre la enfermedad, creándose un gran

confusionismo. Verdaderamente, existe un problema semántico a este respecto, ya que la auténtica espondilitis anquilosante se ha confundido con la espondilitis osteoartrítica o deformante, la cuál pertenece al grupo de las osteoartritis o artrosis (A. T. Sandison, 1968).

2.B. *Concepto*

La espondilitis anquilosante es una artritis inflamatoria de la columna vertebral, de tipo seronegativo, que afecta en todos los casos a las articulaciones sacroilíacas, a menudo a las articulaciones de las cinturas (pélvica y escapular) llegando a alcanzar el 50 por 100 de los casos; y con menor frecuencia a las articulaciones periféricas (siendo casi indistinguibles los cambios que produce en ellas con los originados por la artritis reumatoide), presentando una marcada tendencia a la anquilosis, de donde le viene su nombre.

Forma parte de un grupo que, como señala F. Dudley Hart (1987), responde al término de espondartritis y que incluye, además de la espondilitis anquilosante, a la artritis psoriásica, a la enfermedad de Reiter, a las artropatías enteropáticas, a las artritis reactivas, a la uveítis anterior aguda, y a la artritis crónica juvenil.

2.C. *Historia*

Señala Keith Manchester (1983) que la espondilitis anquilosante es una enfermedad de considerable antigüedad y, por ello, no es de extrañar que existan casos similares en especies animales extinguidas.

Aunque la enfermedad sería estudiada y reconocida como entidad clínica diferenciada gracias a los magníficos trabajos de tres grandes neurólogos del período positivista de la Medicina: Pierre Marie (1859-1940); Vladimir Mikhailovich Bechterev (1857-1927); y Adolf von Strümpel (1853-1925), la primera descripción de la misma, como recuerda Manchester (1983), se realizó en el año 1691 y dice textualmente:

«Recientemente he visto en Francia parte de un esqueleto humano consistente en el 'os ilium', 'os sacrum', las cinco vértebras de los lomos, diez de las dorsales, cinco costillas completas en el lado derecho y tres en el izquierdo... todos esos huesos que en estado natural se encuentran separados y distinguibles uno del otro estaban aquí tan estrechamente unidos, sus ligamentos perfectamente osificados y sus articulaciones tan borradas que realmente conforman un solo hueso, continuo y uniforme... la persona debe haber permanecido inmóvil, no podría ni doblarse ni extenderse por sí mismo, ni echarse, ni levantarse, ni darse la vuelta».

Esta descripción es lo suficientemente gráfica para hacernos ver las condiciones vitales de los desafortunados que padecieron la enfermedad.

Coincidiendo con Manchester, podemos decir que la extensión temporo-espacial de la enfermedad es muy amplia, y, como veremos en el apartado de la espondilitis anquilosante en Paleopatología, prácticamente se han visto casos en todas partes del mundo y en todos los períodos históricos.

2.D. *Epidemiología*

La mayoría de los autores coinciden al afirmar que la incidencia varía entre las diferentes razas y grupos de población, pero en general se puede cifrar entre el 1 y el 3 por 100 (N. Smukler, 1986).

Una de las frecuencias más altas se observa entre los indios Haida de la Columbia Británica, donde llega al 4 por 100 (Robinson et al), situando R. T. Steinbock (1976) la frecuencia en esta población en torno al 10 por 100 entre los hombres de más de 25 años.

Se produce con mucha mayor frecuencia entre los varones que entre las féminas (10/1-5/1), sobre todo en la segunda y tercera década de la vida (15-30 años). En general, es muy raro el comienzo antes de los 9 años o después de los 40 (Rotés Querol, 1983). Smukler (1986) señala que la proporción de frecuencias entre sexos antes señalada no es exacta, tal y como se

había creído hasta hace muy pocos años. Efectivamente, investigaciones epidemiológicas muy recientes han demostrado que esa relación de frecuencias no es correcta en la actualidad y que hoy se ve la espondilitis anquilosante con una relación intersexos de 1:1, pero ocurre que en las mujeres, en numerosas ocasiones, los casos son asintomáticos o con muy poca sintomatología.

2.E. *Etiología*

Es desconocida, pero —como señalan Rotés (1983) y Smukler (1986)—, es probable que la enfermedad sea producida por una combinación de factores genéticos y de factores exógenos (de éstos nada se sabe en cuanto a su identidad).

En 1973 se descubrió que entre el 85 y el 90 por 100 de los casos de espondilitis anquilosante existe el antígeno de histocompatibilidad genéticamente heredado, HLA-B 27. Asimismo, este antígeno es positivo en el 50 por 100 de familiares de primer grado de los enfermos, mientras que es positivo sólo en el 8 por 100 de la población general.

A la vista de lo dicho anteriormente, se puede decir (Lience Durán, 1979) que esta entidad se debe a un factor hereditario, y que, probablemente, ciertos factores ambientales tienen también protagonismo en el desencadenamiento de la misma.

También se ha señalado (Smukler, 1986) la posible relación de la espondilitis con agentes microbianos (de tipo *klebsiella pneumoniae* y *yersinia enterocolitica*).

2.F. *Anatomía patológica*

Prescindiremos de la afectación de las partes blandas ocupándonos tan sólo de la osteoarticular.

En las articulaciones periféricas, durante la fase activa, las alteraciones son muy parecidas a las de la artritis reumatoide (Ortner y Putschar, 1985), presentando en estadios avanzados fibrosis sinovial que puede experimentar una metaplasia condroide y ósea que acarrea la anquilosis de las articulaciones.

En la columna vertebral el núcleo pulposo, el anillo fibroso, y porciones de las vértebras se sustituyen por tejido fibroso vascularizado en el que faltan alteraciones inflamatorias. Estos cambios se acompañan de osificación causante de los puentes óseos (sindesmofitos) característicos de la enfermedad. En fases más avanzadas hay también calcificación del ligamento vertebral común posterior, ligamentos amarillos y ligamento interespinoso.

