

# HUELLAS DE VIOLENCIA EN UN CRÁNEO MORISCO

Vestiges of violence in a Moorish skull

**F.J. PUCHALT FORTEA**  
**J.D. VILLALAIN BLANCO**  
**M.C. NEGRE MUÑOZ**  
**I. COLLADO BENEYTO**  
**M. POLO CERDÁ**  
**M. CASTELLÁ ORENCO**

Laboratorio de Antropología Forense  
Unidad Docente de Medicina Legal y Toxicología  
Facultad de Medicina  
Universidad de Valencia

---

**RESUMEN:** *La pieza objeto de este estudio procede de la necrópolis morisca de Benipeixcar, en Gandía, provincia de Valencia, fechada como perteneciente al S. XVI. Las huellas de violencia visibles sobre el cráneo y mandíbula se evidencian a través de varias trazas de instrumento cortante. Se muestran también posibles huellas de hipertensión endocraneal, visibles por la parte interior frontal del cráneo. Se estudia la dinámica traumática y la posible interconexión entre signos tan dispares. Vida, enfermedad y violencia intrínsecamente unidas.*

**PALABRAS CLAVE:** *Violencia, hipertensión endocraneal, cráneo.*

---

**ABSTRACT:** *The studied skull comes from the Moorish necropolis of Benipeixcar, Gandía, dated on XVI century. The existence of visibles signs of violence in the skull and jaw bones is proved by some marks of cutting instrument. We also found possible traces of endocraneal hypertension, visibles in internal part of frontal bone. The life, the illness and the violence combined intrinsically.*

**KEY WORDS:** *Violence, skull, endocraneal hypertension.*

---

## INTRODUCCIÓN

La pieza objeto de este estudio es un cráneo procedente de la necrópolis morisca de Benipeixcar, en Gandía, provincia de Valencia. Esta necrópolis salió a la luz en las campañas arqueológicas del Museo Arqueológico de Gandía emprendidas entre 1993 y 1994. Se le adjudicó, como identificación, el indicativo UE/2902.

## DESCRIPCIÓN DE LAPIEZA

La pieza estudiada es un cráneo bastante fragmentado. La presión de la tierra que contenía estos restos ha hecho prácticamente imposible una reconstrucción completa, teniéndose que conformar el grupo investigador con montajes parciales, debido a la deformación póstuma de algunos fragmentos y a la práctica desaparición de otros.

Se posee para su estudio el frontal, gran parte de ambos parietales, los dos temporales, porción superior del hemioccipital derecho, parte derecha del macizo facial y las dos mandíbulas.

Aunque no es propósito de este trabajo el estudio dental, podemos decir que conserva los terceros molares de la mandíbula y del hemipaladar superior derecho. La sutura sagital está parcialmente borrada. Todo lo dicho, junto con las características del desarrollo de las apófisis mastoides, huellas de inserciones musculares, borde de la órbita conservada, apariencia de robustez mandibular y grado de eversión de los gonions mandibulares, son típico de un cráneo típicamente masculino, perteneciente a un sujeto en su segundo tercio biológico de existencia, superando los 21 años.

## ESTUDIO PALEOPATOLÓGICO

Observando la parte endocraneal del hueso frontal se puede ver bien una serie de magníficas impresiones digitiformes, semejantes a las huellas que dejan los dedos sobre una masa blanda.

Esta imagen creemos que es compatible con la existencia de una hipertensión endocraneal. En la figura 1 se aprecian las huellas encontradas en la cara interna del hemifrontal derecho. (Por efectos de la iluminación no se aprecian las del otro hemifrontal.)

En la zona de los parietales se puede apreciar una falta grande de material óseo, de forma rectangular (Fig. 2).

Abarca una pequeña porción posterior del hueso frontal, por delante de bregma, parte anterior interna del hueso parietal derecho y también del izquierdo, siendo esta última de mayor tamaño. Los bordes posterior, anterior y lateral izquierdo son abruptos e irregulares. El borde izquierdo muestra un fino abisellamiento, producto del enérgico impacto de un objeto con el borde cortante. La posición de este borde biselado hace pensar que el individuo recibió el impacto por su izquierda, y de forma oblicua, de izquierda a derecha y de arriba abajo, si bien no nos atrevemos a afirmar si recibió el impacto por detrás o por delante. Un pequeño giro pronatorio, para desenclavar el instrumento por parte del agresor, daría como resultado la rotura del hueso, dejando sus bordes superior, inferior y lateral derecho con configuración roma e irregular.

