



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

Facultad de  
**MEDICINA**

**PREVALENCIA DEL LIGAMENTO ACCESORIO  
MENISCO- BANDA ILIOTIBIAL EN POBLACIÓN  
PERUANA EVALUADOS CON RESONANCIA  
MAGNÉTICA DE RODILLA EN EL SERVICIO DE  
RADIOLOGIA DE CLINICA DELGADO EN EL PERIODO  
2019-2021**

**PREVALENCE OF THE ACCESSORY ILIOTIBIAL BAND-  
MENISCAL LIGAMENT IN PERUVIAN PEOPLE  
EVALUATED BY MAGNETIC RESONANCE IMAGING OF  
THE KNEE IN THE RADIOLOGY SERVICE OF CLINICA  
DELGADO IN THE TERM 2019-2021**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR  
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD  
PROFESIONAL EN RADIOLOGIA**

**AUTOR**

LIZ MAYDA ARELA QUISPE

**ASESOR**

Dr. PABLO SEBASTIAN RENGIFO JUAREZ

**LIMA-PERÚ**

**2022**

## **RESUMEN**

**OBJETIVO:** determinar la prevalencia de la presencia del ligamento accesorio menisco-banda-iliotibial uni y bilateral en población peruana y su relación con desgarros meniscales, pinzamiento de las almohadillas grasas, lesión condral y artrosis.

**MATERIALES Y MÉTODOS.** Se revisarán retrospectivamente las resonancias de rodilla de pacientes, adquiridas en el servicio de radiología de Clínica Delgado en el periodo comprendido entre enero del 2019 a diciembre del 2021, en las que se buscará la presencia del ligamento accesorio menisco-banda iliotibial para el cálculo de su prevalencia; se revisarán los reportes buscando la presencia o ausencia de la descripción del hallazgo para el cálculo de la prevalencia de subdiagnóstico. Se buscará establecer relación entre la presencia del ligamento accesorio menisco-banda iliotibial y desgarró meniscal, así como con pinzamiento de las almohadillas grasas, lesión condral y artrosis de rodilla ipsilateral y contralateral. Se aplicará estadística descriptiva con variables sociodemográficas, y se realizará análisis multivariados para evaluar la asociación entre la presencia del ligamento accesorio menisco-banda iliotibial y presencia de desgarró meniscales pinzamiento de las almohadillas grasas, lesión condral y artrosis de rodilla ipsilateral y contralateral.

**PALABRAS CLAVE:** ligamento accesorio, resonancia, rodilla

## **INTRODUCCIÓN**

El compartimiento lateral de la rodilla tiene muchas estructuras ligamentosas y tendinosas, que son la restricción principal contra la angulación en varo, así como la rotación externa-interna y traslación anteroposterior de la tibia que suelen ser algunos mecanismos de trauma y lesión de la rodilla (1).

La lesión aislada de estas estructuras es rara; ellas están frecuentemente asociadas y combinadas con desgarros del ligamento cruzado o daño a las estructuras estabilizadoras del lado medial de la rodilla (2).

Aunque las lesiones del compartimiento lateral son menos comunes pueden ser más incapacitantes y la razón de fallas terapéuticas. La diversidad y la complejidad de estas lesiones causan dificultades en el diagnóstico clínico, y algunas estructuras dañadas pueden pasar desapercibidas en el examen clínico. De hecho, las lesiones posterolaterales clínicamente no reconocidas se han sugerido como una causa de enfermedad crónica, inestabilidad de la rodilla después de un traumatismo y falla posquirúrgica de los ligamentos cruzados (3).

La resonancia magnética (MR) es una técnica útil en el diagnóstico de lesiones del compartimiento lateral las que se asocian con lesiones del menisco lateral, que se practica previo a la artroscopia que es el gold estándar, esta última sólo se aplica previo a procedimiento quirúrgico, por lo que la resonancia de rodilla sigue siendo el método de rutina que incluso sirve de base para segmentaciones y detección automática de desgarros ligamentosos y meniscales (5,6,7); es por tanto necesario el conocimiento de la anatomía de esta región así como sus variantes anatómicas que pueden predisponer a lesión del menisco lateral.