En general, podemos decir que la espondilitis anquilosante se localiza en el esqueleto axial, pelvis, columna vertebral y tórax. Las articulaciones sacroilíacas son su localización más constante y las primeras en las que se manifiesta. También afecta a las articulaciones periféricas, especialmente a las de las extremidades inferiores. No obstante, y como señala Manchester, 1983, la extensión de la espondilitis anquilosante tiene una variabilidad individual muy grande. Puede haber desde unas pocas vértebras afectadas hasta alteraciones muy severas de las articulaciones sacroilíacas, columna vertebral completa y articulaciones de las costillas, formando todo el conjunto una masa inmóvil.

2.G. *Complicaciones*

Es interesante, si quiera nombrarlas someramente, pues pueden indicarnos en qué condiciones pudieron haber vivido los individuos objeto del presente estudio.

- Iritis: consiste en una uveítis anterior aguda no granulomatosa. Se da entre el 10 y el 25 por 100 y generalmente es unilateral.
- Aortitis con insuficiencia valvular: se da en el 20 por 100 de los casos. A los 7 años de presentarse menos de un 50 por 100 de los enfermos sobreviven.
- Complicaciones neurológicas: se originan por subluxaciones vertebrales (sobre todo a nivel cervical) y por fracturas en columnas totalmente anquilosadas (recordemos que las columnas de estos enfermos son extrema-

damente vulnerables a los traumatismos y el más insignificante puede originar fracturas muy graves).

- En espondilitis anquilosantes avanzadas puede darse algún caso de síndrome de la cola de caballo (Rotés Querol, 1983). No obstante, esto es bastante infrecuente.
- Fibrosis y cavitación de los campos pulmonares superiores: es rara.
- Amiloidosis: aparece en un 5-6 por 100, siendo causa de muerte por uremia.

2.H. Radiología

Nos referiremos solamente a las manifestaciones radiológicas de la pelvis y de la columna, por ser éstos los restos que se estudian en este trabajo.

Como señala Lience Durán (1978), para el diagnóstico de la espondilitis anquilosante se precisa la existencia de una sacroiliítis radiológica. Hay osteoporosis moteada que puede alternar con osteosclerosis del ilíaco. Progresivamente la interlínea se estrecha hasta desaparecer cuando las articulaciones se han anquilosado. En las articulaciones intervertebrales posteriores y en la sínfisis púbica se ven alteraciones parecidas. En las últimas dorsales y primeras lumbares aparece frecuentemente la espondilitis anterior de Romanus-Yden con erosiones de los ángulos anteriores de los cuerpos vertebrales y cuadratura vertebral o squaring (cajón) (Mathies, 1977, y Ortner y Putschar, 1985).

Los sindesmofitos aparecen por calcificación de las zonas externas del anillo fibroso, sobre todo en la zona de tránsito dorsolumbar (Mathies, 1977). En fases muy avanzadas el gran número de sindesmofitos originan la columna en «caña de bambú», donde se pierden las curvaturas fisiológicas.

2.I. Pronóstico

Hoy en día la frecuencia de invalidez está entre el 5 y el 25 por 100 (Lience Durán, 1978; Rotés Querol, 1983; Smuk-

ler, 1986). En cuanto a la vida, el pronóstico es bueno, aunque hay circunstancias, como la insuficiencia cardíaca producida por la aortitis y la uremia por la amiloidosis, que pueden llevar a la muerte del enfermo.

3. LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE EN PALEOPATOLOGÍA

No se pretende en este apartado hacer una revisión absolutamente exhaustiva de los casos registrados en los diferentes informes y publicaciones paleopatológicos, que por lo demás estarían fuera de lugar, sólo se intenta reseñar los casos más interesantes registrados. Los casos los dividiremos según la zona geográfica donde se han observado y trataremos de ubicarlos en el período al que pertenecen, aunque esto sólo es posible en algunas ocasiones.

Señala D. Campillo (1983) que son muchos los casos de espondilitis anquilosante que se conocen en la literatura paleopatológica. Frente a esta opinión, compartida por muchos paleopatólogos, R. T. Steinbock (1976) explica que no es que sea muy alta su prevalencia en los tiempos antiguos (Reverte Coma, 1981, señala que se conocen casos pertenecientes a los tiempos de la Piedra Pulimentada), sino que es muy fácil de realizar su diagnóstico por su sorprendente apariencia. Por este motivo no es de extrañar que sean muchos los informes al respecto y muy pocos los diagnósticos equivocados y los dudosos.

Veamos la distribución geográfica de los casos:

Egipto

Ya desde principios de la presente centuria Ruffer, Rietti, Wood-Jones y Elliot-Smith demostraron la presencia de espondilitis anquilosante en esqueletos del Egipto faraónico.

Bourke (1967, 1971) cita tres casos de la enfermedad en el Egipto precristiano, en uno de ellos la columna estaba fusionada completamente desde el axis hasta la quinta lumbar (este caso probablemente fue antes (1908) descrito por Elliot-Smith).

No obstante, según Bourke, la espondilitis, tal y como actualmente la reconocemos, sería una enfermedad bastante rara en Egipto. Así, no es de extrañar que Zorab (1961) no encontrara ningún caso en su estudio sobre restos humanos egipcios del Reino Nuevo y del Período Romano (8 momias en total), que se encuentran en el Museo Británico. Estas piezas habían sido diagnosticadas de espondilitis anquilosante anteriormente pero Zorab demostró que se trataba tan sólo de una severa osteofitosis que llevó a confusión a los especialistas.

