

## Tratamiento de las lesiones del ligamento cruzado anterior y meniscales en adolescentes. Reporte de un caso.

Treatment for anterior cruciate ligament and meniscal tears in adolescents. A case report.

Tratamento das lesões do ligamento cruzado anterior e meniscais em adolescentes. Relatório de um caso.

Facundo del Campo Berrueta<sup>1</sup>, Marcelo Dupont<sup>2</sup>

### RESUMEN

Dada la creciente popularidad de las actividades deportivas, el número de roturas del ligamento cruzado anterior (LCA) y lesiones meniscales ha aumentado en particular en niños y adolescentes. El manejo de estas lesiones es desafiante debido a las fisas abiertas. Por un lado, las opciones de reconstrucción del LCA incluyen técnicas: transfisarias, extra-articulares y intraepifisarias. Por otro lado, se han descrito diferentes técnicas de reparación meniscal: "all-inside", "inside-out" y "outside-in". Éstas tienen como objetivo lograr la cicatrización meniscal, evitando los efectos adversos de la meniscectomía. Presentamos un reporte de caso de un adolescente de 14 años con una rotura completa del LCA y una lesión del cuerno posterior del menisco interno que fue sometido a una reconstrucción transfisaria del LCA y a una reparación meniscal "inside-out".

**Palabras clave:** lesión del ligamento cruzado anterior; lesión meniscal; adolescentes.

### SUMMARY

With the raising popularity of sporting activity, the number of anterior cruciate ligament (ACL) ruptures and meniscal tears has increased in particular in children and adolescents. Management of these injuries is challenging due to open growth plates. On the one hand the ACL reconstructions options includes: transphyseal, extra-articular and epiphyseal-only techniques. On the other hand, there have been reported different meniscal repair techniques: "all-inside",

"inside-out" and "outside-in". These aim to achieve meniscal healing, avoiding the adverse effects of meniscectomy. We present a case report of a 14-year adolescent with an ACL complete rupture and a posterior horn tear of the medial meniscus who underwent an ACL transphyseal reconstruction and an "inside-out" meniscal repair.

**Keywords:** anterior cruciate ligament tear; meniscal tear; adolescents.

### RESUMO

Dada a crescente popularidade das atividades esportivas, o número de rupturas do ligamento cruzado anterior (LCA) e lesões meniscais aumentou especialmente em crianças e adolescentes. O manejo destas lesões é desafiador devido às fissuras abertas. Por um lado as opções de reconstrução do LCA incluem técnicas: transfisárias, extra-articulares e intraepifisárias. Por outro lado, foram descritas diferentes técnicas de reparação meniscal: "all-inside", "inside-out" e "outside-in". Estes têm como objetivo alcançar a cicatrização meniscal, evitando os efeitos adversos da meniscectomia. Apresentamos um relatório de caso de um adolescente de 14 anos com uma ruptura completa do LCA e uma lesão do corno posterior do menisco interno que foi submetido a uma reconstrução transfisária do LCA e a uma reparação meniscal "inside-out".

**Palavras chave:** lesão do ligamento cruzado anterior; lesão meniscal; adolescentes.

<sup>1</sup> Dr. Residente de la Clínica de Traumatología y Ortopedia, Facultad de Medicina, UDELAR. Correo electrónico: [delcampo.facundo@gmail.com](mailto:delcampo.facundo@gmail.com) ORCID: [0000-0003-1916-1018](https://orcid.org/0000-0003-1916-1018)

<sup>2</sup> Dr. Asistente de la Clínica de Traumatología y Ortopedia, Facultad de Medicina, UDELAR. Correo electrónico: [m Dupont5@icloud.com](mailto:m Dupont5@icloud.com) ORCID: [0000-0001-5936-3601](https://orcid.org/0000-0001-5936-3601)

Fecha de recibido: 01/06/2020 - Fecha de aceptado: 28/09/2020

## INTRODUCCIÓN

Las lesiones del ligamento cruzado anterior (LCA) en pacientes esqueléticamente inmaduros han aumentado en su frecuencia <sup>(1)</sup>. Según Shea et al. las lesiones del LCA se da en un 6,7% de pacientes que practican fútbol entre 5 a 18 años, siendo el 30,8% de las lesiones de la rodilla en este grupo <sup>(2)</sup>. Éstas asocian hasta en un 67% lesiones intra-articulares, con aumento sustancial de las lesiones meniscales cuanto más crónica es la lesión del LCA <sup>(3)</sup>.