La estabilización anterolateral es dada por el ligamento capsular y banda iliotibial.

El tracto iliotibial es una extensión de la fascia lata y termina en el tubérculo de Gerdy, que está localizado en la superficie anterolateral de la tibia. Antes de que este tracto se inserte en la tibia, algunos de sus fibras anteriores se unen al retináculo lateral y algunas de sus fibras posteriores se insertan en el lateral cóndilo femoral (8)

Las variantes anatómicas de ligamentos de la rodilla son estructuras que no siempre están presentes o que pueden tener representaciones morfológicas diferentes; tener familiaridad con ellas lleva a evitar el mal diagnóstico y subdiagnóstico. (9)

El ligamento meniscomeniscal oblicuo (LMMO) está en el 2-4% de las rodillas. Este ligamento que cruza entre el cuerno anterior de un menisco al cuerpo posterior del otro, a través del platillo tibial puede ser confundido con un desgarro meniscal con desplazamiento central o con fibras retraídas de un desgarro del ligamento cruzado anterior (LCA)(10)

El ligamento intermeniscal anterior (LIA) está presente en el 94% de las rodillas en artroscopía y en 58% de las resonancias de rodilla. Une los bordes anteriores de los meniscos lateral y medial. (4,5) Si mide más de 3 mm recibe nombre de cordón intermeniscal puede visualizarse como una imagen de alta señal dando la impresión de un desgarro en cortes sagitales. (11)

Una variante de ligamento accesorio intermeniscal posterior se puede observar en algunas ocasiones (2%) (12) así como ligamentos menisco-meniscales mediales o laterales cuyas fibras discurren entre los cuernos anterior y posterior del mismo menisco. (13)

Otra variante es el ligamento menisco-peroneo (LMF) presente en el 100% de disecciones cadavéricas, juega un rol importante en el posicionamiento del menisco lateral, observable mediante resonancia en 42-63% de los casos.

Este ligamento transcurre entre el tercio posterior del menisco lateral y la cabeza del peroné, por delante del tendón del músculo poplíteo y puede simular un desgarro meniscal. (14,15).

El ligamento menisco-femoral (MfemL) es una variante frecuente, en estudios cadavéricos se ve en el 93% de rodillas estudiadas y transcurre del cuerno anterior del menisco lateral a la parte lateral del cóndilo medial del fémur al ligamento cruzado posterior (16).

Toma el nombre de ligamento de Humphrey o de Wrisberg según pase delante o por detrás del ligamento cruzado posterior. (frecuencia de presentación 74%,69%, respectivamente, y 50% si están ambos). Según su inserción posterior se denominan I (cóndilo medial, 46%), tipo II (extremo proximal-LCP, 31%) tipo III (extremo distal del LCP,21%). (12) Siendo su presencia confundida con lesión del LCP o desgarro del menisco lateral. (17)

La frecuencia observada de otros ligamentos accesorios como el arcuato 71%(18), fabelofibular 24-80%(19), poplíteofibular 50% es altamente variable. (20)

Como se ha revisado los ligamentos accesorios pueden simular lesiones meniscales o desgarros, por lo que su adecuado reconocimiento y reporte son necesarios para diagnósticos certeros y evitar falsos positivos y negativos.

Recientemente se ha sugerido que la presencia de algunos de ellos podrían condicionar lesiones meniscales unilaterales y bilaterales. Pacientes con lesiones del menisco lateral tendrían a menudo una unión distinta de tejido blando entre la cara anterolateral del menisco lateral y la banda iliotibial. La inserción sobre el menisco se da con mayor

frecuencia entre las horas 2-3 (siendo horas doce, anterior y horas 3, lateral) con menor frecuencia entre las horas 1-2(Figura 3)

La frecuencia de cualquier lesión de menisco (es decir, una lesión intrasustancia o un desgarró de menisco) sería de 5,3 % y se elevaría hasta el 27,2% en pacientes con presencia del ligamento accesorio menisco-banda iliotibial, frente al 1,9% en pacientes que no lo tienen (17/883,  $p < 0,001$ ) (21)