Alciati, Fedeli y Pesce Delfino (1987) hacen referencia a otro caso de la enfermedad en una momia de la V Dinastía (2.400 años A. J. C.) estudiada por May en 1897 y luego por Karsh y McCarthy en 1960. Esta momia presentaba tumefacción y deformación articular en las manos con desviación de los dedos en sentido cubital (recordemos que la artritis reumatoide también puede originar esta desviación).

Sandison (1980) no describe ningún caso en profundidad y se limita a afirmar, siguiendo a Zorab (1961), que no ha encontrado ningún espécimen del Egipto faraónico afecto por la espondilitis.

Europa

Posibles especímenes afectados por la enfermedad han sido reportados en el Período Neolítico en Francia y Dinamarca, y en la Edad del Bronce y Período Sajón en Inglaterra (Steinbock, 1976). Rojlin (1964-68) describe cuatro casos de espondilitis anquilosante en Eski-Kermen y Sarkel (U.R.S.S.).

D. Campillo (1978) señala la presencia de dos casos entre los esqueletos encontrados en la necrópolis medieval del Reial Monestir de Santa María (Ripoll, Gerona), uno en el individuo XIII A (de edad y sexo indeterminados) y otro en el XXIII (un varón adulto).

C. Kramar (1987) no encuentra vestigios de la enfermedad entre esqueletos neolíticos de la Suiza Occidental. Por contra, sí encontró algún caso (1982) en la Edad Media (3 sobre 18 individuos pertenecientes al período de la Alta Edad Media) y dos casos más también medievales.

América

Steinbock (1976) indica que el caso más significativo de espondilitis anquilosante en el continente americano corresponde a unos restos esqueléticos de los Maya de Guatemala y que datan del año 500 A. J. C., perteneciendo a un hombre anciano. El mismo autor señala otros tres casos. Uno custodiado en el Peabody Museum de la Universidad de Harvard (Cambridge, Massachusetts) y que procede de Ohio. Otro custodiado en la Smithsonian Institution (Washington, D.C.) que pertenece a un varón adulto de los indios Pueblo de Nuevo México y presenta la totalidad de la columna fusionada, estando las tres primeras vértebras cervicales anquilosadas al cráneo. Por fin, el tercer caso, igualmente un varón adulto de los indios Pueblo, datado entre el 1550 y el 1627 A. J. C., evidencia signos de espondilitis anquilosante tanto a nivel de la columna vertebral como de las articulaciones periféricas.

M. T. Jaén (1977) señala que en México solamente se conoce un caso, en un individuo adulto de sexo masculino, perteneciente al Horizonte Cultural Postclásico, encontrado en el curso de una excavación en la localidad de los Reyes (La Paz, Estado de México).

Dan Morse (1969) señala la existencia de dos posibles casos en Illinois (provenientes de las localidades de Hopewell y Mississippi), datados entre los años 1200 y 1300 D. J. C.

T. Dale Stewart (1966), a pesar de los ejemplos comentados anteriormente, afirma que la espondilitis anquilosante sería muy rara entre los amerindios.

En Canadá se han reportado dos posibles casos encontrados en un osario Hurón de Ontario (Kidd, 1954).

Para concluir con este repaso cabe señalar que, según R. Ted Steinbock (1976), al menos 30 casos se han registrado en el Viejo Mundo (particularmente en Egipto), frente a los nueve que aquí se han reseñado como pertenecientes a los amerindios.

Canarias

P. J. Pérez (1980-81) señala la existencia de espondilitis anquilosante en un fragmento de columna vertebral (N. 1, A. 19 b) del Museo Canario de Las Palmas de Gran Canaria, que comprende las regiones dorsal y parte de la lumbar (D2-L2) con grandes osificaciones y restos del disco intervertebral. Practicado el estudio radiológico se objetivó la osificación del ligamento común vertebral anterior en dorsales altas, últimas dorsales y primeras lumbares. Igualmente se observa el aspecto en 'caña de bambú' y restos costales soldados a las costo-vertebrales.

Por la descripción de P.-J. Pérez, este ejemplar (muy similar al señalado por Dan Morse (1969) que pertenecía a la Cultura Hopewell de Illinois, parece ser el mismo que describe Bosch Millares (1975) y del cuál aparecen fotografía y placa radiográfica en las páginas 111 y 112 de su libro «Paleopatología ósea de los primitivos pobladores de Canarias». Bosch, en esta publicación, no hace ningún tipo de descripción del caso, limitándose a dar unas nociones generales sobre la enfermedad. Veamos:

«De todas ellas (las lesiones raquídeas visibles) las osificaciones intersomáticas son las más útiles para hacer el diagnóstico de la espondilitis anquilosante por ser siempre las que primero aparecen.»

El problema estriba en que Bosch Millares afirma esto en el contexto general de la 'osteoartritis' o artrosis, con lo que podría haber confusión debido a la no distinción entre signo y enfermedad, y al producirse una imbricación de dos enfermedades diferentes y bien delimitadas entre sí por sus signos patológicos. No obstante, como ya se ha dicho, en el texto se encuentran perfectamente intercalados la fotografía y la placa radiográfica de este caso, que es evidente que se trata de una espondilitis anquilosante. El problema viene originado por carecer absolutamente de explicaciones sobre estas ilustraciones, y por no presentar tampoco signatura de la pieza.

Manuel García Sánchez (1979) señala, en su estudio sobre los restos humanos de la cueva sepulcral de Pino Leris (La Orotava, Tenerife), la presencia de dos primeras vértebras lumbares anquilosadas en todo su contorno, sin deformidad de los cuerpos vertebrales, pero con osteoporosis manifiesta. En el estudio radiológico se observa intensa decalcificación y aspecto de «caña de bambú», típico de la enfermedad. García Sánchez, basándose en los datos precitados, indica como posible el diagnóstico de un «raro caso de espondiloartritis anquilopoyética».