Para la reconstrucción de LCA en pacientes con fisis abiertas se plantean diferentes alternativas terapéuticas: técnicas transfisarias <sup>(4)</sup>, extrafisarias <sup>(5)</sup> e intraepifisarias <sup>(1)</sup>. Se ha señalado que las reconstrucciones transfisarias ocasionan daño fisario y alteraciones posteriores en el crecimiento, sobretodo en aquellos pacientes que presentan mucho crecimiento remanente (Tanner o Risser 1 ó 2) <sup>(6)</sup>. Sin embargo, podría ser una opción razonable en adolescentes que están próximos a la madurez esquelética (Tanner o Risser 4 ó 5) <sup>(4)</sup>.

Por otra parte, en pacientes jóvenes con roturas meniscales se vuelve imperativa la preservación del menisco, intentando mantener la correcta distribución de las cargas a través del menisco hacia el cartílago hialino <sup>(7)</sup>, y evitar la degeneración precoz del mismo.

Fue Ikeuchi en el año 1979, quien publicó la primera reparación meniscal artroscópica <sup>(8)</sup>. Desde entonces, se han desarrollado diferentes técnicas de las cuales se destacan: “*all-inside*”, “*outside-in*” e “*inside-out*”. Esta última, originalmente descrita por Henning y Lynch <sup>(9)</sup>, ha sufrido modificaciones hasta la actualidad.

No existe mucha bibliografía regional y nacional publicada acerca de la reconstrucción de LCA asociada a reparaciones meniscales en este grupo etario específicamente. Por lo que resulta de interés comenzar a publicar la experiencia en este tema. En nuestro país durante mucho tiempo el tratamiento propuesto para las roturas del LCA en pacientes esqueléticamente inmaduros consistía en realizar fisioterapia y mantener una conducta expectante hasta alcanzar la madurez esquelética donde se realizaba la plastia del LCA. Hace varios años que se han desarrollado técnicas no anatómicas para este grupo etario, y la tendencia mundial es actuar en el niño a la edad en la cual se produce la lesión y no esperar al cierre fisario. Además, es importante remarcar que las reparaciones meniscales no son de práctica habitual en nuestro medio, por lo que se realizan meniscectomías parciales en este grupo de pacientes. De todo lo anterior es que surge nuestro interés en realizar este trabajo.

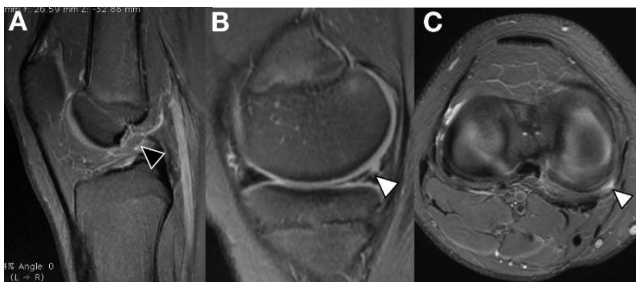
El objetivo del presente trabajo es hacer un reporte de caso acerca del uso de reconstrucción transfisaria del LCA y reparación meniscal *inside-out* en un paciente esqueléticamente inmaduro, y mostrar sus resultados funcionales.

## REPORTE DE CASO

W.R, 14 años, que durante un partido de fútbol sufre un traumatismo indirecto de rodilla derecha con un componente rotacional, quedando con dolor e impotencia funcional inmediata que lo inhabilita a seguir participando de la actividad deportiva. Posteriormente, refiere episodios de inestabilidad en dicha rodilla, con tumefacción a dicho nivel.