La presencia de este ligamento accesorio constituiría un factor de riesgo para que se produzcan lesiones meniscales laterales unilaterales y bilaterales, aún sin antecedente de trauma, por lo que su reconocimiento en pacientes peruanos que acuden a realizarse resonancias de rodilla en la clínica Delgado permitiría, detección en fases incipientes de daño, podría predecir daño en menisco lateral contralateral incluso en etapas asintomáticas, contribuyendo a la prevención de daño, en población pediátrica y adulta.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Determinar la prevalencia de ligamento accesorio menisco-banda iliotibial en los estudios de resonancia de rodilla de población peruana adquiridos en el servicio de radiología de Clínica Delgado entre los años 2019 y 2021, unilateral y bilateral y su relación con desgarró meniscales, pinzamiento de las almohadillas grasas de la rodilla, lesión condral y artrosis.

### **Objetivos específicos**

- 1.** Identificar la presencia del ligamento accesorio menisco banda iliotibial en estudios de resonancias de rodilla de población peruana.
- 2.** Calcular la prevalencia del ligamento accesorio menisco-banda iliotibial unilateral y bilateral.

3. Analizar descriptivamente la presencia del ligamento accesorio según variables edad, sexo, ocupación y antecedente de trauma.
4. Clasificar el tipo de lesiones meniscales que se encuentren en los estudios de resonancia examinados.
5. Describir los tipos de pinzamiento de las almohadillas grasas de la rodilla encontrados en las imágenes de resonancia.
6. Categorizar las lesiones condrales presentes en los estudios.
7. Examinar estigmas de artrosis en las imágenes de resonancia.
8. Determinar si existe asociación entre la presencia del ligamento accesorio menisco-banda iliotibial y el resto de variables sociodemográficas, clínicas y las otras lesiones de rodilla encontradas en las imágenes de resonancia.
9. Consignar otros ligamentos accesorios de la rodilla presentes durante la revisión retrospectiva

## **MATERIALES Y METODOS**

**A) Diseño del estudio:** Estudio transversal, descriptivo, retrospectivo.

**B) Población:** La población de estudio está constituida por los pacientes con imágenes de resonancia de rodilla con protocolo musculoesquelético adquiridos entre 2019 y 2021, cuyas secuencias en especial las densidades protónicas DP en axial, sagital y coronal se revisarán retrospectivamente buscando la presencia del ligamento accesorio menisco-banda iliotibial.

### **C) Criterios de inclusión:**

1. Estudio de resonancia de rodilla con secuencias T1, T2, DP, STIR en axial, sagital y coronal disponibles en PACS.
2. Variables sociodemográficas de edad, sexo, ocupación, antecedentes clínicos especialmente trauma, disponibles en expediente clínico.

### **Criterios de exclusión:**

1. Resonancia de rodilla adquirida en pacientes con antecedentes de cirugía material de osteosíntesis, prótesis o reconstrucción previa según conste en expediente e imágenes examinadas.
2. Resonancia de rodilla adquirida en paciente con proceso oncológico primario o secundario a nivel de rodilla.
3. Resonancia de rodilla en paciente con enfermedad sistémica inflamatoria con afectación severa de las partes blandas y/o óseas de la articulación.
4. Resonancia de rodilla en paciente con traumatismo agudo severo de la articulación que incluya fracturas desplazadas, esguinces, desgarros, hematoma, o con severa alteración aguda de la arquitectura de la articulación de rodilla.

### **D) Muestra**

Tomando como referencia el promedio de estudios de resonancia de rodilla que realiza el servicio de radiología de Clínica Delgado que son 100 semanales, hacen un total de 14 400 en tres años (2019-2021), que es el intervalo de tiempo que ha pasado desde que se publicaron los primeros reportes de la existencia del ligamento accesorio menisco-banda iliotibial.

Enseguida aplicamos la fórmula para cálculo de muestra en estudios con variable cualitativa, población finita, considerando en 13% la prevalencia de ligamento accesorio menisco-banda iliotibial.