J. de la Barreda (1986) afirma haber encontrado vértebras de la región dorsal y lumbar con signos que concuerdan con la espondilitis anquilosante, con la clásica imagen de «caña de bambú», con osificación del ligamento común vertebral anterior, pero no describe ningún caso en particular ni da número de casos ni frecuencia de aparición de la dolencia en las series por él estudiadas. Tampoco señala la zona geográfica donde encontró la enfermedad.

4. DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS

Caso E1

Se trata de un individuo, o mejor de la pelvis de un individuo, encontrada en el curso de las excavaciones que en 1944 se llevaron a cabo por don Luis Diego Cuscoy en una cueva sepulcral del Barranco de Milán (Tejina, Municipio de San Cristóbal de La Laguna), uno de los puntos más densamente poblados del norte del Tenerife prehistórico (L. Diego Cuscoy, 1968).

La pieza objeto de estudio constaba originalmente, según el informe de la excavación (L. Diego Cuscoy, 1947), de las cinco vértebras lumbares, el sacro y los dos coxales. Desgraciadamente, hoy no se conservan sino las vértebras L4 y L5, habiéndose perdido todas las demás (L1, L2 y L3), al igual que también se ha roto y perdido la pelvis izquierda.

En un somero informe, el Dr. Jerez Veguero señaló que la pieza podía catalogarse como afectada por la Enfermedad de Bechterew o su variante de Pierre Marie-Strümpell, y, por otro

lado, de espondilitis deformante, sin descartar que las anomalías observadas pueden aparecer en infecciones agudas (Diego Cuscoy, 1968).

La pieza en cuestión perteneció a un varón de unos cuarenta años de edad, y en ella, como ya se ha señalado anteriormente, se observa que falta la pelvis izquierda y un fragmento en el mismo lado del sacro en su polo superior. Una pequeña porción de la pelvis en ese lado se encuentra totalmente unida al sacro. En la parte derecha se objetiva una total fusión del sacro con la pelvis, habiendo sido borrada la articulación.

El poco peso de este espécimen unido a algunas zonas del mismo con gran translucidez revela una marcada osteoporosis. Además, en ciertas zonas que presentan roturas y que dejan ver el hueso esponjoso, se puede apreciar claramente su pérdida.

Unida al sacro se observa la quinta vértebra lumbar (L5) que, a su vez, se une a la cuarta (L4), con osificación de todos los ligamentos. Esta fusión debió haber afectado a más vértebras, como Diego Cuscoy señala en su informe (1968), pero éstas se han roto y perdido con posterioridad al descubrimiento de la pieza, posiblemente en el curso de la excavación y traslado de los materiales. No obstante, a nivel de la cara superior de L4 existen signos evidentes de esa fusión.

Como patología concomitante sólo es posible detectar ligeros vestigios de artrosis en la cavidad cotiloidea derecha.

Existe una pérdida de la lordosis fisiológica lumbar en los fragmentos actualmente presentes, dando la característica apariencia de «poker back» de los autores anglosajones. También se aprecia el aspecto de «caña de bambú», originado por la osificación de los ligamentos, con superficies onduladas y suaves. Aparte de la osificación ligamentosa, se observa una afectación articular que ha originado una anquilosis de las vértebras lumbares.

Se ha realizado un estudio radiográfico de la pieza en las dos posiciones clásicas: antero-posterior y lateral. A nivel pélvico, la articulación sacroilíaca derecha se encuentra totalmente desaparecida, siendo la osificación de la misma completa. El pequeño fragmento que se conserva de la articulación sacroilí-

ca izquierda se encuentra igualmente completamente borrado. No se han podido estudiar la sínfisis pubiana ni las ramas isquiáticas pues han desaparecido, por lo que no se puede señalar nada en cuanto a sus posibles alteraciones. La cavidad cotiloidea derecha, aparte de los incipientes signos artrósicos ya comentados, no presenta otras alteraciones. A nivel lumbar, que, como recuerdan Schinz et al (1954), es donde primero se observan las lesiones en la columna vertebral, se puede apreciar una marcada osteoporosis de los cuerpos vertebrales en L4 y L5, y una anquilosis de los mismos, perdiéndose la movilidad vertebral. Asimismo, existe osificación de los ligamentos y trastornos de las carillas de las pequeñas articulaciones; un moderado estrechamiento de los espacios intervertebrales; y una pérdida de la lordosis fisiológica lumbar.

¿Cuál fue la condición vital de este individuo? Atendiendo a las indicaciones de la mayoría de los autores ya citados, en las etapas iniciales de la enfermedad poco se habría afectado la vida del paciente. Naturalmente, habrá padecido dolores localizados en la nalga o cara posterior del muslo (síndrome sacroiliaco) y en la región lumbar, así como rigidez matutina que mejoraría con el ejercicio (Rodnan et al., 1985). Pero, como se ha dicho antes, su vida pudo perfectamente no variar en mucho de la de cualquiera de sus vecinos sanos.

Esto iría cambiando con el paso del tiempo, y dado lo avanzado de la enfermedad el cuadro de este enfermo no debió diferir demasiado del que describe Roig Escofet (1978): dolores raquídeos y en las nalgas casi constantes; limitación de los movimientos vertebrales y actitud característica en cifosis dorsal con la cabeza inclinada hacia adelante y desaparición de la lordosis lumbar. Todo ello limitaría notablemente la actividad del individuo hasta el momento de su muerte, y posiblemente en sus etapas finales requeriría ayuda de otros miembros de su comunidad.

Al carecer de otros restos esqueléticos pertenecientes al mismo sujeto no podemos saber en que estado se encontraban sus articulaciones periféricas, y por supuesto, tampoco nos es posible saber si murió por complicaciones de la propia enfermedad o por causas ajenas totalmente a la misma, aunque es

posible, como indican Schinz et al. (1954), que la causa del fallecimiento haya sido una insuficiencia cardíaca, en un plazo de entre 10 y 20 años a partir del inicio de la enfermedad.