Consulta en el servicio de ortopedia infantil presentando al examen físico inestabilidad anterior dada por el test de Lachman positivo. Concomitantemente

presentaba dolor a nivel de la interlínea interna, siendo positivas las pruebas de McMurray y Apley en relación al menisco interno. Se solicitaron radiografías anteroposterior (AP) y perfil (P) de la rodilla lesionada en busca de otras lesiones, siendo estas normales. Se solicitó una resonancia nuclear magnética (RNM) de la rodilla derecha, evidenciándose la rotura de LCA y una lesión longitudinal del cuerno posterior del menisco interno (Figura 1).



**Figura 1.** RNM de rodilla derecha de paciente adolescente de 14 años. **A.** Corte sagital en T2 que muestra (flecha negra con borde blanco) la ausencia de LCA. **B y C.** Corte sagital y axial en T2 que a su vez hace notar una lesión longitudinal periférica del cuerno posterior a nivel de la zona roja - roja del menisco interno (flecha blanca con borde negro).

Se coordina para cirugía artroscópica con el planteo de realizar una reconstrucción transfisaria del LCA y una reparación *inside-out* del menisco interno, al año de producida la lesión. Se realizaron en este momento los scores de Tegner & Lysholm, además del IKDC previos a la cirugía (Anexo- Tablas 1 y 2).

En cuanto a la técnica quirúrgica utilizada para la reparación meniscal, se realiza la técnica original con algunas modificaciones<sup>(9)</sup>. Por otra parte, para la plastia transfisaria de LCA, la técnica fue similar a la descrita por Kumar<sup>(4)</sup>.

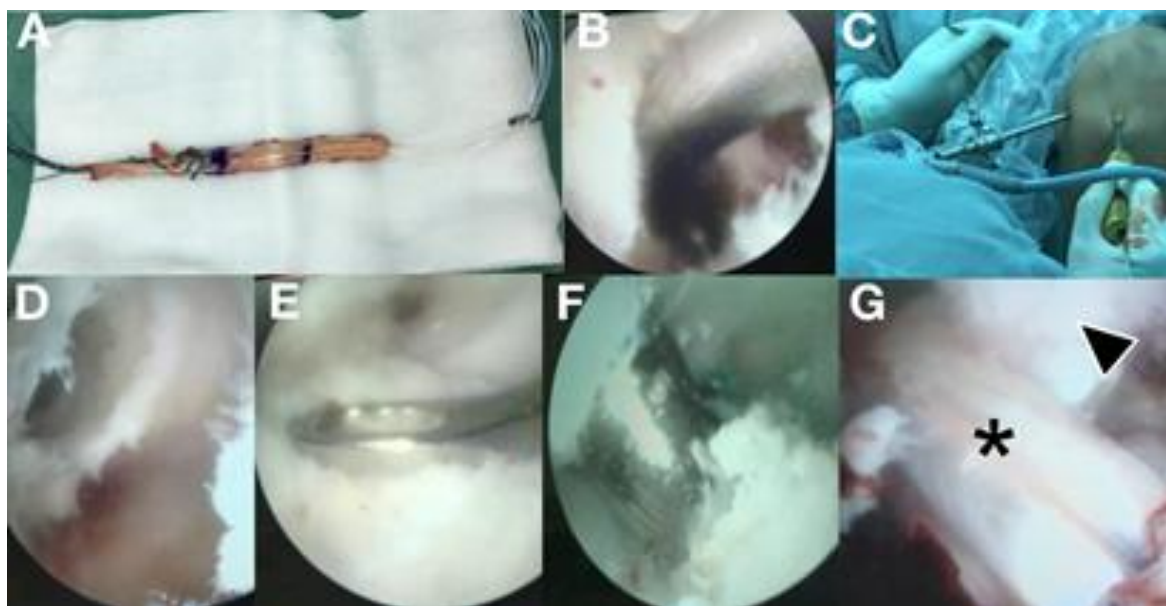
En sala de operaciones, con el paciente en decúbito dorsal bajo anestesia general, se colocó manguito neumático y un soporte para miembro inferior. Se realizaron los portales artroscópicos clásicos anteroexterno