El tipo de muestreo será aleatorio sistemático, se confeccionará una lista numerada de los estudios de resonancia de rodilla que cumplen criterios de inclusión y exclusión de los más reciente a los más antiguos, en seguida calculamos el intervalo de muestreo dividiendo la población (N=14400) dividida entre la muestra (n=550) obteniendo el intervalo de muestreo (k=26), se elegirá el primer caso de entre las primeras 26 resonancias de rodilla y una vez elegido el caso se le sumará 26 consecutivamente hasta obtener la muestra completa.

$$n = \frac{N Z^2 pq}{d^2 (N - 1) + Z^2 pq}$$

<b>Total de la población (N)</b> (Si la población es infinita, dejar la casilla en blanco)	14400
<b>Nivel de confianza o seguridad (1-α)</b>	95%
<b>Precisión (d)</b>	3%
<b>Proporción (valor aproximado del parámetro que queremos medir)</b> (Si no tenemos dicha información p=0.5 que maximiza el tamaño muestral)	13%
<b>TAMAÑO MUESTRAL (n)</b>	467
<b>EL TAMAÑO MUESTRAL AJUSTADO A PÉRDIDAS</b>	
<b>Proporción esperada de pérdidas (R)</b>	15%
<b>MUESTRA AJUSTADA A LAS PÉRDIDAS</b>	550

**E) Definición operacional de variables. Ver anexos**

## **F) Procedimientos y técnicas:**

Al ser este un estudio descriptivo, retrospectivo, en el que revisarán resonancias de rodilla ya realizadas, no requiere consentimiento informado. Se incluirán al estudio los casos que cumplan criterios de inclusión y exclusión; se revisarán por separado con un radiólogo certificado en imagen musculoesquelética las siete secuencias que integran el protocolo de resonancia de rodilla de Clínica Delgado, en especial las imágenes coronales en DP y T2, STIR, consignando la presencia o ausencia del ligamento accesorio menisco-banda iliotibial, consignando en la ficha de recolección de datos su longitud, grosor, ancho; posición de la inserción sobre el menisco; de la misma forma se anotaran la existencia de lesiones meniscales, pinzamiento de las almohadillas grasas de la rodilla, lesión condral y presencia de artrosis.

## **G) Aspectos éticos del estudio**

Al ser un estudio retrospectivo de análisis de imágenes que no incluye intervención farmacológica ni procedimental sobre los pacientes, no se realizará consentimiento informado por escrito, sin embargo será sometido a comité de ética obteniendo su aprobación antes de su ejecución.

### **Plan de análisis**

Se expresará en porcentaje la frecuencia de presencia del menisco accesorio banda iliotibial en la población general y de acuerdo a edad, sexo, ocupación deportiva o no deportiva, así como con antecedente de trauma.

Se consignará su longitud craneocaudal, anteroposterior y transversa calculando media, mediana, valor mínimo, valor máximo y desviación estándar.

Se calcularán prevalencias de la localización de su inserción en cuerno o cuerpo de menisco lateral.

Se expresará la edad calculando media, mediana, valor mínimo, valor máximo y desviación estándar.

Se presentarán porcentajes de las frecuencias de desgarró meniscal según localización en cuerno anterior, cuerpo o cuerno posterior.

Se calcularán las frecuencias de pinzamiento suprapatelar, prefemoral y de la grasa de Hoffa; se consignarán las frecuencias de lesión condral tipo edema, quiste subcondral, fractura condral y desplazamiento condral.

Se determinarán las frecuencias de las lesiones artrósicas según presenten esclerosis, osteofitos y erosión.

Se calculará la frecuencia de los ligamentos accesorios que se hallen en cada caso.

Se aplicará la prueba de chi-cuadrado para probar las diferencias en la frecuencia de desgarró meniscales, pinzamiento de almohadillas grasas, lesión condral, artrosis entre el grupo de rodillas con y sin la presencia del ligamento accesorio.