Caso M. 6/2

Este espécimen fue encontrado hacia finales del siglo pasado en el Barranco del Infierno (municipio de Adeje), en la zona oeste de la isla de Tenerife (aunque por sus características geoclimáticas al oeste de la isla siempre se le ha considerado como dentro de la zona sur). Se desconoce cualquier dato relativo a la excavación y descubrimiento, así como a sus descubridores. Sólo se sabe que procede de las colecciones del Museo Municipal de Santa Cruz de Tenerife que fueron transferidas al actual Museo Arqueológico de la misma ciudad.

La pieza consta de la pelvis izquierda que se encuentra unida al sacro, faltando la pelvis derecha. El isquion y el pubis están rotos, y en él se han perdido en el lado izquierdo desde su raíz aproximadamente.

La unión de la pelvis y del sacro no es completa sino se produce a tramos, fundamentalmente en el tercio medio de la articulación sacro-iliaca. Se puede objetivar el muy escaso peso de la pieza y una pérdida muy evidente de hueso esponjoso, lo que apunta hacia la existencia de una osteoporosis considerable. Las vértebras lumbares se han perdido. En el lado derecho del sacro existe una rotura con pérdida de sustancia ósea, aunque se conserva, fusionado con él un pequeño fragmento de la pelvis de ese lado, por lo que parece que la fusión sacro-iliaca fue bilateral.

En la cavidad cotiloidea izquierda se observan vestigios artrósicos con pequeños osteofitos que bordean el cotilo, y signos degenerativos de la articulación.

Al igual que en el caso anterior se han practicado *Radiografías* en posición antero-posterior y lateral. Lo más apreciable es la osificación de la articulación sacro-iliaca, fundamentalmente en su tercio central, y la intensa osteoporosis que afecta a la pelvis y al sacro.

Nada se puede decir de las vértebras lumbares, ni del isquion (del que sólo se conserva un fragmento) ni del pubis, ni tampoco de la sacro-iliaca derecha, ya que no se conservan.

En cuanto a la *condición vital del sujeto*, parece que tratándose este caso de un cuadro de instauración relativamente reciente, poco debió haber afectado a la vida del mismo. Al igual que en el caso anterior, habrá padecido el síndrome sacro-iliaco, los dolores lumbares típicos, y la rigidez matutina que mejoraría con la actividad. La limitación de los movimientos no debió haber sido muy intensa, y la atención que debió requerir de sus compañeros no creemos que fuera muy grande, y, desde luego, mucho menor que la del caso E1.

El problema en este caso, como en el anterior —aparte de la propia enfermedad—, está en el terreno, abrupto y escabroso, donde esta gente se movía, sobre todo el individuo M. 6/2. En efecto, si ya la isla de Tenerife, en general, tiene una orografía difícil, el Barranco del Infierno se caracteriza por las tremendas dificultades que presenta para recorrerlo. Si esto es así para personas en plenas facultades físicas imaginemos lo que podía ser para las que presentaban algún tipo de limitación. De todos modos, la invalidez y la dependencia social creemos que sólo se daría en el primer caso (E.1), ya que en el segundo la enfermedad no está en un estadio tan avanzado como para postrar al sujeto que, por lo demás, estaría totalmente adaptado al medio que lo rodeaba y «entrenado» para moverse por esos difíciles terrenos.

En definitiva, pensamos que puede tratarse o bien de un caso de espondilitis anquilosante de comienzo, o quizás de una sacroiliitis infecciosa.

Breve estudio estadístico

Se han estudiado 340 pelvis, de las que 194 (57,06 %) eran masculinas y 146 (42,94 %) femeninas. Su distribución por zonas geográficas y yacimientos es la siguiente:

- * Zona Sur-Suroeste de Tenerife: 115 (63 varones y 52 hembras):

- Cueva del Barranco de la Enea (zona sur del municipio de Santa Cruz de Tenerife): 4.
 - Cueva de la Playa de la Viuda (municipio de Arafo): 26.
 - Cueva del Barranco de Erques (municipio de Güimar): 4.
 - Cueva de Uchova (municipio de San Miguel de Abona): 76.
 - Cueva en el Barranco del Infierno (municipio de Adeje): 1.
 - Cueva de El Retamar (municipio de Guía de Isora): 4.
- * Zona Norte de Tenerife: 225 (131 varones y 94 mujeres):
- Cueva de El Becerril del Barranco de Santos (zona norte del municipio de Santa Cruz de Tenerife): 6.
 - Cueva de La Empalizada (Anaga, municipio de Santa Cruz de Tenerife): 2.
 - Cueva del Guanche (municipio de Tegueste): 102.
 - Cueva del Barranco del Milán (Tejina, municipio de San Cristóbal de La Laguna): 1.
 - Cueva de La Florida (municipio de La Orotava): 40.
 - Cueva de El Masapé (municipio de San Juan de la Rambla): 64.
 - Cueva de la Playa de San Marcos (municipio de Icod): 10.

Como ya se ha dicho, los dos casos se observaron en esqueletos en los que la diagnosis sexual fue masculina, con lo cuál su frecuencia en este sexo alcanza el 1,03 por 100 para toda la isla, siendo el 0 por 100 para el sexo femenino. La frecuencia teniendo en cuenta a ambos sexos es del 0,59 por 100.

En cuanto a su frecuencia global de distribución por zonas geográficas, ésta quedaría de la siguiente manera:

- Un caso para el Sur-Suroeste sobre 115 posibles = 0,87 por 100.
- Un caso para el Norte sobre 225 posibles = 0,44 por 100.