En zona parietal derecha, porción lateral (Fig. 3), hay defecto de sustancia ovalado, con un gran borde biselado muy claramente en la zona posterior. En la zona anterior de esta brecha se aprecia, en su porción inferior, otro borde en bisel, de menor tamaño y de distinto radio. Corresponden estas huellas a dos golpes con un objeto semejante, de borde afilado, evidenciándose un golpe tangencial de atrás hacia delante, representado por el gran bisel dejado. El otro golpe hecho con el mismo instrumento, u otro de características parecidas, produjo el corte en bisel más pequeño, anterior y de distinto radio, siendo la trayectoria también tangencial, pero de adelante hacia atrás.

La posición de los biseles parece apreciar que el sujeto recibió estos dos golpes con la cabeza inclinada sobre su lado izquierdo, lo más probablemente, por su posición, estando el sujeto tumbado en el suelo.

En la zona occipital (Fig. 4), hay dos huellas de agresión completamente distintas.

Una de ellas es un corte profundo, de 2 mm de anchura, inmediatamente por debajo de lambda y desviado hacia la parte derecha, de bordes prácticamente perpendiculares a la superficie ósea.

La otra huella está representada por un borde biselado de gran extensión que abarca la porción superior y lateral derecha del occipital, llegando hasta la sutura parieto-occipital izquierda por debajo y a la derecha de lambda.

El corte tan perpendicular y estrecho, primeramente citado en este apartado, evidencia un fuerte golpe perpendicular y dado por detrás del sujeto en la parte más elevada del occipital. La huella biselada, descrita en segundo lugar, evidencia un golpe tangencial estando el cráneo del sujeto en posición ligeramente más lateral respecto a su agresor que el anterior. El instrumento causante tendría las mismas características que el productor de las lesiones anteriormente descritas.

Sin embargo, la descripción de las lesiones no concluye aquí; también hay fuertes evidencias de agresión con instrumento cortante en las dos ramas mandibulares.

La rama mandibular derecha presenta dos clases de lesiones (Fig. 5). Una de ellas está representada por un corte longitudinal fino, de menos de 0,5 mm de anchura, que abarca el cuello del cóndilo articular mandibular. El mecanismo productor más probable parece ser la punta de un instrumento cortante.

La otra lesión está representada, a su vez, por dos defectos de sustancia ósea de distinta naturaleza. Por una parte, la raíz posterior del proceso zigomático está cortada a bisel, con dirección oblicua hacia afuera y de arriba hacia abajo. Presenta una superficie muy lisa.

El borde externo articular condilar falta también, pero su borde es rugoso, y es imposible situarlo en el mismo plano de corte que el de la raíz posterior del proceso zigomático, aunque lo parezca en la fotografía, estando, en realidad, en un plano más interno. No hay huellas de corte en apófisis mastoidea.

La interpretación más plausible parece ser que estas huellas pertenecen a un instrumento afilado que corta limpiamente el arco zigomático por su anclaje posterior, con arrancamiento de la porción condilar al llevarse los tejidos de forma violenta el instrumento agresor. La apófisis mastoidea no presenta señales de corte o rotura.

Una lesión semejante aparece en la rama mandibular izquierda (Fig. 6), afectando al borde externo del cóndilo articular y a la raíz posterior del proceso retrozigomático. Los bordes, en este caso, son algo

irregulares y morfológicamente no están en el mismo plano, pareciendo más bien afectación contusa por arrancamiento, ya que no hay bordes biselados. Junto a esta lesión se aprecia avulsión del borde externo condilar.

Falta el borde externo del gonion, que está seccionado, con un corte liso, producido por instrumento de borde afilado.

La apófisis mastoidea -en este caso, izquierda- no presenta ninguna clase de deterioro.

## INTERPRETACIÓN

Las huellas de hipertensión endocraneal son muy típicas en esta pieza estudiada. En relación a ésta, se plantea el posible origen de la misma. Según lo expuesto, no existe más que este signo en relación con la patología productora. Como casos conocidos de hipertensión endocraneal en los estudios paleopatológicos españoles, se pueden referir dos casos citados por el Dr. Campillo: El cráneo número 7 de Sant Miquel de Cardona, afecto de una disostosis craneofacial de Crouzon, y una forma sencilla en un cráneo en Menorca. Otro caso fue presentado por Guijo Mauri y cols., de época medieval, procedente de Sevilla, atribuido a una obliteración precoz de suturas, en el Congreso de Cádiz. Otro caso, de la misma necrópolis morisca de Benipeixcar, fue presentado en el congreso nacional de Barcelona por Castella *et al.*

Inicialmente pueden excluirse algunas posibles causas: las impresiones digitiformes observadas en el polo frontal. Los trazos existentes de sutura sagital posterior y de suturas coronal y occipitales descartan que el origen de esta hipertensión endocraneal sea por sinostosis prematura de las suturas craneales. Se puede descartar también una hidrocefalia infantil, pues falta el adelgazamiento extremo de las piezas óseas. Las demás etiologías, posibles tumorales, no han dejado huellas específicas.