y anterointerno, visualizándose la lesión longitudinal del cuerno posterior del menisco interno y la rotura del LCA. Se procedió en primer lugar a la reparación meniscal. Una vez localizada la lesión, se testó la estabilidad del menisco con el *probe*, y se hizo un debridamiento con *shaver* del tejido fibroso. A continuación, se realizó un abordaje posteromedial mediante una incisión vertical en piel desde el tubérculo del aductor hasta el sector posterior del platillo tibial interno, sobrepasando 2cm la línea articular. En la disección profunda, se disecó la fascia del sartorio hasta observar el triángulo anatómico formado por: la cápsula (anterior), el gemelo interno (posterior) y el semimembranoso (inferior). Se llevó la rodilla a 20 grados de flexión y se colocó la cánula flexible en la cara superior de la lesión del menisco interno y usando material para pasar las suturas, se realizó la primera pasada de la aguja, recuperándose la misma con retractor posterior con la rodilla a 90 grados de flexión para evitar lesiones neurovasculares. Se prosiguió a la segunda pasada de la aguja en el sector de la lesión correspondiente, quedando ambos extremos del hilo por afuera, los cuales se anudaron. Se hicieron 2 puntos de sutura al menisco, comprobándose la estabilidad posterior a la reparación (Figura 2). A continuación, se pasó a realizar la plastia de LCA. Se realizó un debridamiento previo de los restos de LCA. Se amplió distalmente abordaje posteromedial, para exponer la inserción de los isquiosurales, y se obtuvo injerto de pata de ganso. Se observó huella del LCA a nivel del fémur, y se realizó el túnel de 8mm. A continuación, se coloca guía para túnel tibial, realizándose el mismo.

Se colocó el injerto y se fijó proximalmente con *endobutton*, y distalmente con tornillo de interferencia de titanio 7X20mm con la rodilla en flexión de 30 grados y realizándose cajón posterior (Figura 3). Se verificó la estabilidad anterior intraoperatoria, se



**Figura 2.** Imágenes del intraoperatorio de la reparación *inside out* del menisco interno. A y B. Vista artroscópica que evidencia la lesión meniscal interna y rotura del LCA respectivamente. C. Abordaje posterointerno desde el tubérculo del aductor hacia platillo interno. D. Colocación del retractor posterior con rodilla a 90 grados evitando lesiones neurovasculares. E y F. Primer punto de sutura. G. Ayudante recuperando la aguja. H e I. Segundo punto de sutura. J. Se comprueba estabilidad posterior del menisco.



**Figura 3.** Imágenes del intraoperatorio de la plastia de LCA. A. Injerto de partes blandas (*pata de ganso*) utilizado. B y C. Colocación de la aguja de Kirschner (kw) guía para el túnel femoral. D. Imagen del túnel femoral. E. Posición de la guía para el túnel tibial. F. Mechado del túnel tibial. G. Resultado final con el injerto fijo y tenso (asterisco negro), y su relación con el ligamento cruzado posterior (flecha negra con borde blanco)

realizó el cierre por planos y un vendaje elástico del miembro. Los controles se realizaron de la siguiente manera: a los 15 días, a las 6 semanas, a los 3 meses, a los 6 meses, al año y a los 2 años.

Se proscribió el apoyo por 6 semanas, y se comenzó con tratamiento fisioterápico precoz. Se volvieron a realizar los scores IKDC, Tegner & Lysholm a los 3 y 6 meses, al año y a los 2 años posterior a la cirugía (Tabla 3). Además, a los 6 meses, se

solicitó una nueva RNM para control imagenológico de la reconstrucción del LCA y de la reparación meniscal (Figura 4). A los dos años del seguimiento clínico, se solicitó una goniometría de miembros inferiores para descartar desaxaciones o dismetrías debidas a una lesión fisaria (Figura 5). No se evidenciaron complicaciones de la herida, ni re-rotura del LCA, ni falla de la sutura meniscal, ni artrofibrosis de dicha rodilla.