Su frecuencia sexual sería del 1,58 por 100 para el sexo masculino en la zona sur de la isla y del 0,76 por 100 en el norte, con un 0 por 100 en ambas zonas para el sexo femenino.

5. CONCLUSIONES

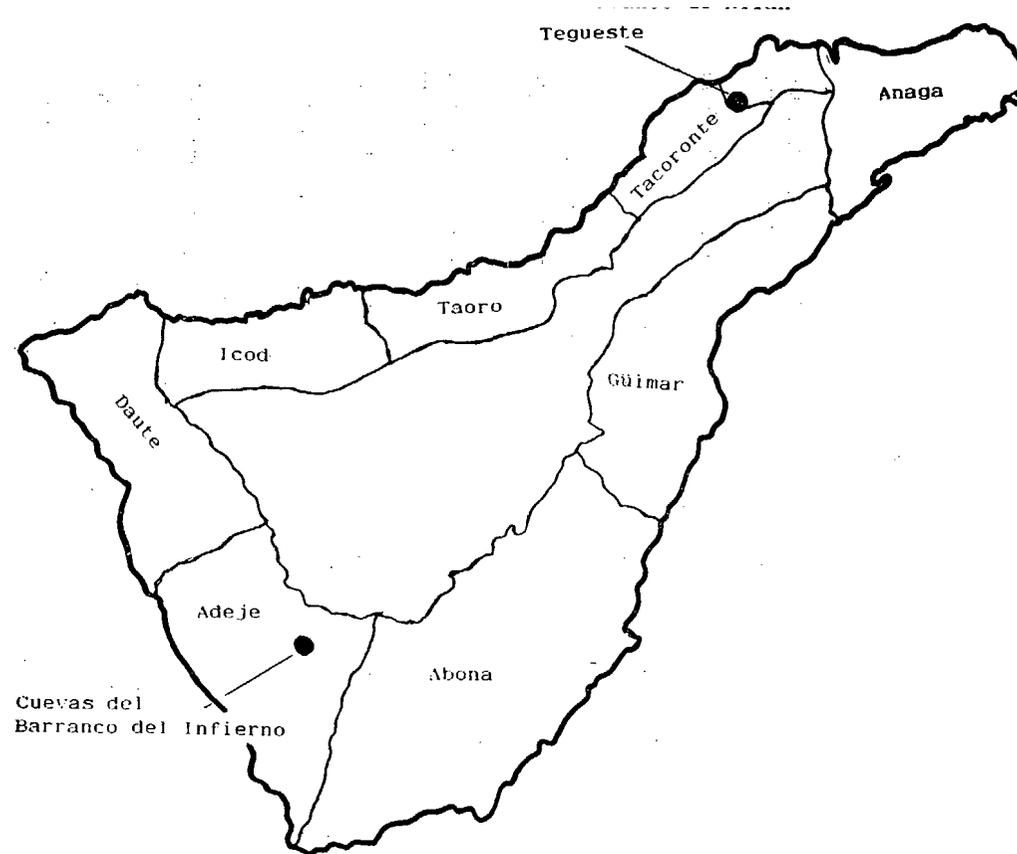
Es evidente que el «reumatismo articular», en general, tenía una incidencia considerable entre los canarios de la época anterior a la Conquista. Dentro del amplio cuadro de las enfermedades reumáticas con repercusión articular la que más frecuentemente se observa es la artrosis u osteoartritis, sobre todo la de localización en miembros inferiores (rodilla y cadera), en la columna vertebral y en la articulación temporo-mandibular. Quizás la aparición de esta patología se vea incrementada por la muy difícil orografía insular (grandes desniveles del terreno y frecuentes malpaíses), aunque también jueguen su papel los factores genéticos, ya que estudios actuales han demostrado su mayor incidencia intrafamiliar (Dudley Hart, 1987). Por el contrario, la artritis reumatoide ha sido muy poco diagnosticada entre los aborígenes de las Islas Canarias, y en esto no cabe duda de que influye la gran similitud entre las lesiones de esta entidad clínica y las de la artrosis. Por este motivo es necesario realizar estudios más detallados de los restos esqueléticos humanos conservados en los diferentes museos y de los que aparezcan en sucesivas excavaciones, no sólo en el archipiélago sino también en el resto del mundo. Además se impone la unificación de criterios en cuanto a los datos obtenidos, ya que hasta ahora ha existido mucho confusiónismo al respecto.

Por lo que respecta a la espondilitis anquilosante, en primer lugar hay que señalar que su existencia queda demostrada en nuestro archipiélago antes de que éste fuera conquistado por las tropas normandas primero y por las castellanas después. Su frecuencia en el Tenerife prehispanico queda enmarcada dentro de los valores que la mayoría de los autores dan para esta enfermedad, tanto en la época actual como en el pasado, y que se sitúan, recordemos, entre el 1 y el 3 por 100 de la población general. Dentro de la población 'guanche' su incidencia

es mayor en el sexo masculino que en el femenino, pero no hay que olvidar que al ser sólo dos los posibles casos observados no se pueden extraer conclusiones absolutamente seguras al respecto. De la misma manera hay que apuntar que no parecen observarse diferencias muy significativas en lo que se refiere a la incidencia de la enfermedad en las dos zonas geográficas, norte y sur, en las que clásicamente se ha dividido a la isla de Tenerife para el estudio de su Prehistoria.

Por todo lo anteriormente expresado, y dentro de los límites aconsejados por la prudencia, nos atrevemos a afirmar que la historia natural de la espondilitis anquilosante no parece haber sufrido importantes cambios en la isla de Tenerife desde la época prehistórica hasta la actualidad.