Se calculará las razones de probabilidad (OR) para un desgarró del menisco lateral, pinzamiento de las almohadillas grasas, lesión condral, artrosis; Los valores de p inferiores a 0,05 se considerarán estadísticamente significativos. Los datos se analizarán utilizando los paquetes estadísticos SPSS 28, STATA17.

## **H) Referencias bibliográficas**

1. Miller T, Gladden P, Staron RB, Henry JH, Feldman F. Posterolateral stabilizers of the knee: anatomy and injuries assessed with MR imaging. *AJR Am J Roentgenol* 1997; 169:1641-1647
2. Veltri DM, Warren RF. Posterolateral instability of the knee. *J Bone Joint Surg Am* 1994; 76:460-472.
3. Hughston JC, Jacobson KE. Chronic posterolateral instability of the knee. *J Bone Joint Surg Am* 1985; 67:351-359
4. Evans P. The postural function of the iliotibial tract. *Ann R Coll Surg Engl* 1979; 61:271-280.

5. Duchateau F, Vande Berg BC. MR imaging of the articular cartilage of the knee with arthroscopy as gold standard: assessment of methodological quality of clinical studies. *Eur Radiol.* 2002;12(12):2977-2981.
6. Ankit D, Gakuya E, Mogire T. Accuracy of clinical evaluation and mri reporting compared to knee arthroscopic findings. *EAOJ* 2019; 13(9):64-71.
7. Awan MJ, Rahim MSM, Salim N, Rehman A, Garcia-Zapirain B. Automated Knee MR Images Segmentation of Anterior Cruciate Ligament Tears. *Sensors* 2022; 22(4):1552.
8. Müller W, Biedert R, Hefti F, Jakob RP, Munzinger U, Stäubli HU. OAK knee evaluation. A new way to assess knee ligament injuries. *Clin Orthop Relat Res.* 1988;(232):37-50.
9. Dervin GF, Paterson RS. Oblique menisco-meniscal ligament of the knee. *Arthroscopy.* 1997; 13(3): 363-365.
10. Sanders TG, Linares RC, Lawhorn KW, et al. Oblique meniscomeniscal ligament: another potential pitfall for a meniscal tear--anatomic description and appearance at MR imaging in three cases. *Radiology.* 1999; 213(1): 213-216.
11. Nelson EW, LaPrade RF. The anterior intermeniscal ligament of the knee. An anatomic study. *Am J Sports Med.* 2000; 28(1): 74-76.
12. Zivanovik S. Menisco-meniscal ligaments of the human knee joint. *Anat Anz.* 1974; 135(1-2): 35-42.
13. Chan CM, Goldblatt JP. Unilateral meniscomeniscal ligament. *Orthopedics.* 2012; 35(12): e1815-e1817.
14. Bozkurt M, Elhan A, Tekdemir I, et al. An anatomical study of the menisofibular ligament. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2004; 12(5): 429-433.
15. Obaid H, Gartner L, Haydar AA, et al. The menisofibular ligament: an MRI study. *Eur J Radiol.* 2010; 73(1): 159-161.
16. Gupte CM, Smith A, McDermott ID, et al. Menisofemoral ligaments revisited. Anatomical study, age correlation and clinical implications. *J Bone Joint Surg Br.* 2002; 84(6): 846-851.
17. Cho JM, Suh JS, Na JB, et al. Variations in menisofemoral ligaments at anatomical study and MR imaging. *Skeletal Radiol.* 1999; 28(4): 189-195.
18. Pfirrmann CWA, Zanetti M, Hodler J. Joint magnetic resonance imaging: normal variants and pitfalls related to sports injury. *Radiol Clin North Am.* 2002; 40(2): 167-180.
19. . Nelson EW, LaPrade RF. The anterior intermeniscal ligament of the knee. An anatomic study. *Am J Sports Med.* 2000; 28(1): 74-76.
20. Raheem O, Philpott J, Ryan W, et al. Anatomical variations in the anatomy of the posterolateral corner of the knee. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2007; 15(7): 895-900.
21. Zimmermann SM, Njagulj V, Fritz B, Fucentese SF, Sutter R, Pfirrmann CWA. The Accessory Iliotibial Band-Meniscal Ligament of the Knee: Association With Lesions of the Lateral Meniscus. *AJR Am J Roentgenol.* 2019 Oct;213(4):912-917.