	Previo a cirugía	3 meses	6 meses	1 año	2 años
IKDC	58,6	95,4	100	100	100
Tegner & Lysholm	62	96	100	100	100

**Tabla 3.** Scores funcionales IKDC, y Tegner-Lysholm previo a la cirugía, a los 3 y 6 meses, al año, y a los 2 años posterior a la misma.

## DISCUSIÓN

Hay consenso general de que en las roturas del LCA en pacientes esqueléticamente inmaduros debe hacerse la reconstrucción, a fin de evitar lesiones secundarias a los episodios de inestabilidad recurrente <sup>(3)</sup>.

Lo que ha generado controversia, es cual técnica de reconstrucción utilizar en pacientes esqueléticamente inmaduros.

El riesgo al daño fisario llevó al desarrollo de técnicas que buscan evitar atravesar las fisis. Dentro de estas se incluyen las técnicas “over the top” o las reconstrucciones intraepifisarias. Estas técnicas al ser menos utilizadas, pueden ser técnicamente más demandantes y llevar a errores. A su vez, la colocación anterior del injerto ha demostrado causar dolor anterior, limitación a la extensión y re-rotura <sup>(5)</sup>.

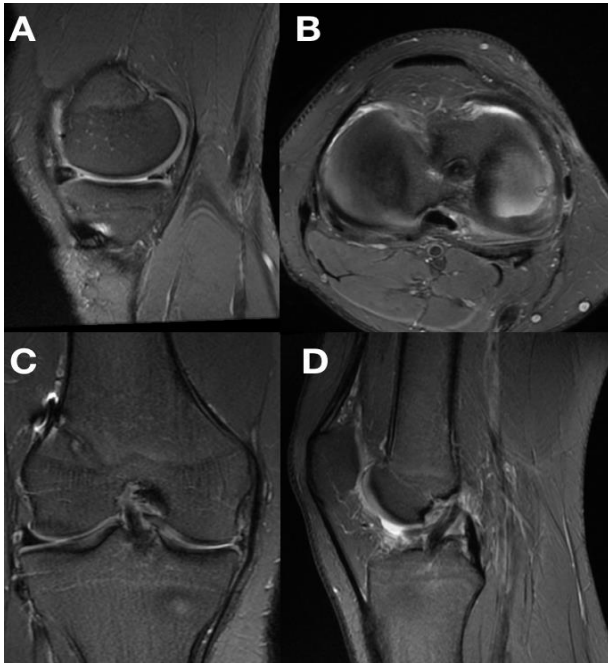
Por otra parte, las técnicas transfisarias teóricamente podrían causar alteraciones del crecimiento de los miembros inferiores; sin embargo, en pacientes con fisis abiertas que poseen poco crecimiento

remanente, no han demostrado causar arresto fisario o desvíos angulares <sup>(4)</sup>.

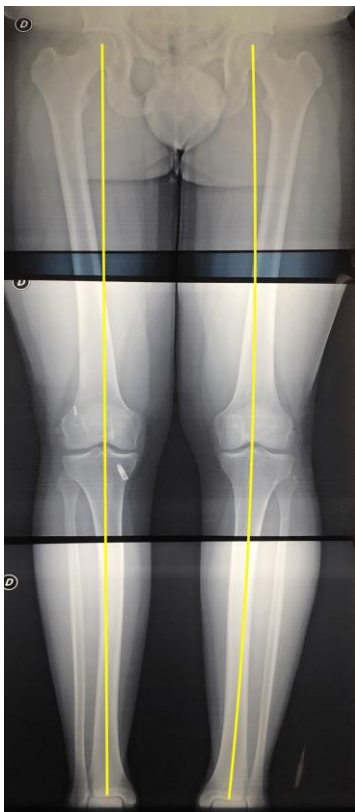
Se plantea que idealmente los túneles deberían ser ubicados en el centro de la fisis y con una orientación más vertical respecto a las técnicas anatómicas, a fin de prevenir alteraciones en el crecimiento <sup>(4)</sup>. Algunos trabajos sostienen que el uso de tejido blando a través de la fisis a su vez prevendría la formación de barras fisarias <sup>(10)</sup>. En contraposición, Janarv et al. <sup>(11)</sup> en su trabajo experimental proponen que un daño entre 7 al 9% del área de la fisis podría causar alteraciones de crecimiento a pesar del uso de tejido blando. De todos modos, Kercher et al en su trabajo observó que túneles de 8mm provocan una lesión fisaria de menos del 3% de la fisis <sup>(12)</sup>.