En el caso E.1 se aprecia la tremenda repercusión que esta enfermedad tuvo sobre el organismo del individuo, llegando a inutilizarlo casi por completo para las, en principio, duras labores que debería realizar cotidianamente. Ello significa que necesitaría algún tipo de ayuda para poder seguir subsistiendo (que parece ser mucho tiempo), y esa ayuda no es descabellado pensar que se la prestaron sus propios familiares o allegados. Con esto lo que se pretende decir es que al hombre de la Prehistoria de Tenerife no se le abandonaba a su suerte cuando éste por diferentes motivos dejaba de ser útil a la sociedad de la que formaba parte, sino que, por el contrario, se le cuidaba hasta que fallecía, aunque esto representara una carga para su grupo.



Mapa prehistórico de Tenerife, con la división de la isla según sus diferentes menceyatos (Diego Cuscoy, 1968; Martín, 1980; y Tejera y González, 1987).

BIBLIOGRAFÍA

- AGUIRRE, E. (1972): «Paleopatología y Medicina Prehistórica». En, *Lain Entralgo, P. et al.: 'Historia Universal de la Medicina'*, vol. I, 7-39, Barcelona, Salvat.
- ALCIATI, G.; M. FEDELI; & V. PESCE DELFINO (1987): *La Malattia dalla Preistoria all'età antica*, Bari, Laterza.
- BARREDA LÓPEZ, J. DE LA (1985): *Paleopatología de la tibia en la población prehispanica de la provincia de Santa Cruz de Tenerife, La Laguna*, tesis de licenciatura (no publicada).
- (1986): *Morfopaleopatología del raquis y de la pelvis del aborigen canario de la provincia de Santa Cruz de Tenerife, La Laguna*, tesis doctoral (no publicada).
- BAUDOUVIN (1923): citado por Alciati et al. (1987), p. 101.
- BENNIKE, P. (1985): *Palaepathology of Danish Skeletons: A comparative study of Demography, Disease and Injury*, Copenhagen, Akademisk Forlag.
- BOSCH MILLARES, J. (1961): «La Medicina Canaria en la Época Prehispanica», *ANUARIO DE ESTUDIOS ATLANTICOS*, 7, 539-620.
- (1967): *Historia de la Medicina en Gran Canaria*, vol. I, Las Palmas, Ed. Excmo. Cabildo Insular de Gran Canaria.
- (1975): *Paleopatología ósea de los primitivos pobladores de Canarias*, Las Palmas, Ed. Excmo. Cabildo Insular de Gran Canaria.
- BOSCH MILLARES y BOSCH HERNÁNDEZ (1982): *La Medicina en la provincia de Las Palmas*, Las Palmas, Gua-Gua.
- BOURKE, J. B. (1967): «A review of the paleopathology of the arthritic diseases», en *Brothwell, D.R. & A. T. Sandison: Diseases in Antiquity*, 352-370. Springfield (Illinois), Charles C. Thomas.
- (1971): «The palaeopathology of the vertebral column in ancient Egypt and Nubia», *Medical History*, XV, 363-375.
- BROTHWELL, D. R. Ed. (1968): *The skeletal biology of earlier human populations*, Oxford, Pergamon Press.
- (1981): *Digging up Bones. The excavation, treatment & study of human skeletal remains*, 3th. ed. London, British Museum (Natural History).

- , & A. T. SANDISON (1967): *Diseases in Antiquity. A survey of the diseases, injuries and surgery of early populations*, Springfield (Illinois), Charles C. Thomas.
- CAMPILLO, D. (1983): *La enfermedad en la Prehistoria. Introducción a la Palaeopatología*, Barcelon, Salvat.
- , & E. VIVES (1978): «Estudio paleopatológico de los restos exhumados en la necrópolis medieval del 'Reial Monestir de Santa Maria' (Ripoll, Girona)», Madrid, *Actas del I Simposio de Antropología Biológica de España*, 67-78.
- COCKBURN, T. A. & E. COCKBURN (1980): *Mummies, Disease and Ancient Cultures*, New York, Cambridge University Press.
- DIEGO CUSCOY, L. (1947): «Excavaciones Arqueológicas en Tenerife (Canarias)», Plan Nacional 1944-45, *Comisaría General Excav. Arqueol. Informes y Memorias*, 14, 154-156.
- (1968): *Los Guanches. Vida y cultura del primitivo habitante de Tenerife*, Santa Cruz de Tenerife, Publicaciones del Museo Arqueológico, 7.
- DUDLEY HART, F. (1987): *Reumatología Clínica Ilustrada*, Barcelona, Ancora.
- FARRERAS, P. & C. ROZMAN (1978): *Medicina Interna*, 2 vols., Barcelona, Marín.
- FUSTÉ, M. (1961): «Lesiones maxilo-dentarias en cráneos prehistóricos de Gran Canaria», *Z. Morph. Anthrop.*, 51, 3, 322-332.
- (1961-62): «Estudio antropológico de los esqueletos inhumados en túmulos de la región de Galdar (Gran Canaria)», *El Museo Canario*, 77-84, 122 pp.
- GARCÍA GARCÍA, C. F. (1984): *Morfopaleopatología ósea del aborigen canario. Estudio en huesos fémures*, La Laguna, tesis doctoral (no publicada).
- GARCÍA SÁNCHEZ, M. (1977-79): «Restos humanos procedentes del túmulo funerario de El Lomo de los Caserones (Aldea de San Nicolás, Gran Canaria)», *El Museo Canario*, 38-40: 7-46.
- (1979): «Paleopatología de la población aborigen de la cueva sepulcral de Pino-Leris (La Orotava, Tenerife)», *ANUARIO DE ESTUDIOS ATLÁNTICOS*, 25: 567-584.
- (1980): «Paleopatología en enterramientos tumulares de San Nicolás de Tolentino (Gran Canaria)», *ANUARIO DE ESTUDIOS ATLÁNTICOS*, 26: 111-132.
- GOLDING, D. H. (1984): *Enfermedades reumáticas*, 2.ª ed., Barcelona, Salvat.
- GRMEK, M. D. (1983): citado por Kramar, 1987.
- HOOTON, E. A. (1970): *The Ancient Inhabitants of the Canary Islands (1925)*, New York, Kraus Reprint Co.
- JAÉN, M. T. (1977): «Notas sobre paleopatología. Osteopatología», *Anales de Antropología*, XIV: 345-371.