## D) Presupuesto y Cronograma

### Autofinanciado

<b>Papel bond 75 gr</b>	<b>500 hojas</b>	<b>12 nuevos soles</b>
<b>Desktop</b>	<b>01</b>	<b>Propia</b>
<b>Laptop</b>	<b>01</b>	<b>Propia</b>
<b>Impresora-Tinta</b>	<b>01</b>	<b>50 nuevos soles</b>
<b>Software SPSS</b>	<b>01</b>	<b>346 nuevos soles</b>
<b>Software STATA</b>	<b>01</b>	<b>168 nuevos soles</b>
<b>TOTAL</b>		<b>576 nuevos soles</b>

### Cronograma

<b>2021-2022</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	<b>M</b>	<b>A</b>	<b>M</b>	<b>J</b>
<b>Revisión bibliográfica</b>	<b>X</b>					
<b>Desarrollo del protocolo investigación</b>	<b>X</b>	<b>X</b>				
<b>Revisión Comité de ética</b>		<b>X</b>	<b>X</b>			
<b>Ejecución y recolección de datos</b>				<b>X</b>	<b>X</b>	
<b>Análisis de datos</b>					<b>X</b>	
<b>Presentación de resultados y Redacción del informe final</b>					<b>X</b>	<b>X</b>
<b>Preparación para publicación</b>						<b>X</b>

## Anexos

<b>Variable</b>	<b>Tipo</b>	<b>Instrumento</b>	<b>Indicador</b>
<b>Ligamento accesorio menisco-banda iliotibial (LAMBI)</b>	<b>Catagórica</b>	<b>Resonancia  Rodilla DP</b>	<b>Presente  Ausente</b>
<b>Longitud</b>	<b>Continua</b>	<b>Caliper RM</b>	<b>mm</b>
<b>Diámetro AP</b>	<b>Continua</b>	<b>Caliper RM</b>	<b>mm</b>
<b>Diámetro transverso</b>	<b>Continua</b>	<b>Caliper RM</b>	<b>mm</b>
<b>Inserción</b>	<b>Catagórica</b>	<b>Imagen RM</b>	<b>Posición cuerno anterior  Posición cuerpo menisco</b>
<b>Edad</b>	<b>Continua</b>	<b>Expediente</b>	<b>años</b>
<b>Sexo</b>	<b>Catagórica</b>	<b>Expediente</b>	<b>género</b>
<b>Ocupación</b>	<b>Catagórica</b>	<b>Expediente</b>	<b>No deportiva  Deportiva</b>
<b>Trauma</b>	<b>Catagórica</b>	<b>Expediente</b>	<b>SI/NO</b>
<b>Desgarro  Meniscal</b>	<b>Catagórica</b>	<b>RM coronal  RM sagital</b>	<b>Cuerno anterior  Cuerpo  Cuerno posterior</b>
<b>Lesión condral</b>	<b>Ordinal</b>	<b>RM imagen  Interfase osteocondral</b>	<b>1 Edema  2 Quiste subyacente  3 Fractura del cartílago  4 Desplazamiento Fragmento</b>

<b>Pinzamiento almohadilla grasa</b>	<b>Categoría</b>	<b>RM axial</b>  <b>RM sagital</b>  <b>Hipersenál T2</b>	<b>Suprapatelar</b>  <b>Prefemoral</b>  <b>Grasa Hoffa</b>
<b>Artrosis</b>	<b>Ordinal</b>	<b>RM imagen</b>	<b>Esclerosis, Osteofito, Erosión</b>
<b>Otros ligamentos accesorios de la rodilla</b>	<b>Categoría</b>	<b>Resonancia</b>  <b>Rodilla DP</b>	<b>Presente</b>  <b>Ausente</b>