En lo que refiere a las lesiones meniscales, la técnica “inside-out” ha demostrada tener muy buenos resultados, con tasas mayores al 90% de efectividad. Miller en su trabajo con 87 pacientes con 96 reparaciones meniscales “inside-out”. Todas las lesiones asociadas de LCA fueron tratadas, obteniendo una tasa de éxito del 91%. El autor concluye que el tiempo en que se realiza la reparación meniscal no modifica su cicatrización pero que es indispensable estabilizar las rodillas con rotura de LCA para lograrla <sup>(13)</sup>.

A su vez, se ha observado que los pacientes que tienen una reparación meniscal asociada a una reconstrucción del LCA tienen mejores resultados que las reparaciones meniscales aislada <sup>(14)</sup>. Por otra parte, existen trabajos que han comparado las técnicas “all-inside” e “inside-out”. Choi y cols. <sup>(15)</sup> compararon reparaciones “all-inside” en lesiones de la zona roja-roja y reparaciones “inside-out” de lesiones de la zona blanca-roja que se extendían hacia el centro. Todas estas reparaciones fueron realizadas en asociación con reconstrucciones del LCA.



**Figura 4.** RNM de rodilla derecha a los 6 meses. A y B. Corte sagital y axial en T2 que muestra el resultado de la reparación meniscal *inside-out*. C y D. Corte coronal y sagital en T2 que muestra la reconstrucción del LCA con pata de ganso.



**Figura 5.** Goniometría de miembros inferiores a los dos años. Nótase la madurez esquelética y la normoalineación respecto al eje mecánico (línea amarilla).

Las tasas de cicatrización fueron similares para los 14 pacientes que tuvieron reparaciones “*all-inside*” y para los 34 pacientes que se realizó la técnica “*inside-out*”. Por lo anterior, parece no ser muy concluyente la evidencia en cuanto al beneficio de una técnica respecto a la otra.

## CONCLUSIONES

Las roturas del LCA en el niño o adolescente frecuentemente se asocian a lesiones meniscales. Para el manejo terapéutico de esta asociación lesional se debe tener presente el potencial de crecimiento remanente y la necesidad de preservación de la mayor cantidad de menisco posible.

En nuestro trabajo no constatamos arrestos fisarios o desaxaciones con el uso de la técnica transfisaria de reconstrucción de LCA debido a que fue correcta la indicación en relación a la edad del paciente. Esta técnica puede ser una opción segura en adolescentes próximos a la madurez esquelética. A su vez, cuando se asocia como en nuestro caso una reparación meniscal “*inside-out*”, las altas tasas de efectividad son aún mayores que las reparaciones aisladas.

### NOTA DEL EDITOR:

El editor del presente manuscrito es del Dr. Asdrúbal Silveri

### NOTA DE CONTRIBUCIÓN:

50% Dupont y 50% del Campo.

## REFERENCIAS

1. Lawrence JTR, Bowers AL, Belding J, Bs SRC, Ganley TJ. All-epiphyseal Anterior Cruciate Ligament Reconstruction in Skeletally Immature Patients. 2010;1971-7.
2. Shea KG, Pfeiffer R, Wang JH, Curtin M, Apel PJ. Anterior cruciate ligament injury in pediatric and adolescent soccer players: An analysis of insurance data. J Pediatr Orthop. 2004;24:623-8.