- JARCHO, E. Ed. (1966): *Human Palaeopathology*, New Haven, Yale University Press.
- JEREZ VEGUERO, J.: citado por Diego Cuscoy, 1968, p. 51.
- KIDD, K. E. (1954): «A note on the palaeopathology of Ontario», *Am. J. Phys. Anthrop.*, 12: 610-615.
- KRAMAR, C. (1982): «A case of Ankylosing Spondylitis in Medieval Geneva», *Ossa*, 8: 115-129.
- (1987): «Paléopathologie des maladies rhumatismales», *Médecine et Hygiène*, 45: 928-935.
- LAIN ENTRALGO, P. (1972-75): *Historia Universal de la Medicina*, 7 vols., Barcelona, Salvat.
- LIENCE DURÁN, E. (1978): «Reumatología». En FARRERAS P. & C. ROZMAN: *Medicina Interna*, vol. I: 943-1076, 9.ª ed., Barcelona, Marín.
- MANCHESTER, K. (1983): *The archaeology of disease*, Bradford, University of Bradford.
- MATHIES, H. (1977): *Características de las principales enfermedades reumáticas*, Basilea, Eular.
- MORSE, D. (1969): *Ancient Disease in the Midwest*, Illinois State Museum Reports of Investigation, 15.
- ORTNER, D. J. & G. J. PUTSCHAR (1985): *Identification of Pathological Conditions in Human Skeletal Remains*, 2nd. ed. Washington, Smithsonian Contributions to Anthropology, 28.
- PÉREZ, P.-J. (1980-81): «Nueva aportación paleopatológica acerca de la población prehispanica canaria», *El Museo Canario*, 41: 29-45.
- (1981): *Enfermedades y accidentes de la población aborigen*, Las Palmas, Gua-Gua.
- REVERTE, J. M. (1981): *Antropología Médica*, I, Madrid, Rueda.
- ROBBINS, S. L. (1975): *Patología estructural y funcional*, 1.ª ed. esp., Madrid, Interamericana.
- ROBINSON et al: citados por Lience Durán, 1979, p. 965.
- RODNAN, G. P. et al (1985): *Compendio de enfermedades reumáticas*, 2.ª ed., Atlanta, The Arthritis Foundation.
- ROIG ESCOFET, D. (1978): *Reumatología Básica*, Madrid, Edilerner.
- ROJLIN, D. (1964-68): «Antiquity of pathological processes in fossil human bones in the USSR», *VII Congrès Intern. Sc. Anthrop. et Ethol.* (Moscu), vol. 2: 510-514.
- ROTÉS QUEROL, J. (1983): «Espondiloartritis anquilosante». En ROTÉS QUEROL, J.: *Reumatología Clínica*, vol. I: 138-156, Barcelona, Espaxs.
- ROTHMAN, R. H. & F. A. SIMEONE (1986): *La columna vertebral*, 2.ª ed., Madrid, Iberoamericana.
- SANDISON, A. T. (1968): «Pathological changes in the skeletons of earlier populations due to acquired disease and difficulties in their interpretations». En BROTHWELL, D. R.: *The skeletal biology of earlier human populations*, 205-243, Oxford, Pergamon Press.

- (1980): «Diseases in Ancient Egypt». En COCKBURN, T. A. & E. COCKBURN: *Mummies, Disease and Ancient Cultures*, 29-44, New York, Cambridge University Press.
- SCHINZ, H. R. et al (1953): *Röntgen-Diagnóstico*, 5.ª ed., vol. II: 1496-1500, Barcelona, Salvat.
- SENDRAIL, M. (1983): *Historia cultural de la enfermedad*, Madrid, Espasa-Calpe.
- SMUKLER, N. (1986): «Artritis de la columna vertebral. Trastornos artríticos de la columna vertebral». En ROTHMANN, R. H. & F. A. SIMEONE: *La columna vertebral*, 951-989, 2.ª ed., Madrid, Panamericana.
- STEINBOCK, R. T. (1976): *Paleopathological Diagnosis and Interpretation*, Springfield (Illinois), Charles C. Thomas.
- STEWART, T. D. (1966): «Some problems in human palaeopathology». En JARCHO, S.: *Human Palaeopathology*, 43-55, New Haven, Yale University Press.
- TUREK, S. (1982): *Ortopedia. Principios y Aplicaciones*, 3.ª ed. esp., vol. II: 1637-1643, Barcelona, Salvat.
- WELLS, C. (1964): *Bones, Bodies and Disease. Evidence of Disease and Abnormality in Early Man*, London, Thames and Hudson.
- ZORAB, P. A. (1961): «The Historical and Prehistorical Background of Ankylosing Apondylitis», *Proc. R. Soc. Med.*, 54: 415-420.

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA AL MAPA DE TENERIFE

- DIEGO CUSCOY, L. (1968): *Los Guanches. Vida y cultura del primitivo habitante de Tenerife*, Sta. Cruz de Tenerife, Publicaciones del Museo Arqueológico, 7.
- MARTÍN, D. (1980): «Historia», en *Atlas Básico de Canarias*, 64-73, Santa Cruz de Tenerife, Interinsular Canaria.
- TEJERA GASPAR, A. & R. GONZÁLEZ ANTÓN (1987): *Las culturas aborígenes canarias*, Santa Cruz de Tenerife, Interinsular Canaria.