## Ficha de recolección de datos.

	Nombre	Expediente	Edad	Sexo	Ocupación	Trauma	¡LAMBÍ	Longitud CC Transverso	Anteroposte Inserción	Desgarro	Lesión condil	Pinzamiento Artrosis	Otros ligamentos accesorios
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
25													
26													
27													
28													
29													
30													

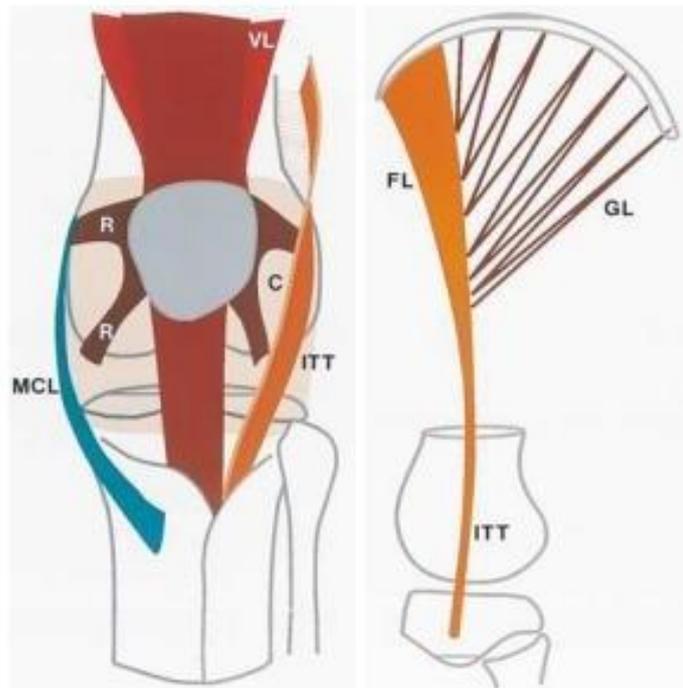


Figura 1. Anatomía de la banda iliotibial (a)Imagen coronal que muestra la cápsula(C), banda iliotibial (ITT), ligamento colateral medial (MCL), retináculo(R), músculo vasto externo (VL). (b)Imagen sagital mostrando la fascia lata (FL), músculo gúteo(GL) y banda iliotibial (ITT).

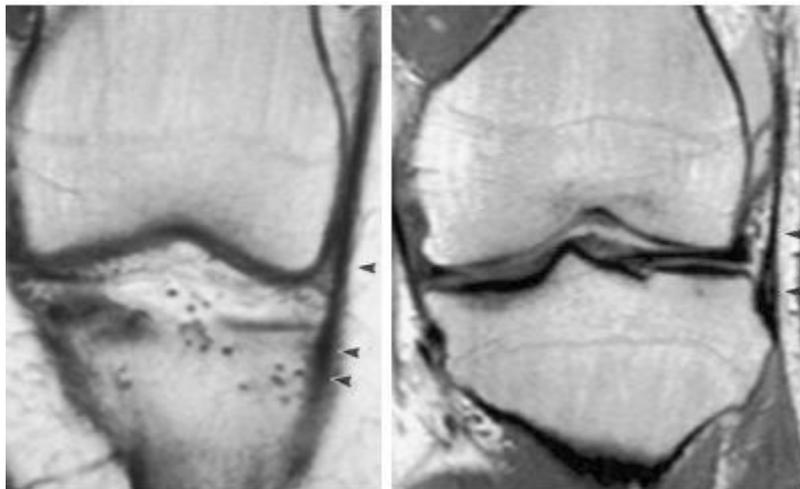


Figura 2. Banda iliotibial. Resonancia magnética, secuencia en DP, muestra su inserción tibial anterior y posterior.



Figura 3. Ligamento accesorio menisco-banda iliotibial (AIML) en la rodilla derecha de un hombre de 41 años que presentó dolor anterolateral atraumático en la rodilla.

(A) Imagen de RM tridimensional con superposición gráfica de AIML (*amarillo*) que muestra el curso de una inserción distinta de tejido blando (*flechas*) entre la banda iliotibial (estructura semitransparente) y la cara anterolateral del menisco lateral (*blanco*).