La mayor probabilidad recae en un proceso expansivo en la posible secuela de una hemorragia abundante, cualquiera que fuera su causa; la inflamación subsiguiente origina una sínfisis de los espacios meníngeos de la base que conduce a una hidrocefalia, descartada en este caso, o un síndrome de hipertensión intracraneal si es tardía.

Tanto si el origen es tumoral como si lo fuera posthemorrágico, o se tratase de un efecto secundario a una meningitis serosa, muy bien puede sospecharse la existencia de alteraciones de la personalidad y del comportamiento que explican en estos sujetos la aparición de crisis violentas, conductas antisociales o conductas autodestructivas que podrían estar en la base de las lesiones traumáticas referidas. La existencia de huellas craneales tan marcadas exige un proceso de larga evolución. Las cefaleas, el edema papilar y los vómitos explosivos, como síntomas más constantes, pueden acompañarse de otros, dependiendo de la localización del proceso, que pueden conducir u originar comportamientos inadecuados. En efecto, los tumores frontales, que pueden ser silentes durante muchos años originan trastornos de carácter y síntomas psíquicos como la jocundidad o la moria, amnesia, incapacidad de fijación, incapacidad de realizar asociaciones, perversiones instintivas e incapacidad para valorar y darse cuenta de su situación. Los tumores de las zonas motoras originan con frecuencia crisis epilépticas típicas o jacksonianas junto a otros síntomas menores como hormigueos, anestias permanentes o en crisis, pérdida del sentido de la posición, etc. Tumores de la región temporal pueden originar crisis alucinatorias, estados de alucinación onírica, crisis unciformes con sensaciones gustativas u olfativas desagradables; tumores occipitales son capaces de originar alucinaciones visuales, etc., acompañados de modificaciones conductuales y rarezas que hacen que estos sujetos puedan comprometerse e incurrir en conductas violentas tanto como agresor como "falsa víctima"; esto es, como provocador con una capacidad de defensa limitada.

En cuanto a las huellas traumáticas de agresión craneal, hay mucho que discutir. El biselado de las lesiones delata claramente la acción de un instrumento afilado. Cualquiera de las producidas en la caja craneal pudo provocar la muerte. Existe un aparente ensañamiento en el individuo, que se manifiesta en la reiteración lesional, ya que entre las lesiones de mandíbula y caja craneal podemos contabilizar cuatro en las dos hemimandíbulas y un mínimo de cinco en la caja craneal. Si bien hay numerosos precedentes de lesiones craneales de estos tipos, no hemos encontrado un caso con tantas huellas agresivas.

Siguiendo a Gómez Bellard, podríamos decir que las lesiones producidas en las dos ramas mandibulares y arcos zigomáticos se deberían a una posible mutilación de los pabellones auditivos, como el observado por él en restos de la necrópolis de Villaricos. En nuestro caso falta la mutilación de las apófisis mastoideas, que están íntegras. No obstante, es la posibilidad causal más probable.

Las lesiones traumáticas tuvieron que realizarse con un instrumento afilado, no excesivamente largo, no mayor que un machete o una hachuela; tal vez de filo incurvado.

La secuencia dinámica, tras valorar todas y cada una de las lesiones en relación a las demás, debió de ser la siguiente, atendiendo a criterios de practicidad y economía de movimientos (teoría más probable):

1. Primera lesión, la parietal longitudinal superior, estando el sujeto delante o detrás.
2. Las dos parietales derechas, estando el sujeto desplomado sobre su costado izquierdo.
3. Las lesiones occipitales que supone un intento reiterado dos veces de decapitación fallida.
4. Sección de ambos apéndices auriculares, recogidos probablemente como trofeo guerrero o como muestra para cobrar posible recompensa, al no poder presentar la cabeza completa, como aún se hace en algunos lugares en la actualidad. Primero, la oreja derecha que se secciona de atrás adelante y abajo, dejando la punta del instrumento la huella en el cuello articular; seguidamente la oreja izquierda, levantando la cabeza del caído y rebanando las partes blandas, también de atrás adelante y abajo, seccionando también el carrillo hasta el ángulo mandibular.