3. Millett PJ, Willis AA, Warren RF. Associated injuries in pediatric and adolescent anterior cruciate ligament tears: Does a delay in treatment increase the risk of meniscal tear? *Arthroscopy*. 2002;18:955-9.
4. Kumar, Suji, Ahearne David HDM. Transphyseal Anterior Cruciate Ligament Reconstruction in the Skeletally Immature. 2013;1:1-6.
5. Kocher, Mininder S., Garg Sumeet MLJ. Physeal Sparing Reconstruction of the Anterior Cruciate Ligament in Skeletally Immature Prepubescent Children and Adolescents. 2006;283-94.
6. Kocher MS, Saxon HS, Hovis WD, Hawkins RJ. Management and complications of anterior cruciate ligament injuries in skeletally immature patients: survey of the Herodicus Society and The ACL Study Group. *J Pediatr Orthop*. 2002;22:452-7
7. Newman AP, Daniels AU, Burks RT. Principles and decision making in meniscal surgery. *Arthroscopy* 1993;9(1):33-51.
8. Ikeuchi H. Meniscus surgery using the Watanabe arthroscope. *Orthop Clin North Am* 1979;10(3):629 - 42.
9. Henning CE, Clark JR, Lynch MA, et al. Arthroscopic meniscus repair with a posterior incision. *Instr Course Lect* 1988;37:209-21.
10. Stadelmaier DM, Arnoczky SP, Dodds J, Ross H. The effect of drilling and soft tissue grafting across open growth plates. A histologic study. *Am J Sports Med*. 1995;23:431-5.
11. Janarv PM, Wikstrom B, Hirsch G. The influence of transphyseal drilling and tendon grafting on bone growth: An experimental study in the rabbit. *J Pediatr Orthop*. 1998;18:149-54.
12. Kercher J, Xerogeanes J, Tannenbaum A, Alhakeem PR, Black JC, Zhao J. Anterior Cruciate Ligament Reconstruction in the Skeletally Immature An Anatomical Study Utilizing 3-Dimensional Magnetic Resonance Imaging Reconstructions. 2009;29(2):124-9.
13. Miller DB Jr. Arthroscopic meniscus repair. *Am J Sports Med*. 1988 Jul-Aug;16(4):315-20.
14. Dilworth Cannon W, Vittori JM. The incidence of healing in arthroscopic meniscal repairs in anterior cruciate ligament-reconstructed knees versus stable knees. 1987;
15. Choi N, Kim T, Victoroff BN. Comparison of Arthroscopic Medial Meniscal Suture Repair Techniques. 2009; 21. Comparison of Arthroscopic Medial Meniscal Suture Repair Techniques.

**ANEXO Tabla 1- Score de Tegner & Lysholm.** Valora la capacidad funcional de la rodilla. Va de 0 a 100 puntos, pudiendo el resultado ser pobre (<65 puntos), aceptable (65-83), bueno (84-90) o excelente (>90).

<b>Sección 1 -Cojera</b>		<b>Sección 2 - Asistencia</b>	
5	Ninguna	5	Ninguna
3	Leve o periódica	2	Bastón o Muleta
0	Severa y constante	0	Imposibilidad para el apoyo
<b>Sección 3 - Dolor</b>		<b>Sección 4 - Inestabilidad</b>	
25	Ninguna	25	Nunca inestable
20	Inconstante y leve durante esfuerzos severos	20	Raramente durante actividades atléticas o esfuerzos severos.
15	Marcado durante esfuerzos severos	15	Frecuentemente durante actividades atléticas o esfuerzos severos. (o incapacidad de participar)
10	Marcado durante o después de caminar más de 2km	10	Ocasionalmente en las actividades de la vida diaria
5	Marcado durante o después de caminar menos de 2km	5	A menudo en las actividades de la vida diaria
0	Constante	0	En cada paso
<b>Sección 5 -Bloqueos</b>		<b>Sección 6 - Inflamación</b>	
15	No bloqueos, ni sensación	10	No
10	Sensación pero no bloqueo	6	Con esfuerzos severos
6	Bloqueo ocasionalmente	2	Con pequeños esfuerzos
2	Bloqueo frecuentemente	0	Constante
0	Bloqueo al examen físico		
<b>Sección 7 - Subir escaleras</b>		<b>Sección 8 - Ponerse en cuclillas</b>	
10	Sin problemas	5	Sin problemas
6	Ligeramente empeorada	4	Ligeramente empeorada
2	Un escalón a la vez	2	No supera los 90°
0	Imposible	0	Imposible