## RESUMEN

Se presenta el estudio de un cráneo de origen morisco perteneciente a la necrópolis morisca de Benipeixcar, en Gandía, provincia de Valencia. Pertenece a un varón de mediana edad. Se describen huellas de hipertensión endocraneal y de múltiples agresiones con instrumento cortante en el esqueleto mandibular, cuatro, y en caja craneal, cinco, siendo éstas de buen tamaño. Se estudia la dinámica forense de la serie traumática y se plantea una hipótesis en relación a estas lesiones: la existencia de un síndrome de hipertensión intracraneal y, así mismo, la existencia de mutilación.

## AGRADECIMIENTOS

Nuestro agradecimiento a las autoridades culturales y de gobierno local de Gandía por facilitar el estudio de estos restos.

## BIBLIOGRAFÍA

- BROTHWELL, D.R.: *Desenterrando huesos*. México. Ed. Fondos de Cultura Económica. 1987.
- CAMPILLO, D.: *Paleopatología del cráneo en Cataluña, Valencia y Baleares*. Barcelona. Ed. Montblanc Martin. 1997.
- CAMPILLO, D.: *La enfermedad en la Prehistoria*. Barcelona. Ed. Salvat. 1983.
- CAMPILLO, D.: *Paleopatología: Los primeros vestigios de enfermedad*. 2 vols. Barcelona. Fundación Uriach. 1995.
- CASTELLA y cols. Un posible caso de hipertensión endocraneal en una morisca valenciana exhumada en la Maqbara de Benipeixcar. Siglo XV-XVI. Gandía. En PÉREZ-PÉREZ (ed.). Salud, enfermedad y muerte en el pasado. *Actas del III Congreso Nacional de Paleopatología*. Barcelona. Fundación Uriach. 1996.
- GUIJO MAURI, J.M.; MAGARIÑO SÁNCHEZ, M.: Un caso de craneosinostosis prematura e hipertensión endocraneal en un individuo infantil de época medieval procedente de Sevilla. En La enfermedad en los restos humanos arqueológicos. *Actas del IV Congreso Nacional de Paleopatología*. San Fernando. 1997.
- GÓMEZ BELLARD, F.: Lesiones craneales y amputaciones: El caso de Villaricos. *Actas del II Congreso Nacional de Paleopatología*. Valencia. 1993 Ed. Asociación Nacional de Paleopatología, 1996.
- UBELAKER, D.H.: *Human skeletal remains*. Washington. Ed. Taraxcu. 1989.

## ICONOGRAFÍA

*Comunicaciones*

Huellas de violencia en un cráneo morisco

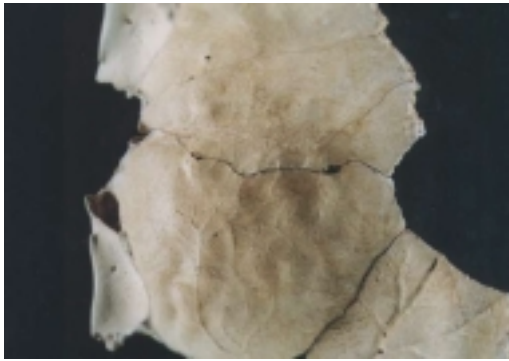


Figura 1



Figura 2



Figura 3

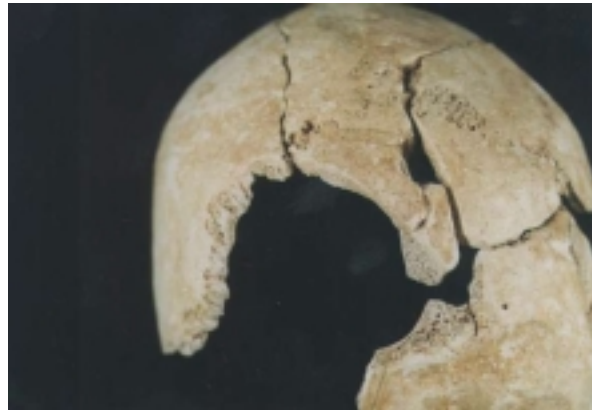


Figura 4



Figura 5



Figura 6