<b>Síntomas</b>		<b>Actividad Deportiva</b>	
<b>1. Nivel máximo de actividad que puede realizar sin sentir dolor.</b>		<b>8. Nivel máximo de actividad deportiva que puede realizar de forma regular</b>	
Actividades muy extenuantes como saltar o pivotear (baloncesto, fútbol).	4	Actividades muy extenuantes como saltar o pivotear (baloncesto, fútbol).	4
Actividades extenuante (actividad física pesada, esquiar, tennis)	3	Actividades extenuante (actividad física pesada, esquiar, tennis)	3
Actividades moderadas (correr)	2	Actividades moderadas (correr)	2
Actividades livianas (caminar)	1	Actividades livianas (caminar)	1
Imposibilidad de hacer cualquiera de las anteriores por el dolor en la rodilla.	0	Imposibilidad de hacer cualquiera de las anteriores sin presentar sensación de inestabilidad en la rodilla.	0
<b>2. En las últimas 4 semanas o desde su lesión, ¿cuán seguido tiene dolor en la rodilla?</b>		<b>9. ¿Cuánto afecta su rodilla en las siguientes actividades? 4- sin dificultad; 3- mínima dificultad; 2- moderada dificultad; 1- dificultad severa; 0 imposibilidad</b>	
0 a 10 (siendo 0 nunca y 10 constante)		A. Subir escaleras	
<b>3. Si siente dolor en la rodilla, ¿qué tan severo es?</b>		B. Bajar escaleras	
0 a 10 (siendo 0 no sentir dolor y 10 el		C. Arrodillarse	
<b>4. En las últimas 4 semanas o desde su lesión, ¿qué tan inflamada o rígida estuvo su rodilla?</b>		D. Ponerse en cuclillas	
No	4	E. Sentarse con la rodillas flexionadas	
Levemente	3	F. Levantarse de una silla	
Moderada	2	G. Correr en línea recta	
Bastante	1	H. Saltar y aterrizar sobre la pierna	
Extremadamente	0	I. Parar y empezar rápido	
<b>5. Nivel máximo de actividad que puede realizar sin presentar inflamación.</b>		<b>Función y actividades de la vida diaria (AVD)</b>	
Actividades muy extenuantes como saltar o pivotear (baloncesto, fútbol).	4	<b>10. Como evaluaría la función de su rodilla de 0 a 10, siendo 10 normal/excelente y 0 imposibilidad de hacer cualquier AVD incluidos los deportes.</b>	
Actividades extenuante (actividad física pesada, esquiar, tennis)	3	<b>Función previa a la lesión de 0 a 10.</b> (siendo 0 imposibilidad de hacer las AVD y 10 no limitaciones para las AVD).	
Actividades moderadas (correr)	2	<b>Función actual de su rodilla de 0 a 10.</b> (siendo 0 imposibilidad de hacer las AVD y 10 no limitaciones para las AVD).	
Actividades livianas (caminar)	1		
Imposibilidad de hacer cualquiera de las anteriores sin presentar inflamación en la rodilla.	0		
<b>6. En las últimas 4 semanas o desde su lesión, ¿ha tenido sensación o episodios de bloqueos?</b>			
Sí	0		
No	1		
<b>7. Nivel máximo de actividad que puede realizar sin sensación de</b>			
Actividades muy extenuantes como saltar o pivotear (baloncesto, fútbol).	4		
Actividades extenuante (actividad física pesada, esquiar, tennis)	3		
Actividades moderadas (correr)	2		
Actividades livianas (caminar)	1		
Imposibilidad de hacer cualquiera de las anteriores sin presentar sensación de inestabilidad en la rodilla.	0		

ANEXO Tabla 2. Score de IKDC (International Knee Documentation Committee). Valora 3 grandes elementos: síntomas, actividad deportiva y función/actividades de la vida diaria (AVD). Va de 0 a 100 puntos.